



Acordo de Cooperação

Assistência ao Parto em

Hospitais Privados



PPA | Projeto Colaborativo Einstein - IHI - ANS - MS



PARTO ADEQUADO

2015 - 2016
Fase I - Piloto

2017 - 2019
Fase II



ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA



Ministério da
Saúde



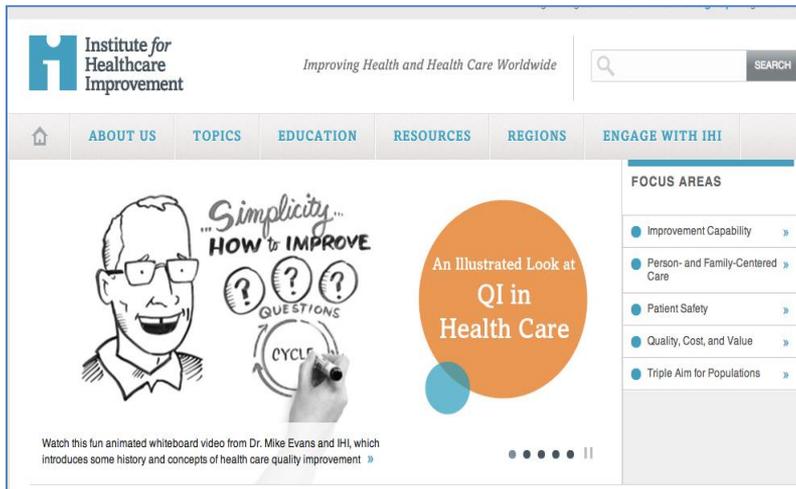
Propôs, coordena e monitora a cooperação técnica e a interface com os hospitais privados participantes

Responsável técnico-científico e operacional do processo clínico assistencial

Responsável técnico-científico e operacional dos métodos e ferramentas da Ciência da Melhoria

Apoia e monitora a cooperação técnica e a interface com os hospitais públicos participantes

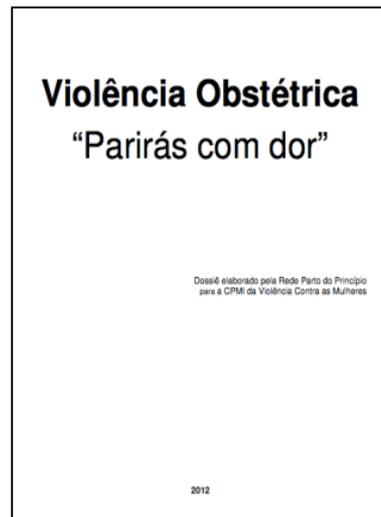
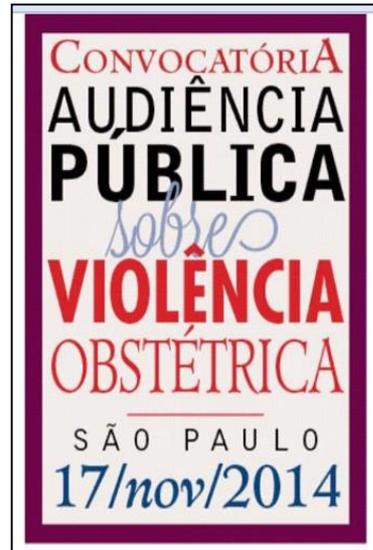
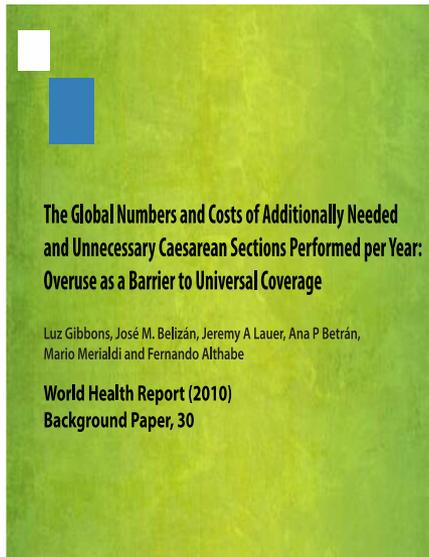
Campanhas orientadas pelo IHI



Rita Sanchez

Missão do IHI
Melhorar o cuidado com a saúde no mundo

Parto Adequado | Contexto que deu suporte à decisão da Colaborativa



Violência Obstétrica “Parirás com dor”

Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio
para a CPM da Violência Contra as Mulheres

2012

4 / 188

parto e parto normal.....	80
10.1. Episiotomia (ou mutilação genital?)	80
10.2. Intervenções com finalidades "didáticas"	93
MPF defende privacidade em exames em hospital universitário de Rio Grande	94
10.3. Intervenções de verificação e aceleração do parto	96
10.4 Falta de esclarecimento e consentimento da paciente	101
10.5. Manobra de Kristeller	103
10.6. Restrição de posição para o parto	107
10.7. Restrição da escolha do local do parto	109
11. Cirurgias Cesarianas.....	110
11.1. Cesáreas eletivas	112
11.2. Cesárea por conveniência do médico.....	114
11.3. Cesárea por dissuasão da mulher	118
11.4. Cesárea por coação da mulher.....	122

**2012:
MP processa ANS pelo alto
índice de Parto Cesárea**



Ministério da Saúde
Informações do Ministério da Saúde
Entrevistas Matérias Notícias

14/10/2014

Ministério da Saúde e ANS criam normas para reduzir cesarianas

Planos de saúde terão que divulgar taxas de partos de médicos e estabelecimentos de saúde. Atualmente, 84% dos procedimentos realizados na rede privada são cesarianas

A partir desta quarta-feira (15/10), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) coloca em consulta pública duas resoluções que visam à redução de cesarianas desnecessárias entre consumidoras de planos de saúde. Entre as medidas sugeridas pela Agência, está a ampliação do acesso à informação pelas beneficiárias, que poderão solicitar as taxas de cesáreas e de partos normais por estabelecimento de saúde e por médico - independentemente de estarem grávidas ou não.

As propostas para a mudança do modelo de assistência vigente foram anunciadas nesta terça-feira (14), em Brasília, pelo ministro da Saúde, Arthur Chioro, e o diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), André Longo. As medidas foram elaboradas por um Grupo de Trabalho específico constituído por servidores da ANS.

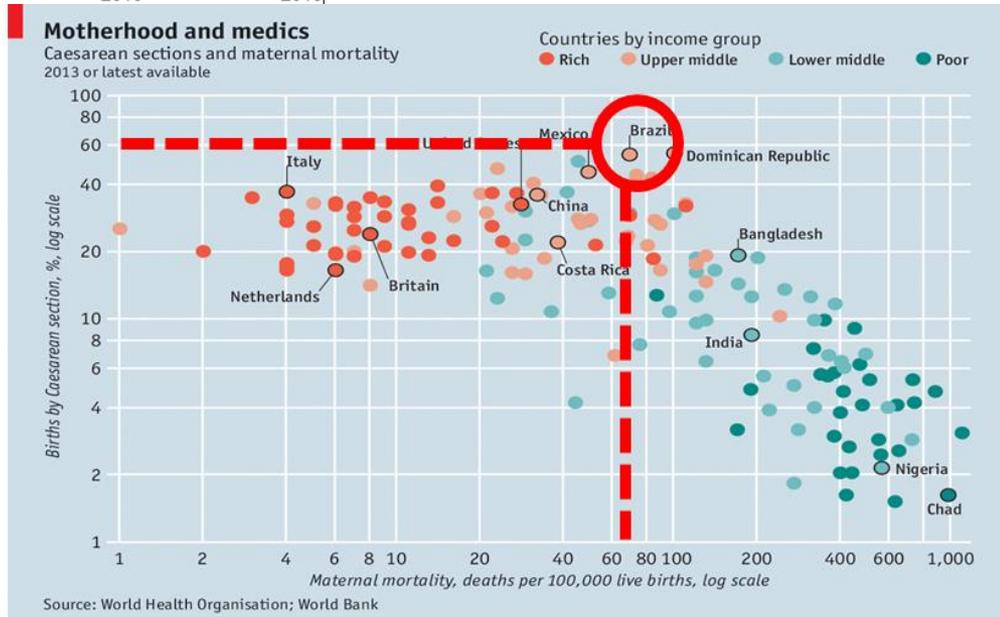
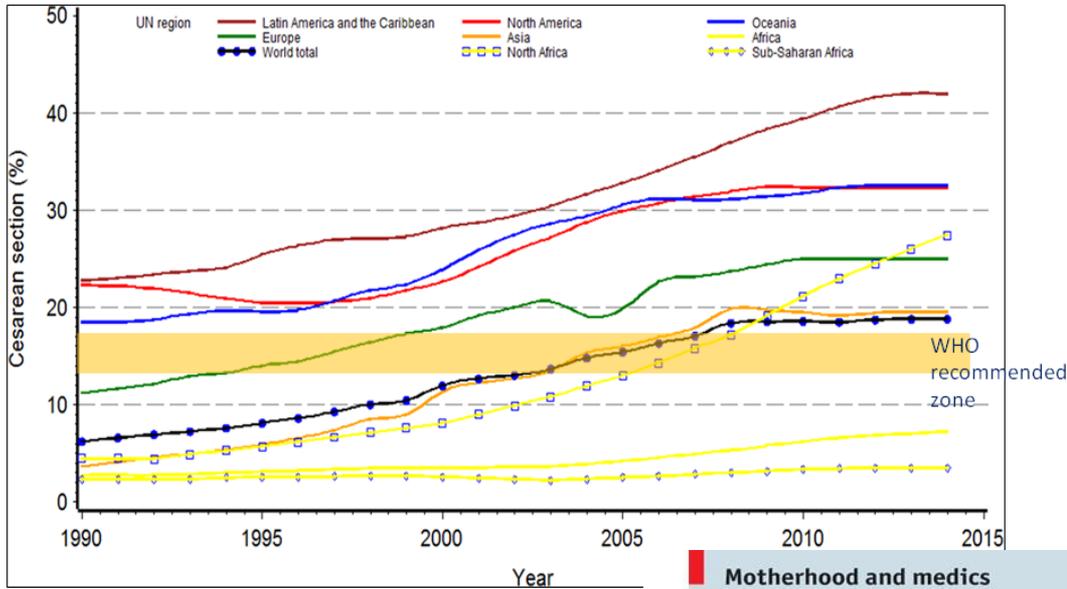
Na ocasião, o ministro da Saúde destacou a importância do enfrentamento ao que pode ser considerada uma epidemia de cesarianas no país. "No setor privado, o percentual que temos de partos cesáreos deveríamos ter de partos normais. Precisamos inverter essa situação, senão a vida vira uma mercadoria. A natureza deu nove meses para que a gestante se prepare para o parto. Respeitar a mulher é acima de tudo disponibilizar a ela todas as informações sobre o parto normal e fazer com que o parto cirúrgico seja adotado apenas quando indicado", ressaltou Chioro.

Além da transparência das informações, as resoluções preveem ainda a apresentação do partograma, um documento que deverá conter as anotações do desenvolvimento do trabalho de parto, das condições maternas e fetais. O documento, além de uma importante ferramenta de gestão para as operadoras, será parte integrante do processo para pagamento do parto. Em casos excepcionais, o partograma poderá ser substituído por relatório médico detalhado.

ANS lançou a NR 368:

- Partograma
- Cartão Gestante
- Permitida a publicação da % de P.Cesárea por médico.

Tendência Global – Parto Cesárea



Economist.com



Table 1. Risk of Adverse Maternal and Neonatal Outcomes by Mode of Delivery

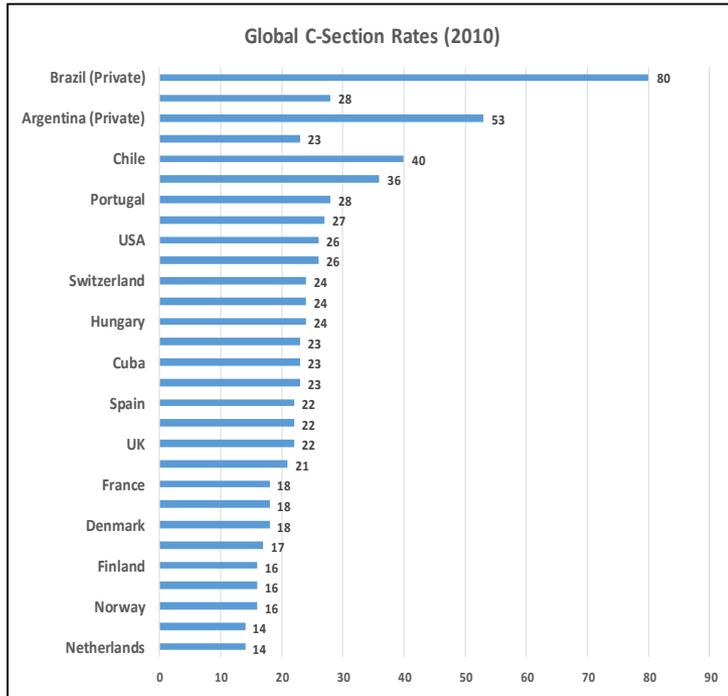
Outcome	Risk	
	Vaginal Delivery	Cesarean Delivery
<i>Maternal</i>		
Overall severe morbidity and mortality ^{*†}	8.6%	9.2%*
	0.9%	2.7% [†]
Maternal mortality ⁺	3.6:100,000	13.3:100,000
Amniotic fluid embolism [§]	3.3–7.7:100,000	15.8:100,000
Third-degree or fourth-degree perineal laceration	1.0–3.0%	NA (scheduled delivery)
Placental abnormalities [¶]	Increased with prior cesarean delivery versus vaginal delivery, and risk continues to increase with each subsequent cesarean delivery.	
Urinary incontinence [#]	No difference between cesarean delivery and vaginal delivery at 2 years.	
Postpartum depression	No difference between cesarean delivery and vaginal delivery.	
<i>Neonatal</i>		
Laceration ^{***}	NA	1.0–2.0%
Respiratory morbidity ^{**}	< 1.0%	1.0–4.0% (without labor)
Shoulder dystocia	1.0–2.0%	0%

Por que 85% de Cesarianas?

“Todo sistema é perfeitamente desenhado para produzir os resultados que obtem.”



Dr. Paul Batalden



Cesárea Agendada

Prematuridade Desnecessária

Morbidade Materna

PRÉ-TERMO
22-34 SEM

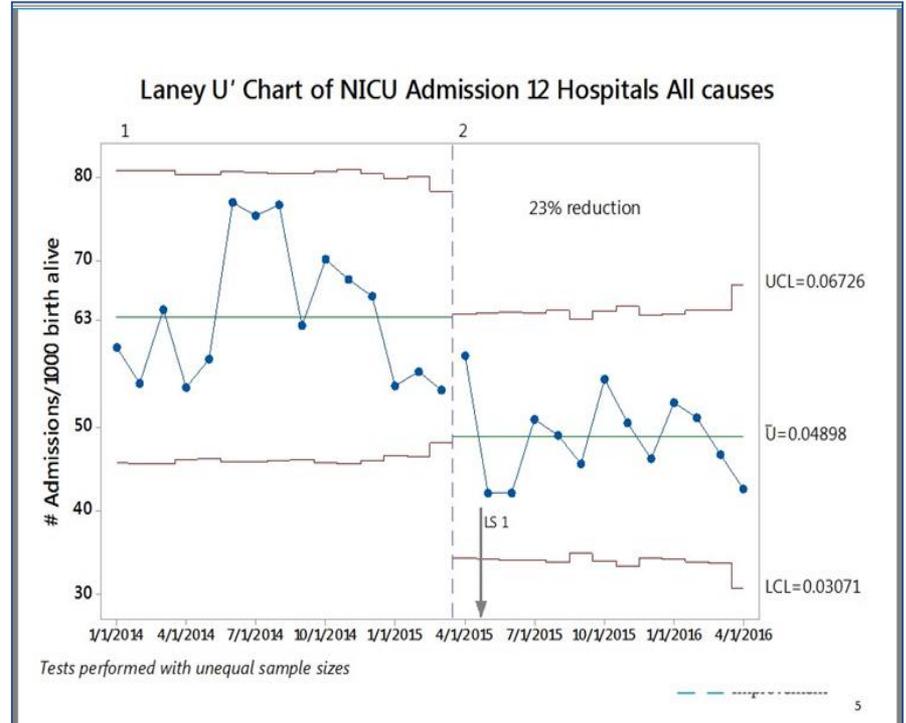
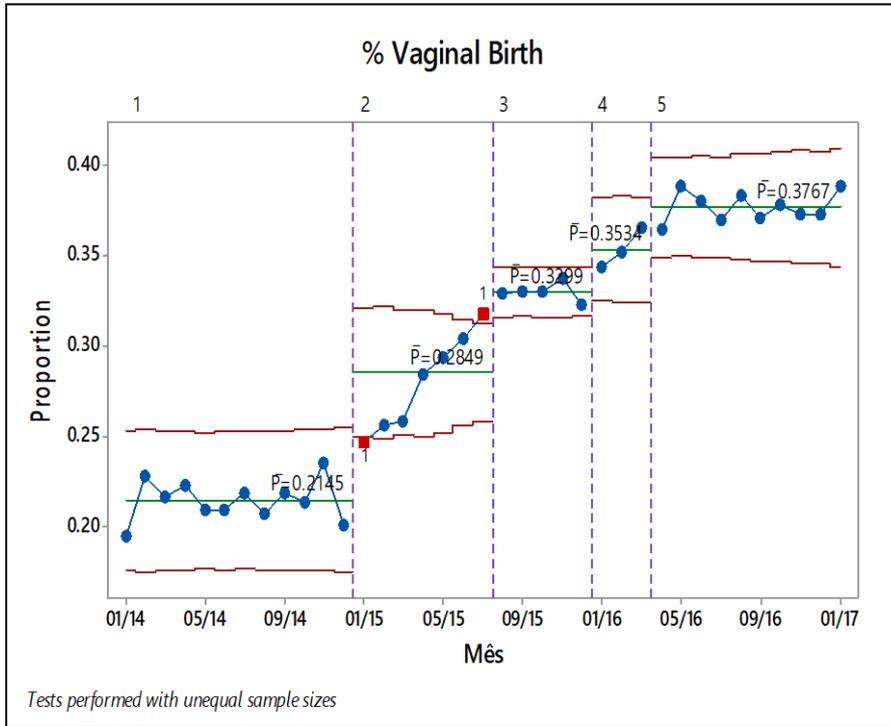
PRÉ-TERMO
TARDIO
34-36 SEM

**TERMO
PRECOCE
37-39 SEM.**

TERMO
39 - 41 SEM

Fleischman AR, Oinuma M, Clark SL. Rethinking the definition of "term pregnancy". *Obstet Gynecol.* 2010 Jul;116(1):136-9.

Parto Adequado | Resultados Hospitais Piloto (n = 35), em 18 meses

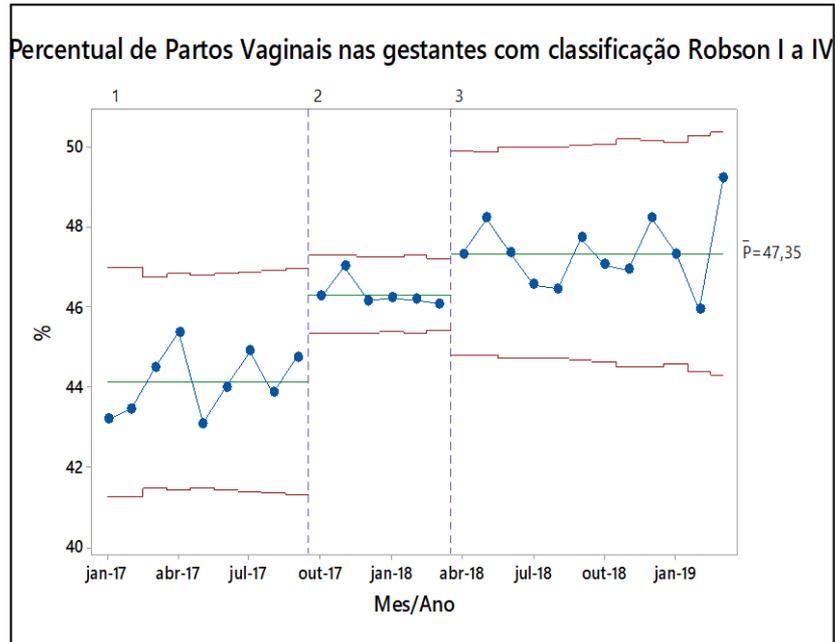


- **% Parto Vaginal: Aumento de 16 pontos percentuais (21% para 37%) na média geral (35 hospitais)**
- **Admissão UTI Neonatal - Redução de 15 pontos percentuais (63/1000 para 48/1000 nascimentos), em 12 hospitais**



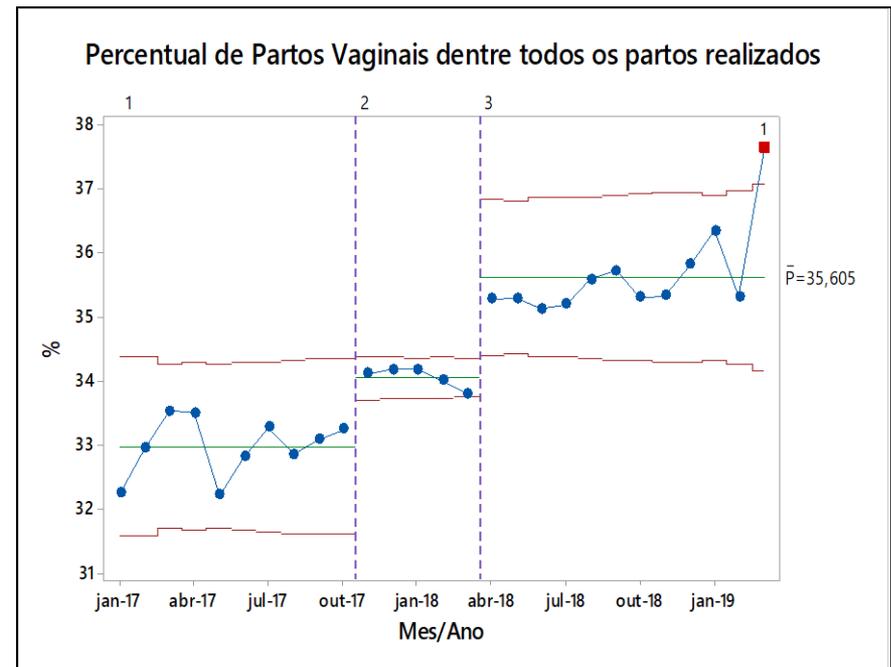
Resultados da fase 2:

% Parto Vaginal – Aumento **11 %** na média dos **113** hospitais em população de Robson **1 a 4** (baixo risco) e nas gestantes em geral (Todos os grupos)



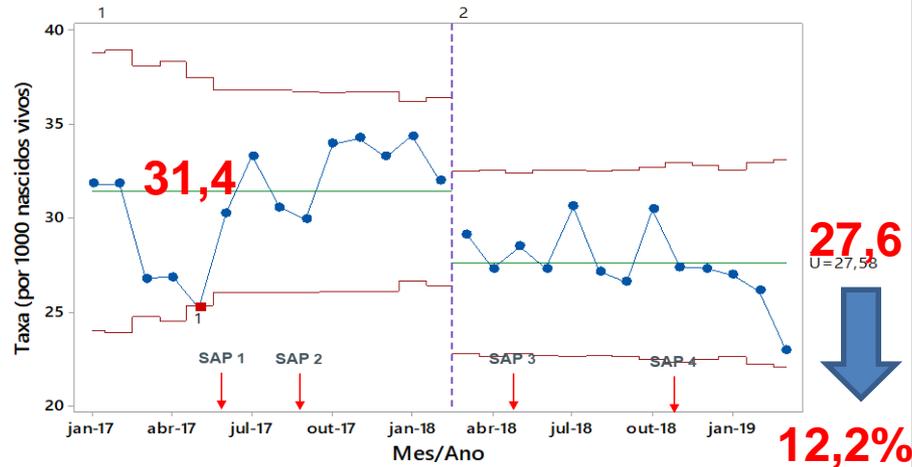
Robson 1 a 4

Gestantes em geral Todos os grupos de Robson



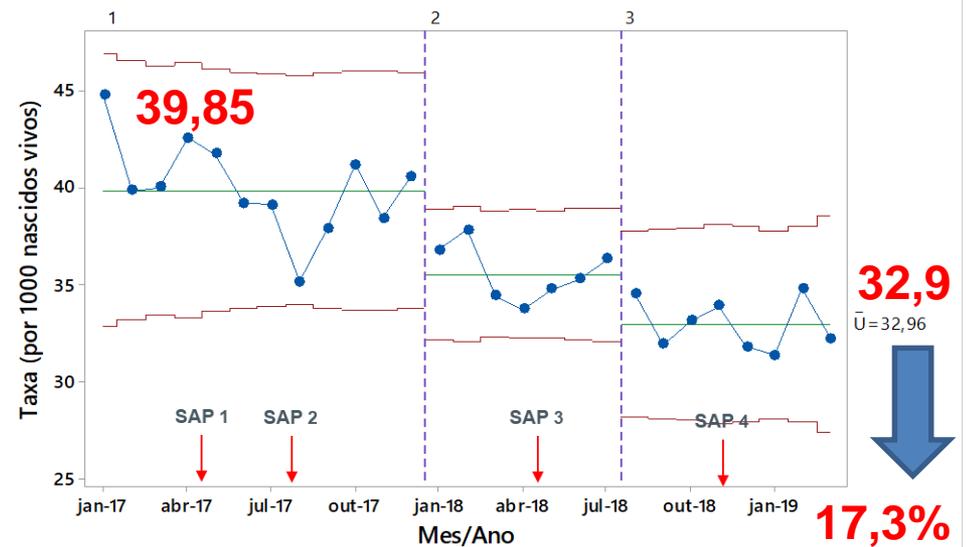
UTI1: Taxa de Admissões de neonatos (>=2.5kg) em UTI Neonatal por 1000 nascidos vivos- gestantes R I a IV- exceto RN com malformação "Major"

Taxa de Admissões de neonatos (>=2.5kg) em UTI Neonatal por 1000 nascidos vivos- gestantes Robson I a IV



UTI 2: Todas as gestantes

Taxa de Admissões de neonatos (>=2.5kg) em UTI Neonatal por 1000 nascidos vivos- todas as gestantes



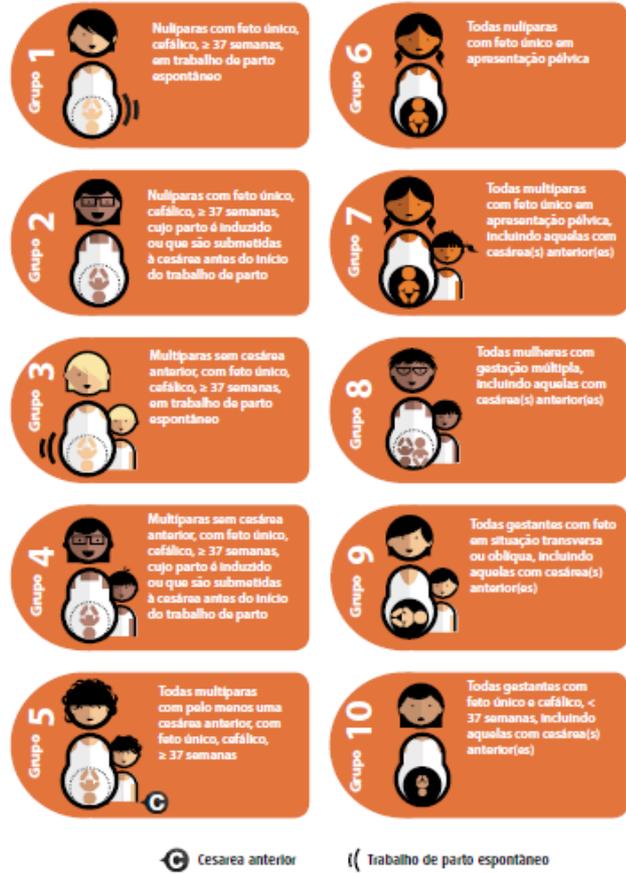
Classificação de Robson

Dr. Michael Robson



Classification of Caesarean Sections. Fetal and Maternal Review 2001; 12:23-39.

Quadro 1: Classificação de Robson



https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3



Organização
Mundial de Saúde

hrp.

Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas

Os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas.

Conclusão

A OMS propõe que a Classificação de Robson seja usada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesáreas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais.

Para ajudar os hospitais na adoção da Classificação de Robson, a OMS irá preparar e divulgar um manual sobre como usar, implementar e interpretar a classificação de Robson, que incluirá a padronização de todos os termos e definições.

Classificação de Robson: os 10 grupos

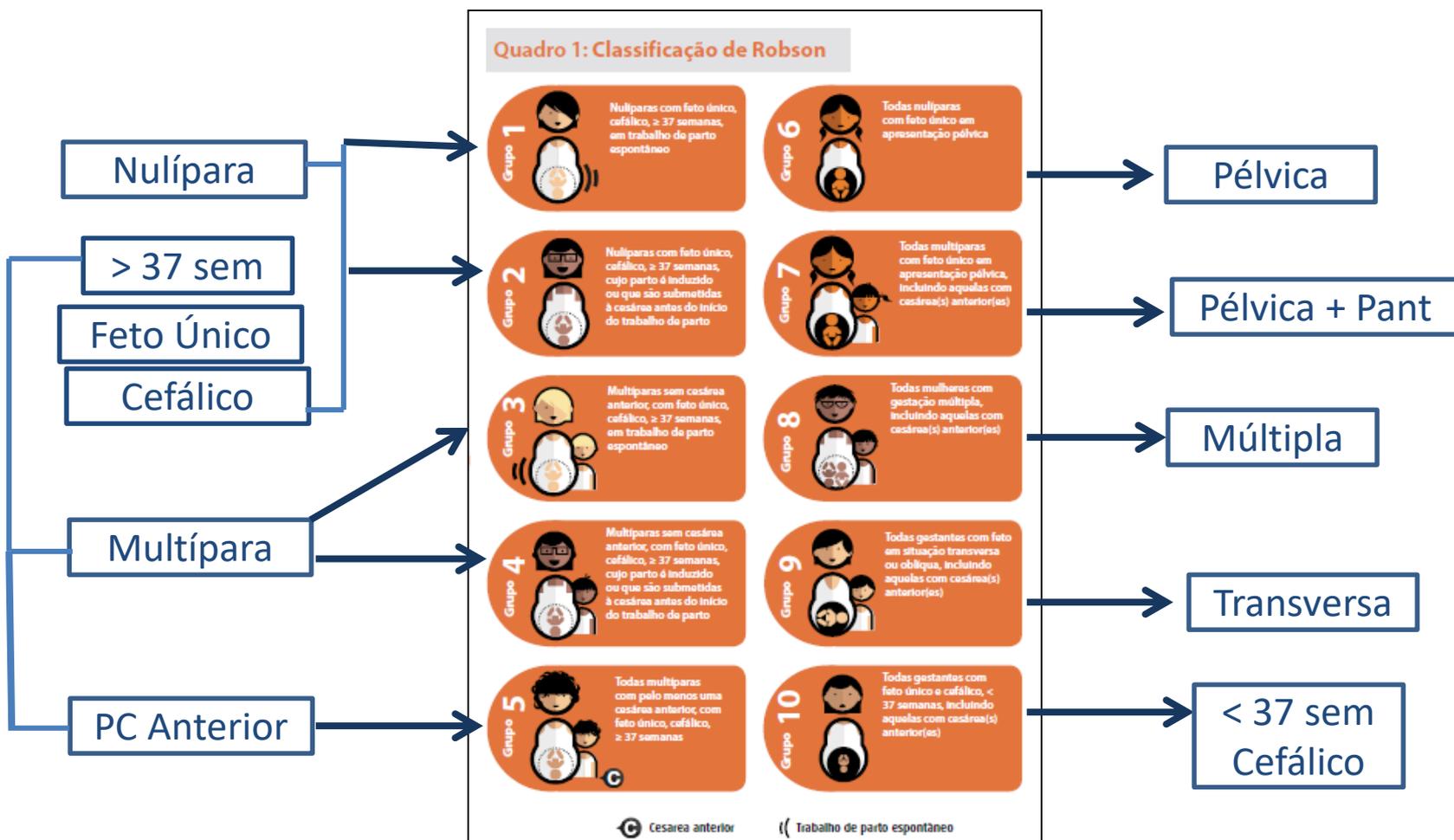
1	Nulípara, único cefálico ≥37 sem , TP espontâneo
2	Nulípara, único cefálico ≥37 sem , TP induzido OU Ces antes TP
3	Multipara sem Ces ant, único cefálico ≥37 sem , TP espontâneo
4	Multipara sem Ces ant, único cefálico ≥37 sem , ind OU Ces antes TP
5	Multipara com 1 OU mais Ces ant, único cefálico ≥37 sem
6	Todas nulíparas com apresentação pélvica
7	Todas multíparas com apresent. pélvica (inclusive com ant. Ces)
8	Todas gestações múltiplas (inclusive com ant. Ces.)
9	Todas córmicas ou oblíquas (inclusive com ant. Ces)
10	Todas único cefálico <37 sem (inclusive com ant. Ces)

TP: trabalho de parto

5 INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA CLASSIFICAR DE ROBSON 1 a 10

CLASSIF. ROBSON	No. FETOS	IG sem	APRESENTAÇÃO	PARTO ANTERIOR	TRABALHO PARTO
1	ÚNICO	> 37 sem	CEFALICA	NÃO	SIM
2	ÚNICO	> 37 sem	CEFALICA	NÃO	NÃO
3	ÚNICO	> 37 sem	CEFALICA	SIM – PN	SIM
4	ÚNICO	> 37 sem	CEFALICA	SIM - PN	NÃO
5	ÚNICO	> 37 sem	CEFALICA	SIM - PC	-
6	ÚNICO	-	PÉLVICA	NÃO	-
7	ÚNICO	-	PÉLVICA	SIM PN ou PC	-
8	2 ou MAIS	-	-	-	-
9	ÚNICO	-	CÓRMICA OBLIQUA	-	-
10	-	< 37 sem	-	-	-

GRUPOS DE ROBSON



CLASSIFICAÇÃO ROBSON

- **Ideal: Triagem Obstétrica**

- 1) Feto Único ou Gemelar

- 2) Idade Gestacional - > 37 sem ou < 37 sem

- 3) Apresentação: Cefálica / Pélvica / Córmica

- 4) Partos Anteriores: Normais ou Cesárea

- 5) Internando em T.P. ou NÃO (PC Agendado ou Indução)

- **LIVRO DE PARTO / PLANILHA DO C.O.** – Podemos perder Partos anteriores, ou se está em TP ou não.

- **ALTA HOSPITALAR** – muito tarde, maior perda de informação.

Aplicativo Robson OMS



1) Feto Único ou Gemelar

2) Idade Gestacional

3) Apresentação: Cefálica / Pélvica /Córmica

4) Partos Anteriores: Normais ou Cesárea

5) Início do TP: Espontâneo Induzido Fora de T.P.

DADOS SINASC SP e algumas cidades

Grupos de Robson e Apgar no 5º minuto



Monitoramento e Redução de
Cesáreas
Área Técnica de Saúde da Mulher
Gerência do SINASC/CEInfo
SMS - SP

Unidade: HOSP ALBERT EINSTEIN

Mês/Ano: Mai/2016

Grupos Robson	Vaginal	Cesáreo	Total	tamanho do grupo	tx cs por grupo	contribuição relativa do grupo para taxa CS	contribuição absoluta do grupo para taxa CS
1. Nulíparas com feto único, cefálico, ≥37 semanas, em trabalho de parto espontâneo	42	20	62	16,5	32,3	7,4	5,3
2. Nulíparas com feto único, cefálico, ≥37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto	18	84	102	27,1	82,4	31,2	22,3
2a Induzidas	18	22	40	10,6	55,0	8,2	5,9
2b Cesárea antes do trabalho de parto	0	61	61	16,2	100,0	22,7	16,2
3. Multiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥37 semanas, em trabalho de parto espontâneo	17	0	17	4,3	0,0	0,0	0,0
4. 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	12	4	16	4,3	25,0	1,5	1,1
4a Induzidas	12	0	12	3,2	0,0	0,0	0,0
4b Cesárea antes do trabalho de parto	0	4	4	1,1	100,0	1,5	1,1
5. Todas multiparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥37 semanas	10	88	98	26,1	89,8	32,7	23,4
5a Apenas 1 cesárea anterior	10	73	83	22,1	88,0	27,1	19,4
5b Mais de 1 cesárea anterior	0	15	15	4,0	100,0	5,6	4,0
6. Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica	0	16	16	4,3	100,0	5,9	4,3
7. Todas multiparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)	0	15	15	4,0	100,0	5,6	4,0
8. Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)	1	17	18	4,8	94,4	6,3	4,5
9. Todas gestantes com feto em apresentação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)	0	1	1	0,3	100,0	0,4	0,3
10. Todas gestantes com feto único e cefálico, <37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)	7	24	31	8,2	77,4	8,9	6,4
11. DNIs não classificadas por falta de informação	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	107	269	376	100,0	71,5	100,0	71,5

Fonte: SINASC/CEINFO/SMS-SP

Elaborado por CEInfo e Área Técnica de Saúde da Mulher - SMS-SP

quarta-feira, 22 de março de 2017

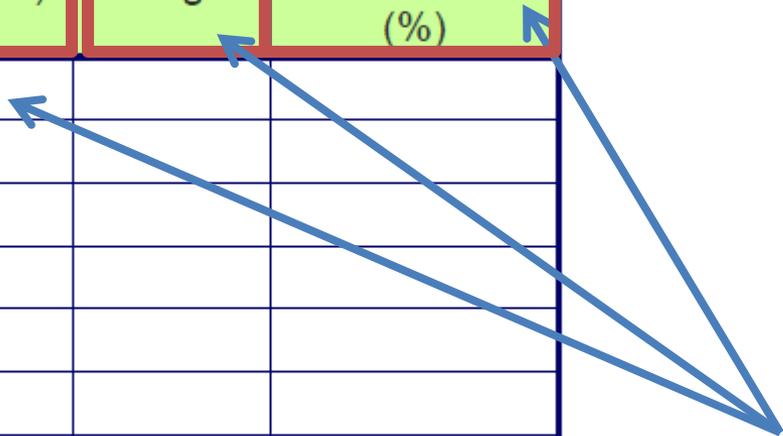
DADOS SINASC Outros estados



	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
1	NUMERODN	NOME/MAE	GESTACAO	GRAVIDEZ	PARTO	CONSULTAS	DTNASC	Mês	Descrição Mês	QTDPARTNOR	QTDPARTCES	SEMAGESTAC	TPAPRESENT	STTRABPAR	STCESPARTO
2		PAULA STANGE ROSI			2		01/09/2016								
3	71113524	DANUBIA GALVAO OLIVEIRA	5	1	2	3	01/09/2016	9	Setembro	0	0	40	1	2	3
4	71113525	SHANARA SARTORIO VIEIRA	5	1	2	4	01/09/2016	9	Setembro	0	0	38	1	2	3
5	71113523	KARLA MONTEIRO SANCHES DE MORAIS FONSECA	5	1	1	4	01/09/2016	9	Setembro	1	0	39	1	2	
6	71113528	KARINE DE JESUS CIRNE DE ALBUQUERQUE	5	1	2	4	02/09/2016	9	Setembro	0	1	38	1	2	2
7	71113527	ELIAMARA DIAS DE OLIVEIRA	5	1	2	4	02/09/2016	9	Setembro	0	1	39	1	2	1
8	71113526	CARLA BRAGA OLIVEIRA RODRIGUES	5	1	2	4	02/09/2016	9	Setembro	0	0	38	1	2	1
9	71113530	SINARIA RIBEIRO ANASTACIO	4	2	2	3	03/09/2016	9	Setembro	0	0	34	2	2	3
10	71113532	SABRINA GUMIERO PEREIRA	5	1	2	4	03/09/2016	9	Setembro	0	0	39	1	2	3
11	71113536	SARAH JACOBSEN MARTINS DO NASCIMENTO	4	1	2	4	04/09/2016	9	Setembro	0	1	36	2	2	2
12	71113535	CRISLAINE CAMPOS BISSELI	5	1	2	4	04/09/2016	9	Setembro	0	0	37	1	2	2
13	71113537	LORENA ALMENARA SILVA PETISSEN	5	1	2	4	04/09/2016	9	Setembro	0	0	38	1	2	1
14	71113534	RAPHAELA TESSAROLO MACIEL	5	1	1	4	04/09/2016	9	Setembro	0	0	40	1	2	
15	71113533	POLYANA APARECIDA VICENTINO	4	1	2	4	04/09/2016	9	Setembro	0	0	36	1	2	1
16	71113991	ANDRIELE SILVA AFRIGIO ROSARIO	4	1	2	4	05/09/2016	9	Setembro	0	0	35	1	1	1
17	71113992	KEILA CORREA VERONEZ	5	1	2	4	05/09/2016	9	Setembro	0	0	39	1	1	2
18	71113538	SILVIA GABRIELA PIANCA FRORESE	5	1	1	4	05/09/2016	9	Setembro	0	0	38	1	2	
19	71113540	ANNA PAULA ROCHA VULLEBOR ZANOTTI	5	2	2	4	05/09/2016	9	Setembro	2	0	37	1	1	1
20	71113994	PRISCILA BAUER LOZER	5	1	1	4	06/09/2016	9	Setembro	0	0	39	1	1	
21	71113993	GABRIELA BLEZER BORGES COSTA	5	1	2	4	06/09/2016	9	Setembro	0	0	40	1	2	1
22	71113997	LARISSA GUMIERO PEREIRA	5	1	1	4	07/09/2016	9	Setembro	0	0	39	1	2	
23	71113998	MILENA DE HOLANDA BATISTA TORRES	4	1	2	4	08/09/2016	9	Setembro	0	0	34	1	2	2
24	71114002	RAQUEL ALTOE GIOVELLI	5	1	1	4	09/09/2016	9	Setembro	1	0	38	1	2	
25	71114001	ROSANGELA DA SILVA ROCHA	5	1	2	4	09/09/2016	9	Setembro	0	0	40	2	2	2
26	71114000	LILIANE MARIA DA SILVA	5	1	2	4	09/09/2016	9	Setembro	0	2	37	1	2	2
27	71113999	BARBARA PIMENTEL ESTEVES	5	1	2	4	09/09/2016	9	Setembro	0	1	41	1	2	3
28	71114003	JOANA DE PAULA BOENO MORAES	5	1	2	4	11/09/2016	9	Setembro	0	0	40	1	2	3

Planilha de Robson

Grupo	N Ces	N Total Partos	Tamanho do gr (%)	% CS no gr	Contribuição do gr para taxa de CS (%)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
Total					



Tamanho dos grupos

Grupo	N Ces	N Total Partos	Tamanho do gr (%)	% CS no gr	Contribuição do gr para taxa de CS (%)
1	379	695	14,7		
2	1366	1597	33,7		
3	27	157	3,3		
4	107	198	4,2	Dividir	
5	1145	1247	26,3		
6	186	193	4,1		
7	74	75	1,6		
8	222	237	5,0		
9	19	20	0,4		
10	236	320	6,7		
N. C.	1	2	0,0		
Total	3762	4741	100		

Taxa geral de CS

Grupo	N Ces	N Total Partos	Tamanho do gr (%)	% CS no gr	Contribuição do gr para taxa de CS (%)
1	379	695			
2	1366	1597			
3	27	157			
4	107	198			
5	1145	1247			
6	186	193			
7	74	75			
8	222	237			
9	19	20			
10	236	320			
Total	3762	4741		79,4	

 Dividir
 

Taxa de CS em cada grupo

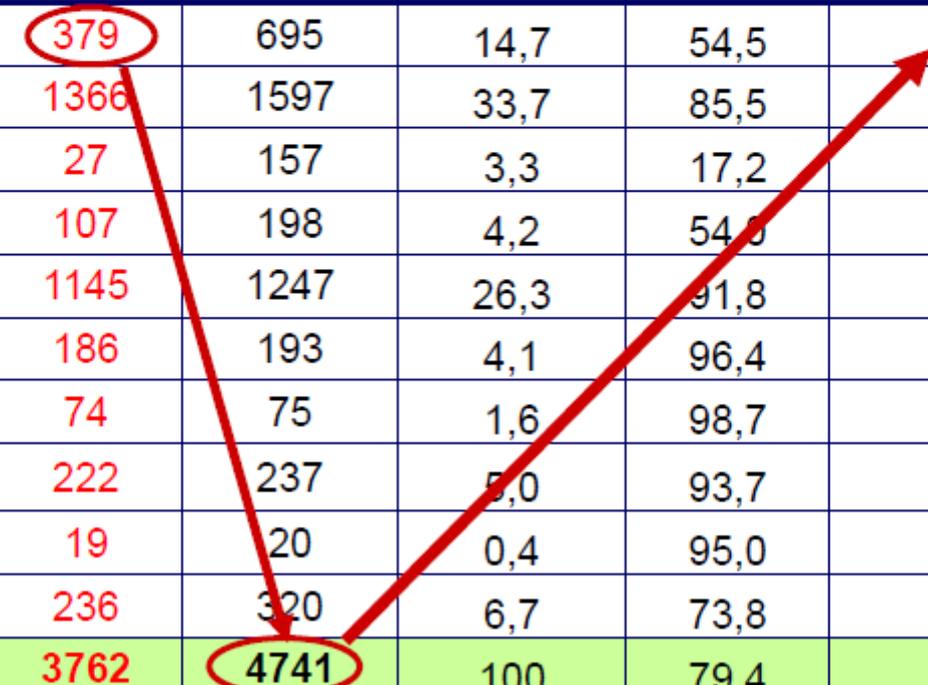
Grupo	N Ces	N Total Partos	Tamanho do gr (%)	% CS no gr	Contribuição do gr para taxa de CS (%)
1	379	695		54,5	
2	1366	1597		85,5	
3	27	157		17,2	
4	107	198		54,0	
5	1145	1247		91,8	
6	186	193		96,4	
7	74	75		98,7	
8	222	237		93,7	
9	19	20		95,0	
10	236	320		73,8	
Total	3762	4741		79,4	

Dividir

Contribuição de cada gr. Taxa CS

Dividir

Grupo	N Ces	N Total Partos	Tamanho do gr (%)	% CS no gr	Contribuição absoluta do gr para taxa geral de CS (%)
1	379	695	14,7	54,5	8,0
2	1366	1597	33,7	85,5	28,8
3	27	157	3,3	17,2	0,6
4	107	198	4,2	54,0	2,3
5	1145	1247	26,3	91,8	24,2
6	186	193	4,1	96,4	3,9
7	74	75	1,6	98,7	1,6
8	222	237	5,0	93,7	4,7
9	19	20	0,4	95,0	0,4
10	236	320	6,7	73,8	5,0
Total	3762	4741	100	79,4	79,4



Tamanho dos grupos

Grupo	N Ces	N Total Partos	Tamanho do gr (%)	% CS no gr	Contribuição do gr para taxa de CS (%)
1	379	695	14,7	48,4%	
2	1366	1597	33,7		
3	27	157	3,3	1 + 2 = ~35-40% da população	
4	107	198	4,2		
5	1145	1247	26,3		
6	186	193	4,1		
7	74	75	1,6		
8	222	237	5,0		
9	19	20	0,4		
10	236	320	6,7		
N. C.	1	2	0,0		
Total	3762	4741	100		

Tamanho dos grupos

Grupo	N Ces	N Total Partos	Tamanho do gr (%)	% CS no gr	Contribuição do gr para taxa de CS (%)
1	379	695	14,7	82,2%	
2	1366	1597	33,7		
3	27	157	3,3		
4	107	198	4,2		
5	1145	1247	26,3		
6	186	193	4,1	Esperado: 1-5 = ~80-90 % da população	
7	74	75	1,6		
8	222	237	5,0		
9	19	20	0,4		
10	236	320	6,7		
Total	3762	4741	100		

Tamanho dos grupos

Grupo	N Ces	N Total Partos	Tamanho do gr (%)	% CS no gr	Contribuição do gr para taxa de CS (%)
1	379	695	14,7		
2	1366	1597	33,7		
3	27	157	3,3	7,5%	
4	107	198	4,2		
5	1145	1247	26,3		
6	186	193	4,1	3 + 4 = ~30% da população	
7	74	75	1,6		
8	222	237	5,0		
9	19	20	0,4		
10	236	320	6,7		
N. C.	1	2	0,0		
Total	3762	4741	100		

Tamanho dos grupos

Grupo	N Ces	N Total Partos	Tamanho do gr (%)	% CS no gr	Contribuição do gr para taxa de CS (%)
1	379	695	14,7		
2	1366	1597	33,7		
3	27	157	3,3		
4	107	198	4,2		
5	1145	1247	26,3	26,3%	
6	186	193	4,1		
7	74	75	1,6		
8	222	237	5,0		
9	19	20	0,4		
10	236	320	6,7		
N. C.	1	2	0,0		
Total	3762	4741	100		

Gr. 5 = ~15% da população

Contribuição de cada gr. Taxa CS



Grupo	N Ces	N Total Partos	Tamanho do gr (%)	% CS no gr	Contribuição relativa do gr para taxa geral de CS (%)
1	379	695	14,7	54,5	10,1
1º → 2	1366	1597	33,7	85,5	36,3
3	27	157	3,3	17,2	0,7
4	107	198	4,2	54,0	2,8
2º → 5	1145	1247	26,3	91,8	30,4
6	186	193	4,1	96,4	4,9
7	74	75	1,6	98,7	2,0
8	222	237	5,0	93,7	5,9
9	19	20	0,4	95,0	0,5
10	236	320	6,7	73,8	6,3
Total	3762	4741	100	79,4	100

Hospitais Corpo Clínico Aberto

Grupos de Robson e Apgar no 5º minuto



Unidade: HOSP ALBERT EINSTEIN

Mês/Ano: Mai/2016

Grupos Robson	Vaginal	Cesáreo	Total	tamanho do grupo	tx cs por grupo	contribuição relativa do grupo para taxa CS	contribuição absoluta do grupo para taxa CS
1. Nulíparas com feto único, cefálico, ≥37 semanas, em trabalho de parto espontâneo	42	20	62	16,5	32,3	7,4	5,3
2. Nulíparas com feto único, cefálico, ≥37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto	18	84	102	27,1	82,4	31,2	22,3
2a Induzidas	18	22	40	10,6	55,0	8,2	5,9
2b Cesárea antes do trabalho de parto	0	61	61	16,2	100,0	22,7	16,2
3. Multiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥37 semanas, em trabalho de parto espontâneo	17	0	17	4,5	0,0	0,0	0,0
4. 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	12	4	16	4,3	25,0	1,3	1,1
4a Induzidas	12	0	12	3,2	0,0	0,0	0,0
4b Cesárea antes do trabalho de parto	0	4	4	1,1	100,0	1,3	1,1
5. Todas multiparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥37 semanas	10	88	98	26,1	89,8	32,7	23,4
5a Apenas 1 cesárea anterior	10	73	83	22,1	88,0	27,1	19,4
5b Mais de 1 cesárea anterior	0	15	15	4,0	100,0	5,6	4,0
6. Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica	0	16	16	4,3	100,0	5,9	4,3
7. Todas multiparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)	0	15	15	4,0	100,0	5,6	4,0
8. Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)	1	17	18	4,8	94,4	6,3	4,5
9. Todas gestantes com feto em apresentação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)	0	1	1	0,3	100,0	0,4	0,3
10. Todas gestantes com feto único e cefálico, <37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)	7	24	31	8,2	77,4	8,9	6,4
11. DN's não classificadas por falta de informação	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	107	269	376	100,0	71,5	100,0	71,5

G2 - 31,2%
2a - 8.2%
2b - 22.7%

G5 - 32,7%
5a - 27.1%
5b - 5.6 %

Fonte: SINASC/CEINFO/SMS-SP

Elaborado por CEInfo e Área Técnica de Saúde da Mulher - SMS-SP

quarta-feira, 22 de março de 2017

Hospitais Verticalizados



Monitoramento e Redução de
Cesáreas
Área Técnica de Saúde da Mulher
Boletim do SINASC/CEInfo
SMS - SP

Unidade: HOSPITAL DA LUZ (EX VILA MARIANA)

Mês/Ano: Jan/2015

Grupos Robson	Vaginal	Cesáreo	Total	tamanho do grupo	tx cs por grupo	contribuição relativa do grupo para taxa CS	contribuição absoluta do grupo para taxa CS
1. Nulíparas com feto único, cefálico, ≥37 semanas, em trabalho de parto espontâneo	9	5	14	7,1	35,7	3,1	2,6
2. Nulíparas com feto único, cefálico, ≥37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto	4	45	49	25,0	91,8	27,8	23,0
2a Induzidas	4	3	7	3,6	42,9	1,9	1,5
2b Cesárea antes do trabalho de parto	0	42	42	21,4	100,0	25,9	21,4
3. Multiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥37 semanas, em trabalho de parto espontâneo	10	2	12	6,1	16,7	1,2	1,0
4. 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	7	18	25	12,8	72,0	11,1	9,2
4a Induzidas	7	4	11	5,6	36,4	2,5	2,0
4b Cesárea antes do trabalho de parto	0	14	14	7,1	100,0	8,6	7,1
5. Todas multiparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥37 semanas	1	61	62	31,6	98,4	37,7	31,1
5a Apenas 1 cesárea anterior	1	45	46	23,5	97,8	27,8	23,0
5b Mais de 1 cesárea anterior	0	16	16	8,2	100,0	9,9	8,2
6. Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica	0	7	7	3,6	100,0	4,3	3,6
7. Todas multiparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)	0	3	3	1,5	100,0	1,9	1,5
8. Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)	0	6	6	3,1	100,0	3,7	3,1
9. Todas gestantes com feto em apresentação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
10. Todas gestantes com feto único e cefálico, <37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)	3	15	18	9,2	83,3	9,3	7,7
11. DN's não classificadas por falta de informação	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	34	162	196	100,0	82,7	100,0	82,7

G2 - 27,8%
2a - 1.9%
2b - 25.9%

G5 - 37,7%
5a - 27.8%
5b - 9.9 %

Fonte: SINASC/CEINFO/SMS-SP

Elaborado por CEInfo e Área Técnica de Saúde da Mulher - SMS-SP

terça-feira, 21 de março de 2017

Hospitais Públicos

	PARTO	PARTO	PARTO		CES	CES
Robson	vag	ces	total	Tamanho do Grupo	Contribuição relativa	absoluta
1	33	6	39	18,2%	8,1%	2,8%
2	19	14	33	15,4%	18,9%	6,5%
2a	19	11	30	14,0%	14,9%	5,1%
2b	0	3	3	1,4%	4,1%	1,4%
3	46	2	48	22,4%	2,7%	0,9%
4	18	7	25	11,7%	9,5%	3,3%
4a	18	3	21	9,8%	4,1%	1,4%
4b	0	4	4	1,9%	5,4%	1,9%
5	13	22	35	16,4%	29,7%	10,3%
5a	12	12	24	11,2%	16,2%	5,6%
5b	1	10	11	5,1%	13,5%	4,7%
6	0	1	1	0,5%	1,4%	0,5%
7	0	4	4	1,9%	5,4%	1,9%
8	0	8	8	3,7%	10,8%	3,7%
9	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
10	11	10	21	9,8%	13,5%	4,7%
11	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
total	140	74	214		100,0%	34,6%

G2 – 18.9%
2a -14.9%
2b – 4.1%

G5 – 29.7%
5a – 16.2%
5b – 13.5%

UNIMED GUARULHOS

GRUPO DE ROBSON	PARTO CESAREA	TOTAL	Tamanho Grupo	% CES no grupo	Contrib Relativa	Contrib Absoluta
1	147	235	32,7%	62,6%	25,8%	20,5%
2	130	158	22,0%	82,3%	22,8%	18,1%
3	12	34	4,7%	35,3%	2,1%	1,7%
4	9	9	1,3%	100,0%	1,6%	1,3%
5	232	240	33,4%	96,7%	40,8%	32,3%
6	3	3	0,4%	100,0%	0,5%	0,4%
7	10	11	1,5%	90,9%	1,8%	1,4%
8	15	15	2,1%	100,0%	2,6%	2,1%
9	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
10	11	13	1,8%	84,6%	1,9%	1,5%
TOTAL	569	718	100,0%	79,2%	100,0%	79,2%

TOTAL DE PARTOS	435	Cesárea 252	Normal 183	Tx. Cesárea Total 57,93%
------------------------	------------	-----------------------	----------------------	------------------------------------

**Questionários da auditoria assistencial ao parto preenchidos

GRUPO 1 (N PC / N PT) **20 / 130**

Tamanho Grupo % **29,89%**

Tx Cesárea no Grupo % **15,38%**

Contribuição do Grupo na Tx. Cesárea **7,94%**



GRUPO 2 (N PC / N PT) **94 / 94**

Tamanho Grupo % **21,61%**

Tx Cesárea no Grupo % **100,00%**

Contribuição do Grupo na Tx. Cesárea **37,30%**



GRUPO 3 (N PC / N PT) **2 / 53**

Tamanho Grupo % **12,18%**

Tx Cesárea no Grupo % **3,77%**

Contribuição do Grupo na Tx. Cesárea **0,79%**



GRUPO 4 (N PC / N PT) **11 / 11**

Tamanho Grupo % **2,53%**

Tx Cesárea no Grupo % **100,00%**

Contribuição do Grupo na Tx. Cesárea **4,37%**



GRUPO 5 (N PC / N PT) **76 / 79**

Tamanho Grupo % **18,16%**

Tx Cesárea no Grupo % **96,20%**

Contribuição do Grupo na Tx. Cesárea **30,16%**

Cesárea anterior



GRUPO 6 (N PC / N PT) **13 / 13**

Tamanho Grupo % **2,99%**

Tx Cesárea no Grupo % **100,00%**

Contribuição do Grupo na Tx. Cesárea **5,16%**



GRUPO 7 (N PC / N PT) **10 / 10**

Tamanho Grupo % **2,30%**

Tx Cesárea no Grupo % **100,00%**

Contribuição do Grupo na Tx. Cesárea **3,97%**



GRUPO 8 (N PC / N PT) **4 / 6**

Tamanho Grupo % **1,38%**

Tx Cesárea no Grupo % **66,67%**

Contribuição do Grupo na Tx. Cesárea **1,59%**



GRUPO 9 (N PC / N PT) **0 / 0**

Tamanho Grupo % **0,00%**

Tx Cesárea no Grupo % **-**

Contribuição do Grupo na Tx. Cesárea **0,00%**



GRUPO 10 (N PC / N PT) **22 / 39**

Tamanho Grupo % **8,97%**

Tx Cesárea no Grupo % **56,41%**

Contribuição do Grupo na Tx. Cesárea **8,73%**



PERTINÊNCIA DO CUIDADO

Grupos de Robson		Descrição
Grupos 1 a 4 - maior chance de parto vaginal	1	Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo
	2	Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto
	3	Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo
	4	Múltiparas 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
Grupo 5 - alguma chance de parto vaginal	5	Todas múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas
Grupos 6 a 10 - menor chance de parto vaginal	6	Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica
	7	Todas múltiparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
	8	Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
	9	Todas gestantes com feto em apresentação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
	10	Todas gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)

PERTINÊNCIA DO CUIDADO

CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON

- ✓ 1 - 4: MAIOR CHANCE DE PARTO VAG
- ✓ 5: ALGUMA CHANCE DE PARTO VAG
- ✓ 6 - 10: MENOR CHANCE DE PARTO VAG

CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON

- ✓ 1 - 4: IDEAL – Em T.P. ou indicação BE
- ✓ 5: Em T.P. ou indicação BE
- ✓ 6 - 10: Acima de 39 sem ou em T.P. ou RPMO

INDICAÇÕES DE PARTO CESÁREA:

- ✓ ANTES DO TRABALHO DE PARTO
- ✓ DURANTE O TRABALHO DE PARTO

**ANEXAR FORMULÁRIO COM A
INDICAÇÃO / PRONTUÁRIO
(EXCETO URGÊNCIAS OBSTÉTRICAS)**

IDADE GESTACIONAL:

- ✓ N° SEMANAS DE GESTAÇÃO
≥ 39 SEM

**Cópia de Cartão Pré-Natal com informações de
DUM, DPP e USG**

Cópia de USG de primeiro trimestre

Justificativa para indicação abaixo de 39 sem

Serão considerados como prematuridade iatrogênica (IG < 39 semanas, na ausência de trabalho de parto espontâneo ou RPMO) e classificados como não pertinentes.

PERTINÊNCIA DO CUIDADO – INDICAÇÕES DE PARTO CESÁREA:

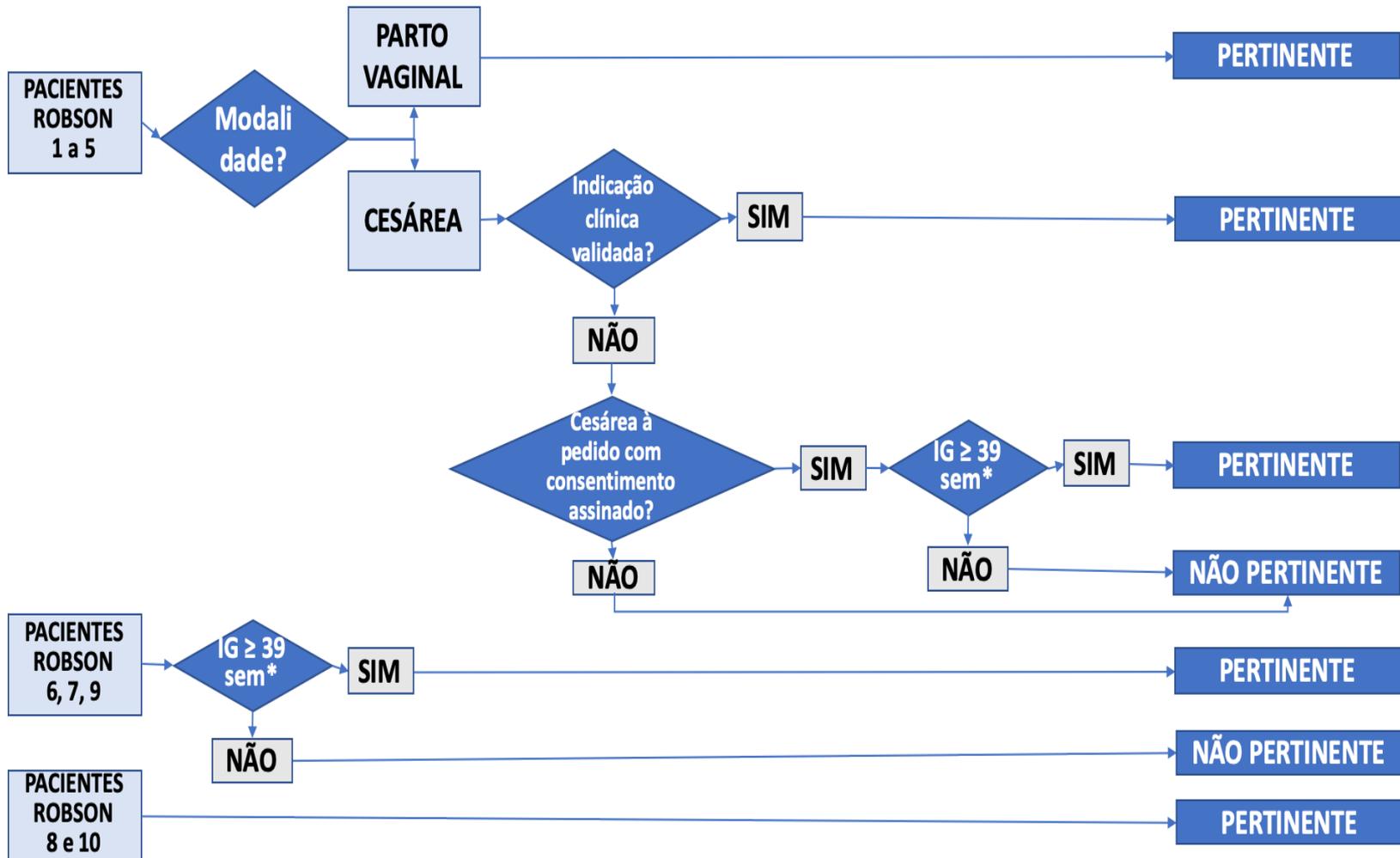
ANTES DO TRABALHO DE PARTO

- () ≥ 2 cesareanas anteriores**
- () Pré-eclâmpsia / HELLP Síndrome**
- () Descolamento placentário**
- () Sangramento/Placenta marginal**
- () Presença de Mecônio**
- () Sofrimento Fetal – Cardiotocografia Alterada**
- () Sofrimento Fetal – PBF ou Doppler Alterado**
- () Incisão uterina em T prévia**
- () Cirurgia Fetal a céu aberto prévia**
- () Miomectomia prévia**
- () Condição clínica materna que impeça aguardar TP (cardiopatia, transplante renal, DPOC, aneurisma cerebral)**
- () Doença sistêmica que comprometa a funcionalidade materna**
- () Gestação múltipla**
- () Apresentação Córmica**
- () Apresentação Pélvica sem critérios para via baixa**
- () Anomalia fetal que impeça TP ou via baixa**
- () HIV materno com contagem viral positiva**
- () Herpes Genital Materno com lesão ativa ou captura em cérvix positiva**
- () Hidropisia Fetal/isoimunização**
- () Restrição de crescimento Fetal com Doppler ou CTR alterada**
- () Macrossomia fetal (PEF > 4000 gramas) e idade gestacional > 39 semanas**
- () Pós-Data com cervix desfavorável**
- () Fatores psicológicos – anexar avaliação psicóloga**
- () Cesariana anterior: paciente recusa prova de TP e idade gestacional > 39 sem**
- () Solicitação materna – cesárea a pedido – paciente deve assinar TCLE em conjunto com médico**

DURANTE O TRABALHO DE PARTO

- () Distocias do Primeiro Período do Parto (dilatação)**
- () Distocias do Segundo Período do Parto (expulsivo)**
- () Desproporção Cefalo-Pélvica**
- () Sofrimento Fetal – alteração de cardiocotografia**
- () Macrossomia Fetal (peso fetal acima de 4.500g)**
- () Descolamento prematuro da placenta**
- () Complicação Materna na Analgesia**
- () Cesarea a pedido – com exaustão materna e impossibilidade de analgesia farmacológica**

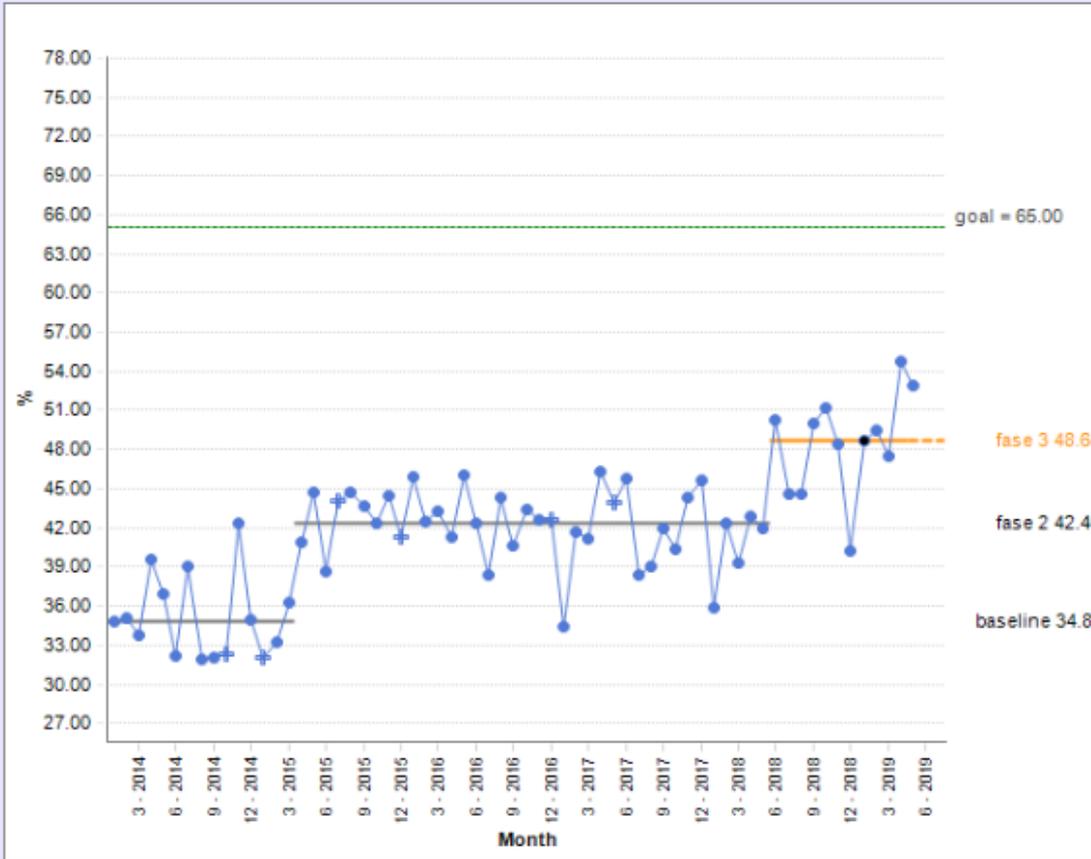
Fluxo de avaliação da Pertinência da Indicação de parto e cesariana



*Na ausência de TP espontâneo ou Ruptura prematura de membrana

Teams Hub G000*: HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN (pioneiro)

Measure PV1: Percentual de Partos Vaginais nas gestantes com classificação de Robson I a IV



Detailed Data

Select Analysis Median [edit](#)

fase 3: 6/1/2018 to 4/1/2019

Analysis

- Too many/too few runs No
- Shift in the data No
- Trend in the data No
- Astronomical Point Please Review

Details

Median	48.68
Total Observations	12
Useful Observations	11
Number of runs	7
Longest Run	2
Longest Trend	3

Legend

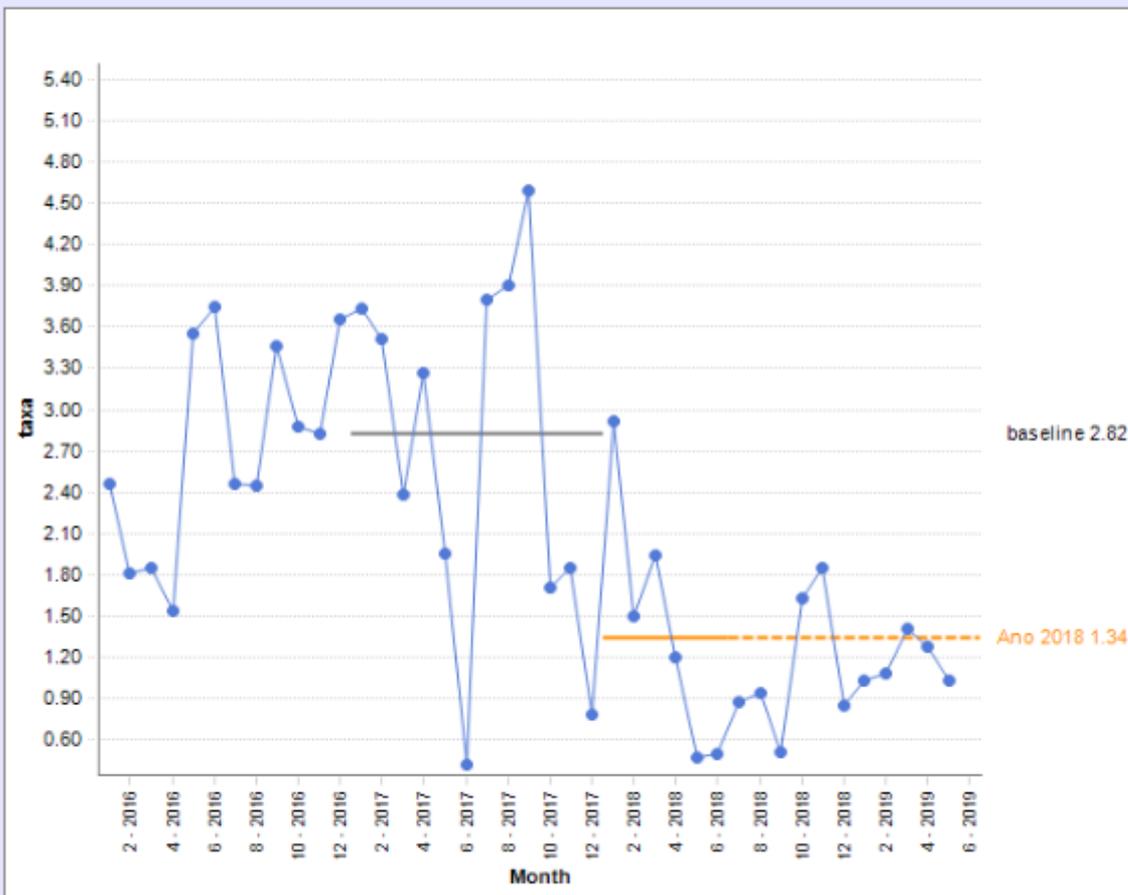
- - normal
- + - annotated
- - missing data
- - median
- - highlighted
- - overlapped highlighted

Display Options

- Vertical lines on chart
- Horizontal lines on chart

Teams Hub G000*: HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN (pioneiro)

Measure EA2: Escore Ponderado de Eventos Adversos



Select Analysis Median [edit](#)

Ano 2018: 1/1/2018 to 6/1/2018

Analysis

- Too many/too few runs No
- Shift in the data Yes
- Trend in the data No
- Astronomical Point Please Review

Details

Median	1.34
Total Observations	17
Useful Observations	17
Number of runs	6
Longest Run	6
Longest Trend	4

Legend

- - normal
- ⊕ - annotated
- - missing data
- - median
- - highlighted
- - overlapped highlighted

Display Options

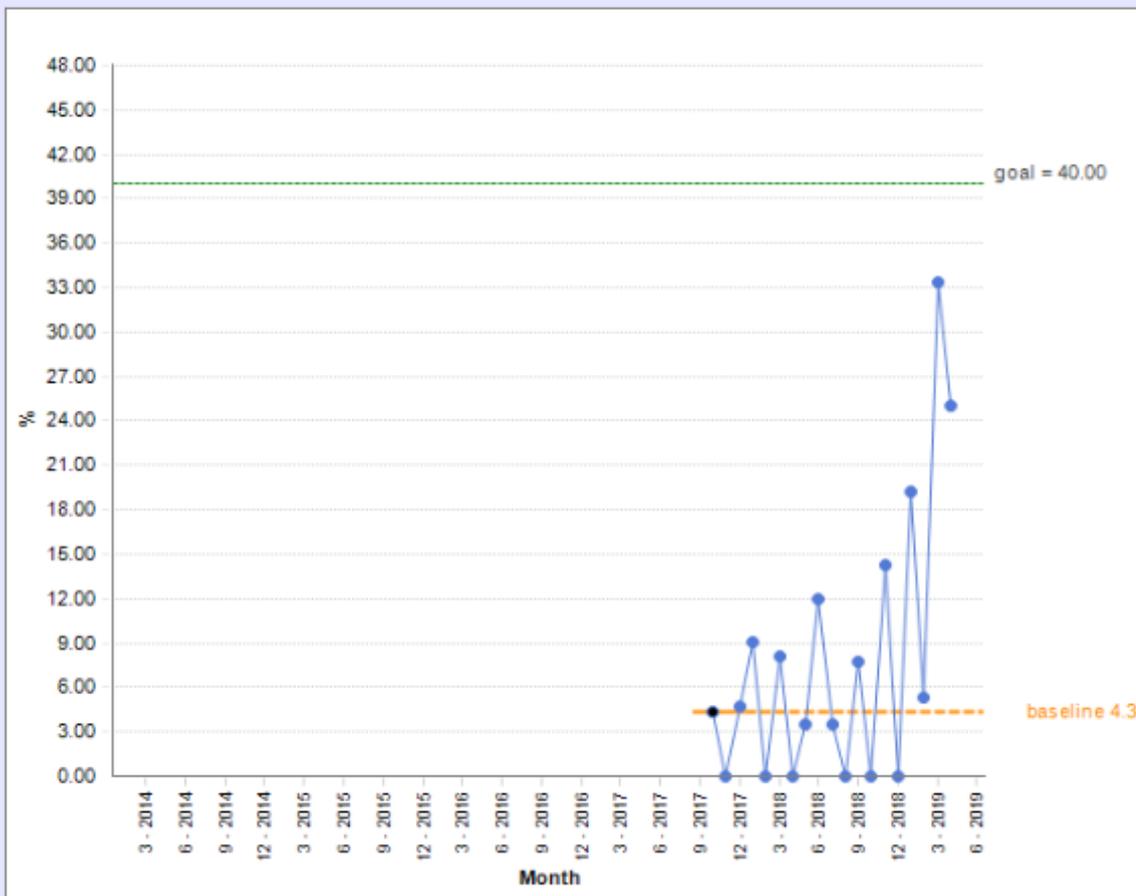
- Vertical lines on chart
- Horizontal lines on chart

Detailed Data

GRUPO DE ROBSON	PARTO CESAREA	TOTAL	Tamanho Grupo	% CES no grupo	Contrib Relativa	Contrib Absoluta
1		8	1,6%			
2		199	35,7%			
3		5	1,0%			
4		61	11,0%			
5		209	37,5%			
6		10	1,7%			
7		6	1,0%			
8		2	0,4%			
9		2	0,4%			
10		54	9,7%			
TOTAL		556	100,0%			

Teams Hub G006: HOSPITAL UNIMED REGIONAL SUL GOIAS

Measure PV1: Percentual de Partos Vaginais nas gestantes com classificaçao de Robson I a IV



Select Analysis Median [edit](#)

baseline: 9/1/2017 to 12/1/2017

Analysis

- Too many/too few runs No
- Shift in the data No
- Trend in the data No
- Astronomical Point Please Review

Details

Median	4.35
Total Observations	19
Useful Observations	18
Number of runs	12
Longest Run	4
Longest Trend	3

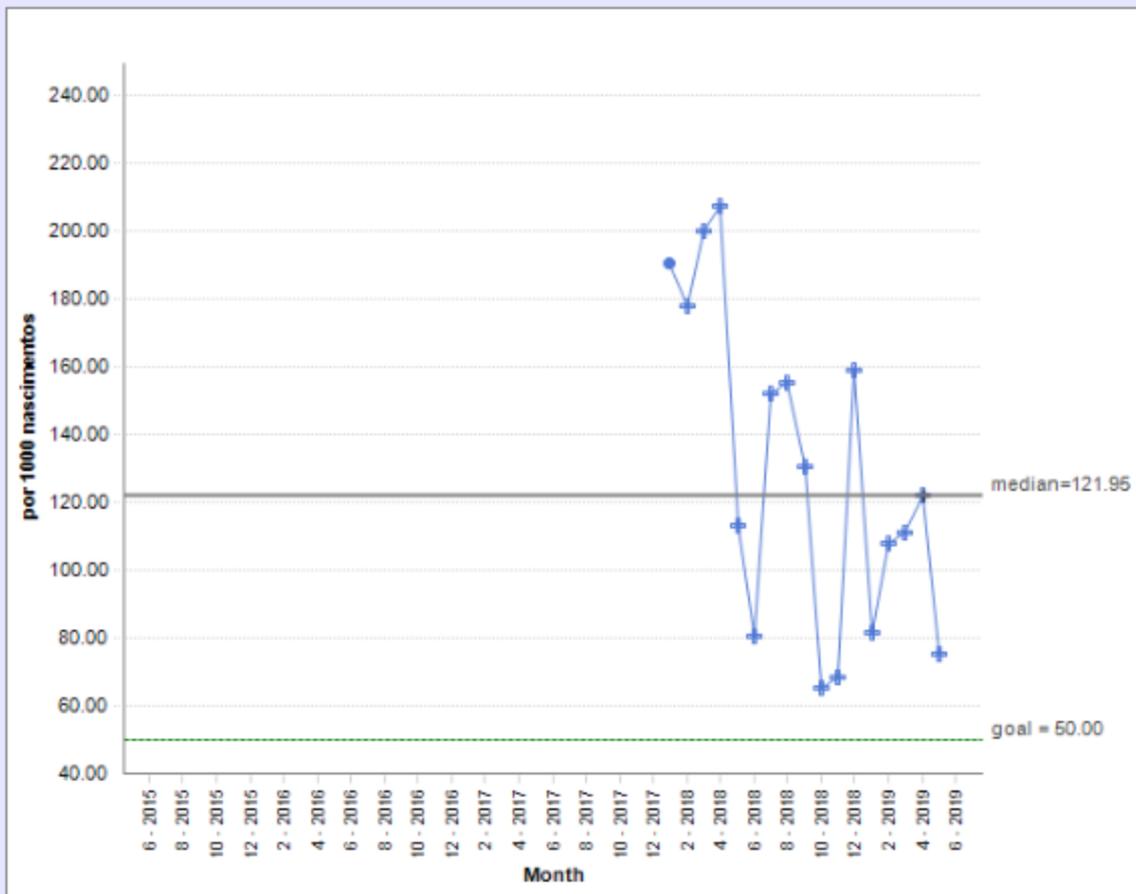
Legend

- - normal
- + - annotated
- - missing data
- - median
- - highlighted
- - overlapped highlighted

Display Options

Teams Hub G006: HOSPITAL UNIMED REGIONAL SUL GOIAS

Measure EA2: Taxa de eventos adversos por 1000 (todas as gestantes)



Analysis [Define baseline...](#)

- Too many/too few runs No
- Shift in the data No
- Trend in the data No
- Astronomical Point Please Review

Details

Median	121.95
Total Observations	17
Useful Observations	16
Number of runs	6
Longest Run	4
Longest Trend	4

Legend

- - normal
- + - annotated
- - missing data
- - median
- - highlighted
- - overlapped highlighted

Display Options

- Vertical lines on chart
- Horizontal lines on chart

Detailed Data

Onde concentrar suas ações de mudanças?

Hospitais Privados de modo geral:

- 1º.) **Robson 1** – Cesáreas em Primíparas que chegaram em T.P.
 - Precisamos entender quais as indicações dessas cesáreas, teoricamente, apenas 15 a 20 % delas são necessárias.
 - Pacientes: Medo da dor ? Falta analgesia? Falta métodos não farmacológicos para alívio da dor?
 - Médicos: Medo do Período Expulsivo ? Distócias: operam antes da correção, ou de realizar analgesia?
 - Pacientes: Pré-Natal / Rodas de conversas / Cursos / Protocolo para Cesárea a Pedido (Psicólogas)
 - Médicos: Oficina de Indicações de Cesárea – apenas baseadas em evidências científicas.

Onde concentrar suas ações de mudanças?

Hospitais Privados de modo geral:

1º.) **Robson 2b** – Cesáreas em Primíparas fora de T.P.

- Precisamos entender quais as indicações dessas cesáreas, teoricamente, apenas 15 a 20 % delas são necessárias.
- Transformar essas pacientes em Robson 1, ou seja, informá-las para que aguardem o termo da gestação e o T.P.
- Pacientes: Pré-Natal / Rodas de conversas / Cursos / Protocolo para Cesárea a Pedido (Psicólogas)
- Médicos: Oficina de Indicações de Cesárea – apenas baseadas em evidências científicas.

Onde concentrar suas ações de mudanças?

Hospital Privado de modo geral:

1º.) **Robson 4 a, 4 b** – Multíparas fora de T.P.

- Precisamos entender quais as indicações dessas cesáreas, pois teoricamente, apenas 15 a 20 % delas são necessárias
- Transformar essas pacientes em Robson 3, ou seja, que elas aguardem o termo da gestação, e o T.P.
- Pacientes que tiveram experiência “pouco positiva” no primeiro parto vaginal: Pré-Natal / Rodas de conversas / Cursos / Protocolo para Cesárea a Pedido (Psicólogas)
- Médicos: Oficina de Indicações de Cesárea – apenas baseadas em evidências científicas.

Onde concentrar as ações de mudanças?

Hospitais Públicos:

1º.) **Robson 2a** – Primiparas fora de T.P. induzidas

- Sucesso em 40 a 50% das induções.
- Analisar indicações e IG da indução:
 - Realmente necessárias?
 - Faltou Preparo de Colo?
 - Antes de 40 semanas?
 - Depois de 41 semanas? Foi necessária cesárea por questão de sofrimento fetal?
- Médicos: Oficina de Indicações de Indução – apenas baseadas em evidências científicas.
- Protocolo de Indução – Preparo de Colo adequado

Onde concentrar as ações de mudanças?

Hospital Privado de modo geral:

1º.) **Robson 5**: Gestante com Cesárea Anterior - 25 a 30%

5a: 1 cesárea anterior – 25%

5b: 2 cesáreas anteriores – 5%

- Pacientes que tiveram uma cesárea anterior sem indicação, podem pedir Parto Vaginal.
- Médicos: Preparados para parto vaginal pós-cesárea.
- Protocolo de Acompanhamento de T.P. pós-cesárea.

CESÁREA A PEDIDO



- Início da gestação 70% a 80% desejam PN
- Final da gestação 70% optam pela cesárea
- Medo da dor ?? Complicações ??
- Indicação Médica ??

Nascer no BR, 2008

COMITÊ DE BIOÉTICA - HIAE

DIREITO À AUTONOMIA

CESÁREA A PEDIDO É ÉTICA

PORÉM, QUANDO ??

MÉDICO TEM A RESPONSABILIDADE DE ORIENTAR A

PACIENTE – MOMENTO IDEAL APÓS 39 SEMANAS

PARTO NORMAL GEMELAR

Primeiro cefálico

Peso entre 1500g e 4000g

Diferença de peso até 20%

Diamnióticas

Equipe experiente e completa

USG recente

Analgesia com cateter

Sala cirúrgica preparada para parto cesáreo de emergência

Quarto PP perto do C.O.

Monitoragem fetal continua para ambos os fetos



PARTO PÉLVICO

-Sugere-se **EVITAR** parto vaginal em gestação única ou no primeiro gemelar

-Situação ideal (2C):

- **Pélvica completa**
 - **Ausência de cicatriz uterina anterior**
 - **IG > 36 semanas**
 - **Cabeça fletida > 90°**
 - **Parto espontâneo**
 - **2.500g < PFE < 4.000g**
 - **Pessoal experiente e hospital equipado**
- **Pélvica incompleta é contra-indicação absoluta**
Em 8.000 casos, 30% atingiram critérios (Goffinet, 2006)

UpToDate, 2014

PARTO NORMAL APÓS CESÁREA

“Uma vez cesárea, sempre cesárea” – Edwin Cragin em 1916 - SERÁ??

PRÓS

Antecedente de parto vaginal anterior ou posterior
Entrar em trabalho de parto espontaneamente
Cesárea anterior por apresentação pélvica
Rotura espontânea de membranas
Colo favorável (3cm ou mais)
Cicatriz anterior segmentar transversa
Pelve materna adequada
Peso fetal estimado adequado (<4 Kg)
Desejo da paciente

Sucesso: 60 a 80%

Riscos:

- Rotura uterina ~ 0,5 %
- Risco morte fetal/neonatal VBAC = risco PVag em primíparas
- Parto induzido risco rotura em 2-6x
- Ocitocina: indução 1,1% x condução 0,8%
- Dinoprostone 2% x Misoprostol 6%
- Balão intracervical - Preferível

CONTRAS

Recorrência do motivo que levou a ces anterior
Cicatriz anterior clássica ou em T
Número de cesáreas anteriores
Parto induzido / colo desfavorável
Antecedente de miomectomia
Rotura uterina prévia / anomalias uterinas
Peso estimado fetal (> 4.000g)
Intervalo interpartal curto (< 18 meses)
Obesidade materna (IMC >40)
Idade materna (>35 anos)
Idade gestacional (>40 semanas)
Recusa da paciente
Vício pélvico / placenta prévia



PARTO ADEQUADO



rita.sanchez@einstein.br



POLÍTICA CEP/ CET *Revisão*

Andrea Gushken



Política CEP/ CET

Implementação de nova política para agendar:

Cesariana Eletiva Precoce (CEP)

Cesariana Eletiva a Termo (CET)

Precoce: <39 semanas

A termo: >39 semanas

Política CEP/ CET

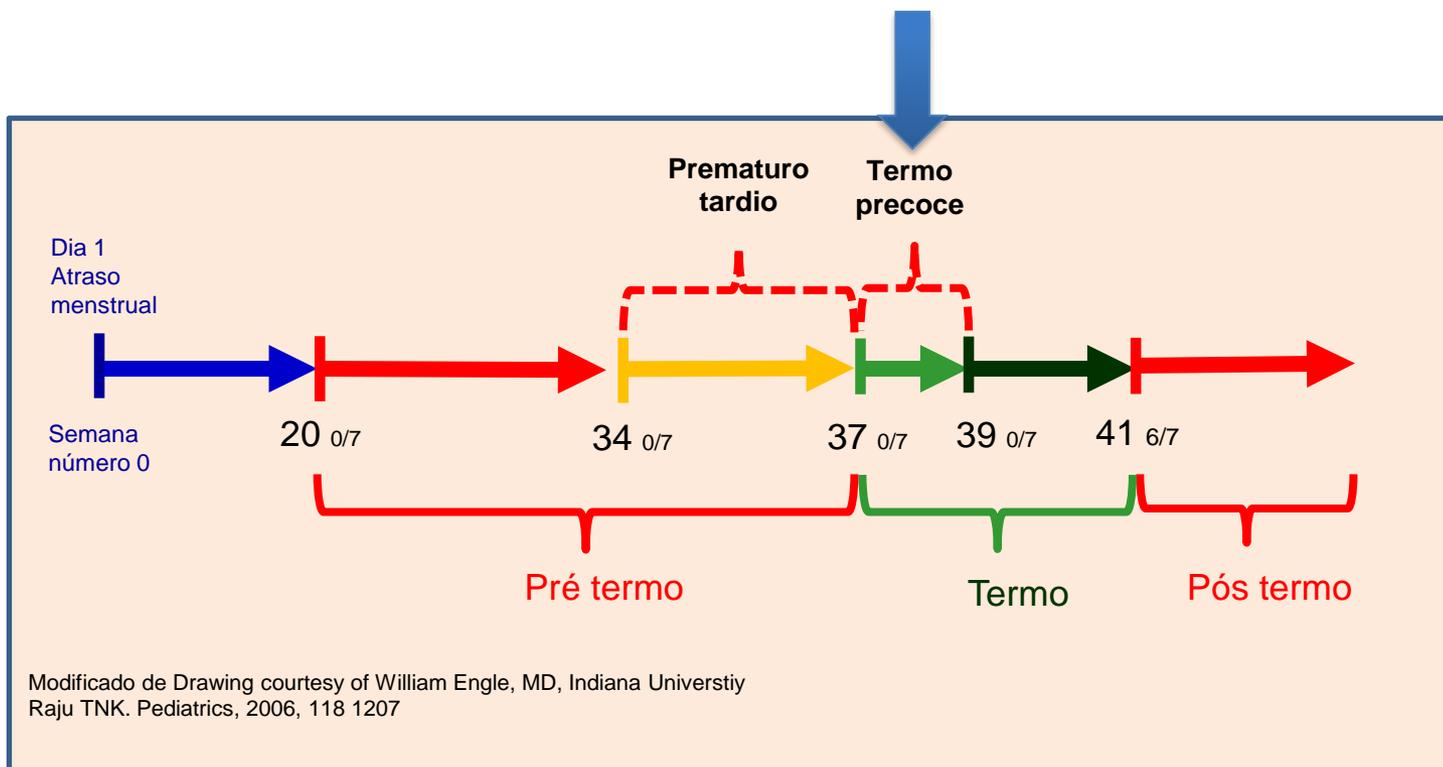
Implementar uma Política Não Negociável de Cesariana Eletiva Precoce (PNNCEP) e a Política de Agendamento de Cesarianas Eletivas a termo (PACET)

Capacita o hospital para fazer cumprir o combinado com famílias e profissionais de saúde de apenas agendar cesarianas para as gestantes com uma indicação médica reconhecida, que foram revistas e consideradas necessárias.

As cesarianas a pedido devem ter um tratamento especial, criando um diálogo com estas famílias baseado em informações científicas, melhorando a literacia destas famílias para uma escolha baseada em fatos.

O hospital deve prover à gestante e família todo apoio necessário e cuidado baseado em evidência, segurança máxima e respeito aos valores das famílias e gestantes.

Cálculo da Idade gestacional



A padronização do cálculo é determinante.

- ✓ Ideal para o cálculo: USG entre 7-20 semanas de gestação
- ✓ Não deve ser aceita a informação A TERMO.
- ✓ É mandatório informar a idade gestacional no seguinte formato: ___ semanas e ___ dias.

Dois tipos de políticas CEP Flexível e Estrita (baseada em evidencias)

Política Flexível

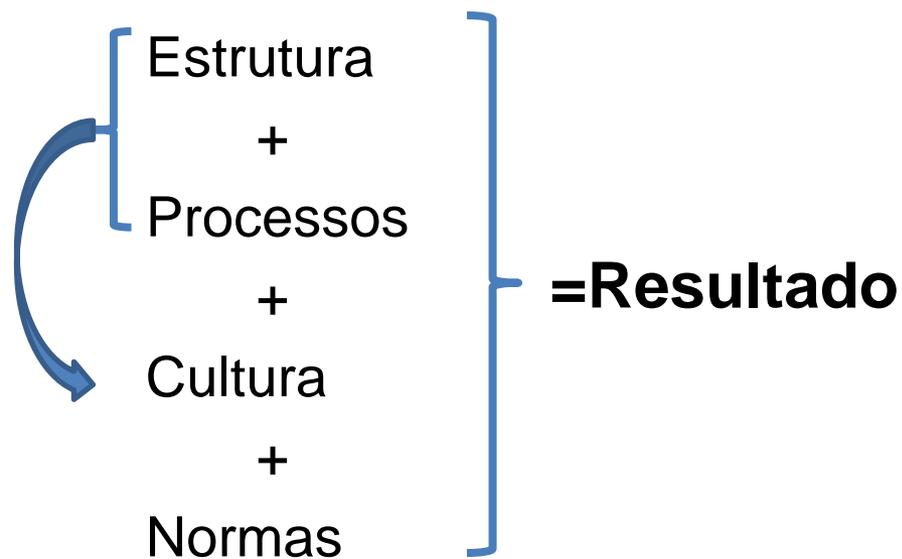
- Não obrigatória
- Auto monitoramento pelos próprios médicos (mas o hospital acompanha)
- Médico se responsabiliza (accountability) pelos resultados. O hospital alerta aos médicos que procedimento está fora da recomendação científica e documenta
- Se abuso, hospital deveria instituir a política estrita (agendamentos apenas baseados em evidencia científica)

Política estrita

(agendamento baseado em evidencia)

- Apenas cesarianas com recomendação científica serão agendadas
- Cesarianas a pedido devem ter entrevista com família, assinatura do Termo de Consentimento e esclarecimento de *accountability* para a equipe de cuidado (médico/enfermeiro)

Estrutura, Método e Cultura



Reduzir Demanda de CEP

ESTRUTURA E PROCESSOS

Papel das Operadoras

Pagamento vinculado a procedimentos baseados em evidencia

Papel dos Hospitais

1. Cria a Política de Agendamento de Cesarianas eletivas
2. Processo de Responsabilização
3. Publicação de resultados
4. Implementa protocolos
5. Aborda gestantes e famílias sobre riscos

Papel da liderança (médicos/enfermagem)

1. Reforça a política
2. Aprova exceções
3. Educação continuada dos médicos, enfermeiros
4. Cria protocolos baseados na melhor evidencia
5. Padroniza cálculo IG

Gestante e família

Assina termo de Consentimento Informado

Entidades saúde, Hospitais, Operadoras, ANS, MS – Educação sobre o problema

Mudanças no sistema – TORNAR MUITO FÁCIL FAZER O CERTO e MUITO DIFÍCIL FAZER O ERRADO

- Criar um processo de agendamento de cesariana eletiva

Utilizar o Formulário de Agendamento proposto para justificar a indicação da cesariana

FORMULÁRIO DE AGENDAMENTO DE CESARIANAS ELETIVAS

Nome do médico que realizará a cesariana: _____ CRM: _____

Data atual _____ Data e hora da realização do procedimento: _____

Nome da Gestante: _____ Idade: _____ G: _____ P: _____ Ab

Número do Prontuário: _____ I.G. na data do Procedimento: _____ sem _____ dias

Tipo de intervenção: () Cesariana Primária () Cesariana de Repetição () Indução de Parto

Bishop Escore: _____ (nas Induções) * ver calculo Bishop abaixo

Razoes para o agendamento da Cesariana: marque mais de uma se necessário:

Nível 1

- () 2 ou mais cesarianas anteriores
- () Pré-eclâmpsia / HELLP Síndrome
- () Descolamento placentário
- () Sangramento/Placenta marginal
- () Presença de Mecônio
- () Sofrimento Fetal - Cardiotocografia Alterada
- () Sofrimento Fetal – PBF ou Doppler Alterado
- () Incisão uterina em T previa
- () Cirurgia Fetal a céu aberto prévia
- () Miomectomia previa
- () Condição clínica materna que impeça via baixa
- () Gestação múltipla
- () Apresentação Córmica
- () Apresentação Pélvica sem critérios para via baixa
- () Anomalia fetal que impeça TP ou via baixa
- () HIV materno com contagem viral positiva
- () Herpes Genital Materno com lesão ativa ou captura em cérvix positiva
- () Hidropisia Fetal/Isoimunização
- () Restrição de crescimento Fetal com Doppler ou CTR alterada

Nível 2

- () Macrossomia fetal (PEF> 4000 gramas) e idade gestacional > 39 semanas
- () Diabetes gestacional

Nível 3

- () Pós- Data com cervix desfavorável
- () Fatores psicológicos – anexar avaliação psicóloga
- () Solicitação materna – cesárea a pedido – paciente deve assinar em conjunto
- () Cesariana anterior: paciente recusa prova de trabalho de parto e idade gestacional > 39 sem

Outra indicação (descrever): _____

Confirmação da Idade Gestacional: I G: _____ sem _____ dias - determinada por: () DUM () USG

Ass. Médico: _____ Carimbo: _____

Ass. Paciente: _____

Bishop Escore	Dilatação	Apagamento (%)	Altura apresentação* (-3 to +3)	Consistência cervical	Posição Cervical
0	Fechado	0-30	-3	Firme	Posterior
1	1-2	40-50	-2	Médio	Posição Mediana
2	3-4	60-70	-1	Mole	Anterior
3	>5	>80	+1, +2	-	-

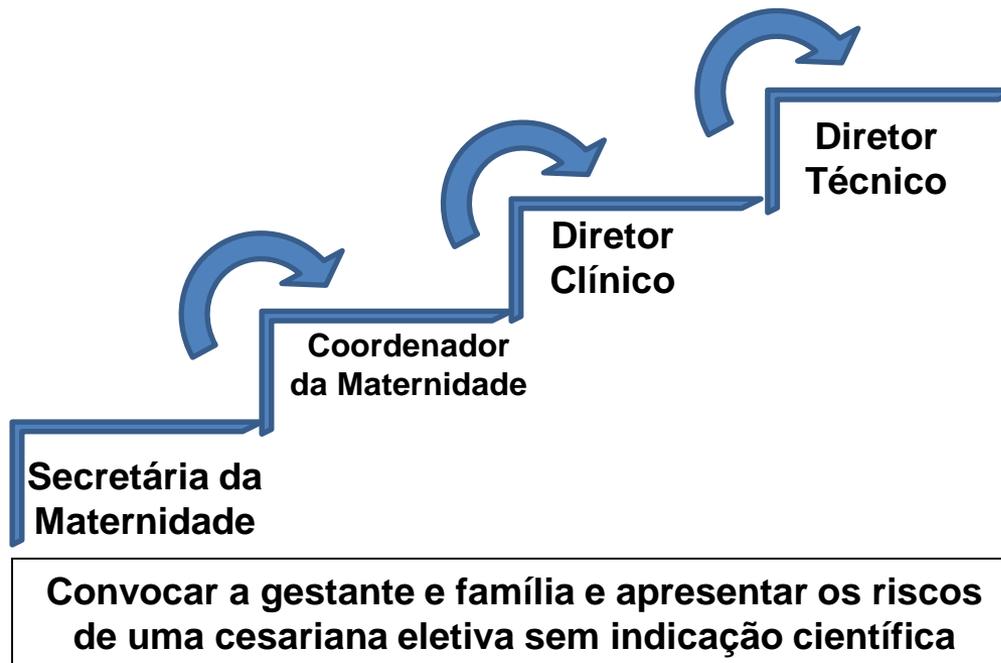
0 – 6: necessário preparo do colo com prostaglandina – 25 mcg. 6/6h

> 7: indução imediata com ocitocina

Mudanças no sistema – TORNAR MUITO FÁCIL FAZER O CERTO e MUITO DIFÍCIL FAZER O ERRADO

- Criar um processo de escalonar progressivamente a decisão de agendar o procedimento:

Quando não existe indicação de cesariana, mesmo quando a pedido da gestante, a decisão deve seguir um fluxo ascendente:



Mudanças no sistema – TORNAR MUITO FACIL FAZER O CERTO e MUITO DIFICIL FAZER O ERRADO

- **Toda cesariana agendada deve ter um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (norma ANS) assinado pela paciente e médico: riscos neonatais de indução/cesariana eletiva**



O que deve constar no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a cirurgia cesariana a pedido da gestante?

O termo deve conter as indicações e os riscos da cirurgia cesariana de forma clara e compreensível; a identificação do médico assistente pelo nome completo, número do registro profissional e assinatura; e a identificação da paciente com nome completo, número de documento de identificação válido e assinatura.

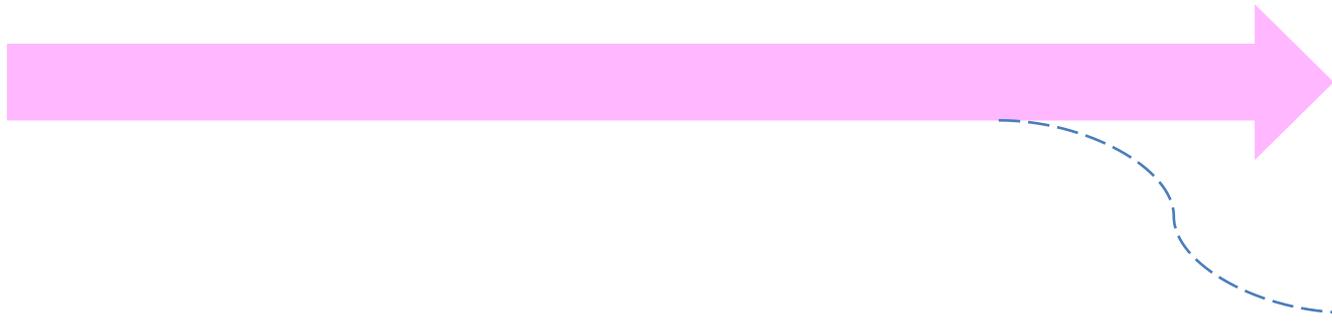
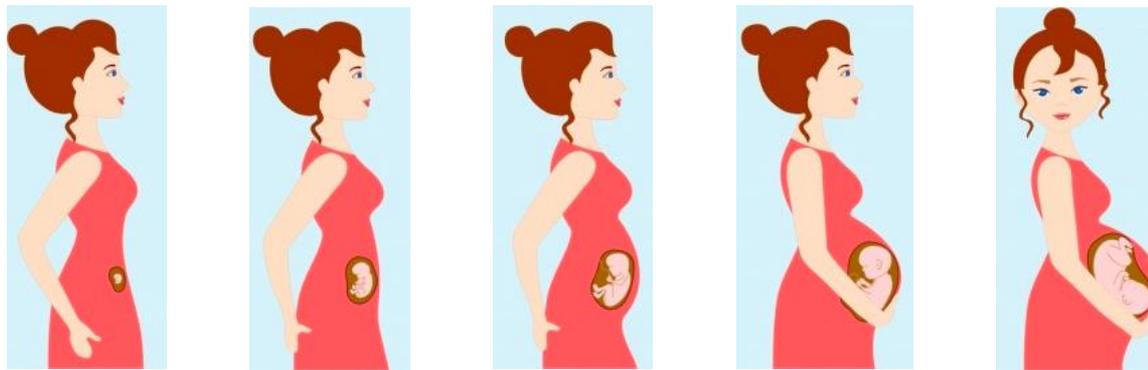
TCLE

- ✓ INDICAÇÃO
- ✓ RISCOS
- ✓ NOME DO MÉDICO CRM
- ✓ NOME DA GESTANTE, ID

ASSINATURAS:

- ✓ MÉDICO
- ✓ PACIENTE

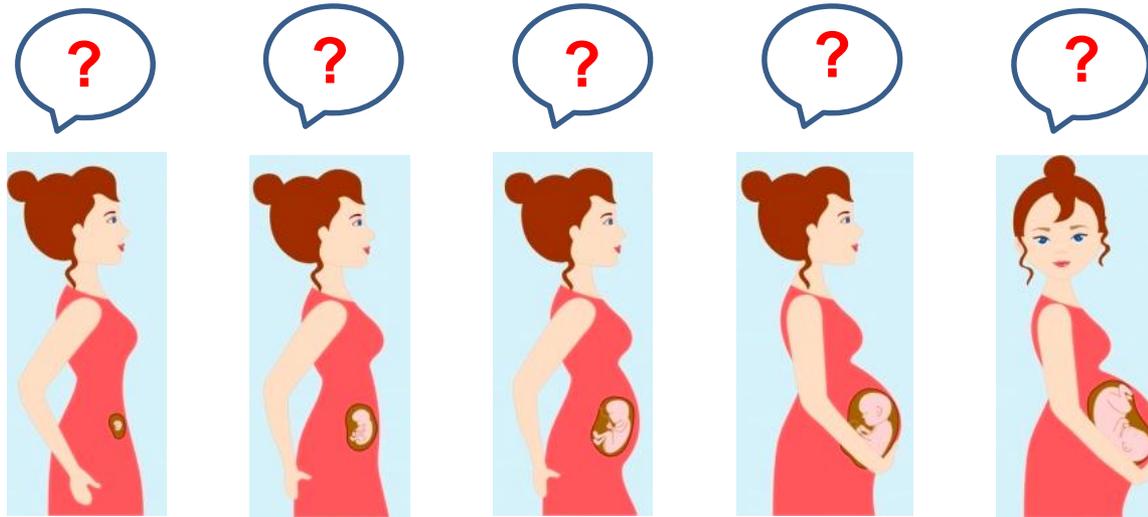
COMO DEVERIA SER ...



**Parto
Vaginal**

Cesariana

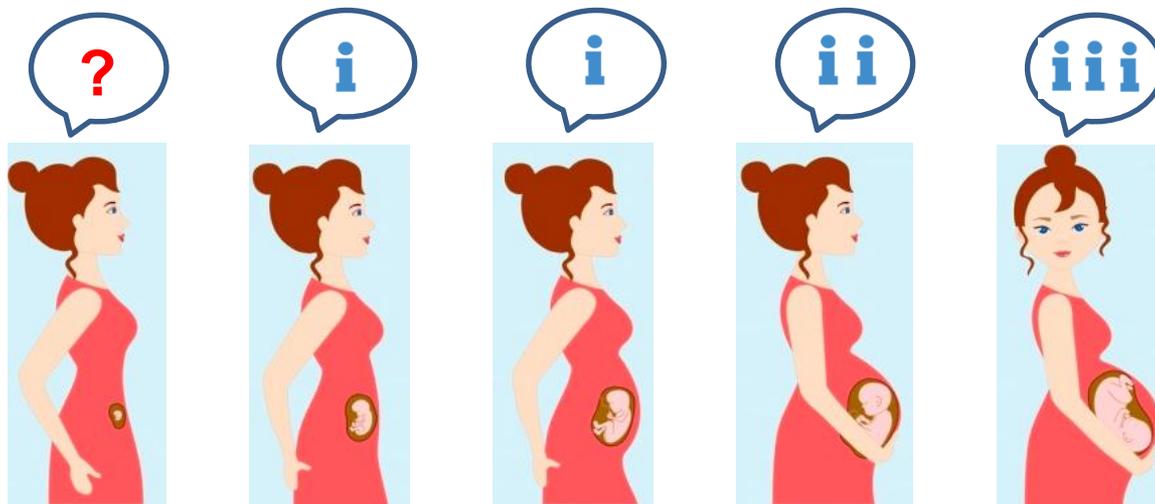
COMO TEM SIDO...



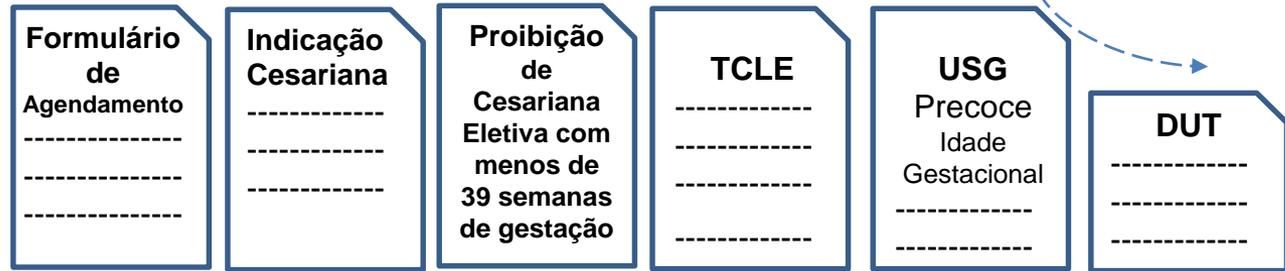
Cesariana

Parto Vaginal

COMO ESTAMOS REDESENHANDO...



**Parto
Vaginal**



Cesariana

COMO ESTAMOS REDESENHANDO...



Consultas Médicas



Consultas com Enfermeira Obstetra



Pré Natal Coletivo



Rodas de Conversa



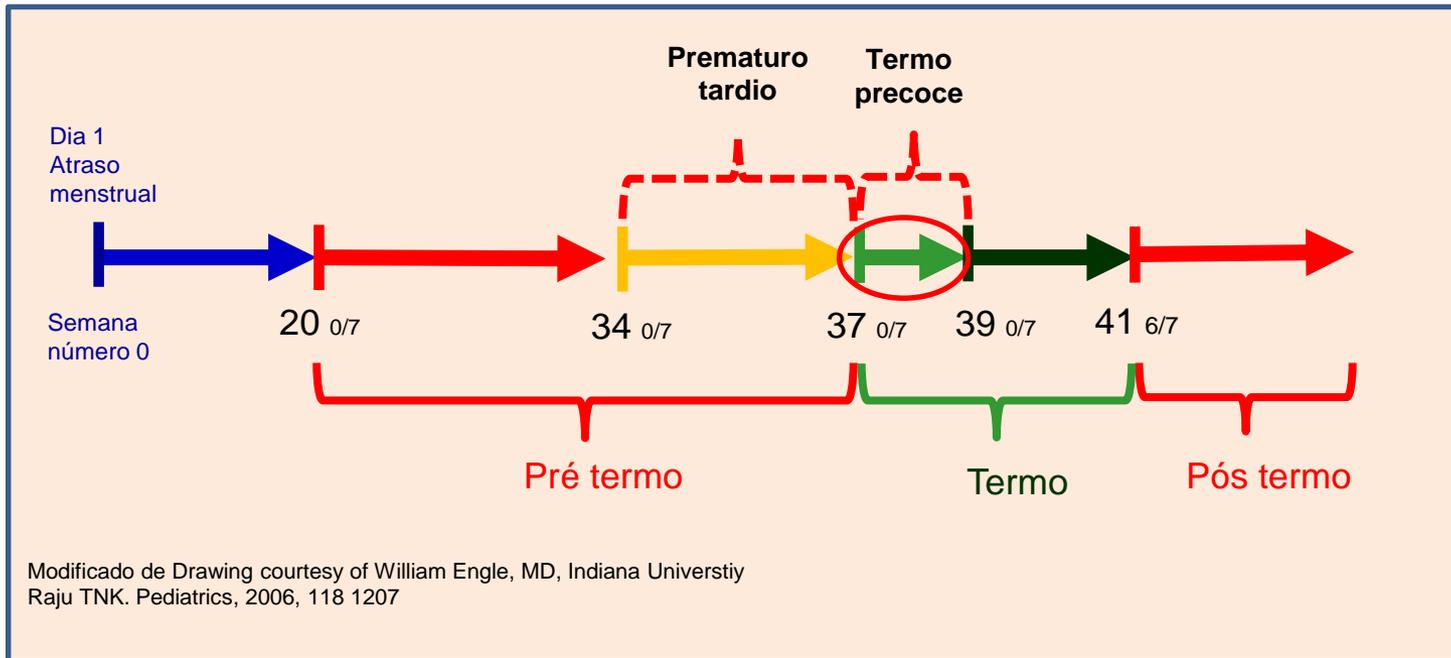
Sites, Blogs, Redes, Newsletter, Grupos App



Curso de Gestantes

Será que as gestantes e familiares receberam todas as principais informações para a melhor tomada de decisão?

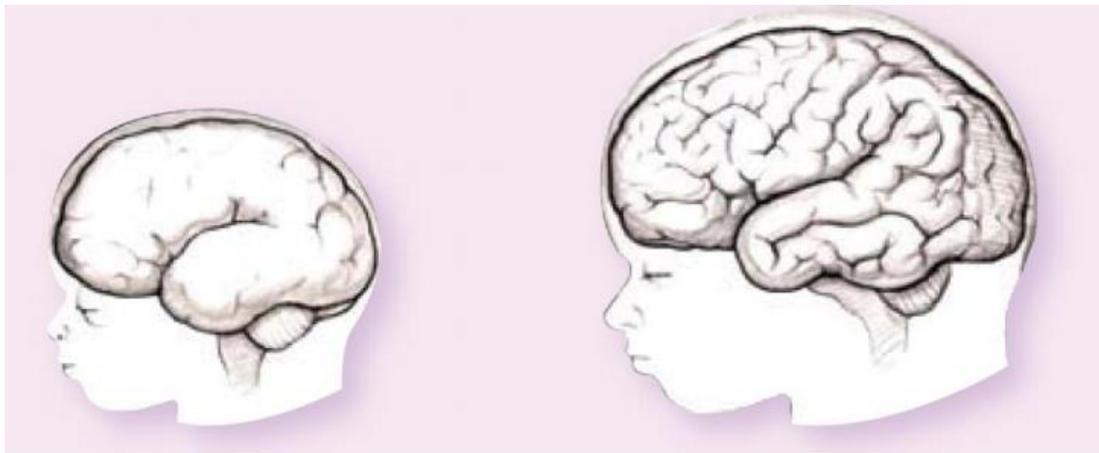
As gestantes e familiares conhecem as terminologias e o Cálculo da Idade gestacional?



A padronização do cálculo é determinante.

Ideal para o cálculo: USG entre 7-20 semanas de gestação

As gestantes e familiares sabem sobre o desenvolvimento cerebral fetal nas últimas semanas de gestação?



35 semanas

- ✓ Peso do cérebro 2/3 do que pesará com 39^a -40^a sem. IG
- ✓ Volume do córtex cerebral 53% do volume com 39^a -40^a sem. IG

Imaturidade cerebral:

- Problemas com a respiração (apneia), frequência cardíaca
- Alterações no sono
- Alterações na alimentação

39 semanas

Córtex cerebral mais maduro

- ✓ Melhor cognição
- ✓ Melhor percepção
- ✓ Maior controle motor

As gestantes e familiares sabem sobre o desenvolvimento dos órgãos nas últimas semanas de gestação?

Tempo Precioso

PARTO ADEQUADO

Os bebês que nascem a partir da 39ª semana de gestação (gravidez a termo) são mais saudáveis e têm menos chances de precisarem de UTI após o nascimento. A menos que exista algum risco médico, deixar que a gravidez se desenvolva por completo e aguardar o início do trabalho de parto são medidas que, naturalmente, dão ao bebê melhores chances para que ele nasça e cresça com mais saúde.

Saiba o que acontece com o desenvolvimento do bebê em três períodos distintos da gestação – pré-termo, termo precoce e termo completo:

Pré-termo (36 semanas de gestação ou menos)

-  O cérebro se desenvolve com a máxima rapidez da 35ª até a 39ª semana, crescendo um terço a mais
-  Os pulmões estão amadurecendo para que o bebê respire fora do útero

Termo precoce (37-38 semanas de gestação)

-  Os órgãos vitais estão completando desenvolvimentos cruciais
-  O bebê está desenvolvendo as habilidades para sugar e engolir
-  Os olhos e ouvidos estão completando o desenvolvimento para a vida fora do útero

Termo completo (39-40 semanas de gestação)

-  Está mais preparado para a vida fora do útero
-  Ganhou peso suficiente para manter a temperatura depois do nascimento, evitando incubadora
-  Terá mais chances de atingir melhores notas na escola, especialmente para leitura e matemática



ANS ans.gov.br **f** ans.reguladora **t** @ANS_reguladora **You Tube** ansreguladora



Respeite o tempo do seu bebê. Para o nascimento, não há feriado: evite o parto agendado, escolha o **#PartoAdequado**

PARTO ADEQUADO

As gestantes e familiares sabem sobre a importância de aguardar entrar espontaneamente em trabalho de parto?

Habitualmente o trabalho de parto irá ocorrer espontaneamente por volta da 39a semana de gestação

- É um aviso natural de que o bebê está pronto para nascer
- São liberados hormônios maternos que ajudarão na amamentação

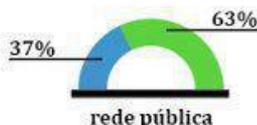
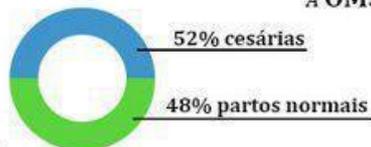
Será que as gestantes e familiares conhecem os riscos?



CESÁRIA X PARTO NORMAL

PARTOS NO BRASIL

A OMS recomenda que apenas **15%** dos partos sejam cesárias.



CUSTOS (com base no SUS)

Partos normais custam entre
\$ \$ R\$ 445,00 e R\$ 638,00

Cesárias custam entre
\$ \$ \$ R\$ 647,00 e R\$ 1.012,00

INCIDÊNCIA DE MORTE MATERNA



Morrem **3,5 vezes mais** mulheres em cesárias do que em partos normais.

INCIDÊNCIA DE PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS EM PREMATUROS



Nascidos entre 36 e 38 semanas têm **120 vezes mais** chances de desenvolver problemas respiratórios agudos em cesáreas.

(Informações de 2010)

Cesariana é uma grande cirurgia

- ✓ Mais tempo no hospital
- ✓ 4 a 6 semanas para se recuperar
- ✓ Mais risco para próxima gestação

Complicações cirúrgicas:

- ✓ Infecções
- ✓ Sangramentos

Passo a passo

1. Crie uma equipe para tratar do assunto: diretor do hospital ou diretor clínico, o coordenador da obstetrícia, neonatologista, enfermeira obstetra, o líder do projeto e um especialista em melhoria e especialista em comunicação. Se conseguir envolver uma gestante ou família seria o ideal
2. Após definido qual das políticas será adotada (flexível ou estrita), **testar cada microprocesso em pequena escala usando PDSAs**