

Morbidade materna em mulheres com e sem plano de saúde

Francine Leite
Carina Burri Martins

José Cechin
Superintendente Executivo

Esse texto compara a morbidade materna entre usuárias dos sistemas de saúde público e por plano de saúde. Para esta nota foram utilizadas as informações da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS 2006)¹, feita por inquérito domiciliar com uma amostra de mulheres em idade fértil (n=15.575), incluindo apenas as gravidezes que ocorreram a partir de janeiro de 2001 (n=6.805)².

1. Introdução

Morbidade materna pode ser definida como a ocorrência de complicação durante a gestação, parto ou puerpério que pode levar à morte. Quando o desfecho não é a morte materna, o evento é definido como “*near miss*”, ou seja, a complicação acontece, mas por um bom cuidado hospitalar, ou ao acaso, a mulher sobrevive. A caracterização da morbidade materna permite uma avaliação qualitativa da atenção obstétrica, pois quando o tratamento é adequado a complicação pode ser rompida antes do óbito. Mas é importante notar que cerca de 45,5% dos casos de *near miss poderiam ser evitados por prevenção*³. A incidência de *near miss* na PNDS 2006 foi de 5,1/1000 partos, enquanto que em outro estudo nacional⁴ foi de 8,2/1000 partos. Essa diferença pode ser explicada por diferentes metodologias e critérios de *near miss*.

Apesar de não haver uma definição consensual e geral de *near miss*, pode-se considerar como tal a admissão na UTI, hemorragia, histerectomia (retirada do útero) de emergência, entre outras (desmaio, convulsão, febre). Essas ocorrências são indicadores

¹ Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>

² Foram excluídas 28 observações que não continham a data da gestação

³ Amaral, E.; Luz, A. G.; Souza, J.P.D. A morbidade materna grave na qualificação da assistência: utopia ou necessidade? Rev. Bras. Ginecol. Obstet, v.29, n. 9, p.484-9, 2007.

⁴ Viggiano MGC, Viggiano MB. A necessidade de cuidados intensivos e o termo “near-miss mortality” aplicado à realidade obstétrica brasileira. GO Atual. 2000;9(1):29-32.

para a necessidade de combate à mortalidade materna e também para melhora da qualidade do cuidado obstétrico oferecido⁵.

Sendo assim, o objetivo desta nota é comparar as complicações obstétricas (*near miss* e outras) e os resultados das gestações entre usuárias de plano de saúde e do sistema público de saúde durante a gestação e parto.

2. Características sociodemográficas das mulheres com e sem plano de saúde

Conforme já observado em nota anterior, as mulheres com plano de saúde estão mais concentradas na região Sudeste, com idade entre 24 e 33 anos, apresentam maior nível de escolaridade, são empregadas e possuem maior renda *per capita*.

Tabela 1: Características sociodemográficas das mulheres com e sem plano de saúde que engravidaram a partir de janeiro de 2001. PNDS 2006, Brasil.

Característica	Plano de Saúde		Característica	Plano de Saúde	
	Sim	Não		Sim	Não
Região			Escolaridade (anos de estudo)		
Norte	5,5	11,7	Nenhum	0,2	3,7
Nordeste	13,2	33,9	1-4	4,8	22,7
Sudeste	57,9	34,3	5-8	23,1	39,7
Sul	15,9	12,1	9-11	48,9	31,0
Centro-Oeste	7,6	8,0	≥12	23,0	2,9
Idade (anos)			Situação empregatícia		
15-18	2,7	6,2	Com carteira	50,2	25,8
19-23	15,1	28,7	Sem carteira	42,0	72,4
24-28	28,8	28,6	Funcionária pública	7,8	1,8
29-33	28,9	19,0	Rendimento <i>per capita</i>*		
34-38	13,5	10,2	0,00-0,25	32,0	60,9
39-43	10,1	5,4	0,25-0,50	25,2	26,8
44-49	0,9	1,9	0,50-0,75	16,0	5,9
			0,75-1,00	7,6	2,2
			>1,00	19,3	4,2

* diferença significativa, porém mais de 50% das informações tiveram respostas ignoradas

⁵ Souza, J.P.; Cecatti, J.G.; Parpinelli, M.A.; Souza, M.H.; Serruya, S.J. Cad. Saúde Pública, v.22, n. 2, p.255-64, 2006.

3. Resultados das gravidezes

Das gestações ocorridas a partir de janeiro de 2001, cerca de 12% não alcançaram o último trimestre gestacional e não resultaram em nascido vivo. Das perdas que ocorreram, a maioria foi por aborto espontâneo, sendo maior a frequência entre as usuárias de plano de saúde. Dos 6.805 partos que ocorreram 21,2% foi pelo plano de saúde. A frequência de nascidos mortos foi cerca de 4 vezes maior entre as não usuárias de plano de saúde.

Tabela 2: Características das gravidezes e seus desfechos. PNDS 2006, Brasil

	Plano de Saúde	
	Sim	Não
Término da gestação/nascimento (meses)		
0-3	10,3	8,7
4-6	1,8	2,1
7-9	87,9	89,2
Resultado		
Nascido vivo	87,5	88,0
Perda	12,5	12,0
Tipo perda (n=691)		
Aborto espontâneo	83,7	69,5
Aborto provocado	6,8	13,7
Gravidez nas trompas	3,2	3,8
Nascido morto	3,4	13,0

O aborto espontâneo é a causa mais freqüente de perda de gestação, geralmente ocorre no primeiro trimestre gestacional e por alguma mal-formação do feto, que pode estar associada a problemas genéticos, idade da grávida, entre outros. Já o aborto provocado é um assunto de difícil abordagem, principalmente em inquéritos, visto que a prática de aborto não é legalizada no Brasil. Entretanto, essa maior frequência entre as mulheres sem plano de saúde pode estar relacionada à falta de planejamento familiar, gravidez indesejada e à baixa renda, ou até mesmo por relatarem mais do que as usuárias de plano de saúde. Já a gravidez nas trompas não é muito freqüente e está mais relacionada a fatores fisiológicos, com distribuição similar entre as duas populações.

A maior frequência de natimortos está associada à maior idade materna e a um pré-natal inadequado e geralmente decorre de complicações do parto, como a síndrome

hipertensiva⁶. Nesta pesquisa, a frequência de natimortos foi maior entre as não usuárias de plano de saúde, que têm parto mais jovens (47% têm idade entre 19 e 28 anos, enquanto que entre as usuárias de planos 47% têm idade 34 e 38 anos). Por isso infere-se que essa maior frequência possa estar relacionada a um acompanhamento pré-natal inadequado, dado que as mulheres sem plano de saúde fizeram a primeira consulta pré-natal após os 6 meses (3,4% x 1,7%), a última consulta realizada antes dos 7 meses de gestação (2,3% x 0,7%) e fizeram menos de 6 consultas durante a gestação (14,8% x 3,3%)⁷.

4. Morbidade materna

A morbidade materna pode variar em nuances mais leves, como um aumento de pressão arterial pontual a complicações mais graves, essas denominadas *near miss*, como complicações mais graves que necessitam de cuidado intensivo, sendo necessário internação em UTI, ventilação mecânica e histerectomia de emergência, que poderiam ter levado a óbito.

As morbidades consideradas menos graves (aumento de pressão arterial, sangramento durante a gestação ou pós-parto e febre) foram menos frequentes entre as usuárias de plano de saúde (entre 6,8% e 16,1%) quando comparadas entre as não-usuárias (entre 7,7% e 18,3%) (Tabela 3). As complicações que poderiam ser enquadradas na definição de *near miss* (desmaio, histerectomia de emergência, internação em UTI e uso de ventilação mecânica), ocorreram com frequência maior entre as não usuárias de plano de saúde (5,9% a 27,9% x 0% a 14,8%). Ressaltamos que entre as mulheres com plano de saúde não foi necessário fazer nenhuma histerectomia de urgência e a necessidade de internação em UTI foi cerca de um quinto da observada entre as não usuárias de plano de saúde.

⁶ Vardanega, K; Lorenzi, D.R S.; Spiandorello, W.P.; Zapparoli, M.F. Fatores de Risco para Natimortalidade em um Hospital Universitário da Região Sul do Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2002, v. 24, n. 9, pp. 617-622.

⁷ Disponível em: <http://www.iess.org.br/html/td00202008prenatalpnds.pdf>

Tabela 3: Distribuição das morbidades maternas em qualquer período da gestação. PNDS 2006, Brasil

	Plano de Saúde			Plano de Saúde	
	Sim	Não		Sim	Não
Pressão arterial aumentada[#]			Desmaio^{*&}		
Sim	16,1	18,3	Sim	14,8	27,9
Não	83,9	81,7	Não	85,2	72,1
Sangramento intenso na gestação[#]			Histerectomia de emergência^{&}		
Sim	10,7	12,1	Sim	0,0	1,6
Não	89,3	87,9	Não	100,0	98,4
Sangramento pós-parto (3 dias)[#]			Precisou de internação^{&}		
Sim	10,3	10,7	Sim	50,3	48,2
Não	89,7	89,3	Não	49,7	51,8
Febre no período pós-parto[#]			Precisou ser levada à UTI^{*\$}		
Sim	6,8	7,7	Sim	1,0	5,9
Não	93,2	92,3	Não	99,0	94,1
Complicação[#]			Precisou de ventilação mecânica^{*\$}		
Sim	23,0	22,1	Sim	7,6	18,8
Não	77,0	77,9	Não	92,4	81,2

* com significância estatística; # cerca de 1% das respostas não foram respondidas ou não souberam responder; & entre as que tiveram alguma complicação; \$ entre as que foram internadas

Conclusões

Apesar de o estudo ter sido realizado em apenas uma ocasião, foram coletadas informações retrospectivas referentes às gravidezes desde janeiro de 2001, sendo que a entrevista foi realizada no decorrer do ano de 2006. Dessa forma, a história da gestação e do parto pode ter sofrido imprecisões de recordação pelas respondentes.

Em geral e comparativamente, a qualidade da atenção obstétrica é melhor entre as usuárias de plano de saúde em relação às usuárias do sistema público, como podemos observar pela frequência de nascidos mortos e também pela necessidade de internação das parturientes na UTI. Provavelmente o fator socioeconômico e o acesso aos serviços podem exercer influência na diferença desses resultados encontrados.

Indo além das informações aqui expostas, uma boa qualidade da assistência pré-natal permite detectar e prevenir muitas complicações durante a gestação. Conforme

resultados de assistência pré-natal já divulgados⁸, a assistência pré-natal é mais bem oferecida e acompanhada pelo sistema de planos de saúde, seja pelo número adequado de consultas e o acompanhamento desde o início da gestação, seja pelo fato de o mesmo médico fazer o acompanhamento da mulher durante todo o processo até o nascimento, tendo um amplo conhecimento da história gestacional da paciente no momento do parto. Sendo assim, muitas causas que levariam à *near miss* podem ter sido evitadas nesse período, fato que pode não ter ocorrido no sistema público.

⁸ Disponível em <http://www.iess.org.br/td00202008prenatalpnds.pdf>