

Óbitos perinatais evitáveis e estrutura de atendimento obstétrico na rede pública: estudo de caso de um município da região metropolitana do Rio de Janeiro

Avoidable perinatal deaths and obstetric health care structure in the public health care system: a case study in a city in Greater Metropolitan Rio de Janeiro

Maria Luiza Garcia Rosa ¹
Virginia Alonso Hortale ²

¹ Consórcio Brasileiro de Acreditação.

Rua São Francisco Xavier
524, bloco E, 2º andar,
Rio de Janeiro, RJ
20559-900, Brasil.

² Departamento de Administração e Planejamento em Saúde,
Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação
Oswaldo Cruz.

Rua Leopoldo Bulhões 1480,
7º andar, Rio de Janeiro, RJ
21041-210, Brasil.

Abstract *This paper investigates the occurrence of potentially avoidable perinatal deaths by associating failures in obstetric care with structural deficiencies in four maternity hospital comprising the local health care system in a city in Greater Metropolitan Rio de Janeiro in 1994. Information sources were a questionnaire, interview, observation, and hospital records. A theoretical organizational model was applied in data analysis. The four maternity hospitals showed problems in the three groups of factors used in this study: physical infrastructure, services, and equipment; organizational and administrative characteristics; and professional organization. In two maternity hospitals, the delay in cesarean deliveries was explained by deficiencies in the group of factors that includes facilities, services, and equipment. Health care failures directly associated with the physician were explained by high percentages of negative predisposing factors (mainly in the two private hospital), skill-related problems (more clearly in the two public hospitals), and by absence of measures for redirecting practice.*

Key words *Perinatal Mortality; Perinatal Care; Health Services*

Resumo *Este artigo tem por objetivo compreender a ocorrência de óbitos perinatais potencialmente evitáveis, ao relacionar as falhas do atendimento obstétrico às deficiências na estrutura de quatro maternidades que, em 1994, compunham a rede do SUS em um município da região metropolitana do Rio de Janeiro. Utilizou-se diversas fontes de informação: questionários, entrevistas, observação e documentos oficiais. Um modelo teórico organizacional orientou a análise dos dados. Os resultados mostram que as maternidades apresentavam problemas nos três grupos de fatores estudados: estrutura física, serviços e equipamentos; características organizacionais e administrativas e organização de pessoal. A demora para a realização de uma cesariana pôde ser explicada por deficiências do grupo de fatores da estrutura física, serviços e equipamentos em duas maternidades. As falhas no processo de atendimento obstétrico de responsabilidade direta do médico foram explicadas pelos altos percentuais dos fatores determinantes predisponentes negativos (sobretudo nas duas conveniadas) e de capacidade (mais evidentes nas duas públicas) e pela ausência de intervenções visando reorientar a prática.*

Palavras-chave *Mortalidade Perinatal; Assistência Perinatal; Serviços de Saúde*

Introdução

No período perinatal da vida humana, a mortalidade é mais influenciada pela qualidade dos serviços de saúde oferecidos. Estudos mostram que a qualidade dos serviços destinados às camadas mais desfavorecidas da população sofre de sérios problemas no país e no Estado do Rio de Janeiro (Rosa, 1990; Silver, 1992; Nogueira, 1993).

Este artigo tem por objetivo compreender a ocorrência de mortes perinatais potencialmente evitáveis, ao relacionar as falhas do atendimento obstétrico às deficiências na estrutura de quatro maternidades, duas públicas (municipais) e duas conveniadas, que, em 1994, compunham a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) em um município da região metropolitana do Rio de Janeiro. Os óbitos perinatais potencialmente evitáveis são os que poderiam se evitados por cuidados adequados não dispensados.

Partiu-se dos resultados de um estudo sobre a mortalidade perinatal (Rosa, 1998) que buscou verificar a relação de um resultado adverso – morte perinatal potencialmente evitável – com a qualidade dos cuidados dispensados às mulheres desfavorecidas economicamente. Foram identificadas deficiências no processo de atendimento e estabeleceu-se a ligação com as mortes perinatais em mais de 50% dos prontuários estudados. Elas se referem a falhas no exame durante a admissão da mãe na maternidade, dificultando a detecção de uma condição de risco, falhas no acompanhamento da evolução do trabalho, falhas do acompanhamento e monitoramento fetal, um intervalo grande entre a decisão de fazer uma cesariana e sua efetiva realização, a não realização de transfusão sanguínea em casos de placenta prévia com hemorragia e a não aspiração de mecônio antes da primeira inspiração do bebê e a utilização inadequada de fórceps.

Para a avaliação da qualidade técnica da atenção em saúde, Donabedian (1980) propõe três abordagens – apreciação da estrutura, do processo e dos resultados – baseado na idéia de que uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo que, por sua vez, aumenta a probabilidade de bons resultados. O autor identifica cinco grupos de fatores estruturais para a apreciação da qualidade: a) estrutura física, os serviços e equipamentos; b) organização do pessoal; c) características organizacionais gerais e administrativas; d) financiamento; e) fatores geográficos e temporais.

Tamblyn & Battista (1993), em artigo de revisão sobre os fatores que influenciam a qualidade da prática clínica e as intervenções que

condicionam mudanças, reagrupam os fatores afetando essa prática em fatores predisponentes e fatores de capacitação. Incluem também os fatores de reforço, que sustentam o comportamento no tempo, que não abordaremos. Dentro de cada categoria esses autores diferenciam os fatores determinantes e as intervenções, conforme descrito abaixo.

Os fatores predisponentes incluem itens como conhecimento e habilidade dos médicos (que indicam os pré-requisitos para a competência clínica do médico) e características sócio-demográficas. Os médicos mais jovens, com uma formação mais extensa, atendem de forma mais adequada. Em certos estudos, mas não na totalidade, o certificado de especialidade e outros exames de revalidação também foram associados a atendimentos mais adequados. Dois tipos de intervenção são lembrados: medidas restritivas quanto à participação de médicos tendo um forte risco de fazer atendimentos inadequados e atividades visando melhorar o desempenho do médico por meio da aquisição de novos conhecimentos, como grupos de discussão e organização de material em torno de casos clínicos. A importância do contato direto de uma liderança clínica na melhora da qualidade dos cuidados dispensados também é citada na literatura como fator pertinente.

Os fatores de capacitação facilitam a iniciação de um novo comportamento. Os autores consideram duas características do local de prática, freqüentemente ligados à qualidade dos cuidados: tipo de prática e natureza do hospital. A prática em grupo e os hospitais universitários obtêm melhores resultados (influência/interação). A população servida também parece influenciar a prática clínica e a qualidade do atendimento, quando é capaz de julgar a qualidade do atendimento recebido, de dialogar com os profissionais e reclamar seus direitos (estímulo). Três categorias de intervenção foram descritas: a prática de ajuda (normas de prática, quadros de avisos), verificação das práticas e medidas administrativas visando as práticas inadequadas. São citadas como mais eficazes a participação na formulação das normas, a retroalimentação individualizada, a comparação de resultados individuais com os dos pares. Os autores citam também estudos que demonstraram que as informações simultâneas do médico e do paciente produziram resultados mais significativos do que a informação fornecida somente a um dos dois. Os fatores de reforço não serão abordados, já que, nas quatro maternidades, a remuneração dos médicos era cerca de três salários mínimos, por 24 horas semanais de trabalho.

Eisenberg (1986), em revisão da literatura sobre a tomada de decisão do médico quanto à utilização de serviços, conclui que esta é influenciada por alguns fatores além da lógica clínica: a) desejo de ganhos: certos médicos tenderiam a maximizar seus ganhos, outros tenderiam a alcançar um patamar; b) estilos de prática: adquiridos por razões clínicas (bem-estar dos pacientes) ou econômicas, e diferente para o médico que trabalha isolado ou em grupo; c) características pessoais tais como experiência clínica, especialidade, tipo de formação; d) interação entre os profissionais e o local de prática: o autor cita que o estilo de prática de médicos de uma determinada instituição pode ser significativamente diferente do estilo de médicos de outras instituições da mesma natureza; e) pressão dos pares e de líderes clínicos.

Os modelos de Tamblyn & Battista (1993) e de Eisenberg (1986) adotam abordagens diferentes; no entanto, são complementares, pois buscam estabelecer uma ligação entre as características dos médicos, o ambiente de prática e os atos praticados. Os primeiros se preocupam com a qualidade da prática clínica, o que abrange as duas perspectivas da avaliação da qualidade da atenção abordadas por Donabedian (1980): o “que” e o “como” e com as intervenções visando à reorientação dessa prática. O “que” visa estabelecer se os cuidados prestados são os mais apropriados para o caso em questão e o “como”, se esses cuidados foram dispensados da melhor forma possível. Eisenberg (1986) discute a decisão quanto à utilização de recursos, abordando a perspectiva do “que”.

Material e métodos

Trata-se do estudo de caso de um fenômeno: a ocorrência de falhas no processo de atendimento obstétrico. A unidade de análise é a maternidade.

Os critérios adotados para aumentar a validade da pesquisa foram os sugeridos por Guba & Lincoln (1989) e por Yin (1989) para estudos de caso: “*credibility*” (critério análogo ao de validade interna); “*transferability*” (análogo ao de validade externa); “*dependability*” (paralelo ao de estabilidade através do tempo) e “*confirmability*” (paralelo ao critério de objetividade).

Foram utilizadas diferentes fontes de informação: questionário respondido por 60 obstetras nas quatro maternidades; 25 entrevistas semi-estruturadas com representantes das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, do Ministério da Saúde e representantes do Conselho Municipal de Saúde; ques-

tionário elaborado pelo Ministério da Saúde, sobre a estrutura das maternidades e respondido pelos responsáveis das quatro maternidades; observação da rotina de trabalho dos médicos plantonistas; comentários orais e escritos feitos pelos médicos; documentos oficiais relativos ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde; transcrição das anotações dos livros de plantão de duas maternidades (M1 e M2); lista em disquete do DATASUS (Departamento de Informática do SUS) de todos os atos obstétricos pagos pelo SUS, para cada uma das maternidades do estudo, durante o ano de 1994; transcrição das informações contidas nas declarações de nascidos vivos nas quatro maternidades, assim como os das declarações de óbitos perinatais para os nascidos durante o ano de 1994; normas de atendimento obstétrico do Ministério da Saúde e de três maternidades (uma delas não havia elaborado normas).

Os aspectos humanos do atendimento, essenciais na abordagem da qualidade, não foram incluídos dada a dificuldade que sua incorporação traria à pesquisa e a sua menor capacidade de explicar, de forma direta, a ocorrência dos óbitos perinatais potencialmente evitáveis. Utilizaram-se três dos cinco grupos de fatores indicadores de uma estrutura de qualidade, sugeridos por Donabedian (1980): estrutura física, serviços e equipamentos; organização de pessoal; e características organizacionais gerais e administrativas.

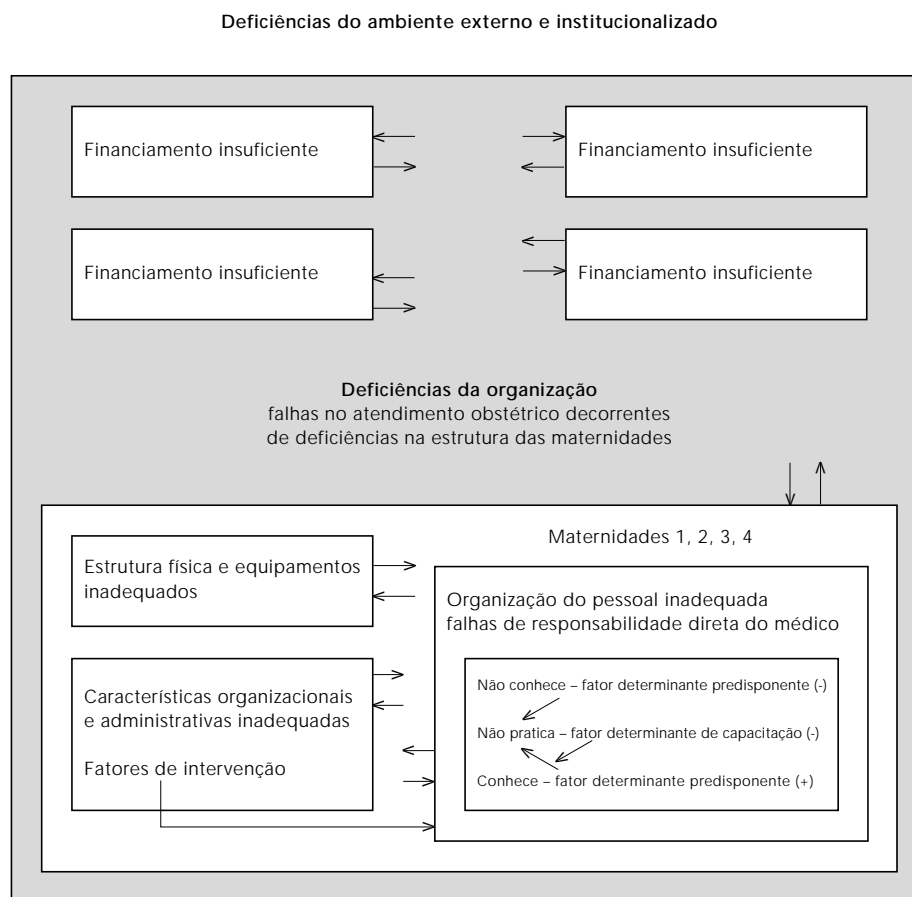
No último grupo, incluiu-se uma variável – faturamento – com a intenção de conhecer se a maternidade recebeu o reembolso pelo número exato de atos realizados ou por um número maior ou menor, isto é, se existiu fraude ou negligência. Recorreu-se aos estudos de quatro áreas temáticas para se chegar às variáveis dos três grupos: perinatologia; avaliação da qualidade da atenção; utilização dos serviços e mudanças de práticas em saúde; satisfação dos profissionais no emprego. Os estudos sobre utilização foram usados no modelo de análise, pois considerou-se que os fatores que influenciam a decisão médica quanto à utilização de recursos são os mesmos que influenciam as decisões médicas em geral.

Para se chegar às variáveis que poderiam ser relacionadas às deficiências do processo de cuidados, que derivam da tomada de decisão e/ou da realização de forma inadequada de um procedimento, apoiou-se o estudo no modelo de Tamblyn & Battista (1993), associado ao de Eisenberg (1986). Essas variáveis compõem o grupo organização de pessoal (Figura 1).

Utilizou-se o modelo como um guia de análise para recompor a situação de cada materni-

Figura 1

Ligação entre as falhas no processo de atendimento obstétrico e as deficiências na estrutura das maternidades e do ambiente externo e institucionalizado.



dade e a do sistema de atendimento obstétrico financiado com recursos públicos no município; e estabelecer relações entre as deficiências encontradas e as falhas no processo de atendimento obstétrico. Não se pretendeu explicar a possível variação das variáveis, vistas como independentes, nas diferentes maternidades. A comparação entre estas foi um recurso empregado para enriquecer o estudo.

A análise dos questionários não se baseou na comparação entre os que conheciam ou praticavam as normas e os outros. Admitiu-se existir um nível de prática do tipo médio, característico de cada maternidade (Eisenberg, 1986). Como interessava fazer uma aproximação ao ambiente de prática, analisaram-se as respostas de obstetras e pediatras em conjunto, visto que os mesmos trabalham em equipe. Calculou-se um índice dos fatores predisponentes positivos, que é a soma dos percentuais

de médicos com as características favoráveis (formação e atualização), para comparação entre as maternidades. Também se calculou um índice de insatisfação – soma dos percentuais de insatisfeitos com a profissão e com o emprego, para cada uma das maternidades. Não foram feitos testes estatísticos porque se trabalhou com a população total de médicos em cada maternidade.

Para o cálculo da carga de trabalho, utilizaram-se duas variáveis – o número de atos praticados segundo a lista do DATASUS, corrigidos pelo índice obtido na comparação de números de atos realizados/pagos (partos normais, cesariana, *winter*-curetagem, cerclagem do colo uterino, laparotomia para histerorafia, mola hidatiforme e outras localizações de concepção não comuns) e visitas feitas a pacientes internadas pelos motivos acima e outros ginecológicos, calculando-se uma visita/dia e tempo

médio de permanência de dois dias para parto normal e de três dias para o restante. Para caracterizar a população servida pelas maternidades, utilizou-se a variável nível de instrução, existente nos certificados de nascidos vivos assim como o percentual de mães que frequentaram o pré-natal. No último caso, não porque as mães adquirem mais informação nas consultas, mas porque as mães menos informadas têm uma tendência maior a não procurar o pré-natal. Os fatores de capacitação foram vistos como variáveis intervenientes na relação fatores predisponentes/qualidade da prática clínica (interação/influência e estímulo).

Para saber se o pagamento feito pelo SUS equívaleu aos atos praticados, comparou-se o número de partos pagos (cesariana ou parto normal), segundo a lista do DATASUS e o número de nascimentos mais o número de natimortos, segundo as declarações de nascidos vivos e de óbito.

Maternidade 1 (M1)

A maternidade localiza-se próximo ao centro do município estudado e, na época da coleta de dados, estava sob intervenção da Prefeitura que se propunha a “ajudar a administração do hospital”, segundo o então secretário municipal de saúde. É uma unidade que apresentava problemas de funcionamento há muitos anos: casos de roubo, ameaças de morte entre outros. Nas visitas feitas ao hospital para a coleta de dados, constatou-se que os aparelhos de ar condicionado da sala de cesariana não funcionavam, o que para o município, com temperaturas muito elevadas durante quase todo o ano, é grave. A substituição de aparelhos quebrados chegava a mais de seis meses, segundo o livro de plantão e os ofícios enviados e recebidos. Obras no berçário, consideradas de emergência (as internações da maternidade estavam suspensas, sendo atendidos somente casos de urgência), não tinham acabado, depois de três meses do início.

O hospital possuía um único equipamento completo de anestesia em funcionamento (dois outros quebrados) e somente duas bandejas cirúrgicas para cesariana. Foram citadas inúmeras vezes nos livros de plantão, a falta de roupa cirúrgica e de produtos anestésicos. Quanto à transfusão, o livro de plantão indicou falta de um determinado tipo de sangue duas vezes em seis meses, assim como falta de material para prova cruzada e de material descartável para transfusão.

A oferta de trabalho médico é superior à procura, no município, tanto para o serviço pú-

blico, quanto para o privado. O concurso que vigorava, quando da coleta de dados, não foi eliminatório e todos os “aprovados” já tinham sido convocados, em quase todas as especialidades, inclusive aqueles que acertaram até 35% da prova. Não se conseguiu identificar nenhuma intervenção visando compensar a deficiência na formação e experiência dos novos médicos.

Os responsáveis pela maternidade não conheciam os coeficientes de mortalidade materna ou perinatal da unidade. Apesar de, na época da coleta de dados, as normas da maternidade estarem recém-elaboradas, elas não faziam referência a procedimentos relativos à admissão da mãe na maternidade e ao acompanhamento do trabalho de parto. Problemas na estrutura física e equipamentos transcendiam o hospital. A escolha das firmas de manutenção e a compra de medicamentos não eram de responsabilidade da secretaria de saúde e sim da prefeitura do município.

Verificou-se que não existe uma regionalização formal, mas a M1, apesar de todas as suas deficiências, acaba servindo como um hospital de referência para as outras três maternidades.

Maternidade 2 (M2)

A maternidade situa-se no distrito mais distante do centro e menos populoso. Na época da coleta de dados ela também estava sob intervenção municipal, pelos mesmos motivos alegados no caso da M1.

Como aconteceu na M1, o livro de plantão mostrou que as bandejas de cesariana eram em número insuficiente e incompletas, e que também faltavam anestésicos. A situação do sangue era tão grave quanto a da M1. O livro de plantão também indicava falta de aparelhos de pressão, estetoscópios na sala de cirurgia e de Pinard, assim como a demora para o conserto do Doppler.

Não se identificou nenhuma intervenção para alterar os fatores predisponentes ou de capacidade citados nos estudos revistos, sendo válidas para a M2 as observações feitas sobre o concurso, e a não existência de intervenções visando compensar essa deficiência. Os responsáveis pela maternidade também não conheciam os coeficientes de mortalidade materna ou perinatal da unidade. Na época da coleta de dados as normas da maternidade estavam em discussão. Elas também não se referiam a procedimentos relativos à admissão da mãe na maternidade e ao acompanhamento do trabalho de parto.

Maternidade 3 (M3)

A maternidade é uma casa de saúde voltada principalmente para o atendimento obstétrico e está situada no centro do município. Na época da coleta de dados, além dos dois carrinhos de anestesia completos, possuía também um oxímetro, um respirador artificial, um cardiocópio, um desfibrilador e um pequeno Doppler. Segundo seu diretor, a manutenção dos equipamentos era terceirizada e não havia problemas nesse sentido. A maternidade mantinha uma equipe de apoio (bombeiro, eletricista) trabalhando 24 horas por dia.

A carga de trabalho na maternidade era muito grande. Cada obstetra realizava, em média, 22 atos (partos, cesarianas e *winter-curetagens*, principalmente), 7 a 20 vezes mais que os obstetras das outras maternidades.

Como as consultas para a internação (não houve meio de calculá-las) são proporcionais ao número de internações, deduz-se que a carga de trabalho é ainda maior nesta maternidade. Isso vale também para os pediatras, caso eles assistam a todos os partos.

Embora a população servida por esta maternidade tenha um percentual maior de mulheres com o 1º grau completo e de mulheres com acompanhamento pré-natal, as características de sua clientela não são as de pessoas que reivindiquem um tratamento mais apropriado.

Em agosto de 1994, o diretor da M3 instituiu a prática de revisão dos prontuários em casos de morte do feto, da criança ou da mãe. O médico deveria fazer um relatório do caso, que era revisto pelo diretor e anexado ao prontuário. Observou-se, no entanto, que o relatório não era acompanhado de uma revisão do processo de atendimento para identificar condutas inadequadas e nelas intervir.

Maternidade 4 (M4)

A maternidade está situada num bairro distante do centro. Na época da entrevista, devido ao afastamento de seu proprietário, a casa de saúde havia perdido grande parte de sua clientela (sic): "*As mulheres não nos procuram mais para o parto*". O diretor da maternidade não permitiu que se realizasse a visita e indicou uma auxiliar de enfermagem para responder ao questionário sobre a estrutura física, de serviços e equipamentos. Esta disse não saber responder a maior parte das questões.

Soube-se, pelas entrevistas, que a maternidade não possuía equipamento para anestesia, salvo um balão de oxigênio, que servia a toda

maternidade. A utilização do oxigênio era controlada, dado o seu alto custo. Houve relato de instrumentos cirúrgicos "*tortos e enferrujados*". A maternidade trabalhava com anestesistas sob chamada, que traziam seu equipamento. Em vários momentos, segundo relato dos obstetras, os anestesistas não responderam ao chamado. Um dos obstetras, trabalhando em três plantões por semana, era também anestesista e tinha seu equipamento, que emprestava a outros obstetras. O pediatra também trabalhava sob o regime de chamada, havendo também relatos de dificuldade para se contar com sua presença.

Discussão

As quatro maternidades eram diferentes entre si e mostraram problemas nos três grupos estudados. A demora para a realização de uma cesariana pôde ser explicada por deficiências do grupo de fatores da estrutura física, serviços e equipamentos na M1 e na M2. As informações coletadas sobre a M3 não permitiram que se estabelecesse esta ligação. Contudo, identificou-se uma demora superior a 30 minutos em seis prontuários examinados.

A regionalização formal em obstetrícia não existia na região metropolitana do Rio de Janeiro, o que ajuda, em parte, a compreender a ocorrência dos óbitos perinatais. Esse fato é ainda mais agravante quando se verifica que a M1, apesar de todos os seus problemas, acabava recebendo pacientes rejeitadas pelas outras maternidades, devido às suas condições de risco. Aquelas que não tinham condições de chegar a uma maternidade no Rio de Janeiro, por seus próprios meios, acabavam indo à M1.

A demora na realização de uma transfusão sanguínea é explicada, em grande parte, pela ausência de um banco de sangue público no município que pudesse servir as maternidades de forma adequada. Na M1 e na M2, onde existia uma reserva de sangue, deficiências administrativas encontradas também ajudam a explicar o problema.

Duas outras deficiências do grupo da estrutura física, serviços e equipamentos ultrapassam as responsabilidades das duas maternidades públicas: escolha das firmas de manutenção e compra de medicamentos e anestésicos. A disponibilidade da M1 e da M2, já limitada ao atendimento de mães de baixo risco, ficou, várias vezes durante o ano de 1994, restrita aos casos de urgência, devido à falta de equipamentos em manutenção, de materiais cirúrgicos, de anestésicos e roupas cirúrgicas. No caso da M1, também, pela reforma do berçário.

Tabela 1

Dados de produção em quatro maternidades. Rio de Janeiro, 1994.

	Maternidades			
	M1	M2	M3	M4
tipo de hospital/casa de saúde	pública (municipal)	pública (municipal)	conveniada	conveniada
porte	médio	pequeno	médio	pequeno
número total de leitos da maternidade	35	32	93	26
número de médicos da maternidade	63	49	16	6
número de médicos por plantão	7 ou 8	8	4 ou 5	1
mesas de parto	2	2	3	1
número total de partos	1.996	1.313	6.642	757
cesarianas (%)	11,36	12,26	25,83	27,08

Tabela 2

Deficiências organizacionais do grupo de variáveis da estrutura física, serviços e equipamentos em quatro maternidades. Rio de Janeiro, 1994.

Variáveis	M1	M2	M3	M4
Variáveis ligadas à capacidade de realização de uma cesariana em 30 minutos				
sala de cesariana/cirurgia	2	2	3	1
carrinhos de anestesia funcionando	1	1	2	0
bandejas de cesariana	insuficiente	insuficiente	sem informação	insuficiente
roupas cirúrgicas	insuficiente	suficiente	sem informação	sem informação
disponibilidade de anestésicos	insuficiente	insuficiente	sem informação	sem informação
Variáveis ligadas à capacidade de fazer reposição sanguínea				
disponibilidade de sangue	insuficiente	insuficiente	insuficiente	insuficiente
disponibilidade de exames laboratoriais	insuficiente	insuficiente	sem informação	sem informação
Outras				
relação nº de leitos/mesas de parto	adequada	adequada	inadequada	adequada
falta de material básico	sim	sim	não	sim
problemas com a manutenção de equipamentos	sim	sim	não	sem informação
reutilização de material descartável	não	não	sim	sem informação
limitação na utilização de oxigênio	não	não	não	sim

As equipes médicas das quatro maternidades têm obstetras e somente na M4 não existem pediatras e anestesistas de plantão. Não se pode imputar as falhas no processo de atendimento obstétrico sob a responsabilidade direta do médico à falta de especialistas. A relação número de leitos de obstetrícia/médico está de acordo com as normas do Ministério da Saúde: um obstetra para cada 30 leitos de maternidade (MS, 1987).

A única maternidade onde havia uma grande carga de trabalho era a M3, o que ajuda a explicar as falhas identificadas no acompanhamento do trabalho de parto e do feto e a não-identificação das condições de risco.

Existia uma disparidade dos fatores predisponentes entre as quatro maternidades, estando as duas públicas em melhor situação que as duas conveniadas e a M1, em melhor situação que as outras três. A presença em congressos

Tabela 3

Deficiências organizacionais do grupo de variáveis da organização do pessoal, em quatro maternidades. Rio de Janeiro, 1994.

Variáveis	M1	M2	M3	M4
Composição das equipes de trabalho				
existência de especialistas	sim	sim	sim	não
carga de trabalho/obstetra (atos)	2-3	1-2	22	2-3
carga de trabalho/obstetra (visitas)	6-9	3-4	—*	—
carga de trabalho/pediatra (atos)	8	5	22	—
carga de trabalho/pediatra (visitas)	—	10	38	—
Fatores determinantes predisponentes				
formação				
% de médicos formados em escolas públicas	67,74	50,00	38,46	50,00
% de médicos com residência médica	77,42	71,43	38,46	50,00
atualização				
% de médicos com acesso a revistas científicas	93,55	85,71	76,92	75,00
% de médicos que foi a congressos nos últimos anos	58,06	50,00	46,15	0,00
Fatores determinantes de capacitação (influência/interação/estímulo)				
local de prática				
% de médicos que afirmaram existir, a maternidade, médico de bom padrão na quem procura seguir	58,62	78,57	53,85	0,00
há possibilidade de interação entre médicos na maternidade	sim	sim	pouca	não
satisfação				
% de médicos insatisfeitos com a profissão	44,83	32,18	7,70	25,00
% de médicos insatisfeitos com o emprego	92,59	82,14	69,23	75,00
% de médicos insatisfeitos com o salário	100,00	96,00	100,00	100,00
% de médicos insatisfeitos com recursos humanos da maternidade (quantidade e qualidade)	100,00	83,33	100,00	100,00
% de médicos insatisfeitos com equipamentos da maternidade	100,00	100,00	100,00	66,67
% de médicos insatisfeitos com material de consumo da maternidade	92,59	95,83	44,44	66,67
população servida				
% de mães que completaram 1º grau	5,15	19,91	33,17	16,84
% de mães que fizeram pré-natal	41,65	83,80	94,70	64,80
índice de fator predisponente positivo	296,77	257,14	199,99	175,00
índice de insatisfação	137,42	114,28	76,93	100,00

* Dados não disponíveis.

foi o único indicador para o qual o percentual da M1 foi muito menor, sendo maior em relação ao percentual de médicos que fizeram residência médica e que tinham acesso a revistas científicas. As outras três maternidades apresentaram um índice do fator bem inferior. Essas deficiências na formação e atualização, sobretudo entre os recém-contratados, era conhecida das autoridades municipais e dos proprietários das maternidades conveniadas, e não havia meios de fazer uma seleção mais rigorosa de candidatos. Esta situação seria um motivo a mais para justificar a necessidade de

intervenções relacionadas aos fatores predisponentes.

Não se identificou, nas quatro maternidades, nenhuma intervenção sobre os fatores predisponentes. Deficiências nos fatores determinantes predisponentes ajudam a explicar as falhas no atendimento obstétrico, especialmente nas duas maternidades conveniadas. A ausência de intervenções visando reorientar a prática desses profissionais nos dá mais um elemento para compreender a ocorrência das falhas no processo e a ocorrência dos óbitos perinatais potencialmente evitáveis.

Tabela 4

Deficiências organizacionais do grupo de variáveis das características organizacionais gerais e administrativas, em quatro maternidades. Rio de Janeiro, 1994.

Variáveis	M1	M2	M3	M4
intervenção sobre fatores predisponentes				
poder de seleção de candidatos	não	não	não	não
atividades de reeducação	não	não	não	não
intervenção sobre fatores de capacitação				
práticas de ajuda	não	não	não	não
verificação de práticas	não	não	sim	não
medidas visando inibir práticas inadequadas	não	não	não	não
existência de normas	sim	sim	sim	não
% de médicos que afirmaram conhecer as normas	73,91	41,67	76,92	-
% de médicos que julgaram que as normas são seguidas	29,41	em teste	60,00	-
% de médicos afirmaram haver participado na elaboração das normas	11,76	10,00	20,00	-
retro-informação individualizada	não	não	sim	não
faturação				
relação partos recebidos/realizados	0,92	0,92	0,97	1,01
outros				
manutenção de equipamentos deficientes	sim	sim	não	sem informação
reposição de medicamentos deficientes	sim	sim	não	sem informação
controle sobre desperdício	não	não	sim	sim

O local de prática (influência/interação) foi analisado com base em dois indicadores, visando verificar a existência de influência e de interação nas maternidades. O percentual de médicos que afirmaram haver um médico de bom padrão, a quem procuravam seguir, foi maior na M2, menor na M1 e na M3 e nenhum dos médicos da M4 respondeu à questão afirmativamente. Excetuando esta última, onde havia só um médico de plantão, nas outras três maternidades e principalmente nas duas públicas, havia possibilidade de interação entre os médicos. E nas maternidades públicas o percentual de médicos com fatores predisponentes positivo foi maior. O percentual de cesariana nas duas maternidades públicas estava dentro da faixa preconizada pela Organização Mundial da Saúde, já nas conveniadas, era bem superior. Isso, de um lado, indica que havia um padrão de atendimento diferente nos dois grupos de maternidades, e de outro, que no tocante a esse aspecto, a prática nas maternidades públicas era mais adequada, podendo ser reflexo do maior percentual de médicos com fatores predisponentes positivos aí existente.

A insatisfação com a profissão e com o emprego também apresentou um gradiente nas

quatro maternidades, sendo a insatisfação maior nas públicas, mormente na M1, onde o índice de fator predisponente positivo foi maior, e menor nas conveniadas. Entre 83,3 e 100% dos médicos que responderam aos questionários, estavam insatisfeitos com a qualidade e quantidade dos recursos humanos. Em relação aos equipamentos, a insatisfação atinge percentuais menores só na M4. Quanto ao material de consumo, os percentuais são muito altos nas duas maternidades públicas e menor nas duas particulares. Não se obteve informação de reutilização de material de consumo nas maternidades públicas, o que aconteceu no caso da M3, nem de restrição ao uso de oxigênio, o que aconteceu na M4. Outro aspecto a se notar é que a insatisfação com o salário é igualmente alta tanto nas públicas quanto nas conveniadas.

A população servida pela maternidade é outra variável considerada como fator de capacitação. Do ponto de vista da instrução, a situação é desfavorável nas quatro maternidades, particularmente na M1. O maior percentual de mães com 1º grau completo na M3 deve-se, em parte, aos convênios privados. Em relação ao pré-natal, a situação se repete, sendo a popula-

ção servida pela M1 a que conta com o menor percentual de mães que fizeram pré-natal e a da M3, com o maior.

As normas de prática existentes em três das quatro maternidades não abordavam procedimentos na admissão da mãe e no acompanhamento do parto e do feto. Em nenhuma das quatro maternidades havia outras práticas de ajuda. A única iniciativa de verificação da prática e de retro-alimentação observada foi a existência de relatórios dos casos de óbito fetal, neonatal ou materno, na M3, sem, todavia, ter sido constatado haver revisão do processo de atendimento visando à correção de possíveis falhas.

Os fatores de capacitação nos fazem compreender melhor a ocorrência das falhas ligadas ao óbitos perinatais evitáveis. A M1 foi a maternidade onde havia maiores possibilidades de interação entre profissionais com mais experiência, condição de haver influência de líderes clínicos, mas também onde havia menos estímulo a uma boa prática. A situação na M2 é semelhante, com percentuais menores tanto nos fatores predisponentes quanto nos de capacitação. Parece que os últimos, nos dois casos, acabaram interferindo na prática médica, ajudando a criar um ambiente de prática que não propiciava hábitos favoráveis à conduta clínica adequada, explicando a ocorrência das falhas no atendimento obstétrico.

A situação das duas maternidades conveniadas é diferente. O percentual de médicos com fatores predisponentes positivos é bem menor, o que por si só já nos ajuda a compreender a ocorrência das falhas no atendimento obstétrico, uma vez que não foram identificadas intervenções para corrigir essas deficiências. Sobretudo na M3, onde há uma carga de trabalho muito maior. Por outro lado, nessa mesma maternidade, a possibilidade de interação entre os médicos também é menor, e inexistente na M4. Essas características nos ajudam a confirmar que o ambiente não propiciava hábitos favoráveis a uma prática clínica adequada. Porém, em especial na M3, o percentual de médicos insatisfeitos era menor.

As duas maternidades públicas realizaram um número de partos superior ao que foi pago, confirmando a tendência observada. Pode-se dizer que se trata de negligência administrativa ou incompetência no preenchimento das faturas. O argumento de fraude que acompanha os discursos das autoridades não se confirmou. O número de partos realizados pela M3 também foi superior ao pago, mas essa maternidade atende a um percentual pequeno de mães de convênios. Na M4, há uma diferença de 1%

a mais, o que pode ser fruto de falhas no cálculo. Aceitando-se a validade do exposto acima para afirmar que não havia fraude, cabe dizer que as duas maternidades conveniadas contavam com recursos financeiros inferiores aos recursos com que contavam as públicas. Isso porque a soma repassada pelo governo federal deveria custear todos os itens de despesa, no caso das maternidades conveniadas. No caso das públicas (municipais), os recursos humanos eram pagos com recursos do município.

Conclusão

O objetivo deste artigo foi o de fornecer elementos para que se pudesse compreender melhor a ocorrência de mortes perinatais potencialmente evitáveis, buscando relacionar as falhas do atendimento obstétrico às deficiências na estrutura de quatro maternidades estudadas.

A demora para a realização de uma cesariana pôde ser explicada por deficiências do grupo de fatores da estrutura física, serviços e equipamentos na M1 e na M2. Embora de não possa estabelecer esta ligação na M3, o problema foi identificado em seis prontuários examinados.

A falta de um banco de sangue público no município foi a hipótese levantada para explicar a demora na realização da transfusão sanguínea. A ausência de transporte para a transferência de mães em risco e sobretudo a ausência de uma maternidade para atender esses casos, com um sistema de referência e contra-referência (existência de uma rede regionalizada e hierarquizada) são deficiências extramuros que certamente ajudam a explicar os óbitos perinatais evitáveis de um modo geral.

As falhas no processo de atendimento obstétrico de responsabilidade direta do médico foram explicadas pelos altos percentuais dos fatores determinantes predisponentes negativos (mormente nas duas conveniadas) e de capacitação (mais evidentes nas duas públicas) e pela ausência de intervenções visando reorientar a prática.

As análises feitas indicam que é nas maternidades públicas onde há mais espaço para melhora dos fatores indicadores da qualidade do atendimento: maior percentual de médicos com fatores predisponentes positivos, maior possibilidade de interação entre os pares e significativo percentual de médicos que reconheciam uma liderança e uma produtividade menor. Essas vantagens parecem ter sido anuladas frente aos grandes problemas administrativos que trazem reflexos importantes na criação do ambiente de prática.

Agradecimentos

Aos orientadores da Tese de Maria Luiza Garcia Rosa, François Champagne e Louise Séguin, da Universidade de Montreal.

Referências

- DONABEDIAN, A., 1980. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definitions of Quality and Approaches to its Assessment*. Ann Harbor: Health Administration Press.
- EISENBERG, J. M., 1986. *Doctors' Decisions and the Cost of Medical Care*. Ann Arbor: Health Administration Press.
- GUBA, E. & LINCOLN, Y., 1989. *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park: Sage Publications.
- MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE), 1987. *Instrumento de Avaliação para Hospital Geral de Médio Porte*. Brasília: MS.
- NOGUEIRA, M. I., 1993. *Assistência Pré-Natal em Duque de Caxias: Um Caso de Violência Institucional*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- ROSA, M. L. G., 1990. *Assistência e Prática Médica em Duque de Caxias: 1980-1987*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- ROSA, M. L. G., 1998. *Les Facteurs Impliqués dans les Décès Périnataux Potentiellement Évitablement dans des Maternités Publiques dans une Ville Pauvre au Brésil*. Tese de Doutorado, Montréal: Département d'Administration de la Santé, Université de Montréal.
- SILVER, L. D., 1992. *Quality Assurance in Health Care Issues in Health Care Delivery and Finance in Brazil*. Rio de Janeiro: Population and Human Resources Division, World Bank. (mimeo.)
- TAMBLYN, R. & BATTISTA, R., 1993. Changing clinical practice: Which interventions work? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 13:273-288.
- YIN, R. K., 1989. *Case Study Research. Design and Methods*. Newbury Park: Sage Publications.