

D.23 – Proporção de internações devidas a afecções originadas no período perinatal

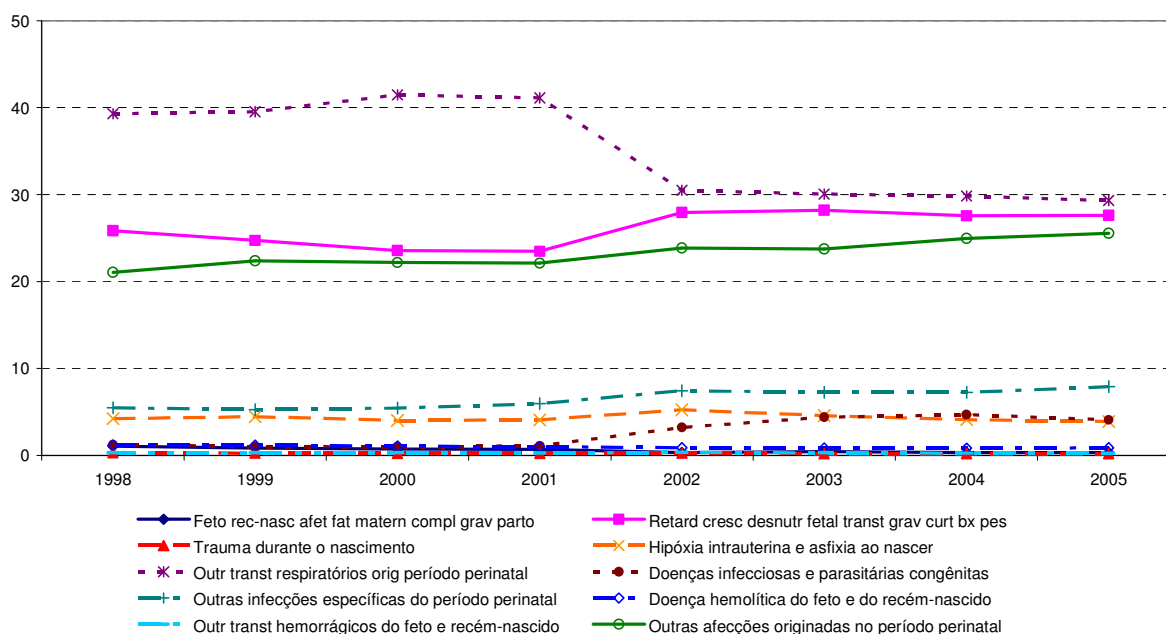
1. Conceituação

Distribuição percentual das internações hospitalares pagas no Sistema Único de Saúde (SUS), por grupos de afecções originadas no período perinatal – AOPP (códigos P00 a P96 da CID-10), na população de menores de 1 ano residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

2. Identificação das tendências da curva temporal – período 1998 a 2005.

A série histórica disponibilizada abrange o período de 1998 a 2005. Os dados nacionais demonstram que o primeiro grupo de causas corresponde a “outros transtornos respiratórios” originados nesse período, i.e., excluindo hipoxia / asfixia. Durante o período observado, essa causa respondia por 40% das internações sendo que a partir do ano 2002, sua representação proporcional diminuiu para cerca de 30%.

Proporção de internações hospitalares (SUS) por afecções originadas no período perinatal.
Brasil e Grandes Regiões, 1998-2005



O segundo grupo de causas agrega o retardo do crescimento fetal, desnutrição, transtornos associados à gravidez de curta duração causando baixo peso ao nascer. Esse grupo de causas seguiu no período estudado uma tendência oposta à primeira causa. Até o ano 2001, esteve em torno de 23% a 25% e, a partir de 2002, teve um aumento e passou a se localizar cerca dos 30% imediatamente depois dos “outros transtornos respiratórios”.

A terceira causa é um grupo menos específico: “outras afecções originadas no período perinatal”. Este grupo de afecções se localizou imediatamente abaixo da

anterior de maneira consistente e teve um leve aumento de uma média de 22% entre 1998 e 2001, para 23% no período de 2002 a 2005.

No quarto lugar, de maneira consistente embora muito próxima das seguintes na ordem, esteve a categoria “outras infecções específicas do período perinatal” (i.e., excluindo as doenças infecciosas e parasitárias congênitas). A média durante o período (com leve aumento a partir de 2002) foi de 7%.

Os dois seguintes grupos de causas, “infecções congênitas” e a “hipoxia intra-uterina e asfixia ao nascer”, tiveram um percurso em que, inicialmente predominou a hipoxia /asfixia. No entanto, a partir de 2002, as infecções congênitas aumentaram e se localizaram nos mesmos patamares da hipoxia / asfixia representando, cada uma, em média 5% das internações nos últimos três anos observados. As restantes causas, “trauma durante o nascimento”, “doença hemolítica” e “outros transtornos hemorrágicos” representaram um percentual consistentemente menor.

3. Conformidade com o conhecimento epidemiológico disponível sobre a doença.

Dados complementares demonstram que, em geral, as causas de morbidade hospitalar que justificam a permanência dos neonatos nas unidades assistenciais e a separação das suas mães dependem do contexto epidemiológico geral e do acesso e qualidade à assistência pré-natal. Em contextos semelhantes ao brasileiro, os principais fatores associados à hospitalização foram: a síndrome de insuficiência respiratória, o baixo peso ao nascer e a prematuridade (Sánchez-Nuncio et al., 2005). Por razões relacionadas com o poder do tamanho amostral desse trabalho, permaneceu como fator suspeito embora não associado estatisticamente, a asfixia neonatal.

Na presente análise, as “outras” afecções respiratórias foram classificadas como a mais freqüente causa de hospitalização, seguida de uma categoria ampla que agrega o retardo do crescimento intra-uterino, desnutrição fetal, gravidez de curta duração e baixo peso ao nascer. Apesar de, conceitualmente, não constituir o mesmo problema (ACOG, 2000; Peleg et al., 1998), é consenso em que o retardamento ou restrição do crescimento intrauterino constitui a segunda causa de morbidade perinatal nos Estados Unidos, seguida da prematuridade propriamente dita. Estudos realizados no Brasil na década de 80 já apontavam para uma freqüência alta de nascimentos com baixo peso (11% dentre os nascidos vivos) tal como o verificado em nove maternidades no Sudeste e Sul do Brasil (Laurenti et al., 1984). Várias causas concorrem para este desfecho, algumas delas maternas (problemas da implantação da placenta, eclâmpsia, doenças crônicas como diabetes ou hipertensão, metabólicas, infecções como toxoplasmose ou rubéola, uso de cigarro e álcool, gestação múltipla, desnutrição severa e doenças auto-imunes. É claro que algumas delas podem aparecer como primeira causa de internação. No estudo mexicano anteriormente citado, um fator associado à hospitalização foi a adequação no número de consultas pré-natais. Tais dados são semelhantes aos encontrados no âmbito brasileiro.

Na Austrália, a prematuridade é a primeira causa de permanência no hospital dos recém-nascidos e da separação prematura das mães, estando presente em 7% dos

partos. Oficialmente, as autoridades de saúde reconhecem a dificuldade em diagnosticar e classificar corretamente síndromes correlatas (NHMRC, 2000). Semelhante ao encontrado nesta análise, a quarta causa de hospitalização nesse país é a asfixia neonatal que afeta aproximadamente 3,3% das crianças que permanecem no hospital após o nascimento sendo referidas para unidades de assistência neonatológica especial ou para UTIs neonatais.

4. Fatores explicativos dos dados em relação ao comportamento esperado do fenômeno.

A fonte de informação é o SIH-SUS. A primeira grande limitação está relacionada com a cobertura do sistema pois apenas os serviços públicos e conveniados emitem as guias de internação hospitalar que alimentam o SIH-SUS. Para alguns eventos, e isso pode ser importante na ocasião da assistência ao parto, o atendimento particular pode ser mais procurado que para outras demandas. Isso apesar de que a assistência ao parto normal encontra-se entre as primeiras causas de internação hospitalar. Porém, percebe-se que os dados aqui analisados refletem apenas uma parte da realidade.

O numerador, número de afecções perinatais registradas pelo SIH-SUS pode ser influenciado pela capacidade de antecipação da suspeita diagnóstica, pela realização dos exames de detecção precoce e pela própria qualidade do pré-natal. No próximo item analisa-se a questão da cobertura do SIH-SUS. Mesmo com uma notificação melhor das afecções perinatais, o indicador agrega causas em que podem estar incluídos diagnósticos imprecisos ou mesmo errados. Basta verificar que o primeiro grupo de causas mais notificado, “outros transtornos respiratórios originados no período perinatal” pode incluir diagnósticos que, sendo diferentes da hipoxia / asfixia, escondem outras condições (infecções congênitas ou mesmo malformações congênitas). A mesma coisa pode ser válida com respeito ao terceiro grupo de causas “outras afecções originadas no período perinatal”, nas quais podem estar incluídas as causas mal definidas.

Já dentro do sistema, i.e., uma vez emitidas as guias de internação, o preenchimento dos campos relacionados ao “diagnóstico principal” e ao “diagnóstico secundário” nas mesmas, pode ser muito falho. Isto vai depender do grau de treinamento, suspeição e confirmação etiológica por parte da equipe na assistência hospitalar, conforme discutido por Lobato e colaboradores (2008).

As afecções perinatais sofrem a influência da inadequação do registro, conforme mencionado acima. Um outro aspecto é a probabilidade de ser emitida uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Em estudo já citado (Lobato *et al.*, 2008), entre 147 casos conhecidos de doença hemolítica perinatal de uma instituição especializada de referência, apenas 63% foram identificados no SIH-SUS.

Desde 1992, houve uma preocupação na definição de políticas de assistência perinatal que começaram focalizando a necessidade de se antecipar a eventos que podem afetar o crescimento e desenvolvimento da criança, passíveis de detecção neonatal. Criou-se então o Programa de Diagnóstico Precoce de Hipotireoidismo e Fenilcetonúria. Buscando uma racionalização da organização da assistência, uniformização da atenção e melhora do custeio, o Ministério da Saúde formulou as

bases da política de assistência perinatal mediante a Portaria 822 de 6 de junho de 2001. Foi estabelecido o Programa Nacional de Triagem Neonatal, que inclui o chamado “teste do pezinho” e a incumbência, por parte dos estados, de estabelecerem um Serviço de Referência e Triagem Neonatal em cada unidade federada. O credenciamento da maioria dos estados para a implantação destes serviços terminou sendo realizado em 2002. Hoje existem estados com condições de oferta de testes ampliados incluindo outras hemoglobinopatias, outros distúrbios de acumulação de aminoácidos, galactosemia e toxoplasmose. Tal intervenção pode explicar a inflexão observada nas notificações a partir do ano 2002.

Referências

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists, 2000. Risk factors for intrauterine growth restriction. ACOG Practice Bulletin (12). Editorial.

Almeida SDM & Barros MBA. 2005. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública 17(1): 15-25.

Laurenti R, Buchalla CM & Costa Jr. ML. 1984. Estudo de morbidade e da mortalidade perinatal em maternidades. I - Descrição do projeto e resultados gerais. Revista de Saúde Pública 18(6): 436-447.

Lobato G, Reichenheim ME & Coeli CM. 2008. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS): uma avaliação preliminar do seu desempenho no monitoramento da doença hemolítica perinatal Rh(D). Cadernos de Saúde Pública 24(3):606-614.

NHMRC – National Health & Medical Research Council, 2000. Perinatal Morbidity – Austrália. Report of the Health Committee Expert Panel on Perinatal Morbidity. Canberra: Australian Government Publishing.

Peleg D, Kennedy CM, Hunter SK. 1998. Intrauterine growth restriction: identification and management. American Family Physician 58 (2): 453-464.

Sánchez-Nuncio HR, Pérez-Toga G, Pérez-Rodríguez P, Vasquez-Nava F. 2005. Impacto del control prenatal em la morbilidad y mortalidad neonatal. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 43(5):377-380.

Souza JMP, Buchalla CM & Laurenti R. 1987. Estudo de morbidade e da mortalidade perinatal em maternidades. III – Anomalias congênitas em nascidos vivos. Revista de Saúde Pública 21(1): 5-12.