

# Principais causas de internações hospitalares por transtornos maternos\*

HOSPITALIZATIONS LEADING CAUSES FOR MATERNAL DISORDERS

LAS PRINCIPALES CAUSAS DE HOSPITALIZACIONES POR TRASTORNOS MATERNOS

Thaise Castanho da Silva Veras<sup>1</sup>, Thais Aidar de Freitas Mathias<sup>2</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Apresentar as taxas de internações obstétricas de mulheres residentes no Paraná em 2010. **Método:** Estudo descritivo em que as internações do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde de mulheres de 10 a 49 anos foram analisadas, por meio de percentuais, segundo diagnóstico principal, idade e Regionais de Saúde, disponível no site do DATASUS. **Resultados:** A Taxa de Intercorrência Obstétrica (TxIO) foi de 38%, aumentando com a idade da mulher. As complicações do trabalho de parto e do parto (10,5%) e a gravidez que termina em aborto (9,1%) foram os diagnósticos com as TxIO mais elevadas. As TxIO variaram de 8,4% para Telêmaco Borba a 62,6% para Ponta Grossa. **Conclusão:** A equipe de saúde deve monitorar as taxas de internações por complicações obstétricas, pois estas indicam a qualidade da atenção à saúde da mulher, voltada principalmente ao trabalho de parto, ao parto e às gestantes com mais de idade.

## DESCRIPTORIOS

Gravidez  
Hospitalização  
Sistemas de informação  
Enfermagem obstétrica  
Mortalidade materna

## ABSTRACT

**Objective:** Presenting the rates of obstetric admissions of women living in Paraná in 2010. **Method:** A descriptive study in which the admission information of the hospital system of the Unified Health System was analyzed. Data from women aged between 10 to 49 years available on the DATASUS website were analyzed, using percentage and according to primary diagnosis, age and Regional Health area. **Results:** The Rate of Obstetric Complications (RtOC) was 38%, increasing with the age of women. Complications of labor and delivery (10.5%), and pregnancy with abortive outcome (9.1%) were the diagnoses with highest RtOC. The RtOC ranged between 8.4% in Telêmaco Borba, until 62.6% in Ponta Grossa. **Conclusion:** The healthcare team should monitor the rates of admissions for obstetric complications as these indicate the quality of health care of women, mainly focused on labor, delivery and women of older age.

## DESCRIPTORS

Pregnancy  
Hospitalization  
Information systems  
Obstetrical nursing  
Maternal mortality

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir las tasas de hospitalizaciones obstétricas de las mujeres que viven en Paraná durante el año 2010. **Método:** Estudio descriptivo en el cual se analizaron las hospitalizaciones de mujeres de 10 a 49 años del Sistema de Información Hospitalaria del Sistema Único de Salud por medio de: porcentajes, diagnóstico principal, edad y Regional de Salud disponible en el sitio web DATASUS. **Resultados:** La Tasa de complicaciones obstétricas fue del 38%, la que aumenta con la edad de la mujer. Las complicaciones del trabajo de parto y del parto (10,5%) y el aborto (9,1%) fueron los diagnósticos con mayor tasa de complicaciones obstétricas. Las tasas variaron de 8,4% en Telêmaco Borba a 62,6% en Ponta Grossa. **Conclusión:** El equipo de salud debe vigilar las tasas de hospitalizaciones por complicaciones obstétricas, con especial énfasis en aquellas por trabajo de parto, parto y de las gestantes de mayor edad, ya que éstas demuestran la calidad de la atención de salud de la mujer.

## DESCRIPTORIOS

Embarazo  
Hospitalización  
Sistemas de información  
Enfermería obstétrica  
Mortalidad materna

\* Extraído da dissertação "Morbidade materna e morbidade materna grave (near miss): análise das internações financiadas pelo Sistema Único de Saúde", Universidade Estadual de Maringá, 2011. <sup>1</sup> Mestre em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil. thaissecsilva@hotmail.com  
<sup>2</sup> Professora Associada, Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

## INTRODUÇÃO

Todos os dias aproximadamente 1.500 mulheres morrem em todo o mundo por complicações relacionadas à gravidez, parto e puerpério. Tais complicações têm sido utilizadas como principal indicador para avaliar a saúde da mulher na comunidade. As causas da mortalidade materna são bem conhecidas: complicações obstétricas que incluem hemorragia, infecções puerperais, eclampsia, trabalho de parto prolongado e complicações do aborto<sup>(1)</sup>, das quais 98% são consideradas evitáveis se a assistência à saúde durante o pré-natal, trabalho de parto e parto for de melhor qualidade<sup>(2)</sup>.

A instituição do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) em 2000<sup>(3)</sup> normatizou a assistência a gestante, estabelecendo desde o número mínimo de consultas de pré-natal e exames complementares, até a idade gestacional correta de ingresso no pré-natal.

A expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), com propósito de reorganização dos serviços de atenção à saúde, busca redução da mortalidade materna, o que vem acontecendo nos últimos anos, mas ainda em ritmo lento, mostrando que o Brasil ainda está longe de atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, de redução das taxas de mortalidade materna em 1/3 até o ano de 2015<sup>(4)</sup>.

O óbito materno é um evento devastador para a família e a comunidade, mas representa apenas a ponta do imenso *iceberg* dos problemas de saúde típicos do período gestacional e do parto<sup>(5)</sup>. É preciso ampliar o campo de estudos sobre a saúde da mulher buscando informações sobre a morbidade materna segundo os principais agravos, sua frequência e os níveis de gravidade.

Transtornos maternos na gestação podem ser definidos como um grupo de condições físicas resultantes ou agravadas pela gravidez e com potencial de comprometer a saúde da mulher. Essas condições adversas, também chamadas de complicações obstétricas, a depender de sua gravidade, podem resultar em internações hospitalares durante a gestação, o parto ou após o parto, e podem ser consideradas um indicador de avaliação da saúde da mulher<sup>(6)</sup>.

Nos Estados Unidos, entre 8 e 27% das mulheres foram hospitalizadas pelo menos uma vez durante a gestação e as causas mais comuns foram: o trabalho de parto prematuro, hiperêmese gravídica, infecção do trato urinário e doença hipertensiva específica da gestação<sup>(6)</sup>. No Brasil, estima-se que, do total das internações hospitalares em mulheres em idade reprodutiva, 26,7% ocorreram por complicações obstétricas<sup>(7)</sup>. As internações por complicações obstétricas representam a fração mais grave desses agravos, merecedoras de cuidados hospitalares, o que justifica a importância de seu estudo para avaliar o quanto a assistência à saúde, principalmente no pré-natal, tem respondido às necessidades da mulher nesse período.

Embora existam estudos que avaliam a saúde da mulher segundo indicadores de mortalidade materna, até o momento não foram identificados os que analisaram a situação de saúde durante a gestação em mulheres residentes no Paraná, especificamente as relacionadas às internações hospitalares por complicações obstétricas. Este fato, adicionado à existência de desigualdades regionais nos perfis de saúde da comunidade, que devem ser conhecidas, justificam a realização do presente estudo. Seu objetivo foi descrever as taxas de internações obstétricas e as principais causas dessas hospitalizações.

## MÉTODO

Estudo descritivo de todas as internações hospitalares financiadas pelo setor público de mulheres residentes no Paraná em 2010, cuja população nesse ano foi de 10.439.601 habitantes, distribuídos em 399 municípios e 22 Regionais de Saúde. Os dados foram coletados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), disponíveis ao público no sítio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). A seleção foi feita pesquisando-se os campos *diagnóstico principal*, *tipo de alta*, *procedimento realizado* e, para alguns casos, *o diagnóstico secundário* e *diária de UTI*.

O processo de construção do banco de dados obedeceu as etapas esquematizadas na Figura 1. Primeiro foram selecionadas todas as internações de residentes no Paraná ocorridas em 2010 e, em seguida, 246.048 de mulheres de 10 a 49 anos de idade. Dessas foram selecionadas 34.472 cujo diagnóstico principal inseria-se no capítulo XV da Classificação Internacional de Doenças-CID-10<sup>(8)</sup> - gravidez, parto e puerpério (códigos O00 a O99), exceto parto. Considerando a existência de agravos ou complicações em internações com diagnóstico principal de parto, foram avaliadas e foram selecionadas 141 cuja alta foi por óbito e/ou com diária de UTI, ou que tivessem procedimento indicativo de morbidade materna grave.

Foram pesquisadas ainda as internações com diagnóstico principal inserido em outros capítulos da CID 10, tendo sido encontradas nove internações com diagnóstico secundário no capítulo XV e 1.605 com procedimentos indicando complicações obstétricas. Das 1.605 internações foram selecionadas apenas 525, uma vez que as demais não foram consideradas complicações, pois se tratavam de *parto cesariano com laqueadura tubária*, com diagnóstico principal de *esterilização*. O banco de dados de estudo ficou constituído por 35.147 internações (Figura 1).

Para seleção dos procedimentos foi utilizada a tabela de procedimentos obstétricos da classificação SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais especiais do SUS) que unifica e padroniza os códigos do SIH-SUS e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS)<sup>(9)</sup>. Como alguns códigos de complicações maternas

não constam da classificação SIGTAP, foram também utilizados critérios de pesquisadores do município de Campinas-SP que elaboraram uma lista de procedimentos e códigos/diagnósticos da CID-10, validada no Brasil

em 2006<sup>(10)</sup>. Para a análise das internações segundo as 22 Regionais de Saúde, foi identificado no banco de dados o código dos municípios, que foram agrupados em suas respectivas Regionais.

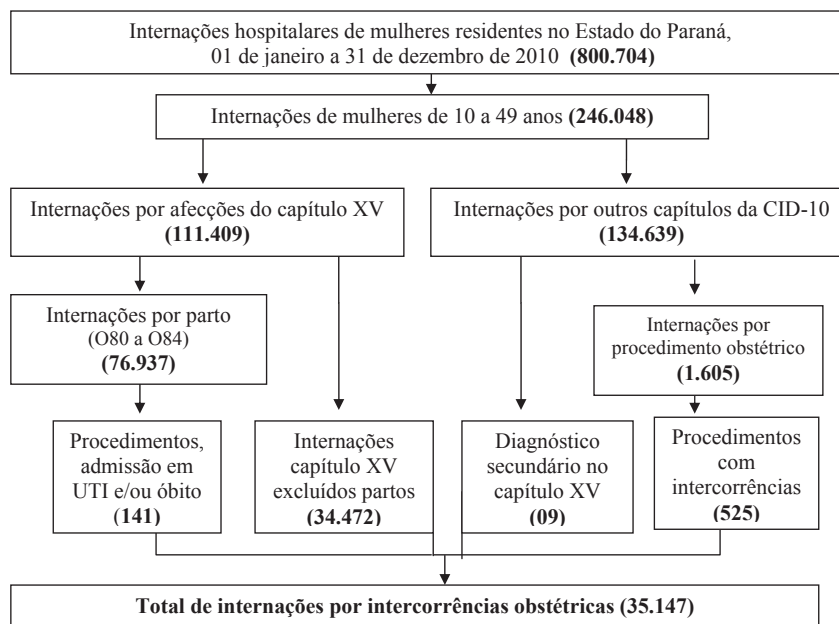


Figura 1 - Processo de seleção das internações no SIH-SUS

A morbidade materna foi analisada utilizando a taxa de intercorrência obstétrica (TxIO) total, segundo o diagnóstico, a idade da mulher e a Regional de Saúde. A TxIO é o percentual de internações por intercorrências obstétricas em relação ao total de partos<sup>(11)</sup>. Em 2010, o total de partos realizado pela rede pública de mulheres residentes no Paraná foi de 92.397, 76.937 dos quais identificados pelo diagnóstico principal de internação e 15.460, pelo procedimento realizado.

O diagnóstico principal foi analisado segundo agrupamentos e subcategorias mais frequentes da CID-10 por idade (10 a 19; 20 a 34 e 35 anos e mais). Destaca-se que os diagnósticos principal e secundário constantes no banco de dados do SIH-SUS são codificados no hospital onde ocorreu a internação, por técnicos, em geral do setor de faturamento dos hospitais, com base em informações colhidas no prontuário.

Para tabulação e análise dos dados foram utilizados os programas *Microsoft Office Excel* e *PASW Statistics 18*. O estudo foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá-PR (parecer 093/2011).

## RESULTADOS

No Paraná, em 2010, em cada 100 partos financiados pelo SUS, ocorreram 37,8 internações por complicações durante a gestação, o parto e o puerpério, com um mínimo de 33,4 em mulheres de 15 a 19 anos e máximo de 125,9 naquelas de 45 a 49 anos de idade. Embora o percentual de partos seja decrescente entre as mulheres a partir de 25 anos, as taxas de intercorrências obstétricas crescem conforme aumenta a idade (65,4% para mulheres de 40 a 44 anos e 125,9% para as de 45 a 49 anos) (Figura 2).

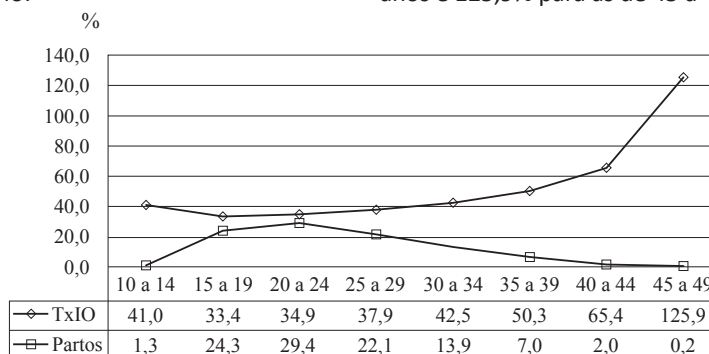


Figura 2 - Taxa de intercorrências obstétricas (TxIO) e percentual de partos segundo idade - Paraná, Brasil, 2010.

Tanto para a proporção como para as TxIO, por agrupamentos de diagnósticos, destacam-se as complicações do trabalho de parto e parto (27,6%, taxa de 10,5%), a gravidez que termina em aborto (24,1%, taxa de 9,1%), a assistência à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por problemas relativos ao parto (17,9%, taxa de 6,8%) e outros transtornos maternos (13,5%, taxa de 5,1%) (Tabela 1).

Observando-se cada diagnóstico, o aborto espontâneo foi o mais frequente, com 10,9% do total das internações (45,1% em relação ao seu agrupamento), seguido pelas hemorragias no início da gravidez (5,8% ou 43,1% em seu agrupamento) e a hipertensão gestacional com proteinúria (3,5% ou 38,2% em seu agrupamento) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Distribuição das internações segundo diagnóstico principal\*, idade e taxas de intercorrências obstétricas (TxIO)\*\* - Paraná, Brasil, 2010

Diagnóstico Principal	10 a 19			20 a 34			35 a 49			Total		
	N	%	TxIO	N	%	TxIO	N	%	TxIO	N	%	TxIO
<b>Complicações do trabalho de parto e do parto</b>	<b>2407</b>	<b>30,2</b>	<b>10,2</b>	<b>6392</b>	<b>28,4</b>	<b>10,6</b>	<b>910</b>	<b>19,6</b>	<b>10,8</b>	<b>9709</b>	<b>27,6</b>	<b>10,5</b>
Contração uterina anormal	760	31,6	3,2	1748	27,3	2,9	229	25,2	2,7	2737	28,2	2,9
Obstrução do trabalho de parto pela anormalidade pélvica	552	22,9	2,3	1570	24,6	2,6	215	23,6	2,5	2337	24,1	2,5
Outros	1095	45,5	4,6	3074	48,1	5,1	466	51,2	5,5	4635	47,7	5
<b>Gravidez que termina em aborto</b>	<b>1549</b>	<b>19,4</b>	<b>6,6</b>	<b>5209</b>	<b>23,1</b>	<b>8,6</b>	<b>1714</b>	<b>36,9</b>	<b>20,2</b>	<b>8472</b>	<b>24,1</b>	<b>9,1</b>
Aborto espontâneo	712	46,0	3	2332	44,8	3,9	777	45,3	9,2	3821	45,1	4,1
Outros produtos anormais da concepção	516	33,3	2,2	1701	32,7	2,8	571	33,3	6,7	2788	32,9	3
Outros	321	20,7	1,4	1176	22,6	2	366	21,4	4,3	1863	22,0	2
<b>Assistência à mãe por motivos ligados ao feto, cavidade amniótica e problemas do parto</b>	<b>1587</b>	<b>19,9</b>	<b>6,7</b>	<b>4007</b>	<b>17,8</b>	<b>6,6</b>	<b>704</b>	<b>15,1</b>	<b>8,3</b>	<b>6298</b>	<b>17,9</b>	<b>6,8</b>
Ruptura em Membranas	533	33,6	2,3	1322	33,0	2,2	289	41,1	3,4	2144	34,0	2,3
Falso trabalho de parto	448	28,2	1,9	921	23,0	1,5	133	18,9	1,6	1502	23,9	1,6
Outros	606	38,2	2,6	1764	44,0	2,9	282	40,1	3,3	2652	42,1	2,9
<b>Outros transtornos maternos relacionados, à gravidez</b>	<b>1220</b>	<b>15,3</b>	<b>5,2</b>	<b>2994</b>	<b>13,3</b>	<b>5</b>	<b>531</b>	<b>11,4</b>	<b>6,3</b>	<b>4745</b>	<b>13,5</b>	<b>5,1</b>
Hemorragia do início da gravidez	489	40,1	2,1	1308	43,7	2,2	247	46,2	2,9	2044	43,1	2,2
Infecções do trato urinário na gravidez	489	40,1	2,1	863	28,8	1,4	118	22,2	1,4	1470	31,0	1,5
Outros	242	19,8	1	823	27,5	1,4	166	31,3	2	1231	25,9	1,3
<b>Edema protein, transt. Hipert. da gravidez, parto e puerpério</b>	<b>578</b>	<b>7,2</b>	<b>2,5</b>	<b>2157</b>	<b>9,6</b>	<b>3,6</b>	<b>501</b>	<b>10,8</b>	<b>5,9</b>	<b>3236</b>	<b>9,2</b>	<b>3,4</b>
Hipertensão gestacional com proteinúria	207	35,8	1	860	39,9	1,4	170	33,9	2	1237	38,2	1,3
Hipertensão pré-existente, com complicação grave, parto puerpério	138	23,9	0,6	521	24,2	0,9	147	29,3	1,7	806	24,9	0,9
Outros	233	40,3	1	776	36,0	1,3	184	36,7	2,2	1193	36,9	1,4
<b>Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte</b>	<b>325</b>	<b>4,1</b>	<b>1,4</b>	<b>1005</b>	<b>4,5</b>	<b>1,7</b>	<b>137</b>	<b>2,9</b>	<b>1,6</b>	<b>1467</b>	<b>4,2</b>	<b>1,6</b>
<b>Complicações do puerpério</b>	<b>154</b>	<b>1,9</b>	<b>0,7</b>	<b>332</b>	<b>1,5</b>	<b>0,6</b>	<b>59</b>	<b>1,3</b>	<b>0,7</b>	<b>545</b>	<b>1,6</b>	<b>0,6</b>
<b>Parto com admissão em UTI e/ou óbito</b>	<b>35</b>	<b>0,4</b>	<b>0,2</b>	<b>78</b>	<b>0,3</b>	<b>0,1</b>	<b>28</b>	<b>0,6</b>	<b>0,3</b>	<b>141</b>	<b>0,4</b>	<b>0,2</b>
<b>Diagnósticos em outros capítulos da CID-10</b>	<b>124</b>	<b>1,6</b>	<b>0,5</b>	<b>345</b>	<b>1,5</b>	<b>0,6</b>	<b>65</b>	<b>1,4</b>	<b>0,8</b>	<b>534</b>	<b>1,5</b>	<b>0,6</b>
<b>Total</b>	<b>7979</b>	<b>100,0</b>	<b>33,8</b>	<b>22519</b>	<b>100,0</b>	<b>37,3</b>	<b>4649</b>	<b>100,0</b>	<b>54,9</b>	<b>35147</b>	<b>100,0</b>	<b>37,8</b>

\*Por agrupamentos e categorias mais frequentes da CID-10. \*\*Taxa de intercorrências obstétricas = razão entre as internações e o número de partos em cada idade.

Em relação aos diagnósticos por faixas de idade, observou-se que para as gestantes com 35 anos ou mais de idade destacaram-se a gravidez que termina em aborto, com 20,2 internações para cada 100 partos; em contraste, de 6,6 para as mulheres de 10 a 19 anos e de 8,6 para as de 20 a 34 anos de idade. Apenas para o falso trabalho de parto (1,9%) e as infecções do trato urinário na gravidez (2,1%) foram observadas taxas de internação mais elevadas para as gestantes adolescentes (Tabela 1). Os demais diagnósticos aparecem com altos percentuais de

internação, evidenciando valores maiores para as gestantes acima de 35 anos de idade. Existe, portanto, no perfil das internações por intercorrências obstétricas uma variabilidade dentre os agravos que podem levar a um episódio de internação, expondo as gestantes paranaenses e seus conceitos a algum risco a saúde.

Observou-se que para sete Regionais de Saúde as taxas de internação foram superiores à média do estado do Paraná, de 37,8 internações para cada 100 partos. As taxas

de internação variaram: a mais baixa foi de Telêmaco Borba (8,4%) e a mais alta, de Ponta Grossa (62,6%). Enquanto em Telêmaco Borba a taxa de cesáreas foi de 20,3%, a Regional de Ponta Grossa apresentou taxa de 34,2%. As

RS de Maringá, com taxas de intercorrências obstétricas de 50%, e Campo Mourão, de 32,9%, foram as que apresentaram os maiores percentuais de parto cesáreo (51,6 e 48,8%, respectivamente) (Tabela 2).

**Tabela 2** - Distribuição das internações por parto, tipo de parto e taxas de intercorrências obstétricas, segundo a Regional de Saúde - Paraná, Brasil, 2010

Regional de Saúde	Total de internações*	Partos		Parto (%)		Intercorrências	
		n(a)	%	vaginal	cesáreo	n(b)	taxa (b/a)
01ª Paranaguá	3111	2457	79,0	66,3	33,7	687	28,0
02ª Metropolitana	36381	29949	82,3	68,2	31,8	13457	44,9
03ª Ponta Grossa	8658	6717	77,6	65,8	34,2	4203	62,6
04ª Irati	2347	1755	74,8	68,5	31,5	752	42,8
05ª Guarapuava	5728	5151	89,9	69,4	30,6	999	19,4
06ª União da Vitória	2310	1833	79,4	62,7	37,3	961	52,4
07ª Pato Branco	2906	2508	86,3	66,1	33,9	599	23,9
08ª Francisco Beltrão	2919	2593	88,8	57,8	42,2	1091	42,1
09ª Foz do Iguaçu	5253	4199	79,9	66,1	33,9	1256	29,9
10ª Cascavel	5973	5215	87,3	56,5	43,5	1335	25,6
11ª Campo Mourão	3750	2953	78,7	51,1	48,9	971	32,9
12ª Umuarama	1975	1622	82,1	56,5	43,5	451	27,8
13ª Cianorte	1346	1001	74,4	76,6	23,4	360	36,0
14ª Paranavaí	2338	1794	76,7	57,9	42,1	627	34,9
15ª Maringá	6187	4521	73,1	48,3	51,7	2260	50,0
16ª Apucarana	3033	2417	79,7	56,1	43,9	933	38,6
17ª Londrina	7146	6393	89,5	62,1	37,9	2148	33,6
18ª Cornélio Procopio	2393	2041	85,3	74,7	25,3	448	22,0
19ª Jacarezinho	2752	2207	80,2	73,2	26,8	753	34,1
20ª Toledo	2569	2369	92,2	61,2	38,8	567	23,9
21ª Telêmaco Borba	1820	1722	94,6	79,7	20,3	144	8,4
22ª Ivaiporã	1048	980	93,5	65,0	35,0	145	14,8
<b>Paraná</b>	<b>111943</b>	<b>92397</b>	<b>82,5</b>	<b>64,5</b>	<b>35,5</b>	<b>35147</b>	<b>37,8</b>

\*Soma das internações por diagnóstico principal (111.409) e secundário (09) do capítulo gravidez, parto e puerpério e das internações com procedimento de intercorrência (525).

Foram identificados 28 óbitos, 16 (57,1%) dos quais em mulheres de 20 a 34 anos. Em 42,9% dos casos, o mo-

tivo que levou a mulher a procurar o hospital foi o diagnóstico de parto (Tabela 3).

**Tabela 3** - Distribuição dos óbitos maternos segundo a idade e o diagnóstico principal de internação - Paraná, Brasil, 2010

Diagnóstico principal de internação	10 a 19		20 a 34		35 a 49		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Gravidez que termina em aborto	-	-	1	6,3	-	-	1	3,6
Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério	-	-	5	31,3	3	30,0	8	28,6
Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto	-	-	-	-	2	20,0	2	7,1
Complicações do trabalho de parto e do parto	-	-	2	12,5	1	10,0	3	10,7
Parto	1	50,0	7	43,8	4	40,0	12	42,9
Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte	-	-	1	6,3	-	-	1	3,6
Choque não classificado em outra parte	1	50,0	-	-	-	-	1	3,6
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>

## DISCUSSÃO

No estado do Paraná, em 2010, em cada 100 partos financiados pelo SUS, ocorreram 38,7 internações hospitalares por intercorrências obstétricas. A ocorrência foi maior em mulheres acima de 40 anos, alcançando 65,4%

naquelas entre 40 e 44 anos e 125,9% na faixa etária dos 45 aos 49 anos.

Estudo realizado na Ucrânia encontrou taxa de 52% de admissões hospitalares por complicações durante a gravidez em relação aos partos<sup>(12)</sup>. As mais frequentes e mais graves são as complicações do trabalho de parto e

do parto, que nos Estados Unidos chegam a 31,2 para cada 100 partos<sup>(13)</sup>.

No presente estudo, os diagnósticos mais frequentes foram as *complicações do trabalho de parto e do parto, gravidez que termina em aborto e assistência à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e problemas relativos ao parto*. Os diagnósticos mais frequentes para mulheres de 10 a 34 anos repetem essa mesma ordem. No entanto, acima dos 35 anos, o diagnóstico mais frequente foi a *gravidez que termina em aborto*.

As maiores TxIO foram observadas entre as mulheres acima de 35 anos, corroborando os achados de estudo realizado no Chile, que constatou a ocorrência de 16,9% de internações por sangramento e 13,1% por alterações glicêmicas em mulheres dessa idade<sup>(13)</sup>.

Além das complicações para a saúde da mulher, as gestações em idade mais elevada podem ter resultados perinatais desfavoráveis. Em estudo com dois grupos de gestantes, com menos de 35 anos e 35 anos e mais, no segundo grupo foi encontrado um número maior de complicações para o recém-nascido, como baixo peso, macrosomia, prematuridade, índice de Apgar menor que 7 no 1º e 5º minutos de vida, além de óbitos fetais<sup>(14)</sup>.

Estudo sobre complicações que ocorrem no trabalho de parto mostrou que há relação entre a falta de acolhimento e humanização da equipe de saúde e o aumento das intercorrências obstétricas. Entrevista com os profissionais em hospital público de um município do Paraná revelou que o atendimento às parturientes no parto é despersonalizado, com práticas intervencionistas desnecessárias, o que contribui para o aumento das intercorrências obstétricas<sup>(15)</sup>.

Quanto ao percentual elevado de internações por *gravidez que termina em aborto* é importante ressaltar a necessidade de a equipe repensar as estratégias de assistência à mulher, tanto para o planejamento familiar, que abrange todas as faixas etárias, como para os riscos de complicações que aumentam com a idade.

As internações decorrentes da *assistência à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por problemas relativos ao parto* tiveram como complicações a ruptura prematura de membranas (34%) e o falso trabalho de parto (23,9%). Em estudo caso-controle realizado em município do sul do Brasil foi verificada associação entre a ruptura da membrana amniótica e a prematuridade, o que mostra que os transtornos maternos repercutem em aumento da morbidade perinatal<sup>(16)</sup>.

Entre as internações por *outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez* chamaram a atenção a hemorragia do início da gravidez (43,1%) e as infecções urinárias (31,0%). A infecção urinária é considerada prevenível por ser sensível às ações desenvolvidas na atenção primária em saúde e internações por esse

motivo podem indicar má qualidade do cuidado nesse nível de atenção<sup>(17)</sup>. Deve ser ressaltado que o maior percentual de internações por infecções urinárias observado no presente estudo ocorreu em gestantes adolescentes, acrescentando mais uma complicação a ser considerada pela equipe de saúde no atendimento às gestantes dessa faixa etária.

Neste estudo as internações por *edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério*, embora menos frequentes (9,2% do total das complicações), ocorreram predominantemente nas mulheres mais velhas (10,8%), do que no grupo etário de 20 a 34 anos (9,6%) e nas adolescentes (7,2%).

As doenças hipertensivas de causas obstétricas diretas são as maiores responsáveis pela mortalidade materna no mundo e no Brasil<sup>(17)</sup>. Portanto, o monitoramento da pressão arterial a cada consulta de pré-natal é essencial para a identificação precoce dos problemas hipertensivos, visando à prevenção da evolução de sinais e sintomas potencialmente fatais<sup>(18)</sup>.

Considerando a desigualdade no acesso aos serviços de saúde e também no perfil da população atendida, um dos objetivos do estudo foi analisar as variações nas internações por transtornos obstétricos em áreas geográficas menores, o que foi feito comparando-se as TxIO em cada Regional de Saúde com o percentual de parto cesáreo. Partiu-se do pressuposto que a medicalização do parto, expressa no número elevado de cesáreas, estaria presente nas Regionais com TxIO também elevadas.

O parto cirúrgico pode ser o mais indicado para mulheres com algum risco identificado durante a gestação, como, por exemplo, diagnóstico de cardiopatia congênita e alguns outros casos patológicos previamente diagnosticados<sup>(19)</sup>. Já a cesariana eletiva pode aumentar as ocorrências de infecções e hemorragias, além da possibilidade de laceração acidental de algum órgão<sup>(20)</sup>.

Foram observadas menores TxIO (8,4%) e de parto cesáreo (20,3%) na RS de Telêmaco Borba e TxIO elevada (50%) e taxa de cesárea também elevada (51,7%) na RS de Maringá. Esse comportamento não foi uniforme no estado do Paraná, pois houve Regionais com taxas de parto cesáreo mais baixas, mas com TxIO elevadas, como ocorreu com Ponta Grossa e União da Vitória. Considerando que a hospitalização pode estar associada à variação dos indicadores em cada região, outros estudos devem ser realizados para verificar por Regional de Saúde a quantidade de médicos para o atendimento à gestante e de enfermeiros por habitante, o número de hospitais, o acesso aos serviços de saúde e também, dependendo da região, os padrões de cuidado, como a cobertura pela ESF.

A taxa de intercorrência obstétrica analisada neste estudo consiste em um parâmetro assistencial citado em portaria do Ministério da Saúde<sup>(11)</sup>. Esse indicador pode ser utilizado para avaliar, mesmo que de forma indireta, a

qualidade da atenção dispensada à mulher durante a gestação, seja ela relacionada à educação, promoção, prevenção, diagnóstico precoce ou tratamento. Ou seja, quanto melhor o acesso e a qualidade do atendimento, menores as taxas de internação por complicações obstétricas.

O banco de dados sobre internações hospitalares do Ministério da Saúde (SIH-SUS) pode ser utilizado para estudos de morbidade hospitalar, pois, além da vigilância das complicações obstétricas, traz informações importantes para a compreensão das circunstâncias do óbito materno<sup>(21)</sup>. Vale lembrar que esses dados hospitalares são utilizados em análises e investigações realizadas pelos Comitês Regionais e Comitê Estadual de Mortalidade Materna no estado do Paraná.

Algumas limitações devem ser consideradas ao avaliar os resultados deste estudo. Os dados do SIH-SUS retratam somente as intercorrências que, por sua gravidade, levaram a uma internação, não sendo incluídos outros eventos que ocorrem durante a gestação, em que as mulheres são atendidas em setores ambulatoriais de urgência e/ou pronto atendimento, os quais também devem ser monitorados.

Outra consideração é aquela clássica relativa ao banco de dados do SIH-SUS que, por integrar somente internações financiadas pelo setor público, não retrata a totalidade dos casos que ocorrem em toda a população de gestantes. Destaca-se ainda que as internações analisadas neste estudo referem-se ao total de internações e não de gestantes, ou seja, uma mesma mulher pode ter sido internada mais de uma vez durante o ano de 2010, portanto, para o cálculo da taxa, todas as internações foram incluídas no numerador.

A qualidade dos dados no SIH-SUS muitas vezes também é questionada<sup>(22)</sup>, principalmente a do diagnóstico de internação, pois pode ocorrer desde a atribuição de códigos pouco precisos até a classificação errada do diagnóstico, já que os trabalhadores dos setores de faturamento dos hospitais muitas vezes não estão treinados para a tarefa de codificação dos diagnósticos. A esse respeito é essencial que os gestores municipais e os trabalhadores dos setores de auditoria estejam preparados e sensibilizados para a avaliação e o controle das internações hospitalares a fim de garantir a cobertura e a qualidade das informações do SIH-SUS para que sejam úteis nas decisões locais e regionais relativas ao acesso e à qualidade da atenção à saúde da população<sup>(23)</sup>.

Embora existam limitações, o banco de dados do SIH-SUS deve ser utilizado em estudos epidemiológicos, pois

representa o universo das internações hospitalares financiadas pelo setor público no Brasil e, quando analisado juntamente com resultados de outras fontes, evidencia as doenças mais prevalentes, podendo subsidiar a fixação de planos políticos e a alocação de recursos públicos em uma comunidade.

## CONCLUSÃO

Neste estudo, a descrição das internações por complicações obstétricas, com seleção dos diagnósticos principal e secundário de admissão em UTI e óbito hospitalar, dos procedimentos realizados e ainda dos procedimentos constantes na lista de casos de morbidade materna grave, pode consistir em um modelo de análise a ser adotado para vigilância da saúde da gestante e vigilância da qualidade dos serviços.

Os resultados permitiram a constatação de que as internações foram proporcionalmente mais frequentes para as gestantes acima de 40 anos de idade, principalmente por gravidez que termina em aborto, ruptura prematura de membranas e hipertensão na gravidez. Nas gestantes adolescentes, chamou atenção a maior TxIO por internações por infecção urinária.

Em relação ao principal diagnóstico de internação, representado pelas *complicações do trabalho de parto e do parto*, outros estudos mais localizados devem ser realizados para investigar se esses agravos decorrem de condições maternas pré-existentes ou da possibilidade de excesso de medicalização durante o trabalho de parto.

A esse respeito, os comitês hospitalares de vigilância da mortalidade materna e infantil poderiam ampliar suas atividades avaliando também as internações por complicações obstétricas, suas causas e o cuidado prestado à gestante hospitalizada, trazendo à discussão o reconhecimento dos problemas e propondo soluções.

Além da vigilância hospitalar dos casos de complicações durante o trabalho de parto e o parto, as internações obstétricas e as complicações durante o trabalho de parto e parto poderiam ser agravos incluídos no rol dos indicadores monitorados pelos municípios, instituições e trabalhadores da Atenção Básica e da ESF.

Espera-se que outros estudos sobre internações ou complicações obstétricas durante a gestação sejam realizados em diferentes estados e regiões do Brasil para possibilitar comparações e ampliar o conhecimento sobre a saúde da mulher, contribuindo para tornar a maternidade mais segura no País.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília; 2009.
2. United Nations Children's Fund. The State of the World's Children 2009: maternal and newborn health [Internet]. New York: UNICEF; 2009 [cited 2012 Mar 25]. Available from: <http://www.unicef.org/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-EN.pdf>

3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília; 2000 [citado 2012 maio 8] Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>
4. World Health Organization. World health statistics 2011 [Internet]. Geneva; 2011 [cited 2013 Nov 27]. Available from: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/EN\\_WHS2011\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2011_Full.pdf)
5. Geller SE, Cox SM, Callaghan WM, Berg CJ. Morbidity and mortality in pregnancy: laying the groundwork for safe motherhood. *Women's Health Issues*. 2006;16(4):176-88.
6. Bacak SJ, Callaghan WM, Dietz PM, Crouse C. Pregnancy-associated hospitalizations in the United States, 1999-2000. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(2):592-7.
7. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet (Saúde no Brasil)*. 2011 [Internet] [citado 2012 maio 20]. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>
8. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID 10. São Paulo: EDUSP; 1998.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 321 de 8 de fevereiro de 2007. Institui a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais - OPM do Sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2012 mar. 25]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/Portaria%20GM-321.pdf>
10. Sousa MH, Cecatti JG, Hardy EE, Serruya SJ. Severe maternal morbidity (near miss) as a sentinel event of maternal death: an attempt to use routine data for surveillance. *Reprod Health*. 2008;5:6.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1101/GM, de 12 de junho de 2002. Estabelece parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS [Internet]. Brasília; 2002 [citado 2012 mar. 25]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>
12. Little RE, Little AS, Chislovska N, Hulchiy OP, Monaghan SC, Gladen BC. Hospital admissions during pregnancy in two urban areas of Ukraine. *Pediatr Perinat Epidemiol*. 2001;15(4):323-7.
13. Chamy VP, Cardemil FM, Betancour PM, Rios MS, Leighton LV. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2009;74(6):331-8.
14. Gravena AAF, Sass A, Marcon SS, Pelloso SM. Outcomes in late-age pregnancies. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2012 July 12];46(1):15-21. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/en\\_v46n1a02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/en_v46n1a02.pdf)
15. Sodré TM, Lacerda RA. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(1):82-9.
16. Madi JM, Araújo BF, Zatti H, Rombaldi RL, Lorencetti J, Pinson G, et al. Avaliação dos fatores associados à ocorrência de prematuridade em um hospital terciário de ensino. *Rev AMRIGS*. 2012;56(2):111-8.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária [Internet]. Brasília; 2008 [citado 2012 jul. 12]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm>
18. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cad Saúde Pública*. 2011;27(4):623-38.
19. Cavalcante MS, Guanabara EM, Nadai CP. Complicações maternas associadas à via de parto em gestantes cardiopatas em um hospital terciário de Fortaleza, CE. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012;34(3):113-7.
20. Melo EC, Mathias TAF. Spatial distribution and self-correlation of mother and child health indicators in the State of Parana, Brazil. *Rev Latino Am Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2013 Nov 27];18(6):1177-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/19.pdf>
21. Pessoa I, Menezes ED, Ferreira TF, Dotto LMG, Bessa LF. Percepção de puérperas sobre assistência de enfermagem na gravidez. *Ciênc Cuid Saúde*. 2009;8(2):236-41.
22. Nakamura-Pereira M, Mendes-Silva W, Dias MAB, Reichenheim ME, Lobato G. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS): uma avaliação do seu desempenho para a identificação do near miss materno. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(7):1333-45.
23. Tomimatsu MFAI, Andrade SM, Soares DA, Mathias TAF, Sapatá MPM, Soares DFP, et al. Qualidade da informação sobre causas externas no Sistema de Informações Hospitalares. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):413-20.