

Análise do conteúdo do sumário de alta obstétrica em maternidade de referência. Uma oportunidade para repensar a estratégia da continuidade do cuidado materno e neonatal

Analysis of the summary content in obstetric discharge reports in a reference maternity hospital. An opportunity to rethink the strategy of continuity in maternal and neonatal care

Zilma Silveira Nogueira Reis¹, Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar¹, Álvaro Augusto Trielle Ferreira², Ana Carolina Viegas³, Lêni Márcia Anchieta⁴

DOI: 10.5935/2238-3182.20150111

RESUMO

Objetivo: analisar criticamente dados sobre o nascimento e intercorrências clínico-obstétricas dos sumários de alta obstétrica, visando à troca de informações para continuidade do cuidado materno e neonatal. **Pacientes e métodos:** estudo observacional retrospectivo em base de dados secundários. Foram consultados 102 sumários de alta obstétrica da maternidade do Hospital das Clínicas da UFMG, entre julho e dezembro de 2013. Para se avaliar a pertinência da proposição de um modelo estruturado para o documento eletrônico, as situações de alta obstétrica e os conteúdos clínicos documentados pelos médicos foram comparados entre internações anteparto e pós-parto, empregando-se o teste qui-quadrado de Pearson. **Resultados:** em 48 (49,5%) dos 97 documentos selecionados, a condição gestacional era de elevado risco. Os campos já estruturados no formulário em uso tiveram alta frequência de preenchimento. Observou-se semelhança entre o conteúdo dos registros clínicos das altas anteparto e pós-parto, a não ser pelos resultados de exames, mais frequentes no primeiro e pelos dados sobre o nascimento, no segundo. Dados sobre o conceito e orientações para após a alta tiveram frequência aquém do esperado. **Conclusões:** o sumário de alta obstétrica em um discurso livre sobre os fatos ocorridos durante o nascimento pode falhar em prover dados de qualidade para a continuidade do cuidado na rede de atenção materno-infantil. Acredita-se que a proposição de um padrão estruturado, contendo um conjunto mínimo de dados possa oferecer subsídios para aprimorar a troca de informações maternas e neonatais.

Palavras-chave: Alta do Paciente; Continuidade da Assistência ao Paciente; Cuidado Pós-Natal; Registros Médicos; Registros Hospitalares.

ABSTRACT

Objective: to critically analyze data on birth, and clinical and obstetric complications in the content of obstetric discharge reports aiming at exchanging information for the continuity of maternal and neonatal care. **Patients and methods:** this was a retrospective observational study in a database of secondary data. A total of 102 obstetric discharge reports were consulted from the UFMG General Hospital maternity between July and December of 2013. The obstetric discharge situations and clinical contents documented by physicians were compared between antepartum and postpartum hospitalizations using the chi-square test of Pearson to evaluate the relevance of the proposition of a structured model for electronic documentation. **Results:** in 48 (49.5%) out of the 97 selected documents, the gestational condition was of high risk. The fields already structured in the form in use were filled in high frequency. The similarity between the content of antepartum and postpartum clinical records was observed, except for results of tests, which were more frequent in the first, and birth data in the second. Data on the newborn and guidance

Recebido em: 20/07/2014
Aprovado em: 01/09/2015

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Hospital das Clínicas da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Zilma Silveira Nogueira Reis
E-mail: zilma@medicina.ufmg.br

after discharge were often lower than expected. Conclusions: the content in the obstetric discharge report about the events that occurred during birth may fail to provide quality data for the continuity of care in the maternal and child care. It is believed that the proposition of a structured pattern, containing a minimum set of data can provide subsidies to improve the exchange of maternal and neonatal information.

Key words: Patient Discharge; Continuity of Patient Care; Postnatal Care; Medical Records; Hospital Records.

INTRODUÇÃO

A oferta hierarquizada da rede e regionalizada do cuidado em saúde, mantendo a gestão do cuidado no nível da atenção primária, é pressuposto das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).¹ No conceito de redes de atenção, a premissa é a de vinculação entre os serviços de saúde, nos diferentes níveis de complexidade, de forma a permitir uma atuação contínua no momento e no lugar certo, dependendo da demanda do cidadão, com qualidade e de forma humanizada.² A continuidade da assistência, a prevenção de agravos e a garantia de atendimento na medida da necessidade das pessoas ao longo de sua vida pressupõem longitudinalidade, prática na qual as relações entre médico e usuário se estendem além dos episódios específicos de doença.³ Mas essa visão constitui-se ainda em um desafio que carece de soluções efetivas para a troca de informações clínicas entre os serviços de saúde públicos e também privados. Para que a atenção primária à saúde possa se comunicar fluidamente com os níveis secundário e terciário, os dados clínicos de um indivíduo precisam ser compartilhados entre unidades de saúde distintas. Têm sido propostas estratégias para a integração da rede assistencial como territorialização dos serviços, adscrição da clientela, centrais de marcação e, mais recentemente, a informatização e o compartilhamento de histórias clínicas.⁴

Nesse contexto, o sumário de alta hospitalar é um documento estratégico para a continuidade do cuidado capaz de colaborar para a construção da integração e interdependência entre os serviços hospitalares e a atenção básica, a partir de corredores de comunicação, sejam eles eletrônicos ou não.^{5,6} Esse sumário é um documento que apresenta de forma resumida as informações relacionadas ao cuidado prestado durante a internação.⁷ Geralmente traz de forma narrativa a história clínica, procedimentos e intervenções, diagnósticos, assim como as orientações específicas para o seguimento após a permanência hospitalar, contribuindo para ofertar mais se-

gurança ao usuário.⁸ No cenário materno-neonatal, seus destinatários são geralmente os profissionais de saúde que acompanhavam a gestante antes do episódio de internação e que irão recebê-la ainda grávida ou já como puérpera e seu(s) neonato(s). A comunicação destina-se ao médico de família, especialista ginecologista/obstetra, clínico geral, pediatra, enfermeiro ou a toda equipe de saúde da família. Portanto, esse documento deve conter o relato resumido, porém completo, capaz de subsidiar o prosseguimento da atenção à mulher e neonato(s) e prover instruções sobre o cuidado mais adequado às necessidades próprias dessa fase, incluindo o planejamento familiar e puericultura.

Por outro lado, e de forma incoerente com as necessidades da mulher e da criança, os dados clínicos sobre a gestação, parto e puerpério ficam distribuídos em diferentes sistemas de informação, com pouca ou nenhuma conexão entre eles. Usando de variadas plataformas de registro e sem um conteúdo mínimo definido estrategicamente e padronizado, a comunicação e troca de informação entre sistemas e, consequentemente, entre profissionais de saúde constituem ainda um processo em construção no Brasil.⁶ Este estudo se propõe a analisar criticamente o conteúdo clínico dos sumários de alta obstétrica em uma maternidade-escola para subsidiar a proposição de um padrão estruturado contendo um relato mínimo, porém indispensável, sobre o nascimento e sobre as intercorrências clínico-obstétricas, dedicado à continuidade do cuidado subsequente à internação.

PACIENTES E MÉTODOS

Estudo observacional retrospectivo em base de dados secundários. A fonte documental de interesse, o sumário de alta obstétrico, foi consultada diretamente em prontuários da maternidade do Hospital das Clínicas da UFMG, logo após a alta ser efetivada. O estudo tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, CAAE 18572213.3.0000.5149.

A seleção de prontuários de papel ocorreu por sorteio simples na secretaria do serviço, após a mulher ter deixado a maternidade, no período entre julho e dezembro de 2013, em dias convenientes aos pesquisadores e de forma a não impedir o fluxo de processamento contábil da internação. Os sumários de alta foram então avaliados quanto à legibilidade, digitalizados e armazenados eletronicamente para análise detalhada de seu conteúdo clínico descritivo. Os cri-

térios de inclusão no estudo analítico dos sumários de alta obstétrico foram, portanto, a possibilidade de serem lidos, avaliada por dois observadores, e a alta obstétrica já efetivada. Os critérios de exclusão foram sumários destinados às situações de transferência entre hospitais ou evasão (saída contra parecer médico).

Por se tratar de maternidade de referência na rede SUS e maternidade-escola, o perfil do atendimento é caracterizado, predominantemente, por gestações consideradas de alto risco gestacional (43,7%), sendo a maioria referenciada apenas no momento da internação (55,1%). Quanto às práticas assistenciais nessa unidade, o atendimento obstétrico se dá a partir de plantões com 12 horas de duração. Os partos são realizados apenas por médicos. O preenchimento do sumário de alta é de responsabilidade do médico, que efetua os procedimentos de alta hospitalar, independentemente de ter sido ele o responsável pela admissão ou pela assistência ao parto. No programa de formação de médicos-residentes, as escalas são construídas buscando garantir que, pelo menos nos casos de internação clínica ou pós-parto de alto risco, o médico-assistente seja o mesmo a realizar a alta. O conteúdo clínico do formulário-padrão empregado é o mesmo de uso geral no hospital, sendo composto de quatro seções para escrita livre: resumo do quadro clínico, tratamento realizado, evolução do caso, diagnósticos firmados e duas seções estruturadas – condição e tipo de alta (curado, melhorado, inalterado, fuga, transferido, falecido, com necropsia, sem necropsia), transfusão de sangue (sim / não). Quanto às datas, o formulário traz como padrão campos para a da internação, da alta e do retorno pós-alta.

Em avaliação inicial, os sumários de alta obstétrica foram categorizados em função das seguintes situações obstétricas:

- **anteparto:** alta pós-aborto, alta ainda grávida pós-tratamento.
- **pós-parto:** alta puerperal com parto ocorrido na maternidade, alta puerperal com parto ocorrido em trânsito, alta pós-tratamento de complicação puerperal.

O limite tomado para definição de parto foi a idade gestacional ≥ 22 semanas ou peso ao nascer $\geq 500g$ (9). O risco gestacional envolvido nos casos analisados foi categorizado em alto e habitual, de acordo com os critérios sugeridos pelo Ministério da Saúde do Brasil(10).

Em seguida, os sumários de alta de cada categoria foram lidos minuciosamente e uma lista com os elementos de dados dos vários conceitos clínicos encontrados

foi criada, assim como sua frequência nos documentos foi contabilizada, em números absolutos e percentuais. Para isso, foi desenvolvida uma planilha eletrônica específica. Os achados foram apresentados em tabelas, agrupando-se os dados em informações maternas e neonatais. A frequência dos registros clínico-obstétricos documentados pelos médicos foi comparada entre os sumários obstétricos anteparto e pós-parto, empregando-se o teste qui-quadrado de Pearson para se avaliar a pertinência de um modelo único de sumário de alta para as várias situações de internação obstétrica. O programa estatístico empregado foi o SPSS® 21.0. O nível de significância ajustado para o teste de hipótese foi de 5%.

RESULTADOS

Entre os 102 sumários de alta selecionados, três (2,9%) foram considerados ilegíveis e dois (2,0%) deles tratavam da transferência da gestante para outro hospital, totalizando cinco (4,9%) exclusões. Em 48 (49,5%) dos 97 documentos selecionados, a condição gestacional descrita caracterizou-se por elevado risco gestacional. As complicações mais frequentes foram: síndromes hipertensivas da gestação ($n=10$, 10,3%), anomalias fetais ($n=8$, 8,2%) e diabetes ($n=5$, 5,2%). As condições obstétricas, quanto à cronologia gestacional, envolvidas nessas internações e a natureza das informações encontradas no sumário de alta estão apresentadas na Tabela 1.

Avaliando-se detalhadamente cada uma das seções dos sumários de alta obstétricos, anteparto e pós-parto, a natureza de seu conteúdo foi detalhada em agrupamentos de informações: dados maternos e dados neonatais. Na Tabela 2 os elementos de dados contidos nos registros clínicos maternos mais frequentemente documentados pelos médicos foram listados, por ordem de frequência.

Observou-se semelhança entre os dados clínicos registrados nos sumários de alta das internações anteparto e pós-parto, a não ser pelos resultados de exames mais frequentes no primeiro tipo e pelos dados sobre o nascimento, no segundo tipo.

Entre os 77 sumários nos quais as mulheres se internaram gestantes e tiveram alta pós-parto, 42 correspondiam a partos por via vaginal e 35 (45,4%) a partos por cesariana. Todos os conceptos nasceram vivos e não foi possível identificar, apenas a partir do sumário de alta obstétrico, quantas altas mãe-filho foram conjuntas e quais neonatos ficaram retidos e tiveram, posteriormente, sumário de alta específico.

Tabela 1 - Condições obstétricas no momento da alta e agrupamentos de conteúdos clínicos dos sumários de alta analisados, conforme formulário em uso no Hospital das Clínicas da UFMG

Cronologia gestacional na alta	Agrupamentos estruturados do sumário de alta padrão usado na maternidade, com preenchimento em texto livre			
	Resumo do quadro clínico	Tratamento realizado	Evolução do caso	Diagnósticos firmados
Anteparto (n=19, 19,6%)				
Pós-abortamento (n=15, 15,5%)	a) História obstétrica b) História clínica e comorbidades maternas	a) Intervenção terapêutica b) Medicamentos e exames	a) Condições da mulher na alta b) Complicações clínicas ou cirúrgicas	a) Condição obstétrica b) Comorbidades maternas c) Intercorrências clínicas
Alta ainda grávida (n=4, 4,1%)	a) História obstétrica b) História clínica e comorbidades maternas c) Histórico perinatal	a) Procedimentos, exames e tratamentos	a) Condições da gestante na alta b) Complicações clínicas ou cirúrgicas	a) Condição obstétrica b) Comorbidades maternas c) Intercorrências clínicas
Pós-parto (n=78, 80,4%)				
Parto hospitalar (n=77, 78,6%)	a) História obstétrica b) História clínica e comorbidades maternas c) Histórico perinatal	a) Dados sobre o parto e nascimento b) Intervenções, medicamentos e exames	a) Condições de nascimento b) Evolução puerperal c) Evolução neonatal d) Complicações maternas e neonatais	a) Condição obstétrica b) Comorbidades maternas c) Morbidade neonatal d) Intercorrências clínicas
Complicação puerperal (n=1, 1%)	a) História obstétrica b) História clínica e comorbidades maternas	a) Procedimentos, exames e tratamentos	a) Condições maternas na alta	a) Complicação materna b) Comorbidades maternas c) Intercorrências clínicas
Parto em trânsito (n=0)	-	-	-	-

Tabela 2 - Dados clínicos maternos encontrados nos sumários de alta obstétricos da maternidade-escola do Hospital das Clínicas da UFMG, segundo momento obstétrico da internação

Dados clínicos	Condições obstétricas anteparto (n=19)	Condições obstétricas pós-parto (n=78)	Total (n=97)	p
História obstétrica				
Paridade	19	77	96	0,92
Situação obstétrica na admissão	19	71	90	0,21
Idade gestacional*	16	73	89	0,25
Resultado de grupo sanguíneo e Rh	14	72	86	0,04
Resultado de teste de Sífilis	15	71	86	0,21
Resultado de teste anti-HIV**	11	72	83	<0,001
Dados do exame obstétrico na admissão	13	44	57	0,34
Resultado de outros exames	11	25	36	0,04
Resultado de ultrassom obstétrico	10	14	24	0,002
História clínica materna e comorbidades				
Idade materna	19	77	96	0,62
Doenças maternas	7	34	41	0,59
Dados vitais na admissão	6	27	33	0,52
Tratamento realizado				
Nome do procedimento terapêutico	16	78	94	<0,001
Anestesia utilizada***	9	23	32	<0,001
Via de parto [§]	-	77	-	-
Dados objetivos do trabalho de parto [§]	-	39	-	-
Apresentação fetal [§]	-	32	-	-
Indicação da cesariana ^{¶¶}	-	29	-	-
Número de fetos [§]	-	12	-	-

Continua...

... continuação

Tabela 2 - Dados clínicos maternos encontrados nos sumários de alta obstétricos da maternidade-escola do Hospital das Clínicas da UFMG, segundo momento obstétrico da internação

Dados clínicos	Condições obstétricas anteparto (n=19)	Condições obstétricas pós-parto (n=78)	Total (n=97)	p
Evolução				
Evolução obstétrica	19	76	95	0,48
Intercorrências obstétricas	19	74	93	0,31
Medicamentos usados	9	40	49	0,76
Alergias medicamentosas	0	3	3	-
Diagnósticos firmados				
Diagnóstico obstétrico	18	74	92	0,98
Diagnósticos clínicos	10	47	57	0,55
Orientações para alta	6	20	26	0,60
Medicamentos prescritos na alta	5	32	37	0,24
Condições de alta (campo estruturado)	19	68	87	0,10

p-Teste qui-quadrado de Pearson. * excluído um caso de complicação puerperal; **excluído um caso sabidamente HIV positivo; ***excluídos cinco casos de tratamento clínico; #entre 77 partos; ##entre 35 cesarianas

Na Tabela 3, os registros clínicos neonatais mais frequentemente documentados pelos médicos ginecologistas/obstetras foram listados por ordem de frequência.

Tabela 3 - Dados clínicos neonatais encontrados nos sumários de alta obstétricos pós-parto da maternidade-escola do Hospital das Clínicas da UFMG

Dados clínicos neonatais (n=77)	n(%)
Hora de nascimento	69(88,5%)
Peso do neonato	59(75,6%)
Apgar 1o minuto	54(70,1%)
Apgar 5o. minuto	54(70,1%)
Presença de pediatra na sala de parto	34(44,2%)
Sexo do neonato	22(36,7%)
Doenças perinatais	12(15,6%)
Resultado neonatal	9(11,7%)

Os campos estruturados, data de internação, data de alta e transfusão sanguínea tiveram elevada completude, cuja frequência de preenchimento foi de: 97,9%, 99,0% e 90,6%, respectivamente, sem diferença significativa entre sumários de alta obstétricos do tipo anteparto e pós-parto ($p=0,27$; $0,62$ e $0,49$, respectivamente). Já o campo destinado à data do retorno pós-alta teve baixa taxa de preenchimento em ambas as condições indistintamente (11,1%; 7,7%, $p=0,64$, respectivamente, para anteparto e pós-parto). Apenas um (1,0%) dos sumários analisados não registrou o nome do médico responsável pelo preenchimento e seu registro profissional.

DISCUSSÃO

A preocupação com a qualidade do conteúdo clínico de um sumário de alta hospitalar se justifica por sua importância como instrumento de comunicação entre os níveis terciário, secundário e primário da rede de atenção à saúde.^{6,8} O sucesso de um sistema público de saúde passa pela consolidação de um consistente programa de referência e contrarreferência, que por sua vez é dependente do registro adequado de informações clínicas pelas equipes de saúde, em todos os níveis.^{11,12}

Cabe também ressaltar as especificidades desse documento em sequência a uma internação obstétrica. As pacientes que recebem alta hospitalar ainda grávidas demandam continuidade de sua assistência obstétrica, impactando no cuidado pré-natal após a intercorrência abordada durante a internação. As que passaram pela experiência de um abortamento necessitarão de orientação contraceptiva, além de apoio emocional, e o conhecimento das intercorrências clínicas e obstétricas durante sua internação pode influenciar na escolha do método contraceptivo assim como no planejamento de sua próxima gravidez. Em caso de alta pós-parto, a internação obstétrica realiza-se em nome da gestante, mas as informações apresentadas referem-se ao cuidado prestado à mulher e seu(s) neonato(s). A modalidade de alta conjunta mãe-filho é a mais frequentemente realizada, situação na qual ambos deixam o hospital em um mesmo momento.¹³ O neonato, ainda não

registrado como usuário do sistema de saúde e, na maioria das vezes, nem como um cidadão no momento da alta materna, tem o conjunto de informações sobre seu nascimento armazenado no registro hospitalar de sua mãe. E, nesse sentido, justifica-se que as informações sobre a evolução desse recém-nascido estejam juntas com as da sua mãe, gerando um sumário de alta único para o binômio mãe-filho.

É importante esclarecer que os dados relativos à alta do recém-nascido, quando da alta conjunta mãe-filho, são anotados, pelo pediatra, diretamente na Caderneta de Saúde da Criança, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, e por isso não geram sumário de alta.¹⁴ Tais informações serão o primeiro registro clínico documentado desse indivíduo e contêm informações relevantes para toda sua existência. Um sumário de alta específico para o recém-nascido só é gerado a partir do momento em que o mesmo é internado, com emissão de um registro próprio (prontuário), quando o mesmo apresenta alguma intercorrência ou quando se faz necessária a realização de algum procedimento específico. O conteúdo do sumário de alta de neonatos retidos após a alta materna e que recebem um prontuário específico não foi objeto deste estudo, mas são igualmente importantes e merecedores de uma análise especial.

Um sumário de alta precisa ser um documento conciso, porém, completo, contendo diagnósticos, achados de exame físico e complementares, procedimentos, complicações, alergias, orientações para seguimento, datas de admissão e alta.^{6,8} Espera-se, assim, que esse resumo clínico-obstétrico-neonatal contenha informações relevantes sobre a sua permanência hospitalar como condições clínicas de admissão e alta, informações sobre o nascimento, evolução obstétrica e neonatal, exames realizados, medicamentos administrados, problemas apresentados durante a internação e fatos relevantes como reações adversas, além de orientações para seguimento pós-alta para a mulher e neonato. Do ponto de vista geral, viu-se que a prática da emissão do referido documento (sumário de alta) é bem incorporada no serviço, entretanto, a qualidade do preenchimento merece reflexões e intervenções para melhoria dos mesmos. Apesar de representar apenas pequena parcela (2,9%), os sumários considerados ilegíveis são inaceitáveis do ponto de vista assistencial, pois podem determinar uma grave interrupção na sequência da assistência obstétrica-perinatal. A construção de formulários padronizados e informatizados evitaria essa situação. Na leitura dos

campos de texto livre dos documentos analisados, alguns dos dados relevantes sobre a internação foram pouco encontrados, como: exame obstétrico na admissão (58,8%), sexo do neonato (36,7%), resultado neonatal (11,7%) – Tabelas 2 e 3 –, evidenciando as deficiências não só quanto à valorização desse documento, mas também à falta de uma estruturação do registro de informações obstétricas e perinatais estratégicas no formulário.

Analisando-se o conteúdo geral das seções desse documento nas várias situações de alta obstétrica, observou-se que eles se diferem pouco quanto aos dados maternos (Tabela 1). Da mesma forma, a análise comparativa entre os dados encontrados nos sumários obstétricos anteparto e pós-parto foi, em grande parte, semelhante, excetuando-se quanto aos resultados de exames que estiveram mais presentes nos sumários anteparto (Tabela 2). Além disso, os dados trazem conteúdos próprios desse domínio sobre o nascimento ou procedimentos terapêuticos clínicos e cirúrgicos, como a curetagem no caso dos abortamentos e controle clínico de doenças maternas, nas gestações de risco. Mesmo assim, as semelhanças predominam e isso leva a crer que um formulário único poderia ser estruturado para as várias situações de internação obstétrica, com vantagens sobre um modelo de sumário geral, chamando a atenção para informações relevantes sobre o histórico obstétrico de uma mulher, incluindo dados do parto e período neonatal. Isso, provavelmente, melhoraria a qualidade e frequência de dados sobre o conceito, claramente menos presentes nos sumários do que os dados maternos, conforme se constatou na análise.

A proposição de modelos de informação padronizados para os registros clínicos é estratégia primordial também para documentação eletrônica de um paciente.^{5,12} E propostas para o sumário de alta geral informatizados já foram feitas.^{6,8,15} Na modalidade de relato clínico orientado a problemas e evidências, o sumário de alta tem a sequência SOAP (S: dados subjetivos, O: dados objetivos, A: avaliação, P: planos) e mesmo nesse formato padrões internacionais de informação estruturada podem oferecer qualidade ao registro com vantagens, organizando-o de forma orientada ao paciente e não à doença.¹⁶

A presente análise, entretanto, é inédita por focar primeiramente o estudo dos conteúdos de sumários obstétricos, mesmo que em papel, avaliando a prática atual de comunicação das informações mais relevantes relativas à assistência ao parto, puerpério e neo-

nato entre profissionais de saúde dessa maternidade e a atenção básica. Uma limitação da abordagem deste estudo, mas que por outro lado abre expectativas para o futuro, é a proposição de um padrão estruturado de conteúdo para esse documento. Isso, entretanto, demandará a análise de outros modelos de sumário de alta utilizados em serviços de saúde diversos, associado às recomendações nacionais e internacionais para esse documento, buscando também coerência com as políticas públicas brasileiras para a atenção à saúde materno-infantil. Acredita-se que a estruturação dos campos clínicos do formulário, seja ele eletrônico ou para o papel, contribuirá para melhorar a qualidade do seu conteúdo e do preenchimento. Chama a atenção a elevada frequência que os campos estruturados (data de admissão e alta) atingiram nos documentos analisados e mesmo a transfusão sanguínea, um evento muito raro e nos analisados sem alguma ocorrência positiva, que apresentou 90,6% de preenchimento. Enquanto isto, orientações para alta, mesmo que extremamente importantes, estiveram presentes em apenas 26,8% dos documentos (Tabela 2).

Em relação a esse dado, cabe ressaltar que a maternidade na qual o estudo foi desenvolvido é uma referência terciária/quaternária para assistência obstétrica, mas recebe significativo contingente de gestantes que foram acompanhadas em centros de saúde do nível primário de atenção. No município de Belo Horizonte, a efetivação da chamada alta responsável, prevista em portaria do Ministério da Saúde, prevê que toda alta de puérpera residente no próprio município deve ser comunicada por *e-mail* para o centro de saúde de sua referência, sendo o acompanhamento puerperal de responsabilidade do próprio centro de saúde.¹⁷ Como a tarefa de comunicação das altas aos centros de saúde é feita pelo setor administrativo, o não lançamento da data do retorno por parte do médico responsável pela alta pode ser influenciado por essa prática. Entretanto, os pesquisadores identificaram que o não preenchimento desse campo aconteceu também nos prontuários de gestantes de alto risco que são sistematicamente acompanhadas no puerpério em ambulatório específico do próprio hospital (ambulatório de puerpério de alto risco), demonstrando pouca atenção à importância do dado. Outro dado relevante que merece atenção na estruturação de formulário-padrão informatizado é a baixa frequência da informação de medicação utilizada durante a internação bem como medicamentos

prescritos à alta (50,5% e 38,1%). Embora seja de conhecimento que para a quase totalidade das vezes a emissão de receita é feita à alta hospitalar, a falta dessa informação no sumário de alta pode comprometer de forma significativa o cuidado pós-alta ou mesmo a abordagem de uma complicação pós-alta hospitalar.

Em se tratando de uma maternidade-escola, parte significativa dos casos apresentava condições maternas e neonatais complexas, que certamente se seguiram de cuidados específicos após a saída do hospital. Trata-se de um padrão de informações que supera em complexidade as rotinas das maternidades em geral. Acredita-se com este estudo ter contribuído para a elaboração futura de um documento de conteúdo estruturado para comunicação de dados maternos e neonatais em sistema de informação, capaz de subsidiar um histórico integrado dos atendimentos no ciclo gravídico-puerperal de grande importância para a troca de informações entre maternidades, unidades neonatais, com unidades básicas de saúde e os serviços de referência para puerpério de gestações de alto risco e ambulatórios de referência para neonatos com complicações. Neonatos prematuros, com baixo peso, malformados, entre outras condições de risco, durante sua vida provavelmente irão necessitar de cuidados muito além daquele oferecido por um serviço único. Mesmo que a unidade básica de saúde seja seu acesso de referência, esse primeiro documento que marca o início de sua existência poderá certamente nortear muitas de suas necessidades assistenciais futuras, como preveem as estratégias mais efetivas de continuidade de cuidados em saúde.^{3,18} Da mesma forma, o conhecimento do resultado da gestação de uma mulher muito contribui para uma abordagem mais qualificada não apenas de seu futuro reprodutivo, mas de sua saúde como um todo.

AGRADECIMENTOS

O estudo recebeu apoio da FAPEMIG – Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais, Financiamento APQ-00879-12.

REFERÊNCIAS

1. Victora CG, Barreto ML, Carmo Leal M, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, *et al.* Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011;377(9782):2042-53.

2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cienc Saúde Coletiva*. 2010; 15(5):2297-305.
3. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Cienc Saúde Coletiva*. 2011; 16:1029-42.
4. Conill E, Fausto M. Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. *Rio de Janeiro: Euro Social Salud*; 2007.
5. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHMd, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(1):286-98.
6. Klück MM, Guimarães JR. Sumário Eletrônico de Alta: garantindo a continuidade da assistência ao paciente através da informação. *Inform Pública*. 1999:123-39. [Citado em 2013 mar 01]. Disponível em: http://www.ip.pbh.gov.br/ANO1_N2_PDF/ip0102kluck.pdf.
7. Brasil. Resolução da Diretoria Colegiada. RDC Nº. 63. [Citado em 2013 mar 01]. Disponível em: portal.anvisa.gov.br/.../RDC+36+de+25_11_2011+Versão+Publicada.pdf
8. Ferreira AAT, Reis ZSN, Frade S, Gaspar JS, Correia RJC, Hadad SC, et al. Proposição de um sumário de alta obstétrico visando à troca de informações, em padrão OpenEHR, para continuidade do cuidado materno-infantil. *Rev Fac Med Ribeirão Preto Hosp Clín FMRP Univ São Paulo*. 2014; 47(1):59-66.
9. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008. 349 p.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. [Citado em 2013 mar 01]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf.
11. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MH, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(2):286-98.
12. Silva AX, Cruz EA, Melo V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Cien Saúde Coletiva*. 2007; 12(3):683-8.
13. Gaspar J, Chagas J, Osanan G, Cruz-Correa R, Reis Z. Maternal and Neonatal Healthcare Information System: Development of an Obstetric Electronic Health Record and Healthcare Indicators Dashboard. In: Bursa M, Khuri S, Renda ME, editors. *Information technology in bio- and medical informatics. Lecture Notes in Computer Science*. 8060: Berlin: Springer; 2013. p. 62-76.
14. Santos MR. Sistema de registro eletrônico de saúde baseado na norma iso 13606: aplicações na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais [tese]. Belo Horizonte: Escola de Ciência da Informação da Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.
15. Dinescu A, Fernandez H, Ross JS, Karani R. Audit and feedback: an intervention to improve discharge summary completion. *J Hosp Med*. 2011; 6(1):28-32.
16. Gaete RA, Ralha CG. Proposta Metodológica de Desenvolvimento de Arquétipos Aplicados à Vigilância Alimentar e Nutricional. *BDBComp*. [Citado em 2013 mar 01]. Disponível em: <http://www.lbd.dcc.ufmg.br/bdbcomp/servlet/Trabalho?id=11771>.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.390 de 30 de dezembro de 2013. [Citado em 2013 mar 01]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html.
18. Kerber KJ, Graft-Johnson JE, Bhutta ZA, Okong P, Starrs A, Lawn JE. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *Lancet*. 2007; 370(9595):1358-69.