

## RELATÓRIO CONSOLIDADO DE AUDITORIA OPERACIONAL (PROCESSO TC N° 1006563-5)

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

**Prefeitura Municipal de Salgueiro**

**Conselheiro Relator:**

Ruy Ricardo

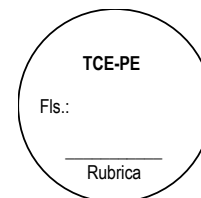
**Equipe:**

Andre Augusto Viana

João Antônio Robalinho Ferraz (coordenador)

Márcia Aparecida Pimentel Leal

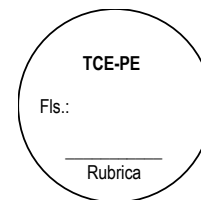
Recife, Janeiro – 2015



## 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 Salgueiro.

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 1006563-5, tendo como relator o Conselheiro Carlos Porto.

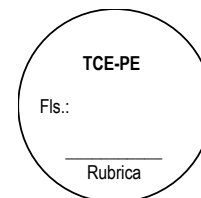
O objeto desta auditoria operacional é a avaliação das ações para assistência à saúde materna realizadas nas Unidades de Saúde da Família (USFs) das regiões de saúde do Estado de Pernambuco onde apresentam os maiores índices de mortalidade materna. O principal objetivo desta auditoria foi avaliar a qualidade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

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

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

Dessa maneira, visando contribuir para a melhoria das ações para o atendimento pré-natal à gestante de risco promovida pelas unidades de saúde da família do município, foi recomendado à Secretaria Municipal de Saúde de Salgueiro que: capacite os profissionais das equipes de saúde da família através de cursos para conscientização sobre a importância da assistência ao pré-natal e puerpério e do adequado preenchimento dos instrumentos de registro; avalie periodicamente o desempenho das equipes quanto à captação, recondução, trabalho educativo 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 com objetivo de trazer mais segurança à mulher durante o período gravídico e que implemente procedimentos de controle para responsabilização quanto à ausência de registro documental de procedimentos, atividades e condutas inerentes ao atendimento pré-natal.

Quanto ao atendimento pré-natal realizado nas USFs, incluindo gestantes de risco e sem risco identificado, foi recomendado à Secretaria Municipal de Saúde de Salgueiro que: reavalie o modelo da ficha perinatal adequando-a para que contenha as informações

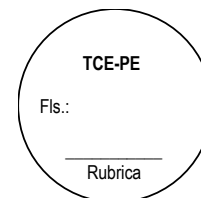


preconizadas pelo MS; acompanhe junto às equipes de saúde da família a solicitação dos exames complementares e o registro dos respectivos resultados na ficha perinatal e prontuário médico; implante procedimentos de controle e responsabilização quanto à ausência de registro documental e quanto aos procedimentos técnicos e condutas médicas preconizados pelo MS; promova campanha municipal de conscientização da necessidade da realização do exame de citologia oncológica; 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 Salgueiro que assegure o cumprimento da carga-horária estabelecida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Também foi recomendado ao ordenador de despesas da Secretaria Municipal de Saúde, Sra. Maria Gorete Coelho a devolução de R\$ 12.056, 31 (doze mil cinquenta e seis reais e trinta e um centavos) aos cofres públicos, referentes aos dias úteis não trabalhados dos médicos no mês de setembro/2010, e ainda a imputação de multa ao ordenador de despesa pela autorização de pagamentos na íntegra a médicos que não cumpriram a jornada semanal contratada.

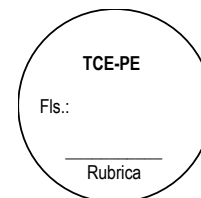
Por último, quanto à estrutura disponibilizada pelas USFs foi recomendado que a Secretaria Municipal de Saúde de Salgueiro promova a adequação da estrutura física das unidades conforme orientações do MS para que seja acessível a todos e realize o planejamento e a sistematização das atividades educativas.

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



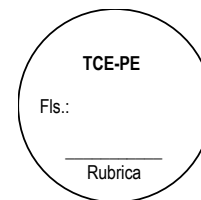
## LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
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:	Coeficiente de Mortalidade Materna
CNES:	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS:	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DHPN:	Doença Hemolítica Perinatal
DN:	Declaração de Nascidos Vivos
DO:	Declaração de Óbito
ESF	Equipe de Saúde da Família
IMC:	Índice de Massa Corpórea
INCA:	Instituto Nacional de Câncer
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
SISPRENATAL	Sistema de Pré-natal
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



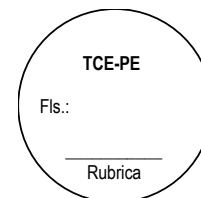
## LISTA DE FIGURAS

	Pg.
Figura 01: Evolução do Coeficiente Mortalidade Materna: Macrorregiões do Brasil – 1996-2007	15
Figura 02: Evolução do Coeficiente Mortalidade Materna por região de saúde de PE – 1999-2007	18
Figura 03: Fluxograma da assistência à saúde materna	22
Figura 04: Escore de risco gestacional x Doenças obstétricas atuais	32
Figura 05: Escore de risco gestacional x Intercorrências clínicas crônicas	33
Figura 06: Escore de risco gestacional x Histórico reprodutivo	33
Figura 07: Evolução anual das consultas pré-natal no SUS (em milhões): Brasil 2003-2009	48
Figura 08: Campos sem preenchimento da Ficha Perinatal	49
Figura 09: Exames complementares realizados pelas USFs visitadas	51
Figura 10: Aferição dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF) realizada pelas USFs visitadas	52
Figura 11: Avaliação ultrassonográfica realizada pelas USFs visitadas	53
Figura 12: Medição da altura uterina realizada pelas USFs visitadas	53
Figura 13: Aferição da pressão arterial realizada pelas USFs visitadas	54
Figura 14: Exame de citologia oncótica realizado pelas USFs visitadas	55
Figura 15: Prescrição do sulfato ferroso pelas USFs visitadas	55
Figura 16: Vacina antitetânica realizada pelas USFs visitadas	56
Figura 17: Estrutura física da USF COHAB (acessibilidade e sala de vacinação)	64
Figura 18: Estrutura física da USF Divino Espírito Santo (acessibilidade e sala de espera)	65
Figura 19: Estrutura física da USF Imperador (sala de curativo)	65



## LISTA DE QUADROS

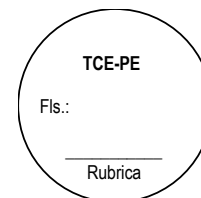
	Pg.
Quadro 01: Frequência de anos com ocorrência de óbitos maternos: período 1999 a 2008	17
Quadro 02: Universo da amostragem por USF – Salgueiro	22
Quadro 03: Exames de repetição realizados por gestante – Salgueiro	39
Quadro 04: Avaliação da assiduidade mensal dos médicos de Salgueiro: set/2010	58
Quadro 05: Demonstrativo de débito por médico	61
Quadro 06: Triangulação de registros a partir de três fontes: MPAD, Secretaria de Saúde e CNES	62
Quadro 07: Cálculo dos dias não trabalhados	73
Quadro 08: Demonstrativo de débito por médico	74
Quadro 09: Dados pessoais dos responsáveis	84
Quadro 10: Achados e Recomendações	85



## LISTA DE TABELAS

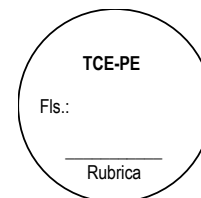
	Pg.
Tabela 01: Escore de risco gestacional a partir de Barros	25
Tabela 02: Escore de risco gestacional	26
Tabela 03: Classificação de risco gestacional	27
Tabela 04: Grau de Risco Gestacional	27
Tabela 05: Consolidação do escore de risco gestacional por fatores de risco	30
Tabela 06: Idade gestacional na 1ª consulta	35
Tabela 07: Tipo de gestação x Período da 1ª consulta	36
Tabela 08: Classificação de risco x Encaminhamento de risco	37
Tabela 09: Tipo de gestação x Exames Complementares	38
Tabela 10: Classificação de risco x Exames Complementares	38
Tabela 11: Idade gestacional x Avaliação Ultrassonográfica	42
Tabela 12: Tipo de gestação x Medição da altura uterina	44
Tabela 13: Tipo de gestação x Exame de citologia oncótica	45





## 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 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 realizado nas unidades de saúde da família .....	47
3.2.1 Ausência de informações no modelo de ficha perinatal adotado pela Secretaria de Saúde .....	48
3.2.2 Ausência de exames complementares no pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde.....	50
3.2.3 Ausência de procedimentos técnicos e condutas no exame clínico e obstétrico.....	52
3.3 Profissional médico de saúde da família .....	57
3.3.1 Baixa assiduidade dos médicos das unidades de saúde da família .....	57
3.3.2 Pagamento de médicos de unidades de saúde da família sem o cumprimento de carga horária integral.....	60
3.3.3 Divergência entre os registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e da Secretaria de Saúde .....	61
3.4 Estrutura da unidade de saúde da família.....	62
3.4.1 Estrutura física inadequada para o atendimento da população.....	63
<b>CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR .....</b>	<b>68</b>
<b>CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO.....</b>	<b>76</b>
<b>CAPÍTULO 6 – PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTO .....</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>80</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>83</b>
<b>APÊNDICE A – FATORES DE RISCO PARA A GRAVIDEZ ATUAL .....</b>	<b>83</b>
<b>APÊNDICE B .....</b>	<b>84</b>
<b>APÊNDICE C .....</b>	<b>85</b>
<b>APÊNDICE D .....</b>	<b>87</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 operacional para avaliação das ações de assistência pré-natal promovidas pelas Unidades de Saúde da Família (USFs) no Município de Salgueiro. Para tanto, foi formalizado processo de Auditoria Especial sob o número TC nº 1006563-5, cujo relator é o Conselheiro Carlos Porto, com foco nas ações de assistência pré-natal executadas pelas equipes de saúde da família, gerenciadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Salgueiro.

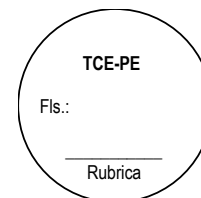
O presente trabalho trata dos resultados da auditoria operacional, na modalidade Avaliação de Programa, realizada, aplicando técnicas, procedimentos e metodologias específicas desenvolvidas neste Tribunal sob a denominação Auditoria Operacional (AOP)<sup>2</sup>.

### 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. O principal objetivo desta auditoria foi avaliar a qualidade da assistência ao pré-natal prestada pela atenção básica do município de Salgueiro.

<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 Salgueiro, 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

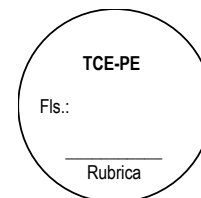
Foram adotados como referencial para avaliação da assistência ao pré-natal os protocolos estabelecidos pelo “Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério” do MS, quanto aos exames e procedimentos a serem realizados pela atenção básica (BRASIL, 2005, 2006c). Também foram utilizados os fatores estabelecidos 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 Salgueiro;
- Coleta de informações nas USFs do município de Salgueiro, 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 Salgueiro possui 13 unidades de saúde da família cadastradas no CNES<sup>3</sup>. Foram selecionadas de forma aleatória seis unidades localizadas na zona urbana do município para aplicação dos questionários e coleta de documentos sobre o atendimento pré-natal. Abaixo apresentamos as unidades visitadas pela equipe de auditoria:

- USF – COHAB Rita Alves dos Santos
- USF – Divino Espírito Santo (Posto de Saúde José de Castro)
- USF – Imperador
- USF – Planalto
- USF – Prado (Posto de Saúde Maria Nilza)
- USF – Santa Margarida (Posto de Saúde Petrolino Nunes)

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



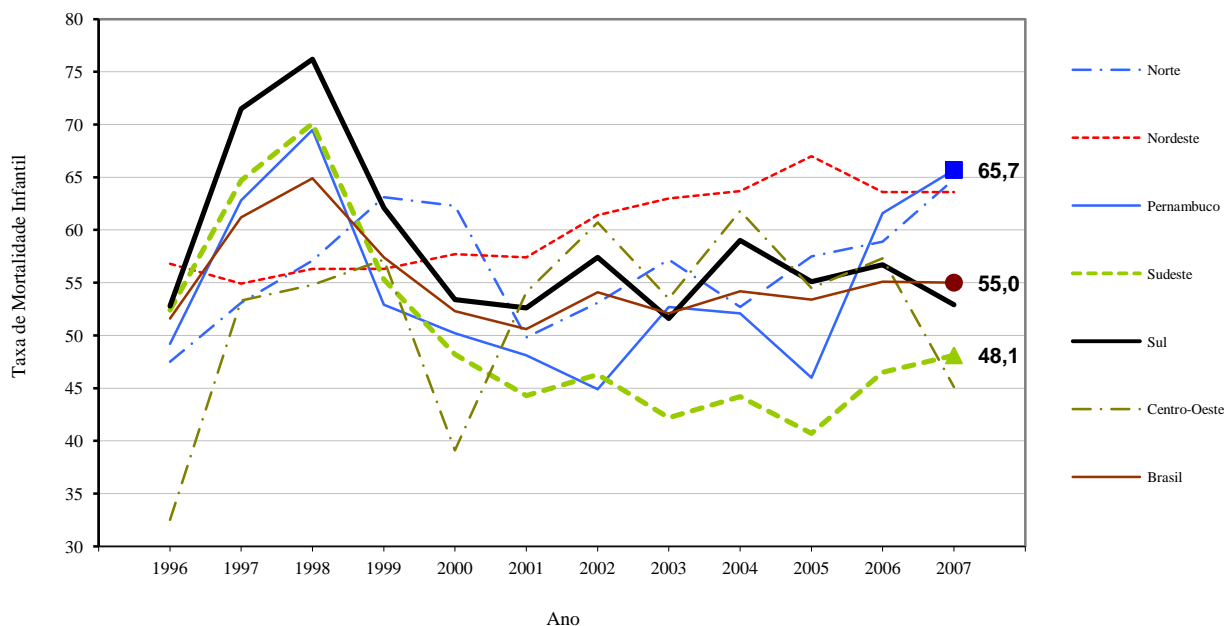
## CAPÍTULO 2 – VISÃO GERAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA

### 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 Mortalidade Materna<sup>4</sup>: Macrorregiões do Brasil – 1996-2007

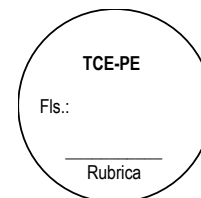


Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIM<sup>5</sup> e Ministério da Saúde/DATASUS/SINASC<sup>6</sup>.

<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.

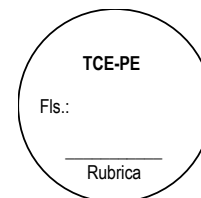
A ocorrência de óbito materno é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos. Os índices de mortalidade materna nos países em desenvolvimento são preocupantes. Um estudo realizado por organismos internacionais estimou que em 2005 aproximadamente 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).

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

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



pesquisa, 85,6% das gestantes no Brasil são atendidas por médicos e/ou enfermeiras, sendo que 91,4% das gestantes residentes na área urbana e 67,8% na área rural. Apesar das coberturas de consultas a gestantes, os valores de mortalidade materna e neonatal, a alta incidência de sífilis congênita, e a baixa cobertura de vacina antitetânica, revelam baixa qualidade do atendimento prestado no pré-natal (BRASIL, 2004).

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

Para aperfeiçoamento da assistência materna, é necessário que se monitore e investigue a ocorrência de óbitos nos municípios. Entretanto, dois fatores dificultam e limitam o monitoramento da mortalidade materna no Brasil: a subinformação e o sub-registro. A primeira resulta do preenchimento incorreto das declarações de óbitos, 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 Declaração de Óbito (DO) como instrumento de cidadania (BRASIL, 2009).

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

## 2.2 Comportamento epidemiológico do Coeficiente de Mortalidade Materna em Pernambuco

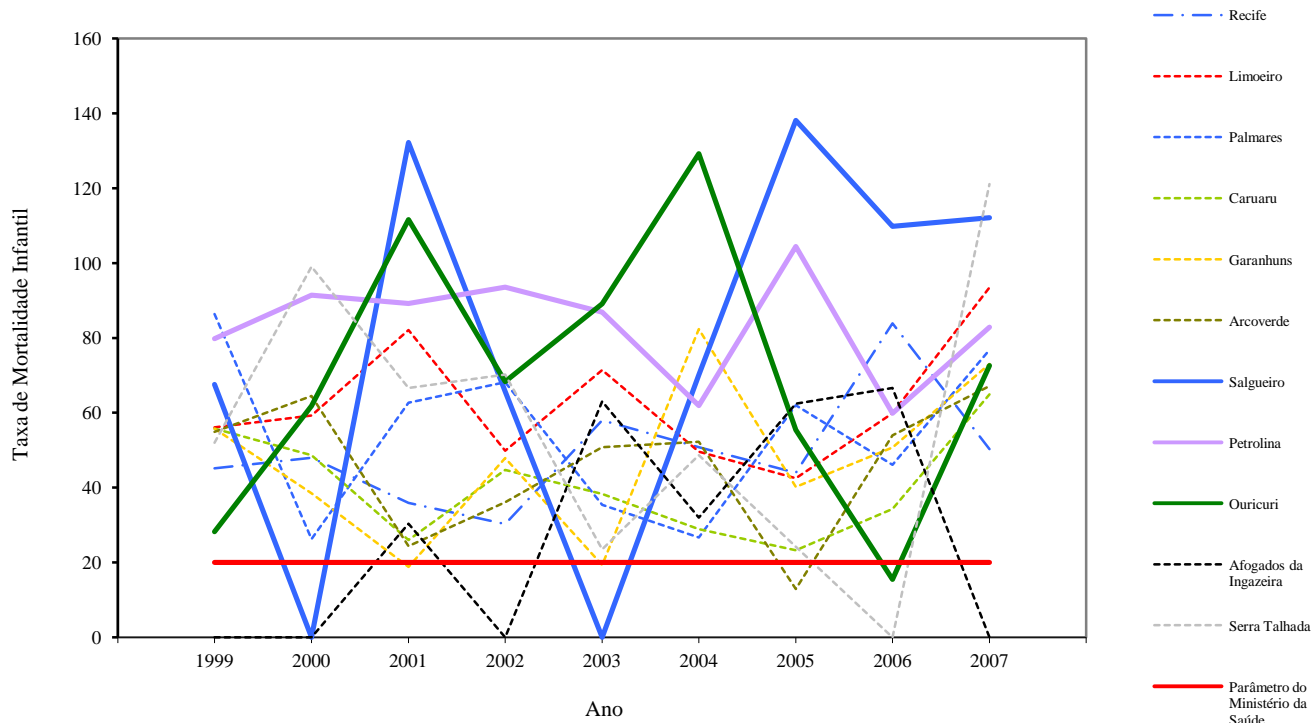
Para a seleção das Regiões de Saúde de Pernambuco avaliadas, foi examinado o comportamento da série história do CMM de cada região de saúde<sup>10</sup> do Estado entre 1999 e 2007. As Regiões de Petrolina, Salgueiro e Ouricuri se destacam pelos altos índices de mortalidade, comparados com os das demais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

<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>.





**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		6
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		5
Orocó		1	2	1				1			4
<b>Petrolina</b>	3	6	5	5	2	3	6	2	3	6	10
<b>Santa Maria da Boa Vista</b>	1	1		1	2		2	1	1		7
<b>Região Ouricuri – CMM</b>	28	62	112	68	89	129	55	15	73	60	
Araripina		1	2	1	1	3				2	6
Bodocó			1	3					2	1	4
Exu				1		1					2
Granito											0
<b>Ipubi</b>	1	2			2	1	1				5
Moreilândia	1								1		2
<b>Ouricuri</b>			4			1	2		2	1	5
Parnamirim		1			2	1					3
Santa Cruz		1				1					2
Santa Filomena						1	1				2
Trindade			2		1			1			3

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

Os dados disponíveis para cálculo do CMM são oriundos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM<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.

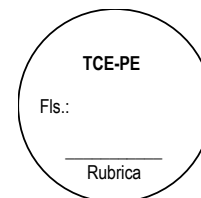
O CMM é disponibilizado pelo DATASUS com dois anos de atraso para que seja feita a redistribuição dos óbitos pelo local de residência e algumas correções nas informações, principalmente quanto ao cruzamento de causa de óbito por sexo e idade. A partir de 2009, o Ministério da Saúde adotou como rotina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

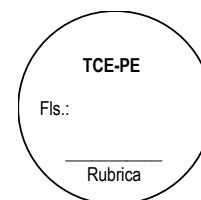
<sup>14</sup> Base de dados extraída do DATASUS em 20/09/2010: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?simp/cnv/matbr.def>.

<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>.



como referencial para avaliação da qualidade da assistência pré-natal ofertada no município de Salgueiro:

- **Lei n° 11.634**, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS.
- **Lei n° 11.108**, de 07 de abril de 2005, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS.
- **Lei n° 8.080**, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n° 36**, de 03 de junho de 2008, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.
- **Portaria n° 1.119**, de 05 de junho de 2008, que regulamenta a vigilância de óbitos maternos.
- **Portaria n° 325/GM**, de 21 de fevereiro de 2008, que estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.
- **Portaria n° 648/GM**, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
- **Portaria n° 399 GM/MS 399**, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto.
- **Portaria n° 1.067 do 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 n° 1.172**, de 15 de junho de 2004, que regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências e define a vigilância epidemiológica da mortalidade materna como atribuição de municípios e estados.
- **Portaria n° 2.394/GM** de 19/12/2003, que estabelece o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica – 2004.
- **Portaria/GM n° 653**, de 28 de maio de 2003, que institui a notificação compulsória do óbito materno.
- **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes** – estabelecida em 2007 pelo Ministério da Saúde e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
- **Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico/Ministério da Saúde, 2006.
- **Gestação de Alto Risco: Manual Técnico. 5ª edição/Ministério da Saúde**, 2010.



- **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde:** saúde da família. 2ª edição/Ministério da Saúde, 2008.

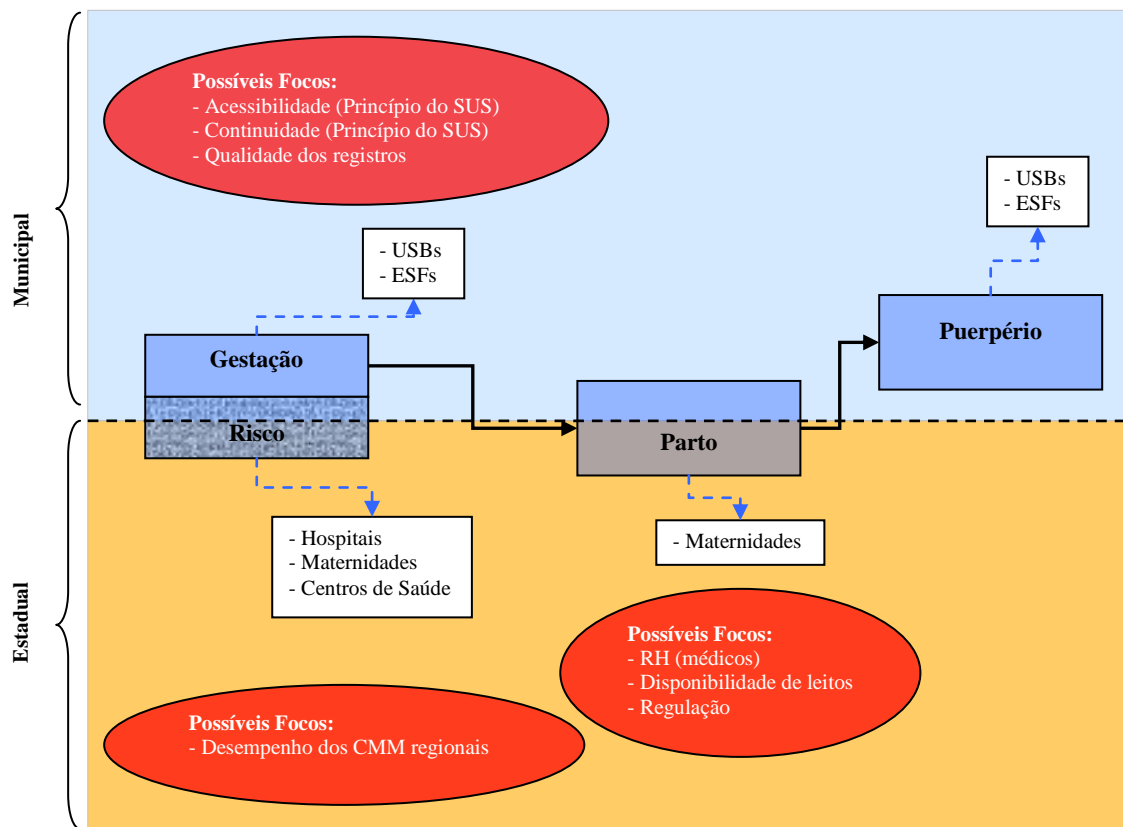
## 2.4 Lógica da assistência à saúde materna

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

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

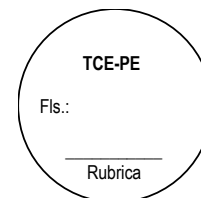
Figura 03 – Fluxograma da assistência à saúde materna



Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir de leitura de legislação e documentos

Legenda: Unidade de Saúde Básica (USB); Equipe de Saúde da Família (ESF)

As redes de serviços para assistência à saúde materna devem levar em consideração os seguintes critérios para organização da atenção obstétrica e neonatal (BRASIL, 2005): (i) vinculação de unidades que prestam atenção pré-natal às maternidades/hospitais, conforme definição do gestor local; (ii) garantia dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos 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 Salgueiro.

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 do atendimento 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 materna e fetal.

Segundo informações do MS, o município de Salgueiro tem histórico de taxas altas de mortalidade materna, por exemplo, em 2007, 2008 e 2009 corresponderam respectivamente a 96,9, 98,6 e 89,8 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 58,3% 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.

Para verificação da robustez das informações coletadas foram analisadas 60 fichas perinatais de usuárias do atendimento pré-natal municipal com seus respectivos prontuários entre 101 fichas selecionadas aleatoriamente.

Com base nas informações concedidas pelas profissionais de saúde sobre o grau de risco das gestantes, a documentação foi agrupada em dois tipos de gestação: normal<sup>19</sup> (36,7%) e de risco<sup>20</sup> (63,3%). Esta classificação foi adotada devido à falta de informação sobre a qualidade da classificação de risco gestacional adotada nas USFs.

<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/Salgueiro>. Acesso em: 17/05/2011.

<sup>19</sup> Sem risco gestacional.

<sup>20</sup> Com risco gestacional.



Para a análise da adequação da assistência do pré-natal à gestação de risco foi utilizada apenas a documentação referente as 38 gestantes como foi consolidado no quadro abaixo.

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

**Quadro 02** – Universo da amostragem por USF

UNIDADE	TOTAL DE GESTANTE ATENDIDA PELO PRÉ-NATAL		FICHAS PERINATAIS COLETADAS				PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO	COREN-PE
	NORMAL	RISCO	GESTANTE NORMAL	% DO TOTAL	GESTANTE DE RISCO	% DO TOTAL (*)		
USF - Imperador	33	04	03	9%	07	176%	Thaunny F. R, Campo	6662
USF - Prado (PS Mª Nilza)	36	07	03	8%	07	100%	Luciana Tavares De Carvalho Barros	(**)
USF - Sta Margarida (PS Petronilo Nunes),	47	05	05	11%	05	100%	Zannine Evelyn Souza Bezerra	(**)
USF - COHAB (PS Rita Alves dos Santos),	41	03	05	12%	05	167%	Luciene Leite Vasconcelos	(**)
USF - Divino Espírito Santo (PS Josué de Castro)	30	21	01	3%	09	43%	Antonio Braz De Lima	(**)
USF - Planalto	36	04	05	14%	05	125%	Claudia Silene Da Silva Tavares	(**)
<b>TOTAL</b>	<b>223</b>	<b>44</b>	<b>22</b>	<b>10%</b>	<b>38</b>	<b>86%</b>		

Obs.: (\*) Em destaque os números que apresentam as inconsistências das informações dos profissionais de saúde com os dados da documentação coletada e analisada pela equipe de auditoria; (\*\*) Não foi possível determinar o número de identificação profissional.  
Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

### 3.1.1 Inadequação da classificação do risco gestacional

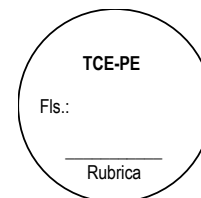
Os resultados obtidos na análise documental refletem a inadequação da classificação do risco gestacional (baixo, médio ou alto) adotada pelos profissionais da equipe de saúde, quando da primeira consulta e nas demais. As evidências demonstram casos de ausência e de deficiência no registro dos fatores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

Para implementar as atividades do controle pré-natal, é necessário identificar os riscos aos quais cada gestante está exposta, pois permitirá a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez. É indispensável que essa avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta.<sup>21</sup>

O próprio Ministério da Saúde (MS) alerta que é de suma importância a adequada classificação do risco, pois permite o devido encaminhamento das gestantes de alto risco às unidades de referência.<sup>22</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

<sup>21</sup> Ministério da Saúde. Manual técnico: *Pré-Natal e Puerpério, Atenção Qualificada e Humanizada*. Brasília – DF, 2006, p. 22.

<sup>22</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.



assistencial, nem seus resultados, além de retardarem o acesso das gestantes que realmente necessitam.<sup>23</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 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>24</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 quatro 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 às 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>25</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>26</sup>
- **DOENÇAS OBSTÉTRICAS ATUAIS DA GESTANTE:** São enfatizadas as possíveis intercorrências clínicas, que são passíveis de apresentar repercussões sobre a gestante como, por exemplo, hipertensão, sangramentos, processos infecciosos sistêmicos e obesidade. É importante salientar que a morte materna obstétrica direta<sup>27</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.

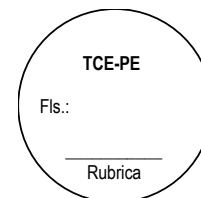
<sup>23</sup> A gestação de baixo risco é quando não existe inicialmente nenhum problema de saúde, mas que pode vir a desenvolver. Já a gestação de alto risco é quando existe qualquer doença materna ou condição sócio-biológica que pode prejudicar a sua boa evolução. Na gestação de alto risco existe risco maior para a saúde da mãe e/ou do feto.

<sup>24</sup> *Idem*, p. 11.

<sup>25</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>26</sup> Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias>. Acesso em: 10/01/2011.

<sup>27</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).



As informações referentes aos quatro grupos citados acima devem ser obtidas na anamnese.<sup>28</sup> O detalhamento de cada grupo de risco se encontra no Apêndice A.

Portanto, identificando-se um ou mais fatores de riscos durante as consultas do pré-natal, a gestante deverá ser encaminhada pelo profissional de saúde para tratamento na Unidade de Saúde da Família (USF), conforme orientam os protocolos do Ministério da Saúde. Os casos não previstos para tratamento na USF deverão ser encaminhados para a atenção especializada (referência) que, após avaliação, deverá devolver a gestante para a atenção básica com as recomendações para o seguimento da gravidez ou deverá manter o acompanhamento pré-natal nos serviços de referência para gestação de alto risco. Nesse caso, a equipe da atenção básica deverá manter o acompanhamento da gestante, observando a realização das orientações prescritas pelo serviço de referência.<sup>29</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 perinatal 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>30</sup> O escore de referência classifica o risco de acordo com informações sobre a história reprodutiva prévia, antropometria<sup>31</sup> materna e situação sócio-econômica apresentada pela gestante durante a primeira consulta. Ver tabela 01 a seguir:

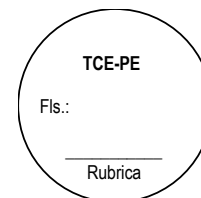
<sup>28</sup> É uma entrevista que busca relembrar todos os fatos que se relacionam com a doença e à pessoa doente. Segundo o Dicionário Houaiss, corresponde o “histórico que vai desde os sintomas iniciais até o momento da observação clínica, realizado com base nas lembranças do paciente.” (HOUAISS, Antônio; VILLAR, Moura de Salles. Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa, Rio de Janeiro: Objetiva, 2001). Anamnese em obstetrícia objetiva a coleta de dados que, no geral, permitem analisar as condições progressas e atuais do organismo materno, de modo a inferir sobre o seguimento da gestação atual.

<sup>29</sup> Ministério da Saúde *op cit.* p. 24.

<sup>30</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>31</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 4	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 diabetes</b>	4
<b>Altura materna &lt; de 150cm</b>	1
<b>Fumo na gestação</b>	1
<b>Mãe s/companheiro</b>	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>32</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>33</sup> receberam pontuação igual a 4.<sup>34</sup> Para a falta de informação nos documentos analisados foi considerado 1. Após as determinações do escore (pontuações) foi adotado o

<sup>32</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>33</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>34</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.faculdadedofuturo.edu.br/revista/index.php?id=edicoesanterioresvn2>. Acesso: em: 22/12/2010.

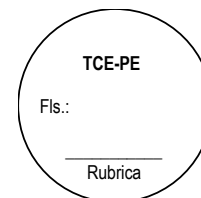


mesmo escalonamento do método de Chamberlain *et al*, adaptado por Barros *et al*. A seguir, apresenta-se os fatores de riscos considerados e o respectivo escore adotado pela auditoria.

**Tabela 02** – Escore de risco gestacional

<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;	4
Portadoras de doenças infecciosas, Doenças auto-imunes, Ginecopatias	
Infecção 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 ou especialista para alto risco.

Entre as 38 fichas coletadas referentes à gestação de risco foi observada a ausência do registro do grau de risco gestacional em 37 (97%). É importante ressaltar que a identificação da documentação, como referente à gestante de risco, foi feita pelos profissionais de saúde entrevistados e que a ficha perinatal adotada pelo município não possui as opções “atendimento pré-natal de alto risco” e “classificação de risco”. Portanto, algumas fichas foram identificadas pelos profissionais de saúde, no momento da auditoria, como referentes às gestantes de risco mesmo não existindo o registro do grau de risco gestacional.

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

**Tabela 03** – Classificação de risco gestacional – Salgueiro

<b>Classificação de risco</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>
Alto	01	2,6%
Não Informado	37	97,4%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

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

As informações obtidas na documentação selecionada sobre os fatores de risco serviram para alimentar o banco de dados necessário para a análise do escore de risco gestacional aplicado pela equipe de auditoria. O resultado obtido, como pode ser visto na tabela a seguir, classificou 13 gestantes como de risco médio e as outras 25 gestantes como de alto risco<sup>35</sup>.

**Tabela 04** – Grau de Risco Gestacional

<b>Escore</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>
Menos de 3 (baixo risco)	00	0,0
De 3 a 7 (médio risco)	13	34,2
Mais de 7 (alto risco)	25	65,8
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>

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

Entre as 37 fichas sem identificação do grau de risco gestacional (tabela 03), o escore aplicado demonstrou que 13 gestantes (tabela 04) poderiam ter sido classificadas como de

<sup>35</sup> A digitação, edição e verificação de consistência dos dados foram realizadas com o programa Sphinx Léxica V5.



“médio risco”, pois segundo os registros na documentação analisada, as gestantes possuíam baixas incidências 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>36</sup> Subentende-se portanto, que essas gestantes não tiveram intercorrências desses fatores ou então, que houve subnotificação (baixo registro).

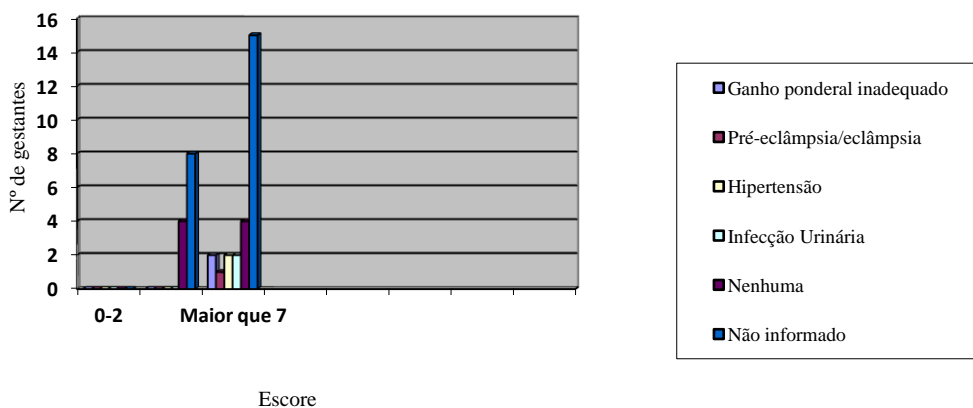
Entretanto, 25 gestantes que não tinham classificação de risco foram classificadas pelo escore de risco como de “alto risco” (tabela 04). Percebeu-se a influência do histórico de aborto (68,0%) e da incidência de infecção urinária anterior ou crônica (24,0%), juntamente com outros, na determinação do escore calculado. Sendo esses retro citados os problemas de saúde mais evidentes durante as consultas do pré-natal. Porém, na análise da documentação dessas 25 gestantes foi observada a ausência de registro de intercorrências na gestação atual em 18 (72,0%).

Já a gestante classificada como de “alto risco” pelos profissionais (tabela 03) coincidem com a classificação dada pelo escore aplicado pela equipe de auditoria, que teve como fatores influenciadores o histórico de aborto e a multiparidade.

Na análise dos resultados observou-se também que:

- 81,6% das fichas perinatais e prontuários não tinham registro referente à intercorrências obstétricas na gravidez atual;

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



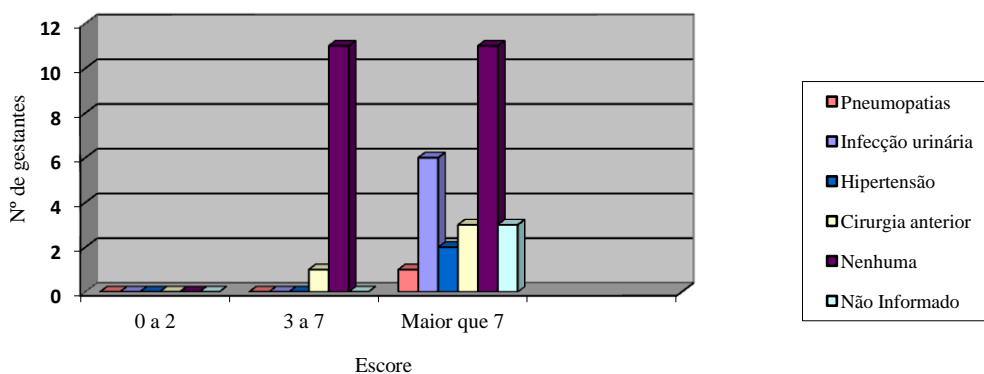
Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

<sup>36</sup> Essas três variáveis explicam 68,3% do escore de risco gestacional (Coeficiente de correlação múltipla: R=0,83).



- 57,9% das fichas perinatais registram “nenhuma” intercorrências clínicas crônicas;

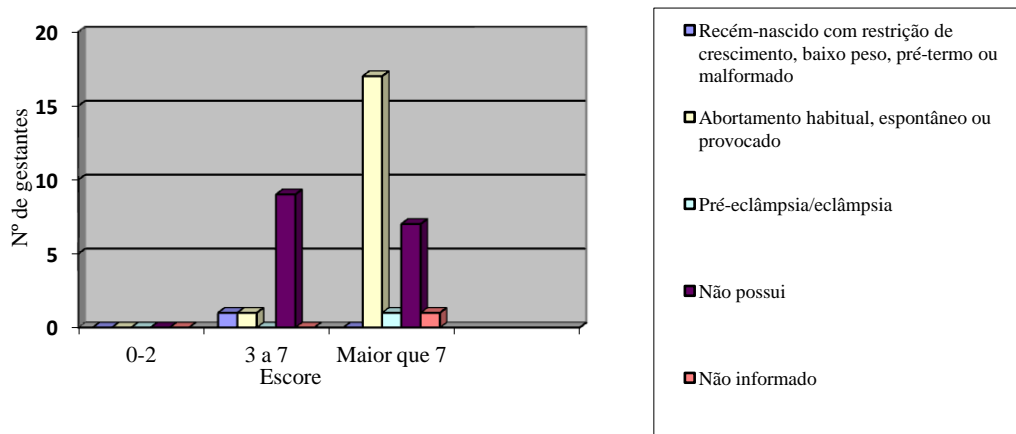
**Figura 05** - Escore de risco gestacional x Intercorrências clínicas crônicas



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

- 42,1% das gestantes de risco não possuíam histórico reprodutivo anterior e 50,0% tinham antecedentes abortivos;

**Figura 06** - Escore de risco gestacional x Histórico reprodutivo



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



A consolidação dos fatores de risco significativos por gestante de risco está representada na tabela 05 a seguir:

**Tabela 05** – Consolidação do Escore de risco gestacional por Fatores de Risco

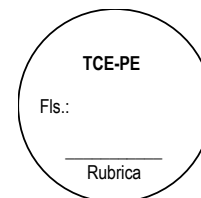
<b>Escore de risco gestacional</b>	<b>Histórico reprodutivo</b>	<b>Intercorrências clínicas crônicas</b>	<b>Intercorrências obstétricas atuais</b>
01 Gestante m = 7,00	Recém-nascido com restrição de crescimento, baixo peso, pré-termo ou malformado (01 Gestante)	Cirurgia pélvica anterior (01 Gestante)	Não informado (01 Gestante)
19 Gestantes m = 10,16	Abortamento habitual, espontâneo ou provocado (19 Gestantes)	Nenhuma (11 Gestantes) Infecção urinária (03 Gestantes) Não Informado (03 Gestantes) Pneumopatias (01 Gestante) Cirurgia pélvica anterior (01 Gestantes)	Não informado (13 Gestantes) Hipertensão (02 Gestantes) Nenhuma (02 Gestantes) Ganho ponderal inadequado (01 Gestante) Infecção Urinária (01 Gestante)
01 Gestante m = 11,00	Pré-eclâmpsia/eclâmpsia (01 Gestante)	Hipertensão arterial moderada ou grave e/ou fazendo uso de antihipertensivo (01 Gestante)	Nenhuma (01 Gestante)
16 Gestantes m = 6,81	Não possui (16 Gestantes)	Nenhuma (11 Gestantes) Infecção urinária (03 Gestantes) Cirurgia pélvica anterior (02 Gestantes)	Não informado (08 Gestante) Nenhuma (05 Gestantes) Ganho ponderal inadequado (01 Gestante) Pré-eclâmpsia/eclâmpsia (01 Gestante) Infecção Urinária (01 Gestante)
01 Gestante m = 8,00	Não Informado (01 Gestante)	Hipertensão arterial moderada ou grave e/ou fazendo uso de antihipertensivo (01 Gestante)	Não informado (01 Gestante)

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

Obs.: m = média do escore de risco gestacional.

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

- Ocupação profissional, 21,1% sem informação;
- Condições ambientais de moradia, 44,7% sem informação;
- Existência de dependência química, 26,3% sem informação;
- Escolaridade, 21,1% sem informação;
- Altura materna, 26,3% sem informação.



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

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

[...]

Cabe ainda destacar a **importância da abordagem integral às mulheres**, considerando-se as especificidades relacionadas às questões de gênero, raça, etnia, classe social, escolaridade, situação conjugal e familiar, trabalho, renda e atividades laborais, possibilidade de situação de violência doméstica e sexual, uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outras. Essa atenção implica na valorização de práticas que privilegiem a escuta e a compreensão sobre os diversos fenômenos que determinam maior ou menor condição de risco à gestação.<sup>37</sup> (grifo nosso)

[...]

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

Primeiramente, por deficiências sobre informações das condições biopsicossocio-culturais em consequência da ausência de alguns campos na ficha perinatal e pela subnotificação dessas informações, que devem ser registradas na primeira consulta e nas subsequentes. Em segundo lugar, por inconsistência da classificação do risco gestacional com os fatores de risco e em alguns casos, por ausência do registro<sup>38</sup>, mesmo existindo campos para a classificação e para o registro dos fatores de risco na ficha perinatal adotada pelo município.

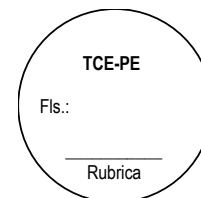
Portanto, conclui-se que há um problema comum nas USFs auditadas, podendo ocorrer em outras unidades do município, que é a inadequada classificação do grau de risco e a ausência do registro em alguns casos. Esta situação pode estar acarretando o uso de recursos e realização de rotinas dedicadas às gestantes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

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

1. Fiscalize periodicamente se a avaliação do risco gestacional está ocorrendo em toda consulta do pré-natal, com o respectivo registro da classificação de risco e

<sup>37</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*, 5ª Ed.. BRASÍLIA – DF, 2010, p. 24.

<sup>38</sup> A ficha perinatal adotada pelo município não possui campo para o registro da classificação do risco.



identificação do profissional de saúde responsável em ficha perinatal e prontuário médico;

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

3. Implante procedimentos de controle e responsabilização no atendimento ao pré-natal e puerpério, quanto à ausência de registro de informações inerentes a gestante de risco nas fontes primárias<sup>39</sup>, por parte dos profissionais de saúde responsáveis, conforme regulamentações do MS.

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

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

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

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

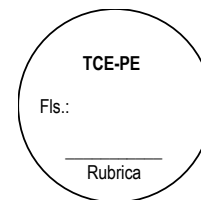
As deficiências ora apresentadas neste item se devem à falta de controle interno efetivo da Secretária de Saúde do Município sobre o atendimento às gestantes de risco durante o pré-natal, como também às demais. É importante ressaltar que a ausência de controle pré-natal, por si mesma, é um fator de risco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

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

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

<sup>39</sup> Prontuários, ficha perinatal, cartão da gestante, ficha de evolução, partograma, fichas





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 às seguintes ações básicas<sup>40</sup>:

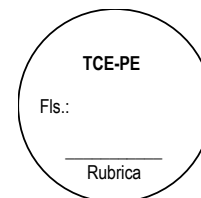
- I. Debater sobre o atendimento pré-natal junto à comunidade atendida pelas USFs;
- II. Identificar precocemente todas gestantes ainda no primeiro trimestre para se dar início e continuidade ao assistência pré-natal visando às intervenções oportunas;
- III. Acompanhamento periódico e contínuo de todas 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>41</sup>

<sup>40</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>41</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.



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 e garantir verbas<sup>42</sup>.

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

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

1. Formulário nº 03: Análise dos procedimentos e condutas do pré-natal realizados nas USFs do município, conforme Portaria n.º 569/GM de 1 de junho de 2000 do MS, referente ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento;
2. Formulário nº 04: Análise da classificação do nível de risco gestacional, aplicando o escore para determinação da classificação de risco considerando quatro grupos de fatores de risco descritos pelo MS.

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

▪ ***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 as gestantes ainda no primeiro trimestre, dando assim o início ao atendimento visando às intervenções cabíveis. Entretanto, como pode ser visto na tabela 06 a seguir em destaque, 19 (50,0%) gestantes consideradas de risco pelos profissionais de saúde iniciaram o pré-natal após a 12ª semana de gestação:

<sup>42</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.



**Tabela 06 – Idade gestacional na 1ª consulta**

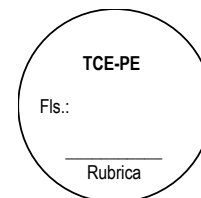
<b>CÓDIGO DA GESTANTE<sup>43</sup></b>	<b>DUM</b>	<b>1ª CONSULTA</b>	<b>IG (semanas)</b>
SA01	22/06/2010	23/08/2010	8,86
SA02	07/07/2010	18/10/2010	14,71
SA03	10/05/2010	27/09/2010	20,00
SA04	08/07/2010	27/09/2010	11,57
SA05	08/02/2010	24/05/2010	15,00
SA06	27/01/2010	16/08/2010	28,71
SA10	10/02/2010	09/08/2010	25,71
SA12	25/05/2010	23/08/2010	12,86
SA13	29/09/2009	03/02/2010	18,14
SA14	02/02/2010	29/03/2010	7,86
SA15	15/05/2010	25/08/2010	14,57
SA16	05/02/2010	05/04/2010	8,43
SA17	22/08/2010	06/10/2010	6,43
SA18	10/01/2010	19/05/2010	18,43
SA19	05/04/2010	19/07/2010	15,00
SA20	06/01/2010	09/02/2010	4,86
SA21	13/05/2010	12/07/2010	8,57
SA22	22/03/2010	14/06/2010	12,00
SA23	29/05/2010	20/07/2010	7,43
SA24	05/01/2010	14/06/2010	22,86
SA25	26/03/2010	26/05/2010	8,71
SA36	31/01/2010	29/04/2010	12,57
SA37	06/06/2010	04/08/2010	8,43
SA38	03/05/2010	08/10/2010	22,57
SA39	03/05/2010	12/08/2010	14,43
SA40	09/01/2010	29/03/2010	11,29
SA44	10/03/2010	26/05/2010	11,00
SA45	06/06/2010	28/07/2010	7,43
SA46	05/12/2009	16/03/2010	14,43
SA47	28/11/2009	09/04/2010	18,86
SA48	16/05/2010	21/09/2010	18,29
SA49	16/03/2010	17/08/2010	22,00
SA50	05/06/2010	11/08/2010	9,57
SA56	19/12/2009	02/03/2010	10,43
SA57	15/04/2010	14/06/2010	8,57
SA58	19/03/2010	04/06/2010	11,00
SA59	20/03/2010	12/07/2010	16,29
SA60	30/01/2010	22/03/2010	7,29

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.

<sup>43</sup> As gestantes que serviram de amostra para a análise receberam um código com o objetivo de se manter sigilo sobre a identidade das informações.



Na tabela 07 a seguir, relativa ao período em que ocorreu a primeira consulta, observa-se que sete (18,4%) gestantes indicadas como de risco e quatro consideradas como “sem risco” começaram o pré-natal após 20ª semana de gravidez, que segundo a determinação do MS, essas deveriam ter sido classificadas como gestantes com risco gestacional.

**Tabela 07** – Tipo de gestação x Período da 1ª consulta

<b>Período Tipo de gestação</b>	<b>Antes da 20ª semana</b>	<b>Após a 20ª semana</b>	<b>TOTAL</b>
Sem risco	18	04	22
Risco	31	07	38
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>11</b>	<b>60</b>

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

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

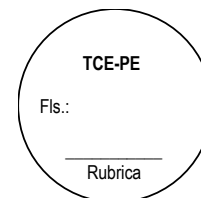
É imperativo que a equipe de saúde da família mantenha uma vigilância sobre a gestante, realizando visitas domiciliares, atividades educativas e assegurando que ela compareça a todas as consultas agendadas.

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

Todos os profissionais de saúde entrevistados declaram fazer a identificação do risco gestacional, utilizando formulário padronizado.<sup>44</sup> Para a coleta dessas informações foi adotado o formulário nº 02 (Análise da assistência pré-natal municipal) elaborado pela equipe de auditoria.

Utilizando-se das informações das fichas perinatais e prontuários selecionados, com ênfase nas 38 gestantes consideradas de risco, foi realizado o cotejo entre as informações relatadas pelos profissionais de saúde e as coletadas na documentação analisada. O resultado da análise demonstrou que 34 (89,5%) das gestantes consideradas como de risco pelos profissionais de saúde não possuíam registros do encaminhamento para uma unidade de referência ou para especialista. A única classificada como de “alto risco” também não tinha o registro do encaminhamento para unidade de referência ou para especialista (vide tabela 08).

<sup>44</sup> O MS recomenda a utilização de formulário padrão (ficha de referência e contrarreferência) para encaminhamento de gestante à unidade de referência de alto risco. Foi observado o uso de receituário para o encaminhamento da gestante por parte dos profissionais de saúde das ESF.



**Tabela 08** – Classificação de risco x Encaminhamento de risco

Classificação do risco	Encaminhamento para serviço de referência	
	Sim	Não
Alto	00	01
Não informado da classificação de risco	04	<b>33</b>
<b>TOTAL</b>	04	<b>34</b>

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

Outro ponto observado, é que as gestantes que tiveram encaminhamentos não possuíam o registro da contrarreferência, ou seja, sem informações sobre: exames, diagnósticos, tratamentos realizados e recomendações, quando do retorno dos casos referidos para a unidade de origem.<sup>45</sup>

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

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

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

Quanto aos exames complementares previstos para serem solicitados na primeira consulta do acompanhamento do pré-natal, não foi observado na documentação das 60 gestantes estudadas o cumprimento pleno de todos os exames complementares (ver tabela 09).

Como exemplo pode ser citada a situação de 4 gestantes (13,3%) que haviam realizado duas ou mais consultas e não constava qualquer registro dos exames complementares nas fichas perinatais ou nos prontuários<sup>46</sup>.

<sup>45</sup> A contrarreferência é o ato formal de encaminhamento do paciente à unidade de saúde que o referiu, após resolução da causa referenciada. Esta contrarreferência deve sempre ser acompanhada das informações necessárias ao seguimento do paciente na unidade de procedência.

<sup>46</sup> Até a data da realização da auditoria.



**Tabela 09 – Tipo de gestação x Exames Complementares – Salgueiro**

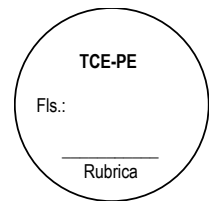
Exames Laboratoriais	ABO-Rh (grupo sanguíneo)	Hb / Ht	1º Glicemia de jejum	2º Glicemia para rastreamento de diabetes gestacional	1º VDRL - Sorologia sífilis	2º VDRL	1º Sumário de Urina	2º Sumário de Urina	HIV/AIDS	HbsAg - Sorologia p/ hepatite B	IgM - Sorologia p/ Toxoplasmose	Nenhum
Sem risco	18	19	18	03	19	03	15	02	08	03	00	02
Risco	28	26	24	03	26	05	25	03	16	04	02	09 <sup>(46)</sup>
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>45</b>	<b>42</b>	<b>06</b>	<b>45</b>	<b>08</b>	<b>40</b>	<b>05</b>	<b>24</b>	<b>07</b>	<b>02</b>	<b>11</b>

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas.  
 Das: (\*) Quatro gestantes com traços de duas consultas.

**Tabela 10 – Classificação de risco x Exames Complementares – Salgueiro**

Exames Laboratoriais de rotina	ABO-Rh (grupo sanguíneo)	Hb / Ht	1º Glicemia de jejum	2º Glicemia para rastreamento de diabetes gestacional	1º VDRL - Sorologia sífilis	2º VDRL	1º Sumário de Urina	2º Sumário de Urina	HIV/AIDS	HbsAg - Sorologia p/ hepatite B	IgM - Sorologia p/ Toxoplasmose	Nenhum
Alto	01	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00
Não Informado	27	26	24	03	26	05	25	03	16	04	02	09
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>26</b>	<b>24</b>	<b>03</b>	<b>26</b>	<b>05</b>	<b>25</b>	<b>03</b>	<b>16</b>	<b>04</b>	<b>02</b>	<b>09</b>

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



No caso específico dos exames complementares que devem ser repetidos até a 30ª semana de gestação (Glicemia de jejum, Sumário de Urina e Sorologia para Sífilis), conforme a recomendação prevista pelo MS para o atendimento à gestante nas unidades básicas de saúde<sup>47</sup>, a descontinuidade dos exames para as gestantes consideradas de risco é mais crítica (ver tabela 10 anterior).

Entre as 38 gestantes de risco selecionadas pela equipe de auditoria, vinte tinham 30 ou mais semanas de idade gestacional<sup>48</sup>, sendo que destas, apenas seis realizaram todos os primeiros exames de Glicemia de jejum, Sumário de Urina e Sorologia para Sífilis, e pelo menos um exame de repetição (vide quadro 03).

Como pode ser visto no quadro a baixo, das seis gestantes de risco apontadas apenas duas (10,0%) realizaram os três exames de repetição.

**Quadro 03** – Exames de repetição realizados por gestante

Exames Complementares Código da gestante de risco (*)	1º Glicemia de jejum	2º Glicemia para rastreamento de diabete gestacional	1º VDRL - Sorologia sífilis	2º VDRL	1º Sumário de Urina	2º Sumário de Urina
SA14	X	X	X	X	X	X
SA20	X	X	X	X	X	X
SA25	X	-	X	-	X	X
SA40	X	-	X	X	X	-
SA46	X	-	X	X	X	-
SA56	X	X	X	X	X	-
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>3</b>

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

(\*) Foi utilizado um código de identificação para cada gestante estudada com o objetivo de manter em sigilo a fonte de informações.

Foi observado também na documentação das gestantes de risco, com mais de duas consultas realizadas, que apenas duas (6,7%) realizaram o exame de Sorologia para Toxoplasmose (IgG e IgM)<sup>49</sup> e que apenas quatro, realizaram o exame de Sorologia para Hepatite tipo B (HbsAg)<sup>50</sup>, esse recomendado para próximo da 30ª semana de gestação.

Apesar das sorologias citadas acima serem apenas recomendadas pelo MS, quando houver disponibilidade,<sup>51</sup> é de suma importância enfatizar a necessidade de realização desses exames, pois doenças como a toxoplasmose podem causar os seguintes agravos anatômicos e funcionais: restrição de crescimento intrauterino, morte fetal, prematuridade e/ou

<sup>47</sup> Ministério Saúde. Secretaria Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico: *Pré-natal e Puerpério – Ação Qualificada e Humanizada*. Brasília – DF, 2006, p. 11.

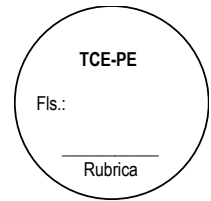
<sup>48</sup> Para medição da idade gestacional foi utilizado como parâmetro temporal o dia 22/10.

<sup>49</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>50</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>51</sup> Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual Técnico: *Pré-natal e Puerpério*. Brasília – DF, 2006, p. 11.

Avaliação da Assistência à Saúde Materna na Unidade de Saúde da Família – Auditoria Operacional - Processo TC nº 1005678-6.



manifestações clínicas e sequelas como microftalmia, lesões oculares, microcefalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e retardo mental<sup>52</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 cronificação<sup>53</sup> no recém-nascido (RN) infectado pelo VHB por transmissão vertical pode chegar a 90%, com maior risco de evolução para cirrose e hepatocarcinoma numa fase precoce da vida, tornando a triagem da Hepatite B obrigatória no pré-natal.<sup>54</sup>

É importante ressaltar que a realização de todos os exames é um dos indicadores de processo adotados pelo MS através do SISPRENATAL para avaliar a atenção pré-natal a partir do acompanhamento de cada gestante.<sup>55</sup>

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

O esquema básico da VAT em gestante compõe-se de três doses, caso não tenha o esquema completo, tem que se realizar as doses faltantes, e se no caso a última dose tenha sido a mais de cinco anos, faz-se uma única dose de reforço.<sup>56</sup>

Entre as gestantes de risco que realizaram duas ou mais consultas, sete (23,3%) ainda não tinham recebido imunização contra o tétano, conforme os registros das fichas perinatais. Tal situação expõe a gestante e o recém-nascido ao tétano obstétrico e neonatal respectivamente.

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

Segundo o MS:

[...]

O aumento sistemático da cobertura vacinal com a DPT (Tríplice Bacteriana), dT (dupla adulto), DT (dupla infantil) e tetravalente (DPT + HiB) e as medidas educativas de prevenção no uso de objetos de proteção são fatores que colaboraram diretamente na redução da incidência do tétano. **Contudo, considera-se que o número de casos permanece elevado, por se tratar de uma doença prevenível (grifo nosso)**<sup>57</sup>.

[...]

<sup>52</sup> Ministério da Saúde. Manual Técnico: Gestaçao de Risco, 5ª Edição. Brasília – DF, 2010, p. 115.

<sup>53</sup> É quando uma doença se instala e permanece no organismo por vários anos (doença de curso lento).

<sup>54</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico: Gestaçao de Risco, 5ª Edição. Brasília – DF, 2010, p. 143.

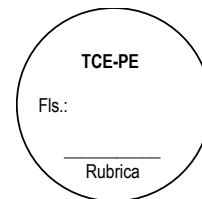
<sup>55</sup> Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos.

<sup>56</sup> Ministério da Saúde. Secretaria de Atençao à Saúde. Manual Técnico: *Pré-natal e Puerpério*. Brasília – DF, 2006, p. 11.

<sup>57</sup> Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informaçao de Agravos de Notificaçao (Sinan). Disponível em:

<http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?node=D.1.5&lang=pt&version=ed4>. Acesso em 17/03/2011.





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

▪ **Ausência de prescrição de medicamento essencial:**

Quanto à administração de *medicamentos essenciais* junto às gestantes de risco esta auditoria selecionou, entre as relacionadas pelo MS, a de sulfato ferroso profilático como indicador para análise da assistência pré-natal do município. 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>58</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.

Durante os trabalhos de auditoria foi observado que, entre as que realizaram duas ou mais consultas, não houve o registro da prescrição do medicamento para 11 gestantes de risco (36,7%).

É importante informar que o ferro (sulfato ferroso) é recomendado a todas as gestantes a partir do segundo trimestre, todos os dias até o 3º mês pós-parto, pois ele não pode ser suprido apenas pela dieta normal da gestante.<sup>59</sup>

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

Dentre as 38 gestantes de riscos analisadas, uma foi identificada com tipagem sanguínea/Fator Rh “O –” (ó negativo). Segundo informações da ficha perinatal, a gestante realizou o exame de Coombs indireto<sup>60</sup>, porém sem repetição. Foi observado também que entre as gestantes não consideradas como de risco pelos profissionais de saúde, duas possuíam tipagem sanguínea/Fator Rh “O –” (ó negativo), porém apenas tinham o registro da realização do primeiro exame. Tal fato demonstra deficiência no acompanhamento do pré-natal da gestante com Fator Rh negativo.

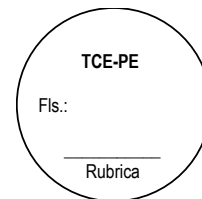
De acordo com o PHPN, é critério fundamental para o acompanhamento pré-natal a solicitação, entre outros, do exame Grupo sanguíneo/Fator Rh que tem como objetivo a identificação se a gestante possui fator Rh negativo. Caso a gestante tenha Fator Rh negativo e seu parceiro for fator Rh positivo ou então desconhecido deve-se solicitar teste de Coombs indireto. Se o resultado for negativo, repeti-lo em torno da 30ª semana e se for positivo, encaminhar a gestante ao pré-natal de “alto risco”.

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

<sup>58</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.

<sup>59</sup> Condutas de intervenção previstas no Programa Nacional de Alimentação e Nutrição. Disponível em: [http://nutricao.saude.gov.br/ferro\\_info\\_publico.php?exibe\\_pagina=ferro\\_programa\\_publico](http://nutricao.saude.gov.br/ferro_info_publico.php?exibe_pagina=ferro_programa_publico). Acesso em 17/03/2011.

<sup>60</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.



▪ **Ausência de avaliação ultrassonográfica:**

Quanto à avaliação ultrassonográfica, entre as gestantes de risco que estavam com idade gestacional acima de 34 semanas, apenas uma realizou três avaliações, seis gestantes menos de três avaliações e oito não realizaram o exame. A consolidação dos registros pode ser observada na tabela 11 a seguir:

**Tabela 11** – Idade gestacional x Avaliação Ultrassonográfica

Avaliação Ultrassonográfica \ Idade gestacional	Não realizada	Menos de três avaliações	3 avaliações	TOTAL
Até a 34ª semana	11	12	00	23
Acima da 34ª semana	08	06	01	15
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>01</b>	<b>38</b>

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

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

A recomendação do MS é que deve ser solicitado o exame de 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 nugal, 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>61</sup>.

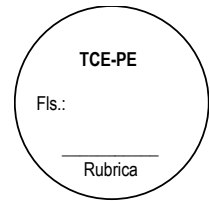
Alguns especialistas como Dr. Abner Augusto Lobão Neto<sup>62</sup> recomenda no mínimo três avaliações através de ultrassom, sendo uma a cada trimestre, pois no primeiro trimestre (11ª e a 12ª semana) possibilita com precisão determinar a idade gestacional, excluir a possibilidade de gestação ectópica (fora do útero) e verificar a ocorrência de gestação múltipla. No segundo (20ª e a 22ª semana), possibilita avaliar a formação geral dos órgãos e membros externos do bebê, identificar doenças que podem ser e até mesmo tratadas ainda no útero, como a hidrocefalia e revelar o sexo do embrião. No terceiro trimestre (34ª e a 36ª semana) é calculado o peso do bebê, confirmada a posição em que ele está, verificada a quantidade de líquido amniótico e o posicionamento da placenta em relação ao colo do útero. De acordo com as informações obtidas nesse último exame, o médico verifica a possibilidade de realizar o parto normal ou a cesariana<sup>63</sup>.

<sup>61</sup> Rezende J, Montenegro CAB. Obstetrícia fundamental, 9ª ed. Rio de Janeiro – RJ, Guanabara Koogan, 2003 *In* Revista de Enfermagem, 2009, jan-mar, 13.

<sup>62</sup> Médico especialista em ultrassonografia e coordenador do Setor de Pré-natal Personalizado da Universidade Federal de São Paulo.

<sup>63</sup> Disponível em:

[http://www.clicfilhos.com.br/ler/861-O\\_que\\_revela\\_o\\_exame\\_de\\_ultra\\_som\\_na\\_gravidez?page=1](http://www.clicfilhos.com.br/ler/861-O_que_revela_o_exame_de_ultra_som_na_gravidez?page=1). Acesso em: 16/01/2011.



## 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>64</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.

### ▪ *Ausência de exames físicos gerais:*

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

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

Mas apesar do registro do peso durante as consultas, o acompanhamento do ganho de peso gestacional (índice de massa corpórea – IMC gravídico)<sup>65</sup> foi diferente entre as USFs, pois as fichas perinatais da Imperador, Sta. Margarida (PS Petronilo Nunes) e COHAB (PS Rita Alves dos Santos) apresentaram um registro bastante expressivo em relação às gestantes de risco. Contudo, as fichas correspondentes às USFs Planalto, Divino Espírito Santo (PS Josué de Castro) e do Prado (PS M<sup>a</sup> Nilza) não tinham registro do IMC.<sup>66</sup> Deixando assim de ser realizada a respectiva comparação com o ganho de peso recomendado na gestação, segundo o estado nutricional inicial<sup>67</sup>.

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.

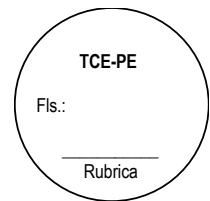
Quanto à medição da altura uterina, observou-se deficiências em relação às gestantes de risco, pois 16 (42,1%) não tinham o apontamento do procedimento nas fichas perinatais e prontuários. Foi observado também, que entre gestantes de risco com mais de três consultas realizadas, nove (39,1%) tinham menos de três medições registradas. Ver tabela 12 a seguir:

<sup>64</sup> Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual Técnico: *Pré-natal e Puerpério*. Brasília – DF, 2006, p. 29.

<sup>65</sup> IMC é igual à relação peso (Kg) dividido pela altura da gestante elevada a potência de dois.

<sup>66</sup> O município adota dois modelos de ficha perinatal.

<sup>67</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 12** – Tipo de gestação x Medição da altura uterina

Medição da altura uterina \ Tipo de gestação	Não realizada	Uma medição	Duas medições	Mais de duas medições	TOTAL
	Sem risco	07	01	03	11
Risco	16	06	06	10	38
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>07</b>	<b>09</b>	<b>21</b>	<b>60</b>

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

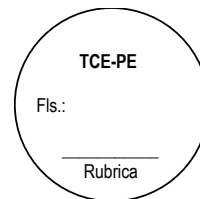
A recomendação do MS para a medição da altura uterina é que seja realizada em todas as consultas subsequentes à primeira e que as medidas sejam anotadas no gráfico “CURVA ALTURA UTERINA / IDADE GESTACIONAL” e observado o sentido da curva formada para avaliação do crescimento fetal .

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

Outro procedimento que apresentou deficiências significativas foi a ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF), o que é preocupante para as usuárias do pré-natal. Ao analisar os apontamentos das fichas perinatais, observou-se que 17 (44,7%) gestantes não tiveram o procedimento de ausculta realizado, e entre as que tinham mais de 24 semanas de gestação, seis (25,0%) tinham apenas uma ausculta realizada e cinco (20,8%) não tinham registro do procedimento.

Outra desconformidade, quanto ao procedimento de ausculta dos batimentos cardíacos fetais, foi a utilização dos sinais “-” (negativo) e “+” (positivo) para registrar os BCF, porém é importante ressaltar que a ausculta dos BCF é um procedimento que objetiva constatar a cada consulta a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos batimentos cardíacos fetais. O MS determina que se deva realizar a contagem dos BCF e registrá-los na ficha perinatal e no cartão da gestante<sup>68</sup>.

<sup>68</sup> É considerada normal a frequência cardíaca fetal entre 120 e 160 batimentos por minuto.



▪ **Ausência de exames de citologia oncótica:**

Não foram identificados os registros dos exames de citologia oncótica<sup>69</sup> nas fichas perinatais e nos prontuários de 55 (91,7%) gestantes, como é exposto na tabela 13.

**Tabela 13** – Tipo de gestação x Exame de citologia oncótica

Tipo de gestação	Exame de citologia oncótica		
	Sim	Não	TOTAL
Sem risco	03	19	22
Risco	02	<b>36</b>	38
<b>TOTAL</b>	05	55	60

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

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>70</sup>.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o número de casos novos de câncer do colo do útero esperado para o Brasil no ano de 2010 será de 18.430, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres. O câncer do colo nas regiões Centro-Oeste (20/100.000) e Nordeste (18/100.000) ocupa a segunda posição mais frequente entre casos de câncer.<sup>71</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 identificado.

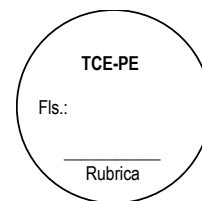
É importante frisar que o apontamento das informações sobre a gestante de risco nas fichas perinatais e prontuários (instrumentos de registros), que são documentos comprobatórios locais da prestação do atendimento ao pré-natal, permitem a realização de estudos estatísticos autênticos, os quais servem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

Tais evidências descritas neste subitem revelaram que não está havendo controle interno pela Secretária Municipal de Saúde de Salgueiro 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 o acompanhamento sistematizado que possibilite o fluxo de informações entre as unidades de saúde, de referência e contrarreferência, envolvidas no atendimento à gestante de risco.

<sup>69</sup> Esse exame também é conhecido como exame do colo do útero ou papanicolau

<sup>70</sup> O exame preventivo do câncer do colo do útero (exame Papanicolau) 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.

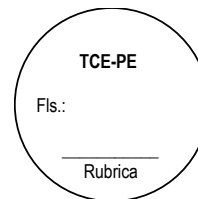
<sup>71</sup> Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo\\_view.asp&ID=5](http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5). Acesso em 04/01/2011.



A auditoria desenvolvida nas seis USFs do Município de Salgueiro propiciou a detecção da subnotificação dos procedimentos e condutas despendidas às gestantes consideradas de risco pelos profissionais de saúde responsáveis pela realização das consultas nestas unidades. Subentende-se, portanto, que as gestantes consideradas de risco não estão recebendo um atendimento pré-natal adequado e diferenciado como recomenda o MS. A existência de algum fator de risco reprodutivo reflete as condições a que a gestante está submetida ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação transformando-a em uma gestação de alto risco, por isso a necessidade de que o atendimento pré-natal seja mais efetiva para reduzir os riscos de morbimortalidade materno-fetal.

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

1. Capacite os profissionais de saúde que compõem as ESFs, através de cursos de reciclagem, educação continuada, objetivando a conscientização sobre a importância da assistência ao pré-natal e puerpério e de todas as atividades correlacionadas, como o adequado preenchimento de todos os instrumentos de registros dos procedimentos disponíveis e adotados no atendimento à gestante risco;
2. Recomende a todos profissionais de saúde que mantenham os instrumentos de registro adequadamente preenchidos e com a identificação do responsável em todas as etapas do atendimento: anamnese, exame físico, diagnóstico, tratamento, acompanhamento e encaminhamentos;
3. Oriente os profissionais de saúde das USFs para o uso do formulário padrão (ficha de referência e contrarreferência) e registro nas fichas perinatais ou prontuários médicos das condutas de encaminhamento das gestantes de risco para serviços de referência de alto risco ou especialista, conforme regulamentações do MS;
4. Avalie a efetividade das ESFs quanto à captação, recondução, acompanhamento, trabalho educativo e divulgação das ações desenvolvidas pela USFs junto a gestantes de risco;
5. Avalie periodicamente os procedimentos, atividades e condutas de acompanhamento do pré-natal oferecidas às gestantes de risco em suas USFs através do seu controle interno;
6. Implemente controle que garanta às gestantes de risco a realização plena dos exames complementares, inclusive referentes à sorologia para Hepatite tipo B, Toxoplasmose e de Coombs indireto com repetição no caso de resultado negativo;
7. Garanta a realização de no mínimo três exames de ultrassonografia obstétrica com objetivo de trazer mais segurança à mulher durante o período gravídico;



8. Implemente controle sobre as prescrições de medicação essencial e de vacinação garantindo o acesso às gestantes de risco;
9. Adote como conduta de registro da aferição dos BCF na ficha perinatal a utilização de grafia numérica, em vez de sinais “+” (positivo) e “-” (negativo);
10. Adote ficha perinatal que possibilite o registro do índice de massa corpórea gravídico;
11. Implemente campanha municipal de conscientização da necessidade da realização do exame de citologia oncológica utilizando as ESFs junto a população das áreas sob sua responsabilidade;
12. Implante procedimentos de controle e responsabilização, quanto ao descumprimento de alguma atividade, procedimento ou conduta inerente a gestante de risco por parte dos profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento do pré-natal.

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

Este item do relatório avaliou prioritariamente a qualidade da assistência à gestante de risco (38 gestantes), diferente do próximo tópico que examina os procedimentos de pré-natal realizados pelas ESFs em gestantes de risco e sem risco identificado acompanhadas pelas USFs. Para tanto foram analisadas 60 gestantes, sendo 22 sem risco identificado e 38 em situação de risco, selecionadas de forma aleatória pela equipe de auditoria. As análises a serem apresentadas a seguir abordam a assistência pré-natal de forma geral, sem fazer distinção à condição de risco da mãe.

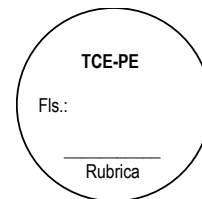
### **3.2 Atendimento pré-natal realizado nas unidades de saúde da família**

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

No Brasil, segundo a pesquisa Saúde Brasil 2009 do Ministério da Saúde (MS), publicado em dezembro de 2010, houve um declínio das causas de mortes de gestantes de 1990 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>72</sup>.

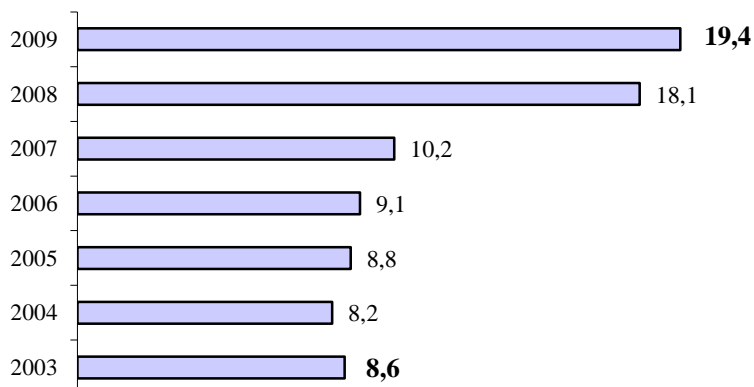
Paralelamente houve uma evolução no número de consultas de pré-natal realizadas durante a gravidez conforme se observa na figura 07 a seguir. Entre 2003 e 2009 o aumento de

<sup>72</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>.



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

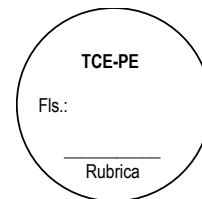
As mortes maternas estão diretamente ligadas à falta de cuidados na gravidez, sobretudo no que tange uma assistência de pré-natal adequada e qualificada.

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

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

Para avaliação do modelo da ficha perinatal, foram selecionadas aleatoriamente as fichas perinatais de 60 gestantes assistidas pelas USFs visitadas pela equipe de auditoria do TCE-PE em outubro de 2010. A ficha perinatal é o instrumento de coleta de dados, na unidade de saúde ou no domicílio, para uso dos profissionais da unidade de saúde e deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério recomendados pelo MS através do Anexo 2 “ficha de atenção pré-natal” (BRASIL, 2005, pg. 150).



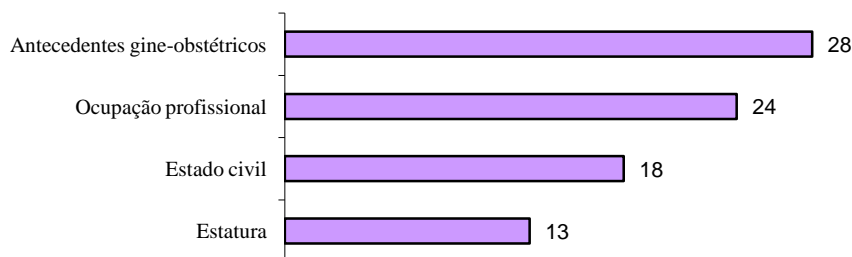


As análises evidenciaram que o modelo da ficha perinatal adotado pelo município não incluiu todas as informações exigidas pelo referido manual do MS, constatando-se a falta dos seguintes campos: dados socioeconômicos, estatura da gestante, ingestão de bebida alcoólica, saneamento básico (água encanada),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

Outro ponto observado a partir da análise das fichas foi que há falhas no seu preenchimento talvez por falta de conhecimento do profissional que está acompanhando as gestantes ou por pouca valorização de algumas das informações contidas nas fichas. Tome como exemplo o campo “Intercorrência nesta gestação”, onde 93% do total de 60 fichas examinadas não apresentaram registro nesse campo.

Os resultados obtidos na pesquisa quanto aos campos das fichas que não foram preenchidos pelos profissionais que deram assistência a estas gestantes (60) estão na figura 08 a seguir:

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



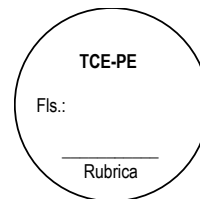
Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

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 à Secretaria Municipal de Saúde de Salgueiro que:

1. Reavalie o modelo da ficha perinatal adotado de modo a inserir os campos necessários para a coleta de informações preconizadas pelo Ministério da Saúde;
2. Implante procedimentos de controle e responsabilização no atendimento ao pré-natal e puerpério, quanto à ausência de registro documental inerente à gestante, por parte dos profissionais de saúde responsáveis, conforme regulamentações do MS.



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

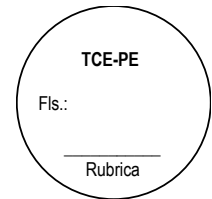
### **3.2.2 Ausência de exames complementares no pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde**

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

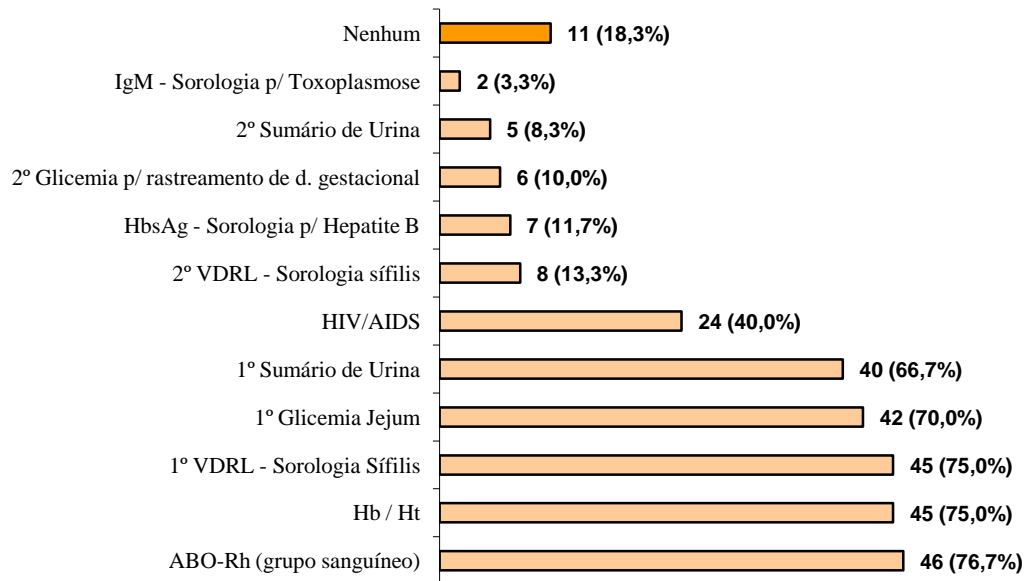
Segundo o manual do MS, o atendimento pré-natal promovida pela rede de saúde municipal deve realizar os seguintes exames complementares (BRASIL, 2006c, pg. 11): Sorologia p/ Toxoplasmose; Sorologia p/ Hepatite B; Sumário de Urina; Sorologia p/ Sífilis (VDRL); Glicemia de Jejum; HIV/AIDS; Hb-Ht; e ABO-Rh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

Através das entrevistas com as enfermeiras e das análises dos registros feitos nas fichas perinatais verificou-se que 25,0% das gestantes não fizeram os primeiros exames de Sorologia para Sífilis (VDRL), 30,0% para Glicemia em Jejum, e 33,3% para Sumário de Urina (vide figura 09 abaixo). A repetição desses exames a serem realizadas próximo da trigésima semana da gravidez foi mais precária ainda, visto que em média 89% das gestantes pesquisadas não repetiram os exames o que corresponde a 54 mulheres do total de 60 investigadas.

Outro problema identificado foi quanto a realização da Sorologia para Toxoplasmose (IgM), pois 96,7% das gestantes do universo pesquisado não fizeram os exames e 88,3% também não fizeram a Sorologia para Hepatite B (HBsAg). Observou-se também que em 23,3% das gestantes não foi possível identificar o grupo sanguíneo tendo em vista que elas não fizeram o ABO-Rh. Quanto ao HIV (AIDS) o total de gestantes que não realizaram esse exame foi de 60,0%. Ainda foi possível identificar que 18,3% das grávidas não fizeram nenhum dos exames complementares preconizados pelo MS (vide figura 09 a seguir).



**Figura 09** – Exames Complementares realizados pelas USFs visitadas



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

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

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

Assim, é oportuno recomendar à Secretaria Municipal de Saúde de Salgueiro 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.

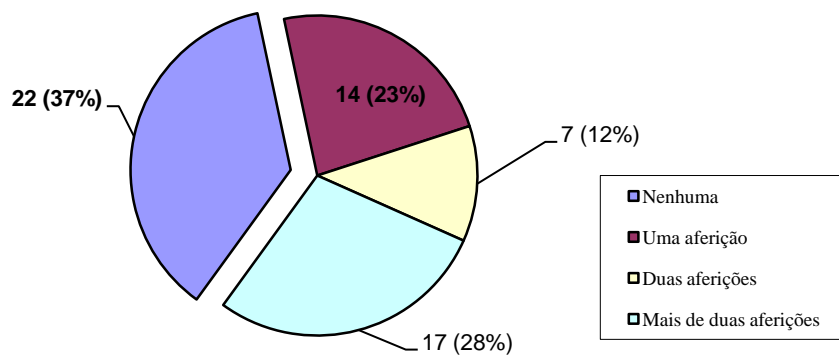


### 3.2.3 Ausência de procedimentos técnicos e condutas no exame clínico e obstétrico

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 37% (22) das gestantes pesquisadas não foi feita qualquer ausculta dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF) do bebê e em 23% (14) esse procedimento foi realizado apenas uma vez. Essa aferição serve para constatar a cada consulta a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos BCFs do feto. Nos registros feitos nas fichas perinatais constam que em algumas USFs o aparelho utilizado para fazer a aferição estava quebrado prejudicando essas aferições. A monitorização dos BCFs é importante, pois se correlaciona com o sinal e constatação de vida, logo a presença de movimentos fetais ativos e frequentes é tranquilizadora quanto ao prognóstico fetal.

**Figura 10** – Realização de aferição dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF) nas USFs visitadas



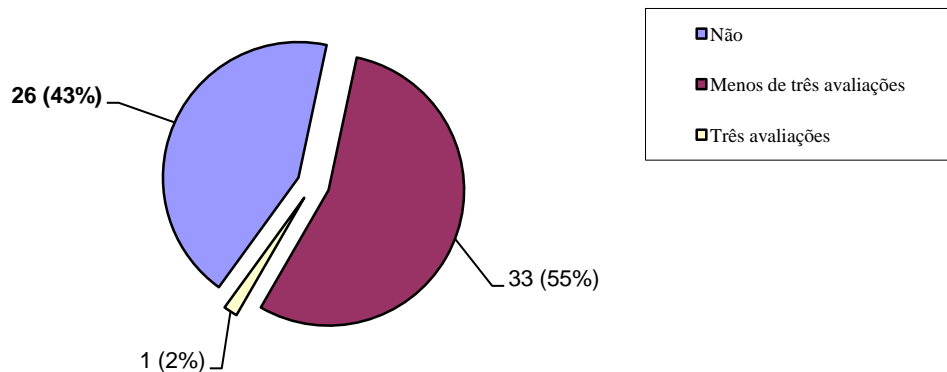
Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas.

Quanto ao número de avaliações ultrassonográficas constatou-se que 43% (26) das gestantes não fizeram nenhuma avaliação e 55% (33) fizeram menos de três avaliações. Apenas uma gestante dentre as 60 selecionadas fez três ou mais ultrassom (vide figura 11).

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** – Avaliações ultrassonográficas realizadas nas USFs visitadas

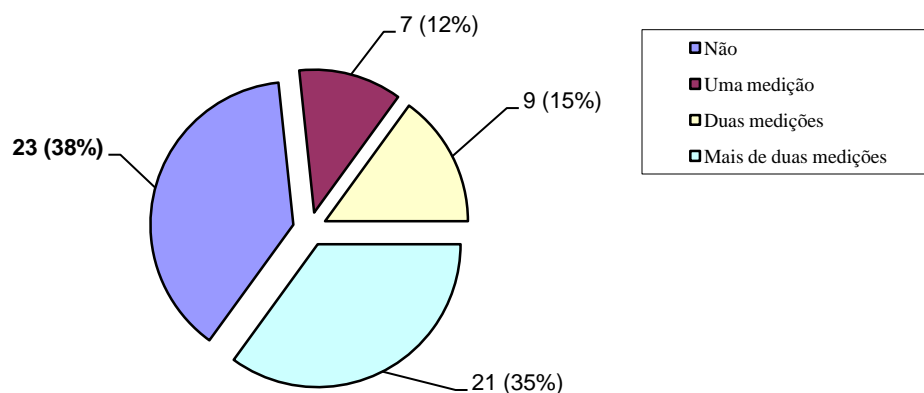


Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

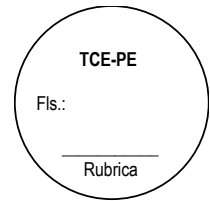
Outro procedimento importante realizado com as gestantes é a medida da altura uterina que consiste em um método clínico utilizado para o acompanhamento do crescimento do feto. Segundo Martimelli (2001) Quaranta *et al.* e Calvert *et al.* demonstraram que, entre 20 e 34 semanas, a altura uterina em centímetros 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 foi constatado que 38% (23) das gestantes não fizeram nenhuma medição e 35% (21) delas esse procedimento foi realizado mais de duas vezes (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

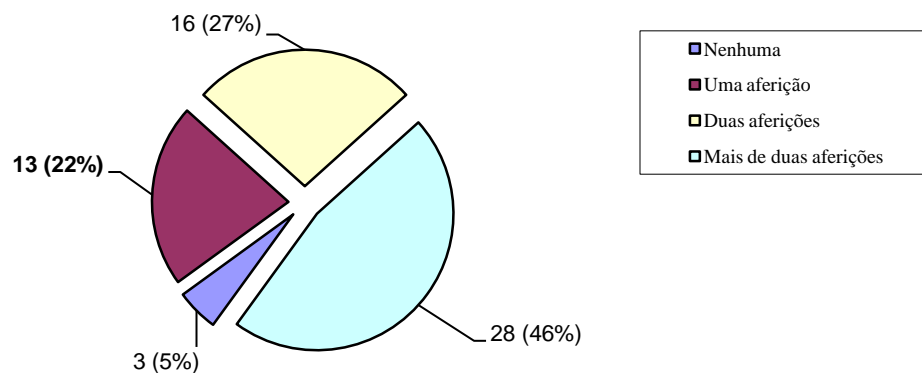


A pressão arterial, por sua vez, foi medida por mais de duas vezes em 46% (28) das grávidas ao passo que 22% (13) delas só fizeram uma medição (vide figura 13 a seguir). A gestante precisa ter sua pressão arterial medida regularmente durante todo o período gestacional para que seja evitada a eclâmpsia – doença decorrente da hipertensão (alta pressão arterial). Segundo o Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c pg. 07).

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

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

**Figura 13** – Aferição da pressão arterial realizada nas USFs visitadas

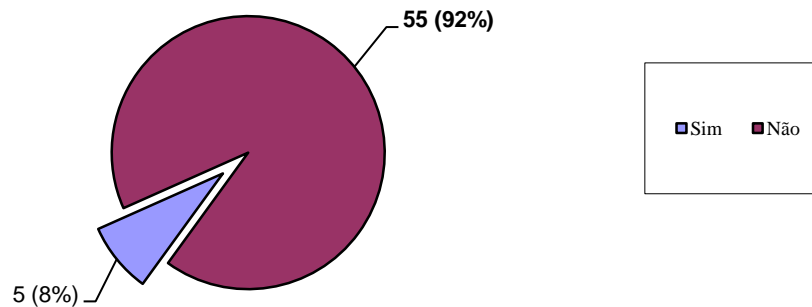


Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

Um procedimento importante a ser realizado pelos profissionais de saúde com as gestantes é o exame de citologia oncológica. Conforme o registro feito nas fichas perinatais verificou-se que 92% (55) das grávidas selecionadas não fizeram o referido exame. Segundo o Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) é importante que durante a gravidez o obstetra faça pelo menos um exame a fim de prevenir contra o câncer do colo de útero.



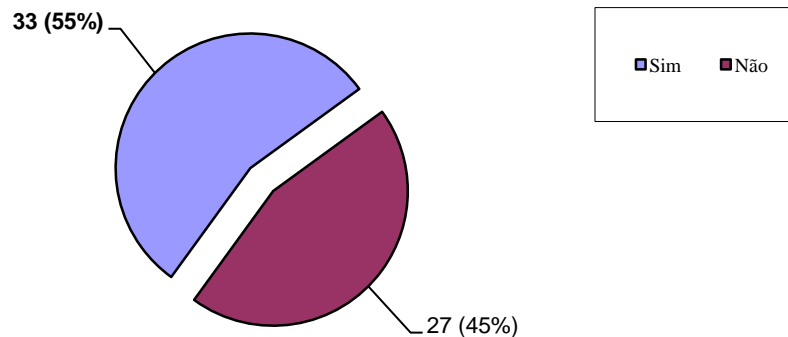
**Figura 14** – Exames de citologia oncótica realizados nas USFs visitadas



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

Outra conduta prevista no referido manual do MS (BRASIL, 2006c) é a prescrição de suplementação de sulfato ferroso para profilaxia da anemia. Através da figura 15 a seguir, verifica-se que não foi prescrito o sulfato ferroso a partir da 20ª semana de gestação para 45% das grávidas o que corresponde a 27 mulheres do universo pesquisado.

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



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

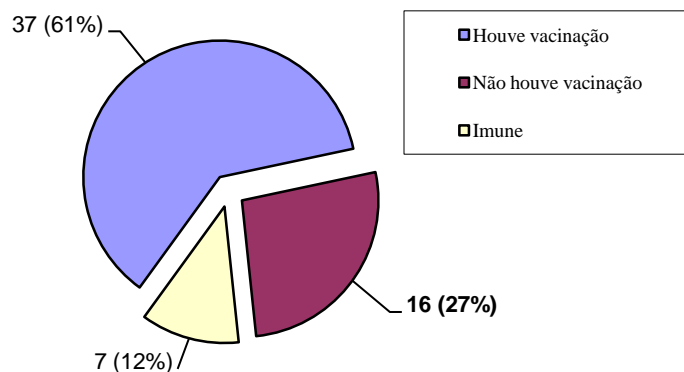
Quanto à imunização antitetânica as fichas perinatais indicam que 27% (16) das gestantes pesquisadas não receberam nenhuma dose da vacinação conforme se observa na figura 16 a seguir. A rotina de vacinação da atenção pré-natal é um procedimento importante para a prevenção do tétano neonatal. É uma doença 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 16** – Vacinação antitetânica realizadas nas USFs visitadas



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

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

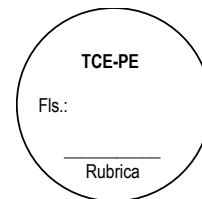
Mesmo que tenha havido redução das taxas de mortalidade materna pode-se dizer que ainda são elevadas para os dias de hoje e, na maioria das vezes estão associadas à precariedade do atendimento pré-natal.

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

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

Com a implementação das recomendações espera-se que haja melhoria da qualidade das consultas de pré-natal tendo em vista que os bons resultados da gestação são diretamente





proporcionais à precocidade do início do acompanhamento pré-natal e a realização das condutas e procedimentos adequadamente.

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

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

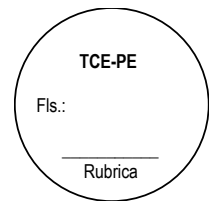
Neste tópico foram analisados os Boletins Diários de Produção Ambulatorial (BDPAs) dos médicos integrantes das equipes de saúde da família do mês de setembro/2010 com o objetivo de verificar a assiduidade desses profissionais.

#### **3.3.1 Baixa assiduidade dos médicos das unidades de saúde da família**

Os profissionais médicos contratados pelo município de Salgueiro 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 BDPAs referentes ao mês de setembro/2010, preenchidos por estes profissionais (fls.43 a 129). 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 Salgueiro, não foi possível a realização do levantamento da assiduidade de todos os profissionais médicos que prestam serviço para o município, ficando restrito a seis unidades onde foram coletados os boletins de produção pela equipe de auditoria. Os BDPAs das unidades examinadas foram enviados pela Secretaria Municipal de Saúde de Salgueiro através do Ofício nº 570/2010 para equipe de auditoria do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (TCE-PE) (fls. 42).



A partir dos exames aos BDPA's, 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 Prado não trabalhou 12 dias úteis no mês de setembro, pois não houve produção registrada no BDPA, já excluído o feriado do dia 07 de setembro (quadro 04). Situação similar também ocorreu nas USFs Santa Margarida, Divino Espírito Santo, Imperador, Nossa Senhora de Fátima e Planalto, mas com uma intensidade menor de faltas, prejudicando a assistência aos usuários atendidos pelas equipes.

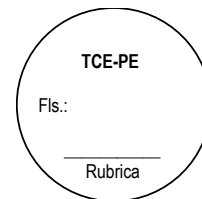
**Quadro 04** – Avaliação da assiduidade mensal dos médicos de Salgueiro: set/2010

Dia	Unidade de Saúde da Família					
	Divino Espírito Santo	Imperador <sup>73</sup>	Prado	Santa Margarida	Nossa Senhora de Fátima	Planalto
01/09	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não
02/09	Não	Sim	Sim	Não	Não	Sim
03/09	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim
Sábado	-	-	-	-	-	-
Domingo	-	-	-	-	-	-
06/09	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim
<b>07/09 (feriado)</b>	-	-	-	-	-	-
08/09	Não	Sim	Não	Não	Não	Não
09/09	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
10/09	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
Sábado	-	-	-	-	-	-
Domingo	-	-	-	-	-	-
13/09	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não
14/09	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim
15/09	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
16/09	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
17/09	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não
Sábado	-	-	-	-	-	-
Domingo	-	-	-	-	-	-
20/09	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
21/09	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim
22/09	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não
23/09	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
24/09	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
Sábado	-	-	-	-	-	-
Domingo	-	-	-	-	-	-
27/09	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
28/09	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim
29/09	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
30/09	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
Total de dias úteis de set/2010	21	21	21	21	21	21
Dias úteis trabalhados	11	20	09	11	13	16
Dias úteis não trabalhos	10 (A)	01 (B)	12 (C)	10 (D)	08 (E)	05 (F)
Remuneração bruta mensal (contrato) – R\$	5.482,45	6.472,45	5.482,45	5.482,45	5.482,45	5.482,45
Prejuízo por dias úteis não trabalhados <sup>74</sup> – R\$	<b>2.610,69</b>	<b>308,21</b>	<b>3.132,83</b>	<b>2.610,69</b>	<b>2.088,55</b>	<b>1.305,34</b>

Fonte: BDPA de Salgueiro (fls. 42 a 125)

<sup>73</sup> Levantados a partir dos prontuários da unidade de saúde.

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



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, 2006a):

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

[...]

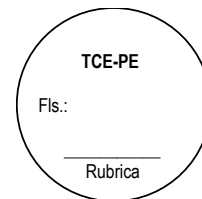
III - desenvolver **relações de vínculo e responsabilização** entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a **longitudinalidade do cuidado**; (grifo nosso)

[...]

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

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

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 Salgueiro que promova ações gerenciais para assegurar o cumprimento da carga-horária integral de 40 horas semanais de todos os profissionais médicos das equipes de saúde da família.



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

O município de Salgueiro 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.

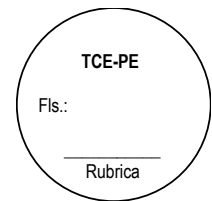
Para avaliação da despesa financeira realizada pelo município de Salgueiro para pagamento de profissionais médicos contratados para prestação de serviços às USFs visitadas pelo TCE-PE foi solicitada à Prefeitura Municipal, através do Ofício TC/CCE nº 342/2010, de 07/10/2010 (fls. 35 a 36), reiterado pelo Ofício TC/CCE nº 353/2010, de 19/11/2010, 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 ambulatorial referentes ao mês de setembro de 2010 (fls. 43 a 125).

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 à R\$ 5.482,00/6.880,00 pela jornada semanal de 40 horas (fls. 127 a 151). Também foi solicitado via ofício cópia das notas de empenho/folha de pagamento referente ao mês de setembro dos médicos das USFs.

Como foi evidenciado anteriormente no quadro 04 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 contratados para as unidades de saúde da família Santa Margarida (Sra. Kátia Maria Jardim Ferraz Arcoverde), Prado (Sr. Antônio Ellery Cartaxo Silva), Divino Espírito Santo (Sr. Alexandre de Carvalho e Sá), Imperador (Sr. Carlos Frederico Soares Ribeiro), Nossa Senhora de Fátima (Sr. Carlos Eduardo Gomes) e Planalto (Sr. Clélio Soares de Araújo Sá), caracterizando a ausência destes profissionais às unidades de saúde. Apesar da reduzida carga-horária dos serviços prestados no mês de setembro pelos citados médicos, o município de Salgueiro pagou na íntegra (valor contratual) os profissionais, conforme se verifica os empenhos e folha de pagamento de setembro/2010, fornecida através do Ofício nº 20/2011-GP (fls. 152).

Quando somados os dias úteis não trabalhados (A +...+ F) pelos médicos contratados, constata-se que o município de Salgueiro deixou de ofertar um total de 46 dias úteis (368 horas) de serviços médicos para a população atendida pelas seis equipes de saúde da família, perfazendo um prejuízo de R\$ 12.056,31 (doze mil cinquenta e seis reais e trinta e um centavos).

Desta forma, diante dos fatos relatados anteriormente que constata que médicos de saúde da família que não cumpriram a jornada semana de 40 horas, instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, receberam na íntegra a remuneração contratual referente ao mês de setembro/2010 sem desconto dos dias não trabalhados, recomenda-se à ordenadora de despesas da Secretaria Municipal de Saúde de Salgueiro Sra. Maria Gorete Coelho a



devolução aos cofres públicos do município o valor de R\$ 12.056,31 (doze mil, cinquenta e seis reais e trinta e um centavos), conforme demonstrativo de débito abaixo.

**Quadro 05** – Demonstrativo de débito por médico

USF	Médico	Valor a ser devolvido (R\$)
Santa Margarida	Kátia Maria Jardim Ferraz Arcoverde	2.610,69
Prado	Antônio Ellery Cartaxo Silva	3.132,83
Divino Espírito Santo	Alexandre de Carvalho e Sá	2.610,69
Imperador	Carlos Frederico Soares Ribeiro	308,21
Nossa Senhora de Fátima	Carlos Eduardo Gomes	2.088,55
Planalto	Clélio Soares de Araújo Sá	1.305,34
Total		<b>12.056,31</b>

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria

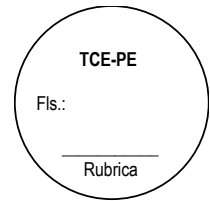
As conclusões ora apontadas por esta avaliação são pontuais, retratando apenas um pequeno recorte realizado pela equipe do TCE-PE. Desta forma, também sugere-se o encaminhamento deste relatório para a Coordenadoria de Controle Externo (CCE) desta Corte de Contas para que seja realizado o levantamento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

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

Constatou-se que há divergência entre o registro de profissionais existentes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde (MS) e as informações gerenciais coletadas no município. A Secretaria Municipal de Saúde de Salgueiro encaminhou através do Ofício nº 453/2010, 26/10/2010 (fls. 126; 165 às 178) a relação dos médicos que trabalham nas USFs. Para avaliar a consistência dos registros constantes no cadastro nacional, foi realizada a triangulação de informações oriundas de três fontes distintas: base de dados do CNES do MS consulta entre 29 e 30/11/2010; contratos/folha de pagamento da secretaria de saúde (fls. 159 a 161); e boletins diários de produção ambulatorial dos médicos do mês de setembro de 2010 (vide quadro 06).

Foram examinadas 13 USFs, e coletou os BDPAs dos médicos de seis unidades. Na consulta realizada no CNES verificou-se que consta registrado como médico de saúde da família da USF Imperador, desde 01/03/2010, o Sr. Antenor Tavares de Sá. Porém foi observado que o referido médico não constava na folha de pagamento de setembro/2010, constando como médico dessa USF o Sr. Carlos Frederico Soares Ribeiro.

Desse modo verifica-se que entre folha de pagamento de setembro/2010 e a data da consulta formulada pela equipe de auditoria do TCE-PE ao CNES transcorreram dois meses e, a secretaria municipal de saúde ainda não havia atualizado no DATASUS a substituição do profissional.



**Quadro 06** – Triangulação de registros a partir de três fontes: BDPA, Secretaria de Saúde e CNES

Unidade Saúde da Família	BDPA (set/2010)	Informado Folha de pagamento (setembro/2010)	CNES (29 e 30/11/2010)
<b>COHAB</b>	- Edmundo Buda S. Ribeiro	- Edmundo Buda S. Ribeiro de B. (admissão: 02/01/2009)	- Edmundo Buda S. R. de Barros (registro: 28/10/2004)
<b>Divino Espírito Santo</b>	- Alexandre Carvalho e Sá	- Alexandre de Carvalho e Sá (admissão: 24/05/2010)	- Alexandre de Carvalho e Sá (registro: 01/06/2010)
<b>Imperador</b>	- Carlos Frederico S. Ribeiro	- Carlos Frederico Soares Ribeiro (admissão: 02/01/2009)	- <b>Antenor Tavares de Sá</b> (registro: 01/03/2010)
<b>Planalto</b>	- Clélio Soares de A. Sá	- Clélio Soares de Araújo Sá (admissão: 02/01/2009)	- Clélio Soares de Araújo Sá (registro: 01/03/2005)
<b>Prado</b>	- Antonio Ellery Cartaxo Silva	- Antonio Ellery Cartaxo Silva (admissão: 13/04/2009)	- Antonio Ellery Cartaxo Silva (registro: 01/08/2009)
<b>Santa Margarida</b>	- Kátia Maria J. F. Arcoverde	- Kátia Maria Jardim F. Arcoverde (admissão: 02/01/2009)	- Kátia Maria Jardim F. Arcoverde (registro: 01/08/2010)
<b>Nossa Senhora de Fátima</b>		- Carlos Eduardo G. Sá Quirino (admissão: 02/09/2009)	- Carlos Eduardo G. Sá Quirino (registro: 02/09/2009)
<b>Pau Ferro</b>		- Inácio Alves de Sá Neto (admissão: 02/01/2009)	- Inácio Alves de Sá Neto (registro: 28/10/2008)
<b>IV Distrito</b>		- Luiza Angélica Carneiro Rosa (admissão: 02/01/2009)	- Luiza Angélica Carneiro Rosa (registro: 02/04/2008)
<b>Umas</b>		- Ediceu Justino dos Santos (admissão: 18/08/2010) – não contratado como médico saúde da família	- Ediceu Justino dos Santos (registro: 01/08/2010)
<b>Riachinho</b>		- Rômulo de Sá Roriz (sem médico)	- Rômulo de Sá Roriz (registro: 01/08/2010)
<b>Conceição das Crioulas</b>			- Carlos Frederico S. R. de Barros (registro: 01/02/2005)
<b>Nossa Senhora das Graças</b>		- Manoel Alves de Sá Neto (admissão: 04/05/2009)	- Manoel Alves de Sá Neto (registro: 06/11/2008)

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria

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

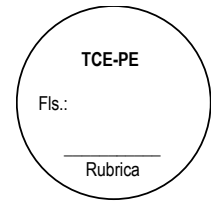
### 3.4 Estrutura da unidade de saúde da família

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

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

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

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



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

Constatou-se que as Unidades de Saúde da Família (USFs) visitadas em Salgueiro 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 infraestrutura física por cada equipe de saúde da família (BRASIL, 2008a):

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

Nas seis unidades visitadas no município de Salgueiro, constatou-se que cinco não possuíam acomodação e acesso físico adequados à pessoa idosa e com deficiência. Tome-se como exemplo as USFs COHAB e Divino Espírito Santo que além da dificuldade de acesso, as salas de espera não dispõem de espaço suficiente e apropriado para o atendimento das gestantes.

Em duas USFs visitadas não havia sala própria para vacinas e injeções (USFs COHAB e Prado). Na USF COHAB houve a adaptação de um espaço para funcionar como local de vacinação cujas condições de higiene não eram adequadas.



As figuras 17 e 18 a seguir demonstram os fatos relatados:

**Figura 17** – Estrutura física da USF COHAB (acessibilidade e sala de vacina)



Fonte: Fotos tiradas pela equipe de auditoria





**Figura 18 – Estrutura física da USF Divino Espírito Santo (acessibilidade e sala de espera)**



Fonte: Fotos tiradas pela equipe de auditoria

Na USF Imperador a sala de curativo foi improvisada no mesmo ambiente da recepção onde circula diariamente inúmeras pessoas comprometendo a higiene, além da falta de privacidade dos pacientes, conforme demonstram fotos das figuras 19.

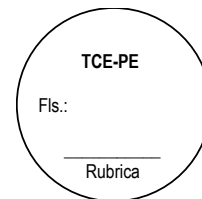
**Figura 19 – Estrutura física da USF Imperador (sala de curativo)**



Fonte: Fotos tiradas pela equipe de auditoria

Constatou-se também que cinco das seis USFs visitadas não dispõem de consultório destinado à saúde da mulher. Apesar de cinco unidades visitadas possuírem local para estocagem dos medicamentos (farmácia) em nenhuma delas havia controle de validade desses produtos.

Mesmo tendo sido encontrado o calendário de consultas afixado em local visível em cinco unidades, em nenhuma delas houve a participação da comunidade na elaboração desse calendário.



Em três das seis USFs visitadas não há consultórios equipados para a exames de citologia oncótica e também em três não havia lugar para a realização das atividades educativas.

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 os presentes passando mais algumas informações. As atividades não são sistematizadas, não é feito um planejamento de modo que todas as gestantes participem, assim como não há uma regularidade dos encontros com datas pré-definidas.

Segundo o manual do MS para garantir a atenção pré-natal e puerperal, os Estados e Municípios devem ter como referência o desenvolvimento de atividades educativas “a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias”. Acrescenta ainda que as práticas educativas devam ser organizadas por faixa etária com grupos exclusivos para adolescentes abordando temas de interesse do grupo, assim como buscar promover o envolvimento dos companheiros e familiares (BRASIL, 2006c).

Dentre as diferentes formas de realização do trabalho educativo pode-se destacar: discussões em grupo, dramatizações e outras dinâmicas que facilitam a troca de experiências entre os componentes do grupo.

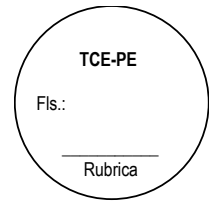
A USF se constitui como referência para o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, tendo como proposta ser o local onde a maioria dos casos comuns de saúde devem ser solucionados. Para tanto é necessário dispor de recursos estruturais e equipamentos compatíveis que possibilitem a ação dos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

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

Cabe aos municípios enquanto copartícipe 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.

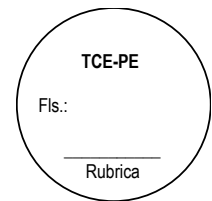
Desta forma, recomenda-se à Secretaria Municipal de Saúde de Salgueiro que:

1. Promova a adequação da estrutura física das USFs conforme orientações do Ministério da Saúde para que seja acessível a todos, além de oferecer um atendimento digno e condizente com a proposta do programa de saúde da família;



2. Solicite das equipes de saúde da família a elaboração do planejamento e da sistematização das atividades educativas buscando desenvolver dinâmicas interativas onde as gestantes participem, contribuindo com suas experiências pessoais.

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



## CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR

Em resposta a solicitação desta Corte de Contas, A Sra. MARIA GORETE COELHO, Secretária de Saúde do Município de Salgueiro, emitiu defesa através do documento protocolado em 20/12/2011 (PETCE nº 103456/2011) e juntado aos autos (Cf. fls. 284 a 375)<sup>75</sup>. Durante o processo foi solicitado por duas vezes pela gestora a prorrogação de prazo para apresentar o relatório de defesa. O que foi concedido por esta Corte de Contas.

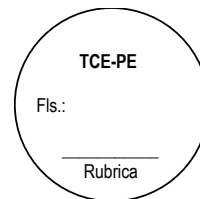
De início a gestora busca fazer uma explanação sobre a assistência e cobertura de consultas do pré-natal no município de Salgueiro. Quanto à assistência, informou que o município implantou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) inicialmente nas áreas em situação de vulnerabilidade social e econômica. Segundo a gestora, em 2010, 81,37% do território municipal tinha cobertura e a meta prevista para 2012 era 100% do território.

Quanto a cobertura das consultas, a gestora informa em sua defesa, que dentre os indicadores de monitoramento do Pacto pela Saúde, o município pactuou com o MS o indicador “Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de Pré-natal”. Em 2008 o município alcançou uma cobertura de 91,33% e com este resultado o município pactuou um novo indicador com o MS que foi “Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas Pré-natal”. Em 2009 e 2010 os resultados foram respectivamente 58,3 e 57,86%. O que para a gestora representaram avanços no processo de melhoria da atenção ao pré-natal, mas que ainda impunha ao município a necessidade de melhorar a busca ativa precoce e os registros na alimentação contínua do SISPRENATAL. A Secretária enfatiza que a Saúde da Mulher é um dos grupos prioritários do Pacto pela Saúde.

Em sua defesa, a Sra. MARIA GORETE COELHO concorda com a fragilidade da classificação do risco gestacional relatada no tópico “3.1 Atendimento pré-natal à gestante de risco” do relatório, mas afirma que os problemas apontados pela auditoria estavam sendo superados. Pois, desde o ano de 2011 o município conta com dois serviços de referência para encaminhamento das gestantes de risco habitual e médio risco (Hospital Regional Inácio de Sá e Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora de Fátima) e para a gestante de alto risco, a referência é o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

A Sra. MARIA GORETE COELHO informa que após o conhecimento do relatório preliminar foram tomadas medidas para a melhoria da estruturação do pré-natal com base nos instrumentos legais do MS. Através do Protocolo de Pré-natal foram padronizadas condutas, fluxos, exames e demais atividades relativas ao atendimento materno. Segundo a gestora, o que for identificado como ausentes ou deficientes pelo controle e monitoramento das ESF's seriam objetos das capacitações dos profissionais de saúde do município. A gestora também informou que a Secretária de Saúde do Município definiu um escore de risco gestacional que servirá de instrumentos para avaliação do risco gestacional (Cf. fls. 300).

<sup>75</sup> Por meio do Ofício CCE Nº 942/2011, de 20 de setembro de 2011, foi encaminhada a versão preliminar deste relatório a Sra. MARIA GORETE COELHO, Secretária de Saúde do Município de Salgueiro, e a solicitação para apresentação de defesa acerca dos resultados da **Avaliação das Ações para Assistência à Saúde Materna**. O ofício epigrafado foi recebido em 23 de setembro de 2011.



Para o subitem “3.1.2 Deficiências no atendimento do pré-natal à gestante de risco” do relatório preliminar, a Sra. MARIA GORETE COELHO não apresentou esclarecimento sobre os achados da auditoria operacional. Apenas de forma ampla esclarece que foram tomadas medidas para a melhoria do pré-natal com a implementação do Protocolo de Pré-natal.

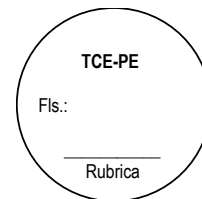
Ainda sobre o tópico “3.1 Atendimento pré-natal à gestante de risco”, a Secretária de Saúde discorre quanto à mortalidade materna no município. Segundo entendimento da gestora, as altas taxas de mortalidade para o município são decorrentes do baixo número de nascidos vivos, pois para um óbito materno o município obtém uma taxa considerada alta e, portanto, para está dentro do padrão aceito pela OPAS não poderia ter ocorrido nenhum óbito materno no período de referência adotado pela equipe de auditoria. Apesar de sua explicação, vale salientar que a referência é o uso de “taxa”<sup>76</sup> e o recomendado pela OPAS é de 20 casos de óbitos maternos em 100.000 nascidos vivos.

A Sra. MARIA GORETE COELHO disserta sobre morte materna obstétrica indireta e com isto procura esclarecer as mortes ocorridas em 2007, 2008 e 2009 que foram registradas pelo MS. Após discorrer distintamente sobre as mortes acontecidas, afirma a gestora, que as mortes registradas em 2007 e 2008 foram “... são classificadas como óbitos maternos por causas indiretas, por se tratarem de óbitos decorrentes de doenças.”. Quanto ao óbito de 2009 afirma que “... a gestante não residia no município...” (fls. 289, 306 e 307).

Apesar da tentativa da gestora de esclarecer cada óbito, entretanto, verifica-se que estes ocorreram dentro dos critérios estabelecidos pelo MS para serem classificados como ‘morte materna’, ou seja, ocorreram no período entre o início da gestação e os 42 dias após o parto e com os fatores relacionados com a gravidez. Entretanto, é importante destacar que não coube a equipe de auditoria averiguar os motivos dos óbitos, pois isto é de competência do MS investigá-los com base nas informações repassadas pelos municípios. Vale também salientar que é fático que o município de Salgueiro possuía uma taxa considerada alta de mortalidade materna no período definido pelo estudo da auditoria. Além disto, o município era o que tinha o maior número de anos com ocorrências em sua Região de Saúde, o que levou a equipe de auditoria selecioná-lo (fls. 196).

Outra desconformidade comentada pela Secretária de Saúde foi relativa à deficiência na identificação precoce da gestante de risco pela equipe de saúde da família. Para este problema a equipe de auditoria recomendou identificar precocemente todas gestantes ainda no primeiro trimestre para se dar início e continuidade a assistência pré-natal, visando às intervenções oportunas. Segundo a gestora, como medida para garantir a cobertura de 100% da população alvo do programa, a Secretaria de Saúde tem mantido o número preconizado de famílias por Agente Comunitário de Saúde - ACS, conforme orientação do MS. Além disso, que a Secretaria de Saúde do município tem tomado medidas para o controle e monitoramento dos processos de trabalho, por exemplo, a informatização do trabalho do ACS entre outras medidas.

<sup>76</sup> A definição de taxa de mortalidade materna é de fácil entendimento: o número de mulheres mortas durante o parto, considerando-se cada 100.000 nascimentos bem sucedidos.



Como visto nos parágrafos anteriores, a gestora em sua defesa concordou com a gravidade apresentada na auditoria sobre o atendimento pré-natal dado pelos profissionais das ESF's às gestantes de risco quando da realização das consultas. A implementação do Protocolo de Pré-natal e dos serviços de referências foram importantes medidas tomadas pela Secretaria de Saúde de Salgueiro para resolver os problemas apontados na auditoria e serviram como antecipação das recomendações da auditoria desta Corte de Contas.

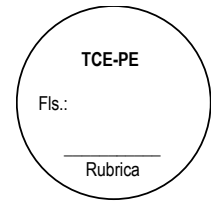
É importante ressaltar que a classificação de risco gestacional enseja um atendimento adequado a gestante de risco, como também, a preocupação com a gestante em relação ao risco gestacional deve ser contínua. Diante do que foi exposto pela gestora espera-se que as ações em uso possam ter refletido de forma positiva quanto ao atendimento pré-natal à gestante de risco.

Em referência ao tópico “3.2 Atendimento pré-natal realizado nas unidades de saúde da família” do relatório preliminar, observou-se que a Sra. MARIA GORETE COELHO não fez comentário sobre ausência de informações no modelo de ficha perinatal adotado pela Secretaria de Saúde do Município (*subitem 3.2.1*). Quanto ao subitem “3.2.2 Ausência de exames complementares no pré-natal preconizado pelo MS”, a gestora discorre sobre os exames sorológicos, isoimunização pelo fator Rh e exames complementares preconizados pelo MS. Estes pontos foram abordados na auditoria como deficientes por causa das falhas de registros na ficha perinatal e prontuário médico e conseqüentemente, não comprovaram a garantia à realização plena dos exames.

A Sra. MARIA GORETE COELHO reconhece a fragilidade nos registros, principalmente por parte dos enfermeiros, agravando o quadro e trazendo problemas para o pré-natal (fls. 289). Informa que as sorologias eram coletadas até dezembro de 2010 na Policlínica e encaminhadas a VII GERES para o LACEN-PE e que em 2010 ocorreram interrupções temporárias na efetivação do exame sorológico de Toxoplasmose por falta de ‘kits’ e morosidade no envio dos resultados por dificuldade do LACEN-PE, chegando até seis meses o tempo de retorno. A gestora aproveita para informar que através de parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, a gestão municipal passou a realizar os exames de Hepatite B (HsAg) e HIV (AIDS). Porém, não ficou entendido em sua defesa que o exame para Toxoplasmose (IgG e IgM), também seria realizado pelo município.

Quanto aos exames complementares, a gestora afirma não se tem registro de negação a nenhuma gestante e que as cotas mensais são atingidas e garantidas junto ao Hospital Regional Inácio de Sá. Apesar da declaração da gestora é imperativo ressaltar que os exames complementares auxiliam a identificar alterações que a gestante e o feto possam ser acometidos. Portanto, ajudam a prevenir doenças tais como a diabetes gestacional e a hipertensão, que são fatores de risco. Logo, é necessário o acompanhamento continuado através das consultas e da realização dos exames a fim de diagnosticar e prevenir precocemente as várias patologias que podem afetar a gestação e o parto.

Quanto aos exames com repetição (VDRL, glicemia jejum sumário de urina) que foram apontados na auditoria como de acesso precário, a Sra. MARIA GORETE COELHO anexou cópias das agendas de marcação dos exames e do Cartão Pré-natal de algumas



gestantes como comprovação da realização dos exames. Através de verificação nos cartões das gestantes, coletados de forma aleatória, a gestora chegou à conclusão que as fichas perinatais não rerepresentavam a realidade, o que vem corroborar com os resultados apontados pela auditoria deste Tribunal de Contas. Além disto, a gestora conclui que “... e caso não tenham sido realizados exames no período próximo à trigésima semana de gestação, este fato decorre da não solicitação destes por parte de enfermeiros, uma vez que a oferta dos mesmos é garantida pelo município.”.

Para a ausência de identificação de isoimunização pelo fator Rh nos registros, a gestora entende como decorrente da falta do Protocolo de Pré-natal e de monitoramento, pois exames prioritários como o Coombs Indireto têm a sua garantia, por muitas vezes, superada.

Assim sendo, com base nas informações da Sra. MARIA GORETE COELHO, espera-se que as falhas tenham sido corrigidas, pois sem um registro apropriado dos exames realizados não se pode ter um acompanhamento pré-natal, conforme preconiza o MS. Com as desconformidades encontradas pela equipe de auditoria o risco dos exames ocorrerem de forma tardia é grande e por seguinte, expõe a gestante e o feto ao risco de complicações de saúde. Espera-se que tal situação tenha sido sanada pela Secretaria de Saúde do Município de Salgueiro, que deve ser conferida quando do primeiro monitoramento a ser realizado por esta Corte de Contas.

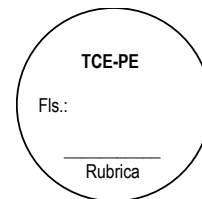
Quanto ao subitem “3.2.3 Ausência de procedimentos técnicos e condutas no exame clínico e obstétrico”, a Sra. MARIA GORETE COELHO apresenta comentários sobre imunização tetânica (VAT) e avaliação ultrassonográfica que foram procedimentos técnicos, entre outros, que apresentaram falhas conforme verificado nos campos informativos das fichas perinatais (registros do exame clínico e obstétrico das gestantes assistidas).

Para a situação da VAT a gestora concorda que havia deficiência de registros, pois a vacina contra o tétano é rotina nas unidades de saúde do município, além de não constar a falta do imunobiológico nos registros do Programa Nacional Imunização (PNI) no ano de 2010. Outra observação feita pela gestora foi que não houve casos de tétano neonatal no município. Mas ressalta a necessidade de se trabalhar as equipes de saúde sobre o problema.

A Sra. MARIA GORETE COELHO informa que pelos anos de 2007, 2008 e 2009, conforme dados das unidades que realizaram o exame de ultrassonografia e as quantidades de gestantes atendidas nos respectivos anos, concluía-se que pelo menos um exame de ultrassonografia obstétrica foi realizado por gestante. O que atenderia a recomendação do MS. A gestora anexa cópias das agendas das unidades do ano de 2010 em sua defesa (Cf. fls. 309 a 334).

Apesar da Secretária de Saúde admitir a realização de pelo menos um exame de ultrassonografia obstétrica por gestante, o Governo Federal levou a garanti-lo através do Projeto Rede Cegonha devido a sua importância e que no caso de gestante com alto risco gestacional é garantido o exame de ultrassonografia obstétrica com Doppler<sup>77</sup>. Antes a

<sup>77</sup> Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.



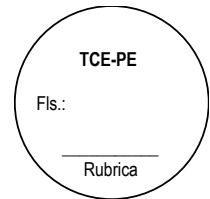
recomendação do MS era para ser apenas solicitado quando não fosse possível determinar a idade gestacional clinicamente.

Ainda sobre os procedimentos técnicos e condutas no exame clínico e obstétrico, observou-se que a gestora deixou de comentar sobre outras falhas de registros nas fichas perinatais cometidas pelos profissionais de saúde que acompanharam as gestantes, como exemplo, das 60 fichas examinadas, verificou-se que apenas: 37 gestantes realizaram mais de duas aferições dos batimentos cardíacos fetais (BCF), 21 realizaram a medição da curva altura uterina (idade gestacional) e cinco realizaram o exame de citologia oncológica. Estas desconformidades podem indicar uma assistência pouco qualificada, pois não houve a preocupação durante o acompanhamento do pré-natal de registrar a evolução da gestação de cada usuária, o que leva a uma situação de risco tanto para a gestante quanto para o feto.

Para explicar o tópico “3.3 Profissional médico de saúde da família” a Sra. MARIA GORETE COELHO apresentou, por meio da sua defesa, cópias; do resumo de frequência mensal de comprovação de plantões do mês de setembro de 2010 do Hospital Regional Inácio de Sá, dos boletins diários de produção ambulatoria das USFs Planalto, São Margarida e Prado, além de cópias do livro de visita domiciliar dos médicos da unidade Divino Espírito Santo (fls. 443 a 372), que evidenciam parcialmente a presença dos médicos das unidades visitadas nos dias em que o demonstrativo da equipe de auditoria aponta a ausência destes. Também foi juntada aos autos declaração de participação de curso da Sra. KÁTIA MARIA JARDIM FERRAZ ARCOVERDE que resguarda a liberação da médica.

A partir dos documentos apresentados pela Sra. MARIA GORETE COELHO, a equipe de auditoria elaborou demonstrativo (Cf. Apêndice D) que distribui os dias úteis não trabalhados pelos médicos levantados anteriormente a defesa e os dias comprovados pela gestora municipal de saúde. Os exames realizados anteriores a defesa apontaram 46 dias úteis não trabalhados pelos médicos no mês de setembro de 2010 (Quadro 04), após análise na documentação apresentada pela gestora os dias úteis não trabalhados passaram para 20 (Quadro 07). Pois, a defesa comprovou a presença dos profissionais na rede de saúde (plantões no Hospital Regional Inácio de Sá e atividades ambulatoriais nas unidades de saúde) em 26 delas. Ficando 20 dias sem comprovação, ou faltas sem justificativas, muitas delas reconhecida pela própria gestora.





**Quadro 07** – Cálculo dos dias não trabalhados

<b>Unidade Saúde da Família</b>	<b>Divino Espírito Santo</b>	<b>Imperador</b>	<b>Prado</b>	<b>Santa Margarida</b>	<b>Nossa Senhora de Fátima</b>	<b>Planalto</b>
<b>Médico</b>	Alexandre de Carvalho e Sá	Carlos Frederico Soares Ribeiro	Antonio Ellery Cartaxo Silva	Kátia Maria Jardim Ferraz Arcoverde	Carlos Eduardo Gomes	Clélio Soares de Araújo
Total de dias úteis de set/2010	21	21	21	21	21	21
Dias úteis trabalhados levantados na auditoria	11	20	09	11	13	16
Dias úteis não trabalhados levantados na auditoria	10 (A)	01 (B)	12 (C)	10 (D)	08 (E)	05 (F)
<i>Total de dias úteis não trabalhados levantados na auditoria</i>	<b>A + B + C + D + E + F = 46 dias</b>					
Dias úteis não trabalhados a partir da defesa do gestor	1 (a)	0 (b)	8 (c)	4 (d)	5 (e)	2 (f)
<i>Total de dias úteis não trabalhados a partir da defesa do gestor</i>	<b>a + b + c + d + e + f = 20 dias</b>					
Remuneração bruta mensal (contrato) – R\$	5.482,45	6.472,45	5.482,45	5.482,45	5.482,45	5.482,45
Prejuízo por dias úteis não trabalhados a partir da defesa do gestor – R\$	1 ÷ 21 x 5.482,45 = <b>261,07</b>	<b>0,00</b>	8 ÷ 21 x 5.482,45 = <b>2.088,55</b>	4 ÷ 21 x 5.482,45 = <b>1.044,28</b>	5 ÷ 21 x 5.482,45 = <b>1.305,35</b>	2 ÷ 21 x 5.482,45 = <b>522,14</b>
<i>Total de prejuízo dos dias úteis não trabalhados a partir da defesa do gestor</i>	<b>R\$ 5.221,38</b>					

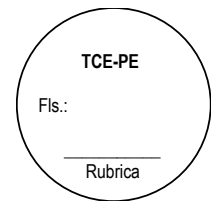
Fonte: Equipe de Auditoria

Com apresentação dos novos documentos, a equipe entende que o achado apresentado no subitem “3.3.1” do relatório preliminar referente à baixa assiduidade dos médicos ainda permanece sendo necessária a proposição das recomendações sugeridas pela auditoria. Pois, os documentos acostados ao processo comprovam parcialmente a presença dos médicos, conforme Quadro anterior e Apêndice D.

Os argumentos apresentados pela gestora municipal não evidenciam a assiduidade de todos os médicos das unidades visitadas do mensal de setembro/2010, e também não houve iniciativa por parte da gestão o desconto nos vencimentos, proveniente do descumprimento da carga-horária dos médicos que não apresentaram justificativa pela ausência (Sr. ALEXANDRE DE CARVALHO E SÁ, Sr. ANTONIO ELLERY CARTAXO SILVA, Sra. KÁTIA MARIA JARDIM FERRAZ ARCOVERDE, Sr. CARLOS EDUARDO GOMES e Sr. CLÉLIO SOARES DE ARAÚJO).

Desta forma, diante dos exames da defesa, se constata que médicos de saúde da família que 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, conforme evidenciado na folha de pagamento de setembro/2010 (fls. 153 a 161).

Após análise da documentação apensada à defesa, o valor a ser devolvido aos cofres públicos pela Sra. MARIA GORETE COELHO, Ex-Secretária Municipal de Saúde de



Salgueiro, passou de **R\$ 12.056,31** (doze mil, cinquenta e seis reais e trinta e um centavos) inicialmente apontado (Quadro 05) para **R\$ 5.221,38** (cinco mil, duzentos e vinte um reais e trinta e oito centavos), conforme quadro 08 abaixo:

**Quadro 08** – Demonstrativo de débito por médico

USF	Médico	Valor a ser devolvido (R\$)
Santa Margarida	Kátia Maria Jardim Ferraz Arcoverde	1.044,28
Prado	Antônio Ellery Cartaxo Silva	2.088,55
Divino Espírito Santo	Alexandre de Carvalho e Sá	261,07
Nossa Senhora de Fátima	Carlos Eduardo Gomes	1.305,35
Planalto	Clélio Soares de Araújo Sá	522,14
Total		<b>5.221,38</b>

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria

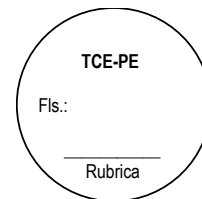
Desta forma, a equipe entende que os achados apresentados nos subitens “3.3.1” e “3.3.2” do relatório preliminar referente à baixa assiduidade dos médicos e ao pagamento de médicos sem o cumprimento de carga horária integral ainda persistem, sendo necessária a proposição das recomendações sugeridas pela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

Quanto ao tópico “Estrutura da unidade da saúde da família”, a Sra. MARIA GORETE COELHO externa que a realidade dos quatro PSF’s citados na peça defensiva é nacional (fls. 296). Para a gestora tal situação era reflexo da ausência de financiamento/investimento no setor. Aproveita para relatar que em anos anteriores os financiamentos para a estrutura física das unidades de saúde passavam por emendas parlamentares e devido à burocracia projetos anteriores a 2010 e que até o momento de sua defesa, os recursos ainda não tinham sido liberados. Só a partir de 2011, segundo a gestora, o MS assume uma política de qualificação das unidades de saúde.

A Secretária de Saúde informa que o município tem avançado em investimentos com recursos próprios para a melhoria das estruturas físicas. Aproveita para comunicar que os três PSF’ citados no relatório preliminar passaram por reformas e ampliação, como também, sobre a construção de novas unidades (PSF’s do Planalto e do Divino Espírito Santo). No acervo fotográfico anexado a defesa observa-se os PSF da COHAB e do Planalto.

São louváveis os investimentos realizados pela Secretaria de Saúde de Salgueiro nas unidades de saúde’, porém além de boas condições físicas das suas unidades, é necessário que o município disponha de recursos humanos e de equipamentos compatíveis com as ações da Assistência Básica de Saúde. Pois, é imperativo ao município, enquanto copartícipe na prestação dos serviços da ESF, oferecer às equipes de saúde da família instalações adequadas e equipadas, conforme as orientações do MS, além de garantir recursos financeiros compatíveis com os serviços prestados e sua devida aplicação.

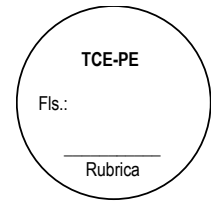
Após análise dos comentários elaborados pela Sra. MARIA GORETE COELHO, gestora da Secretária de Saúde de Salgueiro em 2010, apesar das ações implementadas para atendimento das recomendações da auditoria (Protocolo do pré-natal, serviços de referências, melhorias físicas nas unidades de saúde) é necessário a realização do monitoramento por parte desta Corte de Contas para o atesto da sanidade das desconformidades apontadas pela equipe



de auditoria. Reitera-se que para um acompanhamento pré-natal ser considerado adequado é necessário que a equipe de saúde realize correta e uniformemente os procedimentos técnicos durante a consulta com a gestante, além de boas condições físicas e estruturais das UBS.

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. Excetuando-se apenas a imputação inicial de devolução aos cofres públicos do município que passou a ser de **R\$ 5.221,38** (cinco mil e duzentos e vinte um reais e trinta e oito centavos). Valor este pago indevidamente a médicos das USFs através da Sra. MARIA GORETE COELHO.

O gestor responsável pela Secretaria de Saúde do Município de Salgueiro 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.



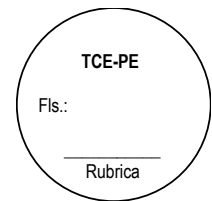
## CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO

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 (USFs) do município de Salgueiro, com foco na classificação de risco das gestantes e seus procedimentos para assistência, nos procedimentos adotados no pré-natal, na assiduidade dos profissionais médicos das equipes de saúde da família e na estrutura física mínima preconizada pelo Ministério da Saúde (MS).

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

O relatório de auditoria que avalia a 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.

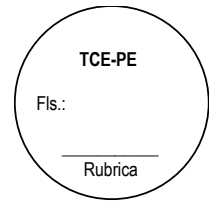
O primeiro ponto avaliado “atendimento pré-natal à gestante de risco” apresentou dois problemas que comprometem a qualidade das ações e serviços prestados pelo município. Foi constatada a inadequação da classificação do risco gestacional (baixo, médio ou alto) adotado pelos profissionais das equipes 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 (50,0% gestantes de risco começaram o pré-natal após a 12ª semana); ausência de encaminhamento à unidade de referência de risco (apenas quatro, entre as 38 gestantes de risco examinadas, possui o registro de encaminhamento); ausência de realização plena dos exames complementares; ausência de imunização antitetânica (23,3% das gestantes que realizaram duas ou mais consultas não receberam a imunização contra o tétano); ausência de prescrição de sulfato ferroso (11 gestantes de risco, das 38 examinadas, não foi prescrito o sulfato ferroso); ausência de avaliação ultrassonografia (oito, das 15 gestantes de risco com idade gestacional acima de 34 semanas, não fizeram nenhuma ultra); insuficiência de exames específicos (16, das 38 gestantes de risco pesquisadas não realizaram qualquer medição da altura uterina, e 17 não fizeram ausculta dos batimentos cardíacos fetais); ausência de exame de citologia oncótica (91,7% gestantes não realizaram o exame).



O segundo ponto pesquisado “atendimento pré-natal realizado nas unidades de saúde da família” apontou três problemas que impactam na qualidade do atendimento pré-natal ofertado pelas USFs. Constatou-se que o modelo de ficha perinatal adotada pela Secretaria Municipal de Saúde não dispõe de todas as informações exigidas pelo 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: 25,0% das gestantes não fizeram os primeiros exames de Sorologia para Sífilis (VDRL), 30,0% de Glicemia de Jejum, e 33,3% de Sumário de Urina; em média 89% das gestantes com trinta ou mais semanas de gestação não repetiram os exames citados anteriormente; 96,7% das gestantes pesquisadas não fizeram os exames de Sorologia para Toxoplasmose (IgM) e 88,3% os exames de Hepatite B (HBsAg); 23,3% não fizeram o ABO-Rh; e 60,0% não realizaram os exames de HIV (AIDS). Outro problema identificado foi ausência de procedimentos técnicos e condutas no exame clínico e obstétrico: 72% das gestantes realizaram menos de três auscultas dos batimentos cardíacos fetais (BCF) do bebê; 43% das gestantes não fizeram avaliações ultrassonográficas; 38% das gestantes não fizeram nenhuma medições da altura uterina; 54% realizaram menos de três aferições da pressão arterial; 92% das gestantes não realizaram os exames de citologia oncótica; não foi prescrito o sulfato ferroso para 45% das gestantes pesquisadas; 27% não fizeram a profilaxia para prevenção do tétano neonatal.

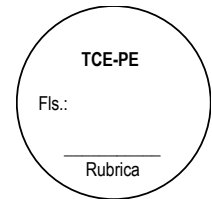
O último ponto analisado “estrutura da unidade de saúde da família” apontou como problema que dificulta o avanço dos serviços da estratégia de saúde da família a inadequação da estrutura física das USFs visitadas. Foi verificado que cinco das seis unidades visitadas, não possuem acomodação e acesso físico adequados à pessoa idosa e com deficiência e, não dispõem de consultório destinado à saúde da mulher. Em três das USFs visitadas não foi verificada a existência de consultórios equipados para a coleta de exames de prevenção de câncer do colo do útero. Em duas USFs visitadas não havia sala própria para vacinas e injeções. Apesar de cinco das seis unidades visitadas possuírem local para estocagem dos medicamentos (farmácia) em nenhuma delas havia controle de validade desses produtos. Mesmo tendo sido encontrado o calendário de consultas afixado em local visível em cinco unidades, em nenhuma delas houve a participação da comunidade na elaboração desse calendário. Foi constatado ainda que em três unidades não havia lugar para a realização das atividades educativas.

Outro ponto avaliado “profissional médico de saúde da família” evidenciou três problemas que refletem sobre a qualidade da assistência pré-natal promovida pelas USFs. Os médicos contratados para trabalharem nas equipes de saúde não cumprem a jornada de 40 horas semanais estabelecida pela Política Nacional de Atenção Básica, apresentando uma baixa assiduidade destes profissionais. Outro problema constatado foi o pagamento na íntegra de R\$ 12.056,31 (doze mil cinquenta e seis reais e trinta e um centavos) sem desconto dos 46 dias úteis (368 horas) não trabalhados em setembro/2010, dos médicos das unidades de saúde da família que não cumpriram a carga-horária de 40 horas semanais firmado contratualmente com o município. Também foi constatado divergência entre o registro de profissionais existentes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde (MS) e as informações gerenciais coletadas no município.



Foram apresentadas nestas considerações finais algumas constatações que influenciam sobre a qualidade do atendimento pré-natal prestada pelas USFs do município de Salgueiro. 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 mais 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 Salgueiro, propõe-se o encaminhamento das recomendações descritas no quadro 10 (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 Salgueiro:
  - 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 Salgueiro;
  - 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 Sra. MARIA GORETE COELHO a devolução aos cofres públicos do município o valor de **R\$ 5.221,38** (cinco mil, duzentos e vinte um reais e trinta e oito centavos), pago indevidamente a médicos das USFs;
4. Estabeleça multa a Sra. MARIA GORETE COELHO, ordenadora de despesa, por ter ferido os artigos 62 e 63 da Lei nº 4.320/64, que estabelece que nenhuma despesa realizada pela administração pública pode ser paga sem estar liquidada. Conforme emprego do artigo 73 inciso III da Lei nº 12.600/2004, que estabelece que esta Corte de Contas pode aplicar multas aos responsáveis por ato praticado com grave infração a norma legal<sup>78</sup>.

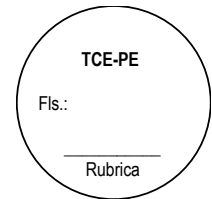
Recife, 19 de janeiro de 2015.

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

Visto e aprovado.

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

<sup>78</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 Fórum*, 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)

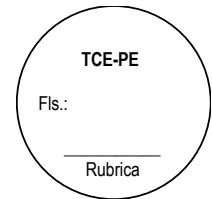
\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3ª edição. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2007a.

\_\_\_\_\_. 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.

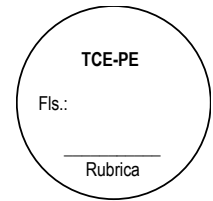
CHAMBERLAIN, R.; PHILLIP, E.; HOWLETT, B. & CLAIREAUX, A., 1970. British births 1970. Vol. 2: Obstetric care. London: Heinemann.

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

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

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



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.

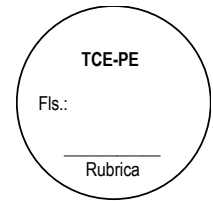
SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme; DO LAGO, Tania di Giacomo. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: *resultados iniciais*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5): 1281-1289, set-out, 2004.

<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>



## APÊNDICE

### Apêndice A – Fatores de Risco para a gravidez atual<sup>79</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.

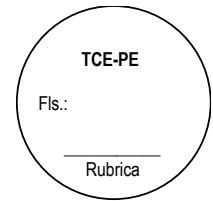
#### 3. Intercorrências clínicas crônicas:

- 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.

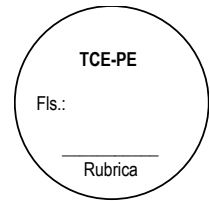
<sup>79</sup> Os fatores de risco são as características ou as circunstâncias que expõe a mulher e o recém-nascido a uma probabilidade maior de desenvolverem alguma complicação de saúde e, como consequência, evoluírem para óbito, necessitando, portanto, de ações de assistência à saúde de maior complexidade.



## Apêndice B

### Quadro 09- Dados pessoais dos responsáveis

<b>Nome</b>	<b>Função / Cargo</b>	<b>CPF</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Endereço</b>
Maria Gorete Coelho	Secretaria Municipal de Saúde	183.147.754-87	Solteira	Endereço: R Antonio Alves Conserva, 1269, Nossa Sra. do Perpetuo Socorro, Salgueiro/PE CEP: 56000-000

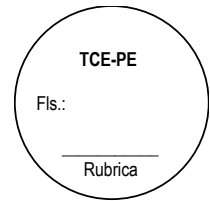


## Apêndice C

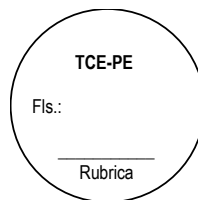
### Quadro 10 - Achados e Recomendações

Achados	Recomendações
Inadequação da classificação do risco gestacional (Subitem 3.1.1)	Fiscalizar periodicamente se a avaliação do risco gestacional está ocorrendo em toda consulta do pré-natal, com o respectivo registro da classificação de risco e identificação do profissional de saúde responsável em ficha perinatal e prontuário médico.
	Adote ficha perinatal com campos que possibilitem o registro da classificação de risco gestacional e de informações sobre as condições biopsicossocio-culturais da gestante.
	Implante procedimentos de controle e responsabilização no atendimento ao pré-natal e puerpério, quanto à ausência de registro de informações inerentes a gestante de risco nas fontes primárias <sup>80</sup> , por parte dos profissionais de saúde responsáveis, conforme regulamentações do Ministério da Saúde.
Deficiência dos serviços e atendimentos do pré-natal às gestantes de risco (Subitem 3.1.2)	Capacitar os profissionais de saúde que compõem as ESFs, através de cursos de reciclagem, educação continuada, etc., objetivando a conscientização sobre a importância da assistência ao pré-natal e puerpério e de todas as atividades correlacionadas, como o adequado preenchimento de todos os instrumentos de registros dos procedimentos disponíveis e adotados no atendimento à gestante risco.
	Recomendar a todos profissionais de saúde que mantenham os instrumentos de registro adequadamente preenchidos e com a identificação do responsável em todas as etapas do atendimento: anamnese, exame físico, diagnóstico, tratamento, acompanhamento e encaminhamentos. Segundo recomenda o Manual Técnico do Ministério da Saúde.
	Orientar os profissionais de saúde das USFs para o uso do formulário padrão (ficha de referência e contrarreferência) e registro nas fichas perinatais ou prontuários médicos das condutas de encaminhamento das gestantes de risco para serviços de referência de alto risco ou especialista, conforme regulamentações do Ministério da Saúde.
	Avaliar a efetividade das ESFs quanto à captação, recondução, acompanhamento, trabalho educativo e divulgação das ações desenvolvidas pela USFs junto a gestantes de risco.
	Implementar controle que garanta às gestantes de risco a realização plena dos exames complementares, inclusive referentes à sorologia para Hepatite tipo B, Toxoplasmose e de Coombs indireto com repetição no caso de resultado negativo.
	Avaliar periodicamente os procedimentos, atividades e condutas de acompanhamento do pré-natal oferecidas às gestantes de risco em suas USFs através do seu controle interno.
	Implementar controle que garanta às gestantes de risco a realização plena dos exames complementares, inclusive referentes à sorologia para Hepatite tipo B, Toxoplasmose e de Coombs indireto com repetição no caso de resultado negativo.
	Garantir a realização de no mínimo três exames de ultrassonografia obstétrica com objetivo de trazer mais segurança à mulher durante o período gravídico.
	Implementar controle sobre as prescrições de medicação essencial e de vacinação garantindo o acesso às gestantes de risco.
	Adotar como conduta de registro da aferição dos BCF na ficha perinatal a utilização de grafia numérica, em vez de sinais “+” (positivo) e “-” (negativo).

<sup>80</sup> Prontuários, ficha perinatal, cartão de acompanhamento, ficha de evolução, partograma, fichas.



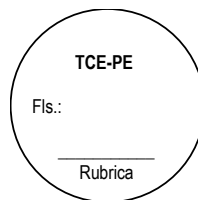
Achados	Recomendações
	Adotar ficha perinatal que possibilite o registro do índice de massa corpórea gravídico.
	Implementar campanha municipal de conscientização da necessidade da realização do exame de citologia oncológica utilizando as ESFs junto a população das áreas sob sua responsabilidade.
	Implantar procedimentos de controle e responsabilização, quanto ao descumprimento de alguma atividade, procedimento ou conduta inerente a gestante de risco por parte dos profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento do pré-natal.
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.
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.
Descumprimento da jornada de 40 horas semanais estabelecida para os profissionais médicos contratados e concursados do município (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)	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.



Apêndice D

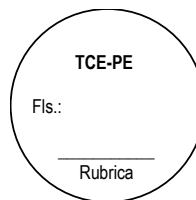
Quadro 11- Demonstrativo dos dias úteis não trabalhados

Dia	Unidade de Saúde da Família																	
	Divino Espírito Santo			Imperador			Prado			Santa Margarida			Nossa Senhora de Fátima			Planalto		
	Alexandre de Carvalho e Sá			Carlos Frederico Soares Ribeiro			Antonio Ellery Cartaxo Silva			Kátia Maria Jardim Ferraz Arcoverde			Carlos Eduardo Gomes			Clélio Soares de Araújo		
	Equipe de Auditoria BDPA da UBS	Defesa gestor		Equipe de Auditoria a BDPA da UBS	Defesa gestor		Equipe de Auditoria BDPA da UBS	Defesa gestor		Equipe de Auditoria BDPA da UBS	Defesa gestor		Equipe de Auditoria BDPA da UBS	Defesa gestor		Equipe de Auditoria BDPA da UBS	Defesa gestor	
		Total de plantões: 5	Quadro 5		Total de plantões: 4	Quadro 5		Total de plantões: 4	Quadro 5		Total de plantões: 0	Quadro 5		Total de plantões: 4	Quadro 5		Total de plantões: 5	Quadro 5
	Quadro 4		Quadro 4		Quadro 4	Quadro 4		Quadro 4		Quadro 4		Quadro 4		Quadro 4		Quadro 4		
01/set	Sim		visitas	Sim		Sim	Não	x		Não		Falta	Não		Falta	Não	x	
02/set	Não	x		Sim		Sim	Sim			Não		Falta	Não		Falta	Sim		
03/set	Não			Sim		Sim	Não	Falta		Não		x	Não		Falta	Sim		
Sábado	-			-		-	-			-			-			-		
Domingo	-			-		-	-			-			-			-		
06/set	Sim			Sim		Sim	Não	Falta		Não		Falta	Não		Falta	Sim		
07/09 (feriado)	-			-		-	-			-			-			-		
08/set	Não		Falta	Sim		Sim	Não	x		Não		x	Não		Falta	Não	x	
09/set	Não	x		Sim		Sim	Sim			Sim			Sim			Sim		
10/set	Não			Sim		Sim	Não	Falta		Sim			Sim			Sim		
Sábado	-			-		-	-			-			-			-		
Domingo	-			-		-	-			-			-			-		
13/set	Sim			Sim		Sim	Não	Falta		Sim			Sim			Não		
14/set	Sim		visitas	Sim		Sim	Não	Falta		Não	x		Não	x		Sim		
15/set	Sim		visitas	Sim		Sim	Sim	x		Sim			Sim			Sim	x	
16/set	Não	x		Sim		Sim	Sim			Sim			Sim			Sim		
17/set	Não			Sim		Sim	Não			Não		x	Sim			Não		



Dia	Unidade de Saúde da Família																	
	Divino Espírito Santo			Imperador			Prado			Santa Margarida			Nossa Senhora de Fátima			Planalto		
	Alexandre de Carvalho e Sá			Carlos Frederico Soares Ribeiro			Antonio Ellery Cartaxo Silva			Kátia Maria Jardim Ferraz Arcoverde			Carlos Eduardo Gomes			Clélio Soares de Araújo		
	Equipe de Auditoria BDPA da UBS	Defesa gestor		Equipe de Auditoria BDPA da UBS	Defesa gestor		Equipe de Auditoria BDPA da UBS	Defesa gestor		Equipe de Auditoria BDPA da UBS	Defesa gestor		Equipe de Auditoria BDPA da UBS	Defesa gestor		Equipe de Auditoria BDPA da UBS	Defesa gestor	
		Total de plantões: 5	Quadro 5		Total de plantões: 4	Quadro 5		Total de plantões: 4	Quadro 5		Total de plantões: 0	Quadro 5		Total de plantões: 4	Quadro 5		Total de plantões: 5	Quadro 5
	Quadro 4		Quadro 4		Quadro 4	Quadro 4		Quadro 4	Quadro 4		Quadro 4	Quadro 4		Quadro 4	Quadro 4		Quadro 4	
Sábado	-			-			-			-			-			-		
Domingo	-			-			-			-			-			-		
20/set	Sim			Sim			Não		Falta	Sim			Sim			Sim		
21/set	Sim		visitas	Sim			Sim			Não	x		Não	x		Sim		
22/set	Sim		visitas	Sim			Não	x		Sim			Sim			Não	x	
23/set	Não	x	visitas	Sim			Sim			Sim			Sim			Sim		
24/set	Não			Sim			Não		Falta	Sim			Sim			Sim		
Sábado	-			-			-			-			-			-		
Domingo	-			-			-			-			-			-		
27/set	Sim			Não	x		Sim			Sim			Sim			Sim		
28/set	Sim			Sim			Sim			Não	x		Não	x		Sim		
29/set	Sim			Sim			Não	x		Sim			Sim			Sim	x	
30/set	Não	x		Sim			Sim			Não		Falta	Sim			Sim		
Total de dias úteis de set/2010	21			21			21			21			21			21		
Dias úteis trabalhados levantados na auditoria	11			20			9			11			13			16		
Dias úteis não trabalhos levantados na auditoria	10 (A)			01 (B)			12 (C)			10 (D)			08 (E)			05 (F)		





Dia	Unidade de Saúde da Família																	
	Divino Espírito Santo			Imperador			Prado			Santa Margarida			Nossa Senhora de Fátima			Planalto		
	Alexandre de Carvalho e Sá			Carlos Frederico Soares Ribeiro			Antonio Ellery Cartaxo Silva			Kátia Maria Jardim Ferraz Arcoverde			Carlos Eduardo Gomes			Clélio Soares de Araújo		
	Equipe de Auditoria BDPA da UBS	Defesa gestor		Equipe de Auditoria a BDPA da UBS	Defesa gestor		Equipe de Auditoria BDPA da UBS	Defesa gestor		Equipe de Auditoria BDPA da UBS	Defesa gestor		Equipe de Auditoria BDPA da UBS	Defesa gestor		Equipe de Auditoria BDPA da UBS	Defesa gestor	
Total de plantões: 5		Quadro 5	Total de plantões: 4		Quadro 5	Total de plantões: 4		Quadro 5	Total de plantões: 0		Quadro 5	Total de plantões: 4		Quadro 5	Total de plantões: 5		Quadro 5	
	Quadro 4		Quadro 4		Quadro 4		Quadro 4		Quadro 4		Quadro 4		Quadro 4		Quadro 4			
<b>Total de dias úteis não trabalhados levantados na auditoria</b>	<b>A + B + C + D + E + F = 46 dias</b>																	
Dias úteis não trabalhados a partir da defesa do gestor	1 (a)			0 (b)			8 (c.)			4 (d)			5 (e)			2 (f)		
<b>Total de dias úteis não trabalhados a partir da defesa do gestor</b>	<b>a + b + c + d + e + f = 20 dias</b>																	
Remuneração bruta mensal (contrato) – R\$	5.482,45			6.472,45			5.482,45			5.482,45			5.482,45			5.482,45		
Prejuízo por dias úteis não trabalhados a partir da defesa do gestor - R\$	1 ÷ 21 x 5.482,45 = 261,07			0,00			8 ÷ 21 x 5.482,45 = 2.088,55			4 ÷ 21 x 5.482,45 = 1.044,28			5 ÷ 21 x 5.482,45 = 1.305,35			2 ÷ 21 x 5.482,45 = 522,14		
<b>Total de prejuízo dos dias úteis não trabalhados a partir da defesa do gestor</b>	<b>R\$5.221,38</b>																	