

Anahp

PERFIL E ESTRUTURA DAS MATERNIDADES ASSOCIADAS À ANAHP

Anahp – Associação Nacional de Hospitais Privados

A Associação Nacional de Hospitais Privados – Anahp é uma entidade representativa dos principais hospitais privados de excelência do país. Criada em 11 de maio de 2001, surgiu para defender os interesses e necessidades do setor e expandir as melhorias alcançadas pelas instituições privadas para além das fronteiras da Saúde Suplementar, favorecendo a todos os brasileiros.





PANORAMA DAS MATERNIDADES ANAHP



120 hospitais associados, sendo 53 com maternidade



95% acreditados e os demais estão em processo



1800 leitos
de maternidade
em 2018

94% das maternidades
têm leitos de
UTI Neonatal

144 mil partos realizados em 2018

51% das maternidades

atendem gestantes
de **alto risco**



Cerca de 25%

das maternidades utilizam a
Classificação de Robson



91% dos hospitais

com maternidade
possuem **corpo clínico
aberto**

34% participam

do programa
Parto Adequado

Realidade das maternidades Anahp em relação a média brasileira

- *Maior prevalência do parto cesárea*
- *Melhores resultados em termos de mortalidade materna e neonatal*

TABELA 9

Indicadores Maternidade/Neonatal

INDICADOR	2017	2018	DESVIO PADRÃO 2018
TAXA DE PARTO CESÁREO	82,19%	82,49%	10,87%
TAXA DE PARTO INSTRUMENTAL	0,43%	0,41%	0,69%
TAXA DE PARTO NORMAL	17,56%	17,22%	10,68%
MORTALIDADE NEONATAL ATÉ 27 DIAS (A CADA 1.000 NASCIDOS VIVOS)	2,56	3,30	2,40
MORTALIDADE MATERNA RN (A CADA 100.000 MULHERES)	25,86	19,71	53,01

Fonte: SINHA/Anahp.



DESAFIOS PARA O SETOR
SAÚDE NO BRASIL

- Deficiência na educação das pacientes, principalmente nas questões relativas à saúde da mulher e parto
- Deficiência na educação de profissionais da saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem)
- Sistema de saúde não integrado – o primeiro contato com a gestante muitas vezes se dá no momento do parto
- Dificuldade de obtenção de dados de desfechos clínicos confiáveis e de boa qualidade que permitam avaliar o real impacto das mudanças de práticas assistenciais
- Falta de clareza sobre limites de atuação, responsabilidades e formas de remuneração das equipes multiprofissionais no acompanhamento da gestação e parto (tanto para os conselhos de classe, sociedades médicas, operadoras, hospitais e sociedade)



MUDANÇAS SISTÊMICAS

O incremento da taxa de cesárea no Brasil ocorreu ao longo dos últimos 50 anos. **Reverter este cenário é uma premissa para o setor**, mas as ações a serem adotadas precisam ser sistêmicas e abrangentes:

- Necessidade de uma campanha nacional a ser liderada pelo Ministério da Saúde, nos moldes do que foi feito para aleitamento materno, para conscientização da população
- Reformulação das grades curriculares das escolas médicas, de enfermagem, etc
- Ações específicas do CFM em relação à capacitação médica
- Novas formas de remuneração
- Ampliação de programas que estimulem o parto adequado envolvendo todos os elos da cadeia de forma efetiva e com metas adequadas e que não coloquem em risco o bem estar da mãe e do bebê
- Reconhecimento/regulamentação da participação de multiprofissionais no acompanhamento da gestante e parto
- Maior fiscalização da Anvisa em relação à infraestrutura mínima necessária para o parto adequado



ATUAÇÃO À ANAHP

Há três frentes de atuação do GE Maternidade da Anahp:

- Ampliação dos indicadores maternos em acompanhamento
- Programa em parceria com à OPAS – Redução morte materna por hemorragia
- Implementação e automação da **Classificação de Robson** nas maternidades associadas

A Anahp tem trabalhado na ampliação dos indicadores maternos, principalmente relativos à morbidade

Hoje são 7 indicadores de maternidade em acompanhamento e 23 neonatais

Coefficiente de mortalidade neonatal até 27 dias de vida - excluindo malformações ‰ (Por mil) (Semestral)
Densidade de incidência de infecção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central - UTI Neonatal ‰ (Por mil)
Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes internados em UTI Neonatal
Índice de Giro - Maternidade (dias)
Índice de Intervalo de Substituição - Maternidade (dias)
Média de permanência - Maternidade (dias)
Partos vaginais (classificação de robson 1 a 4)
Taxa de adequação na primeira temperatura do recém-nascido muito baixo peso (<=1500 gramas) na admissão uti
Taxa de aleitamento materno exclusivo no berçário
Taxa de infecção em sítio cirúrgico pós Parto Cesariano
Taxa de infecção neonatal precoce (nas primeiras 48 horas de vida)
Taxa de morbidade em recém-nascido de muito baixo peso ao nascer com enterocolite necrosante (ecn) (<=1500 gramas)
Taxa de morbidade em recém-nascido de muito baixo peso ao nascer com hemorragia intracraniana (hicgrave) (<=1500 gramas)
Taxa de morbidade em recém-nascido de muito baixo peso ao nascer com hemorragia peri-intraventricular (<=1500 gramas)
Taxa de morbidade em recém-nascido de muito baixo peso ao nascer com leucomalácia (<=1500 gramas)
Taxa de morbidade em recém-nascido de muito baixo peso ao nascer com sepsé tardia (<=1500 gramas)
Taxa de morbidade em recém-nascido de muito baixo peso ao nascer displasia broncopulmonar (dbp) (<=1500 gramas)
Taxa de morbidade em recém-nascido de muito baixo peso ao nascer retinopatia da prematuridade (rop grave) (<=1500 gramas)
Taxa de mortalidade materna (a cada 100.000 pacientes) (Semestral)
Taxa de parto cesáreo
Taxa de parto instrumental
Taxa de parto normal
Taxa de profilaxia de estreptococo B em qualquer faixa gestacional
Taxa de sobrevivida por idade gestacional < 24 semanas (Semestral)
Taxa de sobrevivida por idade gestacional > 32 semanas (Semestral)
Taxa de sobrevivida por idade gestacional de 24 a 26 semanas (Semestral)
Taxa de sobrevivida por idade gestacional de 27 a 29 semanas (Semestral)
Taxa de sobrevivida por idade gestacional de 30 a 32 semanas (Semestral)
Taxa de uso de sulfato de magnésio em recém-nascidos muito baixo peso <=1500 gramas
Taxa de utilização de CVC UTI neonatal
Taxa de utilização de Ventilação mecânica UTI neonatal

Desde de janeiro de 2019 a Anahp tem trabalhado, juntamente com a OPAS, na implementação do programa “**MORTE MATERNA 0 POR HEMORRAGIA**”.

- *Termo de cooperação será assinado em julho*
- *Levantamento de dados e identificação do perfil das instituições*
- *Programa será implementado nas instituições associadas elegíveis com possibilidade de expansão em uma segunda fase*
- *Implantação e treinamento a serem realizados pela própria OPAS*

Implementação e automação da
CLASSIFICAÇÃO ROBSON para gestão de
 desfechos clínicos maternos e neonatais :

Pré-requisito para mudança com segurança

Quadro 1: Classificação de Robson

<p>Grupo 1</p>  <p>Nullíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo</p>	<p>Grupo 6</p>  <p>Todas nullíparas com feto único em apresentação pélvica</p>
<p>Grupo 2</p>  <p>Nullíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto</p>	<p>Grupo 7</p>  <p>Todas multiparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)</p>
<p>Grupo 3</p>  <p>Multiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo</p>	<p>Grupo 8</p>  <p>Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)</p>
<p>Grupo 4</p>  <p>Multiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto</p>	<p>Grupo 9</p>  <p>Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anteriores</p>
<p>Grupo 5</p>  <p>Todas multiparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas</p>	<p>Grupo 10</p>  <p>Todas gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anteriores</p>

 Cesareia anterior

 Trabalho de parto espontâneo

Objetivo: Aumentar o controle referente ao bem estar materno e fetal a partir do aumento de partos vaginais

Etapas do projeto:

- Mapeamento da coleta das variáveis de Robson na linha de cuidado das pacientes
- Inclusão/ ajustes de documentos informatizados
- Extração e validação dos dados
- Definição do padrão de apresentação dos dados de acordo com os Grupos de Robson
- Definição e integração de indicadores de desfechos clínicos maternos e neonatais na plataforma de Robson
- Criação do Painel de Gerenciamento de Controle do Projeto

Vantagens:

- Maior facilidade para obter os dados, evitando o retrabalho
- Permite definir estratégias diferenciadas de aumento de partos vaginais individualizadas para cada grupo específico de Robson, considerando suas características obstétricas individuais
- Permite a customização dos projetos de aumento dos partos vaginais, respeitando as características individuais de cada hospital
- Monitorar e analisar resultados das intervenções de maneira confiável e em tempo real
- Maior segurança para implementar mudanças

Obrigada

Evelyn Tiburzio
Mônica Sialyis