

QUALIDADE EM OBSTETRÍCIA

– COMPLICAÇÕES PÓS-PARTO E READMISSÕES –

Ricardo Daniel Esteves Amaro

VI Curso de Mestrado em
Gestão da Saúde (2010-2012)

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
VI Curso de Mestrado em Gestão da Saúde (2010-2012)

QUALIDADE EM OBSTETRÍCIA
– COMPLICAÇÕES PÓS-PARTO E READMISSÕES –

Ricardo Daniel Esteves Amaro

Lisboa

Julho de 2012

A Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) não se responsabiliza pelas opiniões expressas neste trabalho, as quais são da exclusiva responsabilidade do autor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que permitiram possível este trabalho:

- ✓ À minha família pelo apoio incondicional;
- ✓ À minha orientadora, Prof.^a Sílvia Lopes, pela simpatia, disponibilidade e colaboração na aquisição de “novos horizontes”.

Investir em conhecimento rende sempre os melhores juros.

Benjamin Franklin

O prazer do trabalho aperfeiçoa a obra.

Aristóteles

O sistema de saúde é o espelho da sociedade.

Ele reflecte a sua história e o seu carácter.

Deppe, 2006

RESUMO

A qualidade no sistema de saúde é alvo de grande preocupação por parte dos gestores, necessitando encontrar estratégias que conduzam a uma melhoria dos resultados das unidades hospitalares, em simultâneo com a contenção dos custos.

O objectivo geral deste trabalho consistiu na avaliação da qualidade na área de obstetrícia nos hospitais públicos de Portugal Continental, através da análise das taxas de complicações pós-parto e de readmissões verificando se existem diferenças por instituição hospitalar, volume, acreditação e região nos anos 2008 a 2010.

Os dados foram cedidos pela Administração Central do Sistema de Saúde à Escola Nacional de Saúde Pública, sendo seleccionados os episódios nos GDH 370 a 375 e 650 a 652.

Foram analisados 243 686 episódios, verificando-se que a taxa de incidência de complicações é superior nos partos por cesariana, comparativamente com os partos vaginais (1,66% e 1,03%, respectivamente). Os hospitais com maior volume de procedimentos e não acreditados evidenciam maiores taxas de complicação.

A taxa de readmissão a 30 dias foi também superior na cesariana comparativamente ao parto vaginal (0,42% e 0,73%, respectivamente). Os hospitais com menor volume de procedimentos e acreditados, regra geral, são os que evidenciam as maiores taxas de readmissão.

De salientar que as reduzidas taxas de complicações pós-parto verificadas poderão ser explicadas por diferenças na codificação dos diagnósticos secundários entre hospitais. Podem ainda existir diferenças aqui não consideradas entre os doentes tratados em cada instituição.

Os dados apresentados permitem ter um melhor conhecimento acerca da qualidade no tratamento dos casos de obstetrícia nos hospitais públicos em Portugal Continental, dando indicações para a tomada de decisão em gestão em saúde.

Palavras-Chave: Qualidade em Saúde, Qualidade em Obstetrícia, Complicações Pós-Parto, Readmissões.

ABSTRACT

Quality in health care is the subject of major concern for managers, who need to find strategies that lead to improved performance of the hospitals, together with cost containment.

The overall objective of this study was to evaluate the quality in the field of obstetrics in public hospitals in Portugal, by analyzing the rates of postpartum complications and readmissions checking if there are differences by hospital, volume, accreditation and region in the years 2008 to 2010.

The data were provided by Central Administration of the Health System to the National School of Public Health and were selected the following episodes in DRG: 370-375 and 650-652.

We analyzed 243 686 episodes, verifying that the incidence rate of complications is higher in births by caesarean section compared with vaginal deliveries (1,66% and 1,03%, respectively). Hospitals with higher volume of procedures and non-accredited show higher complication rates.

The rate of readmission to 30 days was also higher in comparison with the vaginal cesarean (0,42% and 0,73% respectively). The hospitals with lower volume of procedures and accredited as a rule, are those that show the highest rates of readmission.

Note that the low rates of postpartum complications observed may be explained by differences in coding of secondary diagnoses between hospitals. They may also have differences that are not considered in this study among the patients treated at each institution.

The data presented allow a better knowledge about the quality of care of obstetric cases in public hospitals in Portugal, giving directions to the decision-making in health management.

Keywords: Health Quality, Quality in Obstetrics, Postpartum Complications, Readmission.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	14
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
2.1. QUALIDADE EM SAÚDE	16
2.1.1. Conceitos de Qualidade e Qualidade em Saúde	16
2.1.2. Estudos sobre Avaliação em Saúde	17
2.1.3. Evolução Teórica da Avaliação em Saúde	19
2.1.4. Métodos de Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde	21
2.1.5. Volume de Procedimentos e o Impacto sobre a Qualidade em Saúde.....	24
2.1.6. A Qualidade em Obstetrícia	25
2.2. CODIFICAÇÃO CLÍNICA	26
2.3. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM OBSTETRÍCIA.....	28
2.3.1. Complicações Pós-Parto	28
2.3.2. Readmissões.....	31
2.4. REALIDADE EM PORTUGAL	33
3. OBJECTIVO.....	35
4. METODOLOGIA.....	36
4.1. RECOLHA DE DADOS.....	36
4.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	36
4.3. DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS	37
4.3.1. Complicações Pós-Parto	37
4.3.2. Readmissões.....	39
4.3.3. Hospitais em Estudo e Acreditação Hospitalar	40
4.3.4. Descrição da Análise Efectuada.....	43
5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	45
5.1. Complicações Pós-Parto	45
5.2. Readmissões.....	58
6. DISCUSSÃO	65
6.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA.....	65

6.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	67
6.3. RECOMENDAÇÕES.....	72
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXO I	
Número de Partos realizados nos Hospitais Oficiais/Públicos por Localização Geográfica e Tipo de Parto	86
ANEXO II	
GDH Utilizados no Estudo	88
ANEXO III	
Número de Episódios sem Complicação e com Complicação por Hospital, nos Anos Compreendidos entre 2008 a 2010.....	90
ANEXO IV	
Número de Episódios de Complicação por GDH e por Código ICD-9-CM, nos Anos Compreendidos entre 2008 a 2010.....	94

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1 –Taxas de cesariana de Portugal Continental para os anos de 2001, 2004 e 2008 e respectiva meta para o ano de 2010.....	33
Gráfico n.º 2 – Evolução das taxas de complicações nos hospitais sem acreditação e com acreditação, nos anos de 2008 a 2010.....	56

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1 – Número de partos realizados nos hospitais portugueses entre 2008 e 2010, por tipo de parto.....	34
Quadro n.º 2 – Instituições hospitalares em estudo, de acordo com a região.....	40
Quadro n.º 3 – Instituições hospitalares acreditadas de acordo com a região.	43
Quadro n.º 4 – Número de partos em hospitais públicos de Portugal Continental, nos anos de 2008 a 2010.....	45
Quadro n.º 5 – Códigos e designação de GDH e respectivas frequências de episódios, nos anos de 2008 a 2010.....	45
Quadro n.º 6 – Códigos e denominação de GDH e respectivas frequências de complicações (totais), nos anos de 2008 a 2010.	46
Quadro n.º 7 – Taxas de complicação, de acordo com o GDH, nos anos de 2008 a 2010.....	47
Quadro n.º 8 – Número de episódios sem complicações e com complicações, nos anos compreendidos entre 2008 a 2010.....	48
Quadro n.º 9 – Códigos de GDH e respectivas frequências de complicações (totais), de acordo com o tipo de parto (vaginal ou cesariana), nos anos de 2008 a 2010.....	49
Quadro n.º 10 – Número de episódios de complicações e respectivas taxas, nos anos compreendidos entre 2008 a 2010.....	49
Quadro n.º 11 – Taxa de complicações por deiscência de incisão de cesariana, nos anos de 2008 a 2010.....	51

Quadro n.º 12 – Taxa de complicações por deiscência de incisão perineal, nos anos de 2008 a 2010.....	51
Quadro n.º 13 – Códigos de GDH e de ICD-9-CM e respectivas frequências de complicações, de acordo com o tipo de parto (cesariana ou vaginal), nos anos de 2008 a 2010.	52
Quadro n.º 14 – Número de episódios sem complicações e com complicações de acordo com a região, nos anos compreendidos entre 2008 a 2010.....	52
Quadro n.º 15 – Taxas de complicações de todos os hospitais de Portugal Continental com episódios nos GDH em estudo.	53
Quadro n.º 16 – Número de episódios de complicações em hospitais sem acreditação e com acreditação, nos anos de 2008 a 2010.....	55
Quadro n.º 17 – Diagnósticos secundários mais frequentes, nos anos de 2008 a 2010.	57
Quadro n.º 18 – Códigos de GDH e respectivas frequências de readmissões (totais), de acordo com o tipo de parto (vaginal ou cesariana), nos anos de 2008 a 2010.....	58
Quadro n.º 19 – Códigos e denominação de GDH e respectivas frequências (totais) relativamente aos episódios não readmitidos e readmitidos, nos anos de 2008 a 2010.....	58
Quadro n.º 20 – Número de episódios não readmitidos e readmitidos de acordo com a região, nos anos compreendidos entre 2008 a 2010.....	59
Quadro n.º 21 – Número de episódios não readmitidos e readmitidos e respectivas taxas de readmissão, nos anos de 2008 a 2010.	60
Quadro n.º 22 – Número de episódios readmitidos nos trinta dias após a alta, nos anos compreendidos entre 2008 a 2010.....	61
Quadro n.º 23 – Número de episódios de complicações em hospitais sem acreditação e com acreditação, nos anos de 2008 a 2010.....	62
Quadro n.º 24 – Número de episódios de readmissão e respectivas percentagens, de acordo com o GDH, nos anos de 2008 a 2010.	63
Quadro n.º 25 – Número de partos em hospitais públicos de Portugal Continental, nos anos de 2008 a 2010.....	66

Quadro n.º 26 – Número de partos realizados nos hospitais entre 2008 e 2010, por natureza institucional e tipo de parto..... 67

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

EUA – Estados Unidos da América

GCD – Grande Categoria Diagnóstica

GDH – Grupos de Diagnóstico Homogéneo

HQS – Health Quality Service

ICD – Classificação Internacional das Doenças, 9.ª Revisão, Modificações Clínicas [ICD-9-CM – International Classification of Diseases, 9th Revision Procedure Classification System]

INE – Instituto Nacional de Estatística

ISO – Organização Internacional de Normalização

JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

JCI – Joint Commission International

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

1. INTRODUÇÃO

O projecto de investigação tem como principal intuito a obtenção de grau de mestre, relativamente ao Curso de Mestrado em Gestão da Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública.

O tema por mim abordado neste presente documento – Qualidade em Obstetrícia – Complicações Pós-Parto e Readmissões – foi suscitado pelo interesse pessoal acerca da qualidade na área da obstetrícia, tema esse, extremamente importante e de realce diário nos nossos dias, pois o conceito de qualidade representa um desafio para a maioria dos “actores” que operam na área da saúde.

Deste modo, o objectivo geral deste estudo consiste em caracterizar a qualidade na área de obstetrícia nos hospitais públicos de Portugal Continental, através da análise das taxas de complicações pós-parto e de readmissões verificando se existem diferenças de desempenho por instituição hospitalar, por volume, por instituição hospitalar com/sem acreditação e por região.

Actualmente a qualidade é tida em consideração em qualquer sector da sociedade. O meio hospitalar não é excepção, onde ao longo de um ano de actividade são realizados milhares de actos clínicos, em dezenas de especialidades (Feldman, Gatto e Cunha, 2005). Deste modo, verifica-se nas políticas de saúde em Portugal a necessidade em prestar cuidados com qualidade, propondo deste modo como estratégia, o desenvolvimento contínuo da qualidade nos cuidados de saúde (Eira, 2010).

Contudo, o processo de implementação da qualidade numa unidade hospitalar reveste-se de enorme complexidade e deve ser implementado de forma criteriosa e bem dirigida, alicerçada numa aprendizagem fundamentada (Carvalho *et al.*, 2004).

O pleno alcance da qualidade no domínio da saúde conduz-nos a uma melhor gestão hospitalar, motivadora e assertiva, que contribui para a diminuição de gastos e riscos da “*má praxis*” dos prestadores de cuidados. Portanto e em suma, a avaliação da qualidade em saúde tem como principal objectivo adequar a utilização de procedimentos eficazes relativamente seguros e ao mais baixo custo, com os resultados obtidos através do seu uso (efectividade) (Bittar, 2000).

A saúde e os utentes dos serviços de saúde motivaram a preocupação em garantir a qualidade dos serviços prestados, face à grande procura e racionalização da oferta e dos custos. Por isso

a satisfação do mesmo, através dos serviços que beneficia e utiliza, transforma-se num elemento fulcral para a continuidade dos serviços de qualidade. É esta evolução da sociedade que integra a alteração dos comportamentos dos utentes bem como as suas expectativas face à saúde, exigindo a mudança de estratégia, actualmente mais centrada no beneficiário dos cuidados, tendo em conta as necessidades específicas da comunidade. Portanto, é de extrema relevância que, associado à própria *performance* das unidades hospitalares, se inclua os elevadíssimos custos financeiros em cuidados de saúde. Porém, a relação entre a programação dos custos, a qualidade dos serviços prestados e os resultados em saúde torna-se evidentemente complexo, tornando-se relevante que os decisores políticos tenham acesso a toda a informação necessária e fundamental para a tomada de decisões efectivas e produtivas (Paiva, 2006).

A área da saúde caracteriza-se por uma enorme assimetria de informação entre a procura e a oferta, garantindo a esta última uma posição dominante e com capacidade de influenciar os utentes. Portanto, de acordo com a OMS (1988), citado por Serapioni (2009), foram desenvolvidas diversas estratégias de garantia da qualidade, essencialmente devido:

- ✓ à não adequada segurança dos sistemas de saúde;
- ✓ à ineficiência e aos custos excessivos de algumas tecnologias e procedimentos clínicos;
- ✓ à insatisfação dos utentes;
- ✓ ao desigual acesso aos serviços de saúde;
- ✓ às longas listas de espera e;
- ✓ ao inaceitável desperdício proveniente da escassa eficácia.

Para atingir o objectivo supracitado, o presente estudo encontra-se dividido em seis capítulos:

No primeiro capítulo é evidenciado o “estado de arte”, ou seja, o enquadramento teórico e a revisão de literatura acerca da temática. No segundo capítulo é definido o objectivo e no terceiro capítulo, realça-se a metodologia usada no estudo, nomeadamente as opções em relação à recolha de dados, critérios de inclusão e definição das variáveis e, no quarto capítulo são apresentados os resultados do estudo. No quinto são focadas as limitações do estudo, comentados os resultados e fornecem-se algumas recomendações para futuros estudos de investigação. Finalmente, no sexto capítulo são apresentadas as considerações finais.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De acordo com o problema em estudo e o objectivo, considereei pertinente abordar temas como os conceitos de qualidade e qualidade em saúde, estudos sobre avaliação em saúde, evolução teórica da avaliação em saúde, métodos de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, volume de procedimentos e o impacto sobre a qualidade em saúde, a qualidade em obstetrícia, codificação clínica e a avaliação da qualidade em saúde, onde se englobam as complicações pós-parto e readmissões e, finalmente, a realidade em Portugal.

2.1. QUALIDADE EM SAÚDE

2.1.1. Conceitos de Qualidade e Qualidade em Saúde

O conceito de qualidade representa um desafio constante para a maioria dos intervenientes que actuam na área da saúde. Assim, apesar do crescente interesse nas últimas décadas, ainda não se chegou a um consenso relativamente a uma definição (Adami e Maranhão, 1995). Neste sentido, Alves (2006) considera difícil definir o conceito de qualidade, pois este não é estático, sendo possíveis diversas interpretações e que deve ser verificado no contexto de uma sociedade em constante evolução, onde se insere o sistema de saúde. Donabedian (1980), citado por Adami (2000), garante ainda que a qualidade é um conceito que se vai alterando de acordo os valores de cada sociedade, devendo ser observado em dois sentidos: a dimensão técnica, a qual se refere à aplicação do conhecimento para a melhoria do estado de saúde dos utentes e a dimensão interpessoal, que se focaliza na relação estabelecida entre o prestador e o utilizador dos cuidados de saúde.

De acordo com Feldman, Gatto e Cunha (2005), uma das últimas organizações sociais a utilizar os modelos de qualidade foi a área da saúde.

A avaliação da qualidade em saúde tem por finalidade a melhoria contínua dos resultados (Sousa *et al.*, 2008). Assim, o conceito de qualidade dos serviços de saúde deve evidenciar-se pelas metas e pelos valores do sistema de saúde e da sociedade na qual o sistema se insere (Acurcio *et al.*, 1991, citados por Adami e Maranhão, 1995), embora esta mesma definição tenha que ser revista e actualizada de uma forma contínua (Adami e Maranhão, 1995). Ainda de acordo com Biscaia (2000), citado por Alves (2006), a qualidade em saúde encontra-se envolta em actividades planeadas, focalizadas na definição de metas explícitas e na avaliação

de desempenho, com o intuito de proporcionar a melhoria dos cuidados e, conseqüentemente, aumentar o grau de satisfação dos utentes.

Como é do conhecimento geral, tem ocorrido um aumento exponencial dos custos em saúde nos países desenvolvidos (Medici e Marques, 1995), os quais têm ultrapassado o previsível e o desejável, essencialmente através da utilização de enorme quantidade de tecnologia de diagnóstico e tratamento de patologias, sem que se verifique uma diminuição proporcional relativamente à morbidade e mortalidade (Arias, 1983, citado por Reis *et al.*, 1990). Deste modo, é importante salientar que a qualidade deve estar sempre associada a baixos custos e elevada produtividade em cuidados de saúde (Bittar, 2000).

2.1.2. Estudos sobre Avaliação em Saúde

O primeiro estudo avaliativo sobre a área da saúde incidiu sobre a prática médica, publicado nos Estados Unidos da América (EUA) no ano de 1910, o qual teve como principal objectivo o controlo do exercício profissional médico (Adami e Maranhão, 1995). Contrariando o que foi referido anteriormente, de acordo com Donabedian (1980), citado por Azevedo (1991), a avaliação dos serviços de saúde iniciou-se por Lee e Jones em 1933, os quais caracterizavam os cuidados médicos de enorme nível como considerada pelos líderes da profissão, num determinado momento temporal e espacial, englobando algumas características que eram definidas como “*articles of faith*” (“*questões de fé*”), sendo, deste modo, as seguintes:

- ✓ Ser limitada à medicina científica;
- ✓ Dar enfoque à prevenção;
- ✓ Resultar da inteligente cooperação entre o utente e o médico;
- ✓ Tratar do indivíduo como um todo (“ser holístico”);
- ✓ Proporcionar uma relação próxima e contínua entre o médico e o utente;
- ✓ Coordenar acções, de forma a possibilitar o bem-estar social;
- ✓ Coordenar todos os serviços médicos;
- ✓ Envolver os recursos da medicina, com o intuito de colmatar as necessidades da população.

O tema da qualidade em saúde interessava inicialmente a alguns grupos de médicos. O primeiro método de garantia de qualidade foi originário nos EUA no início do século XX e teve como principal intuito o de controlar e reduzir a enorme variabilidade dos resultados

terapêuticos através de um processo formalizado de avaliação dos cuidados médicos (Adami e Maranhão, 1995).

Posteriormente, em 1916, surgiu um trabalho relativamente à avaliação hospitalar, formulado por Codman, o qual salienta a necessidade de avaliação do estado de saúde dos utentes, a fim de evidenciar os resultados esperados da prática médica nos serviços hospitalares, o que originou a utilização de registos clínicos de qualidade dos utentes e, em 1918, ocorreu o início da auditoria hospitalar, com o intuito de avaliar o processo assistencial, realizado no Hospital de Mulheres da cidade de Nova Iorque, estudo esse que se focalizou numa auditoria médica sistematizada. Mais tarde, o método anteriormente referido foi aplicado a outros países, tendo conduzido à necessidade de avaliação dos serviços prestados, bem como à racionalização dos custos e protecção do exercício profissional da classe médica (Adami e Maranhão, 1995).

Em 1951, foi criada a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CCAH), a qual possibilitou à *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH) a utilização e implementação do programa de acreditação (Feldman, Gatto e Cunha, 2005). Inicialmente, esta mesma empresa, focalizou-se na introdução de qualidade na cultura médica, sendo que, de acordo com Novaes e Paganini (1994), citados por Feldman, Gatto e Cunha (2005), esta disseminou-se nas universidades e instituições de saúde, permitindo a formulação de leis mais complexas na área de saúde.

Essencialmente na década de 70, verificou-se a importância das pessoas/utentes como base da metodologia para a avaliação dos serviços de saúde. Esta mesma avaliação incluiu, de uma forma mais pormenorizada, a acessibilidade dos utentes aos serviços de saúde, utilização e satisfação dos utentes (Adami e Maranhão, 1995).

Segundo Alves (2006), a qualidade em saúde nos anos 80 do século XX, passou a ser um aspecto usualmente tido em consideração, havendo diversas razões para o melhoramento dos cuidados de saúde, particularmente profissionais, sociais, éticas, económicas e políticas.

Assim, a qualidade em saúde encontra-se conectada à avaliação dos serviços de saúde, pois na essência do conceito de qualidade, centraliza-se a ideia de avaliação (Tronchin, Melleiro, Takahashi, 2005, citados por Paiva, 2006).

2.1.3. Evolução Teórica da Avaliação em Saúde

O primeiro teórico, fundamentado na Teoria de Sistemas, que propôs a tríade Estrutura, Processo e Resultado, para a avaliação da qualidade em saúde foi Donabedian em 1980 (Silva e Formigli, 1994; Adami e Maranhão, 1995; Adami, 2000; Serapioni, 2009).

Deste modo, a Estrutura baseia-se nos recursos necessários para o processo de prestação de cuidados, englobando a parte física, pessoal, recursos financeiros e materiais, sistemas de informação e instrumentos normativos (Adami e Maranhão, 1995; Reis *et al.*, 1990).

O Processo corresponde às actividades onde se englobam a utilização de recursos nos aspectos quantitativos e qualitativos e o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico e os cuidados de saúde prestados. Nesta sequência, importa referir que esta abordagem é considerada correcta, quando os procedimentos utilizados são os mais coerentes, de acordo com o conhecimento científico actual (Adami e Maranhão, 1995). Assim, de acordo com Donabedian (1978), citado por Reis *et al.* (1990), a metodologia dos estudos de avaliação de processo pode ser dividida em observação directa da prática e em registos médicos.

Finalmente, o Resultado tem uma fundamentação bastante evidente. Os objectivos dos cuidados de saúde focam-se na promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença e respectiva recuperação do estado de saúde do utente. Neste sentido, o acto de tratar e/ou curar a doença, reduzir a dor e/ou o sofrimento são factores fundamentais para o sucesso e para a possibilidade da existência da qualidade dos cuidados prestados. Nesta mesma fase, ainda poderemos incluir a satisfação decorrente dos cuidados de saúde (Adami, 2000).

Posteriormente, Donabedian (1990), citado por Serapioni (2009), sentiu necessidade em complementar os princípios anteriormente formulados, ao qual denominou de “Sete Pilares da Qualidade”, destacando-os:

- ✓ Eficácia – capacidade de melhoria do estado de saúde e bem-estar, isto é, o que se pode fazer de melhor, de acordo com a situação do utente, quando as restantes circunstâncias se mantêm;
- ✓ Efectividade – evidencia o alcance do grau atingível na procura da melhoria na prática quotidiana;
- ✓ Eficiência – capacidade de obter o melhor resultado ao menor custo;

- ✓ Optimização – representa o balanço entre o custo e o benefício de determinado procedimento;
- ✓ Aceitabilidade – adaptação dos cuidados prestados aos cuidados desejados, expectativas e valores dos utentes e seus familiares;
- ✓ Legitimidade – aceitação dos cuidados de saúde pela população abrangida;
- ✓ Equidade – igualdade na distribuição dos cuidados de saúde.

Segundo Brook (1985), citado por Reis *et al.* (1990), as diversas investigações em torno das categorias de Donabedian, têm vindo a propor um modelo integrativo em que se avaliam a relação entre a qualidade dos cuidados prestados, o estado de saúde e os custos em recursos. Salienta ainda que seria importante integrar a eficácia dos cuidados onde as circunstâncias são mais predisponentes à produção de melhores resultados, a efectividade dos cuidados no decurso quotidiano dos acontecimentos, as variações das características populacionais na utilização dos cuidados e as variações interligadas à qualidade dos cuidados, avaliado através dos resultados do estado de saúde do utente.

Assim, de acordo com Fekete (1999), toda e qualquer definição de um modelo de qualidade em saúde, deve ter em consideração os atributos anteriormente referidos, interiorizando que a gestão competente dos recursos utilizados torna-se fundamental no processo de democratização do sistema, bem como, “os processos de administração de recursos devem ser transparentes e as determinações das políticas de saúde amplamente discutidas e aceites pelos próprios profissionais”.

Importa ainda salientar que, de acordo com Sousa *et al.* (2008), surge a importância da metodologia de ajustamento pelo risco em saúde na avaliação de resultados.

Devido às diferenças de características dos doentes, existe impossibilidade de comparação directa de resultados entre diversos hospitais. Assim, torna-se impreterível a utilização do ajustamento do risco, a fim de se conhecerem as diferenças nos resultados obtidos num determinado procedimento (Sousa *et al.*, 2008).

O ajustamento pelo risco tem como principal objectivo o de integrar os diversos factores de risco que fazem parte dos utentes, no momento da avaliação dos resultados, permitindo que as comparações efectuadas sejam mais fiáveis e credíveis, consistindo ainda num processo estatístico a fim de identificar e ajustar a alteração de resultados dos utentes pela diferença das suas características (Iezzoni, 2003).

O ajustamento pelo risco proporciona a possibilidade de comparação de resultados e de desempenhos ao nível individual ou de grupos de indivíduos ou populações (Hittle, 2002, citado por Costa, Santana e Boto, 2008).

As dimensões de risco que são geralmente aceites, são as seguintes (Iezzoni, 1997):

- ✓ Idade;
- ✓ Sexo;
- ✓ Estado do utente;
- ✓ Diagnóstico e gravidade do diagnóstico principal;
- ✓ Gravidade das comorbilidades;
- ✓ Estado psicológico e cognitivo dos utentes;
- ✓ Atitudes e preferências dos utentes.

Iezzoni (2003) afirma ainda que, regra geral, as comorbilidades distribuem-se de uma forma irregular na população, existindo grupos de doentes que evidenciam maior probabilidade em proporcionarem eventos adversos e, conseqüentemente, resultados menos positivos.

Os componentes da qualidade em saúde, poderão ser evidenciados através dos seguintes atributos (Donabedian, 1993; Vuori, 1993; Formigli, 1994; citados por Adami, 2000): cobertura, acessibilidade e equidade, eficácia e efectividade, eficiência, técnico-científica (adequação das acções ao conhecimento e tecnologias disponíveis e aceitabilidade (percepção do utente).

Existem ainda alguns parâmetros que se referem à qualidade em saúde, destacando-se a confiabilidade (capacidade de dar resposta a algo), garantia, tangibilidade e empatia (Parasuraman *et al.*, 1988, citados por Siddiqui e Khandaker, 2007).

Ainda nos nossos dias, os serviços de saúde se pautam de acordo com os conceitos de Donabedian, dando mais enfoque à estrutura e aos recursos humanos e menos à satisfação dos utentes (Serapioni, 2009).

2.1.4. Métodos de Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde

A avaliação da qualidade em saúde pode ser efectuada através de vários métodos, entre os quais destacam-se a acreditação, auditoria, observação e o método dos processos traçadores (Adami e Maranhão, 1995).

A acreditação, é formulada por comissões externas às instituições de saúde e é definida como um processo de avaliação dos recursos das instituições hospitalares, regularmente realizado e voluntário, que visa garantir a qualidade dos cuidados através de *standards* anteriormente efectuados. Usualmente, são identificados indicadores, os quais devem ser facilmente observáveis, evitando exaustivas revisões de protocolos/documentação. Os padrões utilizados devem ter como principal intuito a avaliação institucional relativamente aos aspectos da estrutura, processo e resultados (Paganini e Novaes, 1992, citados por Adami e Maranhão, 1995).

Deste modo, o Manual de Acreditação engloba duas partes, que se evidenciam por padrões obrigatórios e não-obrigatórios. Os padrões obrigatórios são considerados mínimos e indispensáveis a todos os serviços hospitalares que solicitem acreditação. No padrão não-obrigatório, depende da existência ou não do serviço na instituição hospitalar avaliada ou da decisão de cada região de saúde de inclui-los entre as exigências. Existem, assim, quatro níveis de padrões, definidos por associações profissionais ou especialistas (do nível mínimo para o nível óptimo). Para que qualquer instituição hospitalar seja acreditada, é imperativo que a mesma atenda a pelo menos, o primeiro nível de qualidade em todos os padrões. Esta mesma acreditação encontra-se activa durante três anos ou é provisória durante um ano. Importa ainda salientar que, as instituições hospitalares que não foram acreditados e que pretendam nova avaliação, deverão esperar cerca de 12 meses para solicitar reavaliação (Paganini e Novaes, 1992, citados por Adami e Maranhão, 1995).

Portanto, a justificação para a utilização de programas de acreditação, segundo Pickering (1992), citado por Bittar (2000), são os seguintes:

- ✓ *O impacto dos programas de garantia de qualidade é insignificante sem programas de acreditação;*
- ✓ *A vantagem mais relevante do programa de acreditação encontra-se no período preparatório e no período posterior à avaliação, essencialmente devido à melhoria na comunicação, no trabalho em equipa, na auto-avaliação e avaliação interna;*
- ✓ *Os programas melhoram o espírito de cooperação, elevando a satisfação profissional, na medida em que promovendo uma assistência médico-hospitalar de elevada qualidade ao utente;*

- ✓ *Incrementam e aumentam o nível dos debates sobre políticas de saúde e hospitalar, além da difusão de conhecimentos sobre a prática clínica e sua administração.*

Portanto, de acordo com Feldman, Gatto e Cunha (2005), a certificação da avaliação das instituições hospitalares pelo método de acreditação promove a melhoria dos cuidados aos utentes, favorecendo o acréscimo permanente de qualidade. Referem ainda os mesmos autores que favoreceu a evolução de indicadores e procedimentos cada vez mais relevantes para os variadíssimos serviços hospitalares. Os dois processos de acreditação mais reconhecidas em Portugal e que têm vindo a evidenciar-se com maior interesse por parte dos prestadores de cuidados de saúde nos últimos anos, são o *King's Fund* e a *Joint Comission for the Accreditation of Healthcare Organisations* (Boto, Costa e Lopes, 2008).

A acreditação pelo *King's Fund*, mais tarde modificada para *Health Quality Service* (HQS) em 1998, centra-se essencialmente na estrutura e no processo: na área da gestão do risco, avaliação na área de ambulatório e o cumprimento dos direitos dos doentes. No processo de acreditação pela JCAHO, baseia-se também na estrutura e no processo. Porém, tem vindo a verificar-se uma tendência para incluir resultados no seu processo de acreditação. De salientar que na área de obstetrícia, a mortalidade é utilizada como um indicador de qualidade (Boto, Costa e Lopes, 2008).

Ao efectuar estudos acerca do processo de acreditação por parte da *Joint Comission for the Accreditation of Healthcare Organisations* (JCAHO) em diversos hospitais, Jesse e Schranz (1990), citados por Boto, Costa e Lopes (2008), evidenciam que não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente ao seu desempenho, isto é, a taxa de mortalidade (desempenho em termos de resultados), não se interliga com um melhor ou pior desempenho no processo de acreditação. Em contrapartida, Griffith *et al.* (2002), citados por Boto, Costa e Lopes (2008), compararam a qualidade hospitalar com “os resultados adquiridos por um grupo de hospitais num conjunto de medidas de desempenho (incluindo mortalidade e complicações, mas também outras não clínicas, como a demora média)”, verificando que existia correlação entre menor taxa de mortalidade e um desempenho mais eficaz.

Importa salientar que, para o XVII Governo Constitucional, a acreditação tem um papel extremamente importante. No Programa de 2005-2009, a qualidade em saúde é referenciada como um direito dos portugueses, incluindo o acolhimento e a prestação de cuidados de elevada qualidade pelos respectivos serviços de saúde, sendo impreterível (Portugal, 2005, citado por Lopes, 2007):

- ✓ Responsabilidade e profissionalismo;
- ✓ Melhoria contínua da qualidade, através do Programa Nacional de Acreditação de Hospitais, Programa Nacional de Auditoria Clínica e Desenvolvimento de Normas de Orientação e Gestão Clínica;
- ✓ Gestão do risco – qualidade na prescrição, prevenção de infecções, erro profissional e insegurança nas práticas profissionais;
- ✓ Liderança dos serviços: formação em gestão, sustentabilidade, segurança, liderança e qualidade.

Outro método de avaliação da qualidade em saúde é a auditoria. Esta é extremamente importante para Donabedian (1982), citado por Reis *et al.* (1990), pois para assegurar a qualidade dos cuidados prestados, não chega apenas confiar em mecanismos informais de auto-avaliação. Deve focalizar-se numa auditoria contínua e regular das actividades profissionais, salientando a auditoria interna ou externa, administrativa ou profissional e revisão de casos ou estatística.

A observação pode ser utilizada isoladamente ou como complemento técnico para o processo de acreditação ou para a auditoria, podendo ser utilizada para atingir-se um resultado (Nonino, 2006). De acordo com Sordi e Rocha (1989), citados por Nonino (2006), é importante focalizar-se em objectivos específicos na observação, salientando: obedecer a determinados critérios básicos, deve ser planeado a partir de um método científico, necessita salientar alguns aspectos relativamente aos essenciais, ser prontamente registada e, encontrar-se sujeita às condições de controlo e verificação, a fim de se obter validade.

Relativamente aos processos traçadores, estes avaliam apenas a qualidade dos cuidados ambulatoriais, interiorizando os elementos da estrutura e processo e, focando-se essencialmente no resultado (Adami e Maranhão, 1995, citados por Nonino, 2006).

Finalmente, importa salientar que os serviços de saúde podem ser avaliados durante a produção ou após a utilização de cuidados de saúde (Junqueira e Auge, 1995).

2.1.5. Volume de Procedimentos e o Impacto sobre a Qualidade em Saúde

O volume de procedimentos efectuados encontra-se intimamente ligado à qualidade dos cuidados (Wennberg *et al.*, 1987; Luft *et al.*, 1990; Birkmeyer *et al.*, 2002; Spiegelhater, 2002; citados por Noronha *et al.*, 2003). Existe evidência de que em hospitais com elevada

quantidade de cirurgias efectuadas, apresentam menores taxas de complicações e óbitos, ou seja, melhores resultados. Em consonância, os hospitais com menor volume e que tenham os cirurgiões menos experientes evidenciam os piores resultados (Luft, 1990, citado por Ribeiro *et al.*, 2004).

Nesta sequência e de acordo com Ribeiro *et al.* (2004), o volume de cirurgias tem sido utilizado como um *proxy* de qualidade em serviço.

Em contrapartida, um estudo realizado acerca da mortalidade de recém-nascidos de muito baixo peso nos EUA, mostrou que, com o aumento do volume de procedimentos em unidades de cuidados intensivos neonatais, não se consegue verificar melhoria dos cuidados prestados (Peterson, Combs e DeLong, 2004, citados por Sheldon, 2004). Sowden (1997), citado por Sheldon (2004), refere que para alguns procedimentos, tais como as cirurgias pancreática e esofágica, à aorta abdominal, aneurismas e procedimentos cardíacos pediátricos, não existe uma forte evidência de relação entre o volume e a melhoria dos resultados. Porém, com estes e outros estudos a revelarem o supracitado, não significa que não exista associação entre volume e qualidade (Sheldon, 2004).

2.1.6. A Qualidade em Obstetrícia

Para avaliar a qualidade dos cuidados maternos, é fundamental que existam resultados fiáveis (Pattinson, 2005, citado por Roberts *et al.*, 2008).

A mortalidade materna é difícil e extremamente dispendiosa de se medir. Além disso, conhecer o nível de mortalidade materna não contribui decisivamente para compreender os factores que contribuem para os elevados ou baixos níveis de mortalidade (Liabsuetrakul, 2008; Admasu, Haile-Mariam e Bailey, 2011).

De acordo com a OMS (1985), o enfoque acerca da área de obstetrícia tem sofrido importantes mudanças ao longo das últimas décadas. Estas mesmas mudanças deveram-se essencialmente ao documento *Tecnologias Apropriadas para o Parto e Nascimento* formulado pela OMS em 1985, o qual refere que as tecnologias deveriam ser implementadas à grávida/puérpera, tendo em consideração a melhor evidência científica.

De acordo com Queiroz *et al.* (2007), a *inter-relação dos aspectos técnicos e relacionais deve ser incluída em toda a gestão de qualidade*. Assim, no que concerne à área de saúde materno-infantil, verificam-se diversos indicadores de resultados positivos e negativos, salientando os

seguintes: morbidade e mortalidade materno-infantil, incapacidades, desconforto puerperal, satisfação no atendimento, entre outros (Rattner, 1996, citado por Queiroz *et al.*, 2007).

De acordo com Santos (2002), citado por Soares e Varela (2007), denomina-se período puerperal o período pós-parto imediato e que se finaliza quando as alterações físicas originadas pela gestação retornam à situação normal.

O período puerperal é o momento ideal para oferecer intervenções para melhorar a saúde e a sobrevivência do recém-nascido e da mãe (Finger, 1997, citado por Matijasevich *et al.*, 2009).

Assim, importa salientar que o período do puerpério (4-6 semanas pós-parto) é de extrema relevância, pois é considerado um período de riscos associados, necessitando de cuidados médicos e de enfermagem de qualidade que tenham como principais objectivos, o tratamento e/ou a prevenção de complicações, o conforto físico e emocional e ensinamentos que possibilitem à puérpera cuidar da melhor forma de si e do seu recém-nascido (Almeida e Silva, 2008).

Segundo Serruya, Cecatti e Lago (2004), citados por Almeida e Silva (2008), diversos estudos têm vindo a evidenciar cuidados de saúde médicos e de enfermagem deficitários no período puerperal, de acordo com o preconizado para a área de saúde. Referem ainda que a formação profissional dos mesmos influencia directamente a qualidade dos cuidados prestados à puérpera.

Existem alguns indicadores de utilidade inquestionável na área de obstetrícia. Porém, na área de saúde materno-infantil, a mortalidade, enquanto importante indicador para avaliação em saúde, não é útil como índice de qualidade, pois ocorrem com muito pouca frequência, contrariando o que Graham (2000) refere anteriormente. Assim, salientam-se os seguintes indicadores para medir a qualidade em saúde obstétrica: lacerações perineais de terceiro ou quarto grau, taxa de cesarianas, parto vaginal após cesariana, tempo de internamento e taxa de readmissão (Mann, 2006), taxa de infecção hospitalar e complicações cirúrgicas (Nascimento *et al.*, 2008).

2.2. CODIFICAÇÃO CLÍNICA

Neste momento torna-se fundamental abordar a presente temática, pois os sistemas de classificação utilizam códigos provenientes da codificação clínica (Portal de Codificação dos GDH, 2012).

A codificação clínica baseia-se na atribuição de códigos de um sistema de classificação a cada diagnóstico, sinais e sintomas, situações clínicas, presentes no processo clínico de internamento, assim como as cirurgias e exames de diagnóstico a que o utente tenha sido submetido (Moreiras, 2011).

De acordo com Santana (2005), o processo de codificação dos episódios de internamento, promove *a distorção da verdade relativamente à complexidade hospitalar*. O mesmo autor refere ainda que o erro na codificação clínica pode permitir perda de equidade entre prestadores de cuidados de saúde e consequente alteração na justiça do sistema de financiamento.

Segundo Iezzoni (1997), os resumos de alta apresentam diversas vantagens: melhor acessibilidade, custo-efectividade, agregação e a comparabilidade de dados. Porém, importa salientar os aspectos que podem interferir na qualidade dos dados (Malley *et al.*, 2005):

- ✓ Insuficiente informação nos resumos de alta;
- ✓ Erro humano;
- ✓ Erros intencionais;
- ✓ Natureza retrospectiva de codificação;
- ✓ Ausência das condições dos utentes no momento da admissão (comorbilidades) e outras adquiridas ao longo do internamento;
- ✓ Práticas de codificação diferentes entre hospitais e codificadores.

De acordo com Malley *et al.* (2005), os registos clínicos poderão apresentar os seguintes erros:

- ✓ Falta de informação, registos incompletos e/ou dados incorrectos;
- ✓ Informação mal documentada;
- ✓ Registo de informação clínica que não corresponde ao estado do utente;
- ✓ Variação de termos para descrever condições, proporcionando uma incorrecta interpretação dos dados e, consequentemente, uma codificação clínica incorrecta;
- ✓ Transcrição de informação nos processos clínicos manuscrito ou em formato digital, evidenciam-se dificultadores à precisão da codificação clínica.

Relativamente aos erros ocorridos na codificação clínica, verificam-se (Iezzoni, 2003):

- ✓ Falta de formação e in experiência dos codificadores;

- ✓ Incumprimento das regras de codificação, assim como a utilização de comportamentos “memorizados” na atribuição de códigos;
- ✓ Erros na transcrição dos códigos no *software*, atribuindo uma incorrecta classificação;
- ✓ A codificação é unicamente baseada na informação presente na nota de alta, sem que ocorra revisão do processo clínico;
- ✓ Os codificadores tendem a atribuir códigos sem uma análise aprofundada do processo clínico, com o intuito acelerar o processo de facturação.

Ainda de acordo com Malley *et al.* (2005), um dos erros de codificação mais frequente é o de sobrecodificação, a qual corresponde à atribuição de códigos com maior financiamento relativamente aos restantes com menor valor. Outra fonte de erro refere-se à alteração da ordem dos diagnósticos, modificando o diagnóstico principal, por algum secundário, a fim de apresentar dum GDH com maior peso relativo e, conseqüente, maior financiamento. Estes erros de codificação são da responsabilidade do codificador. Porém, os erros devem ser reduzidos através da revisão do processo clínico e confirmar a precisão da informação sobre os diagnósticos através do médico assistente.

2.3. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM OBSTETRÍCIA

2.3.1. Complicações Pós-Parto

Diversos estudos demonstram que existe maior incidência de complicações quando o parto é por cesariana (Durnwald e Mercer, 2004, citados por Zimmermann *et al.*, 2009) e que essa mesma prática pode acarretar complicações maternas: acidentes anestésicos, hemorragias, lesões vesicais e intestinais, aumento da incisão miometrial, embolia amniótica e infecção puerperal (Duarte *et al.*, 2003, citados por Zimmermann *et al.*, 2009).

Esta tendência favorece o aparecimento de hemorragia *major* e aumento da duração de internamento hospitalar, relativamente ao parto vaginal, sendo que o risco de complicações é significativamente superior numa cesariana emergente (14,5% a 32,6%) do que num procedimento programado (6,8%) (Durnwald e Mercer, 2004, citados por Zimmermann *et al.*, 2009). Os mesmos autores referem ainda que na cesariana electiva o risco de complicações maternas é aproximadamente o triplo de acordo com o parto via vaginal programado, sendo as seguintes: aumento do risco de paragem cardio-respiratória, hematoma abdominal, infecção *major* puerperal, anemia e conseqüente necessidade de transfusão e hemorragia.

As infecções hospitalares são consideradas como um problema de saúde pública (Turrini e Santo, 2002) e um dos principais indicadores da qualidade dos cuidados hospitalares (Haley, 1985, Weber, 1997, citados por Pereira *et al.*, 2005; Andrade e Angerami, 1999; Silva, 2003; Fontana, 2008; Adamus, 2011). Nesta sequência, Silva e Santos (2001) e Pereira *et al.* (2005), afirmam que a infecção hospitalar é aquela que é contraída após o internamento de determinado utente e que se evidencia durante ou após a alta hospitalar, encontrando-se relacionada com o internamento ou determinados procedimentos médicos.

As taxas de infecção hospitalar variam de acordo com a vigilância e cuidados prestados, assim como o tipo de hospital, ou seja, as taxas são mais elevadas em hospitais de grande dimensão e nos hospitais universitários/de ensino (Greene, 1983; Haley *et al.*, 1985; Ortona *et al.*, 1985, citados por Pereira, Moriya e Gir, 1996).

Assim, de acordo com o Ministério da Saúde Brasileiro (1998), citado por Azambuja, Pires e Vaz (2004), salientam-se os seguintes critérios para definirem-se as infecções hospitalares:

- ✓ Quando se desconhece o período de incubação do microrganismo e não existe evidência clínica/laboratorial de infecção no momento do internamento, intitula-se infecção hospitalar toda a manifestação clínica de infecção que se manifeste a partir de setenta e duas horas desde a admissão;
- ✓ Até setenta e duas horas de internamento, quando se encontram associadas a procedimentos (diagnósticos/terapêuticos), efectuados durante esse período;
- ✓ Quando os recém-nascidos adquirem infecções são sempre consideradas infecções hospitalares, exceptuando quando transmitidas pela via placentar e as associadas a ruptura de membranas (*bolsa amniótica rota*) superior a 24 horas.

Os mesmos autores (Azambuja, Pires e Vaz, 2004), salientam a importância de caracterizar as infecções hospitalares a partir dos critérios supracitados, na medida em que o cálculo das referidas taxas permite a sua elaboração de uma forma mais objectiva e fidedigna.

Nesta sequência, importa referir que aproximadamente 5% dos utentes admitidos em hospitais gerais adquirem infecções durante o internamento, em países desenvolvidos (Baley, 1985, citado por Chor, Klein e Marzochi, 1990) e visa 3% a 6% dos utentes hospitalizados nos EUA (Carvalho e Marques, 1999). De acordo com Guimarães, Chianca e Oliveira (2007), a infecção puerperal evidencia-se internacionalmente entre os 3% a 20%, com valores médios de 9%.

Os principais factores de risco para o aparecimento de infecção puerperal, residem na pouca/ausência de condições de assepsia, trabalho de parto prolongado, ruptura prematura de membranas ovulares, diversos exames vaginais, monitorização interna, reduzida resposta imunitária, anemia e doenças crónicas. No que concerne ao período pós-parto, é de realçar as seguintes complicações: endometrite pós-parto, infecção da episiotomia e infecção uterina pós-cesariana (Castro *et al.*, 2008, citados por Nascimento *et al.*, 2009). Na mesma linha de pensamento, de acordo com Starling, Couto e Pinheiro (1993), citados por Guimarães, Chianca e Oliveira (2007), a incidência de infecções puerperais devem-se fundamentalmente ao tipo de parto, a subnotificação dos episódios de infecção pós-parto decorrente da ausência de acompanhamento após a alta hospitalar, alta precoce das puérperas e readmissão das mesmas, assim como factores individuais e ambientais. Importa salientar que, segundo Nascimento *et al.* (2009), os quais efectuaram uma revisão bibliográfica e, Guimarães, Chianca e Oliveira (2007), concluíram que existe forte associação entre o aparecimento de infecções e o tipo de parto, na medida em que o procedimento cirúrgico (parto por cesariana), abrange a maior parte das complicações puerperais provocadas por infecções.

Segundo Haley (1998), citado por Villas Boas e Ruiz (2004), o aparecimento de infecções hospitalares determina um aumento no tempo de internamento (usualmente de quatro dias), dos custos de internamento e nas taxas de mortalidade. Nesta sequência, o estudo SENIC (1974), citado por Carvalho e Marques (1999), refere que a infecção hospitalar aumenta em média o tempo de internamento em cinco a dez dias.

A infecção hospitalar deve ser minimizada através do *aprimoramento de recursos humanos, tentando introduzir, alterar e aprimorar comportamentos e atitudes*, com o intuito de atingir a excelência dos cuidados prestados. Corroborando o supracitado, o controlo das infecções hospitalares salienta-se como um dos indicadores de garantia de qualidade hospitalar (Pereira *et al.*, 2005).

Outra complicação existente na área de obstetrícia centra-se na hemorragia pós-parto, pois ocorre em grande escala relativamente à globalidade das complicações puerperais, sendo uma das cinco principais causas de mortalidade materna tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. A atonia uterina é a etiologia mais comum na hemorragia pós-parto (Dildy, 2002, citado por Nagahama *et al.*, 2007). No entanto, de acordo com Knight *et al.* (2011), mesmo que a hemorragia pós-parto tenha aumentado nos países desenvolvidos, não nos encontramos num momento de epidemia. Porém, refere ainda que existe obrigação de prever estas hemorragias e protocolar abordagens efectivas, de modo a minimizá-las.

Relativamente à incidência de complicações da ferida operatória na população obstétrica, estas variam na literatura com taxas desde 2,8% a 26,6% (Sarsam *et al.*, 2007).

As complicações da ferida cirúrgica após cesariana incluem a separação dos bordos da ferida sem infecção, a infecção superficial e profunda da ferida e a deiscência da sutura. De acordo com Martens *et al.* (2005), citados por Sarsam *et al.* (2007) apesar das deiscências da ferida serem usualmente precedidas de infecção, os mesmos autores constataram uma taxa de deiscência da ferida operatória de 1,7% sem infecção.

2.3.2. Readmissões

As readmissões têm sido alvo de análise ao longo das últimas décadas, na medida em que reflectem a qualidade dos cuidados e os respectivos custos dos mesmos (Maurer e Ballmer, 2004; Hasan, 2001; Freitas, 2006), sendo um problema frequente nas instituições de saúde (Borges *et al.*, 2008). Nesta sequência, Weinberger *et al.* (1996), citados por Moniz (2010), salientam que as readmissões reflectem mais de metade de todos os internamentos e 60% dos custos hospitalares.

Então podem definir-se como um “novo” internamento, após a alta hospitalar e que se verifica no período entre a alta do episódio de internamento até aos cinco dias após o anterior internamento, devido à mesma causa (Maurer e Ballmer, 2004). Assim, taxa de readmissão resulta da razão entre o número de readmissões efectuadas num determinado período de tempo, após a alta hospitalar e o número total de utentes admitidos num determinado hospital e potencialmente inseridos no numerador (Moreira, 2010).

De acordo com Westert *et al.* (2002), citados por Borges *et al.* (2008), recentes estudos revelam-nos que as readmissões hospitalares são um relevante indicador de qualidade, na medida em que definem o impacto dos cuidados hospitalares nos utentes após a alta, isto é, consegue verificar-se objectivamente a importância dos cuidados na evolução do estado de saúde do utente.

A readmissão hospitalar é utilizada como indicador de qualidade porque surge com maior frequência relativamente a outros indicadores, pois a melhoria dos cuidados prestados, reduz, *a priori*, a ocorrência de readmissões (Ashton e Wray, 1996, citados por Freitas, 2006).

Porém, não existe consenso relativamente ao prazo da readmissão após a alta hospitalar. De acordo com Benbassat e Taragin (2000), até 30 dias após a alta, podem evidenciar-se

problemas acerca da prestação dos cuidados de saúde no internamento anterior. Pazinatto (2003), refere-se à readmissão ao período de até três meses após a data de alta hospitalar. Nesta sequência, segundo François *et al.* (2001), citados por Borges *et al.* (2008), afirmam que a análise dos dados dos utentes que são readmitidos recentemente (até sete dias), permitirá a obtenção de uma avaliação da qualidade dos cuidados hospitalares prestados mais fidedigna, relativamente à avaliação após 30 dias (tardia).

As readmissões hospitalares podem ser classificadas como planeadas e eventuais (Kossovsky *et al.*, 1999, citados por Borges e Turrini, 2011), ou como programadas e não programadas (Halfon *et al.*, 2006). A primeira refere-se à continuidade da avaliação diagnóstica ou terapêutica (Kossovsky *et al.*, 1999, citados por Borges e Turrini, 2011), ou seja, quando é susceptível ocorrer como parte de um programa ou fase de cuidados efectuado na primeira alta (Milcent, 2005), sendo as readmissões eventuais/não programadas subdivididas em evitáveis e não evitáveis. Quanto menor for o intervalo de tempo entre a primeira admissão e a readmissão, a probabilidade de readmissão por complicação ter sido eventualmente evitável é consideravelmente maior (Kossovsky *et al.*, 1999, citados por Borges e Turrini, 2011).

De acordo com Thomas (1996), para que as readmissões sejam consideradas como indicador, é fundamental que tenhamos em consideração os seguintes pressupostos:

- ✓ Diferenciar entre readmissões programadas e não programadas, pois as readmissões programadas não pressupõem a um baixo desempenho;
- ✓ Definir o período de tempo para a readmissão, porque é necessário que exista possibilidade de associação entre a readmissão e a qualidade, sendo que o período que poderá suscitar maior sensibilidade será de uma a duas semanas;
- ✓ Separar os cuidados de qualidade dos que não o são (é necessário a revisão de pares e formulação de estudos científicos).

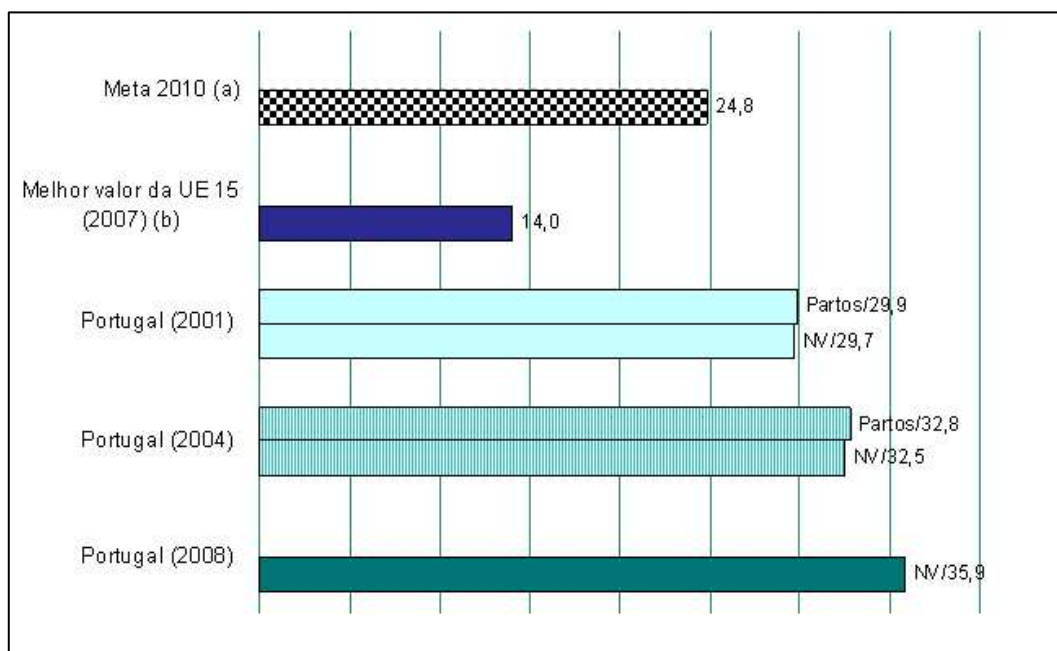
Na temática em questão, verifica-se que no parto por cesariana, existe maior probabilidade de readmissão relativamente ao parto vaginal e, puérperas de parto por cesariana e de parto vaginal instrumental (ventosa e/ou fórceps) têm maior risco de readmissão, essencialmente devido a etiologia infecciosa (Buhimschi e Buhimschi, 2006, citados por Oliva, 2010).

2.4. REALIDADE EM PORTUGAL

De acordo com a OMS (1985), citado por Oliva (2010), preconiza-se que taxas de cesariana superiores a 15% são clinicamente injustificáveis, porém, tem-se verificado um aumento progressivo, desde as décadas de 70 e 80 do século XX. Na Austrália, subiu de 17% para 23% em apenas 10 anos (Walker, Turnbull, Wilkinson, 2004, citados por Zimmermann *et al.*, 2009) e em Itália aumentou de 11,2% para 33,2% em 20 anos (Donati, Grandolfo, Androozzi, 2003, citados por Zimmermann *et al.*, 2009). Esse aumento deve-se essencialmente ao melhoramento das técnicas cirúrgica e anestésica, maior disponibilidade de recursos terapêuticos capazes de definir riscos para o feto, aumento do número de gestações em uterinas com cesariana anterior, bem como a factores socioculturais relacionados com a prática do parto programado (Rezende, 2002, citado por Nomura, Alves e Zugaib, 2004).

Verifica-se que em Portugal Continental, no ano de 2008, realizaram-se 37 199 partos por cesariana. Comparativamente com os anos de 2001 e 2004, constata-se que tem vindo a aumentar a taxa de cesarianas, sendo verificável através do gráfico seguinte, o qual indica as taxas de cesariana verificados nos anos de 2001, 2004 e 2008 e ainda a meta para o ano de 2010.

Gráfico n.º 1 –Taxas de cesariana de Portugal Continental para os anos de 2001, 2004 e 2008 e respectiva meta para o ano de 2010.



(a) Meta calculada para Portugal Continental; (b) Holanda, Dados da OCDE (2009); Fonte: INE, 2009.

Pode verificar-se através do quadro n.º 1 que em Portugal houve um decréscimo do número de partos do ano de 2008 para o ano de 2009, no entanto houve um aumento do ano de 2009 para o ano de 2010. A tendência anteriormente referida verificou-se para todos os tipos de partos (eutócico, distócico por ventosa e/ou fórceps – designado por *outro*, no respectivo quadro – e cesariana).

Quadro n.º 1 – Número de partos realizados nos hospitais portugueses entre 2008 e 2010, por tipo de parto.

Ano	Tipo de Parto			Total
	Eutócico	Distócico		
		Cesariana	Outro	
2008	51 931	37 199	14 184	103 314
2009	48 276	35 972	13 758	98 006
2010	48 832	36 335	14 963	100 130

Fonte: INE (2012), Inquérito aos Hospitais, dados definitivos.

3. OBJECTIVO

O objectivo geral do presente estudo focaliza-se na avaliação da qualidade na área de obstetrícia nos hospitais públicos de Portugal Continental, através da análise das taxas de complicações pós-parto e de readmissões verificando se existem diferenças de desempenho por instituição hospitalar, por volume, por instituição hospitalar com/sem acreditação e por região.

4. METODOLOGIA

4.1. RECOLHA DE DADOS

Os dados foram cedidos pela Administração Central do Sistema de Saúde à Escola Nacional de Saúde Pública, tendo sido posteriormente disponibilizados ao investigador de forma agregada, sem identificação dos utentes, hospitais e regiões.

No sentido de se proceder à colheita de dados, informei a ENSP do objectivo delineado para a realização do presente estudo, tendo sido solicitado a sua permissão para a aquisição dos dados.

Os dados que serão apresentados ao longo do estudo foram provenientes dos Resumos de Alta Hospitalares, relativamente aos anos de 2008, 2009 e 2010.

Considera-se que os Resumos de Alta Hospitalares têm por base a utilização de Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH), contendo as características do utente, identificação da instituição hospitalar, etiologia da admissão, diagnósticos principal e secundários, procedimentos secundários, instituições hospitalares de proveniência e de transferência, motivo de transferência, número de dias de internamento, ano em que decorreu o episódio de internamento, entre outros (ACSS, 2010).

4.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

O presente estudo incide sobre a GCD 14 e que, dentro desta mesma categoria, nos grupos de diagnóstico homogéneos da área de obstetrícia (370 ao 384).

Uma vez que o objectivo do presente estudo é caracterizar a qualidade dos serviços de obstetrícia, através da análise das taxas de readmissão e complicações pós-parto, foram considerados os episódios de grupos de diagnóstico homogéneo 370 a 375 e 650 a 652, os quais são descritos de seguida:

- ✓ Cesariana, com complicações ou comorbilidades (370);
- ✓ Cesariana, sem complicações ou comorbilidades (371);
- ✓ Parto vaginal, com diagnósticos de complicação (372);
- ✓ Parto vaginal, sem diagnósticos de complicação (373);

- ✓ Parto vaginal, com esterilização e/ou dilatação e curetagem (374);
- ✓ Parto vaginal, com procedimentos em bloco operatório, excepto esterilização e/ou dilatação e curetagem uterina (375);
- ✓ Cesariana de alto risco, com complicações ou comorbilidades (650);
- ✓ Cesariana de alto risco, sem complicações ou comorbilidades (651);
- ✓ Parto vaginal de alto risco, com esterilização e/ou dilatação e curetagem uterina (652).

4.3. DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

4.3.1. Complicações Pós-Parto

Uma vez que o objectivo do estudo é analisar a qualidade dos serviços de obstetrícia de Portugal Continental, foram considerados os códigos que se encontram na 9.ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças, ICD-9-CM, incluídas na GCD 14 – Gravidez, Parto e Puerpério, cujos códigos se focalizam entre 630 e 677 (ACSS, 2010):

Assim, irei focalizar-me nos seguintes códigos:

- ✓ **666.10** – Hemorragia pós-parto imediato NCOP -s/especif. episódio tratamento;
- ✓ **666.12** – Hemorragia pós-parto imediato NCOP -parto refer. /complicação pós-parto;
- ✓ **666.14** – Hemorragia pós-parto imediato NCOP - condição ou complicação pós-parto;
- ✓ **666.20** – Hemorragia pós-parto prolong./secundária - s/especif.episódio tratamento;
- ✓ **666.22** – Hemorragia pós-parto prolong./secundária - parto refer./complicações pós-parto;
- ✓ **666.24** – Hemorragia pós-parto prolong./secundária - condição ou complicação pós-parto;
- ✓ **666.30** – Deficiências coagulação pós-parto -s/especif. episódio tratamento;
- ✓ **666.32** – Deficiências coagulação pós-parto -parto refer. /complicação pós-parto;
- ✓ **666.34** – Deficiências coagulação pós-parto - condição ou complicação pós-parto;
- ✓ **670.00** – Infecção puerperal major não especificada, episódio de cuidados não especificado ou não aplicável;
- ✓ **670.02** – Infecção puerperal major não especificada, parto referenciado, com menção de complicação pós-parto;
- ✓ **670.04** – Infecção puerperal major não especificada, condição ou complicação pós-parto;

- ✓ **670.10** – Endometrite puerperal, episódio de cuidados não especificado ou não aplicável;
- ✓ **670.12** – Endometrite puerperal, parto referenciado, com menção de complicação pós-parto;
- ✓ **670.14** – Endometrite puerperal, condição ou complicação pós-parto;
- ✓ **670.20** – Sépsis puerperal, episódio de cuidados não especificado ou não aplicável;
- ✓ **670.22** – Sépsis puerperal, parto referenciado, com menção de complicação pós-parto;
- ✓ **670.24** – Sépsis puerperal, condição ou complicação pós-parto;
- ✓ **670.30** – Tromboflebite séptica puerperal, episódio de cuidados não especificado ou não aplicável;
- ✓ **670.32** – Tromboflebite séptica puerperal, parto referenciado, com menção de complicação pós-parto;
- ✓ **670.34** – Tromboflebite séptica puerperal, condição ou complicação pós-parto;
- ✓ **670.80** – Infecção puerperal major NCOP, episódio de cuidados não especificado ou não aplicável;
- ✓ **670.82** – Infecção puerperal major NCOP, parto referenciado, com menção de complicação pós-parto;
- ✓ **670.84** – Infecção puerperal major NCOP, condição ou complicação pós-parto;
- ✓ **672.00** – Febre de origem desconhecida, puerpério, episódio de cuidados não especificado ou não aplicável;
- ✓ **672.02** – Febre de origem desconhecida, puerpério, parto referenciado, com menção de complicação pós-parto;
- ✓ **672.04** – Febre de origem desconhecida, puerpério, condição ou complicação pós-parto;
- ✓ **674.10** – Deiscência de incisão de cesariana - s/especif. episódio tratamento;
- ✓ **674.12** – Deiscência de incisão de cesariana - parto refer. - complicação pós-parto;
- ✓ **674.14** – Deiscência de incisão de cesariana - complicação pós-parto;
- ✓ **674.20** – Deiscência incisão perineal - s/especif. episódio tratamento;
- ✓ **674.22** – Deiscência incisão perineal - parto refer. complicação pós-parto;
- ✓ **674.24** – Deiscência incisão perineal - condição pós-parto – complicação;
- ✓ **674.30** – Complicações incisões cirurg. obstétricas NCOP -s/especif. episódio tratamento;
- ✓ **674.32** – Complicações incisões cirurg. obstétricas NCOP -parto refer. complicação pós-parto;

- ✓ **674.34** – Complicações incisões cirurg. obstétricas NCOP -condição pós-parto – complicação;
- ✓ **675.02** – Infecções do mamilo (assoc. c/parto) -parto refer. complicação pós-parto;
- ✓ **675.04** – Infecções do mamilo (assoc. c/parto) -condição pós-parto – complicação;
- ✓ **675.20** – Mastite não purulenta (associado c/parto) -s/especif. episódio tratamento;
- ✓ **675.22** – Mastite não purulenta (associado c/parto) -parto refer. complicação pós-parto;
- ✓ **675.24** – Mastite não purulenta (associado c/parto) -condição pós-parto – complicação;
- ✓ **675.82** – Infecções mama e mamilo (assoc. c/parto) NCOP -parto ref. complicação pós-parto;
- ✓ **675.84** – Infecções mama e mamilo (assoc. c/parto) NCOP -condição pós-parto – complicação;
- ✓ **675.94** – Infecções mama e mamilo (assoc. c/parto) SOE -condição pós-parto – complicação;
- ✓ **676.20** – Ingurgitamento mamário (associado c/ parto) -s/especif. episódio tratamento;
- ✓ **676.22** – Ingurgitamento mamário (associado c/ parto) -parto refer. complicação pós-parto;
- ✓ **676.24** – Ingurgitamento mamário (associado c/ parto) -condição pós-parto – complicação.

4.3.2. Readmissões

No que concerne à taxa de readmissões, é necessário distinguir o número de readmissões obtidas, ou seja, os casos de readmissões programadas das não programadas.

Esta mesma divisão torna-se fundamental, pois de acordo com Thomas (1996), as readmissões programadas (ocorrem como parte de um programa ou fase de cuidados efectuado na primeira alta), não evidenciam um mau desempenho ou uma alta indevida.

Porém, neste sentido, pressupõe-se que todas as readmissões efectuadas nas instituições hospitalares referentes aos serviços de obstetrícia referem-se a readmissões não programadas, pois não são parte integrante de uma continuação de prestação de cuidados

após a primeira alta, mas algo inesperado e inexpectável. Assim, considera-se todas as ocorrências evidenciadas na base de dados dos GDH como readmissões não programadas.

É de referir que o tempo de readmissão utilizado neste estudo fixa-se até aos 30 dias subsequentes à data de alta hospitalar na medida em que, de acordo com Castro *et al.* (2005), pode evidenciar-se problemas acerca da prestação dos cuidados de saúde no internamento anterior. O presente documento focaliza-se no prazo de 30 dias, a fim de se conhecer a evolução das taxas de readmissão ao longo dos dias após a alta hospitalar, ou seja, o período temporal em que ocorre maior incidência de readmissão.

4.3.3. Hospitais em Estudo e Acreditação Hospitalar

Descreve-se, de seguida, as entidades hospitalares que serão analisadas no presente documento:

Quadro n.º 2 – Instituições hospitalares em estudo, de acordo com a região.

ARS	DISTRITO	INSTITUIÇÃO HOSPITALAR
NORTE	Viana do Castelo	ULS Alto Minho, EPE Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE; Hospital de Sta. Luzia - Viana do Castelo; Hospital Conde de Bertiandos - Ponte de Lima
	Braga	Hospital de Sta. Maria Maior, EPE - Barcelos Hospital de Braga Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE Hospital de Guimarães - N. Senhora da Oliveira; Hospital de Fafe - S. José
	Vila Real	Centro Hospitalar Trás-os-Montes Alto Douro, EPE Hospital de São Pedro de Vila Real; Hospital Dom Luiz - Peso da Régua; Hospital Distrital de Chaves; Hospital Distrital de Lamego
	Bragança	Centro Hospitalar do Nordeste, EPE Hospital Distrital de Bragança; Hospital de Macedo de Cavaleiros; Hospital Distrital de Mirandela

	Porto	<p>Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim/Vila do Conde Hospital da Póvoa do Varzim - S. Pedro Pescador; Hospital de Vila do Conde</p> <p>Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE Hospital de Famalicão - S. João de Deus; Hospital de Santo Tirso - Conde de S. Bento</p> <p>Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE Hospital de Amarante - S. Gonçalo; Hospital do Vale do Sousa - Padre Américo</p> <p>Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE Hospital Pedro Hispano - Matosinhos</p> <p>Centro Hospitalar de São João, EPE Hospital de São João; Hospital Nossa Senhora da Conceição - Valongo</p> <p>Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil (Porto), EPE</p> <p>Centro Hospitalar do Porto, EPE H. Especializado de crianças Maria Pia; H. de Santo António; Maternidade Júlio Dinis</p> <p>Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE Hospital de Vila Nova de Gaia; Hospital de Espinho</p>
	Aveiro	<p>Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE Hospital de Oliveira de Azeméis - S. Miguel; Hospital de Stª Maria da Feira-S. Sebastião; Hospital de São João da Madeira</p>
CENTRO	Aveiro	<p>Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar</p> <p>Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE Hospital Conde de Salreu – Estarreja; Hospital Infante D. Pedro – Aveiro; Hospital de Águeda</p> <p>Hospital José Luciano de Castro - Anadia</p>
	Viseu	<p>Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE Hospital São Teotónio – Viseu; Hospital Cândido Figueiredo - Tondela</p>
	Guarda	<p>Unidade Local Saúde da Guarda EPE Hospital Dr. Sousa Martins – Guarda; Hospital Nossa Senhora da Assunção - Seia</p>
	Coimbra	<p>Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede</p> <p>Centro Med. Reab. da Região Centro - Rovisco Pais</p> <p>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE</p> <p>Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, EPE Centro de Recuperação de Arnes – Soure; Hospital do Lorvão – Penacova; Hospital Sobral Cid - Coimbra</p> <p>Centro Hospitalar de Coimbra, EPE Hospital dos Covões; Maternidade Bissaya Barreto; Hospital Pediátrico Coimbra</p> <p>Hospitais Universitários de Coimbra (HUC) Hospitais Universitários de Coimbra; Maternidade Daniel de Matos</p> <p>Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, EPE – Coimbra</p> <p>Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE</p>
	Castelo Branco	<p>Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE Hospital da Covilhã; Hospital do Fundão</p> <p>ULS Castelo Branco, EPE Hospital Amato Lusitano - Castelo Branco</p>
	Leiria	<p>Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE Hospital Distrital de Pombal; Hospital Sto. André - Leiria</p>
	Santarém	<p>Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE Hospital Dr. Manoel Constâncio- Abrantes; Hospital Nossa Senhora da Graça – Tomar; Hospital Rainha Santa Isabel - Torres Novas</p>

LVT	Leiria	Centro Hospitalar Oeste Norte, EPE Hospital Bernardino Lopes de Oliveira – Alcobaça; Hospital de São Pedro Gonçalves Telmo - Peniche
	Santarém	Hospital de Santarém, EPE
	Lisboa	Centro Hospitalar de Torres Vedras, EPE Hospital Reynaldo dos Santos Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE Hospital Pulido Valente; Hospital de Santa Maria Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE Hospital Dr. José de Almeida, HPP Cascais IPO Francisco Gentil (Lisboa), EPE Hospital Curry Cabral, EPE Maternidade Dr. Alfredo da Costa Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE Hospital Egas Moniz; Hospital de S. Francisco Xavier; Hospital de Santa Cruz Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE Hospital dos Capuchos; Hospital D. Estefânia; Hospital de S. José; Hospital de Santa Marta Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto
	Setúbal	Centro Hospitalar Barreiro/ Montijo, EPE Hospital Nossa Senhora do Rosário – Barreiro; Hospital Distrital do Montijo Hospital de Almada - Garcia de Orta, EPE Centro Hospitalar de Setúbal, EPE Hospital Ortopédico de Santiago do Outão; Hospital São Bernardo - Setúbal
ALENTEJO	Portalegre	Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, EPE Hospital Santa Luzia – Elvas; Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre
	Évora	Hospital Espírito Santo, EPE
	Setúbal	Hospital do Litoral Alentejano, EPE
	Beja	Unidade Local Saúde do Baixo Alentejo, EPE Centro H. do Baixo Alentejo, EPE; Hospital José Joaquim Fernandes – Beja; Hospital S. Paulo - Serpa
ALGARVE	Faro	Hospital de Faro, EPE Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE Hospital de Portimão; Hospital de Lagos

Fonte: Adaptado da ACSS, 2012. <http://www.acss.min-saude.pt/%C3%81reaseUnidades/InvestimentosInstalEquipamentos/Destaques/SistNacionalIdentifInstitui%C3%A7%C3%B5esSistSa%C3%BAde/RedeHospitalardoSNS/tabid/318/language/pt-PT/Default.aspx>

Como foi supracitado no enquadramento teórico e, de acordo com Boto, Costa e Lopes (2008), os dois processos de acreditação mais reconhecidas em Portugal e que têm vindo a evidenciar-se com maior interesse por parte dos prestadores de cuidados de saúde nos últimos anos, são a *Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organisations (JCAHO)* da *Joint Commission International* e o *King's Fund/Health Quality Service*. Porém, apresentarei no quadro seguinte, todas as entidades hospitalares que se encontram/encontraram acreditadas, de acordo com a ARS, nos anos compreendidos entre os anos de 2008 a 2010:

Quadro n.º 3 – Instituições hospitalares acreditadas de acordo com a região.

ARS	INSTITUIÇÕES HOSPITALARES ACREDITADAS
NORTE	Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE – <i>Joint Commission International</i> ; Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE – <i>Joint Comission International</i> ; Hospital de São Marcos - Braga – <i>Health Quality Service</i> ; Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE – Norma NP EN ISO 9001:2008;
CENTRO	Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE – <i>Joint Comission International</i> ; Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE – <i>Joint Commission International</i> ;
LVT	Centro Hospitalar de Lisboa Central – <i>CHKS Healthcare Accreditation and Quality Unit (HAQU)</i> ; Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE – Amadora/Sintra – <i>CHKS Healthcare Accreditation and Quality Unit (HAQU)</i> ; Hospital Curry Cabral – Lisboa – Norma NP EN ISO 9001:2008. Centro Hospitalar de Torres Vedras – Norma NP EN ISO 9001:2008, certificado pela <i>Société Générale de Surveillance</i> ;

Fonte: Sítios oficiais da Internet de cada instituição hospitalar referenciada no quadro.

4.3.4. Descrição da Análise Efectuada

Procederei à agregação dos dados da ARSLVT, ARS Alentejo e ARS Algarve, na região Sul, pois, nos anos em estudo ocorreram poucos episódios de complicação individualmente, comparativamente com as restantes ARS's (Norte e Centro), sendo assim mais relevante estudá-los de uma forma global.

Relativamente ao número de partos vaginal e por cesariana, estes foram calculados através da soma dos GDH correspondentes ao parto vaginal e ao parto por cesariana, isto é, utilizaram-se os códigos de GDH 372, 373, 374, 375 e 652 para contabilizar o número de partos vaginais e, os GDH 370, 371, 650 e 651 para os partos por cesariana.

De referir que o número de episódios relativamente às complicações pós-parto é diferente dos episódios sobre as readmissões, pois quando se obteve os dados das complicações pós-parto, não eram considerados os dados definitivos. No entanto, aquando da recepção dos dados sobre as readmissões, os mesmos foram considerados definitivos pela entidade que os facultou. Apesar dos dados serem diferentes, foram utilizados integralmente, pois os dados

sobre as complicações pós-parto já tinham sido analisados, no momento em que se receberam os restantes sobre as readmissões.

Os diagnósticos secundários foram verificados através dos códigos ICD-9-CM que surgiram com maior frequência, nos anos de 2008 a 2010.

A análise efectuada centrou-se na estatística descritiva e na utilização do programa SPSS, para verificar correlações entre variáveis, com um nível de significância de 5%.

Para analisar a existência de possíveis relações, utilizou-se a análise de coeficiente de correlação de spearman, pois as variáveis em estudo são normais. Esta mesma normalidade foi testada através do teste de ajustamento de Kolmogorov-Smirnov.

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo efectuarei a apresentação das complicações pós-parto e, posteriormente, das readmissões nos anos de 2008 a 2010, aspectos que passo a abordar.

5.1. Complicações Pós-Parto

O seguinte quadro refere-se à caracterização da população em estudo, relativamente ao número de partos hospitalares públicos, nos anos compreendidos entre 2008 a 2010.

Quadro n.º 4 – Número de partos em hospitais públicos de Portugal Continental, nos anos de 2008 a 2010.

Ano		2008	2009	2010	Total	Taxa (%)
Tipo de Parto	Vaginal	56 714	53 736	53 384	163 834	67,23
	Cesariana	27 905	26 743	25 204	79 852	32,77
Total		84 619	80 479	78 588	243 686	100

Através do quadro n.º 4, verifica-se que houve um decréscimo do número de partos vaginais e por cesariana, ao longo dos três anos em estudo. Relativamente à totalidade de partos, 67,23% foram partos vaginais (eutócicos e distócicos por ventosa ou fórceps) e 32,77% foram partos por cesariana.

Nas instituições hospitalares do SNS de Portugal Continental, registaram-se os seguintes episódios nos anos compreendidos entre 2008 e 2010, relativamente aos GDH em estudo:

Quadro n.º 5 – Códigos e designação de GDH e respectivas frequências de episódios, nos anos de 2008 a 2010.

GDH	Designação	Total			Total	% Total
		2008	2009	2010		
370	Cesariana, com complicações ou comorbilidades	2 817	2 913	2 919	8 649	3,55
371	Cesariana, sem complicações ou comorbilidades	22 886	21 625	19 878	64 389	26,43
372	Parto vaginal, com diagnósticos de complicação	15 362	15 765	16 464	47 591	19,54

373	Parto vaginal, sem diagnósticos de complicação	40 703	37 274	36 314	114 291	46,92
374	Parto vaginal, com esterilização e/ou dilatação e curetagem	317	343	289	872	0,36
375	Parto vaginal, com procedimentos em bloco operatório, excepto esterilização e/ou dilatação e curetagem uterina	237	268	212	717	0,29
650	Cesariana de alto risco, com complicações ou comorbilidades	357	359	387	1 103	0,45
651	Cesariana de alto risco, sem complicações ou comorbilidades	1 845	1 846	2 020	5 711	2,34
652	Parto vaginal de alto risco, com esterilização e/ou dilatação e curetagem uterina	95	86	105	286	0,12
Total					243 609	100

Através da análise do quadro n.º 5, verifica-se que o código “Parto vaginal, sem diagnósticos de complicação” (373) é o que surge com a maior frequência nos três anos em estudo representando 46,92% dos episódios em estudo, seguido da “Cesariana, sem complicações ou comorbilidades” (371) com 26,43% e do “Parto vaginal, com diagnósticos de complicação” (372), com 19,54%. Estes GDH correspondem a 92,89% da totalidade dos episódios em estudo.

De seguida apresenta-se a distribuição dos episódios de complicação por GDH, nos anos compreendidos entre 2008 a 2010.

Quadro n.º 6 – Códigos e denominação de GDH e respectivas frequências de complicações (totais), nos anos de 2008 a 2010.

GDH	Designação	Total	% Total
370	Cesariana, com complicações ou comorbilidades	640	21,3
371	Cesariana, sem complicações ou comorbilidades	503	16,7
372	Parto vaginal, com diagnósticos de complicação	1 323	44,0
373	Parto vaginal, sem diagnósticos de complicação	91	3,0
374	Parto vaginal, com esterilização e/ou dilatação e curetagem	132	4,4

375	Parto vaginal, com procedimentos em bloco operatório, excepto esterilização e/ou dilatação e curetagem uterina	90	3,0
650	Cesariana de alto risco, com complicações ou comorbilidades	136	4,5
651	Cesariana de alto risco, sem complicações ou comorbilidades	48	1,6
652	Parto vaginal de alto risco, com esterilização e/ou dilatação e curetagem uterina	47	1,5
Total		3 010	100

O GDH mais frequente é o 372 – Parto vaginal, com diagnósticos de complicação – sendo que representa 44,0% da totalidade dos episódios de complicação, seguido do GDH 370 – Cesariana, com complicações ou comorbilidades (21,3%) e o GDH 371 – Cesariana, sem complicações ou comorbilidades (16,7%). Importa referir que os três GDH supracitados expressam 82,0% da totalidade dos episódios de complicação nos anos de 2008 a 2010.

O quadro seguinte evidencia as taxas de complicação por GDH, relativamente aos anos de 2008 a 2010.

Quadro n.º 7 – Taxas de complicação, de acordo com o GDH, nos anos de 2008 a 2010.

GDH	Designação	Episódios s/ complicações	Episódios c/ complicações	Episódios	Taxa (%)
370	Cesariana, com complicações ou comorbilidades	8 649	640	9 289	6,88
371	Cesariana, sem complicações ou comorbilidades	64 389	503	64 892	0,78
372	Parto vaginal, com diagnósticos de complicação	47 591	1 323	48 914	2,70
373	Parto vaginal, sem diagnósticos de complicação	114 291	91	114 382	0,08
374	Parto vaginal, com esterilização e/ou dilatação e curetagem	872	132	1 004	13,15
375	Parto vaginal, com procedimentos em bloco operatório, excepto esterilização e/ou dilatação e curetagem uterina	717	90	807	11,15
650	Cesariana de alto risco, com complicações ou comorbilidades	1 103	136	1 239	10,98

651	Cesariana de alto risco, sem complicações ou comorbilidades	5 711	48	5 759	0,83
652	Parto vaginal de alto risco, com esterilização e/ou dilatação e curetagem uterina	286	47	333	14,11

Verifica-se que as maiores taxas de complicação se referem aos códigos 652 – Parto vaginal de alto risco, com esterilização e/ou dilatação e curetagem uterina – com 14,11% e, 374 – Parto vaginal, com esterilização e/ou dilatação e curetagem – com 13,15%. Os códigos 373 e 371 são os que evidenciam menores taxas de complicação, relativamente aos restantes em estudo, com 0,08% e 0,78%, respectivamente.

Neste sentido, torna-se relevante conhecer a evolução das taxas de complicação de todos os hospitais públicos de Portugal Continental, de uma forma generalizada.

Quadro n.º 8 – Número de episódios sem complicações e com complicações, nos anos compreendidos entre 2008 a 2010.

Ano	Episódios s/ Complicações	Episódios c/ Complicações	Episódios	Taxa (%)
2008	83 705	914	84 619	1,08
2009	79 519	960	80 479	1,19
2010	77 625	963	78 588	1,23

Com a análise do quadro n.º 8, verifica-se que a totalidade de episódios tem vindo a diminuir de 2008 a 2010, porém, o número de episódios com complicações tem aumentado, sendo verificável através da referida taxa (de 1,08% em 2008 a 1,23% em 2010).

Assim, torna-se fundamental conhecer a realidade das taxas de complicações em ambos os tipos de parto, as quais são referenciadas no quadro n.º 9.

Quadro n.º 9 – Códigos de GDH e respectivas taxas de complicações (totais), de acordo com o tipo de parto (vaginal ou cesariana), nos anos de 2008 a 2010.

Tipo de Parto	Total	Parto Vaginal (complicações)	Cesariana (complicações)	Taxa (%)
Vaginal	163 834	1 683	---	1,03
Cesariana	79 852	---	1327	1,66

De acordo com o quadro n.º 9, constata-se que a taxa de complicações pós-parto, referente aos GDH em estudo, é superior quando comparados o parto vaginal e o parto por cesariana, na medida em que o primeiro apresenta uma taxa de 1,03% e o segundo de 1,66% de complicações.

Posteriormente, o quadro n.º 10, expressa o número de episódios de complicações por código ICD-9-CM e as respectivas percentagens, nos anos compreendidos entre 2008 a 2010.

Quadro n.º 10 – Número de episódios de complicações e respectivas taxas, nos anos compreendidos entre 2008 a 2010.

Código	Designação	2008	2009	2010	Total	% Total
666.12	Hemorragia pós-parto imediato NCOP -parto refer. /complicação pós-parto	341	427	453	1 221	40,57
674.32	Complicações incisões cirurg. obstétricas NCOP -parto refer. complicação pós-parto	160	181	157	498	16,55
672.02	Febre de origem desconhecida, puerpério, parto referenciado, com menção de complicação pós-parto	124	118	111	353	11,73
676.22	Ingurgitamento mamário (associado c/ parto) -parto refer. complicação pós-parto	110	57	60	227	7,54
670.02	Infecção puerperal major não especificada, parto referenciado, com menção de complicação pós-parto	59	75	48	182	6,05
666.22	Hemorragia pós-parto prolong./secundária - parto refer./complicações pós-parto	62	48	41	151	5,02
674.12	Deiscência de incisão de cesariana - parto refer. - complicação pós-parto	45	31	34	110	3,65
674.22	Deiscência incisão perineal - parto refer. complicação pós-parto	28	32	35	95	3,16
666.32	Deficiências coagulação pós-parto -parto refer. /complicação pós-parto	19	16	27	62	2,06
666.14	Hemorragia pós-parto imediato NCOP - condição ou complicação pós-parto	11	12	8	31	1,03
666.24	Hemorragia pós-parto prolong./secundária - condição ou complicação pós-parto	5	1	6	12	0,40

670.12	Endometrite puerperal, parto referenciado, com menção de complicação pós-parto	0	0	10	10	0,33
672.04	Febre de origem desconhecida, puerpério, condição ou complicação pós-parto	2	7	0	9	0,30
674.34	Complicações incisões cirurg. obstétricas NCOP - condição pós-parto – complicação	1	3	5	9	0,30
666.10	Hemorragia pós-parto imediato NCOP -s/especif. episódio tratamento	2	3	3	8	0,27
674.14	Deiscência de incisão de cesariana - complicação pós-parto	2	3	1	6	0,20
670.22	Sépsis puerperal, parto referenciado, com menção de complicação pós-parto	0	0	5	5	0,17
670.04	Infecção puerperal major não especificada, condição ou complicação pós-parto	3	0	1	4	0,13
674.24	Deiscência incisão perineal - condição pós-parto – complicação	1	1	2	4	0,13
666.34	Deficiências coagulação pós-parto - condição ou complicação pós-parto	1	1	1	3	0,10
675.22	Mastite não purulenta (associado c/parto) -parto refer. complicação pós-parto	1	1	1	3	0,10
672.00	Febre de origem desconhecida, puerpério, episódio de cuidados não especificado ou não aplicável	0	0	1	1	0,03
674.10	Deiscência de incisão de cesariana - s/especif. episódio tratamento	0	0	1	1	0,03
674.20	Deiscência incisão perineal - s/especif. episódio tratamento	0	0	1	1	0,03
675.02	Infecções do mamilo (assoc. c/parto) -parto refer. complicação pós-parto	0	0	1	1	0,03
675.24	Mastite não purulenta (associado c/parto) -condição pós-parto – complicação	0	1	0	1	0,03
675.82	Infecções mama e mamilo (assoc. c/parto) NCOP - parto ref. complicação pós-parto	0	0	1	1	0,03
676.24	Ingurgitamento mamário (associado c/ parto) - condição pós-parto – complicação	0	1	0	1	0,03
	Total	977	1 019	1 014	3 010	100

Como é possível verificar através do quadro n.º 10, constata-se que o código 666.12 – Hemorragia pós-parto imediato NCOP - parto refer. /complicação pós-parto – é o que se destaca relativamente aos restantes nos três anos em estudo, com 34,9% (2008) e 44,7% (2010), relativamente à totalidade de episódios.

Existem ainda outros dois códigos de complicação que se destacam: o código 674.32 – Complicações incisões cirurg. obstétricas NCOP - parto refer. complicação pós-parto – com taxas entre 15,5% (2010) a 17,8% (2009), o código 672.02 – Febre de origem desconhecida, puerpério, parto referenciado, com menção de complicação pós-parto – com taxas entre

10,9% (2010) a 12,7% (2008) e, o código 676.22 – Ingurgitamento mamário (associado c/ parto) -parto refer. complicação pós-parto – com taxas entre 5,92% (2010) e 11,26% (2008). Neste sentido e, de uma forma mais abrangente, constata-se que o código 666.12 é o que apresenta a taxa média mais elevada com 40,57%, seguido do código 674.32 com 16,55%, do código 672.02 com 11,73% e, finalmente, o código 676.22 com 7,54%.

Importa salientar que existiram códigos que não tiveram episódios de complicação ao longo dos três anos em estudo.

O próximo quadro, refere-se às taxas de complicação por deiscência de incisão de cesariana (quadro n.º 11) e deiscência de incisão perineal (quadro n.º 12), nos anos de 2008 a 2010. Efectuei esta análise, na medida em que, no capítulo das complicações pós-parto, parte integrante do enquadramento teórico, existe referência de estudos relativamente às taxas de deiscência de incisão de ambos os partos (cesariana e vaginal). Neste sentido, houve necessidade de comparar resultados, a fim de se perceber a realidade portuguesa, relativamente a esta complicação pós-parto.

Quadro n.º 11 – Taxa de complicações por deiscência de incisão de cesariana, nos anos de 2008 a 2010.

Tipo de Parto	Códigos ICD-9-CM 674.12 674.14 674.10	Total	Taxa (%)
	Episódios c/ Complicações	Partos	
Cesariana	117	79 852	0,15

Quadro n.º 12 – Taxa de complicações por deiscência de incisão perineal, nos anos de 2008 a 2010.

Tipo de Parto	Códigos ICD-9-CM 674.22 674.24 674.20	Total	Taxa (%)
	Episódios c/ Complicações	Partos	
Vaginal	100	163 834	0,06

Através dos quadros anteriormente apresentados, verifica-se que o parto por cesariana apresentou mais episódios de complicação e maior taxa de deiscência da sutura, relativamente ao parto vaginal.

Pode verificar-se através do quadro n.º 6 que os códigos de GDH que ocorreram com maior frequência, relativamente aos partos por cesariana e vaginal, correspondem aos 370 e 372 e, nestes mesmos, de acordo com o quadro n.º 10, o código ICD-9-CM que surge também com maior frequência é o 666.12. Deste modo, propõem apresentar-se o seguinte quadro a fim de conhecer as taxas de complicação de ambos os partos (cesariana e vaginal).

Quadro n.º 13 – Códigos de GDH e de ICD-9-CM e respectivas taxas de complicações, de acordo com o tipo de parto (cesariana ou vaginal), nos anos de 2008 a 2010.

GDH		Código ICD-9-CM 666.12 Hemorragia pós-parto imediate NCOP -parto refer. /complicação pós-parto	Total Partos	Taxa (%)
370	Cesariana, com complicações ou comorbilidades	233	79 852	0,29
372	Parto vaginal, com diagnósticos de complicação	625	163 834	0,38

Deste modo, constata-se através do quadro n.º 13 que a taxa de complicação, relativamente ao código 666.12 – Hemorragia pós-parto imediate NCOP -parto refer. /complicação pós-parto – entre os partos por cesariana e vaginal não é bastante diferente, tendo o parto vaginal apresentado 31,03% mais complicações que o parto por cesariana. Assim e, comparativamente com o quadro n.º 9, não se verifica que o parto por cesariana tenha mais probabilidade em ter complicações, pois o quadro n.º 13 traduz o contrário, o qual evidencia que a taxa de complicações mais elevada se verifica no parto vaginal.

De seguida, apresenta-se o número de episódios de parto sem complicações e respectivas taxas de complicação, de acordo com a região.

Quadro n.º 14 – Número de episódios sem complicações e com complicações de acordo com a região, nos anos compreendidos entre 2008 a 2010.

Ano	Região	Episódios s/ Complicações	Episódios c/ Complicações	Total de Episódios	Taxa (%)
2008	1	38 545	370	38 915	0,95
	2	29 900	286	30 186	0,95
	3	15 260	258	15 518	1,66

2009	1	36 567	414	36 981	1,12
	2	28 229	323	28 552	1,13
	3	14 723	223	14 946	1,49
2010	1	36 103	415	36 518	1,14
	2	27 129	353	27 482	1,28
	3	14 393	195	14 588	1,34

Através do quadro n.º 14, constata-se que a região 1 é a que tem mais casos sem episódios de complicação e, conseqüentemente, o maior número de complicações em todos os anos em estudo. No entanto, constata-se que existem gradualmente mais complicações ao longo dos anos, tanto para a região 1 como para a região 2. Em contrapartida, na região 3, verifica-se um decréscimo de complicações, de 258 (2008) para 195 episódios (2010).

Como é possível verificar através do mesmo quadro, constata-se que a taxa de complicações tem vindo a aumentar em todas as regiões ao longo dos anos em estudo. Porém, a região 3 tem sido excepção, pois a mesma tem vindo a decrescer ao longo dos mesmos.

De seguida, apresentam-se as taxas de complicações existentes em todos os hospitais com episódios de parto, de Portugal Continental.

Quadro n.º 15 – Taxas de complicações de todos os hospitais de Portugal Continental com episódios nos GDH em estudo.

Hospital	Episódios s/ Complicações	Episódios c/ Complicações	Total Episódios	Taxas (%)
1	5554	23	5577	0,41
2	5395	15	5410	0,28
3	3987	8	3995	0,20
4	4479	44	4523	0,97
5	6233	30	6263	0,48
6	5890	16	5906	0,27
7	3945	9	3954	0,23
8	5450	51	5501	0,93
9	3989	27	4016	0,67
10	3589	12	3601	0,33
11	6639	352	6991	5,06
12	10025	60	10085	0,59
13	1329	2	1331	0,15
14	9051	210	9261	2,27
15	1811	20	1831	1,09
16	7730	96	7826	1,23
17	9357	20	9377	0,21

18	7220	31	7251	0,43
19	8904	71	8975	0,79
20	4601	37	4638	0,80
21	7903	112	8015	1,40
22	12006	263	12269	2,14
23	1207	6	1213	0,49
24	8177	315	8492	3,71
25	4759	62	4821	1,29
26	3150	11	3161	0,35
27	8681	54	8735	0,62
28	8566	14	8580	0,16
29	5352	36	5388	0,67
30	3183	15	3198	0,47
31	8852	58	8910	0,65
32	6496	23	6519	0,35
33	3296	6	3302	0,18
34	3122	13	3135	0,41
35	5483	82	5565	1,47
36	5808	42	5850	0,72
37	1982	8	1990	0,40
38	9845	395	10240	3,86
39	15996	185	16181	1,14
40	1806	3	1809	0,17

No quadro n.º 15, verifica-se que os hospitais com menor volume, regra geral, são os que apresentam menores taxas de complicações (hospitais 3, 13, 33 e 40). Relativamente aos hospitais com maior volume de procedimentos verificam-se maiores taxas de complicações, salientando os hospitais 11 (5,06%), 38 (3,86%) e 24 (3,71%). Contrariando o que foi anteriormente referido, existem dois hospitais com maior n.º de episódios e que evidenciam taxas de complicações ao nível de hospitais com pouco volume de casos, sendo o 28 e o 17, com 0,16% e 0,21% respectivamente.

Dado que ambas as variáveis não são normais, foi utilizado o coeficiente de spearman. Assim, verifica-se que existe evidência de relação moderada positiva ($R_s = 0,449$ e $P = 0,004$), o que significa que existe correlação entre os hospitais com menor volume e o aparecimento de taxas de complicações mais reduzidas e, os hospitais com maior número de episódios apresentam as maiores taxas de complicações.

O quadro seguinte, evidencia o número de episódios de parto e as taxas de complicação existentes nos de 2008 a 2010, relativamente à acreditação hospitalar e o gráfico n.º 2 aborda

a evolução das taxas de complicação dos hospitais sem acreditação e com acreditação, no mesmo período temporário.

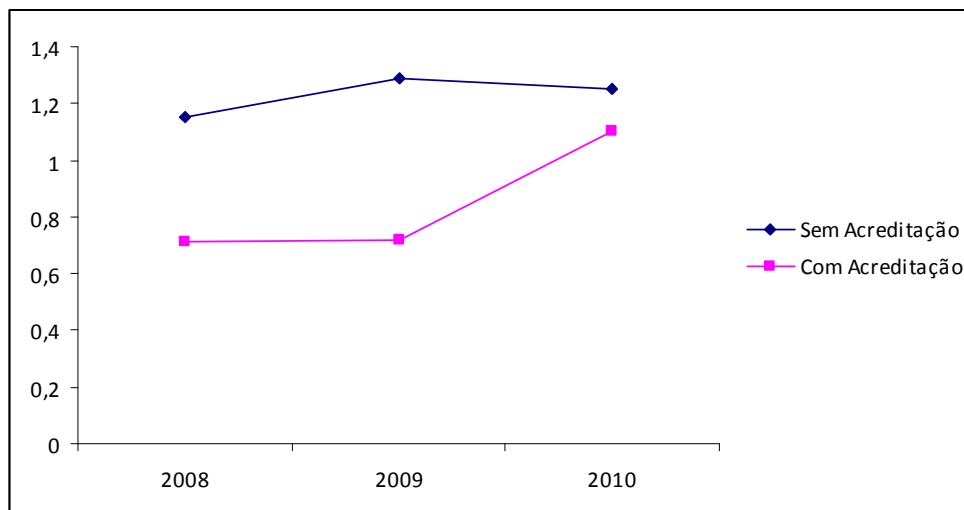
Quadro n.º 16 – Número de episódios de complicações em hospitais sem acreditação e com acreditação, nos anos de 2008 a 2010.

Ano	Hospital	Episódios s/ Complicações	Episódios c/ Complicações	Episódios	Taxa (%)
2008	Sem acreditação	69 974	816	70 790	1,15
	Acreditado	13 731	98	13 829	0,71
2009	Sem acreditação	66 352	864	67 216	1,29
	Acreditado	13 167	96	13 263	0,72
2010	Sem acreditação	66 099	835	66 934	1,25
	Acreditado	11 526	128	11 654	1,10

Dos resultados expressos neste momento, verifica-se que o número de episódios sem complicação tem vindo a decrescer ao longo dos anos, tanto para os hospitais sem acreditação como para os acreditados. Porém, nos hospitais sem acreditação houve um aumento da taxa de complicações do ano de 2008 para o ano de 2009 (1,15% e 1,29%, respectivamente) e, um ligeiro decréscimo no ano de 2010 (1,25%). Relativamente aos hospitais com acreditação, verifica-se também um acréscimo de complicações em todos os anos em estudo (Gráfico n.º 2).

Assim, com a análise dos dados anteriores, pode concluir-se que existe uma diferença de desempenho entre os hospitais sem acreditação e acreditados nos anos de 2008 e 2009 (61,97% e 79,17%, respectivamente).

Gráfico n.º 2 – Evolução das taxas de complicações nos hospitais sem acreditação e com acreditação, nos anos de 2008 a 2010.



Importa ainda salientar os diagnósticos secundários que obtiveram maior frequência, relativamente à totalidade de episódios de parto (quadro n.º 17).

Quadro n.º 17 – Diagnósticos secundários mais frequentes, nos anos de 2008 a 2010.

Códigos	Designação	2008	2009	2010	Total	% Total
645.11	Gravidez pós-termo, parto referenciado, com ou sem menção de condição anteparto	5 203	5 432	5 659	16 294	6,69%
658.11	Ruptura prematura de membranas condição anteparto com parto referenciado	4 857	4 847	4 600	14 304	5,87%
654.21	História de parto por cesariana, parto referenciado, c/ ou s/ condição anteparto	4 734	4 607	4 883	14 224	5,84%
663.31	Enovelamento cord.umbilical ncop/ c/ou sem compressão -cond.anteparto c/parto refer.	4 440	4 403	4 460	13 303	5,46%
V02.51	Portador ou portador suspeito de estreptococos do grupo B	3 523	3 376	3 830	10 729	4,41%
653.41	Desproporção fetopélvica -condição anteparto com parto referenciado	3 314	3 405	3 128	9 847	4,04%
659.61	Idade materna avançada, ncop, parto referenciado, com ou sem condição anteparto	2 971	2 863	3 135	8 969	3,68%
644.21	Trabalho de parto prematuro, parto referenciado, com ou sem menção condição anteparto	2 994	2 902	2 796	8 692	3,57%
664.01	Laceração perineal do primeiro grau -parto refer. c/s menção cond. anteparto	2 483	2 831	2 935	8 249	3,39%
648.81	Tolerância anormal a glicose compl.gravidez, parto refer., c/s/condição anteparto	1 912	2 263	2 478	6 653	2,73%
V25.2	Admissão para esterilização	2 346	2 104	1 978	6 428	2,64%
663.11	Circulares cordão umbilical redor pescoço c/compr. -condição anteparto c/parto refer.	1 929	1 995	2 081	6 005	2,47%
648.91	Complicações ncop na gravidez, parto referenc., com ou sem condição anteparto	1 376	1 884	2 122	5 382	2,21%
652.21	Apresentação pélvica s/menção versão, parto refer., c/ou sem menção condição anteparto	1 741	1 796	1 728	5 265	2,16%
V18.0	História familiar de diabetes mellitus	1 385	1 641	1 903	4 929	2,02%
658.01	Oligohidramnio condição anteparto com parto referenciado	1 292	1 302	1 256	3 850	1,58%
664.11	Laceração perineal do segundo grau -parto refer. c/s menção cond. anteparto	---	1 330	1 446	2 776	1,14%
V23.2	Supervisão de gravidez com história de aborto	---	1 208	1 522	2 730	1,12%
656.11	Isoimunizacao rh condição anteparto com parto referenciado	1 236	---	1 273	2 509	1,03%
V23.82	Multigrávida idosa	---	1 106	1 316	2 422	0,99%
656.81	Problemas fetais/placenta ncop condição anteparto com parto referenciado	---	1 179	1 204	2 383	0,98%
V17.49	História familiar de doenças cardiovasculares ncop	---	---	1 474	1 474	0,61%
656.61	Crescimento fetal excessivo condição anteparto com parto referenciado	1 390	---	---	1 390	0,57%
	Total de Episódios de Parto	84 574	80 439	78 519	243 532	65,20%

O quadro n.º 17 evidencia que os códigos 645.11, 658.11, 654.21 e 663.31 são os que surgem com maior frequência, com 6,69%, 5,87%, 5,84% e 5,46%, respectivamente. De referir que

alguns dados não foram colocados no quadro, na medida em que não se encontravam no grupo dos códigos mais frequentes, de acordo com o ano correspondente.

5.2. Readmissões

Nas instituições hospitalares do SNS de Portugal Continental, registaram-se as seguintes taxas de readmissão de acordo com o tipo de parto (quadro n.º 18), nos anos de 2008 a 2010.

Quadro n.º 18 – Códigos de GDH e respectivas taxas de readmissões (totais), de acordo com o tipo de parto (vaginal ou cesariana), nos anos de 2008 a 2010.

Ano		Total	Parto Vaginal (Readmissões)	Cesariana (Readmissões)	Taxa (%)
Tipo de Parto	Vaginal	157221	664	----	0,42
	Cesariana	76 820	----	564	0,73

O quadro n.º 18, revela que existe uma diferença de taxas de readmissão segundo o parto efectuado, verificando que o parto por cesariana teve mais readmissões que o parto vaginal (0,73% e 0,42%, respectivamente).

O seguinte quadro refere-se ao número de episódios não readmitidos e readmitidos e respectivas taxas, por GDH.

Quadro n.º 19 – Códigos e denominação de GDH e respectivas frequências (totais) relativamente aos episódios não readmitidos e readmitidos, nos anos de 2008 a 2010.

GDH	Designação	Episódios não Readmitidos	Episódios Readmitidos	Total Episódios	Taxa (%)
370	Cesariana, com complicações ou comorbilidades	8 291	81	8 372	0,97
371	Cesariana, sem complicações ou comorbilidades	61 279	425	61 704	0,69
372	Parto vaginal, com diagnósticos de complicação	45 258	213	45 471	0,47
373	Parto vaginal, sem diagnósticos de complicação	109 412	431	109 843	0,39
374	Parto vaginal, com esterilização e/ou dilatação e curetagem	913	13	926	1,40

375	Parto vaginal, com procedimentos em bloco operatório, excepto esterilização e/ou dilatação e curetagem uterina	700	4	704	0,57
650	Cesariana de alto risco, com complicações ou comorbilidades	1 039	15	1 054	1,42
651	Cesariana de alto risco, sem complicações ou comorbilidades	5 433	43	5 476	0,79
652	Parto vaginal de alto risco, com esterilização e/ou dilatação e curetagem uterina	274	3	277	1,08

Através do quadro n.º 19, verifica-se que as taxas de readmissão de acordo com o GDH, se encontram bastante próximas, entre 0,39% e 1,42%.

De seguida, apresenta-se o número de episódios não readmitidos e readmitidos por região, nos anos de 2008 a 2010.

Quadro n.º 20 – Número de episódios não readmitidos e readmitidos de acordo com a região, nos anos compreendidos entre 2008 a 2010.

Ano	Região	Episódios não Readmitidos	Episódios Readmitidos	Episódios	Taxa (%)
2008	1	35 874	158	36 032	0,44
	2	22 087	128	22 215	0,58
	3	15 407	117	15 524	0,75
2009	1	34 516	147	34 663	0,42
	2	28 411	150	28 561	0,53
	3	14 854	91	14 945	0,61
2010	1	37 848	161	38 009	0,42
	2	28 490	174	28 664	0,61
	3	15 113	102	15 215	0,67

No presente quadro, verifica-se que a região 3 é a que possui o menor volume de procedimentos relativamente às outras duas regiões. No entanto é esta mesma região que possui a maior taxa de readmissões em todos os anos em estudo.

Assim, torna-se relevante evidenciar as taxas de readmissão por hospital, nos anos de 2008 a 2010, aspecto que se passa a abordar.

Quadro n.º 21 – Número de episódios não readmitidos e readmitidos e respectivas taxas de readmissão, nos anos de 2008 a 2010.

Hospital	Episódios não Readmitidos	Episódios Readmitidos	Total Episódios	Taxa (%)
1	5 549	30	5 579	0,54
2	5 504	19	5 523	0,34
3	3 978	17	3 995	0,43
4	4 495	28	4 523	0,62
5	6 268	19	6 287	0,30
6	3 843	22	3 865	0,57
7	4 828	20	4 848	0,41
8	5 489	17	5 506	0,31
9	4 002	20	4 022	0,50
10	2 372	12	2 384	0,50
11	6 952	42	6 994	0,60
12	11 468	51	11 519	0,44
13	1 326	5	1 331	0,38
14	9 183	78	9 261	0,84
15	1 816	16	1 832	0,87
16	7 775	52	7 827	0,66
17	9 360	37	9 397	0,39
18	7 224	29	7 253	0,40
19	8 929	46	8 975	0,51
20	4 613	25	4 638	0,54
21	7 974	40	8 014	0,50
22	12 159	111	12 270	0,90
23	1 103	5	1 108	0,45
24	5 710	23	5 733	0,40
25	1 628	7	1 635	0,43
26	3 142	20	3 162	0,63
27	8 685	52	8 737	0,60
28	9 003	58	9 061	0,64
29	5 348	40	5 388	0,74
30	3 186	12	3 198	0,38
31	8 870	40	8 910	0,45
32	6 635	30	6 665	0,45
33	3 298	9	3 307	0,27
34	1 230	6	1 236	0,49
35	3 560	39	3 599	1,08
36	5 993	29	6 022	0,48
37	1 969	21	1 990	1,06
38	10 214	27	10 241	0,26
39	16 128	55	16 183	0,34
40	1 790	19	1 809	1,05

Pode afirmar-se, através da análise do quadro n.º 21, que os hospitais com menor volume de procedimentos são os que possuem maior incidência de taxas de readmissão (hospitais 35, 37 e 40), comparativamente com os hospitais com maior n.º de procedimentos efectuados, os quais apresentam taxas entre 0,26% e 0,34%. Porém, o hospital 33 evidencia um baixo volume de trabalho e também uma taxa de readmissão bastante reduzida.

Foi utilizado o coeficiente de spearman, pois os dados de ambas as variáveis (total de episódios e taxa) não são normais. Neste sentido, existe evidência de relação muito fraca negativa ($R_s = -0,102$ e $P = 0,532$), ou seja, os hospitais com menor volume são os que apresentam maior taxa de readmissão e, conseqüentemente, os hospitais com maior volume de procedimentos são os que têm menores taxas de readmissão.

De seguida, apresenta-se o quadro n.º 22, o qual aborda o número de episódios readmitidos nos trinta dias após a alta.

Quadro n.º 22 – Número de episódios readmitidos nos trinta dias após a alta, nos anos compreendidos entre 2008 a 2010.

Dias	Total	% Total
	Episódios Readmitidos	
0	21	1,71
1	107	8,71
2	150	12,21
3	133	10,83
4	124	10,10
5	115	9,36
6	82	6,68
7	76	6,19
8	53	4,32
9	40	3,26
10	34	2,77
11	33	2,69
12	35	2,85
13	29	2,36
14	20	1,63
15	24	1,95
16	21	1,71
17	14	1,14
18	14	1,14

19	12	0,98
20	10	0,81
21	9	0,73
22	8	0,65
23	12	0,98
24	10	0,81
25	5	0,41
27	8	0,65
28	7	0,57
29	12	0,98
30	10	0,81
Total	1 228	100

Pode constatar-se através do quadro n.º 22 que é do primeiro ao quinto dias em que ocorre maior incidência de readmissões em Portugal Continental, representando 51,21% do total de readmissões. No entanto verifica-se que até ao 13.º dia corresponde a 84,04% da totalidade dos episódios, sendo bastante diminuto até ao 30.º dia após o episódio de alta, com apenas 15,96%.

Torna-se fundamental conhecerem-se as taxas de readmissão segundo a acreditação hospitalar, quadro que se passa a apresentar.

Quadro n.º 23 – Número de episódios de complicações em hospitais sem acreditação e com acreditação, nos anos de 2008 a 2010.

Ano	Hospital	Episódios não Readmitidos	Episódios Readmitidos	Episódios	Taxa (%)
2008	Sem acreditação	61 562	347	61 909	0,56
	Acreditado	11 806	56	11 862	0,47
2009	Sem acreditação	64 584	319	64 903	0,49
	Acreditado	13 197	69	13 266	0,52
2010	Sem acreditação	68 452	348	68 800	0,51
	Acreditado	12 999	89	13 088	0,68

No quadro n.º 23 verifica-se que os hospitais acreditados tiveram menor taxa de readmissões comparativamente com os hospitais não acreditados, no ano de 2008. Porém, essa tendência não se verifica nos anos de 2009 e 2010, pois as taxas de readmissão dos hospitais acreditados

(0,52% e 0,68% nos anos de 2009 e 2010, respectivamente) são superior aos hospitais sem acreditação (0,49% e 0,51% nos anos de 2009 e 2010, respectivamente). Também nos últimos dois anos em estudo, constata-se que as taxas de readmissão dos hospitais acreditados e não acreditados tem vindo a aumentar.

Importa conhecer o número de readmissões que ocorreram nos anos de 2008 a 2010, referenciando os GDH onde foram classificados os episódios de readmissão (“2.ºs episódios”), os quais são evidenciados no seguinte quadro.

Quadro n.º 24 – Número de episódios de readmissão e respectivas percentagens, de acordo com o GDH, nos anos de 2008 a 2010.

GDH	Designação	Total	% Total
376	Diagnósticos pós-parto e pós-aborto, sem procedimento em bloco operatório	724	58,67
377	Diagnósticos pós-parto e pós-aborto, com procedimento em bloco operatório	435	35,25
25	Convulsões e cefaleias, idade > 17 anos, sem CC	23	1,87
443	Outros procedimentos no bloco operatório, por lesão traumática, sem CC	10	0,81
467	Outros factores com influência no estado de saúde	4	0,33
418	Infeções pós-operatórias e pós-traumáticas	10	0,81
425	Reacções agudas de adaptação e doenças de disfunção psico-social	3	0,24
453	Complicações de tratamento, sem CC	8	0,65
321	Infeções dos rins e das vias urinárias, idade >17 anos, sem CC	6	0,49
131	Perturbações vasculares periféricas, sem CC	3	0,24
145	Outros diagnósticos do aparelho circulatório, sem CC	2	0,16
320	Infeções dos rins e das vias urinárias, idade >17 anos, com CC	2	0,16
326	Sintomas e sinais dos rins e das vias urinárias, idade > 17 anos, sem CC	1	0,08
332	Outros diagnósticos dos rins e das vias urinárias, idade > 17 anos, sem CC	1	0,08
464	Sinais e sintomas, sem CC	1	0,08
714	Infeção pelo vírus da imunodeficiência humana, com diagnóstico relacionado significativo	1	0,08
Total		1 234	100

Pode verificar-se que o código GDH que ocorreu com maior frequência foi “Diagnósticos pós-parto e pós-aborto, sem procedimento em bloco operatório” representando 58,67% dos episódios em estudo, seguido do código “Diagnósticos pós-parto e pós-aborto, com procedimento em bloco operatório” com 35,25%. Importa referir ainda que estes dois códigos

representam 93,92% da totalidade das readmissões ocorridas de 2008 a 2010, de acordo com os GDH em estudo.

6. DISCUSSÃO

Após a abordagem teórica, a descrição da metodologia e a apresentação dos resultados, torna-se fundamental descrever as limitações do estudo, discutir os resultados e sugerir algumas recomendações para estudos futuros.

6.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA

As taxas de readmissão e infecção hospitalares foram estabelecidas através da base de dados dos GDH. Assim, esta mesma análise metodológica poderá ser enviesada por erros de registo e codificação. De acordo com Iezzoni (1997), a utilização de resumos de alta na avaliação de cuidados de saúde é bastante limitativa. Liu *et al.* (2002) afirmam que os dados administrativos podem possuir discrepâncias no diagnóstico e no registo da informação clínica dos diversos hospitais, assim como apresentar erros de codificação dos diagnósticos, tendo como exemplos, de acordo com Malley *et al.* (2005), a insuficiente informação nos resumos de alta, erro humano, erros intencionais, natureza retrospectiva de codificação, ausência das condições dos utentes no momento da admissão (comorbilidades) e outras adquiridas ao longo do internamento e práticas de codificação diferentes entre hospitais e codificadores.

Salienta-se ainda que a informação retrospectiva de resumos de alta encontra-se usualmente limitada em resultados mensuráveis, na medida em que não possibilita distinguir os *diagnósticos adicionais presentes no momento na admissão* (Jencks *et al.*, 1988, citados por Lopes, 2006). Deste modo, a previsão de resultados é possível através da codificação de acontecimentos que se encontram próximos do fim de vida, porém comprometem a validade na utilização em estudos de qualidade (Iezzoni, 1997, citado por Lopes, 2006).

Outra limitação prende-se com o facto da exclusão de diversos indicadores de qualidade hospitalar, essencialmente devido a limitações temporais. A inclusão dos indicadores *ratio* “médico-utente” e “enfermeiro-utente”, permitiria, com certeza, um estudo mais completo e com uma realidade mais objectiva relativamente à qualidade dos serviços nacionais de obstetrícia.

Por questões temporais não houve possibilidade de adquirir o número de episódios de complicação ocorridos nos Arquipélagos da Madeira e Açores, pois estes possuem Administrações Centrais diferenciadas, relativamente à ACSS Continente. Portanto, não foram

tidos em consideração os hospitais das regiões autónomas da Madeira e Açores, o que limita a generalização e extrapolação para o sistema de saúde português.

Os hospitais foram designados por não acreditados e acreditados, através da sua verificação nos sítios oficiais na Internet no período de 2008 a 2010, pois não existe nenhum documento que tenha presente a lista dos hospitais públicos acreditados. Neste sentido, apesar dos sítios oficiais serem, aparentemente, uma fonte credível, seria importante que esses mesmos hospitais estivessem descritos num determinado documento, pois permitiria conhecer com maior fiabilidade os hospitais que realmente se encontravam acreditados nos anos de 2008 a 2010.

Importa salientar ainda que o número de partos disponibilizados pela ACSS não corresponde aos mesmos fornecidos pelo INE (quadro n.º 25). Neste sentido, foram utilizados os dados fornecidos pela ACSS à ENSP e, conseqüentemente ao investigador, na medida em que, os episódios de complicação e de readmissão ao serem fornecidos pela mesma entidade, seria plausível utilizar os dados de episódios sem complicação da mesma, por forma a não haver diferenças significativas das taxas. Conseqüentemente, os resultados poderão apresentar-se enviesados, não tendo a fiabilidade pretendida, pois não existem certezas de quais os dados que serão correctos. Verificam-se diferenças de 2,61% (2008), 1,70% (2009) e 5,47% (2010).

Quadro n.º 25 – Número de partos em hospitais públicos de Portugal Continental, nos anos de 2008 a 2010.

Ano		2008	2009	2010	Total
Fonte: INE	Total de Partos	86 831	81 846	82 883	251 560
Fonte: ACSS	Total de Partos	84 619	80 479	78 588	243 686

Fontes: INE e ACSS.

Teria sido ainda interessante estudar a qualidade dos serviços de obstetrícia de natureza privada através da comparação de dados entre hospitais de natureza pública (oficial) e privada, a fim de confirmar ou não o que Paiva (2006) refere, o qual afirma que a qualidade dos cuidados prestados evidencia-se essencialmente nas instituições privadas de saúde, na medida em que visa prestar melhor atendimento aos utentes, proporcionando a competitividade de

mercado, aumento de produtividade, otimização de recursos e aumento de lucro. Nesta sequência, como é evidente no quadro n.º 26, o número de partos em serviços privados é relevante no contexto nacional (Portugal Continental e respectivos Arquipélagos da Madeira e Açores), pois representa 10,8% (2008), 11,4% (2009) e 12,0% (2010), relativamente à totalidade dos partos. Porém os dados fornecidos pela ACSS não contemplam os episódios tratados em hospitais privados.

Quadro n.º 26 – Número de partos realizados nos hospitais entre 2008 e 2010, por natureza institucional e tipo de parto.

Ano	Natureza Institucional	Total	Tipo de Parto			
			Eutócico	Distócico		
				Total	Cesariana	Outro
2008	Total	103 314	51 931	51 383	37 199	14 184
	<i>Oficial</i>	92 132	49 926	42 206	29 773	12 433
	<i>Privado</i>	11 182	2 005	9 177	7 426	1 751
2009	Total	98 006	48 276	49 730	35 972	13 758
	<i>Oficial</i>	86 842	46 120	40 722	28 547	12 175
	<i>Privado</i>	11 164	2 156	9 008	7 425	1 583
2010	Total	100 130	48 832	51 298	36 335	14 963
	<i>Oficial</i>	88 071	46 574	41 497	28 199	13 298
	<i>Privado</i>	12 059	2 258	9 801	8 136	1 665

Fonte: INE (2012), Inquérito aos Hospitais, dados definitivos.

6.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos dados representativos da qualidade dos serviços de obstetrícia de Portugal Continental, importa discutir os resultados obtidos nos dois indicadores em análise.

Da análise dos dados verifica-se que existe tendência na diminuição do número de partos vaginal e por cesariana ao longo dos anos. Porém, a taxa de cesarianas de Portugal Continental continua bastante acima do esperado, com 32,77%, pois de acordo com a OMS (1985) não existem benefícios adicionais associados a uma taxa de cesariana superior a 10%-15%. Neste sentido, é plausível constatar que a elevada taxa de cesarianas de Portugal Continental, favorece o aumento das taxas de complicação. De acordo com o INE (2009), a meta para a taxa de cesarianas para o ano de 2010 seria de 24,8%, valor abaixo do verificado no presente estudo.

Assim, torna-se fundamental criar critérios bastante bem definidos, a fim de identificar e avaliar os riscos a curto e longo prazo associados ao parto por cesariana e diferenciar as parturientes relativamente ao parto cirúrgico vs. parto vaginal. Para além dos riscos em saúde associados ao parto por cesariana, não se pode esquecer as consequências económicas, pois tendo recursos finitos, é de extrema importância a sua correcta alocação, numa perspectiva de maximização da relação custo-utilidade e de apoio à decisão clínica.

Verificou-se que a taxa de complicações é superior no parto por cesariana, relativamente ao parto vaginal (1,66%, para o parto por cesariana e 1,03% para o parto vaginal), concluindo-se que os partos por cesariana têm maior probabilidade de ocorrência de complicações relativamente aos restantes. Corroborando o supracitado tem-se Durnwald e Mercer (2004), citados por Zimmermann *et al.* (2009), os quais afirmam que existe maior incidência de complicações quando o parto é por cesariana e, de acordo com Duarte *et al.* (2003), citados por Zimmermann *et al.* (2009), podem proporcionar maior número de complicações maternas: hemorragias, lesões vesicais e intestinais, aumento da incisão miometrial, embolia amniótica e infecção puerperal.

No entanto, tendo em análise o código ICD-9-CM mais frequente em todos os anos (666.12 – Hemorragia pós-parto imediato NCOP -parto refer./complicação pós-parto), constata-se que a taxa de complicações no parto vaginal é 27,59% superior ao parto por cesariana. Assim, neste caso, não se verifica a “premissa” de que os partos por cesariana têm maior probabilidade de complicações, comparativamente com o parto vaginal.

De acordo com Knight *et al.* (2011), mesmo que a hemorragia pós-parto tenha aumentado nos países desenvolvidos, não nos encontramos num momento de epidemia. Porém, refere ainda que existe obrigação de prever estas hemorragias e protocolar abordagens efectivas, de modo a minimizá-las.

O protocolo clínico é uma ferramenta que auxilia na decisão do clínico e dos restantes profissionais de saúde e que promove o melhor princípio a ser aplicado na prática, tendo por base a melhor evidência científica (Grimshaw *et al.*, 2004), tendo ainda um papel importante na reestruturação das práticas dos serviços de saúde, promovendo a melhoria da qualidade e redução de custos (Natsch e Meery, 2003).

Ainda de acordo Natsch e Meery (2003), quando os protocolos não são elaborados em local de trabalho, estes devem ser posteriormente adaptados à realidade local, tendo em consideração as políticas de financiamento e a disponibilidade de melhorar procedimentos.

A OMS (2004) redigiu um documento em que se focaliza principalmente, na prestação de cuidados de saúde hospitalares (*Drug and Therapeutics Committees: a practical guide*). Neste sentido e tendo em consideração a elevada taxa de cesarianas de Portugal Continental, considero relevante a (re)formulação de protocolos que apoiem a decisão clínica no estabelecimento dos casos mais apropriados para parto vaginal ou parto por cesariana, pois de acordo com Oliva (2010), a questão emergente do parto por cesariana a pedido materno surge-nos como realidade quotidiana, o qual engloba diversas questões clínicas, sócio-económicas e éticas.

Tendo em consideração as readmissões, concluiu-se que o tipo de parto influencia a probabilidade de readmissão hospitalar, pois o parto por cesariana apresentou maior taxa de readmissão, comparativamente com o parto vaginal, com 0,73% e 0,42%, respectivamente, nos anos compreendidos entre 2008 e 2010.

Belfort *et al.* (2011), salienta que a realização de cesariana aumenta a probabilidade de readmissão, não apenas por aquelas complicações que se esperam após a cirurgia, mas também por algumas complicações infecciosas. No entanto, constata-se que ocorreram poucos episódios de infecção, sendo que o código de ICD-9-CM, 670.02 – Infecção puerperal major não especificada, parto referenciado, com menção de complicação pós-parto – é o que apresenta maior taxa de complicações, com 6,05%, relativamente à totalidade das complicações existentes entre 2008 e 2010.

A incidência de complicações da ferida operatória na população obstétrica varia na literatura, com taxas desde 2,8% a 26,6% (Sarsam *et al.*, 2007).

As complicações da ferida cirúrgica após cesariana incluem a separação dos bordos da ferida sem infecção, a infecção superficial e profunda da ferida e a deiscência da sutura. De acordo /com Martens *et al.* (2005), citados por Sarsam *et al.* (2007), referiram que apesar das deiscências da ferida serem usualmente precedidas de infecção, constatou-se uma taxa de deiscência da ferida operatória de 1,7% sem infecção.

Assim, pode afirmar-se que as taxas de complicação por deiscência da ferida operatória foram bastante inferiores ao que os anteriores autores investigaram, pois o presente estudo verificou que a taxa de deiscência de incisão de cesariana foi de 0,15%. De referir que foram estudadas as taxas de complicação por deiscência da ferida operatória, pois houve necessidade de comparar resultados entre a realidade internacional e a realidade portuguesa.

Verificou-se também, de uma forma generalizada, que os hospitais com maior volume de procedimentos (partos), são os que demonstram maiores taxas de complicação. Esta mesma conclusão contrapõe o que diversos autores afirmam, os quais realçam a importância em adquirir-se maior experiência das equipas de saúde através de maior volume de trabalho e, conseqüentemente, práticas regulares (Luft, 1990, citado por Ribeiro *et al.*, 2004).

Constata-se ainda que os hospitais com menor volume de procedimentos são os que possuem maior incidência de taxas de readmissão, comparativamente com os hospitais com maior número de procedimentos efectuados. Conseqüentemente, os hospitais com maior volume são os que evidenciam menores taxas de readmissão, contrariando o que anteriormente foi concluído e corroborando com diversos autores, como é exemplo Luft (1990), citado por Ribeiro *et al.* (2004) o qual afirma que os hospitais com maior volume de cirurgias efectuadas, são os que apresentam menores taxas de complicações e óbitos, ou seja, melhores resultados. Em consonância, os hospitais com menor volume de procedimentos e que tenham os cirurgiões menos experientes apresentam os piores resultados.

Constatou-se ainda que a taxa de complicações tem vindo a aumentar ao longo do triénio em estudo, contudo a região 3 é a única que tem evidenciado redução da taxa de complicações. Esta mesma região é a que possui menor volume de casos, comparativamente com as restantes regiões.

Relativamente à análise das readmissões por região, constata-se que, apesar da região 3 ser a que apresenta o menor volume de procedimentos, é a que possui a maior taxa de readmissões em todos os anos em estudo. As regiões 1 e 2 apresentaram redução da taxa de readmissão do ano de 2008 para o ano de 2009, no entanto ocorreu um ligeiro aumento no ano de 2010.

No que concerne à acreditação hospitalar, pode afirmar-se que existem poucos hospitais em Portugal Continental que se encontram acreditados. Através da análise efectuada no capítulo anterior, a taxa de complicações nos hospitais acreditados é inferior à dos hospitais não acreditados. Essas mesmas taxas de complicação reduzidas dos hospitais acreditados são mais evidentes nos anos de 2008 e 2010, porém, em 2010 verifica-se um aumento significativo, chegando a atingir praticamente a mesma taxa de complicações dos hospitais não acreditados (1,10% para os hospitais acreditados e 1,25% para os hospitais não acreditados, no ano de 2010).

Relativamente às readmissões dos hospitais não acreditados e acreditados, verifica-se que nos últimos tem vindo a aumentar nos anos de 2009 e 2010, sendo mesmo essas taxas superiores aos hospitais não acreditados.

Assim, considera-se que é fundamental para a melhoria da prestação de cuidados de saúde e consequente redução das taxas de complicação, que os hospitais tomem iniciativa a fim de adquirirem e aplicarem os protocolos e demais práticas efectuadas ao longo do processo de acreditação, pois de acordo com Mehta *et al.* (2002), o desenvolvimento de protocolos clínicos tem o intuito de assegurar uma qualidade assistencial de excelência.

Analisaram-se ainda as taxas de readmissão dos três anos em estudo, ao longo de 30 dias após a alta hospitalar. Concluiu-se, deste modo que, é do primeiro ao quinto dias em que ocorre maior incidência de readmissões em Portugal Continental, com a taxa de 51,21%. No entanto verifica-se que até ao 13.º dia corresponde a taxa de 84,04%, sendo bastante diminuto até ao 30.º dia após o episódio de alta, com apenas 15,96% da totalidade das readmissões.

Num estudo realizado por Liu *et al.* (2010), citados por Belfort *et al.* (2011), verificou-se que as taxas de readmissão nos 60 dias após a alta inicial, foram de 1,5% após parto vaginal espontâneo, 2,2% após parto vaginal instrumental por fórceps e 2,7% após parto por cesariana. Relativamente ao presente estudo e, tendo em consideração que se focou até 30 dias após a alta hospitalar, verifica-se que a taxa de readmissões após parto vaginal é de 0,42%, sendo inferior ao que o anterior estudo demonstrou, com 3,7%. Neste sentido, pode concluir-se que a taxa de readmissão de Portugal Continental é bastante reduzida e naturalmente satisfatória.

Importa referir que a utilização de indicadores de resultados deve considerar o ajustamento pelo risco, para que a análise seja o mais fiável, credível e objectiva possível, na medida em que, de acordo com Iezzoni (2003), a população apresenta doenças que se encontram distribuídas de uma forma inconstante pelos prestadores, existindo doentes que têm maior probabilidade de ocorrência de eventos adversos e, resultados menos positivos em saúde.

As dimensões de risco que são geralmente aceites, são as seguintes: idade, sexo, estado do utente, diagnóstico e gravidade do diagnóstico principal, gravidade das comorbilidades, estado psicológico e cognitivo dos utentes e atitudes e preferências dos utentes (Iezzoni, 1997). No presente estudo seria interessante estudar as seguintes dimensões: estado do utente, diagnóstico e gravidade do diagnóstico principal e gravidade das comorbilidades.

De salientar ainda que as conclusões relativamente às taxas de complicações pós-parto e às readmissões relativamente ao volume são opostas, ou seja, os hospitais com maior volume de partos, são os que evidenciam as maiores taxas de complicação e os hospitais com menor volume de procedimentos são os que possuem maior incidência de taxas de readmissão. Assim, pode concluir-se que as diferenças anteriormente referidas não se devem exclusivamente às características dos utentes.

Neste estudo, os diagnósticos secundários 645.11 (“Gravidez pós-termo, parto referenciado, com ou sem menção de condição anteparto”), 658.11 (“Ruptura prematura de membranas condição anteparto com parto referenciado”), 654.21 (“História de parto por cesariana, parto referenciado, c/ ou s/ condição anteparto”) e 663.31 (“Enovelamento cordão umbilical ncop/ c/ou sem compressão - cond. anteparto c/parto refer.”) foram os que surgiram com maior frequência, com 6,69%, 5,87%, 5,84% e 5,46%, respectivamente, concluindo-se que estes poderão influenciar de uma forma decisiva, os resultados obtidos relativamente às complicações pós-parto e readmissões.

Finalmente, a codificação clínica poderá influenciar os resultados obtidos, na medida em que poderão ocorrer erros nos processos de codificação, interferindo na qualidade e fiabilidade dos dados (Malley *et al.*, 2005), isto é, especificamente neste estudo, as reduzidas taxas de complicações pós-parto e de readmissões poderão ser explicadas devido a esses mesmos aspectos.

6.3. RECOMENDAÇÕES

O presente estudo visou conhecer a qualidade em obstetrícia de Portugal Continental, utilizando a base de dados dos Grupos de Diagnóstico Homogéneos e os respectivos códigos ICD-9-CM, fornecidos pela Escola Nacional de Saúde Pública e cedidos pela Administração Central do Sistema de Saúde.

Porém, gostaria de ter englobado os dados dos Arquipélagos da Madeira e Açores, a fim de obter todos os dados em estudo de Portugal (Continental e respectivos Arquipélagos). Assim, sugiro a formulação de um estudo que se focalize, não apenas na qualidade dos serviços de obstetrícia dos Arquipélagos da Madeira e Açores, bem como comparar por região, relativamente ao continente.

Apesar de existirem dados sobre o número de partos existentes nas instituições de saúde públicas e privadas (fornecidos pelo INE), os dados acerca dos GDH das instituições privadas de saúde não se encontram disponíveis. Deste modo, proponho ainda estudos que visem avaliar a qualidade dos serviços de obstetrícia das instituições de saúde de propriedade privada, comparando-as com as instituições de saúde de propriedade pública.

Seria ainda pertinente conhecer a realidade portuguesa relativamente à importância dos *ratios* médico-doente e enfermeiro-doente na avaliação de desempenho dos serviços de saúde público e privado.

Nesta sequência seria importante que as instituições de saúde privadas criassem grupos de trabalho a fim de se proceder à classificação de doentes e englobá-los nos GDH e, facultá-los à ACSS, com o intuito de se conhecer a realidade hospitalar portuguesa de uma forma generalizada.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da qualidade tem sido considerada importante na melhoria dos cuidados e dos programas dos serviços de saúde.

O conceito de qualidade é difícil de definir pois este não é estático. Deve ser verificado no contexto de uma sociedade em constante evolução, onde se insere o sistema de saúde (Alves, 2006).

O objectivo deste estudo centrou-se na avaliação da qualidade na área de obstetrícia nos hospitais públicos de Portugal Continental, através da análise das taxas de complicações pós-parto e de readmissões verificando se existem diferenças de desempenho por instituição hospitalar, por volume, por instituição hospitalar com/sem acreditação e por região.

A fim de se avaliar a qualidade dos serviços de obstetrícia, foram utilizados os episódios de GDH da área obstétrica (370 a 375 e 650 a 652). Foram definidos os códigos da 9.ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças, ICD-9-CM que indicavam a presença de complicações dos cuidados e consideradas as readmissões a 30 dias.

A análise efectuada focou-se na estatística descritiva e na utilização do programa SPSS, para verificar correlações entre variáveis, com um nível de significância de 5%.

No presente estudo verificou-se que a taxa de cesarianas de Portugal Continental do ano de 2008 a 2010 foi de 32,77%, acima do que a OMS (1985) preconiza, afirmando que não existem benefícios adicionais associados a uma taxa de cesariana superior a 10%-15%.

Verificou-se, de uma forma generalizada, que as taxas de complicações e de readmissões foram superiores no parto por cesariana, relativamente ao parto vaginal, pois a taxa de complicações para o parto por cesariana foi de 1,66%, enquanto que para o parto vaginal foi de 1,03% e, 0,73% de taxa de readmissão para o parto por cesariana e 0,42% para o parto vaginal, nos anos de 2008 a 2010.

No que concerne à taxa de complicação por deiscência da ferida operatória, esta foi de 0,15%. Assim, constata-se que este valor encontra-se bastante inferior ao referenciado por Sarsam *et al.* (2007), com taxas de incidência de complicações da ferida operatória na população obstétrica que variam entre 2,8% e 26,6%.

Verificou-se também que os hospitais com maior volume de procedimentos, são os que evidenciam maiores taxas de complicação e que os hospitais com menor volume de

procedimentos são os que possuem maior incidência de taxas de readmissão. Estas análises foram efectuadas através do coeficiente de correlação de spearman.

Relativamente à acreditação hospitalar, constata-se que existem poucos hospitais em Portugal Continental que se encontram acreditados. Verificou-se que os hospitais acreditados apresentam taxas de complicações inferiores aos hospitais não acreditados, porém, quando analisadas as taxas de readmissão, averigua-se que as taxas dos hospitais acreditados são superiores aos hospitais não acreditados.

Analisaram-se ainda as taxas de readmissão dos três anos em estudo, ao longo de 30 dias após a alta hospitalar. Concluiu-se que é do primeiro ao quinto dias em que ocorre maior incidência de readmissões em Portugal Continental, com a taxa de 51,21%.

Na prossecução do presente trabalho, mais do que conhecer-se a qualidade dos serviços de obstetrícia de Portugal Continental de acordo com os indicadores em estudo, procurou-se promover a melhoria dos cuidados prestados, a fim de reduzir cada vez mais as taxas de complicação e de readmissão.

Penso que os intervenientes na área da saúde terão que elevar a qualidade através de processos de decisão baseada na evidência científica e promover a prática mais segura dos profissionais de saúde, através do estabelecimento de protocolos clínicos.

Sinto que este estudo é um princípio e não uma conclusão, pois espero que este tema seja abordado e aprofundado, com o intuito de melhorar os cuidados de saúde em Portugal.

Importa referir ainda que é de extrema relevância ter-se em consideração a questão económica relativamente ao tipo de parto, pois os custos de uma cesariana são superiores ao parto vaginal. Como foi possível verificar no presente estudo, Portugal Continental apresenta taxas de cesariana superiores ao preconizado pela OMS e à meta que foi estabelecida em 2010 para Portugal Continental (24,8%).

Neste sentido, considero que se torna cada vez mais necessário conter a taxa de cesariana, na medida em que permitirá menos gastos em saúde e menor tempo de recuperação por parte da utente, devido à redução de complicações pós-parto e readmissões.

Concluindo, as complicações pós-parto e as readmissões devem ser consideradas indicadores úteis para a gestão, a fim de discriminar serviços e prestadores de cuidados de saúde com desempenhos diferenciados. A sua utilização permite a detecção de problemas relativamente à qualidade dos cuidados e a identificação das respectivas entidades hospitalares,

possibilitando a criação de processos com vista à redução das taxas de complicações pós-parto e readmissões.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ ACSS – Hospitais SNS: Contrato-Programa 2008. Metodologia para a definição de preços e fixação de objectivos. 2007.
- ✓ ADAMI, N. – A Melhoria da Qualidade nos Serviços de Enfermagem. *Acta Paul. Enf.* 13:Número Especial - Parte I (2000).
- ✓ ADAMI, N.; MARANHÃO, A. – Qualidade dos Serviços de Saúde: Conceitos e Métodos Avaliativos. A.M.S.A. *Acta Paul. Enf.* São Paulo. 8:4 (Mai./Dez. 1995).
- ✓ ADAMUS, W. – Quality management in hospitals and its role in infections provision. Proceedings of the International Symposium on the Analytic Hierarchy Process. 2011.
- ✓ ADMASU, K.; HAILE-MARIAM, A.; BAILEY, P. – Indicators for availability, utilization, and quality of emergency obstetric care in Ethiopia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* 115 (2011) 101-105.
- ✓ ALMEIDA, M.; SILVA, I. – Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 42:2 (2008) 347-354.
- ✓ ALVES, M. – O Serviço de Atendimento Permanente-Satisfação dos Utentes com a Assistência de Enfermagem. (Dissertação) – Mestrado em Ciências de Enfermagem do ICBAS – Universidade do Porto. 2006.
- ✓ ANDRADE, D.; ANGERAMI, E. – Reflexões acerca das infecções hospitalares às portas do terceiro milénio. *Medicina.* Ribeirão Preto. 32 (Out./Dez. 1999) 492-497.
- ✓ AZAMBUJA, E.; PIRES, D.; VAZ, M. - Prevenção e controle da infecção hospitalar: as interfaces com o processo de formação do trabalhador. *Texto Contexto Enferm.* 13 (2004) 79-86.
- ✓ AZEVEDO, A. – Avaliação do desempenho de serviços de saúde. *Rev. Saúde Públ.* São Paulo. 25:1 (Fev. 1991) 64-71.
- ✓ BELFORT, M. *et al.* – Readmissão hospitalar após o parto: evidência de um aumento da incidência de infecção não urogenital no pós-parto imediato. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia.* 34:10 (Nov. 2010).

- ✓ BENBASSAT, J.; TARAGIN, M. – Hospital readmissions as a measure of quality of health care. *Arch Intern Med.* 160 (2000) 1074-1081.
- ✓ BITTAR, O. – Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. *Rev. Assoc. Med. Bras.* São Paulo. 46:1 (Jan./Mar. 2000).
- ✓ BORGES, F. *et al.* – Reinternação Hospitalar Precoce: Avaliação de um indicador de Qualidade Assistencial. *Rev. HCPA.* Porto Alegre. 28:3 (2008) 147-152.
- ✓ BORGES, M.; TURRINI, R. – Readmissão em Serviço de Emergência: Perfil de Morbidade dos Pacientes. *Ver. Rene.* Fortaleza. 12:3 (Jul./Set. 2011) 453-461.
- ✓ BOTO, P.; COSTA, C.; LOPES, S. – Acreditação, *benchmarking* e mortalidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* Volume Temático:7 (2008).
- ✓ CARVALHO, C. *et al.* – Qualidade em Saúde: Conceitos, Desafios e Perspectivas. *J. Bras. Nefrol.* 26:4 (Dez. 2004).
- ✓ CARVALHO, E.; MARQUES, S. – Infecção hospitalar em pediatria. *Jornal de Pediatria.* 75:1 (1999).
- ✓ CHOR, D.; KLEIN, C.; MARZOCHI, K. – Infecção hospitalar: comparação entre dois métodos de vigilância epidemiológica. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro. 6:2 (Abr./Jun. 1990).
- ✓ COSTA, C.; SANTANA, R.; BOTO, P. – Financiamento por capitação ajustada pelo risco: conceptualização e aplicação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* Volume Temático:7 (2008) 67-102.
- ✓ EIRA, A. – A Saúde em Portugal: A procura de cuidados de saúde privados. (Dissertação) – Mestrado em Economia – Faculdade de Economia da Universidade do Porto. 2010.
- ✓ FEKETE, M. – Sistemas de incentivo como instrumentos de gestão do trabalho em saúde. (Dissertação) – Mestrado em Saúde Coletiva – UEL. 1999.
- ✓ FELDMAN, L.; GATTO, M.; CUNHA, I. – História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta Paul. Enferm.* São Paulo (Abr./Jun. 2005).
- ✓ FONTANA, R. – As Micobactérias de Crescimento Rápido e a infecção hospitalar: um problema de saúde pública. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 61:3 (Mai./Jun. 2008) 371-376.

- ✓ FREITAS, J. – Uso de Técnicas de Data Mining para Análise de Bases de Dados Hospitalares com Finalidades de Gestão. (Tese de Doutoramento) – Doutoramento em Ciências Empresariais – Faculdade de Economia da Universidade do Porto. 2006.
- ✓ GRAHAM, W. *et al.* – Criteria for clinical audit of the quality of hospital-based obstetric care in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 78:5 (2000).
- ✓ GRIMSHAW, J. *et al.* – Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*. 8:6 (Fev. 2004).
- ✓ GUIMARÃES, E.; CHIANCA, T.; OLIVEIRA, A. – Infecção puerperal sob a ótica da assistência humanizada ao parto em maternidade pública. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 15:4 (Jul./Ago. 2007).
- ✓ HASAN, M. – Readmission of patients to hospital: still ill-defined and poorly understood. *International Journal for Quality in Health Care*. 13:3 (2001) 177-179.
- ✓ <http://mil-frases.blogspot.com/search/label/Trabalho> [Consult. 20 Dez. 2011].
- ✓ http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Codifica%C3%A7%C3%A3o_cl%C3%ADnica [Consult. 20 Jun. 2012].
- ✓ http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/GCD_14_Gravidex,_Parto_e_Puerp%C3%A9rio [Consult. 20 Fev. 2012].
- ✓ [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Grupos_de_Diagn%C3%B3sticos_Homog%C3%A9neos_\(GDH\)](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Grupos_de_Diagn%C3%B3sticos_Homog%C3%A9neos_(GDH)) [Consult. 20 Fev. 2012].
- ✓ <http://www.chaa.min-saude.pt/NoticiasEventos/Noticias/acredit.htm> [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ <http://www.cham.min-saude.pt/> [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ <http://www.chbargarvio.min-saude.pt/InfoUtente/InfoUteis> [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ <http://www.chbm.min-saude.pt/> [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ <http://www.chc.min-saude.pt/> [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ <http://www.chcbeira.min-saude.pt/> [Consult. 24 Abr. 2012].

- ✓ <http://www.chcrainha.min-saude.pt/index.php?categoria=15> [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ <http://www.chlc.min-saude.pt/> [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ http://www.chma.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=13&Itemid=26
[Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ http://www.chmt.min-saude.pt/Qualidade/AcreditacaoHospitalar/?sm=3_3 [Consult. 24
Abr. 2012].
- ✓ http://www.chne.min-saude.pt/Qualidade/Acreditaçãoe+Certificação/?sm=6_1 [Consult.
24 Abr. 2012].
- ✓ <http://www.chporto.pt/> [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ <http://www.chpvvc.pt/> [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ <http://www.chsj.pt/> [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ [http://www.chtamegasousa.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=122&Item
id=66](http://www.chtamegasousa.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=122&Itemid=66) [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ <http://www.chtmad.min-saude.pt/> [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ <http://www.chtvedras.pt/> [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ <http://www.chvng.pt/#> [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ <http://www.hal.min-saude.pt/> [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ <http://www.hbeja.min-saude.pt/> [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ [http://www.hccabral.min-
saude.pt/Política+de+Qualidade/Norma+NP+EN+ISO+9001/?sm=3_0](http://www.hccabral.min-saude.pt/Política+de+Qualidade/Norma+NP+EN+ISO+9001/?sm=3_0) [Consult. 24 Abr.
2012].
- ✓ <http://www.hdfaro.min-saude.pt/site/index.php> [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ http://www.hdfigueira.min-saude.pt/Qualidade/AcreditacaoCertificacao/?sm=8_1
[Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ http://www.hds.min-saude.pt/Qualidade/PoliticaQualidade/?sm=5_0 [Consult. 24 Abr.
2012].

- ✓ http://www.hevora.min-saude.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=244&Itemid=129 [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ http://www.hff.min-saude.pt/index.php/conteudo/politica-da-qualidade_10 [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ http://www.hgarciaorta.min-saude.pt/Info_Profissionais/Politica_Qualidade/?sm=7_4 [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ <http://www.hip.min-saude.pt/Paginas/Default.aspx> [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ <http://www.hlalentejano.min-saude.pt/> [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ http://www.hospitaisepe.min-saude.pt/Projectos/Projectos_Implementados/default.htm?sharepointServer=PWS01&SearchType=Plain&searchText=* [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ <http://www.hospitalfeira.min-saude.pt/> [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ http://www.hsaleiria.min-saude.pt/Estatistica/IndicadoresGestao/?sm=6_0 [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ <http://www.hsb-setubal.min-saude.pt/View.aspx?p=137> [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ http://www.hsc.min-saude.pt/InfoUtente/InfoSaude/?sm=0_1 [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ http://www.hsmbraga.min-saude.pt/site_/html/home.asp [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ <http://www.hstviseu.min-saude.pt/> [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ <http://www.huc.min-saude.pt/> [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ <http://www.hvfxira.min-saude.pt/> [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ <http://www.maternidade.pt/> [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ <http://www.ulsm.min-saude.pt/content.aspx?menuid=554> [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ <http://www.ulsna.min-saude.pt/Ulsna/Paginas/default.aspx> [Consult. 24 Abr. 2012].
- ✓ IEZZONI, L. – Assessing quality using administrative data. *Annals of Internal Medicine*. 127:8 (1997) 666-674.

- ✓ IEZZONI, L. – Risk adjustment for measuring healthcare outcomes. 3.^a ed. Health Administration Press. Chicago. 2003.
- ✓ JUNQUEIRA, L.; AUGÉ, A. – Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. *Cadernos Fundap* (1995).
- ✓ KNIGHT, M. *et al.* – Tendência para hemorragia pós-parto em países com altos recursos: uma revisão e recomendações do *International Postpartum Hemorrhage Collaborative Group*. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*. 34:9 (Out. 2011).
- ✓ LIABSUETRAKUL, T. *et al.* – A criterion-based obstetric morbidity audit in southern Thailand. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 103:2 (Nov. 2008) 166-171.
- ✓ LIU, S. *et al.* – Length of hospital stay, obstetric conditions at childbirth and maternal readmission: a population-based cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 187:3 (2002) 681-687.
- ✓ LOPES, M. – A Gestão da Qualidade no Hospital: Impacto da acreditação nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar. (Dissertação) – Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. 2007.
- ✓ LOPES, S. – Efectividade e volume: uma aplicação a hospitais portugueses. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume Temático:5 (2006) 75-92.
- ✓ MALLEY, K. *et al.* – Measuring diagnoses: ICD code accuracy. *Health Services Research*. 40:5 (2005) 1620-1639.
- ✓ MANN, S. *et al.* – Avaliação da Qualidade em Assistência Obstétrica: Desenvolvimento de Medidas Padronizadas. *Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde*. 32:9 (Set. 2006).
- ✓ MATIJASEVICH, A. *et al.* – Inequities in maternal postnatal visits among public and private patients: 2004 Pelotas cohort study. *BMC Public Health*. 9:335 (2009).
- ✓ MAURER, P.; BALLMER, P. – Hospital Readmissions: Are they predictable and avoidable? *Swiss Medical Weekly*. 134 (2004) 606-611.
- ✓ MEDICI, A.; MARQUES, R. – Sistemas de custos como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde. *Cadernos fundap* (1995).

- ✓ MEHTA, R. *et al.* – Improving quality of care for acute myocardial infarction. *JAMA*. 287 (2002) 1269-1276.
- ✓ MILCENT, C. – Inefficiency in Health Care: Avoidable Readmission. *European Journal Of Health Economics* (2005).
- ✓ MONIZ, L. – Objectivos de Qualidade e Eficiência no âmbito do Contrato Programa: Análise ao Desempenho do CHVNG/E. (Projecto de Investigação) – Curso de Especialização em Administração Hospitalar – Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Pública. 2010.
- ✓ MOREIRA, M. – Readmissões no Sistema de Serviços Hospitalares no Brasil. (Tese de Doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2010.
- ✓ MOREIRAS, H. – A fiabilidade da codificação clínica (Projecto de Investigação) – Curso de Especialização em Administração Hospitalar – Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Pública. 2011.
- ✓ NAGAHAMA, G. *et al.* – O controle da hemorragia pós-parto com a técnica de sutura de B-Lynch – série de casos. *Ver. Bras. Ginecol. Obstet.* Rio de Janeiro. 29:3 (Mar. 2007).
- ✓ NASCIMENTO, C. *et al.* – Indicadores de Resultados da Assistência: Análise dos Eventos Adversos durante a Internação Hospitalar. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 16:4 (Jul./Ago. 2008).
- ✓ NASCIMENTO, N. *et al.* – Relação de ocorrência da infecção puerperal para partos cesarianos. Fortalecendo redes e alianças estratégicas pela cidadania e saúde das mulheres e dos recém-nascidos. 1137-1146. 2009.
- ✓ NATSCH, S.; MEERY, J. – The role of clinical guidelines, policies and stewardship. *Journal of Hospital Infection*. 53 (2003) 172-176.
- ✓ NOMURA, R.; ALVES, E.; ZUGAIB, M. – Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo. 38:1 (2004).
- ✓ NONINO, E. – Avaliação da qualidade dos procedimentos de enfermagem - banho e curativo - segundo o grau de dependência assistencial dos pacientes internados em um hospital universitário. (Tese de Doutorado) – Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2006.

- ✓ NORONHA, J. *et al.* – Avaliação da relação entre volume de procedimentos e a qualidade do cuidado: o caso de cirurgia coronariana no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 19:6 (Nov./Dez., 2003) 1781-1789.
- ✓ OLIVA, C. – Cesariana *versus* Parto Vaginal: como nascer? (Tese de Mestrado) – Mestrado Integrado em Medicina – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto. 2010.
- ✓ PAIVA, S. – Qualidade da assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação. (Tese de Doutorado) – Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo. 2006.
- ✓ PAZINATTO, M. – Características clínicas e funcionais do paciente idoso que recebe alta hospitalar e suas necessidades de cuidados após alta. (Dissertação de Mestrado) – Curso de Mestrado em Geriatria – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2003.
- ✓ PEREIRA, M. *et al.* – A Infecção Hospitalar e suas Implicações para o Cuidar da Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 14:2 (Abr./Jun. 2005) 250-257.
- ✓ PEREIRA, M.; MORIYA, T.; GIR, E. – Infecção hospitalar nos hospitais escola: uma análise sobre seu controle. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto. 4:1 (Jan. 1996).
- ✓ QUEIROZ, M. *et al.* – Indicadores de Qualidade da Assistência ao Nascimento baseados na Satisfação de Puérperas. *Texto Contexto Enferm*. 16:3 (Jul./Set. 2007) 479-487.
- ✓ REIS, E. *et al.* – Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 6:1 (Jan./Mar. 1990).
- ✓ RIBEIRO, R. *et al.* – Prospecção de evidências científicas para tomada de decisão na gestão da saúde pública: A experiência da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Rev. Min. Saúde Pú.* 5 (Jul./Dez. 2004) 24-34.
- ✓ ROBERTS, C. *et al.* – Monitoring the quality of maternity care: how well are labour and delivery events reported in population health data?. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 23 (2008) 144-152.
- ✓ SANTANA, R. – O financiamento hospitalar e a definição de preços. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume Temático:5 (2005) 93-118.

- ✓ SARSAM, S. *et al.* – Abordagem das complicações da ferida operatória no parto por cesariana. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*. 30:2 (Fev. 2007).
- ✓ SERAPIONI, M. – Avaliação da qualidade em Saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 85 (Jun. 2009) 65-82.
- ✓ SHELDON, T. – The volume-quality relationship: insufficient evidence for use as a quality indicator. *Qual. Saf. Health Care*. 13 (2004) 325-326.
- ✓ SIDDIQUI, N.; KHANDAKER, S. – Comparação de serviços de hospitais públicos, privados e estrangeiros a partir da perspectiva dos pacientes de Bangladesh. *J. Nutr. Saúde Popul.*, 25:2 (Jun. 2007) 221-230.
- ✓ SILVA, L.; FORMIGLI, V. – Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 10:1 (Jan./Mar. 1994).
- ✓ SILVA, R. – A infecção hospitalar no contexto das políticas relativas à saúde em Santa Catarina. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 11:1 (Jan./Fev. 2003) 108-114.
- ✓ SOARES, C.; VARELA, V. – Assistência de Enfermagem no Puerpério em Unidade de Atenção Básica: Incentivando o Autocuidado. Monografia – Curso de Graduação de Enfermagem – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2007.
- ✓ SOUSA, P. *et al.* – Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume Temático:7 (2008).
- ✓ THOMAS, J. – Does risk-adjusted readmission rate provide valid information on hospital quality? *Inquiry*. 28 (1996) 258-270.
- ✓ VILLAS BOAS, P.; RUIZ, T. – Ocorrência de infecção hospitalar em idosos internados em hospital universitário. *Rev. Saúde Pública*. 38:3 (2004) 372-378.
- ✓ WHO – Appropriate technology for birth. *Lancet*. 2 (1985) 436-437.
- ✓ WHO – Drug and Therapeutics Committees: a practical guide. Department of Essential Drugs and Medicines Policy. World Health Organization: Geneva, 2004.
- ✓ ZIMMERMANN, J. *et al.* – Complicações puerperais associadas à via de parto. *Ver. Med. Minas Gerais*. 19:2 (2009) 109-116.

ANEXO I

Número de Partos realizados nos Hospitais Oficiais/Públicos por Localização Geográfica e Tipo de Parto

Número de partos realizados nos hospitais oficiais em 2008, por localização geográfica e tipo de parto

Localização geográfica	Total	Tipo de parto			
		Eutócico	Distócico		
	N.º		N.º	Total	Cesariana
Portugal	92 132	49 926	42 206	29 773	12 433
Continente	86 831	46 969	39 862	28 208	11 654
Região Autónoma dos Açores	2 770	1 609	1 161	847	314
Região Autónoma da Madeira	2 531	1 348	1 183	718	465

Fonte: INE (2012), Inquérito aos Hospitais.

Número de partos realizados nos hospitais oficiais em 2009, por localização geográfica e tipo de parto

Localização geográfica	Total	Tipo de parto			
		Eutócico	Distócico		
	N.º		N.º	Total	Cesariana
Portugal	86 842	46 120	40 722	28 547	12 175
Continente	81 846	43 425	38 421	26 935	11 486
Região Autónoma dos Açores	2 705	1 588	1 117	870	247
Região Autónoma da Madeira	2 291	1 107	1 184	742	442

Fonte: INE (2012), Inquérito aos Hospitais.

Número de partos realizados nos hospitais oficiais em 2010, por localização geográfica e tipo de parto

Localização geográfica	Total	Tipo de parto			
		Eutócico	Distócico		
	N.º		N.º	Total	Cesariana
Portugal	88 071	46 574	41 497	28 199	13 298
Continente	82 883	43 874	39 009	26 594	12 415
Região Autónoma dos Açores	2 773	1 450	1 323	927	396
Região Autónoma da Madeira	2 415	1 250	1 165	678	487

Fonte: INE (2012), Inquérito aos Hospitais.


ANEXO II

GDH Utilizados no Estudo

GDH utilizados no estudo

GCD 14 – Gravidez, Parto e Puerpério	
GDH	Designação
370	Cesariana, com complicações ou comorbilidades
371	Cesariana, sem complicações ou comorbilidades
372	Parto vaginal, com diagnósticos de complicação
373	Parto vaginal, sem diagnósticos de complicação
374	Parto vaginal, com esterilização e/ou dilatação e curetagem
375	Parto vaginal, com procedimentos em bloco operatório, excepto esterilização e/ou dilatação e curetagem uterina
376	Diagnósticos pós-parto e pós-aborto, sem procedimento em bloco operatório
377	Diagnósticos pós-parto e pós-aborto, com procedimento em bloco operatório
378	Gravidez ectópica
379	Ameaça de aborto
380	Aborto, sem dilatação e curetagem
381	Aborto, com dilatação e curetagem, curetagem de aspiração ou histerectomia
382	Falso trabalho de parto
383	Outros diagnósticos pré-parto, com complicações médicas
384	Outros diagnósticos pré-parto, sem complicações médicas
650	Cesariana de alto risco, com complicações ou comorbilidades
651	Cesariana de alto risco, sem complicações ou comorbilidades
652	Parto vaginal de alto risco, com esterilização e/ou dilatação e curetagem uterina

Legenda:

 **GDH incluídos no presente estudo**

ANEXO III

**Número de Episódios sem Complicação e com
Complicação por Hospital, nos Anos
Compreendidos entre 2008 a 2010**

Número de episódios sem complicação e com complicação por hospital, no ano de 2008.

Hospital	Episódios s/ Complicações	1 Complicação	2 Complicações	3 Complicações
1	1845	5	2	
2	1988	5		
3	1378	2		
4	1552	14		
5	2167	3		
6	2035	6		
7	1673	2		
8	1881	7	1	
9	1107	4		
10	1211	6		
11	2277	137	9	
12	3925	15	4	1
13	444	1		
14	3197	74	4	1
15	603		2	
16	2743	38	1	
17	3190	8		
18	2557	14		
19	3008	28		
20	1652	9	1	
21	2685	40	2	
22	4235	84	9	
23	429			
24	2692	64	3	
25	1563	18	2	1
26	1048	2		
27	2929	16		
28	3024	7		
29	1733	5		
30	1060	3		
31	3012	8	2	
32	2233	10		
33	1017	2		
34	1154	5		
35	1943	21	3	
36	2016	12		
37	701	6		
38	3578	118	6	1
39	5615	56	4	
40	605			

Número de episódios sem complicação e com complicação por hospital, no ano de 2009.

Hospital	Episódios s/ Complicações	1 Complicação	2 Complicações	3 Complicações	4 Complicações
1	1811	9	1		
2	1735	7			
3	1302	3			
4	1443	12			
5	2085	8			
6	2014	2	2		
7	1554	3			
8	1723	24	2		
9	1070	6			
10	1191	3			
11	2195	99	7		
12	3862	24	1		
13	459	1			
14	2870	74	4	1	
15	581	5			
16	2475	21	4		
17	3015	7			
18	2388	9			
19	2928	16			
20	1489	13	1		
21	2625	36	1		
22	3951	83	7		
23	387	1			
24	2665	117	4		
25	1580	22			
26	1069	3	1		
27	2928	20			
28	2939	5			
29	1762	15			
30	1059	7			
31	2917	13	2		
32	2179	5	1		
33	1132				
34	743	2	1		
35	1785	20			
36	1947	16	2		
37	669	2			
38	3235	133	10	1	1
39	5165	58	1		
40	592	1			

Número de episódios sem complicação e com complicação por hospital, no ano de 2010.

Hospital	Episódios s/ Complicações	1 Complicação	2 Complicações	3 Complicações
1	1898	5	1	
2	1672	3		
3	1307	3		
4	1484	18		
5	1981	19		
6	1841	5	1	
7	718	4		
8	1846	16	1	
9	1812	15	2	
10	1187	3		
11	2167	97	3	
12	2238	14	1	
13	426			
14	2984	48	4	
15	627	10	3	
16	2512	31	1	
17	3152	5		
18	2275	8		
19	2968	27		
20	1460	12	1	
21	2593	33		
22	3820	74	6	
23	391	5		
24	2820	115	10	2
25	1616	19		
26	1033	5		
27	2824	18		
28	2603	2		
29	1857	16		
30	1064	5		
31	2923	32	1	
32	2084	7		
33	1147	4		
34	1225	5		
35	1755	35	3	
36	1845	12		
37	612			
38	3032	119	5	1
39	5216	64	2	
40	609	2		

ANEXO IV

**Número de Episódios de Complicação por GDH e
por Código ICD-9-CM, nos Anos Compreendidos
entre 2008 a 2010**

Número de episódios com os códigos de complicação, por GDH, no ano de 2008.

Código	GDH								
	370	371	372	373	374	375	650	651	652
n_66610	0	1	0	0	0	0	1	0	0
n_66612	61	36	164	0	23	28	19	3	7
n_66614	2	2	2	4	1	0	0	0	0
n_66620	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_66622	6	7	29	0	13	2	0	0	5
n_66624	1	2	0	1	0	0	0	1	0
n_66630	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_66632	5	0	3	0	3	4	3	0	1
n_66634	0	0	0	0	0	0	1	0	0
n_67200	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67202	25	52	40	0	2	1	1	2	1
n_67204	0	1	0	1	0	0	0	0	0
n_67410	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67412	39	0	0	0	0	0	6	0	0
n_67414	0	1	0	0	0	0	0	1	0
n_67420	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67422	2	0	24	0	1	0	0	0	1
n_67424	0	0	0	1	0	0	0	0	0
n_67430	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67432	36	49	55	0	2	1	7	10	0
n_67434	1	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67620	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67622	11	36	26	32	1	0	2	2	0
n_67624	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67000	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67002	18	0	38	0	0	0	1	0	2
n_67004	1	0	1	1	0	0	0	0	0
n_67010	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67012	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67014	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67020	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67022	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67024	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67030	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67032	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67034	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67080	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67082	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67084	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67502	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67504	0	0	0	0	0	0	0	0	0

n_67520	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67522	0	1	0	0	0	0	0	0	0
n_67524	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67582	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67584	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67594	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Número de episódios com os códigos de complicação, por GDH, no ano de 2009.

Código	GDH								
	370	371	372	373	374	375	650	651	652
n_66610	0	1	0	2	0	0	0	0	0
n_66612	84	40	248	0	18	17	10	5	5
n_66614	2	1	2	4	2	0	1	0	0
n_66620	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_66622	3	3	23	0	9	1	3	0	6
n_66624	0	0	0	0	1	0	0	0	0
n_66630	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_66632	5	0	2	0	0	1	8	0	0
n_66634	1	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67200	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67202	26	40	48	0	0	0	2	2	0
n_67204	1	2	2	2	0	0	0	0	0
n_67410	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67412	22	0	2	0	0	2	5	0	0
n_67414	0	2	1	0	0	0	0	0	0
n_67420	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67422	5	1	26	0	0	0	0	0	0
n_67424	0	0	0	0	1	0	0	0	0
n_67430	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67432	35	45	79	0	0	4	10	8	0
n_67434	0	2	0	1	0	0	0	0	0
n_67620	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67622	8	15	13	17	0	0	2	2	0
n_67624	1	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67000	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67002	20	0	47	0	2	0	4	0	2
n_67004	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67010	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67012	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67014	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67020	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67022	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67024	0	0	0	0	0	0	0	0	0

n_67030	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67032	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67034	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67080	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67082	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67084	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67502	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67504	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67520	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67522	0	0	1	0	0	0	0	0	0
n_67524	0	0	1	0	0	0	0	0	0
n_67582	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67584	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67594	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Número de episódios com os códigos de complicação, por GDH, no ano de 2010.

Código	GDH								
	370	371	372	373	374	375	650	651	652
n_66610	1	1	0	0	1	0	0	0	0
n_66612	88	74	213	0	29	19	18	5	7
n_66614	2	1	2	3	0	0	0	0	0
n_66620	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_66622	4	2	23	0	9	0	0	0	3
n_66624	1	1	0	2	1	0	0	0	1
n_66630	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_66632	10	0	3	0	0	7	7	0	0
n_66634	0	0	0	0	0	0	1	0	0
n_67200	0	1	0	0	0	0	0	0	0
n_67202	20	24	58	0	4	1	3	0	1
n_67204	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67410	1	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67412	25	0	2	0	0	0	7	0	0
n_67414	1	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67420	0	0	0	0	0	1	0	0	0
n_67422	1	0	28	0	3	1	0	0	2
n_67424	0	0	1	0	1	0	0	0	0
n_67430	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67432	31	40	65	0	3	0	12	6	0
n_67434	1	2	1	1	0	0	0	0	0
n_67620	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67622	11	17	14	17	0	0	0	1	0
n_67624	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67000	0	0	0	0	0	0	0	0	0

n_67002	19	0	28	0	0	0	0	0	1
n_67004	0	0	1	0	0	0	0	0	0
n_67010	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67012	2	0	5	1	2	0	0	0	0
n_67014	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67020	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67022	1	0	0	0	0	0	2	0	2
n_67024	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67030	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67032	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67034	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67080	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67082	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67084	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67502	0	0	1	0	0	0	0	0	0
n_67504	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67520	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67522	0	0	1	0	0	0	0	0	0
n_67524	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67582	0	0	0	1	0	0	0	0	0
n_67584	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n_67594	0	0	0	0	0	0	0	0	0