



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA – FIOCRUZ

Departamento de Métodos Quantitativos em Saúde

**CARACTERIZAÇÃO DOS RISCOS GESTACIONAIS E AVALIAÇÃO
DA ADEQUAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR E
PEREGRINAÇÃO ANTEPARTO EM UMA AMOSTRA DE PUÉRPERAS
NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO 1999-2001**

DANIELA CONTAGE SICCARDI MENEZES

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.
Curso de pós-graduação em Saúde Pública –
área de concentração em Epidemiologia – da
Escola Nacional de Saúde Pública

ORIENTADORA: Joyce Mendes de Andrade Schramm

CO-ORIENTADOR: Iúri da Costa Leite

Rio de Janeiro

2004

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA – FIOCRUZ

Departamento de Métodos Quantitativos em Saúde

**CARACTERIZAÇÃO DOS RISCOS GESTACIONAIS E AVALIAÇÃO
DA ADEQUAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR E
PEREGRINAÇÃO ANTEPARTO EM UMA AMOSTRA DE PUÉRPERAS
NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO 1999-2001**

DANIELA CONTAGE SICCARDI MENEZES

Banca:

Alexandre Baptista Trajano

Maria do Carmo Leal

Joyce Mendes de Andrade Schramm

Rio de Janeiro

2004

Àquelas que peregrinam.

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores, Joyce e Iuri, pelas sugestões e correções.

Aos professores do Departamento de Epidemiologia da ENSP, em especial Marília e Rosalina, pelos ensinamentos e exemplo.

Aos professores Alexandre Trajano e Luiz Antonio Camacho pelas sugestões na fase de qualificação.

Aos professores Maria do Carmo Leal, Alexandre Trajano, Marcos Vianna e Marina Noronha por aceitarem fazer parte da banca.

À professora Maria do Carmo Leal pela cessão do banco de dados.

À Cynthia Braga pela boa vontade e disponibilidade em ajudar e tirar dúvidas.

Às tias, tios, primos e avó pela torcida.

À Claudia e Roberta pelo incentivo, apoio e amizade.

À Bernardo, sobrinho querido, pelas correções.

À D. Dora, segunda mãe, pela hospitalidade, despreendimento e carinho.

À Juliana e Ana Paula, irmãs e amigas, pelo compartilhar das nossas histórias.

À meus pais pelo investimento de toda uma vida. Também pelo amor inabalável, pelas palavras de incentivo e pela incansável disponibilidade em ajudar.

À Leonardo, companheiro de vida, pela cumplicidade.

À Júlia e Luísa, alegria de viver.

À Deus pelo capacitar, orientar, ouvir e ajudar.

*Da relativa igualdade
Democracia? É dar à todos o mesmo ponto de partida ...
Mário Quintana*

RESUMO

O objeto de pesquisa deste estudo está relacionado à qualidade da atenção à saúde da mulher no momento do parto, com enfoque particular na análise da adequação das internações e acesso aos serviços de saúde, em uma amostra de puérperas no município do Rio de Janeiro.

Na primeira parte da pesquisa, foi sugerida uma classificação de risco obstétrico considerando apenas fatores determinantes para o risco no momento da internação (“risco na internação”). A análise da adequação da internação, avaliada pelo risco obstétrico e tipo de maternidade onde a paciente foi internada (com ou sem unidade de tratamento intensivo neonatal - UTI), evidenciou importante “superutilização” dos serviços, além de grande proporção de pacientes de alto risco internadas em maternidades de baixa complexidade. A categoria alto risco/adequado foi a que apresentou as maiores proporções de óbito perinatal, peso ao nascer inferior a 1500g e índice de Apgar menor do que 7 no 5º minuto.

Na segunda parte, foi avaliada a busca pelos serviços de saúde no momento do parto. Foi observado que uma fração importante de pacientes buscam assistência em pelo menos mais de um hospital, não sendo raro pacientes peregrinarem por 3 ou mais unidades. Vale ressaltar que apenas 1/5 destas pacientes é transferida de ambulância. Parturientes residentes em regiões mais pobres, ou com fetos com peso inferior a 2500g, peregrinam mais do que as demais. Idade menor do que 17 anos, cor negra ou parda e residência em local onde o lixo não é recolhido também mostraram associação significativa.

Palavras chave: risco obstétrico, peregrinação, assistência ao parto, acesso aos serviços de saúde, desigualdades.

ABSTRACT

The aim of this study is an analysis of the quality of attention to women's health while giving birth, with emphasis on evaluating adequacy and access to health services in a sample of postpartum women in the city of Rio de Janeiro.

The first part of the research proposed a classification for obstetric risk considering only the factors that determine risk during hospital admission ("admission risk"). The analysis of the adequacy of the hospitalizations, based on obstetric risk and hospital complexity, demonstrated important "superutilization" of services and a large proportion of high-risk patients admitted to low-risk maternities. Perinatal death, birth weight less than 1500g and Apgar score less than 7 in the 5^o minute were more common in the high risk/adequate group.

In the second part, the antenatal search for health services was evaluated. It was observed that a significant percentage of patients have to search for services in more than one hospital, not uncommonly in 3 or more. It is important to consider that only 1/5 of these patients are transferred by ambulance. Women who live in poor areas or who are giving birth to children weighing less than 2500g peregrinate more than others. Dark-skinned women, patients of maternal age of less than 17 years and residents of places where garbage is not picked up also demonstrated a significant association.

Key words: obstetric risk, antenatal transfer, birth care, access to health services, inequalities.

SUMÁRIO

	Página
1. Introdução	
1.1 Considerações Iniciais	1
1.2 Avaliação do Risco Obstétrico	2
1.3 Acesso aos Serviços de Saúde X Desigualdades	5
1.4 Estudo da Morbi-Mortalidade e da Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro	7
2. Artigo 1 - Caracterização dos riscos gestacionais e avaliação da adequação da internação hospitalar numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, 1999-2001	10
3. Artigo 2 - Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, 1999-2001	29
4. Considerações Finais	46
5. Referências Bibliográficas	49
6. Anexo – Questionários	53

LISTA DE TABELAS

Artigo 1	Página
Tabela 1 – Avaliação do risco obstétrico na internação, óbitos perinatais e índice de Apgar < 7 no 5º minuto numa amostra de puérperas, município do Rio de Janeiro, 1999-2001	25
Tabela 2 – Razão de chances dos fatores associados ao risco na internação numa amostra de puérperas, município do Rio de Janeiro, 1999-2001	25
Tabela 3 - Avaliação do risco gestacional e adequação da internação hospitalar numa amostra de puérperas, município do Rio de Janeiro, 1999-2001	25
Tabela 4 - Distribuição dos óbitos neonatais precoces e peso ao nascer entre os recém-nascidos de pacientes de alto risco, de uma amostra de puérperas, município do Rio de Janeiro, 1999-2001	26
Artigo 2	
Tabela 1 – Motivo de escolha da maternidade, numa amostra de puérperas do município do Rio de Janeiro, 1999-2001	42
Tabela 2 – Motivo de escolha da maternidade entre as pacientes que buscaram assistência em mais de um estabelecimento, numa amostra de puérperas do município do Rio de Janeiro, 1999-2001	42
Tabela 3 – Razão de chances dos fatores associados à peregrinação anteparto, numa amostra de puérperas do município do Rio de Janeiro, 1999-2001	43

INTRODUÇÃO

1.1 Considerações Iniciais

A gravidez é um evento fisiológico que faz parte da vida de um grande número de mulheres. Toda gravidez, no entanto, apresenta um risco potencial não somente à saúde da gestante, mas também à de seu filho (MS, 2000). Felizmente, na maioria das vezes esse risco é pequeno, e gestações e nascimentos acontecem sem maiores intercorrências.

Existe entretanto, um número de gestantes que devido à características pré-existentes, adquiridas ou próprias da gravidez, apresenta uma maior probabilidade de evoluir de forma desfavorável. Pode-se então definir gestação de alto risco como “aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou feto e/ou recém-nascido, têm maiores chances de ser atingida do que as da média da população considerada” (Caldeyro-Barcia, 1973). Discriminar estas pacientes não é uma tarefa simples. Historicamente, sabemos que o ponto de partida para esta avaliação não foram as gestantes, e sim os recém-nascidos de prognóstico reservado provenientes de gestações complicadas (Berendes, 1966).

Em 1958, na Inglaterra, foi iniciado um estudo prospectivo para identificar fatores responsáveis pela morbidade e mortalidade neonatal (Butler e Bonham, 1963). Foi estabelecido o conceito de conceito de risco, mas não foi possível identificar mais do que metade das crianças que iriam evoluir com deficiências, pois a avaliação de fatores pré-natais e intra-parto era vaga e insatisfatória, o que comprometia a avaliação do prognóstico neonatal.

Apenas no final da década de 60, com a compreensão de que não é possível uma avaliação adequada dos fatores relacionados ao mau prognóstico neonatal sem um estudo pormenorizado dos fatores relacionados à mãe, gestação e parto, é que houve um incremento no conhecimento do alto risco obstétrico. A partir de então, critérios de

risco, escores, e índices têm sido construídos com a finalidade de identificar grupos de gestantes com maior chance de evoluir desfavoravelmente (OMS, 1996). Esta abordagem de risco baseia-se no fato de que nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de adoecer e morrer, e que alguns pacientes necessitam de mais cuidados do que outros (MS,2000). Compreender essa visão do processo saúde-doença, e identificar os diferentes “graus de risco de adoecer” é de extrema importância para que possamos direcionar os recursos e tecnologias de forma racional.

1.2 Avaliação do Risco Obstétrico

Em 1973, Hobel et al., demonstram que a avaliação de risco deve ser contínua, e que o risco obstétrico de uma gestante pode ser modificado a qualquer momento da gestação e/ou parto. É proposta uma avaliação de risco para o pré-natal e outra para o momento do parto. Foi então observado que algumas pacientes de alto risco podem evoluir sem maiores intercorrências no parto, e que estas apresentam um risco neonatal apenas um pouco mais elevado do que o grupo de pacientes de baixo risco. Entretanto, aproximadamente 1/3 das pacientes classificadas como baixo risco durante a gestação foram classificadas como alto risco no momento do parto, não tendo havido diferença estatisticamente significativa em relação ao risco neonatal entre estas e o grupo de gestantes de alto risco tanto no pré-natal quanto no momento do parto. Este achado reforça a importância do período intra-parto como determinante da morbidade e mortalidade neonatal (Hobel et al., 1973, 1979).

No final da década de 70 é estabelecida a necessidade de individualização dos critérios de risco de acordo com a população em estudo, uma vez que certas características são mais frequentes em determinados ambientes do que em outros (Sokol et al., 1977; Baruffi et al., 1984). Deve-se considerar a existência de fatores protetores, como boa nutrição e condições de higiene adequadas, e fatores de risco, que podem ser

ambientais, biológicos ou sócio-econômicos. A interação entre os fatores de risco e os fatores protetores determina o risco gestacional de uma gestante (Rocha, 2004).

No Brasil, temos uma classificação de risco publicada pelo Ministério da Saúde (MS, 2000), onde os fatores de risco na gravidez são divididos em quatro categorias distintas. São elas: (1) características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis, (2) história reprodutiva anterior, (3) doença obstétrica na gravidez atual e (4) intercorrências clínicas. Os fatores de risco estão descritos no quadro 1.

Vale ressaltar que alguns fatores de risco estão mais associados à desfechos desfavoráveis do que outros, e que por esta razão, a avaliação dos riscos gestacionais deveria utilizar sistemas ponderados, onde a contribuição de cada variável fosse mensurada através dos cálculos de seus riscos relativos (Rocha, 2004). Fatores como paridade e altura materna, por exemplo, tem baixa especificidade, fazendo com que muitos partos não complicados sejam rotulados como de alto risco (OMS, 1996). Ou seja, a utilização de critérios de risco muito abrangentes, faz com que uma fração importante de gestantes seja classificada como “de risco”, gerando além de um alto nível de intervenção no parto, uma “superutilização” dos hospitais de maior complexidade. Estes ficam sobrecarregados com pacientes de “alto risco”, em prejuízo da assistência de pacientes com risco real no momento do parto (OMS, 1996).

Em contrapartida, a classificação de pacientes no grupo de baixo risco trouxe uma falsa impressão de que tratava-se de pacientes “sem risco”, gerando uma certa negligência na assistência a este grupo (Wilson e Schiffrin, 1980; Costa, 2004). Vale lembrar que as urgências e complicações obstétricas ocorrem tanto no grupo de pacientes de alto como baixo risco (Groot et al., 1993), sendo apenas menos frequentes neste último, e que, o pronto reconhecimento e tratamento de tais complicações determina o desfecho materno e neonatal (Pittrof, 1997). Nenhum escore ou classificação de risco existente é capaz de prever complicações graves do trabalho de

parto, parto e puerpério imediato, portanto todo local que presta assistência ao parto deveria ter condições para resolução imediata de tais urgências (Costa, 2004).

Quadro 1 – Fatores de risco na gravidez

Características Individuais e Condições Sócio-Demográficas Desfavoráveis

Idade < 17 e > 35 anos

Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse

Situação conjugal insegura

Baixa escolaridade

Condições ambientais desfavoráveis

Altura < 1,45m

Peso < 45 e > 75Kg

Dependência de drogas lícitas ou ilícitas

História Reprodutiva Anterior

Morte perinatal explicada e inexplicada

Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado

Abortamento habitual

Esterilidade e/ou infertilidade

Intervalo interpartal < 2 ou > 5 anos

Nuliparidade e multiparidade

Síndrome hemorrágica ou hipertensiva

Cirurgia uterina anterior

Doença Obstétrica na Gravidez Atual

Desvio quanto ao crescimento uterino, nº de fetos e volume de líquido amniótico

Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada

Ganho ponderal inadequado

Pré-eclâmpsia e eclâmpsia

Diabetes gestacional

Amniorrexe prematura

Hemorragias da gestação

Aloimunização

Intercorrências Clínicas

Hipertensão arterial

Nefropatias

Doenças infecciosas

Doenças autoimunes

Ginecopatias

Hemopatias

Epilepsia

Endocrinopatias

Pneumopatias

Cardiopatias

Fonte: MS, 2000

É difícil obter números exatos sobre o desempenho dos escores de risco, porém sabe-se que é possível fazer uma discriminação razoável entre gestações de alto e baixo

risco (OMS, 1996). A perseverança em desenvolver instrumentos capazes de discriminá-las é justificada pelo impacto observado na saúde de gestantes e neonatos de risco quando estes são atendidos em unidades com tecnologias e recursos adequados às suas necessidades.

Um estudo que avaliou os aspectos da qualidade da atenção em relação à mortalidade neonatal no Rio de Janeiro verificou que 27% dos óbitos neonatais poderiam ser evitados através de um acompanhamento adequado durante a gravidez e boa qualidade de assistência ao parto (Carvalho, 1993). Desta forma podemos compreender que somente faz sentido nos preocuparmos em identificar as gestações de alto risco, na medida que exista um sistema de referência eficaz e um atendimento obstétrico de qualidade, (Jahn et al., 2000) adequado às necessidades de cada binômio mãe/feto.

1.3 Acesso aos Serviços de Saúde X Desigualdades

Na avaliação dos critérios para seleção de mulheres com alto risco obstétrico, deve-se considerar além dos fatores de risco locais, os recursos disponíveis para a população em questão (OMS, 1996). Sabe-se que, segundo a ‘lei de assistência inversa’, “a disponibilidade de bons serviços médicos tende a ser inversamente proporcional às necessidades da população atendida” (Hart, 1971). Em Pelotas (RS), dois estudos de coorte demonstraram que os grupos de menor renda familiar são os que apresentam os piores desfechos gestacionais. Nestes grupos, a assistência pré-natal foi pior e os cuidados no trabalho de parto de menor qualidade. Para agravar a situação, quando as mulheres foram estratificadas por níveis de risco gestacional, as mulheres de maior risco obstétrico foram proporcionalmente as que receberam menos cuidados pré-natais, que apresentaram a menor média de consultas e que procuraram a assistência médica mais tardiamente. Ainda, em relação à assistência durante o trabalho de parto, os cuidados

menos adequados foram dedicados às mulheres mais pobres e de maior risco (Costa, et al., 1996; Barros et al., 1996).

No município do Rio de Janeiro a desigualdade na oferta dos serviços também é marcante. Há um déficit de leitos nas regiões mais periféricas, além da existência de municípios próximos sem uma rede adequada de serviços de saúde (Gomes, 1995). Tal fato gera um fluxo de gestantes ligando parturientes das regiões mais pobres da cidade (Zona Oeste) às regiões mais ricas, onde há maior oferta e melhores serviços de saúde. Assim sendo, parturientes residentes em determinadas regiões do município têm que percorrer grandes distâncias por ocasião do parto (Campos e Carvalho, 2000) em busca de atendimento obstétrico (peregrinação anteparto). A situação agrava-se ainda mais quando se trata de gestantes de risco, uma vez que além da desigualdade na distribuição dos leitos, não existe um sistema hierarquizado de referência para o alto risco (CREMERJ, 1998).

Fica evidente que os fatores sócio-econômicos e demográficos exercem uma importante influência na determinação do acesso aos serviços de saúde. É formado um gradiente sócio-econômico em saúde, deixando as classes menos favorecidas sempre em desvantagem em relação às classes mais ricas (Andrade et al., 2004). Sabe-se que dentro da avaliação da qualidade dos serviços de saúde estão incluídos os conceitos de equidade, acesso e adequação. Ou seja, é necessário que os serviços estejam distribuídos de acordo com as necessidades da população e que os obstáculos à utilização destes sejam removidos, havendo equilíbrio entre as necessidades e a demanda da população (Vuori, 1991).

Entre os obstáculos enfrentados pelas parturientes no momento do parto deve-se assinalar: deficiência de leitos obstétricos (Gomes, 1995), desigualdade na distribuição dos serviços no município, falta de integração entre o pré-natal e o parto (Campos e Carvalho, 2000), falta de uma rede hierarquizada para referência do alto risco

(CREMERJ, 1998), déficit no número de leitos de unidade intensiva (UTI) e intermediária (UI) neonatal (Leal e Viacava, 2002), além de um sistema ineficaz de transporte e comunicação entre as unidades.

Em relação à adequação, sabe-se que o objetivo principal de um sistema de referenciamento é justamente garantir que as pacientes sejam tratadas em locais adequados, de forma eficaz, a um custo mínimo. Ou seja, num sistema hierarquizado, as taxas de “superutilização” e “subutilização” dos serviços devem ser reduzidas, uma vez que para que haja uma distribuição adequada de recursos e tecnologias, é fundamental que as unidades de maior complexidade hospitalar não estejam lotadas com pacientes de baixo risco (“superutilização”), pois além do maior custo, haverá prejuízo na prestação de serviços para o alto risco (“subutilização”) (Stefanini, 1999; Murray et al., 2001).

1.4 Estudo da Morbi-Mortalidade e da Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro

O presente trabalho utiliza as informações coletadas no *Estudo da Morbi-Mortalidade e da Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro, 1999-2001*. Tal estudo foi realizado em convênio entre a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fiocruz, e a Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro (SMS-RJ), com o objetivo de conhecer melhor os determinantes da morbi-mortalidade no município do Rio de Janeiro, buscando traçar o perfil da clientela e das práticas utilizadas, além de avaliar os processos e serviços de atenção ao parto.

Para tal, os estabelecimentos de saúde foram agrupados em três estratos, segundo a proporção de baixo peso ao nascer: (1) estabelecimentos municipais e federais; (2) estabelecimentos privados conveniados com o SUS, militares, estaduais e filantrópicos; (3) estabelecimentos privados. Todas as maternidades públicas,

conveniadas ao SUS e militares foram incluídas, excetuando-se apenas aquelas que tiveram menos de 35 partos no ano de 1997, o que corresponde à 0,88 dos partos ocorridos no município naquele ano. No total, foram selecionadas 47 maternidades, sendo 12 no primeiro estrato, 10 no segundo e 25 no terceiro.

O tamanho da amostra em cada estrato foi estabelecido com o objetivo de comparar proporções em amostras iguais no nível de significância de 5%, e detectar diferenças de pelo menos 3%, com poder de teste de 90%. O tamanho calculado foi de 3282 puéperas. Considerando-se a possibilidade de perdas, o total estabelecido em cada estrato foi de 3500 puérperas. Ao final da pesquisa foram realizadas 10072 entrevistas, no período compreendido entre julho de 1999 e fevereiro de 2001 (Leal et al., 2004a).

Foram utilizados três tipos de questionários para coleta dos dados (Anexo). O primeiro, aplicado à mãe no pós-parto imediato, incluiu informações relativas à identificação materna e paterna, escolaridade e renda, local e condições de moradia, informações sobre a gestação, antecedentes obstétricos, dados antropométricos maternos, assistência pré-natal, enfermidades e uso de medicamentos na gestação, trabalho de parto e avaliação da assistência prestada à mãe e ao recém-nascido. No segundo, foram consideradas informações preenchidas a partir de dados do prontuário médico, avaliando questões relacionadas ao pré-natal, admissão, pré-parto e parto, medicamentos e intervenções realizadas, além de evolução da puépera e recém-nascido. O terceiro questionário levantava informações sobre as condições de alta ou óbito do concepto. Em uma amostra aleatória de 2,5% das mães entrevistadas foi feita, pelos supervisores de campo, uma replicação de um questionário resumido, a fim de avaliar a qualidade da entrevista (Leal et al., 2004a).

A qualidade das informações coletadas foi avaliada através da análise da confiabilidade interobservador e concordância das informações. Foi demonstrada uma

alta confiabilidade interobservador, bem como entre as diferentes fontes de informação utilizadas - puérpera e prontuário (Campos et al., 2004).

O presente trabalho trata da avaliação dos serviços de assistência ao parto, particularmente através da análise da adequação da internação hospitalar entre pacientes de alto e baixo risco e acesso aos serviços. São consideradas apenas as pacientes atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

No primeiro artigo é proposta uma classificação do risco obstétrico para o momento da internação hospitalar (“risco na internação”), através da modificação dos critérios do Ministério da Saúde, e inclusão apenas de fatores determinantes para o nascimento em maternidade de alta complexidade. A adequação da internação é determinada através da correlação entre o risco obstétrico e o grau de complexidade hospitalar da maternidade onde a paciente foi internada. São formados quatro grupos distintos: baixo risco/ adequado, baixo risco/inadequado, alto risco/adequado e alto risco/inadequado. É avaliada a distribuição dos óbitos perinatais, índice de Apgar menor do que 7 no 5º minuto e peso ao nascer nestes quatro grupos.

No segundo artigo é considerada a proporção de parturientes que buscam assistência ao parto em mais de uma maternidade, com contabilização do número de maternidades percorridas e meio de transporte utilizado. É avaliada a associação desta “peregrinação anteparto” com características sócio-demográficas, assistência pré-natal e condições materno-fetais.

***Caracterização dos riscos gestacionais e avaliação da
adequação da internação hospitalar numa amostra de
puérperas no Município do Rio de Janeiro.***

Daniela Contage Siccardi MENEZES

Joyce Mendes Andrade SCHRAMM

Iúri da Costa LEITE

RESUMO

Este estudo propõe uma classificação para avaliação do risco obstétrico no momento da internação hospitalar (“risco na internação”), visando uma melhor identificação das pacientes que necessitam referência para maternidades de alta complexidade no momento do parto. É também avaliada a adequação da internação hospitalar através da análise do risco na internação e grau de complexidade hospitalar da maternidade onde a paciente foi internada. Foi observado que o baixo peso ao nascer (menor do que 1500g) favoreceu a adequação da internação hospitalar, sendo o percentual de recém-nascidos menores de 1500g nascidos em maternidades com unidade de tratamento intensivo neonatal (UTI) semelhante ao encontrado em países desenvolvidos.

Palavras-Chave: risco obstétrico, adequação, acesso aos serviços de saúde, mortalidade neonatal.

ABSTRACT

This study proposes a classification for obstetric risk evaluation during hospital admission (“admission risk”), for a better identification of women who need to be transferred to perinatal reference centres. The analysis of the adequacy of the hospitalizations, based on obstetric risk and hospital complexity is also evaluated. The adequacy of hospitalizations was associated with low birth weight (1500g), and the ratio of neonates with very low birth weight (< 1500g) born in hospitals with neonatal intensive care was similar to that found in developed countries

Key-Words: obstetric risk, adequacy, access to health services, neonatal mortality.

1. INTRODUÇÃO

Há muito tempo existe a preocupação em identificar grupos de gestantes cuja gravidez apresente maior probabilidade de evoluir desfavoravelmente (Nesbbit e Aubry, 1969; Hobel et al., 1973). Essa abordagem de risco, baseia-se no fato de que nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de adoecer, e que essa diferença estabelece um gradiente de necessidades de cuidados (MS, 2000). Ou seja, algumas gestantes necessitam de mais cuidados do que outras. Discriminar esse grupo de pacientes não é tarefa simples, e com este objetivo foram desenvolvidos vários índices, escores e critérios de risco (Sokol et al., 1977; Hobel et al., 1979; Whitfield et al., 1986; Baruffi et al., 1984; Halliday et al., 1980; OMS, 1996).

Idealmente, a identificação do risco gestacional deveria utilizar sistemas ponderados, onde a contribuição de cada variável na determinação do risco fosse mensurada através do cálculo dos seus riscos relativos, já que nem todas as condições clínicas adversas contribuem da mesma forma na determinação do risco. No entanto, os escores de risco atualmente existentes são complexos, de difícil aplicação prática (Rocha, 2004). Assim sendo, ainda hoje identificamos o risco gestacional através de listagens de condições adversas, método simples e de fácil utilização, porém com limitações, por considerar todas as condições igualmente associadas ao mau prognóstico da gestação. Vale ainda ressaltar que risco não é certeza e sim probabilidade, e que as condições biológicas adversas que agravam o prognóstico gestacional, certamente são influenciadas por questões sócio-econômicas, individuais e demográficas (Costa et al., 1996).

Classificar as gestantes em alto ou baixo risco tem portanto como objetivo principal o encaminhamento das pacientes de risco para um centro de referência, com atendimento especializado e maior acesso à tecnologias e recursos, adequados às suas necessidades. Para o bom funcionamento de um sistema de referenciamento são

necessários alguns pré-requisitos como: protocolos para a identificação dos casos complicados e equipe treinada em usá-los, sistema eficaz de transporte e comunicação, sistema de informações unificado, além de um centro de referências equipado (OMS, 1992; Jahn et al., 2000; Mcguire et al., 1996).

Em 1998, o Ministério da Saúde criou mecanismos de apoio para a implementação dos “Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar à Gestante de Alto Risco”, visando a organização e consolidação de sistemas de referência para o atendimento destas mulheres, através do credenciamento de unidades de referência secundária e terciária. Este programa visa incentivar o atendimento de pacientes de risco através de um maior repasse financeiro às unidades credenciadas, além da criação de centrais de vagas, aquisição de equipamentos médico-hospitalares, e ampliação de leitos de unidades de tratamento intensivo (UTI) neonatal, pediátrico, de adultos, e de berçário intermediário (MS, 2001). No estado do Rio de Janeiro, 21 maternidades foram inseridas neste programa, sendo que 8 estão localizadas no interior, 4 na região metropolitana e 9 no município do Rio de Janeiro.

Em 2000, o Ministério da Saúde criou o “Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento” visando garantir a melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e puerpério, e assistência neonatal (portarias 569, 570, 571 e 572, MS, 2000). Entre os objetivos do programa está incluído garantir o acesso aos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, referenciando as gestantes de risco. O programa regulamenta a criação de “Centrais de Regulação e Sistemas de Transporte Inter-Hospitalares”, com implementação de centrais de regulação obstétrica e neonatal em níveis estadual e municipal.

Os objetivos deste estudo incluem: classificar as pacientes de acordo com o risco obstétrico apresentado no momento da internação hospitalar por ocasião do parto; relacionar o risco obstétrico com o nível de complexidade hospitalar onde a mesma foi

internada, avaliando assim a adequação da internação hospitalar na amostra; avaliar a mortalidade perinatal, distribuição de peso ao nascer e proporção de índice de Apgar menor do que 7 no 5º minuto no grupo de pacientes de alto e baixo risco internadas em hospitais de maior e menor complexidade; determinar os fatores sócio-demográficos e reprodutivos mais associados à inadequação da internação entre mulheres de alto e baixo risco.

MATERIAL E MÉTODOS

Fonte de dados

O presente estudo utilizou como fonte de dados as informações coletadas no *Estudo da Morbi-Mortalidade e da Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro*, cuja amostragem foi realizada em dois estágios. Inicialmente foram selecionados os estabelecimentos de saúde e posteriormente uma amostra de puérperas dentro de cada estabelecimento.

As maternidades foram estratificadas segundo o risco neonatal (proporção de recém-nascidos com peso <2500g), tendo sido formados três estratos. O primeiro estrato com 12 maternidades públicas, municipais e federais; o segundo com 10 maternidades conveniadas com o SUS, filantrópicas, militares, estaduais e universitárias; e, o terceiro estrato composto por 25 maternidades privadas. O número de puérperas por estabelecimento foi determinado com a fração amostral de 10% em relação ao número total de nascidos vivos, com base no Sistema de Informação de Nascimentos (SINASC)/Município do Rio de Janeiro de 1997. A amostra final foi composta de 10072 observações (Leal et al., 2004; Campos et al., 2004).

Neste estudo foram utilizadas apenas as informações referentes às pacientes atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS). Foram excluídas as pacientes cujo feto pesou menos de 500g e/ou apresentavam idade gestacional inferior à 22 semanas, pois

constituem casos de abortos, conforme definição da Organização Mundial de Saúde (Rezende et al., 1995). Não foram consideradas as pacientes com gestação múltipla. Ao final deste processo foram avaliadas 6652 mulheres, internadas em maternidades do município do Rio de Janeiro por ocasião do parto, que utilizaram os serviços do SUS.

Instrumentos de coleta de dados utilizados

As informações foram obtidas através de três tipos de questionários. O primeiro (“Questionário para a mãe na maternidade”) foi aplicado à mãe no puerpério imediato, o segundo (“Prontuário Hospitalar da Mãe”) preenchido a partir de dados do prontuário médico, e o terceiro (“Prontuário Hospitalar da Mãe e RN-Resumo de Alta/Óbito”) incluiu informações sobre as condições de alta ou óbito da mãe e recém-nascido. Em uma amostra aleatória de 3% das mães entrevistadas foi realizada, pelos supervisores de campo, uma replicação dos prontuários preenchidos previamente para avaliar a confiabilidade dos entrevistadores (Leal et al., 2004; Campos et al., 2004).

Classificação das pacientes de risco

Neste estudo, o risco obstétrico (“risco na internação”) foi definido pela presença de pelo menos uma condição clínica/obstétrica, que, se presente no momento do parto, indique necessidade de internação em maternidade de maior complexidade. Utilizando-se como base os critérios de classificação de gestantes de risco do Ministério da Saúde (Quadro 1), foram portanto excluídas as características sócio-demográficas e relacionadas ao passado obstétrico. Após discussão com dois especialistas em gestação de alto risco, decidiu-se ainda excluir: gravidez prolongada, gemelaridade, ganho ponderal inadequado e amniorrexe prematura em pacientes a termo. Todas as outras características foram incluídas, exceto desvio quanto ao crescimento uterino e volume

de líquido amniótico, que não puderam ser incluídos por falta de informação no banco de dados.

Quadro 1 – Critérios para classificação de gestantes de risco

Características Individuais e Condições Sócio-Demográficas Desfavoráveis

Idade < 17 e > 35 anos

Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse

Situação conjugal insegura

Baixa escolaridade

Condições ambientais desfavoráveis

Altura < 1,45m

Peso < 45 e > 75Kg

Dependência de drogas lícitas ou ilícitas

História Reprodutiva Anterior

Morte perinatal explicada e inexplicada

Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado

Abortamento habitual

Esterilidade e/ou infertilidade

Intervalo interpartal < 2 ou > 5 anos

Nuliparidade e multiparidade

Síndrome hemorrágica ou hipertensiva

Cirurgia uterina anterior

Doença Obstétrica na Gravidez Atual

Desvio quanto ao crescimento uterino, nº de fetos e volume de líquido amniótico

Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada

Ganho ponderal inadequado

Pré-eclâmpsia e eclâmpsia

Diabetes gestacional

Amniorrexe prematura

Hemorragias da gestação

Aloimunização

Intercorrências Clínicas

Hipertensão arterial

Nefropatias

Doenças infecciosas

Doenças autoimunes

Ginecopatias

Hemopatias

Epilepsia

Endocrinopatias

Pneumopatias

Cardiopatias

Fonte: MS, 2000

Adequação da internação hospitalar

A adequação da internação hospitalar foi avaliada levando-se em consideração o risco obstétrico na internação e o grau de complexidade hospitalar. As 19 maternidades analisadas foram classificadas em dois níveis, segundo a presença ou não de UTI neonatal. Neste contexto, foram formados 4 grupos distintos: 1) pacientes de baixo risco internadas em maternidades sem UTI neonatal (BAIXO RISCO/ADEQUADO); 2) pacientes de alto risco internadas em maternidades com UTI neonatal (ALTO RISCO/ADEQUADO); 3) pacientes de baixo risco internadas em maternidades com UTI neonatal (BAIXO RISCO/INADEQUADO); e 4) pacientes de alto risco internadas em maternidades sem UTI neonatal (ALTO RISCO/INADEQUADO). Vale ressaltar que as pacientes do grupo 3 foram classificadas como inadequadas apenas por “superutilizar” os serviços, ou seja, utilizaram um leito especializado quando não havia risco para tal. No entanto, a inadequação referente ao grupo 4 é grave, uma vez que estas necessitavam de leito especializado/UTI neonatal não disponível nos hospitais onde foram internadas (Stefanini, 1999; Murray et al., 2001).

Foi avaliada a proporção de índice de Apgar menor do que 7 no 5º minuto, óbito perinatal e peso ao nascer menor do que 1500g nos quatro grupos de risco/adequação. O índice de Apgar menor do que 7 no 5º minuto foi utilizado como indicador de asfíxia moderada/grave do recém-nascido. Os óbitos perinatais compreenderam os óbitos fetais e os óbitos neonatais precoces. Foi avaliado o nível de associação destas variáveis com o risco/adequação. Esta associação foi estabelecida por meio da razão de chance.

Foram ainda implementados dois modelos de regressão logística para avaliar a associação da adequação com características sócio-demográficas e passado obstétrico. Foram consideradas separadamente as pacientes de alto e baixo risco. As variáveis utilizadas nestas análises foram: idade materna (menor que 17 anos, 17-35, maior que 35 anos), união estável (sim/não), escolaridade (≤ 4 anos de estudo e 5 ou mais), peso

materno antes da gestação menor do que 45Kg ou maior do que 75 Kg (sim/não), uso de drogas lícitas (fumo) e ilícitas (sim/não), morte perinatal explicada e inexplicada em gestação anterior (sim/não), prematuridade prévia (sim/não), abortamento habitual (menos que 3 abortos espontâneos, 3 ou mais abortos espontâneos) e número de filhos (0, 1-3, 4 ou mais). Todas as variáveis significativas ao nível de 25% na análise univariada foram incluídas no modelo multivariado (Hosmer e Lemeshow, 2000), no qual foram selecionadas apenas as variáveis estatisticamente significativas ao nível de 5%.

Foi utilizada na análise deste estudo o pacote estatístico SPSS 10.0.

RESULTADOS

Das 6652 mulheres estudadas, 1872 (28,1%) e 4780 (71,9%) foram classificadas, respectivamente, nos grupos de alto risco e baixo risco.

A análise da adequação da internação hospitalar evidenciou que 40,9% do total da amostra encontravam-se no grupo de baixo risco/adequado; 20,0% no grupo alto risco/adequado; 31,0% no grupo de baixo risco/inadequado; e, 8,1% no grupo alto risco/inadequado (Tabela 1). Considerando-se apenas as pacientes de alto risco, 71,0% foram internadas em maternidades com UTI neonatal (adequado), e 29,0% em maternidades sem UTI neonatal (inadequado).

A tabela 2 apresenta a distribuição dos óbitos neonatais precoces, índice de Apgar menor do que 7 no 5º minuto e peso ao nascer menor do que 1500g nas quatro categorias de risco/adequação. A categoria alto risco/adequado foi a que apresentou as maiores proporções dos três desfechos fetais analisados. Mais da metade dos casos de Apgar menor do que 7 no 5º minuto ocorreu neste grupo de pacientes, com uma chance 4,7 vezes maior deste desfecho ocorrer quando comparado ao grupo de referência (baixo risco/adequado). Foi observado que 78,9 % dos óbitos perinatais ocorreram entre as pacientes de alto risco (grupos 3 e 4) e 21,1% entre as de baixo risco.

Analisando os óbitos perinatais apenas entre as pacientes de baixo risco, observou-se que o grupo 2 (baixo risco/inadequado) concentrou a maioria dos óbitos perinatais. A chance de um recém-nascido evoluir com óbito perinatal foi 63,9 e 26,5 vezes maior respectivamente nos grupos 3 e 4, quando comparados à categoria de referência. Os intervalos de confiança, entretanto, devem ser analisados com cuidado devido ao pequeno número de casos na categoria 4. Os recém-nascidos das pacientes classificadas como baixo risco/inadequado apresentaram uma chance de óbito 10,1 vezes maior do que os do grupo 1 (baixo risco/adequado). A análise da distribuição de peso ao nascer menor do que 1500g entre as categorias, demonstrou que 85,9% destes bebês nasceram em maternidades com UTI neonatal (grupos 2 e 3). Não se pode deixar de considerar, no entanto, que 12,5% dos recém-nascidos com peso ao nascer inferior a 1500g eram filhos de pacientes de alto risco cujo parto ocorreu em maternidades sem UTI neonatal (alto risco/inadequado).

Considerando-se apenas as pacientes de baixo risco, foi evidenciado um maior risco de inadequação entre mulheres com passado de prematuridade ou baixa escolaridade. Existe ainda uma chance 30% maior da inadequação ocorrer nos extremos da idade (menor do que 17 e maior do que 35 anos). Pacientes sem companheiro ou usuárias de drogas lícitas e/ou ilícitas também apresentam maior risco (Tabela 3).

Em relação às pacientes de alto risco, os fatores que mostraram associação significativa foram: baixa escolaridade, passado de óbito perinatal e prematuridade. Estes últimos apresentando um efeito protetor em relação à inadequação e a baixa escolaridade associada a uma chance 30% maior de ocorrência deste desfecho. Embora a variável aborto habitual não tenha sido estatisticamente significativa ao nível de 5%, ela foi incluída no modelo pelo forte efeito que exerceu sobre a variável-resposta. Além

disso, a falta de significância estatística pode resultar do fato de que existia apenas um caso na categoria alto/inadequado, resultando num erro padrão bastante elevado.

DISCUSSÃO

Conforme ressaltado neste estudo, muitos critérios de classificação de risco levam em consideração variáveis como idade, raça e história reprodutiva anterior, visando a seleção do maior número de pacientes com probabilidade de evoluir com complicações (Hobel et al., 1979; Halliday et al., 1980; MS, 2000). A discussão do presente trabalho, no entanto, não é relacionada ao risco teórico, provável, e sim ao risco já estabelecido no momento da internação para o parto. A utilização de critérios muito sensíveis neste momento, gera uma superestimação do risco, classificando uma proporção inaceitável de gestantes como alto risco (Jahn et al., 2000).

Foram portanto consideradas apenas as condições clínicas que definem o risco materno e perinatal (“risco na internação”) no momento da internação, e que estabelecem, mesmo que isoladamente presentes, necessidade de transferência da gestante para centro de referência. Vale ressaltar que o desvio quanto ao crescimento uterino e volume de líquido amniótico não foram incluídos na determinação do risco por falta de disponibilidade dos dados. Estas condições clínicas, quando presentes, fornecem evidências de comprometimento fetal. A exclusão destas variáveis pode ter ocasionado uma subestimação do risco. A proporção de pacientes de alto risco, no entanto, foi semelhante à encontrada na literatura (Wilson e Schifrin, 1980; Halliday et al., 1980; Sokol et al., 1977).

Em relação à adequação da internação hospitalar, foi observado que um número representativo de pacientes “superutilizaram” os serviços obstétricos. Ou seja, a princípio não necessitavam de atendimento especializado, mas foram internadas em maternidades de alta complexidade. Por outro lado, um grupo de mulheres

necessitavam de atendimento especializado e não tiveram acesso à serviços adequados. Dentro do contexto da equidade do Sistema Único de Saúde, percebemos que quase 1/3 das pacientes de risco desta amostra, apesar de terem recebido atendimento obstétrico, não tiveram acesso ao serviço especializado do qual necessitavam. Dentre os motivos para esta “subutilização” de serviços, podemos assinalar a “superutilização” destes por pacientes de baixo risco, evidenciando a falta de um sistema hierarquizado para referência e contra-referência de gestantes.

Deve-se levar em consideração, no entanto, que em algumas situações obstétricas a internação é imperativa, não sendo possível o encaminhamento da paciente de baixo risco para unidade de menor complexidade. Pacientes em trabalho de parto avançado ou em período expulsivo necessitam de internação imediata. Além disso, outras urgências obstétricas como prolapso de cordão umbilical, trabalho de parto em paciente com múltiplas histerotomias, ou sofrimento fetal grave diagnosticado na sala de admissão determinam necessidade iminente de nascimento. Tais condições podem ocorrer tanto em maternidades de maior ou menor complexidade, indicando portanto, necessidade formal de que, mesmo maternidades de menor complexidade, apresentem condições mínimas, incluindo recursos humanos e equipamentos, para o tratamento de tais urgências obstétricas.

A análise da distribuição dos desfechos fetais desfavoráveis nas quatro categorias de risco/adequação evidenciou uma maior ocorrência destes no grupo 3 (alto risco/adequado). Observou-se que quase 80% dos óbitos perinatais ocorreram no grupo de pacientes de alto risco. Em outros estudos esta proporção variou de 50 a 84%, dependendo da classificação de risco utilizada (Wilson e Schifrin, 1980; Halliday et al., 1980; Sokol et al., 1977).

Dos óbitos perinatais ocorridos entre os recém-nascidos de pacientes classificadas como baixo risco, quase 90% ocorreram no grupo 2 (baixo

risco/inadequado). Ou seja, a classificação de risco utilizada não identificou estas pacientes como alto risco, mas de alguma forma elas foram captadas pela rede de assistência, uma vez que seus partos ocorreram em maternidades com UTI neonatal. São necessários estudos adicionais para avaliar os motivos pelos quais estas pacientes foram internadas em maternidades de alta complexidade. Entre os fatores a serem pesquisados estão: evidência de comprometimento fetal na internação e qualidade da assistência prestada.

A observação das razões de chances para óbito perinatal nas quatro categorias evidencia riscos diferenciados entre os grupos. As pacientes do grupo 2 (baixo risco/inadequado) apresentaram maior chance de óbito do que a categoria de referência (baixo risco/adequado), porém bem menor quando comparada com os grupos de alto risco. Tal fato sugere que apesar da possibilidade de algumas pacientes terem sido incluídas nesta categoria equivocadamente, possivelmente fração importante destas estava de fato “superutilizando” os serviços.

Entre as pacientes de alto risco, observou-se uma maior chance de óbito perinatal no grupo internado em maternidades com UTI neonatal. A análise da distribuição de peso ao nascer demonstrou que 81,7% dos recém-nascidos considerados de muito baixo peso (<1500g), portanto o grupo com maior probabilidade de óbito, estavam incluídos no grupo 3 (alto risco/adequado).

Vale ressaltar ainda que uso do indicador “percentual de partos de recém-nascidos muito prematuros em unidades sem UTI neonatal” tem sido preconizado para avaliação da saúde perinatal na Europa. Na Bélgica, 76,5% dos nascidos vivos com menos do que 32 semanas nasceram em unidades com UTI neonatal. Os percentuais encontrados para França e Alemanha foram 78,2% e 83%, respectivamente (Wildman et al., 2003). Nos Estados Unidos, 79% dos recém-nascidos menores de 1500g nasceram em unidades com UTI neonatal (Menard et al., 1998). Nesta amostra, 85,9% dos partos

de recém-nascidos com peso ao nascer inferior a 1500g ocorreram em maternidades com UTI neonatal (grupos 2 e 3), evidenciando portanto que, ao menos na amostra estudada, encontramos no município do Rio de Janeiro proporções semelhantes à Europa e Estados Unidos. Deve-se considerar, entretanto, que o fato do parto de um recém-nascido de risco ocorrer em maternidade com UTI neonatal, não garante que este tenha tido acesso ao leito de cuidados intensivos.

A análise dos fatores associados à inadequação demonstrou que pacientes com baixa escolaridade têm maior chance de inadequação no momento do parto, tanto no alto como no baixo risco. Entre as pacientes de alto risco, observou-se uma menor probabilidade de inadequação nas pacientes com passado de prematuridade, óbito perinatal ou aborto habitual.

CONCLUSÕES

Neste estudo foi estabelecido o conceito de “risco na internação” como indicador do risco gestacional no momento do parto. A discussão do presente trabalho aponta para o fato de que nem toda paciente candidata à pré-natal de risco precisa ter o parto em maternidade de maior complexidade. Ou seja, existe a necessidade de um critério de risco para seleção de pacientes no pré-natal, que seja sensível, e selecione o maior número possível de pacientes com probabilidade de evoluir desfavoravelmente. Este critério, no entanto, não deve ser o mesmo utilizado para internação da paciente, uma vez que não faz sentido internar uma paciente no momento do parto em maternidade de alto risco apenas porque ela é solteira ou tem baixa escolaridade, por exemplo. A variável “risco na internação” estabelece as condições que definem o risco no momento do parto, indicando ou não necessidade de transferência da gestante.

É fundamental dizer no entanto, que nenhuma classificação de risco é capaz de identificar gestantes sem risco ou prever complicações graves (Costa, 2004). Urgências

obstétricas como prolapso de cordão umbilical e atonia uterina são exemplos de complicações que podem ocorrer tanto em pacientes de baixo ou alto risco, reforçando que toda a maternidade, mesmo as de baixa complexidade, necessitam de condições mínimas, tanto em equipamentos quanto em equipe médica e de enfermagem capaz de resolver tais situações, sem prejuízo do binômio mãe-feto.

Foi observado que 29,0% das pacientes de risco são internadas em maternidades de baixa complexidade (alto risco/não adequado), além de grande proporção de mulheres de baixo risco que “superutiliza” os serviços (baixo risco/não adequado). Com estes achados fica claro que é possível uma melhor organização da rede, apenas com uma implementação nos sistemas de referência e contra-referência.

Ao se avaliar a adequação da internação em relação ao peso ao nascer, foram encontrados, no grupo de menor peso, parâmetros semelhantes àqueles encontrados em países desenvolvidos, o que sugere um bom aproveitamento dos recursos existentes. Entretanto, vale ressaltar que este estudo não avaliou a qualidade da assistência prestada, nem os sistemas de transporte utilizados.

O aumento no número de leitos de UTI e UI neonatal, já apontado como necessário em todas as unidades da federação (Leal e Viacava, 2002), iria melhorar ainda mais a adequação da internação destes recém-nascidos, com conseqüente diminuição da morbi-mortalidade neonatal no município do Rio de Janeiro.

Tabela 1 – Distribuição do risco gestacional e adequação da internação hospitalar numa amostra de puérperas, município do Rio de Janeiro, 1999-2001

Categoria	N	Percentual
(1) Baixo Risco/Adequado	2721	40,9%
(2) Baixo Risco/Inadequado	2059	31,0%
(3) Alto Risco/Adequado	1330	20,0%
(4) Alto Risco/Inadequado	542	8,1%
Total	6652	100%

Fonte: Estudo da Morbi-Mortalidade e da Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro

Tabela 2 – Distribuição do índice de Apgar <7 no 5º minuto, óbito perinatal e peso ao nascer <1500g em relação ao risco obstétrico e adequação da internação, numa amostra de puérperas, município do Rio de Janeiro, 1999-2001

Categoria*	1	2	3	4
<i>Apgar<7 no 5º minuto</i>				
Sim (Ref.:não)	16,2%	21,9%	50,6%	11,3%
Razão de Chances	1,0 (-)	1,5 (1,0-2,2)	5,7 (4,0-8,2)	3,3 (2,0-5,4)
<i>Óbito Perinatal</i>				
Sim (Ref.:não)	2,3%	18,8%	66,9%	12,0%
Razão de Chances	1,0 (-)	11,1(3,4-36,9)	64,9(20,5-205,4)	27,5(8,0-94,8)
<i>Peso ao Nascer<1500g</i>				
Sim (Ref.:não)	1,7%	4,2%	81,7%	12,5%
Razão de Chances	1,0(-)	3,3(0,7-17,2)	111,2(27,5-450,2)	39,0(8,9-170,4)

* 1-Baixo Risco/Adequado; 2-Baixo Risco/Inadequado; 3-Alto Risco/Adequado;4-Alto Risco/Inadequado
Fonte: Estudo da Morbi-Mortalidade e da Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro

Tabela 3 – Razão de chances ajustadas dos fatores associados à inadequação da internação hospitalar numa amostra de puérperas de baixo risco, município do Rio de Janeiro, 1999-2001

Variável	Razão de Chances Ajustada	IC 95%
Prematuridade prévia		
Sim	1,7	1,4-2,2
Não	1,0	-
<i>Idade materna</i>		
< 17 anos	1,3	1,0-1,6
17 a 35 anos	1,0	-
> 35 anos	1,3	1,1-1,7
<i>Uso de drogas lícitas ou ilícitas</i>		
Sim	1,4	1,2-1,6
Não	1,0	-
<i>Escolaridade</i>		
≤ 4 anos	1,2	1,1-1,4
5 anos ou mais	1,0	-
<i>União Estável</i>		
Sim	1,0	-
Não	1,3	1,1-1,4

Fonte: Estudo da Morbi-Mortalidade e da Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro

Tabela 4 – Razão de chances ajustadas dos fatores associados à inadequação da internação hospitalar numa amostra de puéperas de alto risco, município do Rio de Janeiro, 1999-2001

Variável	Razão de Chances Ajustada	IC 95%
<i>Escolaridade</i>		
≤ 4 anos	1,3	1,0-1,6
5 anos ou mais	1,0	-
<i>História de óbito perinatal</i>		
Sim	0,6	0,4-0,9
Não	1,0	-
<i>Prematuridade prévia</i>		
Sim	0,5	0,4-0,8
Não	1,0	-
<i>Abortamento Habitual</i>		
Sim	0,2	0,0-1,2
Não	1,0	-

Fonte: Estudo da Morbi-Mortalidade e da Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARUFFI, G.; STROBINO, D.M.; DELLINGER, W.S., 1984. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 148(6):781-786.
- CAMPOS, M.R.; LEAL, M.C.; SOUZA, P.R.; CUNHA, C.B.; 2004. Consistência entre fontes de dados e confiabilidade interobservador do Estudo da Morbi-Mortalidade e Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 20 sup.1. Disponível em <http://www.scielo.br/>. Acesso em:16 jun. 2004.
- COSTA,J.S.D.;VICTORA,C.G.;BARROS,F.C.;HORTA,B.L.;HALPERN,R.;MANZOL LIP., 1996. Assistência médica materno-infantil em duas coortes de base populacional do Sul do Brasil: tendências e diferenciais. *Cadernos de Saúde Pública*, 12supl.
- COSTA, S.H.M, 2004. Ainda sobre as casas de parto. *Jornal da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia*. Ano 11 (2): 4-5.
- HALLIDAY,H.L.; JONES, P.K.; JONES, S.L., 1980. Method of screening obstetric patients to prevent reproductive wastage. *Obstetrics and Gynecology*,55(5):656-661.
- HOBEL,C.J.;HYVARINEM,M.A.;OKADA,D.M.; OH,W., 1973. Prenatal and intrapartum high-risk screening. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 117(1):1-9.
- HOBEL, C.J.; YOKELES, L.; FORSYTHE, A., 1979. Prenatal and intrapartum high-risk screening. II. Risk factors reassessed. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 135(8):1051-1056.
- HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S., 2000. *Applied Logistic Regression*, 2nd Edition. New York – Wiley Interscience.
- JAHN,A.;IANG, M.D.; SHAH, U.; DIESFELD, H.D., 2000. Maternity care in rural Nepal: a health service analysis. *Tropical Medicine and International Health*, 5(9):657-665.
- LEAL, M.C.; VIACAVAL, F., 2002. Maternidades do Brasil. *Radis – Comunicação em Saúde*, Fiocruz, 2: 8-26.
- LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; CAMPOS, M.R.; CAVALINI, L.T.; GARBAYO, L.S.; BRASIL, C.L.P.; SZWARCKWALD, C.L., 2004. Fatores associados à morbimortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas no Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 20 sup.1. Disponível em <http://www.scielo.br/>. Acesso em:16 jun. 2004.
- MCGUIRE, S.; GERBER, D.; CLEMEN-STONE, S., 1996. Meeting the diverse needs of clients in the community: effective use of the referral process. *Nursing Outlook*, 44:18-22.
- MENARD, M.K; LIU, Q.; HOLGREN, E.A.; SAPPENFIELD, W.M, 1998. Neonatal mortality for very low birth weight deliveries in South Carolina by level of

- hospital perinatal service. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 179(2):374-381.
- MS (Ministério da Saúde), 2000. *Manual Técnico de Gestação de Alto Risco*. Brasília. Secretaria de Políticas,  rea Técnica de Saúde da Mulher, Ministério da Saúde.
- MS (Ministério da Saúde), Secretaria de Assistência   Saúde, 2000. Portarias 569, 570, 571 e 572.
- MS (Ministério da Saúde), 2001. *Gestante de Alto Risco: sistemas estaduais de referência hospitalar   gestante de alto risco*. Brasília: Secretaria Executiva, Ministério da Saúde.
- MURRAY, F.S.; DAVIES, S.; PHIRI, R.K.; AHMED, Y., 2001. Tools for monitoring the effectiveness of district maternity referrals systems. *Health Policy and Planning*, 16(4):353-361.
- NESBITT, R.E.L.; AUBRY, R.H., 1969. High-risk Obstetrics. Value of semiobjective grading system in identifying the vulnerable group. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 103(7):972-985.
- OMS (Organiza o Mundial de Saúde), 1992. *Obstetric and Contraceptive surgery at the district hospital: a practical guide*. WHO/MCH/MSM/92.8. Division of Family Health. Geneva: World Health Organization.
- OMS (Organiza o Mundial de Saúde), 1996. *Assistência ao Parto Normal: um guia prático*. Genebra: OMS.
- REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B., BARCELLOS, J.M., 1995. Abortamento. In: REZENDE, J., editor. *Obstetrícia*. 7^a ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A. p.643-666.
- ROCHA, D.N.C., 2004. Gesta o de Alto-Risco. In: NETTO, H.C., editor. *Obstetrícia Básica*. 1^a ed. Rio de Janeiro: Editora Atheneu. p.95-99.
- SOKOL, R.J.; ROSEN, M.G.; STOJKOV, J.; CHIK, L., 1977. Clinical application of high-risk scoring on an obstetric service. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 128(6):652-661.
- STEFANINI, A., 1999. District hospitals and strengthening referral systems in developing countries. *World Hospital*, 30:14-19.
- WILSON, R.W.; SCHIFRIN, B.S., 1980. Is Any Pregnancy Low Risk? *Obstetrics and Gynecology*, 55(5):653-656.
- WHITFIELD, C.R.; SMITH, N.C.; COCKBURN, F.; GIBSON, A.A.M., 1986. Perinatally related wastage – a proposed classification of primary obstetric factors. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 93:694-703.
- WILDMAN, K.; BLONDEL, B.; NIJHUIS, J.; DEFOORT, P.; BAKOULA, C., 2003. European indicators of health care during pregnancy, delivery and the postpartum period. *European Journal of Obstetrics and Gynecology*, 111: S53-S65.

*Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra
de puérperas no Município do Rio de Janeiro, 1999-2001*

Daniela Contage Siccardi MENEZES

Joyce Mendes Andrade SCHRAMM

Iúri da Costa LEITE

RESUMO

Neste estudo foi avaliada a busca pelos serviços de saúde no momento do parto. Foi observado que 1/3 das pacientes busca assistência em pelo menos mais de um hospital, não sendo raro pacientes peregrinarem por três ou mais unidades. Vale ressaltar que apenas 1/5 destas pacientes é transferida de ambulância. Entre os fatores associados à peregrinação anteparto, área programática de residência e peso ao nascer mostraram associação importante. Idade menor do que 17 anos, cor negra ou parda e residência em local onde o lixo não é recolhido também mostraram associação significativa.

Palavras chave: peregrinação, assistência ao parto, acesso aos serviços de saúde, desigualdades.

ABSTRACT

The antenatal search for health services was evaluated in this study. It was observed that 1/3 of patients have to search for services in more than one hospital, not uncommonly in 3 or more. It is important to consider that only 1/5 of these patients are transferred by ambulance. The factors associated with this “peregrination” were place of residence and birth weight. Dark-skinned women, patients of maternal age of less than 17 years and residents of places where garbage is not picked up also demonstrated a significant association.

Key words: antenatal transfer, birth care, access to health services, inequalities.

INTRODUÇÃO

As desigualdades em relação à oferta de leitos obstétricos e de unidades de tratamento intensivo (UTI) e intermediário (UI) para recém-nascidos no município do Rio de Janeiro vêm sendo discutidas nas últimas décadas (Gomes, 1995; Campos e Carvalho, 2000; Leal e Viacava, 2002). Apesar dos programas de referenciamento de gestantes de alto risco (MS, 2001), e humanização do pré-natal e nascimento (MS, 2000), pode-se ainda observar um fluxo de gestantes das regiões mais periféricas em direção ao centro do município, onde existe uma maior concentração de serviços (Campos e Carvalho, 2000).

Este fluxo de gestantes em busca de atendimento obstétrico no momento do parto gera uma verdadeira peregrinação de mulheres à procura de serviços de saúde (Gomes, 1995). A situação torna-se ainda grave quando se leva em conta o risco materno e/ou fetal. Neste caso, são necessários leitos obstétricos especializados, além de UTI neonatal, encontrados apenas em maternidades de maior complexidade. Tudo isto configura o que denominamos neste estudo de “peregrinação anteparto”, ou seja, a busca de serviços de saúde para gestantes e seus recém-nascidos no momento do parto.

No município do Rio de Janeiro praticamente 100% dos partos são hospitalares, sendo assim pertinente a discussão do acesso às maternidades (Campos e Carvalho, 2000). Sabe-se ainda que quanto maior a distância a ser percorrida pela gestante, mais difícil é o acesso aos serviços e menor a probabilidade de adequação de suas necessidades aos serviços oferecidos, especialmente quando se trata de pacientes de alto risco (Groot et al., 1993). Vale ressaltar que é inútil a determinação do risco de uma gestante se a chegada à maternidade de referência não ocorre a tempo. Dentre os motivos para tal atraso incluímos as longas distâncias a serem percorridas, a falta de um sistema de transporte eficaz e a falta de um sistema de comunicação e referenciamento adequados (Groot et al., 1993; Murray et al., 2001).

A adequação do atendimento está associada à “superutilização” e “subutilização” dos serviços. Não raro pacientes de baixo risco são internadas em maternidades de maior complexidade (“superutilização”). Esta “superutilização” em geral é associada ao “auto-referenciamento” (“self-referral”), ou seja, pacientes buscam atendimento em maternidades de maior complexidade porque entendem que elas abrigam mais recursos, ou muitas vezes apenas porque são mais próximas do domicílio (Jahn et al., 2000). A falta de um sistema de regulação e de referência, assim como a inexistência de protocolos clínicos, acaba fazendo com que as maternidades de alto risco fiquem sobrecarregadas, sendo muitas vezes incapazes de atender pacientes que realmente possuem alto risco obstétrico, comprometendo a qualidade destes serviços e gerando prejuízos à mãe e seu recém-nascido (Murray et al., 2001).

Em relação aos leitos especializados para recém-nascidos, sabe-se que de uma forma geral, o número de leitos de UTI neonatal e berçário intermediário é bem menor que o necessário em todo o Brasil. Em estudo realizado em 1998 pelo Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ) foi estabelecida a necessidade de três leitos de UI e um leito de UTI neonatal para cada 1000 nascidos vivos. Nenhum estado brasileiro está próximo desta meta. Os que apresentam melhor cobertura, como Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Distrito Federal apresentam valores próximos à metade do necessário (Leal e Viacava, 2002).

Esta deficiência de leitos de UI e UTI neonatal ocorre também em países desenvolvidos, como o Reino Unido, configurando o principal motivo para transferência de gestantes de centros de referência perinatal (Bennet et al., 2002; Parmanum et al., 2000). A falta de leitos intensivos e semi-intensivos para o recém-nascido torna-se portanto o principal fator limitante para internação de gestantes com possibilidade de parto prematuro. Considerando que o prognóstico fetal é melhor quando a transferência

ocorre intra-útero (“anteparto”) e não após o nascimento (Roberts et al., 2000), as mulheres partem em busca de atendimento, muitas vezes pelos próprios meios.

O presente trabalho visa identificar a relação de características sociais, demográficas e obstétricas com a peregrinação anteparto.

MATERIAL E MÉTODOS

Fonte de Dados

Foram utilizadas como fonte de dados as informações coletadas no *Estudo da Morbi-Mortalidade e da Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro*, desenvolvido em 1999/2001, baseado numa amostra de puérperas internadas por ocasião do parto em maternidades localizadas no município do Rio de Janeiro (Leal et al., 2004a; Campos et al., 2004).

No plano amostral do estudo principal, os estabelecimentos de saúde do município foram estratificados segundo o risco neonatal (proporção de recém-nascidos com peso menor do que 2500g), tendo sido formados 3 estratos. No estrato 1 foram incluídas todas as maternidades municipais e federais, totalizando 12 maternidades. No 2º estrato foram incluídos os estabelecimentos militares, estaduais, filantrópicos, universitários e conveniados com o SUS, totalizando 10 maternidades, e no 3º estrato foram incluídas 25 maternidades privadas. O número de puérperas por estabelecimento foi determinado com a fração amostral de 10% em relação ao número total de nascidos vivos, com base no Sistema de Informação de Nascimentos (SINASC)/Município do Rio de Janeiro de 1997.

A coleta de dados foi realizada através de três questionários padronizados. O primeiro aplicado às mães no puerpério imediato, o segundo com informações coletadas nos prontuários das mães, e o terceiro com as condições de alta ou óbito da mãe e

recém-nascido. Em uma amostra aleatória de 3% das mães entrevistadas foi realizada pelos supervisores de campo, uma replicação dos prontuários preenchidos previamente.

Neste estudo foram consideradas apenas 19 maternidades que prestam atendimento à pacientes do SUS. Estas maternidades foram classificadas em alta ou baixa complexidade de acordo com a presença ou não de UTI neonatal, uma vez que a maioria das transferências maternas de centros perinatais ocorre por deficiência de vagas de UTI neonatal, e não por impossibilidade de atendimento materno (Bennet et al., 2002).

Foram também excluídas as pacientes com gestação múltipla e aquelas cujos fetos pesaram menos de 500g e/ou apresentavam idade gestacional inferior à 22 semanas, por terem sido classificados como abortos, conforme definição da Organização Mundial de Saúde (Rezende et al., 1995). Foram portanto avaliadas 6652 mulheres que utilizaram os serviços do SUS, internadas em maternidades do município do Rio de Janeiro por ocasião do parto.

Foi avaliada a proporção de pacientes que buscou assistência em mais de uma maternidade. Foi contabilizado o número de maternidades percorridas até serem internadas, e o meio de transporte utilizado.

Um modelo de regressão logística foi utilizado para identificar fatores associados com a chance de uma gestante peregrinar em busca de internação. As seguintes variáveis foram selecionadas no modelo: idade (menor do que 17 anos/17-35 anos/maior do que 35 anos), raça (branca/amarela/negra e parda), união estável (sim/não), destino do lixo doméstico (recolhido/não recolhido), fonte de abastecimento de água (água encanada dentro de casa e pacientes sem água encanada), anos de estudo (≤ 4 anos de estudo e > 4 anos de estudo), local de residência (bairro ou favela/rua/lote) e área programática de residência (AP).

As áreas programáticas do município do Rio de Janeiro são divididas conforme descrição abaixo:

- AP 1 – Portuária, Centro, Rio Comprido, São Cristóvão, Paquetá e Santa Teresa;
- AP 2.1 – Botafogo, Copacabana, Lagoa e Rocinha;
- AP 2.2 – Tijuca e Vila Isabel;
- AP 3.1 – Ramos, Penha, Ilha, Complexo do Alemão e Maré;
- AP 3.2 – Inhaúma, Méier e Jacarezinho;
- AP 3.3 – Irajá, Madureira, Anchieta e Pavuna;
- AP 4 – Jacarepaguá, Barra da Tijuca e Cidade de Deus;
- AP 5.1 – Bangu e Realengo;
- AP 5.2 – Campo Grande e Guaratiba;
- AP 5.3 – Santa Cruz.

Para caracterizar as condições materno-fetais foram incluídas na análise o risco obstétrico na internação (sim/não), peso ao nascer (500-1499g; 1500-2499g; ≥ 2500 g), e o índice de Kotelchuck modificado. Este índice avalia o número de consultas de pré-natal, baseado no mês do início da assistência e na proporção de consultas observadas sobre o número de consultas esperadas, de acordo com a idade gestacional no nascimento. As pacientes são classificadas nas seguintes categorias: não fez pré-natal, pré-natal inadequado, intermediário, adequado e mais que adequado (Leal et al., 2004b).

Todas as variáveis significativas ao nível de 25% na análise univariada foram incluídas no modelo multivariado (Hosmer e Lemeshow, 2000), no qual foram selecionadas apenas as variáveis estatisticamente significativas ao nível de 5%. As variáveis anos de estudo e índice de Kotelchuck não foram incluídas na análise multivariada (p valor $\geq 0,25$).

Os dados foram analisados através do pacote estatístico SPSS 10.0.

RESULTADOS

Das 6652 pacientes analisadas, 2228 (33,5%) buscaram assistência em mais de uma maternidade. Em quase 70% destas pacientes, o motivo assinalado para escolha da maternidade foi falta de vaga em outro estabelecimento (Tabela 1). Observou-se ainda, que nem sempre a paciente conseguiu ser internada na segunda maternidade que procurou. Das 2228 pacientes que buscaram assistência em mais de uma maternidade, 70,7% foram internadas na segunda maternidade, 15% na terceira, 7,8% na quarta e 1,5% na quinta maternidade que procuraram. Houve uma paciente que passou por 05 estabelecimentos diferentes, até conseguir ser internada no 6º hospital que procurou, configurando uma verdadeira peregrinação anteparto (Tabela 2). Não foi possível identificar o número de maternidades percorridas em 4,9% dos casos. Deve-se ainda considerar que das pacientes que tiveram que buscar assistência em outra maternidade, apenas 19,8% foram transferidas de ambulância.

Na tabela 3, onde são apresentados os resultados da análise multivariada, observa-se uma maior chance de peregrinar entre as pacientes residentes nas APs 3.1, 3.2, 3.3 e 4.0 ou em outros municípios. Outras variáveis associadas à maior chance de peregrinar foram: recém-nascido com peso ao nascer menor do que 2500g, idade menor do que 17 anos, residência em áreas onde o lixo não é recolhido e cor negra/parda. Pacientes maiores de 35 anos apresentaram menor chance de peregrinação do que o grupo de referência (17 a 35 anos). Não foi encontrada associação entre peregrinação e risco na internação, fonte de abastecimento de água, e local de residência (bairro/favela).

DISCUSSÃO

Aproximadamente 1/3 das pacientes desta amostra, buscaram assistência ao parto em mais de uma maternidade, sendo que em quase 70% destas o motivo apontado foi falta de vaga em outro estabelecimento. Além da falta de leitos de UTI e UI neonatal (Leal e Viacava, 2002), deve-se considerar a desigualdade na oferta de leitos obstétricos no município (Gomes, 1995). Existe uma concentração de serviços nas regiões do centro e zona sul, com déficit de leitos nas regiões mais periféricas, ocasionando fluxos de gestantes das áreas de mais baixa renda para áreas onde se encontram maiores e melhores serviços de saúde (Campos e Carvalho, 2000). Vale ressaltar ainda que em situações de urgência obstétrica, a proximidade do serviço de saúde e o acesso a este, determinam o desfecho materno-fetal (Pittrof, 1997).

A análise do número de maternidades percorridas até a paciente ser internada demonstra o caos da assistência ao parto no município. Campos e Carvalho (2000) já haviam apontado serem longas as distâncias percorridas pelas parturientes. Sabe-se que toda transferência traz em si riscos potenciais, que aumentam quando a paciente precisa ser transferida ainda para um terceiro hospital (Bennett et al., 2002). Conforme demonstrado, 15% das pacientes só conseguiram assistência no terceiro hospital que procuraram, sendo que 9,3% percorreram quatro ou mais. No Reino Unido, dois tipos de transferência são considerados como má-prática: mulheres e crianças não devem ser forçados a viajar para além do centro de referência mais próximo, e centros de referência não devem transferir mulheres e crianças de risco (Parmanum et al., 2000).

A situação torna-se ainda mais conflitante ao se considerar que a maioria das pacientes que peregrinaram teve que buscar assistência em outro estabelecimento pelos próprios meios, pois apenas 1/5 destas foi transportada de ambulância. Ou seja, as pacientes tiveram que recomeçar a sua busca por local adequado para o parto, num momento onde já haviam chegado à uma maternidade. Além disso, muitas vezes estas

gestantes encontram-se em trabalho de parto e/ou em situações de risco. Estes achados refletem não apenas a falta de hierarquização da rede, mas principalmente a falta de uma sistema de transporte e comunicação eficaz.

A ausência de associação entre o índice de Kotelchuck, que avalia a adequação do pré-natal, e peregrinação anteparto, mais uma vez reforça a falta de uma assistência ao parto articulada com o pré-natal. Ou seja, apesar do município do Rio de Janeiro apresentar elevada cobertura pré-natal (Leal et al., 2004a), tal fato não diminui as chances da paciente peregrinar no momento do parto, demonstrando a falta de organização do sistema de saúde.

O achado de que pacientes residentes em determinadas APs peregrinam mais do que outras, simplesmente por residirem em determinadas regiões, explicita as desigualdades na cobertura de serviços de saúde no município. Quase metade das pacientes residentes nas APs 3.2 e 3.3 buscou assistência em mais de uma maternidade. Ou seja, residir nestas regiões traz uma chance praticamente duas vezes maior da paciente peregrinar, quando comparada com as parturientes residentes no centro do município. As pacientes residentes nas APs 3.1 e 4.0 também apresentaram maior probabilidade de peregrinar em relação ao grupo de referência. Entre todas as regiões analisadas, no entanto, a maior probabilidade de peregrinar foi encontrada entre as pacientes residentes em outros municípios. Sabe-se que alguns municípios próximos não apresentam uma rede adequada de serviços de saúde. Tal fato gera um fluxo de gestantes em direção ao município do Rio de Janeiro, sobrecarregando a rede de assistência municipal (Gomes, 1995).

A associação de peregrinação com baixo peso ao nascer (<2500g) reforça os achados de que um dos grandes fatores limitantes para internação de pacientes no momento do parto é a necessidade ou não de UTI neonatal (Bennet et al., 2002). Leal et al., (2004a) demonstraram que as maternidades conveniadas com o SUS são as que

mais recusam parturientes, parte delas por serem gestantes de risco e demandarem serviços especializados, ausentes nessas instituições.

Sabe-se que as condições sociais tendem a ser piores entre menores de 17 anos sem união consensual (Sabroza et al., 2004), e que a gestação na adolescência está mais associada à pobreza (Gama et al., 2001). Neste trabalho foi encontrada maior chance de peregrinação em pacientes solteiras. Idade menor de 17 anos e cor negra/parda também mostraram associação. Em relação à idade materna, mulheres com mais de 35 anos apresentaram menor peregrinação do que o grupo controle. Leal et al., (2004b) demonstraram que pacientes nesta faixa etária utilizam mais os serviços de pré-natal do que as demais, sugerindo que quanto maiores os cuidados pré-natais, maior possa ser a integração com a assistência ao parto, com conseqüente diminuição da peregrinação. Neste trabalho, no entanto, não foi encontrada associação entre peregrinação e adequação do pré-natal (índice de Kotelchuck).

Apesar de baixo peso ao nascer ter sido a variável mais associada à peregrinação, não foi encontrada associação, estatisticamente significativa, com risco obstétrico na internação. Este fato sugere que a peregrinação anteparto ocorre independentemente do risco obstétrico, sendo que a paciente de baixo risco peregrina apenas em busca de vagas, e a de alto risco peregrina tanto em busca de vagas quanto de recursos disponíveis adequados às suas necessidades (UTI/UI neonatal).

CONCLUSÃO

Além da necessidade já estabelecida do aumento do número de leitos de UTI/UI neonatal (Leal e Viacava, 2002), deve-se considerar a necessidade de uma melhor distribuição dos serviços no município. Tal medida teria como objetivo facilitar o acesso aos serviços tanto para pacientes de alto quanto de baixo risco, aumentando a oferta para as pacientes residentes em áreas mais distantes do centro.

Em relação à utilização de serviços por pacientes não-residentes no município do Rio de Janeiro, deve-se considerar a importância de políticas de saúde a nível estadual e federal, visando a regulação do uso dos serviços.

Deve-se também considerar a necessidade de uma maior integração entre os serviços de assistência pré-natal e parto. É fundamental uma melhor hierarquização da rede, de forma que os centros de atenção primária tenham bem estabelecidos os serviços de pré-natal de alto risco e maternidades de baixo e alto risco para onde possam referenciar suas pacientes. Em contrapartida, os serviços de pré-natal de alto risco e maternidades de referência necessitam ter estabelecidos os postos de saúde e as maternidades de baixo risco para onde possam encaminhar as pacientes de baixo risco que receberem por demanda espontânea, diminuindo assim as taxas de “superutilização” dos serviços. Finalmente, as maternidades de baixo risco necessitariam estar melhor integradas com as maternidades de referência para que pudessem encaminhar as gestantes de risco que recebessem. É fundamental ressaltar que maternidades de baixo risco não podem funcionar adequadamente sem o apoio de um centro de referência para onde possam ser transferidas as pacientes de risco. A colaboração entre estes dois níveis de atendimento, através de um sistema de referência e contra-referência eficaz, pode fortalecer ambas as partes, resultando em benefícios para as usuárias (Leberghe et al., 1997).

Entretanto, ainda que exista um sistema referência e contra-referência estabelecido, é fundamental a implementação dos sistemas de transporte e comunicação entre as unidades (Murray et al., 2001). Um sistema de regulação eficaz evitaria a peregrinação das pacientes, diminuindo a procura por serviços em maternidades lotadas. Finalmente, melhorias no sistema de transporte, com transferências de pacientes de risco ou em trabalho de parto feitas de ambulância, trariam além de um maior acolhimento às parturientes, uma diminuição dos riscos potenciais existentes durante a

viagem, proporcionando além disso uma diminuição das desigualdades existentes. Sabe-se que devido ao tipo de assistência as transferências sempre serão parte do cuidado obstétrico e neonatal (Parmanum et al., 2000), mas tal situação caótica pode e deve ser evitada.

Tabela 1 – Motivo de escolha da maternidade entre as pacientes que buscaram assistência em mais de um estabelecimento, numa amostra de puérperas do município do Rio de Janeiro, 1999-2001

<i>Motivo de Escolha da Maternidade</i>	N	Percentual
Falta de vaga em outra maternidade	1547	69,4%
Indicação de amigos/parentes	104	4,7%
Indicação médica (pré-natal)	90	4,0%
Proximidade do domicílio	74	3,3%
Outros	404	18,1%
Ignorado	9	0,4%
<i>Total</i>	2228	100,0%

Fonte: Estudo da Morbi-mortalidade e da Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro.

Tabela 2 – Número de maternidades percorridas por ocasião do parto entre as pacientes que buscaram assistência em mais de um estabelecimento, numa amostra de puérperas do município do Rio de Janeiro, 1999-2001

<i>Nº de maternidades percorridas</i>	N	Percentual
02	1575	70,69%
03	335	15,04%
04	174	7,81%
05	33	1,48%
06	1	0,04%
Ignorado	110	4,94%
<i>Total</i>	2228	100%

Fonte: Estudo da Morbi-mortalidade e da Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro.

Tabela 3 – Razão de chances ajustada dos fatores associados à peregrinação anteparto, numa amostra de puérperas do município do Rio de Janeiro, 1999-2001

Variável	Razão de Chances Ajustada	IC 95%
<i>Área Programática de Residência</i>		
AP 1	1,0	-
AP 2.1	0,8	0,6-1,1
AP 2.2	1,0	0,7-1,4
AP 3.1	1,3	1,0-1,6
AP 3.2	1,9	1,4-2,5
AP 3.3	2,0	1,6-2,5
AP 4	1,4	1,1-1,7
AP 5.1	1,1	0,8-1,3
AP 5.2	1,0	0,8-1,2
AP 5.3	1,2	0,9-1,6
Outros municípios	2,0	1,6-2,5
<i>Peso ao nascer</i>		
500 a 1499 g	1,8	1,2-2,6
1500 a 2499 g	1,3	1,1-1,6
≥ 2500 g	1,0	-
<i>União Estável</i>		
Sim	1,0	-
Não	1,3	1,1-1,4
<i>Destino do lixo doméstico</i>		
Recolhido	1,0	-
Não recolhido	1,3	1,1-1,5
<i>Idade</i>		
< 17 anos	1,3	1,0-1,5
17 a 35 anos	1,0	-
>35 anos	0,6	0,5-0,8
<i>Cor de pele</i>		
Branca	1,0	-
Negra/mestiça	1,2	1,1-1,3
Amarela	0,8	0,5-1,1

* p valor ≤0,05

Fonte: Estudo da Morbi-mortalidade e da Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro.

AGRADECIMENTO

Agradeço à Maria do Carmo Leal pela cessão do banco de dados do *Estudo da Morbi-Mortalidade e Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENNET, C.C.; LAL, M.K.; FIELD, D.J.; WILKINSON, A.R., 2002. Maternal morbidity and pregnancy outcome in a cohort of mothers transferred out of perinatal centres during a national census. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 109: 663-666.
- CAMPOS, T.P.; CARVALHO, M.S., 2000. Assistência ao parto no município do Rio de Janeiro: perfil das maternidades e o acesso da clientela. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(2):411-420.
- CAMPOS, M.R.; LEAL, M.C.; SOUZA, P.R.; CUNHA, C.B.; 2004. Consistência entre fontes de dados e confiabilidade interobservador do Estudo da Morbi-Mortalidade e Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 20 sup.1. Disponível em <http://www.scielo.br/>. Acesso em: 16 jun. 2004.
- CREMERJ, 1998. *Assistência Materno-Infantil no Estado do Rio de Janeiro*, p70.
- GAMA, S.G.N.; SZWARCOWALD, C.L.; LEAL, M.C., 2001. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. *Rev Saúde Pública* 2001; 35:74-80.
- GOMES, M.A.S.M., 1995. *Aspectos da Qualidade do Atendimento à Gestação e ao Parto através da Percepção das Usuárias*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, FIOCRUZ.
- GROOT, A.N.J.A.; SLORT, W.; ROOSMALEN, J., 1993. Assesment of the risk approach to maternity care in a district hospital in rural Tanzania. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 40:33-37.
- HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S., 2000. *Applied Logistic Regression*, 2nd Edition. New York – Wiley Interscience.
- JAHN, A.; IANG, M.D.; SHAH, U.; DIESFELD, H.D., 2000. Maternity care in rural Nepal: a health service analysis. *Tropical Medicine and International Health*, 5(9):657-665.
- LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; CAMPOS, M.R.; CAVALINI, L.T.; GARBAYO, L.S.; BRASIL, C.L.P.; SZWARCKWALD, C.L., 2004a. Fatores associados à morbimortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas no Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 20 sup.1. Disponível em <http://www.scielo.br/>. Acesso em: 16 jun. 2004.
- LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; RATO, K.M.N.; CUNHA, C.B., 2004b. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 20 sup.1. Disponível em <http://www.scielo.br/>. Acesso em: 16 jun. 2004.
- LEAL, M.C.; VIACAVA, F., 2002. Maternidades do Brasil. *Radis – Comunicação em Saúde*, Fiocruz, 2: 8-26.

- LERBERGHE, W.V.; BÉTHUNE, X.; BROUWERE, V.D., 1997. Hospitals in sub-Saharan Africa: why we need more of what does not work as it should. *Tropical Medicine and International Health*, 2(8):799-808.
- MS (Ministério da Saúde), *Secretaria de Assistência à Saúde*, 2000. Portarias 569, 570, 571 e 572.
- MS (Ministério da Saúde), 2001. *Gestante de Alto Risco: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco*. Brasília: Secretaria Executiva, Ministério da Saúde.
- MURRAY, F.S.; DAVIES, S.; PHIRI, R.K.; AHMED, Y., 2001. Tools for monitoring the effectiveness of district maternity referrals systems. *Health Policy and Planning*, 16(4):353-361.
- PARMANUM, J.; FIELD, D.; RENNÉ, J.; STEER, P., 2000. National census of availability of neonatal intensive care. *British Medical Journal*, 321(7263): 727-729.
- PITTROF, R., 1997. Observed versus expected complications: an assessment of coverage of obstetric care in developing countries. *Tropical Doctor*, 27:25-29.
- REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B., BARCELLOS, J.M., 1995. Abortamento. In: REZENDE, J., editor. *Obstetrícia*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A. p.643-666.
- ROBERTS, C.L.; SMART, D.H.; ELLWOOD, D.A., 2000. Antenatal transfer of rural women to perinatal centres. *Australian New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 40(4): 377-384.
- SABROZA, A.R.; LEAL, A.C.; GAMA, S.G.N.; COSTA, J.V., 2004. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puéperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 20 sup.1. Disponível em <http://www.scielo.br/>. Acesso em: 16 jun. 2004.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciamos esta discussão com a seguinte questão: Como está a atenção à saúde de gestantes e neonatos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no município do Rio de Janeiro? É uma questão ampla, e os resultados do presente estudo podem respondê-la apenas parcialmente.

A proposta de uma classificação de risco que considerasse somente os fatores determinantes do risco no momento da internação, vem ao encontro da discussão sobre escores e classificações de risco muito abrangentes. É fundamental a compreensão de que parturientes solteiras ou com passado de natimortalidade, por exemplo, não necessitam e não devem ser encaminhadas a centros de referência de maior complexidade no momento do parto, se estes forem os únicos fatores de risco apresentados.

Não significa dizer que não seja importante considerar tais condições, uma vez que existe maior probabilidade do risco ocorrer quando estas estão presentes. Neste sentido, é fundamental a diferenciação entre os fatores mais associados ao desenvolvimento do risco gestacional (“risco provável”), daqueles que determinam o risco (“risco estabelecido”). As classificações de risco abrangentes portanto, têm sua utilidade na triagem de pacientes para acompanhamento em pré-natal especializado, não sendo talvez tão indicadas para a avaliação do risco no momento da internação hospitalar.

Em relação aos desfechos perinatais desfavoráveis, foi evidenciada uma maior proporção de asfixia moderada/grave, peso ao nascer menor do que 1500g e óbito perinatal no grupo de alto risco. A concentração destes desfechos entre as pacientes de risco indicou que a classificação utilizada foi capaz de discriminar a população em dois grupos de prognósticos distintos.

A proporção de óbitos perinatais entre pacientes de alto risco foi semelhante aos melhores resultados encontrados na literatura. Entretanto, os óbitos entre as pacientes de baixo risco não podem ser desprezados. Observou-se um risco intermediário de óbito perinatal no grupo 2 (baixo risco/inadequado), menor do que o encontrado entre mulheres de alto risco, porém maior do que o da categoria de referência (baixo risco/adequado). A impossibilidade de incluir o desvio quanto ao crescimento uterino e volume de líquido amniótico, variáveis indicadoras de comprometimento fetal, na construção da variável risco, pode justificar este resultado. São necessários estudos adicionais para melhor esclarecimento deste achados.

A avaliação da adequação da internação hospitalar, evidenciando grande utilização de serviços de maior complexidade por pacientes de baixo risco, demonstrou a ausência de um sistema de regulação efetivo. Sabe-se que a “superutilização” dos serviços, especialmente em situações onde os recursos são escassos, além das implicações relacionadas aos custos, pode gerar uma piora na qualidade da assistência nos centros de referência, que ficam sobrecarregados (Van Lerberghe et al., 1997; Murray et al., 2001).

Ainda mais grave é a situação das pacientes de alto risco internadas em maternidades de baixa complexidade. A maior chance de óbito perinatal entre as pacientes internadas em maternidades com UTI neonatal deve ser analisada com cautela, uma vez as maternidades de referência concentram os prematuros de maior risco (menores do que 1500g). Para uma análise mais detalhada seria necessária a estratificação dos óbitos segundo a idade gestacional ou peso ao nascer, limitada neste estudo pelo pequeno número de óbitos perinatais no grupo 4.

A fração importante de recém-nascidos com peso ao nascer menor do que 1500g nascidos em maternidades com UTI neonatal, evidencia uma boa adequação

nestes casos, semelhante à encontrada em países desenvolvidos. Fica no entanto a pergunta: qual é o preço pago para esta adequação?

Os achados referentes à peregrinação das gestantes demonstram a existência de mecanismos de gestão e regulação ainda precários, e que uma parcela importante das pacientes buscam atendimento em várias maternidades até conseguirem ser atendidas. Além disso, merece ser destacado que a maioria precisou lançar mão de seus próprios recursos, pois apenas 1/5 foi transportada de ambulância.

A compreensão da diferença entre os conceitos de transferência e peregrinação anteparto é fundamental, sendo que na transferência a paciente é acolhida pelo serviço de saúde e transportada para receber assistência adequada. Na peregrinação, a paciente é dispensada para procurar atendimento em outro lugar o que leva muitas vezes à complicações clínicas, aumentando portanto o risco.

A observação de que são longas as distâncias percorridas é pertinente (Campos e Carvalho, 2000), e vimos que as áreas mais pobres do município são as que apresentam maior peregrinação, reforçando os achados já existentes das desigualdades que o município do Rio de Janeiro apresenta na cobertura dos serviços de assistência ao parto (Gomes, 1995). Sabe-se que a distância e o atraso no tratamento são os principais fatores determinantes da mortalidade materna (McCaw-Binns et al., 2001), e que existe um risco adicional a ser considerado em pacientes residentes em regiões mais distantes dos serviços de saúde (Roberts et al., 2000).

Até quando iremos insistir em manter estas diferenças? Até quando teremos uma menor oferta de serviços nas regiões mais pobres do município ou uma proporção tão elevada de pacientes de alto risco sem assistência adequada? Segundo a Constituição brasileira, saúde é um direito de todos e dever do Estado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, C.L.T.; SZWARCOWALD, C.L.; GAMA, S.G.N.; LEAL, M.C., 2004. Desigualdades sócio-econômicas do baixo peso ao nascer e da mortalidade perinatal no Município do Rio de Janeiro, 2001. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 20 sup.1. Disponível em <http://www.scielo.br/>. Acesso em:16 jun. 2004.
- BARROS, F.C.; VICTORA, C.G.; TOMASI, E.; HORTA, B.; MENEZES,A.M.; CESAR, J.A.; HALPERN, R.; OLINTO, M.T.; POST, C.L.; MENEZES, F.S.; COSTA, J.S.D.; GARCIA, M.M.; VAUGHAN, J.P., 1966. Saúde materno-infantil em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: principais conclusões da comparação dos estudos das coortes de 1982 e 1993 *Cadernos de Saúde Pública*, 12supl.1.
- BARUFFI, G.; STROBINO, D.M.; DELLINGER, W.S., 1984. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 148(6):781-786.
- BENNET, C.C.; LAL, M.K.; FIELD, D.J.; WILKINSON, A.R., 2002. Maternal morbidity and pregnancy outcome in a cohort of mothers transferred out of perinatal centres during a national census. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 109: 663-666.
- BERENDES, H.W., 1966. *The Structure and Scope of the Collaborative Project on Cerebral Palsy, Mental Retardation, and other Neurological and Sensory Disorders of Infancy and Childhood*. Citado por CHIPMAN, S.S.; LILIENFELD, A.M.; GREENBERG, B.G.; DONNELLY, .F.. *Research Methodology and Needs in Perinatal Studies*, p.118, Illinois.
- BUTLER, N.R.; BONHAM, D.G., 1963. *Perinatal Mortality*. The First Report of the British Perinatal Mortality Survey, Edinburgh.
- CALDEYRO-BARCIA, 1973. Citado por MS (Ministério da Saúde), 2000. *Manual Técnico de Gestão de Alto Risco*. Brasília. Secretaria de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher, Ministério da Saúde.
- CAMPOS, M.R.; LEAL, M.C.; SOUZA, P.R.; CUNHA, C.B.; 2004. Consistência entre fontes de dados e confiabilidade interobservador do Estudo da Morbi-Mortalidade e Atenção Peri e Neonatal no Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 20 sup.1. Disponível em <http://www.scielo.br/>. Acesso em:16 jun. 2004.
- CAMPOS,T.P.; CARVALHO,M.S.,2000. Assistência ao parto no município do Rio de Janeiro: perfil das maternidades e o acesso da clientela. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(2):411-420.
- CARVALHO, M.L., 1993. *Mortalidade Neonatal e Aspectos de Qualidade de Atenção a Saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro em 1986-1987*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: ENSP, FIOCRUZ.
- COSTA,J.S.D.;VICTORA,C.G.;BARROS,F.C.;HORTA,B.L.;HALPERN,R.;MANZOL LIP., 1996. Assistência médica materno-infantil em duas coortes de base populacional do Sul do Brasil: tendências e diferenciais. *Cadernos de Saúde Pública*, 12supl.1.

- COSTA, S.H.M, 2004. Ainda sobre as casas de parto. *Jornal da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia*. Ano 11 (2): 4-5.
- CREMERJ, 1998. *Assistência Materno-Infantil no Estado do Rio de Janeiro*, p70.
- GAMA, S.G.N.; SZWARCOWALD, C.L.; LEAL, M.C., 2001. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. *Rev Saúde Pública* 2001; 35:74-80.
- GOMES, M.A.S.M., 1995. *Aspectos da Qualidade do Atendimento à Gestação e ao Parto através da Percepção das Usuárias*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, FIOCRUZ.
- GROOT, A.N.J.A.; SLORT, W.; ROOSMALEN, J., 1993. Assesment of the risk approach to maternity care in a district hospital in rural Tanzania. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 40:33-37.
- HALLIDAY,H.L.; JONES, P.K.; JONES, S.L., 1980. Method of screening obstetric patients to prevent reproductive wastage. *Obstetrics and Gynecology*, 55(5):656-661.
- HART, J.T., 1971. The inverse care law. *The Lancet*, 1:405-412.
- HOBEL,C.J.; HYVARINEM,M.A.; OKADA,D.M.; OH,W., 1973. Prenatal and intrapartum high-risk screening. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 117(1):1-9.
- HOBEL, C.J.; YOKELES, L.; FORSYTHE, A., 1979. Prenatal and intrapartum high-risk screening. II. Risk factors reassessed. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 135(8):1051-1056.
- HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S., 2000. *Applied Logistic Regression*, 2nd Edition. New York – Wiley Interscience.
- JAHN,A.; IANG, M.D.; SHAH, U.; DIESFELD, H.D., 2000. Maternity care in rural Nepal: a health service analysis. *Tropical Medicine and International Health*, 5(9):657-665.
- LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; CAMPOS, M.R.; CAVALINI, L.T.; GARBAYO, L.S.; BRASIL, C.L.P.; SZWARCKWALD, C.L., 2004a. Fatores associados à morbimortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas no Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 20 sup.1. Disponível em <http://www.scielo.br/>. Acesso em: 16 jun. 2004.
- LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; RATTO, K.M.N.; CUNHA, C.B., 2004b. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 20 sup.1. Disponível em <http://www.scielo.br/>. Acesso em: 16 jun. 2004.

- LEAL, M.C.; VIACAVAL, F., 2002. Maternidades do Brasil. *Radis – Comunicação em Saúde*, Fiocruz, 2: 8-26.
- LERBERGHE, W.V.; BÉTHUNE, X.; BROUWERE, V.D, 1997. Hospitals in sub-Saharan Africa: why we need more of what does not work as it should. *Tropical Medicine and International Health*, 2(8):799-808.
- MCCAUB-BINNS, A.; GOLDSON, A.S.; ASHLEY, D.; WALKER, G.; MACGILLIVRAY, I., 2001. Access to care and maternal mortality in Jamaican hospitals: 1993-1995. *International Journal of Epidemiology*, 30: 796-801.
- MCGUIRE, S.; GERBER, D.; CLEMEN-STONE, S., 1996. Meeting the diverse needs of clients in the community: effective use of the referral process. *Nursing Outlook*, 44:18-22.
- MENARD, M.K; LIU, Q.; HOLGREN, E.A.; SAPPENFIELD, W.M, 1998. Neonatal mortality for very low birth weight deliveries in South Carolina by level of hospital perinatal service. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 179(2):374-381.
- MS (Ministério da Saúde), 2000. *Manual Técnico de Gestaçã de Alto Risco*. Brasília. Secretaria de Políticas, Área Técnica de Saúde da Mulher, Ministério da Saúde.
- MS (Ministério da Saúde), *Secretaria de Assistência à Saúde*, 2000. Portarias 569, 570, 571 e 572.
- MS (Ministério da Saúde), 2001. *Gestante de Alto Risco: sistemas estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco*. Brasília: Secretaria Executiva, Ministério da Saúde.
- MURRAY, F.S.; DAVIES, S.; PHIRI, R.K.; AHMED, Y., 2001. Tools for monitoring the effectiveness of district maternity referrals systems. *Health Policy and Planning*, 16(4):353-361.
- NESBITT, R.E.L.; AUBRY, R.H., 1969. High-risk Obstetrics. Value of semiobjective grading system in identifying the vulnerable group. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 103(7):972-985.
- OMS (Organização Mundial de Saúde), 1992. *Obstetric and Contraceptive surgery at the district hospital: a practical guide*. WHO/MCH/MSM/92.8. Division of Family Health. Geneva: World Health Organization.
- OMS (Organização Mundial de Saúde), 1996. *Assistência ao Parto Normal: um guia prático*. Genebra: OMS.
- PARMANUM, J.; FIELD, D.; RENNÉ, J.; STEER, P., 2000. National census of availability of neonatal intensive care. *British Medical Journal*, 321(7263): 727-729.
- PITTROF, R., 1997. Observed versus expected complications: an assessment of coverage of obstetric care in developing countries. *Tropical Doctor*, 27:25-29.

- REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B., BARCELLOS, J.M., 1995. Abortamento. In: REZENDE, J., editor. *Obstetrícia*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A. p.643-666.
- ROCHA, D.N.C., 2004. Gestação de Alto-Risco. In: NETTO, H.C., editor. *Obstetrícia Básica*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Atheneu. p.95-99.
- ROBERTS, C.L.; SMART, D.H.; ELLWOOD, D.A., 2000. Antenatal transfer of rural women to perinatal centres. *Australian New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 40(4): 377-384.
- SABROZA, A.R.; LEAL, A.C.; GAMA, S.G.N.; COSTA, J.V., 2004. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puéperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 20 sup.1. Disponível em <http://www.scielo.br/>. Acesso em:16 jun. 2004.
- SOKOL, R.J.; ROSEN, M.G.; STOJKOV,J.; CHIK, L., 1977. Clinical application of high-risk scoring on an obstetric service. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 128(6):652-661.
- STEFANINI, A., 1999. District hospitals and strengthening referral systems in developing countries. *World Hospital*, 30:14-19.
- VAN LERBERGHE, W.V.; BÉTHUNE, X.; BROUWERE, V.D, 1997. Hospitals in sub-Saharan Africa: why we need more of what does not work as it should. *Tropical Medicine and International Health*, 2(8):799-808.
- VUORI, H., 1989. 1991. A qualidade da saúde. *Cadernos de Ciência e Tecnologia nº 1,CEBES,1991*: 17-25.
- WILSON, R.W.; SCHIFRIN, B.S., 1980. Is Any Pregnancy Low Risk? *Obstetrics and Gynecology*, 55(5):653-656.
- WHITFIELD, C.R.; SMITH, N.C.; COCKBURN, F.; GIBSON, A.A.M., 1986. Perinatally related wastage – a proposed classification of primary obstetric factors. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 93:694-703.
- WILDMAN,K.; BLONDEL,B., NIJHUIS,J.; DEFOORT,P.; BAKOULA,C., 2003. European indicators of health care during pregnancy, delivery and the postpartum period. *European Journal of Obstetrics and Gynecology*, 111: S53-S65.

QUESTIONÁRIO PARA A MÃE NA MATERNIDADE

Identificação do Questionário	
Questionário número:	Data da entrevista: / /
Horário: :	
Código da instituição:	Código do entrevistador:
Nome do estabelecimento: _____	RA:
Revisado em: / /	Código do supervisor:
Corrigido em: / /	
Digitado em: / /	Código do digitador:

CORPO DA ENTREVISTA

Forma de pagamento:	1. particular 2. convênio /SUS 3. convênio/outros 4. público (gratuito)
---------------------	--

Identificação Materna

1. Nome _____

- Apelido: _____
2. Data de nascimento:
 / /
3. Idade: (anos)
4. Cor da pele: 1.Branca 2.Negra 3..Amarela
4.Mestiça
5. Situaçãoconjugal:
1.Solteira2.Casada/companheiro
3.Divorciada/separada 4.Viúva
6. Endereço de residência
detalhado: _____

Bairro _____
Referência: _____
Telefone para contato:
7. Local de residência:

1. Bairro 2. Favela 3. Na rua 4.
Loteamento 5. Outro

8. Quem mora com você?:

1. Marido/Companheiro com ou sem filhos
2. Seu Pai e/ou Mãe com ou sem filhos 3. Só
meu(s) filho(s)
4. Moro só 5. outros

Escolaridade e Renda da Mãe

9. Você lê e escreve?

1. Sim 2. Não (vá à
questão nº 11)

10. Qual a última série que você concluiu com aprovação?

nº da série nº do grau
(se sabe ler e escrever e nunca foi à escola,
preencher com 8)

11. Excluindo o trabalho de dona-de- casa, você tem algum trabalho remunerado?

1. Sim 2. Não (vá à questão nº 19)

12. Qual a sua ocupação mais recente?

13. Você trabalha como:

1. Empregada 2. Empregadora 3. Autônoma

14. Onde você trabalha?

(Instituição/Firma) _____

15. Durante a gestação atual, você trabalhou quantas horas por dia?

16. Quantos dias na semana?

17. Quantos dias antes do parto parou de trabalhar (aproximado)?

18. Endereço e telefone do emprego:

telefone:

19. Quanto você ganha por mês?(soma total de rendimentos, incluso pensão, aposentadoria)

R\$. ,

20. Você tem mais alguma ajuda

financeira? (mesada, doação)

1. Sim 2. Não (desconsidere a próxima questão)

21. De quem você recebe ajuda?

1. Marido 2. Familiar

3. Outro: _____

22. Você vive com o pai da criança?

1. Sim (desconsidere a próxima questão) 2. Não

23. Você sabe quem é o pai do bebê?

1. Sim 2. Não (Passe para o item "Condições Moradia")

Identificação Paterna

Nome completo: _____

Apelido: _____

24. Data de nascimento:

/ /

Idade (anos):

25. Ele lê e escreve?

1. Sim 2. Não (vá à questão nº 27)

26. Qual a última série que ele concluiu

com aprovação? nº da série nº

do grau

(se ele sabe ler e escrever e nunca foi à escola, preencher com 8)

27. Ele está empregado, neste

momento? 1. Sim 2. Não

28. Qual a ocupação mais recente dele? _____

29. Ele trabalha como:

1. Empregado 2. Empregador 3. Autônomo

30. Onde ele trabalha?

(Instituição/Firma)

31. Quanto ele ganha por mês?

R\$. ,

Condições de Moradia

32. Qual a fonte de abastecimento de água da sua casa?

1. Água encanada dentro de casa 2. Água encanada fora de casa 3. Água de poço 4.

Outro _____

33. Tem vala perto de casa? 1. Sim 2. Não

34. Qual o destino dado ao lixo de sua casa?

1. É recolhido pelo lixeiro 2. É colocado na caçamba 3. É enterrado/queimado 4. É jogado a céu aberto

5. Outro

35. Quantas pessoas moram na sua casa?

36. Quantos quartos e salas ao todo tem a sua casa?

Antecedentes Obstétricos

37. Quantas vezes esteve grávida, excluindo esta gravidez? (referir

partos gemelares)

0. nenhuma (Vá a questão 56) 1. 1 vez 2. 2 vezes
3. 3 vezes 4. 4 vezes 5. 5 ou mais vezes

38. Quantos filhos nasceram vivos?

39. Quantos filhos nasceram mortos?

40. Você já perdeu filhos depois de nascidos?

1. Sim 2. Não (desconsidere a próxima questão)

Quantos?	Causas
41. antes de completar 1 semana de vida	45. 46.
42. entre 1 semana e 1 mês de vida	47. 48.
43. entre 1 mês e 1 ano de vida	49. 50.
44. 1 ano ou +	51. 52.

53. Alguma gravidez que teve resultou em aborto? 1. Sim 2. Não (Vá à questão 57)

54. Quantos foram espontâneos?

55. Quantos foram provocados?

56. Quando foi seu último aborto?

/ (mês e ano)

57. Já teve algum bebê prematuro? 1.

Sim 2. Não

58. Quantos? (se resposta anterior foi positiva)

59. Quando foi seu último parto,

excluindo este? (mês e ano) /

60. Qual era a sua idade quando engravidou pela primeira vez?

(Anos)

61. Qual era a sua idade quando menstruou pela primeira vez?

(Anos)

Informações da Gestação Atual

62. Quando foi que a sua regra veio pela última vez?

/ /

63. Qual o seu peso antes da gravidez atual? g

64. Qual o seu peso ao final desta gravidez? g

65. Qual a sua altura? cm

66. Você sentiu-se apoiada pelo pai do bebê durante esta gestação?

1. Sim 2. Não

67. Você alguma vez foi agredida fisicamente durante esta gestação?

1. Pelo pai 2. Não 3.

Outro _____

68. Você estava utilizando algum método para evitar gravidez?

1. Sim 2. Não

69. Quando ficou grávida, você:

1. Estava querendo engravidar 2. Queria esperar mais um tempo
3. Não queria mais engravidar

70. Depois que ficou grávida, você ficou satisfeita? 1. Sim 2. Não

71. E o pai? 1. Sim 2. Não

72. Você utilizou algum método para interromper a gravidez atual? 1.

Sim 2. Não (Vá a questão 74)

73. Qual? _____

Assistência Pré-natal (Gestação atual)

74. Você fez pré-natal? 1. Sim 2. Não

75. Onde? _____
76. Se não, por que não fez o pré-natal? _____
77. Se sim, você trouxe o cartão do pré-natal para a maternidade? 1. Sim 2. Não 3. Não tem
78. A partir de que mês de gestação você começou o pré-natal?
79. A quantas consultas você foi?
80. Você foi às consultas até o final da gravidez? 1. Sim (Vá a questão 82) 2. Não
81. Porque você abandonou as consultas do pré-natal?

82. Seu pré-natal, na maioria das vezes foi feito por qual profissional?
1. médico 2. enfermeiro 3. outro
-
83. O médico(a) ou enfermeiro(a) que lhe atendeu no pré-natal foi:
1. Sempre o(a) mesmo(a) 2. Às vezes o(a) mesmo(a)
3. Nunca o(a) mesmo(a) 4. Só foi a uma consulta
5. Outra Opção:
-
84. O lugar no qual você fez o pré-natal foi o mesmo do parto?
1. Sim 2. Não
85. Você fez exames no início do pré-natal? 1. Sim 2. Não
86. O médico explicou os resultados dos exames?
1. Sim 2. Não
87. Falaram com você, durante este pré-natal sobre:
1. Sim 2. Não

88. a importância do controle pré-natal?
89. os sinais da hora do parto?
90. orientação sobre alimentação?
91. aleitamento materno?
92. cuidados com o RN?
93. importância de voltar ao médico depois do parto?
94. métodos para evitar outra gravidez?
95. atividade sexual na gravidez?
96. Você ficou satisfeita com o atendimento pré-natal? 1. Sim 2. Não
97. Por que? _____

Gestação Atual

98. Qual seu tipo de sangue? 1. A 2. B 3. AB 4. O
99. Qual é o seu fator RH? 1. Positivo 2. Negativo
100. Você fez ultra-sonografia? 1. Sim 2. Não
101. Durante as consultas de pré-natal com que frequência eram realizados os seguintes exames?
1. sempre 2. às vezes 3. nunca
102. Medida de Pressão Arterial ?
103. Tomada de peso?
104. Ausculta do bebê na barriga?
105. Exame das mamas?
106. Exame do Útero?
107. Outros ? _____
108. Você teve algum dos problemas abaixo na gravidez? 1. Sim 2. Não (especificar no segundo quadro o mês gestacional em que o problema foi evidenciado)

109. Hipertensão preexistente
- 110.
111. Pré-eclâmpsia
- 112.
113. Sífilis
- 114.
115. Toxoplasmose
- 116.
117. HIV +
- 118.
119. Hepatite B
- 120.
121. Doenças do Coração
- 122.
123. Problemas de Rh Negativo
- 124.
125. Anemia
- 126.
127. Diabetes gestacional
- 128.
129. Diabetes preexistente
- 130.
131. Infecção urinária
- 132.
133. Rubéola
- 134.
135. Tuberculose
- 136.
137. Hemorragia
- 138.
139. Outras doenças
- 140.
141. _____
142. Outras doenças
- 143.
144. _____
145. Outras doenças
- 146.
147. _____
148. Outras doenças
- 149.
150. _____
151. Outras intercorrências
- 152.
153. _____
154. Quando estava grávida você tomou vacina contra o tétano?
1. Sim, uma dose 2. Sim, duas doses 3. Sim, três doses
4. Sim, não sabe informar o nº de doses 5. já era vacinada
6. Sim, dose de reforço 7. Não
155. Você tomou algum remédio na gravidez?
1. Sim 2. Não (vá à questão 157)
156. Que remédios?(ou p/ quê)
- _____
157. _____
158. _____
159. _____
160. _____
161. _____

162. _____

163. _____

164. Você ingeriu bebidas alcoólicas durante a gravidez?

1. Sim 2. **Não** (Vá a questão 168)

Que tipo e frequência?

1. Nunca 2. Raras vezes 3. Finais de semana
4. Frequentemente 5. diariamente

165. Whisky/cachaça

166. Vinho

167. Cerveja

168. Você fumava antes de engravidar?

1. Sim 2. Não

169. Você fumou durante a gravidez? ?

1. Sim 2. Não (Vá à questão 171)

170. Quantos cigarros você fumou, p/
dia?

171. Você usou algum tipo de droga durante a gravidez? 1. Sim 2. **Não** (Vá a

questão 173)

172. Que tipo? _____

Questões relativas ao trabalho de parto

173. Perdeu água antes do neném nascer? 1. Sim 2. **Não** (Vá a questão 177)

Quando rompeu a bolsa?

174. (dia/mês/ano) / /

175. h min

176. Qual era a cor do líquido?

1. Claro 2. Com sangue 3. Outro

177. Tentou ganhar o neném em outro lugar antes deste? 1. Sim 2. **Não** (Vá a questão

180)

178. Quais? _____

179. _____

180. Qual principal motivo de ter vindo à esta maternidade?

1. Por indicação do médico do pré-natal
2. Por indicação de amiga/parente
3. Por ser perto de casa
4. Porque não conseguiu vaga em outra

5. Outro:

181. Como chegou à maternidade?

1. taxi 2. carro 3. ônibus 4. trem 5.

Ambulância 6. outros

182. Com quem veio à maternidade?

1. sozinha 2. marido/companheiro 3. Pais 4. Outros familiares
5. vizinho 6. outros

183. Foi-lhe oferecida a oportunidade de ficar maternidade com

acompanhante? 1. Sim 2. **Não** (Vá a questão 185)

184. Com quem ficou na maternidade?

1. sozinha 2. marido/companheiro 3. Pais 4. Outros

185. O que fez você achar que estava na hora de ganhar o neném?

1. Estourou bolsa d'água 2. Teve contrações (cólicas)
3. conselho médico na consulta 4.

Outro: _____

186. Com quantas semanas de gravidez você estava? (semanas)

187. Você foi examinada antes de ir para a sala de parto? 1. Sim 2. **Não** (Vá a questão 190)

188. Ele(a) ouviu o neném na sua barriga? 1. Sim, no domicílio 2. Não 3. Sim, na maternidade

189. Foi o mesmo médico que a examinou que fez o parto?

1. Sim 2. Não

190. Foi feita raspagem de pêlos (tricotomia)? 1. Sim 2. Não

191. Foi feita episiotomia? 1. Sim 2. Não

192. Foi feita lavagem intestinal? 1.

Sim 2. Não

Dia e hora em que o neném nasceu?

193. (dia/mês/ano) / /

194. (horário) h min

195. O parto foi: 1. normal 2. cesáreo 3. fórceps

196. Em caso de cesariana, foi:

1. marcada com antecedência
2. decidida durante o trabalho de parto

3. Outros _____

197. O que motivou a cesariana?

198. Você ligou as trompas? 1.

Sim 2. Não

199. O neném estava:

1. de cabeça 2. sentado 3. Atravessado

4. Outro _____

200. Tomou anestesia? 1. Sim 2. Não (Vá a

questão 202)

201. Onde? 1. nas costas 2. no períneo 3.

Geral

202. O neném chorou ao nascer? 1.

Sim 2. Não

203. Médico(a) levou o neném para
você logo que nasceu? 1. Sim 2. Não

204. O neném está ficando:

1. no berçário (Vá questão 206)
2. com você enfermária/quarto
3. de dia com você na enfermária/quarto e à noite no berçário

205. A partir de que horas o neném
veio para ficar com você? (horário)
h min

206. Com quanto tempo de nascido
você amamentou seu neném pela
primeira vez? _____

207. Houve algum problema com você
durante o parto? 1. Sim 2. Não (Vá

a questão 209) 08.

Quais? _____

209. Houve algum problema com o
neném durante o parto? 1. Sim 2. Não (Vá a

questão 211)

210. Quais? _____

211. Como ele(a) está passando no
momento? _____

212. Qual será o nome do neném?

Observações: _____

213. (**Em caso de óbito**) O neném
nasceu morto? 1. Sim 2. Não (vá a questão
216)

214. Quanto tempo após o nascimento
ele(a) morreu? (horas) h

215. (dias) d

216. Você diria que o seu atendimento
pré-natal foi? 1. Ótimo 2. Bom 3. Regular 4. ruim

217. Você diria que o atendimento ao
parto foi? 1. Ótimo 2. Bom 3. Regular 4. ruim

218. Você diria que o atendimento ao
seu bebê foi? 1. Ótimo 2. Bom 3. Regular 4. ruim

219. Alguma sugestão para a melhora
dos serviços? _____

**8 - não aplicável 9 - não soube
informa**

Questionário - Prontuário Hospitalar da Mãe

I. Identificação da Mãe:

Nome: _____

Nº do questionário da mãe Nº do prontuário

Data de admissão //

Horário (admissão) hmin

Idade: (anos)

Endereço: _____

Bairro: Município:

R.A.: A.P.:

Telefone:

Procedência: (1. Residência 2. Outra instituição)

Data do nascimento do RN //

Dia da semana da admissão (1. dia útil 2. sáb/dom/feriado)

Dia do nascimento (1. dia útil 2. sáb/dom/feriado) Horário (nascimento) hMin

1. Local de ocorrência do parto

1. Hospital 2. Via pública 3. Transporte 4. Domicílio

5. Outro _____

Assistência pré-natal

2. Pré-natal: 1. Sim 2. Não

3. Presença de cartão pré-natal no prontuário 1. Sim 2. Não

4. Total de consultas:

5. Grupo Sanguíneo:

6. Fator RH: 1. Positivo 2. Negativo

7. Coombs indireto
1. Positivo 2. Negativo 3. Não realizado

Intercorrências durante a gestação:
(1. Sim 2. Não)

8. HAS preexistente

9. 9. Pré-eclâmpsia

10. Eclâmpsia

11. Hepatite B

12. Diabetes

13. Diabetes gestacional

14. Rubéola

15. Sífilis

16. Toxoplasmose

17. HIV

18. Cardiopatia

19. Hemorragias

Outras intercorrências (especificar):

20. _____

21. _____

Dados da admissão, trabalho de parto/parto:

22. Presença de partograma no prontuário

(1. Sim 2. Não)

23.

PA.(admissão) / mmHg

24. Peso gr

25. Altura cm

26. FC. (admissão) bpm

27. Fundo do útero (admissão) cm

28. Idade Gestacional sem dia(s)

29. 1. DUM 2. USG

30. BCF (admissão):

(se inaudível preencher com 001)

31. Gestação: . única 2. dupla 3. tríplice 4. +3

32. Duração do trabalho de parto:

h m

33. Amniorrexe: 1. no parto 2. antes do parto

3. S/ hora

34. horas ou dias

35. Amniotomia: 1. no parto 2. antes do parto

3. S/ hora

36. horas ou dias

37. Características do líquido amniótico

1. claro sem grumos 2. claro com grumos 3. tinto de mecônio
4. mecônio espesso 5. Fétido/purulento
6. Hemorrágico 7. ausente

Intercorrências referidas durante a admissão, trabalho de parto/parto

(1. Sim 2. Não)

38. Hemorragias
39. Convulsão
40. Edema
41. Infecção
42. Outra _____

Procedimentos referidos durante a admissão, trabalho de parto e parto:

(1. Sim 2. Não)

43. CTG intra-parto
44. BCF/ sonar
45. BCF/ pinard (ou s/ tipo específico)
46. Anestesia locorregional
47. Anestesia peridural
48. Anestesia peridural contínua
49. Anestesia raquiana
50. Anestesia geral

Medicações referidas durante a internação, trabalho de parto/parto:

(1. Sim 2. Não)

51. Antibioticoterapia
52. Se sim: 1. profilático 2. terapêutico
53. Ocitocina
54. Tempo de ocitocina: h min
55. Antihipertensivo
56. Diurético
57. Corticóide: (nº de doses)
58. data início do uso: //
59. Benzodiazepínico
60. Analgésicos
61. Outras _____
62. _____
63. Tipo de parto:
1. normal horizontal 2. Cesáreo 3. fórceps
4. outros _____
64. Apresentação do feto:

1. cefálico 2. pélvico 3. transverso

4. outro. _

Indicação de cesariana:

65. Realizado episiotomia: . Sim 2. Não

66. Se sim, indicação: _____

67. Tempo de período expulsivo:

min

Evolução da mãe

68. Visitas médicas pós-parto (total)

69. Visitas nas primeiras 6 h

70. Visitas das 6 a 12 h

71. Visitas de 12 a 24 h

72. Visitas de 24 h e mais

73. Destino da mãe (após o parto):

1. enfermaria ou quarto 2. unidade intermediária
3. UTI 4. Transferida 5. Óbito 6. Outros

75. Qual o motivo da

transferência? _____

Evolução do recém-nascido:

76. Peso ao nascer: g

77. Comprimento: , cm

78. Sexo: 1. Masc. 2. Fem. 3. Indeterminado

79. Apgar no 1º minuto:

80. Apgar no 5º minuto:

81. Idade gestacional (escores

somáticos): sem dias

82. 1. GIG 2. AIG 3. PIG

83. Anomalias congênitas: 1. Sim 2. Não

84. Especificar: _____

85. Realizadas manobras de

reanimação na sala de parto: 1. Sim 2. Não

Tipo (s) de manobra(s) realizada(s):

86. O2 inalatório

87. ambu+máscara

88. tubo traqueal 89. massagem cardíaca
110. cateterismo umbilical
111. 91. Medicações
92. Outros _____
93. Quais medicações: _____

94. _____
95. _____
96. Foi levado ao seio pela 1ª vez:
 h minuto após o parto
97. Recebeu outro tipo de leite além do materno? **1. Sim** **2. Não**
98. Se sim,
 Qual? _____
99. Motivo: _____
100. Permaneceu em:
1. alojamento conjunto **2.** Berçário **3.** misto. **4.** UTI **5.** Un. Int.(UI)
101. nº do prontuário do RN:
102. Intercorrências imediatas após o nascimento: **1. Sim** **2. Não**
103. Se sim, quais _____
104. _____

105. _____
106. _____
107. Se óbito, indicar se foi:
1. Óbito fetal (de 22 semanas até o nascimento)
2. Neo-natal precoce (do nascimento até 7 dias)
3. Neo-natal tardio (de 8 até 27 dias)
108. Se óbito fetal, indicar se:
1. Provocado (feticídio) **2. Não-provocado**
109. Se não-provocado, havia evidências de óbito fetal no ato da admissão (BCF inaudível, parada de movimentos fetais)? **1. sim** **2. não**
110. Intervalo de tempo entre a admissão e a primeira evidência de óbito fetal. minutos
111. Se óbito neo-natal precoce, indicar se ocorrido na sala de parto. **1. Sim**
2. Não
- 8 - Não se aplica 9 - Não informou**

Questionário - Prontuário Hospitalar da Mãe e RN (Resumo de Alta/Óbito)

II. **Identificação da Mãe:** Nº quest

Nome: _____

Nº do prontuário da mãe: Data da alta da mãe: //

Nº da AIH da mãe:

Nº da DN:

Nº prontuário (RN):

Nº da DO (RN):

Nº da AIH (RN):

10. Destino do RN
 1. Alta 2. Permaneceu internado 3. transferido 4. óbito

(Se 2,3 ou 4 vá à questão 6)

11. Peso de alta: g

12. Condições de alta do RN vivo:

1. saudável 2. outros: _____

13. Data da alta: //

14. Hora da alta: h min

15. Tempo de internação: dias

Morbi-mortalidade do recém-nascido:

Hipótese(s) diagnósticas na admissão:

7. _____ 8. _____

Tratamento: 1. Sim 2. Não / Quantas horas?

9. Fototerapia

10. Quantas horas? h

11. Hidratação venosa

12. Quantas horas? h

13. CPAP nasal

14. Quantas horas? h

15. Respirador

16. Quantas horas? h

17. Hood

18. Quantas horas? h

19. NPT

20. Quantas horas? h

21. Nutrição enteral

22. Quantas horas? h

23. Surfactante

24. Quantas doses?

25. Cateterismo umbilical arterial

26. Quantos dias? dias

27. Cateterismo umbilical venoso

28. Quantos dias? dias

29. Antibioticoterapia

30. Quantos dias? dias

31. Exosanguíneo transfusão parcial

32. Exosanguíneo transfusão total

33. Outras intercorrências durante a internação: _____

34. _____

35. _____

36. Outro tratamento: _____

37. _____
38. _____
39. _____
40. Grupo sanguíneo do RN
41. Fator RH: 1. Positivo 2. Negativo
42. Coombs direto 1. Positivo 2. Negativo
43. VDRL RN: 1. Positivo 2. Negativo
44. Positivo, qual título: _____
45. Se óbito, indicar se foi:
1. Óbito fetal (de 22 semanas até o nascimento)
 2. Neo-natal precoce (do nascimento até 7 dias)
 3. Neo-natal tardio (de 8 até 27 dias)

Para óbito, preencher:

46. O óbito ocorreu no mesmo hospital de nascimento? 1. Sim 2. Não
47. Instituição: _____
48. Data do óbito: //
49. Qual dia? 1. Dia útil 2. Sáb/Dom/Feriado
50. Horário do óbito: h min
51. Causa(s) relatadas da morte: _____
52. _____
53. _____
54. Necrópsia 1. Sim 2. Não

8 - Não se aplica 9 - Não informou