



## Indicadores de Segurança do Paciente – Gineco-Obstetrícia

Taxa de mortalidade perinatal padronizada por gestação	Título
Projeto de Indicadores para Maternidades - Women's Hospitals Australasia – Austrália.	Fonte
Razão entre os óbitos perinatais observados e os óbitos perinatais esperados.	Definição
Resultado	Nível Informação
Segurança; efetividade	Dimensão da Qualidade
<p>Óbitos perinatais observados.</p> <p><b>Inclusões:</b></p> <p>Todas as mortes perinatais, incluindo os bebês natimortos, em que o bebê tem: mais de 20 semanas de gestação; ou, quando o tempo de gestação é desconhecido, o peso é 400 g ou mais.</p> <p><b>Exclusões:</b></p> <p>Bebês com menos de 20 semanas de gestação (quando o tempo de gestação é conhecido);</p> <p>Bebês com peso abaixo de 400 g (quando o tempo de gestação é desconhecido);</p> <p>Mortes perinatais devido a malformações congênitas;</p> <p>Interrupção da gravidez;</p> <p>Nascimentos e mortes perinatais de mulheres transferidas para atendimento em outro hospital.</p>	Numerador
Óbitos perinatais esperados: Multiplicação do número de nascimentos ocorridos em cada grupo de gestantes, em um determinado serviço/ maternidade, pela taxa de mortalidade perinatal nacional para esse grupo de gestantes. Em seguida, os óbitos são somadas para se obter o total de óbitos esperados.	Denominador
<p>Óbitos observados: Número de mortes perinatais que ocorrem numa maternidade (ver exclusões).</p> <p>Nascimento vivo: Expulsão completa ou extração de um bebê de no mínimo 20 semanas de gestação (se conhecida) ou 400 g de peso ao nascer que, após o nascimento, respira ou mostra sinais de vida, como batimentos cardíacos.</p>	Definição de Termos



<p>Natimorto: Bebê de, no mínimo, 20 semanas de gestação (se conhecida) ou 400 g de peso ao nascer que, em nenhum momento após a expulsão completa ou extração, respire ou mostre sinais de vida, como batimentos cardíacos.</p> <p>Morte neonatal: Morte que ocorra nos primeiros 28 dias desde o nascimento de um bebê vivo de no mínimo 20 semanas de gestação (se conhecida) ou 400 g de peso ao nascer.</p>	
<p>As mortes perinatais incluem as mortes fetais e neonatais. A definição de mortalidade perinatal recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) tem um limite ligeiramente mais alto, de no mínimo 500 g de peso ao nascer ou 22 semanas de gestação quando o peso ao nascer é desconhecido, e um período neonatal mais curto, de até 7 dias. Entretanto, as definições usadas para construção deste indicador são aceitas pela maioria dos estados e territórios australianos e são utilizadas em seus relatórios anuais sobre os nascimentos.</p> <p>A sobrevivência do bebê recém-nascido é um dos principais objetivos de qualquer maternidade. Ainda que as mortes perinatais tenham declinado acentuadamente na Austrália, chegando a 7,5 mortes por 1.000 (Laws &amp; Sullivan, 2009), a morte de um bebê é um evento sentinela que deve ser investigado de maneira aprofundada pelos administradores clínicos, utilizando métodos como a Análise de Causa Raiz. O objetivo de reunir a taxa de mortes perinatais como parte do Conjunto de Indicadores de Maternidades foi o de assegurar que as taxas se mantenham dentro de uma faixa segura e que os hospitais situados fora dessa faixa (casos atípicos) sejam identificados quanto antes possível. Esta situação só pode ser alcançada adequadamente usando-se um cálculo com ajuste de risco, no qual os hospitais com proporções mais altas de bebês com baixo peso ao nascer possam ser comparados mais validamente aos hospitais com perfis diferentes, ao longo de um período de tempo razoável.</p> <p>Benefícios esperados com a implementação do indicador: Dar às maternidades a capacidade de medir seu desempenho em relação a um padrão nacional. Estimular a avaliação mais detalhada da prática clínica caso a TMPPG se mantenha consistentemente elevada ou sofra um aumento súbito. Assegurar que as taxas de mortalidade perinatal se mantenham dentro de uma faixa aceitável e identificar tendências, variações e casos atípicos. (A compilação de dados durante cinco anos dá estabilidade aos dados e reduz o risco de que as flutuações ao acaso sejam interpretadas exageradamente.) Promover a sobrevivência de bebês recém-nascidos. Servir como uma comparação válida entre as taxas de mortalidade das diferentes maternidades, de modo que os clínicos possam atuar com rapidez e investigar qualquer desvio incomum das taxas esperadas ou o surgimento de uma tendência de subida.</p>	Racionalidade
<p>Após longas discussões e aconselhamentos obtidos com especialistas em medicina neonatal e com o "Department of Human Services", do</p>	Ajuste de Risco



<p>estado de Victoria, na Austrália, o Grupo de Especialistas do Projeto de Indicadores para Maternidades concordou em adotar a Taxa de Mortalidade Perinatal Padronizada (TMPP, "Standardised Perinatal Mortality Ratio") descrita no "Measuring Maternity Care" (2002). Este consenso incluiu o princípio, o objetivo, as exclusões e a justificação definidas pela TMPP; entretanto, o Grupo de Especialistas adotou uma emenda posterior recomendada pelo grupo de Victoria, que sugere a padronização por tempo de gestação, e não por peso ao nascer. Em 2005, o "Victorian Performance Indicator Sub-Committee do Maternity Services Advisory Committee" refinou o indicador, que passou a se chamar Taxa de Mortalidade Perinatal Padronizada por Gestação (TMPPG, "Gestation Standardised Perinatal Mortality Ratio"), excluindo bebês com menos de 20 semanas de gestação e os casos de gestação desconhecida com peso abaixo de 400 g, além de excluir as interrupções da gravidez e as mortes devido a malformações congênitas. O Grupo de Especialistas do Projeto de Indicadores para Maternidades decidiu adotar este método para padronizar o ajuste de risco.</p>	
	Estratificação
<p>Deve ser considerado atraso no fornecimento de dados, o que dificulta a adoção de estratégias de intervenção no momento adequado. Este indicador só revela tendências. <b>As maternidades devem assegurar que toda morte perinatal seja tratada como um evento sentinela sujeito a Análise de Causa Raiz.</b></p> <p>Infelizmente, não há evidências fortes de que o monitoramento das taxas de mortalidade perinatais estimulem os hospitais com taxas mais altas a alterarem suas práticas e melhorarem os desfechos. Entretanto, as comparações com ajuste de risco têm mais probabilidade de ser significativas para os médicos que aquelas que não levem em consideração o perfil de casos atendidos pelo hospital (DHS, 2002).</p>	Interpretação
Prontuários dos pacientes; Banco de dados nacional sobre nascimentos	Fonte de Dados
<p>1. Department of Human Services, Victoria (DHS), Measuring maternity care: The final set of performance indicators. Victorian Government Publishing Service. 2002. Disponível em: <a href="http://www.health.vic.gov.au/maternitycare/mmcfinal.pdf">http://www.health.vic.gov.au/maternitycare/mmcfinal.pdf</a>.</p> <p>2. Laws P &amp; Sullivan EA 2009. Australia's mothers and babies 2007. Perinatal statistics series no. 23. Cat. no. PER 48. Sydney: AIHW National Perinatal Statistics Unit. Disponível em: <a href="http://www.aihw.gov.au/publications/per/per-48-10972/per-48-10972.pdf">http://www.aihw.gov.au/publications/per/per-48-10972/per-48-10972.pdf</a>.</p> <p>3. Women's Hospitals Australasia. Supporting Excellence in Maternity Care: The Core Maternity Indicators Project. [online]. Published by Women's Hospitals Australasia. Australian; January 2007. Disponível em:</p>	Bibliografia



[http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/3A59DB5FECB57A99CA25753C001B50ED/\\$File/CMI-Report-Jan2007.PDF](http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/3A59DB5FECB57A99CA25753C001B50ED/$File/CMI-Report-Jan2007.PDF).

4. REGO, Maria Albertina S. et al. Avaliação do perfil de nascimentos e óbitos em hospital de referência. *Jornal de Pediatria* - Vol. 86, Nº 4, 2010.

5. SILVA, Carla Maria de Castro Dias e et al. Validade, confiabilidade e evitabilidade da causa básica dos óbitos neonatais ocorridos em unidade de cuidados intensivos da Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(3):547-556, mar, 2013.

6. DARIPA, Mandira et al. Asfixia perinatal associada à mortalidade neonatal precoce: estudo populacional dos óbitos evitáveis. *Rev Paul Pediatr* 2013;31(1):37-45.

© Proqualis/Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz, 2014