



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva



EMANUELLA GOMES FEITOZA

**Perfil das internações hospitalares por
Morbidade Materna Grave em residentes
do Recife no período de 2000 a 2006**

RECIFE
2008

EMANUELLA GOMES FEITOZA

**Perfil das internações hospitalares por Morbidade
Materna Grave em residentes do Recife no
período de 2000 a 2006**

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde Pública, no curso de Pós Graduação *latu senso* de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do CPqAM/FIOCRUZ/MS sob orientação de Juliana Martins Barbosa da Silva Costa.

**RECIFE
2008**

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

F311p Feitoza, Emanuella Gomes
Perfil das internações hospitalares por Morbidade Materna Grave em residentes do Recife no período de 2000 a 2006 / Emanuella Gomes Feitoza. — Recife: E. G. Feitoza, 2008.
53 p. : il., tabs.

Monografia (residência multiprofissional em saúde coletiva)
— Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

Orientador: Juliana Martins Barbosa da Silva Costa.

1. Morbidade. 2. Saúde materna. 3. Mortalidade materna. 4.

Sistemas de Informação hospitalar. 5. Complicações na gravidez.

I. Costa, Juliana Martins Barbosa da Silva. II. Título.

CDU 618.7

AGRADECIMENTOS

A Deus, pai benevolente e misericordioso por todas as graças e conquistas da minha vida, a ele sempre toda honra e toda glória.

Aos meus pais a quem devo tudo que sou hoje, pelo amor incondicional e dedicação conferida a mim, muito obrigada.

Ao meu amor pela doce presença em minha vida e por compartilhar dos meus sonhos.

A toda família Tiba pelo carinho, pelo apoio e incentivo constante. Obrigada, essa conquista também é de vocês.

Agradeço a minha orientadora Juliana pela amizade, pelos ensinamentos e paciência.

Aos professores do NESC e aos profissionais da Secretaria de Saúde do Recife e Secretaria de Saúde de Pernambuco que contribuíram enormemente para a minha formação como Sanitarista.

A todos os funcionários do CPqAM e em especial aos da biblioteca por serem sempre tão amáveis e solícitos.

Aos meus companheiros de residência por estes dois anos de convivência, dos quais levarei boas lembranças, aprendizado e o mais importante: amigos. Obrigada meus queridos, a todos vocês muito sucesso!!

A todos que com palavras, ensinamentos e amizade contribuíram para a conquista de mais essa vitória, muito obrigada.

“É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar, é melhor tentar ainda que em vão, que sentar-se fazendo nada até o final. Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias tristes em casa me esconder, prefiro ser feliz, embora louco, que em conformidade viver.”

Martin Luther King

RESUMO

FEITOZA, Emanuella Gomes. **Perfil das internações hospitalares por Morbidade Materna Grave em residentes do Recife no período de 2000 a 2006.** Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

A mortalidade materna é um importante problema de saúde pública, considerado como um indicador das condições de saúde tanto da mulher como da população em geral. Inúmeras pesquisas têm sido realizadas com o intuito de aferir sua magnitude e identificar seus determinantes, contudo as limitações encontradas nas análises dos dados de mortalidade apontam a necessidade da utilização de informações sobre a morbidade. Desta forma, o presente estudo objetivou descrever o perfil das internações hospitalares por morbidade materna grave (MMG) em residentes do Recife, no período de 2000 a 2006, visando contribuir com o conhecimento sobre os fatores que precedem a mortalidade materna, enriquecendo o debate sobre o tema. Além de subsidiar a formulação de políticas de intervenção que visem à prevenção e o tratamento adequado de complicações no ciclo grávido-puerperal. Para tanto foi realizado um estudo descritivo, agregado, observacional e longitudinal. Foram utilizados dados secundários referentes à internação hospitalar por MMG, coletados nas bases do Sistema de Informação Hospitalar, do Ministério da Saúde, disponibilizados pelo DATASUS. Os resultados evidenciaram um aumento no número de internações por MMG no período analisado. As mulheres na faixa etária de 20-29 anos foram as mais acometidas por MMG, embora o maior risco de sofrer desse agravo tenha sido da faixa etária de 10-14 anos. A maior parte dos internamentos por MMG ocorreu devido a doenças hipertensivas (93,04%), bem como a ocorrência dos óbitos (73,33%). As doenças hipertensivas apresentaram o maior tempo médio de permanência e o maior valor médio de internação, no entanto as admissões por aborto foram as mais onerosas por dia de internamento no período estudado. Desse modo, torna-se necessário a incorporação dos casos de MMG como um evento sentinela preditor da mortalidade materna, com o intuito de utilizá-la como um indicador de saúde materna para avaliar as ações já desenvolvidas e orientar aquelas necessárias ao aprimoramento da assistência à saúde da mulher em idade reprodutiva.

Palavras-chave: Internação Hospitalar, Morbidade Materna Grave, Mortalidade Materna.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição proporcional das internações em UTI no total das internações por gravidez, parto e puerpério (Cap. XV da CID 10). Recife, 2000 - 2006.....	29
Gráfico 2- Distribuição proporcional das internações por Morbidade Materna Grave segundo principais grupos de causa de internação. Recife, 2000-2006.....	31
Gráfico 3- Proporção dos óbitos por Morbidade Materna Grave segundo grupo de causa de internação. Recife, 2000-2006.....	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das internações hospitalares por gravidez, parto e puerpério (Cap. XV da CID 10) e variação proporcional. Recife, 2000-2006.....	28
Tabela 2 - Distribuição proporcional das internações por Morbidade Materna Grave segundo faixa etária. Recife, 2000-2006.....	30
Tabela 3 - Coeficiente de internação (100.000 nascidos vivos) por Morbidade Materna Grave segundo faixa etária. Recife, 2000-2006.....	30
Tabela 4 - Percentual dos óbitos no total das internações por Morbidade Materna Grave. Recife, 2000-2006.....	32
Tabela 5 - Tempo médio de permanência das internações por Morbidade Materna Grave e outras internações por gravidez, parto e puerpério (Cap. XV da CID 10). Recife, 2000-2006.....	34
Tabela 6 - Tempo médio de permanência das internações por Morbidade Materna Grave segundo grupo de causas. Recife, 2000-2006.....	35
Tabela 7 - Valor médio das internações (em reais) por Morbidade Materna Grave e outras internações por gravidez, parto e puerpério (Cap. XV da CID 10). Recife, 2000-2006.....	35
Tabela 8 - Valor médio das internações (em reais) por Morbidade Materna Grave segundo grupo de causas. Recife, 2000-2006.....	36
Tabela 9 - Razão do valor médio (em reais) pelo Tempo médio de permanência das internações por Morbidade Materna Grave e outras internações por gravidez, parto e puerpério (Cap. XV da CID 10). Recife, 2000-2006.....	37
Tabela 10 - Razão do valor médio (em reais) pelo Tempo médio de permanência das internações por Morbidade Materna Grave segundo grupo de causas. Recife, 2000-2006.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
Cap.	Capítulo
CID	Classificação Internacional de doenças
D. Padrão	Desvio Padrão
DATAPREV	Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DO	Declaração de Óbito
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IMIP	Instituto Materno Infantil Prof ^o Fernando Figueira
MMG	Morbidade Materna Grave
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
RAMOS	Reproductive Age Mortality Study
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SAMHPS	Sistema de Assistência Médico Hospitalar da Previdência Social
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SNCPCH	Sistema Nacional de Controle e Pagamento de Contas Hospitalares
SUS	Sistema Único de Saúde

UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância

UTI Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Mortalidade Materna: conceito e caracterização.....	13
1.2 Morbidade Materna Grave: aspectos conceituais.....	18
1.3 Sistema de Informações Hospitalares –SIH: histórico,limites e potencialidades..	20
2 JUSTIFICATIVA	23
3 OBJETIVOS	24
3.1 Geral.....	24
3.2 Específicos.....	24
4 MATERIAIS E MÉTODOS	25
4.1 Área de estudo.....	25
4.2 População de estudo e período de referência.....	25
4.3 Desenho do estudo.....	25
4.4 Coleta e análise dos dados.....	26
4.5 Descrição de variáveis.....	26
4.6 Considerações éticas.....	27
5 RESULTADO	28
5.1 Internações hospitalares por gravidez, parto e puerpério (Cap. XV da CID 10)...	28
5.2 Internações hospitalares por Morbidade Materna Grave.....	29
5.2.1 <i>Morbidade Materna Grave segundo faixa etária</i>	29
5.2.2 <i>Internações por Morbidade Materna Grave segundo grupo de causas</i>	31
5.2.3 <i>Distribuição dos óbitos e estimativa da Razão de Mortalidade Materna por Morbidade Materna Grave</i>	31
5.3 Distribuição das internações por Morbidade Materna Grave segundo variáveis assistenciais.....	33
5.3.1 <i>Tempo médio de permanência e valor médio das internações</i>	34
6 DISCUSSÃO	38
7 CONCLUSÕES	46
REFERÊNCIAS	48
ANEXOS	53
Parecer do CEP/ CPqAM	

1 INTRODUÇÃO

Na atualidade a saúde da mulher permanece como um tema de interesse, oportuno, pertinente e de debate. Além dos aspectos biológicos e epidemiológicos que sempre nortearam os assuntos associados à saúde dos diferentes grupos populacionais, o atualíssimo enfoque de gênero, introduzido na discussão da saúde das mulheres sob uma perspectiva multidisciplinar e multiprofissional, acrescenta matizes sociais, culturais, éticas, humanísticas e até mesmo antropológicas aos novos velhos temas correlatos. Entre esses se destacam a gravidez indesejada, o aborto, a violência, a sexualidade, a anticoncepção, a gestação saudável, a forma de nascimento, a qualidade da atenção à saúde, a morbidade associada à gestação, até finalmente a morte materna (CECATTI, 2005).

Segundo Sousa et al., (2006) *“A morte de uma mulher no período da gravidez, no parto ou no puerpério é um evento que finaliza, de forma trágica, o processo natural da reprodução humana”*. Não obstante a importância do assunto parece absurdo que em pleno século XXI um dos processos fisiológicos mais naturais como é a gravidez, possa ainda estar associado aos mais diversos transtornos que culminam na morte de uma mulher, o que traz a necessidade de discussão e a busca de soluções para estes problemas recorrentes.

Todo o conhecimento adquirido nas últimas décadas sobre mortalidade materna e morbidade materna grave como um possível indicador de óbito, tem apontado no sentido de que intervenções dirigidas especificamente ou somente à redução dos óbitos maternos não têm atingido seu objetivo a curto prazo, pelo menos em países em desenvolvimento (SOUSA et al., 2006). Embora largamente difundidos e pactuados entre os países em desenvolvimento, os programas de controle da mortalidade materna esbarram na dificuldade de implementar mudanças eficazes na assistência a saúde, bem como mudanças socioeconômicas em nível populacional, fato que pode explicar o pouco êxito destes programas no controle e prevenção da morbimortalidade materna.

Dessa forma, uma das estratégias preconizadas pelos organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), tem sido a implantação de Comitês de Estudo da Mortalidade Materna. Estes comitês são de natureza interinstitucional, multiprofissional e têm por finalidade identificar todos os

óbitos maternos, apontando medidas de intervenção e prevenção, além de serem instrumentos de acompanhamento e avaliação permanente à saúde da mulher (BRASIL, 2002a).

Inúmeros são os estudos que tratam da mortalidade materna e apesar de sua incontestável importância muitas são as dificuldades encontradas, como registro vital incompleto, subnotificação e dispersão territorial (CECATTI, 2005). Por esses motivos têm-se buscado o desenvolvimento de pesquisas que abordem a ocorrência de morbidade grave em mulheres durante a gravidez, parto e puerpério com o intuito de se desenvolver um novo indicador de saúde materna (SOUZA; CECATTI; PARPINELLI, 2005), de tal forma, que se possam identificar os fatores que antecedem e colaboram para a ocorrência do óbito materno, criando a possibilidade de intervir precocemente para evitá-lo.

Uma das formas de se acompanhar o padrão de morbimortalidade materna é por meio das informações provenientes dos sistemas informatizados do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre esses se destacam o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) que permitem a construção de indicadores em saúde materna. Apesar de o SIH ter sido concebido para fins administrativos, apresenta informações de diagnósticos e procedimentos das internações que podem ser utilizados para obter dados de morbidade, principalmente dos casos mais graves que demandam internação, contribuindo para a formação de um sistema de vigilância através do qual se pode intervir na cadeia de acontecimentos de morbidade que pode acabar resultando na morte materna (SOUSA et al., 2006).

Nesse sentido, identifica-se a necessidade de realização de estudos sobre morbidade materna grave que aliados aos de mortalidade levem a ampliar o conhecimento sobre os eventos mórbidos que possam ter como desfecho a morte materna. Para tanto se faz necessário potencializar o uso do SIH como instrumento capaz de fornecer dados que permitam caracterizar o perfil de internamentos por morbidade materna grave no município do Recife. Esse perfil poderá auxiliar os gestores no monitoramento das ações voltadas à saúde da mulher em idade reprodutiva, para subsidiar a formulação de políticas públicas que contemplem medidas de intervenção com o objetivo maior de impedir a morte de mulheres no ciclo grávido-puerperal.

1.1 Mortalidade materna: conceito e caracterização

A OMS define a morte materna como:

a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (COSTA et al., 2002, p.455).

Em decorrência da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID) passou-se a considerar não apenas os 42 dias após a gestação (morte materna precoce), mas também o período que compreende o 43º dia até um ano após o término da gestação, denominado de morte materna tardia, no qual tenha sido possível identificar como desencadeante do óbito o processo gestacional (COSTA et al., 2002).

Ainda no tocante a morte materna obstétrica pode-se classificá-la em direta e indireta. A primeira diz respeito à morte que *“ocorre por complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas”*. Enquanto que a obstétrica indireta é aquela *“resultante de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não devido a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez”* (BRASIL, 2005).

Os avanços tecnológicos e científicos ocorridos nas últimas décadas propiciaram a redução das complicações antes vivenciadas por mulheres no ciclo grávido-puerperal. De modo que diante de uma adequada assistência durante o pré-natal, parto e pós-parto, os riscos de um óbito materno acontecer tornam-se quase totalmente evitáveis. No entanto, as mulheres em fase reprodutiva, principalmente as residentes em países em desenvolvimento ainda padecem desse mal.

Calderon; Cecatti e Vega (2006) destacam em seu estudo algumas estratégias referentes a intervenções específicas relacionadas à saúde materna como a prevenção de riscos, a garantia de suporte nutricional durante a gestação, além de critérios para investigação do risco gestacional e inclusão das gestantes na assistência pré-natal, as quais poderiam auxiliar na diminuição da mortalidade materna.

Além dessas medidas, a adoção de um sistema de vigilância epidemiológica dos óbitos maternos com a coleta e análise sistemática de informações sobre os óbitos, tem contribuído para uma maior compreensão desses eventos e subsidiado a adoção de medidas de intervenção específica.

No Brasil, a subinformação e o sub-registro das declarações de óbito (DO) são os principais fatores que dificultam o real monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna. A ocorrência de mortes maternas não declaradas e mortes maternas presumíveis ou mascaradas é considerada alta no país. As primeiras são aquelas em que as informações registradas na DO não permitem classificar o óbito como materno e as últimas declaram como causa do óbito apenas a causa terminal da afecção ou lesão que sobreveio por último na sucessão de eventos que culminou com a morte, não revelando a causa básica por falhas de preenchimento na DO. De tal modo que, o óbito materno é identificado somente após investigação epidemiológica (BRASIL, 2002a). Em Pernambuco dos 125 óbitos maternos ocorridos em 2003, 83 foram declarados e 32 confirmados somente após investigação nos municípios, apresentando uma subinformação de 26% (RIBAS; SOUZA, 2006). No Recife, foi identificado um percentual de 31,8% de óbitos não declarados no período de 2001 a 2004 (COMITÊ MUNICIPAL DE ESTUDO DA MORTALIDADE MATERNA DO RECIFE, 2006).

Devido a essas limitações nas localidades onde não há uma boa cobertura do SIM e não há investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil, tem sido proposto fatores de correção para o cálculo da Razão de Mortalidade Materna (RMM). Valongueiro; Ludermir e Gominho (2003) realizaram um estudo para avaliar os procedimentos utilizados no município de Camaragibe, com o intuito de identificar os óbitos maternos referentes ao ano 2000 ocorridos entre os óbitos de mulheres em idade fértil. Para tanto, as autoras utilizaram o método de RAMOS (Reproductive Age Mortality Study) aliado a uma nova ficha de notificação de óbitos de mulheres em idade fértil. Constatou-se que o método utilizado identificou mais que o dobro (10 contra 4) de mortes maternas em relação aos óbitos declarados pelo SIM, assim como detectou mais óbitos maternos que a investigação de rotina do município (10 contra 6), demonstrando um fator de correção da ordem de 2,5 e 1,5 respectivamente.

A aquisição de mais e melhores informações sobre a ocorrência e circunstâncias das mortes maternas, como os dados clínico-epidemiológicos, de infra-estrutura de serviços, sanitária e logística, dados institucionais, sócio-econômicos e culturais, é de fundamental importância para a correção das distorções, quanto ao tamanho e qualificação do problema e, por conseqüência, para o equacionamento de medidas para a prevenção e redução da mortalidade do grupo de mulheres expostas a esse risco (FAÚNDES, 1987 apud RODRIGUES; SIQUEIRA, 2003, p.184).

Nessa perspectiva, após a Conferência Internacional sobre a Maternidade sem Risco em Nairóbi, Quênia, no ano de 1987, a redução da mortalidade materna passou a ser um compromisso para todos os países em desenvolvimento. Este evento repercutiu a nível mundial colocando a mortalidade materna na agenda de discussões da saúde pública, o que impulsionou a realização de outras conferências. A América Latina a partir da 23ª Conferência Sanitária Pan-Americana iniciou o processo de implantação de Comitês de Estudo da Mortalidade Materna em 1990, inspirada em experiências anteriores bem sucedidas (BRASIL, 2002a).

No Brasil esse movimento foi iniciado em 1987 pelo estado de São Paulo. Entre os anos de 1993 e 1996 todos os estados brasileiros haviam implantado seus Comitês de Estudo da Mortalidade Materna, entretanto quatro deles foram desativados e cinco estavam em reestruturação em 1999. O estado de Pernambuco continuou atuante diante do processo de implantação dos comitês e durante o mesmo ano seguiu-se a expansão dos comitês a nível regional, municipal e hospitalar com base na Portaria n° 1.399, publicada pelo Ministério da Saúde em 15 de dezembro de 1999 (seção III, artigo 3º, inciso XIII) que estabelece a vigilância epidemiológica da mortalidade materna como uma das atribuições do município, cabendo a ele garantir estrutura e equipes compatíveis com o exercício dessas atividades (BRASIL, 2002a).

Apesar dos avanços no processo de implantação dos comitês alguns entraves são encontrados na realização da vigilância do óbito materno pelos comitês municipais do estado de Pernambuco, dentre os quais a alta rotatividade dos técnicos treinados pela secretaria de saúde, a falta de estrutura, espaço físico, equipamentos e transportes, a dificuldade de obtenção de dados nas unidades de saúde, bem como junto aos familiares e as áreas de difícil acesso (RIBAS; SOUZA, 2006). Além disso, as adversidades decorrentes da pouca autoridade institucional dos comitês, bem como a ausência de clareza na definição exata de suas atribuições e das instituições envolvidas com seu trabalho, têm prejudicado

enormemente o cumprimento de suas funções tanto no âmbito técnico como no plano político (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2003).

Além da identificação dos óbitos maternos os Comitês de Estudo de Mortalidade Materna têm como objetivo intervir para sua redução, por meio de medidas de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de assistência à saúde da mulher. Vale salientar que sua atuação é técnico-científica, sigilosa, não-coercitiva ou punitiva, com função eminentemente educativa (BRASIL, 2002a).

O Comitê Municipal de Estudo da Mortalidade Materna do Recife foi implantado em 1998, mas apenas em 1999 houve a conformação do grupo técnico, iniciando-se as reuniões para discussão e análise dos óbitos investigados pela Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde. Desde 1994, o município atua na investigação de óbitos maternos, mas apenas nos casos em que os óbitos foram apresentados como declarados ou presumíveis. Apenas a partir de 2005, seguindo a determinação do Ministério da Saúde, passou a investigar todos os óbitos de mulheres em idade fértil (COMITÊ MUNICIPAL DE ESTUDO DA MORTALIDADE MATERNA DO RECIFE, 2006).

Por ser um evento sensível as condições sócio-econômicas e de assistência à saúde, a OMS demonstrou em 1990 as disparidades existentes entre países desenvolvidos e em desenvolvimento no que se refere à mortalidade materna. Esse órgão identificou que 585.000 mulheres em todo mundo morreram em decorrência de complicações ligadas a gravidez, parto e puerpério, sendo que entre estas apenas 5% viviam nos países desenvolvidos (BRASIL, 2002a).

Ainda no mesmo ano, as diferenças entre os dois grupos de países ficam mais claras quando confrontadas as RMM. O Canadá e os Estados Unidos, apresentam valores inferiores a 9 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos enquanto que no outro extremo Bolívia, Peru e Haiti chegam a mais de 200 óbitos (BRASIL, 2002a).

No Brasil a RMM variou de 57,1 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 1999 para 51,6 por 100.000 nascidos vivos em 2003. Neste período houve predomínio das causas obstétricas diretas em todas as regiões, ocorrendo em mais de 70% do total de óbitos maternos nas regiões Norte e Nordeste. Entre os anos de 2000 e 2003 a região Nordeste apresentou um incremento na RMM que variou de 57,34 por 100.000 nascidos vivos em 2000 para 62,79 por 100.000 nascidos vivos em 2003, o que pode ter acontecido devido a melhora na coleta dos dados (BRASIL, 2005).

O Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna de Pernambuco divulgou a informação de que 125 mulheres entre 15 a 49 anos de idade morreram em Pernambuco no ano de 2003 devido a complicações na gravidez, parto e pós-parto. Para cada 100.000 nascidos vivos no estado aproximadamente 80 mulheres chegam a óbito, apresentando uma elevada RMM. Além disso, foram demonstradas as precárias condições sócio-demográficas em que viviam estas mulheres: a idade média era de 28 anos, a maior parte era solteira sem companheiro (56,0%), parda ou preta (68,0%), de baixa escolaridade (analfabeta e 1º grau menor - 36,8%) e exerciam atividades domésticas (81,6%) (RIBAS; SOUZA, 2006).

Em Recife a RMM evidenciou um comportamento crescente no período de 2001 a 2004 variando de 39,8 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 2001 a 92,6 por 100.000 nascidos vivos em 2004. Este aumento pode estar relacionado a uma maior captação, análise, discussão e classificação dos óbitos maternos. No entanto, para o ano de 2005 o município apresentou uma redução considerável no número de mortes maternas em relação ao ano anterior, passando de 21 casos para 10, o que situou a RMM em torno de 43,2 óbitos por 100.000 nascidos vivos (COMITÊ MUNICIPAL DE ESTUDO DA MORTALIDADE MATERNA DO RECIFE, 2006).

Leite, (2006) em pesquisa sobre a trajetória das mulheres até a ocorrência do óbito materno traçou o perfil sócio-demográfico e as causas de óbito por complicações na gravidez, parto e puerpério de mulheres residentes no município do Recife entre 2001 e 2004. Este estudo evidenciou que as mulheres eram em sua maioria pardas/pretas (74,2%), possuíam renda entre 1 e 2 salários mínimos (39,1%), grau de escolaridade entre 4 a 7 anos de estudo (42,9%), sendo a faixa etária mais acometida de 20 a 34 anos (62,1%). Do total dos óbitos, mais da metade foram decorrentes de causas obstétricas diretas (54,5%), consideradas em sua maioria evitáveis se adotadas medidas adequadas na atenção ao pré-natal, parto e pós-parto.

Dessa maneira, a mortalidade materna segundo a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) "*representa um indicador do status da mulher, seu acesso à assistência à saúde e a adequação do sistema de assistência à saúde em responder às suas necessidades*" (OMS; UNICEF, 1996 apud LAURENTI; MELLO JORGE; GOTLIEB, 2000, p.24). Contudo, alguns entraves limitam a utilização desse indicador para elucidar as reais condições predisponentes ao óbito materno. Na tentativa de reverter estas questões, recentes pesquisas

apontam à necessidade de introduzir a morbidade materna grave como um novo indicador de saúde materna.

1.2 Morbidade materna grave: aspectos conceituais

No intento de superar os obstáculos encontrados para identificar os determinantes da mortalidade materna tem-se buscado alternativas que se aproximem mais da realidade deste evento. Para tanto estudos que focam a morbidade materna grave (MMG) têm sido desenvolvidos na tentativa de aprimorar a vigilância a este tipo de ocorrência e ampliar as possibilidades de intervir nos fatores que antecedem a morte materna. Souza et al., (2006) consideram que a dispersão dos óbitos maternos pelo território brasileiro os tornem institucionalmente muito raros, impedindo o reconhecimento da mortalidade materna como problema de saúde pública e dificultando o estudo de seus determinantes.

Uma vez que nos países em desenvolvimento as intervenções dirigidas especificamente ou somente a redução dos óbitos maternos não tem alcançado seus objetivos a curto prazo, cabe utilizar a MMG como um possível indicador de óbito. A MMG possui uma estreita relação com óbito materno, com a vantagem de estudar mulheres vivas e possibilitar a implementação de medidas terapêuticas e/ou preventivas para impedi-lo (SOUSA et al., 2006).

A MMG representa o estágio iminente à ocorrência do óbito. Devido a dificuldades na operacionalização da definição de casos e a incipiência de estudos sobre o assunto, ainda não há consenso entre os autores. Segundo Souza, Cecatti e Parpinelli (2005) *“esta controvérsia pode ser atribuída, em parte, à dificuldade de proceder à categorização do espectro de gravidade clínica que possui em suas extremidades, de um lado, a gravidez saudável e, do outro, o óbito materno”*.

A literatura tem demonstrado quatro categorias para a definição operacional de morbidade materna grave: a primeira considera a complexidade do manejo assistencial (por exemplo: admissão em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), realização de histerectomia), a segunda a presença de determinados sinais e sintomas, a terceira está relacionada à disfunção orgânica e a quarta utiliza uma definição mista que engloba as três anteriores (SOUZA et al., 2006).

Mantel et al., (1998) adotam como critério de definição de casos as disfunções orgânicas, bem como procedimentos necessários ao seu cuidado, entre estes a admissão em UTI, enquanto que Waterstone, Bewley e Wolfe (2001) classificam os casos MMG de acordo com o diagnóstico das patologias comumente atreladas ao óbito materno: pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, síndrome HELLP, hemorragia grave, sepse grave e rotura uterina.

De acordo com Souza et al., (2006) os casos de MMG constituem um grupo muito mais freqüente entre as mulheres e, por conseguinte com melhor fonte de informação que os óbitos maternos, sendo de grande relevância para os estudos de morbimortalidade materna. Entretanto, raras são as pesquisas que abordam o tema, sobretudo em nível nacional, onde há uma tendência de se adotar como critério de definição de caso a complexidade do manejo assistencial.

Amorim et al., (2006) avaliaram o perfil de admissão na UTI obstétrica de uma maternidade no município de Recife. Esses autores identificaram as principais morbidades relacionadas com o óbito materno. As principais causas de admissão na UTI obstétrica foram: síndromes hipertensivas da gravidez, síndromes hemorrágicas e infecções puerperais.

Apesar da ausência de consenso na definição de casos, no presente estudo será adotado como morbidade materna grave os episódios mórbidos ocorridos em mulheres no ciclo grávido-puerperal que necessitaram de internamento em UTI, tendo em vista que este tipo de procedimento indica a gravidade do estado de saúde desse grupo de mulheres e a proximidade destas com a morte. Embora se reconheça que este critério possa apresentar algum tipo de viés relacionado com a organização do serviço de saúde e a disponibilidade de leitos de terapia intensiva.

Contudo, conforme Sousa et al., (2006) a importância de se incluir a MMG como uma nova categoria de análise nos estudos sobre saúde da mulher durante a gestação, parto e puerpério, pode representar um evento sentinela ao óbito materno, permitindo melhor estudar e identificar situações predisponentes ao mesmo.

1.3 Sistema de Informações Hospitalares – SIH: histórico, limites e potencialidades

O SIH foi desenvolvido com a finalidade de corrigir falhas e reduzir as limitações apresentadas pelos sistemas que o antecederam. Inicialmente foi denominado de Sistema Nacional de Controle e Pagamento de Contas Hospitalares (SNCPCH), implantado em 1976 para o pagamento de contas hospitalares, por meio do ressarcimento ato a ato, mediante a comparação entre a fatura apresentada pelo hospital contratado e parâmetros predefinidos que especificavam o limite dos valores de acordo com o tipo de patologia ou procedimentos médicos (LEUCOVITIZ; PEREIRA, 1993).

Segundo Leucovitz e Pereira (1993), as denúncias de fraudes advindas do sistema eram freqüentes, dentre as quais constatou-se distorções como: pacientes e complicações inexistentes, falsos diagnósticos, excessiva cobrança de diárias, cobrança de procedimentos não realizados e medicamentos não utilizados, cobrança indevida de honorários entre outros.

Diante dos problemas identificados, o Ministério da Previdência e Assistência Social, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e da Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (DATAPREV) iniciou estudos em 1979 para a elaboração do projeto do Sistema de Assistência Médico Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS). Um novo modelo de pagamento baseado em procedimentos clínicos e cirúrgicos, implantado como projeto piloto em Curitiba-PR em 1981 e posteriormente estendido às demais unidades federadas do país entre os anos de 1983 e 1984 (LEUCOVITIZ; PEREIRA, 1993).

Seus principais instrumentos consistiam de uma tabela de procedimentos, na qual constavam os valores discriminados para pagamento dos diferentes serviços profissionais, hospitalares, de apoio diagnóstico e terapêutico, materiais e medicamentos, além de um formulário padrão, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) (CARVALHO, 1997).

Em 1986 o SAMHPS concebido para o pagamento dos serviços prestados pelos hospitais contratados, estendeu-se aos hospitais filantrópicos e posteriormente no ano de 1987 aos hospitais universitários (CARVALHO, 1997).

Com o advento do SUS em 1991 o SAMHPS foi renomeado de SIH/SUS e passou também a incorporar os hospitais públicos municipais, estaduais e federais. O novo sistema, no entanto não apresentou grandes mudanças, permanecendo o mesmo fluxo de documentos, entrada e processamento de dados, considerados os avanços tecnológicos no tratamento dos dados e produção de informação (CARVALHO, 1997).

A descentralização do sistema iniciou-se em 1993 quando as Secretarias Estaduais de Saúde assumiram o processamento dos seus dados de forma que em 1994 o SIH encontrava-se completamente descentralizado (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

No mesmo ano foi efetivamente implementada em todo país a AIH em disquete em substituição ao antigo formulário impresso. Como impacto decorrente dessa mudança e do aperfeiçoamento do tratamento das informações geradas no sistema a partir de 1995, houve a possibilidade de um controle mais eficaz por parte dos gestores estaduais e municipais do SUS a cerca das faturas apresentadas pelos prestadores de serviços (CARVALHO, 1997).

A emissão das AIH's pré-numeradas é realizada mensalmente pelo Ministério da Saúde às Secretarias Estaduais de Saúde de acordo com o quantitativo anual estipulado para o estado, que desde o início de 1995 é equivalente ao máximo de 9% da população residente estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Quando se trata de município, em gestão plena do sistema, a cota de AIH, definida pela Programação Pactuada e Integrada, é repassada diretamente pelo Ministério da Saúde para o município (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002).

A AIH possui dados de atendimento, com o diagnóstico de internamento, e da alta, informações relativas às características de pessoa, tempo e lugar das internações, procedimentos realizados, os valores pagos e os dados cadastrais das unidades de saúde, entre outros, que permitem a sua utilização para fins epidemiológicos (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002).

Segundo Mendes, (2000) as variáveis contidas no SIH permitem a construção de indicadores epidemiológicos a partir da morbidade e mortalidade hospitalar, além dos indicadores de desempenho da rede assistencial e de avaliação do sistema de saúde. Corroborando com a idéia de uso do sistema para além das questões

administrativas, mais que isso, apontando a potencialidade da utilização das informações geradas para subsidiar o planejamento das ações na saúde coletiva.

Embora o SIH seja responsável apenas pelas internações do sistema público de saúde estima-se sua cobertura em 80% da assistência médico-hospitalar prestada à população brasileira (LEUCOVITZ; PEREIRA, 1993). Destaca-se o fato de que muitos procedimentos de alta complexidade não são cobertos pelos planos privados de saúde, elevando o percentual anterior a 90%, em relação a esse tipo de procedimento (CARVALHO, 1997).

Não obstante sua relevância como fonte de informações, o SIH apresenta algumas limitações que podem ocasionar vieses. Estudo realizado por Veras e Martins (1994) constatou problemas associados com a qualidade da informação diagnóstica referentes aos processos de anotação, coleta e codificação desta informação, que na maioria das vezes é feito por pessoal não qualificado. Além disso, foram encontradas duplicidades no sistema e fraudes visando maximizar o reembolso de procedimentos pelo hospital.

No entanto, apesar da qualidade questionável de suas informações e de ter sido concebido para fins administrativos, o sistema permite o conhecimento do perfil da morbidade em grupos populacionais, de maneira especial dos casos mais graves, que originam a maioria das internações (LEBRÃO, 1997). Outro aspecto positivo do sistema é a agilidade com que os dados são disponibilizados, menos de um mês para os gestores e no máximo dois meses na internet por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (CARVALHO, 1997).

Caso a informação seja correta e adequadamente inserida no sistema e depois também adequadamente analisada e interpretada, pode se constituir em importante ferramenta para os mais diferentes propósitos de diagnóstico, mudança de políticas e implementação de sistemas de vigilância em saúde (SOUSA et al., 2006).

Diante do exposto, cabe ressaltar a proposta de ampliar o uso do SIH para auxiliar os gestores nas tomadas de decisões em relação à vigilância epidemiológica, a avaliação e controle das ações de saúde, aprimorando suas potencialidades e corrigindo suas limitações.

2. JUSTIFICATIVA

Considerando:

- a) Os elevados níveis de mortalidade materna no município do Recife;
- b) As limitações encontradas nos estudos sobre mortalidade materna em compreender os eventos que levaram ao óbito;
- c) A insipiência das pesquisas que tratam da morbidade materna grave;
- d) As potencialidades de utilização do SIH-SUS na construção de indicadores em saúde materna.

Este estudo se justifica por possibilitar a utilização de registros de morbidade hospitalar para a construção do perfil das internações por morbidade materna grave das mulheres residentes no Recife, com o intuito de ampliar o conhecimento sobre os fatores que precedem a morte materna, contribuir para o debate do tema, subsidiar a formulação de políticas de intervenção que visem a prevenção e o tratamento adequado de complicações no ciclo grávido-puerperal e ampliar a atuação da vigilância ao óbito materno.

Dessa forma, o presente estudo pretende responder a seguinte questão: Qual o perfil das internações hospitalares por morbidade materna grave em mulheres residentes no município do Recife no período de 2000 a 2006?

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Descrever o perfil das internações hospitalares por morbidade materna grave em residentes do Recife, no período de 2000 a 2006.

3.2 Específicos

- a) Estimar a Razão de Mortalidade Materna entre as internações por morbidade materna grave em residentes do Recife;
- b) Caracterizar as internações hospitalares em residentes do Recife por morbidade materna grave segundo faixa etária;
- c) Caracterizar as internações hospitalares em residentes do Recife por morbidade materna grave segundo causa básica;
- d) Caracterizar as internações hospitalares por morbidade materna grave em residentes do Recife segundo o Tempo médio de permanência e o valor médio das internações.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Área de estudo

A área de estudo correspondeu ao município do Recife, localizado no litoral do Estado de Pernambuco que ocupa uma área de 218,7 Km². O município é composto por 94 bairros divididos em seis regiões político-administrativas, que correspondem aos Distritos Sanitários (RECIFE, 2005a; RECIFE, 2005b).

Recife apresenta uma densidade demográfica de 6.501,8 hab./Km². Uma população total no ano de 2006 de 1.546.502 habitantes, sendo 53,49% do sexo feminino. Destas mulheres 539.238 estão em idade fértil (10 a 49 anos de idade) o que corresponde a 65,18% da população feminina. (RECIFE, 2007).

4.2 População de estudo e período de referência

A população de estudo foi composta pelas internações hospitalares de mulheres residentes no Recife relacionadas à gravidez, parto e puerpério (Capítulo XV da CID 10) que correspondeu a 819 internações. Para caracterizar o quadro de morbidade materna grave foram consideradas as admissões na UTI da rede própria, contratada e conveniada do SUS contidas no banco de dados do SIH-SUS. O período de referência foram os anos de 2000 a 2006.

4.3 Desenho do estudo

Realizou-se um estudo descritivo, agregado, observacional, longitudinal. Segundo Rouquayrol e Almeida Filho (2003), este é o desenho ideal para os estudos

que investigam uma mesma população em momentos diferentes. Além de ser simples, de baixo custo e poder ser realizado em um curto intervalo de tempo.

4.4 Coleta e análise dos dados

Foram utilizados dados secundários referentes à internação hospitalar por morbidade materna grave coletados nas bases do sistema de informações hospitalares, do Ministério da Saúde, disponibilizados pelo DATASUS.

A partir destas informações foi construído um banco de dados que foi trabalhado utilizando-se os programas TABWIN 1.32 e EXCEL 5.0, tanto para a manipulação de dados quanto para análise estatística. Foram utilizadas freqüências simples para o cálculo das proporções e da variação proporcional. Para o cálculo da Razão de Mortalidade Materna foram consultados os bancos do SIH e do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) municipal.

4.5 Descrição de variáveis

Foram utilizadas as seguintes variáveis:

- a) Razão de Mortalidade Materna: Calculada pela divisão entre o número de óbitos maternos e o número de nascidos vivos expressa por 100.000 nascidos vivos.
- b) Faixa Etária: Foram consideradas as internações de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) agrupadas em 5 faixas etárias: 10-14 anos, 15-19 anos, 20-29 anos, 30-39 anos e 40-49 anos.
- c) Causa Básica de internação: Diagnóstico principal que levou a internação segundo o capítulo XV da CID-10.

d) Tempo Médio de Permanência: Calculado pela razão entre o número total de dias de hospitalização e a frequência das internações.

e) Valor Médio de Internação: Calculado pela razão entre o valor total e a frequência das internações.

f) Coeficiente de Internação: Calculado pela razão entre a frequência das internações e o número de nascidos vivos x 100.000.

4.6 Considerações éticas

Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética do CPqAM/FIOCRUZ e obteve a aprovação (parecer nº 046/2007) como consta em anexo. Por utilizar dados secundários, de domínio público, disponibilizados pelo DATASUS/MS, nos quais não constam informações que possam identificar os indivíduos, o presente trabalho não apresenta implicações ético-morais.

5. RESULTADOS

5.1 Internações hospitalares por gravidez, parto e puerpério (Cap. XV da CID 10)

De acordo com os dados do Sistema de Informações Hospitalares SIH-SUS, foram realizadas em Recife no período de 2000 a 2006, 160.473 internações por gravidez, parto e puerpério (Cap. XV da CID 10) na rede própria, conveniada e contratada do SUS. Desse total, 819 foram internações em leitos de UTI, o que caracteriza o quadro de MMG. As demais internações (159.654) ocorreram em leitos de enfermaria, emergência, etc. (Tabela 1).

Nesse período, houve uma redução no total de internações por gravidez, parto e puerpério (Cap. XV da CID 10) passando de 25.643 em 2000 para 19.950 em 2006, que representa uma redução percentual de 22,20%. No entanto, as internações em UTI por essas causas apresentaram um aumento de 469,23% (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das internações hospitalares por gravidez, parto e puerpério (Cap.XV da CID 10) e variação proporcional. Recife, 2000-2006.

Internações	00	01	02	03	04	05	06	Total	Variação%
UTI	13	17	75	229	238	173	74	819	469,23
Outras	25630	24529	22946	22135	22609	21929	19876	159654	- 22,45
Total	25643	24546	23021	22364	22847	22102	19950	160473	- 22,20

Fonte: Tabela elaborada pela autora com dados do SIH/DATASUS/MS.

A distribuição proporcional das internações em UTI no total das internações por gravidez, parto e puerpério apresentou um comportamento crescente no período de 2000 a 2006. Esta elevação ocorreu de maneira mais significativa entre os anos de 2002 e 2004, onde as internações passaram de 0,33% para 1,04% (Gráfico 1).

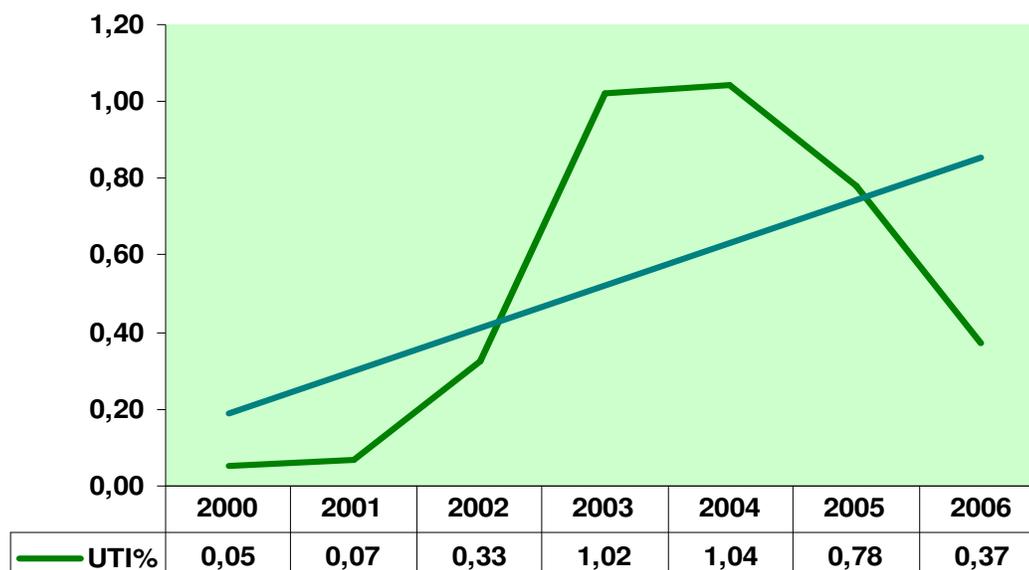


Gráfico 1. Distribuição proporcional das internações em UTI no total das internações por gravidez, parto e puerpério (Cap. XV da CID 10). Recife, 2000-2006.

Fonte: Gráfico elaborado pela autora com dados do SIH/DATASUS/MS.

5.2 Internações hospitalares por Morbidade Materna Grave

Para caracterizar os casos de MMG foram descritas as internações segundo faixa etária e coeficiente de internação. Além disso, foi verificada a distribuição dos óbitos por MMG, bem como calculada a RMM com o intuito de estimar o risco de morte a que as mulheres residentes em Recife estão expostas ao se internarem por MMG na rede assistencial própria, contratada e conveniada do SUS.

5.2.1 Morbidade Materna Grave segundo faixa etária

Evidenciou-se que a distribuição das internações por MMG variou conforme a idade. O maior volume de internações concentrou-se entre as mulheres de 15 a 39 anos. Entre essas, a faixa etária de 20-29 anos foi a mais expressiva em todo o período estudado com uma média de 50,81% das internações por MMG e desvio

padrão de $\pm 6,81$, exceto no ano de 2000, onde a faixa etária de 30-39 anos obteve o mesmo quantitativo de internações (38,46%) da faixa etária anteriormente citada (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição proporcional das internações por Morbidade Materna Grave segundo faixa etária. Recife, 2000-2006.

Faixa Etária	00	%	01	%	02	%	03	%	04	%	05	%	06	%	Média	D.Padrão
10-14a	1	7,69	1	5,88	0	0,00	8	3,49	5	2,10	2	1,16	2	2,70	3,29	$\pm 2,69$
15-19a	2	15,38	7	41,18	18	24,00	41	17,90	54	22,69	34	19,65	7	9,46	21,47	$\pm 9,95$
20-29a	5	38,46	8	47,06	44	58,67	111	48,47	124	52,10	96	55,49	41	55,41	50,81	$\pm 6,81$
30-39a	5	38,46	1	5,88	13	17,33	59	25,76	53	22,27	36	20,81	23	31,08	23,09	$\pm 10,35$
40-49a	0	0,00	0	0,00	0	0,00	10	4,37	2	0,84	5	2,89	1	1,35	1,35	$\pm 1,69$
Total	13	100,00	17	100,00	75	100,00	229	100,00	238	100,00	173	100,00	74	100,00	100,00	$\pm 0,00$

Fonte: Tabela elaborada pela autora com dados do SIH/DATASUS/MS.

O coeficiente de internação por MMG por 100.000 nascidos vivos segundo faixa etária, demonstrou que as mulheres na faixa etária de 10 a 14 anos apresentaram um maior risco de sofrer de MMG na maior parte do período analisado, exceto nos anos de 2002 e 2005 onde o risco foi maior na faixa etária de 15-19 anos (345,89 por 100.000 nascidos vivos) e 40-49 anos (1210,65 por 100.000 nascidos vivos), respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3. Coeficiente de internações (100.000 nascidos vivos) por Morbidade Materna Grave segundo faixa etária. Recife, 2000-2006.

Faixa Etária	00	01	02	03	04	05	06	Total
10-14 a	429,18	398,41	0,00	3065,13	2272,73	934,58	930,39	1177,93
15-19 a	33,88	124,93	345,89	821,31	1125,70	753,21	160,11	460,65
20-29 a	35,32	56,35	324,41	809,98	1005,11	752,00	334,97	461,47
30-39 a	101,85	20,43	261,41	1104,66	1016,10	679,76	411,01	524,50
40-49 a	0,00	0,00	0,00	2680,97	617,28	1210,65	234,19	710,34
Total	50,93	67,24	308,60	928,22	1039,57	745,59	324,01	485,42

Fonte: Tabela elaborada pela autora com dados do SIH/DATASUS/MS.

5.2.2 Internações por Morbidade Materna Grave segundo grupo de causas

As principais causas de internação por MMG foram as doenças hipertensivas (eclâmpsia e pré-eclâmpsia) responsáveis por 762 internações (93,04%). Além dessas causas, foram observadas 18 internações decorrentes de aborto (2,20%) e 12 devido a complicações do trabalho de parto e do parto (1,47%) (Gráfico 2).

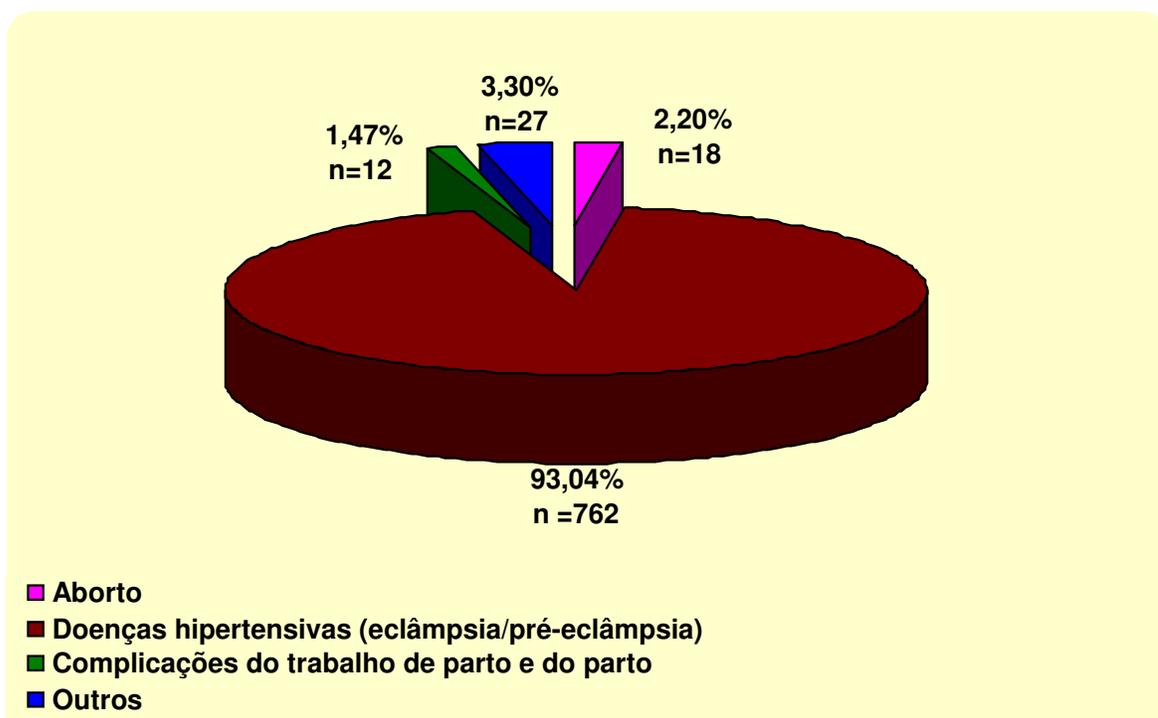


Gráfico 2. Distribuição proporcional das internações por Morbidade Materna Grave segundo principais grupos de causas de internação. Recife, 2000-2006.

Fonte: Gráfico elaborado pela autora com dados do SIH/DATASUS/MS

5.2.3 Distribuição dos óbitos e estimativa da Razão de Mortalidade Materna por Morbidade Materna Grave

Das 819 internações por MMG no período de 2000 a 2006 ocorreram 15 óbitos, representando um percentual de 1,83% do total das internações. O maior

percentual foi detectado em 2001 (23,52%) e o menor em 2004 (0,42%). O ano de 2002 foi o único a não apresentar óbitos, entre os anos analisados (Tabela 4).

Tabela 4. Percentual dos óbitos no total das internações por Morbidade Materna Grave. Recife, 2000-2006.

Anos	00	01	02	03	04	05	06	Total
Óbitos	1	4	0	6	1	1	2	15
Internações	13	17	75	229	238	173	74	819
% óbitos	7,69	23,52	0,00	2,62	0,42	0,57	2,70	1,83

Fonte: Tabela elaborada pela autora com dados do SIH/DATASUS/MS.

Evidenciou-se que a maior parte dos óbitos (73,33%) ocorreu devido a doenças hipertensivas (eclâmpsia e pré-eclâmpsia). Os óbitos remanescentes aconteceram em decorrência de aborto; complicações do trabalho de parto e do parto; assistência prestada a mãe por motivos ligados ao feto e a cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto, além de outras afecções obstétricas. Todas estas causas ocorreram em igual proporção (6,67%) (Gráfico 3).

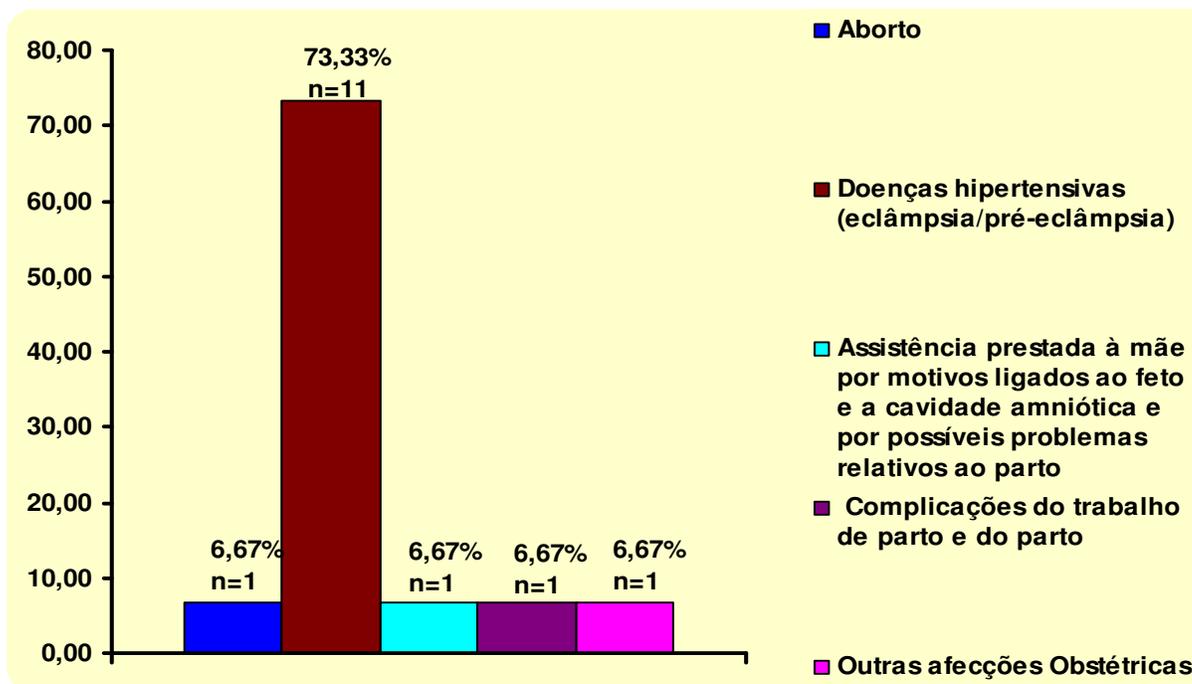


GRÁFICO 3 - Proporção dos óbitos por Morbidade Materna Grave segundo grupo de causa de internação. Recife, 2000-2006.

Fonte: Gráfico elaborado pela autora com dados do SIH/DATASUS/MS.

Devido ao pequeno número de óbitos ocorridos nas internações por MMG na rede própria, conveniada e contratada do SUS em residentes do Recife durante o período estudado (Tabela 4) e a influência dos pequenos números, não foi pertinente a realização do cálculo da RMM por ano. Dessa forma, considerou-se o agregado dos anos que apresentou 15 óbitos maternos. Nesse mesmo período, o número de nascidos vivos foi de 168.720 entre as residentes do Recife, o que revelou uma razão de 8,89 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos.

5.3 Distribuição das internações por Morbidade Materna Grave segundo variáveis assistenciais.

As variáveis assistenciais foram utilizadas com o intuito de acompanhar o comportamento dos custos relacionados às internações por MMG na rede assistencial própria, contratada e conveniada do SUS, bem como relacionar o tempo médio de permanência das internações com a gravidade dos casos.

5.3.1 Tempo médio de permanência e valor médio das internações

O tempo médio de permanência de todas as internações por gravidez, parto e puerpério (Cap. XV da CID 10) no período de 2000 a 2006 foi de 2,71 dias com um desvio padrão de $\pm 0,19$. Quando comparados os anos de 2000 e 2006 observou-se um aumento percentual de 16,00%. Enquanto que o tempo médio de permanência das internações por MMG que foi de 7,53 dias com um desvio padrão de $\pm 1,43$, apresentou uma variação mais expressiva revelando um aumento percentual de 82,00%. Os demais tipos de internação que tiveram um tempo médio de permanência de 2,69 dias com um desvio padrão de $\pm 0,16$ apresentaram um acréscimo de 12,50% (Tabela 5).

Tabela 5. Tempo médio de permanência das internações por Morbidade Materna Grave e outras internações por gravidez, parto e puerpério (Cap.XV da CID 10). Recife, 2000-2006.

Internações	00	01	02	03	04	05	06	Média	D.Padrão	Varição%
MMG*	5,20	6,50	7,70	7,50	7,40	8,90	9,50	7,53	$\pm 1,43$	82,00
Outras	2,40	2,70	2,90	2,60	2,70	2,80	2,70	2,69	$\pm 0,16$	12,50
Todas	2,40	2,70	3,00	2,60	2,70	2,80	2,80	2,71	$\pm 0,19$	16,00

Fonte: Tabela elaborada pela autora com dados do SIH/DATASUS/MS.

*Morbidade Materna Grave

Entre as causas de MMG, as internações por doenças hipertensivas (eclâmpsia e pré-eclâmpsia) apresentaram o tempo médio de permanência mais elevado no período analisado (7,62 dias com um desvio padrão de $\pm 1,22$). Além disso, este grupo de causa demonstrou um aumento percentual de 68,04% passando de 5,58 dias em 2000 para 9,38 dias em 2006. No que se refere as internações por aborto o tempo médio de permanência aumentou consideravelmente no decorrer dos anos passando de 1 dia de permanência em 2000 para aproximadamente 18,50 dias em 2006, alcançando um acréscimo percentual de 1750,00%. As demais causas de internação não evidenciaram variação percentual no período estudado (Tabela 6).

Tabela 6. Tempo médio de permanência das internações por Morbidade Materna Grave segundo grupo de causas. Recife, 2000-2006.

Grupo de causas	00	01	02	03	04	05	06	Média	D.Padrão	Varição%
Doenças hipertensivas	5,58	6,92	7,87	7,52	7,42	8,65	9,38	7,62	± 1,22	68,04
Aborto	1,00	3,67	5,00	4,00	5,00	5,00	18,50	6,02	± 5,68	1750,00
Complicações do trabalho de parto e do parto	0,00	0,00	0,00	11,00	7,00	16,17	1,00	5,02	± 6,53	0,00
Outros	0,00	8,00	4,33	10,00	7,42	9,75	9,66	7,02	± 3,67	0,00

Fonte: Tabela elaborada pela autora com dados do SIH/DATASUS/MS.

No que se refere ao valor médio das internações hospitalares por gravidez, parto e puerpério (Cap. XV da CID 10) observou-se um acréscimo no valor das internações. O valor médio passou de R\$ 150,56 em 2000, para R\$ 205,19 em 2006, demonstrando um aumento de 36,00%. Enquanto que o valor médio das internações por MMG sofreu um aumento ainda mais significativo, passando de R\$ 455,79 em 2000, para R\$ 847,59 em 2006, o que representa um aumento de 85,00% (Tabela 7).

Tabela 7. Valor médio das internações (em reais) por Morbidade Materna Grave e outras internações por gravidez, parto e puerpério (Cap.XV da CID 10). Recife, 2000-2006.

Internações	00	01	02	03	04	05	06	Média	D.Padrão	Varição%
MMG*	455,79	406,05	293,91	447,86	517,89	787,34	847,59	536,63	± 204,24	85,00
Outras	150,41	125,68	100,18	102,41	128,85	174,66	202,80	140,71	± 37,81	34,00
Todas	150,56	125,87	100,81	105,95	132,90	179,46	205,19	142,96	± 38,30	36,00

Fonte: Tabela elaborada pela autora com dados do SIH/DATASUS/MS.

*Morbidade Materna Grave

Entre as causas de internação por MMG as doenças hipertensivas (eclâmpsia e pré-eclâmpsia) apresentaram o maior valor médio por internação na maior parte do período estudado, exceto o ano de 2006. Estas últimas apresentaram uma média de R\$ 542,08 por internação com um desvio padrão de ± 187,33. Além disso, foi

evidenciado um aumento de 70,85% no valor dessas internações que passou de R\$ 478,01 em 2000 para R\$ 816,67 em 2006. No entanto, quando se observou o comportamento dos custos das internações por grupos de causas ao longo dos anos, evidenciou-se que o aborto apresentou um crescimento mais representativo, com um incremento de 870,72% no valor médio das internações passando de R\$ 189,18 em 2000, para R\$ 1836,40 em 2006 (Tabela 8).

Tabela 8. Valor médio das internações (em reais) por Morbidade Materna Grave segundo grupo de causas. Recife, 2000-2006.

Grupo de causas	00	01	02	03	04	05	06	Média	D.Padrão	Varição%
Doenças hipertensivas	478,01	444,48	300,74	456,13	520,98	777,54	816,67	542,08	± 187,33	70,85
Aborto	189,18	290,15	240,34	228,30	263,32	437,14	1836,40	497,83	± 595,51	870,72
Complicações do trabalho de parto e do parto	0,00	0,00	0,00	218,41	768,47	1324,01	311,27	374,59	± 500,98	0,00
Outros	0,00	349,32	150,05	388,89	455,69	749,80	1068,10	451,69	± 360,16	0,00

Fonte: Tabela elaborada pela autora com dados do SIH/DATASUS/MS.

A razão entre o valor médio e o tempo médio de permanência de todas as internações por gravidez, parto e puerpério (Cap. XV da CID 10) constatou que cada dia de internamento custou em média R\$ 52,90 com um desvio padrão de $\pm 14,20$. Entre as internações deste grupo aquelas referentes à MMG apresentaram os maiores valores por dia de internamento no período analisado quando comparadas às demais internações, com uma média de R\$ 70,81 e desvio padrão de $\pm 19,12$ (Tabela 9).

Tabela 9. Razão do Valor médio (em reais) pelo Tempo médio de permanência das internações por Morbidade Materna Grave e outras internações por gravidez, parto e puerpério (Cap.XV da CID 10). Recife, 2000-2006.

Internações	00	01	02	03	04	05	06	Média	D.Padrão
MMG*	87,65	62,46	38,17	59,71	69,98	88,46	89,22	70,81	± 19,12
Outras	62,67	46,54	34,54	39,38	47,72	62,37	75,11	52,62	± 14,52
Todas	62,73	46,61	33,60	40,75	49,22	64,09	73,28	52,90	± 14,20

Fonte: Tabela elaborada pela autora com dados do SIH/DATASUS/MS.

*Morbidade Materna Grave

Entre as causas de internação por MMG observou-se que o aborto obteve em média o maior valor (R\$ 87,52 e desvio padrão de $\pm 48,72$) por dia de internamento no período estudado. As doenças hipertensivas (eclâmpsia e pré-eclâmpsia) ocuparam o terceiro lugar entre as internações mais onerosas por dia de internamento com uma média de R\$ 70,88 e desvio padrão de $\pm 18,45$ (Tabela 10).

Tabela 10. Razão do Valor médio (em reais) pelo Tempo médio de permanência das internações por Morbidade Materna Grave segundo grupo de causas. Recife, 2000-2006.

Grupo de causas	00	01	02	03	04	05	06	Média	D.Padrão
Doenças hipertensivas	85,66	64,23	38,45	60,65	70,21	89,88	87,06	70,88	± 18,45
Aborto	189,18	79,05	48,06	57,07	52,66	87,42	99,26	87,53	± 48,72
Complicações do trabalho de parto e do parto	0,00	0,00	0,00	19,85	109,78	81,88	311,27	74,68	± 113,28
Outros	0,00	43,66	34,65	38,88	61,41	76,90	110,56	52,29	± 35,08

Fonte: Tabela elaborada pela autora com dados do SIH/DATASUS/MS.

6. DISCUSSÃO

A RMM tem sido frequentemente utilizada para estimar o risco de uma mulher morrer devido a causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério. Apesar de ser um indicador sensível às condições sócio-econômicas, à assistência prestada a mulher e ser considerado um indicador global das condições de saúde de uma população, algumas pesquisas como as realizadas por Cecatti, (2005); Souza, (2004) têm apontado para a insuficiência dos estudos de mortalidade em identificar os fatores associados aos óbitos maternos e dessa forma, evitar novos eventos dessa natureza. Alguns autores como Mantel et al., (1998); Viggiano et al., (2004) têm sugerido o estudo da MMG como uma forma de identificar as falhas na assistência e propor medidas de intervenção oportunas que previnam e evitem a ocorrência de óbitos maternos.

O presente estudo utilizou como critério de classificação de casos de MMG, as internações hospitalares ocorridas em leitos de UTI por gravidez, parto e puerpério (Cap. XV da CID10). Esse critério de classificação denominado operacionalmente como complexidade do manejo assistencial vem sendo bastante utilizado por alguns pesquisadores como Amorim et al., (2006); Viggiano et al., (2004). Entretanto esta classificação pode sofrer algum viés devido à organização dos serviços de saúde bem como a disponibilidade de leitos de UTI, tendo em vista a tendência de indicação de terapia intensiva de forma precoce ou mesmo preventiva nas redes assistenciais que dispõem de um maior número de leitos. Enquanto que o contrário acontece nos serviços com limitação de leitos, onde a tendência é admitir as mulheres em estado mais grave, fato que resulta em uma maior possibilidade de óbito materno (SOUZA et al., 2006). Destaca-se ainda a escassez desse tipo de estudo no país e em especial a sua realização em nível populacional, limitando-se a estudos institucionais como os realizados por Amorim et al., (2006); Souza, (2004); Viggiano et al., (2004), fato que impossibilita comparações mais acuradas dos resultados encontrados.

Esse estudo foi realizado a partir do banco de dados do SIH, sistema possui as informações concernentes a todas as internações realizadas pelas unidades próprias, contratadas e conveniadas ao SUS, chegando a apresentar uma cobertura de aproximadamente 80% de todas as internações ocorridas no país (CARVALHO,

1997). Portanto, permite refletir o perfil das morbidades hospitalares atendidas pelo SUS. O SIH possui potencialidades como o fato de ser um sistema extremamente ágil com a capacidade de disponibilizar informações para os gestores e para a população em um curto espaço de tempo, além de ser útil à vigilância epidemiológica, para a avaliação e controle das ações (CARVALHO, 1997). No entanto, suas limitações devem ser reconhecidas para que não sejam geradas informações equivocadas. Entre os seus entraves vale salientar a qualidade questionável das informações contidas nos instrumentos de coleta do sistema, muitas vezes preenchidos por profissionais despreparados, assim como a presença de duplicidade de internações (VERAS; MARTINS, 1994).

Contudo, ressalta-se aqui a relevância do SIH para o conhecimento do perfil de morbidade da população e capacidade de subsidiar os gestores em relação à vigilância epidemiológica e a assistência.

Nesse contexto, a utilização de informações sugestivas de casos de MMG advindas desse sistema tem sido utilizada como uma tentativa de complementar as inúmeras pesquisas realizadas a cerca da mortalidade materna. Sousa, (2006) realizou uma pesquisa nas 27 capitais brasileiras em 2002, na qual cruzou as informações do SIH, do SIM e do SINASC para identificar os óbitos maternos, os diagnósticos e procedimentos aproximados por meio dos critérios mais conhecidos de MMG segundo Mantel et al., (1998); Waterstone, Bewley e Wolfe (2001). Posteriormente selecionou no SIH os registros de mulheres no período grávido-puerperal que apresentaram indícios de MMG e propôs um escore para a definição de casos e das variáveis associadas à mortalidade materna por meio da análise por regressão logística entre os sistemas. A autora concluiu que, apesar das inconsistências entre os sistemas, os diagnósticos e procedimentos relatados no SIH permitiram mostrar a gravidade da condição mórbida em 66% dos óbitos maternos declarados.

Dessa forma, a utilização de dados referentes à MMG é recomendável para agregar informação ao sistema de vigilância epidemiológica do óbito materno, no intento de identificar os determinantes deste evento e criar estratégias com vistas à sua redução.

No município de Recife no período de 2000 a 2006 houve uma redução de 22,20% no total das internações por gravidez, parto e puerpério (Cap. XV da CID 10) na rede própria, contratada e conveniada do SUS. Contudo, as internações por

MMG contidas neste grupo, sofreram uma elevação no decorrer dos anos revelando um acréscimo percentual de 469,23%. O aumento destas internações está provavelmente relacionado à implantação, no ano de 2002, de uma UTI obstétrica composta de 12 leitos no Instituto Materno Infantil Prof^o Fernando Figueira (IMIP) (Hospital filantrópico), situado em Recife (AMORIM et al., 2006). Este acontecimento corrobora com os dados analisados nesse estudo o qual evidenciou um aumento significativo no quantitativo de internações por MMG no período de 2002 (0,33%) a 2004 (1,04%).

Souza, (2004) realizou uma pesquisa em um centro de referência terciário à saúde da mulher em Campinas, SP, entre julho de 2003 a junho de 2004. Entre os 2.929 partos ocorridos na instituição, 1,36% foram casos de MMG (admissão em UTI) de acordo com o critério de complexidade do manejo assistencial. Enquanto que o presente estudo demonstrou um percentual de 0,51% de casos de MMG no período analisado. Outra pesquisa que investigou a necessidade de cuidados intensivos em uma maternidade pública terciária de Goiânia, GO, identificou 1,88% de casos considerados como MMG entre janeiro de 1999 e dezembro de 2001 (VIGGIANO et al., 2004).

Em relação à faixa etária mais acometida por MMG neste estudo, foi demonstrado um predomínio das internações nas mulheres com idades entre 20 e 29 anos. Amorim et al., (2006) em pesquisa desenvolvida para identificar o perfil das admissões em UTI obstétricas de uma maternidade pública no município de Recife, entre setembro de 2002 e fevereiro de 2005, detectou que 64% das internações encontravam-se entre mulheres na faixa etária de 20 a 34 anos de idade com uma média de 25 anos de idade e desvio padrão de $\pm 6,9$. Os achados de Amorim et al., (2006) estão de acordo com os resultados encontrados neste trabalho, os quais demonstraram uma freqüência maior de internações por MMG nas mulheres consideradas como adultas jovens que apresentam uma maior atividade reprodutiva. Como pode ser comprovado em estudo realizado pelo Ministério da Saúde referente aos anos de 2002 e 2003, no qual a faixa etária que compreende as mulheres de 20 a 34 anos de idade representa aquela com a maior proporção de nascidos vivos no país, com 68,2% e 68,7% dos nascimentos em 2002 e 2003, respectivamente. O perfil de nascidos vivos segundo a idade da mãe foi similar em todas as regiões (BRASIL, 2005).

O coeficiente de internação em UTI foi mais elevado entre as adolescentes de 10 a 14 anos, o que evidencia o maior risco destas em sofrer de MMG. Goldenberg; Figueiredo e Silva (2005) ressaltam que além dos riscos inerentes as questões biológicas nesta faixa etária, outras dificuldades vivenciadas como o medo de procedimentos obstétricos, a vergonha dos pais, assim como de abordagem das práticas sexuais contribuem para elevar os riscos relacionados à gravidez precoce. Os autores constataram que apenas 12% das adolescentes entre 10 a 14 anos de idade da rede assistencial de Montes Claros, MG, realizaram um pré-natal com frequência adequada.

Considerando as causas de internação por MMG os resultados encontrados neste estudo se assemelham aos de outras pesquisas que identificaram as doenças hipertensivas na gestação como a principal causa de MMG (AMORIM et al., 2006; VIGGIANO et al., 2004). As doenças hipertensivas da gestação são passíveis de controle quando detectadas precocemente. Portanto, os achados deste estudo sugerem que em algum momento do ciclo grávido-puerperal houve algum tipo de negligência ou descontinuidade na assistência e o quanto a atenção à saúde da mulher ainda precisa avançar, desde o nível primário onde a mulher deve ser captada, acompanhada e orientada durante toda a gestação até o nível terciário para onde deve ser referenciada quando necessário e assistida adequada e oportunamente.

Com o intuito de solucionar estes entraves na assistência à saúde da mulher o Ministério da Saúde instituiu através da Portaria/GM nº 569 de 01/06/2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) na tentativa de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura, da qualidade do acompanhamento pré-natal e da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, no sentido de concentrar esforços para reduzir as elevadas taxas de morbimortalidade materna e perinatal registradas no país (BRASIL, 2002b). Para tanto foram estabelecidos procedimentos e ações de fundamental importância para o acompanhamento das gestantes, bem como para a promoção do vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto.

Os procedimentos recomendados pelo programa são: realização da primeira consulta pré-natal até o quarto mês de gestação, perfazendo no mínimo seis consultas; realização de uma consulta no puerpério até 42 dias após o nascimento; exames laboratoriais; oferta de testagem anti-HIV e imunização contra o tétano.

Como estratégia para auxiliar os municípios a implementarem as ações propostas pelo PHPN, foram disponibilizados novos recursos financeiros, com vistas a incentivar o cumprimento do elenco mínimo de procedimentos estabelecidos pelo programa para melhorar a qualidade da assistência (BRASIL, 2002b).

Ao longo dos anos alguns avanços foram observados no que se refere à cobertura do pré-natal. Comparando os anos de 2002 e 2005 a cobertura passou de 49,1% para 53,6% no número de mulheres que realizaram sete ou mais consultas pré-natais no país, salientando-se o fato de que as regiões norte e nordeste ficaram abaixo de 40,0% de cobertura com (29,1%) e (36,0%), respectivamente (BRASIL, 2007). Leite, (2006) em pesquisa desenvolvida no município de Recife, referente aos anos de 2001 a 2004 sobre a trajetória das mulheres até a ocorrência do óbito materno, verificou que a maior parte delas (63,6%) realizou a primeira consulta pré-natal no primeiro trimestre da gestação o que está de acordo com as recomendações do PHPN. Entretanto, 41,5% das mulheres que foram a óbito haviam realizado um pré-natal inadequado (iniciado após o 4º mês independente do número de consultas realizadas) contra 29,3% adequado (iniciado antes ou durante o 4º mês e realizado 80% do número de consultas preconizadas pelo MS). Os achados da autora ratificam que quando o foco é a qualidade dos serviços prestados, questionam-se a integralidade e a continuidade das ações que compõem o quadro da assistência às gestantes.

Serruya, Lago e Cecatti (2004) consideram que a assistência à mulher durante a gestação deveria ser concluída apenas, após a consulta puerperal. Entretanto, poucas mulheres realizam este procedimento no país, indicando a descontinuidade das consultas iniciadas no pré-natal. Segundo os autores isso se deve a quebra do vínculo da mulher com a unidade de saúde no final da gestação, momento crítico e mais provável de intercorrências obstétricas, quando por vezes recebem indevidamente “alta do pré-natal” o que deveria acontecer apenas após o nascimento da criança. Nessa ocasião as mulheres são orientadas apenas a procurar um hospital no momento do parto ou devido a alguma complicação, ficando sob sua responsabilidade conseguir internação. Decorre daí a peregrinação das mulheres por assistência hospitalar obstétrica, muitas vezes sem sucesso, que tem como desfecho um óbito materno.

Ainda no que diz respeito aos serviços das consultas pré-natais, sua qualidade também pode ser questionada ao se constatar que a maior parte dos

óbitos maternos ocorridos no Brasil ocorre por causas obstétricas diretas as quais geralmente são de fácil controle e, portanto, evitáveis em sua maioria. No ano de 2005, 73,6% dos óbitos maternos ocorridos no país foram devidos a causas obstétricas diretas, entre estas, grande parte dos casos (32,9%) foram decorrentes de transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no pós-parto (BRASIL, 2007). Estes dados corroboram com os achados desse estudo que encontrou a maior proporção de óbitos entre os casos de MMG decorrentes de doenças hipertensivas na gravidez (eclâmpsia e pré-eclâmpsia).

Certamente medidas simples de prevenção como a aferição da pressão arterial e o cumprimento dos procedimentos mínimos de uma consulta pré-natal bem realizada aliadas a um melhor acolhimento da gestante, assim como a formação do vínculo entre a mulher e o profissional de saúde, promoveriam uma maior percepção não apenas do quadro clínico da paciente, mas de suas dúvidas e angústias intrínsecas a gravidez. Desse modo, seria evitada a ocorrência de quadros mórbidos graves que freqüentemente ocasionam um óbito materno.

Vale salientar que parte dos problemas encontrados nos serviços primários de atenção à gestante se deve a alta rotatividade dos profissionais nas unidades básicas de saúde, em função dos baixos salários, da precária infra-estrutura e da insuficiência dos insumos necessários para a realização dos procedimentos essenciais. Além disso, e tão importante quanto, está o compromisso e a responsabilidade do profissional de saúde, que deve prestar a atenção adequada a cada pessoa atendida (BRASIL, 2000).

Em relação à atenção terciária, cabe a este setor oferecer recursos materiais e humanos suficientes em quantidade e qualidade para suprir a demanda de cuidados intensivos que as gestações de alto risco requerem. Mais que isso, a rede assistencial de saúde voltada a este público deve estar muito bem organizada, sendo imprescindível a articulação entre os diferentes níveis de atenção, estabelecendo um sistema de referência e contra-referência eficaz e atuante para que, em tempo hábil, possa ser identificada a complicação e realizada no momento oportuno a intervenção para manutenção da vida da mulher.

Lamentavelmente a distância que separa o ideal e o real, por muitas vezes impede que a assistência à saúde seja prestada de acordo com os princípios e diretrizes preconizados pelo SUS. Leite, (2006) verificou que 63,2% das mulheres que foram a óbito em seu estudo necessitaram de atendimento em UTI. No entanto,

para 20,9% dessas não havia disponibilidade de leitos. Entre as mulheres que receberam este tipo de cuidado um quarto não conseguiu ser atendida na unidade de origem e precisou ser transferida para outra unidade hospitalar.

Fundamentado na persistência dos problemas relacionados à mortalidade materna o governo federal criou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que consiste na execução de um conjunto de ações articuladas, das diferentes esferas de governo, pela qualificação da atenção obstétrica e neonatal, com o objetivo de fortalecer a capacidade técnica dos profissionais que atuam nas maternidades do país, bem como implantar a estratégia de humanização e incorporar novas práticas (BRASIL, 2004; BRASIL 2007).

Esse pacto representa uma importante estratégia para a redução das elevadas RMM encontradas no país. Neste estudo, embora a RMM apresentada tenha sido baixa devido ao pequeno número de óbitos ocorridos entre os casos de MMG atendidos pelo SUS em residentes de Recife, há de se considerar a relevância e a magnitude da ocorrência tanto dos quadros de morbidade materna como dos óbitos decorrentes destes últimos, os quais em sua grande parte poderiam ser prevenidos já que a maioria dos casos analisados neste trabalho foi ocasionada por doenças hipertensivas, como já mencionadas anteriormente. Geller et al., (2004) estudando a cadeia de eventos que culminam com episódios de MMG evidenciou que 41% dos óbitos decorrentes de MMG poderiam ser evitados caso as medidas de prevenção adequadas tivessem sido realizadas em tempo hábil.

Analisando o tempo médio de permanência ($7,53 \text{ dias} \pm 1,43$) das mulheres internadas por MMG, pode-se deduzir que esta quantidade de dias está relacionada à gravidade da morbidade materna, muitas vezes acentuada pela prestação de assistência tardia, e ao tempo necessário para o restabelecimento da saúde das pacientes. Estudos nacionais encontraram achados similares quanto ao tempo de permanência de mulheres admitidas em UTI em consequência à gravidez, parto e puerpério, as quais necessitaram em média de cinco dias de internamento (AMORIM et al., 2006; VIGGIANO et al., 2004). Viggiano et al., (2004) faz referência ainda aos altos custos dirigidos a este tipo de evento no sistema de saúde.

Neste trabalho foi constatado que as internações por MMG representaram os custos mais onerosos para o SUS considerando-se apenas as internações por gravidez, parto e puerpério (Cap. XV da CID 10). Isto se deve a complexidade dos

procedimentos utilizados em uma Unidade de Terapia Intensiva e ao tempo dispensado para recuperação das pacientes.

Os dados concernentes aos grupos de causa demonstraram que as internações por MMG ocasionadas por doenças hipertensivas na gravidez tiveram o maior número de dias de permanência, bem como maior valor médio de internação. No entanto a razão entre o valor das internações e o tempo de permanência evidenciou que as admissões por aborto apresentaram os maiores custos por dia de internação.

Diante do exposto, é necessário que haja maior investimento na área de saúde da mulher e comprometimento com as políticas públicas dirigidas à redução da morbimortalidade materna, além da criação de projetos que visem atenuar as barreiras a uma assistência materna de qualidade. Para tanto, sugere-se a incorporação da MMG como um novo preditor de mortalidade materna no intuito de auxiliar a identificar seus fatores predisponentes, bem como servir de ferramenta para orientar e avaliar as ações voltadas a este público, com a finalidade de salvar vidas.

7. CONCLUSÕES

a) Os estudos de morbidade hospitalar permitem conhecer o comportamento das enfermidades que demandam internações, sobretudo os casos mais graves. Desse modo, o método adotado se mostrou adequado para caracterizar a MMG entre as mulheres residentes do Recife;

b) As internações por complicações da gravidez, parto e puerpério em leitos de UTI (MMG) ocorridas em residentes de Recife, na rede própria, conveniada e contratada do SUS, no período de 2000 a 2006, apresentaram um comportamento crescente, com um incremento de 469,23%. Esse crescimento pode estar associado a uma melhora no acesso das mulheres à internação em UTI, uma vez que no período estudado foram criados 12 leitos de UTI obstétricas;

c) A faixa etária que compreende o período de maior atividade reprodutiva da mulher (20 a 29 anos) foi predominante entre as residentes de Recife que se internaram por MMG, no entanto a faixa etária de (10 a 14 anos) apresentou o maior risco de sofrer desse tipo de morbidade;

d) As doenças hipertensivas (eclâmpsia e pré-eclâmpsia) foram as principais causas de internação por MMG, bem como a causa mais freqüente dos óbitos ocorridos entre as mulheres com MMG. O que levanta questionamentos em relação a qualidade e a integralidade da atenção prestada às mulheres no período reprodutivo;

e) As variáveis assistenciais: tempo médio de permanência e valor médio de internação dos casos de MMG apresentaram os maiores valores entre todas as internações por gravidez, parto e puerpério (Cap. XV da CID 10);

f) As doenças hipertensivas (eclâmpsia e pré-eclâmpsia) apresentaram o maior tempo médio de permanência assim como o maior valor médio de internação no período analisado;

g) As internações por MMG decorrentes de aborto representaram para o SUS as mais onerosas por dia de internação entre o grupo de causas;

h) Torna-se necessário a incorporação dos casos de MMG como um evento sentinela preditor da mortalidade materna, com vistas à manutenção da vida das mulheres por meio de intervenções oportunas. Além disso, faz-se imprescindível o desenvolvimento de novas pesquisas que contemplem a problemática da MMG, particularmente a nível populacional, com o intuito de utilizá-la como um indicador de saúde materna no sentido de avaliar as ações já desenvolvidas e orientar aquelas necessárias ao aprimoramento da assistência à saúde da mulher em idade reprodutiva.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M. R. et al. Perfil das admissões em uma unidade de terapia intensiva obstétrica de uma maternidade brasileira. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, supl. 1, p. S55-S62, maio 2006.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Urgências e Emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Presidência da República. **Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento**. Brasília, DF: Ministério do Planejamento, 2007.

CALDERON, I. M. P.; CECATTI, J. G.; VEGA, C. E.P. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **Revista Brasileira de Ginecologia & Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 310-315, 2006.

CARVALHO, D. M. Grandes sistemas nacionais de informação de saúde: revisão e discussão da situação atual. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, v. 4, p. 7-46, out./dez. 1997.

CECATTI, J.G. Saúde da mulher: enfoque da evidência científica para a prevenção da morbidade e mortalidade materna. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 1, p. 9-11, jan./mar. 2005.

COMITÊ MUNICIPAL DE ESTUDO DA MORTALIDADE MATERNA (Recife, PE). **Enfrentando a mortalidade materna: desafio para o Recife**. Recife: Secretaria de Saúde, 2006.

COSTA, A. A. R. et al. Mortalidade Materna na cidade do Recife. **Revista Brasileira de Ginecologia & Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 455-462, 2002.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Guia de Vigilância Epidemiológica**, 5. ed. Brasília, DF, 2002.

GELLER, S. E. et al. The continuum of maternal morbidity and mortality: factors associated with severity. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 191, p. 939-944, 2004.

GOLDENBERG, P.; FIGUEIREDO, M. C. T.; SILVA, R. S. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1077-1086, jul./ago., 2005.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 23-30, 2000.

LEBRÃO, M. L. Morbidade hospitalar por lesões e envenenamento. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 26-37, ago. 1997.

LEITE, R. M. B. **Mortalidade Materna no Recife**: análise das trajetórias das mulheres. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Recife, 2006.

LEUCOVITZ, E.; PEREIRA, T. R. C. **SIH/SUS (Sistema AIH)**: uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil 1983-1991. Rio de Janeiro: UERJ, 1993. (Série de Estudos em Saúde Coletiva, nº 57).

MANTEL, G. D. et al. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for a near-miss. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, London, v. 105, p. 985-990, Sept. 1998.

MENDES, A. C. G. Avaliação do Sistema de Informações Hospitalares- SIH/SUS como Fonte Complementar na Vigilância e Monitoramento de Doenças de Notificação Compulsória. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, v. 9, n. 2, p. 67-86, 2000.

RECIFE. Prefeitura. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Recife – 2005**. Recife, 2005a.

RECIFE. Prefeitura. **Plano Municipal de Saúde 2006-2009**: Recife Saudável: inclusão social e qualidade no SUS. Recife, 2005b.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Diretoria de Vigilância à Saúde. **População do Recife censo demográfico – 2000 e projeções 2001 a 2009**. Recife, 2007.

RIBAS, M. S. S. S.; SOUZA, M. L. **Relatório de mortalidade materna Pernambuco – 2003**. Recife: Comitê Estadual de Estudo da Mortalidade Materna, Secretaria Estadual de Saúde, 2006.

RODRIGUES, A. V.; SIQUEIRA, A. A. F. Uma análise da implementação dos comitês de estudos de morte materna no Brasil: um estudo de caso do Comitê do Estado de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 183-189, jan./ fev. 2003.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Elementos de metodologia epidemiológica. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 149-178.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p.269-279, jul./ set. 2004.

SOUSA, M. H. et al. Sistemas de informação em saúde e monitoramento de morbidade materna grave e mortalidade materna. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 2, p.161-168, abr./ jun. 2006.

SOUSA, M. H. **Utilização de sistemas de informação em saúde na área de morbidade materna grave (near miss) e mortalidade materna**. 2006. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2006.

SOUZA, J. P. D. **A morbidade materna near miss em um centro de referência de saúde da mulher**. 2004. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2004.

SOUZA, J. P. D.; CECATTI, J. G.; PARPINELLI, M. A. Fatores associados à gravidade da morbidade materna na caracterização do near miss. **Revista Brasileira de Ginecologia & Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 197-203, 2005.

SOUZA, J. P. et al. Revisão sistemática sobre morbidade materna near miss. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 255-264, fev. 2006.

VALONGUEIRO, S. ; LUDERMIR, A. B. ; GOMINHO, L. A. F. Avaliação de procedimentos para identificar mortes maternas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S293-S301, 2003.

VERAS, C. M. T.; MARTINS, M. S. A confiabilidade dos dados nos formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 339-355, jul./set. 1994.

VIGGIANO, M. B. et al. Necessidade de cuidados intensivos em maternidade pública terciária. **Revista Brasileira de Ginecologia & Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 317-323, 2004.

WATERSTONE, M.; BEWLEY, S.; WOLFE, C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. **British Medical Journal**, London, v. 322, p.1089-1094, may 2001.

ANEXOS
