

Tribunal de Contas do Estado
de Pernambuco – TCE/PE

**RELATÓRIO CONSOLIDADO
DE AUDITORIA OPERACIONAL
(PROCESSO TC Nº 1005678-6)**

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

Prefeitura Municipal de Bodocó

Conselheiro Relator:

Teresa Duere

Equipe:

André Augusto Viana

João Antônio Robalinho Ferraz (coordenador)

Márcia Aparecida Pimentel Leal

Recife, dezembro – 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 Bodocó.

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



Resumo

A presente auditoria foi aprovada por meio da formalização do processo de Auditoria Especial TC nº 1005678-6, tendo como relator o Conselheiro Valdecir Pascoal.

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

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

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

Dessa maneira, visando contribuir para a melhoria das ações para o atendimento pré-natal à gestante de risco promovida pelas unidades de saúde da família do município, foi recomendado à Secretaria Municipal de Saúde de Bodocó que: verifique periodicamente a continuidade da avaliação do risco gestacional e o registro da classificação de risco na ficha perinatal e prontuário médico; oriente os profissionais de saúde para o uso do formulário de Referência e Contrarreferência e o registro na ficha perinatal e prontuário médico das condutas para o encaminhamento aos serviços de referência para alto risco ou especialista; avalie periodicamente o desempenho das equipes de saúde da família, quanto as suas atribuições, e a qualidade das atividades, procedimentos e condutas de acompanhamentos oferecidos e que implante procedimentos de controle e responsabilização, quanto ao descumprimento de algum procedimento, atividade, conduta ou por ausência de registro documental inerente a gestante de risco, por parte dos profissionais de saúde responsáveis.

Quanto ao atendimento pré-natal realizado nas USFs, incluindo gestantes de risco e sem risco identificado, foi recomendado à Secretaria Municipal de Saúde de Bodocó 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 oncológica¹; forneça às USFs a quantidade de sulfato ferroso necessária para atender a todas as gestantes assistidas pelo município.

Quanto aos profissionais de saúde da família, recomendou-se à Secretaria Municipal de Saúde de Bodocó que assegure o cumprimento da carga-horária estabelecida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Também foi determinada ao ordenador de despesas da referida secretaria a devolução de R\$ 13.714,28 (treze mil, setecentos e quatorze reais e vinte e oito centavos) referentes aos dias úteis não trabalhados dos médicos no mês de setembro de 2010, e ainda a imputação de multa ao mesmo ordenador pela autorização de pagamentos na íntegra a médicos que não cumpriram a jornada semanal contratada.

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

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

¹ Esse exame também é conhecido como exame do colo do útero ou papanicolau



LISTA DE SIGLAS

ANOP:	Auditoria de Natureza Operacional
AOP:	Auditoria Operacional
AU:	Altura Uterina
BCF:	Batimentos Cardíacos Fetais
BDPA:	Boletim Diário de Produção Ambulatorial
CCE:	Coordenaria de Controle Externo
CEEMM-PE:	Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna de Pernambuco
CMM:	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
MS:	Ministério da Saúde
ODM:	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
OPAS:	Organização Panamericana de Saúde
PA:	Pressão Arterial
PACS:	Programa Agente Comunitário de Saúde
PHPN:	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNAB:	Política Nacional de Atenção Básica
PNDS:	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNUD:	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROMOEX:	Programa de Modernização do Sistema de Controle Externo/BID
PSF:	Programa Saúde da Família
SAMU:	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIA:	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIM:	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC:	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS:	Sistema Único de Saúde
TCE-PE:	Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco
TDA:	Termo de Designação de Auditoria
USF:	Unidade de Saúde da Família



LISTA DE FIGURAS

	Pg.
Figura 01: Evolução do Coeficiente Mortalidade Materna: Macrorregiões do Brasil – 1996-2007	13
Figura 02: Evolução do Coeficiente Mortalidade Materna por região de saúde de PE – 1999-2007	16
Figura 03: Fluxograma da assistência à saúde materna	19
Figura 04: Escore de risco gestacional x Histórico reprodutivo	27
Figura 05: Escore de risco gestacional x Intercorrências clínicas crônicas	27
Figura 06: Escore de risco gestacional x Doenças obstétricas atuais	27
Figura 07: Evolução anual das consultas pré-natal no SUS (em milhões): Brasil 2003-2009	42
Figura 08: Campos sem preenchimento da Ficha Perinatal	43
Figura 09: Exames complementares realizados pelas USFs visitadas	45
Figura 10: Aferição dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF) realizada pelas USFs visitadas	46
Figura 11: Avaliação ultrassonográfica realizada pelas USFs visitadas	47
Figura 12: Medição da altura uterina realizada pelas USFs visitadas	47
Figura 13: Aferição da pressão arterial realizada pelas USFs visitadas	48
Figura 14: Vacina antitetânica realizada pelas USFs visitadas	49
Figura 15: Exame de citologia oncótica realizado pelas USFs visitadas	49
Figura 16: Prescrição do sulfato ferroso	50
Figura 17: Estrutura física da USF Poço Verde (sala de espera)	56
Figura 18: Estrutura física da USF Centro (sala de espera)	57
Figura 19: Estrutura física da USF 05 Francisca Maria de Oliveira	77
Figura 20: Estrutura física da USF 10 Zacarias Pedrosa Luna	78
Figura 21: Estrutura física da USF 03 Berlamino Gonçalves Souza	78



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 – Bodocó	22
Quadro 03: Avaliação da assiduidade mensal dos médicos de Bodocó: set/2010	51
Quadro 04: Demonstrativo de débito por médico	54
Quadro 05: Dados pessoais do responsável	73
Quadro 06: Achados e Recomendações	74



LISTA DE TABELAS

	Pg.
Tabela 01: Escore de risco gestacional a partir de Barros	24
Tabela 02: Escore de risco gestacional a partir de Barros incluídos os fatores do MS – parâmetros criados pela equipe de auditoria	25
Tabela 03: Grau de Risco Gestacional	26
Tabela 04: Consolidação do Escore de risco gestacional por Fatores de Risco	28
Tabela 05: Idade gestacional na 1ª consulta	32
Tabela 06: Tipo de gestação x Período da 1ª consulta	33
Tabela 07: Tipo de gestação x Classificação de risco x Encaminhamento	34
Tabela 08: Tipo de gestação x Exames complementares	36
Tabela 09: Tipo de gestação x Avaliação Ultrassonográfica	37
Tabela 10: Tipo de gestação x Exame de citologia oncótica	38
Tabela 11: Altura materna x Peso durante a gravidez	39
Tabela 12: Tipo de gestação x BCF	40



Sumário

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	10
1.1 Antecedentes	10
1.2 Identificação do objeto da auditoria	10
1.3 Objetivo e escopo da auditoria	10
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 CMM 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 Inadequação da classificação do risco gestacional	22
3.1.2 Deficiências no atendimento do pré-natal à gestante de risco	29
3.2 Atendimento pré-natal realizado nas unidades de saúde da família	41
3.2.1 Ausência de informações no modelo de ficha perinatal adotado pela Secretaria de Saúde	42
3.2.2 Ausência de exames complementares no pré-natal preconizado pelo MS.....	44
3.2.3 Ausência de procedimentos técnicos e condutas no exame clínico e obstétrico.....	45
3.3 Profissional médico de saúde da família	50
3.3.1 Baixa assiduidade dos médicos das unidades de saúde da família	51
3.3.2 Pagamento de médicos de unidades de saúde da família sem o cumprimento de carga horária integral.....	53
3.4 Estrutura da unidade de saúde da família.....	55
3.4.1 Estrutura física inadequada ao atendimento da população.....	55
CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR	59
4.1 Da gestora Sra. Adriana Severina de Souza, Secretária de Saúde do Município até setembro de 2010	59
4.2 Da gestora Sra. Patrícia Cadeira Novaes, Secretária de Saúde do Município a partir de outubro de 2010	59
4.3 Considerações finais	64
CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO.....	66
CAPÍTULO 6 – PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTO	68
REFERÊNCIAS	69
APÊNDICE	72
APÊNDICE A – FATORES DE RISCO PARA A GRAVIDEZ ATUAL	72
APÊNDICE B - RESPONSÁVEL.....	73
APÊNDICE C	74
APÊNDICE D – ACERVO FOTOGRÁFICO	76



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 básica² 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 (USFs) no Município de Bodocó. Para tanto, foi formalizado processo de Auditoria Especial sob o número TC nº 1005678-6, cujo relator é o Conselheiro Valdecir Pascoal, com foco nas ações de assistência pré-natal executadas pelas equipes de saúde da família, gerenciadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Bodocó.

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)³.

1.2 Identificação do objeto da auditoria

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

1.3 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 Bodocó, abordando aspectos de conformidade,

² 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.

³ 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.



economicidade, eficiência, qualidade e de princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como continuidade e acessibilidade.

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

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

1.4 Critérios para avaliação

Foram adotados como referencial para avaliação da assistência ao pré-natal os protocolos estabelecidos pelo “Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério” do MS, quanto aos exames e procedimentos a serem realizados pela atenção básica (BRASIL, 2005, 2006c). Também foram utilizados os fatores estabelecidos pelo Ministério para classificação de risco da gestante assistida pelas equipes de saúde da família (Manual Técnico para Gestantes de Risco). Ainda, foram utilizados como critérios para avaliação os princípios e diretrizes definidos pelo SUS e pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) instituída pela Portaria nº 648/GM (BRASIL, 2006a). Além da infraestrutura mínima necessária para o funcionamento das unidades de saúde da família exigido pelo “Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde” do MS (BRASIL, 2008a).

1.5 Procedimentos metodológicos

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

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 Bodocó;
- Coleta de informações nas USFs do município de Bodocó, 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 Bodocó possui 12 unidades de saúde da família cadastradas no CNES⁴. Foram selecionadas de forma aleatória cinco unidades localizadas na zona urbana e rural do município para aplicação dos questionários e coleta de documentos sobre assistência pré-natal.

Abaixo apresentamos as unidades visitadas pela equipe de auditoria:

- USF 03 – Belarmino Gonçalves de Souza
- USF 05 – Francisca Maria de Oliveira
- USF 06 – Antonio Leandro Horas
- USF 09 – Expedito Gomes Diniz
- USF 10 – Zacarias Pedrosa Luna

Entretanto, a USF 09 (Expedito Gomes Diniz) estava sem médico há três meses sendo escolhida aleatoriamente a USF 07 (João Cosmo de Oliveira) para coleta dos BDPA's do médico.

⁴ Base de dados extraída do DATASUS em 20/09/2010: <http://cnes.datasus.gov.br/>.



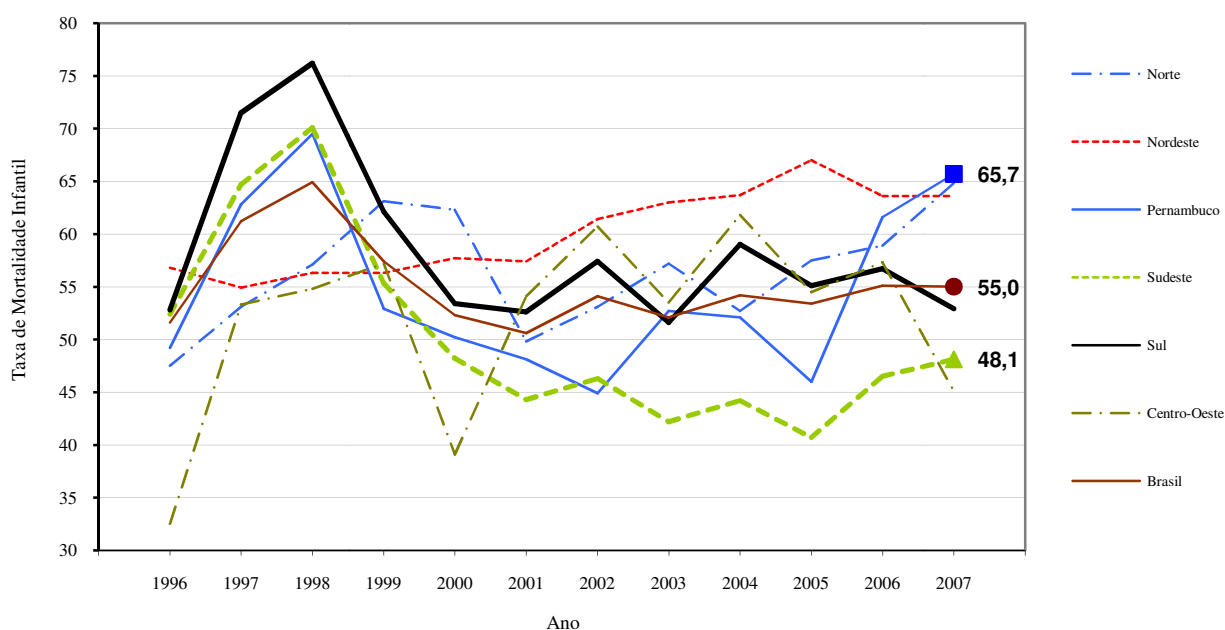
CAPÍTULO 2 – VISÃO GERAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA

2.1 Relevância do tema

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

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

Figura 01 – Evolução do Coeficiente Mortalidade Materna⁵: Macrorregiões do Brasil – 1996-2007



Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIM⁶ e Ministério da Saúde/DATASUS/SINASC⁷.

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

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

⁶ Base de dados extraída do DATASUS em 14/10/2010:

<http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf>

⁷ Base de dados extraída do DATASUS em 14/10/2010:

<http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nv>



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 PNUD⁸:

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 puerpério⁹. 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 o PNDS, o acesso aos serviços de assistência pré-natal representa o problema específico para as mulheres residentes na zona rural das regiões Norte e Nordeste. Segundo a pesquisa, 85,6% das gestantes no Brasil são atendidas por médicos e/ou enfermeiras, sendo que 91,4% das gestantes residentes na área urbana e 67,8% na área rural. Apesar das coberturas de consultas a gestantes, os valores de mortalidade materna e neonatal, a alta

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

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



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 puerpério¹⁰. 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 à 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 CMM em Pernambuco

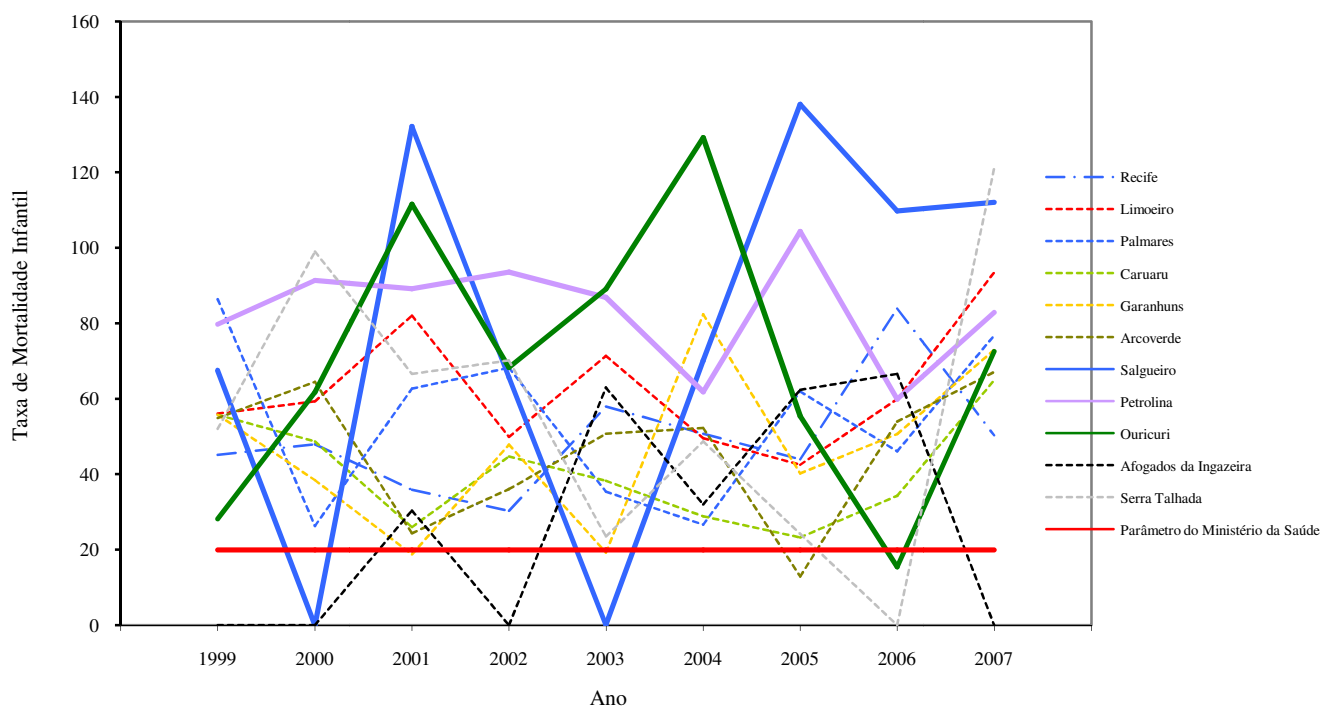
Para seleção das Regiões de Saúde de Pernambuco a serem avaliadas foi examinado o comportamento da série história do CMM de cada região de saúde¹¹ do Estado entre 1999 e 2007. As Regiões de Petrolina, Salgueiro e Ouricuri se destacam pelos altos índices de mortalidade, comparadas com as demais regiões 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).

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

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



Figura 02 – Evolução do Coeficiente Mortalidade Materna¹² por região de saúde de PE – 1999-2007



Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIM¹³ e Ministério da Saúde/DATASUS/SINASC¹⁴.

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	
Araripina		1	2	1	1	3				2	6

¹² Não foi aplicado o fator de correção de 1,41 para o cálculo do coeficiente de mortalidade de 2005 do Brasil.

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

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



Ano	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Anos c/ ocorrência de óbitos
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 (SIM¹⁵) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC¹⁶), 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 Bodocó:

- **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.
- **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36**, de 03 de junho de 2008, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

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

¹⁶ Base de dados extraída do DATASUS em 20/09/2010: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvbr.def>.



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

2.4 Lógica da assistência à saúde materna

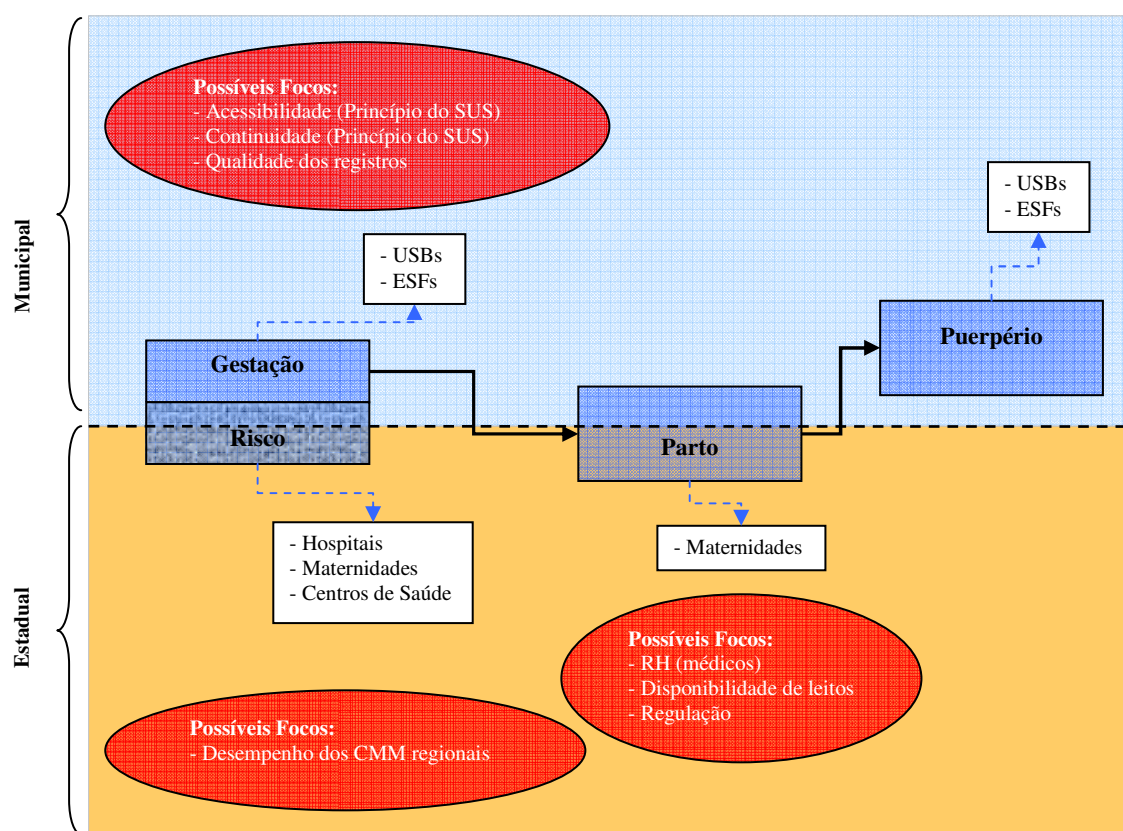
A responsabilidade pela assistência materna (pré-natal e puerperal) perpassa por unidades básicas de saúde e hospitalares de responsabilidade municipal e estadual, e deve incluir ações de promoção e prevenção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado. Os estados e municípios necessitam dispor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

As ações para assistência à saúde materna promovidas pela rede pública de saúde podem ser representadas por um fluxo de atividades sob a responsabilidade de 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 durante as consultas pela equipe de saúde da família, conforme os apontamentos constantes na ficha de perinatal¹⁷, prontuário, entre outros documentos, utilizados pelas Unidades da Saúde da Família (USFs) do Município de Bodocó.

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

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

Segundo informações do MS, o município de Bodocó tem histórico de taxas altas de mortalidade materna, por exemplo, em 2007 e 2008 corresponderam respectivamente a 303,9 e 164,5 casos de óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos, quando o recomendado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) é de 20 casos.¹⁸ Ainda segundo informações do MS pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em 2009, apenas 56,7% das crianças nascidas vivas corresponderam a gestantes que tiveram sete ou mais consultas pré-natais.¹⁹

Os indicadores de saúde “taxas de mortalidade neonatal precoce e tardia, perinatal e materna” refletem, entre outras situações, a inadequação 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: 139 normais (80%) e 34 de risco (20%). Para a análise da adequação da assistência do pré-natal à gestante de risco foi utilizada apenas a documentação referente às 20 gestantes como foi consolidado no quadro a seguir.

Para verificação da robustez das informações coletadas foram analisadas estatisticamente 50 fichas pré-natais de usuárias da assistência pré-natal municipal com seus respectivos prontuários entre 75 fichas escolhidas aleatoriamente.²⁰ As mulheres selecionadas para avaliação foram aquelas que estavam grávidas até a data da coleta da documentação (28/10/2010).

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

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

¹⁹ Disponível em: <http://www.portalodm.com.br/relatorios/5-melhorar-a-saude-das-gestantes/pe/bodoco>. Acesso em: 25/01/2011.

²⁰ Quinze fichas de cada USF.



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	G. NORMAL	% DO TOTAL	G. DE RISCO	% DO TOTAL		
USF 03 - Vila Simpaúba	33	2	8	24%	2	100%	Sra Olga de Sousa Sé	8.682
USF 05 - Chapada Lagoa Nova	18	9	4	22%	6	67%	Sr Antognione Alves de Medeiros	8.666
USF 06 - Várzea do Meio	27	12	4	15%	6	50%	Sra. Juliana Lócio de Albuquerque	7.522
USF 09 - Expedito Gomes Diniz	11	1	9	82%	1	100%	Sra. Edmara Barros	8.239
USF 10 - Zacarias Pedrosa	50	10	5	10%	5	50%	Sra. Williana Leopoldino Araújo Sá Amaral	7.689
TOTAL	139	34	30	22%	20	59%		

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

3.1.1 Inadequação da classificação do risco gestacional

Os resultados obtidos na análise documental refletem a 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. Dificultando assim, a caracterização real das gestantes de risco acompanhadas pelo 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.²¹

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.²² Evitando o uso de recursos e rotinas dedicados ao alto risco para as gestantes de baixo risco, pois essas ações não melhoram a qualidade assistencial, nem seus resultados, além de retardarem o acesso das gestantes que realmente necessitam.

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:

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

²² 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.

²³ *Idem*, p. 11.



- **CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DESFAVORÁVEIS:** São apresentadas as características individuais, as condições sociais, fatores que têm relações com o estresse e o suporte social da história afetiva prévia e atual a que estão submetidas às gestantes de risco;
- **HISTÓRICO REPRODUTIVO ANTERIOR:** São apontadas as evoluções dos partos anteriores e analisadas, pois a evolução da gestação anterior poderá repetir-se na gestação atual, portanto é investigado o histórico reprodutivo da mãe, como por exemplo: idade da menarca, número de filhos, paridade e idade da mãe, ocorrências de aborto habitual ou de natimorto;
- **INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS CRÔNICAS:** É investigado se a gestante possui cardiopatias, pneumopatias, endocrinopatias, hipertensão arterial, doenças infecciosas, etc., pois muitas vezes a realização de exames simples pode prevenir complicações para a grávida e para o recém-nascido. Por vezes, as mulheres correm riscos por não saber que possuem pressão alta (hipertensão arterial) ou diabetes (endocrinopatia), por exemplo. É importante ressaltar que as principais causas da mortalidade materna no Brasil são a hipertensão arterial, a hemorragia, infecção puerperal e as complicações decorrentes do aborto e que a morte materna obstétrica 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, 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 de Saúde da Família (USF), conforme orientam os protocolos do Ministério da Saúde. Os casos não previstos para tratamento na USF deverão ser encaminhados para a atenção especializada (referência) que, após avaliação, deverá devolver a gestante para a atenção básica com as recomendações para o seguimento da gravidez ou deverá manter o acompanhamento pré-natal nos serviços de referência para gestação de alto risco. Nesse caso, a equipe da atenção básica deverá manter o acompanhamento da gestante, observando a realização das orientações prescritas pelo serviço de referência.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

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).

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.



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 a seguir:

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 diabetes	4
Altura materna < de 150cm	1
Fumo na gestação	1
Mae 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

²⁹Foi 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).

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.

³²As 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.



analisados foi considerado 1. Após as determinações do escore (pontuações) foi adotado o mesmo escalonamento do método de Chamberlain *et al*, adaptado por Barros *et al*. A seguir, apresenta-se os fatores de riscos considerados e o respectivo escore adotado pela auditoria.

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

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 autoimunes, 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, Diabetes gestacional, Amniorrexe prematura, Hemorragias da gestação, Isoimunização, Óbito fetal, Hipertensão gestacional, Hematoma Retroplacentário, Placenta Prévia	4

³³ALVIM, 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.faculadadedofuturo.edu.br/revista/index.php?id=edicoesanterioresvn2>. Acesso: em: 22/12/2010.



Marginal	
Gestação múltipla, Glicemia, Infecção Urinária, Tireóide, Manobras abortivas, RX, Contato com DIC	2
Nenhuma	0
Não informado	1

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

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

Entre as 20 fichas coletadas referentes à gestação de risco foi observada a ausência do registro do grau de risco gestacional, pois apenas uma possuía o encaminhamento ao pré-natal de alto risco sem, porém, indicar de forma clara o motivo da conduta (USF 10 – Zacarias Pedrosa). É importante ressaltar que a identificação da documentação referente à gestação de risco só foi possível através da seleção feita pelas profissionais de saúde entrevistadas.

As informações obtidas 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, demonstrou que 12 gestantes foram classificadas como risco de grau médio e as outras oito gestantes como de alto risco³⁴.

Tabela 03 – Grau de Risco Gestacional

Escore	Freq.	%
Menos de 3 (baixo risco)	0	0,0%
De 3 a 7 (médio risco)	12	60,0%
Mais de 7 (alto risco)	8	40,0%
TOTAL	20	100%

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

Obs.: o maior calculado foi 15 (uma gestante).

O que mais influenciou o resultado para risco médio foi a não 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. Assim, com as informações contidas na documentação analisada, subentende-se que a maioria das gestantes consideradas de risco não teve intercorrências desses fatores ou então, que houve subnotificação (baixo registro).³⁵

Na análise dos resultados observou-se que:

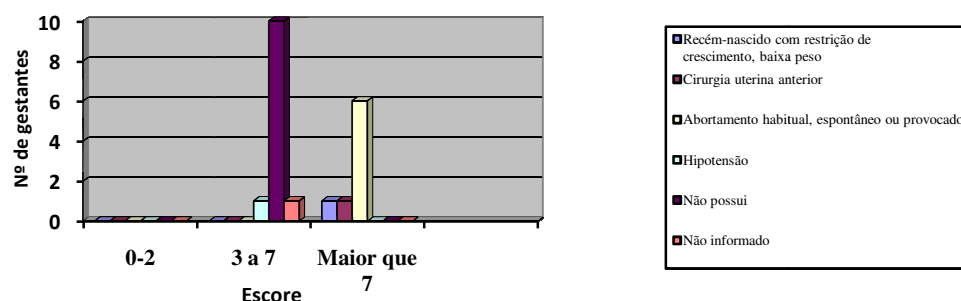
- 50,0% das gestantes de risco não tinham intercorrências em gestações anteriores;

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

³⁵As fichas perinatais da USF 03 apresentaram deficiências no registro das informações coletadas durante as consultas.



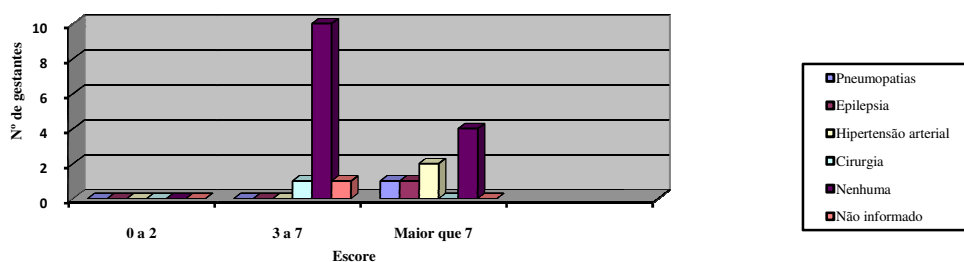
Figura 04 - Escore de risco gestacional x Histórico reprodutivo



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

- 70,0% das gestantes de risco não possuíam intercorrências clínicas crônicas;

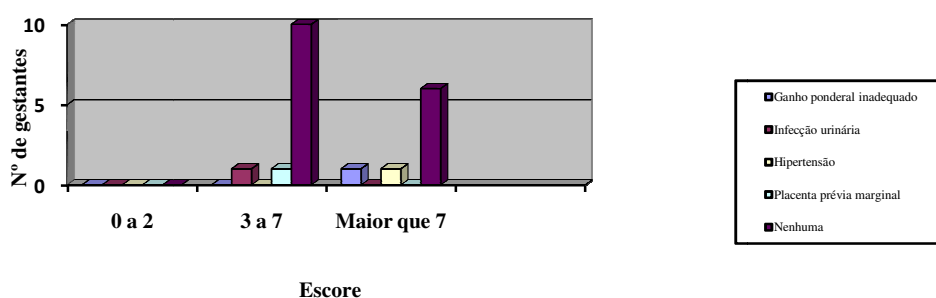
Figura 05 - Escore de risco gestacional x Intercorrências clínicas crônicas



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

- 80,0% das gestantes de risco não tinham intercorrências de doença obstétrica na gravidez atual;

Figura 06 - Escore de risco gestacional x Doenças obstétricas atuais



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



Quanto às classificadas como de alto risco gestacional pelo escore, observou-se que o histórico gestacional foi a variável que mais influenciou, pois das oito classificadas, seis tinham histórico de aborto. A consolidação das intercorrências de risco está representada na tabela 04 abaixo:

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

Escore de risco gestacional	Histórico reprodutivo	Intercorrências clínicas crônicas	Doenças obstétricas
1 gestante m = 11,00	Recém-nascido com baixo peso (1 gestante)	Nenhuma (1 gestante)	Ganho ponderal inadequado (1 gestante)
6 gestantes m = 12,50	Abortamento habitual, espontâneo ou provocado (6 gestantes)	Nenhuma (3 gestantes) Hipertensão arterial moderada ou grave e/ou fazendo uso de antihipertensivo (2 gestante) Epilepsia (1 gestante)	Nenhuma (5 gestante) Hipertensão (1 gestante)
1 gestante m = 11,00	Cirurgia uterina anterior (1 gestante)	Pneumopatias (1 gestante)	Nenhuma (1 gestante)
1 gestante m = 7,00	Hipotensão (1 gestante)	Cirurgia (1 gestante)	Nenhuma (1 gestante)
10 gestantes m = 4,90	Não possui (10 gestantes)	Nenhuma (10 gestantes)	Nenhuma (8 gestantes) Infecção Urinária (1 gestante) Placenta Prévia Marginal (1 gestante)
1 gestante m = 4,00	Não Informado (1 gestante)	Não Informado (1 gestante)	Nenhuma (1 gestante)

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

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

Na análise documental foi observado que apenas uma gestante teve o registro apontado na ficha perinatal como de alto risco. A paciente possuía histórico de aborto e era hipertensa e estava apresentando hipertensão arterial durante a gravidez. Foi observado o seu encaminhamento para o pré-natal de alto risco. É importante ressaltar que a gestante foi classificada como de alto risco pelo escore adotado pela equipe de auditoria.

O grupo de fatores de risco relacionados às características individuais e sociais das gestantes de risco apresentou ausência de informações sobre ocupação e renda familiar por não ter campo disponível na ficha perinatal e nem o registro dessas informações.

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 demonstram primeiramente que os profissionais responsáveis pelas consultas do pré-natal não estão seguindo as recomendações do MS para a realização da identificação da existência de fatores de risco gestacional e consequentemente, levando à subnotificação das informações sobre as condições biopsicossocio-culturais e de saúde, que devem ser notificadas na primeira consulta e nas subsequentes, e em segundo lugar, que há ausência do registro do grau de risco gestacional.

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

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

1. Verifique periodicamente se a avaliação do risco gestacional está ocorrendo em todas as consultas realizadas durante o pré-natal, com o respectivo registro da classificação de risco referenciada pelo profissional de saúde na ficha perinatal e prontuário médico;
2. Oriente os profissionais de saúde das USFs para que registrem nas fichas perinatais e prontuários médicos as condutas de encaminhamento das gestantes de risco para serviços de referência, conforme regulamentações do MS;
3. Intensifique o uso do formulário de Referência e Contrarreferência para o encaminhamento das gestantes de risco para serviços de referência;
4. Implante procedimentos de controle e responsabilização na assistência ao pré-natal e puerpério, quanto à ausência de registro documental inerente a gestante de risco, por parte dos profissionais de saúde responsáveis, conforme regulamentações do MS.

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

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

Durante a análise documental foi observado o preenchimento incompleto das fichas perinatais e dos respectivos prontuários, mesmo existindo campo para os registros dos

³⁶Ministério 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.



procedimentos e condutas padronizadas, segundo o MS e adotadas pelo município. É importante ressaltar que o MS recomenda que as condutas e os diagnósticos sejam anotados na ficha perinatal e no cartão da gestante.

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

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

Para avaliação da adequação do Atendimento pré-natal despendida à gestante de risco, a equipe de auditoria utilizou os critérios estabelecidos na Portaria 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,

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 indispensáveis as seguintes ações básicas³⁷:

- I. Debater sobre a assistência pré-natal junto à comunidade atendida pelas USFs;

³⁷Ministério 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.



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

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

Entre os critérios de evitabilidade devem-se levar em conta os fatores profissionais. Considerando os casos em que, por falta de capacitação ou capacitação imprópria, ocorreu negligência, imperícia ou imprudência por parte dos profissionais de saúde que atendem à mulher. São exemplos disso a não identificação de risco reprodutivo, a falha diagnóstica e a inadequação de procedimentos e tratamentos, entre outros.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 desenvolvida pela equipe de auditoria iniciou-se com a verificação dos procedimentos e condutas adotados no atendimento pré-natal prestado à gestante considerada de risco durante as consultas realizadas e que foram registrados nas fichas perinatais e respectivos prontuários coletados nas USFs do município de Bodocó. 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 formulou e registrou as informações relevantes para a análise da assistência pré-natal em formulários padronizados e pré-codificados. No caso foram utilizados dois tipos de formulários:

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

³⁸Ministério 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.

³⁹O 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.



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

▪ ***Deficiência no preenchimento dos instrumentos de registro dos procedimentos e condutas realizadas nas consultas do pré-natal:***

Constatou-se que há desconformidade entre o modelo de ficha perinatal adotado pela Secretaria Municipal de Saúde de Bodocó e as informações exigidas pelo Ministério da Saúde com o agravante do não preenchimento pleno das fichas durante as consultas sob responsabilidade das equipes de saúde da família. Observa-se, portanto, que não há diferenciação no atendimento entre a gestante com risco (alto) e a sem risco gestacional (baixo risco), ou seja, as falhas são as mesmas.

Conforme levantamento feito nas vinte fichas perinatais, o registro dos procedimentos e condutas realizadas durante as consultas da gestante de risco é inexistente e deficiente nos seguintes campos:

1. Intercorrências na gestação atual: 100% sem registro;
2. Exame físico: 85% sem registro da realização ou não do exame;
3. Estatura: 25% sem registro;
4. Indicação da data de realização dos exames complementares: 75% sem datação;
5. Descrição dos exames complementares e de seus respectivos resultados: 70% sem registro;
6. Gráfico da curva peso x idade gestacional: 100% sem registro da evolução do ganho ponderal;
7. Gráfico da curva altura uterina x idade gestacional: 100% sem registro da evolução do crescimento fetal.

Os problemas descritos demonstram um desconhecimento, por parte das profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento do pré-natal, da importância do preenchimento da ficha perinatal e do respectivo prontuário devidamente identificado.

▪ ***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 05 a seguir em destaque, 11 gestantes, das 20 examinadas pela equipe de auditoria, consideradas de risco pelos profissionais de saúde iniciaram o pré-natal após a 12ª semana de gestação:

Tabela 05 – Idade gestacional na 1ª consulta – Bodocó

CÓDIGO DA GESTANTE	DUM	DATA DA 1ª CONSULTA	IG (semanas)
BD01	28/07/2010	27/10/2010	13,00
BD02	27/04/2010	06/10/2010	23,14
BD12	14/03/2010	25/05/2010	10,29
BD16	24/04/2010	05/07/2010	10,29
BD17	10/01/2010	27/04/2010	15,29



CÓDIGO DA GESTANTE	DUM	DATA DA 1ª CONSULTA	IG (semanas)
BD18	24/12/2009	03/05/2010	18,57
BD19	25/01/2010	26/04/2010	13,00
BD20	25/05/2010	11/08/2010	11,14
BD23	17/04/2010	21/06/2010	9,29
BD24	06/04/2010	12/07/2010	13,86
BD25	27/04/2010	21/06/2010	7,86
BD26	17/01/2010	20/04/2010	13,29
BD29	26/02/2010	07/06/2010	14,43
BD30	25/05/2010	22/07/2010	8,29
BD32	28/03/2010	09/08/2010	19,14
BD45	05/02/2010	04/05/2010	12,57
BD47	22/03/2010	18/05/2010	8,14
BD48	09/03/2010	20/04/2010	6,00
BD49	30/12/2009	12/02/2010	6,29
BD50	16/12/2009	10/05/2010	20,71

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

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

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

Na tabela 06 a seguir, em relação ao período em que ocorreu a primeira consulta, observa-se que uma gestante não teve o registro da idade gestacional, duas gestantes indicadas como de risco e duas sem risco gestacional iniciaram as consultas do pré-natal após a 20ª semana de gravidez, que segundo a determinação do MS, deveriam ter sido classificadas como gestantes com risco gestacional.

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

Período	Antes da 20ª semana	Após a 20ª semana	Não Informado	TOTAL
Tipo de gestação				
Normal (30)	27	2	1	30
Risco (20)	18	2	0	20
TOTAL (50)	45	4	1	50

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

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

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



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

Segundo os profissionais entrevistados, são adotados nos pré-natais das cinco 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.⁴⁰

Utilizando-se das informações das fichas perinatais selecionadas e respectivos prontuários, com ênfase nas 20 gestantes consideradas de risco, foi realizado o cotejo entre 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			
	Normal	Baixo	Médio	Alto	Não informado	Não cabia	Sim	Não	Não Informado
Normal (30)	30	0	0	0	0	30	0	0	0
Risco (20)	0	0	0	1	19	0	2	18	0
TOTAL (50)	30	0	0	1	19	30	2	18	0

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 19 gestantes consideradas como de risco pelos profissionais de saúde das USFs não possuíam registros da classificação de risco gestacional na ficha perinatal e no prontuário. Contudo, na documentação em epígrafe, existem apenas dois encaminhamentos a unidades de referência; um como já foi citado neste relatório, corresponde à gestante com alto risco e o outro, refere-se a uma paciente próxima da data provável do parto.

Tais evidências demonstram que a Secretaria Municipal de Saúde de Bodocó 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 à realização dos exames complementares previstos para serem solicitados na primeira consulta do acompanhamento do pré-natal, foi observado na documentação das 50 gestantes estudadas o não cumprimento pleno de todos os exames complementares previstos pelo MS. Por exemplo, entre as gestantes que realizaram três ou mais consultas, cinco ainda não tinham realizado o exame de timagem sanguínea/Fator Rh e duas gestantes de risco⁴¹ não realizaram os exames complementares mesmo com três consultas realizadas.

Também não foram observados na documentação das 20 gestantes de risco os registros da realização do exame de sorologia para Toxoplasmose⁴² (IgG e IgM), previsto para ser

⁴⁰Apenas uma profissional declarou que não havia utilização de formulário padrão para encaminhamento de gestante à unidade de referência de alto risco.

⁴¹Uma gestante foi desconsiderada do total de exames não realizados devido referir-se apenas a primeira consulta.

⁴²A toxoplasmose é uma zoonose causada pelo *Toxoplasma gondii* e adquire especial relevância quando atinge a gestante, visto o elevado risco de acometimento fetal.



solicitado na primeira consulta do acompanhamento do pré-natal, e para Hepatite⁴³ tipo B (HBsAg), 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,⁴⁴ 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 clínicas e sequelas como microftalmia, lesões oculares, microcefalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e retardo mental.⁴⁵

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 cronificação⁴⁶ 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.⁴⁷

No caso específico das gestantes de risco a descontinuidade dos exames complementares que devem ser repetidos até a 30ª semana de gestação é mais crítica.⁴⁸ Pois, apenas quatro gestantes de risco realizaram o segundo exame glicemia de jejum, três o segundo de sorologia para sífilis, nenhuma o segundo sumário de urina. Somente uma gestante de risco realizou os segundos exames de glicemia de jejum e de sorologia para sífilis.

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.

⁴³ As hepatites virais são doenças causadas por diferentes tipos de vírus, sendo os mais comuns no Brasil o A, B, C e D.

⁴⁴ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual Técnico: *Pré-natal e Puerpério*. Brasília – DF, 2006, p. 11.

⁴⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico: *Gestação de Risco*, 5ª Edição. Brasília – DF, 2010, p. 115.

⁴⁶ É quando uma doença se instala e permanece no organismo por vários anos (doença de curso lento).

⁴⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico: *Gestação de Risco*, 5ª Edição. Brasília – DF, 2010, p. 143.

⁴⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico: *Pré-natal e Puerpério – Ação Qualificada e Humanizada*. Brasília – DF, 2006, p. 11.



Tabela 08 – Tipo de gestação x Exames Complementares – Bodocó

Exames Complementares	ABO-Rh (grupo sanguíneo)	Hb / Ht	1º Glicemia de jejum	2º Glicemia para rastreamento de diabetes gestacional	1º VDRL Sorologia sífilis	2º VDRL	1º Sumário de Urina	2º Sumário de Urina	HIV /AIDS	HbsAg - Sorologia p/ hepatite B	IgM - Sorologia p/ Toxoplasmose	Nenhum
Tipo de gestação												
Normal (30)	28	29	22	4	28	6	8	1	10	0	0	0
	16	17	11	4	17	3	3	0	3	0	0	3
TOTAL (50)	44	46	33	8	45	9	11	1	13	0	0	3

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



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

Quanto à administração de sulfato ferroso profilático junto às gestantes de risco foi observado que não houve o registro da prescrição para 16 gestantes de risco (80,0%). É salutar informar que o MS recomenda a ingestão de sulfato ferroso profilático mesmo para as gestantes que não apresente quadro de anemia leve ou moderada (Hemoglobina < 11 g/dl e > 8 g/dl)⁴⁹.

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

▪ **Ausência de avaliação ultrassonográfica:**

Quanto à avaliação ultrassonográfica, nenhuma gestante de risco realizou mais de duas avaliações (em destaque na tabela 09). Segundo informações dos profissionais entrevistados as avaliações são realizadas em outra unidade de saúde municipal e também em unidade de saúde privada conveniada ao município. Idêntica situação foi encontrada para as outras gestantes, como pode ser visto na mesma tabela:

Tabela 09 – Tipo de gestação x Avaliação Ultrassonográfica

Avaliação Ultrassonográfica Tipo de gestação	Não realizada	Menos de três avaliações	3 avaliações	Mais de 3 avaliações	TOTAL
Normal	17	13	0	0	30
Risco	7(*)	13(**)	0	0	20
TOTAL	24	26	0	0	50

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

Obs.: (*) Três gestantes tinham acima de 34 semanas de idade gestacional. ;

(**) Cinco gestantes tinham acima de 34 semanas de idade gestacional

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 embrionária⁵⁰.

Alguns especialistas como Dr. Abner Augusto Lobão Neto⁵¹ 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

⁴⁹Para 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.

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

⁵¹Médico especialista em ultrassonografia e coordenador do Setor de Pré-natal Personalizado da Universidade Federal de São Paulo.



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.⁵²

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.”⁵³ (**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 de citologia oncótica:**

Não foram identificados os registros dos exames de citologia oncótica nas fichas perinatais das gestantes de risco, como é exposto na tabela 10. 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 10 – Tipo de gestação x Exame de citologia oncótica – Bodocó

Exame de citologia oncótica	Sim	Não	TOTAL
Tipo de gestação			
Normal	3	27	30
Risco	0	20	20
TOTAL	3	47	50

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 do colo do útero esperado para o Brasil no ano de 2010 será de 18.430, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres. O câncer do colo nas regiões Centro-Oeste (20/100.000) e Nordeste (18/100.000) ocupa a segunda posição mais frequente entre casos de câncer⁵⁴.

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

Dentre as 20 gestantes de risco analisadas, três foram identificadas, segundo a Tipagem sanguínea/Fator Rh, como “O-” (ó negativo), porém só uma gestante realizou o exame de Coombs indireto⁵⁵ na íntegra, uma apenas o primeiro e outra não teve registro da realização, conforme dados das fichas perinatais. O não registro dos exames de Coombs

⁵²Disponível 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.

⁵³ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual Técnico: *Pré-natal e Puerpério*. Brasília – DF, 2006, p. 29.

⁵⁴Disponível em: http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5. Acesso em 04/01/2011.

⁵⁵O teste de Coombs indireto é usado em exames pré-natais de mulheres e em exames de sangue antes de transfusões sanguíneas. Ele detecta anticorpos contra hemácias que estão presentes livres no plasma sanguíneo do paciente.



indireto demonstra deficiência no acompanhamento do pré-natal da gestante de risco com Fator Rh negativo.

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

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

▪ **Ausência de exames físicos gerais:**

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

Foi observado deficiência quanto ao acompanhamento do ganho de peso gestacional, pois não foram identificados os registros do índice de massa corpórea (IMC) gravídico⁵⁶, apesar dos registros dos pesos das gestantes. Deixando assim de ser realizada a respectiva comparação com o ganho de peso recomendado na gestação, segundo o estado nutricional inicial⁵⁷.

Além de não ter sido verificado o registro do IMC, cinco gestantes não tiveram as medições de suas alturas anotadas nas fichas pré-natais impossibilitando mais ainda, a realização do cálculo do referido índice. É importante informar que o peso e a altura são medidas necessárias para avaliar e acompanhar o estado nutricional da gestante e o ganho de peso durante a gestação. Ver tabela 11 a seguir:

Tabela 11 – Altura materna x Peso durante a gravidez

Peso durante a gravidez				
	< 45 kg	> 75kg	Entre 45 e 75Kg	TOTAL
Altura materna < 1,50m				
Sim	0	1	2	3
Não	0	3	9	12
Não informado	0	1	4	5
TOTAL	0	5	15	20

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

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

⁵⁶IMC é igual à relação peso (Kg) dividido pela altura da gestante elevada a potência de dois.

⁵⁷O 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.



▪ ***Insuficiência de exames físicos específicos:***

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

Segundo os dados obtidos na documentação analisada, seis gestantes de risco realizaram no máximo uma ou duas ausculta dos BCF. Dessas, quatro já tinha realizado no mínimo três consultas, o que evidencia falhas no acompanhamento da gestante de risco durante o pré-natal. Ver tabela 12 a seguir:

Tabela 12 – Tipo de gestação x BCF

BCF Tipo de gestação	Não realizado	Uma aferição	Duas aferições	Mais de duas aferições	TOTAL
Normal	0	5	6	19	30
Risco	0	3	3	14	20
TOTAL	0	8	9	33	50

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

Outro achado, quanto ao procedimento de ausculta dos batimentos cardíacos fetais, foi a utilização dos sinais “-” (negativo) e “+” (positivo) para registrar os BCF, porém é importante ressaltar que a ausculta dos BCF é um procedimento que objetiva constatar a cada consulta a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos batimentos cardíacos fetais. O MS determina que se deva realizar a contagem dos BCF e registrá-los na ficha perinatal e no cartão da gestante⁵⁸.

Tais evidências descritas neste subitem revelaram que não está havendo um controle interno pela Secretária Municipal de Saúde de Bodocó 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.

É também 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.

A auditoria desenvolvida nas cinco USFs do Município de Bodocó 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

⁵⁸ É considerada normal a frequência cardíaca fetal entre 120 e 160 batimentos por minuto.



submetida ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação transformando-a em uma gestação de alto risco, por isso a necessidade da 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 a Secretaria Municipal de Saúde de Bodocó, como propostas para mitigar a deficiência no atendimento do pré-natal encontrada e consequentemente, aprimorar o acesso aos serviços de atenção primária à saúde, que:

1. Avalie o desempenho das equipes de saúde da família quanto à captação, acompanhamento, trabalho educativo e divulgação das ações desenvolvidas pela USF junto às gestantes de risco;
2. Avalie periodicamente a qualidade das atividades, procedimentos e condutas de acompanhamento do pré-natal oferecidos às gestantes de risco em suas USFs;
3. Implante procedimentos de controle e responsabilização na assistência ao pré-natal e puerpério, quanto ao descumprimento de algum procedimento, atividade ou conduta inerente a gestante de risco, por parte dos profissionais de saúde responsáveis;
4. 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 exclusivamente a qualidade da assistência à gestante de risco (20 gestantes), diferente do próximo tópico que examina os procedimentos de pré-natal realizados pelas equipes de saúde da família para atender as gestantes acompanhadas pelas USFs (amostra analisada: 50 gestantes, sendo 30 classificadas como normais e 20 em situação de risco). As análises a serem apresentadas a seguir abordam a assistência pré-natal de forma geral, sem fazer distinção à condição de risco da mãe.

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

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

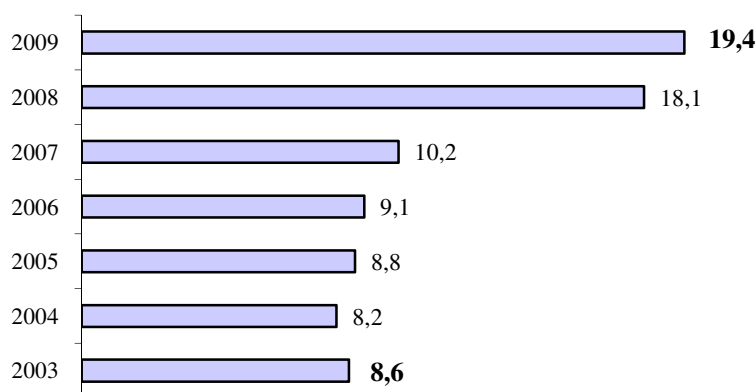
Segundo pesquisa Saúde Brasil 2009 do Ministério da Saúde (MS), publicado em dezembro de 2010, houve um declínio das causas de mortes de gestantes de 1990 a 2007, a exemplo de hipertensão (63%), hemorragia (58%) e aborto (80%). Na década de 90, a taxa de mortalidade materna era de 140 a cada 100 mil bebês nascidos vivos passando para 75, em 2007⁵⁹.

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



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

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



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

Apesar do aumento no número de consultas demonstrado na figura 07, a pesquisa citada do MS apontou também que quase 90% das grávidas realizam, no mínimo, quatro consultas do pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, a quantidade de consultas por gestante ainda está fora do parâmetro do Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) que estabelece no mínimo, seis consultas de pré-natal, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.

As mortes maternas estão diretamente ligadas à falta de cuidados na gravidez, sobretudo no que tange uma assistência de pré-natal adequada e qualificada tornando-se necessário um acompanhamento dessa assistência pelos órgãos de controle.

Nesse item, diferente do tópico anterior que avaliou exclusivamente a qualidade da assistência à gestante de risco, foram examinados os procedimentos e condutas realizados durante o pré-natal pelas equipes de saúde da família com as gestantes de risco e sem risco identificado. Para tanto foram selecionadas para análise 50 fichas de gestantes (20 em situação de risco e 30 com risco não identificado) escolhidas de forma aleatória pela equipe de auditoria.

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

Para avaliação do modelo da ficha perinatal foram selecionadas aleatoriamente as fichas perinatais de 50 gestantes assistidas pelas USFs visitadas em outubro de 2010. A ficha perinatal é o instrumento de coleta de dados, na unidade de saúde ou no domicílio, para uso

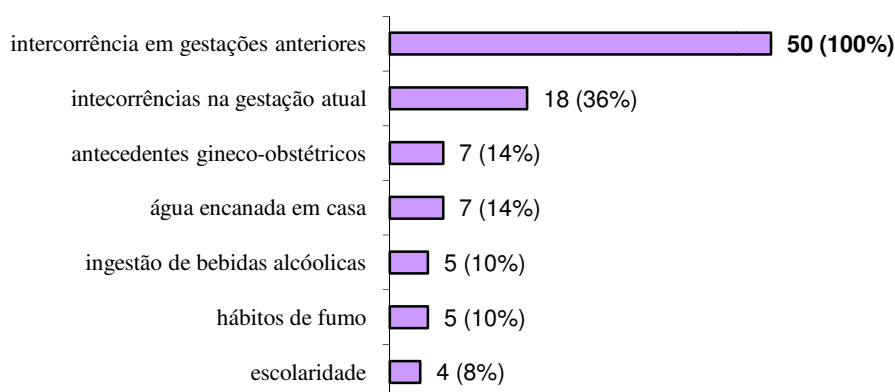


dos profissionais da unidade de saúde e deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério recomendados pelo MS através do Anexo 2 “ficha de atenção pré-natal” (BRASIL, 2005, pg. 150).

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; número e idade dos dependentes; e renda familiar. Com a adoção de um modelo que não contempla todos os campos exigidos pelo Ministério, o município deixa de obter um perfil fidedigno das gestantes o que por sua vez prejudica a elaboração de políticas públicas mais adequadas às necessidades da população local.

Outro ponto observado a partir da análise das fichas foi que há falhas no seu preenchimento, talvez por falta de conhecimento do profissional que está acompanhando as gestantes ou por pouca valorização de algumas das informações contidas nas fichas. Tome como exemplo o campo “intercorrências em gestações anteriores”, todas as 50 fichas examinadas não apresentaram registro neste campo. Os resultados obtidos na pesquisa quanto aos campos que não foram preenchidos pelos profissionais que deram assistência a estas gestantes (50) estão na figura 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 Bodocó 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 Bodocó 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 MS

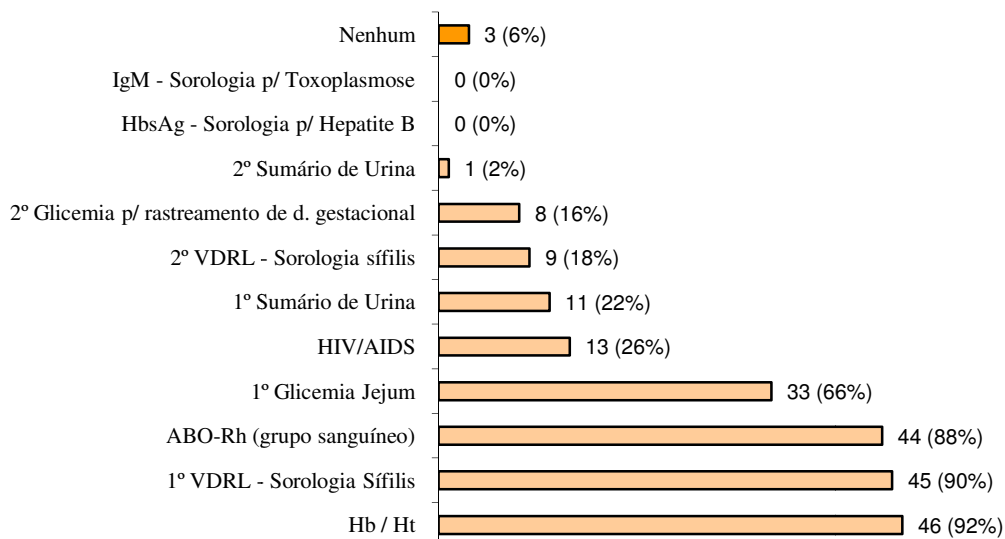
Constatou-se que as equipes de saúde da família do município de Bodocó não realizam todos os exames complementares durante a gravidez preconizados pelo Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

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 78% das gestantes não fizeram os primeiros exames de sumário de urina, 34% de glicemia em jejum e 10% de Sorologia para Sífilis (VDRL). A repetição desses exames a serem realizadas próximo da trigésima semana da gravidez foi igualmente precária, visto que em média 88% das gestantes pesquisadas não repetiram o exame. Outro problema identificado foi quanto a realização da Sorologia para Toxoplasmose (IgM) e para Hepatite B (HBsAG), pois nenhuma gestante do universo pesquisado fez os referidos exames. Observou-se também que em 12% 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 74%. Ainda foi possível identificar que 6% das grávidas não fizeram nenhum dos exames complementares preconizados pelo MS (vide figura 09 na página seguinte).



Figura 09 – Exames complementares realizados nas USFs visitadas



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

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

Dados do MS indicam que geralmente 90% das gestações são classificadas como sendo de baixo-risco, isto é, não possuem fatores que põe 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 Bodocó que :

1. Acompanhe junto às equipes de saúde da família a solicitação dos exames complementares necessários durante a gravidez e preconizados pelo Ministério da Saúde, assim como os respectivos resultados, não deixando de registrá-los na ficha perinatal e prontuário médico;
2. Implemente controle que garanta a realização plena dos exames complementares, inclusive referentes à sorologia para Hepatite tipo B e Toxoplasmose, e exame de Coombs indireto, quando necessário, com objetivo de trazer mais segurança à mulher durante o período gravídico;

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

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

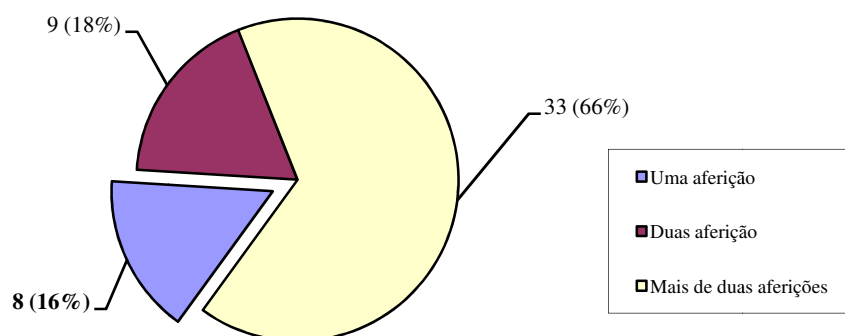
Ainda com base nos campos informativos das fichas perinatais coletadas foi verificado falhas quanto aos procedimentos técnicos realizados durante o exame clínico e obstétrico,



preconizados pelo Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c).

Na figura 10 é possível verificar que em 16% (oito) das gestantes pesquisadas foi feita apenas uma ausculta dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF) do bebê e em 18% (nove) esse procedimento foi realizado duas vezes. 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

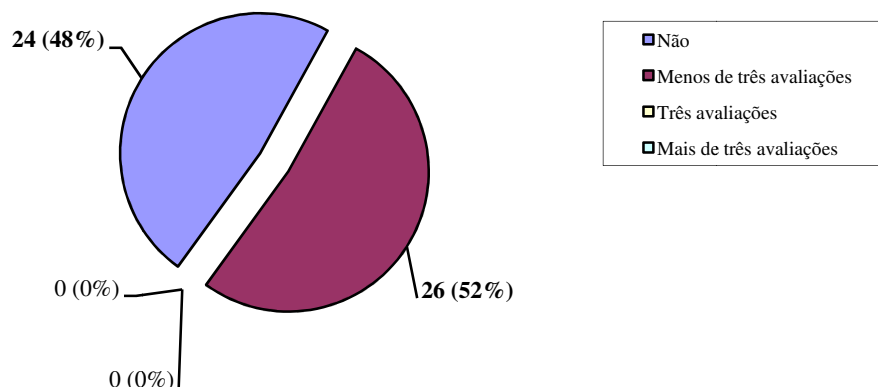


Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

Quanto ao número de avaliações ultrassonográficas constatou-se que 48% (24) das gestantes não fizeram nenhuma avaliação e 52% (26) fizeram menos de três avaliações (vide figura 11).

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

Figura 11 – Avaliação ultrassonográfica realizada pelas USFs visitadas

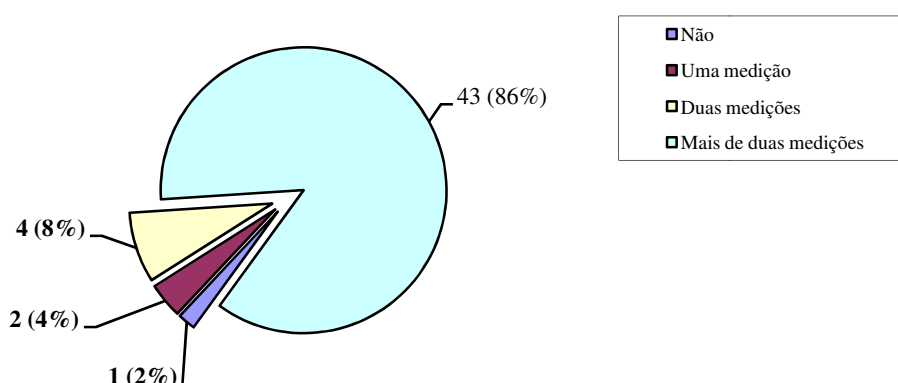


Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

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 12% (2 + 4) das gestantes fizeram menos de três medições e uma não fez nenhuma medição (vide figura a seguir).

Figura 12 – Medição da altura uterina realizada pelas USFs visitadas



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

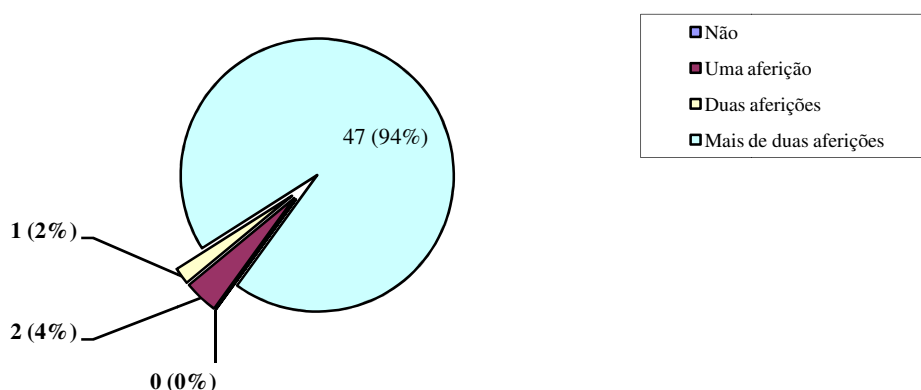
A pressão arterial, por sua vez, foi medida menos de três vezes em 6% (1 + 2) das grávidas (vide figura 13). A gestante precisa ter sua pressão arterial medida regularmente durante todo o período gestacional para que seja evitada a eclampsia – doença decorrente da hipertensão (alta pressão arterial). 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

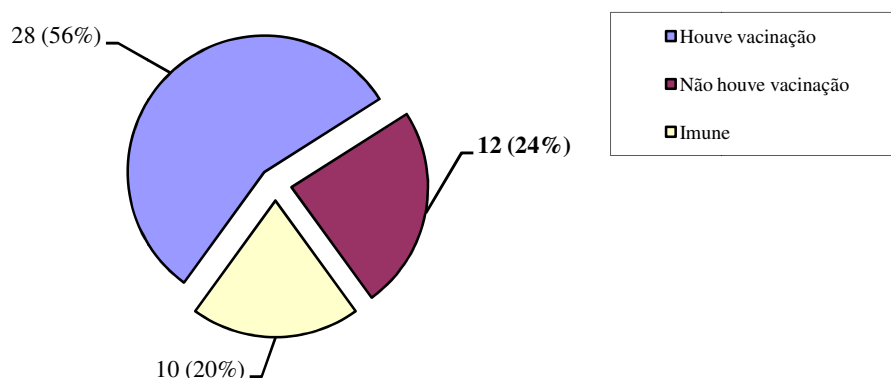


Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

Quanto à imunização antitetânica as fichas perinatais indicam que 24% (12) das gestantes pesquisadas não fizeram a referida profilaxia conforme se observa na figura 14. A rotina de vacinação como procedimento da atenção pré-natal é um problema importante para a prevenção do tétano neonatal. É uma doença aguda e grave que acomete recém-nascidos na primeira semana de vida ou nos primeiros 15 dias pela contaminação durante a secção do cordão umbilical e/ou pela falta de higiene nos cuidados com o recém-nascido.

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

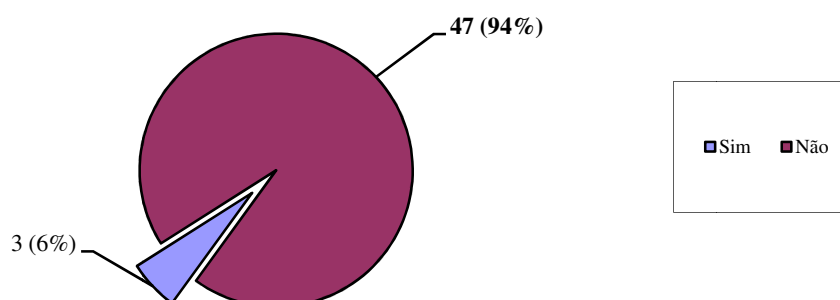
Figura 14 – Vacina antitetânica realizada pelas USFs visitadas



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

Um procedimento importante a ser realizado pelos profissionais de saúde com as gestantes é o exame de citologia oncótica. Conforme o registro feito nas fichas perinatais verificou-se que 94% (47) das grávidas selecionadas não fizeram o referido exame. Segundo o Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) é importante que durante a gravidez o obstetra faça pelo menos um exame a fim de prevenir contra o câncer do colo de útero.

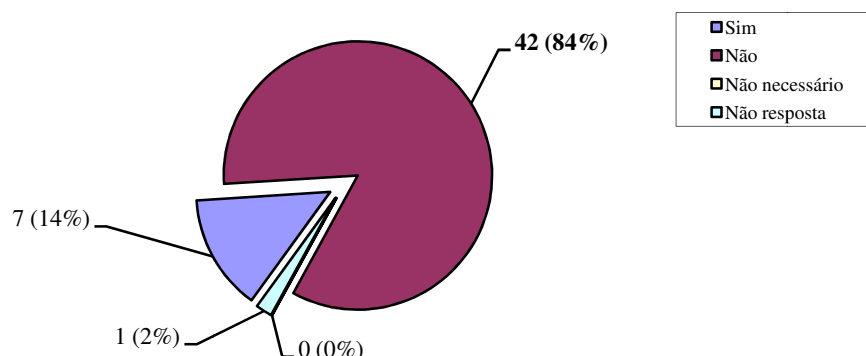
Figura 15 – Exame de citologia oncótica realizado pelas USFs visitadas



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

Outra conduta prevista no referido manual do MS (BRASIL, 2006c) é a prescrição de suplementação de sulfato ferroso para profilaxia da anemia. Através da figura 16 verifica-se que não foi prescrito o sulfato ferroso a partir da 20ª semana de gestação para 84% das grávidas o que corresponde a 42 mulheres do universo pesquisado.

Figura 16 – Prescrição do sulfato ferroso



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 a assistência pré-natal recomenda-se à Secretaria Municipal de Saúde de Bodocó que:

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

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

3.3 Profissional médico de saúde da família

A disponibilização de uma equipe multidisciplinar (médico, enfermeira, odontólogo, agente comunitário de saúde) representa um ponto importante para construção do SUS. A ausência de um desses profissionais pode comprometer o conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Estas ações devem ser desenvolvidas por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de



territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2007b).

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

3.3.1 Baixa assiduidade dos médicos das unidades de saúde da família

Os profissionais médicos contratados e concursados pelo município de Bodocó 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. 56 a 191). Este documento tem como finalidade a consolidação da produção diária do profissional (quantidade e natureza dos serviços realizados) a partir do registro dos procedimentos/códigos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS). O BDPA é um documento/planilha onde se registra toda a produção médica, que posteriormente serve como base de informações para alimentação do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS).

Devido ao curto tempo disponível para visita às Unidades de Saúde da Família (USFs) do município de Bodocó, não foi possível a realização do levantamento da assiduidade de todos os profissionais médicos que prestam serviço para o município, ficando restrito a cinco unidades selecionadas de forma aleatória onde foram coletados os boletins pela equipe de auditoria. Cabe destacar que na USF 09 (Expedito Gomes Diniz) estava sem médico há três meses sendo escolhida a USF 07 (João Cosmo de Oliveira) para coleta dos BDPAs do médico.

Os BDPAs das unidades examinadas foram enviados pela Prefeitura Municipal de Bodocó através do Ofício GP nº 453/2010 (fls. 55) para equipe de auditoria do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (TCE-PE)

A partir da análise dos BDPAs, constatou-se que os médicos das equipes de saúde da família que prestam serviços ao município não cumprem a carga-horária prevista pela PNAB. O médico integrante da USF 07 não trabalhou 10 dias úteis no mês de setembro, pois não houve produção registrada no BDPA, já excluído o feriado do dia 07 de setembro (quadro 03). Situação similar também ocorreu nas USFs 03, 05, 06 e 10, mas com uma intensidade menor de faltas, prejudicando a assistência aos usuários atendidos pelas equipes.

Quadro 03 – Avaliação da assiduidade mensal dos médicos de Bodocó: set/2010

Dia	Unidade de Saúde da Família				
	USF 03 Belarmino Gonçalves	USF 05 Francisca Maria	USF 06 Antônio Leandro	USF 07 João Cosmo	USF 10 Zacarias Pedrosa
01/09	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
02/09	Não	Não	Sim	Não	Sim
03/09	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Sábado	-	-	-	-	-
Domingo	-	-	-	-	-



Dia	Unidade de Saúde da Família				
	USF 03 Belarmino Gonçalves	USF 05 Francisca Maria	USF 06 Antônio Leandro	USF 07 João Cosmo	USF 10 Zacarias Pedrosa
06/09	Não	Não	Não	Não	Não
07/09 (feriado)	-	-	-	-	-
08/09	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
09/09	Não	Sim	Não	Não	Sim
10/09	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Sábado	-	-	-	-	-
Domingo	-	-	-	-	-
13/09	Sim	Sim	Não	Sim	Não
14/09	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
15/09	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
16/09	Não	Sim	Não	Não	Sim
17/09	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
Sábado	-	-	-	-	-
Domingo	-	-	-	-	-
20/09	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
21/09	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
22/09	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
23/09	Não	Sim	Sim	Não	Sim
24/09	Sim	Sim	Não	Não	Não
Sábado	-	-	-	-	-
Domingo	-	-	-	-	-
27/09	Sim	Não	Sim	Não	Sim
28/09	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
29/09	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
30/09	Não	Sim	Não	Não	Sim
Total de dias úteis de set/2010	21	21	21	21	21
Dias úteis trabalhados	15	14	14	11	15
Dias úteis não trabalhos	06 (A)	07 (B)	07 (C)	10 (D)	06 (E)
Remuneração bruta mensal (Lei 1.293/2010, fls.193 a 197) – R\$	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00
Prejuízo por dias úteis não trabalhados ⁶⁰ – R\$	2.285,71	2.666,67	2.666,67	3.809,52	2.285,71

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise dos BDPAs coletados (fls. 56 a 191).

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)

[...]

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



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

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

O município de Bodocó pagou na íntegra, sem descontar os dias úteis não trabalhados, aos profissionais médicos contratados e concursados 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 Bodocó para pagamento de profissionais médicos concursados e contratados para prestação de serviços às USFs visitadas pelo TCE-PE foi solicitada à Prefeitura Municipal, através do Ofício TC/CCE nº 349/2010, de 22/10/2010 (fls. 46), reiterado pelo Ofício TC/CCE nº 354/2010, de 19/11/2010 (fls. 50), 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. 56 a 191). Também foi solicitado via ofício cópia das notas de empenho/folha de pagamento referente ao mês de setembro dos médicos das unidades de saúde da família.

A administração municipal informou que não existem contratos de profissionais de saúde de nível superior (médicos), sendo todos concursados, conforme Ofício GP nº 450/2010, de 15/12/2010 (fls.192). A Lei Municipal nº 1.293/2010 (fls. 193 a 197), de



01/02/2010, que criou os cargos efetivos no âmbito do Poder Executivo de Bodocó, estabeleceu a remuneração bruta de R\$ 8.000,00 (oito mil reais), com jornada de trabalho de 40 horas semanais, para os médicos das equipes de saúde da família do município. Para os médicos contratados assumirem temporariamente as equipes de saúde da família, o município paga o mesmo valor anterior para desempenhar a mesma jornada de trabalho.

Como foi evidenciado anteriormente no quadro 03 deste relatório, em alguns dias úteis do mês de setembro de 2010 não houve produção ambulatorial/atividade médica (registro de procedimentos no BDPA) dos médicos das seguintes unidades: USF 03 - Belarmino Gonçalves de Souza (Sr. Francisco Avanil dos Santos), USF 05 - Francisca Maria de Oliveira (Sr. Manoel Luiz Figueira de Oliveira), USF 06 - Antonio Leandro Horas (Sr. Alexandre Vieira Alves), USF 07 João Cosmo de Oliveira (Sr. Otávio Augusto Pedrosa) e USF 10 - Zacarias Pedrosa Luna (Sr. Willamax Oliveira de Souza). Desse modo fica caracterizada a ausência destes profissionais nas respectivas USFs. Apesar da reduzida carga-horária dos serviços prestados no mês de setembro pelos citados médicos, o município de Bodocó pagou na íntegra aos profissionais, conforme se verifica na Folha de Pagamento de setembro/2010 e Notas de Empenho (01808 e 01805) (fls.199 a 203), fornecidas através do Ofício GP nº 468/2010 (fls.198).

Quando somados os dias úteis não trabalhados (A +...+ E) pelos médicos contratados e concursados, constata-se que o município de Bodocó deixou de ofertar um total de 36 dias úteis (288 horas) de serviços médicos para a população atendida pelas cinco equipes de saúde da família, perfazendo um prejuízo de **R\$ 13.714,28** (treze mil e setecentos e quatorze reais, e vinte oito centavos).

Desta forma, diante dos fatos relatados anteriormente que constata que médicos de saúde da família não cumpriram a jornada semanal de 40 horas, instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, receberam na íntegra a remuneração contratual referente ao mês de setembro/2010 sem desconto dos dias não trabalhados, recomenda-se ao ordenador de despesas da Secretaria Municipal de Saúde de Bodocó Sra. Adriana Severina de Souza, CPF nº 771.882.411-49 (fls. 204) que devolva aos cofres públicos do município o valor de **R\$ 13.714, 28** (treze mil e setecentos e quatorze reais, e vinte oito centavos) pago indevidamente aos médicos das USFs, conforme demonstrativo de débito abaixo.

Quadro 04 – Demonstrativo de débito por médico – mês setembro/2010

USF	Médico	Valor a ser devolvido (R\$)
USF 03 – Belarmino Gonçalves de Souza	Francisco Avanil dos Santos	2.285,71
USF 05 – Francisca Maria de Oliveira	Manoel Luiz Figueira de Oliveira	2.666,67
USF 06 – Antonio Leandro Horas	Alexandre Vieira Alves	2.666,67
USF 07 – João Cosmo de Oliveira	Otávio Augusto Pedrosa	3.809,52
USF 10 – Zacarias Pedrosa Luna	Willamax Oliveira de Souza	2.285,71
Total		13.714,28

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise da Lei 1.293/10 (fls. 193 a 197), notas de empenho e folhas de pagamento dos médicos (fls.199 a 203) e BDPAs (fls. 56 a 191).

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



3.4 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 (ESF) 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 ao atendimento da população

Constatou-se que as cinco unidades visitadas no município de Bodocó não apresentam estrutura física adequada, e muitas vezes, improvisada estando em desacordo ao Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, instituído pelo Ministério da Saúde.

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

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



Foi verificado que as cinco unidades visitadas não possuem acomodações e acesso físico adequados à pessoa idosa e com deficiência (acessibilidade)⁶¹, conforme pode ser observado, por exemplo, nas figuras a seguir:

Figura 17 – Estrutura física da USF 09 Expedito Gomes Dias (sala de espera)



Fonte: Fotos tiradas pela equipe de auditoria

⁶¹ Lei 10.098, de 19 de dezembro de 2000.



Figura 18 – Estrutura física da USF 06 Antônio Leandro Horas (sala de espera)



Fonte: Fotos tiradas pela equipe de auditoria

Em três unidades (USFs 03,06 e 09) não tem consultórios destinado à saúde da mulher, duas unidades (USFs 03 e 09) não possuíam o calendário de consulta afixado em local visível e em nenhuma das cinco USFs visitadas houve a participação da comunidade na elaboração desse calendário. Além dessas desconformidades, apesar de todas as unidades visitadas possuírem local para estocagem dos medicamentos, em quatro delas (USFs 03,05, 06 e 09) não havia controle de validade desses produtos.

Foi observado que nenhuma das cinco USFs possui local adequado para realização das atividades educativas destinados às gestantes. Por sua vez, as atividades educativas ocorrem de modo pontual e não envolve todo grupo de gestantes. Durante a consulta individual, a enfermeira dá as primeiras orientações. Geralmente acontecem uma vez por semana, no dia destinado ao atendimento das gestantes, quando as enfermeiras realizam uma conversa informal, passando mais algumas informações. As atividades educativas não são sistematizadas, ou seja, não é feito um planejamento de modo que todas as gestantes participem, assim como não há uma regularidade dos encontros com datas pré-definidas.

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

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

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

A gravidez e o parto não são doenças, mas muitas mulheres atualmente estão morrendo por essas duas causas. Estudos mostram que a possibilidade para a redução da



mortalidade materna não compete apenas ao desenvolvimento social e econômico, mas também em tornar do atendimento à gestante efetivo, acessível e disponível, uma vez que intervenções específicas de saúde reduzem a incidência e a gravidade de importantes complicações associadas à gravidez, ao parto e ao período pós-parto para as mães e seus bebês (*apud* SECLen-PALACIN, 2004).

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

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

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

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



CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR

4.1 Da gestora Sra. Adriana Severina de Souza, Secretária de Saúde do Município até setembro de 2010

A Sra. ADRIANA SEVERINA DE SOUZA, Secretária de Saúde do Município de Bodocó quando da realização da auditoria operacional, recebeu em 01 de setembro de 2011 o Ofício nº 623/2011 contendo cópia do relatório preliminar desta auditoria operacional⁶² e a solicitação para apresentação de defesa e comentários sobre os resultados apontados na respectiva auditoria (Cf. fls. 316).

Entretanto, nos autos deste processo, TC nº 1005678-6, não consta o apensamento da defesa da Sra. ADRIANA SEVERINA DE SOUZA, portanto, a Ex-secretária de Saúde deixou de atender o objeto do Ofício nº 623/2011, contrariando assim, o artigo 17 da Lei 12.600/2004 (Lei Orgânica do Tribunal de Contas).

No relatório preliminar é apontado que a Ex-secretária cometeu despesa indevida pelos pagamentos efetuados na íntegra a médicos que não cumpriram a jornada semanal estabelecida pela PNAB. Tal atitude administrativa feriu os artigos 62 e 63 da Lei nº 4.320/64, que estabelece que nenhuma despesa realizada pela administração pública pode ser paga sem estar liquidada. Ao não apresentar defesa a gestora deixa de evidenciar, por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Bodocó, a realização do desconto nos vencimentos dos médicos citados (Cf. fls. 266 a 268).

4.2 Da gestora Sra. Patrícia Cadeira Novaes, Secretária de Saúde do Município a partir de outubro de 2010

Em resposta a solicitação desta Corte de Contas, Sra. PATRICIA CADEIRA NOVAES emitiu defesa através do documento protocolado em 12/07/2011 (PETCE nº 55374/2011) e juntado aos autos (Cf. fls. 296 *usque* 315)⁶³. De início a gestora busca amenizar os números da taxa de mortalidade materna apresentada no relatório preliminar, que foram baseados nas fontes do MS. A defendente apresenta os números absolutos das ocorrências das mortes classificadas como maternas para justificar a sua tese. Porém, vale salientar que a referência é o uso de “taxa”⁶⁴ e o recomendado pela OPAS é de 20 casos de óbitos maternos em 100.000 nascidos vivos.

A Sra. PATRICIA CADEIRA NOVAES de forma introdutória disserta sobre a definição de ‘morte materna’ e sobre as principais causas desencadeantes do óbito materno. Com isto procura esclarecer as mortes ocorridas em 2007 e 2008 que foram registradas pelo MS. Após discorrer distintamente sobre as mortes ocorridas, afirma a gestora, que as mortes

⁶² Avaliação da Assistência à Saúde Materna na Unidade de Saúde da Família.

⁶³ Por meio do Ofício CCE Nº 609/2011, de 01 de junho de 2011 (fls.), foi encaminhada a versão preliminar deste relatório a Sra. PATRICIA CADEIRA NOVAES, Secretária de Saúde do Município de Bodocó nos exercícios de 2010 e 2011, e a solicitação para apresentação de defesa acerca dos resultados da Avaliação das Ações para Assistência à Saúde Materna. O ofício epigrafado foi recebido em 14 de junho de 2011.

⁶⁴ A definição de taxa de mortalidade materna é de fácil entendimento: o número de mulheres mortas durante o parto, considerando-se cada 100.000 nascimentos bem sucedidos.



registradas foram “... causas relacionadas ao risco inerente aos procedimentos executados, não se configurando como falhas de assistência.” (fls. 302).

Apesar da tentativa da gestora de esclarecer cada óbito, entretanto, verifica-se que estes ocorreram dentro dos critérios estabelecidos pelo MS para serem classificados como ‘morte materna’, ou seja, ocorreram entre o início da gestação até 42 dias após o parto e com os fatores relacionados com a gravidez. Entretanto, é importante destacar que não coube a equipe de auditoria averiguar os motivos dos óbitos, pois isto é de competência do MS investigá-los com base nas informações repassadas pelos municípios. Vale também salientar que, independente de números absolutos, é fático que o município de Bodocó possuía uma taxa considerada alta de mortalidade materna no período definido no estudo. O que levou a equipe de auditoria selecioná-lo entre os municípios da Região de Ouricuri que seriam analisados quanto a sua Assistência à Saúde Materna (Cf. fls. 227 deste processo).

É indispensável esclarecer que não houve citação por parte da equipe de auditoria que a Secretaria do Município **omitiu dados**, conforme alude a gestora (fls. 302). Quando é citado no relatório “o município de Bodocó tem histórico de taxas altas de mortalidade materna, por exemplo, em 2007 e 2008 corresponderam respectivamente a 303,9 e 164,5 casos de óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos” buscou-se apresentar a situação do município durante o período de 1999 a 2008 e a sua posição em relação aos outros da Região de Ouricuri e, portanto, não tendo nenhuma conotação de querer extrapolar a situação do município (Cf. fls. 226, 227 e 231).

A Sra. PATRICIA CADEIRA NOVAES afirma que o município nunca que se absteve de sua responsabilidade no cuidado das suas gestantes e que sempre busca a melhoria da qualidade no cuidado da mulher. Justifica a gestora que a redução da mortalidade materna “não é tarefa simples” devido a vários fatores envolvidos. Declara que através da análise dos principais indicadores da saúde materna verifica-se que o incremento no número de consultas no pré-natal e do melhor desempenho dos outros indicadores, porém sem citá-los, não refletiam num impacto positivo na razão da morte materna. Para a Secretária de Saúde é necessário uma articulação entre os diferentes níveis de atenção e sendo indispensável a hierarquização e a implementação de medidas recomendadas pelos programas de saúde materna (Cf. fls. 302).

Quanto ao número de consultas que a gestante deve receber, considera-se a declaração da gestora equivocada e contrária o que é proposto pelos Órgãos que promovem a melhoria da saúde materna. O total de consultas de pré-natal preconizado pela OMS não deve ser inferior a seis, **e qualquer número abaixo deste número é considerado como atendimento deficitário**. O percentual de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal é um indicador de qualidade da Assistência a Saúde Materna e que, portanto, um incremento contínuo neste indicador reflete positivamente.

É evidente que o número de consultas pré-natais não garante a qualidade do cuidado, sendo necessárias avaliações quanto à adequação dos procedimentos e das condutas. Mas é notório o conhecimento que a ida ao médico proporciona prevenção e identificação dos fatores de risco, o que é de ciência dos profissionais da saúde (Vide Apêndice A). Portanto, de forma direta, o número de consultas indica bom acesso para as gestantes⁶⁵.

⁶⁵ Silveira, D. S.; Santos, I. S.; Costa, J. S. D. **Atenção pré-natal na rede básica**: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 131-139, jan./fev. 2001.



Quanto ao subitem “3.1.1 Inadequação da classificação do risco gestacional” do relatório preliminar, a Sra. PATRICIA CADEIRA NOVAES concordou com a gravidade apresentada no relatório sobre a ausência e inadequação da classificação do risco gestacional adotada pelos profissionais das ESF’s quando da realização das consultas. Declara que foram realizadas antecipações ao que foi apontado no relatório preliminar sobre a ficha perinatal, pois os coordenadores da Atenção Básica promoveram em 04/01/2011 uma oficina de nivelamento com os médicos e enfermeiros das ESFs com o objetivo de apresentar e implementar o Protocolo de Pré-natal do município de Bodocó. A gestora se comprometeu a atender as quatro recomendações referentes ao subitem epigrafado (Cf. fls. 303).

Para o subitem do relatório preliminar “3.1.2 Deficiências no atendimento do pré-natal à gestante de risco” a Sra. PATRICIA CADEIRA NOVAES apresenta contestação quanto a não ter “controle interno efetivo da SMS sobre o atendimento às gestantes de risco durante o pré-natal.”, pois segundo a gestora, na atual gestão, de forma sistemática e não pontual, as onze ESF’s são monitoradas e avaliadas mensalmente pelos coordenadores dos Programas existentes no município. Em relação a contestação da gestora é preciso destacar que a auditoria foi feita antes da sua gestão.

É importante ressaltar que a classificação de risco gestacional precede um atendimento adequado a gestante de risco, como também, a preocupação com a gestante em relação ao risco gestacional deve ser contínua. Contudo, espera-se que a situação do controle interno tenha sido resolvida com as ações implementadas pela gestão municipal.

Ainda em relação subitem “3.1.2 Deficiências no atendimento do pré-natal à gestante de risco.”, a Secretária de Saúde esclarece que nas reuniões mensais é feito um diagnóstico da área de cada unidade de saúde e foram traçadas estratégias mais eficazes para a captação precoce das gestantes e como também, é construído o cronograma mensal das atividades educativas. A gestora reconhece que até então, não existiu distinção nas estratégias quanto ao risco gestacional, sendo a distinção feita apenas durante o atendimento individual.

Como visto nos parágrafos anteriores, a gestora em seus comentários concordou com a gravidade apresentada no relatório sobre o atendimento pré-natal dado pelos profissionais das ESF’s às gestantes de risco quando da realização das consultas. Como ação para resolver os problemas declara que foi realizada a implementação do Protocolo de Pré-natal no município a parti de 2011 e que ações realizadas a partir daquele ano já anteciparam as recomendações da equipe de auditoria. Diante do que foi exposto pela gestora espera-se que as ações realizadas possam ter refletido de forma positiva quanto ao atendimento pré-natal à gestante de risco.

Em relação ao tópico “3.2 Atendimento pré-natal realizado nas unidades de saúde da família”, a Sra. PATRICIA CADEIRA NOVAES argumenta que a qualidade das atividades, procedimentos e condutas do atendimento pré-natal não só depende do conhecimento técnico, mas também do suporte de diagnóstico garantido pelos exames complementares, por isto assegura a realização dos exigidos pelo MS e, portanto, os mesmos não necessitam mais de autorização junto à Central de marcação de exames. Entretanto, **se comprometia averiguar se os achados da auditoria** ainda persistiam mesmo depois da implementação do Protocolo de Pré-natal implantado a parti de 2011, mas não descartando a existência de falha quanto ao devido apontamento das informações nas fichas perinatais e prontuários, que são instrumentos de registro comprobatório da devida prestação de assistência ao pré-nata (Cf. fls. 304).

Ainda quanto o tópico 3.2, a gestora **aceitou as recomendações da equipe de auditoria** e informou que está utilizando um novo modelo de ficha pré-natal (Cf. fls. 307 a



309). Como também se comprometeu a aplicar procedimentos de controle e de responsabilização quanto ao descumprimento de qualquer procedimento, atividade ou conduta inerente à assistência do pré-natal por parte dos profissionais de saúde (recomendações do subitem “3.2.1 Ausência de informações no modelo de ficha perinatal adotado pela Secretaria de Saúde”).

Quanto ao subitem “3.2.2 Ausência de exames complementares no pré-natal preconizado pelo MS”, a gestora ratifica o empenho para que os exames sejam executados em 100% das gestantes, inclusive os de sorologia para hepatite B e toxoplasmose, exame de Coombs indireto, como também, a realização de pelo menos um exame de ultrassonografia obstétrica, apesar deste ser recomendado pelo MS apenas quando não for possível determinar a idade gestacional clinicamente.

Como visto, a gestora de forma *an passant* abordar os pontos criticados da prestação do serviço às gestantes quanto a realização da sorologia para Toxoplasmose (IgG e IgM), prevista para ser solicitada na primeira consulta do acompanhamento do pré-natal, e para Hepatite tipo B (HBsAg), essa recomendada para próximo da 30ª semana de gestação, como também do exame de Coombs indireto. Porém é importante ressaltar que outra sorologia, HIV (AIDS), apresentou deficiência de registro, pois 74% das fichas pré-natais analisadas não confirmavam a realização do exame, mas gestora não externou comentários sobre o achado.

Apesar da Sra. PATRICIA CADEIRA NOVAES admitir o empenho para a realização de pelo menos um exame de ultrassonografia obstétrica, o Governo Federal levou a garanti-lo através do Projeto Rede Cegonha devido a sua importância e que no caso de gestante com alto risco gestacional é garantido o exame de ultrassonografia obstétrica com Doppler. Antes a recomendação do MS era para ser apenas solicitado quando não fosse possível determinar a idade gestacional clinicamente, conforme afirmou a gestante.

É imperativo ressaltar que os exames complementares auxiliam a identificar alterações que a gestante e o feto possam ser acometidos. Portanto, ajudam a prevenir doenças tais como a diabetes gestacional e a hipertensão, que são fatores de risco. Logo, é necessário o acompanhamento continuado através das consultas e da realização dos exames a fim de prevenir e diagnosticar precocemente as várias patologias que podem afetar a gestação e o parto. Portanto, sem um registro adequado dos exames realizados não se pode ter um acompanhamento pré-natal adequado, conforme preconiza o MS, pois ocorre o risco dos exames ocorrerem de forma tardia e por conseguinte, expondo a gestante e o bebê ao risco de complicações de saúde. Espera-se que tal situação tenha sido sanada pela Secretaria de Saúde do Município de Bodocó.

Quanto à distribuição de medicamentos essenciais como sulfato ferroso, a Sra. PATRICIA CADEIRA NOVAES explica que a Central de Distribuição de Medicamentos assegurou que esse medicamento nunca faltasse ou ficasse em quantidade insuficiente para dispensação. Para comprovar a gestora demonstrou através de duas tabelas inseridas no corpo textual de sua defesa (fls. 304 e 305). A primeira demonstra a movimentação do medicamento nas unidades de saúde e seus respectivos estoques, mas a mesma não demonstra o período correspondente. Já a segunda, é relativa a movimentação do medicamento na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e seu respectivo estoque em setembro de 2010. A gestora explica que a CAF é a responsável pelo abastecimento de todas as farmácias das ESF's e alguns casos a dispensação é feita diretamente com usuários do SUS e que em setembro de 2010 não houve comprometimento no estoque de sulfato ferroso. A gestora declara que



depois do relatório preliminar deste Tribunal de Contas foi detectada a necessidade de desenvolver mecanismo que garantisse o acesso da população alvo ao medicamento.

Em vez da inserção das tabelas citadas no parágrafo anterior, a gestora deveria ter anexado cópias dos controles de entrada e de saída do referido medicamento, como por exemplo, as fichas de prateleiras que indicam os lotes, validade e as quantidades movimentadas dos medicamentos. Portanto, não há como considerar as informações contidas nas tabelas elaboradas pela defendente.

Quanto ao subitem “3.2.3 Ausência de procedimentos técnicos e condutas no exame clínico e obstétrico”, a Sra. PATRICIA CADEIRA NOVAES arguiu que as falhas nos procedimentos técnicos realizados durante o exame clínico obstétrico estavam superadas pelo aperfeiçoamento da técnica obtida através da prática uniformizada e padronizada a partir do protocolo adotado. Aproveita para esclarecer que as equipes ainda não tinham experiências quando da auditoria, pois fazia 30 dias que tinham tomado posse em suas funções e que a prática diária permitiria ações relevantes (Cf. fls. 310). Ao considerar o que foi arguido pelo gestor quanto a falta de experiências por parte das equipes, leva-se a entender que houve descuido por parte dos profissionais de saúde ao não registrar nas fichas pré-natais os exames complementares realizados por parte das gestantes que foram acompanhadas nas unidades de saúde do município. Como visto, observa-se que a gestora não abordou em profundidade os problemas relacionados no relatório preliminar. Mas **se comprometeu a atender as recomendações relativas ao achado**. O que deve ser conferido, quando do primeiro monitoramento a ser realizado por esta Corte de Contas.

Para explicar o tópico “3.3 Profissional médico de saúde da família” a gestora faz uma explanação sobre a prestação do serviço de saúde junto às suas unidades de saúde e a dificuldade de encontrar médicos que aceitem os valores ofertados e carga horária exigida pelo município. Mas informa que as suas 11 unidades estão sendo assistidas regularmente com médicos. Em sua opinião o implemento se devia ao aumento salarial e a realização do concurso público, além de uma política participativa entre os profissionais e a população empregada pela Secretaria de Saúde do Município. Por fim, informa que os problemas de assiduidade foram minimizados, pois foi adotado posicionamento de aplicação de falta aos profissionais ausentes na sua jornada e que os achados da auditoria estavam sendo sanados.

A Sra. PATRICIA CADEIRA NOVAES não comenta sobre o achado “3.3.2 Pagamento de médicos de unidades de saúde da família sem o cumprimento de carga horária integral” do relatório preliminar que trata dos pagamentos efetuados na íntegra a médicos de unidades de saúde da família que não cumpriram a carga horária integral estabelecida pela PNAB. O achado foi tratado no tópico anterior referente à Ex-secretária, Sra. ADRIANA SEVERINA DE SOUZA.

Quanto ao tópico “Estrutura da unidade de saúde da família”, Sra. PATRICIA CADEIRA NOVAES externou que uma das preocupações do município era a garantia da qualidade nos serviços do programa da saúde da família e por isto estava ciente que a estrutura física e um atendimento adequado às gestantes possibilitavam com facilidade chegar à qualidade preterida. A gestora também dá ciência do conhecimento do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde e que através dele estava buscando adequar as suas unidades. A gestora aproveita para informar que não se trabalha com improvisos no município, como citado no relatório preliminar.

A Sra. PATRICIA CADEIRA NOVAES aproveitou para retificar os nomes das unidades citadas no relatório preliminar, que no caso, seriam USF 06 - Antonio Leandro



Horas e USF 09 – Expedito Gomes Diniz, o que já foi modificado neste relatório consolidado. A gestora esclarece que as unidades citadas no relatório preliminar (Cf. fls. 269) são as que mais se aproximam das recomendações do MS, como demonstrou através de acervo fotográfico em sua defesa. Porém, frisa que os PSF 06 e 09 necessitam de significativos ajustes, mas em sua defesa a gestora não externa compromisso em adequá-las.

Pelo acervo fotográfico da defesa observa-se que as USF's 05 e 10 possuem estruturas físicas de residências que foram adaptadas (Cf. fls. 313 e 314), o que contraria a recomendação do MS. É importante frisar que as fotos da unidade USF 10 – Zacarias Pedrosa Luna não equivalem a unidade que foi visitada pela equipe de auditoria (Cf. fls. 314 e 393 respectivamente), o que possivelmente é resultado de mudança de aluguel. Na folha relativa a USF 03, onde se lê “RAMPA DE ACESSO” (Cf. fls. 313), na verdade é uma rampa que serve de acesso para garagem de veículos como foi memorizado no acervo da auditoria (Cf. fls. 393).

É *mister* esclarecer que além de boas condições físicas das UBS, é necessário que o município disponha de recursos humanos e de equipamentos compatíveis com as ações da Assistência Básica de Saúde. Pois, é imperativo ao município, enquanto copartícipe na prestação dos serviços da Estratégia Saúde da Família, oferecer às equipes de saúde da família instalações adequadas e equipadas, conforme as orientações do MS, além de garantir recursos financeiros compatíveis com os serviços prestados e sua devida aplicação.

Em suas considerações finais a Sra. PATRICIA CADEIRA NOVAES reconhece que as irregularidades apontadas na auditoria “... possivelmente configuram falhas”, mas que não suficientes para ensejar a obrigatoriedade de reparação ao Erário Municipal. Segundo a gestora todas as falhas apontadas no relatório de auditoria foram sanadas de modo imediato, exceto as que exigem medidas ao longo prazo. Por fim, o pedido da gestora é para que esta Corte de Contas acate as razões discorridas em sua defesa.

Diante do discorrido no parágrafo anterior, é importante ressaltar que o objeto da auditoria foi a avaliação das ações para a assistência à saúde materna oferecida nas USFs visitadas pela equipe de auditoria desta Corte de Contas, mesmo que se tenham sido apontados pagamentos remuneratórios indevidos a médicos. Portanto, considera-se que a leitura da gestora sobre o que foi apontado no relatório é equivocada, pois não se trata apenas de prejuízo ao Erário, mas de gestão deficiente.

4.3 Considerações finais

A Sra. ADRIANA SEVERINA DE SOUZA, Secretária de Saúde do Município quando da realização da auditoria operacional, não apresentou defesa deixando de atender o artigo 17 da Lei 12.600/2004. Por isto, mantém-se a recomendação para que a ordenadora de despesa devolva aos cofres públicos do município o valor de **R\$ 13.714, 28** (treze mil e setecentos e quatorze reais, e vinte oito centavos) pago indevidamente a médicos das USFs (Cf. fls. 267 e 268).

Recomenda-se ainda a aplicação de multa a Sra. ADRIANA SEVERINA DE SOUZA, ordenadora de despesa, pelo emprego do artigo 73 inciso III da Lei nº 12.600/2004, que estabelece que a Corte de Contas pode aplicar multas aos responsáveis por ato praticado com grave infração a norma legal. No caso, a ordenadora de despesa, por ter ferido os artigos 62 e



63 da Lei nº 4.320/64, que estabelece que nenhuma despesa realizada pela administração pública pode ser paga sem estar liquidada.

Quanto aos comentários elaborados pela Sra. PATRICIA CADEIRA NOVAES, gestora da Secretária de Saúde de Bodocó a parti de outubro de 2010, apesar das ações implementadas para atendimento das recomendações da auditoria (nova ficha perinatal e protocolo do pré-natal) é necessário a realização do monitoramento por parte desta Corte de Contas para o atesto da sanidade das desconformidades apontadas pela equipe de auditoria. Reitera-se que para um acompanhamento pré-natal ser considerado adequado é necessário que a equipe de saúde realize correta e uniformemente os procedimentos técnicos durante a consulta com a gestante, além de boas condições físicas e estruturais das UBS.

Assim, ficam mantidos neste relatório consolidado os resultados arguidos no relatório preliminar a fim de preservar o interesse público e atender os princípios que regem administração pública, mormente quanto à legalidade, transparência, economicidade e eficiência da coisa pública.

O gestor responsável pela Secretaria de Saúde do Município de Bodocó deverá elaborar o Plano de Ação que servirá de instrumento para realização do primeiro monitoramento. Ferramenta de acompanhamento das ações a serem implantadas para a correção das desconformidades relativas à Assistência à Saúde Materna nas Unidades de Saúde da Família.



CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO

A presente auditoria operacional foi planejada com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência ao pré-natal prestada pelas Unidades de Saúde da Família (USFs) do município de Bodocó, 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 a assistência pré-natal prestada pelas USFs foi organizado em quatro pontos: (i) Atendimento pré-natal à gestante de risco; (ii) Atendimento pré-natal realizado nas unidades de saúde da família; (iii) profissional médico de saúde da família; (iv) estrutura da unidade de saúde da família.

O primeiro ponto avaliado “atendimento pré-natal à gestante de risco” apresentou dois problemas que comprometem a qualidade das ações e serviços prestados pelo município. Foi constatada a inadequação da classificação do risco gestacional (baixo 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 no preenchimento dos instrumentos de registro dos procedimentos e condutas realizadas nas consultas do pré-natal (mais de 80% das fichas perinatais não apresentam o registro das intercorrências na gestação atual, das realizações de exames físicos e das evoluções do ganho ponderal e do crescimento fetal); deficiência na identificação precoce da gestante de risco pela equipe de saúde da família (55% gestantes de risco começaram o pré-natal após a 12ª semana); ausência de encaminhamento à unidade de referência de risco (apenas duas, entre as 20 gestantes de risco examinadas, possui o registro de encaminhamento); ausência de realização plena dos exames complementares (nenhuma das gestantes realizou a Sorologia para Hepatite B e Toxoplasmose); ausência de avaliação ultrassonografia (Entre as gestantes de risco com mais 34 semanas de gestação 05 tiveram menos de três avaliações e 03 não fizeram); ausência de exame de citologia oncótica (nenhuma das gestantes realizou o exame); e ausência de prescrição de sulfato ferroso (16 gestantes de risco, das 20 examinadas, não foi prescrito o sulfato ferroso).

O segundo ponto pesquisado “atendimento pré-natal realizado na unidade de saúde da família”, incluindo gestantes de risco e sem risco identificado, apontou 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 e, não apresentarem seu preenchimento por completo pelas equipes de saúde. Também foi verificada a ausência de exames complementares no pré-natal preconizado pelo MS: 78% das gestantes não fizeram os primeiros exames de Sumário de Urina, 34% de Glicemia de Jejum, e 10% de sorologia para Sífilis (VDRL); em média 88% das gestantes com trinta ou mais semanas de gestação não repetiram os exames citados anteriormente; nenhuma gestante realizou exames de Sorologia para Toxoplasmose (IgM) e para Hepatite B (HBsAG); e 74% não realizaram os exames de HIV (AIDS). Outro problema identificado foi ausência de procedimentos técnicos e condutas no exame clínico e obstétrico: 34% das gestantes realizaram menos de três ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF) do bebê; 48% das gestantes não fizeram avaliações ultrassonográficas; 12% das gestantes fizeram menos de três medições da altura uterina; 6% realizaram menos de três aferições da pressão arterial; 24% não fizeram a profilaxia para prevenção do tétano neonatal; 94% não realização o exame de citologia oncótica; e não foi prescrito o sulfato ferroso para 84% gestantes.

Outro ponto avaliado “profissional médico de saúde da família” evidenciou dois problemas que refletem a qualidade da assistência pré-natal promovida pelas USFs. Os médicos contratados para trabalharem nas equipes de saúde não cumprem a jornada de 40 horas semanais estabelecida pela Política Nacional de Atenção Básica, apresentando uma baixa assiduidade destes profissionais. Outro problema constatado foi o pagamento na íntegra de treze mil setecentos e quatorze reais e vinte oito centavos sem desconto dos 36 dias úteis (288 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 cinco USFs visitadas em relação ao preconizado pelo MS. Foi verificado que as três unidades visitadas não possuem acomodações e acesso físico adequados à pessoa idosa e com deficiência. Em duas USFs não foi encontrado o calendário de consulta afixado em local visível e, em nenhuma das cinco USFs visitadas houve a participação da comunidade na elaboração desse calendário. Em quatro unidades não há controle de validade dos medicamentos. Nenhuma das cinco USFs possui local adequado para realização das atividades educativas destinados às gestantes.

Foram apresentadas algumas constatações que influenciam sobre a qualidade da assistência pré-natal prestada pelas USFs do município de Bodocó. Vale ressaltar que a presente auditoria não pretende avaliar todas as ações e serviços ofertados pela rede pública de saúde para assistência materna. Existem outros fatores, identificados na fase do estudo de viabilidade, que impactam nos índices de mortalidade materna, como à assistência ao parto realizado em maternidades e hospitais públicos sob a gestão municipal e estadual, ou as ações e serviços voltados para o atendimento e acompanhamento da puérpera.

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



CAPÍTULO 6 – PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTO

Diante do exposto e visando contribuir para a melhoria do desempenho das Ações da Assistência à Saúde Materna nas Unidades de Saúde da Família do Município de Bodocó, propõe-se o encaminhamento das recomendações descritas no quadro 06 (Apêndice C) para a Secretaria de Saúde do referido município.

Ainda propor ao Conselheiro Relator para que:

1. Determine que a Secretaria de Saúde do Município de Bodocó:
 - 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 Bodocó;
 - 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\$ 13.714, 28** (treze mil e setecentos e quatorze reais, e vinte oito centavos), pago indevidamente aos médicos das USFs;
4. Estabeleça multa a Sra. ADRIANA SEVERINA DE SOUZA (Quadro 05 - Apêndice B) responsável por ferir os artigos 62 e 63 da Lei nº 4.320/64 (Institui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal), que estabelece que nenhuma despesa realizada pela administração pública pode ser paga sem estar liquidada⁶⁶.

Recife, 29 de dezembro de 2014.

Andre Augusto Viana

Técnico de Inspeção de Obras Públicas – Mat. 0252

Visto e aprovado:

João Antônio Robalinho Ferraz

Técnico de Auditoria das Contas Públicas – Mat. 1000
(Gerente da GEAP)

⁶⁶ Inciso III do Artigo 73 da Lei nº 12.600/2004, que dispõe sobre a Lei Orgânica do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (ato praticado com grave infração a norma legal).



REFERÊNCIAS

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

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

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

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 325/GM de 21 de fevereiro de 2008:** estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

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

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

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006:** aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006:** divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

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



_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Versão aprovada na reunião da Comissão Intergestores TRIPARTITE realizada em 18/03/04. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/redeblh/media/docfundador.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.394/GM de 19 de dezembro de 2003**: estabelece o pacto dos indicadores da atenção básica de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000 do Ministério da Saúde. <http://boasaude.uol.com.br/realce/emailorprint.cfm?id=12783&type=lib>. Acesso em: 10/01/2011.

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

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

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

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

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

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

SILVEIRA, D. S.; Santos, I. S.; Costa, J. S. D. **Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 131-139, jan./fev. 2001.



<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

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

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



APÊNDICE

Apêndice A – Fatores de Risco para a gravidez atual ⁶⁷

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 colagenoses);
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras).

4. Doença obstétrica na gravidez atual:

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

⁶⁷ 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 - Responsável

Quadro 05 – Dados pessoais do responsável

Nome	Função / Cargo	CPF	Estado Civil	Endereço
Sra. Adriana Severina de Souza	Gerente do Fundo Municipal de Saúde	771.882.411-49	Solteira	R- Jose Furtado Leite, nº 19, Centro, Bodocó – PE. CEP 56.220-000



Apêndice C

Quadro 06 - Achados e Recomendações

Item do Relatório	Tópicos
Inadequação da classificação do risco gestacional (Subitem 3.1.1)	Verificar periodicamente se a avaliação do risco gestacional está ocorrendo em todas as consultas realizadas durante o pré-natal, com o respectivo registro da classificação de risco referenciada pelo profissional de saúde na ficha perinatal e prontuário médico.
	Orientar os profissionais de saúde das USFs para que registrem nas fichas perinatais e prontuários médicos as condutas de encaminhamento das gestantes de risco para serviços de referência, conforme regulamentações do Ministério da Saúde.
	Intensificar o uso do formulário de Referência e Contrarreferência para o encaminhamento das gestantes de risco para serviços de referência.
	Implantar procedimentos de controle e responsabilização na assistência ao pré-natal e puerpério, quanto à ausência de registro documental inerente a gestante de risco, por parte dos profissionais de saúde responsáveis, conforme regulamentações do Ministério da Saúde.
Deficiência dos serviços e atendimentos do pré-natal às gestantes de risco (Subitem 3.1.2)	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.
	Implantar procedimentos de controle e responsabilização na assistência ao pré-natal e puerpério, quanto ao descumprimento de algum procedimento, atividade ou conduta inerente a gestante de risco, por parte dos profissionais de saúde responsáveis.
	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.



Item do Relatório	Tópicos
	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, assim como a realização de no mínimo três exames de ultrassonografia obstétrica com objetivo de trazer mais segurança à mulher durante o período gravídico.
Ausência de procedimentos técnicos e condutas no exame clínico e obstétrico (Subitem 3.2.3)	Implantar procedimentos de controle e responsabilização na assistência ao pré-natal e puerpério, quanto ao descumprimento de algum procedimento, atividade ou conduta inerente à gestante, por parte dos profissionais de saúde responsáveis.
	Fornecer para as USFs a quantidade de sulfato ferroso necessária para atender a todas as gestantes assistidas pelo município.
	Promover campanha municipal de conscientização da necessidade da realização do exame de citologia 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.



Apêndice D – Acervo Fotográfico

Figura 19 – Estrutura física da USF 05 Francisca Maria de Oliveira



Fonte: Fotos tiradas pela equipe de auditoria



Fonte: Fotos tiradas pela equipe de auditoria



Figura 20 – Estrutura física da USF 10 Zacarias Pedrosa Luna



Fonte: Fotos tiradas pela equipe de auditoria

Figura 21 – Estrutura física da USF 03 Berlamino Gonçalves Souza



Fonte: Fotos tiradas pela equipe de auditoria