

ATENDIMENTO À CRIANÇA E ÀS MÃES: investigação do óbito evitável em menores de cinco anos^a

Denise Albieri JODAS^b, Maria José SCOCHI^c,
Marina Bennemann de MOURA^d, Mayara Zago TIWATA^e

RESUMO

Avaliar o atendimento à criança e às mães nas unidades básicas a partir da investigação dos óbitos em menores de cinco anos ocorridos em 2008. Estudo avaliativo, 41 óbitos, em Maringá, Paraná, sendo 90,2% evitáveis, 38,5% gestantes tiveram sua primeira consulta de pré-natal no primeiro trimestre; 50,0% realizaram acima de seis consultas; 73,1% foram avaliadas quanto ao risco gestacional; 34,6% prontuários tinham registro de informações sobre exames laboratoriais de pré-natal; 50,0% nascimentos ocorreram por parto cesárea. Em 87,5% prontuários constavam registros de acompanhamento de crescimento da criança e avaliação do risco do recém-nascido; nenhum possuía registros de desenvolvimento neuromotor; 50,0% apresentavam registros completos de vacinação; 75,0% receberam visita domiciliar da equipe saúde da família. Todas as crianças de baixo risco realizaram três consultas médicas, apenas um recém nascido de alto risco atingiu sete consultas médicas. Conclui-se que existem falhas de registros dos profissionais quanto ao pré-natal, bem como na qualidade do acompanhamento de crianças consideradas de risco.

Descritores: Avaliação em saúde. Vigilância de evento sentinela. Atenção primária à saúde.

RESUMEN

Evaluar tratamiento de niños menores de cinco años y madres en las unidades básicas. Estudio de evaluación, 41 muertes en 2008, Maringá, Paraná, Brasil, 90,2% evitable, 38,5% de las mujeres tuvieron su primera consulta prenatal en el primer trimestre, 50,0% tenían más de seis consultas, 73,1% fueron evaluados para riesgo de las mujeres, 34,6% tenían antecedentes tabla de información sobre las pruebas de laboratorio del prenatal, 50,0% de los nacimientos fueron cesárea; 87,5% figuran los registros de vigilancia del crecimiento infantil y la evaluación de riesgos de los recién nacidos, no tenían antecedentes de desarrollo neuromotor, 50,0% tenían registro completo de vacunación, 75,0% recibieron visitas a domicilio. Los niños con bajo riesgo tuvieron tres consultas médicas, un recién nacido de alto riesgo llegó a siete consultas. Se concluye que hay fallas de los registros de los profesionales con respecto al prenatal, así como la calidad de la supervisión de los niños considerados en situación de riesgo.

Descriptorios: Evaluación en salud. Vigilancia de guardia. Atención primaria de salud.

Título: Servicio a los niños y madres: investigación del muerte evitable en menores de cinco años.

ABSTRACT

This study aims to evaluate the treatment of children and mothers in basic health units based on the investigation of deaths in children under five years. This is an evaluative study, that analyzed 41 deaths occurred in 2008 in the city of Maringá, state of Paraná, Brasil. 90.2% of these deaths were preventable. 38.5% of the pregnant women had their first prenatal consultation in the first quarter of pregnancy. 50.0% had more than six consultations. 73.1% were assessed for risk pregnancy. 34.6% of chart records had information on prenatal laboratory tests. 50.0% of births occurred by cesarean section. 87.5% of charts contained records of child growth monitoring and risk assessment of newborns. None had records of neuromotor development. 50.0% had complete vaccination records. 75.0% received home visits from a family healthcare team. All children at low risk had three visits to doctors. Only one high-risk newborn reached seven medical consultations. The conclusion is that there are failures in the professional records of prenatal care, as well as in the quality of monitoring of children considered at risk.

Descriptors: Health evaluation. Sentinel surveillance. Primary health care.

Title: Care of children and mothers: research on preventable deaths in children under five years.

^a Artigo extraído da dissertação de Mestrado apresentada em 2010 ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

^b Mestre em Enfermagem, Docente do Instituto Federal do Paraná (IFPR), Curitiba, Paraná, Brasil.

^c Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem da UEM, Maringá, Paraná, Brasil.

^d Aluna de Iniciação Científica do Curso de Graduação em Enfermagem da UEM, Maringá, Paraná, Brasil.

INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada, com população definida a ser atendida, fazendo com que esta tenha o acesso a todo tipo de tecnologia disponível⁽¹⁾.

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a qualidade da assistência e as precárias condições socioeconômico-culturais são apontadas como fatores condicionantes e ou determinantes do elevado número de mortes infantis. Sendo assim, autores acreditam que as medidas de saúde pública podem ser responsáveis pela prevenção do óbito em crianças, além de serem simples e de baixo custo^(2,3).

A avaliação dos sistemas e programas de atenção primária, no contexto de populações, inclui dois aspectos indispensáveis: a adequação da prestação de serviços de atenção primária e a avaliação dos resultados deste nível de atenção. Os atributos da atenção primária que podem ser avaliados são: atenção no primeiro contato, caracterizada pelo acesso às unidades, experiências dos usuários em relação ao acesso e o uso real da necessidade da atenção básica; longitudinalidade, definida por uma relação mútua entre usuário e profissional de saúde, regularidade do uso do serviço e extensão da relação; integralidade, relacionada com a variedade das atividades proposta pelo sistema, desempenho das ações de saúde, reconhecimento dos problemas da população e taxas de encaminhamentos; coordenação de atenção, por meio de mecanismos para continuidade, reconhecimento de informações de consultas prévias e encaminhamentos⁽⁴⁾.

No contexto da avaliação, tem-se discutido as situações que poderiam ser evitadas, como por exemplo, as mortes por determinadas causas. Rutstein foi o precursor do conceito mortes evitáveis, e juntamente com colaboradores⁽⁵⁾, propôs um novo método para mensurar a qualidade do cuidado, o qual abrange casos de doenças preveníveis, as morbidades e as mortes evitáveis. A pergunta norteadora desta ocorrência é: "Por que eles acontecem?"

O evento sentinela é algo que não deve ocorrer se o serviço de saúde funcionar adequadamente, posto que sua ocorrência permite a detecção de falhas a partir de uma investigação, com o objetivo de corrigir ou melhorar o modo de funcionamento do sistema de saúde⁽⁶⁾. A ocorrência de um evento

prevenível ou evitável é um sinal de alarme, que aponta para o fato de que a qualidade do cuidado precisa ser melhorada. São usados para elucidar tal problemática, levantando os nós críticos existentes na assistência e no funcionamento dos serviços⁽⁷⁾.

A mobilização de profissionais e serviços de saúde neste processo de investigação da mortalidade em crianças constitui iniciativa importante para a redução deste fato e possíveis intervenções mais eficazes, pois identifica a relação do óbito com os fatores de risco e com os diversos aspectos da assistência à saúde. Desta forma, permite-se o confronto entre as atividades normatizadas e as efetivamente executadas, explicitando os pontos de estrangulamento assistenciais, além de revelar problemas no acesso, que contribuem para o processo de fragilização da criança⁽⁸⁾.

Diante do apresentado, o estudo tem como escopo avaliar o atendimento ofertado à criança e as mães nas unidades básicas de saúde a partir da investigação dos óbitos em menores de cinco anos.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, descritiva e sistemática. Neste caso foram feitas inferências sobre as relações entre variáveis em observação direta, a partir da comparação entre resultado obtido e critérios estabelecidos⁽⁹⁾.

O universo estudado foi constituído por 41 óbitos, menores de cinco anos, residentes no município de Maringá, Paraná, ocorridos no ano de 2008. Para investigação do óbito em menores de um ano foram utilizados os registros do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, nos quais consta um levantamento de dados de todo o atendimento de saúde realizado para a gestante e a criança. Além disso, o Comitê realiza, dentro de sua rotina de atuação, a entrevista domiciliar que traz informações não registradas em prontuários, como dificuldades da família em reconhecer riscos à saúde, dificuldades de acesso aos serviços ou ao tratamento indicado.

Em crianças maiores de um ano e menores de cinco anos, a identificação dos óbitos se deu por busca ativa das declarações de óbito (DO) na Secretaria Municipal de Saúde. Foram utilizados os mesmos critérios e meios para avaliação da condição do óbito que o Comitê de Óbito Infantil, adota inclusive a entrevista familiar. A investigação

epidemiológica dos falecimentos e a revisão dos prontuários são realizadas na tentativa de identificar os casos de sub-registros e de óbitos com causas desconhecidas⁽⁷⁾.

Para a investigação do óbito nesta idade, o formulário usado pelo Comitê de Óbito Infantil foi adaptado, com acréscimos de informações relativas ao calendário de vacinas e itens para avaliação do desenvolvimento psicomotor, estabelecidas por meio do protocolo do município de Maringá, 2004, como dados de investigação importantes nesta faixa etária.

Como instrumentos de investigação foram utilizados os prontuários de unidades básicas, serviços de urgência, ambulatorios e de especialidades, e prontuários hospitalares; no entanto, vale ressaltar que o foco deste trabalho foi avaliar o atendimento na atenção primária por meio de registros das unidades básicas. A entrevista familiar complementou as informações sobre o óbito, a qual foi gravada em dispositivo digital. A gravação da entrevista foi uma decisão da pesquisadora, pois se trata de um tema delicado e doloroso na vida do familiar entrevistado, com isso, foi possível dar todo o suporte emocional no momento da entrevista.

Para a avaliação do atendimento, como instrumento norteador, foi utilizado o Protocolo da Atenção Básica utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, publicado em 2004⁽¹⁰⁾ e a Cartilha de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)⁽¹¹⁾ e o Plano Municipal de Saúde 2006-2009⁽¹²⁾. Desta forma, compararam-se as ações preconizadas com as ações efetivamente realizadas por meio dos registros em prontuários. Estabeleceram-se, então, os seguintes critérios padrão-ouro de avaliação:

a) **para óbitos neonatais (inferiores a 28 dias):** primeira consulta de pré natal dentro do primeiro trimestre de gestação (captação da gestante); pré natal com no mínimo 6 consultas; determinação do risco gestacional no pré natal; solicitação dos exames laboratoriais no pré-natal; vacinação antitetânica no pré-natal; e frequência de cesáreas para avaliar a assistência ao parto;

b) **para óbitos pós neonatais (28 dias até 364 dias):** para esta faixa etária, foram utilizadas duas condições de análise: nos casos das crianças que permaneceram no hospital do nascimento ao óbito, optou-se em utilizar os mesmos critérios usados para avaliar óbitos neonatais, acima descri-

tos, entendendo que a complexidade de sua patologia tem alguma relação com as consequências do atendimento à gestação e ao parto; e na situação das crianças cujo óbito ocorreu após alta hospitalar, por motivos não relacionados à condição do nascimento, foram utilizados os critérios de avaliação descritos para crianças entre um e cinco anos dos registros de acompanhamento ambulatorial;

c) **para crianças entre um e cinco anos de idade:** foram avaliados quanto às ações programáticas para a criança por meio da análise do registro de acompanhamento do crescimento, aspecto nutricional, inclusive anemias por meio das ações de enfermagem (peso/estatura mensal e preenchimento da curva de crescimento); ao registro do desenvolvimento neuromotor através da análise da presença de registros classificando-os em completos, incompletos ou ausentes; ao calendário vacinal proposto pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), classificando as informações de vacinas como correspondentes a idade, incompleto para a idade e registros ausentes; ao risco do recém nascido e sua inclusão em programas especiais de acompanhamento; à puericultura por meio das consultas médicas, sendo no mínimo três consultas programáticas para menores de um ano sem risco, ou no mínimo sete consultas programáticas para crianças com risco; e, por último, à realização de visita domiciliar em recém nascidos pela equipe de saúde da família.

A organização dos dados aconteceu em formato de tabelas de frequência de acontecimentos, por meio do Programa Estatística 8.0.

Este texto foi extraído de uma dissertação de Mestrado⁽¹³⁾ e teve aprovação da Secretaria Municipal de Saúde, do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, sob protocolo 650/2009, e do Comitê de Ética em Pesquisa Estadual, sob protocolo 162/2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 41 casos investigados, 27 (65,9%) representaram óbitos neonatais, 10 (24,4%) pós neonatais, e quatro (9,7%) óbitos de um até cinco anos.

Seguindo conceito sobre evitabilidade⁽⁵⁾, 37 (90,2%) óbitos foram considerados evento sentinela. De uma maneira geral, os motivos de óbito foram doenças do período perinatal, malformações congênitas, doenças do sistema respiratório e neoplasias. Dos 37 óbitos evitáveis, 24 (64,9%) eram

neonatais, 10 (27,0%) pós- neonatais e três (8,1%) acima de um ano. Destes 18 (48,6%) foram assistidos na rede privada. Segundo as medidas de evitabilidade, as atividades de prevenção foram as mais encontradas entre as possibilidades de redução do óbito, ficando com 22 (59,5%), seguidas das ações de diagnóstico e tratamento 13 (35,1%) e dois (5,4%) relacionados a outras causas, como a dependência das mães em drogas ilícitas.

A prevenção é discutida como a principal medida de evitabilidade no que se diz respeito à qualidade do atendimento à mulher na gestação e no parto, e no atendimento ao recém nascido, a fim de evitar a ocorrência de eventos indesejados durante a assistência, tais como afecções durante a gestação e complicações durante o parto com a mãe ou recém-nascido⁽⁶⁾.

Os quatro óbitos considerados inevitáveis incluem situações como: reunião de gêmeos, malformação intra-uterina e uma criança de três anos

com Síndrome de Menlides que deriva de uma alteração genética extremamente rara vinculada ao sexo da criança (masculino).

Avaliação dos óbitos relacionados ao pré-natal

As variáveis do estudo descritas na Tabela 1 constituem os critérios de avaliação para 28 óbitos (75,7%) do total de 37 evitáveis. Considerou-se informação ausente como ações não realizadas. Como apresentado nesta tabela, observa-se que 26 (92,9%) mães realizaram o pré-natal, destas 13 (50,0%) compareceram em no mínimo sete consultas. A assistência pré-natal constitui num conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de vigiar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança, encaminhando-os para soluções imediatas ao Sistema Único de Saúde⁽¹⁴⁾.

Tabela 1 – Distribuição dos óbitos neonatais e pós-neonatais evitáveis, segundo informações do pré-natal. Maringá, PR, 2008.

Condições traçadoras	Óbitos neonatais	Óbitos pós-neonatais	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Realização de pré-natal*	23 (95,8)	3 (75,0)	26 (92,9)
Primeira consulta pré-natal			
Antes de 3 meses	9 (39,1)	1 (33,3)	10 (38,5)
Após 3 meses	3 (13,0)	1 (33,3)	4 (15,4)
Informação ausente	11 (47,8)	1 (33,3)	12 (46,1)
Nº de consultas			
1 a 3 consultas	2 (8,7)	1 (33,3)	3 (11,5)
4 a 6 consultas	8 (34,8)	2 (66,6)	10 (38,5)
7 ou mais consultas	13 (56,5)	-	13 (50,0)
Gestante de risco			
Sim	12 (52,2)	3 (100)	15 (57,7)
Não	4 (17,4)	-	4 (15,4)
Informação ausente	7 (30,4)	-	7 (26,9)
Solicitação dos exames laboratoriais (prontuário)			
Informação presente	8 (34,8)	1 (33,3)	9 (34,6)
Informação ausente	4 (17,4)	-	4 (15,4)
Prontuário não encontrado/sem acesso	11 (47,8)	2 (66,6)	13 (50,0)
Vacinação antitetânica (prontuário)			
Informação presente	7 (30,4)	2 (66,6)	9 (34,6)
Informação ausente	7 (30,4)	1 (33,3)	8 (30,8)
Prontuário não encontrado/sem acesso	9 (39,1)	-	9 (34,6)

* n = 28.

A captação precoce da gestante é estabelecida como um dos parâmetros para uma efetiva atenção pré-natal⁽¹²⁾, e pode acontecer por meio de medidas da busca ativa na comunidade ou por procura espontânea. Este estudo considerou um tempo limite para captação de três meses de gestação para a primeira consulta, sendo que em 10 (38,5%) casos aconteceu neste tempo, quatro (15,4%) após este período. No entanto, não foram encontradas informações em 12 (46,1%) prontuários, o que é um agravante a ser amplamente discutido.

O Ministério da Saúde preconiza no mínimo seis consultas de pré-natal, as quais, preferencialmente, seja uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação. De acordo com a literatura, mães com menos de cinco consultas de pré-natal apresentam risco 2,5 vezes maior de morte neonatal precoce que as demais⁽¹⁵⁾. Na Tabela 1 verifica-se que em 13 (56,5%) óbitos neonatais as mães realizaram acima de seis consultas de pré-natal.

A definição do risco gestacional assim como a solicitação dos exames laboratoriais e a realização da vacina contra o tétano estão bem definidos no protocolo de assistência a gestante. No entanto, sete (30,4%) casos não havia informações sobre o risco gestacional, quatro (17,4%) nada especificava sobre coleta de exames laboratoriais e sete (30,4%) não constava a informação sobre a vacinação antitetânica. Soma-se a isso, a dificuldade em localizar alguns prontuários devido a não liberação pela clínica particular na qual a mãe realizou o pré-natal.

Em consonância com este fato, um estudo realizado em Maringá com o objetivo de avaliar a qualidade do cuidado prestado às gestantes, também encontrou dificuldade na localização dos prontuários tanto nas unidades básicas de saúde quanto nos consultórios⁽¹⁶⁾.

A determinação do risco gestacional possui uma importância significativa visto que este critério determina que esta mãe precisa de cuidados diferenciados, permitindo assim, a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez, detectados neste estudo, como gestantes de risco, 57,7% dos casos estudados.

A caracterização de uma situação de risco não implica necessariamente referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de alto risco. As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes ou fatores preveníveis que demandem intervenções mais complexas devem ser necessariamente

referenciadas, podendo, contudo, retornar ao nível primário, quando se considerar a situação resolvida ou a intervenção já realizada. É indispensável que essa avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta. De qualquer maneira, a unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada a um nível de maior complexidade no sistema⁽¹⁷⁾.

Avaliar o percentual de gestantes que fizeram os exames básicos do pré-natal faz parte dos indicadores de processo. Em apenas nove (34,6%) prontuários havia registros de exames laboratoriais e de vacinação antitetânica realizados pelas mulheres.

O parto cirúrgico aconteceu em 14 (50,0%) dos 28 casos pesquisados, 10 deles no serviço privado. Vale ressaltar que esta frequência não representa todos os partos realizados nas crianças do município em questão, pois em Maringá é alto o índice de cesáreas, superior nos últimos anos a 75%⁽¹⁸⁾.

As normas nacionais estabelecem que os estados não ultrapassem o limite de 25% de cesáreas⁽¹⁵⁾. A média da taxa de cesárea no Brasil, no período de 1998 a 2003 foi de 37,9% e esse número é muito maior nos hospitais particulares, chegando a 80 a 90%. É necessário que o acompanhamento pré-natal seja realizado com qualidade, a fim de que o parto cesáreo seja realizado sob indicações precisas.

Os óbitos e as ações programáticas para a criança

Dos seis óbitos pós-neonatais restantes, um foi excluído da análise, pois este era considerado evitável, mas sem relação direta com os serviços de saúde, restando, portanto, cinco avaliações e os três óbitos em maiores de um ano.

Pode-se notar que os registros relacionados ao acompanhamento do crescimento da criança foram encontrados em 87,5% dos casos. Isto demonstra a incorporação deste traçador no processo de trabalho dos servidores em relação ao cuidado com a criança. Em contrapartida, informações sobre o desenvolvimento neuromotor estavam ausentes em todos os prontuários analisados.

A pesagem regular mensal, o acompanhamento do tamanho e do crescimento, a avaliação do desenvolvimento neuromotor são medidas que defi-

nem o bem estar da criança⁽¹⁰⁾. O crescimento é considerado um dos melhores indicadores de saúde da criança, uma vez que sofre influência direta dos fatores ambientais, tais como alimentação, patologias, condições de habitação e saneamento básico, assim como o acesso aos serviços de saúde, cuidados gerais e higiene⁽¹⁹⁾.

Quanto ao desenvolvimento neuromotor, devem ser observados, a cada consulta, os itens de um roteiro pré-definido correspondente a idade da criança. Esta ação pode ser desenvolvida por qualquer membro da equipe de saúde e, também, por meio da orientação da mãe sobre a aparição de cada item de acordo com a idade⁽¹⁰⁾.

As informações sobre calendário vacinal das oito crianças indicaram que em quatro delas eram adequadas à idade, em uma delas os registros estavam incompletos para a idade, em duas delas não havia informação e um dos prontuários não foi localizado.

Observa-se que em 87,5% das crianças determinou-se o risco, fator este bastante significativo, pois a partir desta informação preconiza-se o número mínimo de consultas programáticas que devem ser ofertadas a criança. Dos recém nascidos que foram a óbito classificados como baixo risco, todos atingiram o número mínimo de consultas médicas. No entanto, apenas um RN de risco realizou mais de sete consultas programáticas. Percebe-se, então, a necessidade de investir na captação desta criança e, conseqüentemente na organização das consultas de puericultura.

Assim como o pré-natal, a puericultura também participa como uma estratégia importante de cuidados preventivos em crianças, capazes de orientar a promoção da saúde e do bem-estar, além de oportunizar o tratamento de problemas detectados⁽²⁰⁾.

As visitas domiciliares rotineiras realizadas pela equipe saúde da família (ESF) aconteceram em 75% das crianças. Os objetivos desta visita são proporcionar maior contato entre o binômio mãe-filho e, por parte da equipe de Saúde da Família, identificar dúvidas e dificuldades da puerpera em desempenhar o papel de mãe, oferecer orientações sobre os cuidados básicos ao recém-nascido e avaliar a adaptação da criança ao meio extra-uterino. É uma excelente oportunidade para fortalecer a implantação e estimular a prática do aleitamento materno⁽²¹⁾. Ao término dessa visita, devem ser marcadas as próximas consultas médicas.

CONCLUSÕES

Este trabalho demonstrou que a partir de um evento indesejado, o óbito, pode-se retrospectivamente avaliá-lo por meio dos registros em prontuários e entrevistas com os envolvidos.

Por isso, acredita-se que a metodologia utilizada, baseada na avaliação por triangulação de métodos e análise comparativa com protocolos existentes, mostrou-se adequada para alcançar os objetivos propostos. Da mesma forma, as informações obtidas possibilitaram verificar ser possível, a partir de indicadores produzidos na atenção básica, instituir processos avaliativos objetivos, de fácil acesso aos dados e passíveis de serem reproduzidos para a avaliação de outros serviços e programas na atenção básica.

A prática avaliadora fundamenta as ações intervencionistas no conceito do cuidado em saúde. Como demonstrado neste estudo, os traçadores selecionados para análise são as atividades básicas da atenção à saúde da gestante e ao recém-nascido no campo da enfermagem, ressaltando a importância de olhar para a própria prática, refletir e possibilitar sugestões para a melhoria da qualidade do cuidado.

Nota-se que os cuidados relacionados ao atendimento pré-natal possuíram índices inferiores aos registros das ações programáticas a criança após a alta hospitalar. O número de consultas de pré-natal, controle e realização de exames laboratoriais, vacinação anti-tetânica, a determinação do risco gestacional, preparo da gestante ao parto são todas ações instituídas no protocolo de atenção as quais a enfermeira tem autonomia em realizar. Vale ressaltar que este estudo demonstrou que entre o quantitativo de óbitos em menores de cinco anos ainda se encontram, em sua maioria, óbitos neonatais que possuem relação direta com a assistência à gestante e ao parto.

Vale destacar que a dificuldade de acesso aos prontuários da rede privada foi um fator dificultador na avaliação do atendimento às crianças e às mães. Este estudo questiona então: Qual é a governabilidade real de um Comitê de Investigação Municipal sobre esta documentação? Neste sentido, entende-se que os coeficientes de mortalidade são municipais e, independente da criança ou a gestante ser assistida na rede privada ou pública de saúde, devem refletir verdadeiramente a totalidade dos eventos ocorridos no município.

Diante do exposto, sugere-se um nó crítico na assistência pré-natal quanto à captação da gestante e no acompanhamento da gravidez por meio das consultas, bem como no acompanhamento de crianças consideradas de risco, sendo importantes outros estudos sobre a temática. A precariedade dos registros e a dificuldade de acesso a alguns prontuários dificultaram a avaliação do processo, o que interfere na coordenação das ações e na integralidade do cuidado, essenciais para a qualificação da atenção primária a saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR). ABC do SUS. Brasília (DF); 1990.
- 2 Aerts DRGC. Investigação dos óbitos perinatais e infantis: seu uso no planejamento de políticas públicas de saúde. J Pediatr. 1997;73(6):364-6.
- 3 Oliveira LAP, Mendes MMS. Mortalidade infantil no Brasil: uma avaliação de tendências recentes. In: Minayo MCS. Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 291-303.
- 4 Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
- 5 Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB, et al. Measuring the quality of medical care: a clinical method. N Engl J Med. 1976;294(11):582-8.
- 6 Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias MAS, Moraes Neto OL, Moura L. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol Serv Saúde. 2007;16(4):233-44.
- 7 Hartz ZMA, Champgne F, Leal MC. Mortalidade infantil "evitável" em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. Rev Saúde Pública. 1996;30(4):310-8.
- 8 Frias PG. Análise de implantação do projeto de redução da mortalidade infantil em dois municípios de Pernambuco com semelhantes condições de vida [dissertação]. Recife: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco; 2001.
- 9 Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
- 10 Secretaria Municipal de Saúde de Maringá (PR). Protocolos de atenção básica. Maringá; 2004.
- 11 Ministério da Saúde (BR). AIDPI: atenção integrada às doenças prevalentes na infância: curso de capacitação. 2ª ed. rev. Brasília (DF); 2003.
- 12 Prefeitura Municipal de Maringá (PR), Secretaria de Saúde, Conselho Municipal de Saúde. Plano municipal de saúde 2006/2009. Maringá; 2010.
- 13 Jodas DA. Mortalidade evitável em menores de cinco anos: evento sentinela na qualidade dos serviços primários em Maringá-Paraná [dissertação]. Maringá: Escola de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá; 2010.
- 14 Ministério da Saúde (BR). Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos. 3ª ed. Brasília (DF); 1998.
- 15 Victora CG, Cesar JA. Saúde materno-infantil no Brasil: padrões de morbimortalidade e possíveis intervenções. In: Rouquayrol Z, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 415-61.
- 16 Scochi MJ. Uma proposta para avaliação da qualidade do atendimento pré-natal. Acta Sci Health Sci. 2002;24(3):803-9.
- 17 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF); 2006.
- 18 Maranhão E. Mortalidade neonatal: fatores de risco no município de Maringá-PR em 2003 e 2004 [dissertação]. Maringá: Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá; 2006.
- 19 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual para utilização da caderneta de saúde da criança. Brasília (DF); 2005.
- 20 Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2007;7(1):75-82.
- 21 Del Ciampo LA, Ricco RG, Daneluzzi JC, Del Ciampo IRL, Ferraz IS, Almeida CAN. O Programa de Saúde da Família e a puericultura. Ciênc Saúde Colet. 2006; 11(3):739-43.

Endereço da autora / Dirección del autor /

Author's address:

Denise Albieri Jodas

Rua Alexander Graham Bell, 679

86063-250, Londrina, PR

E-mail: denisealbieri@yahoo.com.br

Recebido em: 19/07/2011

Aprovado em: 26/10/2001