



# **Relatório de Monitoramento**

## **Monitoramento e Prevenção da Mortalidade Materna**

**Brasília, abril de 2002.**



## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>2</b>
<b>2. ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.</b>
<b>3. ASPECTOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS .....</b>	<b>18</b>
<b>4. COMENTÁRIOS DOS GESTORES .....</b>	<b>18</b>
<b>5. CONCLUSÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>6. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO.....</b>	<b>20</b>



## **1. Introdução**

### **Antecedentes**

1.1 Em 1998 o Tribunal de Contas da União - TCU iniciou a realização de auditorias de natureza operacional – ANOp, com o objetivo de examinar o desempenho de programas do governo federal, seguindo metodologia desenvolvida no âmbito do Projeto de Cooperação Técnica TCU/Reino Unido. Esse Projeto visa contribuir para a melhoria do desempenho de instituições governamentais brasileiras, assim como para a melhor utilização dos recursos públicos, por meio da implementação de recomendações decorrentes de ANOp conduzidas pelo TCU.

1.2 O Plano Especial de Auditoria de Desempenho, que contemplou a realização de seis ANOp no âmbito do Projeto de Cooperação, foi aprovado pelo TCU mediante a Decisão nº. 584/2000-Plenário.

1.3 Dentre os temas selecionados, encontrava-se o Monitoramento e Prevenção da Mortalidade Materna. Considerando que o acesso aos serviços de saúde e a proteção à maternidade e gestação são direitos constitucionais, a auditoria buscou avaliar a atuação das áreas técnicas do Ministério da Saúde - MS, bem como da comissão nacional e dos comitês estaduais e municipais de mortalidade materna, na garantia desses direitos. O objetivo final consistiu em identificar boas práticas a serem disseminadas e situações desfavoráveis passíveis de recomendações.

1.4 Realizada a auditoria, e apreciada pelo Tribunal, mediante a Decisão nº. 780/2001-Plenário (Ata nº. 41/2001), foram propostas recomendações com o objetivo de melhorar o desempenho das atividades relativas ao Monitoramento e à Prevenção da Mortalidade Materna. Dessa forma, o primeiro monitoramento da implementação das recomendações está sendo realizado de acordo com a sistemática de monitoramento adotada, que prevê a elaboração de relatório sobre o Plano de Ação da implementação das recomendações do Tribunal, pelo órgão auditado.

### **Equipe**

1.5 A equipe composta para realizar o 1º monitoramento da implementação das recomendações proferidas pelo Tribunal na Decisão – 780/2001-P foi designada pela Portaria de Fiscalização da Adfis nº 394/2002, a saber:

Marcelo Cardoso Soares	Matr. 3853-9	Lotação: Seprog
Maria Antonia Ferraz Zelenovsky (coordenadora)	Matr. 4582-9	Lotação: 4ª Secex

1.6 Para esse fim foi estabelecido o seguinte cronograma:

Planejamento	01/04/2002 a 03/04/2002	3 dias úteis
Execução	04/04/2002 a 10/04/2002	5 dias úteis
Elaboração do Relatório	11/04/2002 a 12/03/2002	2 dias úteis



### Características da auditoria

1.7 A Organização Mundial da Saúde - OMS considera ideal um coeficiente de mortalidade materna de 10 mortes por 100.000 nascidos vivos e aceitável de até 20 mortes por 100.000 nascidos vivos. No Brasil, os números oficiais indicam um coeficiente de 51,6 mortes por 100.000 nascidos vivos. Em função do sub-registro, esse número é subestimado. As fontes consultadas concordam que o coeficiente oficial deve ser multiplicado por um fator de correção de, no mínimo, duas vezes, o que elevaria o coeficiente para 103,2/100.000 N.V.<sup>1</sup>, ou dez vezes o valor ideal. Mesmo nas regiões mais desenvolvidas do país, não se registram coeficientes inferiores a 60/100.000 N.V.

1.7.1 A estratégia mais conhecida para o monitoramento da mortalidade materna é a implantação de *comitês de mortalidade materna*. Dessa forma, a auditoria se propôs a avaliar a atuação das áreas técnicas do Ministério da Saúde - MS, bem como da comissão nacional e dos comitês estaduais e municipais de mortalidade materna, verificando sua existência e formas de atuação. Com esse escopo, pretendeu-se contribuir para a melhoria das informações e da qualidade da atenção à maternidade e, a longo prazo, para a diminuição da mortalidade materna.

1.8 As principais constatações da auditoria foram:

- a) A estabilidade dos membros dos comitês de mortalidade materna favorece a continuidade de sua atuação. Todavia, os comitês, usualmente, são centrados em “pessoas” e não em “estruturas permanentes, sendo que aspectos políticos são capazes de interferir na própria existência dos comitês;
- b) O sistema de comitês não funciona adequadamente na maioria dos Estados e municípios auditados. Mesmo onde funciona, não há evidências de que esteja contribuindo para a redução da mortalidade, mas apenas para o seu monitoramento;
- c) Foi verificado desinteresse de autoridades de saúde estaduais por ações não incluídas na Programação Pactuada e Integrada – PPI;
- d) Há boas iniciativas isoladas, porém sem coordenação ou assistemáticas;
- e) A integração com os programas de Saúde da Família – PSF e de Agentes Comunitários de Saúde – PACS é fundamental para a implementação de políticas efetivas de redução da mortalidade materna;
- f) As informações prestadas por parte dos médicos e hospitais por meio da declaração de óbito, muitas vezes, são insuficientes para a investigação do óbito, em razão da falta de preenchimento dos campos do formulário. Mesmo em hospitais federais, a notificação de morte materna não é considerada obrigatória;

---

<sup>1</sup> Nascidos vivos.



g) Há carência de treinamentos e de material de divulgação (panfletos, cartazes, vídeos, etc). Ao mesmo tempo, as instâncias locais relatam a necessidade de atuação mais efetiva por parte das instâncias superiores (SES e MS).

## **2. Análise da implementação das recomendações**

Preliminarmente, cabe relatar que a Secretaria de Políticas de Saúde definiu, no final de 2001, que no campo da Saúde da Mulher, a redução da Mortalidade Materna seria prioritária. Para atingir esse objetivo, buscou-se caminhar primeiro na linha de uma atualização da pactuação visando a redução da mortalidade materna, seguido de uma melhoria da informação no curto prazo.

Uma das medidas implementadas para ser instrumento dessa redução é o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Esse Programa foi instituído pelo Ministério da Saúde pela Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto. Ele busca reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, assegurar medidas que melhorem a qualidade do acompanhamento ao pré-natal, parto, puerpério e neonatal, investir nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, incrementar o custeio de procedimentos específicos, e outras ações que auxiliem o atendimento à gestante.

A seguir, serão analisadas as providências adotadas pelo órgão auditado com vistas a implementar as recomendações constantes da Decisão nº 780/2001-P.

### **2.1 Recomendação 8.1.1**

8.1. recomendar à Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde e, por seu intermédio, à Comissão Nacional de Mortalidade Materna, a adoção das seguintes medidas, dentro de suas respectivas competências:

8.1.1. estimular a criação e manutenção de comitês por parte dos estados e municípios, se necessário, incluindo essa medida na Programação Pactuada e Integrada - PPI e no Plano Programático de Ação do Ministério da Saúde - PPA/MS, visando ao aumento da investigação dos casos de mortalidade materna

#### **2.1.1 Grau de implementação**

2.1.1.1 A Secretaria de Políticas de Saúde - SPS, por meio do seu Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, promoveu discussões nas regiões macros com o objetivo de estudar a viabilidade de criação e manutenção de comitês. Foram discutidos quais os problemas-chave e quais as estratégias-chave mais efetivas no combate à mortalidade materna. Nessas discussões, verificou-se que, quanto ao incentivo, não basta apenas criar departamentos responsáveis pelo assunto, mas principalmente criar ações de combate à mortalidade materna. O relatório base dessa reunião já está pronto, mas ainda não foi divulgado.

2.1.1.2 A Dra. Tânia Di Giacomo do Lago, Diretora do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, informou que a recomendação em tela já foi incluída no PPA, porém não há como inclui-la



no PPI, em virtude desse último instrumento resultar de um compromisso pactuado entre estados e municípios, não cabendo papel ativo ao MS.

2.1.1.3 O MS, em conjunto com a Organização Pan Americana de Saúde - OPAS e Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, fará pesquisa para verificar o grau de correção da mortalidade materna. Primeiro, a pesquisa será executada nas capitais, posteriormente sendo estendida às cidades com mais de 150.000 habitantes, reverberando para as cidades menores.

## **2.1.2 Avaliação**

2.1.2.1 Consideramos que as ações relatadas acima significam o comprometimento da SPS com o incentivo da criação e manutenção de comitês, com o objetivo último de aprimorar a investigação dos casos de mortalidade materna. Em função de ser uma atividade dinâmica, que não se esgota num dado momento com uma medida apenas, entendemos que a recomendação está em implementação.

## **2.1.3 Medidas a serem implementadas**

2.1.3.1 Realização de pesquisa do MS em conjunto com a OPAS e a Faculdade de Saúde Pública de SP.

2.1.3.2 Continuidade dos trabalhos baseados nas discussões realizadas nas regiões macros.

## **2.1.4 Prazo para Implementação**

2.1.4.1 Novembro/2002

## **2.2 Recomendação 8.1.2**

8.1.2. divulgar mais efetivamente as políticas públicas de combate à mortalidade materna mediante a promoção de eventos (reuniões e congressos) e a inserção na mídia de mensagens que esclareçam o problema, mostrando à população a sua gravidade, destacando-se o número de vidas que poderiam ser salvas e o elevado percentual de mortes evitáveis (acima de 90%);

## **2.2.1 Grau de implementação**

2.2.1.1 A SPS está preparando campanhas educativas sobre pré-natal e cesárea. Essa proposta se encontra na Assessoria de Comunicação Social – ASCOM do MS e já possui recursos alocadas para as mesmas. No momento, os gestores estão estudando formas de melhor efetivá-las. A 1ª campanha será veiculada de 12 a 28 de maio do corrente ano. Já a 2ª está prevista para acontecer em novembro de 2002.

## **2.2.2 Avaliação**

2.2.2.1 Apesar de já estar autorizada e com recursos, essas campanhas ainda não foram delineadas. Dessa forma, consideramos que a recomendação está em implementação.

## **2.2.3 Medidas a serem implementadas**



2.1.2.1 Campanha educativa sobre pré-natal em maio de 2002 e sobre cesárea em novembro de 2002.

### **2.3.4 Prazo para Implementação**

2.3.4.1 Maio/2002 para a campanha sobre pré-natal;

2.3.4.2 Novembro/2002 para a campanha sobre cesárea.

## **2.3 Recomendação 8.1.3**

8.1.3. estimular a realização de treinamentos e cursos de especialização em gineco-obstetrícia, inclusive para enfermeiros obstétricos

### **2.3.1 Grau de implementação**

2.3.1.1 A SPS tem disponibilizado apoio financeiro e para a capacitação e/ou reciclagem de profissionais em assistência pré-natal. A Secretaria apoiou a realização de 55 cursos para formação de enfermeiros obstétricos, com formação de 1037 profissionais. Para reciclagem e/ou capacitação de profissionais de saúde, foram elaborados ou revisados manuais técnicos: Pré-natal, Parto, Aborto e Puerpério – Uma Assistência Humanizada; Gestação de Alto Risco; e Urgência e Emergências Maternas. A distribuição desses manuais técnicos foi feito às Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais e aos filiados às Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia e Associação Brasileira de Enfermagem.

### **2.3.2 Avaliação**

2.3.2.1 A medidas acima atende ao sentido da recomendação, mas por ser dinâmica a questão de treinamento, ela precisa de continuidade, portanto a consideramos em implementação.

### **2.3.3 Medidas a serem implementadas**

2.1.3.1 Programação dos cursos de 2002: especialização para Enfermeiros e capacitação em atenção básica para Médicos. Essa programação se baseará nas reuniões da tripartite e nas de área-afim do MS e pólos de capacitação dos estados.

### **2.3.4 Prazo para Implementação**

2.3.4.1 Julho/2002

## **2.4 Recomendação 8.1.4**

8.1.4. estabelecer sistemática de avaliação do risco social da gravidez, bem como de procedimentos especiais de cuidados para esse grupo de risco



## **2.4.1 Grau de implementação**

2.4.1.1 O MS , segundo informação da SPS, gastou aproximadamente R\$100 milhões para que os estados organizassem seus Sistemas de Atenção à Gestante de Alto Risco. Nessa sistemática, a gestante vai ao pré-natal mais próximo de sua residência para iniciar o seu acompanhamento. Se a gestação não for de risco, ela é encaminhada, dentro do período que faz as suas consultas de pré-natal, para a maternidade onde dará a luz. Sendo a gestação de risco, ela é encaminhada para o Pré-Natal de alto risco, e a partir daí para uma maternidade que atenda gestantes de alto risco. Nessas maternidades se encontram as UTIs Neonatal.

2.4.1.2 Cabe acrescentar a diferença existente entre risco e risco social. O MS faz essa distinção, e verifica, nos seus procedimentos, o risco social da gravidez dentro da avaliação de gestação de alto risco.

## **2.4.2 Avaliação**

2.4.2.1 O MS possui, em seus manuais, sistemática de avaliação de risco social da gravidez, porém, não encontramos em nenhum deles definição de quais os procedimentos especiais para esse grupo. Ao mesmo tempo, a Dra. Tânia Lago relatou que esses procedimentos se encontram dentro do Manual de Atenção Básica, no protocolo que orienta o Agente de Saúde como fazer a vigilância do grupo populacional com risco social. Contudo, esse material não nos foi disponibilizado, devendo ser verificado por ocasião do próximo monitoramento. Em virtude dessa constatação consideramos a recomendação como em implementação.

## **2.4.2 Medidas a serem implementadas**

2.4.2.1 Apresentação do Manual de Atenção Básica.

## **2.4.3 Prazo para implementação**

2.4.3.1 Outubro de 2002.

## **2.5 Recomendação 8.1.5**

8.1.5. divulgar mais amplamente a existência de um protocolo de pré-natal elaborado pelo Ministério da Saúde, certificando-se de que está atingindo seu público alvo e ressaltando a necessidade de sua adoção

## **2.5.1 Grau de implementação**

2.5.1.1 Segundo informação da Dra. Tânia, houve distribuição de manuais técnicos sobre pré-natal para Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais e membros da Aben (Associação Brasileira de Enfermagem) e Febrasgo (Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia), com controle da entrega por meio de telefone e correspondência oficial. Por meio de mala direta que têm com seus



associados, foi possível fazer com que esse material chegasse a cerca de 24.000 médicos e 2.000 enfermeiros obstétricos.

2.5.1.2 Além dos manuais encaminhados por intermédio da Aben e da Febrasgo, foram entregues 3.000 exemplares para as faculdades de medicina e enfermagem e para cursos de especialização em enfermagem obstétrica.

## **2.5.2 Avaliação**

2.5.2.1 Em virtude das medidas adotadas pela SPS, consideramos que essa recomendação foi implementada.

## **2.6 Recomendação 8.1.6**

8.1.6. estimular a formação de grupos de gestantes, inclusive com a participação familiar, em especial dos pais

### **2.6.1 Grau de implementação**

2.6.1.1 Essa recomendação é menor do que o existente no momento no Programa Saúde da Família. Hoje se trabalha com a Agente de Saúde. Esse agente, por sua vez, trabalha com a mulher, não só quando é gestante, mas sim em todas as fases do ciclo gravídico puerperal, ou mesmo quando não faz parte desse grupo gravídico.

### **2.6.2 Avaliação**

2.6.2.1 Onde exista PSF essa recomendação já está atendida. Tendo em vista que a atenção à mulher está ampliada dentro do Programa, a recomendação deixa de ser aplicável.

## **2.7 Recomendações 8.1.7 e 8.1.8**

8.1.7. vincular o local de realização do pré-natal ao local do parto, isto é, organizar o sistema de referência e contra-referência, permitindo que o hospital planeje seu atendimento

8.1.8. incentivar a organização de sistemas de referência e contra-referência relacionados ao risco gestacional

### **2.7.1 Grau de implementação**

2.7.1.1 O MS organizou o Sistema de Referência nos estados, estruturando centros especializados por regiões, que congregassem vários municípios. Nessa sistemática, as gestantes dispõem de um centro especializado mais próximo do que aquele localizado na capital, em caso de quadros de gravidez de alto risco.



2.7.1.2 O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é um instrumento para a organização e estruturação desse sistema de referência para o atendimento às gestantes nos municípios. Com ele, fica assegurada a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, às gestantes e ao recém-nascido. Grávidas de risco vão para a capital ou centros que estejam preparados para recebê-las. De acordo com informações da SPS, 3.171 Municípios aderiram ao Programa de Humanização do Pré-Natal, sendo que 3.060 portarias já foram publicadas.

## **2.7.2 Avaliação**

2.7.2.1 As ações relatadas acima atendem ao teor da recomendação em exame. Entretanto, levando-se em conta que o universo potencial de atendimento é a totalidade ou, pelo menos, a quase totalidade dos municípios brasileiros, espera-se um aumento de adesão ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, o que coloca a recomendação em exame como estando em implementação.

## **2.7.3 Medidas a serem implementadas**

2.7.3.1 Continuidade das ações

## **2.7.4 Prazo para implementação**

2.7.4.1 O futuro estado de implementação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento será verificado por ocasião do próximo monitoramento.

## **2.8 Recomendação 8.1.9**

8.1.9. estimular a organização de serviços de planejamento familiar

### **2.8.1 Grau de implementação**

**2.8.1.1** A SPS informou a adoção das seguintes medidas de estímulo à implantação do planejamento familiar na rede pública de saúde:

- ? edição da Portaria n° 48, de 11.02.99, estabelecendo critérios para a realização dos procedimentos de laqueadura e vasectomia, bem como os respectivos pagamentos no âmbito do SUS;
- ? revisão do manual de Assistência ao Planejamento Familiar, já estando o mesmo em versão final e com previsão de tiragem de 50.000 exemplares, a serem distribuídos a toda rede básica de saúde e membros da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – Febrasgo ;
- ? elaboração do guia “Orientação Básica para implantação e implementação de Serviços de Planejamento Familiar”, dirigido aos gestores estaduais e municipais de saúde e contendo orientações técnicas sobre como organizar esta atividade;
- ? distribuição de métodos contraceptivos aprovados às Secretarias de Saúde estaduais e municipais das capitais, tendo sido adquiridos e distribuídos, nos meses de outubro de 2000 e abril de 2001,



6.210.600 cartelas de pílulas de baixa dosagem, 582.300 ampolas de injetável trimestral, 158 mil unidades de DIU e 30 mil unidades de diafragma;

- ? apoio ao treinamento de profissionais de saúde e à realização de eventos técnico-científicos sobre saúde reprodutiva promovidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde e sociedades científicas. Até o momento, foram realizadas 7 capacitações, envolvendo os estados do Acre, Alagoas, Amapá, Goiás, Tocantins, Pará e Paraíba, treinando um total de 146 profissionais de saúde;
- ? produção e distribuição de material informativo sobre o assunto, como folhetos, cartazes, cartilhas, fitas de vídeo, slides, álbuns seriados e kits de métodos anticoncepcionais;
- ? repasse de recursos financeiros aos estados e municípios para o pagamento das consultas de planejamento familiar, inserção do DIU e a colocação de diafragma, incluídos no Piso da Atenção Básica (PAB).

## **2.8.2 Avaliação**

2.8.2.1 Dentre as medidas elencadas acima, algumas já estavam em vigor antes da realização da auditoria, nos meses de agosto e setembro de 2000, e não podem ser atribuídas à mesma. É o caso da edição da Portaria n.º 48 e da instituição do PAB e da correspondente possibilidade do uso dos seus recursos para o pagamento de procedimentos relacionados com ações de planejamento familiar.

2.8.2.2 As iniciativas restantes, por sua vez, representam um claro estímulo à implantação de sistemas de planejamento familiar por parte das Secretarias de Saúde nos âmbitos estadual e municipal, alcançando maior efetividade quando do término da distribuição do manual de Assistência ao Planejamento Familiar e do guia “Orientação Básica para implantação e implementação de Serviços de Planejamento Familiar”. Nesse sentido, consideramos que a recomendação está em implementação.

## **2.8.3 Medidas a serem implementadas**

2.8.3.1 Distribuição do manual e do guia mencionados acima para seu público-alvo.

## **2.8.4 Prazo para Implementação**

2.8.4.1 A previsão é que a distribuição esteja terminada em 20.06.02.

## **2.9 Recomendação 8.1.10**

8.1.10. disseminar entre estados e municípios as experiências de sucesso na priorização da questão da mortalidade materna nas ações de atenção básica à saúde por intermédio dos programas de Saúde da Família – PSF e de Agentes Comunitários de Saúde – PACS

### **2.9.1 Grau de implementação**

2.9.1.1 A Dra. Tânia Di Giacomo do Lago informou que são distribuídos boletins informativos para as equipes do PSF e do PACS contendo, dentre outros assuntos, relatos de boas práticas no tratamento da questão da mortalidade materna.



## **2.9.2 Avaliação**

2.9.2.1 Consideramos que tal medida atende ao sentido da recomendação em tela. Sua continuidade deve ser acompanhada nos próximos monitoramentos, razão pela qual será considerada em implementação.

## **2.1. . Recomendação 8.1.11**

8.1.11. estimular a avaliação, pelos comitês, da qualidade do atendimento à saúde materna, como forma de implementação do controle social.

### **2.10.1 Grau de implementação**

2.10.1.1 O gestor informou que a 2ª edição do Manual dos Comitês de Mortalidade Materna define, como função dos comitês, o exercício de tarefas relacionadas à avaliação da qualidade da assistência obstétrica, como a verificação das condições de assistência à mulher e a avaliação dos aspectos da prevenção da morte materna. Além disso, outros pontos contidos no manual promovem a interação dos comitês com diversas instâncias do sistema de saúde local, resultando no aprimoramento do nível de controle social (pp. 22/3).

2.10.1.2 Ao mesmo tempo, o referido documento prescreve que o comitê deve, durante a análise do óbito materno, analisar o perfil socioeconômico da falecida, a assistência prestada no pré-natal, parto, aborto e puerpério, a precisão dos dados da Declaração de Óbito, se era um óbito materno declarado ou não, se a morte era evitável e quais seriam os fatores de evitabilidade e as medidas de prevenção cabíveis (p. 40). Para isso, o manual afirma que é fundamental a participação dos membros do Comitê especialistas em obstetrícia para avaliar os diagnósticos e tratamentos dispensados à mulher.

### **2.10.2 Avaliação**

2.10.2.1 Consideramos que o documento em questão é um importante instrumento para estimular a avaliação da qualidade do atendimento à saúde materna pelo comitês. A sua distribuição para os membros dos comitês estaduais e municipais, associações profissionais, universidades e bibliotecas ainda está em curso, estando seu término previsto para julho de 2002. Por esse motivo, consideramos que a recomendação está em implementação.

### **2.10.3 Medidas a serem implementadas**

2.10.2.1 Término da distribuição dos manuais.

### **2.10.3 Prazo para Implementação**

2.10.3.1 Julho de 2002.

## **2.11 Recomendação 8.1.12**



8.1.12. incorporar às diretrizes e aos manuais de mortalidade materna a metodologia de envio de correspondência ao médico e/ou família, para esclarecer os casos de óbitos maternos, informando ao profissional de saúde sobre a necessidade de correto preenchimento da declaração de óbito e sobre as sanções éticas e penais cabíveis, em caso de não atendimento dessa recomendação.

### **2.11.1 Grau de implementação**

2.11.1.1 A SPS informou que não existe clareza quanto ao correto cumprimento da recomendação. Existem dúvidas sobre se a correspondência seria enviada para o médico como parte do processo investigativo de um óbito específico ou preventivamente como forma de melhorar a qualidade do registro dos óbitos em geral e maternos em particular. O órgão relatou que o Código de Ética Médica poderia servir de base para a aplicação de sanções éticas, mas que tem encontrado dificuldades para fundamentar possíveis sanções penais. Como forma de contornar essas obstáculos, a SPS elaborou um ofício para os comitês de morte materna contendo recomendação para incorporar a metodologia de envio de correspondência ao médico e/ou família para esclarecer os casos de óbito materno, utilizando o teor da Decisão 780/2001 como suporte legal. A gestora também considerou que a edição de portaria tornando a morte materna evento de notificação compulsória, objeto da recomendação 8.1.14, pode ser útil para o estabelecimento de instrumentos que garantam o correto registro do óbito materno.

### **2.11.2 Avaliação**

2.11.2.1 A recomendação em estudo teve o propósito de contribuir para a melhoria dos registros de mortalidade materna. A preocupação principal foi a de auxiliar a investigação do óbito, por meio do envio de correspondências que auxiliassem a complementação e/ou correção das informações prestadas inicialmente. Entretanto, isso não impede que seja feito também um trabalho de caráter mais preventivo, situação em que os conselhos enviariam correspondências, por exemplo, para as unidades de saúde no seu âmbito de atuação, buscando sensibilizar os profissionais de saúde quanto à importância do correto preenchimento do atestado de óbito.

2.11.2.2 No tocante à aplicação de sanções aos profissionais de saúde pelo preenchimento incorreto do atestado de óbito, consideramos que a SPS deve continuar tentando identificar a fundamentação legal para a aplicação de sanções penais, para isso estabelecendo, inclusive, contatos com a Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde. Entendemos que a edição de portaria não é instrumento suficiente, visto que, de acordo com o art. 5, inciso XXXIX da Constituição Federal, somente leis podem instituir sanções penais. Uma possibilidade mais efetiva é o recurso ao art. 299 do Código Penal (Decreto-Lei n.º 3.914/41), segundo o qual o preenchimento incorreto de documento público pode configurar crime de falsidade ideológica.

### **2.11.3 Medidas a serem implementadas**

2.11.3.1 Identificação da fundamentação legal para a aplicação de sanções penais no caso de preenchimento incorreto do atestado de óbito;

2.11.3.2 Elaboração de correspondências-padrão a serem enviadas a profissionais de saúde e familiares da falecida;



2.11.3.3 Incorporação do envio de correspondências como diretriz para a investigação de óbitos maternos.

#### **2.11.4 Prazo para Implementação**

2.11.4.1 Não foi estabelecido prazo para a implementação das medidas acima. Dessa forma, será considerado o período de realização do próximo monitoramento, previsto para outubro de 2002, como prazo para implementação.

### **2.12 Recomendação 8.1.13**

8.1.13. orientar os comitês para que, sempre que possível, realizem a visita à família da gestante para investigação da morte materna

#### **2.12.1 Grau de implementação**

2.12.1.1 A 2ª edição do Manual dos Comitês de Mortalidade Materna informa que a visita domiciliar é uma fonte de importantes esclarecimentos na fase de investigação do óbito materno. Mais ainda, o documento prescreve que o representante do Comitê ou o técnico da Vigilância Epidemiológica deva visitar o hospital ou o domicílio da falecida para confirmar ou descartar a possibilidade de gravidez, aborto ou parto no momento do óbito ou até 12 meses antes (pp. 37/8).

#### **2.12.2 Avaliação**

2.12.2.1 Entendemos que a informação acima cumpre o propósito de sensibilizar os comitês para a importância da visita domiciliar, estando sua efetividade dependente do término da distribuição dos manuais.

#### **2.12.3 Medidas a serem implementadas**

2.12.3.1 Término da distribuição dos manuais.

#### **2.12.4 Prazo para Implementação**

2.12.4.1 A previsão para o término da distribuição é julho de 2002.

### **2.13 Recomendação 8.1.14**

8.1.14. implantar a obrigatoriedade de notificação de mortalidade materna, por instrumento mais coercitivo do que resolução do Conselho Nacional de Saúde

#### **2.13.1 Grau de implementação**



2.13.1.1 A SPS apresentou uma minuta de portaria que prevê que “o óbito de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, é considerado como evento de notificação compulsória para a vigilância epidemiológica”.

### **2.13.2 Avaliação**

2.13.2.1 Consideramos que o conteúdo da portaria atenderá ao que foi recomendado acima quando da sua publicação.

### **2.13.3 Medidas a serem implementadas**

2.13.3.1 Publicação da portaria.

### **2.13.4 Prazo para Implementação**

2.13.4.1 Ainda não há uma data prevista, estando a definição da mesma dependente de entendimentos entre a SPS e o Centro Nacional de Epidemiologia – CENEPI. Dessa forma, consideraremos como prazo o período de realização do próximo monitoramento, previsto para outubro de 2002.

## **2.14 Recomendação 8.1.15**

8.1.15. interagir com o Conselho Federal de Medicina e o Ministério da Educação, com vistas a que o preenchimento da declaração de óbito seja suficientemente debatida durante a formação dos profissionais de saúde, de modo a salientar a importância epidemiológica dos dados a serem lançados no documento.

### **2.14.1 Grau de implementação**

2.14.1.1 A gestora afirmou que as ações nesse sentido serão encaminhadas no âmbito do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas – Promed. Esta iniciativa foi estabelecida pela Portaria Interministerial n° 610/GM, de 26.03.02, e visa apoiar escolas médicas que queiram adequar suas grades curriculares às necessidades do sistema de saúde do país. Todavia, a gestora informou que não há ainda a definição de um plano de trabalho visando implementar o que foi recomendado, mas apenas a expectativa de que seja realizada uma primeira reunião técnica no âmbito do Promed neste semestre, quando tal assunto seria abordado.

### **2.14.2 Avaliação**

2.14.2.1 Consideramos que a recomendação está em implementação.

### **2.14.3 Medidas a serem implementadas**



2.14.3.1 Definição de um plano de trabalho para a adoção da recomendação.

#### **2.14.4 Prazo para Implementação**

2.14.4.1 Por ocasião do próximo monitoramento, previsto para outubro de 2002, será acompanhado o estado de implementação.

### **2.15 Recomendação 8.1.16**

8.1.16. divulgar, pelos meios disponíveis, as boas práticas mencionadas neste relatório e outras que venham a ser identificadas.

#### **2.15.1 Grau de implementação**

2.15.1.1 A gestora informou que, desde 1999, tem sido enviado anualmente um questionário para os comitês contendo diversas perguntas sobre a sua atuação. Dentre essas, busca-se levantar quais ações o comitê tem desenvolvido para mudar o quadro de mortalidade materna no seu âmbito de atuação, o que pode ser considerado um levantamento de boas práticas. A consolidação das respostas aos questionários é posteriormente encaminhado aos comitês como forma de disseminar os resultados.

2.15.1.2 Vale a pena mencionar também que a 2ª edição do MCMM prescreve que, a cada três meses, os comitês regionais ou municipais enviem os mapas de óbitos de mulheres em idade fértil e cópias das fichas-resumo de investigação para o comitê estadual. Esse comitê, por sua vez, consolida os dados e elabora um relatório anual descrevendo a situação no estado, incluindo os estudos dos casos analisados e as medidas de prevenção formuladas para estimular a redução da mortalidade materna.

2.15.1.3 O manual recomenda que o relatório seja apresentado aos membros dos comitês regionais e municipais, estudiosos do assunto, meios de comunicação e principalmente às autoridades de saúde, visando definir novas estratégias para a redução dos índices da mortalidade materna no estado. Os canais de divulgação sugeridos incluem publicações médicas e de saúde, publicações oficiais do Sistema de Saúde e os meios de comunicação em geral.

#### **2.15.2 Avaliação**

2.15.2.1 Entendemos que a consolidação e disseminação das respostas aos questionários enviados pela SPS é uma boa forma de divulgar boas práticas para a redução da mortalidade materna, podendo ser ampliado o público-alvo para incluir também associações profissionais, universidades e instituições de saúde. Isso poderia ser feito pela disponibilização do relatório na internet ou por meio de mala direta eletrônica (envio do relatório por correio eletrônico). Dessa forma, consideramos que a recomendação está em implementação, estando pendente da apreciação do órgão quanto à oportunidade de efetivar a ampliação da divulgação dos resultados dos questionários enviados aos comitês e do estabelecimento do prazo correspondente.

#### **2.15.3 Medidas a serem implementadas**



2.15.3.1 Ampliação do público-alvo que recebe os resultados dos questionários encaminhados aos comitês de mortalidade materna.

## **2.15.4 Prazo para implementação**

2.15.4.1 Consideraremos como prazo o período de realização do próximo monitoramento, previsto para outubro de 2002.

## **2.16 Recomendação 8.1.17**

8.1.17. atualizar o Manual dos Comitês de Morte Materna

### **2.16.1 Grau de implementação**

2.16.1.1 A 2ª edição do Manual dos Comitês de Mortalidade Materna, com tiragem de 30.000 exemplares, encontra-se atualmente em fase de distribuição. Segundo o comentário da Diretora do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, a nova edição tem um caráter mais didático, buscando auxiliar a estruturação dos comitês, informar as formas de investigação dos óbitos e o uso dos resultados para a proposição de ações visando a redução da mortalidade materna.

### **2.16.2 Avaliação**

2.16.2.1 Consideramos que a recomendação foi atendida.

## **2.17 Recomendação 8.1.18**

8.1.18. utilizar os seguintes indicadores de desempenho para monitorar a evolução da qualidade das ações de controle, acompanhamento e prevenção da mortalidade materna no país:

- a) Percentual de municípios assistidos por comitê de mortalidade materna local ou regional: Total de municípios assistidos por comitês ativos / Total de municípios do estado/região;
- b) Percentual de mortes de MIF investigadas em relação ao número de mortes relacionadas pelo SIM: Total de mortes de mulheres em idade fértil investigadas / Total de mortes de mulheres em idade fértil relacionadas pelo SIM
- c) Taxa de mortalidade neonatal precoce (indicador indireto): N° de óbitos de 0 a 6 dias / 1000 nascidos vivos;
- d) Percentual de nascidos vivos cujas mães fizeram pelo menos 6 consultas de pré-natal: N° de nascidos vivos cujas mães fizeram pelo menos 6 consultas de pré natal x 100 / N° de nascidos vivos



- e) Relação entre o número de mortes maternas declaradas antes da atuação do CMM e o número de mortes registradas após a atuação do CMM: Número de mortes maternas declaradas / Número de mortes maternas apuradas pelo CMM.

## 2.17.1 Grau de implementação

2.17.1.1 A SPS informou que nenhum dos indicadores acima está sendo utilizado. A gestora alegou dificuldades técnicas para o levantamento dos dados necessários, bem como a utilização de indicador diverso daquele recomendado.

a) No caso do percentual de municípios assistidos por comitê de mortalidade materna local ou regional, a gestora afirmou que não era possível levantar as informações necessárias porque os comitês regionais não informavam quais municípios estavam abrangidos pela sua atuação. A SPS esclareceu que os comitês estão atualmente sendo orientados para fornecer também a relação dos municípios assistidos, o que levará ao cálculo do indicador em questão;

b) Para o percentual de mortes de MIF investigadas em relação ao número de mortes relacionadas pelo SIM, a gestora afirmou que as informações correspondentes não estão disponíveis, havendo a possibilidade de solicitá-las aos comitês para o ano de 2002. Todavia, a SPS afirmou que a qualidade desses dados é questionável, por conta justamente das diversas dificuldades na investigação dos óbitos maternos relatadas na auditoria. Dessa forma, o indicador correspondente não seria confiável;

c) A SPS esclareceu que o cálculo da taxa de mortalidade neonatal precoce só poderia ser feito por meio de estimativa utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, do IBGE. Para isso, seria necessário realizar uma composição de algumas respostas à pesquisa e comparar a variação de um ano para o outro. Todavia, o plano amostral da PNAD não garante validade estatística para essa estimativa, o que não recomenda o seu uso para o efetivo monitoramento da mortalidade neonatal;

d) Com relação ao percentual de nascidos vivos cujas mães fizeram pelo menos 6 consultas de pré-natal, a SPS informou que a base de dados do MS, o Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC, não permite discriminar hoje quantas mães fizeram pelo menos 6 consultas. A gestora declarou que estão acontecendo entendimentos com o CENEPI, no sentido de modificar o SINASC para que o mesmo identifique quais mães realizaram um mínimo de 6 consultas de pré-natal. Como indicador de monitoramento de atendimento pré-natal, a Secretaria emprega a relação entre o n.º de consultas de pré-natal e o n.º total de partos, ambos realizados no SUS, o que informa o número médio de consultas pré-natal por parto e que é um dos três indicadores definidos no Plano Plurianual de Governo – PPA 2000/3 para o programa “Saúde da Mulher”;

e) Finalmente, a gestora considerou que o indicador “Relação entre o número de mortes maternas declaradas antes da atuação do CMM e o número de mortes registradas após a atuação do CMM” também padece do mesmo problema que aflige o indicador “Percentual de mortes de MIF investigadas em relação ao número de mortes relacionadas pelo SIM”. Assim sendo, a baixa confiabilidade das informações prestadas pelos comitês poderia comprometer a qualidade do indicador em exame.

## 2.17.2 Avaliação

2.17.2.1 Entendemos que as objeções levantadas pelo órgão quanto aos indicadores definidos em b), c) e e) são relevantes. Ao mesmo tempo, a SPS está envidando esforços para calcular os outros dois



indicadores, estando dependendo da estruturação das fontes de dados, qual sejam, as informações passadas pelos comitês regionais e a forma de registro de dados do SINASC.

### **2.17.3 Medidas a serem implementadas**

2.17.3.1 Recebimento e tratamento das informações relativas aos municípios atendidos por comitês;

2.17.3.2 Modificação do registro de dados no SINASC;

2.17.3.3 Cálculo dos indicadores definidos em a) e d).

### **2.17.4 Prazo para implementação**

2.17.4.1 A gestora declarou que a implementação dessas recomendações depende de eventos externos à SPS, razão pela qual não é possível estabelecer datas. Dessa forma, consideraremos como prazo o período de realização do próximo monitoramento, previsto para outubro de 2002.

## **3. Aspectos orçamentários e financeiros**

3.1 As atividades relacionadas ao monitoramento e prevenção da mortalidade materna não estão inseridas em um programa ou ação específicos do Ministério da Saúde, estando diluídas principalmente dentro do programa “Saúde da Mulher”. Este abrange outros aspectos que também afetam a saúde sexual e reprodutiva da população feminina, tais como gravidez indesejada, excessiva intervenção sobre o parto e doenças sexualmente transmissíveis, como a AIDS e o câncer de colo uterino.

3.2 As ações do programa trazem embutida essa preocupação com a questão mais ampla da saúde feminina, não estando definidas em termos de tópicos específicos. Dessa forma, não há como identificar e apreciar os aspectos orçamentários e financeiros relativos às atividades de redução da mortalidade materna.

## **4. Comentários dos gestores**

4.1 No dia 12.04.02, foi encaminhado quadro-resumo do plano de ação à Dra. Tânia Di Giacomo do Lago, Diretora do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. A gestora expressou sua concordância com o teor do referido quadro.



## 5. Conclusão

5.1 Diante das informações obtidas neste trabalho, a situação de implementação da recomendações do TCU é a seguinte:

Recomendações da Decisão nº. 780/01	Situação
8.1.1	Em implementação
8.1.2	Em implementação
8.1.3	Em implementação
8.1.4	Em implementação
8.1.5	Implementada
8.1.6	Não aplicável
8.1.7	Em implementação
8.1.8	Em implementação
8.1.9	Em implementação
8.1.10	Em implementação
8.1.11	Em implementação
8.1.12	Em implementação
8.1.13	Em implementação
8.1.14	Em implementação
8.1.15	Em implementação
8.1.16	Em implementação
8.1.17	Implementada
8.1.18	Em implementação

Situação das recomendações	%
Em implementação	83,3
Implementada	11,1
Não aplicável	5,6
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>



**6. Proposta de encaminhamento**

6.1 Diante do exposto, com fulcro no art. 32, incisos II e V, da Resolução nº 136/2000, sugerimos o encaminhamento dos presentes autos ao Gabinete do Exm.º Sr MARCOS VINÍCIOS RODRIGUES VILAÇA com proposta de:

- a) envio de cópia do presente relatório para a SPS para fins de conhecimento e adoção das ações acordadas;
- b) a restituição dos autos à 4ª SECEX, onde o processo ficará no aguardo do próximo monitoramento, que deverá ocorrer em outubro de 2002.

À consideração superior.

4ª SECEX, 3ª DT, em 12 de abril de 2002.

Maria Antônia Ferraz Zelenovsky  
Matr. 4582-9

Marcelo Cardoso Soares  
Matr. 3853-9