

Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco – TCE/PE

**RELATÓRIO CONSOLIDADO
DE AUDITORIA OPERACIONAL
(PROCESSO TC N° 1006565-9)**

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

Prefeitura Municipal de Ipubi

Conselheiro Relator:

Carlos Porto

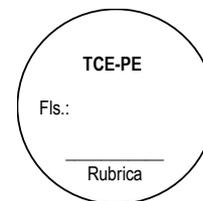
Equipe:

Andre Augusto Viana

João Antônio Robalinho Ferraz (coordenador)

Márcia Aparecida Pimentel Leal

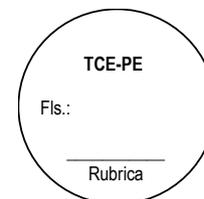
Recife, Novembro – 2014



Agradecimentos

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

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

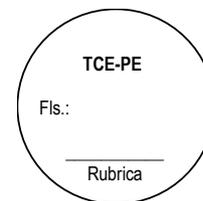
A presente auditoria foi aprovada por meio da formalização do processo de Auditoria Especial TC nº 1006565-9, tendo como relator o Conselheiro Carlos Porto.

O objeto desta auditoria operacional é a avaliação das ações para assistência à saúde materna realizadas nas Unidades de Saúde da Família (USFs) das regiões de saúde do Estado de Pernambuco onde apresentam os maiores índices de mortalidade materna. O principal objetivo desta auditoria foi avaliar a qualidade da assistência ao pré-natal prestada pela atenção básica do município de Ipubi, com foco na classificação de risco das gestantes e seus procedimentos, nos procedimentos e condutas 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 utilizadas como procedimento metodológico para coletar as informações que auxiliaram o processo de auditoria: pesquisa documental e bibliográfica, extração de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), entrevistas semi-estruturadas realizadas com enfermeiras das diversas equipes de saúde da família, e coleta de documentos e informações nas unidades de saúde da família e secretaria municipal de saúde. E como procedimentos de análise: estudo de legislação específica e relatórios gerenciais, análise de dados e séries históricas de informações colhidas do DATASUS, análise de registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e análises estatísticas.

Dessa maneira, visando contribuir para a melhoria das ações para a assistência pré-natal à gestante de risco promovida pelas unidades de saúde da família do município, foi recomendado à Secretaria Municipal de Saúde de Ipubi que: capacite os profissionais das equipes de saúde da família através de cursos para conscientização sobre a importância da assistência ao pré-natal e puerpério e do adequado preenchimento dos instrumentos de registro; adote ficha perinatal que possibilite o registro de informações sobre as condições biopsicossocio-culturais da gestante; garanta a realização plena dos exames complementares, das prescrições de medicamentos essenciais e da imunização antitetânica; avalie periodicamente o desempenho das equipes quanto à captação, recondução, acompanhamento e trabalho educativo junto à gestante e os procedimentos, atividades e condutas de acompanhamento do pré-natal conforme recomendações do MS e que implante procedimentos de controle e responsabilização, quanto ao descumprimento de algum procedimento, atividade, conduta ou por ausência de registro documental, por parte dos profissionais de saúde responsáveis.

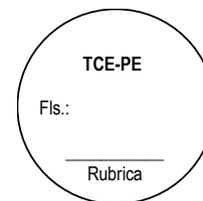


Quanto ao atendimento pré-natal realizado nas USFs, incluindo gestantes de risco e sem risco identificado, foi recomendado à Secretaria Municipal de Saúde de Ipubi que: reavalie o modelo da ficha perinatal adequando-a para que contenha as informações preconizadas pelo MS; acompanhe junto às equipes de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

Quanto aos profissionais de saúde da família, recomendou-se à Secretaria Municipal de Saúde de Ipubi que assegure o cumprimento da carga-horária estabelecida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Também foi recomendado ao ordenador de despesas da referida secretaria a devolução de R\$ RS 12.190,46 (doze mil cento e noventa reais e quarenta e seis 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.

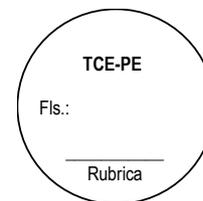
Por último, quanto à estrutura disponibilizada pelas USFs foi recomendado que à Secretaria Municipal de Saúde de Ipubi promova a adequação da estrutura física das unidades conforme orientações do MS para que seja acessível a todos e realize o planejamento e a sistematização das atividades educativas.

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



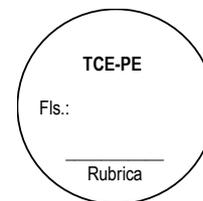
LISTA DE SIGLAS

ANOP:	Auditoria de Natureza Operacional
AOP:	Auditoria Operacional
AU:	Altura Uterina
BCF:	Batimentos Cardíacos Fetais
BDPA:	Boletim Diário de Produção Ambulatorial
CCE:	Coordenaria de Controle Externo
CEEMM-PE:	Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna de Pernambuco
CMM:	Coefficientes 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



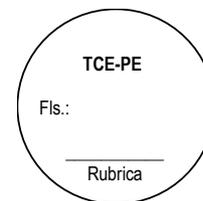
LISTA DE FIGURAS

	Pg.
Figura 01: Evolução do Coeficiente de Mortalidade Materna: Macrorregiões do Brasil – 1996-2007	13
Figura 02: Evolução do Coeficiente de Mortalidade Materna por região de saúde de PE – 1999-2007	16
Figura 03: Fluxograma da assistência à saúde materna	19
Figura 04: Escore de risco gestacional x Doenças obstétricas atuais	28
Figura 05: Escore de risco gestacional x Intercorrências clínicas crônicas	29
Figura 06: Escore de risco gestacional x Histórico reprodutivo	29
Figura 07: Evolução anual das consultas pré-natal no SUS (em milhões): Brasil 2003-2009	45
Figura 08: Campos sem preenchimento da Ficha Perinatal	46
Figura 09: Exames complementares realizados pelas USFs visitadas	48
Figura 10: Aferição dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF) realizada pelas USFs visitadas	50
Figura 11: Avaliação ultrassonográfica realizada pelas USFs visitadas	50
Figura 12: Medição da altura uterina realizada pelas USFs visitadas	51
Figura 13: Aferição da pressão arterial realizada pelas USFs visitadas	52
Figura 14: Prescrição do sulfato ferroso pelas USFs visitadas	53
Figura 15: Vacina antitetânica realizada pelas USFs visitadas	53
Figura 16: Estrutura física da USF Poço Verde (sala de espera)	60
Figura 17: Estrutura física da USF Centro (sala de espera)	61
Figura 18: Estrutura física da USF Jardim Rocha (sala de espera)	61



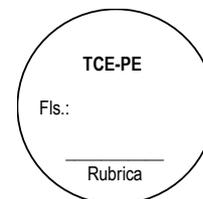
LISTA DE QUADROS

	Pg.
Quadro 01: Frequência de anos com ocorrência de óbitos maternos: período 1999 a 2008	16
Quadro 02: Universo da amostragem por USF	22
Quadro 03: Avaliação da assiduidade mensal dos médicos de Ipubi: set/2010	55
Quadro 04: Demonstrativo de débito por médico	58
Quadro 05: Dados pessoais do responsável	75
Quadro 06: Achados e Recomendações	76



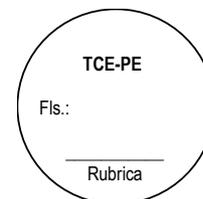
LISTA DE TABELAS

	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	26
Tabela 03: Classificação de risco gestacional a partir das USFs	27
Tabela 04: Grau de Risco Gestacional	27
Tabela 05: Consolidação do Escore de risco gestacional por Fatores de Risco	30
Tabela 06: Idade gestacional na 1ª consulta	35
Tabela 07: Tipo de gestação x Período da 1ª consulta	35
Tabela 08: Tipo de gestação x Classificação de risco x Encaminhamento	36
Tabela 09: Classificação de risco x Encaminhamento de risco	37
Tabela 10: Tipo de gestação x Exames complementares	39
Tabela 11: Tipo de gestação x Avaliação Ultrassonográfica	41
Tabela 12: Tipo de gestação x Exame de citologia oncótica	43



Sumário

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	10
1.1 Antecedentes.....	10
1.2 Identificação do objeto da auditoria.....	10
1.3 Objetivo e escopo da auditoria.....	11
1.4 Critérios para avaliação	11
1.5 Procedimentos metodológicos	11
CAPÍTULO 2 – VISÃO GERAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA	13
2.1 Relevância do tema	13
2.2 Comportamento epidemiológico do Coeficiente de Mortalidade Materna em Pernambuco	15
2.3 Legislação e Normas Técnicas.....	17
2.4 Lógica da assistência à saúde materna.....	18
CAPÍTULO 3 – RESULTADOS DA AUDITORIA	21
3.1 Atendimento pré-natal à gestante de risco.....	21
3.1.1 Inadequação da classificação do risco gestacional	22
3.1.2 Deficiências no atendimento do pré-natal à gestante de risco.....	32
3.2 Atendimento pré-natal realizado nas unidades de saúde da família	45
3.2.1 Ausência de informações no modelo de ficha perinatal adotado pela Secretaria de Saúde.....	46
3.2.2 Ausência de exames complementares no pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde	48
3.2.3 Ausência de procedimentos técnicos e condutas no exame clínico e obstétrico	49
3.3 Profissional médico de saúde da família	54
3.3.1 Baixa assiduidade dos médicos das unidades de saúde da família.....	54
3.3.2 Pagamento de médicos de unidades de saúde da família sem o cumprimento de carga horária integral	57
3.4 Estrutura da unidade de saúde da família	59
3.4.1 Estrutura física inadequada para o atendimento da população	59
CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR	63
CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO.....	68
CAPÍTULO 6 – PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTO	70
REFERÊNCIAS	71
APÊNDICE	74
APÊNDICE A – FATORES DE RISCO PARA A GRAVIDEZ ATUAL	74
APÊNDICE B	75
APÊNDICE C	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 básica¹ e o acompanhamento pré-natal adequados às mulheres.

Tendo em vista o Termo de Designação de Auditoria (TDA) nº 11/2010, de 26/10/2010, foi determinada a realização de auditoria de natureza operacional para avaliação das ações de assistência pré-natal promovidas pelas Unidades de Saúde da Família (USFs) no Município de Ipubi. Para tanto, foi formalizado processo de Auditoria Especial sob o número TC nº 1006565-9, cujo relator é o Conselheiro Carlos Porto, com foco nas ações de assistência pré-natal executadas pelas equipes de saúde da família, gerenciadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Ipubi.

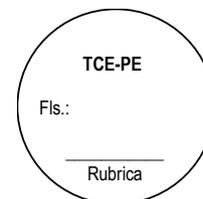
O presente trabalho trata dos resultados da auditoria operacional, na modalidade Avaliação de Programa, realizada, aplicando técnicas, procedimentos e metodologias específicas desenvolvidas neste Tribunal sob a denominação Auditoria Operacional (AOP)².

1.2 Identificação do objeto da auditoria

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

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

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



1.3 Objetivo e escopo da auditoria

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

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

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

1.4 Critérios para avaliação

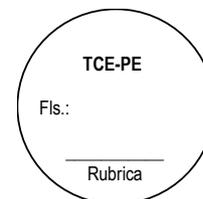
Foram adotados como referencial para avaliação da assistência ao pré-natal os protocolos estabelecidos pelo “Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério” do MS, quanto aos exames e procedimentos a serem realizados pela atenção básica (BRASIL, 2005, 2006c). Também foram utilizados os fatores estabelecidos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

1.5 Procedimentos metodológicos

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

Procedimentos de coleta

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



- Coleta de informações nas USFs do município de Ipubi, 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 Ipubi possui 11 unidades de saúde da família cadastradas no CNES³. Foram selecionadas de forma aleatória quatro unidades localizadas na zona urbana e uma na zona rural do município para aplicação dos questionários e coleta de documentos sobre assistência pré-natal. Dentre as USFs selecionadas uma delas - USF Jardim Siqueira - estava em reforma e a equipe de saúde da família (exceto o médico) estava atendendo temporariamente no mesmo local da USF Jardim Rocha. Abaixo apresentamos as unidades visitadas pela equipe de auditoria:

- USF – Centro
- USF – Jardim Rocha
- USF – Jardim Siqueira
- USF – Poço Verde
- USF – Torre

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



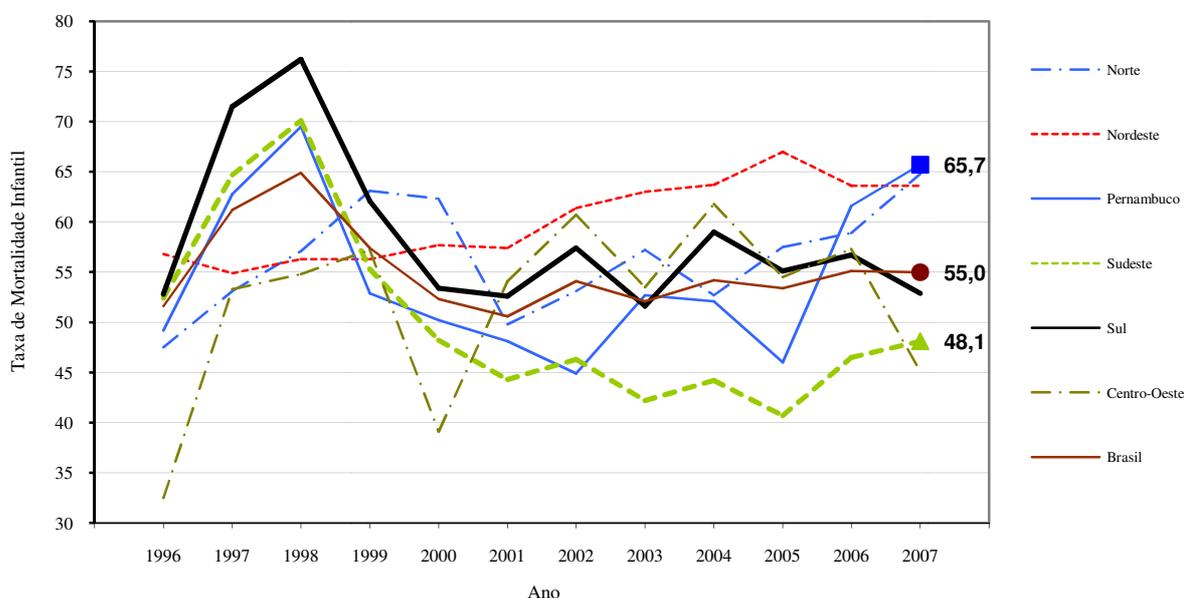
CAPÍTULO 2 – VISÃO GERAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA

2.1 Relevância do tema

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

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

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



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

Aliado a este contexto, observa-se uma crescente preocupação em relação à saúde materna não só dos órgãos nacionais, mas também dos internacionais. A Declaração do Milênio das Nações Unidas, aprovada pelos países membros do Programa das Nações Unidas

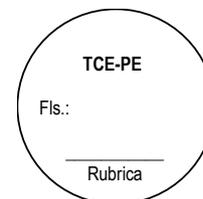
⁴ Não foi aplicado o fator de correção de 1,41 para o cálculo do coeficiente de mortalidade de 2005 do Brasil. Este fator tem como objetivo diminuir o impacto da subinformação dos óbitos maternos, estimando valores próximos à realidade.

⁵ Base de dados extraída do DATASUS em 14/10/2010:

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

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

<http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/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 PNUD⁷:

Complicações na gravidez ou no parto matam mais de meio milhão de mulheres por ano e cerca de 10 milhões ficam com sequelas. Uma em cada 16 mulheres morre durante o parto na África Subsaariana. O risco é de uma para cada 3.800 em países industrializados. Existem sinais de progresso mesmo em áreas mais críticas, com mais mulheres em idade reprodutiva ganhando acesso a cuidados pré-natais e pós-natais prestados por profissionais de saúde. Os maiores progressos verificados são em países de renda média, como o Brasil.

[...]

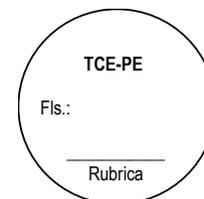
Segundo o Relatório Nacional de Acompanhando dos ODMs do governo, houve uma redução de 12,7% na mortalidade materna entre 1997 (61,2 óbitos para 100 mil nascidos) e 2005 (54,3 óbitos para 100 mil nascidos), mas o próprio relatório admite que há subnotificações. Nas regiões Norte e Sudeste houve redução da mortalidade materna, mas ela aumentou no Nordeste, no Centro-Oeste e no Sul no país, segundo o UNICEF.

A ocorrência de óbito materno é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos. Os índices de mortalidade materna nos países em desenvolvimento são preocupantes. Um estudo realizado por organismos internacionais estimou que em 2005 aproximadamente 536 mil mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Constatou-se que apenas 15% delas viviam em países desenvolvidos. Essa disparidade entre países desenvolvidos e em desenvolvimento é encontrada no continente americano. O Canadá e Estados Unidos apresentam valores inferiores a 11 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos, já países como Bolívia e Peru chegam a mais de 200 óbitos e Haiti, 670 óbitos maternos. Cerca de 15 mil mulheres morrem por ano em toda a América devido a complicações na gravidez, no parto ou no puerpério⁸. A maioria dos óbitos poderia ser evitada se as condições locais de saúde fossem semelhantes às dos países desenvolvidos. Em alguns países com situação econômica desfavorável (como Cuba e Costa Rica), os coeficientes de mortalidade materna são inferiores, demonstrando que a decisão política influencia sobre os índices de morte materna (BRASIL, 2009).

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

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

⁸ É o período cronologicamente variável, de âmbito impreciso, durante o qual se desenrolam todas as manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna havidas após o parto. Há, contemporaneamente, importantes modificações gerais. Que perduram até o retorno do organismo às condições vigentes antes da prenhez. A relevância e a extensão desses processos são proporcionais ao vulto das transformações gestativas experimentadas e diretamente subordinadas à duração da gravidez. Por via-de-regra, completa-se a involução puerperal no prazo de seis semanas, embora seja hábito dividir o período que se sucede ao parto em: pós-parto imetiático (do 1º ao 10º dia); pós-parto tardio ((do 10º ao 45º dia); e pós-parto remoto (além do 45º dia. (REZENDE, Jorge; MONTENEGRO, Carlos A. Barbosa. *Obstetrícia Fundamental*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1991).



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

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

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

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

2.2 Comportamento epidemiológico do Coeficiente de Mortalidade Materna em Pernambuco

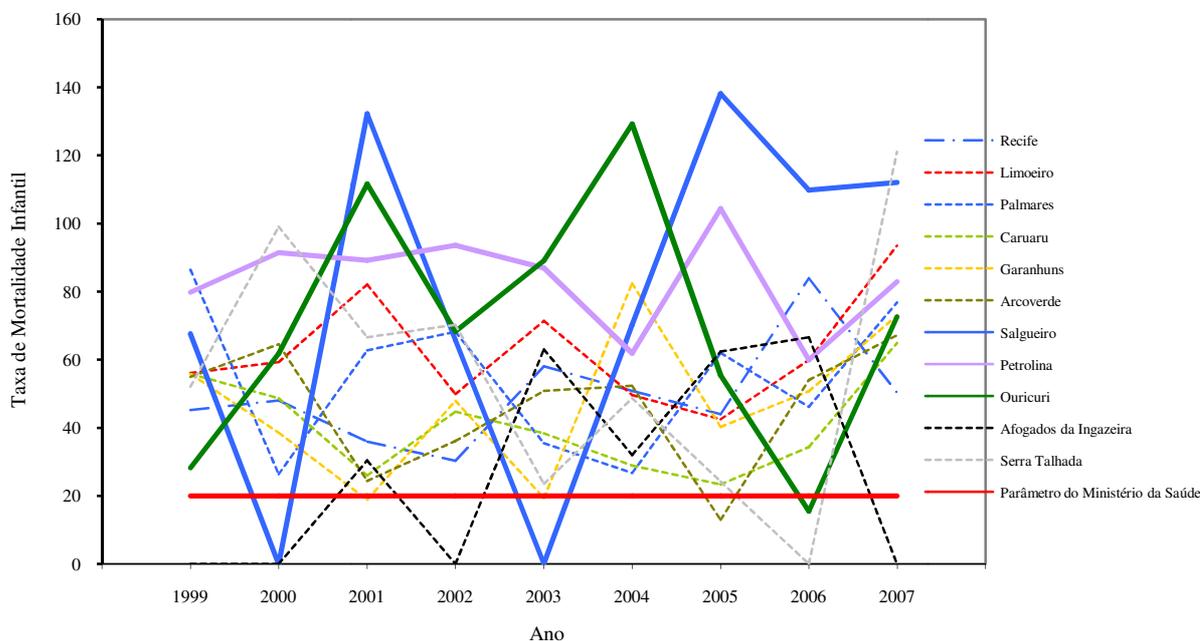
Para seleção das Regiões de Saúde de Pernambuco avaliadas foi examinado o comportamento da série história do CMM de cada região de saúde¹⁰ do Estado entre 1999 e 2007. As Regiões de Petrolina, Salgueiro e Ouricuri se destacam pelos altos índices de mortalidade comparados com as demais regiões de Pernambuco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

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

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



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



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

As secretarias municipais de saúde coletam as 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.

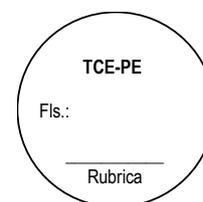
2.3 Legislação e Normas Técnicas

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 Ipubi:

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

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

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



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

2.4 Lógica da assistência à saúde materna

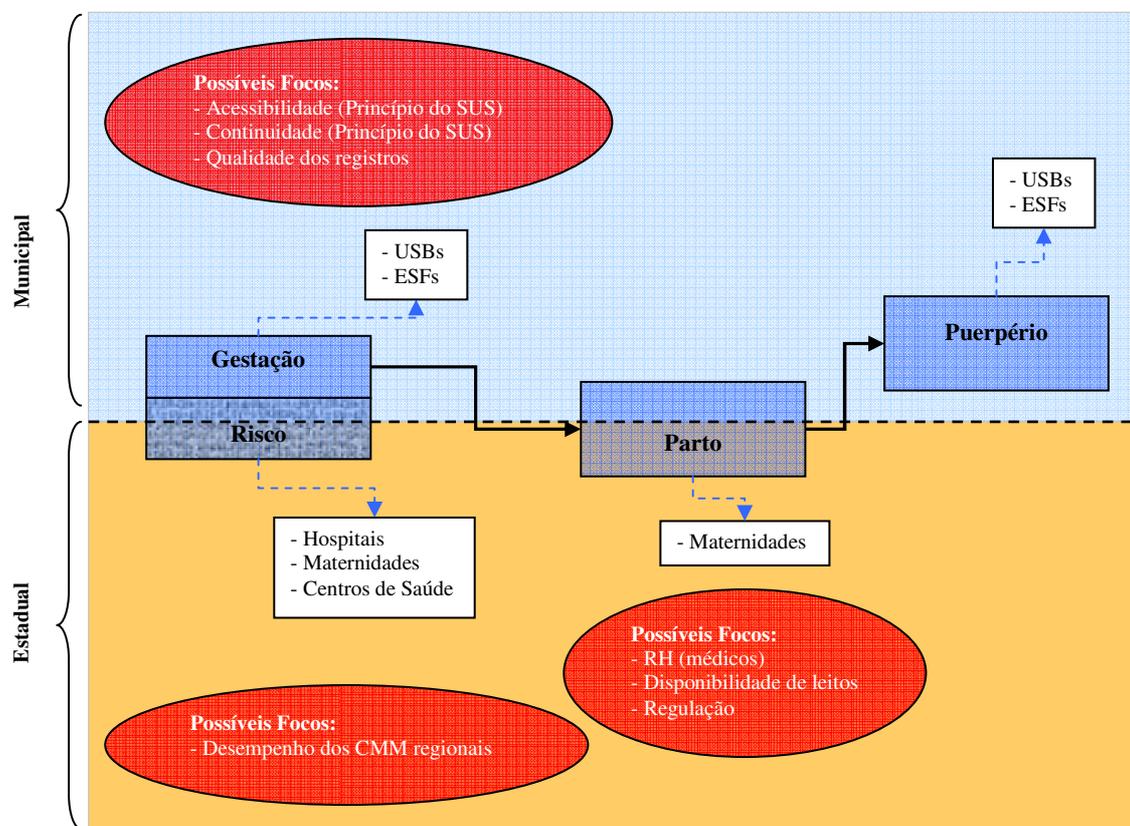
A responsabilidade pela assistência materna (pré-natal e puerperal) perpassa por unidades básicas de saúde e hospitalares de responsabilidade municipal e estadual, e deve incluir ações de promoção e prevenção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado. Os estados e municípios necessitam dispor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



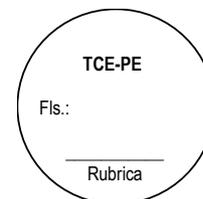
As ações para assistência à saúde materna promovidas pela rede pública de saúde podem ser representadas por um fluxo de atividades sob a responsabilidade das unidades da esfera estadual e municipal. O ciclo da assistência se divide em três fases distintas: (i) gestação, (ii) parto, e (iii) puerpério.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

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

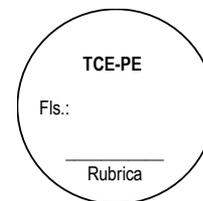
Figura 03 – Fluxograma da assistência à saúde materna



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



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



CAPÍTULO 3 – RESULTADOS DA AUDITORIA

3.1 Atendimento pré-natal à gestante de risco

Este capítulo remete-se aos achados da avaliação sobre a adequação do atendimento pré-natal à gestante de risco, tendo como referência o nível de risco gestacional identificado e o atendimento despendido durante as consultas do pré-natal pela equipe de saúde da família, conforme os apontamentos constantes nas fichas perinatais¹⁶, prontuários, entre outros documentos, utilizados pelas Unidades da Saúde da Família (USFs) do Município de Ipubi.

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 de risco demandam uma atenção mais aprimorada, pois se encontram em situação desfavorável 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 vem 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-fetal.

Segundo informações do MS, o município de Ipubi tem histórico de taxas altas de mortalidade materna, por exemplo, em 2008 correspondeu a 170,7 casos de óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos, quando o recomendado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) é de 20 casos.¹⁷ Ainda segundo informações do MS pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em 2009, apenas 49,3% das crianças nascidas vivas corresponderam a gestantes que tiveram sete ou mais consultas pré-natais.¹⁸

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

Com base nas informações concedidas pelas profissionais de saúde sobre o grau de risco das gestantes, a documentação foi agrupada em dois tipos de gestação: 14 (28%) normais¹⁹ e 36 (72%) de risco²⁰. Esta classificação foi adotada devido à falta de informação sobre a qualidade da classificação de risco gestacional adotada nos USFs. Para a análise da adequação da assistência do pré-natal à gestante de risco foi utilizada apenas a documentação referente às 36 gestantes como foi consolidado no quadro a seguir.

¹⁶ Instrumento para o registro dos dados obtidos em cada consulta, para uso dos profissionais de saúde da unidade. Deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério, segundo a Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000 do Ministério da Saúde.

¹⁷ A taxa de mortalidade materna possui um comportamento de flutuações de elevações e quedas, contudo ela deve ter uma linha de tendência de queda lise.

¹⁸ Disponível em: <http://www.portalodm.com.br/relatorios/5-melhorar-a-saude-das-gestantes/pe/ipubi>. Acesso em: 28/01/2011.

¹⁹ Sem risco gestacional.

²⁰ Com risco gestacional.



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.

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 – Centro	25	15	0	0	10	67	Andréia Manoele Henrique Geovanesca D. Apolinário Modesto	8.844
USF - Poço Verde	19	35	6	32	4	11		9.097
USF - Torre	5	10	0	0	10	100	Ysmário de Andrade	204.996
USF – Jardim Rocha	15	9	4	27	8	89	Alessandra Arraes Sampaio Vanúzia Maria Simão Damascena	116.243
USF – Jardim Siqueira	27	3	4	15	4	133 (*)		9.026
TOTAL	91	72	14	15	36	50		

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

(*) Inconsistência entre a informação do profissional de saúde com os dados da documentação analisada.

3.1.1 Inadequação da classificação do risco gestacional

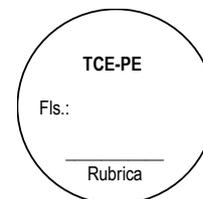
Os resultados obtidos na análise documental refletem a inadequação da classificação do risco gestacional (baixo, médio ou alto) adotada pelos profissionais da equipe de saúde, quando da primeira consulta e nas demais. As evidências demonstram casos de ausência e de deficiência no registro dos fatores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

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

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



[...]

3.11 Classificação de risco gestacional e detecção de problemas, a serem realizadas na primeira consulta e nas subsequentes (grifo nosso);²²

[...]

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

- **CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DESFAVORÁVEIS:** São apresentadas as características individuais, as condições sociais, fatores que têm relações com o estresse e o suporte social da história afetiva prévia e atual a que estão submetidas as gestantes de risco;
- **HISTÓRICO REPRODUTIVO ANTERIOR:** São apontadas as evoluções dos partos anteriores e analisadas, pois a evolução da gestação anterior poderá repetir-se na gestação atual, portanto é investigado o histórico reprodutivo da mãe, como por exemplo: idade da menarca, número de filhos, paridade e idade da mãe, ocorrências de aborto habitual ou de natimorto;
- **INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS CRÔNICAS:** É investigado se a gestante possui cardiopatias, pneumopatias, endocrinopatias, hipertensão arterial, doenças infecciosas, etc., pois muitas vezes a realização de exames simples pode prevenir complicações para a grávida e para o recém-nascido. Por vezes, as mulheres correm riscos por não saber que possuem pressão alta (hipertensão arterial) ou diabetes (endocrinopatia), por exemplo. É importante ressaltar que as principais causas da mortalidade materna no Brasil são a hipertensão arterial, a hemorragia, infecção puerperal e as complicações decorrentes do aborto e que a morte materna obstétrica indireta²³ 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;²⁴
- **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 direta²⁵ 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.²⁶ O detalhamento de cada grupo de risco se encontra no Apêndice A.

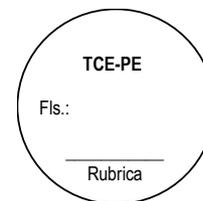
²² *Ibid.*, p. 11.

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

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

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

²⁶ 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.



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 referência²⁷.

A avaliação sobre a adequação da classificação do nível de risco gestacional adotada pelo profissional de saúde durante a primeira consulta e nas consequentes do pré-natal 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.* Esse método foi adaptado e utilizado previamente no Brasil por Barros *et al.*²⁸ O escore de referência classifica o risco de acordo com informações sobre a história reprodutiva prévia, antropometria²⁹ materna e situação socioeconômica 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).

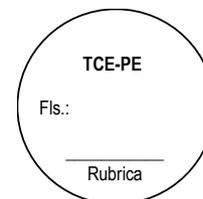
Características maternas	escore
Idade	
20-29	0
30-34	1
acima de 35	2
Paridade	
1-2	0
0-3	1
mais de 4	2
Renda familiar	
mais de 6 SM	0
3,1-6 SM	1
menos de 3 SM	2
História reprodutiva	
aborto	4
morte neonatal	4
natimorto	4
baixo peso ao nascer	2
História de diabete	4
Altura materna < de 150cm	1
Fumo na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

Fonte: Barros *et al.* (1985)

²⁷ Ministério da Saúde *op cit.*, p. 24.

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

²⁹ 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).



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.³⁰

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 referência³¹ receberam pontuação igual a 4.³² Para a falta de informação nos documentos 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*.

³⁰ Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual Técnico: GESTAÇÃO DE ALTO RISCO, 3ª Ed.. BRASÍLIA – DF, 2000, p. 13.

³¹ As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores previsíveis que demandem intervenções mais complexas devem ser necessariamente referenciadas, podendo, contudo, retornar ao nível primário, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada.

³² ALVIM, Denise dos Anjos Buker; BASSOTO, Teresa Raquel de Paiva; MARQUES, Genaine 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.



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 auto-imunes, Ginecopatias	
Infecção urinária	2
Nenhuma	0
Não Informado	1
4. Doença obstétrica na gravidez atual:	
Características maternas	Escore
Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico, Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada, Ganho ponderal inadequado, Pré-eclâmpsia/eclâmpsia, Diabete gestacional, Amniorrexe prematura, Hemorragias da gestação, Isoimunização, Óbito fetal, Hipertensão gestacional, Hematoma Retroplacentário, Placenta Prévia Marginal	4
Gestação múltipla, Glicemia, Infecção Urinária, Tireóide, Manobras abortivas, RX, Contato com DIC	2
Nenhuma	0
Não informado	1

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



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

Entre as 36 fichas perinatais coletadas referentes à gestação de risco foram observadas que nove (25%) estavam sem o registro do grau de risco gestacional. É importante ressaltar que a identificação da documentação referente à gestante de risco foi feita através da seleção realizada pelas profissionais de saúde entrevistadas. A ficha perinatal adotada pelo município possui as opções “atendimento pré-natal de alto risco” e “classificação de risco”. No entanto, algumas fichas foram identificadas pelos profissionais de saúde, no momento da auditoria, como referentes às gestantes de risco mesmo não existindo o registro do grau de risco gestacional.

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

Tabela 03 – Classificação de risco gestacional a partir das USFs

Classificação de risco	Freq.	%
Baixo	13	36,11%
Moderado	4	11,11%
Alto	10	27,78%
Não Informado	9	25,00%
TOTAL OBS.	36	100%

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir dos questionários.

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 pela equipe de auditoria, como pode ser visto na tabela 04, classificou uma gestante de baixo risco, 21 gestantes como risco de grau médio e as outras 14 gestantes como de alto risco³³.

Tabela 04 – Grau de Risco Gestacional

Escore	Freq.	%
Menos de 3 (baixo risco)	1	2,8%
De 3 a 7 (médio risco)	21	58,3%
Mais de 7 (alto risco)	14	38,9%
TOTAL	36	100%

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

Obs.: O menor valor encontrado entre as oito gestantes foi 2 (uma apresentou escore 2), e o maior calculado foi 15 (outra gestante com escore 15).

A gestante classificada como de “baixo risco”, pelo escore de risco adotado, teve como fato influenciador a não existência de informação sobre a renda familiar devido à falta de campo para o registro na ficha perinatal. É importante informar que a ficha perinatal da gestante não possuía registro de fatores de risco referentes à gestação atual e a anteriores, ou

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



mesmo, de antecedentes de doenças. Essa gestação foi classificada pelo profissional de saúde como de “moderado risco”.

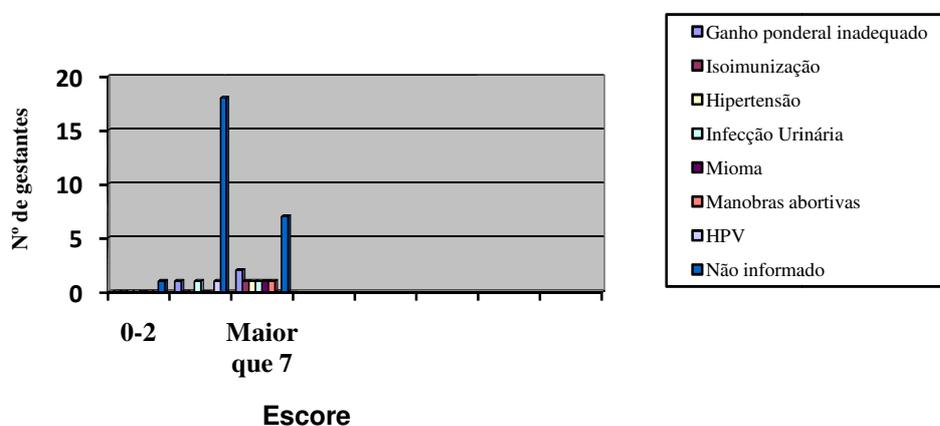
Quanto às consideradas de “baixo risco” pelos profissionais de saúde (vide tabela 03), observou-se que duas delas tiveram classificação como de “alto risco” pelo escore aplicado pela equipe de auditoria, em decorrência da existência de registros de fatores de risco referentes à gestação atual e a anteriores, ou mesmo de antecedentes de doenças³⁴, e 11 tiveram classificação como de “médio risco”, por possuírem fatores relativos às características individuais e sociais.

O que mais influenciou o resultado para “médio risco” no escore adotado foi o baixo registro da identificação dos fatores de risco referentes à doença obstétrica na gravidez atual, intercorrências clínicas crônicas e histórico reprodutivo anterior, que apresentam as maiores pontuações no escore adotado.³⁵ Assim, com as informações contidas na documentação analisada, subentende-se que a maioria das gestantes consideradas de risco não teve intercorrências desses fatores ou então, que houve subnotificação (baixo registro).

Na análise dos resultados observou-se que:

- 72,2% das fichas perinatais e prontuários não tinham registro referente à doença obstétrica na gravidez atual;

Figura 04 - Escore de risco gestacional x Doenças obstétricas atuais



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

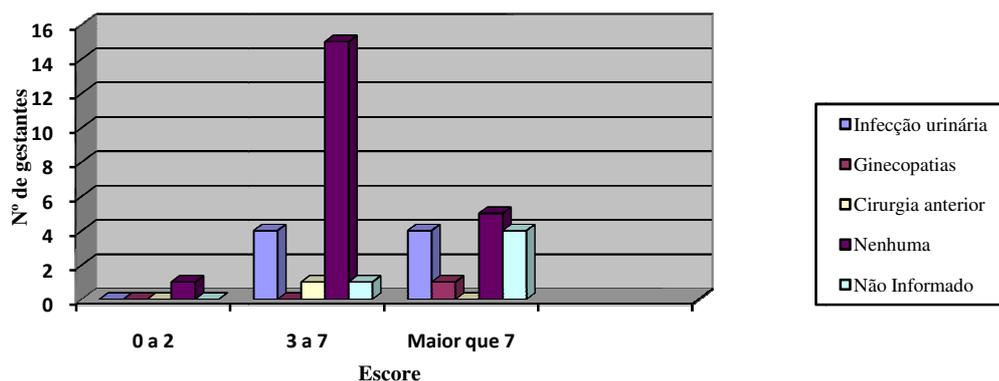
³⁴ Uma gestante possuía histórico de aborto em gestação anterior e a outra apresentava infecção urinária durante a atual gravidez e ausência de registro na ficha perinatal (campo em branco) sobre doenças antecedentes a gestação.

³⁵ Essas três variáveis explicam 73,3% do escore de risco gestacional (Coeficiente de correlação múltipla: R=0,86).



- 58,3% das fichas perinatais registram “nenhuma” intercorrências clínicas crônicas;

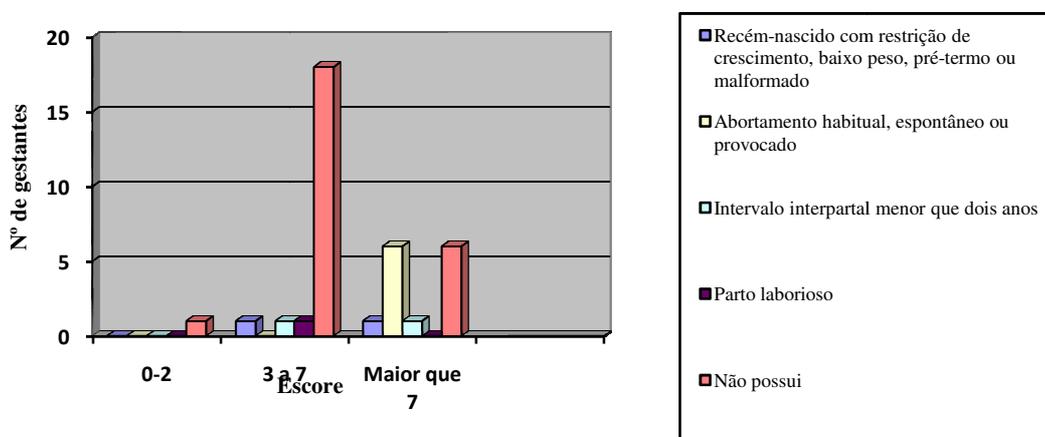
Figura 05 - Escore de risco gestacional x Intercorrências clínicas crônicas



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

- 69,4% das gestantes de risco não possuíam histórico reprodutivo anterior;

Figura 06 - Escore de risco gestacional x Histórico reprodutivo



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

Confrontando a classificação registrada nas fichas perinatais como de “moderado risco” (quatro – vide tabela 03) com a classificação do escore de risco gestacional aplicado



pela equipe de auditoria, observa-se que três gestantes de risco foram classificadas pelo escore como de “alto risco” e uma como de baixo risco, como já foi relatado em parágrafo anterior. O que influenciou a classificação como de “alto risco” foi a identificação dos fatores de risco referentes à doença obstétrica na gravidez atual, intercorrências clínicas crônicas e histórico reprodutivo anterior, que apresentam as maiores pontuações no escore adotado pela equipe de auditoria.

Quanto às 14 gestantes classificadas como de “alto risco” pelo escore aplicado pela equipe de auditoria (vide tabela 04), observou-se que quatro coincidem com a classificação estabelecida pelos profissionais de saúde das USFs de Ipubi como de “alto risco” nas fichas perinatais, três estavam classificadas como de “moderado risco”, duas como de “baixo risco”, e cinco não tinham classificação.

Entre as nove fichas sem identificação do grau de risco gestacional (vide tabela 03), cinco gestantes deveriam ter sido classificadas como de “alto risco” a partir do escore aplicado pela equipe. Os registros na documentação analisada evidenciaram que as gestantes possuíam fatores de risco referentes à doença obstétrica na gravidez atual, intercorrências clínicas crônicas e histórico reprodutivo anterior.

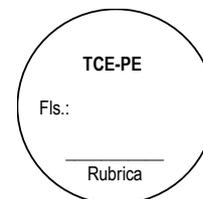
Na tabela 05 a abaixo, estão consolidados os fatores de risco significativos, por gestante de risco, encontrados na documentação analisada com o respectivo escore do risco gestacional:

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

Escore de risco gestacional	Histórico reprodutivo	Intercorrências crônicas	Doenças obstétricas atuais
2 gestantes M = 8,00	Recém-nascido com restrição de crescimento, baixo peso, pré-termo ou malformado (2 gestantes)	Cirurgia (1 gestante) Nenhuma (1 gestante)	Hipertensão (1 gestantes) Não informado (1 gestante)
6 gestantes m = 10,67	Abortamento habitual, espontâneo ou provocado (6 gestantes)	Nenhuma (3 gestantes) Não Informado (2 gestantes) Infecção urinária (1 gestantes)	Não informado (5 gestantes) Manobras abortivas (1 gestantes)
2 gestantes M = 7,50	Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos (2 gestantes)	Nenhuma (1 gestante) Não Informado (1 gestante)	Não informado (2 gestantes)
25 gestantes M = 6,08	Não possui (25 gestantes)	Nenhuma (15 gestantes) Infecção urinária (7 gestantes) Não Informado (2 gestantes)	Não informado (18 gestantes) Ganho ponderal inadequado (2 gestantes) Infecção Urinaria (2 gestantes)
1 gestante M = 6,00	Parto laborioso (1 gestante)	Nenhuma (1 gestante)	Ganho ponderal inadequado (1 gestante)

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

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



Outro problema encontrado na classificação de risco foi quanto às informações sobre o grupo de fatores de risco relacionados às características individuais e sociais das gestantes de risco. A ficha perinatal não possui campo para preenchimento de informações sobre o tipo de ocupação profissional, condições ambientais de moradia e renda familiar. Além disso, há deficiências de registro quanto à existência de dependência química (80,6% sem informação).

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

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

[...]

Cabe ainda destacar a importância da abordagem integral às mulheres, considerando-se as especificidades relacionadas às questões de gênero, raça, etnia, classe social, escolaridade, situação conjugal e familiar, trabalho, renda e atividades laborais, possibilidade de situação de violência doméstica e sexual, uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outras. Essa atenção implica na valorização de práticas que privilegiem a escuta e a compreensão sobre os diversos fenômenos que determinam maior ou menor condição de risco à gestação.³⁶ (grifo nosso)

[...]

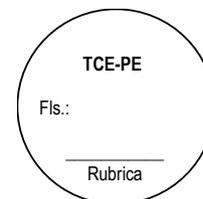
As evidências encontradas nas cinco USFs do Município de Ipubi durante esta auditoria demonstram que os profissionais responsáveis pelas consultas do pré-natal não estão seguindo plenamente as recomendações do MS para a realização da identificação da existência de fatores de risco gestacional.

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

Portanto, conclui-se que há inadequação na classificação de risco gestacional nas USFs, podendo ocorrer em outras unidades do município.

A deficiência no registro dos fatores de risco aos quais estão submetidas as gestantes de risco resulta numa classificação gestacional inadequada. 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.

³⁶ Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual Técnico: *Gestação de Alto Risco*, 5ª Ed.. BRASÍLIA – DF, 2010, p. 24.



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

1. Capacite os profissionais de saúde que compõem as equipes das USFs para conscientizar sobre a importância da assistência ao pré-natal e Puerpério e de todas as atividades correlacionadas, como o adequado preenchimento de todos os instrumentos de registros dos procedimentos disponíveis e adotados no atendimento à gestante risco;
2. Insira na ficha perinatal campos que possibilitem o registro de informações sobre as condições biopsicossocio-culturais da gestante de risco;
3. Implante procedimentos de controle e responsabilização, quanto à ausência de registro documental inerente à Assistência ao Pré-natal e Puerpério por parte dos profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento da gestante de risco.

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

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

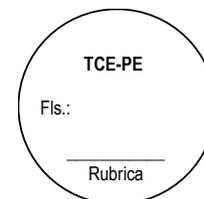
Durante a análise documental foi observado deficiências de informações nas fichas perinatais e nos respectivos prontuários, ocorrendo também em alguns casos, ausência de informações sobre os procedimentos e condutas efetivados durante o atendimento pré-natal, mesmo existindo campo para os registros.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

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

As deficiências ora apresentadas neste item se devem à falta de um controle interno efetivo da Secretária Municipal de Saúde de Ipubi 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, evitando-se práticas intervencionistas desnecessárias e conseqüentemente, riscos para a gestante e o recém-nascido.

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

[...]

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

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

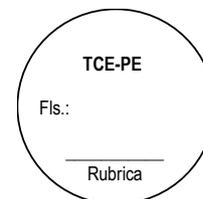
A instituição dos critérios apontados anteriormente propiciou a elaboração de manuais com a finalidade de oferecer referência para a organização da rede assistencial, a capacitação profissional e a normalização das práticas de saúde para orientar a equipe assistencial no diagnóstico e tratamento das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

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

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

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

³⁷ Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência pré-natal: Normas e Manuais técnicos, 3ª Ed.. BRASÍLIA – DF, 2000, p. 9.



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 na documentação analisada. Como também, se houve o respectivo registro do encaminhamento das gestantes classificadas como de “alto risco” gestacional para unidade de referência. Observou-se, portanto, se o atendimento do pré-natal nas USFs estava em conformidade com o que determina o Ministério da Saúde para os casos de gestação de risco.

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:

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

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

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

O MS considera uma assistência pré-natal efetiva, quando a equipe de saúde da família consegue identificar precocemente todas gestantes ainda no primeiro trimestre, dando assim o início à assistência pré-natal e sua continuidade visando às intervenções cabíveis. Entretanto, como pode ser visto na tabela 06 a seguir em destaque, 17 (47,2%) gestantes consideradas de risco pelos profissionais de saúde iniciaram o pré-natal após a 12ª semana de gestação:

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

³⁹ O SIS/PRÉ-NATAL é o software desenvolvido pelo DATASUS, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde. É especificamente ligado ao cadastro e acompanhamento de gestantes. Um incentivo financeiro é concedido ao município por cada gestante captada e cadastrada ainda no primeiro trimestre gestacional. Se posteriormente forem realizadas mais de seis consultas pré-natais e uma consulta puerperal, outro incentivo financeiro é concedido.

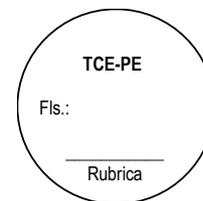


Tabela 06 – Idade gestacional na 1ª consulta

CÓDIGO DA GESTANTE⁴⁰	DUM	1ª CONSULTA	IG
IP01	27/07/2010	05/10/2010	10,00
IP02	05/05/2010	09/09/2010	18,14
IP03	03/02/2010	06/05/2010	13,14
IP04	05/05/2010	12/07/2010	9,71
IP05	16/03/2010	14/05/2010	8,43
IP06	01/01/2010	13/04/2010	14,57
IP07	15/05/2010	06/07/2010	7,43
IP08	25/01/2010	13/04/2010	11,14
IP09	25/05/2010	29/09/2010	18,14
IP10	22/02/2010	15/06/2010	16,14
IP11	06/02/2010	24/08/2010	28,43
IP12	25/02/2010	04/05/2010	9,71
IP13	02/07/2010	21/09/2010	11,57
IP14	12/06/2010	10/08/2010	8,43
IP21	01/03/2010	10/05/2010	10,00
IP22	26/05/2010	17/08/2010	11,86
IP23	31/03/2010	06/07/2010	13,86
IP24	25/03/2010	31/05/2010	9,57
IP25	17/04/2010	14/06/2010	8,29
IP26	29/03/2010	10/05/2010	6,00
IP27	15/02/2010	14/06/2010	17,00
IP28	05/05/2010	03/08/2010	12,86
IP29	21/02/2010	17/05/2010	12,14
IP30	25/01/2010	06/09/2010	32,00
IP31	21/04/2010	04/08/2010	15,00
IP32	16/07/2010	19/10/2010	13,57
IP33	25/02/2010	05/05/2010	9,86
IP34	28/03/2010	12/05/2010	6,43
IP39	04/04/2010	07/07/2010	13,43
IP40	08/04/2010	18/08/2010	18,86
IP41	22/04/2010	07/07/2010	10,86
IP42	13/04/2010	09/06/2010	8,14
IP43	28/02/2010	12/05/2010	10,43
IP44	06/05/2010	11/08/2010	13,86
IP45	13/04/2010	04/08/2010	16,14
IP46	09/03/2010	28/04/2010	7,14

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

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

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

Na tabela 07 a seguir, em relação ao período em que ocorreu a primeira consulta, observa-se que uma gestante indicada como de “risco” começou o pré-natal após a 20ª semana, e três consideradas como “sem risco” iniciaram as consultas do pré-natal também

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



depois da 20ª semana de gravidez, que segundo a determinação do MS, deveriam ter sido classificadas como gestantes com risco gestacional.

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

Tipo de gestação \ Período	Período		TOTAL
	Antes da 20ª semana	Após a 20ª semana	
Sem risco	11	3	14
Risco	35	1	36
TOTAL	46	4	50

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

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

É imperativo que a equipe 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 a “Identificação da gravidez de risco” e o “Encaminhamento com formulário”. Para a coleta dessas informações foi elaborado e utilizado equipe de auditoria⁴¹ o formulário nº 02 (Análise da Assistência Pré-natal Municipal).

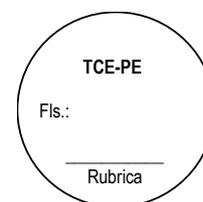
Utilizando-se das informações das fichas perinatais selecionadas e respectivos prontuários, com ênfase nas 36 gestantes consideradas de risco, foi realizado o cotejo entre as informações repassadas pelos profissionais de saúde e os registros coletados na documentação analisada, que resultou nos seguintes números consolidados na tabela 08 abaixo:

Tabela 08 – Tipo de gestação x Classificação de risco x Encaminhamento

TIPO DE GESTAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO DO RISCO GESTACIONAL					ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE REFERÊNCIA		
	Normal	Baixo	Médio	Alto	Não informado	Não cabia	Sim	Não
Sem risco (14)	14	0	0	0	0	14	0	0
Risco (36)	0	13	4	10	09	0	4	32
TOTAL (50)	14	13	4	10	09	14	4	32

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

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



Como resultado da análise, pode ser observado em destaque na tabela acima que 32 gestantes consideradas como de risco pelos profissionais das USFs não possuíam registros do encaminhamento para uma unidade de referência ou para especialista. A falta de registro leva ao entendimento que não foi necessário a conduta ou que não foi realizada.

Observa-se em destaque na tabela 09 a seguir que sete gestantes consideradas de “alto risco” pelos profissionais de saúde das USFs não tiveram o registro do encaminhamento para unidade de referência ou para especialista, como também, as nove sem identificação do grau de risco gestacional na ficha perinatal.

Tabela 09 – Classificação de risco x Encaminhamento de risco

Classificação do risco	Encaminhamento para serviço de referência	
	Sim	Não
Baixo	0	13
Médio	1	3
Alto	3	7
Não Informado	0	9
TOTAL	4	32

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

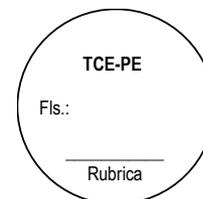
É importante ressaltar que, entre as nove fichas sem identificação do grau de risco gestacional, cinco gestantes deveriam ter sido classificadas como de “alto risco” pelo escore aplicado pela auditoria, pois as gestantes possuíam fatores de risco referentes à doença obstétrica na gravidez atual, intercorrências clínicas crônicas e histórico reprodutivo anterior, como também fatores relativos às condições biopsicossócio-culturais.

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

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

Quanto 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 de rotina previstos pelo MS. Por exemplo, entre as gestantes de risco que realizaram duas ou mais consultas, 16 (44,4%) ainda não tinham o registro dos exames complementares realizados nas fichas perinatais (vide tabela 10 na página 45).

No caso específico dos exames complementares que devem ser repetidos até a 30ª semana de gestação, conforme recomenda o MS para o atendimento à gestante nas unidades básicas de saúde, a descontinuidade dos exames para as gestantes consideradas de risco é mais



crítica.⁴² Como pode ser visto na tabela 10, apenas sete (19,44%) gestantes de risco realizaram os três exames de repetição (glicemia, sumário de urina e sorologia para sífilis).

Foi observado na documentação das 36 gestantes de risco que nenhuma realizou o exame de Sorologia para Toxoplasmose⁴³ (IgG e IgM), e que apenas uma realizou o exame de Sorologia para Hepatite tipo B (HbsAg)⁴⁴, 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,⁴⁵ 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.⁴⁶

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 cronificação⁴⁷ 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.⁴⁸

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

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 10 da página seguinte.

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

⁴³ A toxoplasmose é uma zoonose causada pelo *Toxoplasma gondii* e adquire especial relevância quando atinge a gestante, visto o elevado risco de acometimento fetal.

⁴⁴ As hepatites virais são doenças causadas por diferentes tipos de vírus, sendo os mais comuns no Brasil o A, B, C e D.

⁴⁵ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual Técnico: *Pré-natal e Puerpério*. Brasília – DF, 2006, p. 11.

⁴⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico: *Gestação de Risco*, 5ª Edição. Brasília – DF, 2010, p. 115.

⁴⁷ É quando uma doença se instala e permanece no organismo por vários anos (doença de curso lento).

⁴⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico: *Gestação de Risco*, 5ª Edição. Brasília – DF, 2010, p. 143.



Tabela 10 – Tipo de gestação x Exames complementares – Ipubi

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
Sem risco	05	7	07	0	07	0	07	0	07	01	0	06
Risco	15	16	16	07	15	07	18	07	14	0	0	18
TOTAL	20	23	23	07	22	07	25	07	21	01	0	24

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



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

O esquema básico da VAT em gestante compõe-se de três doses, caso não tenha o esquema completo tem que se realizar as doses faltantes, e se no caso a última dose tenha sido a mais de cinco anos, faz-se uma única dose de reforço.⁴⁹

Entre as gestantes de risco que realizaram duas ou mais consultas, cinco gestantes (13,89%) ainda não tinham recebido imunização contra o tétano, conforme os registros das fichas perinatais. Tal situação expõe a gestante e o recém-nascido ao tétano obstétrico e neonatal respectivamente.

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

Segundo o MS:

[...]

O aumento sistemático da cobertura vacinal com a DPT (Tríplice Bacteriana), dT (dupla adulto), DT (dupla infantil) e tetravalente (DPT + HiB) e as medidas educativas de prevenção no uso de objetos de proteção são fatores que colaboraram diretamente na redução da incidência do tétano. Contudo, considera-se que o número de casos permanece elevado, por se tratar de uma doença prevenível (grifo nosso).⁵⁰

[...]

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

Quanto à administração de *medicamentos essenciais* junto às gestantes de risco, esta auditoria escolheu, entre as relacionadas pelo MS, a de sulfato ferroso profilático como indicador para análise da assistência pré-natal do município. É salutar informar que o MS recomenda a ingestão de sulfato ferroso profilático mesmo para as gestantes que não apresente quadro de anemia leve ou moderada (Hemoglobina < 11 g/dl e > 8 g/dl).⁵¹

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

Durante os trabalhos de auditoria foi observado que, entre as gestantes que realizaram duas ou mais consultas, não houve o registro da prescrição do medicamento para 11 gestantes de risco (30,56%).

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

⁵⁰ Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?node=D.1.5&lang=pt&version=ed4>. Acesso em 17/03/2011.



É importante informa que o ferro (sulfato ferroso) é recomendado a todas as gestantes a partir do segundo trimestre, todos os dias até o 3º mês pós-parto, pois ele não pode ser suprido apenas pela dieta normal da gestante⁵².

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

Dentre as 36 gestantes de risco analisadas, nenhuma foi identificada com Tipagem sanguínea/Fator Rh “O⁻” (ó negativo), porém só uma gestante relacionada como “sem risco” (gestação normal), segundo ficha pré-natal, foi identificada assim. Tal fato demonstra deficiência no acompanhamento do pré-natal da gestante de risco com Fator Rh negativo.

Pelas informações da ficha perinatal não foi realizado o exame de Coombs indireto.⁵³ O não registro dos exames de Coombs 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 avaliação ultrassonográfica:**

Quanto à avaliação ultrassonográfica, nenhuma gestante de risco realizou três ou mais avaliações (em destaque na tabela 11), e entre as que realizaram duas ou mais consultas, 20 tinham realizado apenas dois exames, e 14 (38,9%) nenhum. Segundo informações dos profissionais entrevistados, as avaliações são realizadas em outra unidade de saúde municipal.

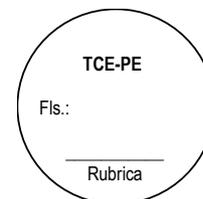
Tabela 11 – Tipo de gestação x Avaliação Ultrassonográfica

Avaliação Ultrassonográfica \ Tipo de gestação	Não realizada	Menos de três avaliações	3 avaliações	Mais de 3 avaliações	TOTAL
Sem risco	06	07	0	01	14
Risco	15	21	0	0	36
TOTAL	21	28	0	01	50

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

⁵² Condutas de intervenção previstas no Programa Nacional de Alimentação e Nutrição. Disponível em: http://nutricao.saude.gov.br/ferro_info_publico.php?exibe_pagina=ferro_programa_publico. Acesso em 17/03/2011.

⁵³ O teste de Coombs indireto é usado em exames pré-natais de mulheres e em exames de sangue antes de transfusões sanguíneas. Ele detecta anticorpos contra hemácias que estão presentes livres no plasma sanguíneo do paciente.



A recomendação do MS é que deve ser solicitado o exame de ultrassom quando não for possível determinar a idade gestacional clinicamente. Por outro lado, justifica-se a realização deste exame no primeiro trimestre gestacional, para determinar a medida da translucência nucal, a fim de rastrear anomalias cromossômicas, dentre elas a síndrome de Down, além de confirmar a presença de batimentos cardíacos fetais para estabelecer a vitalidade embrionária.⁵⁴

Alguns especialistas como Dr. Abner Augusto Lobão Neto⁵⁵ recomenda no mínimo três avaliações através de ultrassom, sendo uma a cada trimestre, pois no primeiro trimestre (11^a e a 12^a semana) possibilita com precisão determinar a idade gestacional, excluir a possibilidade de gestação ectópica (fora do útero) e verificar a ocorrência de gestação múltipla. No segundo (20^a e a 22^a semana), possibilita avaliar a formação geral dos órgãos e membros externos do bebê, identificar doenças que podem ser e até mesmo tratadas ainda no útero, como a hidrocefalia e revelar o sexo do embrião. No terceiro trimestre (34^a e a 36^a semana) é calculado o peso do bebê, confirmada a posição em que ele está, verificada a quantidade de líquido amniótico e o posicionamento da placenta em relação ao colo do útero. De acordo com as informações obtidas nesse último exame, o médico verifica a possibilidade de realizar o parto normal ou a cesariana.⁵⁶

Segundo MS:

[...] Está comprovado que, em gestações de alto risco, a ultrassonografia com dopplervelocimetria possibilita a indicação de intervenções que resultam na redução da morbimortalidade perinatal.”⁵⁷ (grifo nosso)

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

▪ *Insuficiência de exames físicos específicos:*

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

Os dados obtidos na documentação analisada apontaram um registro bastante significativo de medições da AU em gestantes de risco, o que é bastante salutar para as usuárias do pré-natal.

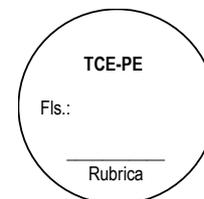
Já o procedimento de ausculta dos BCF apresentou um registro bastante deficiente em relação às gestantes de risco, o que é preocupante para as usuárias do pré-natal. Ao analisar os

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

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

⁵⁶ Disponível em: <http://www.clicfilhos.com.br/ler/861-O-que-revela-o-exame-de-ultra-som-na-gravidez?page=1>. Acesso em: 16/01/2011.

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



apontamentos das fichas perinatais, observou-se que 14 (38,9%) gestantes não tiveram o procedimento de ausculta realizado.

Ficou evidenciado que a não realização das aferições dos BCF foi devido ao sonar estar com defeito na ocasião da consulta, conforme registros nas fichas perinatais, o que evidencia um descuido por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Ipubi ao não sanar o problema em tempo hábil.

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

▪ **Ausência de exames de citologia oncótica⁵⁹:**

Quanto à realização do exame de citologia oncótica⁶⁰ pelas gestantes de risco, não foram identificados registros da efetivação do exame em 34 (94,4%) fichas perinatais, e nos respectivos prontuários, como é exposto na tabela 12.⁶¹ 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-natal⁶².

Tabela 12 – Tipo de gestação x Exame de citologia oncótica

Tipo de gestação/Exame de citologia oncótica	Sim	Não	TOTAL
Sem risco	0	14	14
Risco	2	34	36
TOTAL	2	48	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 câncer.⁶³

Tais evidências descritas neste subitem revelaram que não está havendo um controle interno pela Secretária Municipal de Saúde de Ipubi relativo ao atendimento às gestantes de

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

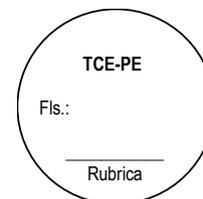
⁵⁹ Esse exame também é conhecido como exame do colo do útero ou papanicolau

⁶⁰ Esse exame também é conhecido como exame do colo do útero ou papanicolau

⁶¹ Duas gestantes tinham apenas realizado uma consulta até o momento da auditoria.

⁶² O exame preventivo do câncer de citologia oncótica consiste na coleta de material citológico do colo do útero, sendo coletada uma amostra da parte externa (ectocérvice) e outra da parte interna (endocérvice). Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=326. Acesso em 04/01/2011.

⁶³ Disponível em: http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5. Acesso em 04/01/2011.



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

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

1. Implemente controle sobre as prescrições de medicamento e de vacinação garantindo o acesso às gestantes de risco;
2. 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;
3. Avalie periodicamente a qualidade dos procedimentos, atividades, condutas de acompanhamento do pré-natal oferecidas às gestantes de risco em suas USFs;
4. Implemente controle que garanta às gestantes de risco a realização plena dos exames complementares, inclusive referentes à sorologia para Hepatite tipo B e Toxoplasmose, e a realização de no mínimo três exames de ultra sonografia obstétrica com objetivo de trazer mais segurança à mulher durante o período gravídico;
5. Adote como conduta de registro da aferição dos BCF na ficha perinatal a utilização de grafia numérica, em vez de sinais “+” (positivo) e “-“ (negativo);
6. Implante procedimentos de controle e responsabilização, quanto à ausência de registro documental ou descumprimento de algum procedimento ou conduta inerente à Assistência ao Pré-natal e Puerpério por parte dos profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento da gestante de risco.



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

Este item do relatório avaliou exclusivamente a qualidade da assistência à gestante de risco (36 gestantes), diferente do próximo tópico que examina os procedimentos de pré-natal realizados pelas equipes de saúde da família para atender as gestantes de risco e sem risco identificado. Para tanto foram selecionadas 50 fichas de gestantes (14 em situação de risco e 36 sem risco identificado) escolhidas de forma aleatória pela equipe de auditoria.

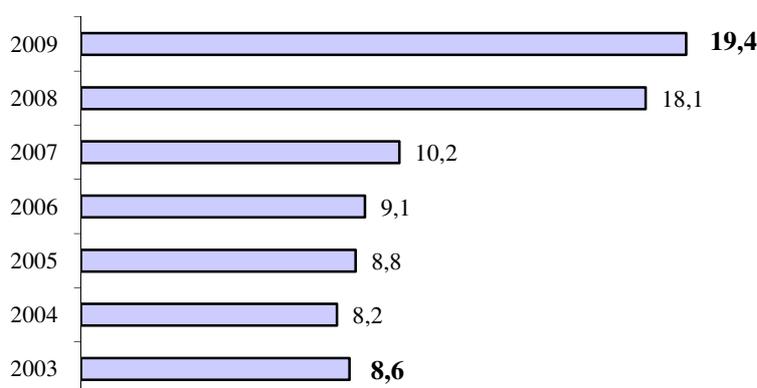
3.2 Atendimento pré-natal realizado nas unidades de saúde da família

É um direito das gestantes e recém-nascidos um atendimento digno e de qualidade durante o período da gestação, parto e puerpério⁶⁴. 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 2007⁶⁵.

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>).

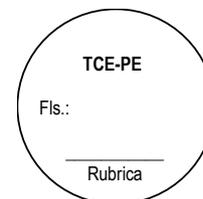
Figura 07 – Evolução anual das consultas pré-natal no SUS (em milhões): Brasil 2003-2009



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

⁶⁴ É o período que se segue ao parto até que os órgãos genitais e o estado geral da mulher retornem à normalidade (Novo Dicionário Aurélio, 2ª edição, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986).

⁶⁵ Informação extraída de notícia publicada em <http://www.folhape.com.br/index.php/saude/608931-pesquisa-mostra-reducao-nas-taxas-de-mortalidade-materna-e-infantil-no-brasil>.



Apesar do aumento no número de consultas demonstrado na figura anterior a pesquisa citada do MS citado 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.

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 Ipubi 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.

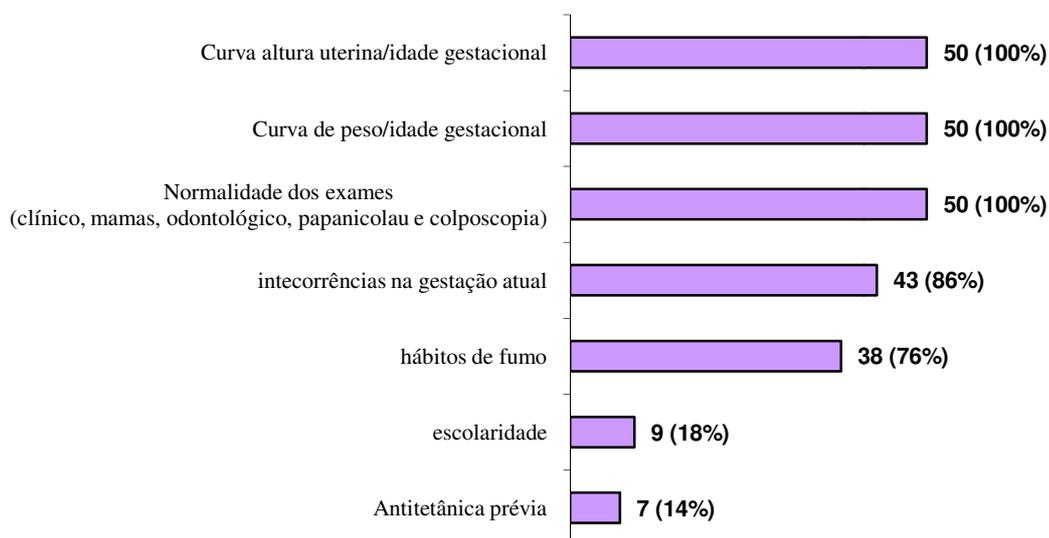
Para avaliação do modelo da ficha perinatal foram selecionadas aleatoriamente as fichas perinatais de 50 gestantes assistidas pelas USFs visitadas em outubro de 2010. A ficha perinatal é o instrumento de coleta de dados, na unidade de saúde ou no domicílio, para uso dos profissionais da unidade de saúde 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: intercorrências clínicas em gestações anteriores; ingestão de bebida alcoólica; dados socioeconômicos; profissão/ocupação; idade dos dependentes; e renda familiar. Com a adoção de um modelo que não contempla todos os campos exigidos pelo Ministério, o município deixa de obter um perfil fidedigno das gestantes o que por sua vez prejudica a elaboração de políticas públicas mais adequadas às necessidades da população local.

Outro ponto observado a partir dos exames das fichas foi que há falhas no seu preenchimento, talvez por falta de conhecimento do profissional que está acompanhando as gestantes ou por pouca valorização de algumas das informações contidas nas fichas. Tome como exemplo o campo “Curva altura uterina/Idade gestacional”, nenhuma das 50 fichas examinadas apresentou 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 à Secretaria Municipal de Ipubi 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 Ipubi tenha um cadastro mais fidedigno das mulheres grávidas de modo que as equipes de saúde da família possam fazer um acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério.



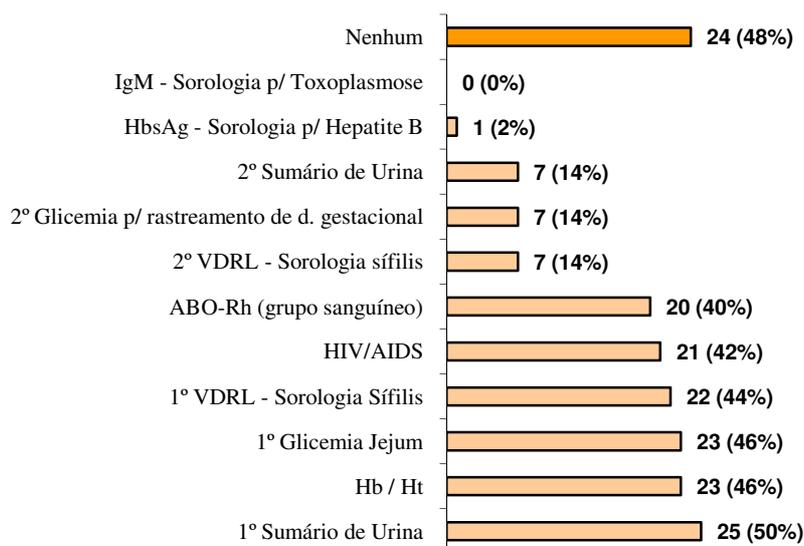
3.2.2 Ausência de exames complementares no pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde

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

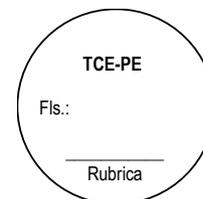
Segundo o manual do MS, a assistência pré-natal promovida pela rede de saúde municipal deve realizar os seguintes exames complementares (BRASIL, 2006c, pg. 11): Sorologia p/ Toxoplasmose; Sorologia p/ Hepatite B; Sumário de Urina; Sorologia p/ Sífilis (VDRL); Glicemia de Jejum; HIV/AIDS; Hb-Ht; e ABO-Rh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

Através das entrevistas com as enfermeiras e das análises dos registros feitos nas fichas perinatais verificou-se que mais da metade (56%) das gestantes não fizeram os primeiros exames de Sorologia para Sífilis (VDRL), 54% de Glicemia em Jejum, 50% de Sumário de Urina. A repetição desses exames a serem realizadas próximo da trigésima semana da gravidez foi mais precária ainda, visto que em média 86% das gestantes pesquisadas não repetiram os exames. Outro problema identificado foi quanto a realização da Sorologia para Toxoplasmose (IgM) e para Hepatite B (HBsAg), pois nenhuma gestante do universo pesquisado fez o IgM e apenas uma fez o HBsAg. Observou-se também que em 60% 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 58%. Ainda foi possível identificar que 52% das grávidas não fizeram nenhum dos exames complementares preconizados pelo MS (vide figura 09 na página seguinte).

Figura 09 – Exames complementares realizados pelas USFs visitadas



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



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

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

Assim, é oportuno recomendar à Secretaria Municipal de Saúde de Ipubi que 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.

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

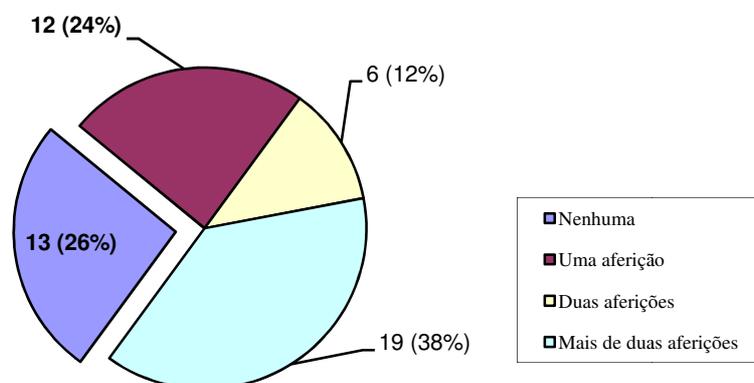
3.2.3 Ausência de procedimentos técnicos e condutas no exame clínico e obstétrico

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 26% (13) das gestantes pesquisadas não foi feita qualquer ausculta dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF) do bebê e em 24% (12) esse procedimento foi realizado apenas uma vez. Essa aferição serve para constatar a cada consulta a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos BCFs do feto. Nos registros feitos nas fichas perinatais constam que em algumas USFs o aparelho utilizado para fazer a aferição estava quebrado prejudicando essas aferições. A monitorização dos BCFs é importante, pois se correlaciona com o sinal e constatação de vida, logo a presença de movimentos fetais ativos e frequentes é tranquilizadora quanto ao prognóstico fetal.



Figura 10 – Aferições dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF) realizadas nas USFs visitadas

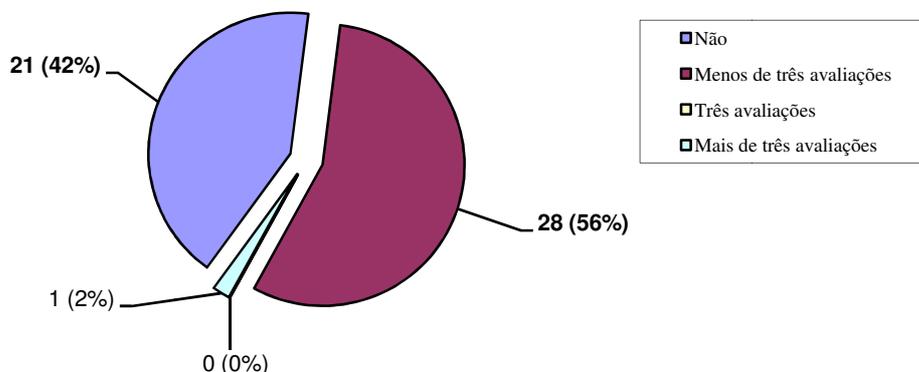


Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

Quanto ao número de avaliações ultrassonográficas constatou-se que 42% (21) das gestantes não fizeram nenhuma avaliação e 56% (28) 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



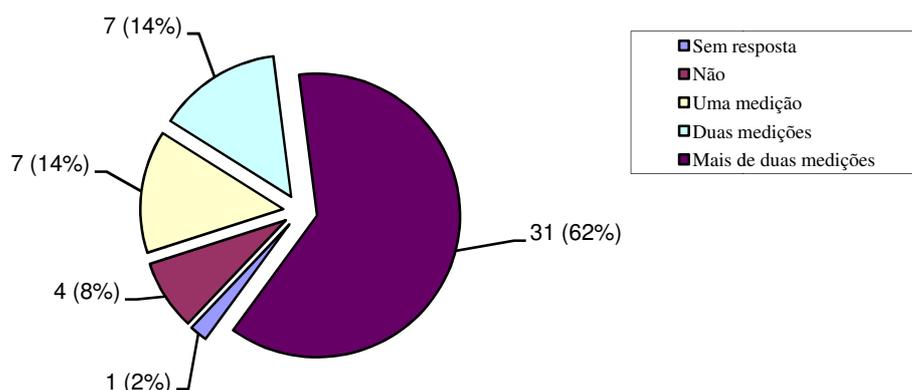
Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas



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 14% (sete) das gestantes fizeram apenas uma medição e em 8% (quatro) delas esse procedimento não foi realizado (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 por mais de duas vezes em 78% (39) das grávidas ao passo que 12% (seis) delas só fizeram uma medição (vide figura 13). A gestante precisa ter sua pressão arterial medida regularmente durante todo o período gestacional para que seja evitada a eclâmpsia – doença decorrente da hipertensão (alta pressão arterial). Segundo o Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c pg. 07).

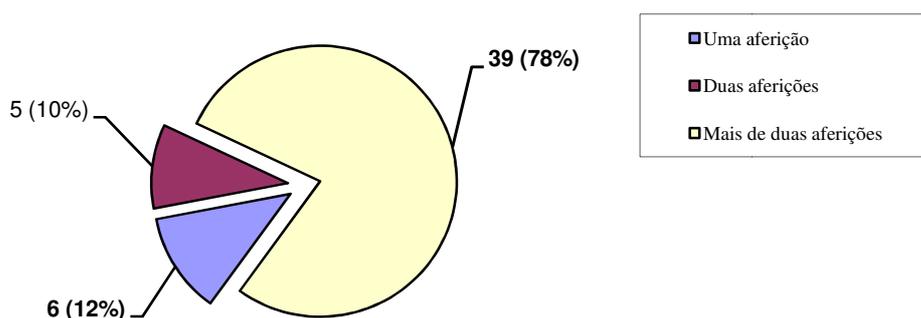
[...] a pré-eclâmpsia/eclâmpsia continua sendo a primeira causa de morte materna no Brasil e determina o maior número de óbitos perinatais, além do aumento significativo do número de neonatos com sequelas caso sobrevivam aos danos da hipóxia cerebral. A aferição da pressão arterial em todas as consultas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

Verifica-se que a regularidade na aferição da pressão arterial é uma condição indispensável na avaliação clínica da gestante durante o pré-natal para diagnosticar



precocemente as patologias correlatas uma vez que o aumento da pressão, geralmente, é primeiro sintoma da doença.

Figura 13 – Aferição da pressão arterial realizada pelas USFs visitadas



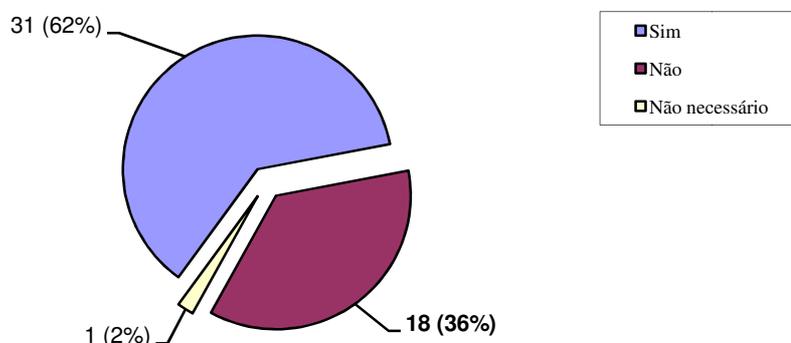
Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

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 nenhuma das grávidas selecionadas fez o referido exame. Segundo o Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) é importante que durante a gravidez o obstetra faça pelo menos um exame a fim de prevenir contra o câncer do colo de útero.

Outra conduta prevista no referido manual do MS (BRASIL, 2006c) é a prescrição de suplementação de sulfato ferroso para profilaxia da anemia. Através da figura 14 verifica-se que não foi prescrito o sulfato ferroso a partir da 20ª semana de gestação para 36% das grávidas o que corresponde a 18 mulheres do universo pesquisado.



Figura 14 – Prescrição do sulfato ferroso nas USFs visitadas

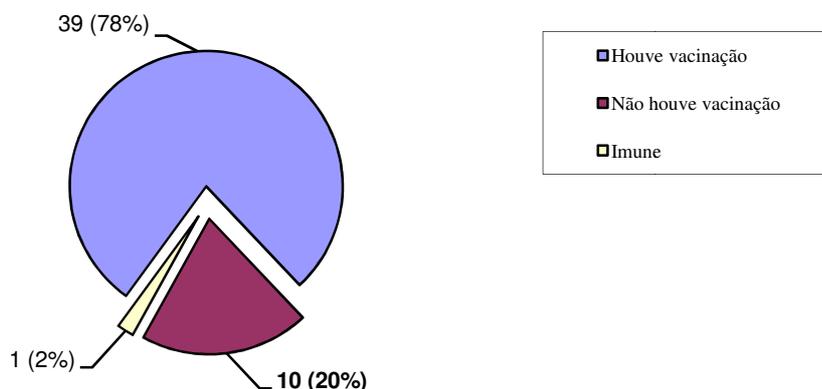


Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

Quanto à imunização antitetânica as fichas perinatais indicam que 20% (10) das gestantes pesquisadas não receberam nenhuma dose da vacinação conforme se observa na figura 15. A rotina de vacinação da atenção pré-natal é um procedimento importante para a prevenção do tétano neonatal. É uma doença aguda e grave que acomete recém-nascidos na primeira semana de vida ou nos primeiros 15 dias pela contaminação durante a secção do cordão umbilical e/ou pela falta de higiene nos cuidados com o recém-nascido.

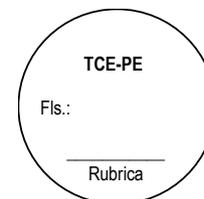
É uma doença imunoprevenível por isso cabe à equipe de saúde investigar a história pregressa de vacinação da gestante para iniciar ou proceder à administração de doses subsequentes, a fim de evitar a morte do bebê por esse tipo de doença.

Figura 15 – Vacinação antitetânica realizada nas USFs visitadas



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

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



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

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

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

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

3.3 Profissional médico de saúde da família

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

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

3.3.1 Baixa assiduidade dos médicos das unidades de saúde da família

Os profissionais médicos contratados pelo município de Ipubi 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. 45 a 131). Este documento tem como finalidade a consolidação da produção diária do profissional (quantidade e natureza dos serviços realizados) a partir do registro dos procedimentos/códigos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS). O BDPA é um documento/planilha onde se registra toda a produção médica, que posteriormente serve como base de informações para alimentação do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS).

Devido ao curto tempo disponível para visita às Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Ipubi, 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 onde foram coletados os boletins pela equipe de auditoria. Os BDPAs das unidades examinadas foram enviados pela Secretaria Municipal de Saúde de Ipubi através do Ofício nº 004/2010 para equipe de auditoria do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (TCE-PE) (fls. 44).

A partir dos exames aos BDPAs, constatou-se que os médicos das equipes de saúde da família que prestam serviços ao município não cumprem a carga-horária prevista pela PNAB. Os médicos integrantes das USFs Centro e Torre não trabalharam 10 dias úteis no mês de setembro, pois não houve produção registrada nos BDPAs, já excluído o feriado do dia 07 de setembro (quadro 03). Situação similar também ocorreu nas unidades USF Jardim Rocha, USF Jardim Siqueira e ESF Poço Verde, mas com uma intensidade menor de faltas, prejudicando a assistência aos usuários atendidos pelas equipes.

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

Dia	Unidade de Saúde da Família				
	Centro	Jardim Rocha	Jardim Siqueira	Poço Verde	Torre
01/09	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
02/09	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
03/09	Não	Sim	Não	Não	Não
Sábado	-	-	-	-	-
Domingo	-	-	-	-	-
06/09	Sim	Não	Não	Sim	Sim
07/09 (feriado)	-	-	-	-	-
08/09	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
09/09	Sim	Não	Sim	Sim	Não
10/09	Não	Sim	Não	Não	Sim
Sábado	-	-	-	-	-
Domingo	-	-	-	-	-
13/09	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
14/09	Não	Não	Sim	Sim	Sim
15/09	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
16/09	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
17/09	Não	Não	Não	Não	Não
Sábado	-	-	-	-	-
Domingo	-	-	-	-	-
20/09	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
21/09	Não	Não	Sim	Sim	Sim
22/09	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
23/09	Sim	Não	Sim	Não	Não
24/09	Não	Sim	Não	Não	Sim
Sábado	-	-	-	-	-



Dia	Unidade de Saúde da Família				
	Centro	Jardim Rocha	Jardim Siqueira	Poço Verde	Torre
Domingo	-	-	-	-	-
27/09	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
28/09	Não	Não	Sim	Sim	Sim
29/09	Não	Sim	Não	Sim	Sim
30/09	Sim	Não	Não	Sim	Não
Total de dias úteis de set/2010	21	21	21	21	21
Dias úteis trabalhados	13	13	11	15	13
Dias úteis não trabalhos	08 (A)	08 (B)	10 (C)	06 (D)	08 (E)
Remuneração bruta mensal (contrato) – R\$	6.400,00	6.400,00	6.400,00	6.400,00	6.400,00
Prejuízo por dias úteis não trabalhados ⁶⁶ – R\$	2.438,09	2.438,09	3.047,62	1.828,57	2.438,09

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise dos BDPA's coletados (fls.45 a 131).

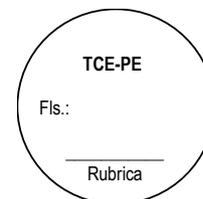
A baixa assiduidade dos médicos das equipes de saúde da família compromete as ações e serviços de saúde ofertados pela atenção básica do município e não atende a alguns princípios e fundamentos estabelecidos pela PNAB, como acessibilidade e longitudinalidade. De acordo com os preceitos do Sistema Único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

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

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

Outro princípio essencial da PNAB que fica comprometido pela baixa assiduidade dos médicos é a longitudinalidade do cuidado (ou vínculo e responsabilização). Este princípio busca uma relação pessoal que se estabelece ao longo do tempo, independentemente do tipo de problemas de saúde ou mesmo da presença de um problema de saúde, entre indivíduos e

⁶⁶ Para calcular o valor pago sem contrapartida do serviço, foi distribuída de forma proporcional a remuneração pelos dias úteis não trabalhados.



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 Ipubi 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;

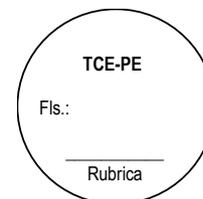
3.3.2 Pagamento de médicos de unidades de saúde da família sem o cumprimento de carga horária integral

O município de Ipubi pagou na íntegra, sem descontar os dias úteis não trabalhados, aos profissionais médicos contratados para as equipes de saúde da família que não cumpriram a jornada semanal de 40 horas preceituada pela PNAB instituída pela Portaria GM/MS nº 648/2006.

Para avaliação da despesa financeira realizada pelo município de Ipubi para pagamento de profissionais médicos contratados para prestação de serviços às USFs visitadas pelo TCE-PE foi solicitada à Prefeitura Municipal, através do Ofício TC/CCE nº 343/2010, de 07/10/2010 (fls. 153-154), reiterado pelos Ofícios TC/CCE nº 355/2010, de 19/11/2010 (fls.40) e nº 03/2011, de 04/01/2010 (fls. 43), 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. 45 a 131).

A partir dos contratos entregues à equipe, constatou-se que o município paga mensalmente a cada médico de saúde da família pelos serviços prestados o equivalente a R\$ 6.400,00 (seis mil e quatrocentos reais) pela jornada semanal de 40 horas (fls. 134 a 141). Também foi solicitado via ofício cópia das notas de empenho/folha de pagamento referente ao mês de setembro dos médicos das USFs.

Como foi evidenciado anteriormente no quadro 02 deste relatório, em alguns dias úteis do mês de setembro de 2010 não houve produção ambulatorial/atividade médica (registro de procedimentos no BDPA) dos médicos contratados para as unidades de saúde da família Centro (Sra. Juliana Miranda de Lucena), Jardim Rocha (Sr. Cláudio Rocha Filho), Jardim Siqueira (Sr. Damião Alves Coimbra), Poço Verde (Sr. José Rosado Neto) e Torre (Sr. Francisco Jânio Alencar Falcão), caracterizando a ausência destes profissionais às unidades de saúde. Apesar da reduzida carga-horária dos serviços prestados no mês de setembro pelos citados médicos, o município de Ipubi pagou na íntegra (valor contratual) aos profissionais, conforme se verifica os contracheques/nota de empenho de setembro/2010, fornecida através do Ofício CI nº 0001/2011 (fls. 132).



Quando somados os dias úteis não trabalhados (A +...+ E) pelos médicos contratados, constata-se que o município de Ipubi deixou de ofertar um total de 40 dias úteis (360 horas) de serviços médicos para a população atendida pelas cinco equipes de saúde da família, perfazendo um prejuízo de **R\$ 12.190,46** (doze mil cento e noventa reais e quarenta e seis centavos).

Desta forma, diante dos fatos relatados anteriormente que constata-se 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 Ipubi devolva aos cofres públicos do município o valor de **R\$ 12.190,46** (doze mil cento e noventa reais e quarenta e seis centavos) pago indevidamente aos médicos das USFs, conforme demonstrativo de débito abaixo:

Quadro 04 – Demonstrativo de débito por médico

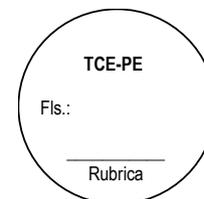
USF	Médico	Valor a ser devolvido (R\$)
USF – Centro	Juliana Miranda de Lucena	2.438,09
USF – Jardim Rocha	Cláudio Rocha Filho	2.438,09
USF – Jardim Siqueira	Damião Alves Coimbra	3.047,62
USF – Poço Verde	José Rosado Neto	1.828,57
USF – Torre	Francisco Jânio Alencar Falcão	2.438,09
Total		12.190,46

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir dos contratos (fls.134 a 141), notas de empenho e folhas de pagamento dos médicos (fls.142 a 151) e BDPAs (fls. 45 131).

Recomenda-se ainda a aplicação de multa ao mesmo ordenador de despesa, pelos pagamentos efetuados na íntegra a médicos que não cumpriram a jornada semanal estabelecida pela Política Nacional da Atenção Básica. Tal atitude administrativa fere os artigos os artigos 62 e 63 da Lei nº 4.320/64 (Institui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal), que estabelece que nenhuma despesa realizada pela administração públicas pode ser paga sem estar liquidada⁶⁷. O artigo 73 inciso III da Lei nº 12.600/2004, que dispõe sobre a Lei Orgânica do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco, estabelece que a Corte de Contas poderá aplicar multas aos responsáveis por ato praticado com grave infração a norma legal.

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

⁶⁷ Fase da despesa que o gestor público deve verificar se o material comprado foi entregue na quantidade e na qualidade especificada, ou se os serviços contratados foram efetivamente prestados.



3.4 Estrutura da unidade de saúde da família

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

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

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

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

3.4.1 Estrutura física inadequada para o atendimento da população

O município de Ipubi possui 11 unidades de saúde da família cadastradas no CNES⁶⁸. Foram selecionadas de forma aleatória cinco unidades (Centro, Jardim Rocha, Jardim Siqueira, Poço Verde, Torre) localizadas na zona urbana e rural do município para aplicação dos questionários e coleta de documentos sobre assistência pré-natal. Não foi possível avaliar a estrutura física da USF Jardim Siqueira, pois se encontrava em reforma e a equipe de saúde da família (exceto o médico) estava atendendo temporariamente no mesmo local da USF Jardim Rocha.

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

Segundo o manual do MS, as unidades de saúde da família devem dispor da seguinte 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

⁶⁸ Base de dados extraída do DATASUS em 20/09/2010: <http://cnes.datasus.gov.br/>.



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

Nas quatro unidades de saúde da família visitadas no município de Ipubi, foi constatado que três unidades não possuem acomodações e acesso físico adequados à pessoa idosa e com deficiência, conforme pode ser observado nas figuras a seguir.

Figura 16 – Estrutura física da USF Poço Verde (sala de espera)



Fonte: Fotos tiradas pela equipe de auditoria



Figura 17 – Estrutura física da USF Centro (sala de espera)



Fonte: Fotos tiradas pela equipe de auditoria

Figura 18 – Estrutura física da USF Jardim Rocha (sala de espera)

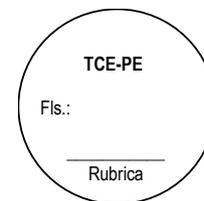


Fonte: Fotos tiradas pela equipe de auditoria

Constatou-se que nenhuma das unidades de saúde visitadas dispõe de consultório destinado à saúde da mulher. Apenas uma unidade dispõe de consultório odontológico e, em duas delas verificou-se a existência de sanitários exclusivos para os usuários. Apesar de três unidades visitadas possuírem local para estocagem dos medicamentos, nenhuma possui controle de validade desses produtos.

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

As atividades educativas por sua vez ocorrem de modo pontual e não envolve todo grupo de gestantes. Durante a consulta individual, a enfermeira dá as primeiras orientações. Outro momento acontece uma vez por semana, no dia destinado ao atendimento das gestantes, quando as enfermeiras realizam uma conversa informal apenas com as presentes, passando



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

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

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

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

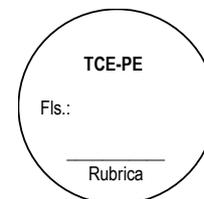
A gravidez e o parto não são doenças, mas muitas mulheres atualmente estão morrendo por essas duas causas. Estudos mostram que a possibilidade para a redução da mortalidade materna não compete apenas ao desenvolvimento social e econômico, mas também em tornar do atendimento à gestante efetivo, acessível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

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

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

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

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



CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR

Em resposta a solicitação do Ofício CCE N° 620/2011⁶⁹, a Sra. SILVANETE ANDRADE LEANDRO, Secretária de Saúde do Município de Ipubi, emitiu defesa através do documento protocolado em 25/07/2011 (PETCE n° 69426/2011) e anexado aos autos (fls.194 a 209).

O primeiro ponto abordado na defesa refere-se a subitem “3.1 Atendimento pré-natal à gestante de risco” do relatório preliminar. A gestora esclarece que a Coordenação de Atenção Básica estava desenvolvendo atividades de aperfeiçoamento e sensibilização dos profissionais das ESFs, quanto à necessidade e importância de se classificar o risco gestacional.

No que diz respeito ao esclarecimento da gestora discorrido acima, é importante destacar que é imprescindível a necessidade de conscientização das ESFs para classificar o risco gestacional de forma correta, pois foi identificado desconformidade na classificação de risco das gestantes. Como foi o caso encontrado de gestantes sem identificação do grau de risco gestacional e que entre elas, havia cinco que deveriam ter sido classificadas como de “alto risco”, pois os registros evidenciaram fatores de risco referentes à doença obstétrica na gravidez atual, intercorrências clínicas crônicas e histórico reprodutivo anterior. Portanto, as evidências encontradas durante a auditoria demonstraram a inadequação da classificação de risco gestacional que conseqüentemente coloca em risco as mulheres atendidas pela assistência materna do município.

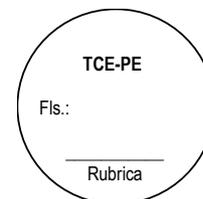
A gestora enfatiza também, que os enfermeiros realizam capacitações com os agentes comunitários de saúde para a melhoria da identificação das gestantes antes da 13ª semana de gestação e das gestantes de risco. Explica a defendente que algumas gestantes omitem o estado gravídico. Segundo ela, tais ações de aprimoramento visam proceder ao encaminhamento das gestantes ao pré-natal o mais célere possível.

É importante que a Secretaria de Saúde do Município oriente as equipes das ESFs, quanto à precocidade da busca pelas gestantes, pois na amostragem feita nas fichas perinatais observa-se que 47,2% gestantes consideradas de risco pelos profissionais de saúde iniciaram o pré-natal após a 12ª semana. O MS considera uma assistência pré-natal efetiva, quando a equipe de saúde da família consegue identificar precocemente todas gestantes ainda no primeiro trimestre.

A gestora informa que as gestantes de risco são encaminhadas à unidade de referência do Programa Mães Coruja, coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde e que atual gestão do município tem sensibilizado os profissionais de saúde das USFs para que o encaminhamento se dê com o registro no cartão de gestante, ficha perinatal e prontuário.

Não obstante o esforço da gestão municipal de orientar os profissionais de saúde das USFs a registrarem o encaminhamento da gestante à unidade de referência de alto risco nos instrumentos de registro do atendimento pré-natal citados pela gestora é importante o preenchimento do formulário padrão chamado de “Ficha de Referência e Contrarreferência”

⁶⁹ Pelo Ofício CCE N° 620/2011, de 07 de julho de 2011 (fls.176), foi encaminhada a versão preliminar deste relatório à Secretaria Municipal de Saúde de Ipubi, solicitando o pronunciamento do gestor sobre os resultados da **Avaliação das Ações para Assistência à Saúde Materna** (Processo TC N° 1006565-9). O Prefeito do Município o SR. FRANCISCO RUBENS MARIO CHAVES SIQUEIRA recebeu também cópia da versão preliminar através do Ofício CCE N° 619/2011, de 07 de junho de 2011 (fls.176).



contendo as informações sobre os motivos da condução (referência) e do retorno com o diagnóstico e sugestão da conduta a ser realizada no nível primário (contrarreferência), conforme recomendação do MS.

Na continuidade de sua defesa a gestora informa que a capacidade instalada do laboratório municipal de análises clínicas atende a demanda de exames clínicos laboratoriais de rotina e que os mesmos são oferecidos a todas gestantes e que é reservado um dia por semana para o atendimento de 50 gestantes. Entretanto, a municipalidade não oferece as sorologias para Hepatite V e Toxoplasmose de rotina, mas quando é necessário o material é enviado ao LACEN. Já as sorologias para VDRL e HIV são realizadas na ocasião do parto.

A despeito da informação da gestora que a capacidade instalada do laboratório municipal atende a demanda dos exames clínicos laboratoriais de rotina prescritos, a documentação analisada pela equipe de auditoria demonstrou que as gestantes não fazem todos os exames de rotina previstos pelo MS (Cf. fls. 193 deste processo). No caso específico dos exames complementares que devem ser repetidos até a 30ª semana de gestação a descontinuidade é mais crítica, pois apenas 19,44% gestantes de risco realizaram os três exames de repetição (glicemia, sumário de urina e sorologia para sífilis).

A afirmação da Sra. SILVANETE ANDRADE LEANDRO sobre os exames clínicos laboratoriais confirma os resultados da auditoria que evidenciaram a não realização da sorologia para Toxoplasmose (IgG e IgM) por parte das gestantes de risco e que apenas uma realizou o exame de Sorologia para Hepatite tipo B (HbsAg). O que é um equívoco por parte da Secretaria de Saúde do Município em oferecer as sorologias, apenas em casos necessários.

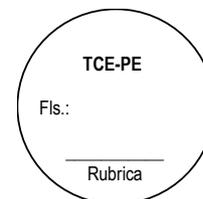
Antes as sorologias para Toxoplasmose (IgG e IgM) e Hepatite tipo B (HbsAg) eram apenas recomendadas pelo MS ou então, quando houvesse disponibilidade. Mas o Governo Federal modificou a orientação levando a garanti-los através do Projeto Rede Cegonha⁷⁰. Pelo projeto a gestante tem o direito de realizar um exame de cada sorologia durante o pré-natal.

Quanto às sorologias para VDRL e HIV, ao relatar que são realizadas na ocasião do parto, a gestora expõe o risco que a gestante passa, pois a identificação dessas patologias de forma tempestiva pode evitar problemas para realização do parto, como por exemplo, a falta de um dos reagentes dos testes 1 e 2 para HIV.

As observações apontadas pela equipe de auditoria evidenciam a descontinuidade nas ações do pré-natal, quanto aos exames clínicos laboratoriais de rotina, no que se refere às gestantes de risco. É importante informar que a realização de todos os exames é um dos indicadores de processo adotados pelo MS para avaliar a atenção pré-natal a partir do acompanhamento de cada gestante.

A Sra. SILVANETE ANDRADE LEANDRO informa que o procedimento de vacinação antitetânica é oferecido e que há disposição de imunobiológicos suficiente, entretanto reconhece que o registro não foi realizado a contento. Informa também, que os profissionais de saúde estão recebendo capacitação para que façam o registro na ficha pré-natal e no cartão da gestante da prescrição do sulfato ferroso.

⁷⁰ Programa do Governo Federal lançado no dia 28 de março de 2011 em Belo Horizonte - MG. O programa visa garantir assistência integral da gestação aos primeiros anos de vida do bebê.



É importante que a Secretaria de Saúde oriente e capacite os profissionais de saúde das ESFs para o registro das atividades, condutas e procedimentos do atendimento pré-natal. A falta de informação pode levar a insegurança de procedimentos e condutas posteriores as que precedem. Por exemplo, caso o profissional médico responsável pelo parto não tiver a confirmação que a gestante está imunizada contra o tétano terá que realizá-la como segurança.

Quanto aos exames de ultrassom, a gestora esclarece “... que município dispõe de duas ultrassonografias de rotina no pré-natal, e para as gestantes de risco são solicitadas em face das necessidades,...”. Informa também, que há situações em que a gestante se recusa a submeter-se ao exame. Como visto, é perfeitamente explicável o motivo de que nenhuma gestante de risco realizou três ou mais avaliações ultrassonográficas. É importante que a Secretaria de Saúde garanta a realização mínima de três avaliações de USG obstétrica, pelo menos uma a cada trimestre, pelos motivos já expostos no relatório preliminar (Cf. fls. 195 deste processo).

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

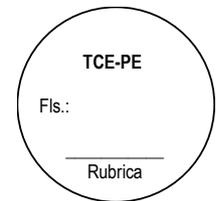
Ainda em sua defesa a gestora explica que as gestantes resistem a fazer o exame de citologia, devido ao medo de comprometer a continuidade da gestação mesmo com a orientação pelo profissional de saúde sobre a ausência de risco durante o exame. Reconhece também que há a falta de registro da realização do exame anterior à gestação.

As dificuldades alegadas pela gestora são fáticas, portanto é necessário que a Secretaria de Saúde do Município de Ipubi realize uma campanha de conscientização para a realização dos exames de citologia oncológica. É também necessário a sensibilização dos profissionais de saúde que acompanham as mulheres nas USFs para o imprescindível registro da realização do exame citopatológico para prevenção do câncer do colo uterino.

Em sua defesa a Secretária da Saúde não faz referência aos seguintes pontos abordados no relatório preliminar: ausência de prescrição de medicamento essencial, ausência de identificação de isoimunização pelo fator Rh e insuficiência de exames físicos específicos.

Embora a gestora tenha mencionado que há ações de aprimoramento e que a coordenação de Atenção Básica está desenvolvendo atividades de aperfeiçoamento e sensibilização dos profissionais das ESFs não foi anexada à defesa qualquer documentação comprobatória destes fatos. É importante que a Secretaria Municipal de Saúde Ipubi faça o registro dessas capacitações, pois serve de comprovação do empenho do município de oferecer serviços cada vez mais qualificados, além do aprimoramento curricular dos profissionais das ESFs. Portanto, é necessário que o município avalie os resultados das capacitações dos profissionais das ESFs.

O segundo ponto abordado na defesa da Sra. SILVANETE ANDRADE LEANDRO refere-se a subitem “3.2 Atendimento pré-natal realizado nas USFs” do relatório preliminar. A gestora informa que a ficha perinatal adotada pela municipalidade será confeccionada em novo modelo, acolhendo as sugestões do relatório em epígrafe. Entretanto, não houve a preocupação, por parte da defendente, de comentar os achados sobre o subitem em epígrafe e sim apenas, referir-se a ficha perinatal.



O terceiro ponto abordado pela gestora refere-se a subitem “3.3 Profissional médico de saúde da família” do relatório preliminar. Esclarece que a falta de profissionais no interior dos Estados impossibilita a contratação de profissionais para cumprir a carga horária adotada pela ESF e que à municipalidade restou adequar o atendimento nas USFs de acordo com as disponibilidades do profissional.

Consecutivamente Sra. SILVANETE ANDRADE LEANDRO informa que o MS é conhecedor da realidade supracitada e que o mesmo estava na iminência de publicar uma Portaria dispondo sobre o cumprimento da carga horária obrigatória destinada aos profissionais médicos da ESF, estabelecendo novos parâmetros e condições para o cumprimento da jornada de trabalho. Esclarece ainda que os profissionais médicos contratados pela municipalidade não receberam pelas 40 horas semanais e sim proporcionalmente às horas trabalhadas. Portanto, não ter consistência o pedido de devolução aos cofres públicos municipais do valor de **R\$ 12.190,46** (Cf. fls. 212 deste processo) e consequentemente por via reflexa, não pode subsistir a recomendação da aplicação de multa ao Ordenador de Despesas.

A Sra. SILVANETE ANDRADE LEANDRO informa (Cf. fls. 240) em sua defesa que:

“[.]

Frise que os profissionais médicos contratados pela municipalidade não receberam pelas 40 horas semanais, e sim proporcionalmente às horas trabalhadas.

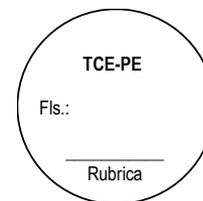
Daí, não ter consistência se falar em devolução aos cofres públicos municipais do valor de R\$ 12.190,46, como consta no Quadro 04 – Demonstrativo de débito por médico.”

Estes argumentos apresentados pela gestora municipal não procedem, visto que os documentos acostados ao processo: Contratos nº 02, 03, 04 e 07/2010 (fls. 134 a 141) e os recibos de pagamento referentes ao mês de setembro/2010 (fls. 142 a 151), evidenciam que a secretaria municipal pagou na íntegra os médicos: Sra. JULIANA MIRANDA DE LUCENA, Sr. CLÁUDIO ROCHA FILHO, Sr. DAMIÃO ALVES COIMBRA, Sr. JOSÉ ROSADO NETO e Sr. FRANCISCO JÂNIO ALENCAR FALCÃO.

Como ficou constatado na auditoria, não houve desconto nos vencimentos proveniente do descumprimento da carga-horária dos profissionais de saúde citados por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Ipubi, como alega a Sra. SILVANETE ANDRADE LEANDRO. Desta forma, entende-se que os achados apresentados nos subitens “3.3.1” e “3.3.2” do relatório preliminar referente à baixa assiduidade dos médicos e ao pagamento de médicos sem o cumprimento de carga horária integral ainda persistem, sendo necessária a proposição das recomendações sugeridas pela auditoria.

O quarto ponto abordado pela Sra. SILVANETE ANDRADE LEANDRO refere-se a subitem “3.4 Estrutura da unidade de saúde da família”. A gestora reconhece que as USFs vistoriadas não têm ainda estrutura física preconizada pelo MS, pois estão instaladas em imóveis alugados e sem condições de ampliação.

A Gestora também informa que para suprir tal deficiência, o município enviou 11 projetos para a liberação de recurso para a construção de USFs, dos quais um já foi aprovado, estando na iminência de começar a construção dessa unidade. Informa também que no ano de 2010 o município investiu 26% da RCL em ações de saúde, conforme constatação do próprio TCE-PE.

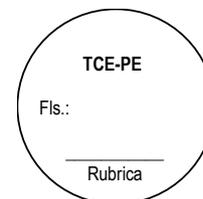


É louvável o reconhecimento das deficiências de infraestruturas das USFs pela gestora e a ação despendida pelo Município de Ipubi para a solução dos problemas através do envio de projetos para obtenção de recursos para a construção de USFs. Pois, o expediente de locação provisória de imóveis impõe ao município várias limitações próprias a este instituto jurídico.

Destarte, com instalações próprias o município terá a liberdade de adequar as estruturas físicas das suas unidades de saúde, conforme as orientações do Ministério da Saúde. Permitindo um atendimento digno aos usuários, além de poder dar uma acessibilidade a todos, conforme as exigências atuais. Como também, é imperativo ao município, enquanto coparticipe na prestação dos serviços da Estratégia Saúde da Família, oferecer às ESFs instalações adequadas e equipadas, conforme as orientações do MS.

Após a análise feita em cada ponto esclarecido pela Sra. SILVANETE ANDRADE LEANDRO, considera-se que a gestora está consciente dos problemas apresentados no relatório de auditoria e com base nas informações apresentadas pela gestora, o município tem se empenhado para a melhora da qualidade da assistência à saúde materna em suas unidades de saúde da Atenção Básica.

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



CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO

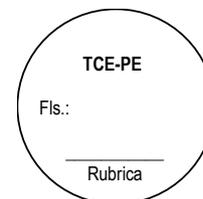
A presente auditoria operacional foi planejada com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência ao pré-natal prestada pelas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Ipubi, com foco na classificação de risco das gestantes e seus procedimentos para assistência, nos procedimentos adotados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

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

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

O primeiro ponto avaliado “Atendimento pré-natal à gestante de risco” apresentou dois problemas que comprometem a qualidade das ações e serviços prestados pelo município. Foi constatada a inadequação da classificação do risco gestacional (baixo ou alto) adotado pelos profissionais das equipes de saúde da família que trabalham no município. Outro ponto que compromete a qualidade da assistência materna encontrado foi a deficiência no atendimento do pré-natal à gestante de risco, evidenciado a partir dos seguintes problemas: deficiência na identificação precoce da gestante de risco pela equipe de saúde da família (47% gestantes de risco começaram o pré-natal após a 13ª semana); ausência de encaminhamento à unidade de referência de risco (apenas quatro, entre as 36 gestantes de risco examinadas, possui o registro de encaminhamento); ausência de realização plena dos exames complementares de rotina mínimos (nenhuma das gestantes realizou a Sorologia para Toxoplasmose, uma para Hepatite B, e apenas 19% repetiram os exames de glicemia, sumário de urina e sorologia para sífilis); ausência de imunização antitetânica (15% das gestantes que realizaram duas ou mais consultas não receberam a imunização contra o tétano); ausência de prescrição de sulfato ferroso (11 gestantes de risco, das 34 que realizaram duas ou mais consultas, não foi prescrito o sulfato ferroso); ausência de avaliação ultrassonografia (das 34 gestantes de risco que realizaram duas ou mais consultas, 20 fizeram apenas duas ultra, e 14 nenhuma); ausência de exame de citologia oncótica (94% das gestantes de risco não realizou o exame).

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



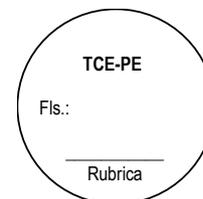
Saúde, além de não apresentarem seu preenchimento por completo pelas equipes de saúde. Também foi verificada a ausência de exames complementares no pré-natal preconizado pelo MS: 50% das gestantes não fizeram os primeiros exames de Sumário de Urina, 54% de Glicemia de Jejum, e 56% de sorologia para Sífilis (VDRL); 86% 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 apenas uma fez o Hepatite B (HBsAG); e 58% não realizaram os exames de HIV (AIDS). Outro problema identificado foi ausência de procedimentos técnicos e condutas no exame clínico e obstétrico: 36% das gestantes realizaram menos de três auscultas dos batimentos cardíacos fetais (BCF) do bebê e 26% nenhuma; 42% das gestantes não fizeram avaliações ultrassonográficas; 38% das gestantes fizeram menos de três medições da altura uterina; 22% realizaram menos de três aferições da pressão arterial; não foi prescrito o sulfato ferroso para 36% gestantes; 20% não fizeram a profilaxia para prevenção do tétano neonatal; nenhuma das gestantes pesquisadas fez o exame de citologia oncótica.

Outro ponto avaliado “profissional médico de saúde da família” evidenciou dois problemas que refletem a qualidade da assistência pré-natal promovida pelas USFs. Os médicos contratados para trabalharem nas equipes de saúde não cumprem a jornada de 40 horas semanais estabelecida pela Política Nacional de Atenção Básica, apresentando uma baixa assiduidade destes profissionais. Outro problema constatado foi o **pagamento na íntegra de R\$ 12.190, 46** (doze mil cento e noventa reais e quarenta e seis centavos) sem desconto dos 40 dias úteis não trabalhados (360 horas), de médicos de unidades de saúde da família que não cumpriram a carga-horária de 40 horas semanais firmado contratualmente com o município.

O último ponto analisado “estrutura da unidade de saúde da família” apontou como problema que dificulta o avanço dos serviços da estratégia de saúde da família foi a inadequação da estrutura física das USFs visitadas. Foi verificado que três das quatro 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 quatro USFs houve a participação da comunidade na elaboração desse calendário. Constatou-se que nenhuma das USFs visitadas dispõe de consultório destinado à saúde da mulher. Apenas uma unidade dispõe de consultório odontológico e, em duas delas verificou-se a existência de sanitários exclusivos para os usuários. Apesar de três unidades visitadas possuírem local para estocagem dos medicamentos, nenhuma possui controle de validade desses produtos.

Foram apresentadas nestas considerações finais algumas constatações que influenciam sobre a qualidade da assistência pré-natal prestada pelas USFs do município de Ipubi. 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 Ipubi, 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 Ipubi:
 - 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 Ipubi;
 - Encaminhar cópias da decisão e do Relatório de Auditoria Operacional ao Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna de Pernambuco (CEEMM-PE);
 - Encaminhar cópia da decisão ao Departamento de Controle Municipal para subsidiar o julgamento da prestação ou tomada de contas, na forma dos artigos 6º e 8º da Resolução TC nº 014/2004;
 - Encaminhar este processo à Coordenadoria de Controle Externo para a realização de monitoramento.
3. Estabeleça a devolução aos cofres públicos do município o valor de **R\$ 12.190,46** (doze mil cento e noventa reais e quarenta e seis centavos) pago indevidamente aos médicos das USFs;
4. Estabeleça multa a Sra. SILVANETE ANDRADE LEANDRO responsável por ferir os artigos 62 e 63 da Lei nº 4.320/64 (Institui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal), que estabelece que nenhuma despesa realizada pela administração públicas pode ser paga sem estar liquidada⁷¹.

Recife, 12 de novembro de 2014.

Andre Augusto Viana

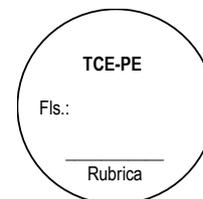
Técnico de Inspeção de Obras Públicas – Mat. 0252

Visto e aprovado.

João Antônio Robalinho Ferraz

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

⁷¹ Inciso III do Artigo 73 da Lei nº 12.600/2004, que dispõe sobre a Lei Orgânica do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (ato praticado com grave infração a norma legal).



REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

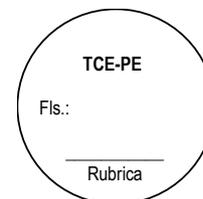
_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3ª edição. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2007a.

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

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

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

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



Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

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

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

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

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

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

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

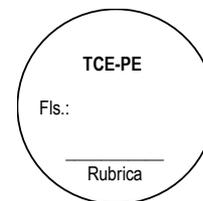
LIMA et AL. **Acompanhamento Pré-Natal – Puerpério no PSF de Florianópolis** -PI Rev. Ciência e Saúde, v. 2, n. 1, p. 51-66, 2007. 65.

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

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:



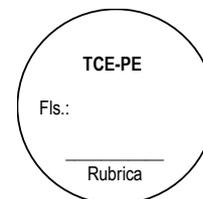
resultados iniciais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5): 1281-1289, set-out, 2004.

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

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

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

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



APÊNDICE

Apêndice A – Fatores de Risco para a gravidez atual⁷²

1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:

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

2. História reprodutiva anterior:

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

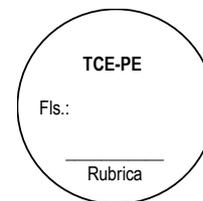
3. Intercorrências clínicas crônicas:

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

4. Doença obstétrica na gravidez atual:

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

⁷² Os fatores de risco são as características ou as circunstâncias que expõe a mulher e o recém-nascido a uma probabilidade maior de desenvolverem alguma complicação de saúde e, como consequência, evoluírem para óbito, necessitando, portanto, de ações de assistência a saúde de maior complexidade.



Apêndice B

Quadro 05 – Dados pessoais do responsável

Nome	Função / Cargo	CPF	Estado Civil	Endereço
Silvanete Andrade Leandro	Secretario Municipal de Saúde (2010/2011)	477.259.664-04	Casada	Endereço: Av. João Eugenio da Silva, 159. Centro, Ipubi CEP: 56260-000



Apêndice C

Quadro 06 – Achados e Recomendações

Achados	Recomendações
Inadequação da classificação do risco gestacional (Subitem 3.1.1)	Capacitar os profissionais de saúde que compõem as equipes das USFs para conscientizar sobre a importância da assistência ao pré-natal e Puerpério e de todas as atividades correlacionadas, como o adequado preenchimento de todos os instrumentos de registros dos procedimentos disponíveis e adotados no atendimento à gestante risco.
	Inserir na ficha perinatal campos que possibilitem o registro de informações sobre as condições biopsicossocio-culturais da gestante de risco.
	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, quanto à ausência de registro documental inerente a assistência ao pré-natal e puerpério por parte dos profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento da gestante de risco.
Deficiência dos serviços e atendimentos do pré-natal às gestantes de risco (Subitem 3.1.2)	Implementar controle sobre as prescrições de medicamento e de vacinação garantindo o acesso às gestantes de risco.
	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 dos procedimentos, atividades, condutas de acompanhamento do pré-natal oferecidas às gestantes de risco em suas USFs.
	Implementar controle que garanta às gestantes de risco a realização plena dos exames complementares, inclusive referentes à sorologia para Hepatite tipo B e Toxoplasmose, e a realização de no mínimo três exames de ultrassonografia obstétrica com objetivo de trazer mais segurança à mulher durante o período gravídico.
Ausência de informações no modelo de ficha perinatal adotado pela Secretaria de Saúde (Subitem 3.2.1)	Adotar como conduta de registro da aferição dos BCF na ficha perinatal a utilização de grafia numérica, em vez de sinais “+” (positivo) e “-“ (negativo).
	O modelo de ficha perinatal adotado pela Secretaria Municipal de Saúde de Ipubi não inclui todas as informações exigidas pelo “Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério” instituído pelo Ministério da Saúde.
	Reavaliar o modelo da ficha perinatal adotado de modo a inserir os campos necessários para a coleta de informações preconizadas pelo Ministério da Saúde.
Ausência de exames complementares no pré-natal preconizado pelo MS (Subitem 3.2.2)	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.
	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.
Ausência de procedimentos técnicos e condutas no exame clínico e obstétrico (Subitem 3.2.3)	Implementar controle que garanta a realização plena dos exames complementares, inclusive referentes à sorologia para Hepatite tipo B e Toxoplasmose, e exame de Coombs indireto quando necessário, com objetivo de trazer mais segurança à mulher durante o período gravídico.
	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.
Baixa assiduidade dos médicos das unidades de saúde da família (Subitem 3.3.1)	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.
	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.