

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

*“Análise dos óbitos neonatais e natimortos ocorridos no Hospital de
Kilamba Kiaxi em Luanda, Angola”*

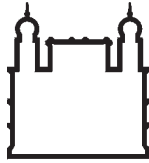
por

Judith Arminda Venâncio

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em
Ciências na área de Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Marina Ferreira de Noronha

Rio de Janeiro, maio de 2011.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

*“Análise dos óbitos neonatais e natimortos ocorridos no Hospital de
Kilamba Kiaxi em Luanda, Angola”*

apresentada por

Judith Arminda Venâncio

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Marilda Andrade

Prof.^a Dr.^a Joyce Mendes de Andrade Schramm

Prof.^a Dr.^a Marina Ferreira de Noronha – Orientadora

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

V448 Venâncio, Judith Arminda
Análise dos óbitos neonatais e natimortos ocorridos no
Hospital de Kilamba Kiaxi em Luanda, Angola. / Judith Arminda
Venâncio. -- 2011.
xi,89 f. : il. ; tab. ; mapas

Orientador: Noronha, Marina Ferreira de
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011

1. Mortalidade Neonatal. 2. Assistência Hospitalar.
3. Avaliação de Serviços de Saúde. 4. Mortalidade Hospitalar.
5. Saúde Materno-Infantil. 6. Atenção à Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 618.2409673

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais: Venâncio de Azevedo e Maria de Fátima.
Minha Irmã Helena Angelica de Azevedo
Minha Filha Ivete Tatiana de Venâncio Diogo e esposo
Minhas Sobrinhas Irina, Noca, Pate, Putcha,
Ao Meu Neto Francisco de Venâncio Diogo Brito
A minha Kiaxi de Venâncio
Aos meus irmãos, sobrinhos, e minha família no geral
amigos e colegas.*

*Às mulheres e todas as crianças de Angola.
Aos profissionais do hospital. Devo tudo a vocês.*

AGRADECIMENTOS

A Deus que sempre me protege Iluminando meu caminho.

Aos Meus pais mesmo Falecidos Venâncio de Azevedo e Maria de Fátima por me terem concebido e educado.

Ao Ministério da Saúde de Angola por conceber este curso.

À FIOCRUZ (ENSP) por apostar na formação dos Angolanos

Aos coordenadores pelo esforço, empenho e contributo para que esse curso fosse um êxito, mesmo depois de quase 4 anos. A vocês, Marina Ferreira de Noronha, Joyce M. Schramm e Elisabeth Artmann, o meu muito obrigado.

À minha orientadora Marina Ferreira de Noronha, pela orientação que tive, pela disponibilidade e entrega dispensada durante todo processo da minha formação.

A todos os professores da ENSP que lecionaram neste mestrado, pela forma sábia e clara demonstrada ao longo das aulas.

Aos profissionais da ENSP, em particular da Biblioteca, pela disponibilidade, entrega, carinho e grande apoio ao longo de todo o curso. Um agradecimento especial à professora Fátima Martins.

Queria agradecer à equipe de informática, como vocês foram preciosos! O meu muito obrigado para Raulino Sabino, Débora Araújo da Conceição, Maurício Ferreira Pimenta, Luiz Augusto Pinto Lima e Ronaldo Fernandes Santos Alves.

À direção do Hospital Geral Especializado Materno-Infantil do Kilamba Kiaxi, em particular, ao Dr. Renato Palma, Diretor Geral, por ter aceite que o estudo fosse feito no hospital. Estes agradecimentos são extensivos aos funcionários do hospital.

Aos Profissionais do Hospital: Médicos, Enfermeiros e outros, pela colaboração, com destaque as enfermeiras da área de berçário (em particular, Leonilde e Evalina) e sala de partos assim como as chefes e adjuntas.

Aos meus colegas de curso pela colaboração prestada direta ou indiretamente.

À minha filha, genro, irmãos e sobrinhas que mesmo distantes, sempre prestaram apoio moral e material.

Ao Francisco, Kiaxi e Putcha por compreenderem o pouco tempo que eu tinha para lhes prestar carinho.

De uma forma geral para todos que contribuíram para que esta realidade fosse um facto.

SUMÁRIO

Dedicatória-----	i
Agradecimento-----	ii
Resumo -----	iv
Abstract -----	v
Lista das siglas -----	vi
Lista de quadros -----	viii
Lista de figuras -----	-ix
Lista de tabelas -----	x
Apresentação -----	1
1.Introdução -----	3
2 O Componente Neonatal e Potenciais Fatores Associados ao Óbito Neonatal e à Natimortalidade -----	7
3 . Políticas de Saúde em Angola para redução da mortalidade em Angola -----	12
3.1. Sistema Nacional de Saúde de Angola-----	15
4. Ações desenvolvidas na Província para redução dos óbitos neonatais e fetais-----	17
5. Hospital geral especializado materno-infantil do kilamba kixi -----	20
6. Materiais e Métodos -----	25
6.1– Desenho do estudo-----	25
6.2 – fonte de dados-----	25
6.3 - Coleta de dado-----	25
6.4 – Instrumento da coleta da dados-----	26
6.5 - Aspectos éticos-----	27
6.6 – Plano de Analise-----	27
6.7- esquema de Analise-----	30
7- Resultados e Discussão -----	31
8 - Considerações finais -----	58
9 - Referências bibliográficas -----	63
ANEXOS -----	

RESUMO

Venâncio JA. *Análise dos óbitos neonatais e natimortos ocorridos no Hospital do Kilamba Kiayi em Luanda, Angola* dissertação. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz no Rio de Janeiro; 2011..89 páginas.

As mortes de crianças no período fetal e Neonatal, em grande parte são por causas evitáveis, determinadas principalmente pelo acesso e utilização não oportunos aos serviços de saúde.

A medida que as condições de vida e de acesso aos serviços básicos de saúde melhoram, o perfil da mortalidade infantil se altera passando a ter mais importância aspectos ligados à atenção a gestação e ao parto, e à mortalidade neonatal assim como a natimortalidade. Objectivou-se analisar os óbitos neonatais e dos natimortos no hospital geral especializado materno infantil do Kilamba Kiayi, no ano de 2008, buscando identificar os fatores que possam ter contribuído para esse desenlace. Foi realizado um estudo descritivo, exploratório, retrospectivo sobre os óbitos neonatais e dos natimortos. A análise estatística foi utilizada o programa spss versão 17 foram coletadas informações dos neonatos que nasceram e faleceram no hospital, 168, dos neonatos que internaram no hospital por transferência e foram a óbito 60 e dos natimortos 327, de 1 de janeiro até a 31 de dezembro de 2008. As variáveis selecionadas; relacionada as características sociodemográficas, reprodutivas, gestação parto, e de atenção a saúde das mães, perfil dos neonatos e também fez-se uma análise temporal destes eventos entre 2005 à 2008. Para identificação recém nascido de alto risco do feto e R/nascido definiu-se as variáveis idade da mãe, Condições Fetais, Índice de Apegar no 1º e 5º minuto peso ao nascer e idade gestacional: Observou-se: A maioria reside no município de localização do hospital, quanto a paridade foram primigesta e multigestas, 4 é a média de consulta pré natal, 60% apresentaram gravidez entre 32 à 36 semanas, 46% o parto foi natural 99% Tipo gravidez filho único, sexo masculino predominou também para os natimorto. a maior parte apresentaram índice de apegar <4 no 1º minuto, e >4 no 5º minuto, 61% morreram nas 24 horas, 46% peso > 2.500g, na análise avançadas eram de mães nas faixas etárias 20 à 34 anos e idade gestacional para ambos estava entre 32 à 36 semanas. Diagnósticos de morte evidenciou-se Asfixia com 59% os procedimentos mais realizados foram massagem cardíaca, ventilação com ambu, secagem corporal e aspiração. O tratamento realizado mais frequente antibiótico, fluidos de ressuscitação e corticoides. Evidenciou-se fraca qualidade de informação assim como o **pouco investimento na área de atendimento aos neonatos como fatores condicionantes para a qualidade.**

Palavras-chave: Óbitos Neonatais, avaliação da atenção hospitalar, mortalidade hospitalar, atenção materno-infantil.

SUMMARY

Venâncio JA. *Analysis of neonatal deaths and stillbirths occurring in Kilamba Kiaxi Hospital in Luanda, Angola* Dissertation. Rio de Janeiro: National School of Public Health, Oswaldo Cruz Foundation in Rio de Janeiro, 2011, 89 pages.

Deaths of children in fetal and neonatal period, largely from preventable causes are mainly determined by access and use is not timely health services. As living conditions and access to basic health services improve the profile of child mortality changes going to be more significant aspects of pregnancy care and childbirth, and neonatal mortality and the stillbirth. Objective is to analyze neonatal deaths and stillbirths in the general hospital specializing in maternal and child Kilamba Kiaxi, in 2008, seeking to identify factors that may have contributed to this outcome. We conducted a descriptive, exploratory study and a retrospective on the neonatal deaths and stillbirths. The statistical analysis was carried out by using SPSS - version 17 and information was collected from neonates who were born and died in hospital 168 elements, for neonates who were hospitalized came from transfer and died 60 persons and 327 stillborns, from 1st January to 31th December 2008. The selected variables which are related to the social-demographic characteristics, reproductive, pregnancy, childbirth, and care for the health of mothers, profiles of neonates and also the temporal analysis of events from 2005 to 2008. To identify newborn high-risk fetus and R/born, it was defined the variables maternal age, fetal conditions Index Sticking on the 1st and 5th minute of birth weight and gestational age. It was observed that the majority reside in the municipality of location of the hospital and parity were first-pregnancy and multi-pregnancies, 4 is the average prenatal consultation, 60% had pregnancy between 32 to 36 weeks, 46% natural was childbirth, 99% type pregnancy unique child, male stillborn predominated and most of them presented an Index of Sticking <4 at 1st minute and > 4 at 5th minute, 61% died within 24 hours, 46% weighed > 2500grs, the advanced analysis were to mothers in age group of 20 to 34 years and gestational age for both was between 32 to 36 weeks. Diagnosis of asphyxia death became evident with 59% the most common procedures were cardiac massage, ventilation with oxygen mask, body drying and aspiration. The treatment was more common antibiotics, corticosteroids and fluids of resuscitation. It was evident that poor quality of information as well as the small investment in care for newborns are decisive factors for the service quality.

Keywords: Neonatal death, hospital care evaluation, hospital mortality, maternal and child care.

LISTA DAS SIGLAS

AIDI	Atenção integrada a doenças de infância
BO	Bloco Operatório
BUM	Banco de Urgência da Maternidade
BUP	Banco de Urgência de Pediatria
CAOL	Coordenação de Atendimento Obstétrico de Luanda
CAPEL	Coordenação de Atendimento Pediátrico de Luanda
CATV	Centro de Aconselhamento e Testagem Voluntária
CID	Classificação Internacional das Doenças
CPN	Consulta de Pré – Natal
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
GA	Governo de Angola
HA	Hipertensão Arterial
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBEP	Indicador de Bem Estar
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MINSÁ	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PPH	Programa de Padronização Hospitalar
PTV	Programa de Transmissão de corte Vertical
R/N	Recém Nascido
RNN	Recém Nascido Normal
RNP	Recém Nascido Patológico
RSMS	Reforço dos Serviços Municipais de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde (Angola)
SP	Sala de Parto

SUS	Sistema Único de Saúde (Brasil)
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TMN	Taxa de Mortalidade Neonatal
UE	União Européia
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE QUADROS

Pág..

Quadro n° 1 representando os níveis de qualidade de assistência aos neonatos segundo padrões de qualidade de assistência	24
---	----

LISTA DAS FIGURAS

	Pág.
Figura 1 Mapa De Angola	12
Figura 2 Organização e estrutura de prestação dos cuidados de saúde por níveis de prestação de serviços	15
Figura 3 Mapa De Luanda	17
Figura 4 Hospital Kilamba Kiaxi	20
Figura 5 Fluxograma de assistência aos neonatos	23

LISTA DAS TABELAS:

	Pág
Tabela 1A Evolução temporal dos óbitos neonatais e fetais no Hospital Geral Especializado Materno infantil do Kilamba Kiaxi em Luanda Angola de 20005 a 2008	32
Tabela 2A Coeficientes de mortalidade, neonatal, neonatal precoce, neonatal tardia e coeficiente de natimortalidade ocorridos no Hospital Geral Especializado Materno-Infantil do Kilamba Kiaxi em Luanda, Angola, d 2005 a 2008.	33
Tabela 3A Perfil das mães dos neonatos que nasceram e foram ao óbito no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiaxi em Luanda Angola, no ano de 2008. -	33
Tabela 1 Distribuição (nº e %) do grupo sanguíneo, número de gestações, número de filhos nascidos vivos e mortos das mães de neonatos que nasceram e foram a óbito no hospital Kilamba Kiaxi. 2008	35
Tabela 2 Distribuição (nº e %) das gestantes que realizaram pré-natal, o número e local de consultas das mães de neonatos que nasceram e foram a óbito no hospital Kilamba Kiaxi. 2008	36
Tabela 3 Distribuição (nº e %) das gestantes por duração da gestação, tipo de parto, problemas de saúde materna e tipo de gravidez das mães de neonatos que nasceram e foram a óbito no hospital Kilamba Kiaxi. 2008	37
Tabela 4 Perfil dos neonatos que nasceram e foram ao óbito no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiaxi Angola, no ano de 2008	38
Tabela 5 Faixas de peso ao nascer pela idade da mãe dos neonatos que nasceram e foram ao óbito no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiaxi Angola, no ano de 2008	40
Tabela 6 Faixas de peso ao nascer, pelo índice de Apgar no 1º minuto dos neonatos que nasceram e foram ao óbito no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiaxi Angola, no ano de 2008	41
Tabela 7 Categoria diagnóstica (nº e %) e diagnósticos (nº) no momento do óbito dos neonatos que nasceram e foram ao óbito no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiaxi Angola, no ano de 2008	41
Tabela 8 Categoria diagnóstica (nº e %) e diagnósticos (nº) no momento do óbito dos neonatos que nasceram e foram ao óbito no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiaxi Angola, no ano de 2008	43
Tabela 9 Variáveis de risco dos neonatos que nasceram e foram ao óbito no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiaxi Angola, no ano de 2008	45
Tabela 10 Variáveis de risco dos neonatos e categorias de peso ao nascimento dos neonatos que nasceram e foram ao óbito no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiaxi Angola, no ano de 2008	47
Tabela 11 Variáveis de risco dos neonatos e categorias de peso ao nascimento dos neonatos que nasceram e foram ao óbito no Hospital Geral Especializado Materno	48

Infantil do Kilamba Kiaxi Angola, no ano de 2008	
Tabela 12 Procedência dos e o índice de Apegar dos neonatos que nasceram e foram ao óbito no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiaxi	49
Tabela 13 Variáveis de risco e tratamento realizado dos neonatos que nasceram e foram ao óbito no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiaxi Angola, no ano de 2008.	51
Tabela 14 Perfil dos neonatos que internaram e faleceram no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiaxi em Luanda Angola no ano de 2008.	53
Tabela 15 - Categoria de diagnostica de internação dos neonatos que internaram e faleceram no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiaxi em Luanda Angola no ano de 2008	54
Tabela 16 - Categorias diagnostico de óbitos dos neonatos que internaram e faleceram no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiaxi em Luanda Angola no ano de 2008.	54
Tabela 17 Perfil dos natimortos segundo idade gestacional da mãe e peso ao nascer dos casos ocorrido no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiaxi em Luanda Angola no ano de 2008.	55
Tabela 18 Perfil dos natimorto segundo idade da mãe e peso ao nascer dos casos ocorrido no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiaxi em Luanda Angola no ano de 2008.	56
Tabela 19 Peso ao nascer por tipo de parto dos natimortos ocorrido no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiaxi em Luanda Angola no ano de 2008.	56
Tabela 20 Peso ao nascer e o sexo dos natimortos ocorrido no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiaxi em Luanda Angola no ano de 2008.	57

APRESENTAÇÃO

Sou funcionária pública há mais de 28 anos dos quais 21 anos no ramo da saúde e desde fevereiro de 2006 até o presente momento, trabalho no Hospital Geral especializado Materno-Infantil do Kilamba Kiaxi, na província de Luanda. Neste hospital estou atualmente exercendo o cargo de diretora de Enfermagem. Atuo também como professora colaboradora na Universidade Jean Piaget, lecionando a disciplina de Administração em Enfermagem e de Trabalho de Campo Antropológico. Atuo na monitoria de estágios hospitalares, nas disciplinas de Gestão dos serviços de saúde e de Administração. Atuo também na Universidade Unibelas, no Instituto de ciências de Saúde monitorando os estágios integrados.

Diversas foram as motivações para a escolha deste tema como, por exemplo:

Por gostar do ramo da Saúde Pública, área onde trabalhei durante 10 anos ainda como técnica de enfermagem, no município da Mainga, em Luanda, antes de estar na área de Administração Hospitalar.

Por fazer parte da administração e gestão desta unidade sanitária, tenho a responsabilidade e o reconhecimento da necessidade em se analisar o perfil de nossos pacientes, o trabalho que fazemos e os seus resultados, com o intuito de melhorar a qualidade da atenção que prestamos. Não deixando de registrar o desejo em ampliar o olhar de gestora/pesquisadora.

Durante este tempo trabalhando nesta unidade, vimos a necessidade de fazer uma análise dos óbitos neonatais e dos natimortos ocorridos nesta instituição, com o intuito de iniciar um processo de análise da atenção hospitalar, focando em uma parte sensível à melhoria de qualidade da assistência.

Alguns argumentos também justificaram o desenvolvimento da pesquisa são mencionados a seguir:

A mortalidade infantil sendo um indicador de avaliação das condições de vida das populações é um dos índices mais aceites para medir não apenas o estado de saúde da população, mas também algumas condições da assistência à saúde, sendo importante o estudo de seu componente neonatal.

Pela magnitude da prematuridade como causa da mortalidade neonatal e devido a tendência de pouco investimento nesta área que pode repercutir significativamente no aumento da morbimortalidade neonatal, comprometendo desta forma, a qualidade de vida.

Há também uma grande necessidade de melhor compreensão do papel da assistência no processo de determinação da saúde e da morbidade neonatal para subsidiar as decisões dos gestores dos serviços de saúde.

Poucos estudos sobre as causas dos óbitos neonatais e natimortos no país, indicando uma expressiva subutilização das informações geradas pela atenção à mulher e ao recém-nascido.

O presente estudo foi desenvolvido no curso de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), no âmbito dos acordos entre o Governo de Angola e do Brasil, para preparação de docentes na perspectiva de abertura da Escola Nacional de Saúde Pública de Angola (ENSPA), iniciado no ano de 2007. Apresentamos como proposta uma Análise dos Óbitos de neonatos e natimortos ocorridos no Hospital Geral Especializado Materno-Infantil do Kilamba Kiaxi, uma das unidades hospitalares da cidade de Luanda, capital de Angola. Analisamos esses natimortos e neonatos que foram a óbito, traçando o seu perfil e buscando identificar relações com a assistência prestada pelos serviços de saúde, à mãe e à criança na gestação, parto e aos neonatos. De partida tivemos consciência das dificuldades que poderíamos encontrar em relação aos dados, visto que não existe um sistema de informação informatizado da atenção prestada no hospital e nem dos óbitos ocorridos no país. Só poderíamos utilizar os prontuários e livros de registro que prevíamos ter debilidades e falhas, mas foi o que viabilizou a pesquisa.

1 – INTRODUÇÃO

A saúde materno-infantil tem sido objeto de atenção de diversas organizações internacionais e dos governos, resultando no desenvolvimento de políticas de proteção social e a promoção de programas voltados para essa faixa populacional, organização e desenvolvimento dos serviços de saúde para esse substrato da população (UNICEF, 1979;WHO, 2006; 2008; UNITED NATIONS, 2010; YUNES *et al.*, 1987; DIRECÇÃO PROVINCIAL DE LUANDA, mimeo). Entretanto, a mortalidade infantil ganhou ribalta política ao mais alto nível quando, em 2000, na Cimeira do milênio, os líderes governamentais aprovaram os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e identificaram como prioridade para o desenvolvimento de esforços por parte dos Governos, com o apoio da comunidade internacional, a melhoria da saúde materno-infantil e a redução de sua mortalidade. Destacaram a redução, em dois terços, da mortalidade de crianças com menos de 5 anos, entre 1990 e 2015 (United Nations, 2010).

Mesmo com o desenvolvimento de políticas locais e internacionais, ainda assim, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) citada por Assis (2008), morrem no mundo a cada ano, sete milhões de crianças no primeiro ano de vida e metade dessas mortes ocorrem no período Neonatal, ou seja, dentro dos primeiros 28 dias de vida e destes, cerca de 75% na primeira semana, isto é, no período neonatal precoce (até o sétimo dia de vida) e 40% nas primeiras horas de vida. Em consequência deste perfil mundial a situação de nascimentos e mortes no mundo tem também gerado diferentes preocupações, pois se têm assistido, nas últimas décadas, a uma tendência de diminuição dos nascimentos em todas as regiões do mundo.

Em todo o mundo a taxa de fecundidade passou de 4,5 em 1970-1975 para 2,8 em 1995-2000. Nos países europeus, essa taxa passou de 2,2 para 1,4 e na América do Norte manteve-se em 2,0 nos dois períodos citados. Em África a taxa de fecundidade que era de 6,7 em 1970-1975 reduziu para 5,5 em 1995-2000 apresentando a taxa mais elevada do mundo, embora haja grande variação entre os países do continente (United Nations, 2003 citado em WHO). Na Europa, a taxa de fecundidade da Áustria foi de 1,4, da Bélgica foi de 1,7 e Dinamarca foi de 1,8 em 2004, abaixo da taxa de 2.1 filhos por mulheres considerada como taxa mínima necessária para substituição das gerações.). No Brasil, a taxa de fecundidade foi de 2,3 em 2004 e em Angola 6,7 neste

mesmo ano (WHO, 2006; CARVALHO, 2003). A taxa de fecundidade está estreitamente relacionada com o envelhecimento populacional e, portanto, com as mudanças do perfil populacional ou transição demográfica de uma nação, tendo impacto nas políticas sociais e sofrendo o impacto destas.

A infância de fato representa uma fase particularmente vulnerável da vida. A redução da mortalidade infantil tem sido fortemente atrelada à melhoria nas condições socioeconômicas e ambientais e também à disponibilidade de serviços de Saúde (AYÇAGUER & MACHO, 1990; CALDEIRA, 2001). Caldeira (2001) destaca a importância dos indicadores de mortalidade infantil e sua redução no mundo nas últimas décadas, ponderando que esta não tem sido acompanhada de melhoria na qualidade de vida. Este autor também relata ser a mortalidade infantil entendida como um indicador sensível à qualidade de vida de uma população, por evidenciar em sua maioria, mortes precoces que poderiam ser evitadas pelo acesso em tempo oportuno e serviços de saúde qualificados.

Outro aspecto é que a mortalidade neonatal e a natimortalidade não se distribuem de forma homogênea na população e o risco de morrer relaciona-se mais com o nível socioeconômico, criando assim disparidades na chance de sobrevivência. Weirich (2001) relata que 90% da mortalidade em recém-nascidos ocorre em países em desenvolvimento onde há poucos recursos e a disponibilidade tecnológica da saúde tem diferentes prioridades. Na África subsaariana, morrem 1,16 milhões de crianças no primeiro ano de vida, e mais um milhão nascem mortos. Apesar deste contexto, recentemente, vários países africanos de grande dimensão fizeram alguns progressos na diminuição da mortalidade infantil, (seis Países) ex: Eritréia, Madagascar, Malawi, o Burkina-faso, a Tanzânia e a Uganda dando assim novas esperanças quanto ao alcance do 4º Objetivo do Desenvolvimento do Milênio, (ODM) (WHO, 2008). Embora essas informações de melhoria das condições sejam encorajadoras, existem debilidades nas estatísticas, pois nesses países africanos, as mortes dos recém-nascidos, mesmo sendo os mais vulneráveis da sociedade, muitas vezes, nem sequer constavam das estatísticas oficiais porque não eram contadas. Mesmo sendo de grande importância, o conhecimento das estatísticas coloca uma oportunidade para que sejam aceleradas e cumpridas as ações necessárias à diminuição dos números dessas mortes e a melhoria dos serviços de saúde Materno-infantil (WHO, 2008).

Neste contexto e preocupados com as persistentes taxas de mortalidade materna e infantil na Região Africana, a Organização Mundial da Saúde (AFRO/OMS) em

colaboração com parceiros relevantes, elaboraram em 2003, um roteiro para acelerar a redução da mortalidade materna e neonatal. Assim, em 2004, pôs à disposição dos governos e dos parceiros, a estratégia para a sobrevivência infantil com vistas a contribuir para o alcance do 4º Objetivo da (OMS). Essa estratégia visa à redução da mortalidade infantil em dois terços até 2015. (WHO, 2008).

Apesar de o Governo angolano empreender esforços para inversão do quadro, tendo as políticas definidas, o documento da UNICEF sobre a situação Mundial da infância em 2005, revela que Angola é o segundo país do mundo com pior taxa de mortalidade infantil com uma média de 260 mortes em cada mil crianças nascidas, só estando melhor que a Serra Leoa com 282 por cada mil. O estudo revela que dos 30 países com a mais elevada taxa de mortalidade, 28 são da África Subsaariana onde morrem, em média, 162/1000 crianças (UNICEF, 2005).

A redução da mortalidade infantil vem ocorrendo, em diversos países, mais concentrada no período pós-neonatal, ficando no componente neonatal a maior parcela da taxa de mortalidade infantil. Portanto, à medida que as condições de vida e de acesso aos serviços básicos de saúde melhoram, o perfil da mortalidade infantil se altera ocorrendo concentração de óbitos na primeira semana e predominantemente nas primeiras horas de vida, estabelecendo-se uma relação cada vez mais estreita tanto a fatores biológicos como à assistência à saúde oferecida à gestante e ao recém-nascido no pré-natal e no parto (PEDROSA, 2005; WEIRICH, 2001; BETTIOL et all, 2010).

No Brasil foi evidenciada uma maior concentração dos óbitos neonatais nas primeiras horas e dias de vida; em 2004 a mortalidade neonatal precoce atingiu 11,5 óbitos por mil nascidos vivos (ASSIS, 2008).

Após uma revisão bibliográfica buscando atender o contexto angolano, verificou-se que existem poucos estudos disponíveis sobre óbitos neonatais e natimortos. Por não se ter um censo populacional desde 1970 e nem um sistema de informações sobre óbitos que pudessem facilitar estudos sobre esses eventos vitais, torna-se importante estudar os óbitos de neonatos e fetais ocorridos em hospitais, onde existem informações viáveis para entender, parcialmente, o que está ocorrendo.

Sendo Angola um país em crescente desenvolvimento, particularmente Luanda, capital deste nobre país, tem havido uma grande demanda para os serviços de saúde, principalmente neste período do pós-guerra, quando um grande contingente populacional vem emigrando para esta capital. Por existir um grande déficit de informação da rede de assistência à saúde, o desenho e implantação de políticas voltadas

a contribuir com uma melhor qualidade da oferta e assistência de serviços de saúde têm ficado comprometidos.

Há também uma grande necessidade de melhor compreensão do papel da assistência no processo de determinação da saúde e da morbidade neonatal, para subsidiar as decisões de gestores dos serviços de saúde. Essa é a situação do Hospital Kilamba Kiaxi que atende a um elevado contingente de gestantes e recém-nascidos e que, ao produzir dados sobre essa assistência, não os tem organizados e sistematizados dificultando avaliações de seus serviços.

Portanto, a pesquisa que se apresenta teve como intuito iniciar um processo de análise da atenção desse hospital, focando em uma parte sensível à melhoria de qualidade da atenção que são os recém-nascidos que faleceram e também os natimortos atendidos nesta organização. Portanto, o objetivo geral do trabalho foi: analisar os óbitos neonatais e os natimortos no hospital geral especializado materno infantil do Kilamba Kiaxi no ano de 2008, buscando identificar os fatores que possam ter contribuído para esse desenlace. Especificamente: descrever o perfil dos neonatos e dos natimortos que foram ao óbito no hospital. Construir indicadores que possibilitem identificar os fatores que tenham contribuído para os óbitos neonatais e natimortos.

2 – O COMPONENTE NEONATAL E FATORES ASSOCIADOS AO ÓBITO NEONATAL E NATIMORTOS

As mortes infantis são um grave problema de saúde pública, pois são mortes precoces e em sua maioria, evitáveis, representando, portanto, um evento indesejável (FRANÇA & LANSKY, 2008).

A mortalidade neonatal compreende os óbitos de crianças durante os primeiros 27 dias de vida sendo subdividida em precoce, a que ocorre durante os primeiros sete dias de vida e tardia, entre o sétimo e o vigésimo sétimo dias de vida (WHO, 2006). Já o período perinatal foi redefinido com a liberação da CID 10, começando em 22 semanas completas (154 dias) de gestação (peso ao nascimento de aproximadamente 500g) e terminando com sete dias após o nascimento (LAURENTI, & BUCHALLA, 1997).

Pode-se entender que a mortalidade neonatal resulta de uma estreita e complexa relação entre os fatores biológicos, sociais e de assistência à saúde, o que se coloca necessária a utilização de modelos explicativos para analisar seus determinantes, por esta poder estar relacionada à qualidade da assistência prestada à mulher durante o pré-natal, parto e também com as condições imediatas do recém-nascido, sendo de difícil redução (MAGALHÃES et al, 2003), ALMEIDA & BARROS, 2004; PEDROSA, 2005; WEIRICH, 2001; MENEZES, 2004). Como já dito anteriormente, na medida em que são reduzidas as mortes no período neonatal tardio, ocorre uma concentração de óbitos na primeira semana e predominantemente nas primeiras horas de vida, estabelecendo-se assim uma relação cada vez mais estreita com a assistência de saúde oferecida à gestante, parto e ao recém-nascido (Pedrosa, 2005).

Albergam, citado por Ortiz (2000), relata que uma forma de se identificar melhor os determinantes da mortalidade infantil seria classificá-los em preveníveis e não preveníveis. Sabido que mortes perinatais são indicadores para avaliar a assistência neonatal, para melhor avaliação e identificação das ações que visam a sua redução, Lawn e colaboradores, citados França & Lansk (2008), sugeriram que se realizasse uma análise conjunta das mortes fetais e neonatais. Já outros autores complementam concluindo que metade das mortes fetais e das mortes neonatais ocorre entre o período intraparto e nas 48 horas seguintes e estão mais relacionadas ao acesso à assistência de qualidade ao pré-natal, ao parto hospitalar e aos cuidados ao recém nascido (CAMPOS

et al, 2007). Ortiz (2000) sintetiza as inadequações do atendimento ao parto em: dificuldade de acesso da gestante ao hospital; falta de identificação da gestante de alto risco, falta de atendimento obstétrico adequado, falta de pediatra na sala de parto. Entre os riscos associados à saúde materna este autor apontou a idade materna, intervalo interpartal, altura, paridade, peso anterior e ganho de peso durante a gravidez, aborto, natimortos ou mortes neonatais prévias e doenças maternas. Enfatizou as conseqüências que podem causar esses fatores como: hipóxia neonatal, baixo peso ao nascer, prematuridade, más-formações congênitas, entre outras. Em relação aos fatores ligados à qualidade de assistência destacam-se; a duração da gestação e o número de consultas pré-natal. Contudo verificou-se a necessidade de conceituar e discutir alguns aspectos relacionados às gestantes e à sua atenção que podem contribuir para resultados indesejáveis como os óbitos neonatais.

ÓBITO FETAL - Refere-se a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez; indica o óbito o fato de o feto, depois da separação, não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária. (WHO, 2008)

ÓBITO NEONATAL - Corresponde aos óbitos ocorridos nos primeiros 28 dias de vida pós-natal (0 a 27 dias de vida). Na prática, porém, o cuidado Neonatal é estendido por muitos meses no caso de recém nascidos doentes ou muito prematuros.

A IDADE DA MÃE - Estudos demonstraram que as mulheres com idade entre 20 e 34 anos encontram-se na idade considerada ideal para a gestação, embora existam controvérsias na bibliografia quanto à influência da idade materna na mortalidade neonatal. Estudos destacaram que as idades maternas consideradas extremas para a reprodução (abaixo de 20 anos e superior a 34) não se constituíram em fatores de vulnerabilidade, mas outros evidenciaram associações (KASSAR et al, 2005; SGROI, 2008; GIGLIO et al, 2005; COSTA & GOTLIEB, 1998). No caso de mães adolescentes há uma maior ocorrência de neonatos com baixo peso ao nascer, possivelmente pela sua imaturidade física, por serem primigestas e nas de baixo poder socioeconômico. É esperada uma associação com mortalidade neonatal as mulheres com idade superior a 34 anos, por haver mais chance destas apresentarem intercorrências na gravidez tais como: diabetes e hipertensão arterial. REGO & ANCHIETA (2005), ressaltaram a

importância da classificação de risco dos recém nascidos para facilitar o planejamento das ações preventivas. Estes autores mencionaram alguns critérios a serem utilizados tais como: peso ao nascer, idade gestacional e a relação do peso e a idade gestacional.

A GRAVIDEZ - A gravidez não é patológica mais sim um fenômeno fisiológico, mas precisa ser acompanhada e há situações em que a mulher grávida necessita de um acompanhamento mais específico por ser portadora de patologias. A hipertensão arterial (HA) constitui-se numa das principais causas de mortalidade entre as grávidas no Brasil e ocupa o primeiro lugar entre as causas de morte materna gestacional. Ela surge após a vigésima quarta semana de gestação, sendo mais freqüente no terceiro trimestre e se estendendo até o puerpério. A pré-eclâmpsia caracteriza-se por hipertensão arterial, edema e ou proteinúria podendo culminar em convulsões, coma e morte (Peracoli, citado por SGROI 2008; MARTINS, 2003). Já estudos de Cintra citado por Martins (2003) salientam que a hipertensão arterial é uma das principais causas de óbitos maternos tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento.

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL - A assistência pré-natal é um momento importante de acompanhamento à gestante, possibilitando a prevenção, identificação e solução de problemas assim como o preparo da mãe para o seu futuro e o da criança. O número de consultas no pré-natal geralmente é utilizado como um indicador da qualidade da assistência. HALPERN & TREVISAN, citados por Almeida (2004), ressaltaram a associação entre o risco gestacional e o número de consultas de pré-natal. Estudos do Ministério da Saúde, citados por Magalhães et al (2003), apontam para a importância da diminuição da gestação de alto risco com o aumento de número de consultas de pré-natal concluindo que quanto maior o número de consultas durante o pré-natal menor a mortalidade infantil. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que sejam feitas, no mínimo, 6 consultas de pré-natal. Em Angola o programa de saúde reprodutiva, através do Caderno de seguimento da consulta pré-natal do departamento de saúde reprodutiva do Ministério da saúde de Angola, recomenda de 5 a 6 consultas de pré-natal. Embora o número de consultas seja um indicador importante, as informações sobre o processo da consulta contribuem para uma avaliação mais precisa da qualidade da atenção como, por exemplo: a ocorrência ou não das vacinações recomendadas para esse período, os exames clínicos e laboratoriais necessários assim como o tratamento dos problemas identificados.

IDADE GESTACIONAL - A informação sobre a idade gestacional está relacionada ao peso do recém nascido e é utilizada na classificação de risco dos recém nascidos, facilitando o planejamento de ações preventivas. Portanto, quanto menor a idade gestacional, espera-se um menor peso do recém-nato e maior risco de complicações ou morte (REGO & ANCHIETA, 2005).

INTERVALO INTRAPARTO - Estudos verificaram que o intervalo intraparto tem influência na mortalidade neonatal. Este intervalo é definido como o espaço de tempo entre o nascimento do último filho e o nascimento atual. Conde - Agudelo citado por Sgroi (2008) verificaram que intervalos intrapartais muito longos ou muito curtos têm sido associados ao aumento nos riscos de desfechos adversos no período perinatal tais como; a prematuridade com fetos pequenos para idade gestacional e baixo peso ao nascimento.

PARTO E TIPO DE PARTO - O parto é normalmente um processo fisiológico normal e seguro, mas diversos trabalhos têm demonstrado que nos últimos anos a incidência da cesárea vem aumentando em diferentes países e pode ser resultado de uma expansão das causas utilizadas como indicação de cesariana, principalmente devido aos avanços tecnológicos que tem possibilitado diagnóstico precoce de problemas e anomalias e também a diminuição dos riscos nas intervenções cirúrgicas. Outras causas seriam; o aumento da proporção de primíparas no total das parturientes, as cesarianas de repetição, as cesarianas eletivas (a pedido) podendo envolver a Laqueadura Tubária. Pode-se considerar também a procura de maior ganho financeiro e de tempo pelo médico, como possíveis razões para uma incidência elevada de cesarianas (YAZLLE ROCHA et al, 2005; Camano, citado por ROCHA (1985).

Para Cecílio & Merhy (2003) a atenção integral de um paciente no hospital implicaria em garantir desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida até a criação de um ambiente de conforto e segurança.

Quanto aos recém-natos, Rego & Anchieta, (2005) nos seus estudos mostraram que em mais de 90% dos nascimentos, a transição da vida uterina para extra-uterina ocorre tranquilamente, mas 10% dos bebês podem apresentar dificuldades antes ou durante o parto e após o nascimento e necessitar de ajuda. Segundo a Organização Mundial da Saúde (1995), a Asfixia ao nascer é responsável por cerca de 20% das mortes de R/N por ano em todo mundo. Estes referiram também que a reanimação

adequada e bem sucedida poderia reverter o processo de hipóxia e o prognóstico de mais um milhão de bebês por ano.

PESO AO NASCER - O Peso ao nascer é atualmente, reconhecido como um dos mais importantes parâmetros relacionados à morbi-mortalidade perinatal, infantil e da vida adulta. Dados da OMS apresentados por Sgroi (2008) mostram que *“o peso ao nascer determina, em grande parte, a sobrevivência ou não da criança, no primeiro ano de vida, principalmente em regiões mais carentes, considerando que quanto menor o peso ao nascer, maior é o risco de morte durante este período”* (SGROI, 2008). Costa & Gotlieb, (1998) em seu estudo sobre indicadores relacionados ao peso ao nascer verificaram que a prevalência de baixo peso de filhos de mulheres abaixo de 15 anos e as acima de 35 anos era mais elevada que os da faixa etária de adultos jovens (20 a 34 anos). Alguns fatores de risco mais comumente associados ao baixo peso ao nascer foram citados nos estudos de Magalhães, et al (2003). Fatores como o hábito de fumar, a hipertensão arterial crônica, infecções perinatais crônicas, desnutrição materna, entre outros.

Alguns estudos mostraram que a estratificação do peso ao nascer, ajuda na avaliação de risco e no planejamento dos cuidados do Recém Nascido de Baixo Peso ao nascer (<2500 gramas) e propõe a classificação: Recém Nascido de Baixo peso ao nascer (BPN) 1000g < 2499 gramas; muito Baixo peso ao nascer 1000 – 1500 grama e extremamente Baixo <1000g, (REGO & ANCHIETA, 2005).

SEXO - Alguns estudos verificaram que o neonato de sexo masculino tem maior probabilidade de morrer no período neonatal, devido a sua maior fragilidade no primeiro ano de vida (MARTINS, 2004). Já Costa & Gotlieb (1998), verificaram um coeficiente de prevalência de baixo peso entre as meninas 1,16 vezes a dos meninos.

ÍNDICE DE APGAR - O Índice de Apgar é utilizado para mensurar a viabilidade do recém nascido, varia numa escala de 0 a 10 e segundo Machado, citado em Kilstajin et al (2007), o índice de apgar é um importante indicador de risco para a morbimortalidade neonatal. Carvalho et al (2007) realizando uma modelagem estatística para analisar o risco de morte neonatal verificaram que o índice de Apgar abaixo de três ou entre quatro e sete no quinto minuto, foram fatores de risco significativos para a mortalidade neonatal hospitalar na maternidade-escola do Instituto Materno-infantil Professor Fernando Figueiras, entre 2001 e 2003.

Segundo o relatório do governo de 2005, dizia que a taxa de mortalidade infantil de Angola, era ainda uma das mais elevadas do mundo, sendo a malária a principal causa de morte entre as crianças com menos de 5 anos (Ministério do Planeamento, 2005). A mesma fonte revelou que de 2001 a 2003 não houve progresso quando comparou esses dois períodos em relação à melhora nos indicadores. Contudo, observou-se um progresso no número de crianças imunizadas contra o sarampo, tendo aumentado de 53,4% em 2001 para 62% em 2004, muito embora o nível de cobertura tenha permanecido relativamente baixo. A poliomielite, apesar de considerada radicada nos últimos anos, teve ressurgimento no início de 2005 (Ministério do Planeamento, 2005).

Já em 2007, o crescimento médio anual da população foi de 2,9%. Apesar do crescimento econômico, a maioria da população situava-se, de acordo com o índice de desenvolvimento humano, em 160º lugar, num ranking de 173 países, com o (IDH) estimado em 0,45. Apenas 40% da população tinha acesso aos serviços de saúde. O perfil epidemiológico era dominado por doenças diarreicas agudas, doenças respiratórias agudas, tripanossomíase e doenças imunopreveníveis, tais como sarampo e tétano (ANGOLA, 2010). Quanto aos indicadores de saúde, estes apontavam que a taxa de mortalidade infantil em menores de um ano era estimada em 150 mortes por 1000 nascidos vivos no fim do conflito armado, baixando a 116 mortes por 1000 nascidos vivos, sendo 93 por 1000 nascidos vivos nas áreas urbanas e 141 nas zonas rurais. Algumas poucas doenças tais como a malária, as infecções respiratórias agudas (IRA), as doenças diarreicas agudas (DRA) e o tétano neonatal eram responsáveis diretas por cerca de 2/3 das mortes.

O Estado Angolano vem assumindo em várias Conferências Internacionais, o compromisso na garantia dos direitos reprodutivos e como prioridade a redução da mortalidade materna e infantil.

Em 1999 o governo Angolano subscreveu, na pessoa do seu embaixador Presidente da República de Angola - José Eduardo dos Santos, na cimeira Mundial pela infância, a Declaração Universal em relação à sobrevivência, proteção e o desenvolvimento da criança, assim como um plano de ação para ser aplicado na década. Em Relatório do Governo de Angola (2000), também foi expressa a preocupação com a sub-notificação das certidões de óbitos que omitem a relação da causa da morte, a gestação, parto ou assistência, como fatores que dificultam o monitoramento do nível e

das evidências da morte. Na verdade a única fonte de informação em relação ao Óbito em Angola, além do prontuário daqueles que morreram em um hospital, é certificado Óbito. Nem sempre as cópias do certificado de óbito estão disponíveis pela instituição e quando existem, alguns dados são omissos, razão pelo qual há uma necessidade da introdução de outros documentos nos hospitais para informação do Óbito como as declarações de nascimento. No Brasil, os nascimentos são catalogados em declaração de nascimento (DN) e na declaração de Óbito (DO) em caso de falecimento, documentos disponibilizados em meio eletrônico e na internet para qualquer pessoa interessada, facilitando as análises e construção e avaliação de políticas.

Em 2000 Angola aderiu aos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas a par de outros países subscritores, tendo se empenhado no cumprimento do 4º objetivo que consiste na redução da mortalidade infantil em 2/3 de 1990 até 2015. Neste contexto foi realçada a necessidade de que as iniciativas governamentais fossem sinérgicas para garantir a execução destas ações e a participação social efetiva para o asseguramento dessas crianças.

Criação do plano Nacional de saúde reprodutiva em colaboração com a UNICEF e Fenuap. Foram criadas também as estratégias globais de nutrição do recém-nascido (WHO Angola UPDte 2001). Em estudo realizado por uma ONG sobre o estado nutricional das crianças, estimou um aumento do nível de crianças com baixo peso entre os anos de 1992 a 1995 de 16% a 20% respectivamente. As taxas globais, para cada tipo de malnutrição, eram: 53% com atraso de crescimento; 42% com baixo peso para idade gestacional (Relatório, 2000). Essas ações foram sendo desenvolvidas através de programas de Saúde Pública.

Programa Nacional de Vacinação PAV – Foram realizadas através de campanhas de vacinação contra doenças preveníveis e vacinação de rotina, com a introdução do cartão infantil destacando-se a prevenção do tétano Neonatal. Foi também instituído, em 1994, o dia nacional de vacinação contra a poliomielite.

3.1 - SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE DE ANGOLA

Após a guerra que durou por volta de 30 anos o país entrou em processo de reconstrução incluindo a reconstrução do Sistema de Saúde e do seu arcabouço jurídico. A **Lei de base do Sistema Nacional de Saúde Angolano** veio garantir a equidade no acesso dos utentes aos serviços de saúde, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades econômicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados (ANGOLA, 1992). Com as reformas políticas administrativas e econômicas o estado deixou de ter exclusividade na prestação de cuidados, com a legalização do setor privado. Nesta altura foi introduzida a co-participação dos cidadãos no financiamento da atenção. Atualmente o sistema é tendencialmente gratuito. Abaixo se pode observar a atual organização do Sistema Nacional de Saúde de Angola

FIGURA 2 Organização e estrutura de prestação dos cuidados de saúde por níveis de prestação de serviços (ANGOLA, 2010).



- O nível primeiro ou dos cuidados primários de Saúde (CPS), é representado pelos postos, centros de saúde e hospitais municipais; postos de enfermagem e consultórios médicos, ponto de partida da população em contacto com o sistema de saúde.

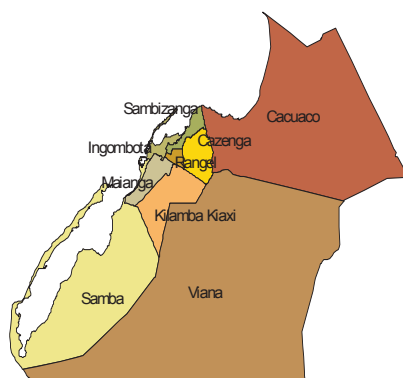
- O nível secundário ou intermediário é representado pelos Hospitais Gerais e é também o nível de referência para as unidades de primeiro nível.

- O nível terciário, representado pelos hospitais de referência mono ou polivalentes diferenciados e/ou especializados é também o nível de referência para as unidades sanitárias do segundo nível.

A rede sanitária do Sistema Nacional de Saúde de Angola (SNS) é constituída por 2.396 unidades sanitárias, dos quais 11 Hospitais Nacionais (Centrais), 45 Hospitais provinciais (Gerais) 140 Hospitais Municipais, 359 Centros de Saúde e 1841 Postos de Saúde (ANGOLA , 2010).

4- AÇÕES DESENVOLVIDAS NA PROVINCIA DE LUANDA

FIGURA 3 MAPA DE LUANDA



Luanda assim como outras capitais do mundo, foi por várias situações inerentes a guerra, um refúgio da população de quase todo país, tendo como consequência o aumento do circuito inferior com questões de desigualdade, vulnerabilidade e pobreza. Sobre esta população acarreta uma disfunção de inadequação de funcionamento dos serviços de saúde, agravada com inexistência de saneamento básico, infraestruturas exíguas causando constrangimentos no acesso e utilização dos serviços de saúde. Apesar deste contexto, Luanda tem apostado no cumprimento da aceleração para redução da mortalidade materna e infantil, cumprindo com as políticas e estratégias previamente estabelecidos pelo Ministério da Saúde de Angola, na implementação dos Pacotes essenciais de Saúde Materna, Neonatal e Infantil - SMNI (WHO, 2008), integrado aos cuidados continuados de saúde definidos, como podem ser vistos abaixo.

- **Programa de Saúde reprodutiva** - tem sido um dos mais exequíveis na promoção prevenção melhoria de assistência a gestante e ao parto. É composto de:

- **Cuidados pré-natais.** Em todos os Centros de Saúde foi introduzido serviço de assistência pré-natal, com abertura das salas de consultas. Os casos detectados como de alto risco são encaminhados para hospitais de referência no nível de Hospitais especializados tais como: Hospital do Ngangula e Kilamba Kiaxi. Há intenção de criar a obrigatoriedade do uso de cartão de grávida, para o seguimento a gestante.

- **Cuidados durante ao parto.** Em Luanda, apoiada por ONGs, por cooperações bilaterais dentre as quais a cooperação Sueca e com o apoio da Coordenação de Atendimento Obstétrico de Luanda – CAOL da direção provincial de Luanda, foram capacitados pessoal médico e de enfermagem, criadas salas de parto na periferia de Luanda, distribuídos materiais e medicamentos para as salas de parto, adquiridos

transportes (Ambulâncias uma em cada Município, com respectivos rádios de comunicação) com o objetivo de acompanhar a mulher durante a gravidez e parto.

Cuidados pós natais e aos recém nascidos. Acompanhamento da evolução do recém nascido através dos serviços de puericultura com a utilização do Cartão de Saúde Infantil também é feita a vacinação de crianças de até cinco anos.

- **Atenção integrada às doenças de infância;** (AIDI) este programa teve sua participação ativa na formação dos profissionais de enfermagem, devido a escassez de médicos para atendimento e intervenção nos postos, centros de saúde e em alguns Hospitais Municipais e Provinciais. Foram criados protocolos terapêuticos das doenças mais correntes e também houve implementação de programas como CAPEL (coordenação de atendimento pediátrico de Luanda).

- **Integração com outros programas fundamentais:**

Promoção da nutrição e da amamentação: Promoção e criação dos centros de nutrição em cada município de Luanda e como referência, o hospital dia David Bernardino. Outro feito foi referenciar alguns hospitais como “hospital amigo da criança” no ano de 2004 – 2005, dando maior atenção ao processo de cuidado do binômio mãe-filho e incentivando o aleitamento materno exclusivo. O incentivo ao aleitamento materno teve como referência os 10 passos do aleitamento materno propostos, em 1990, pela OMS, para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno.

Prevenção de transmissão vertical do HIV de mãe para filho (PTV); Foram criados em todos centros de referência e hospitais materno-infantis, o programa de PTV e CATV, com distribuição de kits de parto e do recém nascido para portadores de HIV com treinamento dos profissionais de saúde.

Controle da malária: Programa de controle da malária com treinamento dos técnicos no tratamento da malária durante a gravidez e no pós-parto, acompanhado de palestras educativas sobre sua prevenção.

Vacinação: destacando as campanhas de vacinação e vacinação de rotina

- **Outras ações:**

O combate às doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas, o combate às infecções de transmissão sexual.

Criação de Comitês de Mortes Maternas e Perinatais em 2005 que está aguardando sua legalização jurídica.

Embora existam grandes dificuldades em se obter informações oficiais sobre a distribuição dos partos por local de ocorrência, nota-se um acréscimo de partos institucionais ao invés dos domiciliares. A institucionalização do parto difundiu-se progressivamente a partir do pós-guerra, devido a crescente urbanização, mudança de hábitos culturais, além da expansão dos serviços de saúde. Isso pode estar resultando em uma melhor assistência ao recém-nascido. Atualmente, em muitos países, o parto é um evento quase que totalmente hospitalar, ultrapassando a proporção de 99% como nos Estados Unidos, Inglaterra e Bélgica. Já o Canadá, Holanda e Austrália contam com a opção de programas de atenção ao parto domiciliar e em Centros de nascimentos (SILVA et al, 2000).

5 - O HOSPITAL GERAL ESPECIALIZADO MATERNO-INFANTIL DO KILAMBA KIAXI.

FIGURA nº 4



O estudo foi realizado no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiaxi que fica localizado na Comuna do Golfe I no município do Kilamba Kiaxi. Em 2004 ele foi classificado como hospital amigo da criança. É também conhecido como Hospital do avô Kumbi tendo como referência principal de localização o busto de Agostinho Neto, 1º presidente de Angola e o mercado dos correios. Trata-se de uma zona suburbana de difícil acesso, devido às más condições das vias. Possui um deficiente serviço de saneamento básico, com falta de esgotos e problemas na coleta do lixo e fraca distribuição de água potável e falhas constantes de energia elétrica. O município tem uma superfície de aproximadamente de 64,1 Km² com uma população estimada de um milhão de habitantes.

São realizados aproximadamente 10.000 partos/ano conforme espelha a tabela 1A. A Política de Hospital Amigo da Criança está implementada desde 2004, que vem a fortalecer a busca de uma maior humanização na assistência hospitalar, e a implementação das políticas de educação e de promoção ao aleitamento materno, nas rotinas dos serviços de atenção a gestante nas maternidades.

Em 2005, com a requalificação das unidades sanitárias de Luanda, o Hospital Geral Especializado Materno Infantil com atendimento ao parto e a criança, foi enquadrado no Sistema Nacional de Saúde como um hospital de segundo nível.

Esse hospital foi construído em 1978 entrando em funcionamento nos fins de 1978 e princípio de 1979 como Centro de Saúde Polivalente e, por volta de 1982 acredita-se ter sido aberto como hospital, pois não existe fonte escrita credível da data de abertura. Os dados disponíveis são as anotações e relatos de consultas feitas pelos trabalhadores mais antigos e moradores que residem nos arredores desta instituição hospitalar.

Para além de ser referência para a população do município, também presta assistência às populações dos municípios vizinhos como Viana, Samba Maianga e Rangel.

Este hospital é considerado Hospital-Escola para estagiários de enfermagem: Instituto Superior de Enfermagem da Universidade Agostinho Neto, Universidade Jean Piaget de Angola, Escola Técnica de saúde com os cursos de pediatria e de Partejas e para outras instituições de carácter público e privado.

O Hospital Geral Especializado Materno Infantil com atendimento ao parto e a criança oferece os seguintes serviços: Banco de Pediatria, salas de Observação de Pediatria, salas de internamento de Pediatria, salas de Tratamentos e Pequena cirurgias, serviço de Vacinação (PAV), Banco da Maternidade, Bloco Operatório para cirurgias Gineco-Obstetra, salas de internamento para gestantes Patológicas e casos ginecológicos, puerpério patológico, puerpério normal (alojamento conjunto), sala das toxemias, salas de cirurgias, serviços de puericultura, serviços de pré-natal, serviços de planeamento familiar, programa de corte de transmissão vertical (PTV) do HIV, aconselhamento e testagem voluntária (CATV) do HIV, serviços de Hemoterapia, Serviços de Laboratório e Serviços de Radiologia.

Possui uma capacidade de 140 leitos, dos quais 60 para internamento em pediatria e 20 leitos para neonatologia. Os leitos da neonatologia são repartidos em 14 leitos: para os neonatos considerados internos, (provenientes da sala de partos, bloco operatório, salas das toxemia), seis leitos para neonatos externos, ou seja, aqueles referidos por transferência para o hospital a partir dos Postos e Centros de Saúde ou qualquer unidade sanitária ou do domicílio, também para os que nasceram e tenham tido alta hospitalar e retornaram, tendo sido o contacto com a instituição através do Banco de Urgência de pediatria.

O serviço de berçário interno conta com duas incubadoras, uma mesa de reanimação com Ambu, medicamentos de urgência como adrenalina bicarbonato de sódio e outros e um aparelho de Foterapia. Tem também um fogão elétrico e materiais descartáveis como sondas, seringas. O berçário recebe os neonatos provenientes da sala de partos, bloco operatório, salas das toxemia e da pediatria, ver fluxograma de atendimento figura 4. Novaes & Paganini, (2005) classificam os serviços de neonatologia em três níveis de serviços e instalação destinados á atenção do recém nascido normal (RNN). Nível 1 atendimento de casos normais ou com patologias de baixo risco; Nível 2 (RNP) atendimento de recém nascido patológico, claramente diferenciado do normal, que pode resolver as síndromes clínicas do recém nascido de risco médio; Nível 3 conta com a unidade de terapia intensiva (UTIN), diferenciada e organizada de forma semi-autônoma que funciona como serviço de referência dos estabelecimentos da zona. Em termos de recursos humanos, durante o ano em estudo, o hospital funcionou com dois médicos especialistas, 21 técnicos e auxiliares de enfermagem. Neste Hospital, os turnos de enfermagem são de 12/12 horas, sendo das 8 horas às 18 horas e o período noturno das 18 horas às 8 horas do dia seguinte. Os médicos trabalham em turnos de 24 horas. Os neonatos que entram pelo banco de pediatria são transferidos para a neonatologia externa pelo médico de Urgência de Banco na pediatria.

Entretanto, desde 2009, tem-se apostado na formação de cuidados com os neonatos realizando seminários e treinamentos específicos como por exemplo: avaliação do teste de Apgar e reanimação, em colaboração com uma ONG espanhola (CIC). Na Cooperação Inter-Hospitalar, todos os profissionais de enfermagem da sala de neonatologia foram formados para prestar cuidados de enfermagem em neonatologia. Tendo participado também outros profissionais de enfermagem do setor de partos.

A figura 5 mostra o fluxo de atendimento dos neonatos para o internamento que varia de acordo com sua gravidade. Independentemente da área da realização do parto na instituição (áreas Sala de Partos, Toxemias, e Bloco Operatório) estes são encaminhados para o Berçário interno. Os neonatos que durante o parto ou após o parto apresentarem alguma dificuldade vão para o berçário. Os neonatos que nasceram no Bloco Operatório, independentemente do seu estado, são encaminhados para o berçário. Já para o berçário externo recebe os neonatos que nasceram em outro hospital e que tenham entrado através do banco de pediatria.

Fluxograma de assistência ao neonato

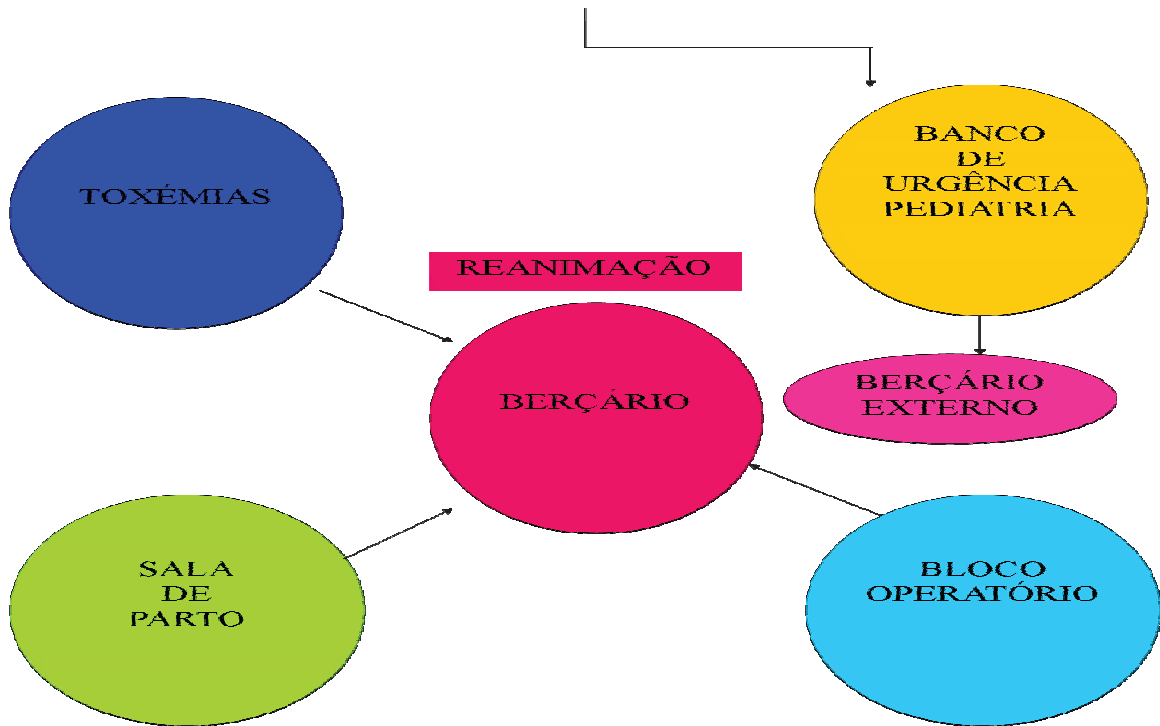


FIGURA nº 5

Quadro 1 Classificação dos recursos necessários ao atendimento hospitalar por nível de atendimento segundo o tipo de risco de recém-nascidos.

Descrição	Nível 1	Nível 2	Nível 3
Tipo de R/Nascido	Normal ou com patologia de baixo risco	Patológico e de risco médio	Patológico e de risco elevado -
Recursos humanos	Médicos e enfermeiros	Medico e enfermeiros	Médicos e enfermeiros
Recursos materiais	Temp. adequada Água quente Balança Laringoscópio Oxigênio aspirador e ar comprimido Incubadora	Pode receber criança nascida no mesmo, ou transferidas de estabelecimentos vizinhos. Equipamento completo de ressuscitação, exsanguíneo transfusão fototerapia Respiradores mecânicos neonatais Monitor trascutaneo oximetro e pressão positiva continua	Referência dos estabelecimentos da zona (região) Estoques de medicamentos, Incubadoras, monitor trascutâneo para cada cinco leitos Oximetro de pulso, Eletrocardiógrafo Monitor de apnea Osciloscópio-disfibrilador Tensiometro osciolometros Transluminador Respirador manual Equipamento de pressão positiva continua, bombas de perfusão continua, Bombas de aspiração negativa Misturador de gases Aquecedores humidificadores

Fonte: Adaptado: Manual de Acreditação Hospitalar de (Novaes & paganini), 2005

6 - MATERIAIS E MÉTODOS

6.1 - Desenho do Estudo.

Foi realizado um estudo descritivo, exploratório, retrospectivo dos óbitos neonatais e dos natimortos, ocorridos no ano de 2008, no Hospital Geral Especializado Materno-Infantil do Kilamba xiáxi, localizado em Luanda Angola.

Foram coletadas informações de todos os neonatos que nasceram e faleceram no hospital, dos natimortos e dos neonatos que internaram no hospital por transferência e foram a óbito. Todos os neonatos que nasceram ou os neonatos que internaram a partir de 1 de janeiro até a 31 de dezembro de 2008 foram incluídos no estudo.

6.2 Fonte de dados

Foram utilizadas informações coletadas dos “**processos clínicos dos neonatos**” (prontuário médico) e livros de registros dos neonatos que nasceram vivos no hospital Kilamba Xiáxi, mas que foram a óbito, neste mesmo Hospital, dentro do período neonatal. Foram também coletadas informações dos neonatos que deram entrada por transferência, vindos de postos de saúde, centros de saúde da rede estatal ou privada ou mesmo provenientes do domicílio e que foram ao óbito no período em estudo. Para os natimortos foram coletadas informações nos registros da sala de partos (livros de registros) (anexo 1). Foram também coletadas as informações das mães dos neonatos que nasceram no hospital e que foram a óbito, a partir da “**Ficha Clínica do Parto**” (Partograma) (anexo 2).

Foram utilizadas as informações contidas no **informe anual do ano de 2008**, produzido pela secção de estatística do Hospital (anexo 3), e **livros de registro do setor de parto e do berçário** para checar o nome da mãe e número de prontuário do neonato. A Classificação Internacional de Doenças 8ª revisão foi a utilizada no hospital, para reportar os diagnósticos e causas de morte.

6.3 Coleta de dados e período da recolha.

A coleta foi feita pela pesquisadora que coordenava a pesquisa e quatro enfermeiras do Berçário, durante o período de agosto a setembro, todas as segundas, quartas e sextas feiras. Anteriormente ao início da coleta, houve um período de

treinamento dos participantes da pesquisa com utilização de informações de períodos diferentes do estudo.

Inicialmente foram recolhidos todos os prontuários e livro de registro da área do berçário, livros da sala de partos dos neonatos que faleceram na unidade. Após verificação dos prontuários em estudo e respectivos livros de registro, verificou-se que uma parte dos neonatos da pediatria, não tinha as informações da mãe.

Para os neonatos que nasceram e faleceram no hospital, a coleta foi organizada subdividindo-os em quatro grupos: Foi denominado grupo C para aqueles que tinham os processos do berçário e ficha clínica de parto da mãe; O grupo AB os neonatos não tinham a ficha clínica e as informações foram buscadas no livro de registro do berçário ou no livro da sala de Parto;

Os prontuários clínicos, em alguns casos, eram uma adaptação de folhas A4 sem nenhum dado nem timbre, com a omissão de várias variáveis que, devido a incertezas, tiveram que ser ignorados, o mesmo acontecendo com alguns natimortos.

Os neonatos da Pediatria (não nasceram no hospital) não tinham nenhum dado da mãe;

Para a coleta de informações sobre os natimortos foi utilizado o livro de registro da sala de parto e selecionadas, apenas as variáveis que constavam no livro de registro. O hospital estava em processo de reforma no momento da coleta das informações o que dificultou a localização dos partogramas.

6.4 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados elaborou-se um questionário estruturado (anexo 3), adequado do instrumento de coleta de dados da pesquisa acima referida. agrupadas pelas seguintes características:

Características relacionadas às condições sócio-econômicas e demográficas da mãe;

Características reprodutivas maternas;

Características de atenção a saúde;

Características da gestação e parto;

Características do recém-nascido;

Cuidados dispensados ao neonato até sua morte;

Características do diagnóstico dos óbitos

Foi construído um programa, em linguagem ACCESS, para a digitação dos dados. A digitação dos dados foi realizada por três auxiliares de pesquisa e, para garantir a

confiabilidade da digitação, todos os dados foram digitados duas vezes por pessoas diferentes. Os dados foram transformados em excell e transportados para o SPSS versão 17.

6.5 Aspectos éticos

Foram utilizadas informações, advindas de seus prontuários, da parturiente e de recém-nascidos que foram a óbito. Foram também utilizados os livros de registros dos serviços. As informações de identificação só foram utilizadas para permitir reunir os dois prontuários (mãe e filho). Os dados foram digitados tendo um número comum entre mãe e filho como identificação. Foi apresentada uma carta de consentimento à direção do hospital obtendo-se autorização para a utilização dos dados dos prontuários, livro de registro e documentos necessários. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP sob o número 163 2010.

6.6 Plano de análise

Foram realizadas análises de frequência simples de todas as variáveis, observando inicialmente, sua completitude e coerência.

Categorização das variáveis para a análise (em diversas situações foi mantida a categorização já existente no prontuário).

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

- **Idade da mãe em faixas etárias.**

10 - 19 anos ; 20 - 24 anos ; 30 - 34 anos ; 35 anos ou +

Procedência (morada)

Naturalidade município

CARACTERÍSTICAS REPRODUTIVAS DA MÃE

Número de gestações

1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 ; 6 ou mais ; sem informações

Número de nascidos vivos

1 ; 2 ; 3 ; 4 e mais ; sem informações

Número de natimortos

1 ; 2 ; 3 ; 4 e mais ; sem informações

Números de partos

1 -2- 3 -4 e mais ; sem informações

Intervalo intrapartal

Menos de 24 meses ; Mais de 24 ; sem informações

CARACTERÍSTICA DE ATENÇÃO A SAÚDE

Número de consultas no Pré-natal

0 ; 1 – 2 ; 3 – 5 ; 6 e mais ; sem informações

Local da Consulta

Hospital; Centro de Saúde; Clínica; sem informações

CARACTERÍSTICA DA GESTAÇÃO E PARTO

Tipo de gravidez

Única ; Múltipla ; sem informações

Idade gestacional em semanas

22 – 27 s ; 28 – 31s ; 32 – 36s ; 37s e mais ; sem informações

Tipo de parto (classe de parto)

Natural - Cesária

Problemas de Saúde materna (ARO) alto risco obstétrico

CARACTERÍSTICAS DO RECÉM NASCIDO

Peso foi agregado da seguinte :

500g - 999g ; 1000g - 1499g ; 1500g - 1999g ; 2000g - 2499g ;
2500g e + ; sem informações

O sexo

Feminino ; Masculino ; sem informações

O Índice de Apgar agrupada da seguinte forma

- **No primeiro minuto (1)**
1 – 3 ; 4 – 6 ; 7 e mais ; sem informações
- **No quinto minuto (1)**
1 – 3 ; 4 – 6 ; 7 e mais ; sem informações

Idade do óbito

- Para a Idade do óbito = data do nascimento - data do óbito para os Grupos ABC.

Tempo de internação = data do Óbito – data de internação para os do Grupo de Pediatria.

Diagnóstico na internação e do óbito - Os diagnósticos eram reportados de forma descritiva, sem ter uma codificação e muitas vezes havia três ou quatro diagnósticos juntos. Estes foram separados em diagnóstico 1 com o que vinha primeiro reportado, diagnóstico 2 e outro diagnóstico 1 e outro diagnóstico 2. O mesmo acontecia com o diagnóstico de óbito e estes também foram separados. Todos os diagnósticos foram traduzidos para os códigos da Classificação Internacional de Doenças versão 10 – CID-10 e foram adicionadas as informações da classificação pelo grupo de doenças, categoria diagnóstica e diagnóstico da CID 10.

Diagnóstico do Óbito - foi traduzido da CID 8ª versão para a CID 10ª versão e foi classificado pelo grupo, categoria diagnóstica e diagnóstico CID 10.

Medidas de prevenção e assistência

Procedimentos realizados e tratamento indicado: essas informações foram separadas uma a uma na base de dados e portanto, um neonato pode ter tido mais de uma prescrição ou procedimento.

Análises clínicas e laboratoriais realizadas.

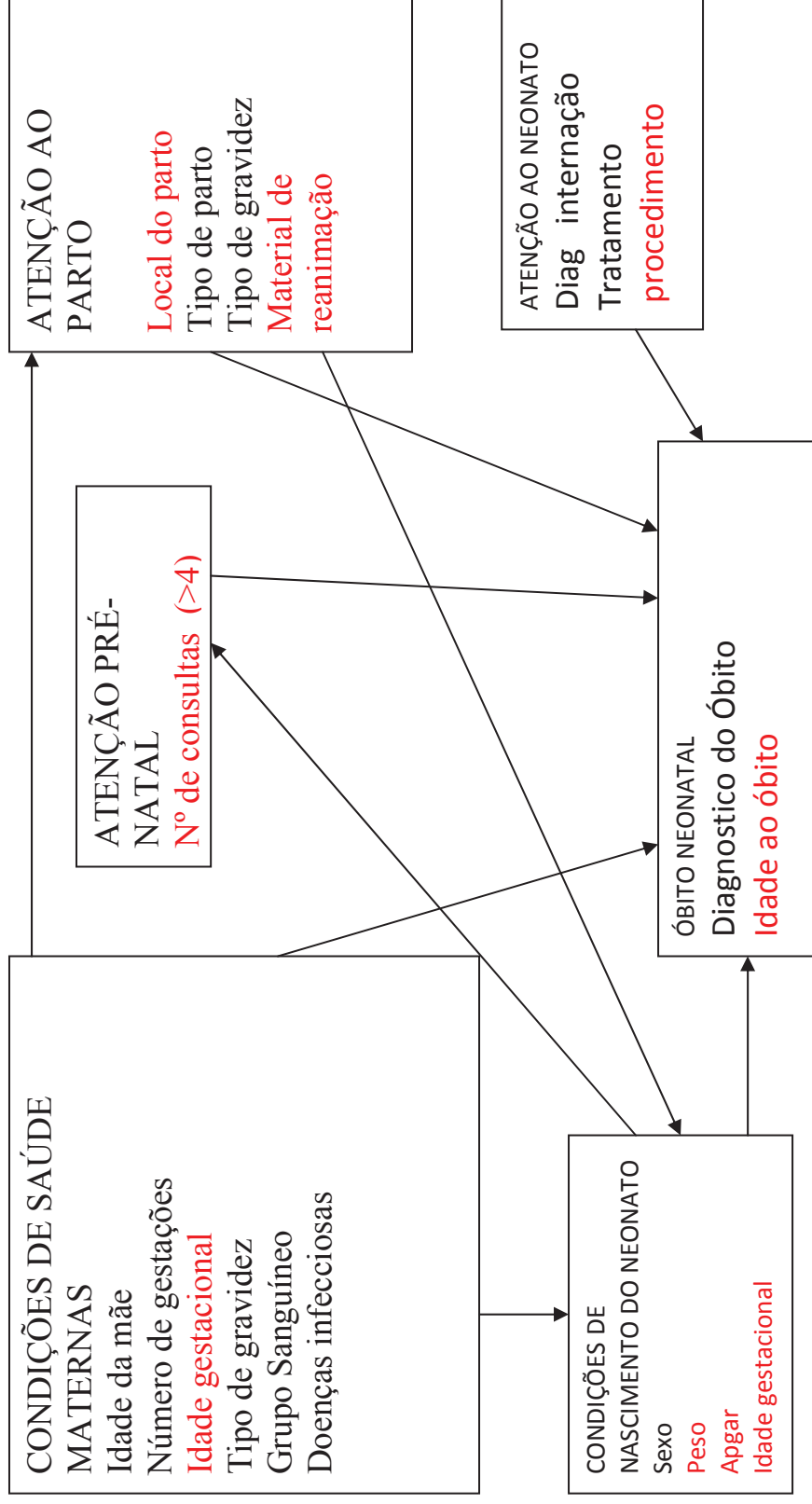
OUTRAS ANÁLISES:

Taxa de pesados mortos (natimortos) –

n° de nascidos mortos : n° de nascidos vivos X 100.

Foi construída uma classificação de risco a partir das variáveis de risco propostas nos estudos apresentados na revisão bibliográfica. Nessa classificação, os diagnósticos de trauma, septicemia e malária foram pesquisados em todos os campos que reportavam diagnósticos, não se atendo somente em um campo como o diagnóstico de óbito ou o do diagnóstico principal de internação. As internações foram organizadas naquelas que continham somente uma das variáveis de risco selecionadas, as que tinham duas, as que tinham três ou nenhuma variável.

ESQUEMA DAS ANÁLISES



7 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

O hospital materno-infantil do Kilamba Kiaxi tem atendido acima de 10.000 partos por ano, tendo apresentado um pequeno aumento a cada ano dos quatro anos estudados. Pode-se observar na tabela 1ª que de 2005 para 2008 houve um aumento de 5% no número de partos. Os partos normais foram os de maior frequência em todos os anos mas pode-se notar uma redução em função do aumento de cesarianas. O número de cesarianas não apresentou um aumento tão regular como o do total de partos, mas de 2005 a 2008 observou-se um aumento de 10,4%. O tipo de parto denominado “outros” inclui partos com manobras que podem ter sido por fórceps ou por ventosas apresentou a menor proporção dentre os partos mantendo-se praticamente estável ao longo dos quatro anos.

Verifica-se que houve uma redução da taxa de pesados mortos (natimortos) de 38% comparando 2005 com 2008 (de 3,9% em 2005 a 2,4% em 2008) e um aumento da proporção dos natimortos com peso acima de 2.500g.. Embora tenha havido essa redução de natimortos, esse aumento da proporção de natimortos com peso acima de 2500g pode ser visto como um alerta para se avaliar, principalmente, o pré-natal e o processo de parto, buscando identificar problemas que estejam facilitando essas mortes. Observa-se também que dos neonatos que vão a óbito, por volta da metade dos óbitos ocorreram no mesmo dia do nascimento e cerca de 90% até o terceiro dia.

TABELA - 1A Partos segundo tipo de parto de 2005 a 2008 e peso de neonatos
Evolução temporal dos óbitos neonatais e fetais no Hospital Geral Especializado
Materno infantil do Kilamba Kiaxi em Luanda Angola de 2005 a 2008.

Variáveis	2005		2006		2007		2008	
TIPO DE PARTO	n ^o	%	n ^o	%	n ^o	%	n ^o	%
Fisiológico	8.999	88,2	9.868	88,3	9.216	89,3	9.287	86,3
Cesária	966	9,5	1025	9,2	806	7,8	1.231	11,4
Outros	237	2,3	282	2,5	299	2,9	239	2,2
Total de partos	10.202	100	11.175	100	10.321	100	10.757	100
N^o PESADOS MORTOS								
< 2500 g mortos	176	44,0	175	45,1	127	41,5	100	38,0
> 2500 g mortos	223	55,8	205	52,8	178	58,2	159	60,5
sem informação	1	0,3	8	2,1	1	0,3	4	1,5
Total mortos	400	100	388	100	306	100,0	263	100
N^o PESADOS VIVOS								
< 2500 g vivos	2.884	29,0	740	6,7	1.567	15,5	3.961	37,7
> 2500 g vivos	7.052	70,9	10.221	92,8	8.516	84,2	6.530	62,2
sem informação	8	0,1	49	0,4	26	0,3	14	0,1
Total vivos	9.944	100	11.010	100	10.109	100	10.505	100
Total dos nascimentos	10.344		11.398		10.415		10.768	
FALECIDOS POR DIAS DE NASCIMENTO								
menos 1 dia	97	47,3	-	-	151	66,8	99	49,3
2- 3 dias	95	46,3	-	-	50	22,1	84	41,8
4 - 6 dias	9	4,4	-	-	10	4,4	15	7,5
7e +	4	2,0	-	-	15	6,6	3	1,5
Total de falecidos	205	100	-	-	226	100	201	100

Fonte: relatório da estatística hospitalar do Hospital Geral Especializado materno-infantil Kilamba Kiaxi, 2008.

Na tabela 2A observa-se que houve pouca modificação nos coeficientes de mortalidade neonatal nos quatro anos em estudo, já ocorreu o contrário com o coeficiente de natimortalidade com uma redução de aproximadamente 51%. A maior concentração dos óbitos está na primeira semana de vida do recém-nato o que os torna mais próximos da atenção dispensada no pré-natal, pré-parto e parto.

TABELA 2A Coeficientes de mortalidade, neonatal, neonatal precoce, neonatal tardia e coeficiente de natimortalidade ocorridos no Hospital Geral Especializado Materno-Infantil do Kilamba Kiaxi em Luanda, Angola, d 2005 a 2008.

Coeficiente de mortalidade (1.000)	2005	2006	2007	2008
Coeficiente Neonatal	19,8		22,3	19,0
Coeficiente Neonatal Precoce	20,0		20,8	19,0
Coeficiente Neonatal Tardio	0,4		1,5	0,3
Coeficiente de Natimortalidade	37,0	33,0	29,0	18,0

Fonte: relatório da estatística hospitalar do Hospital Geral Especializado materno-infantil Kilamba Kiaxi, 2008

Na tabela 3A observa-se que existe uma diferença de 64 natimortos entre as duas fontes de informação e de 27 óbitos de neonatos, comparando os dados do informe estatístico e os encontrados na pesquisa, tendo esta última, identificado o maior número de casos. Essa diferença observada é um alerta para aprimorar a coleta das informações para o boletim do hospital contribuído para um planejamento das atividades da instituição baseados em dados mais confiáveis.

TABELA 3A Distribuição dos neonatos por peso ao nascer, por nascidos vivos ou mortos e dias de vida, a partir do Boletim de estatística hospitalar e observados na pesquisa (óbitos Neonatal e natimorto) ocorridos no Hospital Geral Especializado Materno infantil do Kilamba Kiaxi, em Luanda, Angola, 2008.

Variáveis	estatística hospitalar		dados coletados (%)	
	2008		2008	
N° PESADOS MORTOS	N°	%	N°	%
< 2500 g mortos	100	38,0	149	45,6
> 2500 g mortos	159	60,5	168	51,4
Sem informação	4	1,5	10	3,1
Total mortos	263	100	327	100,0
N° PESADOS VIVOS*				
< 2500 g vivos	3.961	37,7	3.961	37,7
> 2500 g vivos	6.530	62,2	6.530	62,2
Sem informação	14	0,1	14	0,1
Total vivos	10.505	100	10.505	100,0
Total dos nascimentos	10.768		10.768	
FALECIDOS POR DIAS DE VIDA**				
menos 1 dia	99	49,3	128	56,1
2- 3 dias	84	41,8	49	21,5
4 - 6 dias	15	7,5	14	6,1
7e +	3	1,5	6	2,6
Sem informação	-	-	31	13,6
Total de falecidos	201	100,0	228	100,0

Fonte: Informe estatístico 2005 a 2008 e dados da pesquisa de 2008

- Na pesquisa não foram coletadas informações dos pesados vivos de 2008 e portanto os valores foram os publicados na estatística hospitalar.
- ** Os dados coletados dos falecidos por dias de vida incluíram os que nasceram no hospital (168 neonatos) somados aos que foram internados e faleceram ainda no período neonatal (60 neonatos)

NEONATOS QUE NASCERAM E MORRERAM NO HOSPITAL KILAMBA KIAXI

Foram identificados 168 óbitos de neonatos que nasceram no hospital Kilamba Kiaxi. Uma análise do perfil demográfico e reprodutivo das mães assim como as características da atenção pré-natal, da gestação e parto serão apresentados a seguir:

- **Características demográficas maternas**

Quanto ao perfil demográfico, **Idade materna** observa-se na tabela 1, que a maior concentração de óbitos, acima de 42%, ocorreram com filhos de mães entre 20 e 34 anos, idade ideal para uma gestação. Nas faixas etárias consideradas de risco que são as adolescentes (10 a 19 anos) e as acima de 35 anos ocorreram 27% dos óbitos. Kilsztgin (2000) menciona os fatores de risco para o baixo peso ao nascer que ocorreriam mais em mães adolescentes nas faixas etárias menores de 20 anos. Se as informações que permitem o cálculo da idade da mãe fossem bem preenchidas nos prontuários, seria possível verificar a proporção de óbitos de neonatos de mães em idade de risco. Verificou-se que nos casos dos neonatos que foram a óbito, 30% dos prontuários não tinham essa informação. Durante a coleta dos dados observou-se que as informações da mãe dos neonatos nascidos vivos, uma boa parte dos registros, não eram feitos nos modelos próprios do hospital, mas sim em folhas A4.

Município de residência: Aproximadamente 69% das mulheres em estudo que tiveram anotação do município de moradia, residem no município do Kilamba Kiaxi, onde também está situada a unidade hospitalar em estudo. Portanto, as mulheres têm grande chance de não ter tido problema do acesso geográfico para a assistência. Novamente 1/3 das mães não tinham, em seu prontuário, esta informação.

TABELA 1 - Perfil das mães dos neonatos que nasceram e foram ao óbito no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiaxi em Luanda Angola, no ano de 2008.

1-CARACTERÍSTICAS MATERNAS	Nº	(%)
Idade materna		
10 a 19 anos	28	16,7
20 a 29 anos	58	34,5
30 a 34 anos	12	7,1
35 anos e mais	19	11,3
sem informação	51	30,4
Total	168	100,0
Município de residência		
Viana	1	0,6
K Kiaxi	116	69,0
Sem informação	51	30,4
Total	168	100,0

- **Características reprodutivas maternas**

Na tabela 2, observa-se que não se tem anotada as características sanguíneas da mulher o que em si já é um alerta de possível comprometimento da qualidade da atenção, pois sem essa informação, as mães com risco de ter recém-nascidos com incompatibilidade sanguínea não são identificadas e àquelas que precisarem de uma transfusão de emergência podem recebê-la com atraso. Afora isso, as mulheres Rh negativo que tiveram filhos Rh positivo, tem que tomar vacina para impedir a formação de anticorpos.

Número de gestação: Somente 70% dos prontuários tinham a informação do número de partos e as múltiparas foram as mais freqüentes, perfazendo 47,6% dentre as que pariram e perderam seus neonatos no hospital em estudo e dentre estas, 26,8% tinham tido mais que três gestações.

Número de filhos: Praticamente não há anotação no prontuário quanto ao número de filhos nascidos vivos ou mortos, comprometendo o adequado acompanhamento do parto por ser essa uma informação sobre o risco da gestante (tabela 2). A partir da informação sobre o número de gestações, estima-se que a média de filhos dessas mulheres seja de 3,1 filhos, mas não se consegue saber se vivos ou mortos.

TABELA 2 - Distribuição (nº e %) da informação sobre o grupo sanguíneo, número de gestações, número de filhos nascidos vivos e mortos das mães de neonatos que nasceram e foram a óbito no hospital Kilamba Kiaxi. 2008

2-CARACTERÍSTICAS REPRODUTIVAS MATERNAS		
Grupo sanguíneo		
sem informação	168	100,0
Total	168	100,0
Número de gestações		
1	36	21,4
2	23	13,7
3	12	7,1
4	8	4,8
5	13	7,7
6 ou >	24	14,3
sem informação	52	31,0
Total	168	100,0
Número de filhos nascidos vivos		
1	1	,6
2	2	1,2
sem informação	165	98,2
Total	168	100,0
Número de filhos nascidos mortos		
2	2	1,2
sem informação	166	98,8
Total	168	100,0

- **Características da atenção à saúde**

Na tabela 3, observa-se que das 168 mulheres, somente 22 tinham registro de consulta de pré-natal, representando 13% das mulheres na situação em estudo. Destas, a maior parte fez o seu pré-natal no hospital, indicando que a gestação era de risco, pois em Angola as gestantes de risco devem realizar o pré-natal no hospital. Apesar do número ser muito menor em relação a população estudada, das 21 gestantes com essa informação, chama-nos atenção pelo fato de que 12 mulheres realizaram de 3 a 6 consultas de pré-natal que pode não ser considerado ruim em se analisando dados de Angola. Não deixa de constituir preocupação visto que para Angola são recomendadas 5 a 6 visitas obrigatórias conforme o manual de seguimento à grávida do Ministério da Saúde (anexo 5). Vários estudos tem reportado a importância do pré-natal durante o período gestacional e os resultados encontrados demonstraram que com o pré-natal adequado, com no mínimo de 4 consultas, obtiveram resultado positivo, ou seja, as gestantes não tiveram neonatos que foram a óbito. (Lourenzi et al., 1984; Almeida et al.,

2002; Schoeps et al., 2007). A informação sobre o número de consultas geralmente não reporta se estas cumpriram todos os passos de uma consulta de boa qualidade, mas mesmo assim, o número de consultas implica em acompanhamento da gestante.

TABELA 3 - Distribuição (nº e %) das gestantes que realizaram pré-natal, o número e local de consultas das mães de neonatos que nasceram e foram a óbito no hospital Kilamba Kiaxi. 2008

3-CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO À SAÚDE	Nº	(%)
Realizou consultas de pré-natal		
sim	22	13,1
sem informação	146	86,9
Total	168	100,0
Número de consultas pré-natais		
1 a 2	8	4,8
3 a 5	9	5,4
6 e mais	3	1,8
sem informação	148	88,1
Total	168	100,0
Local da consulta pré-natal		
Hospital	11	6,5
Centro de saúde	9	5,4
Clínica	1	,6
sem informação	166	98,8
Total	168	100,0

- **Características da gestação e parto**

Na tabela 4, embora 1/3 dos prontuários estejam sem informação, verifica-se que aproximadamente, 60% das mulheres perderam seus filhos numa gestação a termo, ou seja, entre 32 e 37 semanas. Com menos frequência (11%) observou-se As gestações consideradas de risco para o Recém-nato tiveram uma frequência pequena (11%) e 3% destas, foram de neonatos de alto risco, ou seja, nascidos de 27 semanas ou menos.

Em relação aos problemas de saúde materno, os dados da tabela mostram uma frequência de 92,2% sem informação e apenas 3 mulheres tiveram informação sobre presença de problemas quando uma era anã e duas portadoras de HIV. Não se pode dizer que as demais mães não tinham problemas de saúde por não terem nenhuma anotação a respeito. Têm-se três hipóteses: os profissionais podem não estar fazendo uma anamnese na admissão da paciente ou não estão verificando as anotações do cartão de pré-natal ou as mulheres não tem se identificado e referido problemas de saúde no momento da internação.

O parto natural liderou com 45,8% e com menor frequência os partos por cesarianas com 17,9%. Mesmo uma informação tão importante, 36% dos prontuários estavam sem essa informação. A OMS propõe como meta, de 10 a 15% de partos por cesariana estando, esses casos não tão distantes destas metas. Como essas gestantes pariram crianças que foram a óbito, supõe-se que uma grande parte tenha sido gestação de risco e, portanto, essa proporção de cesarianas observada pode ter sido inadequada, podendo ter havido situações onde essa intervenção fosse indicada, mas que não tenha ocorrido, podendo ter contribuído para o óbito do recém-nato. Observou-se que somente uma mãe foi reportado ter tido gemelares.

TABELA 4 - Distribuição (nº e %) das gestantes por duração da gestação, tipo de parto, problemas de saúde materna e tipo de gravidez das mães de neonatos que nasceram e foram a óbito no hospital Kilamba Kiaxi, 2008

4-CARACTERÍSTICAS GESTAÇÃO e PARTO	Nº	(%)
Duração da gestação		
27 semanas e menos	5	3,0
28 a 31 semanas	14	8,3
32 a 36 semanas	99	58,9
37 semanas e mais	1	0,6
sem informação	49	29,2
Total	168	100,0
Tipo de parto		
Natural	77	45,8
Cesário	30	17,9
sem informação	61	36,3
Total	168	100,0
Problemas de saúde materna		
HIV	2	1,2
Altura inferior (anã)	1	0,6
sem informação	165	98,2
Total	168	100,0
Tipo de gravidez		
Única	167	99,4
gemelar	1	0,6
Múltipla	0	0,0
Total	168	100,0

- **Perfil do neonato**

Na tabela 5, os resultados encontrados mostraram existir maior concentração de todos os óbitos nos neonatos acima de 2500 gramas, considerado peso normal ao nascer, que corresponde 46,4%, dos nascimentos. Aproximadamente 28% dos neonatos

estavam abaixo de 1500 gramas e possivelmente necessitaram de tecnologias encontradas em UTI que o hospital não dispõe. O peso ao nascer é uma variável muito importante para se estimar o risco de morrer, se os casos de baixo peso, citados anteriormente, o hospital pouco podia fazer para a sua sobrevivência, chama mais atenção que aproximadamente 60% dos neonatos não tinham esse risco podendo ser uma indicação de problemas na qualidade na assistência ao parto. Castro e Leite (2007) em coorte prospectiva em Fortaleza verificaram uma elevada taxa de mortalidade hospitalar de neonatos com peso igual ou menor que 1500g na primeira semana de vida sugerindo comprometimento da qualidade da atenção tanto na UTI como antenatal e no momento do parto. Houve predomínio do sexo masculino com uma frequência de 54,8% em relação ao sexo feminino com 42,3%. A maior parte desses recém-nascidos (73%) apresentou um baixo índice de Apgar (1-3) no 1º minuto, já no 5º minuto essa proporção foi reduzida pela metade (36,3%). Nota-se que quatro neonatos tiveram um bom índice de Apgar no primeiro minuto e somente onze no 5º minuto. Podendo indicar um comprometimento de grande parte desses neonatos já no parto. Chama a atenção a não informação do Apgar no 1º minuto em 9% dos prontuários de neonatos e de 23% no 5º minuto.

Verifica-se uma grande concentração de óbitos (83%) no período neonatal precoce sendo que destes, 61% ocorreram nas primeiras 24 horas, 23% de 2 a 6 dias após o nascimento. Estes dados corroboram com os achados de Ortiz & Oushiro (2006) e que encontraram uma maior concentração de óbitos neonatais nos primeiros 7 dias de vida. Esses óbitos concentrados nos primeiros dias de vida sugerem a necessidade de investigação quanto a qualidade dos partos e do pré-natal, buscando identificar situações evitáveis que possam ter contribuído para o desenlace e a programação de ações de melhoria da qualidade nesses serviços.

TABELA 5 - Perfil dos neonatos que nasceram e foram ao óbito no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiaxi Angola, no ano de 2008

CARACTERÍSTICAS DO RECÉM-NASCIDO	Nº	(%)
Peso ao nascer		
De 500 a 999 gramas	21	12,5
De 1000 a 1499 gramas	25	14,9
De 1500 a 1999 gramas	22	13,1
De 2000 a 2499 gramas	18	10,7
2500 gramas e mais	78	46,4
sem informação	4	2,4
Total	168	100,0
Sexo		
Masculino	92	54,8
Feminino	71	42,3
sem informação	5	3,0
Total	168	100,0
Índice de APGAR 1 minuto		
1 a 3	123	73,2
4 a 6	26	15,5
7 e mais	4	2,4
sem informação	15	8,9
Total	168	100,0
Índice de APGAR 5 minuto		
	N	%
0	1	0,6
1,3	61	36,3
4 a 6	56	33,3
7 e mais	11	6,5
Sem informação	39	23,2
TOTAL	168	100,0
Idade do óbito		
	N	(%)
Óbitos ocorridos nas primeiras 24 horas	103	61,3
Óbitos ocorridos de 2 a 4 dias	36	21,4
Óbitos ocorridos de 5 a 6 dias	3	1,8
Neonatal tardio (7 a 27 dias)	4	2,4
sem informação	22	13,1
Total	168	100,00

- **Análises avançadas**

Na tabela 6, dos neonatos que foram a óbito e que tinham muito baixo peso (500 a 1499g), verifica-se que a maioria das mães não tinha idade nas faixas etárias de risco (adolescentes e > de 35 anos) ficando uma distribuição semelhante às faixas de adultos e adultos jovens. Os neonatos nascidos a termo (> ou =2.500g), a sua maioria tinham mães na faixa de 20 a 34 anos.

Do total de recém nascidos de mãe adolescente, 36% nasceram com peso acima de 2.500 gramas, já as faixas etária de 20 a 29 anos e de 30 a 34 esse percentual foi mais elevado tendo sido 46,5% e 58% respectivamente. As mulheres acima de 35 anos tiveram 50% dos seus recém-natos com peso acima de 2.500g.

TABELA 6 – Faixas de peso ao nascer pela idade da mãe dos neonatos que nasceram e foram ao óbito no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiayi Angola, no ano de 2008

peso do RN	idade materna (anos)					Total	%
	sem inf.	<=19 anos	20 - 29	30 - 34	> ou =35 anos		
500 - 999g	10	3	4	0	4	21	13
1000 - 1499g	3	6	12	2	2	25	15
1500 - 1999g	8	2	9	1	2	22	13
2000 - 2499g	6	5	4	2	1	18	11
> ou =2500g	24	10	27	7	10	78	46
sem inf.	0	2	2	0	0	4	2
Total	51	28	58	12	19	168	100

Observa-se na tabela 7 que 168 óbitos (71% dos óbitos) apresentaram índice de Apgar de 1 a 3 no 1º minuto dos quais 45,5% apresentaram peso de 2.500g ou mais. Dos 46 neonatos com peso de 500g a 1.500, 74% nasceram com Apgar de 1 a 3 no 1º minuto. Esses últimos seriam de difícil sobrevivência porque o hospital não dispõe de tecnologias de cuidados intensivos e, portanto, espera-se que poucos desses neonatos sobrevivam nesta instituição. Isso não quer dizer que os neonatos nascidos com o peso de 2500 ou mais não necessitassem também desses cuidados já que apresentaram um Apgar muito baixo.

TABELA 7 – Faixas de peso ao nascer, pelo índice de Apgar no 1º minuto dos neonatos que nasceram e foram ao óbito no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiayi Angola, no ano de 2008

Faixa de peso	Índice de Apgar no 1º minuto				Total
	sem informação	1 - 3	4 - 6	7 ou >	
500 - 999g	1	18	1	1	21
1000 - 1499g	5	16	2	2	25
1500 - 1999g	1	16	5	0	22
2000 - 2499g	2	13	2	1	18
2500g ou mais	6	56	16	0	78
sem informacao	0	4	0	0	4
Total	15	123	26	4	168

Evidenciando as categorias diagnósticas na tabela 8, ressaltamos a Asfixia neonatal não especificada com (59%) dos diagnósticos de óbito da categoria diagnóstica de Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal. Foi também observado um número elevado de óbitos por prematuridade (outros recém nascidos de pré-termo) e 2 casos de malformações congênicas. Esses resultados contrastam com o estudo realizado por Vitali et al (2003,) quando comparava as causas básicas de morte neonatal de um hospital terciário quando encontrou a malformação congênita como principal causa de óbito. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995) identifica a Asfixia ao nascer por cerca de 20% das mortes de Recém-nascidos, por ano, em todo o mundo.

Maranhão et al (1999), ao analisar as declarações de óbitos do Brasil de 1990 a 1996 ressaltou que o diagnóstico de asfixia é inadequadamente reportado como causa básica de óbito dos recém-nascidos, quando é omissa a patologia materna que desencadeou o processo de hipóxia. Embora o estudo presente não se utilize de declarações de óbitos, mas sim de diagnósticos presentes no prontuário do recém-nascido, a observação sobre a necessidade de também haver um diagnóstico referente à mãe é importante.

Foram coletadas informações sobre os diagnósticos de internação e diagnóstico do óbito que após a realização dos procedimentos metodológicos descritos anteriormente, resultaram em sete possibilidades de informação sobre o diagnóstico do recém-nato. Selecionando todas as possibilidades e verificando a presença da categoria diagnóstica P21 - “asfixia ao nascer” cujo diagnóstico era P21.9 “Asfixia neonatal não especificada”, verificou-se que dos 168 neonatos, 126 ou seja, 75% dos neonatos tinham esse diagnóstico em um dos campos de diagnóstico. O diagnóstico de asfixia pode estar indicando má qualidade da atenção ao parto resultando no óbito do neonato ou mesmo em natimortos quando medidas de atenção à gestante podem estar sendo tomadas tardiamente ou inadequadas.

TABELA 8 – Categoria diagnóstica 1 (nº e %) e diagnósticos (nº) no momento do óbito dos neonatos que nasceram e foram ao óbito no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiayi Angola, no ano de 2008

categoria e diagnóstico dos Óbitos	nº	categorias Diagnósticas %
P05-P08 Transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal	38	22,6
P07.3 Outros recém-nascidos de pré-termo	38	
P20-P29 Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal	99	58,9
P20.9 Hipóxia intra-uterina não especificada	1	
P21.0 Asfixia grave ao nascer	5	
P21.9 asfixia Neonatal, não especificada	91	
P24.9 Síndrome de aspiração Neonatal não especificada	2	
P35-P39 Infecções específicas do período perinatal	3	1,8
P36.9 Septicemia bacteriana não especificada do RN	1	
P37.3 Malária Falcípara Congênita	2	
P50-P61 Transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto e do recém-nascido	1	0,6
P54.3 Outras hemorragias gastrointestinais do período Neonatal	1	
Q00-Q07 Malformações congênicas do sistema nervoso	1	0,6
Q03.9 Hidrocefalia congênita não especificada	1	
Q80-Q89 Outras malformações congênicas	1	0,6
Q89.9 Malformações congênicas não especificadas	1	
Sem Informação	25	14,9

A tabela 9, reúne variáveis de risco que podem afetar o desenvolvimento do neonato no período neonatal, apontadas na literatura. Aproximadamente 12% dos neonatos não tinham registro de nenhuma das variáveis consideradas de risco neste trabalho. Os demais 90% se distribuíram em 39% tendo apresentado uma variável de risco e as mais frequentes tendo sido baixo Apgar no primeiro minuto e muito baixo peso ao nascer (<1.500g). Aproximadamente 35% dos neonatos tinham registradas duas variáveis de risco sendo as mais frequentes ter muito baixo peso ao nascer e baixo Apgar (16%) e Apgar 0-3 no 1º minuto e presença de mecônio. Os demais casos ou também tiveram combinações de doenças como malária, septicemia ou ligados à prematuridade como idade gestacional <28 semanas, baixo Apgar e baixo peso ao

nascer. Aproximadamente 14% dos neonatos tinham registro de três variáveis de risco tendo sido a maior parte ligadas à prematuridade. É possível que uma grande parcela desses neonatos tenham necessitado de manobras de reanimação como espelha estudo sobre a assistência hospitalar ao neonato realizado por Rego & Anchieta (2005). No hospital Kilomba Kiaxi somente na sala de berçário interno há um mínimo de material necessário à reanimação de neonatos e ainda insuficiente se utilizarmos como referência o que consta como necessário no Manual de Acreditação hospitalar para o nível do hospital (NOVAIS & PAGANINI 1994 pp13). Como somente em um setor do hospital há material de reanimação e ainda sim insuficiente, pode-se também vislumbrar uma inadequação no fluxograma de atendimento ao neonato.

TABELA 9 - variáveis de risco dos neonatos que nasceram e foram a óbito no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiaxi, Angola, no ano de 2008

Variáveis de risco	n°	%
Peso <= 1500g	11	6,5
Idade < 16	1	0,6
Apgar 0-3 1° min	49	29,2
Mecônio	3	1,8
Trauma	2	1,2
SUBTOTAL	66	39,3
IG < 28 semanas e peso <= 1500g	2	1,2
IG < 28 semanas e Apgar 0-3 1° min	6	3,6
IG <28 semanas e mecônio	1	0,6
Peso <= 1500g e idade > 37	1	0,6
Peso <= 1500g e idade <16	1	0,6
Peso <= 1500g e Apgar 0-3 1° min	27	16,1
Idade > 37 e Apgar 0-3 1° min	5	3,0
Idade > 37 e mecônio	1	0,6
Idade <16 e Apgar 0-3 1° min	1	0,6
Apgar 0-3 no 1° min e mecônio	9	5,4
Apgar 0-3 no 1° min e malária	1	0,6
Apgar 0-3 no 1° min e septicemia	1	0,6
Malária e septicemia	1	0,6
Septicemia e trauma	1	0,6
SUBTOTAL	58	34,5
IG < 28 sem e peso <= 1500g e Apgar 0-3 no 1° min	13	7,7
IG < 28 sem e idade < 37 e Apgar 0-3 no 1° min	2	1,2
peso <= 1500g e idade > 37 e Apgar 0-3 1 min	5	3,0
peso <= 1500g Apgar 0-3 no 1° min e septicemia	1	0,6
idade > 37 e Apgar 0-3 no 1° min e mecônio	2	1,2
Apgar 0-3 no 1° min e malária e septicemia	1	0,6
SUBTOTAL	24	14,3
sem risco	20	11,9
Total	168	100,0

A tabela 10 reúne as informações de risco da tabela 9, classificando-as pelo peso ao nascer. Isso nos permite verificar que dos neonatos que apresentaram uma ou mais variáveis de risco, 46,6% (78 neonatos) nasceram com peso acima de 2.500g a maioria deles, ou seja, 73% (57 neonatos) com APGAR de 0 a 3 no primeiro minuto e apresentação de mecônio indicando já estar havendo um sofrimento fetal no momento do parto o que pode levar a hipótese de que parte desses partos tenham sido de gestações com mais de 40 semanas ou pós-termo. Outra hipótese é que nesses casos, a indicação de parto talvez fosse cesariana devido ao estado de sofrimento do recém-nato. Pode-se observar na tabela 12 que dos neonatos nascidos acima de 2500g, somente 39 nasceram no bloco operatório podendo ter sido de parto cesariana (não há como afirmar porque somente 33 (19,6%) mulheres tiveram anotação de ter feito cesariana e 58 (34,5%) não tinham anotação do tipo de parto). Nota-se ainda que nesses casos acima de 2500g. foi onde mais ocorreram casos com anotação de septicemia podendo ser relativa a complicação de bolsa rota e possivelmente uma inadequação do tipo de parto.

TABELA 10 - variáveis de risco dos neonatos e categorias de peso ao nascimento dos neonatos que nasceram e foram ao óbito no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiayi Angola, no ano de 2008.

Risco do Neonato	CATEGORIAS DE PESO AO NASCIMENTO					Total
	até 1499g	1500 - 2499g	2500 - 2999g	3000g ou mais	sem inf.	
peso <= 1500g	9	2	0	0	0	11
idade < 16	0	0	0	1	0	1
Apgar 0-3 1º min	0	12	14	23	0	49
mecônio	0	1	1	1	0	3
trauma	0	0	0	2	0	2
SUBTOTAL	9	15	15	27	0	66
IG < 28 sem e peso <= 1500g	1	1	0	0	0	2
IG < 28 sem e Apgar 0-3 1º min	0	3	0	0	3	6
IG < 28 sem e mecônio	0	0	1	0	0	1
peso <= 1500g e idade > 37	1	0	0	0	0	1
peso <= 1500g e idade < 16	1	0	0	0	0	1
peso <= 1500g e Apgar 0-3 1º min	21	6	0	0	0	27
idade > 37 e Apgar 0-3 1 min	1	1	0	3	0	5
idade > 37 e mecônio	0	0	0	1	0	1
idade < 16 e Apgar 0-3 1 min	0	1	0	0	0	1
Apgar 0-3 1º min e mecônio	0	0	4	5	0	9
Apgar 0-3 1º min e malária	0	0	1	0	0	1
Apgar 0-3 1º min e septicemia	0	0	0	1	0	1
malária e septicemia	0	0	0	1	0	1
septicemia e trauma	0	0	0	1	0	1
SUBTOTAL	25	12	6	12	3	58
IG < 28 sem e peso <= 1500g e Apgar 0-3 1º min	9	4	0	0	0	13
IG < 28 sem e idade < 37 e Apgar 0-3 1º min	0	0	2	0	0	2
peso <= 1500g e idade > 37 e Apgar 0-3 1º min	4	1	0	0	0	5
peso <= 1500g e Apgar 0-3 1 min e septicemia	0	1	0	0	0	1
idade > 37 e Apgar 0-3 1º min e mecônio	0	0	0	2	0	2
Apgar 0-3 1º min e malária e septicemia	0	0	0	1	0	1
SUBTOTAL	13	6	2	3	0	24
sem risco	0	7	2	11	0	20
total	47	40	25	53	3	168

Na tabela 11 observa-se que 61% (103) dos neonatos faleceram nas primeiras vinte e quatro horas de vida e destes, 43 (42%) neonatos haviam nascido com peso igual ou inferior a 1500g . Esse último resultado significa 70% dos neonatos nessa faixa de peso. Observa-se também que 11 neonatos nessa faixa de peso, sobreviveram mais de 24 horas.

TABELA 11 - variáveis de risco e idade do Óbito dos neonatos que nasceram e foram ao óbito no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiayi Angola, no ano de 2008.

Risco do neonato	Idade de ocorrência do óbito				Total
	primeiras 24 horas'	>24 horas até o 6º dia	Neonatal tardio	sem inf.	
peso <= 1500g	7	1	0	3	11
idade < 16	1	0	0	0	1
Apgar 0-3 1 min	32	13	0	4	49
mecônio	1	2	0	0	3
trauma	2	0	0	0	2
SUBTOTAL	43	16	0	7	66
IG < 28 sem e peso <= 1500g	1	0	0	1	2
IG < 28 sem e Apgar 0-3 1 min	2	1	0	3	6
IG < 28 sem e mecônio	0	0	0	1	1
peso <= 1500g e idade > 37	1	0	0	0	1
peso <= 1500g e idade < 16	0	1	0	0	1
peso <= 1500g e Apgar 0-3 1 min	20	4	2	1	27
idade > 37 e Apgar 0-3 1 min	5	0	0	0	5
idade > 37 e mecônio	0	0	0	1	1
idade < 16 e Apgar 0-3 1 min	0	1	0	0	1
Apgar 0-3 1 min e mecônio	7	2	0	0	9
Apgar 0-3 1 min e malária	0	1	0	0	1
Apgar 0-3 1 min e septicemia	0	1	0	0	1
malária e septicemia	0	0	0	1	1
septicemia e trauma	0	1	0	0	1
SUBTOTAL	36	12	2	8	58
IG < 28 sem e peso <= 1500g e Apgar 0-3 1min	11	1	0	1	13
IG < 28 sem e idade < 37 e Apgar 0-3 1 min	1	1	0	0	2
peso <= 1500g e idade > 37 e Apgar 0-3 1 min	3	1	0	1	5
peso <= 1500g e Apgar 0-3 1 min e septicemia	0	1	0	0	1
idade > 37 e Apgar 0-3 1 min e mecônio	2	0	0	0	2
Apgar 0-3 1 min e malária e septicemia	0	1	0	0	1
SUBTOTAL	17	5	0	2	24
sem risco	7	6	2	5	20
TOTAL	103	39	4	22	168

Observando a tabela 12, 63% dos neonatos são provenientes da sala de partos, destes 49% nasceram com Apgar 1 a 3 no primeiro minuto e possivelmente necessitaram de reanimação na sala de parto. Carvalho et al (2007) realizando uma modelagem estatística para analisar o risco de morte neonatal verificaram que o índice de Apgar abaixo de três ou entre quatro e sete no quinto minuto, foram fatores de risco significativos para a mortalidade neonatal hospitalar na maternidade-escola do Instituto Materno-infantil Professor Fernando Figueiras, entre 2001 e 2003. Na tabela 12

observa-se que a maioria dos neonatos foram atendidos na sala de parto (64%) e somente 33,3% foram atendidos no bloco operatório. Foram atendidos na sala de parto, 75% (51 neonatos) dos neonatos que nasceram com peso abaixo de 2000g. e destes, 80% (41) nasceram com Apgar de 1 a 3 no 1º minuto. Já 58% (45) dos neonatos que nasceram com peso maior ou igual a 2.500g ocorreram na sala de parto sendo que 75,5% destes nasceram com Apgar de 1 a 3 no 1º minuto. Já no bloco cirúrgico chama a atenção que 67% nasceram com Apgar de 1 a 3 no 1º minuto e a maior proporção de neonatos nasceu com peso acima de 2500g e destes, 71% nasceram com Apgar de 1 a 3 no 1º minuto.

Se tivermos em conta que o local com equipamento mínimo para reanimação nesta instituição encontra-se concentrado no berçário interno, a falta destes pode estar influenciando diretamente o insucesso de sobrevivência destes neonatos.

TABELA 12 procedência em relação a área da realização do parto e o índice de Apgar dos neonatos que nasceram e foram ao óbito no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiaxi Angola, no ano de 2008.

Local do Parto	peso RN	Índice de APGAR no 1º minuto				Total
		1 - 3	4 - 6	7 ou mais	Sem Inf.	
Sala de parto	500 - 999g	14	1	0	0	15
	1000 - 1499g	12	1	2	3	18
	1500 - 1999g	15	2	0	1	18
	2000 - 2499g	7	1	1	0	9
	2500g ou mais	34	9	0	2	45
	sem informação	2	0	0	0	2
Total		84	14	3	6	107
Bloco operatório	500 - 999g	3	0	1	1	5
	1000 - 1499g	4	1	0	2	7
	1500 - 1999g	1	3	0	0	4
	2000 - 2499g	6	1	0	1	8
	2500g ou mais	22	5	0	4	31
	sem informacao	1	0	0	0	1
Total		37	10	1	8	56
Sala das eclampsias	2500g ou mais	2			2	
Total		2			2	
Sem Inf.	500 - 999g	1			1	
	2000 - 2499g	0			1	
	sem informacao	1			1	
Total		2			3	
Total geral		123				168

Quando se observa a tabela 13 na maioria dos casos o tratamento mais usado foi a administração de antibiótico com 29% (49) neonatos com esta indicação. O segundo tratamento mais indicado foi corticóide com 19% dos casos (32 neonatos) e 18 utilizaram fluidos de ressuscitação (soro fisiológico e adrenalina).

Todos os recém-nascidos que tiveram anotação de septicemia tiveram prescrição de antibiótico. Já dos 61 neonatos que nasceram com peso menor ou igual a 1500g., somente 20% (12) neonatos tiveram prescrição de corticóide. Considerando que dos que nasceram com peso \leq a 1500g, 43 neonatos faleceram nas primeiras 24 horas de nascimento, 18 neonatos sobreviveram mais de 24 horas, ou seja, é possível que esteja havendo problemas na prescrição de corticóides para neonatos que nasceram de baixo peso e isso pode também estar contribuindo para o desenlace de óbito. Nota-se que embora somente 3 casos tinham relato de malária, sete tiveram prescrição de Quinino.

risco do neonato	nº neonatos	Antibiótico	Fluidos ressuscitação	Corticóide	Quinino	AZT	transfusão	Broncodilatador	anticonvulsivante	outros
peso <= 1500g	11	4	1	3	0	0	0	0	0	2
idade < 16	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Apgar 0-3 1 min	49	15	8	11	1	1	0	2	4	9
meccônio	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
trauma	2	2	0	1	0	0	1	1	1	1
SUBTOTAL	66	21	9	15	1	1	1	3	5	12
IG < 28 sem e peso <= 1500g	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IG < 28 sem e Apgar 0-3 1 min	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
IG < 28 sem e meccônio	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
peso <= 1500g e idade > 37	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1
peso <= 1500g e idade < 16	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0
peso <= 1500g e Apgar 0-3 1 min	27	5	3	4	0	0	0	0	0	2
idade > 37 e Apgar 0-3 1 min	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0
idade > 37 e meccônio	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
idade < 16 e Apgar 0-3 1 min	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1
Apgar 0-3 1 min e meccônio	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Apgar 0-3 1 min e malária	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1
Apgar 0-3 1 min e septicemia	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0
malária e septicemia	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1
septicemia e trauma	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1
SUBTOTAL	58	13	5	9	2	0	2	1	2	7
IG < 28 sem e peso <= 1500g e Apgar 0-3 1min	13	3	1	2	0	0	1	1	0	1
IG < 28 sem e idade < 37 e Apgar 0-3 1 min	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0
peso <= 1500g e idade > 37 e Apgar 0-3 1 min	5	1	1	1	0	0	0	1	0	1
peso <= 1500g e Apgar 0-3 1 min e septicemia	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1
idade > 37 e Apgar 0-3 1 min e meccônio	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Apgar 0-3 1 min e malária e septicemia	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1
SUBTOTAL	24	7	3	3	1	0	1	3	2	4
sem risco	20	8	1	5	3	0	1	2	1	6
TOTAL	168	49	18	32	7	1	5	9	10	29

TABELA 13 - Variáveis de risco e tratamento realizado dos neonatos que nasceram e foram ao óbito no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kílamba Kiáxi Angola, no ano de 2008.

PEDIATRIA

- **Perfil dos neonatos que internaram e morreram no hospital**

Na tabela 14 verifica-se que foram 60 os neonatos que internaram e foram a óbito, mas que não nasceram no hospital. Dos neonatos internados no hospital, 82% não tinham a informação do município de residência em seus prontuários, dificultando a programação e planejamento e avaliação dos serviços da unidade. A maior proporção foi do sexo masculino e pode-se observar que 82% morreram no período de pré-natal precoce dos quais, metade (42%), faleceram dentro do primeiro dia de internados, e 40% faleceram do segundo ao sexto dia. A maior proporção desses neonatos que foram a óbito (45%) foi admitida com o peso de 2.500g ou mais. Observa-se que 20% dos neonatos foram internados com peso abaixo de 1.500 gramas, o que causa surpresa em terem sobrevivido até a internação, embora esses neonatos tenham falecido nas primeiras 24h de sua internação.

TABELA 14 - Perfil dos neonatos que internaram e faleceram no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiaxi em Luanda Angola no ano de 2008.

Município de residência	Nº	%
K Kiaxi	11	18
Sem informação	49	82
Total	60	100
Sexo		
Masculino	24	40
Feminino	20	33
sem informação	16	27
Total	60	100
Tempo de internação		
Óbitos ocorridos nas primeiras 24 horas	25	41,7
Óbitos ocorridos de 2 a 6 dias	24	40,0
Neonatal tardio (7 a 27 dias)	2	3,3
sem informação	9	15,0
Total	60	100,0
Peso na internação		
500 a 999	2	3,3
1000 a 1499	10	16,7
1500 a 1999	6	10,0
2000 a 2499	13	21,7
> ou = 2500	27	45,0
Sem inf.	2	3,3
Total	60	100,0

Na tabela 15 observa-se que no momento da internação, a categoria diagnóstica mais freqüente foi a de septicemia com 23% dos neonatos o que pode estar relacionado aos primeiros cuidados com o coto umbilical ou ter sido decorrente de bolsa rota ou alguma outra causa. Os prematuros foram a segunda maior proporção seguida da asfixia ao nascer. Os 7 casos com diagnóstico de P37 Outras doenças infecciosas e parasitárias congênicas, foram todos óbitos por malária, podendo estar indicando falhas na implementação da profilaxia da malária no pré-natal.

TABELA 15 - Categoria de diagnostica de internação dos neonatos que internaram e faleceram no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiayi em Luanda Angola no ano de 2008.

Categoria diagnóstica na internação	Nº	%
G04 Encefalite, mielite e encefalomielite	1	1,7
P07 Transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer não classificados em outra parte	10	16,7
P21 Asfixia ao nascer	9	15,0
P22 Desconforto (angústia) respiratório(a) do recém-nascido	1	1,7
P24 Síndrome de aspiração neonatal	8	13,3
P29 Transtornos cardiovasculares originados no período perinatal	1	1,7
P36 Septicemia bacteriana do recém-nascido	14	23,3
P37 Outras doenças infecciosas e parasitárias congênicas	7	11,7
P61 Outros transtornos hematológicos perinatais	2	3,3
P90 Convulsões do RN	2	3,3
P96 Outras afecções originadas no período perinatal	1	1,7
Q03 Hidrocefalia congênita	1	1,7
Q68 Outras deformidades osteomusculares congênicas	1	1,7
Sem informação	2	3,3
Total	60	100,0

Na tabela 16 observa-se que aproximadamente 50% dos neonatos não tiveram anotação do diagnóstico de óbito. Dos que tiveram anotação, a maior proporção esteve na categoria diagnóstica de asfixia ao nascer, seguido das septicemias e de malária.

TABELA 16 - Categorias diagnósticas de óbitos dos neonatos que internaram e faleceram no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiayi em Luanda Angola no ano de 2008.

Categoria diagnóstica no óbito	Nº	%
P07 Transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer não classificados em outra parte	4	6,7
P15 Outros traumatismos de parto	1	1,7
P21 Asfixia ao nascer	9	15,0
P22 Desconforto (angústia) respiratório(a) do recém-nascido	2	3,3
P24 Síndrome de aspiração neonatal	1	1,7
P36 Septicemia bacteriana do recém-nascido	8	13,3
P37 Outras doenças infecciosas e parasitárias congênicas	6	10,0
Q03 Hidrocefalia congênita	1	1,7
Sem Informação	28	46,7
Total	60	100,0

NATIMORTOS

• Perfil dos Natimortos

Foram verificados 327 natimortos ocorridos no hospital Kilamba Kiaxi no ano de 2008 (tabela 17). Estes natimortos, 75% foram provenientes da gestação a termo (32 a 36 semanas) e conseqüentemente, somente 25% foram com idade gestacional abaixo de 32 semanas. Observa-se que 51% dos natimortos tinham peso igual ou acima de 2.500g e provavelmente esta não deve ter sido a razão de terem falecido. Por outro lado, 23% dos natimortos tinham peso abaixo de 1.500g que pode ter contribuído para o óbito. Analisando a idade gestacional pelo peso ao nascer pode-se verificar que 67% dos natimortos cuja mãe estava entre 32 e 36 semanas tinham o peso adequado para essa idade gestacional. Neste mesmo período gestacional chama a atenção os 5% dos natimortos com peso abaixo de 1500 gramas. Tanto os natimortos que nasceram abaixo de 27 semanas como os entre 28 e 31 semanas, a maior parte nasceu com peso abaixo de 1.500 gramas os que os coloca com menor chance de sobrevivência. Ambas as situações podem apontar para possíveis problemas na atenção pré-natal.

TABELA 17 - Perfil dos natimortos segundo idade gestacional da mãe e peso ao nascer dos casos ocorrido no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiaxi em Luanda Angola no ano de 2008.

Peso ao nascimento	Idade gestacional			Total	
	Sem inf.	<ou=27 semanas	28 - 31 semanas		
sem informação	0	1	1	8	10
500 - 999g	0	23	8	3	34
1000 - 1499g	2	11	18	9	40
1500 - 1999g	1	0	7	20	28
2000 - 2499g	1	2	1	44	48
2500g ou mais	2	1	2	162	167
Total	6	38	37	246	327

Observando a tabela 18, destaca-se o predomínio do sexo masculino (55%) nos casos de natimortos atendidos no hospital. Nos natimortos de menor peso (até 1499g) é pequena a diferença entre os sexos quando foram 23% (41) dos natimortos do sexo masculino e 22% (29) dos natimortos do sexo feminino. Já com o peso de 2500g ou

mais houve diferença entre os sexos quando 57% foram do sexo masculino e 46% do sexo feminino.

TABELA 18 - Peso ao nascer e o sexo dos natimortos ocorrido no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiaxi em Luanda Angola no ano de 2008.

peso ao nascer	sexo			Total
	Feminino	Masculino	Sem Inf.	
500 - 999g	10	22	2	34
1000 - 1499g	19	19	2	40
1500 - 1999g	18	10	0	28
2000 - 2499g	21	23	4	48
2500g ou mais	60	102	5	167
Sem Inf.	3	3	4	10
Total	131	179	17	327

Na tabela 19 observa-se que a maior proporção (69%) de natimortos foi de mães que tinham idade entre 20 e 34 anos. Observa-se que tanto as adolescentes como as gestantes em idade tardia não apresentaram uma proporção de neonatos com baixo peso ao nascer mais elevada do que as faixas etárias de 20 a 34 anos. Nessas faixas etárias consideradas de risco, observou-se 27% dos óbitos, tendo sido 17% com mães adolescentes e 10% acima de 35 anos. Resultado diferente do observado por Laurenti et al, citado por De Lorenzi et al (2001) que observou um aumento progressivo das perdas fetais de mulheres acima de 35 anos. Observa-se também uma grande proporção de mães na faixa de 20 a 34 anos (69%) que tiveram natimortos com peso acima de 2500g.

TABELA 19 - Perfil dos natimortos segundo idade da mãe e peso ao nascer dos casos ocorrido no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiaxi em Luanda Angola no ano de 2008.

peso ao nascer	IDADE MATERNA					TOTAL
	Sem inf Nº (%)	10 a 19	20 - 29	30 a 34	35 ou mais	
sem informação	1 (10)	2 (20)	4 (40)	3 (30)	0 (0)	10 (100)
500 - 999g	0 (0)	7 (21)	15 (44)	7 (21)	5 (15)	34 (100)
1000 - 1499g	0 (0)	12 (30)	18 (45)	7 (18)	3 (8)	40 (100)
1500 - 1999g	0 (0)	4 (14)	20 (71)	1 (4)	3 (11)	28 (100)
2000 - 2499g	2 (4)	7 (15)	21 (44)	12 (25)	6 (13)	48 (100)
2500g ou mais	5 (3)	26 (16)	76 (46)	38 (23)	22 (13)	167 (100)
Total	8 (2)	58 (17)	154 (47)	68 (21)	39 (10)	327 (100)

Na tabela 20 observamos que em 65% dos natimortos, a via de parto foi natural, mas o mais preocupante foi verificar que 46% dos partos naturais e 65% dos partos por cesariana foram com peso de 2500g ou mais. Isso nos coloca a hipótese de que as gestantes podem estar procurando a maternidade muito tarde para que seus filhos nasçam vivos e/ou o acompanhamento das gestantes no trabalho de parto não está identificando os casos de risco de morte e não estão tomando as medidas adequadas, no momento adequado para que os neonatos sobrevivam, e/ou a atenção pré-natal não está sendo adequada na identificação precoce de problemas da mãe ou do feto para a prevenção da morte naqueles que fosse possível. Haveria necessidade de investigar melhor as hipóteses traçadas acima para identificar em que momentos, alguns desses natimortos seriam de responsabilidade dos serviços de saúde. Essa identificação é importante para que sejam planejadas melhorias dos serviços, buscando reduzir os problemas de qualidade da atenção à gestante e parturiente.

TABELA 20 - Peso ao nascer por tipo de parto dos natimortos ocorrido no Hospital Geral Especializado Materno Infantil do Kilamba Kiaxi em Luanda Angola no ano de 2008.

Peso ao nascer	Tipo de Parto			Total
	Natural	Cesariana	Sem Inf.	
500 - 999g	27 (12)	5 (6)	2 (14)	34 (10)
1000 - 1499g	35 (15)	3 (4)	2 (14)	40 (12)
1500 - 1999g	26 (11)	1 (1)	1 (7)	28 (9)
2000 - 2499g	32 (14)	16 (20)	0 (0)	48 (15)
2500g ou mais	107 (46)	53 (65)	7 (50)	167 (51)
Sem Informação	4 (2)	4 (5)	2 (14)	10 (3)
Total	231 (100)	82 (100)	14 (100)	327 (100)

8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado permitiu fazer uma análise dos óbitos de neonatos e dos natimortos ocorridos no hospital do kilamba Kiaxi, em Luanda, possibilitando desta forma, identificar alguns aspectos relevantes que possam contribuir na gestão da assistência. O Hospital pelos dados disponibilizados de 2005 á 2008 atende por ano uma média de 10.000 partos, sendo que cerca de 233 crianças morreram no período Neonatal e uma média de 355 nasceu morta nesses quatro anos.

Para este estudo foram coletadas e analisadas informações de 228 óbitos de neonatos dos quais 168 nasceram e foram a óbito na instituição e 60 nasceram em outro local e foram encaminhados para o hospital de estudo. Foram também investigados 327 nascidos mortos.

Na análise da evolução destes eventos na unidade hospitalar através dos dados disponíveis da estatística hospitalar, pudemos verificar que entre os anos de 2005 a 2008 observou-se um aumento dos óbitos de neonatos precoces e uma ligeira diminuição do número de natimortos. As mães com este desfecho eram adultas e adultas jovens (20 a 34 anos).

Já no ano de 2008, na base de dados coletados para este estudo observou-se que a maior proporção dos neonatos que foram a óbito eram provenientes de mães que tinham entre 20 e 34 anos, ou seja, mulheres cuja faixa etária não é considerada de risco nem para o neonatos nem para a gestante. A maior parte residia no município de Kilamba Kiaxi, o mesmo do hospital em que foram atendidas. A idade gestacional de maior proporção foi a de 32 a 37 semanas, idade esta, que por si só, não implica necessariamente em risco para o recém nascido, além disso, os neonatos com essa idade gestacional apresentaram peso acima de 2.500 gramas, no corte de natimortos e a maior proporção dos óbitos dos recém-nascidos que nasceram e morreram no hospital.

- **Assistência ao parto e ao recém nascido**

Dos recém-natos que nasceram e morreram no hospital em estudo, aproximadamente metade dos neonatos (46,7%) apresentou peso ao nascer acima de 2500g assim como 51% dos natimortos. Dos 168 neonatos que nasceram e faleceram no hospital, 126 ou seja, 75% tiveram um dos diagnósticos de Asfixia ao Nascer. Observou-se que dos natimortos com o peso igual ou acima de 2.500g., 32% dos partos

foi por cesariana. Esses neonatos têm peso compatível com a vida e embora possam ter outros problemas que os coloque em maior risco de morte. Algumas hipóteses podem ser traçadas como a de estar havendo uma demora na chegada da gestante ao hospital podendo também estar havendo um acompanhamento inadequado no pré-natal, principalmente nas últimas semanas de gestação. Outra hipótese para os resultados verificados pode ser a espera excessiva no período pré-parto sem um adequado monitoramento do feto, resultando em uma demora em intervir nos partos, quando uma cesariana se fazia necessária, ou a realização de cesariana já com o feto muito grave. Essa possibilidade também se expressa no enorme volume de neonatos com o diagnóstico de asfixia, embora para tal, possa também estar havendo problemas na atenção ao neonato no momento do parto com inadequada utilização de tecnologia para o atendimento do recém-nato. Portanto, esses dados alertam para a possibilidade de estar havendo óbitos evitáveis. Embora haja uma política de incentivo à realização do parto institucional, essa passa por oferecer uma assistência de qualidade nas salas de partos e ter disponibilidade de material necessário para a reanimação do recém nascido. A assistência do recém nascido na sala de parto é um dever prioritário incluindo a presença de pediatra no seu nascimento.

Outro dado importante é o baixo número de neonatos com diagnóstico de malária, muito embora se tenha quase ignorado ou não tenham sido registrados os resultados das análises de gota espessa para pesquisa de plasmódio. Como esta patologia é endêmica neste país, o número reduzido de malária congênita pode, em parte, ser explicado pela falta de anotação no prontuário como também ser resultado da implementação de políticas de combate à malária do Governo de Angola, através do Programa Nacional da Malária e o Programa de Saúde Reprodutiva, com a distribuição de mosquiteiros e profilaxia das mulheres grávidas com Fansidar.

Verificou-se que pouquíssimas gestantes tinham alguma informação referente à realização de pré-natal nos prontuários e as poucas que tinham (13%) somente 3 (três) referiam ter feito seis ou mais consultas e 9 de 3 a 5 consultas. Chama-se a atenção para a importância da realização de um pré-natal qualificado com o início oportuno e o seguimento adequado da assistência até o final da gravidez e do parto. Ortiz & Ouxiro (2000) analisando óbitos neonatais ocorridos no estado de São Paulo em 2006/2007 verificaram que na medida em que aumenta o número de consultas de pré-natal, diminui a probabilidade de morte do recém-nascido sendo que com menos de 4 consultas o risco de morte neonatal foi 11,6 vezes maior que os com 7 consultas ou mais. Rego &

Anchieta, (2005) apontaram que para melhorar a qualidade da assistência oferecida à mulher durante o parto hospitalar esta deve ser baseada no cumprimento dos protocolos institucionalizado pelos serviços.

- **Qualidade da informação**

Observou-se a ausência de informações importantes nos registros hospitalares que compreenderam tanto informações do perfil das gestantes como do acompanhamento das gestantes e dos neonatos no hospital como, por exemplo, referentes aos neonatos que nasceram e morreram no hospital, a idade materna estava ausente em 30% dos prontuários, número de gestações, de filhos nascidos vivos e nascidos mortos não tinham a informação em 31%, 98% e 99% respectivamente. Mais de 80% dos prontuários não tinham informações relacionadas à realização do pré-natal como o número de consultas, local da consulta colocando em dúvida se esse serviço foi ou não utilizado e chamando atenção para o possível comprometimento na qualidade da assistência às gestantes. Nenhum prontuário materno (partograma) tinha a anotação do tipo sanguíneo da mulher, em 29% não tinha informação do tempo de gestação, 34,5% não havia anotação do tipo de parto. Em 9% dos prontuários não havia informação do Apgar no 1º minuto e em 23% no 5º minuto. Em 47% dos prontuários não estava presente o diagnóstico do óbito, embora tivesse em sua maioria, algum diagnóstico de internação.

O prontuário é o documento legal da atenção e seu preenchimento e armazenamento é de grande importância para o desenvolvimento de uma atenção adequada e como fonte de informação para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão institucional.

Embora não se tenha nos prontuários os códigos e a descrição das doenças de forma adequada, em Angola, utiliza-se a CID- 8 de 1965 como referência para reportar os diagnósticos e causas de óbito e recomenda-se a mudança para Classificação Internacional de Doenças 10ª revisão disponível desde os anos 90.

A falta de base de dados informatizados, contendo informações dos nascidos vivos e de informações sobre os óbitos, não só a nível hospitalar, mas também a nível nacional, tem dificultado e limitado a realização de investigações e conclusões mais conseqüentes sobre a atenção materno-infantil e sobre a situação de saúde da população.

O conhecimento das estatísticas coloca uma oportunidade para que sejam aceleradas e cumpridas as ações necessárias à diminuição dos números dessas mortes e a melhoria dos serviços de saúde Materno-infantil (WHO, 2008). Florence Nightingale, no meio do século 19, já propunha a coleta sistemática dos dados sobre os pacientes, para acompanhar e explicar as variações nas taxas de mortalidade entre hospitais, neste contexto foi evidenciado a importância da utilidade da mortalidade hospitalar como indicador da qualidade de assistência (GILL & GILL, 2005; TRAVASSOS et al, 1999).

- **Recursos humanos e equipamentos**

Observou-se uma grande proporção de neonatos que possivelmente faleceram por falta de assistência adequada nas primeiras horas do nascimento. Pela alta proporção de recém nascidos com Apgar muito baixo no primeiro minuto, com 40,5% de recém-nascidos com peso abaixo de 2.000g e destes, 27% abaixo de 1500g. estima-se que tenha havido necessidade de utilização imediata de equipamento de reanimação, havendo necessidade destes estarem disponíveis nas salas de parto e Centro Cirúrgico. Muitos desses casos provavelmente necessitaram de tecnologias adequadas de reanimação que se encontra em UTI e que o hospital não possui.

O volume de diagnósticos de Asfixia ao Nascer, de baixo Apgar no 1º minuto já citado anteriormente neste capítulo, assim como os de traumatismo no parto e de septicemia podem estar relacionados à uma inadequação das intervenções no período do parto e no tipo de parto. Pode estar havendo uma espera excessiva no trabalho de parto com uma inadequada avaliação do estado do feto. Uma outra hipótese é que parte desses neonatos deveriam ter nascido de uma cesariana. É possível também que parte desses partos não tenham tido um pediatra acompanhando. Isso pode significar possíveis problemas na disponibilidade de tecnologias para a avaliação no período pré-parto e embora durante o trabalho não tenha havido uma caracterização, em pormenores, dos profissionais, a melhoria da qualidade na assistência ao parto e ao neonato requer investimentos tanto em tecnologias como em recursos humanos.

Embora não tendo sido possível coletar informações sobre todos os nascimentos ocorridos no hospital e apesar dos dados terem se mostrado limitados em diversos momentos das análises, foi possível ter uma visão geral do perfil e do atendimento à parturiente e ao neonato. Essa é uma primeira aproximação do que possa estar acontecendo e esperamos de que sirva de direção e incentivo à organização e

suprimento do que se identificar como necessário, para que o hospital preste cada vez mais uma assistência de boa qualidade, para que ocorram cada vez menos eventos evitáveis.

Verificou-se que a performance de um serviço reflete em outros serviços, e as políticas de saúde pública devem ser construídas e revisadas com o intuito de reverter o quadro de mortalidade infantil em todos os seus componentes e para isso, há necessidade de envolvimento dos gestores, profissionais de saúde e da sociedade em geral.

9 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Solange Duarte de Mattos; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Atenção à saúde e mortalidade neonatal: estudo caso-controle realizado em Campinas, SP/ Health care and neonatal mortality. Rev. bras. epidemiol; 7(1): 22-35, mar. 2004.

ANGOLA. Relatório de seguimento das metas da cimeira mundial pela infância República de Angola, Governo de Unidade de Reconciliação Nacional. Dezembro de 2000.

ANGOLA. Decreto presidencial nº 262/10 que aprova a Política Nacional de Saúde. Diário da República, Angola, quarta-feira, 24 nov 2010. Série I- nº 222 .

ANGOLA. Decreto presidencial 21-B/92 que criou a Lei de base do Sistema Nacional de Saúde Angolano Diário da República. 1992

ASSIS, H.M.; Machado, C.J.; Rodrigues, R.N.R. Perfil da Mortalidade neonatal precoce: um estudo para uma maternidade pública de Belo Horizonte. Rev.Bras. epidemiologia. V. 11 n. 4 São Paulo dez. 2008 .

AYCAGUER, Luis Carlos Silva & DURAN MACHO, Esperanza. Mortalidad infantil y condiciones higienico-sociales en las Américas: un estudio de correlación. Rev. Saúde Pública [online]. 1990, vol.24, n.6, pp. 473-480. ISSN 0034-8910.

BANCO MUNDIAL. Projecto de Reforço dos Serviços Municipais de Saúde de Angola; missão de Apoio à Implementação 8 (2010). acessado aos 6/4/2011 as 15:h10m. <http://www.minsa.gov.ao/abrirDownload.aspx?tipo=3&bdcoamp1>

BARROS, A. J. D.; Matijasepevich, A.; Santos I. S.; Albernaz, E. P.; Victora, C. G. Mortalidade neonatal: descrição e efeito do hospital de nascimento apos ajuste de risco. Rev. Saúde Pública , 42 (1): 1-9 2008.

BETTIOL H, Barbieri MA, Silva AAM. Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010; 32(2):57-60.

CARVALHO, José Alberto Magno de and GARCIA, Ricardo Alexandrino. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2003, vol.19, n.3, pp. 725-733. ISSN 0102-311X.

CALDEIRA, A.P.; França, E.; Goulart, E.M.A. Mortalidade infantil pós-neonatal e qualidade da assistência médica: um estudo caso controle. *J Pediatr* (Rio de Janeiro); 77 (6): 461-8. 2001

CAMPOS, D.; Loschi, R. H.; FRANÇA, E. Mortalidade neonatal precoce hospitalar em um hospital de Minas Gerais : associação com variáveis assistenciais e a questão da subnotificação. *Rev. Bras. epidemiol.*v.10 n.2 São Paulo jun.2007.

CASTRO, Eveline C. M.; LEITE, Álvaro J. M.. Mortalidade hospitalar dos recém-nascidos com peso de nascimento menor ou igual a 1.500 g no município de Fortaleza. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 83, n. 1, Feb. 2007 .

CECILIO LCO, MERHY EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco; 2003. p. 197-210

COSTA CE, GOTLIEB SLD. Estudo epidemiológico do peso ao nascer a partir da Declaração de Nascido Vivo. *Rev Saúde Publica*. 1998;32(4):328-34.

DE LORENZI, Dino Roberto Soares; Tanaka, Ana Cristina d'Andretta; Bozzetti, Mari Clarisse; Ribas, Flávio Elias. A natimortalidade como indicador de saúde perinatal.*Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(1):141-146, jan-fev, 2001

FRANÇA & LANSKY , mortalidade infantil no Brasil, tendências e perspectivas, texto elaborado por solicitação da RIPSAs para o informe de Situação Demograficas e Saúde (Texto de apoio, texto 3)2008.

GIGLIO, Margareth Rocha Peixoto; LAMOUNIER, Joel Alves; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de and CESAR, Cibele Cominho. Baixo peso ao nascer em corte de

recém-nascidos em Goiânia-Brasil no ano de 2000. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]. 2005, vol.27, n.3, pp. 130-136.

GILL, Christopher J. and Gill, Gillian C. Nightingale in Scutari: Her Legacy Reexamined. Clinical Infectious Diseases 2005; 40:1799–805.

KASSAR, Samir B.; GURGEL, Ricardo Q. ; ALBUQUERQUE, Maria de Fátima M. de; BARBIERI, Marco A. ; LIMA, Marília de C. Peso ao nascer de recém-nascidos de mães adolescentes comparados com o de puérperas adultas jovens. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 5 (3): 293-299, jul. / set., 2005

KILSZTAIN; Lopes E S; Carmo, MSN; Reyes, AM de A. Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no estado de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Publica v.23 n.8 Rio de Janeiro ago.2007.

LAURENTI, Ruy & BUCHALLA, Cássia Maria. Indicadores da saúde materna e infantil: implicações da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 1(1), 1997.

MAGALHÃES, M. C.; Carvalho, M. S. atenção hospitalar perinatal e mortalidade neonatal no município de Juiz de Fora Minas Gerais. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Vol.3(3). Recife July/Sept.2003

MENEZES, Daniela C S. Caracterização dos riscos gestacionais e avaliação da adequação da internação hospitalar e peregrinação anteparto em uma amostra de puerperas do município do Rio de Janeiro 1999-2001. Rio de Janeiro, dissertação de mestrado apresentada e defendida em 2004 na ENSP/FIOCRUZ.

MINISTÉRIO DO PLANEAMENTO. Angola, objetivos do desenvolvimento do milênio 2005. Luanda, setembro de 2005.

MINISTÉRIO DO PLANEAMENTO. Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Relatório de Progresso 2005. Ministério do Planeamento, República de Angola e PNUD, 2005

NOVAIS, HM; Paganini, J,M. **Padrões de qualidade para hospitais** Brasil,1994.

Oportunidades para os recém nascidos em África. Acessado aos 13- 12 – 2009
<http://www.ent/pmnch/med/publication/oportunidades>

ORTIZ, LP. Agrupamento das causas evitáveis de mortes em menores de um ano segundo critérios de evitabilidade das doenças. São Paulo: Fundação SEADE;, 2000 mimeo.

ORTIZ, Luis Patricio & Oushiro, Deise Akiko. Perfil de mortalidade neonatal no estado de São Paulo. São Paulo em Perspectiva, v. 22, n. 1, p. 19-29, jan./jun. 2008

PEREIRA, PMH; Frias, PG; Vidal, SA; Figueira, JH. Mortalidade Neonatal Hospitalar na corte de nascidos vivos em maternidade escola na região Nordeste do Brazil (2006)

PEDROSA, L.D.C. O; Sarinho, S. W. Ordonho, M. A.R. Óbitos neonatais: por que e como informar. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2005; acessado aos 13.12 2009.

REGO, MAS; Anchieta, LM Assistência hospitalar ao recém-nascido. Secretaria de estado de saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte 1ª edição 2005

ROCHA, JSY; Ortiz, PC; Fung, YT. A incidência de cesárias e a remuneração da assistência ao parto. Caderno de Saúde Pública, R.J., 1 (4): 457- 466, ou/ dez, 1985.

SGROI, JCL. Relação de fatores de risco na gestação e peso ao nascer em crianças atendidas no Centro de Saúde Escola do Butantã, cidade de São Paulo/ 2008.

SILVA, ZP; Almeida, MF; Ortiz, LP; Alencar, GP; Alencar, AP; Schoeps, D Minuci, GE; Novais, HMD Característica dos nascidos vivos, das mães e mortalidade neonatal precoce na região Metropolitana de São Paulo, Brasil 2009.

TRAVASSOS, C.; Noronha, J. C. & Martins, M.. Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade: uma revisão. Ciência & Saúde Coletiva, 4(2):367-381, 1999.

UNICEF. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Acessado aos 6 de 4 2011 as 15.20.
<http://www.unicef.org/brazil/activites-9994.htm>

UNICEF. Brasil. Cuidados Primários de Saúde. **Relatório sobre Cuidados Primários de Saúde**, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasil, 1979.

<http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Angola/Angola%20MDG%202005%20port.pdf>
acessado em 23/04/2011

UNICEF. The state of the world's children 2006. Excluded and Invisible. New York 2005.

UNICEF. Situação Mundial da criança 2009. Saúde materna e neonatal New York, dez. 2008.

UNITED NATIONS. The Millennium Development Goals Report 2010.
<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%202010%20En%20r15%20-low%20res%2020100615%20-.pdf> acessado em 10/07/2010)

WEIRICH. C.F; Dominguis M.H.M.S. Mortalidade Neonatal um Desafio para os serviços de Saúde. Revista eletrônica de Enfermagem (on-line), Goiânia, V3, n.1, jan. - jun.2001, Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista>.

WHO. Family planning and fertility rate. Reproductive health. Western Pacific Region
http://www.wpro.who.int/sites/rph/data/family_planning.htm acessado em 10/07/2010

WHO. Neonatal and perinatal mortality : country, regional and global estimates. 2006 p.69. acessado em 10/07/2010
http://www.searo.who.int/LinkFiles/Making_Pregnancy_Safer_Neonatal_Perinatal_06.

WHO. Oportunidades para os Recém-nascidos em Africa. Dados práticos, políticas e apoios programáticos para a prestação de cuidados de saúde aos recém-nascidos em África. Editores: Joy Lawn, Save the Children, and Kate Kerber, Save the Children and

BASICS. WHO on behalf of The Partnership for Maternal Newborn and Child Health. 2008. 250p

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2008: primary health care now more than ever. Geneva, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>> Acesso em: 22 abr. 2011.

YAZLLE ROCHA, JS; ORTIZ, PC; FUNG, YT. A incidência de cesáreas e a remuneração da assistência ao parto. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1(4):457-466, out/dez, 1985.

YUNES, João; CAMPOS, Oswaldo; CARVALHO, Vera S. S. Assistência à infância, à adolescência e à maternidade no Brasil. Boletim Oficina Sanitária Panam., vol. 103, n° 1.1987

ANEXOS

ANEXO 1 Ficha clínica do neonato

HOSPITAL GERAL ESPECIALIZADO KILAMBA-KIAXI
BERÇARIO INTERNO

Dados R.N

Nº Registro: 1820 Nº Berço: Interno
 Data nascimento: 29/10/08 Hora: 10h
 Sexo: F M Nado morto: SIM NÃO
 Procedência: S.P. P.T.P T. Apgar: 1 min 8
 Peso: 7K 5 min 8
 Comprimento: _____ Idade gestação: 20 semanas
 P. craniano: _____
 FC: 120 Profilaxia ocular NÃO SIM
 FR: 40 Vitamina k intramuscular NÃO SIM
 Tª: 36.0c Desinfecção cordão umbilical NÃO SIM

Dados mãe

Nome da mãe: _____
 Partos anteriores: NÃO SIM
 Controle da gravidez feito: NÃO SIM
 Doenças infecciosas: NÃO SIM → Qual? _____
 Duração do parto: _____ horas
 Tempo de bolsa amniótica rota: _____ horas
 Temperatura da mãe: _____ °C
 Classe de parto: NATURAL CESARIANA
 Anestesia recebida: NÃO SIM → Geral Raquidiana

Tratamento recebido de urgência:

Ho Secagem e esterilização + oxigenio sufla-

Enfermeira, turno: Felicia

Alta Data: _____
 Óbito Data: 30/10/08
 Transfêrencia Data: _____

Diagnóstico principal final: _____
 Outros diagnósticos: _____

ANEXO 2 Partograma

REPÚBLICA DE ANGOLA

MINISTERIO DA SAÚDE

FICHA CLÍNICA DO PARTO

Unidade Sanitária: _____ Processo Nº: _____

Identificação **GRUPO SANGUÍNEO:**

*Nome: _____ *Idade: _____ Raça: _____
 Filiação: _____ e: _____
 Naturalidade: _____ Residência: _____ Município: _____
 Nome do Marido: _____ Local de trabalho: _____

***DATA DA ENTRADA:** ***HORA:** Assin: _____

Antecedentes Obstétricos

Se fez cons. Pré-Natal-Centro/Posto _____ Nº de consultas 1 2 ou mais
 Não fez Nº de consultas desconhecido

ARO: Não Sim Se for "Sim", A causa: _____

*Gravidez *Partos Nados M Filhos V Filhos M *Abortos Cesarianas Forceps Ventosas
 G P A

Data do último parto: Antecedentes de hemorragia: Não Sim

Data da última Menstruação: D.P.P.:

***Idade de Gestação:** **Semanas ou** **Meses;**

Complicação da Gravidez actual: Não Sim Qual? _____

QUEIXA PRINCIPAL: _____

Exame Físico Geral

Estado Geral: Bom Razoável Mau T.A.: Pulso: por min.
 Temperatura: °C Mucosas Coradas Descoradas _____
 Edemas: Não Sim (Cruzes) _____

Exame Obstétrico

PALPAÇÃO

Dinâmica Uterina Nº 10 min.

Qualidade das Contrações: Fraca Moderada Forte

Tonus Uterino: Hipertónico Normal

Polo: Móvel Encaixado

Plano: I II III IV

ALTURA UTERINA: cm; * F.C.F.: mim.

APRESENTAÇÃO: Cefalíca Pélvica Transversa Outra _____

DIAGNÓSTICO (preliminar) _____

TOQUE

COLO: Grosso Médio Fino

Dilatação:

B.A.: Integra (I)
 B.A. Rota: Dia Hora

Liquido amniótico: Claro (C)
 Meconial (M)
 Sanguinolento (S)
 Ausente (A)

Assin. _____

O PARTO		Dia: _____	Hora: _____
(Em parto gemelar)		Dia: _____	Hora: _____
Eutócico <input type="checkbox"/>	Distócico <input type="checkbox"/>	Cesariana <input type="checkbox"/>	
Cefálico <input type="checkbox"/>	Cefálico Vicioso <input type="checkbox"/>	Forceps <input type="checkbox"/>	
Pélvico <input type="checkbox"/>	Gemelar <input type="checkbox"/>	Ventosa <input type="checkbox"/>	
DEQUITADURA		Dia: _____	Hora: _____
Espontânea <input type="checkbox"/>	Por expressão <input type="checkbox"/>	Manual <input type="checkbox"/>	
Completa <input type="checkbox"/>	Incompleta <input type="checkbox"/>	Restos de membranas <input type="checkbox"/>	
HEMORRAGIA POST - PARTO			
Normal <input type="checkbox"/>	Abundante <input type="checkbox"/>	Transfusão <input type="text"/> ml	
ESTADO DO PERINEO			
Epsiotomia:	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	
Laceração:	Não <input type="checkbox"/>	1° <input type="checkbox"/>	2° <input type="checkbox"/>
			3° <input type="checkbox"/>
COLO - LACERAÇÃO: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>			

O RECÊM - NASCIDO		Raça: _____	
Sexo Masculino <input type="checkbox"/>	Feminino <input type="checkbox"/>	Peso <input type="text"/> grs	
APGAR 1° min <input type="text"/>	5° <input type="text"/>	Assinatura _____	
Em Parto gemelar G II Masc. <input type="checkbox"/>	Fem. <input type="checkbox"/>	Peso <input type="text"/> grs	
APGAR 1° min <input type="text"/>	5° <input type="text"/>	Assinatura: _____	
OBSERVAÇÕES DO BERÇÁRIO _____			

Profíaxia ocular: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>			
Vacinação: BCG <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Assinatura: _____			
Internado no Berçário: _____			

Diagnostico definitivo: _____			
ALTA RECÊM - NACIDO		DATA: <input type="text"/>	
Estado á saída: Normal <input type="checkbox"/> Falecida <input type="checkbox"/> Outra: _____			

ANEXO 3 Variáveis que serão coletadas dos prontuários do neonato e da mãe

DO NEONATO que foi a ÓBITO (**processos clínicos do RN**):

Dados do RN

Número de registo: n^o ausente

Data de nascimento

Hora do nascimento

Sexo M F

Peso ao nascer

Comprimento

Frequencia respiratória - FR

Frequencia cardiaca - FC

temperatura

Índice do Apgar

Procedência do neonato (sala de parto, Bloco Operatorio, sala das eclampsias)

Data de internação

Diagnóstico da internação (código e nome)

Outros diagnósticos (5 opções) (código e nome)

Diagnostico do Óbito (código e nome)

Data do óbito

Hora do Óbito

Outros diagnósticos (5 opções) (código e nome)

Classe (tipo) de parto (natural, cesariana)

Dados da mãe: (**ficha clínica do parto**)

Identificação

Número de registo (processo)

Bairro de moradia

Município de moradia

*Naturalidade

Idade da mãe

Data de entrada

*Hora da entrada

Grupo Sanguineo

Antecedentes Obstetricos

Realizou consulta de pré-natal (sim, não)

Número de consultas de pré-natal (1, 2 ou mais)

Onde realizou o pré-natal (posto, centro de saude ou hospital.hospital)

Alto risco obstétrico - ARO (sim, não). Se sim, causa do alto risco

Número de gestações

Número de partos

Número de nascidos mortos

Número de nascidos vivos

Número de filhos mortos

Data do último parto

Data da última menstruação
Idade da gestação (em semanas ou meses)
Complicação da gravidez atual (não, sim, qual _____)
Queixa principal (sintomas da mãe) (código e nome)

Exame Físico Geral

Estado geral (bom, razoável, mau)
Temperatura
Edemas (sim, não) cruces (máximo 4 cruces)
Tensão Arterial (TA)

Exame Obstétrico

Toque

Colo (grosso, médio, fino)
Dilatação (cm)
Bolsa Amniótica (íntegra, rota) Se rota (data)
Líquido amniótico (claro, meconial, sanguinolento, ausente)

Palpação

Dinâmica uterina () em 10 min
Qualidade das contrações: fraca, moderada, forte
Altura Uterina (cm)
Foco Fetal- FCF (mim)
Apresentação (cefálica, cefálico vicioso, pélvica, transversa, outra)
Diagnóstico preliminar (código e nome)

O Parto

Feto: único, Gemelar, múltiplo
Dia: hora: Dia: hora:
Tipo de parto: eutócico ou distócico. Forceps, ventosas, Cesariana.
Apresentação: cefálica, cefálico vicioso, pélvico, gemelar

Estado do Périneo

Episiotomia sim não
Laceração 1º 2º 3º

O recém-nascido

Raça, Sexo, Peso
Apgar 1º 5º

Em gemelar GII

Raça, Sexo, Peso
Apgar 1º 5º

Observações do berçário:

Vacinação: BCG Polio
Diagnóstico Definitivo (código e nome)
Internado no berçário
Diagnóstico definitivo

Alta do RECEM-NASCIDO

Data
Estado à saída: (normal, falecida, outra)

Alta da Mãe

Da sala de parto: bom, razoável, mau

TA (pressão arterial)

Alta definitiva

Data de saída

Estado à saída: normal, falecida, outra: _____

Diagnóstico definitivo (código e nome)