

Tribunal de Contas do Estado  
de Pernambuco – TCE/PE

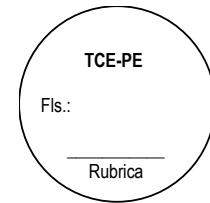
**RELATÓRIO DE AUDITORIA  
OPERACIONAL  
(PROCESSO TC Nº 1005150-8)**

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

**Prefeitura Municipal de Lagoa Grande**

**Conselheiro Relator:**  
Luiz Arcoverde

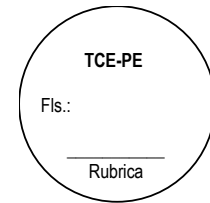
**Equipe:**  
Andre Augusto Viana  
João Antônio Robalinho Ferraz  
(coordenador)  
Márcia Aparecida Pimentel Leal



## **Agradecimentos**

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

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 1005150-8, tendo como relator o Conselheiro Romário Dias.

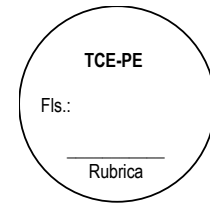
O objeto desta auditoria operacional é a avaliação das ações para assistência à saúde materna realizadas nas Unidades de Saúde da Família (USFs) das regiões de saúde do Estado de Pernambuco onde apresentam os maiores índices de mortalidade materna. O principal objetivo desta auditoria foi avaliar a qualidade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

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

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

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

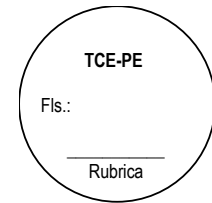
Quanto ao atendimento pré-natal realizado nas USFs, incluindo gestantes de risco e sem risco identificado, foi recomendado à Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Grande que:



reavalie o modelo da ficha perinatal de modo que ela 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.

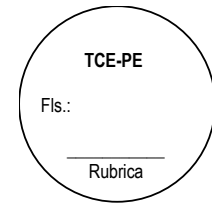
Por último, quanto à estrutura disponibilizada pelas USFs foi recomendado que promova a adequação da estrutura física das unidades conforme orientações do MS para que seja acessível a todos e realize o planejamento e a sistematização das atividades educativas.

Com a implementação das recomendações citadas espera-se que haja uma melhora da qualidade da Assistência Pré-natal do município de Lagoa Grande, podendo contribuir para a redução dos índices de mortalidade materna.



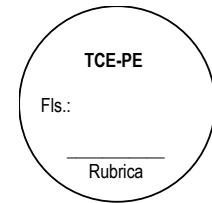
## LISTA DE SIGLAS

AOP:	Auditoria Operacional
AU:	Altura Uterina
BCF:	Batimentos Cardíacos Fetais
BDPA:	Boletim Diário de Produção Ambulatorial
CCE:	Coordenaria de Controle Externo
CEEMM-PE:	Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna de Pernambuco
CMM:	Coefficiente de Mortalidade Materna
CNES:	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS:	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DHPN:	Doença Hemolítica Perinatal
DN:	Declaração de Nascidos Vivos
DO:	Declaração de Óbito
HPP	Hospitais de Pequeno Porte
IMC:	Índice de Massa Corpórea
INCA:	Instituto Nacional de Câncer
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública Dr. Milton Bezerra Sobral
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
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PROMOEX:	Programa de Modernização do Sistema de Controle Externo/BID
PSF:	Programa Saúde da Família
SAMU:	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIA:	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIM:	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC:	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISPRENATAL	Sistema de Pré-natal
SUS:	Sistema Único de Saúde
TCE-PE:	Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco
TDA:	Termo de Designação de Auditoria
USF:	Unidade de Saúde da Família



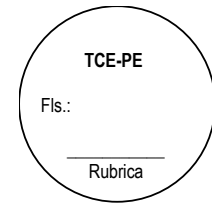
## LISTA DE FIGURAS

	Pg.
Figura 01: Evolução do Coeficiente Mortalidade Materna: Macrorregiões do Brasil – 1996-2007	14
Figura 02: Evolução do Coeficiente Mortalidade Materna por região de saúde de PE – 1999-2007	17
Figura 03: Fluxograma da assistência à saúde materna	21
Figura 04: Evolução anual das consultas pré-natal no SUS (em milhões): Brasil 2003-2009	46
Figura 05: Campos sem preenchimento da Ficha Perinatal das USFs visitas	47
Figura 06: Exames complementares realizados pelas USFs visitadas	49
Figura 07: Aferição dos batimentos cardíacos fetais realizada pelas USFs visitadas	50
Figura 08: Avaliação ultrassonográfica realizada pelas USFs visitadas	51
Figura 09: Medição da altura uterina realizada pelas USFs visitadas	52
Figura 10: Aferição da pressão arterial realizada pelas USFs visitadas	53
Figura 11: Prescrição do sulfato ferroso realizada pelas USFs visitadas	53
Figura 12: Estrutura física da USF 04 Vermelhos	56



## **LISTA DE QUADROS**

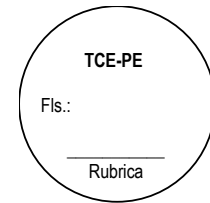
	Pg.
Quadro 01: Frequência de anos com ocorrência de óbitos maternos: período 1999 a 2008	17
Quadro 02: Universo da amostragem por USF	23
Quadro 03: Quadro de Achados e Recomendações	74



## LISTA DE TABELAS

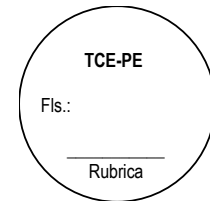
	Pg.
Tabela 01: Escore de risco gestacional a partir de Barros	26
Tabela 02: Escore de risco gestacional a partir de Barros incluídos os fatores do MS – parâmetros criados pela equipe de auditoria	27
Tabela 03: Grau de Risco Gestacional	28
Tabela 04: Histórico reprodutivo x Intercorrências clínicas x Doenças obstétricas das gestantes de risco	30
Tabela 05: Ocupação x Renda familiar	31
Tabela 06: Condições ambientais x Altura materna	31
Tabela 07: Idade gestacional na 1ª consulta	37
Tabela 08: Tipo de gestação x Classificação de risco x Encaminhamento	38
Tabela 09: Tipo de gestação x Exames Complementares	40
Tabela 10: Tipo de gestação x Avaliação Ultrassonográfica	41
Tabela 11: Tipo de gestação x Exame de citologia oncológica	42
Tabela 12: Altura materna x Peso durante a gravidez	43
Tabela 13: Tipo de gestação x BCF	44





## Sumário

<b>CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Antecedentes .....</b>	<b>10</b>
<b>1.2 Identificação do objeto da auditoria .....</b>	<b>11</b>
<b>1.3 Objetivo e escopo da auditoria .....</b>	<b>11</b>
<b>1.4 Critérios para avaliação.....</b>	<b>11</b>
<b>1.5 Procedimentos metodológicos .....</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO 2 – VISÃO GERAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 Relevância do tema .....</b>	<b>14</b>
<b>2.2 Comportamento epidemiológico do CMM em Pernambuco .....</b>	<b>16</b>
<b>2.3 Legislação e Normas Técnicas.....</b>	<b>18</b>
<b>2.4 Lógica da assistência à saúde materna .....</b>	<b>20</b>
<b>CAPÍTULO 3 – RESULTADOS DA AUDITORIA.....</b>	<b>22</b>
<b>3.1 Atendimento pré-natal à gestante de risco .....</b>	<b>22</b>
<b>3.1.1 Inadequação da classificação do risco gestacional.....</b>	<b>23</b>
<b>3.1.2 Deficiências no atendimento do pré-natal à gestante de risco .....</b>	<b>33</b>
<b>3.2 Atendimento pré-natal realizado nas unidades de saúde da família.....</b>	<b>45</b>
<b>3.2.1 Ausência de informações no modelo de ficha perinatal adotado pela Secretaria de Saúde.....</b>	<b>47</b>
<b>3.2.2 Ausência de exames complementares no pré-natal preconizado pelo MS .....</b>	<b>48</b>
<b>3.2.3 Ausência de procedimentos técnicos e condutas no exame clínico e obstétrico .....</b>	<b>50</b>
<b>3.3 Estrutura da unidade de saúde da família .....</b>	<b>54</b>
<b>3.3.1 Estrutura física inadequada para o atendimento da população .....</b>	<b>55</b>
<b>CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR.....</b>	<b>58</b>
<b>CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO .....</b>	<b>67</b>
<b>CAPÍTULO 6 – PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTO.....</b>	<b>69</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>70</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>73</b>



## CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

### 1.1 Antecedentes

O Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (TCE-PE) iniciou em 2001 a realização de auditorias operacionais como foco em ações de governo, avaliando aspectos de eficiência, eficácia e economicidade da gestão pública, com o objetivo de contribuir para que os recursos públicos gerem mais benefícios à sociedade.

A presente avaliação foi motivada a partir da demanda nº 8805 encaminhada pela Ouvidoria do TCE-PE para apuração de denúncia sobre a temática “mortalidade materna do Estado de Pernambuco”. Exames preliminares do teor apresentado pela denúncia apontam a falta de política de atenção à saúde da mulher na maioria dos municípios do estado de Pernambuco.

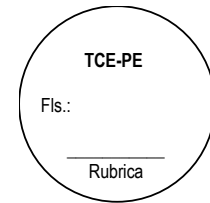
Segundo notícia divulgada no caderno “Cidades” do Jornal do Comércio, em 30/05/2009, o relatório emitido pelo Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna de Pernambuco (CEEMM-PE) denuncia o descaso com a saúde reprodutiva das mulheres nos municípios das regiões do Agreste e Sertão. Para a coordenação do comitê, 96% dos óbitos poderiam ser evitados, se fossem garantidos a atenção básica<sup>1</sup> e o acompanhamento pré-natal adequados às mulheres.

Tendo em vista o Termo de Designação de Auditoria (TDA) nº 11/2010, de 26/10/2010, foi determinada a realização de auditoria de natureza operacional para avaliação das ações de assistência pré-natal promovidas pelas Unidades de Saúde da Família (USFs) no Município de Lagoa Grande. Para tanto, foi formalizado processo de Auditoria Especial sob o número TC nº 1005150-8, cujo relator é o Conselheiro Romário Dias, com foco nas ações de assistência pré-natal executadas pelas equipes de saúde da família, gerenciadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Grande.

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

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

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



## 1.2 Identificação do objeto da auditoria

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

## 1.3 Objetivo e escopo da auditoria

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

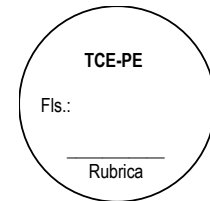
Para a verificação desses aspectos, a abordagem do trabalho envolveu três questões de auditoria:

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

## 1.4 Critérios para avaliação

Foram adotados como referencial para avaliação da assistência ao pré-natal no âmbito geral os princípios e diretrizes definidos pelo SUS e pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) instituída pela Portaria nº 648/GM (BRASIL, 2006a). Para as análises específicas dos achados da auditoria os critérios utilizados foram :

- quanto aos exames e procedimentos a serem realizados pela atenção básica foram observados os protocolos estabelecidos pelo “Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério” do MS (BRASIL, 2005, 2006c);



- quanto à classificação de risco da gestante assistida pelas equipes de saúde da família foram utilizados os fatores estabelecidos pelo Ministério (Manual Técnico para Gestantes de Risco) e a portaria nº 569/GM de 01 de junho de 2000 do MS;
- quanto à infra-estrutura mínima necessária para o funcionamento das unidades de saúde da família foi utilizado como referencial o “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:

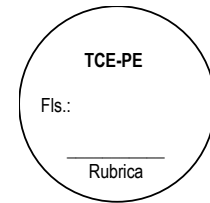
### Procedimentos de coleta

- 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 Lagoa Grande;

Coleta de informações nos boletins diários de produção ambulatoriais, e registro das imagens da estrutura das unidades através de fotografias das USFs 03 e 04 no distrito de Vermelhos do município de Lagoa Grande. Entretanto, a USF 03 (Vermelhos) estava sem médico sendo escolhida aleatoriamente a USF 05 (Jutaí) para coleta dos BDPAs do médico.

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 Lagoa Grande possui seis unidades de saúde da família cadastradas no CNES<sup>3</sup>. Foram selecionadas de forma aleatória duas unidades localizadas na zona rural do município para aplicação dos questionários e coleta de documentos sobre assistência pré-natal. Abaixo apresentamos as unidades visitadas pela equipe de auditoria: USF 03 – Vermelhos; USF 04 – Vermelhos.

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



### 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.



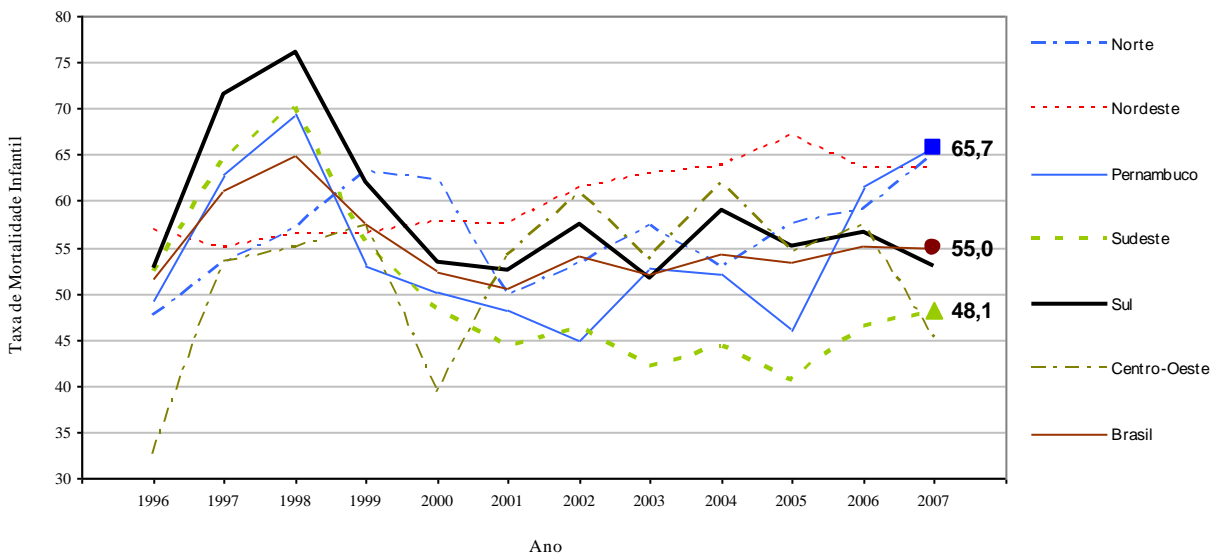
## CAPÍTULO 2 – VISÃO GERAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA

### 2.1 Relevância do tema

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

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

**Figura 01** – Evolução do Coeficiente Mortalidade Materna<sup>4</sup>: Macrorregiões do Brasil – 1996-2007

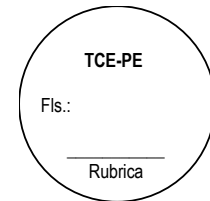


Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIM<sup>5</sup> e Ministério da Saúde/DATASUS/SINASC<sup>6</sup>.

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

<sup>5</sup> Base de dados extraída do DATASUS em 14/10/2010:  
<http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf>.

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



Aliado a este contexto, observa-se uma crescente preocupação em relação à saúde materna não só dos órgãos nacionais, mas também dos internacionais. A Declaração do Milênio das Nações Unidas, aprovada pelos países membros do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em setembro de 2000, estabeleceu a melhoria da saúde materna como alguns dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs).

Segundo o PNUD<sup>7</sup>:

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

[...]

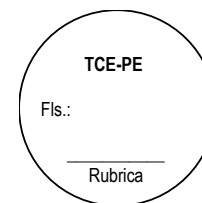
Segundo o Relatório Nacional de Acompanhando dos ODMs do governo, houve uma redução de 12,7% na mortalidade materna entre 1997 (61,2 óbitos para 100 mil nascidos) e 2005 (54,3 óbitos para 100 mil nascidos), mas o próprio relatório admite que há subnotificações. Nas regiões Norte e Sudeste houve redução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

A ocorrência de óbito materno é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos. Os índices de mortalidade materna nos países em desenvolvimento são preocupantes. Um estudo realizado por organismos internacionais estimou que em 2005 aproximadamente 536 mil mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Constatou-se que apenas 15% delas viviam em países desenvolvidos. Essa disparidade entre países desenvolvidos e em desenvolvimento é encontrada no continente americano. O Canadá e Estados Unidos apresentam valores inferiores a 11 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos, já países como Bolívia e Peru chegam a mais de 200 óbitos e Haiti, 670 óbitos maternos. Cerca de 15 mil mulheres morrem por ano em toda a América devido a complicações na gravidez, no parto ou no puerpério<sup>8</sup>. A maioria dos óbitos poderia ser evitada se as condições locais de saúde fossem semelhantes às dos países desenvolvidos. Em alguns países com situação econômica desfavorável (como Cuba e Costa Rica), os coeficientes de mortalidade materna são inferiores, demonstrando que a decisão política influencia sobre os índices de morte materna (BRASIL, 2009).

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

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

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



atendidas, anualmente, cerca de 250 mil mulheres com complicações de aborto, sendo esta uma das principais causas de óbito materno (BRASIL, 2004).

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

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

Para aperfeiçoamento da assistência materna, é necessário que se monitore e investigue a ocorrência de óbitos nos municípios. Entretanto, dois fatores dificultam e limitam o monitoramento da mortalidade materna no Brasil: a subinformação e o sub-registro. A primeira resulta do preenchimento incorreto das Declarações de Óbitos (DNs), e ocorre quando se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério<sup>9</sup>. Já o sub-registro, decorre da omissão do registro de óbito em cartório, frequente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, seja pela dificuldade de acesso aos cartórios, pela existência de cemitérios irregulares ou à falta de informação da população quanto à importância da Declaração de Óbito (DO) como instrumento de cidadania (BRASIL, 2009).

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

## 2.2 Comportamento epidemiológico do CMM em Pernambuco

Para seleção das Regiões de Saúde de Pernambuco a serem avaliadas foi examinado o comportamento da série história do CMM de cada região de saúde<sup>10</sup> do Estado entre 1999 e 2007. As Regiões de Petrolina, Salgueiro e Ouricuri se destacam pelos altos índices de mortalidade comparadas com as demais regiões de Pernambuco (figura 02). Quando examinados individualmente os coeficientes, constata-se que os índices de mortalidade destas regiões estão bem acima do parâmetro de 20 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos, estabelecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003).

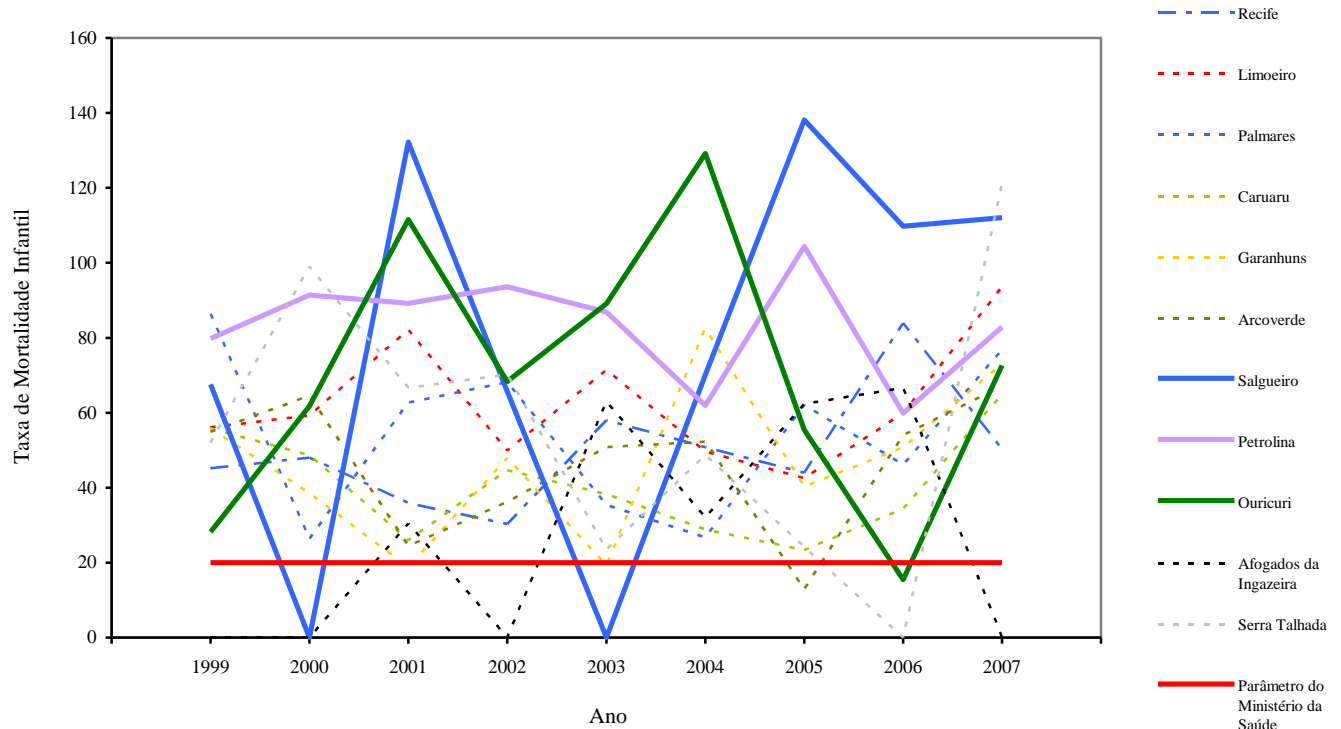
<sup>9</sup> Geralmente ocorre devido ao desconhecimento dos médicos quanto ao correto preenchimento da DO e quanto à relevância desse documento como fonte de dados de saúde.

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





**Figura 02** – Evolução do Coeficiente Mortalidade Materna<sup>11</sup> por região de saúde de PE – 1999-2007



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

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

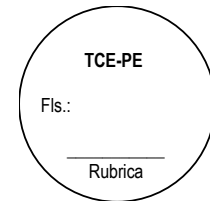
**Quadro 01** – Frequência de anos com ocorrência de óbitos maternos: período 1999 a 2008

Ano	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Anos c/ ocorrência de óbitos
<b>Região Salgueiro – CMM</b>	68	-	132	66	-	70	138	110	112	38	
Belém de São Francisco							1	1		1	3
Cedro						1	1				2
Mirandiba	1						1		1		3
<b>Salgueiro</b>	1		2	1		1	1		1		6
Serrita			2	1				1			3
Terra Nova								1			1
Verdejante									1		1
<b>Região Petrolina - CMM</b>	80	91	89	94	87	62	104	60	83	110	
Afrânio										2	1
Cabrobó	2		1	1	1						4

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

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

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



Ano	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Anos c/ ocorrência de óbitos
Dormentes	1				1				2	1	4
<b>Lagoa Grande</b>					1	2	1	1	1		5
Orocó		1	2	1				1			4
<b>Petrolina</b>	3	6	5	5	2	3	6	2	3	6	10
<b>Santa Maria da Boa Vista</b>	1	1		1	2		2	1	1		7
<b>Região Ouricuri - CMM</b>	<b>28</b>	<b>62</b>	<b>112</b>	<b>68</b>	<b>89</b>	<b>129</b>	<b>55</b>	<b>15</b>	<b>73</b>	<b>60</b>	
Araripina		1	2	1	1	3				2	6
<b>Bodocó</b>			1	3					2	1	4
Exu				1		1					2
Granito											0
<b>Ipubi</b>	1	2			2	1	1				5
Moreilândia	1								1		2
<b>Ouricuri</b>			4			1	2		2	1	5
Parnamirim		1			2	1					3
Santa Cruz		1				1					2
Santa Filomena						1	1				2
Trindade			2		1			1			3

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

Os dados disponíveis para cálculo do CMM são oriundos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM<sup>14</sup>) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC<sup>15</sup>), sistemas estes geridos pelo Departamento de Análise de Situação de Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde.

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

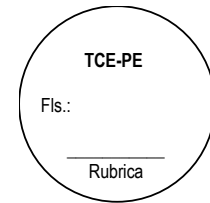
O CMM é disponibilizado pelo DATASUS com dois anos de atraso para que seja feita a redistribuição dos óbitos pelo local de residência e algumas correções nas informações, principalmente quanto ao cruzamento de causa de óbito por sexo e idade. A partir de 2009, o Ministério da Saúde adotou como rotina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

### 2.3 Legislação e Normas Técnicas

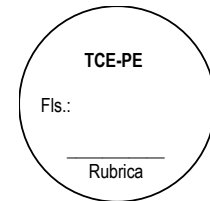
Foram identificadas as seguintes leis, resolução, portarias e manuais que tratam sobre a saúde materna, que contribuíram para o entendimento sobre o objeto auditado, e serviram como referencial para avaliação da qualidade da assistência pré-natal ofertada no município de Lagoa Grande:

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

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



- **Lei n° 11.634**, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS.
- **Lei n° 11.108**, de 07 de abril de 2005, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS.
- **Lei n° 8.080**, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n° 36**, de 03 de junho de 2008, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.
- **Portaria n° 1.119**, de 05 de junho de 2008, que regulamenta a vigilância de óbitos maternos.
- **Portaria n° 325/GM**, de 21 de fevereiro de 2008, que estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.
- **Portaria n° 648/GM**, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
- **Portaria n° 399 GM/MS 399**, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto.
- **Portaria n° 1.067 do Ministério da Saúde**, de 06 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e propõe que esta será executada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.
- **Portaria n° 1.172**, de 15 de junho de 2004, que regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências e define a vigilância epidemiológica da mortalidade materna como atribuição de municípios e estados.
- **Portaria n° 2.394/GM** de 19/12/2003, que estabelece o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica – 2004.
- **Portaria/GM n° 653**, de 28 de maio de 2003, que institui a notificação compulsória do óbito materno.
- **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes** – estabelecida em 2007 pelo Ministério da Saúde e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
- **Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico/Ministério da Saúde, 2006.
- **Gestação de Alto Risco: Manual Técnico. 5ª edição/Ministério da Saúde**, 2010.
- **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: saúde da família. 2ª edição/Ministério da Saúde**, 2008.



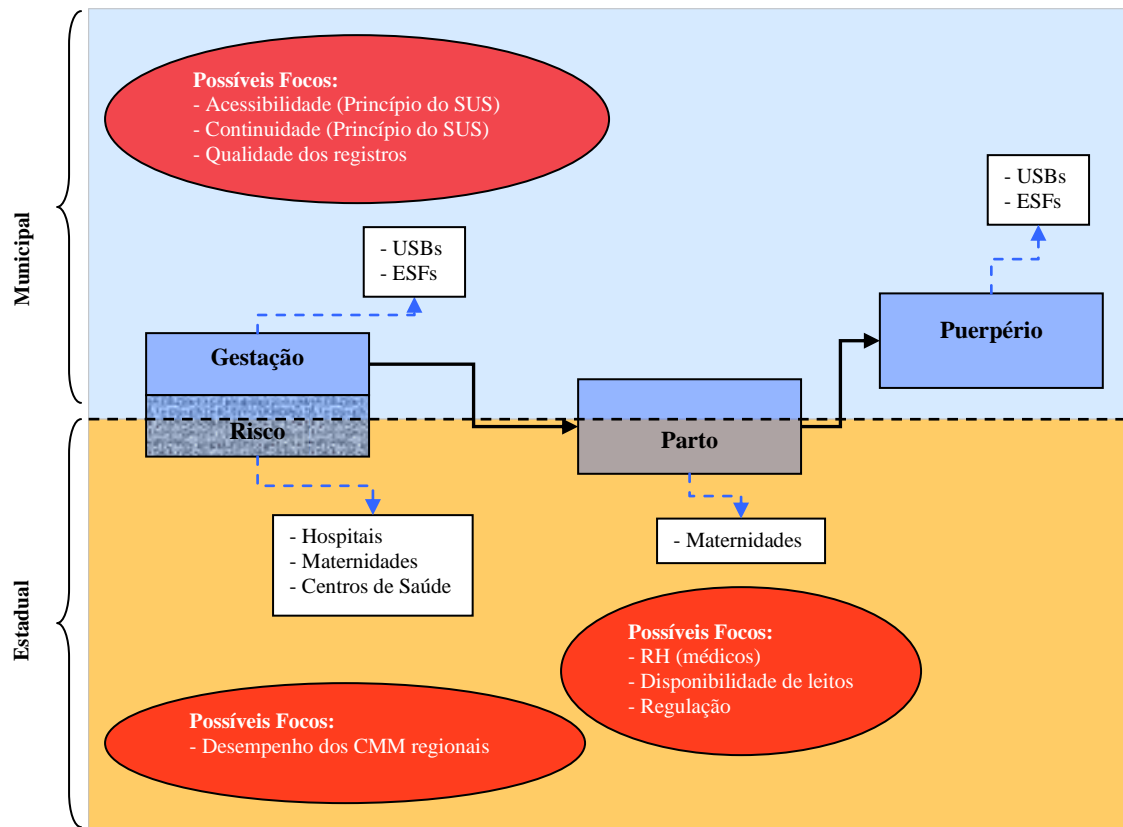
## 2.4 Lógica da assistência à saúde materna

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

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

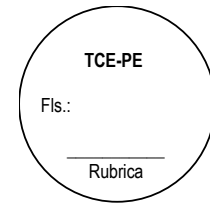
A segunda fase do cuidado à saúde materna corresponde à assistência ao parto realizado em maternidades ou hospitais públicos sob a gestão municipal ou estadual. Após o parto materno, inicia-se a fase do puerpério da mulher que deve ser acompanhada pelos profissionais (ginecologista e enfermeira) de saúde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

Figura 03 – Fluxograma da assistência a saúde materna



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

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



## CAPÍTULO 3 – RESULTADOS DA AUDITORIA

### 3.1 Atendimento pré-natal à gestante de risco

Este capítulo remete-se aos achados da avaliação sobre a adequação do atendimento pré-natal à gestante de risco tendo como referências o nível de risco gestacional identificado e o atendimento despendido durante as consultas pela equipe de saúde da família, conforme os apontamentos constantes na ficha de perinatal<sup>16</sup>, prontuário, entre outros documentos, utilizados pelas Unidades da Saúde da Família (USFs) do Município de Lagoa Grande.

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

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

Segundo informações do MS, o município de Lagoa Grande tem histórico de taxas altas de mortalidade materna, por exemplo, a do ano de 2007 correspondeu a 235,3 casos de óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos, quando o recomendado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) é de 20 casos.<sup>17</sup> Ainda segundo informações do MS pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em 2009, apenas 46,9% das crianças nascidas vivas corresponderam a gestantes que tiveram sete ou mais consultas pré-natais.<sup>18</sup>

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

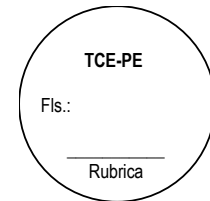
As USFs escolhidas no município de Lagoa Grande para auditoria foram as 03 e 04 do Distrito de Vermelhos, do total de seis unidades de saúde da família do município.

---

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

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

<sup>18</sup> Disponível em: <http://www.portalodm.com.br/relatorios/5-melhorar-a-saude-das-gestantes/pe/lagoa-grande>. Acesso em: 31/01/2011.



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: 80 normais (83%) e 16 de risco (17%). Para a análise da adequação da assistência do pré-natal à gestante de risco foi utilizada apenas a documentação referente às oito gestantes como foi consolidado no quadro abaixo.

Para verificação da robustez das informações coletadas foram analisadas estatisticamente 20 fichas pré-natais de usuárias da assistência pré-natal municipal com seus respectivos prontuários entre 30 fichas escolhidas aleatoriamente.<sup>19</sup> As mulheres selecionadas para avaliação foram aquelas que estavam grávidas até a data da coleta da documentação (14/10/2010).

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

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

UNIDADE	TOTAL DE GESTANTE ATENDIDA PELO PRÉ-NATAL		FICHAS PERINATAIS COLETADAS				PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO	COREN-PE
	NORMAL	RISCO	G. NORMAL	% DO TOTAL	G. DE RISCO	% DO TOTAL		
USF 03	48	8	7	14,6%	3	37,5%	Sra. Fabíola Salvador Bezerra	7.224
USF 04	32	8	5	15,6%	5	62,5%	Sra. Jéssica Camila do N. Barboza	8.045
TOTAL	80	16	12	15%	8	50%		

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

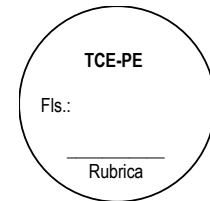
### 3.1.1 Inadequação da classificação do risco gestacional

Os resultados obtidos na análise documental refletem a ausência e conseqüentemente, a inadequação da classificação do risco gestacional (baixo ou alto) adotada pelos profissionais da equipe de saúde, quando da primeira consulta e nas demais. Dificultando assim, a caracterização real das gestantes de risco acompanhadas pelo pré-natal.

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

<sup>19</sup> Quinze fichas de cada USF.

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



O próprio Ministério da Saúde (MS) alerta que é de suma importância a adequada classificação do risco, pois permite o devido encaminhamento das gestantes de alto risco às unidades de referência.<sup>21</sup> 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 naquele manual e entre esses:

[...]

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

[...]

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

- **CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DESFAVORÁVEIS:** São apresentadas as características individuais, as condições sociais, fatores que têm relações com o estresse e o suporte social da história afetiva prévia e atual a que estão submetidas às gestantes de risco;
- **HISTÓRICO REPRODUTIVO ANTERIOR:** São apontadas as evoluções dos partos anteriores e analisadas, pois a evolução da gestação anterior poderá repetir-se na gestação atual, portanto é investigado o histórico reprodutivo da mãe, como por exemplo: idade da menarca, número de filhos, paridade e idade da mãe, ocorrências de aborto habitual ou de natimorto;
- **INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS CRÔNICAS:** É investigado se a gestante possui cardiopatias, pneumopatias, endocrinopatias, hipertensão arterial, doenças infecciosas, etc., pois muitas vezes a realização de exames simples pode prevenir complicações para a grávida e para o recém-nascido. Por vezes, as mulheres correm riscos por não saber que possuem pressão alta (hipertensão arterial) ou diabetes (endocrinopatia), por exemplo. É importante ressaltar que as principais causas da mortalidade materna no Brasil são a hipertensão arterial, a hemorragia, infecção puerperal e as complicações decorrentes do aborto e que a morte materna obstétrica indireta<sup>23</sup> é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez;<sup>24</sup>

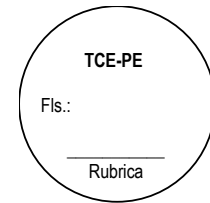
<sup>21</sup> As unidades de referência para gestantes de alto risco foram criadas pela Portaria nº 3477, de 20 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde.

<sup>22</sup> *Idem*, p. 11.

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

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





- **DOENÇAS OBSTÉTRICAS ATUAIS DA GESTANTE:** São enfatizadas as possíveis intercorrências clínicas, que são passíveis de apresentar repercussões sobre a gestante como, por exemplo, hipertensão, sangramentos, processos infecciosos sistêmicos e obesidade. É importante salientar que a morte materna obstétrica direta<sup>25</sup> é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas.

As informações referentes aos quatro grupos citados acima devem ser obtidas na anamnese.

<sup>26</sup> O detalhamento de cada grupo de risco se encontra no Apêndice A.

Portanto, identificando-se um ou mais fatores de riscos durante as consultas do pré-natal, a gestante deverá ser encaminhada pelo profissional de saúde para tratamento na Unidade de Saúde da Família (USF), conforme orientam os protocolos do Ministério da Saúde. Os casos não previstos para tratamento na USF deverão ser encaminhados para a atenção especializada (referência) que, após avaliação, deverá devolver a gestante para a atenção básica com as recomendações para o seguimento da gravidez ou deverá manter o acompanhamento pré-natal nos serviços de referência para gestação de alto risco. Nesse caso, a equipe da atenção básica deverá manter o acompanhamento da gestante, observando a realização das orientações prescritas pelo serviço de referência.<sup>27</sup>

A avaliação sobre a adequação da classificação do nível de risco gestacional adotada pelo profissional de saúde durante a primeira consulta pré-natal e nas consequentes e registrada na ficha de pré-natal ou no correspondente prontuário, tem como referência a adoção de um escore para classificar o risco gestacional calculado com base na proposta por Chamberlain *et al.* No Brasil, esse método foi adaptado e utilizado por Barros *et al.*<sup>28</sup> O escore de referência classifica o risco de acordo com informações sobre a história reprodutiva prévia, antropometria<sup>29</sup> materna e situação sócio-econômica apresentada pela gestante durante a primeira consulta. Ver tabela 01 a seguir:

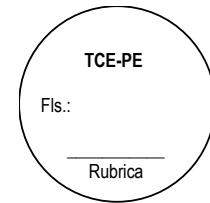
<sup>25</sup> A razão de mortalidade materna por causas obstétricas diretas no Brasil ficou no ano de 2007 em 55,5 (por 100 mil nascidos vivos).

<sup>26</sup> É uma entrevista que busca 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.

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

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

<sup>29</sup> Processo ou técnica de mensuração do corpo humano ou de suas várias partes (FERREIRA, Aurélio Buarque. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1986).



**Tabela 01** – Escore de risco gestacional a partir de Barros

Escore de risco gestacional utilizado por Chamberlain et al. (1970), adaptado por Barros et al. (1985).

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

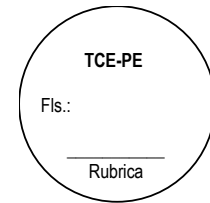
Fonte: Barros et al. (1985)

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

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

Para montagem do escore criado pela equipe de auditoria, os fatores de risco gestacional que permitem a realização do pré-natal pela equipe da USF receberam uma pontuação entre 1 e 2,

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



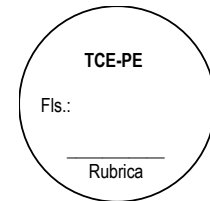
enquanto os que necessitam da realização do pré-natal em serviços de referência<sup>31</sup> receberam pontuação igual a 4.<sup>32</sup> Para a falta de informação nos documentos analisados foi considerado 1. Após as determinações do escore (pontuações) foi adotado o mesmo escalonamento do método de Chamberlain *et al*, adaptado por Barros *et al*. A seguir, apresenta-se os fatores de riscos considerados e o respectivo escore adotado pela auditoria.

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

<b>1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:</b>	
Características maternas	Escore
<b>Faixa etária:</b>	
Menor que 15 e maior que 35 anos	2
Entre 15 – 29 anos	0
Entre 30 -34	1
<b>Mãe sem companheiro</b>	
Mãe sem companheiro	2
Não informado	1
<b>Altura materna &lt; 1,50 m</b>	
Altura materna < 1,50 m	1
Não informado	1
<b>Peso durante a gravidez:</b>	
< 45 Kg e > 75 Kg	2
Não informado	1
<b>Dependência de drogas:</b>	
Ilícitas	2
Lícitas	1
<b>Renda familiar:</b>	
> 6 salários mínimos	0
Entre 3 e 6 salários mínimos	1
< de 3 salários mínimos	2
<b>2. História reprodutiva anterior:</b>	
Características maternas	Escore
Morte perinatal explicada ou inexplicada	4
Abortamento habitual	
Esterilidade/infertilidade	
Pré-eclâmpsia/eclâmpsia	
Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado	2
Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos	
Nuliparidade e multiparidade	
Síndromes hemorrágicas	
Cirurgia uterina anterior	
Macrossomia fetal	
Não possui	0
Não Informado	1
<b>3. Intercorrências clínicas crônicas:</b>	
Características maternas	Escore
Cardiopatias, Pneumopatias, Nefropatias, Endocrinopatias, Hemopatias,	4

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

<sup>32</sup> ALVIM, Denise dos Anjos Buker; BASSOTO, Teresa Raquel de Paiva; MARQUES, Genáine Mendes. Sistematização da Assistência de Enfermagem à Gestante de Baixo Risco. Rev. Meio Ambiente e Saúde, 2007; 2(1): 258-272. Disponível em: <http://www.faculadadedofuturo.edu.br/revista/index.php?id=edicoesanterioresvn2>. Acesso: em: 22/12/2010.



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

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

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

Entre as oito fichas coletadas referentes à gestação de risco foi observada a ausência do registro do grau de risco gestacional. É importante ressaltar que a identificação da documentação referente à gestação de risco só foi possível através da seleção feita pelas profissionais de saúde entrevistadas.

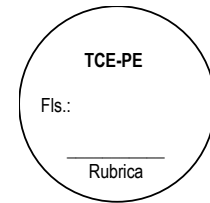
As informações obtidas na documentação selecionada serviram para alimentar o banco de dados necessário para a análise do escore de risco gestacional aplicado. O resultado obtido, como pode ser visto na tabela a seguir, demonstrou que quatro gestantes foram classificadas como risco médio e as outras três gestantes foram consideradas de alto risco e uma como de baixo risco.<sup>33</sup>

**Tabela 03 – Grau de Risco Gestacional – Lagoa Grande**

Escore	Freq.	%
Menos de 3 (baixo risco)	1	12,5%
De 3 a 7 (médio risco)	4	50,0%
Mais de 7 (alto risco)	3	37,5%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas  
Obs: Mínimo = 2, Máximo = 15 . 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).

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



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

As três classificadas como de alto risco pelo escore adotado apresentaram histórico reprodutivo desfavorável e complicações na gestação atual.

Na tabela 04 a seguir estão consolidados registros dos fatores de risco referentes ao histórico reprodutivo e intercorrências clínicas anteriores e da gestação atual:

---

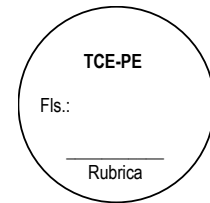
<sup>34</sup> As fichas perinatais da USF 03 apresentaram deficiências no registro das informações coletadas durante as consultas.



**Tabela 04 – Histórico reprodutivo x Intercorrências clínicas x Doenças obstétricas das gestantes de risco – Lagoa Grande.**

Histórico reprodutivo	Intercorrências clínicas crônicas anteriores		Doenças obstétricas atuais			
	Não Informado	Nenhuma	Hérnia inguinal	Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico	Hemorragias da gestação	Nenhuma
Abortamento habitual	0	1	1	1	0	1
Não possui	0	5	0	0	1	4
Não Informado	1	0	0	0	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>

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



O grupo de fatores de risco relacionados às características individuais e sociais das gestantes de risco apresentou deficiências de informações sobre ocupação, renda familiar, condições ambientais e altura materna como podem ser observados nas tabelas abaixo:

**Tabela 05 – Ocupação x Renda familiar – Lagoa Grande**

<b>Renda familiar</b>	<b>Mais de 3 salários mínimos</b>	<b>Entre 3 e 1 salários mínimos</b>	<b>Menos de 1 salário mínimo</b>	<b>Não Informado</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Ocupação</b>					
<b>Não Informado</b>	0	0	0	8	<b>8</b>
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>8</b>

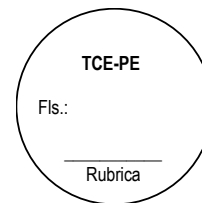
Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

**Tabela 06 – Condições ambientais x Altura materna – Lagoa Grande**

<b>Altura materna &lt; 1,5 m</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não Informado</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Condições ambientais desfavoráveis</b>				
<b>Sim</b>	0	1	2	<b>3</b>
<b>Não</b>	0	1	1	<b>2</b>
<b>Não informado</b>	0	1	2	<b>3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>8</b>

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

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 pode estar negligenciando quanto ao registro das condições socioeconômicas das gestantes, principalmente as consideradas de risco gestacional.



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

[...]

Cabe ainda destacar a importância da abordagem integral às mulheres, considerando-se as especificidades relacionadas às questões de gênero, raça, etnia, classe social, escolaridade, situação conjugal e familiar, trabalho, renda e atividades laborais, possibilidade de situação de violência doméstica e sexual, uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outras. Essa atenção implica na valorização de práticas que privilegiem a escuta e a compreensão sobre os diversos fenômenos que determinam maior ou menor condição de risco à gestação.<sup>35</sup> (grifo nosso)

As evidências encontradas pela auditoria desenvolvida nas duas USFs do Distrito de Vermelhos do Município de Lagoa Grande demonstram primeiramente que os profissionais responsáveis pelas consultas do pré-natal não estão seguindo as recomendações do MS para a realização da identificação da existência de fatores de risco gestacional e conseqüentemente, levando a uma subnotificação das informações sobre as condições biopsicossocio-culturais e de saúde, que devem ser notificadas na primeira consulta e nas subsequentes, e em segundo lugar, que há ausência do registro do grau de risco gestacional.

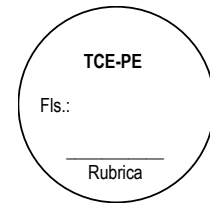
Portanto, conclui-se que há um problema comum nas USFs auditadas, podendo ocorrer em outras unidades do município, que é a falta do pleno registro dos fatores de risco que estão submetidas as gestantes de risco e conseqüentemente, uma inadequada classificação do grau de risco. Esta situação pode estar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

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

1. Verifique periodicamente se a avaliação do risco gestacional está ocorrendo em todas consultas realizadas durante o pré-natal, com o respectivo registro da classificação de risco referenciada pelo profissional de saúde na ficha perinatal e prontuário médico;
2. Oriente os profissionais de saúde das USFs para que registrem nas fichas perinatais e prontuários médicos as condutas de encaminhamento das gestantes de risco para serviços de referência, conforme regulamentações do MS;
3. Intensifique o uso do formulário de Referência e Contrarreferência para o encaminhamento das gestantes de risco para serviços de referência;

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





4. Implante procedimentos de controle e responsabilização na Assistência ao Pré-natal e Puerpério, quanto à ausência de registro documental inerente a gestante de risco, por parte dos profissionais de saúde responsáveis, conforme regulamentações do MS.

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

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

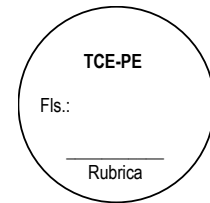
Durante a análise documental foi observado o preenchimento incompleto das fichas perinatais e dos respectivos prontuários, mesmo existindo campo para os registros dos procedimentos e condutas padronizadas, segundo o MS e adotadas pelo município. É importante ressaltar que o MS recomenda que as condutas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

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

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

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

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



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

[...]

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

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

A instituição dos critérios apontados anteriormente propiciou a elaboração de manuais com a finalidade de oferecer referência para a organização da rede assistencial, a capacitação profissional e a normalização das práticas de saúde para orientar a equipe assistencial no diagnóstico e tratamento das doenças e/ou problemas que afligem a mulher durante a gravidez.

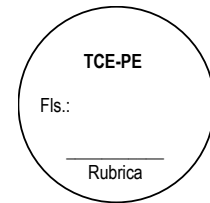
Esses manuais objetivam também uniformizar as condutas, contribuindo para uma atuação mais coesa da equipe, assim como para a oferta de uma assistência eficiente e de qualidade. Portanto, os critérios de referência para esta auditoria estão contidos nos manuais respectivos à Assistência Pré-natal e Puerpério elaborados pelo MS.

Para se ter uma assistência pré-natal efetiva o MS considera indispensável as seguintes ações básicas<sup>36</sup>:

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

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

<sup>36</sup> Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência pré-natal: Normas e Manuais técnicos, 3ª Ed.. BRASÍLIA – DF, 2000, p. 9.



Entre os critérios de evitabilidade devem-se levar em conta os fatores profissionais. Considerando os casos em que, por falta de capacitação ou capacitação imprópria, ocorreu negligência, imperícia ou imprudência por parte dos profissionais de saúde que atendem à mulher. São exemplos disso a não identificação de risco reprodutivo, a falha diagnóstica e a inadequação de procedimentos e tratamentos, entre outros.<sup>37</sup>

Vale lembrar que, com a implantação do PHPN, todas as questões referentes ao acompanhamento da gestação, parto e puerpério, tornou-se obrigatória a realização do preenchimento dos instrumentos de registro dos procedimentos para alimentar o Sistema SIS/PRÉ-NATAL e garantir verbas<sup>38</sup>.

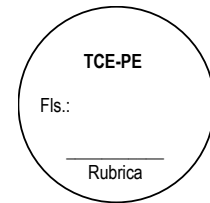
A presente análise realizada pela equipe de auditoria iniciou-se com a verificação dos procedimentos e condutas adotados no atendimento pré-natal prestado à gestante considerada de risco durante as consultas realizadas e que foram registrados nas fichas perinatais e respectivos prontuários coletados nas USFs do município de Lagoa Grande. 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 elaborou formulários padronizados e pré-codificados e registrou as informações relevantes para a análise da Assistência à Saúde Materna. No caso foram utilizados dois tipos de formulários:

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

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

<sup>38</sup> O SIS/PRÉ-NATAL é o software desenvolvido pelo DATASUS, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde. É especificamente ligado ao cadastro e acompanhamento de gestantes. Um incentivo financeiro é concedido ao município por cada gestante captada e cadastrada ainda no primeiro trimestre gestacional. Se posteriormente forem realizadas mais de seis consultas pré-natais e uma consulta puerperal, outro incentivo financeiro é concedido.



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

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

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

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

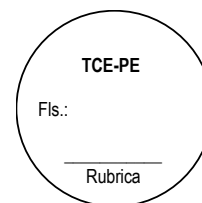
1. Intercorrências na gestação atual: 100% sem registro;
2. Exame físico: 87,5% sem registro da realização ou não do exame;
3. Indicação da data de realização dos exames complementares: 100% sem datação;
4. Descrição dos exames complementares e de seus respectivos resultados: 100% sem registro;
5. Gráfico da curva peso x idade gestacional: 100% sem registro da evolução do ganho ponderal;
6. Gráfico da curva altura uterina x idade gestacional: 100% sem registro da evolução do crescimento fetal.

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

Ao serem questionadas sobre o não preenchimento de alguns itens das fichas perinatais as profissionais justificaram que preferem acompanhá-las apenas pelo cartão da gestante que é trazido a cada consulta, o qual contém basicamente as mesmas informações da ficha perinatal. Os dados considerados de relevância durante as consultas resumem-se a registros feitos em papéis tipo A4 que ficam grampeados às fichas perinatais sem nenhuma identificação da gestante

▪ ***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 07 a seguir em destaque, quatro gestantes, das oito examinadas pela equipe de auditoria, consideradas de risco pelos profissionais de saúde iniciaram o pré-natal após a 12<sup>a</sup> semana de gestação:



**Tabela 07** – Idade gestacional na 1ª consulta – Lagoa Grande

CÓDIGO DA GESTANTE	DUM	DATA DA 1ª CONSULTA	IG (semanas)
LG05	10/03/2010	01/09/2010	25,00
LG07	27/05/2010	04/08/2010	9,86
LG08	15/01/2010	23/06/2010	22,71
LG09	28/01/2010	31/03/2010	8,86
LG10	23/06/2010	01/09/2010	10,00
LG11	28/11/2009	12/05/2010	23,57
LG12	18/01/2010	08/06/2010	20,14
LG13	10/12/2009	18/02/2010	10,00

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.

Ainda na tabela 07 acima, em relação ao período em que ocorreu a primeira consulta, observou-se que quatro gestantes indicadas como de risco começaram o pré-natal após 20ª semana. Quanto à contagem da idade gestacional foi observado um erro referente à gestante “LG12”, pois na ficha perinatal foi registrado 15,3 semanas, quanto o correto seria 20,14 como está indicado na tabela anterior.<sup>39</sup>

Entre as 12 gestantes não consideradas como de risco, uma iniciou as consultas do pré-natal também depois da 20ª semana de gravidez, que segundo a determinação do MS, deveria ter sido classificada como gravidez de risco.

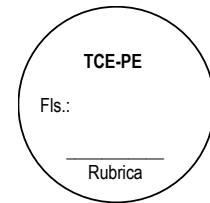
Tais evidências demonstram falhas no trabalho de busca dos agentes comunitários de saúde, pois o encaminhamento da mulher gestante ao serviço de saúde é de responsabilidade desse agente durante as visitas domiciliares.

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

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

Segundo as profissionais entrevistadas, há a identificação da gravidez de risco e o encaminhamento das gestantes de alto risco para unidade de referência com formulário nos pré-natais das USFs. Para a coleta das informações foram utilizados os quesitos: “Identificação da gravidez de risco” e “Encaminhamento com formulário” do formulário nº 02 elaborado pela equipe de auditoria.

<sup>39</sup> O código ‘LG12’ (Lagoa Grande) foi criado pela equipe de auditoria com o objetivo de preservar a identificação da gestante de risco.



Utilizando-se das informações das fichas perinatais selecionadas, com ênfase nas oito gestantes consideradas de risco, foi realizado o cotejo entre informações relatadas e os registros encontrados que resultou nos seguintes números consolidados na tabela 08 abaixo:

**Tabela 08** – Tipo de gestação x Classificação de risco x Encaminhamento – Lagoa Grande

TIPO DE GESTAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO DO RISCO GESTACIONAL					ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADE DE REFERÊNCIA			
	Normal	Baixo	Médio	Alto	Não Informado	Não cabia	Sim	Não	Não Informado
Normal (12)	12	0	0	0	0	12	0	0	0
Risco (8)	0	0	0	0	<b>8</b>	0	<b>1</b>	<b>7</b>	0
TOTAL (20)	12	0	0	0	<b>8</b>	12	<b>1</b>	<b>7</b>	0

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

Como resultado do confronto das informações obtidas, em destaque na tabela 08 acima, observa-se que entre as oito gestantes consideradas como de risco apenas uma possuía o registro do encaminhamento para uma unidade de referência para gestação de alto risco.<sup>40</sup>

Foi observado também que as outras duas gestantes de risco classificadas como de alto risco pelo escore de grau de risco gestacional, aplicado pela equipe de auditoria, não tiveram encaminhamento a uma unidade de referência para alto risco. Sendo que uma queixou-se de perda de coágulos de sangue, porém recusou-se a ser examinada pela profissional de saúde responsável pela consulta, conforme apontamento no prontuário.<sup>41</sup>

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

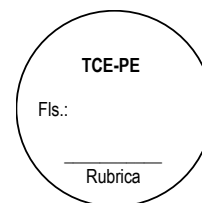
▪ **Ausência de realização plena dos exames complementares :**

Quanto à realização dos exames complementares previstos para serem solicitados na primeira consulta do acompanhamento do pré-natal, conforme a recomendação do MS para o atendimento à gestante nas USFs,<sup>42</sup> foi observada na documentação das 20 gestantes estudadas o não cumprimento pleno de todos os exames complementares previstos pelo MS.

<sup>40</sup> A gestante foi classificada pelo escore adotado pela equipe de auditoria como de alto risco.

<sup>41</sup> Todas as três gestantes classificadas pelo escore como de alto risco foram da USF 04.

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



Entre as oito gestantes de risco, não foram observados os registros da realização da sorologia para Toxoplasmose<sup>43</sup> (IgG e IgM), prevista para ser solicitada na primeira consulta do acompanhamento do pré-natal, e para Hepatite<sup>44</sup> tipo B (HBsAg), essa recomendada para próximo da 30ª semana de gestação, como pode ser observado na tabela 09 apresentada na página 43 deste relatório de auditoria.

Os exames citados no parágrafo anterior são apenas recomendados pelo MS, ou seja, quando houver disponibilidade,<sup>45</sup> 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 sequela como microftalmia, lesões oculares, microcefalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e retardo mental.<sup>46</sup>

Já a Hepatite tipo B (VHB) pode ocorrer de forma assintomática ou sintomática. Quando aparecem, os sintomas costumam ser: mal-estar, cefaléia, febre baixa, anorexia, astenia, fadiga, artralgia. Raramente na fase crônica, o portador do VHB apresenta náuseas, vômitos, desconforto no hipocôndrio direito e aversão por alguns alimentos. O percentual de cronificação<sup>47</sup> no recém-nascido (RN) infectado pelo VHB por transmissão vertical pode chegar a 90%, com maior risco de evolução para cirrose e hepatocarcinoma numa fase precoce da vida, tornando a triagem da Hepatite B obrigatória no pré-natal.<sup>48</sup>

Ainda em relação à garantia aos exames complementares, no caso específico das gestantes de risco, a descontinuidade dos exames complementares que devem ser repetidos até a 30ª semana de gestação é mais crítica,<sup>49</sup> pois apenas uma gestante de risco realizou dois dos três exames previstos (2º de glicemia e 2º de sorologia de sífilis).

As observações apontadas nos parágrafos acima 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 09 na página seguinte.

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

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

<sup>45</sup> BRASIL, *op cit*, p. 11.

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

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

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

<sup>49</sup> Glicemia de jejum para rastreamento de diabetes gestacional e a repetição dos exames VDRL e de urina tipo 1.



**Tabela 09 – Tipo de gestação x Exames complementares Lagoa Grande**

Tipo de gestação	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	Hb.s.Ag - Sorologia p/ hepatite B	IgM - Sorologia p/ Toxoplasmose	Nenhum
Normal (2)	8	8	8	1	9	1	9	2	6	0	0	3
Risco (8)	8	8	7	1	7	1	7	0	7	0	0	0
<b>TOTAL (20)</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>

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





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

Dentre as oito gestantes de risco analisadas, duas foram identificadas, segundo a Tipagem sanguínea/Fator Rh, como “O –” (ó negativo), porém segundo informações da ficha pré-natal e do prontuário das gestantes, só uma teve o registro do resultado do primeiro e do segundo exame de Coombs indireto<sup>50</sup>, o que 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 resultado do exame de Coombs indireto for positivo, a gestante deve ser encaminhada 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:**

Segundo informações das profissionais entrevistadas as avaliações ultrassonográficas são realizadas em outra unidade de saúde municipal. Contudo quatro gestantes de risco não realizaram nenhuma e as outras quatro tiveram menos de três avaliações, como pode ser visto na tabela 10 a seguir abaixo:

**Tabela 10** – Tipo de gestação x Avaliação Ultrassonográfica – Lagoa Grande

Avaliação Ultrassonográfica \ Tipo de gestação	Não realizada	Menos de três avaliações	3 avaliações	Mais de 3 avaliações	TOTAL
Normal (12)	6	6	0	0	12
Risco (8)	4	4	0	0	8
<b>TOTAL (20)</b>	10	10	0	0	20

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

A recomendação do MS é que deve ser solicitado o exame de ultrassom quando não for possível determinar a idade gestacional clinicamente. Por outro lado, justifica-se a realização

<sup>50</sup> O teste de Coombs indireto é usado em exames pré-natais de mulheres e em exames de sangue antes de transfusões sanguíneas. Ele detecta anticorpos contra hemácias que estão presentes livres no plasma sanguíneo do paciente.



deste exame no primeiro trimestre gestacional, para determinar a medida da translucência nucal, a fim de rastrear anomalias cromossômicas, dentre elas a síndrome de Down, além de confirmar a presença de batimentos cardíacos fetais para estabelecer a vitalidade embrionária.<sup>51</sup>

#### Segundo MS:

[...] Está comprovado que, em gestações de alto risco, a ultrassonografia com dopplervelocimetria possibilita a indicação de intervenções que resultam na redução da morbimortalidade perinatal.”<sup>52</sup> (grifo nosso)

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

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

Não foram identificados os registros dos exames de citologia oncótica<sup>53</sup> nas fichas perinatais das gestantes de risco, como é exposto na tabela 11. É importante esclarecer que esse exame faz parte dos parâmetros estabelecidos pelo MS para a atenção pré-natal e puerperal. Além de ser uma oportunidade para a mulher de realizar o referido exame, pois muitas mulheres frequentam as unidades de saúde apenas para o pré-natal.

**Tabela 11** – Tipo de gestação x Exame de citologia oncótica

Exame de citologia oncótica	Sim	Não	TOTAL
Tipo de gestação			
Normal	0	12	12
Risco	0	8	8
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>20</b>

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

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o número de casos novos de câncer do colo do útero esperado para o Brasil no ano de 2010 será de 18.430, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres. O câncer do colo nas regiões Centro-Oeste (20/100.000) e Nordeste (18/100.000) ocupa a segunda posição mais frequente entre casos de câncer.<sup>54</sup>

<sup>51</sup> Rezende J, Montenegro CAB. Obstetrícia fundamental. 9ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2003 *In* Revista de Enfermagem, 2009, jan-mar, 13 (1): 00-00.

<sup>52</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual Técnico: *Pré-Natal e Puerpério*. Brasília – DF, 2006, p. 29.

<sup>53</sup> Esse exame também é conhecido como exame do colo do útero ou papanicolau

<sup>54</sup> Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo\\_view.asp&ID=5](http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5). Acesso em 04/01/2011.



▪ **Ausência de exames físicos gerais:**

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

Foi observado deficiência quanto ao acompanhamento do ganho de peso gestacional, pois não foi identificado o registro do índice de massa corpórea (IMC) gravídico<sup>55</sup>, apesar do registro do peso da gestante. Deixando assim de ser realizada a respectiva comparação com o ganho de peso recomendado na gestação, segundo o estado nutricional inicial.<sup>56</sup>

Outra ausência encontrada nas fichas perinatais foi o registro da altura, pois cinco gestantes de risco não tiveram as suas alturas anotadas, o que impossibilita o cálculo do referido índice. É importante informar que o peso e a altura são medidas necessárias para avaliar e acompanhar o estado nutricional da gestante e o ganho de peso durante a gestação. Ver tabela 12 a seguir.

**Tabela 12** – Altura materna x Peso durante a gravidez – Lagoa Grande

Peso durante a gravidez	< 45 kg	> 75kg	Entre 45 e 75Kg	Não Informado	TOTAL
<b>Altura materna</b>					
Sim	0	0	0	0	0
Não	1	0	2	0	3
Não informado	1	0	4	0	5
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>8</b>

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

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

▪ **Insuficiência de exames físicos específicos:**

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

Quanto ao procedimento de ausculta dos batimentos cardíacos fetais, procedimento este que objetiva constatar a cada consulta a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos batimentos cardíacos fetais, como pode ser visto na tabela 13 abaixo, cinco gestantes de risco realizaram menos de três auscultas. O MS determina o registro desse procedimento nas fichas perinatais e no cartão da gestante. Ver tabela 13 abaixo:

<sup>55</sup> IMC é igual à relação peso (Kg) dividido pela altura da gestante elevada a potência de dois.

<sup>56</sup> O estado nutricional inicial é identificado na primeira consulta e consequentemente, acompanhado a cada consulta e comparado com a relação **semana gestacional/índice de massa corpórea** e posteriormente com o ganho de peso recomendado para cada estado nutricional identificado.



**Tabela 13** – Tipo de gestação x BCF – Lagoa Grande

Tipo de gestação	BCF				TOTAL
	Não realizado	Uma aferição	Duas aferições	Mais de duas aferições	
Normal	2	4	3	3	12
Risco	1	3	1	3	8
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>20</b>

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

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

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

A auditoria desenvolvida nas duas USFs do Município de Lago Grande 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.

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 cabe recomendar à Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Grande, como propostas para mitigar a deficiência no atendimento do pré-natal encontrada e conseqüentemente, aprimorar o acesso aos serviços de atenção primária à saúde, que:

1. Avalie o desempenho das equipes de saúde da família quanto à captação, acompanhamento, trabalho educativo e divulgação das ações desenvolvidas pela USF junto às gestantes de risco;



2. Avalie periodicamente a qualidade das atividades, procedimentos e condutas de acompanhamento do pré-natal oferecidos às gestantes de risco em suas USFs;
3. Implante procedimentos de controle e responsabilização na assistência ao pré-natal e Puerpério, quanto ao descumprimento de algum procedimento, atividade ou conduta inerente a gestante de risco, por parte dos profissionais de saúde responsáveis;

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 (oito gestantes), diferente do próximo tópico que examina os procedimentos de pré-natal realizados pelas equipes de saúde da família para atender as gestantes acompanhadas pelas USFs (amostra analisada: 20 gestantes, sendo 12 classificadas como normais e oito em situação de risco). As análises a serem apresentadas a seguir abordam a assistência pré-natal de forma geral, incluindo gestantes de risco e sem risco identificado, sem fazer distinção à condição de risco da mãe.

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

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

Segundo pesquisa Saúde Brasil 2009 do Ministério da Saúde (MS), publicado em dezembro de 2010, houve um declínio das causas de mortes de gestantes de 1990 a 2007, a exemplo de hipertensão (63%), hemorragia (58%) e aborto (80%). Na década de 90, a taxa de mortalidade materna era de 140 a cada 100 mil bebês nascidos vivos passando para 75, em 2007<sup>57</sup>.

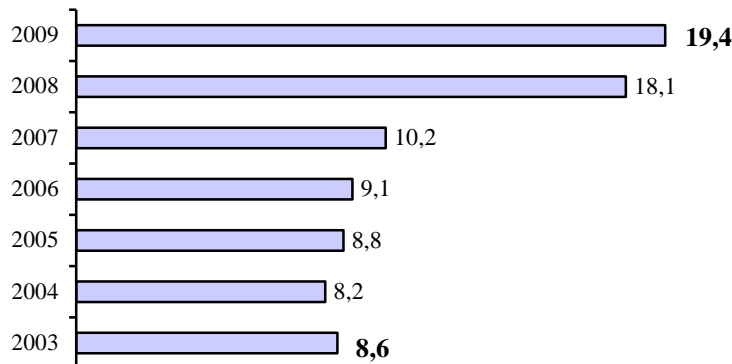
Paralelamente houve uma evolução no número de consultas de pré-natal realizadas durante a gravidez conforme se observa na figura 04 a seguir. Entre 2003 e 2009 o aumento de consultas de pré-natal foi de 125%, sendo que em 2003, foram realizadas 8,6 milhões de consultas e, em 2009, foram 19,4 milhões. O MS atribui o crescimento principalmente à ampliação do acesso ao pré-natal pelas mulheres (<http://portal.saude.gov.br>).

---

<sup>57</sup> Informação extraída de notícia publicada em <http://www.folhape.com.br/index.php/saude/608931-pesquisa-mostra-reducao-nas-taxas-de-mortalidade-materna-e-infantil-no-brasil>.



**Figura 04** – Evolução anual das consultas pré-natal no SUS (em milhões): Brasil 2003-2009



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

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

Neste tópico foram selecionadas para análise 20 gestantes (12 classificadas como normais e oito em situação de risco) escolhidas de forma aleatória pela equipe de auditoria. Este item, diferente do tópico anterior que avaliou exclusivamente a qualidade da assistência à gestante de risco, examina os procedimentos de pré-natal realizados pelas equipes de saúde da família para atender as gestantes acompanhadas pelas USFs.

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

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



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

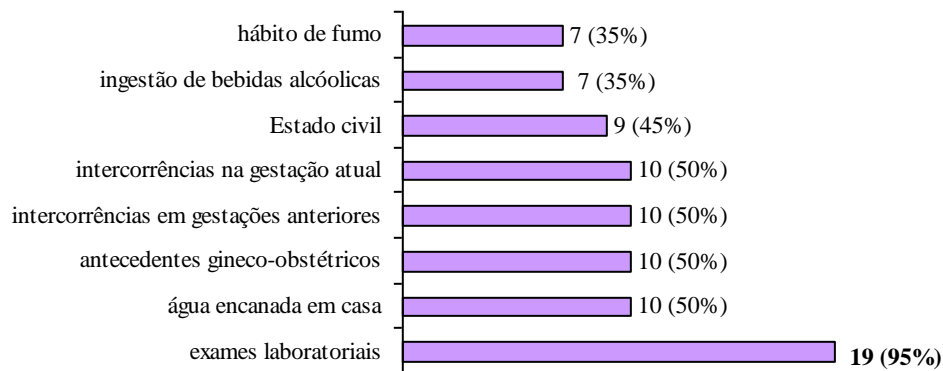
Foi constatado que o modelo de ficha perinatal adotado pela Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Grande não inclui todas as informações exigidas pelo “Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério” instituído pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) e, além disso, não tem ocorrido seu preenchimento por completo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

Para avaliação do modelo da ficha perinatal, foram selecionadas aleatoriamente as fichas de 20 gestantes assistidas pelas USFs visitadas pela equipe de auditoria do TCE-PE em outubro de 2010. A ficha perinatal é o instrumento de coleta de dados, na unidade de saúde ou no domicílio, para uso dos profissionais da unidade de saúde e deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério recomendados pelo MS através do Anexo 2 “ficha de atenção pré-natal” (BRASIL, 2005, pg. 150).

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

Outro ponto observado a partir dos exames das fichas foi que há falhas no seu preenchimento, talvez por falta de conhecimento do profissional que está acompanhando as gestantes ou por pouca valorização de algumas das informações contidas nas fichas. Tome como exemplo o campo “exames complementares”, das 20 fichas examinadas, apenas uma apresentou registro nesse campo. Os resultados obtidos na pesquisa quanto aos campos que não foram preenchidos nas fichas perinatais pelos profissionais que deram assistência a estas gestantes (20) estão na figura a seguir:

**Figura 05** – Campos sem preenchimento da Ficha Perinatal das USFs visitadas



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 cabe recomendar a Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Grande 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 Lagoa Grande tenha um cadastro mais fidedigno das mulheres grávidas de modo que as equipes de saúde da família possam fazer um acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério.

### **3.2.2 Ausência de exames complementares no pré-natal preconizado pelo MS**

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

Segundo o manual do MS, 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 20% das gestantes não fizeram os primeiros exames de sorologia para Sífilis (VDRL), 25% para Glicemia em Jejum, e 20% para sumário de urina (vide figura 06 abaixo). A repetição desses exames a serem realizadas próximo da trigésima semana da gravidez foi mais precária ainda apresentando uma frequência muito baixa, pois 90% das gestantes pesquisadas não repetiram o exame o que corresponde a 18 mulheres do total de 20 avaliadas.

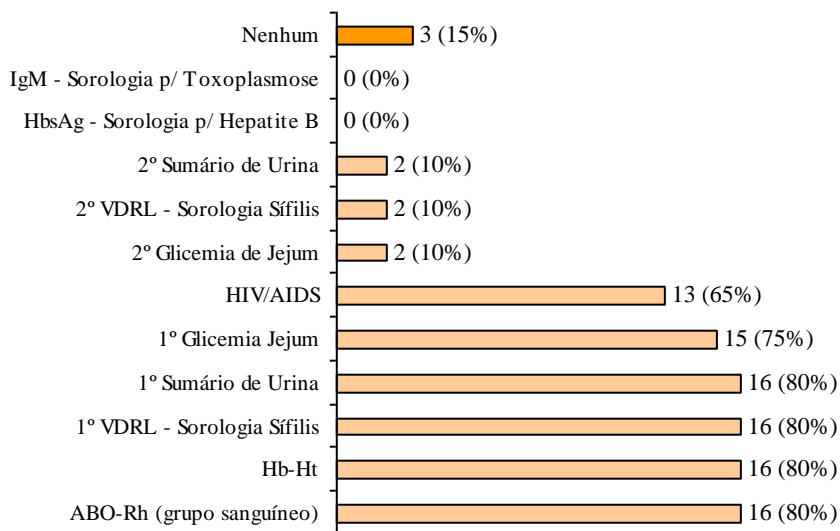
Outro problema identificado foi quanto a realização da sorologia para Toxoplasmose (IgM) e para Hepatite B (HBsAg), pois nenhuma gestante do universo pesquisado fez os referidos exames. Observou-se também que em 20% das gestantes não foi possível identificar o grupo





sanguíneo tendo em vista que elas não fizeram o ABO-Rh. Quanto ao HIV(AIDS) o total de gestantes que não realizaram esse exame foi de 35%. Ainda foi possível identificar que 15% das grávidas não fizeram nenhum dos exames complementares preconizados pelo MS.

**Figura 06** – 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 põe em risco a saúde da gestante e do bebê, ainda assim é necessário o acompanhamento continuado através das consultas e da realização dos exames a fim de prevenir e diagnosticar precocemente as várias patologias que podem afetar a gestação.

Assim, é oportuno recomendar à Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Grande 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, assim como a realização de no mínimo três exames de ultrassonografia obstétrica com objetivo de trazer mais segurança à mulher durante o período gravídico;



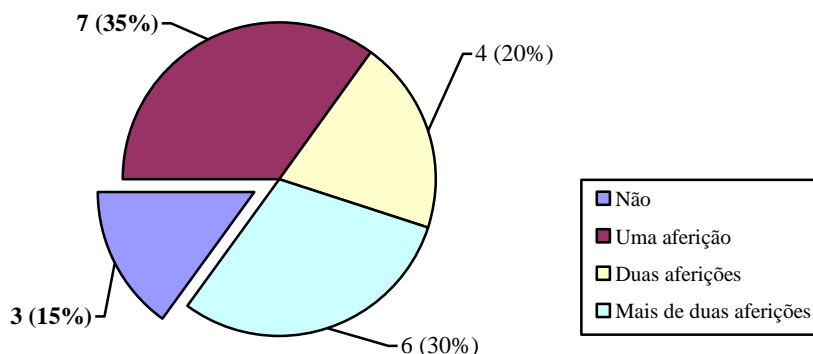
Com a implementação da supracitada recomendação espera-se a melhoria do acompanhamento da gestação e da avaliação do binômio – mãe e feto – com a consequente definição de tratamentos apropriados para evitar a morte materna e/ou fetal.

### 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 07 a seguir é possível verificar que em 15% (três) das gestantes, do total de 20 pesquisadas, não foi feita qualquer ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF) do bebê e em 35% (sete) esse procedimento foi realizado apenas uma vez. Essa aferição serve para constatar a cada consulta a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos BCFs do feto. Nos registros feitos nas fichas perinatais constam que em algumas USFs o aparelho utilizado para fazer a aferição estava quebrado prejudicando essas aferições. A monitorização dos BCFs é importante, pois se correlaciona com o sinal e constatação de vida, logo a presença de movimentos fetais ativos e frequentes é tranquilizadora quanto ao prognóstico fetal.

**Figura 07** – Aferição dos batimentos cardíacos fetais realizada pelas USFs visitadas



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

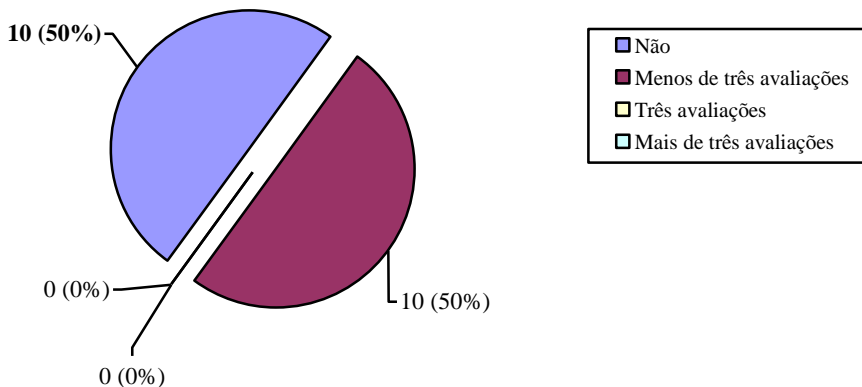
Quanto ao número de avaliações ultrassonográficas, constatou-se que 50% (10) das gestantes não fizeram nenhuma avaliação e as outras 50% fizeram menos de três avaliações (vide figura 08).

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 08** – Avaliação ultrassonográfica realizada pelas USFs visitadas



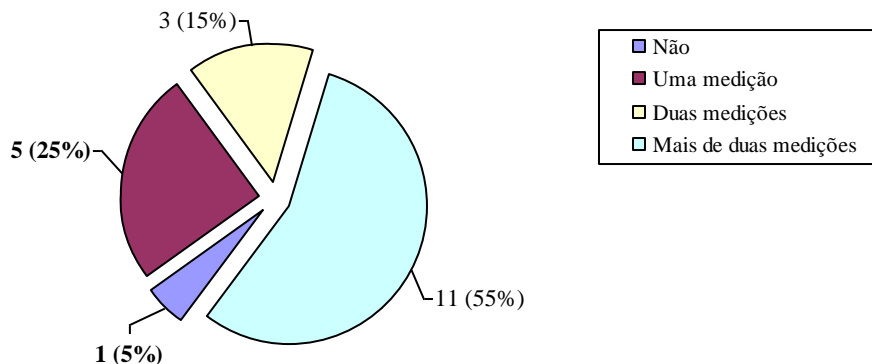
Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

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 provocadas por complicações na gestação.

Acerca dessa medição foi constatado que 25% (cinco) das gestantes fizeram apenas uma medição e em 15% (três) delas esse procedimento foi realizado duas vezes. Vide figura a seguir:



**Figura 09** – Medição da altura uterina realizada pelas USFs visitadas



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

Assim, é importante detectar desvios no crescimento fetal por meio de acompanhamento pré-natal adequado realizando os procedimentos técnicos preconizados pelo MS a exemplo da medição da altura uterina.

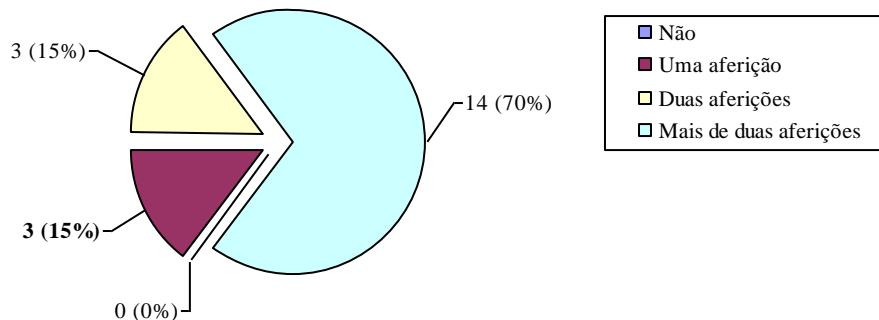
A pressão arterial, por sua vez, foi medida por mais de duas vezes em 70% (14) das grávidas ao passo que 15% (três) delas só fizeram uma medição (vide figura 10). A gestante precisa ter sua pressão arterial medida regularmente durante todo o período gestacional para que seja evitada a eclâmpsia – doença 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 seqüela 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 10** – Aferição da pressão arterial realizada pelas USFs visitadas

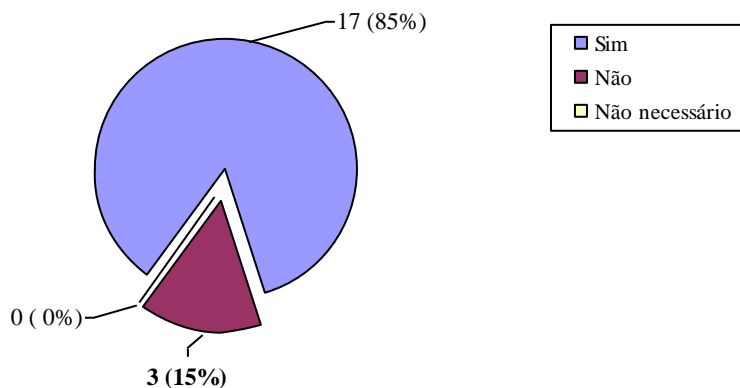


Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

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 100% das grávidas selecionadas não fizeram o referido exame. Segundo o Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério do MS (BRASIL, 2006c) 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 manual técnico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c) é a prescrição de suplementação de sulfato ferroso para profilaxia da anemia. Através da figura 11 verifica-se que não foi prescrito o sulfato ferroso a partir da 20ª semana de gestação para 15% (três) das grávidas.

**Figura 11** – Prescrição do sulfato ferroso realizada pelas 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 a Assistência Pré-natal recomenda-se à Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Grande 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. Implemente 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 suas responsabilidades.

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 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.

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

Constatou-se que as Unidades de Saúde da Família (USFs) 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 USFs devem dispor da seguinte infra-estrutura física por cada equipe de saúde da família (BRASIL, 2008a):

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

Nas duas unidades (USFs 03 e 04) visitadas no município de Lagoa Grande, constatou-se que a USF 03 não dispõe de consultório odontológico e, não possui acomodação e acesso físico adequados à pessoa idosa e com deficiência. Ambas não possuíam local adequado para realização das atividades educativas destinados às gestantes e, tampouco consultório destinado à saúde da mulher.



**Figura 12** – Estrutura física da USF 04 Vermelhos



Fonte: Fotos tiradas pela equipe de auditoria

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 parâmetro 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 Lagoa Grande que:

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

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



## CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR

Em resposta a solicitação do Ofício CCE N° 607/2011, de 01 de junho de 2011, o Sr. SEVERINO FERREIRA DOS SANTOS, Secretário de Saúde na época, emitiu defesa prévia através do documento protocolado em 13/07/2011 (PETCE n° 56187/2011) e juntado aos autos (fls.181 a 289). Nas observações iniciais o gestor informa que, apesar do recebimento da notificação, o defendente foi nomeado em 31 de dezembro de 2010, portanto o mesmo não esteve à frente da Secretaria Municipal de Saúde no ano de 2010. Como comprovação da justificativa, o defendente apresenta cópia da Portaria n° 230/2011, de 31 de dezembro de 2010, correspondente a sua nomeação (fls.188).

Em breve relato, alega o gestor, que não há no relatório de auditoria citação de ato de **“grave infração à norma de natureza orçamentária, financeira, contábil, administrativa ou patrimonial.”** Quanto às irregularidades, o gestor diz que “... são de ordem técnica, cujas ações não trouxeram nenhum prejuízo ao erário público.” (Cf. fls. 182). Observa-se que a leitura do Secretário de Saúde do município sobre o que foi apontado no relatório preliminar é equivocada, pois não se trata apenas de “... prejuízo ao erário público”, ou seja, de despesa pública. Mas sim de gestão pública, pois a auditoria teve como objeto a qualidade da assistência materna oferecida nas USF visitadas pela equipe de auditoria desta Corte de Contas. Considera-se, portanto, que a declaração do Sr. SEVERINO FERREIRA DOS SANTOS está fora do contexto do que foi apontado no relatório preliminar, conforme citado nas fls. 170 *usque* 173 deste processo.

Apesar de terem sido apontados oito achados na auditoria, o único ponto abordado pelo Sr. SEVERINO FERREIRA DOS SANTOS foi referente ao **Profissional médico de saúde da família**. Para os demais pontos do relatório preliminar (fls. 94 a 173). não houve quaisquer comentários por parte do gestor, que apenas expressa concordar com a necessidade de reorganização do serviço de saúde municipal se comprometendo a regularizar as ações e serviços.

Afirma o defendente que, quanto à irregularidade apontada referente ao pagamento de médicos de unidades de saúde da família sem o respectivo cumprimento de carga horária integral, não houve o descumprimento da carga horária e nem a falta de execução dos serviços contratados (Cf. 149 *usque* 154). Pois, existem outras atividades médicas no atendimento ambulatorial que podem não ser relacionadas no Boletim de Produção Ambulatorial, mas não significa que não houve a prestação do serviço pelo profissional médico. Entretanto não apresentou documentação que referendar-se a sua declaração. Apenas cita em sua peça de defesa as Portarias n° 648/GM de 28 de março de 2006<sup>58</sup> e de n° 619/GM de 25 de abril de 2005<sup>59</sup>, que estão apensadas ao processo (fls. 189 a 208).

<sup>58</sup> Referente a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde.

<sup>59</sup> Autoriza ao gestor municipal a determinar que os profissionais médicos das equipes de saúde da família destinarem 8 (oito) horas da sua carga horária semanal de 40 (quarenta) horas, para atuação nos hospitais de pequeno porte.



Não obstante ter apresentado a Portaria nº 648/GM, a qual permite ao gestor municipal do PSF determinar que médicos das ESF destinem oito horas da sua carga horária semanal de 40 horas para a atuação nos hospitais de pequeno porte (HPP), o Sr. SEVERINO FERREIRA DOS SANTOS não apresenta documentação que comprovem que os médicos citados no relatório preliminar (Cf. fls. 154) estavam exercendo as suas funções também em HPP. Vale salientar que para ocorrer a utilização das horas dos profissionais médicos há necessidade do cumprimento de critérios estabelecidos na portaria em epígrafe, como:

[...]

V- as demais 32 horas semanais do médico sejam utilizadas no trabalho da ESF;

...

VII - a comunidade seja informada, claramente, sobre o cronograma de atividade da equipe, que deve ser estar fixado em local visível.

O Sr. SEVERINO FERREIRA DOS SANTOS termina sua defesa pedindo a regularidade das suas ações, a expedição da quitação e o arquivamento do processo conforme os termos dos artigos 2º e 70 da Resolução TC nº 03/86. Pois, não era o Secretário de Saúde do Município. Considera-se a solicitação do Secretário Municipal de Saúde equivocada quanto ao objetivo desta auditoria operacional.

Em decorrência da alegação apontada pelo Sr. SEVERINO FERREIRA DOS SANTOS, de que não era o gestor na época da realização da auditoria, foi encaminhada cópia do relatório preliminar da auditoria operacional ao Sr. VANELSON SANTANA GOMES, Ex-secretário Municipal de Saúde de Lagoa Grande, por meio do Ofício CCE Nº 923/2011, de 16 de agosto de 2011<sup>60</sup>.

Em resposta a solicitação do Ofício enviado, o Sr. VANELSON SANTANA GOMES emitiu defesa prévia que foi protocolada em 28/04/2011 (PETCE nº 78033/2011) e apensada aos autos (Cf. fls. 210 a 289). Na peça de defesa o Ex-secretário argui sobre os pontos da auditoria conforme a estruturação do relatório preliminar.

O Sr. VANELSON SANTANA GOMES na introdução da sua defesa comete um engano ao se referir o relatório preliminar como sendo "... relatório de auditoria especial do Fundo Municipal de Saúde de Lagoa Grande esse Tribunal de Contas apontou algumas irregularidades e deficiência que, contudo, não revelam nenhuma má-fê desse defendente."

Para o Ex-secretário municipal de saúde as irregularidades apontadas no relatório preliminar são apenas de ordem técnica e que não trouxeram prejuízo ao Erário Municipal. Outro equívoco cometido pelo defendente, já que a matéria da auditoria operacional refere-se à gestão da Assistência à Saúde Materna nas UFS visitadas pela equipe de auditoria e não financeira. Apesar de ser solicitada a devolução dos valores recebidos pelos médicos apontados nas fls. 153 e 154 deste processo.

---

<sup>60</sup> Na correspondência é solicitada a defesa do gestor a cerca das irregularidades relativas à Assistência à Saúde Materna nas UFS visitadas pela equipe de auditoria.



O Ex-secretário de saúde sobre o subitem “3.1. ATENDIMENTO PRÉ-NATAL À GESTANTE DE RISCO” do relatório preliminar cita que apenas oito gestantes foram consideradas pela equipe de auditoria nas duas unidades de saúde do Distrito de Vermelhos e que a realidade da saúde pública do município não corresponde aos referidos dados, visto que a municipalidade teve excelente desempenho na área da saúde preventiva, conforme a documentação anexada e que todos os atendimentos de pré-natal seguem as normas emanadas do SUS e orientadas pelo MS (Cf. fls. 249 a 289).

Entretanto é mister ressaltar que, quando da realização da auditoria, foram dadas vistas a todas as fichas pré-natais referentes às gestantes acompanhadas nas duas unidades de saúde visitadas. Na ocasião existiam 96 gestantes sendo acompanhadas nos dois PSF, entre essas, 16 tinham fatores de alto risco gestacional<sup>61</sup>. Portanto, a análise do atendimento dado às gestantes consideradas de alto risco representou uma amostra relativa a 50% do universo identificado, o que é bastante representativo estatisticamente (Cf. fls. 117)<sup>62</sup>.

É importante destacar que as oito fichas coletadas referentes às gestantes de alto risco não possuíam registro do grau de risco gestacional e que a identificação do grau de risco só foi possível através da seleção feita pelas profissionais de saúde no momento da entrevistada. Após a análise feita na documentação do atendimento pré-natal de cada gestante, observou-se que apenas três tinham fatores que caracterizavam situação de alto risco por apresentarem histórico reprodutivo desfavorável e complicações na nova gestação. Entre as oito, uma foi identificada como gestante com risco habitual, ou seja, de baixo risco. Portanto, o resultado da análise pela equipe de auditoria levou a considerar que a classificação do risco gestacional foi inadequada, além de não existirem o grau de risco gestacional na documentação analisada.

Apesar da Atenção Básica em Saúde não ter sido o objeto da auditoria operacional e sim, avaliar o atendimento pré-natal um dos serviços prestados pela atenção primária, o Sr. VANELSON SANTANA GOMES declarou que o município teve excelente desempenho na área da saúde preventiva. Entretanto o que se observou foi que o município de Lagoa Grande teve um baixo investimento em Atenção Básica (6,97%) e alto em Atenção Hospitalar (73,08%) como pode ser visto na folha 258 deste processo<sup>63</sup>.

É imperativo enfatizar que o recomendável é que haja o maior investimento em Atenção Básica, pois segundo vários estudos, nos municípios que receberam o Programa Saúde da Família, houve redução dos indicadores de mortalidade para todas as faixas etárias avaliadas. Consequentemente, refletem na redução dos encaminhamentos para a média e alta complexidade.

<sup>61</sup> Segundo o sistema DATASUS, no mês de outubro de 2010, período analisado pela equipe de auditoria do TCE, 96 gestantes foram acompanhadas na área rural de Lagoa do Grande.

<sup>62</sup> Uma amostra estatística consiste em um subconjunto representativo, ou seja, em um conjunto de indivíduos retirados de uma população, a fim de que seu estudo estatístico possa fornecer informações importantes sobre aquela população. Quanto maior for a amostra mais significativo é o estudo.

<sup>63</sup> Relatório Anual de Gestão 2010 do Município de Lagoa Grande.



Apenas em se deter em observar números de forma quantitativa, não é o melhor formato de um gestor avaliar a qualidade de um serviço público e sim, também, como o cidadão foi atendido e se houve a satisfação dele após a prestação do serviço.

Sobre o subitem “3.1.1. Inadequação da Classificação do Risco gestacional” o Sr. VANELSON SANTANA GOMES se restringem a dizer “Contudo, como se verá, a avaliação do relatório está equivocada”. Destarte, o defendente não apresentou argumentos plausíveis para contrapor o que foi observado no relatório preliminar. Vale enfatizar que o entendimento da equipe de auditoria é que os dados encontrados nos prontuários revelam inadequação na classificação do risco gestacional adotada pelos profissionais e conseqüentemente, dificultando a caracterização real das gestantes de risco acompanhadas nas unidades de saúde (Cf. fls. 117 a 126).

A respeito do subitem “3.1.2. Deficiência no atendimento do pré-natal à gestante de risco”, segundo o Ex-secretário, as gestantes de alto risco são referenciadas para duas médicas obstetras na policlínica do município. Quanto à realização dos exames básicos, o município dispõe de serviço semanal executado por uma equipe técnica do laboratório municipal que coleta os materiais nas unidades de saúde. Os exames mais complexos são encaminhados para Petrolina através da Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Apesar de o Ex-secretário declarar que as gestantes de alto risco são referenciadas para duas médicas obstetras na policlínica do município, durante a auditoria foi observado que não existia a documentação obrigatória para referência e contrarreferência relativa à gestação de alto risco para as gestantes consideradas na amostra. Apenas uma gestante tinha o registro da conduta de encaminhamento ao serviço de referência. Porém, o encaminhamento de gestante à unidade de referência de alto risco deve ser feito através do formulário padrão (Ficha de Referência e Contrarreferência) contendo as informações sobre os motivos da condução, conforme recomendação do MS.

Quanto à realização dos exames básicos, observa-se que o Ex-secretário de saúde discorre apenas sobre a periodicidade da coleta dos materiais (semanal) e a sua forma (no local). Já os exames mais complexos, o defendente deixa de abordar os pontos criticados da prestação do serviço às oito gestantes de risco, que foi o não registro nas fichas pré-natais e prontuários da realização da sorologia para Toxoplasmose (IgG e IgM), prevista para ser solicitada na primeira consulta do acompanhamento do pré-natal, e para Hepatite tipo B (HBsAg), essa recomendada para próximo da 30ª semana de gestação.

Apesar de não ter sido assunto do subitem 3.1.2 do relatório de auditoria operacional e sim do subitem 3.1.1 do referido relatório, o Ex-secretário de Saúde informa que todas as gestantes são cadastradas no SISPRENATAL<sup>64</sup> e recebem assistência pelo Programa Mãe Coruja Pernambucana, que pelos quais recebem classificação de risco gestacional e de vulnerabilidade.

<sup>64</sup> O SISPRENATAL é o software que foi 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.



Esclarecendo que todas as gestantes do município receberam atendimento de acordo com as políticas de saúde pública do MS.

Foi importante o Ex-secretário esclarecer que as gestantes recebem classificação tanto no SISPRENATAL como no Programa Mãe Coruja Pernambucana. Porém, é indispensável que a avaliação do risco aconteça em toda consulta, ou seja, permanente. Quando são identificados fatores associados a um pior prognóstico materno e perinatal, a gravidez será definida como de alto risco devendo o registro constar no seu prontuário.

Em sua defesa o Sr. VANELSON SANTANA GOMES não abordou plenamente o que foi apresentado no subitem 3.1.2 do relatório preliminar. Deixando pontos da auditoria sem comentários como: Deficiência no preenchimento dos instrumentos de registro dos procedimentos e condutas realizadas nas consultas do pré-natal, deficiência na identificação precoce da gestante de risco pela equipe da saúde da família, ausência de identificação de isoimunização pelo fator Rh, ausência de avaliação ultrassonográfica, ausência de exames de citologia oncótica, ausência de exames físicos gerais e insuficiência de exames físicos específicos (Cf. 130 a 140).

Ao considerar o que foi arguido pelo gestor “... que todas as gestantes do município receberam atendimento de acordo com as políticas de saúde pública do ministério,...” (Cf. fls. 212), leva-se a entender que houve negligencia por parte dos profissionais de saúde ao não preencher corretamente a documentação de acompanhamento das gestantes.

Sobre o subitem “3.2.1 Ausência de informações no modelo de ficha perinatal adotado pela Secretaria de Saúde”, o Sr. VANELSON SANTANA GOMES alegou de forma sucinta que as fichas adotadas para o atendimento das gestantes são padronizadas como também, o cartão da gestante e outros instrumentos utilizados no atendimento das gestantes. Estando todos de acordo com o manual de orientações do MS. Porém, quanto às falhas de preenchimento das fichas perinatais, o SR. VANELSON SANTANA GOMES não apresenta justificativas em sua defesa.

A situação encontrada do acompanhamento pré-natal municipal não permite obter o perfil real das gestantes, pois o modelo de ficha perinatal adotado não inclui todas as informações exigidas pelo MS, como também, foi identificado falhas no seu preenchimento. O que por sua vez, prejudica a elaboração de políticas públicas mais adequadas às necessidades da população local por falta de informação sobre o perfil da gestante do município.

Quanto ao subitem “3.2.2. Ausência de exames complementares no pré-natal preconizado pelo MS”, o Ex-secretário da saúde municipal informa que a oferta de serviço de diagnóstico oferecido às gestantes se realiza através do que é preconizado pelo MS e conforme a pactuação entre os três níveis de gestão. Segundo o defendente os exames laboratoriais simples são realizados no laboratório municipal, as sorologias são coletadas e encaminhadas para o LACEM-RECIFE, as USG obstétricas são realizadas na policlínica municipal, os exames mais complexos e as especialidades que as gestantes de alto risco precisam, de acordo com o seu quadro clínico, são encaminhadas para Petrolina e Recife de acordo com PPI.



Apesar das alegações do defendente, na análise das fichas perinatais observou-se que em 95% delas havia deficiências de registro relativo aos exames laboratoriais. Entre estes, os exames complementares correspondentes as sorologias de Toxoplasmose (IgM) e Hepatite B (HBsAg) não possuíam registro da realização. Outra sorologia que apresentou baixo registro foi referente ao HIV (AIDS), pois 35% das fichas pré-natais analisadas não havia confirmação da realização do exame.

Outra observação relevante durante a auditoria foi em relação aos exames de repetição, que devem ser realizados próximo da trigésima semana da gravidez, pois apresentaram uma frequência muito baixa. Das 20 fichas avaliadas, 18 gestantes não repetiram os exames. Mas o Ex-secretário não faz nenhuma menção ao que foi apresentado no relatório de auditoria.

A situação encontrada impossibilita que os profissionais responsáveis pelo acompanhamento pré-natal das unidades de saúde tenham o pleno conhecimento sobre a situação de saúde da gestante ou do feto. Sem um registro adequado dos exames laboratoriais realizados não se pode ter um acompanhamento pré-natal adequado, conforme preconiza o MS, pois ocorre o risco dos exames ocorrerem de forma tardia e por seguinte, expondo a gestante e o bebê ao risco de complicações de saúde.

Porém, ao considerar o que foi arguido pelo gestor (*Cf.* fls. 213), leva-se a entender que houve negligência por parte dos profissionais de saúde ao não registrar a realização dos exames complementares nas fichas pré-natais das gestantes acompanhadas nas unidades de saúde.

Por fim, considera-se totalmente descabida a declaração do Ex-secretário de Saúde que os exames “... são de uso exclusivo do paciente, sendo que os profissionais de saúde não devem em hipótese alguma entrega-los a pessoas alheias ao assunto.”, pois a realização dos exames laboratoriais deve ser registrada na ficha pré-natal para comprovação e controle do acompanhamento da gestante, como também, digitadas no Sis prenatal.

Quanto ao subitem “3.2.3. Ausência de procedimentos técnicos e condutas no exame clínico e obstétrico”, o Sr. VANELSON SANTANA GOMES comenta que:

“[...] Se houve falha do técnico nos procedimentos realizados nas pacientes, seja por falha de conhecimento técnico ou por negligência do profissional, e isso veio a comprometer a saúde e o bem-estar da gestante, deve ser responsabilizado o profissional que realizou o procedimento de forma inadequada, uma vez que a gestão contratou o profissional com o intuito de prestar uma assistência de qualidade.”

Ao ler o texto acima, percebe-se que o Ex-secretário não entra no mérito do que foi discutido no relatório preliminar (*Cf.* fls. 145 a 149). O texto relata apenas quanto ao procedimento de responsabilização do profissional de saúde do município por negligência.

Infelizmente o defendente não ponderou quanto ao risco de um atendimento inadequado e nem apresentou sugestões para o controle das ações que envolvem a assistência pré-natal do município, como por exemplo, implantar procedimentos de controle interno e de



responsabilização, quanto ao descumprimento de algum procedimento, atividade ou conduta inerente à gestante, por parte dos profissionais de saúde responsáveis.

O Sr. VANELSON SANTANA GOMES em sua defesa deriva quanto ao que foi discorrido no relatório preliminar sobre o inadequado acompanhamento do pré-natal prestado pela municipalidade, pois para acompanhamento ser considerado adequado é necessário que a equipe de saúde realize correta e uniformemente os procedimentos técnicos durante a consulta com a gestante, o que não foi observado pela equipe de auditoria.

Quanto ao subitem do relatório preliminar “3.3.1 Baixa assiduidade dos médicos das unidades de saúde da família” do relatório preliminar (fl. 142 deste processo), o Sr. VANELSON SANTANA GOMES alegou que a carga horária dos profissionais médicos nas equipes de saúde da família pode ser de 32 horas ao invés da jornada de 40 horas semanais. Conforme estabelece a Portaria nº 648 do MS, e que, portanto, o profissional médico pode trabalhar quatro dias na semana e, além disso, o município possui HPP e conseqüentemente, o município está acobertado pela portaria de políticas públicas.

O Sr. VANELSON SANTANA GOMES apresentou, por meio da defesa protocolada em 28/09/2011 (PETCE nº 78033/2011), boletins diários de produção ambulatoria e atas de visitas domiciliares dos médicos (Cf. fls. 218 a 245) que evidenciam a presença dos Srs. FRANCISCO EDUARDO ALVES BEREK e ERONILDO MATIAS nos dias em que o demonstrativo da equipe de auditoria aponta a ausência de ambos. Também foi juntado aos autos decreto municipal que estabelece ponto facultativo o dia 06/09/2010.

Com apresentação dos novos documentos, a equipe entende que o achado apresentado no subitem “3.3.1” do relatório preliminar referente à baixa assiduidade dos médicos deixou de existir, não sendo necessária a proposição das recomendações sugeridas pela auditoria.

Quanto ao subitem do relatório preliminar “3.3.2 Pagamento de médico de unidade de saúde da família sem o cumprimento de carga horário integral”, o Sr. VANELSON SANTANA GOMES explicou que não houve pagamento por serviços não prestados. Alegando que segue as portarias do MS e que os profissionais médicos prestaram os serviços de acordo com o contrato.

Quanto ao discorrido no parágrafo acima, em parágrafos subsequentes da sua peça de defesa relativos ao subitem 3.3.1, o ex-secretário esclarece que não foram consideradas no relatório informações relativas aos dias trabalhados pelos médicos ERONILDO MATIAS e EDUARDO BEREK. Para cada profissional são apresentados documentos comprovando o cumprimento da carga horária.

Como foi tratado sobre o subitem “3.3.1”, o Sr. VANELSON SANTANA GOMES apresentou documentos que contribuíram para alteração da situação encontrada pela equipe, sendo desnecessária a proposição de devolução dos pagamentos realizados aos médicos.

A respeito do subitem “3.4.1 Estrutura física inadequada para o atendimento da população” o Ex-secretário declarou que antes de abrir um estabelecimento de saúde pública o





município procura toda orientação do MS. Buscando o cumprimento de suas normas e que os incentivos financeiros recebidos dependem de emissão de parecer técnico por parte da Secretaria Estadual de Saúde (SES) aprovando o funcionamento da unidade de saúde.

A declaração do Ex-secretário de que procura toda orientação do MS para o cumprimento de suas normas vai de encontro com a realidade encontrada nas duas unidades de saúde Vermelhos 03 e 04. Outra incongruência é a de que os incentivos financeiros recebidos dependem de emissão de parecer técnico por parte da SES aprovando o funcionamento da unidade de saúde. Tal afirmação deixa em dúvida os critérios adotados pela SES para conceder o funcionamento de um estabelecimento de saúde pública, já que as duas unidades epigrafadas não atendem as exigências contidas no Manual de Estrutura Física das Unidades Básica de Saúde MS (Cf. fls. 155).

O Ex-secretário informa que uma unidade já estava em funcionamento, quando do início da sua gestão, mas não indica qual unidade. Em seguida, refere-se um prédio alugado, sem citar qual, que não poderia ser reformado, pois se tratava de um prédio alugado, e que, portanto, não se deveriam investir recursos públicos em prédio particular. Alegou também, que havia dificuldades para locação de imóvel compatível com as necessidades.

O ex-secretário não é claro quanto às unidades que está se referindo em sua defesa. Porém por ser do conhecimento da equipe de auditoria foi possível identificá-las. O prédio alugado citado pelo defendente corresponde a USF 04 - Vermelhos e a unidade que estava em funcionamento, quando do início da sua gestão, é a USF 03 - Vermelhos.

Apesar de o Ex-secretário externar as dificuldades da gestão quanto a situação dos imóveis, é mister a Secretaria de Saúde de Lagoa Grande apropriar recursos financeiros para a aquisição de um terreno e respectivamente, construção de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Não podendo a população do Distrito de Vermelhos ser atendida em local inapropriado para atenção básica e saúde da família.

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

O Ex-secretário finaliza os seus comentários sobre o subitem 3.4.1 argumentando que as irregularidades apontadas não são passíveis de aplicação de multas, uma vez que a documentação complementar acostada à peça de defesa sana as mesmas. Requerendo assim, que as irregularidades apontadas sejam desconsideradas e a não aplicação de multas ventiladas no “relatório de contas”. Salienta-se que em parte a documentação acostada à peça defensiva não apresenta em seu contexto referências ao que foi apontado no relatório preliminar quanto às desconformidades das unidades de saúde perante as exigências do MS. Além disso, as



recomendações para o achado 3.4.1 não contemplam a aplicação de multa (Cf. fls. 173 deste processo). Considera-se, portanto, que o Sr. VANELSON SANTANA GOMES se equivocou.

Na conclusão de sua defesa prévia o Ex-secretário declara que o confronto entre as pretensões do relatório preliminar e as suas contra razões demonstra que não existe motivos que estabeleçam a não expedição da quitação. Declara que “Não ficou comprovada **“grave infração à norma de natureza orçamentária, financeira, contábil, administrativa ou patrimonial”** ou **“culposa aplicação antieconômica de recursos públicos.”**”. Percebe-se mais um equívoco do Ex-secretário, pois a auditoria não teve como objeto a análise da prestação de contas do município.

Em sua defesa o Ex-secretário apenas aponta os achados da auditoria operacional como “... tão somente, pequenas e raras falhas, todas de natureza meramente formal, curras (*sic*) correções foram devidamente trabalhadas e sanadas”. A percepção do Ex-secretário quanto aos problemas apresentados no relatório de auditoria é enganosa, pois não se trata de formalidade administrativa e sim de uma má prestação de serviço as gestantes do município, ao qual confiam a sua gestação e parto.

Segundo o MS para se ter uma atenção pré-natal de boa qualidade é necessário, além dos equipamentos e instrumental necessários, deve-se se ter uma equipe de saúde capacitada. Ainda segundo o MS, para se considerar organizado um serviço de saúde deve-se existir o registro da assistência oferecida, conseqüentemente, a documentação médica usada de forma devida é um fator de qualidade. Portanto, o Ex-secretário não ponderou quanto ao risco de um atendimento inadequado às gestantes e seus bebês.

Após a análise feita em cada esclarecimento discorrido nas defesas dos Senhores SEVERINO FERREIRA DOS SANTOS e VANELSON SANTANA GOMES, quanto ao que foi arguido no relatório preliminar, mantêm-se em parte neste relatório consolidado os achados da auditoria operacional a fim de preservar o interesse público e atender os princípios que regem administração pública, mormente quanto à legalidade, transparência, economicidade e eficiência da coisa pública. Excetuando-se apenas o subitem “3.3 Profissional médico de saúde da família” e os seus demais subitens do relatório preliminar. Portanto, conclui-se pela retirada da imputação de multa e da devolução do valor pago de **R\$ 6.095,24** (seis mil, noventa e cinco reais e vinte e quatro centavos), pois o Sr. VANELSON SANTANA GOMES apresentou os elementos necessários para comprovação da execução dos serviços e conseqüentemente, justificou a quantia paga.

Por fim, acrescenta-se a recomendação para a construção de uma UBS no Distrito Vermelhos devido a sua importância para a comunidade e as dificuldades de locação de um imóvel compatível com as recomendações do MS, conforme foi alegado pelo Ex-secretário VANELSON SANTANA GOMES.



## CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO

A presente auditoria operacional foi planejada com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência ao pré-natal prestada pelas USFs do município de Lagoa Grande, 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 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 PNAB e a qualidade/consistência dos registros dos mesmos profissionais constantes no CNES. A terceira questão avaliou a estrutura física básica disponibilizada pelas unidades de saúde de acordo com o recomendado pelo MS.

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

O primeiro ponto avaliado “Atendimento Pré-natal à gestante de risco” apresentou dois problemas que comprometem a qualidade das ações e serviços prestados pelo município. Foi constatada a inadequação da classificação do risco gestacional (baixo ou alto) adotado pelos profissionais das equipes de saúde da família que trabalham no município.

Outro ponto que compromete a qualidade da assistência materna encontrado foi a deficiência no atendimento do pré-natal à gestante de risco, evidenciado a partir dos seguintes problemas: deficiência no preenchimento dos instrumentos de registro dos procedimentos e condutas realizadas nas consultas do pré-natal (mais de 80% das fichas perinatais não apresentam o registro das intercorrências na gestação atual, das realizações de exames físicos, das descrições dos exames complementares e das evoluções do ganho de peso); deficiência na identificação precoce da gestante de risco (50% das gestantes de risco começaram o pré-natal após a 20ª semana); ausência de encaminhamento à unidade de referência de risco (apenas uma, entre as oito gestantes de risco examinadas, possui o registro de encaminhamento); ausência de realização plena dos exames complementares (nenhuma das gestantes realizou a Sorologia para Hepatite B e Toxoplasmose); ausência de avaliação ultrassonografia (quatro, das oito gestantes de risco, não fizeram nenhuma ultra); e ausência de exame de citologia oncológica (nenhuma das gestantes realizou o exame).



O segundo ponto pesquisado “atendimento pré-natal realizado nas unidades de saúde da família” incluindo gestantes de risco e sem risco identificado, apontou três problemas que impactam na qualidade da Assistência Pré-natal ofertada pelas USFs. Constatou-se que o modelo de ficha perinatal adotada pela Secretaria Municipal de Saúde não dispõe de todas as informações exigidas pelo MS, além de não apresentarem seu preenchimento por completo pelas ESFs. Também foi verificada a ausência de exames complementares no pré-natal preconizado pelo MS: 20% das gestantes não fizeram os primeiros exames de Sorologia para Sífilis (VDRL) e Sumário de Urina e 25% os de Glicemia de Jejum; 90% das gestantes com trinta ou mais semanas de gestação não repetiram os exames citados anteriormente; nenhuma gestante realizou exames de Sorologia para Toxoplasmose (IgM) e para Hepatite B (HBsAG); 20% não fizeram o ABO-Rh; e 35% não realizaram os exames de HIV (AIDS).

Outro problema identificado foi ausência de procedimentos técnicos e condutas no exame clínico e obstétrico: 15% das gestantes não realizaram qualquer ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF) do bebê, e 55% foram feitas até duas aferições; 50% das gestantes não fizeram avaliações ultrassonográficas; 40% das gestantes fizeram menos de três medições da altura uterina; 30% realizaram menos de três aferições da pressão arterial; 100% das grávidas não fizeram o exame de citologia oncológica; e não foi prescrito o sulfato ferroso para 15% das gestantes.

O último ponto analisado “estrutura da unidade de saúde da família” apontou como problema que dificulta o avanço dos serviços da estratégia de saúde da família a inadequação da estrutura física das duas USFs visitadas em relação ao preconizado pelo MS, tendo em vista que foi constatado que uma das USF não possuía consultório odontológico, acomodação e acesso físico adequados à pessoa idosa e com deficiência. Ambas não possuíam local adequado para realização das atividades educativas destinados às gestantes e, tampouco consultório destinado à saúde da mulher.

Foram apresentadas nestas considerações finais algumas constatações que influenciam sobre a qualidade da Assistência Pré-natal prestada pelas USFs do município de Lagoa Grande. 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 Lagoa Grande, propõe-se o encaminhamento das recomendações descritas no quadro 03 (Apêndice B) para a Secretaria de Saúde do referido município.

Ainda:

Determinar que a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Lagoa Grande:

- Remeta a este Tribunal de Contas, no prazo de 60 (sessenta) dias, plano de ação contendo as ações, o cronograma e os responsáveis com o objetivo de solucionar ou minimizar as deficiências identificadas nesta avaliação.

Determinar à Diretoria de Plenário deste Tribunal:

- Encaminhar cópias da decisão e do Relatório de Auditoria Operacional à Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Grande;
- Encaminhar cópias da decisão e do Relatório de Auditoria Operacional ao Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna de Pernambuco (CEEMM-PE);
- Encaminhar este processo à Coordenadoria de Controle Externo para a realização de monitoramento.

Recife, 07 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)



## REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

CALVERT JP, Crean EE, Newcomb RG, Pearson JF. Antenatal screening by measurement of symphysis-fundus height. *Br Med J (Clin Res Ed)*1982; 285:846-9. 7

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.

MARTINELLI, Silvio; BITTAR, Roberto E. and ZUGAIB, Marcelo. Proposta de Nova Curva de Altura Uterina para Gestações entre a 20<sup>a</sup> e a 42<sup>a</sup> Semana. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2001, vol.23, n.4, pp. 235-241. ISSN 0100-7203.

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.

QUARANTA P, Currell R, Redman CW, Robinson JS. Prediction of small-for-dates infants by measurement of symphysial-fundal-height. *Br J Obstet Gynaecol* 1981; 88:115-9.



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

SECLLEN-PALACIN, Juan A. **Enfoque da saúde da família e seu potencial de contribuição no alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. In: FERNANDES, Afra Suassuna; SECLLEN-PALACIN, Juan A (Orgs), Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.

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

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

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

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/assistencia\\_gestacao.php](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/assistencia_gestacao.php)

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





## APÊNDICE

### Apêndice A – Fatores de Risco para a gravidez atual<sup>65</sup>

#### 1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:

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

#### 2. História reprodutiva anterior:

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

#### 3. Intercorrências clínicas crônicas:

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

#### 4. Doença obstétrica na gravidez atual:

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

<sup>65</sup> Os fatores de risco são as características ou as circunstâncias que expõe a mulher e o recém-nascido a uma probabilidade maior de desenvolverem alguma complicação de saúde e, como consequência, evoluírem para óbito, necessitando, portanto, de ações de assistência a saúde de maior complexidade.



## Apêndice B - Deliberações

### Quadro 03: Quadro de Achados e Recomendações

Achados	Recomendações
Inadequação da classificação do risco gestacional (Subitem 3.1.1)	Verificar periodicamente se a avaliação do risco gestacional está ocorrendo em todas consultas realizadas durante o pré-natal, com o respectivo registro da classificação de risco referenciada pelo profissional de saúde na ficha perinatal e prontuário médico.
	Orientar os profissionais de saúde das USFs que registrem nas fichas perinatais e prontuários médicos as condutas de encaminhamento das gestantes de risco para serviços de referência, conforme regulamentações do MS.
	Intensificar o uso do formulário de Referência e Contrarreferência para o encaminhamento das gestantes de risco para serviços de referência.
	Implantar procedimentos de controle e responsabilização na Assistência ao Pré-natal e Puerpério, quanto à ausência de registro documental inerente a gestante de risco, por parte dos profissionais de saúde responsáveis, conforme regulamentações do MS.
Deficiência dos serviços e atendimentos do pré-natal às gestantes de risco (Subitem 3.1.2)	Avaliar o desempenho das equipes de saúde da família quanto à captação, acompanhamento, trabalho educativo e divulgação das ações desenvolvidas pela USF junto às gestantes de risco.
	Avaliar periodicamente a qualidade das atividades, procedimentos e condutas de acompanhamento do pré-natal oferecidos às gestantes de risco em suas USFs.
	Implantar procedimentos de controle e responsabilização na assistência ao pré-natal e Puerpério, quanto ao descumprimento de algum procedimento, atividade ou conduta inerente a gestante de risco, por parte dos profissionais de saúde responsáveis.
Ausência de informações no modelo de ficha perinatal adotado pela Secretaria de Saúde (Subitem 3.2.1)	Reavaliar o modelo da ficha perinatal adotado de modo a inserir os campos necessários para a coleta de informações preconizadas pelo Ministério da Saúde.
	Implantar procedimentos de controle e responsabilização na Assistência ao Pré-natal e Puerpério, quanto à ausência de registro documental inerente à gestante, por parte dos profissionais de saúde responsáveis, conforme regulamentações do MS.
Ausência de exames complementares no pré-natal preconizado pelo MS (Subitem 3.2.2)	Acompanhar junto às equipes de saúde da família a solicitação dos exames complementares necessários durante a gravidez e preconizados pelo Ministério da Saúde, assim como os respectivos resultados, não deixando de registrá-los na ficha perinatal e prontuário médico.
	Implementar controle que garanta a realização plena dos exames complementares, inclusive referentes à sorologia para Hepatite tipo B e Toxoplasmose, e exame de Coombs indireto, quando necessário, assim como a realização de no mínimo três exames de ultrassonografia obstétrica com objetivo de trazer mais segurança à mulher durante o período gravídico.
Ausência de	Implantar procedimentos de controle e responsabilização na Assistência ao Pré-natal



<b>Achados</b>	<b>Recomendações</b>
procedimentos técnicos e condutas no exame clínico e obstétrico (Subitem 3.2.3)	e Puerpério, quanto ao descumprimento de algum procedimento, atividade ou conduta inerente a gestante de risco, 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.
	Implementar 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 suas responsabilidades.
Estrutura física inadequada para o atendimento da população (Subitem 3.3.1)	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.
	Construir nova unidade de saúde no Distrito de Vermelhos devido a sua importância para a comunidade e as dificuldades de locação de um imóvel compatível com as recomendações do Ministério da Saúde.