

CUIDADO PERINATAL EM UM ESTADO DO NORDESTE BRASILEIRO: ESTRUTURA, PROCESSOS DE TRABALHO E AVALIAÇÃO DOS COMPONENTES DO *ESSENTIAL NEWBORN CARE*

Perinatal care in a Northeastern Brazilian state: structure, work processes, and evaluation of the components of essential newborn care

Felipa Daiana Bezerra^{a,*} , Maria Alexandra da Silva Menezes^a ,
Rosemar Barbosa Mendes^a , José Marcos de Jesus Santos^b ,
Débora Cristina Fontes Leite^c , Samir Buainain Kassar^d , Ricardo Queiroz Gurgel^a 

RESUMO

Objetivo: Descrever a estrutura e os processos de atendimento a gestante/recém-nascido, incluindo os componentes do *Essential Newborn Care* (ENC), das maternidades de Sergipe, Brasil.

Métodos: Estudo transversal realizado entre junho de 2015 e abril de 2016 em todas as maternidades de Sergipe (n=11) com mais de 500 partos/ano. Foi aplicado um questionário aos gestores sobre a estrutura e os processos de trabalhos existentes. Posteriormente, um número representativo de puérperas desses hospitais foi entrevistado (n=768) e seus prontuários, bem como o dos recém-nascidos, foram analisados.

Resultados: Sergipe conta com 78 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e 90 de Unidade Intermediária (UI) para atendimento da demanda espontânea e programada. Somente seis maternidades (54,5%) realizam a classificação de risco e quatro (36,3%) possuem protocolos para atendimento das parturientes de alto risco. No que se refere aos componentes do ENC, apenas 41% (n=315) das mulheres tiveram contato pele a pele precoce com seu filho, 33,1% (n=254) amamentaram na primeira hora de vida e 18% (n=138) tiveram a presença do acompanhante em todos os momentos do parto.

Conclusões: A distribuição de leitos de UTIN entre capital/interior é adequada no Estado, levando-se em consideração a legislação vigente no país. Entretanto, houve baixa adesão aos protocolos das emergências hipertensivas e hemorrágicas, e

ABSTRACT

Objective: To describe the structure and the processes of care for pregnant women/newborn infants, including the Essential Newborn Care (ENC), in maternity hospitals in Sergipe State, Brazil.

Methods: A cross-sectional study carried out between June 2015 and April 2016 in all maternity hospitals of Sergipe with more than 500 deliveries/year (n=11). A questionnaire on the existing structure and work processes was administered to the managers. Subsequently, a representative number of postpartum women from these hospitals were interviewed (n=768). Their medical records, as well as newborn infants' records, were also analyzed.

Results: Sergipe has 78 beds of Neonatal Intensive Care Unit (NICU) and 90 beds of Intermediate Care Unit (IMCU) to meet spontaneous and programmed demand. Only six maternity hospitals (54.5%) performed the risk classification, and four (36.3%) had protocols for high-risk parturient care. Regarding the ENC components, only 41% (n=315) of the women had early skin-to-skin contact with their babies, 33.1% (n=254) breastfed in the first hour of life, and 18% (n=138) had a companion always during birth.

Conclusions: The distribution of NICU beds between capital city and other cities of the State is adequate, considering Brazilian guidelines. However, there was a low adherence to the protocols

*Autor correspondente. E-mail: felipadai@gmail.com (F.D. Bezerra).

^aUniversidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brasil.

^bUniversidade Federal de Sergipe, Lagarto, SE, Brasil.

^cUniversidade Tiradentes, Aracaju, SE, Brasil.

^dUniversidade Estadual Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.

Recebido em 26 de agosto de 2017; aprovado em 28 de janeiro de 2018; disponível on-line em 22 de fevereiro de 2019.

baixa cobertura das políticas de humanização, da classificação de risco para a gestante e das práticas do ENC, principalmente quanto à amamentação na primeira hora de vida e à presença do acompanhante na parturição.

Palavras-chave: Assistência perinatal; Recém-nascido; Serviços de saúde da criança; Terapia intensiva neonatal.

for hypertensive and hemorrhagic emergencies, and a low coverage of humanization policies, pregnancy risk classification and ENC practices, especially breastfeeding in the first hour of life, and companion always during birth.

Keywords: Perinatal care; Infant, newborn; Child health services; Intensive care, neonatal.

INTRODUÇÃO

A organização do atendimento perinatal, com base em uma abordagem de risco, implica que toda gestante e recém-nascido recebam atendimento adequado no nível de complexidade de que necessitam.¹ Portanto, a existência de uma estrutura compatível é essencial para oferecer suporte médico especializado, os procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários em cada caso, bem como os protocolos de acompanhamento baseados nas melhores evidências científicas disponíveis.²

No Brasil, embora o último relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a Taxa de Mortalidade Materna (TMM) tenha mostrado uma redução significativa no número de mortes maternas de 104 em 1990 para 44 em 2015 para cada 100 mil nascidos vivos,³ o país ainda não alcançou a quinta meta do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que recomendou a redução da TMM em $\frac{3}{4}$ até 2015.⁴ Além disso, uma pesquisa nacional, com metodologia semelhante à utilizada no relatório da OMS, mostrou uma situação ainda pior na região Nordeste, com destaque para o estado de Sergipe, cuja estimativa da TMM foi de 90,1 óbitos maternos.⁵

Quanto à mortalidade neonatal, principal componente da mortalidade infantil desde a década de 1990, Lansky et al.⁶ encontraram uma taxa de mortalidade de 11,1 óbitos neonatais para cada mil nascidos vivos no país e, da mesma forma, a região Nordeste apresenta maior concentração desses óbitos. Portanto, é evidente a necessidade de adaptar as práticas de atenção à saúde e os serviços de saúde materno-infantil para melhorar esses indicadores de saúde na região.

A existência de um sistema efetivamente regionalizado e hierarquizado de assistência perinatal ainda não é uma realidade no Brasil. Sabe-se que, embora tenha havido algum progresso, contribuindo para a redução da mortalidade neonatal e materna, isso não aconteceu uniformemente em nível nacional.⁷

As políticas públicas tentam reverter esse cenário e organizar a saúde perinatal no país, com destaque para as ações do Ministério da Saúde ainda na década de 1990, como o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar à Gestante de Alto Risco e o Programa de Humanização no

Pré-Natal e Nascimento (PHPN).⁸ Mais recentemente, foi criada a Rede Cegonha, um programa de atendimento materno. Essa estratégia propõe mudanças no modelo de atenção ao parto com equipe multiprofissional de saúde, uso de protocolos e vigilância de indicadores de saúde.⁹

No entanto, os serviços de assistência ao parto e nascimento ainda apresentam baixa qualidade, como acompanhamento inadequado do processo de trabalho, associado ao não uso de tecnologias simples e efetivas, devido à falta de protocolos assistenciais ou simplesmente à não adesão dos profissionais de saúde. Há também falta de medicação, de equipamentos para diagnósticos, e de disponibilidade e preparo da equipe.¹⁰

Considerando que salvar mães e recém-nascidos raramente é o resultado de uma única intervenção, mas de uma complexa rede de ações interligadas,¹¹ é importante considerar o documento internacional *Essential Newborn Care* (ENC). Este documento apresenta um conjunto relativamente simples de práticas que podem reduzir a mortalidade neonatal.¹²

Frente aos problemas de saúde perinatais no Brasil, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, associados ao fato de que o estado de Sergipe não possui estudos com essa abordagem e magnitude, o presente estudo teve como objetivo descrever as características da assistência neonatal em Sergipe a partir da avaliação de sua estrutura e processos de trabalho, incluindo as práticas do ENC em maternidades do estado.

MÉTODO

Um estudo transversal foi realizado entre junho de 2015 e abril de 2016 em Sergipe, estado da região Nordeste do Brasil.

Inicialmente, foram coletados os dados das maternidades que realizavam mais de 500 partos por ano em Sergipe por meio de um questionário que avaliava a estrutura das unidades neonatais e seus processos de trabalho. Os questionários foram preenchidos durante entrevistas pessoais com os gestores dos estabelecimentos selecionados. Todas as 11 maternidades em atividade durante o período do estudo foram incluídas.

Foram avaliados quatro domínios:

- Infraestrutura: disponibilidade de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), localização geográfica das maternidades e leitos de terapia intensiva neonatal, presença de unidades de apoio como banco de sangue ou agência transfusional, acesso a leite humano, disponibilidade de ambulância para transporte e processos de trabalho existentes (adesão aos protocolos de eclâmpsia, pré-eclâmpsia e hemorragia, presença de classificação de risco nas maternidades, políticas de humanização).
- Perfil de recursos humanos: existência de coordenadores médicos e de enfermagem com especialização em obstetrícia ou neonatologia e presença de pediatra na sala de parto durante 24 horas ininterruptas.
- Medicamentos disponíveis: betabloqueadores, metildopa, hidralazina, nifedipina, corticosteroides, misoprostol, inibidores da contração uterina, sulfato de magnésio, drogas antihemorrágicas, nitrato de prata, imunoglobulina anti-D e surfactante.
- Equipamento: materiais de ressuscitação para mãe e recém-nascido (laringoscópio, bolsa de ventilação manual autoinflável, ventilador mecânico, sondas de sucção) e fonte de calor radiante para recém-nascidos.

O questionário utilizado neste estudo foi recuperado de uma publicação anterior,¹³ e foi administrado por apenas um entrevistador aos gerentes das unidades incluídas.

Em um segundo momento, as puérperas foram entrevistadas e tiveram seus registros médicos e os de seus recém-nascidos analisados após a alta. Obteve-se uma amostra representativa de 768 sujeitos. As mulheres em período pós-parto foram selecionadas por amostragem aleatória simples de uma lista de admissão diária. Todas as mulheres com fetos vivos e natimortos com peso ao nascer maior ou igual a 500 g e/ou idade gestacional maior ou igual a 22 semanas foram consideradas elegíveis. A alocação foi proporcional ao tamanho da instituição. As mulheres que não falavam português, que apresentavam algum tipo de incapacidade física ou mental para responder às perguntas, que tiveram seu bebê nascido em trânsito ou que se recusaram a participar do estudo não foram incluídas.

Para realizar as entrevistas com as puérperas, os pesquisadores permaneceram por pelo menos sete dias em cada instituição. Se o número de puérperas fosse atingido antes desse período, seria feito um sorteio aleatório com a limitação do número diário de entrevistadas, para que os sete dias fossem atingidos. Entrevistas aconteceram pelo menos seis horas após o parto. Os cartões das gestantes foram fotografados e as informações foram incluídas no banco de dados.

O ENC é um conjunto de práticas que ajudam a reduzir a mortalidade neonatal.¹² Os itens investigados foram: número de consultas pré-natal, orientações sobre maternidades de referência para parto, uso de corticoide antenatal em casos de risco de parto prematuro entre 26 e 34 semanas, uso de partograma, presença de acompanhante em todos os momentos do parto, contato pele a pele precoce e amamentação na primeira hora de vida.

Para a análise estatística, técnicas univariadas e bivariadas foram utilizadas para obter a distribuição dos valores de frequência e porcentagem. O teste qui-quadrado foi usado para investigar associações entre variáveis categóricas com nível de significância de $p < 0,05$. O teste exato de Fisher foi utilizado para as categorias com células de baixa frequência, considerando o mesmo nível de significância. Estimou-se o Odds Ratio (OR) como medida de associação e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) pelo método de Mantel-Haenszel. A análise foi realizada no SPSS 20.0 Mac (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, parecer nº 453.279/2013, CAAE 22488213.4.0000.5546. Todos os cuidados foram tomados para garantir a confidencialidade das informações, de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil. As puérperas assinaram o termo de consentimento com garantia de recusa a qualquer momento, sem sofrer nenhum dano.

RESULTADOS

Foram analisadas 768 puérperas e 11 maternidades elegíveis. Não houveram perdas ou abandonos durante o estudo.

Um total de 78 leitos de UTIN e 90 de UCI foram identificados em atividade em Sergipe. A maioria desses leitos ficava na capital do estado (Aracaju) (UTIN: 100,0%, UCI: 75,5%) e distribuída de maneira semelhante entre serviços públicos e privados (UTIN: 43,6 x 56,4%, UCI: 52,2 x 47,8%). A Tabela 1 mostra a distribuição dos leitos de UTIN e UCI no estado de Sergipe de acordo com a localização geográfica (capital e cidade) e tipo de financiamento (público, privado e misto), além de informações sobre estrutura e processos de trabalho nas maternidades.

Apenas seis maternidades (54,5%) realizaram a classificação de risco das gestantes, e quatro (36,3%) possuíam protocolos de tratamento em casos de hemorragias, embora apresentassem adesão parcial dos profissionais de saúde (Tabela 1).

A presença de pediatra de plantão 24 horas por dia e a disponibilidade de equipamentos para eventual reanimação materna e neonatal foram relatados como existentes em todas as maternidades (100%). Porém, a ausência de pelo menos um medicamento

importante foi observada em 9,1% delas (Tabela 1). As drogas em falta foram: surfactante (três unidades), hidralazina (duas unidades), metilergometrina (uma unidade) e nitrato de prata (sete unidades) (dados não mostrados na tabela).

Quanto à adesão aos componentes do ENC, entre as que receberam atendimento pré-natal (n=763), observou-se que 74,7% (n=570) das mulheres realizaram seis ou mais

consultas de pré-natal e 61,3% (n=468) receberam orientações sobre os serviços de referência para parto durante este processo. O maior número de consultas pré-natal mostrou-se associado ao uso do serviço privado (86,1%, OR 2,29, IC95% 1,29–4,05). A orientação sobre serviços de referência para parto foi menor nos serviços públicos (57,8%, OR 0,25, IC95% 0,14–0,44) (Tabela 2).

Tabela 1 Distribuição proporcional de fatores relacionados à estrutura, processos de trabalho e outras características das maternidades públicas, privadas e mistas no estado (n = 11). Sergipe, Brasil, 2015–2016.

Maternidades (Financiamento – Localização)	Estrutura						Processos de trabalho			
	Leitos de UTIN*		Leitos de UCI**		Pediatra de plantão 24h	Equipamento de reanimação	Disponibilidade de medicamentos necessários	Adesão à classificação de risco	Existência de ≥1 protocolo	Adesão da equipe aos 4 protocolos
	n	%	n	%	%	%	%	%	%	%
A (Pública – Capital)	34	43,6	25	27,8	100	100	92	100	100	50***
B (Mista – Capital)	30	38,5	30	33,3	100	100	100	100	100	50***
C (Privada – Capital)	5	6,4	0	0	100	100	100	0	0	0
D (Privada – Capital)	9	11,5	13	14,4	100	100	100	0	0	0
E (Pública – Município)	0	0	4	4,5	100	100	92	100	0	0
F (Pública – Município)	0	0	12	13,3	100	100	83	100	0	0
G (Pública – Município)	0	0	6	6,7	100	100	92	100	100	50***
H (Pública – Município)	0	0	0	0	100	100	83	0	0	0
I (Pública – Município)	0	0	0	0	100	100	100	100	100	50***
J (Pública – Município)	0	0	0	0	100	100	75	0	0	0
K (Pública – Município)	0	0	0	0	100	100	83	0	0	0
Total	78	100	90	100	100	100	90,9	54,5	36,3	50

Observação: as maternidades são nomeadas por letras para manter a privacidade das instituições. O termo “município” refere-se a outros municípios do estado. *UTIN: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; **UCI: Unidade de Cuidados Intermediários; ***aderência parcial.

Apenas 18% (n=138) das parturientes tiveram a presença de acompanhantes no pré-natal, parto e pós-parto. A maior frequência do acompanhante durante todos os momentos do nascimento foi observada nas maternidades privadas (42,1%, OR 4,43, IC95% 2,84–6,89) e a menor frequência nas maternidades localizadas fora da capital (12,2%, OR 0,47, IC95% 0,32–0,70) (Tabelas 2 e 3).

Os resultados descritivos demonstraram que o uso de corticoide antenatal entre 26 e 34 semanas foi baixo (23,4%, n=5), principalmente em maternidades fora da capital (11,1%) quando comparado às maternidades localizadas na capital do Estado

(36,4%). O partograma foi utilizado em 39,4% (n=208) de todos os acompanhamentos de trabalho de parto (n=528); os maiores percentuais foram observados em maternidades fora da capital (55,2%; OR 3,86; IC95% 2,66–5,60) e nos serviços públicos (40,2%; OR 1,93; IC95% 0,84–4,41) (Tabelas 2 e 3).

Após o parto, 41,4% (n=315) das mulheres tiveram contato pele a pele precoce, excluindo desta análise oito mulheres cujos filhos receberam suplementação de O₂ e foram admitidos na UTIN, e 33,1% (n=54) amamentaram bebê na primeira hora de vida. A maior frequência de contato pele a pele precoce ocorreu em maternidades localizadas na

Tabela 2 Distribuição proporcional dos componentes do *Essential Newborn Care* de acordo com o tipo de serviço utilizado pela gestante em uma amostra estadual (n=768). Sergipe, Brasil, 2015–2016.

	Tipo de serviço (%)		p-valor	OR (IC95%)	Total – n (%)
	Público	Privado			
≥6 consultas pré-natais (n=763)	73	86,1	0,004	2,29 (1,29–4,05)	570 (74,7)
Orientação pré-natal aos serviços de referência para parto (n=763)	57,8	84,3	<0,001	0,25 (0,14–0,44)	468 (61,3)
Uso de corticosteroides entre 26 e 34 semanas (n=21)	22,2	50,0	*0,905	0,90 (0,77–1,04)	5 (23,9)
Uso do partograma no monitoramento do trabalho de parto (n=528)	40,2	25,8	0,111	1,93 (0,84–4,41)	208 (39,4)
Acompanhante durante todos os momentos do parto (n=768)	14,1	42,1	<0,001	4,43 (2,84–6,89)	138 (18,0)
Contato pele a pele precoce (n=760)	40,8	42,6	0,719	1,07 (0,71–1,62)	315 (41,4)
Aleitamento materno na primeira hora de vida (n=768)	37,6	5,6	<0,001	0,09 (0,04–0,22)	254 (33,1)

OR: *Odds Ratio*; IC95%: Intervalo de confiança de 95% (comparações sempre entre Público versus Privado); *Teste exato de Fisher.

Tabela 3 Distribuição proporcional dos componentes do *Essential Newborn Care* de acordo com o local de nascimento em uma amostra estadual (n=768). Sergipe, Brasil, 2015–2016.

	Local de nascimento (%)		p-valor	OR (IC95%)	Total – n (%)
	Capital	Município			
≥6 consultas pré-natais (n=763)	75,7	73,9	0,581	1,09 (0,79–1,52)	570 (74,7)
Orientação pré-natal aos serviços de referência para parto (n=763)	68,0	53,6	<0,001	0,54 (0,40–0,73)	468 (61,3)
Uso de corticosteroides entre 26 e 34 semanas (n=21)	36,4	11,1	*0,857	0,85 (0,70–1,02)	5 (23,9)
Uso do partograma no monitoramento do trabalho de parto (n=528)	24,2	55,2	<0,001	3,86 (2,66–5,60)	208 (39,4)
Acompanhante durante todos os momentos do parto (n=768)	22,6	12,2	<0,001	0,47 (0,32–0,70)	138 (18,0)
Contato pele a pele precoce (n=760)	48,5	31,9	<0,001	2,00 (1,49–2,70)	315 (41,4)
Aleitamento materno na primeira hora de vida (n=768)	25,5	42,3	<0,001	0,46 (0,34–0,63)	254 (33,1)

Observação: O termo “município” refere-se a outros municípios do estado que não a capital. OR: *Odds Ratio*; IC95%: Intervalo de confiança de 95% (comparações sempre entre Capital versus Município); *Teste exato de Fisher.

capital (48,5%, OR 2,00, IC95% 1,49–2,70). A amamentação materna na primeira hora de vida foi menos frequente nos serviços privados (5,6%, OR 0,09, IC95% 0,04–0,22) e nas maternidades da capital do Estado (25,5%, OR 0,46, IC95% 0,34–0,63) (Tabelas 2 e 3).

A Tabela 2 mostra a distribuição e cobertura dos itens do ENC estudados em maternidades do estado de Sergipe, Nordeste do Brasil.

DISCUSSÃO

A assistência perinatal em Sergipe tem distorções interessantes. Embora muitas estruturas e processos sejam melhor classificados que a média nacional, essas vantagens não se refletem em um melhor coeficiente de mortalidade neonatal e infantil.¹⁴ Portanto, é possível que haja interferência de outros fatores de risco para a ocorrência desses óbitos no estado. Uma coorte prospectiva demonstrou que o aumento da mortalidade neonatal nas capitais nordestinas brasileiras está associado ao extremo baixo peso ao nascer, sexo masculino e Apgar com 5 minutos <7.¹⁵ Observou-se que todos os leitos de UTIN e 75,5% dos leitos UCI estão na capital do estado. As maternidades de Sergipe apresentam número e distribuição de leitos de UTIN e de UCI de acordo com a legislação vigente.¹⁶

Vale ressaltar que as maternidades localizadas fora da capital sergipana devem assistir apenas a partos de risco habitual, uma vez que não possuem UTIN em funcionamento. A maternidade mais distante fica a 118,4 km da capital. Assim, a fim de minimizar os resultados neonatais desfavoráveis, recomenda-se que as mulheres recebam atendimento em serviços compatíveis com seu risco gestacional.¹ No entanto, isso nem sempre ocorre, e os recém-nascidos transferidos para outras unidades após o nascimento têm cinco vezes mais chance de morte neonatal.¹⁷ Além disso, apenas metade das maternidades estudadas são maternidades de alto risco de referência, o que pode resultar em atraso no transporte da gestante para o serviço de referência mais adequado e, conseqüentemente, contribuir para o aumento da morbimortalidade materna e neonatal.

Um estudo nacional¹³ constatou que, no Norte e Nordeste do Brasil, mais da metade das maternidades são públicas e localizadas nas capitais. Em Sergipe, por sua vez, apenas duas maternidades públicas estão na capital, enquanto sete estão em outras cidades. Não houve escassez de leitos de UTIN e UCI em Sergipe. De acordo com os dados apresentados em nosso estudo, o número de leitos de UTIN e UCI atende à recomendação do Ministério da Saúde.¹⁶ A disponibilidade de leitos hospitalares para recém-nascidos, bem como a oferta

de equipamentos especializados para a assistência neonatal, não é uniforme no Brasil e pode explicar as desigualdades nas taxas de mortalidade neonatal em suas regiões.¹⁸ Em Sergipe, o desempenho ruim dos processos pode ser responsável pelos nossos resultados.

Menos de 20% das maternidades públicas, privadas ou mistas no Brasil possuem UTIN.¹³ Desigualdades regionais podem ser descritas em todo o mundo. No Brasil, houve aumento do número de leitos neonatais, embora de forma fragmentada, tanto de forma estrutural como técnica. Problemas como a necessidade de mais espaço físico, recursos humanos mais especializados e mais recursos materiais foram identificados como obstáculos para uma organização completa dos serviços neonatais intensivos.¹⁹ No Chile, existem 46 centros neonatais, sendo oito focados em casos de alta complexidade. Na Zâmbia, existe apenas um serviço neonatal de referência com 25 incubadoras disponíveis e uma taxa de ocupação que varia de 79 a 86 pacientes/dia. Essa diferença na prestação de serviços reflete as taxas de mortalidade neonatal: 10 para cada mil nascidos vivos no Chile,²⁰ e 36 para cada mil nascidos vivos na Zâmbia. Nos Estados Unidos, onde há melhor organização e distribuição dos leitos de UTIN, a taxa de mortalidade neonatal é de quatro para cada mil nascidos vivos.²¹

Dentre as maternidades estudadas, apenas seis realizam classificação de risco gestacional e quatro realizam protocolos organizados para situações de eclâmpsia, pré-eclâmpsia e hemorragias. Em alguns casos, houve uma adesão parcial a esses protocolos. A priorização dos serviços de saúde baseados em critérios de risco obstétrico melhora a assistência obstétrica e favorece a humanização do processo de parturição.²²

Achados semelhantes foram descritos por Bittencourt et al.²³ O estudo relatou que 47% dos recém-nascidos com risco obstétrico aumentado nasceram em hospitais públicos sem UTIN no Brasil, e esse percentual aumentou para 60% nas regiões Norte e Nordeste. De acordo com nosso estudo, a presença de um pediatra de plantão durante 24 horas e a disponibilidade de equipamentos para eventual ressuscitação materna e neonatal foram identificadas em todas as maternidades do Estado. Nestes itens, o estado de Sergipe apresenta resultados melhores que o restante do país, e muito melhores que outros estados do Nordeste. Segundo Bittencourt et al.,¹³ apenas 37,3% das instituições públicas e 34,9% das mistas apresentaram todos os medicamentos e materiais de reanimação no Norte e Nordeste do país. No entanto, isso ainda não refletiu na redução da mortalidade infantil e neonatal no estado. Os coeficientes de mortalidade infantil/neonatal em Sergipe (17,6/12,2 para cada mil nascidos vivos) são maiores que no Brasil (15,3/10,6 para cada mil nascidos

vivos) e semelhantes aos da região Nordeste (18/12,7 para cada mil nascidos vivos).¹⁴

De acordo com o ENC, observou-se que 74,7% das mulheres realizaram 6 ou mais consultas pré-natal, e 61,3% foram orientadas sobre serviços de referência para parto durante esse processo, principalmente aquelas que utilizaram os serviços privados ($p < 0,05$). Frequências relativas semelhantes foram identificadas em um estudo nacional realizado com 23.940 puérperas, que identificou 73,1% de mulheres com 6 ou mais consultas pré-natais e 58,7% tinham orientação sobre serviços de referência para parto.²⁴ Há forte associação entre maior número de consultas pré-natais e menor número de óbitos perinatais.¹⁰

Mulheres grávidas geralmente procuram serviços de atenção ao parto por conta própria, especialmente em situações de risco, ocorrendo às vezes uma “peregrinação” a vários serviços, o que agrava o risco inicial.² Em Sergipe, apesar de 61,3% das mulheres terem recebido orientação sobre serviços de referência para o parto, uma porcentagem significativa delas ainda teve que procurar mais de um serviço para parir seus filhos (29,4%). Acredita-se também que as principais causas desse fenômeno em Sergipe sejam a falta de vagas na maternidade de referência para parto e/ou a ausência de qualquer membro da equipe multiprofissional, como obstetras, anesthesiologistas e pediatras/neonatalogistas à época que esta mulher buscou por cuidados de saúde.²⁵

Apesar do uso de corticoide antenatal apresentar o benefício da redução da mortalidade neonatal em 40%, assim como da hemorragia intracraniana em 52%, essa prática ainda não foi disseminada. Seu uso internacional varia de 0,8 a 81%.²⁶ No Brasil, o percentual variou de 50% nas maternidades escolas para 4% nas maternidades públicas.²⁷ Um estudo nacional constatou uso de corticosteroides antenatais em apenas metade dos neonatos com peso ao nascer inferior a 1.000 g.²⁸ As maternidades de Sergipe também apresentaram baixo uso de corticoide antenatal entre 26 e 34 semanas (23,9%). Recomenda-se uma cobertura de 90% dos componentes do ECN para reduzir significativamente a mortalidade neonatal.² É importante ressaltar, em relação aos esteroides pré-natais, que as maternidades privadas e da capital têm melhor desempenho quando comparadas às maternidades públicas e rurais, o que pode estar relacionado ao fenômeno da peregrinação para o parto, já que o atraso na obtenção de um serviço de referência mais estruturado contribui para a restrição do tempo para a administração de esteroides.

A presença de acompanhante durante toda a internação é considerada essencial para uma experiência positiva no parto, já que esse suporte traz conforto, segurança e alívio da tensão para a parturiente.²⁹ Apenas 18% das mulheres puderam ter essa experiência em Sergipe. Resultado semelhante foi identificado em todo o país (18,8%).²⁴ A falta de privacidade nas

salas pré-natais levou muitas maternidades a permitirem apenas acompanhantes mulheres, restringindo assim as possibilidades de escolha e excluindo a presença do pai da criança.³⁰ Da mesma forma, a ausência de espaço físico adequado e a impossibilidade de manter a privacidade de cada gestante durante o trabalho de parto foi apontada pelos gestores das maternidades no presente estudo como uma das principais dificuldades para implementação desta prática.

O partograma é um instrumento que permite o diagnóstico de alterações e indica o cuidado adequado para corrigir esses desvios, ao mesmo tempo em que ajuda a evitar intervenções desnecessárias.³¹ Seu uso foi verificado em apenas 39,4% de todos os acompanhamentos de partos no estado. O baixo uso do partograma também foi observado em estudo semelhante, que mostrou esse uso em apenas 35,7% dos recém-nascidos sobreviventes e em 36,5% daqueles que não sobreviveram.⁶ Outro estudo nacional também observou falhas no uso do partograma, uma vez que 51% das 428 mulheres monitoradas por esse instrumento foram examinadas em média menos de uma vez a cada duas horas.³² A OMS recomenda o uso do partograma durante o trabalho de parto desde 1994, pois esse instrumento permite a detecção precoce da distonia no parto e a intervenção adequada.³³

Verificou-se também que 41,4% das mulheres tiveram contato pele a pele precoce e 33,1% amamentaram seus bebês na primeira hora de vida. Algumas possíveis razões para a não amamentação na primeira hora de vida podem ser problemas de saúde infantil, problemas de saúde materna e atraso no resultado do teste rápido de HIV.³⁴ A baixa cobertura do aleitamento materno em Sergipe pode ser atribuída ao fato de que esta não é uma prática muito estimulada na sala de parto, exigindo a conscientização da equipe multidisciplinar sobre esse aspecto.³⁵

As limitações do estudo estão relacionadas à confiabilidade dos dados relatados pelos gerentes em relação às estruturas das 11 maternidades estudadas no momento da entrevista, uma vez que não foi realizada a verificação direta dos tópicos presentes no questionário pelos pesquisadores. Deve-se notar que apenas a disponibilidade dos materiais é insuficiente para garantir que as necessidades de saúde das mulheres e dos recém-nascidos sejam efetivamente atendidas nesses estabelecimentos.

Os resultados do presente estudo mostram que, em relação à estrutura e aos processos de trabalho, incluindo as práticas do ENC, a cobertura de todos os itens avaliados foi considerada baixa em Sergipe, independentemente do tipo de hospital, público ou privado. Além disso, apesar do número adequado de leitos de UTIN, da presença de um pediatra 24 horas por dia e da cobertura suficiente dos medicamentos mais necessários, há uma não adesão ou adesão parcial dos profissionais de saúde aos protocolos de atendimento materno e neonatal. Assim, há uma

necessidade urgente de capacitação das equipes médicas e de enfermagem para a prática de protocolos baseados em evidências. Por fim, sugere-se a construção ou utilização de ferramentas e indicadores padronizados nas maternidades para mensurar o quanto esses processos estão sendo efetivamente implementados, bem como dar feedback à equipe, visando a melhoria constante da qualidade da assistência materna e neonatal.

Financiamento

Bolsas de estudo do programa de apoio à extensão universitária MEC/SESu da Universidade Federal de Sergipe (PROEXT/UFS-2015).

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Brazil. Ministério da Saúde. Institutional care to childbirth, the postpartum period and newborn. Brasília: Ministério da Saúde; 1991.
2. Moreira ME, Lopes JM, Carvalho M, editors. O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2004.
3. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: WHO; 2015.
4. Brazil. Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República. Agenda de compromissos dos objetivos de desenvolvimento do milênio. Governo federal e municípios 2013-2016. Brasília: Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República; 2016.
5. Szwarwald CL, Escalante JJ, Rabello Neto DL, Souza Junior PR, Victora CG. Estimation of maternal mortality rates in Brazil, 2008-2011. *Cad Saude Publica*. 2014;30(Suppl 1):S71-83.
6. Lansky S, Friche AA, Silva AA, Campos D, Bittencourt SD, Carvalho ML, et al. Birth in Brazil survey: neonatal mortality profile, and maternal and child care. *Cad Saude Publica*. 2014;30:S192-207.
7. Brazil. Ministério da Saúde. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
8. Brazil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. O desafio de construir e implementar políticas de saúde – Relatório de Gestão 2000-2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
9. Brazil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
10. Lansky S, França E, César CC, Monteiro Neto LC, Leal MC. Perinatal deaths and childbirth healthcare evaluation in maternity hospitals of the Brazilian Unified Health System in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, 1999. *Cad Saude Publica*. 2006;22:117-30.
11. Waiswa P, Akuze J, Peterson S, Kerber K, Tetui M, Forsberg BC, et al. Differences in essential newborn care at birth between private and public health facilities in eastern Uganda. *Glob Health Action*. 2015;8:10.3402/gha.v8.24251.
12. Narayanan I, Rose M, Cordero D, Faillace S, Sanghvi T. The components of essential newborn care. Virginia: Basics Support for Institutionalizing Child Survival; 2004.
13. Azevedo Bittencourt SD, Costa Reis LG, Ramos MM, Rattner D, Rodrigues PL, Neves DC, et al. Structure in Brazilian maternity hospitals: key characteristics for quality of obstetric and neonatal care. *Cad Saude Publica*. 2014;30(Suppl 1):S208-19.
14. Brazil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
15. Castro EC, Leite AJ, Guinsburg R. Mortalidade com 24 horas de vida de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso da Região Nordeste do Brasil. *Rev Paul Pediatr*. 2016;34:106-13.
16. Brazil. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 2012.
17. Kassir SB, Melo AM, Coutinho SB, Lima MC, Lira PI. Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89:269-77.
18. Rodrigues NC, Monteiro DL, Almeida AS, Barros MB, Pereira Neto A, O'Dwyer G, et al. Temporal and spatial evolution of maternal and neonatal mortality rates in Brazil 1997-2012. *J Pediatr (Rio J)*. 2016;92:567-73.
19. do Carmo Leal M, da Silva AA, Dias MA, da Gama SG, Rattner D, Moreira ME, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health*. 2012;9:15.
20. United Nations Children's Fund; World Health Organization; United Nations. Report 2015 – Estimates developed by the UN Inter-agency group for child mortality estimation. Geneva: UNICEF; 2015.
21. Wilson L, Bodin MB, Fernandez P, Godoy G, Sambuceti C, Squarre R, et al. Neonatal Intensive Care: a global perspective of similarities and differences in selected neonatal intensive care units in Brazil, Chile, The United States and Zambia. *Newborn Infant Nurs Rev*. 2011;11:61-8.
22. Pereira AL, Lima AE. Host with risk classification in a public maternity. *Rev Enferm UFPE*. 2014;8:2309-15.

23. De Azevedo Bittencourt SD, Queiroz Gurgel R, da Silva Menezes MA, Bastos LS, do Carmo Leal M. Neonatal care in Brazil: hospital structure and adequacy according to newborn obstetric risk. *Paediatr Int Child Health*. 2015;35:206-12.
24. Viellas EF, Domingues RM, Dias MA, da Gama SG, Theme Filha, Costa JV, et al. Prenatal care in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2014;30:S85-100.
25. Cunha SF, D'Eça Junior A, Rios CT, Pestana AL, Mochel EG, Paiva SS. Peregrination during the antepartum period in São Luís – Maranhão. *Cogitare Enferm*. 2010;15:441-7.
26. Ryan CA, Finer NN. Antenatal corticosteroid therapy to prevent respiratory distress syndrome. *J Pediatr*. 1995;126:317-9.
27. Brazilian Neonatal Research Network. Antenatal corticosteroid use and clinical evolution of preterm newborn infants. *J. Pediatr*. 2004;80:277-84.
28. Ruschel L, Nader PJ. Hyaline membrane disease in low birth weight preterm infants. *Rev AMRIGS*. 2014;58:193-7.
29. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MV, Lago PN, Mesquita NS. The contribution of the companion to the humanization of delivery and birth: perceptions of puerperal women. *Esc Anna Nery*. 2014;18:262-9.
30. Diniz CS, d'Orsi E, Domingues RM, Torres JA, Dias MA, Schneck CA, et al. Implementation of the presence of companions during hospital admission for childbirth: data from the Birth in Brazil national survey. *Cad Saude Publica*. 2014;30:S1-14.
31. Brazil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério. Assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
32. Sousa JR, Leite ÁJ, Sanudo A, Guinsburg R. Factors associated with the need for ventilation at birth of neonates weighing $\geq 2,500$ g. *Clinics (Sao Paulo)*. 2016;71:381-6.
33. No authors listed. World Health Organization partograph in the management of labour. *Lancet*. 1994;343:1399-404.
34. Belo MN, Azevedo PT, Belo MP, Serva VM, Batista Filho M, Figueiroa JN, et al. Maternal breastfeeding in the first hour of life at a Child-Friendly Hospital: prevalence, associated factors and reasons for its non occurrence. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2014;14:65-72.
35. Benatti Antunes M, Demitto MO, Soares LG, Radovanovic CA, Higarashi IH, Ichisato SM, et al. Amamentação na primeira hora de vida: conhecimento e prática da equipe multiprofissional. *Av Enferm*. 2017;35:19-29.