

Ana Lúcia Andrade da Silva¹

Antonio da Cruz Gouveia
Mendes^{II}

Gabriella Morais Duarte
Miranda^I

Domicio Aurélio de Sá^{II}

Wayner Vieira de Souza^{II}

Tereza Maciel Lyra^{II}

Avaliação da assistência hospitalar materna e neonatal: índice de completude da qualidade

Evaluation of maternal and neonatal hospital care: quality index of completeness

RESUMO

OBJETIVO: Desenvolver índice para avaliar a assistência hospitalar materna e neonatal do Sistema Único de Saúde.

MÉTODOS: Estudo descritivo de corte transversal, com abrangência nacional, com base na tríade estrutura-processo-resultado proposta por Donabedian e na integralidade da assistência. Utilizaram-se dados do Sistema de Informações Hospitalares e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Conformaram a rede materna e neonatal do SUS, 3.400 hospitais que realizaram pelo menos 12 partos/2009, ou cujo número de partos realizados representassem 10,0% ou mais no total de internações/2009. Relevância e confiabilidade foram definidas como critérios para seleção das variáveis a serem utilizadas. Foi realizada a construção e valoração dos indicadores simples, compostos e do índice de completude, e distribuição da rede hospitalar materna e neonatal nas regiões do País.

RESULTADOS: Selecionaram-se 40 variáveis a partir das quais foram construídos 27 indicadores simples, cinco indicadores compostos e o índice de completude. Os indicadores compostos foram construídos a partir da agregação dos indicadores simples, conformando as dimensões: porte hospitalar, complexidade, prática assistencial ao parto, práticas hospitalares recomendáveis e práticas epidemiológicas. O índice de completude agregou as cinco dimensões, fracionado em ordem crescente, originando cinco níveis de completude da assistência hospitalar materna e neonatal: baixíssima, baixa, intermediária, alta e altíssima. A rede hospitalar foi predominantemente de pequeno porte, baixa complexidade, com desempenho inadequado das práticas assistenciais ao parto e com baixo desenvolvimento das práticas recomendáveis e epidemiológicas. O índice mostrou que mais de 80,0% dos hospitais apresentam baixa completude e que os serviços mais qualificados concentraram-se nas regiões mais desenvolvidas do País.

CONCLUSÕES: O índice de completude mostrou ser de grande valor para o monitoramento da assistência hospitalar materna e neonatal do Sistema Único de Saúde e apontou que a qualidade dessa assistência foi insatisfatória. No entanto, seu emprego não substitui avaliações específicas.

DESCRITORES: Cuidado Pré-Natal. Serviços de Saúde Materno-Infantil. Assistência Hospitalar. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde. Qualidade da Assistência à Saúde. Sistema Único de Saúde.

^I Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz. Recife, PE, Brasil

^{II} Departamento de Saúde Coletiva. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz. Recife, PE, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Antonio da Cruz Gouveia Mendes
Av. Professor Moraes Rego, s/n
Campus UFPE – Cidade Universitária
50670-420 Recife, PE, Brasil
E-mail: antoniodacruz@gmail.com

Recebido: 18/10/2012
Aprovado: 24/3/2014

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: Develop an index to evaluate the maternal and neonatal hospital care of the Brazilian Unified Health System.

METHODS: This descriptive cross-sectional study of national scope was based on the structure-process-outcome framework proposed by Donabedian and on comprehensive health care. Data from the Hospital Information System and the National Registry of Health Establishments were used. The maternal and neonatal network of Brazilian Unified Health System consisted of 3,400 hospitals that performed at least 12 deliveries in 2009 or whose number of deliveries represented 10.0% or more of the total admissions in 2009. Relevance and reliability were defined as criteria for the selection of variables. Simple and composite indicators and the index of completeness were constructed and evaluated, and the distribution of maternal and neonatal hospital care was assessed in different regions of the country.

RESULTS: A total of 40 variables were selected, from which 27 single indicators, five composite indicators, and the index of completeness of care were built. Composite indicators were constructed by grouping simple indicators and included the following variables: hospital size, level of complexity, delivery care practice, recommended hospital practice, and epidemiological practice. The index of completeness of care grouped the five variables and classified them in ascending order, thereby yielding five levels of completeness of maternal and neonatal hospital care: very low, low, intermediate, high, and very high. The hospital network was predominantly of small size and low complexity, with inadequate child delivery care and poor development of recommended and epidemiological practices. The index showed that more than 80.0% hospitals had a low index of completeness of care and that most qualified health care services were concentrated in the more developed regions of the country.

CONCLUSIONS: The index of completeness proved to be of great value for monitoring the maternal and neonatal hospital care of Brazilian Unified Health System and indicated that the quality of health care was unsatisfactory. However, its application does not replace specific evaluations.

DESCRIPTORS: Prenatal Care. Maternal-Child Health Services. Hospital Care. Quality Indicators, Health Care. Quality of Health Care. Unified Health System.

INTRODUÇÃO

A assistência às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal e às crianças no primeiro ano de vida é bastante estudada, sobretudo quanto à sua repercussão sobre a mortalidade materna, perinatal e neonatal.^{6,12,16}

Para Donabedian,^{9,10} a avaliação da qualidade dos serviços de saúde pode ser realizada por meio da eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (os sete pilares da qualidade) e da tríade estrutura-processo-resultados. A estrutura é definida como os recursos para a execução dos serviços; o processo, como o conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes e da dinâmica apresentada na inter-relação entre elas;

e os resultados, como os efeitos ou os produtos das ações dos serviços de saúde.

Situações que permitem associar a ocorrência dos óbitos perinatal e neonatal com a assistência prestada às gestantes e às crianças descritas pela literatura envolvem: a concentração dos óbitos neonatais nas primeiras horas de vida; a frequência de óbitos fetais ao final da gestação; a ocorrência de óbitos neonatais em hospitais sem suporte para assistência neonatal; predomínio das causas evitáveis (ou reduzíveis) em grande parte dos óbitos perinatais, entre outras.^{7,8,12,20}

Elementos e circunstâncias da estrutura e processo da assistência obstétrica repercutem diretamente na ocorrência

dos óbitos maternos e perinatais. Destacam-se quanto à estrutura dos serviços hospitalares: quantidade insuficiente de leitos, mesmo os de risco habitual e incubadoras; inadequação na relação profissional/leito neonatal; superlotação na unidade neonatal; inadequação no transporte do recém-nascido; indisponibilidade de unidade de terapia intensiva obstétrica e neonatal; inexistência de enfermaria de alto risco equipada com serviço de medicina fetal para atendimento aos casos graves; exames complementares e suporte clínico cardiológico.^{1,15,18,22} Os aspectos relacionados ao processo da assistência obstétrica envolvem: ações inadequadas de diagnóstico e tratamento; falhas no manejo obstétrico e/ou deficiências no atendimento ao recém-nascido no berçário; descaso com o acompanhamento pré-natal; dificuldades de acesso da gestante e recém-nascido, em tempo oportuno, a serviços de saúde; fragilidades na regionalização e hierarquização da assistência à saúde; ausência ou vinculação incipiente entre o pré-natal e o parto; desarticulação entre os serviços de atenção básica e assistência ao parto; desqualificação dos profissionais, entre outros.^{3,7,12,14,18,20}

A mortalidade materna e perinatal pode ser significativamente reduzida por meio do acesso oportuno das mães e recém-nascidos à assistência médica integral e de qualidade.^{3,5,12} A qualidade dos serviços de saúde, medida pela comparação com parâmetros apropriados,¹⁹ pode ser considerada o grau de adequação ou excelência alcançado na execução de suas ações.¹⁹

Diante da crescente necessidade em medir estados de saúde e comparar os desempenhos dos sistemas e serviços, os indicadores emergem como valiosas ferramentas, capazes de fornecer informações relevantes para subsidiar a tomada de decisões.²³

Índices são indicadores utilizados para agrupar e resumir informações presentes em grande número de indicadores que, isolados, seriam de difícil interpretação. São obtidos pela agregação de dois ou mais indicadores simples, referidos à mesma dimensão ou a diferentes dimensões da realidade, por meio da definição de pesos relativos ou escore de pontos.¹⁷

Diversos estudos avaliaram a assistência prestada ao segmento materno e neonatal no SUS.^{5,6,15} Entretanto, poucas pesquisas definiram parâmetros para avaliar a assistência hospitalar materna e neonatal. O objetivo deste estudo foi desenvolver índice para avaliar a qualidade da assistência hospitalar materna e neonatal do Sistema Único de Saúde (SUS).

MÉTODOS

Estudo descritivo de corte transversal, qualitativo, com abrangência nacional. Foram utilizados dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

A rede hospitalar do SUS é composta por 5.312 hospitais. Foram critérios de inclusão dos hospitais: ter pelo menos 12 partos/ano em 2009, ou o número de partos representar 10,0% ou mais no total de internações/ano em 2009. Foram selecionados 3.400 hospitais, entre os quais, 16 unidades que não possuíam leitos obstétricos cadastrados no CNES, mas apresentaram quantidade significativa de internações obstétricas.

O banco de dados foi organizado com a reunião dos arquivos reduzidos das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) de cada Unidade Federada do País de todos os meses de 2009. Foram também reunidos arquivos do CNES referentes aos estabelecimentos, aos leitos, às habilitações e aos equipamentos em todos os estados do País correspondentes a dezembro de 2009.

Os fundamentos teóricos propostos por Donabedian⁷ (1980) foram adotados para elaboração do método de avaliação e sugerem a realização desse processo a partir da tríade estrutura-processo-resultado pela interdependência entre essas dimensões. Integralidade da assistência foi incorporada para garantir ampla avaliação e contemplou os vários planos da atenção à saúde (promoção, prevenção e tratamento e reabilitação da saúde na assistência hospitalar materna e neonatal).

As subdimensões avaliadas foram: porte hospitalar, complexidade, prática assistencial ao parto, práticas hospitalares recomendáveis e práticas epidemiológicas, que foram conformadas como indicadores compostos, refletindo, portanto, a capacidade das unidades em prestar um atendimento integral e de qualidade às mães e recém-nascidos no SUS.

Relevância e confiabilidade foram definidas como critérios para seleção das variáveis na construção dos indicadores. A variável foi considerada relevante quando apresentou simultaneamente relação com qualquer uma das dimensões da qualidade e a integralidade da assistência. A confiabilidade esteve relacionada à precisão de cada variável em refletir o fenômeno com o qual se relacionava e foi considerada desejável quando não apresentava distorções ou contradições com a realidade.

A lista dos indicadores foi submetida à consulta dos pesquisadores do Laboratório de Análises dos Sistemas de Informações em Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (Fiocruz-PE) e de profissionais obstetras e pediatras do Instituto Medicina Integral de Pernambuco (IMIP), instituição de referência na assistência obstétrica e neonatal, com grande experiência no ensino da área e reconhecimento nacional. Foram incluídos aqueles indicadores aprovados pelos profissionais de ambas as instituições.

Foram igualmente importantes no processo de construção dos indicadores: disponibilidade dos dados, simplicidade de interpretação, facilidade de reprodução, poder discriminatório, clareza quanto ao seu objetivo e a sua representação.

A construção do índice foi realizada em três etapas:

1ª) Definição de indicadores simples: definição de faixas para pontuação (pontuação final de 0 a 1).

2ª) Elaboração dos indicadores compostos: somatório dos pontos dos indicadores simples que compõem o indicador composto (dimensões), conformando faixas de pontuação e pontuação final de cada dimensão (de 0 a 5).

3ª) Construção do índice de completude da qualidade da assistência hospitalar materna e neonatal: somatório de pontos obtidos na avaliação dos indicadores compostos, conformando cinco faixas de pontuação que expressam cinco níveis de completude da qualidade.

Foi realizada aplicação desses indicadores e índice na rede hospitalar por regiões para análise da qualidade da assistência.

Os dados foram processados no programa de tabulação TABWIN, analisados no Programa Excel Microsoft Office e apresentados no formato de quadros e tabelas.

Esta pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisas em Seres Humanos, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz-PE (CAAE 0068.0.095.000-07/2007).

RESULTADOS

Foram identificadas 294 variáveis relacionadas à assistência materna e neonatal, das quais 113 relacionavam-se com a avaliação da qualidade da assistência hospitalar materna e neonatal no SUS.

Procedeu-se à análise individual para avaliar a precisão de cada variável em refletir o fenômeno com o qual se relacionava e garantir a qualidade e aplicabilidade do índice a ser desenvolvido. Foram excluídas 30 variáveis que apresentaram distorções da realidade com os números apresentados (confiabilidade insatisfatória).

As 83 variáveis foram analisadas segundo o critério de relevância e resultaram em 40 variáveis com qualidade e relevância.

Foram construídos 27 indicadores simples para identificar e descrever aspectos gerais da assistência hospitalar materna e neonatal que comporiam os indicadores compostos. O método de cálculo variou desde a frequência simples, a verificação da existência ou não de determinados serviços, programas ou habilitações, até o cálculo de proporções.

Procedeu-se à etapa de definição da pontuação e construção das faixas para pontuação de cada indicador

simples. A pontuação mínima de zero e máxima de um ponto foi atribuída para cada indicador (Tabela 1).

Dezesseis indicadores foram dicotomizados, resultando em: zero para não; e um para sim. Os 11 demais representaram frequências numéricas e maior variação de resultados: pontuação mínima: zero; máxima: um – fracionada em: 0; 0,2; 0,4; 0,6; 0,8 e 1, o que exigiu a definição de faixas que correspondessem a cada uma dessas pontuações. Cada indicador refletiu uma característica particular da rede hospitalar. Assim, a conformação numérica ou percentual de cada faixa ocorreu de forma individualizada de acordo com as especificidades.

Os hospitais apresentaram entre 0 e 57 leitos neonatais. Essa frequência foi fracionada originando as seguintes faixas para pontuação: 0; < 5; 5 a 9; 10 a 19; 20 a 29 e > 30, que corresponderam a 0; 0,2; 0,4; 0,6; 0,8; e 1, respectivamente.

Cada dimensão agregou números diferentes de indicadores simples. O valor total das dimensões porte e práticas epidemiológicas correspondeu ao número de indicadores simples. A dimensão complexidade com sete indicadores, a assistência ao parto com cinco e práticas recomendáveis com sete obtiveram pontuação máxima 5, 4 e 4, respectivamente. Isso porque menos de 0,5% dos hospitais situaram-se nos níveis mais elevados de pontuação. Assim, a pontuação máxima possível foi de 21 pontos, e não de 27, na soma dos indicadores simples (Tabela 2).

O índice de completude agregou as cinco dimensões com pontuação máxima de 21 pontos. Foi fracionado de maneira crescente em cinco faixas de intervalos regulares, originando os cinco níveis de completude da assistência hospitalar materna e neonatal (I: baixíssima, II: baixa, III: intermediária, IV: alta e V: altíssima) (Tabela 2).

Avaliando os indicadores simples que compõem as dimensões (Tabela 3), no porte hospitalar, observa-se que 87,4% hospitais não dispuseram de leitos neonatais, 90,2% unidades tinham no máximo 29 leitos obstétricos e 70,0% das unidades registraram menos de 500 internações obstétricas no ano de 2009.

Mais de 83,0% dos hospitais não possuíam leitos de Unidade de Terapia Intensiva adulto, pediátrico ou neonatal e menos de 2,3% deles estavam habilitados ao atendimento terciário à gestante de alto risco, tratamento à má formação lábio palatal e referência neonatal especializada.

Na prática assistencial ao parto, 21,7% e 25,4% dos hospitais apresentaram tempo de permanência esperado em mais de 80,0% dos partos normais e cesáreos realizados, respectivamente. Menos de 4,6% estavam habilitados para realizar partos normais e cesáreos de alto risco.

Tabela 1. Critério de pontuação dos indicadores simples da assistência materna e neonatal na rede hospitalar brasileira. Brasil, 2009.

Indicador composto	Indicadores simples	Pontuação/Faixas					
		0	0,2	0,4	0,6	0,8	1
Porte	Número total de leitos neonatais	0	1 a 4	5 a 9	10 a 19	20 a 29	≥ 30
	Número total de leitos obstétricos	0	1 a 9	10 a 29	30 a 49	50 a 69	≥ 70
	Número total de internações neonatais	0	1 a 49	50 a 99	100 a 299	300 a 499	≥ 500
	Número total de procedimentos obstétricos	0	1 a 499	500 a 999	1.000 a 2.999	3.000 a 4.999	≥ 5.000
Complexidade	Número de leitos em UTI adulto	0	1 a 5	6 a 10	11 a 20	21 a 30	≥ 31
	Número de leitos em UTI neonatal	0	1 a 5	6 a 10	11 a 15	16 a 20	≥ 21
	Número de leitos em UTI pediátrica	0	1 a 5	6 a 10	11 a 15	16 a 20	≥ 21
	Número de incubadoras	0	1 a 5	6 a 10	11 a 15	16 a 20	≥ 21
Assistência ao parto	Atendimento terciário à gestante de alto risco	Não	-	-	-	-	Sim
	Serviço de nutrição enteral e parenteral	Não	-	-	-	-	Sim
	Tratamento à má formação lábio palatal	Não	-	-	-	-	Sim
	Centro de referência para triagem neonatal	Não	-	-	-	-	Sim
Práticas recomendáveis	Parto normal de alto risco	Não	-	-	-	-	Sim
	Parto cesáreo de alto risco	Não	-	-	-	-	Sim
	% parto normal com permanência de 24h	< 50,0	50,0 a < 60,0	60,0 a < 70,0	70,0 a < 80,0	80,0 a < 90,0	90,0 a 100
	% parto cesáreo com permanência de 48h	< 50,0	50,0 a < 60,0	60,0 a < 70,0	70,0 a < 80,0	80,0 a < 90,0	90,0 a 100
Práticas epidemiológicas	% parto cesáreo/ano	0 ou 80,1 a 100	0,1 a 10,0 ou 70,1 a 80,0	10,1 a 20,0 ou 60,1 a 70,0	20,1 a 30,0 ou 50,1 a 60,0	40,1 a 50,0	30,1 a 40,0
	Leitos de alojamento conjunto	Não	-	-	-	-	Sim
	Banco de leite implantado	Não	-	-	-	-	Sim
	Habilitação em hospital amigo da criança	Não	-	-	-	-	Sim
Práticas epidemiológicas	Habilitação em hospital dia AIDS	Não	-	-	-	-	Sim
	Habilitação cuidados intermediários neonatais	Não	-	-	-	-	Sim
	Habilitação para realização de laqueadura	Não	-	-	-	-	Sim
	Habilitação para busca ativa de órgãos	Não	-	-	-	-	Sim
Práticas epidemiológicas	Comissão de análise de óbitos	Não	-	-	-	-	Sim
	Comissão de controle de infecções hospitalares	Não	-	-	-	-	Sim
	Comissão notificação e investigação doenças	Não	-	-	-	-	Sim

Tabela 2. Critérios de pontuação dos indicadores compostos e índice de completude da qualidade da assistência hospitalar materna e neonatal na rede hospitalar brasileira. Brasil, 2009.

Indicador composto	Pontuação/Faixas						Total
	0	1	2	3	4	5	
Porte	–	> 0 a 1	> 1 a 2	> 2 a 3	> 3	–	4
Complexidade	0	> 0 a 1	> 1 a 2	> 2 a 3	> 3 a 4	> 4	5
Assistência ao parto	0	> 0 a 1	> 1 a 2	> 2 a 3	> 3	–	4
Práticas recomendáveis	0	1	2	3	4	≥ 5	5
Práticas epidemiológicas	0	1	2	3	–	–	3
Índice	Pontuação/Níveis/Classificação						
Completude da qualidade		1 a 4	5 a 8	9 a 12	13 a 16	≥ 17	
		Nível I	Nível II	Nível III	Nível IV	Nível V	
		Baixíssima	Baixa	Intermediária	Alta	Altíssima	

Cerca de 40,6% dos hospitais possuíam leitos de alojamento conjunto e 23,5%, habilitação para realização de laqueadura. Na realização de práticas epidemiológicas, 62,0% das unidades possuíam comissões de controle de infecções hospitalares e 53,9%, comissão de notificação e investigação de doenças.

A rede materna e neonatal era majoritariamente de pequeno porte (76,0%), com 241 de maior porte (3 e 4), 3,7% hospitais de alta complexidade (3 e 4) e 85,2% entre os níveis mais baixos (0 e 1) e intermediário (2) de adequação à prática da assistência ao parto. Cerca de 8,9% estavam entre os três níveis mais elevados de realização das práticas recomendáveis e 44,2% estavam numa classificação mais alta (nível 2 e 3) das práticas epidemiológicas (Tabela 4).

A análise do índice de completude no Brasil mostrou que 79,7% dos hospitais apresentaram baixíssima e baixa completude da qualidade da assistência hospitalar materna e neonatal. Apresentaram as mais altas completudes 5,5% das unidades; destas, 52,2% localizavam-se no sudeste do País (Tabela 3).

A rede hospitalar materna e neonatal era composta por 3.400 unidades: 10,0% no Norte, 35,2% no Nordeste, 9,7% no Centro-Oeste, 17,9% no Sul e 27,2% no Sudeste (Tabela 5). Mais de 89,3% da rede possuía baixa e baixíssima completude da qualidade no Norte, Nordeste e Centro-Oeste, além de menos de 2,7% com alta e altíssima qualidade. No Sudeste estiveram o menor contingente (9,4%) de hospitais com baixíssima completude, mais unidades em situação intermediária (19,9%), além dos maiores percentuais (10,5%) de hospitais com alta e altíssima completude da qualidade da assistência materna e neonatal.

DISCUSSÃO

O processo de elaboração do índice de qualidade exigiu uma série de ensaios e análises e o estabelecimento de critérios e parâmetros que foram desenvolvidos durante

o seu curso. Elaborar um índice simples e fácil de ser reproduzido foi um processo complexo. Ao mesmo tempo em que os dados teriam que estar disponíveis, precisava-se assegurar a validade e a qualidade do indicador e aplicar parâmetros que não estivessem pré-estabelecidos. O desenvolvimento de índices compostos de condição de vida a partir de variáveis socioeconômicas e ambientais é apontado como uma das mais importantes ferramentas para o diagnóstico de situação de saúde.^{4,13,24}

A adoção dos critérios de confiabilidade e relevância foi fundamental no desenvolvimento do índice a partir de dados originários nos sistemas de informações assistenciais, por suprimir os problemas ligados à incompletude e inconsistência das variáveis.

Isso garantiu a qualidade e validade do índice, mostrando que os sistemas de informações assistenciais são importantes ferramentas para avaliação em saúde. A pertinência em utilizar o sistema de informações hospitalares como instrumento para a avaliação da qualidade da assistência hospitalar foi confirmada por Escosteguy et al¹¹ (2005).

A adoção das dimensões da avaliação de Donabedian⁹ permitiu avaliar a rede segundo o porte e a complexidade. A integralidade da assistência possibilitou conformar os indicadores compostos a práticas assistenciais ao parto, práticas recomendáveis e epidemiológicas. Isso ampliou o foco da avaliação da qualidade da assistência hospitalar para além da estrutura e complexidade.

Essa característica multidimensional é amplamente utilizada na elaboração dos índices compostos de carência social que agrupam vários indicadores e estatísticas e explicita diferenciais intraurbanos.^{2,4}

Outra experiência utilizou indicador global, focalizando não a caracterização de condição de vida e diferenciais intraurbanos da população, mas a qualidade da atenção básica na gestão municipal como o indicador

Tabela 3. Número de unidades hospitalares com a pontuação obtida de acordo com os indicadores simples da assistência materna e neonatal. Brasil, 2009.

Dimensão	Indicador	Unidades hospitalares/Pontuação					
		0	0,2	0,4	0,6	0,8	1
Porte	Leitos neonatais	2.971	172	136	75	31	15
	Leitos obstétricos	16 ^a	1.843	1.209	226	57	49
	Internações neonatais	613	2.117	176	258	129	107
	Procedimentos obstétricos	0	2.323	433	449	140	55
Complexidade	UTI adulto	2.837	60	284	148	35	36
	UTI neonatal	3.025	60	197	49	30	39
	UTI pediátrica	3.187	102	78	15	9	9
	Incubadoras	728	2.188	241	96	55	92
	Atendimento terciário à gestante de alto risco	3.322	–	–	–	–	78
	Serviço de nutrição enteral e parenteral	3.003	–	–	–	–	397
	Tratamento da má formação lábio palatal	3.390	–	–	–	–	10
	Referência neonatal especializada	3.391	–	–	–	–	9
Práticas assistenciais ao parto	% parto normal com permanência de 24h	1.286	392	469	515	442	296
	% parto cesáreo com permanência de 48h	1.283	348	432	474	456	407
	% parto cesáreo	607	280	572	991	390	560
	Parto normal de alto risco	3.248	–	–	–	–	152
	Parto cesáreo de alto risco	3.245	–	–	–	–	155
Práticas recomendáveis	Leitos alojamento conjunto	2.018	–	–	–	–	1.382
	Banco de leite	3.182	–	–	–	–	218
	Habilitação em hospital amigo da criança	3.108	–	–	–	–	292
	Habilitação em hospital dia AIDS	3.366	–	–	–	–	34
	Habilitação cuidados intermediários neonatais	3.278	–	–	–	–	122
	Habilitação para realização de laqueadura	2.602	–	–	–	–	798
Práticas epidemiológicas	Habilitação para busca ativa de órgãos	3.116	–	–	–	–	284
	Comissão de análise de óbitos	2.907	–	–	–	–	493
	Comissão controle de infecções hospitalares	1.291	–	–	–	–	2.109
	Comissão notificação e investigação doenças	1.567	–	–	–	–	1.833

UTI: unidade de terapia intensiva

^a Unidades hospitalares que não apresentaram leitos obstétricos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde em 2009, mas realizaram uma significativa quantidade internações obstétricas.

sintético, o qual analisou ineficiência na gestão das ações de acesso e provimento em 63,9% dos municípios catarinenses avaliados.¹⁹

O índice de completude da qualidade da assistência materna e neonatal na rede hospitalar do SUS apontou que a rede hospitalar materna e neonatal foi predominantemente de pequeno porte, baixa complexidade com insuficiente desempenho das práticas assistenciais ao parto e baixo desenvolvimento das práticas recomendáveis e epidemiológicas.

O pequeno porte da rede hospitalar materna e neonatal mostra parte da dificuldade da rede em oferecer atendimento à população com o mínimo de incorporação tecnológica na assistência. Rosa & Hortale²¹ (2000) observaram que deficiências na estrutura física, serviços

e equipamentos; organização de pessoal; e características organizacionais estiveram relacionadas à ocorrência de mortes perinatais potencialmente evitáveis na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, RJ.

A assistência hospitalar ao parto geralmente não requer suporte assistencial de alta complexidade. Porém, quando é exigida, deve ser oportuna e acessível à população. A rede analisada apresentou número além do esperado nos níveis de baixíssima e baixa complexidade, com grande número de unidades hospitalares sem nenhuma complexidade. Isso compromete a assistência ao parto de baixo risco, além da inadequada quantidade de hospitais com maior agregação tecnológica para a atenção aos casos mais graves. A dificuldade de acesso aos serviços de maior complexidade também foi observada em Belo Horizonte, MG, e no Paraná, e esteve associada à ocorrência de óbitos perinatais.^{15,18}

Tabela 4. Número de unidades hospitalares com a pontuação obtida segundo indicadores compostos da assistência materna e neonatal. Brasil, 2009.

Dimensão/Indicador composto	Nível/Número de hospitais					
	0	1	2	3	4	5
Porte	–	2.585	573	200	41	–
Complexidade	710	2.228	183	152	75	52
Práticas assistenciais ao parto	120	1.259	1.517	558	46	–
Práticas recomendáveis	982	1.528	588	195	69	38
Práticas epidemiológicas	835	1.063	1.134	368	–	–

O desempenho inadequado das práticas assistenciais ao parto sugere a necessidade de adequação da rede hospitalar para prestação desses cuidados. O tempo de permanência inadequado e o excesso de partos cesáreos têm papel importante na redução de complicações e óbitos neonatais e maternos. Condições não desejadas da assistência obstétrica e/ou deficiências no atendimento ao recém-nascido no berçário estiveram relacionadas à ocorrência de óbitos perinatais evitáveis no Piauí e em Pernambuco.^{3,20}

O baixo desenvolvimento das práticas recomendáveis e epidemiológicas na rede hospitalar mostrou que os serviços pouco incorporaram às práticas de humanização do cuidado e de monitoramento da qualidade da assistência e controle de infecções e notificação de doenças.

O índice de completude da qualidade da assistência hospitalar refletiu a capacidade das unidades de prestar atendimento integral de qualidade às mães e recém-nascidos no SUS. Seu desenvolvimento permitiu estabelecer um escore de pontuação para uma avaliação global e o estabelecimento de classificação hierárquica entre os hospitais. Essa pode ser uma ferramenta para gestão, vigilância e monitoramento da assistência materna e neonatal.

Costa et al⁸ (2004) avaliaram os recursos hospitalares para assistência perinatal e elaboraram um sistema de

classificação e avaliação por meio de escore de pontos. Esse sistema, denominado níveis de complexidade e segurança em potencial para unidades perinatais de hospitais maternidades, estabeleceu hierarquização da qualidade dos serviços.

A aplicação do índice mostrou que a maioria da rede é de baixa completude. Esse resultado era esperado por se tratar da avaliação da qualidade da assistência obstétrica, que geralmente requer procedimentos e atos com pouca incorporação tecnológica. Entretanto, identificaram-se unidades de baixíssima completude em todas as regiões, concentradas principalmente no Norte, Nordeste e Centro-Oeste do País. Situação não desejada mesmo para realização de partos de baixo risco, o que também ressalta as desigualdades regionais.

Situação semelhante foi observada em Belo Horizonte: 17,9% dos hospitais-maternidades não apresentavam condições de complexidade e segurança mínimas para atendimento a parturientes e recém-nascidos de risco habitual e 46,4% para o atendimento de médio/alto risco.⁶

A região Sudeste apresentou a distribuição próxima do ideal: cerca de 60,0% de unidades com baixa completude, 20,0% com média (intermediária) e 10,0% com alta, apesar de ter apresentado 9,4% de hospitais com baixíssima completude (o ideal seria zero). Os serviços com a

Tabela 5. Distribuição dos hospitais por regiões, segundo os níveis de completude da qualidade da assistência materna e neonatal. Brasil, 2009.

Região	Completude da qualidade										Total
	Baixíssima		Baixa		Intermediária		Alta		Altíssima		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Norte	111	32,6	197	57,9	26	7,6	4	1,2	2	0,6	340
Nordeste	440	36,8	623	52,1	98	8,2	25	2,1	10	0,8	1.196
Centro-Oeste	73	22,1	218	66,1	26	9,0	9	2,7	4	1,2	330
Sul	100	16,4	395	64,9	79	13,0	29	4,8	6	1,0	609
Sudeste	87	9,4	557	60,2	184	19,9	76	8,2	21	2,3	925
Brasil	811	23,9	1.990	58,5	413	12,1	143	4,2	43	1,3	3.400

melhor qualidade da rede materna e neonatal estiveram nas regiões mais desenvolvidas do País (Sudeste e Sul).

Desigualdades no acesso da gestante e recém-nascido aos estabelecimentos de assistência obstétrica em tempo oportuno foram encontradas anteriormente, maiores nos locais menos desenvolvidos, com precárias condições socioeconômicas.^{6,12,18}

O índice de completude composto por aspectos multidimensionais apontou que a rede pública hospitalar apresentou insuficiência na oferta de alguns cuidados, problemas estruturais (carência de recursos físicos materiais e equipamentos) e indisponibilidade de determinados serviços/programas estratégicos para o segmento materno e neonatal. Isso mostra a necessidade de intervenções para a estruturação e organização dos serviços, a fim de reduzir as diferenças regionais no acesso e utilização dos bens e cuidados obstétricos

e garantir atendimento adequado e oportuno às gestantes e recém-nascidos no Brasil.

O índice de completude da qualidade mostrou-se: sensível (foi capaz de detectar ações com frequências de distintas amplitudes na assistência hospitalar); acessível (dados necessários para seu cálculo de domínio público, acessados via internet, de forma rápida e com custo mínimo); disponível (dados para o seu cálculo de fácil acesso, podendo ser coletados pelos serviços de rotina); e simples (método de cálculo por somatório das variáveis).

Apesar da alta sensibilidade na avaliação da qualidade, o índice não tem alta especificidade. Por isso, seu emprego não deve eliminar nem substituir avaliações específicas, mas sim ser utilizado como instrumento gerencial, em que se tem uma primeira aproximação da avaliação da qualidade da assistência materna e neonatal hospitalar do País, não dispensando as avaliações *in loco*.

REFERÊNCIAS

- Andrade LG, Amorim MMR, Cunha ASC, Leite SRF, Vital SA. Fatores associados à natimortalidade em uma maternidade escola em Pernambuco: estudo caso-controle. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009;31(6):285-92. DOI:10.1590/S0100-72032009000600004
- Barcellos CC, Sabroza PC, Peiter P, Rojas LI. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. *Inf Epidemiol SUS*. 2002;11(3):129-38.
- Barreto JOM, Nery IS, Mendes YMMB. Mortalidade perinatal: uma análise com enfoque na evitabilidade. *Cogitare Enferm*. 2011;16(1):88-95.
- Bonfim C, Ferreira DKS, Vilela MBR, Pedrosa Junior D, Medeiros Z. Índice composto de carência social: uma proposta para o planejamento das ações de vigilância em saúde. *Rev Baiana Saude Publica*. 2010;34(1):87-100.
- Camargo ABM. A natimortalidade e a mortalidade perinatal em São Paulo. *São Paulo Perspect*. 2008;22(1):30-47.
- Caminha MFC, Figueira MCS, Santos LGA, Albuquerque EC, Lira PI, Batista Filho M. Assistência ao parto normal no Estado de Pernambuco: aspectos geográficos, socioeconômicos e profissionais, com ênfase no papel da enfermeira. *Epidemiol Serv Saude*. 2008;17(3):95-204.
- Campos JS, Mello Jorge MHP. Integralidade da atenção e evitabilidade de óbitos perinatais no município de Fortaleza – CE. *Cad ESP*. 2012;6(1):29-1.
- Costa JO, Xavier CC, Proietti FA, Delgado MS. Avaliação dos recursos hospitalares para assistência perinatal em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Rev Saude Publica*. 2004;38(5):701-8. DOI:10.1590/S0034-89102004000500013
- Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment. Ann Harbor: Health Administration Press; 1990.
- Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990;114(11):1115-8.
- Escosteguy CC, Portela MC, Medronho RA, Vasconcellos MTL. AIH versus prontuário médico no estudo do risco de óbito hospitalar no infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(4):1065-76. DOI:10.1590/S0102-311X2005000400009
- Freitas BAC, Gonçalves MR, Ribeiro RCL. Mortalidade infantil, segundo critérios de evitabilidade e componentes - Viçosa - MG, 1998-2010. *Pediatr Mod*. 2012;48(6):237-45.
- Guimarães MJB, Marques NM, Melo Filho DA, Swarcwald CL. Condição de vida e mortalidade infantil: diferenciais intraurbanos no Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2003;19(5):1413-24. DOI:10.1590/S0102-311X2003000500020
- Klein CJ, Madi JM, Araújo BF, Zatti H, Bosco DSDB, Henke CN, et al. Fatores de risco relacionados à mortalidade fetal. *Rev AMRIGS*. 2012;56(1):11-6.
- Lansky S, França E, César CC, Monteiro Neto LC, Leal MC. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. *Cad Saude Publica*. 2006;22(1):117-30. DOI:10.1590/S0102-311X2006000100013
- Manzini FC, Borges VTM, Parada CMGL. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2009;9(1):59-67. DOI:10.1590/S1519-38292009000100007
- Merchán-Hamann E, Tauil PL, Costa MP. Terminologia das medidas e indicadores em epidemiologia: subsídios para uma possível padronização da nomenclatura. *Inf Epidemiol SUS*. 2000;9(4):273-84.
- Nabhan SS, Oliveira RZ. Óbitos infantis, características maternas e de assistência em município da região noroeste do Paraná, Brasil, 1999 a 2006. *Acta Sci Health Sci*. 2009;31(1):71-6.

19. Pereira MG. Epidemiologia teoria e prática. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
20. Rocha R, Oliveira C, Silva DKF, Bonfim C. Mortalidade neonatal e evitabilidade: uma análise do perfil epidemiológico. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(1):114-20.
21. Rosa MLG, Hortale VA. Óbitos perinatais evitáveis e estrutura de atendimento obstétrico na rede pública: estudo de caso de um município da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 2000;16(3):773-83. DOI:10.1590/S0102-311X2000000300025
22. Sakae TM, Freitas PF, D'Orsi E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. *Rev Saude Publica*. 2009;43(3):472-80. DOI:10.1590/S0034-89102009000300011
23. Soárez PC, Padovan JL, Ciconelli RM. Indicadores de saúde no Brasil: um processo em construção. *Rev Adm Saude*. 2005;7(27):57-64.
24. Souza WV, Ximenes R, Albuquerque MFM, Lapa TM, Portugal JL, Lima MLC, et al. The use of socioeconomic factors in mapping tuberculosis risk areas in a city of northeastern Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2000;8(6):403-10. DOI:10.1590/S1020-4989200001100005

Artigo baseado na dissertação de mestrado de Silva ALA, intitulada: "Avaliação da assistência materna e neonatal: a construção do índice de completude da assistência hospitalar, através dos sistemas de informações assistenciais", apresentada ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz-PE, em 2012. Os autores declaram não haver conflito de interesses.

DESTAQUES

O estudo elaborou metodologia para avaliar a assistência hospitalar materna e neonatal, na rede pública hospitalar do SUS, a partir dos Sistemas de Informações, e mostrou a aplicação da proposta desenvolvida.

O índice de completude agregou cinco dimensões: Porte, Complexidade, Práticas assistenciais ao parto, Práticas recomendáveis e Práticas epidemiológicas, originando cinco níveis de completude da assistência hospitalar materna e neonatal (I: baixíssima, II: baixa, III: intermediária, IV: alta e V: altíssima). O índice de completude da qualidade mostrou-se sensível (capaz de detectar ações com frequências de distintas amplitudes na assistência hospitalar), acessível (dados para seu cálculo são de domínio público, acessados via internet, de forma rápida e com custo mínimo), disponível (dados para seu cálculo são de fácil acesso, podendo ser coletados pelos serviços de rotina), e simples (método de cálculo por somatório das variáveis).

Sua aplicação apontou que a rede hospitalar materna e neonatal é predominantemente, de pequeno porte, baixa complexidade, com insuficiente desempenho das práticas assistenciais ao parto e baixo desenvolvimento das práticas recomendáveis. Identificaram-se, em todas as regiões do País, unidades de baixíssima completude, concentradas principalmente no Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

O índice de completude mostrou-se como ferramenta de grande valor para monitoramento da assistência hospitalar materna e neonatal do SUS, podendo melhorar sua qualidade. Pode ser utilizado como instrumento de triagem, para estabelecer uma primeira aproximação das características e distribuição da assistência hospitalar no País.

Prof^a. Rita de Cássia Barradas Barata
Editora Científica