



Indicadores de Segurança do Paciente – Gineco-Obstetrícia

Taxa de cesáreas, após a exclusão de mulheres com alto risco de necessitarem de parto cirúrgico	Título
World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe – Projeto "Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals" (PATH).	Fonte
Número de partos cesáreos, como porcentagem do número total de partos.	Definição
Processo	Nível Informação
Efetividade clínica; segurança do paciente; eficiência; governança; cuidados centrados no paciente	Dimensão da Qualidade
Número total de partos no denominador com código de procedimento de parto cesáreo.	Numerador
Número total de partos. Exclusões: Parto antes da 37ª semana de gestação, morte fetal, gestação múltipla, parto pélvico, apresentação anormal.	Denominador
	Definição de Termos
A cesárea é o procedimento cirúrgico mais comum em muitos países industrializados. Em 2002, na Europa, a taxa de cesáreas variou de 6,2 a 36%, com média de 19% (Betrán et al., 2007), e essas taxas têm crescido regularmente na maioria dos países da região europeia. Estes números estão bem acima das recomendações da OMS, segundo a qual as taxas não devem se manter acima de 10-15% (WHO, 1985). Embora ainda haja controvérsias sobre a taxa ideal de cesáreas, em muitos países desenvolvidos com taxas consideravelmente acima de 15% a atenção tem se voltado a estratégias para reduzir o uso, devido à preocupação de que taxas mais altas de cesárea não tragam benefícios adicionais de saúde e ainda possam aumentar os riscos maternos, gerar implicações para gestações futuras e acarretar custos aos serviços de saúde (Betrán et al., 2007). Este indicador pode ter um grande potencial de melhoria de qualidade em diversos tipos de situação. O custo da coleta de dados é baixo. Este indicador se baseia em dados	Racionalidade



<p>rapidamente disponíveis em bancos de dados administrativos (registros de alta) na maioria dos países, e já está sendo regularmente monitorado. Existe um alto consenso quanto a seu uso.</p> <p>Programas de melhoria de qualidade baseados em dados apoiaram a redução na taxa de cesáreas (Kazandjian & Lied, 1998; Main, 1999). Dados do PATH, mostram que hospitais com taxas de cesáreas abaixo de 10% foram extremamente raros.</p> <p>Alguns hospitais integrantes do PATH indicaram não ter sido capazes de identificar os critérios de exclusão do denominador, e alguns se basearam em outras fontes (documentos médicos hospitalares). A demanda por cesárea induzida pela mãe (parto cesáreo solicitado pela mãe — uma solicitação a termo na ausência de indicações médicas ou obstétricas) foi citada repetidamente, em muitos países, como o principal responsável pelas altas taxas de cesáreas, especialmente em primíparas. Esta observação confirma numerosos comentários na literatura médica, segundo os quais a demanda dos consumidores contribui consideravelmente para o crescimento persistente dos partos cesáreos a nível internacional (McCourt et al., 2007). Entretanto, uma revisão da literatura (2000-2005) ressalta que um número pequeno de mulheres solicita uma cesárea. As preferências das mulheres pelo parto cesáreo variaram entre 0,3 e 14%; só 3 estudos examinaram diretamente estas preferências sem indicação clínica (McCourt et al., 2007).</p> <p>Dentre os critérios recomendados pelo Ministério da Saúde para referência e contra-referência na rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal está o incentivo ao parto normal e à redução da cesárea desnecessária (BRASIL, 2006).</p>	
<p>Sem ajuste de risco.</p> <p>O ajuste de risco para a taxa de partos cesáreos é dificultado por carências nas fontes de dados secundários disponíveis ou pela necessidade de extensas revisões de prontuários. Dessa forma, não é proposto com este objetivo. É preciso ter muito cuidado na interpretação dos resultados, pois foi demonstrado que o ajuste de risco pode ter um impacto considerável na classificação de hospitais (Aaron et al., 1998; Pasternak et al., 1999). Ao excluir alguns partos com alto risco de cesárea, o indicador, de certa forma, está reduzindo a variabilidade nas características das pacientes. Sugere-se comparar a porcentagem de partos excluídos do denominador dentre o número total de partos. Esta medida pode refletir diferenças no perfil das pacientes atendidas no hospital (case-mix) ou diferenças no modo como os critérios de exclusão são identificados e codificados nos registros de alta ou em fontes alternativas. Portanto, é aconselhável comparar esta medida nos diferentes níveis de atendimento (p.ex., hospital universitário com centro intensivo neonatal × hospital local). Posteriormente, o grupo de hospitais participantes deve discutir se as diferenças efetivamente representam diferenças nos perfis das pacientes atendidas em cada hospital (partos complexos orientados a níveis mais</p>	Ajuste de Risco



<p>altos de atendimento).</p>	
<p>Sugere-se a estratificação em subgrupos para gerar referenciais de excelência para as taxas de cesáreas entre as distintas unidades e para auditar os resultados da taxa total de cesáreas (Classificação de Robson) (Robson, 2001; McCarthy et al., 2007).</p> <p>Classificação de Robson:</p> <ul style="list-style-type: none">(1) mulheres nulíparas com gestação única cefálica, com 37 semanas de gestação ou mais, em trabalho de parto espontâneo;(2) mulheres nulíparas com gestação única cefálica, com 37 semanas de gestação ou mais, que tiveram parto induzido ou foram para cesariana antes do parto;(3) mulheres múltiparas, sem cicatriz uterina anterior, com gestação única cefálica, com 37 semanas de gestação ou mais, em trabalho de parto espontâneo;(4) mulheres múltiparas, sem cicatriz uterina anterior, com gestação única cefálica, com 37 semanas de gestação ou mais, que tiveram parto induzido ou foram por cesariana;(5) Todas as mulheres múltiparas, com pelo menos uma cicatriz uterina anterior e gestação única cefálica, com 37 semanas de gestação ou mais;(6) todas as mulheres nulíparas com gestação única pélvica;(7) todas as mulheres múltiparas com gestação única pélvica, incluindo, as mulheres com cicatriz uterina anterior;(8) todas as mulheres com gestações múltiplas, incluindo mulheres com cicatriz uterina anterior;(9) todas as mulheres com gestação única, com uma posição transversal ou oblíqua, incluindo mulheres com cicatriz uterina anterior;(10) todas as mulheres com gestação única cefálica, com 36 semanas de gestação ou menos, incluindo mulheres com cicatrizes prévias.	Estratificação
<p>O indicador é difícil de interpretar devido aos diversos motivos que aumentam a taxa de cesáreas (fatores clínicos, mas também culturais e socioeconômicos) e devido ao baixo consenso sobre a taxa ideal de cesáreas. Este indicador é bidimensional. Isto significa que tanto as taxas altas quanto as baixas devem ser examinadas. Espera-se um viés de seleção (gestações de alto risco concentradas em algumas instituições, escolha, pela mãe, de médico que se encaixe em sua preferência em termos de parto cesáreo ou vaginal).</p> <p>Portanto, o melhor ponto de referência é a própria instituição: É fundamental examinar a evolução ao longo do tempo e entender que fatores podem afetar as tendências.</p> <p>A comparação entre hospitais dentro de um mesmo país pode ser relevante para identificar algumas das melhores práticas e para entender</p>	Interpretação



por que a taxa de cesáreas é estável em algum hospital enquanto a tendência geral é um aumento (acentuado) na taxa. As comparações internacionais têm menos valor devido aos múltiplos fatores externos (culturais, socioeconômicos) que podem afetar o resultado; além disso, certas influências são muito difíceis de isolar ou de tornar explícitas.

Diversos fatores organizacionais, como o tipo de equipe de plantão, o nível dos serviços pediátricos e a arquitetura das maternidades, exercem um forte impacto e têm um efeito considerável na taxa de cesáreas (Naiditch et al., 1997). Diversas estratégias demonstraram um impacto na redução de taxas de cesáreas, como auditorias e retroalimentação, melhorias de qualidade e estratégias multifacetadas, enquanto as melhorias de qualidade baseadas numa conduta ativa do parto apresentaram um efeito misto, numa meta-análise (Chaillet & Dumont, 2007). Além disso, foi demonstrado que a identificação prospectiva de estratégias eficazes e de barreiras à mudança é necessária para adaptar as intervenções e melhorar a implementação de diretrizes clínicas (Chaillet et al., 2007). Numa perspectiva de orientação da paciente, ao se comparar a taxa de cesáreas, sugere-se também comparar o conteúdo e a qualidade das informações fornecidas às mães grávidas sobre os riscos e benefícios do parto cesáreo. Uma comparação entre o conteúdo dos formulários de consentimento informado é relevante (veja, por exemplo, UK Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, draft informed consent for c-section — <http://www.rcog.org.uk/womens-health/consultation-documents>). O temor por si mesma e pelo bebê parecem ser os principais fatores por trás do pedido de uma mãe pela cesárea, associado à crença de que o parto cesáreo é mais seguro para o bebê (Chaillet et al., 2007). Portanto, o aconselhamento materno é fundamental para reconhecer as preferências das mulheres enquanto se oferece o atendimento mais adequado.

Medidas complementares para um exame mais apurado — investigar os casos atípicos (pontos fora da curva) - Principais medidas específicas/dados para investigar as causas dos casos atípicos:

- Análise de subgrupos (Robson, 2001);
- Proporção por categoria de urgência (ameaça imediata à vida da mãe ou do feto);
- Risco materno ou fetal sem risco de vida imediato;
- A mãe pode precisar de um parto breve, mas não há risco materno ou fetal (horário do parto marcado para se adequar à mãe e à equipe) (classificação segundo o National Confidential Enquiry into Perioperative Deaths, NCEPOD);
- Distribuição temporal das cesáreas (p.ex., dia da semana/fim de semana);
- Taxas específicas do cirurgião/obstetra;
- Taxa de uso de anestesia epidural;



<ul style="list-style-type: none">- Proporção de partos vaginais mal-sucedidos após a cesárea;- Indução do parto;- Presença de diretrizes sobre indicações de cesárea na unidade;- Presença de material de apoio às mulheres com escolhas informadas. <p>As práticas de codificação devem ser discutidas entre os hospitais participantes, para avaliar em que medida os critérios de exclusão são especificados nos registros de alta ou se é preciso obter fontes alternativas de informação em alguns casos.</p>	
Banco de dados administrativos hospitalares	Fonte de Dados
<ol style="list-style-type: none">1. Veillard J, Champagne F, Klazinga N, et al. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. <i>Int J Qual Health Care</i>. 2005 Dec;17(6):487-96. Epub 2005 Sep 9.2. WHO Regional Office for Europe. Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals. Indicators descriptions sheets 09/10. December 2009.3. Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, Wagner M. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. <i>Paediatric and Perinatal Epidemiology</i>, 2007;21: 98-113.4. World Health Organization. Appropriate technology for birth. <i>Lancet</i> 1985; 2:436-437.5. Kazandjian VA, Lied TR. Cesarean section rates: effects of participation in a performance measurement project. <i>Joint commission Journal on Quality Improvement</i> 1998;24(4):187-196.6. Main EK. Reducing cesarean birth rates with data driven quality improvement activities. <i>Pediatrics</i> 1999; 103 (1supp.E):374-383.7. McCourt C, Weaver J, Statham H, Beake S, Gamble J, Creedy DK. Elective cesarean section and decision-making: a critical review of the literature. <i>Birth</i> 2007;34 (3):273-274.8. Aaron DC, Harper DL, Shepardson LB, Rosenthal GE. Impact of risk-adjusting cesarean delivery rates when reporting hospital performance. <i>Journal of the American Medical Association</i> 1998;279:1968-1972.9. Pasternak DP, Pine M, Nolan K, French R. Risk-adjusted measurement of primary cesarean sections: reliable assessment of the quality of obstetrical services. <i>Quality Management in Health Care</i> 1999;8(1):47-54. 1999.10. Robson MS. Classification of caesarean sections. <i>Fetal and Maternal Medicine Review</i> 2001; 12(1) 23-39).11. McCarthy FP, Rigg L, Cady L, Cullinane F. A new way of	Bibliografia



looking at caesarean section births. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2007;47:316-320.

12. Naiditch M, Levy G, Chale JJ, Cohen H, Colladon B, Maria B, Nisand I, Papiernik E, Souteyrand P. Cesarean sections in France: impact of organizational factors on different utilization rates (French). Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction 1997;26(5):484-495.

13. Chaillet N, Dumont A. Evidence-based strategies for reducing caesarean section rates: a meta-analysis. Birth 2007;34(1):53-64.

14. Chaillet N, Dubé E, Dugas M, Audibert F, Tourigny C, Fraser WD, Dumont A. Evidence-based strategies for implementing guidelines in obstetrics: a systematic review. Birth 2007;34(1):65-79.

15. <http://www.rcog.org.uk/womens-health/consultation-documents>.

16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 163 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5).

17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).