

Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco
TCE/PE

RELATÓRIO DE AUDITORIA OPERACIONAL
(PROCESSO TC Nº 1006564-7)

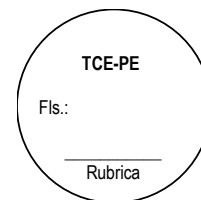
**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE
MATERNA NA UNIDADE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Prefeitura Municipal de Ouricuri

Conselheiro Relator:
Ruy Ricardo

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

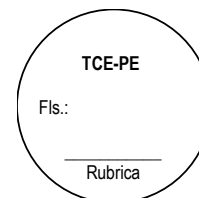
Recife, novembro – 2014



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 Ouricuri.

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

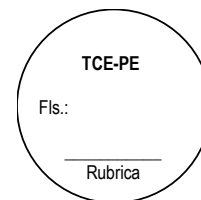
A presente auditoria foi aprovada através da formalização do processo de Auditoria Especial TC nº 1006564-7, tendo como relator o Conselheiro Carlos Porto.

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

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

Foram utilizadas como procedimento metodológico 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 a Assistência Pré-natal à gestante de risco promovida pelas unidades de saúde da família do município, foi recomendado à Secretaria Municipal de Saúde de Ouricuri 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, acompanhamento e trabalho educativo junto à gestante e os procedimentos, atividades e condutas de acompanhamento do pré-natal conforme recomendações do MS; garanta a realização plena dos exames complementares com objetivo de trazer mais segurança à mulher durante o período gravídico; e que implante procedimentos de controle para responsabilização quanto à ausência de registro documental de procedimentos, atividades e condutas inerentes à Assistência Pré-natal.

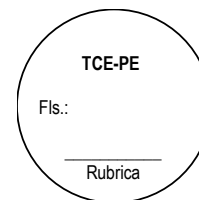


Quanto ao atendimento pré-natal realizado nas USFs, incluindo gestantes de risco e sem risco identificado, foi recomendado à Secretaria Municipal de Saúde de Ouricuri que: reavalie o modelo da ficha perinatal adequando-a para que contenha as informações preconizadas pelo MS; acompanhe junto às equipes 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 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 a devolução de R\$ 18.261,89 (dezoito mil e duzentos e sessenta e um reais, e oitenta e nove centavos) aos cofres públicos, referentes aos dias úteis não trabalhos 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.

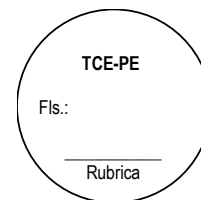
Por último, quanto à estrutura disponibilizada pelas USFs foi recomendado que a Secretaria Municipal de Saúde de Ouricuri promova a adequação da estrutura física das unidades conforme orientações do MS para que seja acessível a todos e realize o planejamento e a sistematização das atividades educativas.

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



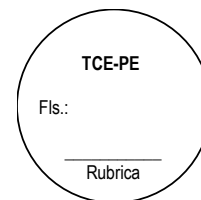
LISTA DE SIGLAS

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
IMC:	Índice de Massa Corpórea
INCA:	Instituto Nacional de Câncer
LACEN-PE:	Central de Pernambuco
MS:	Ministério da Saúde
ODM:	Objetivos 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
SIAB:	Sistema de Informação de Atenção Básica
SIM:	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC:	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS:	Sistema Único de Saúde
TCE-PE:	Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco
TDA:	Termo de Designação de Auditoria
UBS:	Unidade Básica de Saúde
USF:	Unidade de Saúde da Família



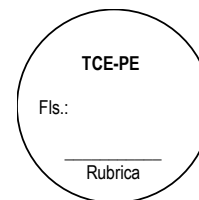
LISTA DE FIGURAS

	Pg.
Figura 01: Evolução do Coeficiente de Mortalidade Materna: Macrorregiões do Brasil – 1996-2007	13
Figura 02: Evolução do Coeficiente de Mortalidade Materna por região de saúde de PE – 1999-2007	16
Figura 03: Fluxograma da assistência à saúde materna	19
Figura 04: Escore de risco gestacional x Doenças obstétricas atuais	28
Figura 05: Escore de risco gestacional x Intercorrências clínicas crônicas	29
Figura 06: Escore de risco gestacional x Histórico reprodutivo	29
Figura 07: Evolução anual das consultas pré-natal no SUS (em milhões): Brasil 2003-2009	46
Figura 08: Campos sem preenchimento da Ficha Perinatal	48
Figura 09: Exames complementares realizados pelas USFs visitadas	49
Figura 10: Aferição dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF) realizada pelas USFs visitadas	51
Figura 11: Avaliação ultrassonográfica realizada pelas USFs visitadas	51
Figura 12: Medição da altura uterina realizada pelas USFs visitadas	52
Figura 13: Aferição da pressão arterial realizada pelas USFs visitadas	54
Figura 14: Prescrição do sulfato ferroso pelas USFs visitadas	53
Figura 15: Vacina antitetânica realizada pelas USFs visitadas	54
Figura 16: Estrutura física da USF Aeroporto (sala de curativos e farmácia)	63
Figura 17: Estrutura física da USF São Braz (sala de curativos e farmácia)	64



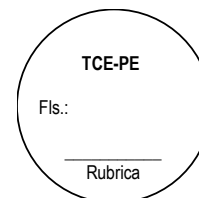
LISTA DE QUADROS

	Pg.
Quadro 01: Frequência de anos com ocorrência de óbitos maternos: período 1999 a 2008	16
Quadro 02: Universo da amostragem por USF	22
Quadro 03: Exames de repetição realizados por gestante	37
Quadro 04: Avaliação da assiduidade mensal dos médicos: set/2010	56
Quadro 05: Relação de médicos sem apresentação de contrato	58
Quadro 06: Demonstrativo de débito por médico	59
Quadro 07: Dados pessoais dos responsáveis	81
Quadro 08: Quadro de Achados e Recomendações	82



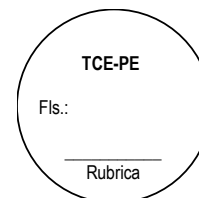
LISTA DE TABELAS

	Pg.
Tabela 01: Escore de risco gestacional a partir de Barros	25
Tabela 02: Escore de risco gestacional a partir de Barros incluídos os fatores do MS – parâmetros criados pela equipe de auditoria	26
Tabela 03: Classificação de risco gestacional – Ouricuri	27
Tabela 04: Grau de risco gestacional - Ouricuri	27
Tabela 05: Consolidação do Escore de risco gestacional por Fatores de Risco - Ouricuri	30
Tabela 06: Idade gestacional na 1ª consulta – Ouricuri	35
Tabela 07: Tipo de gestação x Classificação de risco x Encaminhamento – Ouricuri	36
Tabela 08: Tipo de gestação x Exames Complementares – Ouricuri	39
Tabela 09: Tipo de gestação x Avaliação Ultrassonográfica – Ouricuri	41
Tabela 10: Tipo de gestação x Medição de altura uterina - Ouricuri	43
Tabela 11: Tipo de gestação x Batimentos Cardíacos Fetais (BCF) – Ouricuri	43
Tabela 12: Tipo de gestação x Exame de citologia oncótica – Ouricuri	44



Sumário

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	10
1.1 Antecedentes	10
1.2 Identificação do objeto da auditoria	10
1.3 Objetivo e escopo da auditoria	11
1.4 Critérios para avaliação	11
1.5 Procedimentos metodológicos.....	11
CAPÍTULO 2 – VISÃO GERAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA	13
2.1 Relevância do tema	13
2.2 Comportamento epidemiológico do Coeficiente de Mortalidade Materna em Pernambuco	15
2.3 Legislação e Normas Técnicas	17
2.4 Lógica da assistência à saúde materna	18
CAPÍTULO 3 – RESULTADOS DA AUDITORIA	21
3.1 Atendimento pré-natal à gestante de risco	21
3.1.1 Ausência e inadequação da classificação do risco gestacional	22
3.1.2 Deficiências no atendimento do pré-natal à gestante de risco	32
3.2 Atendimento pré-natal realizado nas unidades de saúde da família	46
3.2.1 Ausência de informações no modelo de ficha perinatal adotado pela Secretaria de Saúde	47
3.2.2 Ausência de exames complementares no pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde.....	49
3.2.3 Ausência de procedimentos técnicos e condutas no exame clínico e obstétrico.....	50
3.3 Profissional médico de saúde da família	55
3.3.1 Baixa assiduidade dos médicos das unidades de saúde da família	55
3.3.2 Pagamento de médicos de unidades de saúde da família sem o cumprimento de carga horária integral.....	58
3.4 Estrutura da unidade de saúde da família.....	60
3.4.1 Estrutura física inadequada para o atendimento da população.....	60
CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR	65
CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO.....	73
CAPÍTULO 6 – PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTO	76
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICES	80
APÊNDICE A – FATORES DE RISCO PARA A GRAVIDEZ ATUAL	80
APÊNDICE B	81
APÊNDICE C	82



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 básica¹ e o acompanhamento pré-natal adequados às mulheres.

Tendo em vista o Termo de Designação de Auditoria (TDA) nº 11/2010, de 26/10/2010, foi determinada a realização de auditoria de natureza operacional para avaliação das ações de assistência pré-natal promovidas pelas Unidades de Saúde da Família (USF) no Município de Ouricuri. Para tanto, foi formalizado processo de Auditoria Especial sob o número TC nº 1006564-7, 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 Ouricuri.

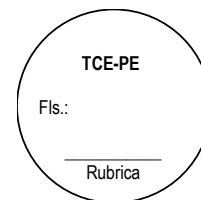
O presente trabalho trata dos resultados da auditoria operacional, na modalidade Avaliação de Programa, realizada, aplicando técnicas, procedimentos e metodologias específicas desenvolvidas neste Tribunal sob a denominação Auditoria Operacional (AOP)².

1.2 Identificação do objeto da auditoria

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

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

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

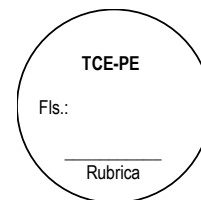
Foram adotados como referencial para avaliação da assistência ao pré-natal os protocolos estabelecidos pelo “Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério” do MS, quanto aos exames e procedimentos a serem realizados pela atenção básica (BRASIL, 2005, 2006c). Também foram utilizados os fatores estabelecidos 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 Ouricuri;



- Coleta de informações nas USFs do município de Ouricuri, 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 Ouricuri possui 17 unidades de saúde da família cadastradas no CNES³. Foram selecionadas de forma aleatória seis unidades localizadas na zona urbana do município para aplicação dos questionários e coleta de documentos sobre assistência pré-natal. Abaixo apresentamos as unidades visitadas pela equipe de auditoria:

- USF – Aeroporto
- USF – José Pimentel Lins
- USF – Nossa Senhora de Fátima
- USF – Santa Maria
- USF – Santo Antônio
- USF – Capela de São Braz

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



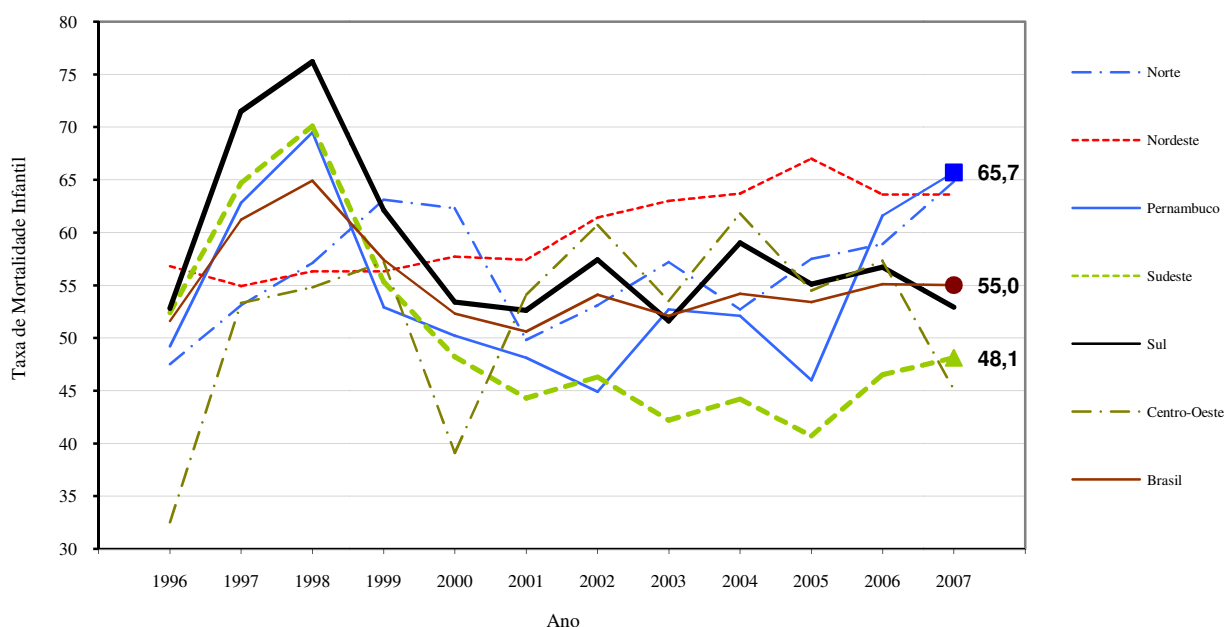
CAPÍTULO 2 – VISÃO GERAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA

2.1 Relevância do tema

A Portaria do Ministério da Saúde nº 648/GM, de 28/03/2006, instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), operacionalizada pela estratégia de saúde da família, que pretende garantir direitos de cidadania e melhoria da qualidade de vida da população. A atenção primária é utilizada como referência para a organização dos serviços de saúde realizados nos municípios e para a promoção da saúde dentro dos princípios e diretrizes estabelecidos pelo SUS: (i) universalidade de acesso; (ii) integralidade de assistência; (iii) igualdade da assistência; (iv) participação da comunidade; (v) descentralização político-administrativa dos serviços de saúde; (vi) resolubilidade (BRASIL, 1990).

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

Figura 01 – Evolução do Coeficiente de Mortalidade Materna⁴: Macrorregiões do Brasil – 1996-2007



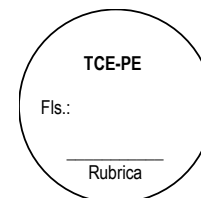
Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIM⁵ e Ministério da Saúde/DATASUS/SINASC⁶.

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

⁴ 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.

⁵ 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/defthtm.exe?sim/cnv/inf>.

⁶ Base de dados extraída do DATASUS em 14/10/2010:
<http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nv>.



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 PNUD⁷:

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.

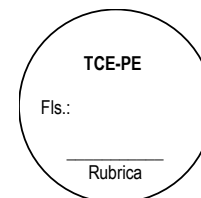
A ocorrência de óbito materno é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos. Os índices de mortalidade materna nos países em desenvolvimento são preocupantes. Um estudo realizado por organismos internacionais estimou que em 2005 aproximadamente 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 puerpério⁸. 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 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

⁷ Informação extraída do site: http://www.pnud.org.br/odm/objetivo_4/ em 14/10/2010.

⁸ 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 dia. (REZENDE, Jorge; MONTENEGRO, Carlos A. Barbosa. *Obstetrícia Fundamental*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1991).



coberturas de consultas a gestantes, os valores de mortalidade materna e neonatal, a alta incidência de sífilis congênita, e a baixa cobertura de vacina antitetânica, revelam baixa qualidade do atendimento prestado no pré-natal (BRASIL, 2004).

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

Para aperfeiçoamento da assistência materna, é necessário que se monitore e investigue a ocorrência de óbitos nos municípios. Entretanto, dois fatores dificultam e limitam o monitoramento da mortalidade materna no Brasil: a subinformação e o sub-registro. A primeira resulta do preenchimento incorreto das declarações de óbitos (DOs), e ocorre quando se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério⁹. Já o sub-registro, decorre da omissão do registro de óbito em cartório, frequente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, seja pela dificuldade de acesso aos cartórios, pela existência de cemitérios irregulares ou a falta de informação da população quanto à importância da Declaração de Óbito (DO) como instrumento de cidadania (BRASIL, 2009).

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

2.2 Comportamento epidemiológico do Coeficiente de Mortalidade Materna em Pernambuco

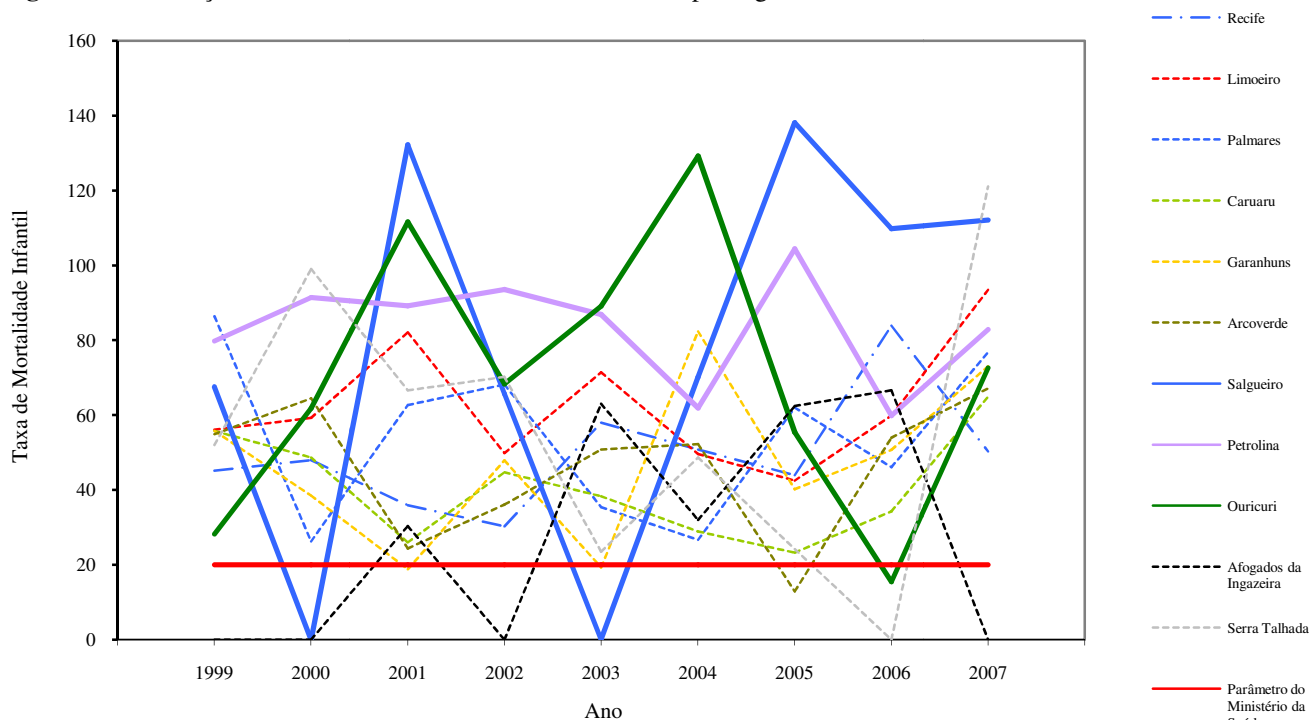
Para a seleção das Regiões de Saúde de Pernambuco avaliadas, foi examinado o comportamento da série história do CMM de cada região de saúde¹⁰ do Estado entre 1999 e 2007. As Regiões de Petrolina, Salgueiro e Ouricuri se destacam pelos altos índices de mortalidade, comparados com os das demais regiões 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).

⁹Geralmente ocorre devido ao desconhecimento dos médicos quanto ao correto preenchimento da DO e quanto à relevância desse documento como fonte de dados de saúde.

¹⁰ O Ministério da Saúde divide o Estado de Pernambuco em 11 regiões de saúde: Afogados da Ingazeira, Arcoverde, Caruaru, Garanhuns, Limoeiro, Palmares, Petrolina, Ouricuri, Recife, Salgueiro e Serra Talhada.



Figura 02 – Evolução do Coeficiente de Mortalidade Materna¹¹ por região de saúde de PE – 1999-2007



Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIM¹² e Ministério da Saúde/DATASUS/SINASC¹³.

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

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

Ano	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Anos c/ ocorrência de óbitos
Região Salgueiro – CMM	68	-	132	66	-	70	138	110	112	38	
Belém de São Francisco							1	1		1	3
Cedro						1	1				2
Mirandiba	1						1		1		3
Salgueiro	1		2	1		1	1		1		6
Serrita			2	1				1			3
Terra Nova								1			1
Verdejante									1		1
Região Petrolina - CMM	80	91	89	94	87	62	104	60	83	110	
Afrânio										2	1
Cabrobó	2		1	1	1						4
Dormentes	1				1				2	1	4
Lagoa Grande					1	2	1	1	1		5
Orocó		1	2	1				1			4
Petrolina	3	6	5	5	2	3	6	2	3	6	10
Santa Maria da Boa Vista	1	1		1	2		2	1	1		7
Região Ouricuri - CMM	28	62	112	68	89	129	55	15	73	60	

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

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

¹³ Base de dados extraída do DATASUS em 14/10/2010: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>.



Ano	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Anos c/ ocorrência de óbitos
Arapirina		1	2	1	1	3				2	6
Bodocó			1	3					2	1	4
Exu				1		1					2
Granito											0
Ipubi	1	2			2	1	1				5
Moreilândia	1								1		2
Ouricuri			4			1	2		2	1	5
Parnamirim		1			2	1					3
Santa Cruz		1				1					2
Santa Filomena						1	1				2
Trindade			2		1			1			3

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

Os dados disponíveis para cálculo do CMM são oriundos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM¹⁴) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC¹⁵), sistemas estes geridos pelo Departamento de Análise de Situação de Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de Saúde.

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

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

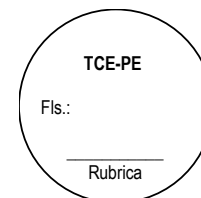
2.3 Legislação e Normas Técnicas

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

- **Lei nº 11.634**, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS.
- **Lei nº 11.108**, de 07 de abril de 2005, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS.
- **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

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

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



- **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.
- **Gestão 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

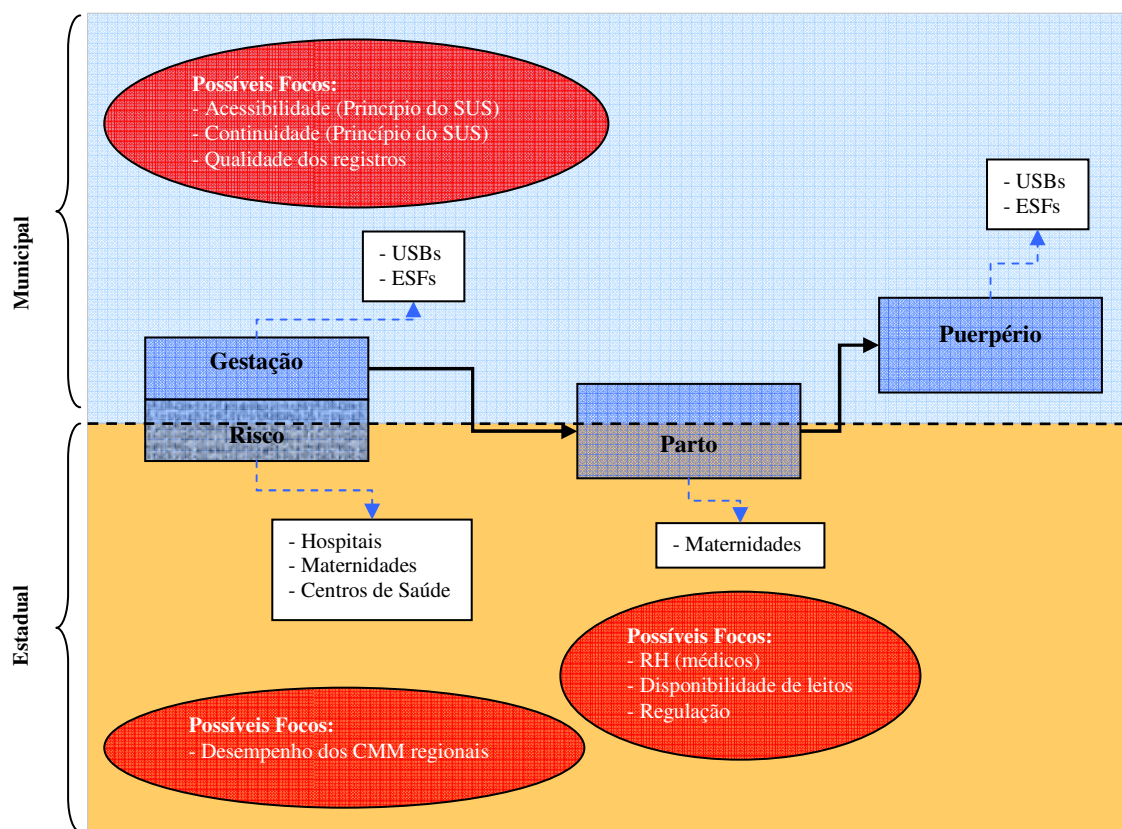
A responsabilidade pela assistência materna (pré-natal e puerperal) perpassa por unidades básicas de saúde e hospitalares de responsabilidade municipal e estadual, e deve incluir ações de promoção e prevenção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado. Os estados e municípios necessitam dispor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



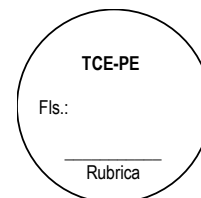
As ações para assistência à saúde materna promovidas pela rede pública de saúde podem ser representadas por um fluxo de atividades sob a responsabilidade das unidades da esfera estadual e municipal. O ciclo da assistência se divide em três fases distintas: (i) gestação, (ii) parto, e (iii) puerpério. 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.

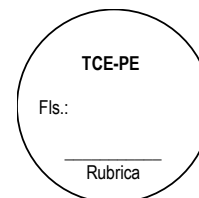
Figura 03 – Fluxograma da assistência a saúde materna



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



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



CAPÍTULO 3 – RESULTADOS DA AUDITORIA

3.1 Atendimento pré-natal à gestante de risco

Este capítulo remete-se aos achados da avaliação sobre a adequação do atendimento pré-natal à gestante de risco 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 perinatal¹⁶, prontuário, entre outros documentos, utilizados pelas Unidades da Saúde da Família (USFs) do Município de Ouricuri.

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

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

Segundo informações do MS, o município de Ouricuri tem histórico de taxas altas de mortalidade materna, por exemplo, em 2007, 2008 e 2009 corresponderam respectivamente a 139,1, 137,7 e 80,8 casos de óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos, quando o recomendado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) é de 20 casos.¹⁷ Ainda segundo informações do MS pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em 2009, apenas 35,3% das crianças nascidas vivas corresponderam a gestantes que tiveram sete ou mais consultas pré-natais.¹⁸

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

Com base nas informações concedidas pelas profissionais de saúde sobre o grau de risco das gestantes, a documentação foi agrupada em dois tipos de gestação: 198 sem risco identificado (89%) e 25 com risco identificado (11%). Esta classificação foi adotada devido à falta de informação sobre a classificação do risco gestacional nas fichas perinatais. Para a análise da adequação da assistência do pré-natal à gestante de risco foi utilizada apenas a documentação referente a 32 gestantes como foi consolidado no quadro a seguir.

¹⁶ 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.

¹⁷ 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.

¹⁸ Disponível em: <http://www.portalodm.com.br/relatorios/5-melhorar-a-saude-das-gestantes/pe/ouricuri>. Acesso em: 25/01/2011.



Para verificação da robustez das informações coletadas foram analisadas estatisticamente 60 fichas pré-natais de usuárias da assistência pré-natal municipal com seus respectivos prontuários entre 94 fichas escolhidas aleatoriamente.¹⁹ O período das informações correspondeu às mulheres que estavam grávidas até a data da coleta da documentação (26/10/2010).

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

Quadro 02 – Universo da amostragem por USF

UNIDADE	TOTAL DE GESTANTE ATENDIDA PELO PRÉ-NATAL		FICHAS PERINATAIS COLETADAS				PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO	COREN-PE
	NORMAL	RISCO	Gestante NORMAL	% DO TOTAL	Gestante RISCO	% DO TOTAL		
Nossa Sra de Fátima	35	3	5	14%	5	167%	Thania Mirelly C. de Araújo	6.820 - P
José Pimentel	24	5	5	21%	5	100%	Ramara Valéria N. Apolinário	6.200
Aeroporto	27	4	5	19%	5	125%	Elza Mayara de Luna Delmondes	7.826
Santa Maria	46	8	4	9%	6	75%	Leornado Alves Marques da Silva	6.721
Santo Antonio	37	2	5	14%	5	250%	Ediane Alves da Silva	570630/09
São Braz	29	3	4	14%	6	200%	Deoclesiano Lino de Oliveira	2081-08
TOTAL	198	25	28	14%	32	128%		

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

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

3.1.1 Ausência e inadequação da classificação do risco gestacional

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

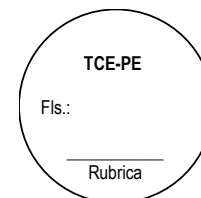
Para implementar as atividades do controle pré-natal, é necessário identificar os riscos aos quais cada gestante está exposta, pois permitirá a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez. É indispensável que essa avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta.²⁰

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.²¹ Evitando o uso de recursos e rotinas dedicados ao alto risco para as

¹⁹ Quinze fichas de cada USF.

²⁰ Ministério da Saúde. Manual técnico: *Pré-Natal e Puerpério, Atenção Qualificada e Humanizada*. Brasília – DF, 2006, p. 22.

²¹ 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.



gestantes de baixo risco (gestação normal), pois essas ações não melhoram a qualidade assistencial, nem seus resultados, além de retardarem o acesso das gestantes que realmente necessitam.²²

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);²³

[...]

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 as gestantes de risco;
- **HISTÓRICO REPRODUTIVO ANTERIOR:** São apontadas as evoluções dos partos anteriores e analisadas, pois a evolução da gestação anterior poderá repetir-se na gestação atual, portanto é investigado o histórico reprodutivo da mãe, como por exemplo: idade da menarca, número de filhos, paridade e idade da mãe, ocorrências de aborto habitual ou de natimorto;
- **INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS CRÔNICAS:** É investigado se a gestante possui cardiopatias, pneumopatias, endocrinopatias, hipertensão arterial, doenças infecciosas, etc., pois muitas vezes a realização de exames simples pode prevenir complicações para a grávida e para o recém-nascido. Por vezes, as mulheres correm riscos por não saber que possuem pressão alta (hipertensão arterial) ou diabetes (endocrinopatia), por exemplo. É importante ressaltar que as principais causas da mortalidade materna no Brasil são a hipertensão arterial, a hemorragia, infecção puerperal e as complicações decorrentes do aborto e que a morte materna obstétrica indireta²⁴ 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;²⁵
- **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 direta²⁶ é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções,

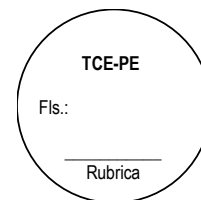
²² A gestação de baixo risco é quando não existe inicialmente nenhum problema de saúde, mas que pode vir a desenvolver. Já a gestação de alto risco é quando existe qualquer doença materna ou condição sócio-biológica que pode prejudicar a sua boa evolução. Na gestação de alto risco existe risco maior para a saúde da mãe e/ou do feto.

²³ *Idem*, p. 11.

²⁴ A razão de mortalidade materna por causas obstétricas indiretas no Brasil ficou no ano de 2007 em 17,5 (por 100 mil nascidos vivos).

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

²⁶ A razão de mortalidade materna por causas obstétricas diretas no Brasil ficou no ano de 2007 em 55,5 (por 100 mil nascidos vivos).



omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas.

As informações referentes aos quatro grupos citados acima devem ser obtidas na anamnese.²⁷ 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 Básica de Saúde (UBS), conforme orientam os protocolos do Ministério da Saúde. Os casos não previstos para tratamento na UBS deverão ser encaminhados para a atenção especializada (referência) que, após avaliação, deverá devolver a gestante para a atenção básica com as recomendações para o seguimento da gravidez ou deverá manter o acompanhamento pré-natal nos serviços de referência para gestação de alto risco. Nesse caso, a equipe da atenção básica deverá manter o acompanhamento da gestante, observando a realização das orientações prescritas pelo serviço de referência.²⁸

A avaliação sobre a adequação da classificação do nível de risco gestacional adotada pelo profissional de saúde durante a primeira consulta pré-natal e nas consequentes e registrada na ficha de pré-natal ou no correspondente prontuário, tem como referência a adoção de um escore para classificar o risco gestacional calculado com base na proposta por Chamberlain *et al.* No Brasil, esse método foi adaptado e utilizado por Barros *et al.*²⁹ O escore de referência classifica o risco de acordo com informações sobre a história reprodutiva prévia, antropometria³⁰ materna e situação sócio-econômica apresentada pela gestante durante a primeira consulta. Ver tabela 01 na página a seguir:

²⁷ É uma entrevista que busca relembrar todos os fatos que se relacionam com a doença e à pessoa doente. Segundo o Dicionário Houaiss, corresponde o “histórico que vai desde os sintomas iniciais até o momento da observação clínica, realizado com base nas lembranças do paciente.” (HOUAISS, Antônio; VILLAR, Moura de Salles. Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa, Rio de Janeiro: Objetiva, 2001). Anamnese em obstetrícia objetiva a coleta de dados que, no geral, permitem analisar as condições pregressas e atuais do organismo materno, de modo a inferir sobre o seguimento da gestação atual.

²⁸ Ministério da Saúde *op cit.* p. 24.

²⁹ Foi utilizado durante os estudos perinatais ingleses (Chamberlain *et al.*, 1970), e que foi adaptado e utilizado previamente no Brasil (Barros *et al.*, 1985).

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

Fonte: Barros *et al.* (1985)

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.³¹

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 referência³² receberam pontuação igual a 4.³³ Para a falta de informação nos documentos

³¹Ministério 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.

³² 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.

³³ 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.



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

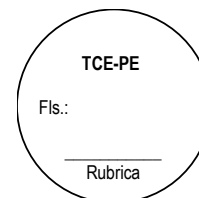
A seguir, apresenta-se os fatores de riscos considerados e o respectivo escore adotado pela auditoria.

Tabela 02 – Escore de risco gestacional a partir de Barros incluídos os fatores do Ministério da Saúde

1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:	
Características maternas	Escore
Faixa etária:	
Menor que 15 e maior que 35 anos	2
Entre 15 – 29 anos	0
Entre 30 -34	1
Mãe sem companheiro	2
Não informado	1
Altura materna < 1,50 m	1
Não informado	1
Peso durante a gravidez:	
< 45 Kg e > 75 Kg	2
Não informado	1
Dependência de drogas:	
Ilícitas	2
Lícitas	1
Renda familiar:	
> 6 salários mínimos	0
Entre 3 e 6 salários mínimos	1
< de 3 salários mínimos	2
2. História reprodutiva anterior:	
Características maternas	Escore
Morte perinatal explicada ou inexplicada	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
3. Intercorrências clínicas crônicas:	
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
4. Doença obstétrica na gravidez atual:	
Características maternas	Escore
Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico, Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada, Ganho ponderal inadequado, Pré-eclâmpsia/eclâmpsia, Diabete gestacional, Amniorrexe prematura, Hemorragias da gestação, Isoimunização, Óbito fetal, Hipertensão gestacional, Hematoma Retroplacentário, Placenta Prévia Marginal	4
Gestação múltipla, Glicemia, Infecção 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 32 fichas coletadas referentes à gestação de risco foi observada a ausência do registro do grau de risco gestacional em 20 (62,5%). É importante ressaltar que a identificação da documentação referente à gestação de risco foi feita pelas profissionais de saúde entrevistadas e que a ficha perinatal utilizada pelo município possui um campo com a opção “atendimento pré-natal de alto risco”.

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 abaixo:

Tabela 03 – Classificação de risco gestacional

Classificação de risco	Freq.	%
Médio	01	3,13%
Alto	11	34,38%
Não Informado	20	62,50%
TOTAL OBS.	32	100%

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

As informações obtidas sobre os fatores de risco na documentação selecionada serviram para alimentar o banco de dados necessário para a análise do escore de risco gestacional aplicado. O resultado obtido, como pode ser visto na tabela a seguir, classificou seis gestantes como risco de grau médio e as outras 26 como de alto risco³⁴.

Tabela 04 – Grau de Risco Gestacional

Escore	Freq.	%
Menos de 3 (baixo risco)	0	0,0
De 3 a 7 (médio risco)	06	18,7
Mais de 7 (alto risco)	26	81,3
TOTAL	32	100

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

Comparando as seis gestantes de risco consideradas pelo escore adotado pela equipe de auditoria como de “médio risco”, observou-se que as fichas perinatais correspondentes equivalem a cinco sem identificação do risco gestacional, e uma com identificação de “alto risco” em decorrência da idade da gestante ser acima dos 35 anos de idade.

Confrontando a única classificação registrada na ficha perinatal como de “médio risco” com a classificação do escore de risco gestacional aplicado pela equipe de auditoria, observa-se que a gestante de risco foi classificada pelo escore como de ‘alto risco’. O que influenciou a classificação como de “alto risco” foi a identificação dos fatores de risco referentes à doença obstétrica na gravidez atual, intercorrências clínicas crônicas e histórico reprodutivo anterior, que apresentam as maiores pontuações no escore adotado.³⁵

³⁴ A digitação, edição e verificação de consistência dos dados foram realizadas com o programa Sphinx Léxico V5.

³⁵ Essas três variáveis explicam 79,8% do escore de risco gestacional (Coeficiente de correlação múltipla: R=0,89).

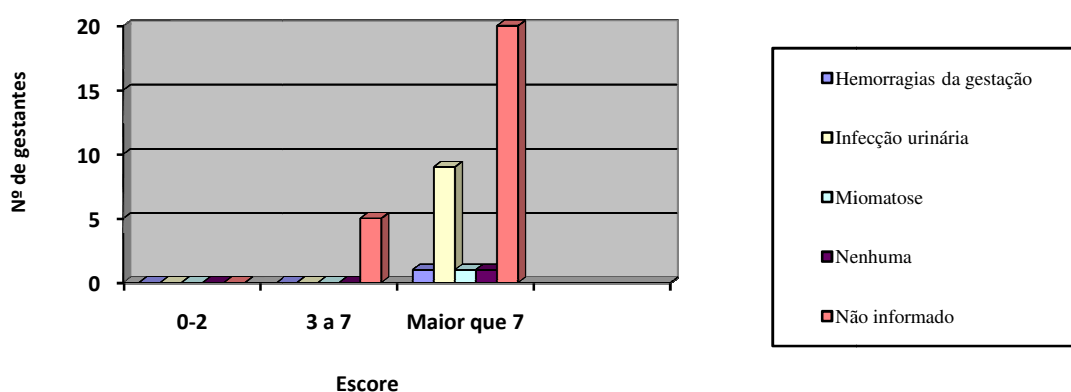


O que mais influenciou o resultado para “médio risco” no escore adotado foi o baixo registro dos fatores de risco referentes às doenças obstétricas na gravidez atual (100%), intercorrências clínicas crônicas (83,3%) e histórico reprodutivo anterior (100%), que apresentam as maiores pontuações no escore adotado.

Na análise dos resultados observou-se que entre os fatores de risco citados acima, o fator referente a doenças obstétricas na gravidez atual apresentou baixo registro no contexto geral, como é representado a seguir:

- 62,5% das fichas perinatais e prontuários não tinham registro referente à doença obstétrica na gravidez atual;

Figura 04 - Escore de risco gestacional x Doenças obstétricas atuais



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

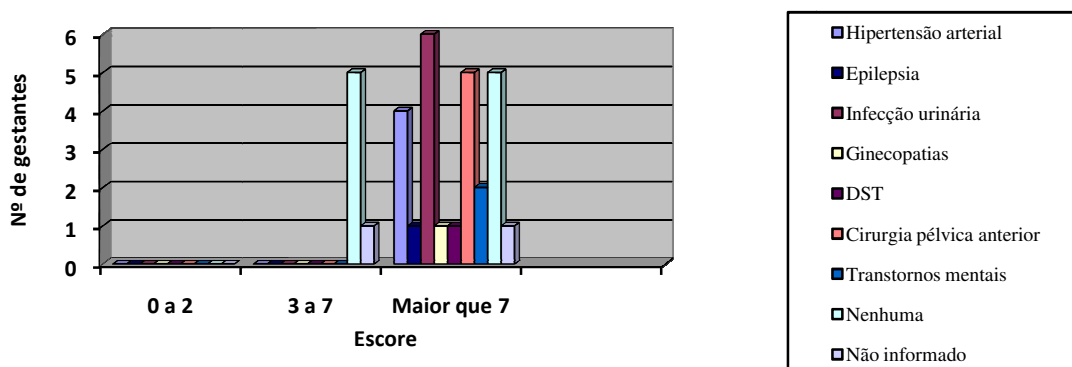
Assim, com as informações consolidadas, subentende-se que a maioria das gestantes consideradas de risco não teve ocorrência desse fator ou então, que houve subnotificação na ficha perinatal (baixo registro).

Na análise dos resultados sobre os registros referentes aos fatores de risco intercorrências clínicas crônicas e histórico reprodutivo anterior, observou-se que:



- 31,3% das fichas perinatais registram “nenhuma” intercorrências clínicas crônicas;

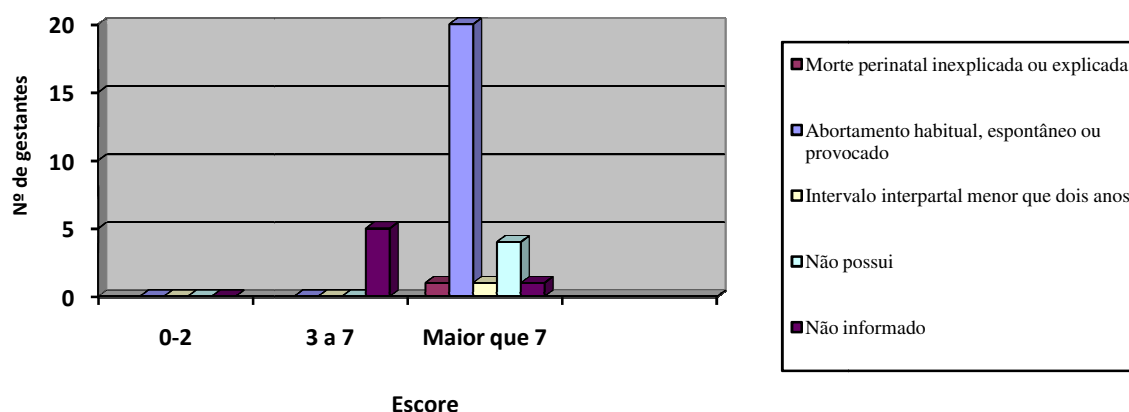
Figura 05 - Escore de risco gestacional x Intercorrências clínicas crônicas



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

- 31,3% das fichas perinatais registram gestantes de risco sem histórico reprodutivo anterior;

Figura 06 - Escore de risco gestacional x Histórico reprodutivo



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

Quanto as 26 gestantes classificadas como de “alto risco” pelo escore aplicado pela equipe de auditoria, observou-se que o histórico de aborto foi bastante frequente na amostra analisada, correspondendo a 62,5% da amostra, o que colaborou para a classificação de 20 gestantes como de “alto risco” pelo escore adotado. Entre as 26 classificadas: 10 coincidem com as informações registradas nas fichas perinatais pelos profissionais de saúde das USFs como de “alto risco”, uma estava classificada como de “médio risco”, e 15 não tinham classificação de risco gestacional.



As 15 gestantes que não tinham classificação de risco gestacional deveriam ter sido classificadas como de “alto risco”, pois a documentação analisada apresenta registros de fatores de risco referentes à doença obstétrica na gravidez atual, intercorrências clínicas crônicas e histórico reprodutivo anterior. A inconsistência da “não classificação do risco gestacional” fica bastante evidente, quando se observa o histórico reprodutivo das 15 gestantes citadas, pois 14 têm ocorrência de aborto, e uma é hipertensa, além de outros fatores de risco.

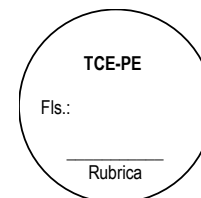
A consolidação dos fatores de risco significativos por gestante de risco está representada na tabela 05 a seguir:

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

Escore de risco gestacional	Histórico reprodutivo	Intercorrências clínicas crônicas	Doenças obstétricas atuais
1 Gestante m = 13,00	Morte perinatal explicada ou inexplicada (1 Gestante)	Nenhuma (1 Gestante)	Não informado (1 Gestante)
20 Gestantes m = 12,70	Abortamento habitual, espontâneo ou provocado (20 Gestantes)	Cirurgia pélvica anterior (5 Gestantes) Infecção urinária (4 Gestantes) Nenhuma (4 Gestante) Hipertensão arterial moderada ou grave e/ou fazendo uso de antihipertensivo (3 Gestantes) Epilepsia (1 Gestante) Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras) (1 Gestante) Transtornos mentais (1 Gestante) DST (1 Gestante)	Não informado (11 Gestantes) Infecção Urinária (7 Gestante) Mioma (1 Gestante) Nenhuma (1 Gestante)
1 Gestante m = 11,00	Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos (1 Gestante)	Infecção urinária (1 Gestante)	Infecção Urinária (1 Gestante)
10 Gestantes m = 7,40	Não possui (10 Gestantes)	Nenhuma (5 Gestantes) Não Informado (2 Gestantes) Hipertensão arterial moderada ou grave e/ou fazendo uso de antihipertensivo (1 Gestante) Infecção urinária (1 Gestante) Transtornos mentais (1 Gestante)	Não informado (8 Gestantes) Hemorragias da gestação (1 Gestante) Infecção Urinária (1 Gestante)

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

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



Com o resultado encontrado entre o confronto das informações contidas na documentação analisada e os fatores de risco estabelecidos pelo MS (adoção de um escore classificatório pela equipe de auditoria), percebe-se que a simples determinação de “risco” empregada nas USFs do Município de Ouricuri, sem a devida classificação do risco gestacional, não atende o que determina o MS.

O grupo de fatores de risco relacionados às características individuais e sociais das gestantes de risco apresentou deficiências de informações, pois não existem campos no modelo da ficha perinatal para preenchimento sobre ocupação profissional, renda familiar e condições ambientais, e há sub-registro sobre altura materna (34,4% das fichas sem registro).

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

O MS em seu Manual Técnico para 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.³⁶ (grifo nosso)

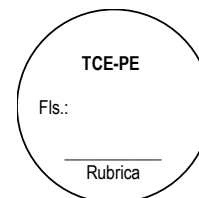
[...]

As evidências citadas no subitem anterior que foram encontradas nas cinco USFs do Município de Ouricuri 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 por ausência do registro da classificação do risco devido à inexistência de campos 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 falta do pleno registro dos fatores de risco que estão submetidas as gestantes de risco e conseqüentemente, uma inadequada classificação do grau de risco. Esta situação pode estar acarretando o uso de recursos e realização de rotinas dedicadas a gestantes de alto risco, quando na realidade são de baixo risco.

³⁶ 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.



Portanto, recomendamos a Secretaria Municipal de Saúde de Ouricuri, como propostas para mitigar os achados descritos (problemas) acima e conseqüentemente, aprimorar o acesso aos serviços de atenção primária à saúde, que:

1. Capacite os profissionais de saúde que compõem as equipes de saúde da família para conscientizar sobre a importância da assistência ao pré-natal e puerpério e de todas as atividades correlacionadas, como o adequado preenchimento de todos os instrumentos de registros dos procedimentos disponíveis e adotados no atendimento à gestante risco;
2. Implante procedimentos de controle e responsabilização, quanto à ausência de registro documental ou descumprimento de algum procedimento ou conduta inerente a assistência ao pré-natal e puerpério por parte dos profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento da gestante de risco;
3. Insira campo na ficha perinatal que possibilite o registro da classificação do grau de risco gestacional identificado pelo profissional de saúde responsável pelo atendimento pré-natal.

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 deficiência no trabalho de busca a gestantes pelos agentes comunitários de saúde e no preenchimento de procedimentos e condutas padronizadas pelo MS (ficha perinatal e prontuário), mesmo existindo campo para os registros.

O Ministério da Saúde recomenda que as equipes de saúde da família ofereçam às gestantes o acolhimento e apoio, por meio da identificação e ativação da rede de suporte familiar e social, pois o estabelecimento dessa comunicação dinâmica entre os serviços é importante garantir às gestantes a maior facilidade de acesso aos serviços de atenção básica. É imperativo frisar que o início tardio do pré-natal, ou seja, após a 20ª semana de gravidez, é um fator de risco para a gestante, e que é necessário que o início do pré-natal seja o mais precoce possível, de preferência antes da 12ª semana de gestação, de modo a identificar e prevenir intercorrências clínicas, cirúrgicas e obstétricas que possam causar agravos à gestante ou ao feto.

O MS também recomenda que as condutas e diagnósticos sejam anotados na ficha perinatal e no cartão da gestante. O não registro pelos profissionais de saúde dos procedimentos e das condutas estabelecidas pelo Ministério para a atenção pré-natal evidencia deficiências no acompanhamento à gestante de risco, o que torna a Assistência Pré-natal praticada nas USFs auditadas inadequada.

As deficiências ora apresentadas neste item se devem à falta de um controle interno efetivo da Secretaria 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 da assistência pré-natal despendida à gestante de risco, a equipe de auditoria utilizou os critérios estabelecidos na Portaria nº 569/GM de 01 de junho de 2000 do MS que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal (PHPN).

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

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

[...]

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

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

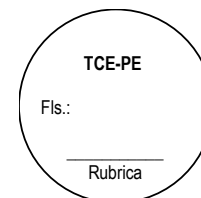
A instituição dos critérios apontados anteriormente propiciou a elaboração de manuais com a finalidade de oferecer referência para a organização da rede assistencial, a capacitação profissional e a normalização das práticas de saúde para orientar a equipe assistencial no diagnóstico e tratamento das doenças e/ou problemas que afligem a mulher durante a gravidez. Esses manuais objetivam também uniformizar as condutas, contribuindo para uma atuação mais coesa da equipe, assim como para a oferta de uma assistência eficiente e de qualidade. Portanto, os critérios de referência para esta auditoria estão contidos nos manuais respectivos à Assistência Pré-natal e Puerpério elaborados pelo MS.

Para se ter uma assistência pré-natal efetiva o MS considera indispensável as seguintes ações básicas³⁷:

- I. Debater sobre a Assistência Pré-natal junto à comunidade atendida pelas USFs;
- II. Identificar precocemente todas gestantes ainda no primeiro trimestre para se dar início e continuidade a Assistência Pré-natal visando às intervenções oportunas;
- III. Acompanhamento periódico e contínuo de todas as mulheres grávidas nas USFs e nos domicílios;
- IV. Ter sistema de referência e contrarreferência para garantir continuidade em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

Outra questão preponderante é que um dos pontos analisados durante a Investigação do Óbito Materno, pelo Comitê de Mortalidade Materna ou pelo setor de epidemiologia responsável é a assistência prestada no pré-natal e no puerpério e, portanto, é imprescindível a

³⁷ 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.



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.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-NATAL³⁹ e garantir verbas.

A presente análise realizada pela equipe de auditoria iniciou-se com a verificação dos procedimentos e condutas adotados no atendimento pré-natal prestado à gestante considerada de risco durante as consultas realizadas e que foram registrados nas fichas perinatais e respectivos prontuários coletados nas USFs do município. Como também, se houve o respectivo registro do encaminhamento das gestantes classificadas como de alto risco gestacional para unidade de referência. Observou-se, portanto, se o atendimento do pré-natal nas USFs estava em conformidade com o que determina o Ministério da Saúde para os casos de gestação de risco

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

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.

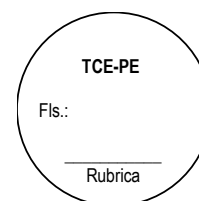
Foram identificadas as seguintes deficiências no atendimento da gestante de risco:

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

O MS considera uma assistência pré-natal efetiva, quando a equipe de saúde da família consegue identificar precocemente todas gestantes ainda no primeiro trimestre, dando assim o início à assistência pré-natal e sua continuidade visando às intervenções cabíveis. Entretanto, como pode ser visto na tabela 06 a seguir em destaque, 13 gestantes, das 32 examinadas pela

³⁸ 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.

³⁹ 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.



equipe de auditoria, consideradas de risco pelos profissionais de saúde iniciaram o pré-natal após a 12ª semana de gestação:

Tabela 06 – Idade gestacional na 1ª consulta

CÓDIGO DA GESTANTE ⁴⁰	DUM	1ª CONSULTA	IG
OR01	25/01/2010	01/06/2010	18,14
OR02	23/03/2010	18/05/2010	8,00
OR03	-	31/08/2010	-
OR04	30/07/2010	17/08/2010	2,57
OR05	05/01/2010	08/06/2010	22,00
OR11	15/03/2010	15/06/2010	13,14
OR12	22/03/2010	20/05/2010	8,43
OR13	14/12/2009	18/03/2010	13,43
OR14	29/06/2010	14/09/2010	11,00
OR15	17/06/2010	11/08/2010	7,86
OR21	24/06/2010	01/09/2010	9,86
OR22	02/06/2010	06/10/2010	18,00
OR23	29/01/2010	31/03/2010	8,71
OR24	07/02/2010	31/03/2010	7,43
OR25	25/02/2010	07/07/2010	18,86
OR31	06/02/2010	06/04/2010	8,43
OR32	09/04/2010	26/05/2010	6,71
OR33	12/07/2010	15/09/2010	9,29
OR34	05/06/2010	20/07/2010	6,43
OR35	26/04/2010	15/06/2010	7,14
OR36	14/06/2010	21/09/2010	14,14
OR41	31/05/2010	28/09/2010	17,14
OR42	07/07/2010	14/09/2010	9,86
OR43	28/05/2010	20/07/2010	7,57
OR44	21/02/2010	01/06/2010	14,29
OR45	15/01/2010	13/04/2010	12,57
OR51	30/06/2010	13/10/2010	15,00
OR52	01/02/2010	19/05/2010	15,29
OR53	08/08/2010	13/10/2010	9,43
OR54	20/02/2010	07/07/2010	19,57
OR55	05/07/2010	15/09/2010	10,29
OR56	02/02/2010	24/03/2010	7,14

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

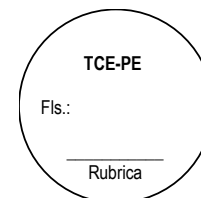
Legenda: DUM – Data da última menstruação; IG – Idade gestacional.

Obs.: Cada gestante examinada recebeu um código para manter a privacidade/anonimato.

Na tabela anterior se observa que uma gestante não teve o registro da idade gestacional (OR03) e outra começou o pré-natal após 20ª semana de gravidez (OR05), que segundo a determinação do MS, deve ser classificada como gestante com risco gestacional.

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.

⁴⁰ As gestantes que serviram de amostra para a análise receberam um código com o objetivo de se manter sigilo sobre a identidade das informações.



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:***

Segundo os profissionais entrevistados⁴¹, são adotados nos pré-natais das seis USFs a “Identificação da gravidez de risco” e o “Encaminhamento com formulário”. 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 selecionadas e respectivos prontuários, com ênfase nas 32 gestantes consideradas de risco, foi realizado o cotejo entre as informações relatadas e os registros encontrados que resultou nos seguintes números consolidados na tabela 07:

Tabela 07 – Tipo de gestação x classificação de risco x Encaminhamento

TIPO DE GESTAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO DO RISCO GESTACIONAL				ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADE DE REFERÊNCIA	
	Baixo	Médio	Alto	Não Informado	Sim	Não
Risco (32)	0	1	11	20	3	29

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

Como resultado da análise, pode ser observado em destaque na tabela acima que entre as gestantes consideradas como de risco pelos profissionais de saúde das USFs apenas três tiveram encaminhamento para serviço de referência (especialista): uma por apresentar problema cardiológico e duas por transtornos mentais. Enquanto que 29 gestantes não tiveram o registro do encaminhamento para referência de alto risco, ou por não ter sido realizado, ou por não ter sido necessário, conforme os registros apontados nas fichas perinatais e prontuários.

Tais evidências demonstram que a Secretaria Municipal de Saúde de Ouricuri 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 revistos para serem solicitados na primeira consulta do acompanhamento do pré-natal, não foram observados na documentação das 32 gestantes estudadas um cumprimento pleno de todos os exames complementares previstos pelo MS. Por exemplo, entre as gestantes que realizaram duas ou mais consultas, quatro gestantes ainda não tinham realizado os exames complementares ou não teve o registro na ficha perinatal.

⁴¹ Apenas uma profissional declarou que não havia utilização de formulário padrão para encaminhamento de gestante à unidade de referência de alto risco.



Quanto aos exames complementares que devem ser repetidos até a 30ª semana de gestação, conforme recomenda o MS para o atendimento à gestante nas unidades básicas de saúde, a situação é mais crítica.⁴² Como pode ser visto em destaque no quadro 03 a seguir, apenas duas gestantes de risco (OR12 e OR23) realizaram na íntegra os três exames de repetição (glicemia, sumário de urina e sorologia para sífilis).

Quadro 03 – Exames de repetição realizados por gestante

CÓDIGO DA GESTANTE ⁴³	1º Glicemia de jejum	2º Glicemia de jejum	1º VDRL (Sorologia sífilis)	2º VDRL (Sorologia sífilis)	1º Sumário (Urina)	2º Sumário (Urina)
OR01	X				X	
OR02	X		X		X	
OR04	X		X		X	
OR05	X	X	X		X	X
OR12	X	X	X	X	X	X
OR14			X			
OR15	X		X		X	
OR21			X			
OR22	X				X	
OR23	X	X	X	X	X	X
OR24	X		X		X	
OR25	X		X		X	
OR31	X		X		X	
OR32	X		X		X	
OR33	X		X		X	
OR34	X		X		X	
OR35	X		X		X	
OR36	X		X		X	
OR42			X			
OR43	X		X		X	
OR44	X		X		X	
OR45	X		X		X	
OR56			X			

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

Foi também observado na documentação das 32 gestantes de risco que nenhuma realizou o exame de sorologia para Toxoplasmose⁴⁴ (IgG e IgM) e apenas oito realizaram o exame de sorologia para Hepatite tipo B (HbsAg)⁴⁵, essa recomendada para próximo da 30ª semana de gestação.

Os exames citados no parágrafo anterior são apenas recomendados pelo MS, ou seja, quando houver disponibilidade,⁴⁶ porém é importante enfatizar a importância desses exames, pois doenças como a toxoplasmose, entre os agravos anatômicos e funcionais, podem ser descritos: restrição de crescimento intrauterino, morte fetal, prematuridade e/ou manifestações

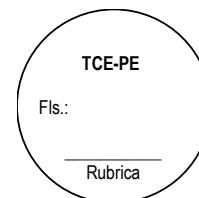
⁴² Ministério Saúde. Secretaria Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico: *Pré-natal e Puerpério – Ação Qualificada e Humanizada*. Brasília – DF, 2006, p. 11.

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

⁴⁴ A toxoplasmose é uma zoonose causada pelo *Toxoplasma gondii* e adquire especial relevância quando atinge a gestante, visto o elevado risco de acometimento fetal.

⁴⁵ As hepatites virais são doenças causadas por diferentes tipos de vírus, sendo os mais comuns no Brasil o A, B, C e D.

⁴⁶ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual Técnico: *Pré-natal e Puerpério*. Brasília – DF, 2006, p. 11.



clínicas e sequelas como microftalmia, lesões oculares, microcefalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e retardo mental.⁴⁷

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 cronificação⁴⁸ 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.⁴⁹

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.⁵⁰

As observações apontadas nos parágrafos anteriores evidenciam a descontinuidade nas ações do pré-natal, principalmente das gestantes de risco. A consolidação da realização dos exames complementares pode ser observada na tabela 08 na página seguinte.

⁴⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico: Gestação de Risco, 5ª Edição. Brasília – DF, 2010, p. 115.

⁴⁸ É quando uma doença se instala e permanece no organismo por vários anos (doença de curso lento).

⁴⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico: Gestação de Risco, 5ª Edição. Brasília – DF, 2010, p. 143.

⁵⁰ Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos.



Tabela 08 – Tipo de gestação x Exames Complementares – Onicui

Tipo de gestação	Exames Laboratoriais											TOTAL
	ABO-Eh (grupo sangüneo)	Hb / Ht	1º Glicemia de jejum	2º exame Glicemia de jejum	1º exame VDRL - Sorologia sífilis	2º exame VDRL	1º exame Sumário de Urina	2º exame Sumário de Urina	HIV/AIDS	HbsAg - Sorologia p/ hepatite B	IgM - Sorologia p/ Toxoplasmose	Nenhum
Sem risco	22	20	21	6	20	4	22	5	20	9	2	5
Risco	20	20	19	3	21	2	19	3	19	8	0	9
TOTAL	42	40	40	9	41	6	41	8	39	17	2	14
												299

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



▪ **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.⁵¹

De acordo com o PHPN, a gestante pode ser considerada imunizada com, no mínimo, duas doses da vacina antitetânica, sendo que a segunda dose deve ser realizada até 20 dias antes da data provável do parto.

Entre as gestantes de risco que realizaram duas ou mais consultas, 10 gestantes (31,3%) 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).⁵²

[...]

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:**

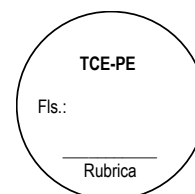
Quanto à administração de sulfato ferroso profilático junto às gestantes de risco que realizaram duas ou mais consultas, foi observado que não houve o registro da prescrição para 12 gestantes de risco (37,5%). O MS recomenda a ingestão de sulfato ferroso profilático mesmo para as gestantes que não apresentem quadro de anemia leve ou moderada (Hemoglobina < 11 g/dl e > 8 g/dl).⁵³

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.

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

⁵² Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?node=D.1.5&lang=pt&version=ed4>. Acesso em 17/03/2011.

⁵³ Para mulheres que apresentarem hemoglobina ≥ 11 g/dl, a ingestão do sulfato de ferro deve ser administrada a partir da 20ª semana, devido à maior intolerância digestiva no início da gravidez.



▪ **Ausência de avaliação ultrassonográfica:**

Entre as gestantes de risco que estavam com idade gestacional acima de 34 semanas, 05 tinham realizado menos de três avaliações e 08 não realizaram avaliação ultrassonográfica. Segundo informações repassadas pelas profissionais de saúde, as avaliações são realizadas em outra unidade de saúde do município, mas mesmo assim não houve a garantia da realização do serviço em sua plenitude. A consolidação dos registros pode ser observada na tabela nº abaixo:

Tabela 09 – Tipo de gestação x Avaliação Ultrassonográfica

Avaliação Ultrassonográfica	Não realizada	Menos de três avaliações	3 avaliações	TOTAL
Idade gestacional				
Até a 34ª semana	15	03	01	19
Acima da 34ª semana	08	05	00	13
TOTAL	23	08	01	32

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

A recomendação do MS é que deve ser solicitado o exame de ultrassom quando não for possível determinar a idade gestacional clinicamente. Por outro lado, justifica-se a realização deste exame no primeiro trimestre gestacional, para determinar a medida da translucência nuchal, 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.⁵⁴

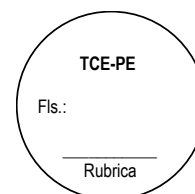
Alguns especialistas como Dr. Abner Augusto Lobão Neto⁵⁵ recomenda no mínimo três avaliações através de ultrassom, sendo uma a cada trimestre, pois no primeiro trimestre (11ª e a 12ª semana) possibilita com precisão determinar a idade gestacional, excluir a possibilidade de gestação ectópica (fora do 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.⁵⁶

⁵⁴ Rezende J, Montenegro CAB. Obstetrícia fundamental, 9ª ed. Rio de Janeiro – RJ, Guanabara Koogan, 2003 *In* Revista de Enfermagem, 2009, jan-mar, 13.

⁵⁵ Médico especialista em ultrassonografia e coordenador do Setor de Pré-natal Personalizado da Universidade Federal de São Paulo.

⁵⁶ Disponível em:

http://www.clicfilhos.com.br/ler/861-O_que_revela_o_exame_de_ultra_som_na_gravidez?page=1. Acesso em: 16/01/2011.
Avaliação da Assistência à Saúde Materna na Unidade de Saúde da Família – Auditoria Operacional TC nº 1006564-7.



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.”⁵⁷ (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 a gestante, serviram de referência para a análise do atendimento pré-natal à gestante de risco, pela equipe de auditoria, o controle da Pressão Arterial (PA) e a medida do peso.

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

Mas apesar do registro do peso durante as consultas, não foi observado o acompanhamento do ganho de peso gestacional, pois não foram identificados os registros do índice de massa corpórea (IMC) gravídico⁵⁸. Deixando assim de ser realizada a respectiva comparação com o ganho de peso recomendado na gestação, segundo o estado nutricional inicial⁵⁹.

Além de não ter sido verificado o registro do IMC, 11 (34,4%) gestantes não tiveram as suas alturas anotadas nas fichas pré-natais impossibilitando assim, a realização do cálculo do referido índice. É importante informar que o peso e a altura são medidas necessárias para avaliar e acompanhar o estado nutricional da gestante e o ganho de peso durante a gestação.

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.

Segundo os dados obtidos na documentação analisada, nove gestantes de risco não realizaram a medição da AU, oito apenas uma medição e três gestantes menos de três medições, ou seja, 62,5% não tiveram um atendimento adequado quanto ao procedimento de medição da altura uterina.

⁵⁷ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual Técnico: *Pré-natal e Puerpério*. Brasília – DF, 2006, p. 29.

⁵⁸ IMC é igual à relação peso (Kg) dividido pela altura da gestante elevada a potência de dois.

⁵⁹ 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 10 – Tipo de gestação x Medição da altura uterina

Medição da altura uterina	Não realizada	Uma medição	Duas medições	Mais de duas medições	TOTAL
Tipo de gestação					
Sem risco	5	7	0	16	28
Risco	9	8	3	12	32
TOTAL	14	15	3	28	60

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

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

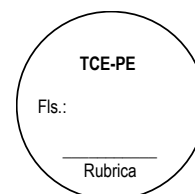
A medida da altura uterina conjugada com a palpação obstétrica é utilizada para identificar o crescimento fetal, diagnosticar os desvios da normalidade a partir da relação com a idade gestacional e identificar a situação e a apresentação fetal. Exclusivamente ela objetiva estimar o crescimento fetal (medida da altura uterina x número de semanas de gestação) e identificar anomalias como, por exemplo: polidrâmnio, macrosomia, 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.

Quanto ao procedimento de ausculta dos batimentos cardíacos fetais, procedimento este que objetiva constatar a cada consulta a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos batimentos cardíacos fetais (BCF), como pode ser visto na tabela 11 abaixo, 16 gestantes de risco não tiveram o registro da ausculta dos batimentos cardíacos fetais. O MS determina o registro desse procedimento nas fichas perinatais e no cartão da gestante. Ver tabela 11 abaixo:

Tabela 11 – Tipo de gestação x Batimentos Cardíacos Fetais

BCF	Não realizado	Uma aferição	Duas aferições	Mais de duas aferições	TOTAL
Tipo de gestação					
Normal	9	5	2	12	28
Risco	16	2	4	10	32
TOTAL	25	7	6	22	60

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



Portanto, pelos números apresentados na tabela acima, os procedimentos de ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF) apresentaram um baixo registro bastante significativo em relação às gestantes de risco, o que é uma situação crítica para as usuárias do pré-natal.

▪ **Ausência de exames de citologia oncótica⁶⁰:**

Não foram identificados os registros dos exames de colo de útero nas fichas perinatais das gestantes de risco, como é exposto na tabela 12⁶¹. 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.

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

Tipo de gestação	Exame de citologia oncótica		
	Sim	Não	TOTAL
Sem risco	0	28	28
Risco	0	32	32
TOTAL	0	60	60

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

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o número de casos novos de câncer de colo de 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.⁶²

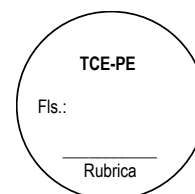
O preenchimento inadequado da ficha perinatal e do respectivo prontuário demonstra um desconhecimento ou falta de reconhecimento, por parte das profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento do pré-natal, da importância do registro das ações efetivadas durante as consultas e das informações relativas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

É importante frisar que o apontamento das informações sobre a gestante de risco nas fichas perinatais e prontuários (instrumentos de registros), que são documentos comprobatórios locais da prestação de Assistência ao Pré-natal, permitem a realização de estudos estatísticos autênticos, os quais servem para subsidiar políticas públicas destinadas a redução dos índices de morbimortalidade materno-fetal. Portanto, é salutar utilizar a ficha perinatal como “espelho” do cartão da gestante, que no caso for extraviado, haverá perda das informações referentes aos procedimentos efetuados durante o pré-natal.

⁶⁰ Esse exame também é conhecido como exame do colo do útero ou Papanicolaou.

⁶¹ O exame preventivo do câncer do colo do útero consiste na coleta de material citológico do colo do útero, sendo coletada uma amostra da parte externa (ectocérvice) e outra da parte interna (endocérvice). Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=326. Acesso em 04/01/2011.

⁶² Disponível em: http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5. Acesso em 04/01/2011.



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

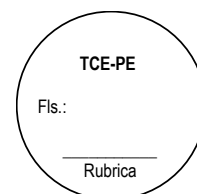
A auditoria desenvolvida nas seis USFs do Município de Ouricuri propiciou a detecção do sub-registro dos procedimentos e condutas despendidas às gestantes consideradas de risco pelos profissionais de saúde responsáveis pela realização das consultas nestas unidades. Subentende-se, portanto, que as gestantes consideradas de risco não estão recebendo uma assistência pré-natal adequada e diferenciada 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 assistência pré-natal seja mais efetiva para reduzir os riscos de morbimortalidade materno-fetal.

Os resultados obtidos na avaliação dos procedimentos e condutas da assistência pré-natal à gestante de risco refletem um problema comum nas USFs auditadas, podendo também existir o mesmo em outras unidades do município. Portanto, em virtude das evidências encontradas recomendamos à Secretaria Municipal de Saúde de Ouricuri, 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. Avalie o desempenho das equipes de saúde da família quanto à captação, acompanhamento, trabalho educativo e divulgação das ações desenvolvidas pela USF junto às gestantes de risco;
2. Avalie periodicamente a qualidade dos procedimentos, atividades, condutas de acompanhamento do pré-natal oferecidas às gestantes de risco em suas USFs;
3. Implemente controle sobre as prescrições de medicamento e de vacinação garantindo o acesso às gestantes de risco;
4. Implemente controle que garanta às gestantes de risco a realização plena dos exames complementares, inclusive referentes à sorologia para Hepatite tipo B e Toxoplasmose, e a realização de no mínimo três exames de ultrassonografia obstétrica com objetivo de trazer mais segurança à mulher durante o período gravídico;
5. Utilize apenas números para quantificar e registrar os BCFs, em vez de sinais como “-” (negativo) e “+” (positivo);

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 do atendimento à gestante de risco (32 gestantes), diferente do próximo tópico que examina os procedimentos de pré-natal realizados pelas equipes de saúde da família para atender as gestantes de risco e sem



risco identificado. Para tanto foram selecionadas 60 fichas de gestantes (32 em situação de risco e 28 sem risco identificado) escolhidas de forma aleatória pela equipe de auditoria.

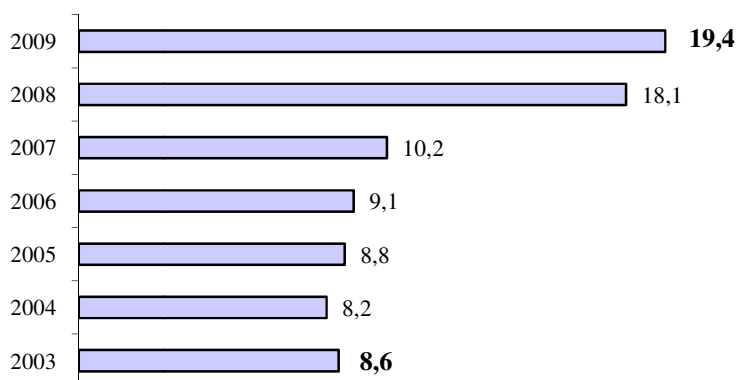
3.2 Atendimento pré-natal realizado nas unidades de saúde da família

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

Segundo pesquisa Saúde Brasil 2009 do Ministério da Saúde (MS), publicado em dezembro de 2010, houve um declínio das causas de mortes de gestantes de 1990 a 2007, a exemplo de hipertensão (63%), hemorragia (58%) e aborto (80%). Na década de 90, a taxa de mortalidade materna era de 140 a cada 100 mil bebês nascidos vivos passando para 75, em 2007⁶³.

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

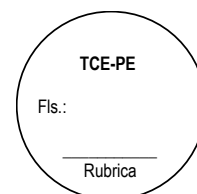
Figura 07 – Evolução anual das consultas pré-natal no SUS (em milhões): Brasil 2003-2009



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

Apesar do aumento no número de consultas demonstrado na figura 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.

⁶³ 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>.



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 Ouricuri não inclui todas as informações exigidas pelo “Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério” instituído pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) e, além disso, não tem ocorrido seu preenchido por completo pelas equipes de saúde da família.

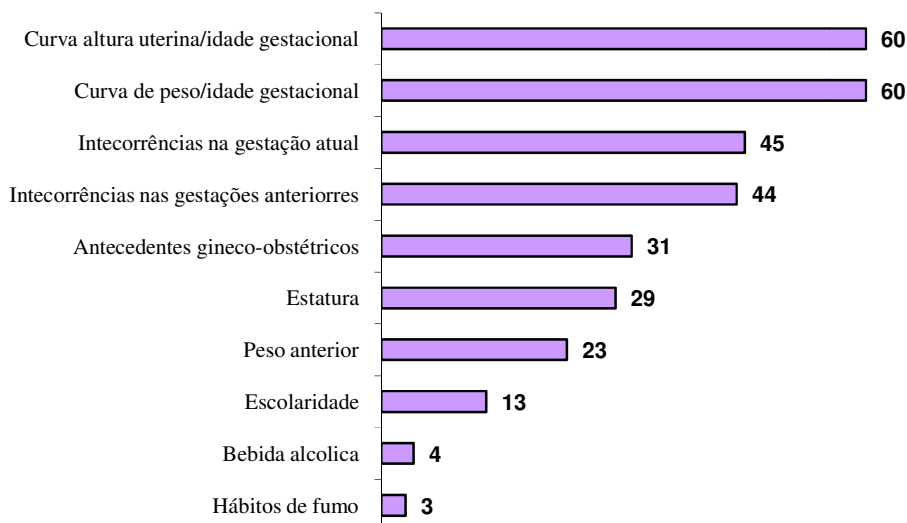
Para avaliação do modelo da ficha perinatal, foram selecionadas aleatoriamente as fichas de 60 gestantes, o que corresponde a 32% do total, assistidas pelas USFs visitadas pela equipe de auditoria do TCE-PE em outubro de 2010. A ficha perinatal é o instrumento de coleta de dados, na unidade de saúde ou no domicílio, para uso dos profissionais da unidade de saúde e deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério recomendados pelo MS através do Anexo 2 “ficha de atenção pré-natal” (BRASIL, 2005, pg. 150).

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

Outro ponto observado a partir dos exames das fichas foi que há falhas no seu preenchimento talvez por falta de conhecimento do profissional que está acompanhando as gestantes ou por pouca valorização de algumas das informações contidas nas fichas. Tome como exemplo os campos “Curva altura uterina/idade gestacional” e “Curva de peso/idade gestacional”, nenhuma das 60 fichas examinadas apresentou preenchimento nesses campos. Os resultados obtidos na pesquisa quanto aos campos 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

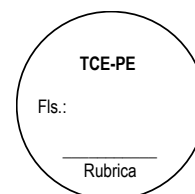
As constatações podem indicar uma assistência pouco qualificada, com margens a complicações tanto da gestante quanto do bebê que são passíveis de serem evitadas.

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 a Secretaria Municipal de Ouricuri 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 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 MS.

Como benefício dessas recomendações espera-se que a Secretaria Municipal de Saúde de Ouricuri 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.



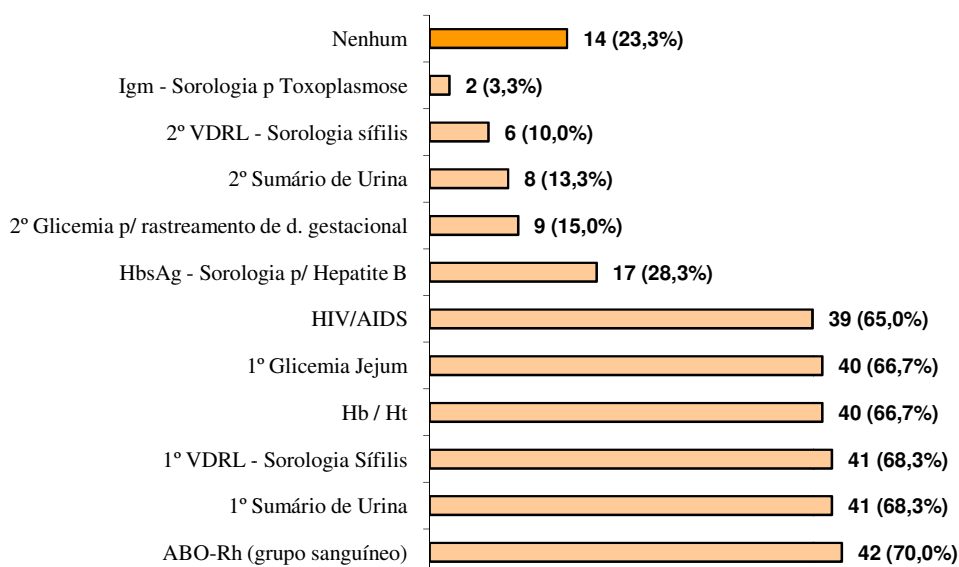
3.2.2 Ausência de exames complementares no pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde

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

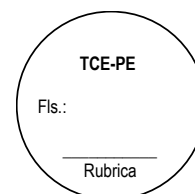
Segundo o manual do MS, a Assistência Pré-natal promovida pela rede de saúde municipal deve realizar os seguintes exames complementares (BRASIL, 2006c, pg. 11): Sorologia p/ Toxoplasmose; Sorologia p/ Hepatite B; Sumário de Urina; Sorologia p/ Sífilis (VDRL); Glicemia de Jejum; HIV/AIDS; Hb-Ht; e ABO-Rh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

Através das entrevistas com as enfermeiras e das análises dos registros feitos nas fichas perinatais verificou-se que um terço (33,3%) das gestantes não fizeram os primeiros exames de Glicemia em Jejum, 31,7% de Sorologia para Sífilis (VDRL) e de Sumário de Urina. A repetição desses exames a serem realizadas próximo da trigésima semana da gravidez foi mais precária ainda, visto que em média 87,2% das gestantes pesquisadas não repetiram os exames. Outro problema identificado foi quanto a realização da Sorologia para Toxoplasmose (IgM) e para Hepatite B (HBsAg), pois 96,7% das gestantes do universo pesquisado não fizeram o exame de IgM e 71,7% não fizeram o HBsAg. Observou-se também que em 30% das gestantes não foi possível identificar o grupo sanguíneo tendo em vista que elas não fizeram o ABO-Rh. Quanto ao HIV (AIDS) o total de gestantes que não realizaram esse exame foi de 35%. Ainda foi possível identificar que 23,3% das grávidas não fizeram nenhum dos exames complementares preconizados pelo MS (vide figura 09 na página seguinte).

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 Ouricuri :

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.

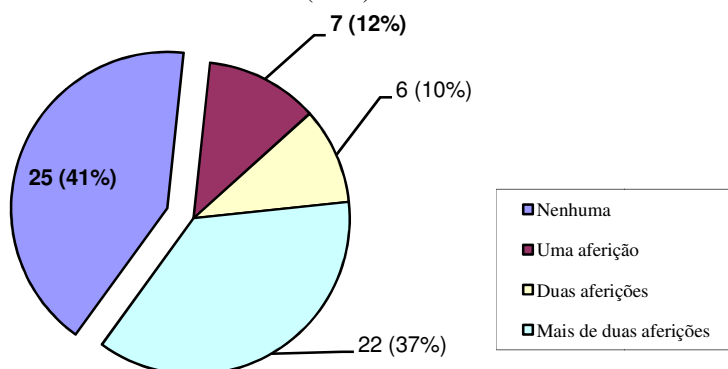
3.2.3 Ausência de procedimentos técnicos e condutas no exame clínico e obstétrico

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 41% (25) das gestantes pesquisadas não foi feita qualquer ausculta dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF) do bebê e em 12% (sete) esse procedimento foi realizado apenas uma vez. Essa aferição serve para constatar a cada consulta a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos BCFs do feto. Nos registros feitos nas fichas perinatais constam que em algumas USFs o aparelho utilizado para fazer a aferição estava quebrado prejudicando essas aferições. A monitorização dos BCFs é importante, pois se correlaciona com o sinal e constatação de vida, logo a presença de movimentos fetais ativos e frequentes é tranquilizadora quanto ao prognóstico fetal.



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

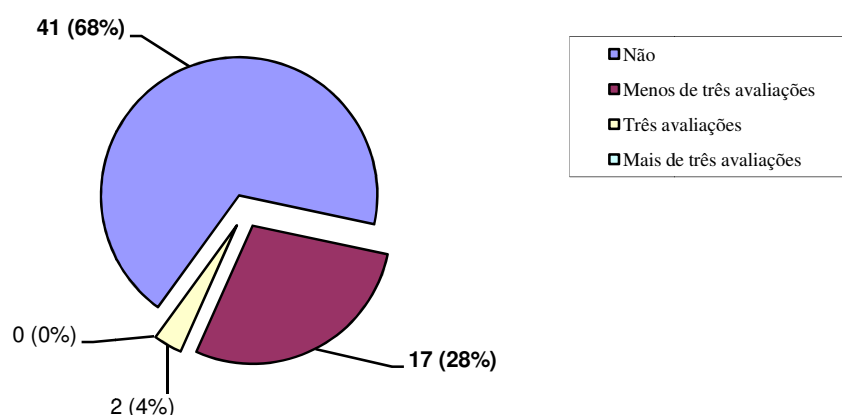


Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

Quanto ao número de avaliações ultrassonográficas constatou-se que 68,3% (41) das gestantes não fizeram nenhuma avaliação e 28,3% (17) fizeram menos de três avaliações (vide figura 11 na pagina a seguir).

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

Figura 11 – Avaliação ultrassonográfica realizada nas USFs visitadas



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

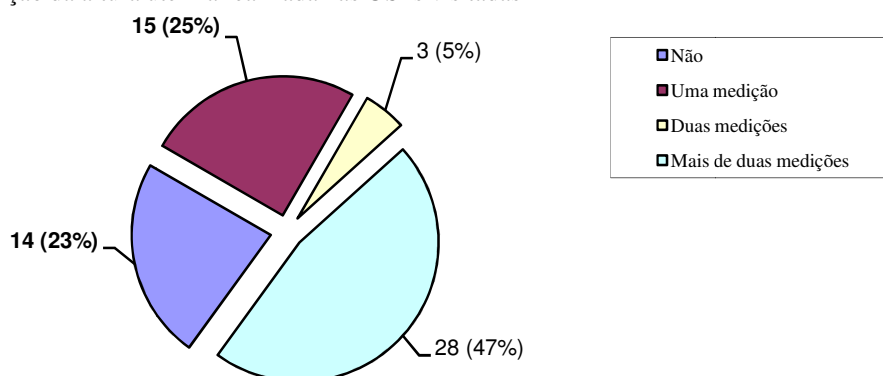
Outro procedimento importante realizado com as gestantes é a medida da altura uterina que consiste em um método clínico utilizado para o acompanhamento do crescimento do feto. Segundo Martimnelli (2001) Quaranta *et al.* e Calvert *et al.* demonstraram que, entre 20 e 34



semanas, a altura uterina em centímetros equivale à idade gestacional. Essa medição pode identificar as alterações do crescimento fetal normal quanto à restrição ou crescimento exacerbado do feto provocado por complicações na gestação.

Acerca do registro da altura uterina que serve para estimar o crescimento fetal, correlacionando-se a medida da altura uterina com o número de semanas de gestação foi constatado que 25% (15) das gestantes fizeram apenas uma medição e em 23% (14) delas esse procedimento não foi realizado (vide figura a seguir).

Figura 12 – Medição da altura uterina realizada nas USFs visitadas



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

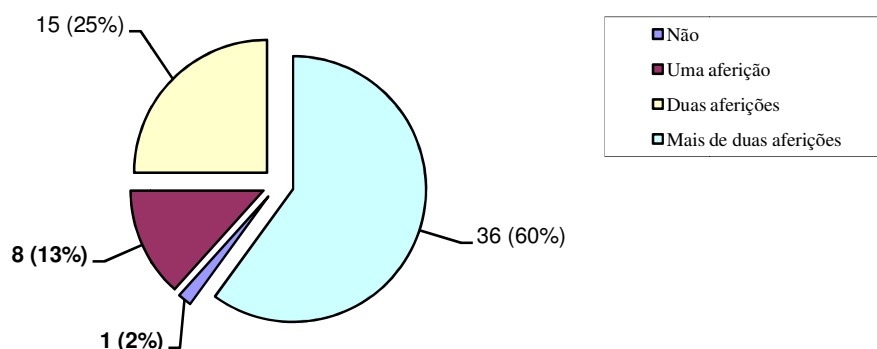
A pressão arterial, por sua vez, foi medida por mais de duas vezes em 60% (36) das grávidas ao passo que 13% (oito) delas só fizeram uma medição (vide figura 13). A gestante precisa ter sua pressão arterial medida regularmente durante todo o período gestacional para que seja evitada a eclampsia – doença decorrente da hipertensão (alta pressão arterial). Segundo o Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c pg. 07).

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

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



Figura 13 – Aferição da pressão arterial realizada pelas USFs visitadas

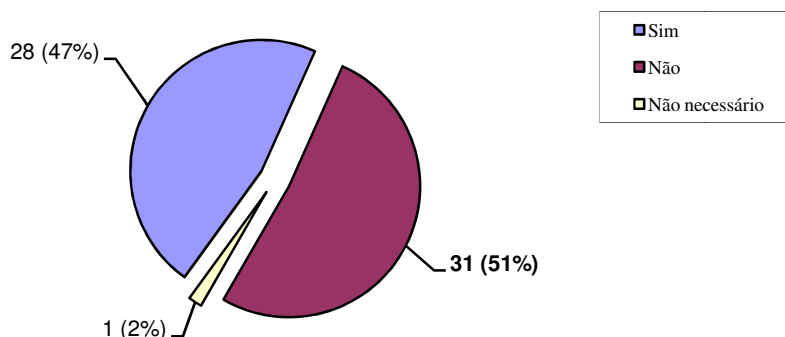


Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

Um procedimento importante a ser realizado pelos profissionais de saúde com as gestantes é o exame de citologia oncológica. Conforme o registro feito nas fichas perinatais verificou-se que nenhuma das grávidas selecionadas fez 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.

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 14 a seguir, verifica-se que não foi prescrito o sulfato ferroso a partir da 20ª semana de gestação para 51% das grávidas o que corresponde a 31 mulheres do universo pesquisado.

Figura 14 – Prescrição do sulfato ferroso pelas USFs visitadas



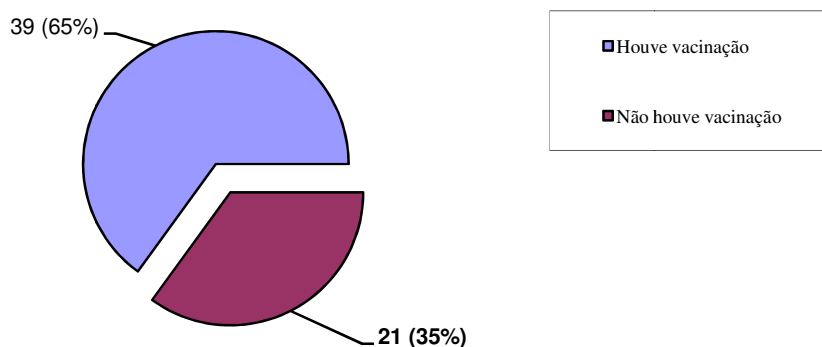
Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas



Quanto à imunização antitetânica as fichas perinatais indicam que 35% (21) das gestantes pesquisadas não receberam nenhuma dose da vacinação conforme se observa na figura 15. A rotina de vacinação da atenção pré-natal é um procedimento importante para a prevenção do tétano neonatal. É uma doença aguda e grave que acomete recém-nascidos na primeira semana de vida ou nos primeiros 15 dias pela contaminação durante a secção do cordão umbilical e/ou pela falta de higiene nos cuidados com o recém-nascido.

É uma doença 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 15 – Vacina antitetânica realizada nas USFs visitadas



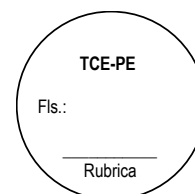
Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

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

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

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

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



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

3.3 Profissional médico de saúde da família

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

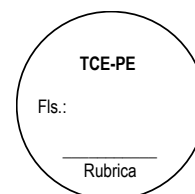
Neste tópico foram analisados os Boletins Diários de Produção Ambulatorial (BDPAs) dos médicos integrantes das equipes de saúde da família do mês de setembro/2010 com o objetivo de verificar a assiduidade desses profissionais.

3.3.1 Baixa assiduidade dos médicos das unidades de saúde da família

Os profissionais médicos contratados pelo município de Ouricuri que trabalham nas equipes de saúde da família não cumprem a jornada de 40 horas semanais estabelecida pela Portaria GM/MS nº 648/2006 que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Segundo a norma, compete às secretarias municipais de saúde e ao Distrito Federal assegurar o cumprimento de horário integral de todos os profissionais das equipes de saúde da família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2006).

Para avaliação da assiduidade dos médicos integrantes das equipes de saúde da família, foram examinados os Boletins Diários de Produção Ambulatorial (BDPAs) referente ao mês de setembro/2010, preenchidos por estes profissionais (fls. 43 a 177). 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 (USF) do município de Ouricuri, 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 pela equipe de auditoria. Os BDPAs das unidades examinadas foram enviados pela Secretaria Municipal de Saúde de Ouricuri através do Ofício SMS nº 0578/2010 para equipe de auditoria do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (TCE-PE) (fls.42).



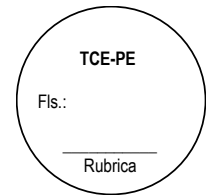
A partir dos exames dos BDPA's, constatou-se que os médicos das equipes de saúde da família que prestam serviços ao município não cumprem a carga-horária prevista pela PNAB. O médico integrante da USF Capela de São Braz não trabalhou 16 dias úteis no mês de setembro, pois não houve produção registrada no BDPA, já excluído o feriado do dia 07 de setembro (quadro 04). Situação similar também ocorreu nas seguintes unidades: USF Aeroporto, USF José Pimentel Lins, USF Nossa Senhora de Fátima, USF Santa Maria e USF Santo Antônio, mas com uma intensidade menor de faltas, prejudicando a assistência aos usuários atendidos pelas equipes.

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

Dia	Unidade de Saúde da Família					
	Aeroporto	José Pimentel Lins	Nossa Senhora de Fátima	Santa Maria	Santo Antônio	Capela de São Braz
01/09	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim
02/09	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não
03/09	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não
Sábado	-	-	-	-	-	-
Domingo	-	-	-	-	-	-
06/09	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim
07/09 (feriado)	-	-	-	-	-	-
08/09	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não
09/09	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não
10/09	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Sábado	-	-	-	-	-	-
Domingo	-	-	-	-	-	-
13/09	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim
14/09	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Não
15/09	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não
16/09	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não
17/09	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Sábado	-	-	-	-	-	-
Domingo	-	-	-	-	-	-
20/09	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não
21/09	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
22/09	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não
23/09	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não
24/09	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não
Sábado	-	-	-	-	-	-
Domingo	-	-	-	-	-	-
27/09	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não
28/09	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Não
29/09	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
30/09	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não
Total de dias úteis de set/2010	21	21	21	21	21	21
Dias úteis trabalhados	10	13	12	15	12	05
Dias úteis não trabalhos	11 (A)	08 (B)	09 (C)	06 (D)	09 (E)	16 (F)
Remuneração bruta mensal (contrato) – R\$	6.500,00	6.500,00	6.500,00	6.500,00	6.500,00	6.500,00
Prejuízo por dias úteis não trabalhados ⁶⁴ – R\$	3.404,76	2.476,19	2.785,71	1.857,14	2.785,71	4.952,38

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise dos BDPA's coletados (fls. 43 a 177).

⁶⁴ 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;

[...]

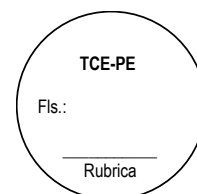
III - desenvolver **relações de vínculo e responsabilização** entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a **longitudinalidade do cuidado**; (grifo nosso)

[...]

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 socioorganizacional, que inclui aquelas características e recursos que facilitam ou impedem os esforços das pessoas em receber os cuidados de uma equipe de saúde. Para a segunda abordagem, tome como exemplo, o horário de funcionamento, a forma de marcação de consulta e a presença de longas filas, estes são alguns fatores que podem significar barreiras ao acesso. Outra situação que limita o acesso do usuário ao atendimento é a disponibilidade de profissional, especialmente o médico, durante o funcionamento da unidade de saúde (BRASIL, 2007b).

Outro princípio essencial da PNAB que fica comprometido pela baixa assiduidade dos médicos é a longitudinalidade do cuidado (ou vínculo e responsabilização). Este princípio busca uma relação pessoal que se estabelece ao longo do tempo, independentemente do tipo de problemas de saúde ou mesmo da presença de um problema de saúde, entre indivíduos e um profissional ou uma equipe de saúde. Uma equipe de saúde da família tem a oportunidade de acompanhar os diversos momentos do ciclo de vida dos indivíduos, de suas famílias, da própria comunidade e, por intermédio dessa relação, a equipe conhece as pessoas, suas 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 Ouricuri 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 Ouricuri 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 Ouricuri 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 345/2010, de 07/10/2010 (fls. 35 a 36), cópia dos contratos firmados com os médicos que trabalham nas equipes de saúde da família com vistas a identificar a jornada de trabalho e a remuneração contratada pela gestão municipal, e os boletins diários de produção ambulatoriais referentes ao mês de setembro de 2010 (fls. 43 a 177).

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

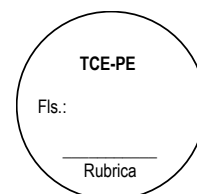
Quadro 05 – Relação dos médicos sem apresentação de contrato

Nome	Situação
Baldomiro Pedro da Silva Aquino	Somente o Termo Aditivo
Carlos Antonio Coelho Lins	Somente o Termo Aditivo
Eduardo Matias Ferraz	Somente o Termo Aditivo
Emilse Carmem Serrudo Barrionuevo	Contrato não enviado
Ericson Alves Silva	Contrato não enviado
Fabíola Mayane Rales Rodrigues	Contrato não enviado
José Inaudo Gomes do Nascimento	Somente o Termo Aditivo
Maria Aelma Pereira Delgado de Lima	Contrato não enviado
Maria das Graças Laurindo Xavier	Somente o Termo Aditivo
Reinaldo Robson Bezerra	Somente o Termo Aditivo
Tâmara Gomes Abrantes Barbosa Moreira	Contrato não enviado

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir dos exames dos contratos coletados ((fls. 178 a 208)

A partir do Ofício SMS nº 0578/2010 (fls. 42) e dos contratos (fls. 178 a 208) entregues à equipe, constatou-se que o município paga mensalmente (remuneração bruta) a cada médico de saúde da família pelos serviços prestados o equivalente a R\$ 6.500,00 (seis mil e quinhentos reais) pela jornada semanal de 40 horas. Também foi solicitado via ofício cópia das notas de empenho/folha de pagamento referente ao mês de setembro dos médicos das USFs.

Como foi evidenciado anteriormente no quadro 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 Aeroporto (Sr. Carlos Antônio Coelho Lins), José Pimentel Lins (Sra. Dasha Katherine Ribera Justiniano), Nossa Senhora de Fátima (Sr. José Inaudo Gomes do Nascimento), Santa Maria (Sra. Maria Aelma Pereira Delgado), Santo Antônio (Sr. Baldomiro Pedro da Silva Aquino) e Capela de São Braz (Sra. Maria das Graças Laurindo Xavier), 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 Ouricuri pagou na íntegra (valor contratual) aos profissionais, conforme se verifica a Nota de Empenho/Folha de Pagamento de setembro/2010 (fls. 213 a 221), fornecida através do Ofício GP nº 233/2010 (fls. 209 a 210).

Quando somados os dias úteis não trabalhados (A +...+ F) pelos médicos contratados, constata-se que o município de Ouricuri deixou de ofertar um total de 59 dias úteis (472 horas) de serviços médicos para a população atendida pelas seis equipes de saúde da família, perfazendo um prejuízo de R\$ 18.261,89 (dezoito mil e duzentos e sessenta e um reais, e oitenta e nove 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 Ouricuri Sra. MARIA LISLENE RODRIGUES ARAUJO, C.P.F. nº 127.395.104-20 (fls. 222) a devolução aos cofres públicos do município o valor de R\$ 18.261,89 (dezoito mil e duzentos e sessenta e um reais, e oitenta e nove centavos) conforme demonstrativo de débito abaixo.

Quadro 06 – Demonstrativo de débito por médico

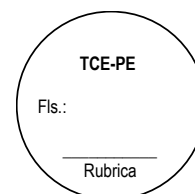
USF	Médico	Valor a ser devolvido (R\$)
Aeroporto	Carlos Antônio Coelho Lins	3.404,76
José Pimentel Lins	Dasha Katherine Ribera Justiniano	2.476,19
Nossa Senhora de Fátima	José Inaudo Gomes do Nascimento	2.785,71
Santa Maria	Maria Aelma Pereira Delgado	1.857,14
Santo Antônio	Baldomiro Pedro da Silva Aquino	2.785,71
Capela de São Braz	Maria das Graças Laurindo Xavier	4.952,38
Total		18.261,89

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria

Recomenda-se ainda a aplicação de multa à mesma ordenadora pelos pagamentos efetuados na íntegra a médicos que não cumpriram a jornada semanal estabelecida pela Política Nacional da Atenção Básica. Tal atitude administrativa fere os artigos 146 e 149 do Código de Administração Financeira do Estado de Pernambuco (Lei nº 7.741/78), que estabelece que nenhuma despesa realizada pela administração públicas pode ser paga sem estar liquidada⁶⁵. O artigo 73 inciso III da Lei nº 12.600/2004, que dispõe sobre a Lei Orgânica do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco, estabelece que a Corte de Contas poderá aplicar multas aos responsáveis por ato praticado com grave infração a norma legal.

As conclusões ora apontadas por esta avaliação são pontuais, retratando apenas um pequeno recorte realizado pela equipe do TCE-PE. Desta forma, também sugere-se o encaminhamento deste relatório para a Coordenadoria de Controle Externo (CCE) desta Corte de Contas para que seja realizado o levantamento da situação da assiduidade anual de todos os

⁶⁵ Fase da despesa que o gestor público deve verificar se o material comprado foi entregue na quantidade e na qualidade especificada, ou se os serviços contratados foram efetivamente prestados.



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.

3.4 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.

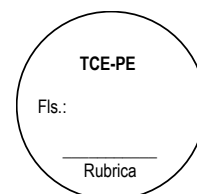
3.4.1 Estrutura física inadequada para o atendimento da população

Foram selecionadas no município de Ouricuri de forma aleatória seis unidades (Aeroporto, José Pimentel Lins, Nossa Senhora de Fátima, Santa Maria, Santo Antônio, Capela de São Braz) para aplicação dos questionários e coleta de documentos sobre assistência pré-natal. Não foi possível avaliar a estrutura física das USFs Nossa Senhora de Fátima e Santa Maria, pois estavam em reforma.

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

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

- Recepção/Arquivo de prontuários
- Sala de espera
- Sala de reuniões e educação em saúde
- Almoxarifado
- Consultório com sanitário
- Consultório
- Sala de Vacina
- Sala de coleta
- Sala de curativo/procedimento
- Sala de nebulização



- Farmácia (sala de armazenamento de medicamentos)
- Sanitário para usuário
- Sanitário para deficiente
- Banheiro para funcionários
- Copa/cozinha
- Depósito de materiais de limpeza
- Sala de esterilização
- Sala de utilidades (apoio à esterilização)
- Consultório Odontológico

Nas seis unidades de saúde da família visitadas no município de Ouricuri, constatou-se que nenhuma delas dispõe de consultório destinado à saúde da mulher, apenas três possuíam consultório odontológico. Quanto à existência de sanitários exclusivos para os usuários só foi encontrado em três das USFs visitadas.

Apesar de todas as unidades visitadas possuírem local para estocagem dos medicamentos (farmácia) em três delas não havia controle de validade desses produtos. Além disso, em algumas USFs as condições físicas não eram adequadas. Pode ser citada como exemplo a USF Aeroporto onde as paredes da farmácia e da sala de curativo estavam úmidas prejudicando, sobretudo o armazenamento dos remédios e comprometendo as condições de higiene conforme figura 16 a seguir.



Figura 16 – Estrutura física da USF Aeroporto (sala de curativos e farmácia)



Fonte: Fotos tiradas pela equipe de auditoria

Outro exemplo é a USF São Braz cujo acesso à farmácia, salas de vacina e de curativo era através de um corredor estreito e sem ventilação. Os medicamentos estavam em caixas no chão e próximo a materiais descartados pela administração da unidade conforme fotos da figura 17.



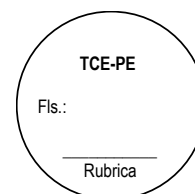
Figura 17 – Estrutura física da USF São Braz (sala de curativos e farmácia)



Fonte: Fotos tiradas pela equipe de auditoria

Também não foi encontrado o calendário de consultas afixado em local visível em duas das seis USFs visitadas, e, em nenhuma das unidades visitadas houve a participação da comunidade na elaboração desse calendário.

Em quatro unidades não havia local adequado para realização das atividades educativas destinados às gestantes e, em três delas não são realizadas essas práticas. As atividades educativas por sua vez ocorrem de modo pontual e não envolve todo grupo de gestantes.



Durante a consulta individual, a enfermeira dá as primeiras orientações. Outro momento acontece uma vez por semana, no dia destinado ao atendimento das gestantes, quando as enfermeiras realizam uma conversa informal apenas com as presentes, passando mais algumas informações. As atividades não são sistematizadas, não é feito um planejamento de modo que todas as gestantes participem, assim como não há uma regularidade dos encontros com datas pré-definidas.

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

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.

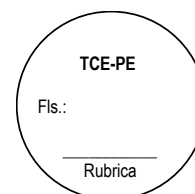
A gravidez e o parto não são doenças, mas muitas mulheres atualmente estão morrendo por essas duas causas. Estudos mostram que a possibilidade para a redução da mortalidade materna não compete apenas ao desenvolvimento social e econômico, mas também em tornar do atendimento à gestante efetivo, acessível 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* SECLIN-PALACIN, 2004).

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

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

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

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



CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR

Em resposta a solicitação do Ofício CCE Nº 621/2011⁶⁶, a Sra. MARIA LISLENE RODRIGUES DE ARAUJO, Secretária de Saúde do Município na época, emitiu defesa protocolada em 13/09/2011 (PETCE nº 74522/2011), que foi apensada aos autos (fls. 312 *usque* 345). No referido documento a gestora apresenta os comentários sobre os pontos apontados no relatório preliminar de auditoria e faz solicitação para que sejam consideradas regulares as práticas adotadas pela Secretaria Municipal de Ouricuri no tocante às ações para assistência à saúde materna realizadas nas USFs.

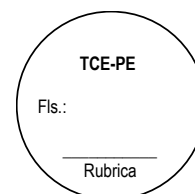
A gestora começa seus comentários alegando que não cabe razão à equipe de auditoria criticar a ficha perinatal adotada pelo município, pois a mesma possui campo apropriado utilizado para discriminar e assinalar o risco gestacional e a mesma encontra-se em vigor. Tal afirmação vai de encontro ao que foi verificado durante a auditoria, pois a ficha pré-natal utilizada não possuía campo para o registro da classificação de risco gestacional. Ressalta-se também que o modelo de ficha perinatal anexado a sua defesa também apresenta a mesma deficiência (Cf. fls. 326 e 327). Portanto, ao questionar as “críticas à ficha perinatal adotada pelo município” a defendente equivoca-se quanto ao que foi exposto no relatório preliminar.

Apesar de a peça auditória fazer referências à ausência e inadequação da classificação do risco gestacional adotada pelos profissionais da equipe de saúde, quando da primeira consulta e nas demais, a Sra. MARIA LISLENE RODRIGUES DE ARAUJO não se manifesta sobre tais evidências de ausência e de deficiência do registro dos fatores de risco em que as gestantes estão submetidas e também, quanto aos motivos da inadequação. Por conseguinte, a Secretária de Saúde de Ouricuri, deixou de apresentar justificativas para as desconformidades contidas no relatório preliminar e não apresentou ações necessárias para melhoria dos registros da classificação de risco gestacional.

Em sua defesa a gestora esclarece que o município possui serviços de referência para o atendimento pré-natal de alto risco através de uma médica ginecologista e obstetra, cujas consultas são realizadas no Centro de Saúde Helena Alencar Barreto – CNES 3003779. Segundo a gestora, neste local as gestantes de alto risco são conduzidas pelo enfermeiro mediante prévia avaliação médica do quadro e que os casos considerados de média complexidade são encaminhados à Maternidade Mãe Corujas, com sede no Hospital Regional Fernando Bezerra.

A Sra. MARIA LISLENE RODRIGUES DE ARAUJO informou também a realização de um convenio, em 2010, com a Casa de Saúde e Maternidade João XXIII para a realização de parto normal e cesariano, ampliando as ofertas às gestantes de risco. Destaca ainda em seus comentários que a atenção obstétrica e neonatal prestada pelo município tem como escopo a busca permanente pela qualidade e humanização dos serviços prestados.

⁶⁶ Datado de 08 de julho de 2011 (fls. 309), no qual foi encaminhada a versão preliminar deste relatório à Secretária Municipal de Saúde de Ouricuri, Sra. MARIA LISLENE RODRIGUES DE ARAUJO, solicitando o pronunciamento da gestora sobre os resultados da Avaliação das Ações para Assistência à Saúde Materna. Também foi encaminhada cópia da versão preliminar deste relatório ao Prefeito do Município, Sr. FRANCISCO RICARDO RAMOS, através do Ofício CCE Nº 622/2011, de 08 de julho de 2011 (fls.308).



Apesar das informações da gestora, o resultado da análise da auditoria mostrou que entre as 32 gestantes consideradas como de risco pelos profissionais de saúde apenas três tiveram encaminhamento para serviço de referência (Cf. fls. 262 e 263). As outras gestantes não tiveram o registro do encaminhamento para referência de alto risco, conforme as fichas perinatais e prontuários analisados pela equipe de auditoria.

Confrontando os comentários da gestora a cerca dos serviços de referência e contrarreferência e a realidade encontrada durante a auditoria fica bastante evidenciado que os profissionais responsáveis pelo atendimento pré-natal não estão seguindo o que é estabelecido pelo MS, ou seja, não estão realizando o preenchimento do formulário padrão chamado de “Ficha de Referência e Contrarreferência” contendo as informações sobre os motivos da condução (referência) e do retorno com o diagnóstico e sugestão da conduta a ser realizada no nível primário (contrarreferência), conforme recomendação do MS.

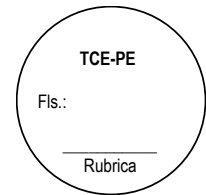
É importante o adequado encaminhamento da gestante que possui situação de risco a uma unidade de referência de alto risco, pois permite intervenções preventivas ou urgentes que se façam necessárias para redução do risco gestacional, como também, possibilita a diminuição de recursos e rotinas desnecessárias. Em síntese, a Secretaria Municipal de Saúde de Ouricuri precisa melhorar a conduta de encaminhamento das gestantes de risco para os serviços de referência.

Em sua defesa a Sra. MARIA LISLENE RODRIGUES DE ARAUJO explica que o cartão e a ficha perinatal do município possuem espaços devidamente identificados para a marcação da vacina realizada, dosagem, aprazamento, dúvidas, reforço, da mesma forma que consta de espaço para anotações de algum tipo de medicação prescrita e administrada sem intercorrências e orientações. Entretanto, o que foi relatado no relatório preliminar não foi a inexistência do campo no cartão da gestante e da ficha perinatal para o registro de vacinação, mas que existiam gestantes de risco sem ter recebido imunização contra o tétano, conforme os registros das fichas perinatais. Demonstrando a situação de risco da gestante e do recém-nascido ao tétano obstétrico e neonatal respectivamente.

A gestora enfatiza também que os modelos do cartão e da ficha perinatal são padronizados nacionalmente e que são confeccionadas pelo município em face dos quantitativos necessários. Ressalta-se que o modelo da ficha perinatal adotado pelo município não incluía campos para o registro de informações biopsicossocio-culturais. Verifica-se que o erro continua, pois o modelo de ficha perinatal anexado a sua defesa também apresenta a mesma deficiência (Cf. fls. 326 e 327).

O Manual Técnico da Assistência Pré-natal do MS recomenda que a ficha perinatal ambulatorial, seja iniciada com dados de identificação, idade e caracterização sócio-educacional e continuar com alguns antecedentes familiares, pessoais ou obstétricos de reconhecida importância para o prognóstico da gestação atual. Estes dados estão apenas no cartão de gestante, que é de posse da gestante. Ficando a Secretaria de Saúde sem as informações sobre as gestantes que são atendidas em suas unidades de saúde.

É importante informar que a ficha perinatal deve ser o espelho do cartão da gestante. A adoção de um modelo que não contempla todos os campos exigidos pelo MS, não permite obter um perfil real das gestantes que são atendidas na rede pública municipal de saúde, o que



por sua vez, prejudica a elaboração de políticas públicas mais adequadas às necessidades dos municípios.

Em sua defesa a gestora deixou de comentar sobre as falhas no preenchimento das fichas perinatais pelos profissionais de saúde que acompanham as gestantes, como exemplo, nenhuma das 60 fichas examinadas apresentou preenchimento nos campos: “Curva altura uterina/idade gestacional” e “Curva de peso/idade gestacional”. Estas comprovações 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 bebê.

Quanto aos exames de rotina do pré-natal a Sra. MARIA LISLENE RODRIGUES DE ARAUJO informa que o município realiza todos os exames previstos, conforme elencado no cartão da gestante, além de ultrassonografia obstétrica. Também esclareceu que o exame para toxoplasmose é realizado com dificuldade, pois os laboratórios locais não dispõem dos recursos técnicos imprescindíveis à realização do exame. Esclarece que os laboratórios apenas fazem a coleta e repassam para outros centros.

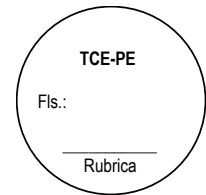
A Sra. MARIA LISLENE RODRIGUES DE ARAUJO não comentou sobre a ausência nos instrumentos de registro dos procedimentos e condutas da realização dos exames de rotina e sim apenas, que o município realiza todos os exames previstos. Entretanto, a auditoria identificou deficiências nos exames complementares preconizados pelo MS, como os exames de Glicemia em Jejum, de Sorologia para Sífilis (VDRL) e de Sumário de Urina. Quanto à repetição desses exames, a situação foi mais precária ainda, visto que 87,2% não repetiram os exames. Além desses, 30% das gestantes não fizeram o ABO-Rh e 35% não realizaram o exame para HIV.

Ao afirmar que o exame para toxoplasmose (IgM) é realizado com dificuldade a gestora confirma os resultados encontrados durante a auditoria, que foram: 96,7% das gestantes do universo pesquisado não fizeram o exame de IgM, como também, 71,7% não fizeram o HBsAg (Hepatite B). Entretanto a gestora não apresentou ações para a melhoria da prestação do serviço.

É importante informar que a realização dos exames de sorologia para Toxoplasmose (IgG e IgM) e Hepatite tipo B (HbsAg) durante o pré-natal levou ao Governo Federal garanti-los através do Projeto Rede Cegonha⁶⁷. Pelo projeto a gestante terá o direito de realizar um exame de cada sorologia. Antes essas sorologias eram apenas recomendadas pelo MS ou então, quando houvesse disponibilidade.

A Sra. MARIA LISLENE RODRIGUES DE ARAUJO cita que o município realiza o exame de ultrassonografia obstétrica, mas não faz comentário sobre os achados da auditoria. Salienta-se que o resultado da análise da auditoria demonstrou que 68,3% das gestantes não fizeram nenhuma avaliação e 28,3% fizeram menos de três avaliações. Seria importante que a Secretaria de Saúde de Ouricuri adotasse a realização mínima de três avaliações através de

⁶⁷ Programa do Governo Federal lançado no dia 28 de março de 2011 em Belo Horizonte - MG. O programa visa garantir assistência integral da gestação aos primeiros anos de vida do bebê.



ultrassom, pelo menos um a cada trimestre, pelos motivos já expostos no relatório preliminar (Cf. fls. 268 a 269).

A importância da realização do exame de ultrassonografia obstétrica levou ao Governo Federal garanti-lo através do Projeto Rede Cegonha e que no caso de gestante com alto risco gestacional é garantido o exame de ultrassonografia obstétrica com Doppler. Antes a recomendação do MS era para ser apenas solicitado o exame de ultrassom quando não fosse possível determinar a idade gestacional clinicamente.

Quanto aos baixos níveis de realização do exame de citologia apontados no relatório, a Sra. MARIA LISLENE RODRIGUES DE ARAUJO esclarece que têm uma estreita relação com a demora na entrega dos resultados, pois o referido exame é realizado no Laboratório Central de Pernambuco (LACEN-PE), localizado em Recife. Declara a defendente que tal fato leva a desconfiança das mulheres que procuram o serviço. Outro ponto colocado, é que há perda das propriedades do material coletado e conseqüentemente, trazendo dificuldades operacionais na consecução dos resultados.

O comentário da gestora sobre o exame de citologia prova o resultado da auditoria, pois conforme as fichas perinatais, nenhuma das grávidas selecionadas fez o referido exame. Entretanto, considera-se de grande relevância a ação adotada pela Secretaria de Saúde de Ouricuri para reduzir os problemas apontados pela defendente. Espera-se que a entrada em funcionamento do Laboratório de Citologia Municipal possa solucionar a demora na entrega dos resultados dos exames citologia oncológica.

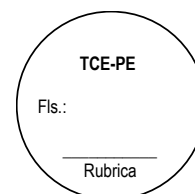
Também é imprescindível a realização de campanha de conscientização para a realização do exame de citologia, como ainda, é necessária a sensibilização dos profissionais de saúde que acompanham as mulheres nas USFs para o registro da realização do exame citopatológico para prevenção do câncer do colo uterino.

Quanto às falhas nos procedimentos técnicos realizados durante o exame clínico e obstétrico apontadas no relatório preliminar da auditoria operacional, a Sra. MARIA LISLENE RODRIGUES DE ARAUJO informa que a Secretária Municipal de Saúde tem investido sistematicamente na qualificação e capacitação dos profissionais, produzindo diferentes fóruns com temáticas diversas no que diz respeito à Saúde. Além de outros encontros municipais realizados nas unidades de saúde, como também, junto às comunidades, escolas, praças e eventos sociais e populares.

Como comprovação de uma capacitação realizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Ouricuri foi anexada à defesa documento referente, contudo a cópia do certificado não possui o nome e assinatura da participante do evento, apenas a assinatura da Secretária Municipal de Saúde e da Coordenadora do Canto Mãe Coruja (Cf. fls. 328).

Quanto ao esclarecimento da gestora que a descontinuidade do sulfato ferroso pelo MS é suprida pelo município com a aquisição de ácido fólico, é importante ressaltar que o procedimento não é correto, pois, a utilização do sulfato ferroso em conjunto com o ácido fólico tem o objetivo de combater a anemia, ou seja, as duas medicações se completam.

A Secretária de Saúde destaca que o município, obstante a limitação orçamentária e financeira deste, tem feito gestões junto ao Governo do Estado, através da Secretaria Estadual



de Saúde, para que promova as multiplicações imprescindíveis e necessárias à melhoria da qualidade dos serviços prestados.

A Sra. MARIA LISLENE RODRIGUES DE ARAUJO não entra no mérito das questões apontadas na auditoria operacional sobre as evidências de falhas no trabalho de busca dos agentes comunitários de saúde e sobre deficiências de registro da realização da medida da altura uterina, da altura uterina e da pressão arterial.

Em relação ao subitem do relatório preliminar da auditoria operacional “3.3.1 Baixa assiduidade dos médicos das unidades de saúde da família” a Sra. MARIA LISLENE RODRIGUES DE ARAUJO comenta que a escassez de médicos proporciona nos municípios um verdadeiro leilão para contratação desses profissionais. Segundo ela, tal situação tem motivado os Governos Federal e Estadual a incentivarem a ampliação de ofertas de cursos de medicina.

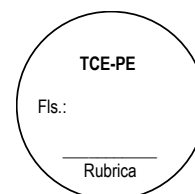
Para a gestora a realidade de escassez de médicos exige a flexibilidade na condução e superação de tais carências, entretanto, longe de significar o enriquecimento sem causa dos profissionais de saúde e que o de fato existe é a possibilidade de flexibilizar horários alternativos desde que ocorra o cumprimento das horas estabelecidas no contrato. A gestora explica que é comum a utilização da prática do banco de horas ou de reposição.

A partir das análises da defesa da Sra. MARIA LISLENE RODRIGUES DE ARAÚJO, não foram apresentados elementos/documentos que venham a comprovar a assiduidade mensal de setembro/2010 dos médicos (Sr. CARLOS ANTÔNIO COELHO LINS, Sra. DASHA KATERINE RIBEIRO JUSTINIANO, Sr. JOSÉ INAUDE GOMES DO NASCIMENTO, Sra. MARIA AELMA PEREIRA DELGADO, Sr. BALDOMIRO PEDRO DA SILVA AQUINO, Sra. MARIA DAS GRASÇAS LAURINDO XAVIER), permanecem o posicionamento da equipe de auditoria quanto à cobrança de ações gerenciais para assegurar o cumprimento da carga-horária integral de todos os profissionais da equipe de saúde da família.

Quanto ao achado “3.3.2 Pagamento de médicos de unidades de saúde da família sem o cumprimento de carga horária integral” a defendente alega em sua defesa que houve um equívoco por parte da equipe de auditoria, pois os Boletins Diários de Produção Ambulatorial – BDPA das seis USFs visitadas pela equipe de auditoria foram efetivamente lançados no SIAB, conforme documentação acostada (Cf. fls. 329 a 340).

Segundo a gestora, o Programa Nacional de Saúde da Família ensejou adequações imprescindíveis às suas normas em decorrência das realidades distintas dos municípios e entre elas a Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011, que flexibilizou a carga horária dos profissionais médicos que compõem as ESFs (Cf. fls. 321 a 324). Para a gestora não há de cogitar a devolução de recursos, pois isso representaria o enriquecimento sem causa, visto que os serviços foram realizados e os profissionais receberam a retribuição devida.

De fato não houve equívoco por parte da equipe de auditoria. A Sra. MARIA LISLENE RODRIGUES DE ARAÚJO apresentou em sua defesa cópia de documentos extraídos do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB do DATASUS que evidencia a produção mensal das Unidades de Básicas de Saúde de Ouricuri visitadas pela equipe do TCE-PE. Estes demonstrativos consolidam as informações registradas dos BDPA e demais



demonstrativos estabelecidos pelo Ministério da Saúde preenchidos por todos os profissionais que fazem parte da unidade de saúde (médico, enfermeiro, dentista, profissionais de nível médio, AC), e são lançados mensalmente pelo gestor municipal no SIAB.

Os argumentos apresentados pela gestora municipal não evidenciam a assiduidade mensal de setembro/2010 dos médicos das unidades visitadas, e também não houve iniciativa por parte da gestão o desconto nos vencimentos proveniente do descumprimento da carga-horária dos médicos (Sr. CARLOS ANTÔNIO COELHO LINS, Sra. DASHA KATERINE RIBEIRO JUSTINIANO, Sr. JOSÉ INAUDE GOMES DO NASCIMENTO, Sra. MARIA AELMA PEREIRA DELGADO, Sr. BALDOMIRO PEDRO DA SILVA AQUINO e Sra. MARIA DAS GRASÇAS LAURINDO XAVIER).

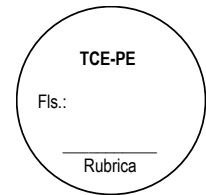
Como ficou constatado na auditoria, não houve desconto nos vencimentos proveniente do descumprimento da carga-horária dos profissionais de saúde citados por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Ouricuri, conforme evidenciado na folha de pagamento de setembro/2010 (fls. 213 a 221).

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.

A Sra. MARIA LISLENE RODRIGUES DE ARAUJO gestora esclarece que devido à necessidade de existir USFs de forma distribuída geograficamente em função dos aglomerados populacionais e as limitações orçamentária e financeira, faz com que o município utilize o expediente de locação provisória de imóveis, com toda sorte de limitações próprias a este instituto jurídico. Mas que foram feitos esforços significativos para negociar reformas nas estruturas físicas dos imóveis locados, e em especial a Unidade de São Braz, onde havia uma dificuldade na locação de um novo imóvel dentro da base territorial. Mas foi pactuado com o proprietário do referido imóvel a substituição do mesmo pela a sua moradia, garantindo a prestação de serviços na mesma área, estando na presente data sendo ultimada a reforma necessária para a ocupação.

São fáticas as deficiências de infraestrutura das USFs de Ouricuri, porém a gestora não apresentou ações para a solução do problema das suas unidades de saúde. Em vez de reformas em prédios locados a Secretaria de Saúde do Município de Ouricuri deveria enviar projetos para obtenção de recursos junto ao MS para a construção de USFs. Pois, o expediente de locação provisória de imóveis impõe ao município várias limitações próprias a este instituto jurídico.

Destarte, com instalações próprias, o município poderá ter o livre-arbítrio para adequar as estruturas físicas das suas unidades de saúde, segundo as normas do Ministério da Saúde. Permitindo um atendimento digno aos usuários, além de poder dar uma acessibilidade a todos, pois é imperativo ao município, enquanto copartícipe na prestação dos serviços da Estratégia Saúde da Família, oferecer às equipes de saúde da família instalações adequadas e equipadas, conforme as orientações do MS.



Em relação às recomendações propostas pela equipe de auditoria a gestora recebeu de bom grado. Aproveitou para ressaltar que a busca da excelência na prestação dos serviços é uma prática contínua, diuturna e que o aprimoramento dos profissionais tem sido uma preocupação constante dos que fazem a gestão da saúde pública do Município de Ouricuri.

Para a gestora os números utilizados no relatório de auditoria não espelham a situação de Ouricuri em sua totalidade. Tampouco os esforços empreendidos pela sua gestão para superar os problemas detectados e para o aprimoramento das práticas. Mas declara que é inegável que o Município de Ouricuri faz parte da realidade nacional e estadual e que por isso, merece intervenções a cada dia mais criativa dos gestores.

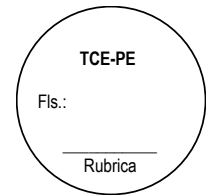
A Sra. MARIA LISLENE RODRIGUES DE ARAUJO reconhece a informação do relatório de auditoria sobre o histórico de taxas altas de mortalidade materna e no seu entendimento há o muito que fazer. Porém para a gestora houve uma melhoria significativa a partir da atual gestão, entretanto, não apresentou comprovação das melhorias. Apenas faz um breve comentário sobre a meta estabelecida no programa de imunização, no que se refere à cobertura básica, que foi atingida em plenitude, consoante aos documentos anexados na peça de defesa (Cf. fls. 341 a 345).

A gestora não ponderou quanto ao risco de um atendimento inadequado. Deixando de apresentar medidas para o controle das ações que envolvem a assistência pré-natal do município, como por exemplo, implantar procedimentos de controle interno e de responsabilização, quanto ao descumprimento de algum procedimento, atividade ou conduta inerente à gestante, por parte dos profissionais de saúde.

É importante ressaltar que para o 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, o que não foi observado pela equipe de auditoria.

Em relação aos princípios da proporcionalidade e da razoabilidade a gestora discorre fundamentações sobre as suas aplicabilidades, quanto aos meios adotados aos atos estatais e as finalidades que estes desejam atingir. Entretanto, quanto ao princípio constitucional da proporcionalidade, entende-se que a assistência pré-natal prestada pelo município de Ouricuri não segue tal princípio, pois como foi constatado na auditoria de forma amostral, o atendimento pré-natal não apresentou números adequados, necessários e proporcionais. Pois não houve a realização plena do atendimento pré-natal às gestantes. Já que os procedimentos, condutas e atividades relativas à assistência pré-natal não eram adequados conforme a demanda nos PSFs, ou seja, não houve uma proporcionalidade quanto à continuidade dos serviços previstos no atendimento pré-natal conforme o período gestacional de cada gestante atendida, principalmente as de risco.

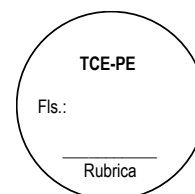
Em relação ao princípio da razoabilidade entende-se que a Secretaria de Saúde do Município de Ouricuri como Administração Pública deve obedecer a critérios admissíveis do ponto de vista racional. Entretanto, observou-se que esse órgão municipal responsável pelos serviços de saúde oferecidos pela municipalidade deixou de agir ao não fiscalizar a prestação de serviços dos seus profissionais. O que permitiu que ocorressem inadequações no atendimento e logo, colocou em risco as usuárias desses serviços, no caso, as gestantes.



O administrador público dentro da sua discricionariedade tem a liberdade de adotar a providência mais adequada dentre as cabíveis. Cabe ao gestor avaliar sobre o que melhor possa atender ao interesse público diante das dificuldades que se apresentam. Ao não interferir para que os atendimentos do pré-natal seguissem o que preceitua o MS a Secretaria de Saúde do Município de Ouricuri deixou de executar uma gestão racional. Portanto, não há de se considerar a razoabilidade nos atos evidenciados na auditoria operacional relativa às Ações para Assistência à Saúde Materna.

Em respeito aos princípios gerais do direito, notadamente os princípios da proporcionalidade e da razoabilidade, a Sra. MARIA LISLENE RODRIGUES DE ARAUJO solicita ao Conselheiro que sejam consideradas regulares as práticas adotadas pela Secretaria de Saúde Municipal de Ouricuri no tocante às ações para assistência a saúde materna realizadas nas USFs, impugnando a devolução referente ao pagamento de médicos sem o cumprimento de carga horária integral pela inexistência de qualquer dano ao erário.

Conclui-se, portanto, que os comentários elaborados pela gestora não suscitam alterações no relatório. Ficam mantidos, assim, os resultados da auditoria para a devida elaboração do Plano de Ação por parte do gestor responsável pela Secretaria de Saúde do Município que servirá de instrumento para realização do primeiro monitoramento, que irá identificar a implantação de ações que deverão corrigir as desconformidades apresentadas neste relatório de auditoria operacional.



CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO

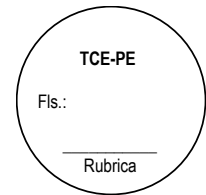
A presente auditoria operacional foi planejada com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência ao pré-natal prestada pelas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Ouricuri, com foco na classificação de risco das gestantes e seus procedimentos para assistência, nos procedimentos adotados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

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

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

O primeiro ponto avaliado “Atendimento pré-natal à gestante de risco” apresentou dois problemas que comprometem a qualidade das ações e serviços prestados pelo município. Foi constatada a ausência e inadequação da classificação do risco gestacional (baixo ou alto) adotado pelos profissionais das equipes de saúde da família que trabalham no município. Outro ponto que compromete a qualidade da assistência materna encontrado foi a deficiência no atendimento do pré-natal à gestante de risco, evidenciado a partir dos seguintes problemas: deficiência na identificação precoce da gestante de risco pela equipe de saúde da família (41% gestantes de risco começaram o pré-natal após a 12ª semana); ausência de encaminhamento à unidade de referência de risco (apenas três, entre as 32 gestantes de risco examinadas, possui o registro de encaminhamento); ausência de imunização antitetânica (31% das gestantes que realizaram duas ou mais consultas não receberam a imunização contra o tétano); ausência de prescrição de sulfato ferroso (12 gestantes de risco, das 32 examinadas, não foi prescrito o sulfato ferroso); ausência de avaliação ultrassonografia (23, das 32 gestantes de risco, não fizeram nenhuma ultra); ausência de realização de exames específicos (nove, das 32 gestantes de risco pesquisadas não realizaram qualquer medição da altura uterina, e 16 não auferiram os batimentos cardíacos fetais); ausência de exame de citologia oncótica (nenhuma das gestantes realizou o exame).

O segundo ponto pesquisado “atendimento pré-natal realizado nas unidades de saúde da família” apontou três problemas que impactam na qualidade da assistência pré-natal



ofertada pelas USFs. Constatou-se que o modelo de ficha perinatal adotada pela Secretaria Municipal de Saúde não dispõe de todas as informações exigidas pelo MS, além de não apresentarem seu preenchimento por completo pelas equipes de saúde. Também foi verificada a ausência dos exames complementares no pré-natal preconizados pelo MS: 33,3% das gestantes não fizeram os primeiros exames de Glicemia de Jejum, 31,70% de Sumário de Urina e 31,70% de Sorologia para Sífilis (VDRL); em média 87,20% 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 71,7% os exames de Hepatite B (HBsAG); 30% não fizeram o ABO-Rh; e 35% não realizaram os exames de HIV (AIDS). Outro problema identificado foi ausência de procedimentos técnicos e condutas no exame clínico e obstétrico: 41,7% das gestantes não realizaram ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF) do bebê; 68% das gestantes não fizeram avaliações ultrassonográficas; 53% das gestantes fizeram menos de três medições da altura uterina; 40% realizaram menos de três aferições da pressão arterial; não foi prescrito o sulfato ferroso para 51% das gestantes pesquisadas; 35% não fizeram a profilaxia para prevenção do tétano neonatal.

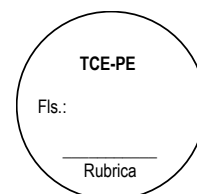
Outro ponto avaliado “profissional médico de saúde da família” evidenciou dois problemas que refletem sobre a qualidade da assistência pré-natal promovida pelas USFs. Os médicos contratados para trabalharem nas equipes de saúde não cumprem a jornada de 40 horas semanais estabelecida pela Política Nacional de Atenção Básica, apresentando uma baixa assiduidade destes profissionais. Outro problema constatado foi o pagamento na íntegra de R\$ 18. 261,89 (dezoito mil e duzentos e sessenta e um reais e oitenta e nove centavos) sem desconto dos 59 dias úteis (472 horas) não trabalhados, de médicos de unidades de saúde da família que não cumpriram a carga-horária de 40 horas semanas firmado contratualmente com o município.

O último ponto analisado “estrutura da unidade de saúde da família” apontou como problema que dificulta o avanço dos serviços da estratégia de saúde da família a inadequação da estrutura física das USFs visitadas. Foi verificado que das seis unidades visitadas nenhuma dispõe de consultório destinado à saúde da mulher, apenas três possuíam consultório odontológico, assim como só em três foram encontrados sanitários exclusivos para os usuários. Em duas USFs não foi encontrado o calendário de consulta afixado em local visível e, em nenhuma das seis USFs houve a participação da comunidade na elaboração desse calendário. Apesar de todas as unidades visitadas possuírem local para estocagem dos medicamentos em três delas não havia controle de validade desses produtos. Em quatro das unidades visitadas não havia local adequado para realização das atividades educativas destinados às gestantes e, em três delas não são realizadas essas práticas.

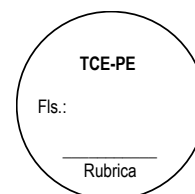
Foram apresentadas nestas considerações finais algumas constatações que influenciam sobre a qualidade da assistência pré-natal prestada pelas USFs do município de Ouricuri. Vale ressaltar que a presente auditoria não pretende avaliar todas as ações e serviços ofertados pela rede pública de saúde para 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.



Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco
Coordenadoria de Controle Externo-CCE
Gerência de Avaliação de Programas e Órgãos Públicos – GEAP



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 Ouricuri, propõe-se o encaminhamento das recomendações descritas no quadro 08 (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 Ouricuri:
 - 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 Ouricuri;
 - Encaminhar cópias da decisão e do Relatório de Auditoria Operacional ao Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna de Pernambuco (CEEMM-PE);
 - Encaminhar este processo à Coordenadoria de Controle Externo para a realização de monitoramento.
3. Estabeleça a devolução aos cofres públicos do município o valor de **R\$ 18.261,89** (dezoito mil e duzentos e sessenta e um reais, e oitenta e nove centavos), pago indevidamente aos médicos das USFs;
4. Estabeleça multa a Sra. MARIA LISLENE RODRIGUES DE ARAUJO (Apêndice B) responsável por ferir os artigos 62 e 63 da Lei nº 4.320/64 (Institui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços das esferas de governo), que estabelece que nenhuma despesa realizada pela administração públicas pode ser paga sem estar liquidada⁶⁸.

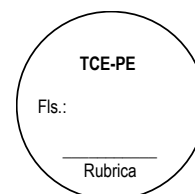
Recife, 28 novembro de 2014.

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

Visto e aprovado.

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

⁶⁸ Inciso III do Artigo 73 da Lei nº 12.600/2004, que dispõe sobre a Lei Orgânica do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (ato praticado com grave infração a norma legal).



REFERÊNCIAS

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico: Gestação 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 n  325/GM de 21 de fevereiro de 2008**: estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

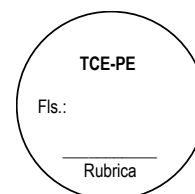
_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção   Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008a.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

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

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

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

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



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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 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.

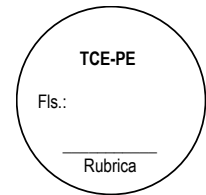
CHAMBERLAIN, R.; PHILLIP, E.; HOWLETT, B. & CLAIREAUX, A., 1970. British births 1970. Vol. 2: Obstetric care. London: Heinemann.

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, Jorge; MONTENEGRO, Carlos A. Barbosa. **Obstetrícia Fundamental**. 5ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1991.

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.

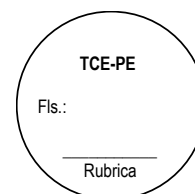
SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme; DO LAGO, Tania di Giacomo. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5): 1281-1289, set-out, 2004.

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

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/assistencia_gestacao.php. Acesso em: 25/01/2011.

<http://www.folhape.com.br/index.php/saude/608931-pesquisa-mostra-reducao-nas-taxas-de-mortalidade-materna-e-infantil-no-brasil> . Acesso em: 25/01/2011.

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



APÊNDICES

Apêndice A – Fatores de Risco para a gravidez atual⁶⁹

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.

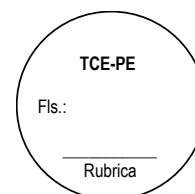
3. Intercorrências clínicas crônicas:

- 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 autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras collagenoses);
- 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.

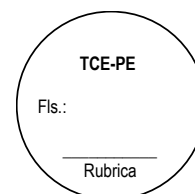
⁶⁹ Os fatores de risco são as características ou as circunstâncias que expõe a mulher e o recém-nascido a uma probabilidade maior de desenvolverem alguma complicação de saúde e, como consequência, evoluírem para óbito, necessitando, portanto, de ações de assistência a saúde de maior complexidade.



Apêndice B

Quadro 07 – Dados pessoais dos responsáveis

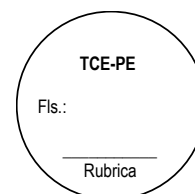
Nome	Função / Cargo	CPF	Estado Civil	Endereço
Maria Lislene Rodrigues Araujo	Secretario Municipal de Saúde	127.395.104-20	Casada	Endereço: Rua Dr. João Pessoa, 107, Centro, Bodocó- PE CEP: 56220-000



Apêndice C

Quadro 08 – Quadro de Achados e Recomendações

Achados	Recomendações
Inadequação da classificação do risco gestacional (Subitem 3.1.1)	Capacite os profissionais de saúde que compõem as equipes de saúde da família para conscientizar sobre a importância da assistência ao pré-natal e puerpério e de todas as atividades correlacionadas, como o adequado preenchimento de todos os instrumentos de registros dos procedimentos disponíveis e adotados no atendimento à gestante risco.
	Implante procedimentos de controle e responsabilização, quanto à ausência de registro documental ou descumprimento de algum procedimento ou conduta inerente a assistência ao pré-natal e puerpério por parte dos profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento da gestante de risco.
	Insira campo na ficha perinatal que possibilite o registro da classificação do grau de risco gestacional identificado pelo profissional de saúde responsável pelo atendimento pré-natal.
Deficiência dos serviços e atendimentos do pré-natal às gestantes de risco (Subitem 3.1.2)	Avaliar o desempenho das equipes de saúde da família quanto à captação, acompanhamento, trabalho educativo e divulgação das ações desenvolvidas pela USF junto às gestantes de risco.
	Avaliar periodicamente a qualidade das atividades, procedimentos e condutas de acompanhamento do pré-natal oferecidos às gestantes de risco em suas USFs.
	Implementar controle sobre as prescrições de medicamento e de vacinação garantindo o acesso às 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 e Toxoplasmose, e a realização de no mínimo três exames de ultrassonografia obstétrica com objetivo de trazer mais segurança à mulher durante o período gravídico.
	Utilizar apenas números para quantificar e registrar os BCFs, em vez de sinais como “-” (negativo) e “+” (positivo);
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	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.



Achados	Recomendações
exame clínico e obstétrico (Subitem 3.2.3)	Fornecer para as USFs a quantidade de sulfato ferroso necessária para atender a todas as gestantes assistidas pelo município. Promover campanha municipal de conscientização da necessidade da realização do exame de citologia oncológica utilizando as equipes de saúde da família junto à população das áreas sob sua responsabilidade.
Baixa assiduidade dos médicos das unidades de saúde da família (Subitem 3.3.1)	Promover ações gerenciais para assegurar e controlar o cumprimento da carga-horária integral de 40 horas semanais de todos os profissionais médicos das equipes de saúde da família.
Estrutura física inadequada para o atendimento da população (subitem 3.4.1)	Promover a adequação da estrutura física das USFs conforme orientações do Ministério da Saúde para que seja acessível a todos, além de oferecer um atendimento digno e condizente com a proposta do programa de saúde da família. Realizar o planejamento e a sistematização das atividades educativas buscando desenvolver dinâmicas interativas onde as gestantes participem, contribuindo com suas experiências pessoais.