

ANÁLISE DAS CAUSAS DE MORTE HOSPITALAR NO ESTADO DE MINAS GERAIS, DE 2008 A 2016

Autores: ISABELA DE SÁ OLIVEIRA, FLÁVIO MARCONIEDSON NUNES, GABRIELLA DE SÁ OLIVEIRA, DANIEL COSTA SILVEIRA, HENRIQUE NUNES PEREIRA OLIVA, ISAAC BRANDÃO BITTENCOURT MAGALHÃES, ANDRÉ ZUBA SILVEIRA

Introdução

A mortalidade hospitalar atua como um indicador da qualidade da atuação hospitalar e é determinada pela associação entre a severidade dos casos e a qualidade da assistência oferecida pelos hospitais (MARTINS, 1991).

O uso das taxas de mortalidade hospitalar como forma de avaliação do sistema de saúde e da qualidade dos serviços é relativamente recente. A primeira divulgação ocorreu na década de 80, nos Estados Unidos, através da avaliação do serviço médico prestado aos idosos e doentes renais. (CHASSIN et al., 1989).

No Brasil, conforme regulamenta o Ministério da Saúde, a taxa de mortalidade hospitalar, também denominada mortalidade institucional, é conceituada como o número de óbitos ocorrido depois de decorridas vinte e quatro horas (no mínimo) da admissão hospitalar do paciente, em um mês, e o número de pacientes que saíram do hospital no mesmo período (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2012).

No estudo dos óbitos de contexto hospitalar, a apreensão principal deve estar inclinada para o reconhecimento das mortes que poderiam ser impedidas, já que todo doente apresenta um risco de morrer (DUBOIS; BROOKS, 1988). No entanto, a grande dificuldade metodológica do uso dessas taxas como indicadores da qualidade dos serviços de saúde é a ponderação da diferença quanto à gravidade do estado de saúde da população atendida em cada região ou hospital, à adequação do processo de cuidado ao doente e à variação das diferentes tecnologias empregadas pelos diferentes centros de atendimento (IEZZONI, 1994).

Segundo Blumberg (1986), ajustes devem ser realizados durante o estudo comparativo da mortalidade hospitalar, uma vez que pacientes com características clínicas diferentes, que exigem diferentes intervenções, não podem ser tratados como similares. Os estudos que utilizam a taxa de mortalidade como indicador de qualidade recorrem a diversas estratégias de padronização, visando a compensar a variação na gravidade dos casos analisados. Dessa forma, completam, o conhecimento do número, da intensidade e da gravidade das morbidades coexistentes com o diagnóstico principal (motivo da internação) é importante para estabelecer a eficácia e a qualidade do serviço hospitalar prestado (LUCIF JR.; ROCHA, 2004)

O estudo das causas de mortes em âmbito hospitalar possibilita a visualização e a interpretação da cadeia de fenômenos determinantes e a identificação de grupos vulneráveis, permitindo o planejamento de intervenções voltadas à redução dos óbitos (ALMEIDA; BARROS, 2004).

Tendo em vista que a análise de informações das mortes hospitalares, principalmente quando relacionadas a eventos preveníveis, contribui para a avaliação e melhoria da qualidade dos serviços de saúde, o objetivo deste trabalho é analisar a evolução das causas de morte hospitalar no estado de Minas Gerais, a fim de identificar possíveis mudanças que possam subsidiar ações posteriores para promover a redução desses óbitos e dirigir os processos de planejamento das futuras intervenções.

Metodologia



Trata-se de um estudo descritivo e de corte transversal, cuja fonte foi o *Sistema de Informação Hospitalar* do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). As causas de óbitos foram pesquisadas conforme a Lista de Tabulação CID-BR da CID-10, a qual foi adaptada para uso neste trabalho em dez grupos, a saber: a) Doenças infecciosas e parasitárias; b) Neoplasias; c) Doenças do sistema nervoso; d) Doenças do aparelho circulatório; e) Doenças do aparelho respiratório; f) Afecções originadas no período neonatal; g) Doenças do aparelho geniturinário; h) Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; i) Doenças do aparelho digestivo; j) Outras causas de morte.

A população de estudo foi composta por óbitos hospitalares registrados por local de internação no Estado de Minas Gerais, ocorridos entre os anos de 2008 e 2016. Para diminuir a instabilidade das taxas, os dados foram agrupados por triênios (2008-2010, 2011-2013, 2014-2016) e foram calculados o número absoluto de mortes e a taxa de mortalidade em cada período.

Os dados foram analisados a partir de estatística descritiva (médias e percentis) através do *Microsoft Excel 2007* e os resultados foram apresentados por meio de tabela através do *Microsoft Word 2007*.

O presente estudo não necessitou de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em virtude da caracterização aberta dos dados que impossibilita qualquer forma de identificação das pessoas envolvidas, conforme a Portaria 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados/ Discussão

Foram registrados 446.196 óbitos no período estudado, com elevação importante no número de mortes em cada triênio consecutivo – 139.963 (2008-2010), 150.373 (2009-2011) e 155.860 (2012-2014). No período de 2008 a 2016, observou-se crescimento médio de 10,6% na taxa de mortalidade hospitalar no estado de Minas Gerais, que passou de 4,13 no 1º triênio para 4,45 no 3º triênio, conforme pode ser observado na Figura 1.

As taxas de mortalidade hospitalar por doenças infecciosas e parasitárias cresceram 15,1%, passando de 8,49 para 12,9, conforme mostra a Tabela 1. O número de mortes passou de 16.948 no primeiro triênio para 27.985 no último triênio, com destaque para a septicemia, responsável por 60,8% dos óbitos no período estudado (Tabela 1).

As mortes provocadas por neoplasias foram responsáveis por 12,2% do total de falecimentos e obtiveram queda de 2,5%, passando de 8,58 para 8,37. Entretanto, apesar da diminuição, há de se ressaltar o grande número de óbitos causados por neoplasias da cavidade oral, do esôfago e do trato gastrointestinal que juntos foram responsáveis por 39% dos falecimentos estudados no ambiente hospitalar (Tabela 1).

As mortes oriundas de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas apresentaram declive de 17,8%, caindo de 6,22 para 5,28. O número de óbitos no período estudado passou de 7.024 (2008-2010) para 5.828 (2014-2016), com realce para aqueles decorrentes de desnutrição, responsáveis por 47,8% dos falecimentos (Tabela 1).

Os óbitos resultantes de problemas no sistema nervoso também apresentaram diminuição (25,6%), indo de 5,87 para 4,6 no último triênio analisado (Tabela 1). Merecem destaque as mortes provenientes de acidentes vasculares cerebrais, responsáveis por 16,4% de todos os falecimentos dessa categoria e, principalmente, por serem passíveis de prevenção pelo controle dos fatores de risco considerados modificáveis.

As doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 20,7% do total de óbitos no período examinado e constituem a principal causa de morte. Entretanto, apresentaram decréscimo de 4,5%, passando de 7,14 para 6,83. A insuficiência cardíaca e o infarto agudo do miocárdio foram os principais vilões, provocando 29,4% e 10,7% do total de mortes, respectivamente (Tabela 1).

Os óbitos provocados por doenças do aparelho respiratório cresceram em importância e passaram a constituir a segunda principal causa de morte hospitalar no estado, totalizando 86.230 óbitos (19,3% do total). Subiram de 6,19 para 8,01, o que representou acréscimo de 29,4% do primeiro ao último triênio (Tabela 1). O destaque ficou para a pneumonia que causou 49.298 mortes, produzindo 57,1% dos falecimentos na categoria e que poderiam ser amenizados por medidas preventivas, como melhores cuidados com a saúde e com a condição nutricional, além de melhor eficácia no atendimento hospitalar (CÉSAR, 1997).

A mortalidade por doenças do aparelho digestivo apresentaram queda de 5,2%, passando a taxa de morte de 3,6 para 3,42. As doenças hepáticas foram a principal causa de morte no respectivo grupo, sendo responsáveis por 27,6% dos óbitos (Tabela 1).



As afecções originadas no período perinatal, constituídas principalmente por traumas e distúrbios durante a gestação ou o parto, constituem a principal causa de morte no primeiro ano de vida (FRANÇA; LANSKY, 2014). Entretanto, há de se ressaltar a grande diminuição apontada em sua taxa de mortalidade hospitalar que saltou de 5,19 para 3,54, apresentando redução de 46,6% e constituindo-se como grupo de maior decréscimo neste estudo. Os transtornos respiratórios de origem perinatal se destacaram, provocando 57,5% das mortes (Tabela 1).

As doenças relacionadas ao aparelho geniturinário provocaram 4% (18.052 mortes) do total de óbitos e apresentaram grande relevância principalmente devido ao aumento de 17,5% do primeiro ao último triênio, indo de 2,22 para 2,61. A insuficiência renal foi o carro-chefe, sendo responsável por 67,5% (12.193) dos falecimentos na categoria (Tabela 1).

Conclusão

Os achados deste estudo indicam que ainda há uma taxa elevada de mortalidade hospitalar no estado de Minas Gerais, principalmente porque houve elevação do número absoluto de mortes e da taxa de mortalidade decorrentes de internações hospitalares.

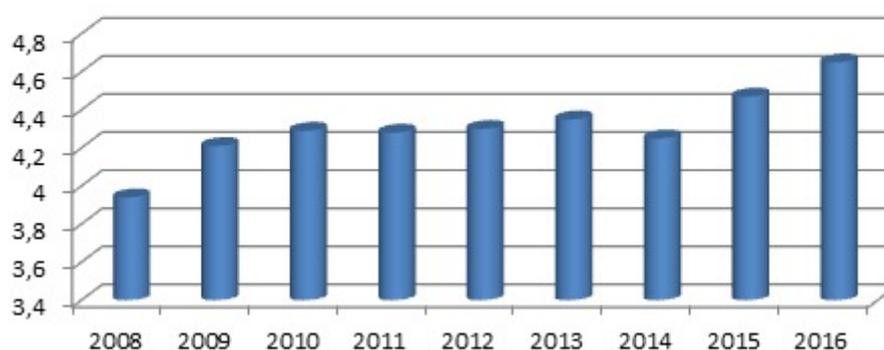
Em síntese, os achados indicam a existência de mudança significativa no padrão das causas de óbitos hospitalares no estado, principalmente devido ao aumento das mortes provocadas pelas doenças infecto-parasitárias, do aparelho respiratório e geniturinário. Ficou evidenciada uma redução nas taxas de mortalidade provocadas pelas doenças endócrinas, metabólicas, circulatórias e do sistema nervoso. Entretanto, há de se ressaltar a grande importância das mortes caracterizadas como evitáveis e, portanto, poderiam ser potencialmente prevenidas por ações de promoção de saúde, diagnóstico precoce e tratamento eficaz.

Apenas com o fortalecimento dos estudos para o melhor entendimento das causas de morte no contexto hospitalar que ações de intervenção poderão ser criadas para minimizar o risco de ocorrência dos óbitos precoces e diminuir as taxas de mortalidade hospitalar no estado.

Referências

- ALMEIDA, S. D. M.; BARROS, M. B. A. Atenção à saúde e mortalidade neonatal: estudo caso-controle realizado em. **Rev. Bras. Epidemiologia**, Campinas, SP, v. 7, p. 22-35, 2004.
- BLUMBERG, M.S. Risk adjusted health care outcomes: a methodology review. **Med Care Rev**, v.43, p.351-93, 1986.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Taxa de mortalidade institucional**. Brasília, DF. 2012.
- CÉSAR, J. A. *et al.* Hospitalização por pneumonia: influência de fatores socioeconômicos e gestacionais em uma coorte de crianças no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública** : n.1, v.31, p. 53-61, 1997.
- CHASSIN M *et al.* Differences among hospitals in Medicare patient mortality. **Health Service Research**; n.24,v.1, p. 1-31, 1989.
- DUBOIS, R.W; BROOKS, R.H. Preventable deaths: who, how often, and why? **Ann Intern Med**: n.109, v.7, p.582- 589, 1988.
- FRANÇA, E.; LANSKY S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: Situação, tendências e perspectivas. In: Rede Interagencial de Informações para Saúde, organizador. **Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; p. 83-112, 2009.
- IEZZONI, L. **Risk Adjustment for Measuring Health Care Outcomes**. Health Administration Press, Ann Arbor, MI. 1994.
- LUCIF JR, N; ROCHA, J. S. Y. Estudo da desigualdade na mortalidade hospitalar pelo índice de comorbidade de Charlson. **Rev. Saúde Pública**; n.38, v.6, p.780-876, 2004.
- MARTINS, M.S. **A mortalidade hospitalar: novas abordagens metodológicas**. Lisboa: ENSP, 1991.

Figura 1. Taxa de Mortalidade Hospitalar Geral. Minas Gerais. 2008-2016.



11^o FEPEG FÓRUM

ENSINO · PESQUISA
EXTENSÃO · GESTÃO

UNIVERSIDADE, SOCIEDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS

ISSN: 1806-549X

Realização:



SECRETARIA DE
DESENVOLVIMENTO
CIENTÍFICO, TECNOLÓGICO
E INOVAÇÃO SUPERIOR



Apoio:

