

NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA COMO FONTE COMPLEMENTAR NO MONITORAMENTO DA GESTANTE ATENDIDA NA MATERNIDADE DE ALTO RISCO DA SANTA CASA DE SOBRAL, CEARÁ, BRASIL

HOSPITAL NUCLEUS OF EPIDEMIOLOGY AS A COMPLEMENTAL SOURCE IN THE CONTROL OF PREGNANT WOMEN ATTENDED IN THE HIGH-RISK MATERNITY IN SANTA CASA HOSPITAL IN SOBRAL, CEARÁ, BRAZIL

Regina Célia Carvalho da Silva 1

José Machado Linhares 2

Abigail de Paulo Andrade 3

Fernanda Maria Carvalho Fontenele 4

RESUMO

A vigilância epidemiológica hospitalar investiga as doenças de notificação compulsória, monitora dados, além de contribuir com a gestão hospitalar. O objetivo deste estudo foi apresentar o perfil das gestantes atendidas na Maternidade de Alto Risco da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, no período de 2005 a 2007. 48% das mães estavam na faixa etária de 21 a 30 anos. Houve prevalência de mães com 4 a 7 anos de estudo no ano de 2005 e com 8 a 11 anos de estudo em 2007. Mais de 60% das mães fizeram, no mínimo, 7 consultas de pré-natal. Cerca de 80% das mães tiveram partos com mais de 37 semanas. Esses dados revelam que as informações colhidas pelo núcleo hospitalar de epidemiologia complementam os indicadores da maternidade e fornece subsídios para o planejamento das ações na maternidade de alto risco.

Palavras-chave: Vigilância Epidemiológica; Sistema de Informações Hospitalares; Gestantes

ABSTRACT

The hospital epidemiological vigilance investigates the compulsory notification diseases, monitors data and contributing to the hospital management. This study aims to discuss the data from Santa Casa Hospital in Sobral-CE (Northeast Brazil). Retrospective study was made through the information system data from 2005 to 2007. As to the mothers' ages, the age group from 21 to 30 revealed an average of 48% in the period. About their schooling, there was a higher prevalence of mothers with 4 to 7 years of study in 2005, with an increase of level from 8 to 11 years of study in 2007. Referring to prenatal consultation, over 60% of mothers had at least 7 medical consultations, and about the pregnancy duration, over 80% had childbirth with more than 37 weeks. We consider the information complements the maternity indicators and represents an aid to the action plans in the high-risk maternity.

Key-words: Epidemiological Vigilance; Hospital Information System; Pregnant women

1 - Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Diretora de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú.

2 - Enfermeiro Especialista. Membro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Coordenador do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia da Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

3 - Acadêmica. Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

4 - Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA e Ministério da Saúde/OPAS. Membro da Comissão de Revisão de Óbitos da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Membro suplente do Comitê Regional de Prevenção da Mortalidade Materna.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) foi criado em 1975 pela Lei 6.259, sendo definido como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção e a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes da saúde individual e/ ou coletiva com finalidade de recomendar e adotar medidas de controle ou prevenção.

A base do SNVE é a notificação de casos e de óbitos suspeitos e/ou confirmados de Doenças de Notificação Compulsória (DNC). Apesar da importância das notificações para a tomada de decisões, vem se observando ao longo dos anos a ocorrência de sub-registros, baixa qualidade no preenchimento dos impressos e atraso na notificação, gerando conseqüências desfavoráveis para a prevenção e controle das doenças.

Com o avanço das Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVE), o Ministério da Saúde (MS) instituiu os Núcleos Hospitalares de Epidemiologia através da Portaria nº 2.529/GM, de 23 de novembro de 2004, com regulamentação estabelecida pela Portaria nº 1/SVS, de 17 de janeiro de 2005, classificando-os conforme a complexidade da instituição em nível I, II e III. Dessa forma, as UVE passaram a integrar uma Rede Nacional de Vigilância Hospitalar por meio do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, atualmente denominados de Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) (BRASIL, 2004).

O Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar compõe uma rede de 190 NHE em hospitais de referência no Brasil. Tem como finalidade o aperfeiçoamento da vigilância epidemiológica a partir da ampliação de sua rede de notificação e investigação de agravos com aumento da sensibilidade e da oportunidade na detecção de DNC e outras informações como mortalidade e dados sobre os nascidos vivos.

O Estado do Ceará conta com 08 NHE distribuídos nas três macrorregiões de saúde. A partir da Resolução

Apesar da importância das notificações para a tomada de decisões, vem se observando ao longo dos anos a ocorrência de sub-registros

20/2005, a constituição da Rede ficou composta por 06 hospitais na Macrorregião de Fortaleza, 01 na Macrorregião de Sobral e 01 na Macrorregião do Cariri (SECRETARIA DE SAÚDE DO CEARÁ, 2005).

A vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar tem como propósito detectar e investigar as DNC atendidas em hospital. Os profissionais dos NHE detectam agravos ou DNC a partir da busca ativa em locais estratégicos do hospital, como o pronto-socorro, unidades de internação, laboratório, maternidades e ambulatórios (SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2007).

O NHE da Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS) foi formalmente instituído pela Resolução nº 20/2005 – Comissão Intergestora Bipartite - CE, recebendo a classificação nível I.

Um dos aspectos observados pelo NHE é o acompanhamento do Sistema de Informação dos Nascidos Vivos (SINASC), que mantém dados referentes à gestante e ao recém-nascido. Por ser a maternidade da SCMS referência terciária para gestante de alto risco para toda zona norte do Estado do Ceará, esses dados são importantes para formulação de indicadores fundamentais para planejamento e organização do serviço.

Gestação de alto risco é aquela na qual a vida ou a saúde da mãe ou do feto tem maiores chances de complicações (BRASIL, 2000). Aproximadamente, 20% das gestantes apresentam probabilidade de evolução para o chamado grupo gestante de alto risco.

Considerando o NHE como imprescindível ferramenta no planejamento das ações de vigilância e na gestão hospitalar, o objetivo deste estudo foi apresentar e discutir os dados do SINASC, referentes à mãe, no período de 2005 a 2007 da Maternidade Sant'Ana da SCMS.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado na SCMS. A SCMS é um hospital de ensino, referência para 61 municípios da Macrorregião de Sobral, com atendimento predominantemente de urgência. Ainda, faz parte do sistema estadual de referência para gestante de alto risco e procedimentos de alta complexidade.

Os dados apresentados neste trabalho foram extraídos do DATASUS, a partir do SINASC no período de 2005 a 2007.

Foram respeitadas as normas e diretrizes regulamentadoras da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e as informações descritas neste trabalho têm a anuência da SCMS (BRASIL, 1996).

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O SINASC, implantado na Santa Casa de Misericórdia de Sobral no ano de 1996, é alimentado com dados referentes à gestante e aos nascidos vivos a partir da Declaração de Nascidos Vivos. Segundo a OMS, nascido vivo é todo produto da concepção que, independente do tempo de gestação, depois de expulso ou extraído do corpo da mãe respira ou apresenta algum outro sinal de vida, tal como batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical ou movimento efetivo dos músculos de contração voluntária, estando ou não desprendida a placenta.

A análise dos dados do SINASC durante o triênio 2005, 2006 e 2007 revelou os resultados que são apresentados a seguir na forma de tabelas.

A Tabela 1 ilustra que a faixa etária de 21 a 30 anos correspondeu a 47,9% dos partos no ano de 2005, com discreto aumento deste percentual no ano de 2007 para 48,33%. A gravidez na adolescência na população estudada foi em média de 32,39% no ano de 2005, contudo, houve diminuição de 2.23 pontos percentuais nessas taxas em 2007. Por outro lado, destaca-se um discreto, mas crescente, índice de gestação após os 41 anos de idade.

Geralmente as necessidades de saúde do grupo de alto risco requerem técnicas mais especializadas.

Segundo o Ministério da Saúde, a gravidez após os 35 anos já pode ser considerada de risco, principalmente se estiver associada a outros fatores, tais como: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis que incluem idade menor que 17 anos e maior que 35 anos, ocupação de risco, situação conjugal insegura, baixa escolaridade, altura menor que 1,45 cm, peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg e dependência de drogas; história reprodutiva anterior, como morte perinatal e abortamento; doenças obstétricas na gravidez e as intercorrências clínicas (BRASIL, 2000).

Geralmente as necessidades de saúde do grupo de alto risco requerem técnicas mais especializadas. Ainda que alguns casos possam ser resolvidos no nível primário de assistência, a maioria necessita de atendimento nos níveis

secundário e terciário, com equipes multidisciplinares (BUCHABQUI et al., 2006).

TABELA 1 – Distribuição das gestantes admitidas na Maternidade Sant'Ana da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, segundo a faixa etária, no período de 2005 a 2007. Sobral-CE, 2008.

Idade da mãe (faixa padrão)	2005		2006		2007	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
10 – 14 anos	67	1,66	74	1,9	51	1,26
15 – 20 anos	1.235	30,73	1.160	29,86	1.166	28,9
21 – 30 anos	1.925	47,9	1.829	47,11	1.950	48,33
31 – 40 anos	724	18,01	730	18,79	783	19,41
41 – 50 anos	68	1,7	91	2,34	84	2,1
Total	4.019	100	3.884	100	4.034	100

Fonte: DATASUS / SINASC (2005 a 2007).

Analisando-se a escolaridade das mães, observa-se que período de 2005 a 2007 um percentual muito pequeno foi representado por mães que não possuíam nenhuma escolaridade (Tabela 2). Os maiores percentuais foram referentes às mães que estudaram de 4 a 7 anos e de 8 a 11 anos. Ainda, observou-se um aumento de 10,29 pontos percentuais para aquelas que estudaram de 08 a 11 anos.

Observa-se um maior percentual de recém-nascidos de baixo peso entre mães com menos de 8 anos de escolaridade. Esta associação pode estar relacionada a um menor padrão sócioeconômico destas mães, que possivelmente apresentam menor ganho de peso na gestação ou início mais tardio do pré-natal (BUCHABQUI et al., 2006).

TABELA 2 – Distribuição das gestantes admitidas na Maternidade Sant'Ana da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, segundo os anos de estudo da mãe, no período de 2005 a 2007. Sobral-CE, 2008.

Escolaridade da Mãe	2005		2006		2007	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nenhuma	141	3,5	152	3,91	98	2,42
01 – 03 anos	584	14,53	502	12,92	393	9,74
04 – 07 anos	1.522	37,87	1.398	35,99	1.343	33,29
08 – 11 anos	1.398	34,78	1.467	37,78	1.817	45,07
12 e + anos	338	8,43	361	9,3	382	9,46
Ignorado	36	0,89	4	0,1	1	0,02
Total	4.019	100	3.884	100	4.034	100

Fonte: DATASUS / SINASC (2005 a 2007).

Com relação ao número de consultas de acompanhamento pré-natal, observa-se que no triênio 2005-2007 um

percentual superior a 60% das mães realizaram 7 consultas, no mínimo (Tabela 3).

No ano de 2000, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento que estabeleceu critérios para a consulta de pré-natal como medida de controle e garantia de assistência à gestante, devendo a primeira consulta de pré-natal ser realizada até o 4º mês de gestação e assegurando-se a realização de no mínimo 6 consultas de acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2002).

Apesar desse percentual superior a 60%, o objetivo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento é alcançar 100% de cobertura de pré-natal, utilizando-se do Sistema de Informação do Programa de Humanização no Pré-Natal e no Nascimento (SIS Pré-Natal).

Ademais, é lícito enfatizar que os dados apresentados na Tabela 3 referem-se a gestantes não apenas de Sobral, mas de toda a região norte do Estado, uma vez que muitos municípios não têm cobertura adequada pela Estratégia Saúde da Família.

TABELA 3 – Distribuição das gestantes admitidas na Maternidade Sant’Ana da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, segundo o número de consultas de pré-natal, no período de 2005 a 2007. Sobral-CE, 2008.

CONSULTA PRÉ-NATAL	2005		2006		2007	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NENHUMA	32	0,81	14	0,36	14	0,34
1 – 3 CONSULTAS	203	5,05	162	4,17	179	4,43
4 – 6 CONSULTAS	1.223	30,43	1.209	31,12	1.123	27,84
7 E + CONSULTAS	2.492	62	2.496	64,26	2.714	67,29
IGNORADO	69	1,71	3	0,09	4	0,1
TOTAL	4.019	100	3.884	100	4.034	100

Fonte: DATASUS / SINASC (2005 a 2007).

Com relação ao tempo de gestação, cerca de 80% dos recém-nascidos nasceram a termo, ou seja, entre os 37 e 41 semanas de gestação (Tabela 4). A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o recém-nascido prematuro aquele que nasce entre 20 e 37 semanas de gestação.

Em países industrializados, a prematuridade é responsável por 70% da mortalidade neonatal e 75% da morbidade neonatal, além de contribuir com problemas de desenvolvimento do sistema nervoso, disfunção pulmonar e complicações visuais. (CASCAES et al., 2008)

TABELA 4 – Distribuição das gestantes admitidas na Maternidade Sant’Ana da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, segundo a idade gestacional, no período de 2005 a 2007. Sobral-CE, 2008.

Idade gestacional	2005		2006		2007	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
22 – 27 semanas	16	0,39	14	0,36	23	0,57
28 – 31 semanas	91	2,27	59	1,52	61	1,51
32 – 36 semanas	471	11,72	539	13,88	453	11,23
37 – 41 semanas	3.375	83,98	3.237	83,34	3.441	85,3
42 e + semanas	33	0,82	35	0,9	56	1,39
Ignorado	33	0,82	---	---	---	---
Total	4.019	100	3.884	100	4.034	100

Fonte: DATASUS / SINASC (2005 a 2007).

4. CONCLUSÕES

As informações de natureza epidemiológica representam ferramentas essenciais para o planejamento, a execução e a avaliação das ações de saúde. Os dados obtidos no SINASC representaram importantes informações para identificar o perfil das gestantes atendidas na Maternidade da Santa Casa de Sobral. Embora isoladamente não constituam informações que afirmem se as gestantes atendidas foram ou não de alto risco, se complementadas com informações sobre os aspectos clínicos das gestantes subsidiam a construção de indicadores fundamentais para a gestão do serviço.

Algumas limitações foram identificadas no sistema de informação resultando em sub-registro, o que diminui a confiabilidade das informações. Apesar disso, a utilização desses sistemas de informação poderá contribuir para melhorar a compreensão das condições de saúde da população destacando-se aqui a importância da prática da análise continuada das informações na melhoria desses sistemas de informação.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: **Ministério da Saúde**, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2529, de 23 de novembro de 2004 Institui o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, de 26 de dezembro de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Informações para gestores e técnicos**. Brasília; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Gestação de alto risco**. 4a ed. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil, 2000. Série A: Normas e Manuais Técnicos.

BUCHABQUI, J.A. et al. Adequação dos encaminhamentos de gestações de alto-risco na Rede Básica de Atenção à Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, 6(1): p. 23-29, 2006.

CASCAES, A.M. et al. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, maio, 2008.

CEARÁ. **Secretaria de Saúde**. Comissão Intergestora Bipartite. Resolução 20/2005. Aprova a Proposta de Implantação do Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, do Estado do Ceará, que estabelece a Rede de Hospitais de Referência para o referido Subsistema. 2005.

SÃO PAULO, Secretaria de Saúde. Informe Técnico Institucional. Vigilância Epidemiológica em âmbito hospitalar. **Rev Saúde Pública**. 41(3): p. 487-91, 2007.