

## QUALIDADE NA ATENÇÃO HOSPITALAR AO RECÉM-NASCIDO

### *QUALITY IN THE HOSPITAL ATTENTION TO THE NEWBORN*

### *CALIDAD EN LA ATENCIÓN DEL HOSPITAL AL RECIÉN NACIDO*

MICHELY KIM DE OLIVEIRA ROSA<sup>1</sup>

MARIA APARECIDA MUNHOZ GAÍVA<sup>2</sup>

*A qualidade abrange diversos setores e áreas na saúde. Por ser um tema complexo, a avaliação da qualidade tem diferentes dimensões, sendo as mais utilizadas pelos serviços de saúde, as que envolvem estrutura, processo e resultado. Objetivou-se refletir sobre a qualidade e o uso de seus critérios avaliativos no âmbito da assistência neonatal. Trata-se de uma revisão de literatura, em uma perspectiva teórico-reflexiva. A qualidade da atenção neonatal é resultante da história acerca da assistência ao recém-nascido, da estrutura dos serviços, dos recursos humanos, dos materiais e procedimentos tecnológicos. Existem diferentes maneiras de se avaliar a qualidade da atenção neonatal, incluindo o uso do indicador de mortalidade e indicadores específicos da assistência. As discussões oferecidas mostraram a importância e a necessidade de implementação de práticas avaliativas, na busca por serviços/assistência de qualidade em neonatologia.*

**PALAVRAS-CHAVE:** Qualidade da assistência à saúde; Avaliação em saúde; Assistência à saúde; Recém-nascido.

*Quality comprises several areas and sectors of health. Once it is a complex subject, the quality evaluation has different dimensions and the ones which are the most used by the health services are those that involve structure, processes and results. We aimed at reflecting on the quality and use of evaluation criteria in the scope of newborn assistance. It is a matter of bibliographic review on the subject, on a theoretical-reflexive perspective. The quality of attention to the new-born is based on the history of the new-born assistance institutionalization, on the health services structure, human resources, materials and technological procedures. There are different perspectives of evaluating the new-born assistance quality, including the use of the mortality index as well as and other specific assistance indexes. The offered discussion shows the use of evaluative practices importance and necessity of implementation, in the search for quality health services in neonatology.*

**KEYWORDS:** Health assistance quality; Health evaluation; Health assistance; Infant, Newborn.

*La calidad abarca diversos sectores y áreas en la salud. Por ser un tema complejo, la evaluación de la calidad tiene diferentes dimensiones, siendo las más utilizadas por los servicios de salud, las que abarcan estructura, proceso y resultado. Se planteó reflexionar sobre la calidad y el uso de sus criterios de evaluación en el ámbito de atención al recién nacido. Se trata de una revisión bibliográfica, en una perspectiva teórico/ reflexiva. La calidad de la atención neonatal es resultante de la historia de la asistencia al recién nacido, de la estructura de los servicios, de los recursos humanos, de los materiales y procedimientos tecnológicos. Hay diferentes maneras de evaluar la calidad de la atención neonatal, incluyendo el uso del indicador de mortalidad e indicadores específicos de la asistencia. Las discusiones ofrecidas muestran la importancia y la necesidad de implementar prácticas evaluadoras, en la búsqueda de servicios/asistencia de calidad en neonatología.*

**PALABRAS CLAVE:** Calidad de la asistencia a la salud; Evaluación en salud; Asistencia a la salud; Recién nacido.

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Membro do Grupo de Pesquisa ARGOS da Faculdade de Enfermagem da UFMT. Endereço: Rua Alves de Oliveira, 1870, Cristo Rei. Várzea Grande – Mato Grosso-Brasil. CEP: 78118-080. Fone/fax: (65) 3615-8805. E-mail: kim\_ufmt@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professora adjunta da Universidade Federal de Mato Grosso, coordenadora do Curso de Mestrado em Enfermagem-UFMT, coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller. Membro do Grupo de Pesquisa ARGOS da Faculdade de Enfermagem da UFMT. Endereço: Avenida Fernando Correa s/n. Bairro Coxipó, Cuiabá – Mato Grosso-Brasil. CEP: 78100-000. Email: mamgaiva@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

A busca pela qualidade nos serviços de saúde constitui uma preocupação mundial, inicialmente observada nos países desenvolvidos, expandindo-se nas últimas décadas para os demais países, tendo sido tema freqüente no Brasil. A qualidade é um conjunto de atributos que determinam a natureza de algo, diz respeito à superioridade e excelência<sup>(1)</sup>.

Os serviços hospitalares brasileiros são responsáveis por 40% dos custos em saúde no país<sup>(2)</sup>, por este motivo, espera-se que os custos hospitalares sejam bem empregados e contribuam para uma assistência de qualidade. Nessas instituições, em geral, concentram-se alta densidade tecnológica, composta de materiais, equipamentos e diversos profissionais especializados, possibilitando o acesso da população a diagnósticos e assistência terapêutica.

A assistência hospitalar ao recém-nascido é complexa, devido às vulnerabilidades próprias da faixa etária, necessitando muitas vezes de tecnologias sofisticadas com custo elevado. No entanto, pouco se conhece a respeito do acesso de qualidade dos pacientes a esses serviços, da disponibilidade dos recursos humanos e materiais adequados e da eficácia apresentada em virtude do uso dos processos da qualidade. Dessa forma, a avaliação da qualidade da atenção ao neonato no âmbito hospitalar se faz necessária, quando se pretende diminuir o índice de mortalidade neonatal, alcançando também níveis satisfatórios de assistência.

O presente artigo tem por objetivo refletir sobre a qualidade e o uso de seus critérios avaliativos no âmbito da assistência neonatal.

## PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma revisão de literatura, teórico-reflexiva, acerca da qualidade e de seus critérios avaliativos no âmbito da assistência neonatal. O referencial teórico utilizado para discorrer acerca da qualidade e dos critérios utilizados no processo de avaliação das instituições de saúde, foi desenvolvido pelo pediatra Avedis Donabedian,

visto que atualmente é o modelo mais utilizado em avaliação dos serviços de saúde.

Esse modelo propõe estudos nas dimensões da estrutura, processo e resultado. A estrutura implica características relativamente estáveis das instituições como: área física, recursos humanos, materiais, financeiros e a estrutura organizacional; o processo refere-se ao conjunto de atividades desenvolvidas na produção de bens e serviços e, no setor saúde, nas relações estabelecidas entre profissionais e clientes, desde a busca pelo diagnóstico, terapêutica e assistência adequados. O resultado é a obtenção das características desejáveis dos produtos ou serviços, retrata os efeitos da assistência à saúde do cliente, ou seja, em que condições o paciente deixa o hospital e se suas expectativas foram atendidas, incluindo aqui pesquisas sobre percepção dos usuários acerca do atendimento dos serviços de saúde<sup>(3)</sup>.

Quando se pretende estudar qualidade dos serviços através do modelo de Donabedian, é possível utilizar critérios quantitativos, geralmente aplicados na dimensão de estrutura e resultados, ou até mesmo critérios qualitativos aplicados à dimensão dos processos, amparando-se nas relações entre usuários e prestadores de serviços de saúde. A partir dessa perspectiva são possíveis diversas formas de avaliação.

Para desenvolver a reflexão do Modelo ora descrito, foi necessário o uso pertinente de leituras sobre as formas de avaliar a qualidade nos serviços de saúde, relacionando-os com a assistência neonatal.

## QUALIDADE E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR

Os estudos relativos aos conceitos e processos da qualidade, possuíram sua construção histórica nos Estados Unidos (EUA), quando no início do século XX, o Colégio de Cirurgiões Americanos passou a assumir a responsabilidade de avaliar a qualidade dos hospitais e das práticas cirúrgicas da época. As iniciativas ocorridas nessa área contribuíram para padronização dos serviços hospitalares, através de critérios avaliativos que repercutiram na melhoria, a nível estrutural, de diversos hospitais nos

EUA e que hoje influenciam, de certa maneira, a avaliação dos serviços em saúde, na busca por uma assistência de qualidade<sup>(4)</sup>.

Os princípios defendidos por Donabedian encontram-se incorporados aos processos de avaliação da qualidade no Brasil, propostos pelo Ministério da Saúde (MS)<sup>(5)</sup>. De acordo com o Manual de Acreditação do MS, os padrões e indicadores aplicados na avaliação de hospitais “procuram avaliar dentro de um único serviço aspectos de estrutura, processo e resultado, procurando indicadores dinâmicos destes padrões e que reflitam a qualidade das prestações de serviço”<sup>(5:13)</sup>.

O setor saúde no Brasil vem trabalhando com avaliação hospitalar desde a década de 70, sem que houvesse impacto sobre a qualidade dos serviços prestados<sup>(6)</sup>. Observam-se investimentos ainda em estudos de avaliação da estrutura, utilizando dados quantitativos. Em outros países, como os EUA, a maioria dos hospitais já ultrapassou o estudo da estrutura e dos procedimentos clínicos, concentrando atualmente seus esforços na análise de resultados da assistência prestada<sup>(7)</sup>.

Atualmente, a maioria dos estudos brasileiros sobre qualidade em saúde pauta-se nos modelos avaliativos tradicionais, com foco nas dimensões objetiváveis, excluindo a dimensão intersubjetiva propriamente humana. Cabe assinalar que ambas correspondem a dimensões inerentes a fenômenos complexos como a saúde. Não se pode defender o predomínio de uma sobre a outra e sim utilizá-las de forma associada. Recomenda-se, quando se pensa em avaliação dos serviços de saúde de forma mais ampliada, a associação de métodos quantitativos e qualitativos, permitindo maior rigor avaliativo<sup>(8)</sup>.

A qualidade da atenção nos serviços de saúde é uma questão complexa, com implicações específicas, que tem por finalidade avaliar programas criados e aperfeiçoados por instituições de saúde, visando “acreditar” essas organizações. A acreditação é um dos métodos propostos para avaliar essa qualidade.

O processo de acreditação passou a ser discutido e difundido no Brasil no início da década de 90, podendo ser realizado em diversos níveis dos serviços de saúde: ambulatorial, domiciliar, hemoterapia, laboratórios, nefrolo-

gia e radiologia. Mas, é no âmbito hospitalar onde é atualmente mais utilizado, por se tratar de um ambiente que exige estruturação complexa, concentração de recursos de diagnóstico e tratamento, além de ofertar assistência de saúde continuada<sup>(9)</sup>.

A acreditação é definida como um procedimento de avaliação dos recursos institucionais que se dá de forma voluntária, periódica e reservada<sup>(5)</sup>. É uma ação coordenada por uma organização ou agência não governamental, externa à instituição e encarregada do desenvolvimento e atualização da metodologia de acreditação. Seus princípios têm um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua do serviço<sup>(9)</sup>.

As principais vantagens da acreditação são: segurança para os pacientes e profissionais, melhoria da qualidade da assistência e construção de equipe capacitada. Além disso, é um útil instrumento de gerenciamento, incluindo critérios e objetivos concretos adaptados à realidade brasileira. Logo, contribui para a qualificação contínua dos serviços de saúde. Os principais interessados por esse processo são: organizações de saúde; administradores; profissionais de saúde; o próprio governo e os usuários<sup>(9)</sup>.

A experiência de países pioneiros nesse assunto, como os EUA, mostrou que o processo de acreditação contribui para mudança e qualidade dos serviços. Durante o processo de preparação, antes de ser submetido à avaliação, percebe-se que os diversos setores do hospital desenvolvem sua capacidade de comunicação, permitindo uma auto-avaliação, discussão e correção de falhas, visando atingir os padrões considerados de qualidade<sup>(2)</sup>.

A partir de experiências na avaliação de hospitais no Brasil, foi elaborado em 1998, pelo Ministério da Saúde, o Manual de Acreditação que traz os padrões a serem avaliados, servindo como um guia para as instituições que desejam ser acreditadas. O processo de avaliação fundamenta-se nos seguintes padrões: organização da assistência médica, diagnóstico e terapêutica, apoio técnico, incluindo neste o serviço de enfermagem e outros profissionais não médicos, processamento e abastecimento da instituição, relacionada à lavanderia e Centro de Materiais Estéreis (CME) e, apoio administrativo, incluindo aspectos administrativos, estruturais e de instalações. Dessa maneira, cada um dos padrões descreve

questos importantes e relacionados aos diversos setores e serviços do hospital<sup>(5)</sup>.

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) é o órgão responsável em avaliar a qualidade dos serviços de saúde no Brasil. A ONA foi reconhecida pelo Ministério da Saúde, através da portaria GM/MS nº 538 de 2001, como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação Hospitalar<sup>(1)</sup>.

De acordo com dados atuais da ONA, nota-se que poucos hospitais vêm submetendo-se ao processo de acreditação. Em consulta relativa a 2008, apenas 86 serviços hospitalares constam no sistema com o título de acreditação – destes 21 foram considerados *acreditados*, 38 *acreditados pleno*, e apenas 27 *acreditados por excelência*. Observa-se que a maioria das instituições hospitalares acreditadas concentra-se na região sudeste<sup>(9)</sup>. Nesse sentido, é necessária uma divulgação ampla em todo país de como se dá o processo de avaliação e da sua importância para o hospital como uma forma de melhoria da atenção à saúde.

### **Qualidade e avaliação da atenção hospitalar ao recém-nascido**

A institucionalização da assistência ao neonato iniciou-se, no fim do século XIX, com a criação dos primeiros berçários para prematuros, que tinham um atendimento centrado na prevenção de infecções, controle da temperatura e alimentação. Esses berçários foram criados com a finalidade de reduzir a mortalidade neonatal nos países industrializados. No início do século XX, a assistência nesses berçários estendeu-se para os demais recém-nascidos, face à alta taxa de mortalidade infantil por diarreia e infecções respiratórias<sup>(10)</sup>. Aos poucos os clássicos berçários foram sendo substituídos pelas unidades de Alojamento Conjunto, por Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) e por Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Nas últimas décadas do século XX, houve um incremento na tecnologia de assistência médica hospitalar e, em especial, na atenção ao neonato prematuro e de muito baixo peso ao nascer. A organização e implantação das

modernas UTIN possibilitaram a sobrevivência de crianças até então consideradas inviáveis devido à prematuridade e ao baixo peso de nascimento<sup>(11)</sup>.

À medida que a medicina continua a desenvolver tecnologias para a manutenção da vida, muitos recém-nascidos de alto risco, que no passado teriam morrido algumas horas ou dias após o nascimento, hoje sobrevivem. Pode-se dizer que o aumento na sobrevivência neonatal estaria relacionado também a uma assistência estruturada e de qualidade, sendo um estímulo para continuar investindo nessa direção.

A assistência ao recém-nascido apresenta-se de forma complexa, com cuidados indispensáveis à sua saúde, de modo que as relações e os processos assistenciais sejam benéficos tanto para o neonato quanto para sua família; e que os resultados sejam alcançados. Quando se considera a qualidade assistencial, pautada no modelo de Donabedian, faz-se necessário que os serviços possuam uma estrutura com espaço físico, recursos humanos e materiais, tecnologias de diagnóstico e terapêutica em condições e quantidades adequadas para assistir ao recém-nascido. Existem diversas formas de avaliar qualidade em saúde e essa diversidade também se aplica às avaliações no âmbito da assistência neonatal.

Atualmente, a assistência hospitalar prestada ao recém-nascido envolve uma estrutura física diferenciada, pautada em vários espaços e níveis de cuidados, que se iniciam no Centro Obstétrico e são complementados pelo Alojamento Conjunto e pela Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Compreende-se que o processo de organização desses serviços no âmbito hospitalar contribuiu para definição de ambientes assistenciais adequados à condição do neonato, seja ele de baixo risco, atendido no alojamento conjunto, ou de alto risco, atendido nas UTIN. Esses ambientes foram estruturados de forma a prestar uma melhor assistência a essas crianças em um momento em que estão mais vulneráveis.

Além da estrutura física como um dos determinantes para uma assistência neonatal de qualidade, é fundamental o investimento em profissionais especializados, buscando atender as reais necessidades do neonato e de sua família, pois independente da área de atuação, o fator humano, responsável pela assistência ao paciente, é imprescindível

quando se pensa em alcançar bons resultados em saúde. Para tanto, o Ministério da Saúde elaborou algumas normatizações e recomendações quanto ao número de profissionais necessários, principalmente em relação às unidades de terapia intensiva, as quais exigem maior diversidade de profissionais e especialidade dos mesmos<sup>(12)</sup>.

A qualidade da atenção neonatal também envolve a aplicação de tecnologias assistenciais, visando alcançar menores índices de mortalidade neonatal. Nesse sentido, a utilização de tecnologias diagnósticas e terapêuticas específicas na área neonatal faz parte das determinações recomendadas pelos órgãos regulamentadores, como o Ministério da Saúde e algumas organizações profissionais em saúde<sup>(13)</sup>. Logo, o uso de critérios avaliativos como estrutura física, recursos humanos e tecnologias de diagnóstico/terapêutica constituem avaliação da estrutura dos serviços.

A avaliação da assistência neonatal pode ser feita através da aplicação de indicadores de mortalidade, o qual é um importante instrumento de avaliação em saúde, tanto de cobertura, de qualidade e de resolubilidade dos serviços quanto de programas, de ações específicas ou ainda tecnológicas<sup>(14)</sup>.

Os estudos sobre mortalidade neonatal na literatura brasileira são comuns, seja através do cálculo de coeficiente ou estudos que abordem as causas de morte, ou até mesmos de fatores de risco que possam levar ao óbito neonatal. A maioria dos estudos deixa claro que a mortalidade neonatal relaciona-se intimamente com a qualidade da assistência materno-infantil.

Estudo realizado em uma maternidade pública de nível terciário de Campinas, São Paulo, demonstrou que o coeficiente de mortalidade neonatal no serviço apresentou modificações ao longo de uma década e as causas de morte neonatais evitáveis diminuíram. Os autores dessa pesquisa associam os resultados atuais às mudanças ocorridas na qualidade da assistência neonatal prestada nesta maternidade<sup>(15)</sup>.

Existem também outros indicadores específicos de qualidade da assistência neonatal, os quais podem ser utilizados em pesquisas de avaliação da qualidade. Têm-se como exemplos, a existência do alojamento conjunto, com estímulo ao aleitamento materno e o registro de APGAR no

primeiro e quinto minuto, os quais são dois dos diversos indicadores possíveis e relacionados à qualidade da assistência neonatal no âmbito hospitalar e que podem ser utilizados pelos serviços neonatais como avaliação “pontual” da assistência<sup>(13)</sup>.

Também encontramos estudos que associam óbitos perinatais com o processo assistencial ao parto e nascimento, com um grande potencial de produzir modificações na mortalidade fetal, neonatal e infantil. Podemos citar o estudo<sup>(16)</sup> quantitativo realizado em 15 maternidades brasileiras, que comprovou determinadas variáveis como indicadores de qualidade de processo relacionados ao recém-nascido como: resultado do apagar, assistência pediátrica na sala de parto e característica do serviço neonatal que o hospital tem em sua estrutura.

De acordo com o estudo acima, se encontrou uma relação importante entre o tipo de hospital e óbitos perinatais. O hospital considerado do tipo I (sem UCIN ou UTIN) apresentou-se como risco para o óbito perinatal, além disso, nesses hospitais foi encontrado alto índice de nascidos vivos (38,1%) que não receberam assistência de pediatra na sala de parto, em contraste com os outros hospitais que tinham UCIN ou UTIN que apresentaram apenas 2,5% e; 2,2% de nascidos vivos, que não receberam assistência de pediatra na sala de parto, respectivamente<sup>(16)</sup>.

É importante destacar que a avaliação da atenção neonatal também pode ser realizada através do processo de acreditação. A acreditação de um hospital envolve toda a instituição, da lavanderia à Unidade de Terapia Intensiva, logo inclui a assistência hospitalar ao neonato. De acordo com o manual de Acreditação do MS, o item que se refere à avaliação da unidade de neonatologia dentro dos hospitais inclui desde aspectos estruturais da unidade à aplicação de sistema de aferição da qualidade, através de processos avaliativos internos ou integrados ao hospital. Pode-se ressaltar que a mobilização do próprio serviço ao elaborar internamente formas de acompanhar as condições de sua assistência, permite assim, avaliação e superação dos problemas encontrados, iniciando mudanças já no momento pré-acreditação<sup>(5)</sup>.

A assistência hospitalar ao neonato de risco utiliza grande aparato tecnológico e profissionais especializados concentrados numa UTIN, considerado um local ideal

para manter a sobrevivência dessas crianças. Entretanto, nas maternidades dos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, há evidente escassez de recursos tecnológicos e humanos, infra-estrutura inadequada e alta incidência de infecção hospitalar em decorrência da superlotação hospitalar<sup>(17)</sup>.

Na realidade brasileira, apesar de toda regulamentação existente acerca da assistência neonatal, as UTIN, as unidades de cuidados intermediários e os alojamentos conjuntos têm dificuldades em atender as exigências mínimas preconizadas pelo MS e muitas funcionam de maneira precária. Além disso, muito pouco se conhece sobre a distribuição, estrutura e organização dessas unidades, nas diferentes regiões do Brasil.

No que refere à avaliação da estrutura das UTIN, pode-se citar um estudo realizado em 2003 que analisa o acesso e estrutura das UTI pediátricas e neonatais de São Paulo, partindo dos princípios de avaliação propostos por Donabedian. Os dados relativos à área física e instalações mostram que se convive com unidades que ficam aquém das exigências feitas pelas normatizações brasileiras. Apesar de a maioria das UTI informarem ter acesso a todas as tecnologias necessárias de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns materiais e equipamentos essenciais não foram encontrados, por exemplo, o manguito do esfigmomanômetro utilizado para aferir a pressão arterial<sup>(2)</sup>.

Outro estudo que segue neste caminho avaliativo foi realizado em 12 maternidades do Estado de São Paulo integradas ao Sistema Único de Saúde, buscando analisar não apenas indicadores de estrutura como também de processo, envolvendo a assistência ao parto e ao recém-nascido. Foram encontrados resultados insatisfatórios, como presença de médico pediatra e enfermeiro para atendimento neonatal na sala de parto (24 horas/dia) apenas em uma das maternidades. Em relação a indicadores de processo, podemos ressaltar que o contato pele-a-pele mãe/bebê ocorreu em apenas em seis (4,5%) dos 128 partos observados. Esses resultados demonstram que a assistência neonatal não atende critérios fundamentais recomendadas pelo Ministério da Saúde<sup>(18)</sup>.

De uma forma geral, a maior parte dos estudos de avaliação da qualidade da assistência ao recém-nascido os quais descrevem estruturalmente os serviços que pres-

tam assistência intensiva neonatal/pediátrica e ao parto, também levantam problemas que permeiam a atenção ao neonato, contribuindo para a avaliação da qualidade nas instituições pesquisadas, além de servirem de suporte para outros estudos avaliativos nessa área<sup>(16,18)</sup>.

Outra possibilidade de avaliação da assistência neonatal pode ser realizada com foco no resultado, incluindo então a satisfação ou até mesmo a resposta do usuário a assistência recebida. Embora algumas pesquisas desse tipo sejam de natureza quantitativa, não se pode excluir o caráter subjetivo encontrado em pesquisas que avaliam a aceitação de programas ou de serviços específicos. A exemplo disso tem-se uma pesquisa realizada em uma maternidade de Fortaleza-Ceará, onde um dos objetivos era avaliar o conhecimento das mães acerca dos benefícios do Método Mãe Canguru para o binômio mãe-filho. Além de desvendar resultados interessantes sobre os sentimentos maternos vivenciados nesse ambiente de cuidado neonatal, o referido estudo possibilitou apreender o nível de satisfação dessas mães pela assistência recebida, através de relatos positivos apresentados pela maioria delas<sup>(17)</sup>.

Independentemente da diversidade dos processos avaliativos, o que se espera é que os serviços hospitalares prestadores de assistência ao neonato compreendam a importância das ferramentas de avaliação e da sua contribuição na busca dos resultados, ou seja, a qualidade da assistência.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discutir a temática qualidade na atenção à saúde do neonato não implica somente em apresentar conceitos, mas em mostrar um conjunto de métodos e estratégias possíveis de serem aplicados a essa realidade. Nesse sentido, esta reflexão apresenta-se como uma possibilidade inicial na discussão da questão, reforçando a necessidade de se avançar na reflexão em torno dos métodos de avaliação da qualidade do atendimento ao recém-nascido.

Entende-se que a qualidade da atenção ao neonato passa pela qualificação dos recursos humanos, aquisição e manutenção de materiais e equipamentos, mudanças na cultura organizacional das instituições, envolvimento e par-

ticipação dos usuários no processo assistencial e também de avaliação, de forma a construir serviços que atendam as necessidades da população neonatal e de sua família.

## REFERÊNCIAS

1. Helito RAB. Processos de qualificação e avaliação de serviços de saúde. In: Innocenzo MD. Indicadores, Auditorias e Certificações. São Paulo: Martinari, 2006, p. 59-70.
2. Souza DC de. Avaliação da estrutura das unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal no município de São Paulo. [dissertação de Mestrado em Medicina]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, 2003. 206f.
3. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *EUA* 1988; 260(12): 1743-8.
4. Feldman BL. Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde: critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação. São Paulo: Martinari, 2004, p. 47-63.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde, Departamento de Avaliação de Políticas de saúde. Vade-mécum da Acreditação Hospitalar Brasileira. Brasília (DF): 1999.
6. Schiesari LMC, Kisil M. A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. *RAS*, São Paulo (SP). 2003; 5(18): 7-17.
7. Adami MP, Maranhão AMSA. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. *Acta Paul. Enf.*, São Paulo (SP) 1995; 8(4): 47-55.
8. Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa em saúde. *Rev Saúde Pública.*, São Paulo (SP) 2007; 41(1): 150-3.
9. Organização Nacional de Acreditação [homepage na internet]. Serviços acreditados. [Atualizado em 2008]. Acessado em 20 de Julho de 2008. Disponível em: [http://www.onaeduare.org.br/ona/site/internal\\_institucional.jsp?pagesite=conheca](http://www.onaeduare.org.br/ona/site/internal_institucional.jsp?pagesite=conheca).
10. Kamada I, Scochi CGS, Rocha SMM. Assistência ao recém-nascido e sua organização a nível hospitalar: Revisão de Literatura. *Rev. Paulista de Hospitais*. São Paulo (SP) 1990; 28(5): 65-73.
11. Klaus MH, Faranoff AA. Alto Risco em Neonatologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 3432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo. Brasília (DF); 1998.
13. Magalhães M da C. Atenção hospitalar perinatal e a mortalidade neonatal no município de Juiz de Fora – MG [dissertação de Mestrado em Saúde Pública]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública: Fundação Oswaldo Cruz; 2000. 203f.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Análise de mortalidade – Delineamentos básicos. Brasília (DF): 1991.
15. Brenelli – Vitali MA, Castro de R, Pavarin LB. Causas básicas de morte neonatal em uma maternidade de nível terciário: mudanças de uma década. *Rev. Ciênc. Méd. Campinas (SP)* 2003; 12(4): 331-9.
16. Lansky S, França E, César CC, Neto LCM, Leal M do C. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. *CAD Saúde Pública*, Rio de Janeiro (RJ) 2006; 22 (1): 117-30.
17. Campos ACS, Carvalho MPL, Rolim KMC, Alencar AJC. Vivência no Método Mãe Canguru: percepção da mãe. *Rev. Rene*, Fortaleza (CE) 2008; 9(3): 28-36.
18. Parada CMG de LM, Carvalhães MA de BL. Childbirth care: contributing to the debate on human development. *Rev Latino-Am Enfermagem*, Ribeirão Preto (SP) 2007; 15(spe):792-8.

**RECEBIDO:** 15/09/2008

**ACEITO:** 18/02/2009