

Atenção hospitalar perinatal e mortalidade neonatal no município de Juiz de Fora, Minas Gerais

Perinatal health care and neonatal mortality in the municipality of Juiz de Fora in the 9th State of Minas Gerais

Maria da Consolação Magalhães ¹
Marília Sá Carvalho ²

¹ Secretaria Municipal de Sa de. Av. Bar o do Rio Branco, 2001/2307. Juiz de Fora, MG, Brasil.

CEP: 36.013-020

² Escola Nacional de Sa de Publica. Funda o Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ

Abstract

Objectives: to identify possible causes for the excessive rates of neonatal mortality in the municipality of Juiz de Fora and to assess the quality of hospital records.

Methods: a case control study based on information from the medical records of the three main maternity hospitals in the municipality. One hundred and three neonatal deaths were analyzed together with the sample of 232 liveborn babies.

Results: birth weight and Apgar index in the fifth minute were important predictive factors for neonatal deaths regardless of the maternity ward. The odd ratio in Hospital 1 was 3,97 times higher than in Hospital 3. Based on specialists' opinion, a medical record score was implemented which indicated that Hospital 1 had the lowest mean not only in relation to the cases but to the controls as well.

Conclusions: the absence of information adequately registered in medical records is an indicator of poor medical assistance and certainly, delays proper care. The investigation reported deficiencies, particularly in the records, of the perinatal care offered by the three maternity hospitals.

Key words Neonatal mortality, Services evaluation, Hospital records

Resumo

Objetivos: identificar os possíveis fatores que contribuíram para o excesso da mortalidade neonatal no município de Juiz de Fora e avaliar a qualidade do preenchimento dos prontuários hospitalares.

Métodos: estudo caso-controle baseado em informações colhidas nos prontuários das três principais maternidades do município. Foram analisados 103bitos neonatais e amostra de 232 nascidos vivos.

Resultados: as variáveis peso ao nascer e índice de Apgar no quinto minuto foram importantes fatores preditivos para o bito neonatal, independente do local de nascimento. Quando se comparou, o risco de morrer, entre os hospitais verificou-se que no Hospital 1 o risco foi 3,97 vezes maior que no Hospital 3. Baseado em consulta a especialistas, foi criado um escore para avaliação do prontuário, onde o Hospital 1 apresentou mediana mais baixa, tanto entre casos como em controles.

Conclusões: a ausência de informações adequadamente registradas no prontuário é um indicador de precariedade na assistência, e, certamente, retardada a realização de conduta indicada. A pesquisa apontou deficiências, particularmente nos registros, da assistência perinatal oferecida nos três hospitais.

Palavras-chave Mortalidade neonatal, Avaliação dos serviços, Registros hospitalares

Introdução

, medida que melhoram as condições de vida e de acesso aos serviços básicos de saúde, o perfil da mortalidade infantil se altera, passando a ter mais importância aspectos ligados à atenção gestacional e ao parto, a mortalidade neonatal. Esta compreende os primeiros 28 dias de vida, sendo subdividida em precoce, a que ocorre durante os primeiros sete dias de vida, e a tardia, entre o sétimo e o vigésimo oitavo dias de vida. A mortalidade perinatal é aquela que ocorre entre 22 semanas completas de gestação (154 dias ou 500 gramas) e termina com sete dias completos de vida.¹

Os principais fatores de risco para a mortalidade neonatal e perinatal são os ligados à saúde da mãe e à qualidade da assistência gestacional. Entre os riscos associados à saúde materna estão: idade materna, intervalo interpartal, altura, paridade, peso anterior e ganho de peso durante a gravidez, aborto, natimortos ou mortes neonatais prévias e doenças maternas. Esses fatores podem causar hipoxia neonatal, baixo peso ao nascer, prematuridade, malformações congênitas, entre outras.²

O peso ao nascer é um indicador sensível do estado de saúde de uma população e de avaliação dos programas de saúde e nutrição, principalmente do nível local.³ Um dos principais determinantes da mortalidade neonatal. O percentual de baixo peso no total de recém-nascidos (RNs) de alguns países no início da década de 80 foi: Estados Unidos 6,8%, Chile 6,4%, Costa Rica 6,6%. Na cidade de Ribeirão Preto, SP, no período de 1968-1970, foi 8,7%. Os fatores de risco mais comumente associados ao baixo peso ao nascer são: hábito de fumar, hipertensão arterial crônica, infecções perinatais crônicas, desnutrição materna, entre outros.⁴

A duração da gestação serve como indicador de risco para a mortalidade neonatal e está estreitamente relacionada com o baixo peso ao nascer. São prematuros os nascimentos ocorridos antes de completadas 37 semanas. As principais causas são: desnutrição, infecções, prematuridade iatrogênica, hipertensão, ruptura prematura das membranas, entre outras.⁴ Entre os bebês neonatais ocorridos no Brasil, no período de 1990 a 1995, 30% foram de crianças com menos de 37 semanas de gestação.²

Estudos apontam que o número de consultas realizadas durante o pré-natal foi de muita importância para diminuir a gestação de alto risco; quanto maior o número de consultas durante o pré-natal menor a mortalidade. Para que haja benefícios para mãe e filho, o Ministério da Saúde recomenda o mínimo de seis consultas de pré-natal.⁵

Em estudo realizado em Pelotas, RS, comparando os anos de 1982 e 1993, observou-se que o coeficiente de mortalidade neonatal precoce sofreu uma redução de 16,4/1.000 para 11,7/1.000 nascidos vivos.⁶ A queda do coeficiente nos anos estudados foi mais acentuada nas faixas de renda até 3 salários mínimos e maior que 10 salários mínimos. Em 1993, o coeficiente de mortalidade neonatal precoce foi de 27,9, 26,9/1.000 e 8,5/1.000 nascidos vivos para nenhuma consulta de pré-natal, uma a quatro consultas e mais de cinco consultas, respectivamente.

Outro fator que interfere na mortalidade perinatal é a idade da mãe: a mortalidade é maior nos extremos da vida reprodutiva.⁶

No Estado do Rio de Janeiro, Leal e Szwarcwald⁷ estudaram a evolução da mortalidade neonatal entre o período de 1979 e 1993, verificando que a queda se deu de forma mais lenta do que a pré-neonatal. No interior do estado o decréscimo foi menor que na capital. Os bebês ocorridos na primeira hora após o nascimento apresentaram aumento tanto na capital como no interior do estado, denunciando piora na qualidade da atenção ao parto.

Conforme os dados levantados do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Departamento de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde, a mortalidade infantil em Juiz de Fora vinha apresentando tendência de queda, com uma redução de 57% no coeficiente entre 1980 e 1996 (60,8/1.000 e 26,2/1.000, respectivamente). O mesmo acontecia com a mortalidade neonatal precoce, que sofreu uma redução de 31%, (22,4/1.000 e 17,1/1.000 nascidos vivos). Por fim, observando os anos de 1995, 1996 e 1997, houve um aumento na mortalidade neonatal precoce e neonatal tardia. Em 1998 já se verifica um ligeiro decréscimo em relação aos anos anteriores.⁸ A mortalidade neonatal precoce é o componente que vem contribuindo para o aumento dos coeficientes de mortalidade infantil nesse período.

Os principais grupos de causas de mortalidade infantil no período de 1994 a 1997 foram, em primeiro lugar, as afecções originadas no período perinatal, (prematurnidade, septicemia, anoxia e hipoxia, entre outras), totalizando 55% em 1994 e 72,9% em 1997, seguidas pelas doenças do aparelho respiratório ou pelas anomalias congênitas.⁸

A mortalidade neonatal está associada à qualidade da assistência prestada à mulher durante o pré-natal, parto e com os cuidados imediatos ao recém-nascido.

Embora existam várias definições para qualidade da assistência médica, ser adotada neste estudo a proposta de Donabedian,⁹ em que a boa assistência

deve proporcionar aos pacientes o máximo possível de benefícios sem, no entanto, aumentar os riscos, utilizando para tal fim o conhecimento científico e tecnológico disponível. A partir disso, Fernandez¹⁰ conceitua a qualidade do cuidado perinatal como sendo a aplicação de tecnologias obstétricas e neonatais, visando alcançar os índices mais baixos de mortalidade perinatal, utilizando-a portanto como o resultado do cuidado perinatal. Quando as novas tecnologias são introduzidas sem a avaliação adequada de sua efetividade, os custos dos serviços tendem a crescer sem que necessariamente haja ganho para a saúde dos usuários.¹⁰

O conceito de avaliação consiste em emissão de julgamento, que se baseia numa "... *compara o entre aquilo que se deseja avaliar e uma situação ideal ou equivalente*" (Silva e Formigli; 1994: 84).¹¹ Alguns trabalhos relacionados com a avaliação da qualidade da assistência perinatal revelaram a atenção ao pré-natal de média ou baixa qualidade,¹⁰ inadequação da assistência ao parto, com altas taxas de cesáreas, falta de registros adequados sobre o trabalho de parto,¹² bits neonatais evitáveis,^{12,13} grau de implantação do programa materno-infantil insatisfatório,¹⁴ e condições sanitárias e de controle de infecção hospitalar em procedimentos de interesse para maternidades inadequados.¹⁵ Steinwachs¹⁶ afirma que a qualidade da assistência pode ser julgada como alta quando alguns elementos estão presentes: história do paciente, achados no exame físico que contribuem para o diagnóstico e tratamentos específicos, e se esses achados mostram ser eficazes em modificar os resultados para o indivíduo. Os procedimentos escolhidos para esta avaliação são os aceitos na literatura e fazem parte das rotinas do Centro Latino Americano de Perinatologia (CLAP) da Organização Mundial da Saúde,¹⁷ para adequada assistência perinatal.

O principal objetivo deste estudo é identificar os possíveis fatores que têm contribuído para o excesso da mortalidade neonatal no município de Juiz de Fora e avaliar a qualidade do preenchimento dos prontuários hospitalares, contribuindo para reorientar o atendimento às parturientes e recém-natos pelo Sistema Nacional de Saúde do município.

Métodos

Foi realizado um estudo dos bits neonatais, com desenho caso-controle, baseado em informações colhidas em prontuários dos três hospitais de Juiz de Fora. O município de Juiz de Fora, MG, Brasil, tem aproximadamente 460.000 habitantes, 98% dos

quais em área urbana, com cobertura de serviços urbanos - água, esgoto, coleta de lixo e energia elétrica - acima de 90% da população. A cidade tem sua volta uma rede de municípios cujas populações vivem em busca de assistência médica, serviços educacionais e comércio varejista.¹⁸

No município existem três hospitais-maternidade conveniados com o Sistema Nacional de Saúde (SUS), aqui denominados de Hospital 1, 2 e 3. Os três oferecem serviços em obstetria através de convênio com a Universidade Federal de Juiz de Fora. O atendimento ao SUS é realizado por plantonistas e residentes obstetras, pediatras e anestesistas, sendo que no Hospital 3 o anestesista fica em regime de sobreaviso (fora do hospital, por acesso vel por telefone) nos fins de semana. O alojamento conjunto parcial nos três hospitais: os RN recebem todos os cuidados no berçário. Os profissionais não têm vínculo empregatício com os hospitais, recebendo pagamento pelos procedimentos que realizam. Somente o Hospital 1 possui leitos de UTI neonatal (desde 1995), que servem ao SUS, num total de nove. O Hospital 3 é um hospital geral, privado, possuindo 10 leitos de obstetria em convênio com o SUS. Alguns obstetras plantonistas oferecem pré-natal no hospital, a critério de cada profissional. Esses hospitais atenderam cerca de 90% dos nascimentos registrados no município de Juiz de Fora no período de julho de 1997 a dezembro de 1998. No período estudado ocorreram 3.470 nascimentos no Hospital 1, 2.608 no Hospital 2 e 3.314 no Hospital 3. Os coeficientes de mortalidade neonatal nos três Hospitais foram: 36,9; 10,3; e 17,8 por mil, para os hospitais 1, 2 e 3 respectivamente. A mortalidade neonatal nos três hospitais, em recém-nascidos com peso superior a 1.000 gramas, foi 26,5; 8,5 e 11,8 por 1.000, para os hospitais 1, 2 e 3 respectivamente.

A investigação foi feita utilizando prontuários hospitalares e informações registradas em qualquer parte dos mesmos. Foram analisados todos os bits de crianças menores de 28 dias, residentes no município, levantados a partir do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), ocorridos no município de Juiz de Fora, no período de 1 de julho de 1997 a 31 de dezembro de 1998. Os controles foram obtidos de uma amostra de todos os nascimentos registrados no Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), no período de 1 de junho de 1997 a 31 de dezembro de 1998. A amostragem para composição do grupo controle foi aleatória simples, de todos os nascimentos com peso superior a 1.000 gramas. Os casos representam todo o universo da pesquisa e os controles uma amostra da população que produziu os casos.

Foram excluídos dos casos e controles com peso inferior a 1.000 gramas devido a diferenças do potencial de prestação de assistência médica ao recém-nascido existente nos três hospitais, bem como os portadores de anomalias congênitas, por necessitarem de serviços muito especializados. Também excluídos foram os partos gemelares, por terem probabilidades de sobrevivência mais baixas do que os nascimentos únicos.¹⁰ As perdas foram devidas ao não localizamento dos prontuários nos hospitais.

Um controle foi admitido depois de 28 dias, permanecendo no grupo controle. Um controle foi admitido antes de 28 dias, pertencendo, portanto, aos casos. Os casos em que na Declaração de bito (DO) não constavam peso e tipo de gravidez foram incluídos para estudo e descartados posteriormente, quando não preenchiam os critérios após verificação no prontuário.

A perda de prontuários por não localização nos arquivos hospitalares foi de 26,4% dos casos e 8,3% dos controles. Houve diferença entre os hospitais ($p < 0,001$) e entre casos e controles no Hospital 1 e Hospital 3 ($p < 0,01$).

A análise dos dados foi feita considerando as informações por hospital e por local de nascimento. Foi utilizado o Epi-info para cálculo do tamanho da amostra, digitação e análise dos dados e SPSS para análise. Foi calculada a razão de chances para as variáveis que apresentavam acima de 15% de preenchimento.

Para avaliar a qualidade da assistência prestada a partir dos prontuários se atribuiu a cada um, individualmente, um escore relacionado à qualidade do registro. Baseado em consultas a especialistas neonatologistas, sobre a importância da informação para identificação dos fatores de risco para o RN e para o acompanhamento de estado de saúde da criança, atribuiu-se um valor para cada variável, que oscilou entre 0 (zero) e 10 pontos. O valor zero foi atribuído aos campos não preenchidos, e os valores cinco e 10 aos preenchidos. Cada prontuário poderia somar de zero a 100 pontos, atribuindo-se o maior valor para o prontuário com todas as informações preenchidas e o menor valor para o prontuário onde todas as informações estavam ausentes. A pontuação foi da seguinte forma:

Atenção pré-natal

Grupo sanguíneo da mãe = 5 pontos; fator RH = 5 pontos; sorologia para sífilis = 10 pontos;

Anamnese e exame físico

Idade da mãe = 5 pontos; data da última menstruação = 5 pontos; apresentação fetal = 5 pontos; duração da gestação = 10 pontos.

Evolução do trabalho de parto

Tempo de amniorrexe = 10 pontos; monitoramento do batimento cardíaco-fetal = 10 pontos

Condições de nascimento do RN

Circular de cordão umbilical = 5 pontos; presença de mecônio = 10 pontos; índice de Apgar = 10 pontos; peso ao nascer = 10 pontos.

Devido ao grande número de ausência de informações de algumas variáveis no prontuário, as mesmas foram excluídas da análise dos fatores de risco. As variáveis selecionadas para análise de *odds ratio* (OR) foram: peso ao nascer, Apgar no primeiro e quinto minutos e monitoramento do batimento cardíaco-fetal (BCF).

Resultados

Ocorreram, nos três hospitais, 151 bitos de RNs cujo peso era superior a 1.000 gramas sendo selecionados 253 controles para estudo. Ao final, foram 103 casos e 232 controles estudados, sendo quatro bitos em nascimentos transferidos de hospitais não participantes do estudo para o Hospital 1. Dos bitos ocorridos no Hospital 1, 12,9% nasceram em outros hospitais.

O preenchimento dos prontuários foi deficiente e com diferenças entre hospitais. Na Tabela 1 destacam-se as variáveis que estavam ausentes em mais de 20% dos prontuários. Entre as variáveis estudadas o maior índice de não registro das informações foi verificado no Hospital 1. Devido à precariedade dos registros, algumas variáveis não puderam ser utilizadas na análise, tais como tempo de amniorrexe, apresentação fetal, duração da gestação, critério para se conhecer a idade gestacional, entre outras.

Tabela 1

Percentual de omissão de informações sobre o pré-natal e parto, em casos e controles por hospital de nascimento. Juiz de Fora, MG, 1997 a 1998.

Informações	Hospital 1		Hospital 2		Hospital 3	
	Casos (n= 54)	Controles (n= 70)	Casos (n= 33)	Controles (n= 76)	Casos (n= 16)	Controles (n= 86)
Duração da gestação	13,0	42,8	30,3	30,3	0	9,3
Grupo sanguíneo da mãe	24,0	7,1	9,1	5,3	6,3	9,3
Número de gestações	13,0	4,3	3,0	1,3	0	1,2
Monitoramento de batimento cardíaco-fetal (conforme o total de prontuários com o requisito)	32,0	45,4	43,7	42,9	8,3	27,1
Apgar quinto minuto	14,8	7,1	3,0	1,3	0	2,3
Presença de mecônio no líquido amniótico	35,2	10,0	3,0	0	6,2	2,3
Tempo de amniorrexe	37,0	47,1	3,0	7,9	12,5	18,6
Sorologia para sífilis	59,0	81,4	90,9	92,1	87,5	79,1
Peso de nascimento	0	0	15,2	1,3	6,2	3,5
Apresentação fetal	70,4	53,5	9,1	2,6	0	2,3
Última menstruação	92,6	92,8	36,4	26,3	38,5	27,9
Altura de fundo de útero	90,7	97,2	9,1	5,3	25,0	25,6
Capurro	79,6	90	86,1	84,2	93,7	95,3

* Controle de batimento cardíaco-fetal: quando o tempo entre a internação e o parto foi superior a duas horas.

A informação sobre o horário de nascimento e do bito esteve ausente em 37,5% dos bitos ocorridos no Hospital 3. O Hospital 1 apresentou o menor percentual de bitos na primeira hora de vida (1,6%), e o maior percentual a partir do terceiro dia de vida, sendo que 44% ocorreram no período neonatal tardio. Houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre a idade da criança ao morrer no Hospital 1 e Hospital 2, sendo a idade mais alta para o primeiro hospital. A média de idade da criança ao morrer foi de 213 horas no Hospital 1, 69 horas no Hospital 2 e 73 horas no Hospital 3.

A mediana do número de gestações e de partos

das mães do Hospital 2 foi superior aos demais, tanto entre casos como entre controles. Entre os casos não houve diferença estatística entre o peso ao nascer no Hospital 1 e Hospital 2, havendo diferença entre estes dois e o Hospital 3. Para os controles a diferença entre os três hospitais não foi significativa. Cerca de 39% dos casos pesavam entre 1.000 e 1.500 gramas. Foram bito 27,9% de crianças com peso superior a 2.500 gramas. O Hospital 2 teve a maior proporção de casos e controles com peso menor que 2.500 gramas: 80,6 e 14,9%, respectivamente.

A razão de chances (OR) de morrer ou não, foi significativamente diferente de um entre os Hospi-

tais 1 e 3 (OR = 3,97) e entre os Hospitais 2 e 3 (OR = 2,4) (Tabela 2).

Entre as variáveis analisadas (Tabela 3), o peso apresentou OR significativo e em torno de 21 para bebês com peso inferior a 2.500 gramas nos três hospitais; o índice de Apgar entre zero a sete no primeiro minuto representou um risco de morrer substancialmente maior: 20,6, 28,3 e 53,7 vezes para os Hospitais 3, 1 e 2, respectivamente. No Hospital 3, o não monitoramento do batimento cardíaco-fetal foi fator de proteção (OR = 0,11).

Tabela 2

Razão de chances de morrer entre os hospitais para casos e controles. Juiz de Fora, MG, 1997 a 1998.

Hospitais	OR	IC95%
Hospital 1 x 2	1,66	0,94 - 2,94
Hospital 1 x 3	3,97	2,02 - 7,89
Hospital 2 x 3	2,40	1,18 - 4,89

Tabela 3

Distribuição e razão de chances de morrer de algumas variáveis dos casos e controles de três hospitais. Juiz de Fora, MG, 1997 a 1998.

	Variável	Categoria	Casos	Controles		
Hospital 1	Peso ao nascer	< 2.500	40	8	20,7	(7,3 - 60,84)
		≥ 2.500	15	62		
	Apgar primeiro minuto	0-7	33	5	28,3	(8,38 - 102,46)
		8-10	14	60		
Apgar quinto minuto	0-7	23	1	65,00	(8,32 - 1388,4)	
	8-10	23	65			
Monitoramento batimento cardio-fetal	Não	14	23	0,72	(0,3 - 1,7)	
	Sim	40	47			
Hospital 2	Peso ao nascer	< 2.500	25	11	21,8	(6,59 - 77,0)
		≥ 2.500	6	63		
	Apgar primeiro minuto	0-7	26	4	53,7	(14,2 - 268,14)
		8-10	8	71		
Apgar quinto minuto	0-7	21	2	58,96	(11,01 - 421,94)	
	8-10	13	73			
Monitoramento batimento cardio-fetal	Não	21	36	1,67	(0,68 - 4,11)	
	Sim	14	40			
Hospital 3	Peso ao nascer	< 2.500	11	8	20,6	(4,87 - 94,54)
		≥ 2.500	5	75		
	Apgar primeiro minuto	0-7	11	8	20,6	(4,87 - 94,54)
		8-10	5	75		
Apgar quinto minuto	0-7	8	2	41,0	(6,20 - 349,33)	
	8-10	8	82			
Monitoramento batimento cardio-fetal	Não	1	33	0,11	(0,00 - 0,85)	
	Sim	15	53			

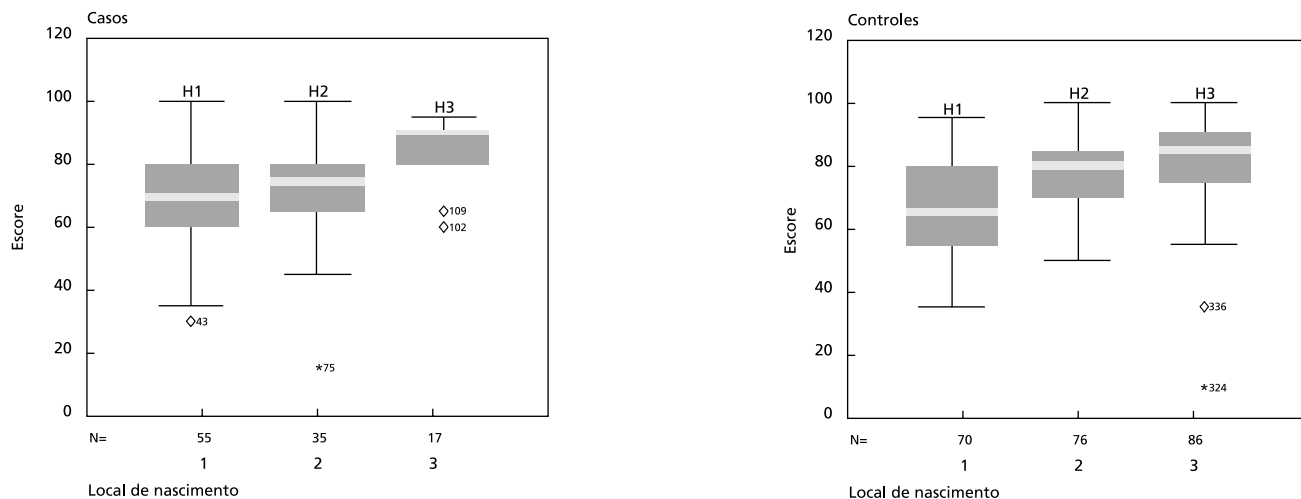
* Controle de batimento cardíaco-fetal: quando o tempo entre a internação e o parto foi superior a duas horas.

A mediana do escore do preenchimento foi mais baixa no Hospital 1, tanto nos casos como nos controles: 69,3 e 65,7 pontos. O hospital com o melhor resultado no preenchimento foi o Hospital 3 com a

mediana de 86,8 e 84,5 pontos para casos e controles, respectivamente. No Hospital 2 a mediana do escore foi de 74,5 e 77,9 pontos para casos e controles, respectivamente (Figura 1).

Figura 1

Box plot do escore do preenchimento das informações dos prontuários em três hospitais, em casos e controles. Juiz de Fora, MG, 1997 a 1998.



H1 = Hospital 1; H2 = Hospital 2; H3 = Hospital 3.

Na avaliação por prontuário, verificou-se grande diferença entre os hospitais. No Hospital 3 ocorreu o mais alto percentual de prontuários com 80% ou mais das informações presentes, sendo que os prontuários dos casos foram mais preenchidos, com 82% acima de 80 pontos. No Hospital 1 observou-se o menor percentual de preenchimento das informações, não diferindo entre casos e controles, (cerca de 30%).

Discussão

As diferenças nas perdas entre hospitais e entre casos e controles podem estar relacionadas com a gravidade dos casos. Entretanto, ainda que as perdas possam diminuir a validade dos resultados, a investigação em serviços de saúde de grande importância para seu acompanhamento e avaliação. As fontes de informação melhoram com o seu uso rotineiro. A perda dos casos, particularmente daqueles propo-

adamente desaparecidos, apenas torna mais suave o quadro retratado, pelo aspecto quantitativo.

No Hospital 1 mais de 40% dos bits ocorrem depois de sete dias de vida, havendo um adiamento da morte, padrão inverso do observado em outros trabalhos onde o maior percentual de bits neonatais acontece nos primeiros dias de vida.^{12,19} Leal e Swarcwald⁷ em trabalho realizado no Rio de Janeiro, no período de 1979 a 1993, verificaram um aumento da mortalidade no primeiro dia, sendo que em 1993, 24,6% dos bits ocorreram em crianças com menos de 24 horas de vida, indicando uma piora na qualidade da assistência ao parto e neonato. A sobrevivência dos RNs nos primeiros dias, morrendo tardiamente, pode ser resultado de boas condições de assistência imediata ao nascimento, mas que não se traduz em sobrevivência, seja pelas condições em que se deram os nascimentos ou por deficiências na condução do tratamento. Uma boa assistência ao RN após o parto e aparatos tecnológicos nem sempre s

suficientes para reparar um pré-natal ou prática obstétrica de má qualidade.

Os coeficientes de mortalidade neonatal por hospital revelam uma alta mortalidade no Hospital 1. Pelos dados secundários, se supunha que os RNs estariam falecendo tardiamente, depois de sete dias de vida, porque ao receberem alta, as condições adversas em que viviam as famílias não asseguravam a sobrevivência de RNs de risco e eles retornavam ao hospital, onde ocorria o óbito. No entanto, verificou-se que os RNs não recebem alta antes do óbito e os óbitos se deram em função de causas ligadas ao parto e pós-parto ou relacionadas aos cuidados recebidos.

O risco de morrer, quando relacionado com o peso ao nascer entre os hospitais foi alto em todos os hospitais, confirmando o baixo peso como principal determinante da mortalidade neonatal.^{2,3,6,10,19}

O baixo peso demonstrou ser importante fator de risco para o óbito independente do local de nascimento, demonstrando que as condições em que se deram a gestação e o acompanhamento da mesma se refletem na mortalidade neonatal. Entretanto, o grande número de óbitos de crianças de peso adequado e idade gestacional a termo reflete deficiências na qualidade da assistência pré-natal ou parto, ou ambas, nos três hospitais. O Apgar no quinto minuto foi outro fator de risco para o RN em todos os hospitais, indicando a importância da vigilância adequada do trabalho de parto e parto e assistência adequada logo após o nascimento.

Considerando que os profissionais trabalham em regime de plantão e que as usuárias do SUS são atendidas por plantonistas, que se revezam a cada 12 ou 24 horas, não estando garantido assim o atendimento pelo mesmo profissional, a ausência de informação no prontuário pode dificultar o acompanhamento e a

avaliação do trabalho de parto e do RN, bem como a detecção precoce de intercorrências que possam afetar mãe e filho. A qualidade do preenchimento dos dados nos prontuários hospitalares estudados não difere dos trabalhos já publicados sobre o assunto, onde os registros são bastante deficientes. Em trabalho realizado no Rio de Janeiro em 1986 a 1987, 25% da amostra dos prontuários não apresentavam o registro de Apgar no primeiro minuto e 51% no quinto minuto.¹² Os três hospitais investigados recebem estagiários do curso de medicina e portanto se esperaria uma melhor qualidade dos registros, visto que os alunos estão em fase de aprendizagem. Uma boa anamnese, um adequado acompanhamento do trabalho de parto, com boa qualidade dos registros, seria o mínimo esperado em um hospital com atividade de ensino.

O descaso com os registros pode estar comprometendo a qualidade da assistência prestada. Em todos os hospitais verificou-se baixa qualidade dos registros em prontuários. Os resultados indicam má qualidade de assistência, inclusive no Hospital 1, hospital que oferece serviços e tecnologia de alta complexidade.

É importante que se incorpore a avaliação da assistência perinatal na rotina do SUS e não somente ao atender demandas pontuais por auditoria, através de um serviço de avaliação permanente para os hospitais conveniados e a rede básica de saúde. Neste contexto, a criação de mecanismos de incentivo para os serviços com resultados favoráveis à mãe e ao RN, elevaria a qualidade da assistência. É fundamental também que sejam implantados comitês de estudos sobre a mortalidade perinatal, com o objetivo de avaliar permanentemente todos os óbitos, visando detectar as falhas e propor rotinas de atendimento parturiente e ao RN, tais como protocolos de atendimento e de controle de infecções.

Referências

1. OMS (Organização Mundial da Saúde). Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde de (CID). 10. rev. São Paulo: Edusp; 1994.
2. Maranhão AGK, Joaquim MMC, Siu C. Mortalidade perinatal e neonatal no Brasil. *Tema Radis* 1999; 17: 6-16.
3. Puffer RR, Serrano CV. Características del peso al nacer. Washington (DC): OPS; 1988. (Publicación Científica, 504).
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenadoria Materno-Infantil. Manual de assistência ao recém-nascido. Brasília (DF): O Ministério; 1994.
5. Ministério da Saúde. INAN (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição). Assistência integral à saúde da mulher: base para uma ação programática. Brasília (DF): O Ministério; 1984.

6. Menezes AMB, Barros FC, Victora CG, Alves C, Rocha C, Albermaz E, Menezes FS, Janke H. Mortalidade perinatal em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. *Cad Sa de P blica* 1996; 12 Supl 1: 33-41.
7. Leal MC, Szwarcwald CL. Evolução da mortalidade neonatal no estado do Rio de Janeiro, Brasil (1979-1993): análise por causa segundo grupo de idade e região de residência. *Cad Sa de P blica* 1996; 12: 243-52.
8. Magalhães MC. Atenção hospitalar perinatal e a mortalidade neonatal no município de Juiz de Fora, MG [dissertação mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Sa de P blica da Fundação Oswaldo Cruz; 2000.
9. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición e método de evaluación. México: La Prensa Médica; 1984.
10. Fernández JLB. Quality of perinatal medical care in Mexico city: an epidemiological study on the effects of medical care quality on perinatal mortality. México: La Prensa Médica; 1984.
11. Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad Sa de P blica* 1994; 10: 80-91.
12. Carvalho ML. Mortalidade neonatal e aspectos da qualidade da atenção à saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro em 1986/87 [dissertação mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Sa de P blica da Fundação Oswaldo Cruz; 1993.
13. Carvalho DS. Avaliação da qualidade de pré-natal, parto e puerpério em Curitiba: uma análise preliminar. In: Curitiba. Secretaria de Sa de. Valorizando a dignidade materna. Curitiba: A Secretaria; 1996. p. 19-48.
14. Hartz ZM, Champagne F, Contandriopoulos A, Leal MC. Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. In: Hartz ZMA. Avaliação em saúde, dos modelos conceituais práticos na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997. p. 89-131.
15. Kishida GSN, Manzochi AMP, Cruz E, Bencke L. Alguns aspectos da questão das maternidades de Curitiba: condições sanitárias e de controle de infecção. In: Curitiba. Secretaria de Sa de. Valorizando a dignidade materna. Curitiba: A Secretaria; 1996. p. 55-68.
16. Steinwachs DM. Management information in decision-making. In: Armenian HK, Shapiro S. Epidemiology and health services. New York: Oxford University; 1998. p. 41-59.
17. OMS (Organização Mundial da Saúde), CLAP (Centro Latino Americano de Perinatologia). Sa de reprodutiva materna e perinatal: atenção pré-natal e do parto de baixo risco. Montevideo: A Organização; 1996. (Publicação Científica, 1321.03).
18. Juiz de Fora. Secretaria de Sa de. Plano municipal de saúde. Juiz de Fora: A Secretaria; 1997.
19. Coutinho SB. Mortalidade neonatal em cinco maternidades da cidade do Recife, 1994: relatório final de pesquisa apresentado ao UNICEF. Recife: UNICEF; 1996.

Recebido em 29 de novembro de 2002

Versão final reapresentada em 20 de maio de 2003

Aprovado em 10 de junho de 2003