



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Ana Vanessa Fernandes e Gonzalez Rosete Tomás Ribeiro

Como se nasce na região centro

Análise dos partos nos hospitais do SNS

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre

Orientadora: Prof. Doutora Manuela Frederico

Coimbra, Março de 2012

RESUMO

O presente trabalho tem por finalidade a caracterização do panorama dos partos nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde da região centro. A relevância do estudo decorre do facto de (i) por uma lado, ser consensual que cuidados de saúde adequados prestados à grávida e ao recém-nascido diminuem a mortalidade e morbilidade materno-fetal e (ii) por outro lado, do reconhecimento de que é cada vez mais importante monitorizar os cuidados de saúde e compará-los entre diferentes hospitais, numa estratégia de *benchmarking*, como forma de promover a qualidade e também como ferramenta de gestão. A avaliação da qualidade dos cuidados prestados, visando a melhoria contínua e o aumento da efectividade dos mesmos, constitui uma finalidade dos sistemas de saúde modernos. Acresce que os partos representam uma fatia considerável dos internamentos nos hospitais do SNS. A fonte de informação é a base de dados dos resumos de alta dos anos de 2009 e 2010, cedida pela ARSC. São objecto do estudo a totalidade dos episódios pertencentes aos grupos de diagnóstico homogéneos relativos ao parto dos hospitais do SNS da região centro, num total de 28.310 episódios. Analisam-se aspectos seleccionados, relacionados com o parto, cabendo destacar: o tipo de parto, a taxa de cesariana, a duração do internamento, a residência de origem das utentes assistidas, a taxa de utilização da analgesia epidural, os motivos que conduziram à realização de cesariana e as taxas de partos com complicações. Em 2009 e 2010, nos hospitais do SNS da região centro, a taxa de cesarianas é de 31,5%, variando entre 36,6% (hospital da

Guarda) e 24,3% (hospital de Castelo Branco). Os hospitais apresentam diferentes motivos para a realização de cesariana. Verifica-se que a taxa de cesarianas aumenta no mesmo sentido do grupo etário, registando-se entre as mães mais jovens a mais baixa taxa de cesariana. A mulher grávida nem sempre dá à luz no hospital da sua área de residência, sendo as maternidades do distrito de Coimbra que mais partos realizam a parturientes de outros distritos. A duração média de um internamento por cesariana é de $4,5 \pm 1,1$ dias, e de $3,2 \pm 1$ dias se o parto foi por via vaginal. Assinalam-se contudo algumas diferenças entre os hospitais. As diferenças mais significativas entre os hospitais são, no entanto, relativas à prática da analgesia epidural. Note-se que em dois hospitais da região centro o recurso a este método praticamente não tem expressão, chegando a ser de apenas 2,8% sobre o total dos partos vaginais.

Palavras-chave: partos; hospitais; região centro; cesariana; epidural; qualidade em saúde.

ABSTRACT

This body of work aims to characterize the birth delivery panorama at the hospitals of the National Health System in the mid region of Portugal.

The relevance of this study is explained by the following aspects: the consensus that proper health care provided to pregnant women and their newborn babies decreases the mortality and neo-fetal morbidity; and, on the other hand, the acknowledgement of the importance of assessing health care and comparing it to different hospitals focusing on a benchmarking strategy as a way of promoting quality and as a management tool. The assessment of the health care provided, which aims for the improvement and effectiveness of the health system and consequently the care provided by its hospitals and institutions, is a goal for modern health systems. It is also important to add that birth delivery has a significant weight in the rate of hospitalization of patients of the National Health System.

The source of information is the data basis of the summaries of discharge of the years 2009 and 2010 which have been provided by ARSC. The totality of cases belonging to groups of homogeneous diagnosis when it comes to birth delivery at the hospitals of the NHS in the mid region of Portugal is the object of study. This study emphasizes the analysis of selected aspects related to birth delivery, namely the type of birth delivery, the c-section rate, the duration of the hospitalization, the distance of the patient's hometown, the rate of use the epidural, the reasons that led to a c-section and the rates of birth deliveries with complications.

In 2009 and 2010 at the hospitals of the NHS in the mid region of Portugal the rate of c-sections is 31,5% going from 36,6% (Guarda) and to 24,3% (Castelo Branco). Hospitals have different reasons for conducting c-sections. The rate of c-sections is higher in older

age groups whereas the rate of c-sections is lower in groups of younger women. Pregnant women go to hospitals farther away from their hometowns and local hospitals to give birth. The maternity wings of hospitals in the region of Coimbra have the highest record of birth deliveries of patients from other regions of the country. The average duration of hospitalization due to a c-section is of $4,5 \pm 1,1$ days, and $3,2 \pm 1$ days when it refers to a vaginal birth delivery. The most noteworthy differences among hospitals concern the procedure of the epidural and the numbers indicate that two hospitals in the mid region of the country barely resort to this method.

Keywords: birth delivery/ parturition; c-section; hospital; epidural; health care quality

AGRADECIMENTOS

Este trabalho seria bem mais imperfeito sem a colaboração de algumas pessoas. Cumpre destacar e agradecer:

A Prof. Doutora Manuela Frederico, orientadora da dissertação, pela coordenação assertiva e esclarecida, pela motivação e estímulo, bem como pelo muito e precioso tempo que me dispensou.

A Maternidade Bissaya Barreto, na pessoa da Dra. Fernanda Águas, que tão bem acolheu a ideia do trabalho e que facilitou todos os contactos. Em particular, agradeço à Dra. Maria do Céu Almeida, pela imprescindível ajuda no esclarecimento dos conceitos clínicos, as sugestões técnicas e pela paciência e disponibilidade que sempre manifestou. As suas preciosas sugestões, comentários e críticas revelaram-se de inestimável préstimo.

O departamento de contratualização da ARSC, na pessoa do Dr. Maurício Alexandre, pelo interesse demonstrado e pela prontidão com que se dispôs a apoiar a realização do trabalho, facultando a ajuda necessária. Em particular, agradeço ao Dr. António Mota, não só pela sugestão do tema do trabalho, como pelo incentivo, disponibilidade permanente e pela simpatia com que sempre me recebeu.

Finalmente, mas ocupando o primeiro lugar da minha vida, um reconhecimento ao Sérgio, ao Lourenço e ao Vicente, com quem, como cantaria Jorge Palma, “tudo o que eu vi, estou a partilhar contigo (convosco); o que não vivi, hei-de inventar contigo (convosco)”.

ÍNDICE

Resumo	Página iii
Abstract	Página v
Agradecimentos	Página vii
Índice	Página ix
Índice de quadros	Página xi
Índice de figuras	Página xii
Lista de abreviaturas	Página xiii
Introdução	
A. A importância do tema	Página 3
B. Objectivos do estudo	Página 5
C. Organização do estudo	Página 6
Parte I – Enquadramento teórico	
Capítulo 1 – O contexto actual: a avaliação de serviços	Página 11
Qualidade em saúde	Página 13
Benchmarking	Página 17
Grupos de diagnóstico homogéneos	Página 19
Capítulo 2 – A saúde materna e infantil em Portugal	Página 23
Evolução dos indicadores de saúde materna e infantil	Página 23
A organização da rede de cuidados de saúde materna	Página 25
Integração de cuidados	Página 29
Partos por cesariana	Página 31
Analgesia epidural	Página 34
Capítulo 3 – A região centro: perfil de saúde	Página 35
Parte II – Apresentação e discussão de resultados	
Capítulo 4 – Metodologia	Página 43
Objectivos do estudo e identificação de questões	Página 43

Critérios de inclusão	Página 44
Apresentação das variáveis em estudo	Página 45
Análise e tratamento dos dados	Página 46
Capítulo 5 – Apresentação dos dados	Página 47
Questão 1: Os hospitais têm diferentes taxas de cesariana	Página 52
Questão 2: Os hospitais têm diferentes taxas de utilização da analgesia epidural	Página 55
Questão 3: Os hospitais realizam partos de doentes que não são da sua zona de influência	Página 57
Questão 4: Os hospitais apresentam diferentes motivos para a realização de cesariana	Página 60
Questão 5: Os hospitais têm diferentes taxas de partos com complicações	Página 66
Questão 6: Os hospitais apresentam durações de internamento diferentes	Página 68
Capítulo 6 – Discussão dos resultados	Página 73
Capítulo 7 – Considerações finais	Página 87
Limitações do estudo	Página 87
Conclusões	Página 89
Sugestões para trabalhos futuros	Página 91
Bibliografia	Página 93
Anexos	Página 98

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1 - Evolução do número e percentagem de cesarianas em Portugal, 2001-2009	Página 32
Quadro n.º 2 - Total de episódios de internamento e número e percentagem de episódios relacionados com o parto nos hospitais do SNS da região centro, em 2009 e 2010	Página 47
Quadro n.º 3 - Distribuição dos episódios por tipo de parto e por GDH	Página 50
Quadro n.º 4 – Os 15 diagnósticos principais mais frequentes: quantidade e designação	Página 51
Quadro n.º 5 – Distribuição dos episódios por tipo de parto, nos vários hospitais	Página 53
Quadro n.º 6 – Cruzamento entre distrito de origem da utente e distrito do hospital onde ocorreu o parto	Página 59
Quadro n.º 7 – Os dez diagnósticos principais mais frequentes, por tipo de parto	Página 62
Quadro n.º 8 - Distribuição dos episódios por tipo de parto e com presença ou não de complicações	Página 67
Quadro n.º 9 - Distribuição dos episódios por tipo de parto, com ou sem complicações, por hospital	Página 68
Quadro n.º 10 – Demora média, por GDH, do nosso estudo e a prevista na Portaria n.º 132/2009	Página 84

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Taxa de mortalidade infantil em 2008 e a taxa de declínio entre 1970 – 2008	Página 24
Figura 2 - Percentagem de cesarianas nas várias regiões de Portugal, em 2004 e 2009	Página 33
Figura 3 - Âmbito territorial da ARS Centro, IP e respectivas unidades administrativas, em vigor a partir de 24 de Agosto de 2010	Página 36
Figura 4 – Evolução da taxa de natalidade (por 1000 habitantes) por residência das mães	Página 37
Figura 5 – Evolução da taxa de natalidade e das taxas de mortalidade perinatal, fetal e infantil, na região centro	Página 38
Figura n.º 6 - Distribuição dos episódios de parto por hospital da região centro, em 2009 e 2010	Página 48
Figura n.º 7 - Distribuição dos episódios de parto por grupo etário	Página 49
Figura n.º 8 - Distribuição dos episódios de parto pré-termo e pós-termo, de acordo com o tipo de parto	Página 50
Figura n.º 9 – Distribuição percentual dos episódios por tipo de parto, de acordo com o grupo etário	Página 54
Figura n.º 10 – Distribuição dos episódios de cesariana, por GDH.	Página 55
Figura n.º 11 – Número de episódios de partos vaginais e número de analgesias epidurais, por hospital	Página 56
Figura n.º 12 – Distribuição da residência das parturientes e dos episódios de parto realizados, por distrito	Página 58
Figura n.º 13 – Distribuição percentual dos cinco principais diagnósticos principais para cesariana, verificados nos hospitais em estudo	Página 65
Figura n.º 14 – Duração média do internamento, por tipo de parto, nos hospitais em estudo	Página 69
Figura n.º 15 – Duração média do internamento, em partos com e sem complicações, nos hospitais em estudo	Página 70
Figura n.º 16 – Duração média do internamento, por GDH	Página 71
Figura n.º 17- Taxa de nascimentos pré-termo / 100 nados vivos, por região, em 2004 e 2009	Página 75
Figura n.º 18 - Valor percentual de partos por cesariana em 2001, 2004 e 2009	Página 77
Figura n.º 19 – Evolução da percentagem de partos por cesariana, desde 2004 até 2009.	Página 78
Figura n.º 20 – Cruzamento entre distrito de origem da doente e distrito do hospital onde ocorreu o parto	Página 81

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES	Agrupamento de centros de saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
ARSC	Administração Regional de Saúde do Centro, IP
CC	Complicações e comorbilidades
CHC	Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.
CNSMI	Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil
DGS	Direcção Geral de Saúde
GCD	Grande categoria de diagnóstico
GDH	Grupo de diagnóstico homogéneo
HAP	Hospital de apoio perinatal
HAPD	Hospital de apoio perinatal diferenciado
HUC	Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E.
ICD-9-CM	Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão
INE	Instituto Nacional de Estatística
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
RN	Recém-nascido
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UCF	Unidade coordenadora funcional
UE	União Europeia
ULS	Unidade local de saúde

INTRODUÇÃO



A. IMPORTÂNCIA DO TEMA

O presente trabalho incide sobre os partos realizados nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde da região centro. Os partos representam uma fatia significativa de todos os internamentos.

No que diz respeito à região centro, o grupo incumbido em Agosto de 2011 pelo Ministro da Saúde de estudar a reforma hospitalar, concluiu pela necessidade premente de repensar o desenho actual da oferta do sector, assumindo que «a situação existente em Coimbra com as maternidades Daniel de Matos e Bissaya Barreto merece ponderação e constitui um exemplo de intervenção. A situação existente na Beira Interior com três maternidades abertas e com um total de partos na ordem dos 2.000 é um outro exemplo, que também exige profunda reflexão» (2011, pág. 16).

O sistema de saúde é habitualmente considerado um sector de consumo de crescente importância, pelo que se torna essencial encontrar respostas que equilibrem os objectivos da equidade, da eficiência e da qualidade, no respeito pelos limites orçamentais. Note-se que a despesa com saúde tem vindo a crescer, em média, 6% desde 2002 a 2010, perfazendo um total de aplicação de fundos em cerca de 9.154,2 milhões de euros, em que a despesa com unidades hospitalares representa cerca de 50% em média (no período citado) (Ministério da Saúde, 2011).

Por outro lado, cada vez mais se está a tornar comum a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde e até a comparação dos resultados entre diferentes hospitais, como forma de promoção da eficiência, numa perspectiva de melhoria contínua. Como se preconiza no relatório final do grupo técnico para a reforma hospitalar, «a alavanca

fundamental da mudança estrutural é a qualidade. (...) Só um empenho total na melhoria da qualidade permitirá reduzir o desperdício e o mau desempenho» (2011, pág. 12). No mesmo documento se reputa de importante a melhoria do «processo de disponibilização da informação e monitorização do desempenho das instituições hospitalares, propondo-se para isso a produção de um quadro estratégico único de indicadores de avaliação do desempenho que permita o *benchmarking* entre as diferentes unidades hospitalares» (2011, pág. 86).

A prática clínica de *benchmarking* tem um grande impacto: não só promove a partilha de exemplos de melhor prática, como também, pela utilização de toda a evidência disponível, avança na busca contínua da melhor prática possível. Esta prática apoia os prestadores de cuidados num ciclo contínuo de comparação e partilha, assegurando que os doentes recebem cuidados baseados em evidências.

Importa salientar, por outro lado, que a organização da rede de cuidados de saúde materna no nosso país é muitas vezes citada como exemplo a seguir. Desde os anos 80 que se desenvolveu e dinamizou esta área, tanto a nível de recursos técnicos como humanos, seja nos serviços de obstetrícia e neonatologia, seja nos centros de saúde. A vigilância da mulher grávida, partilhada entre centros de saúde e hospitais e, a nível dos hospitais, a hierarquização em níveis de diferenciação do apoio, a delimitação das áreas geográficas e a definição das responsabilidades assistenciais dos vários intervenientes, tem sido citada como um modelo bem concebido e bem conseguido de integração e articulação de cuidados.

Assim, a partir do início da década de 90 Portugal passou a ter uma cobertura em saúde materna e neonatal quase universal e uma equidade assistencial. A descida da mortalidade infantil, tão repetidamente assinalada como o melhor índice do desempenho

português na área da saúde e, para alguns, talvez o melhor índice do desempenho de Portugal como sociedade, muito beneficiou desta organização.

No entanto, há alguns indícios recentes de que há ainda muito trabalho a fazer. Por exemplo, no seu relatório das actividades realizadas em 2009/2010, a Comissão Regional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente concluía que «a mortalidade infantil, indicador que reflecte a saúde infantil de um país e que traduz as condições do desenvolvimento social e económico e, também a adequação e a qualidade dos serviços de saúde, aumentou de 2,75 em 2007 para 3,62 em 2008».

Por outro lado, as elevadas taxas de cesariana observadas em Portugal, posicionam-no como um dos países europeus onde essa taxa é mais alta. A proporção de partos por cesariana é um indicador de qualidade assistencial e não deverá ultrapassar os 15%, de acordo com orientação da OMS. Acresce que a constatação de que o recurso a este método ocorre por outras razões que não puramente necessidade clínica, a par dos custos que tem associados fazem com que este procedimento capte a atenção dos especialistas em questões de saúde e decisores políticos.

São estas as principais questões que, em nosso entender, permitem qualificar o tema escolhido de singular interesse para a gestão e economia da saúde.

B. OBJECTIVOS DO ESTUDO

O presente trabalho procura caracterizar o panorama hospitalar dos partos ocorridos da região centro. Pretende, em concreto, conhecer a resposta dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde desta região relativamente aos episódios de parto em vários sentidos:

(i) taxa de cesariana observada; (ii) taxa de utilização da analgesia epidural; (iii) distrito de residência das doentes assistidas; (iv) razões do recurso a cesariana; (v) taxa de partos com complicações; (vi) duração do internamento.

A fonte de informação a que se recorreu foi a base de dados contendo os resumos de alta dos hospitais da área da Administração Regional de Saúde do Centro, IP, cedida por esta ARS. Elegeram-se os episódios de internamento dos dois anos mais recentes de que se dispunha de informação, 2009 e 2010. Os dois anos foram tratados como um todo, de modo a obter maior volume de dados na análise e a afastar possíveis enviesamentos temporais. Os grupos de diagnóstico homogéneos são o sistema de classificação de doentes mais amplamente divulgado e, desde 1990, que está implementado em Portugal como mecanismo de financiamento do internamento hospitalar.

Citando o relatório final do grupo técnico para a reforma hospitalar, «a primeira e mais premente prioridade é a melhoria definitiva da qualidade da informação (...). Não é possível governar ou decidir sem boa informação» (2011, pág. 12). Espera-se que o conhecimento resultante deste trabalho possa ser útil a nível central e a nível das instituições hospitalares, contribuindo para a definição da política de saúde regional, com reflexos, por último, na melhoria da assistência prestada às mulheres grávidas.

C. ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO

O trabalho está estruturado em duas partes.

A primeira parte apresenta um enquadramento teórico do problema em estudo, começando por salientar a necessidade de avaliação de serviços, particularmente em

cenário de crise. Colocam-se também em evidência as questões da monitorização dos cuidados de saúde, a comparação entre diferentes instituições, a *accountability* e a qualidade em saúde, conceito que se tenta definir de acordo com a revisão de literatura efectuada. O primeiro capítulo termina com uma breve abordagem aos grupos de diagnóstico homogéneos, que constituem a fonte do estudo.

O segundo capítulo é dedicado à saúde materna e infantil em Portugal. É feita uma breve apreciação da evolução dos indicadores desta área da saúde, que abrange o enquadramento a nível europeu, descrevendo-se de seguida a organização da rede de cuidados de saúde materna. Neste capítulo salientam-se ainda questões relativas aos partos por cesariana, bem como à analgesia epidural.

Finalmente, o terceiro capítulo traça o perfil de saúde da região centro.

A segunda parte, apresentação e discussão dos resultados, começa por expor a metodologia utilizada, bem os critérios adoptados para a inclusão dos episódios em estudo. No quarto capítulo são definidos os objectivos do estudo e as questões em análise e enumeradas as variáveis da base de dados usadas no trabalho e descrita a forma de tratamento dos dados.

O capítulo 5 apresenta os resultados alcançados, de acordo com as questões previamente definidas. Segue-se a discussão dos resultados, tecendo-se, por último, as limitações do estudo e as considerações finais.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

O CONTEXTO ACTUAL: A AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS

Em contextos como o actual, de crise e conseqüente fraco ou nulo crescimento económico, as despesas sociais ficam sob enorme pressão. Num sistema de saúde de cobertura universal, como o nosso, em que a redução de recursos nos serviços e as dificuldades das famílias não fazem diminuir a procura, a crise é uma séria ameaça ao acesso e à qualidade (Martins, 2010).

Como bem sintetiza Sakellarides (2011), a crise em curso terá importantes conseqüências para a saúde e o sistema de saúde, directamente, pelas restrições económicas que impõe e, indirectamente, pelos efeitos do desemprego e empobrecimento sobre a saúde. Nestas circunstâncias, é muito importante fundamentar com o maior rigor possível as difíceis decisões que há que tomar na saúde, nos tempos mais próximos. É igualmente importante assegurar, mais que nunca, transparência na informação e nas decisões da saúde.

De acordo com Simões, a avaliação dos serviços da administração pública constitui uma exigência “decorrente da responsabilização pela utilização de fundos estatais destinados a responderem a necessidades públicas e decorre de diferentes factores e exigências: do progressivo aumento da informação, do conhecimento e do sentido crítico dos cidadãos (...), de uma redobrada atenção da comunicação social que dá eco a – reais ou aparentes – deficiências no desempenho dos serviços; da pressão exercida pelos partidos políticos e por outras organizações de representação dos cidadãos, da consciência profissional de gestores e prestadores de serviços públicos cada vez mais qualificados e

exigentes com a qualidade dos serviços; da necessidade sentida pelos governos de melhorarem a eficiência dos serviços e de modernizarem a Administração Pública num contexto de contenção da despesa pública” (2004, pág. 92). O autor esclarece que a avaliação dos serviços pode ser realizada de acordo com diferentes objectivos: “proporcionar aos gestores mais informação, de forma a melhorar estratégias ou programas específicos; aperfeiçoar a resposta da organização em função das expectativas dos utilizadores; fundamentar as decisões, nomeadamente de distribuição de recursos, que determinam a realização de escolhas; dar corpo à responsabilidade pública, informando órgãos de controlo e de acompanhamento, ou o público em geral” (2004, pág. 92).

Em 1988, Relman sustenta que, com vista a conter custos sem arbitrariamente reduzir o acesso ou reduzir a qualidade dos cuidados de saúde, deve conhecer-se mais relativamente a questões como a segurança, a adequação, a efectividade de medicamentos, bem como a forma como os cuidados de saúde são prestados pelos profissionais e pelas instituições de saúde. O autor realça que, de modo a fornecer uma base para decisões informadas sobre financiamento e organização das instituições de saúde, há que conhecer mais sobre as variações na *performance* entre as instituições e os clínicos e determinar o significado de tais variações. Segundo Relman, armados com estes factos, os médicos ficarão numa posição muito mais forte para aconselhar os seus doentes e determinar o uso de recursos médicos; os financiadores estarão mais aptos a decidir o que deve ser financiado e os consumidores terão um melhor conhecimento do que está disponível e do que querem.

Este autor cita um outro que defende um programa de *outcomes management*, ou seja, a existência de um sistema que relacione as decisões de gestão médica com informação sistemática sobre os resultados alcançados. Um programa deste género, por si só, não

fará automaticamente nem baixar nem aumentar as despesas com a saúde, mas certamente que melhorará a qualidade e a efectividade dos cuidados de saúde e proporcionará uma base muito mais sólida para futuras decisões de gestão.

Relman enfatiza não se poder continuar a proporcionar cuidados de saúde de que se desconhecem os sucessos e fracassos. A era da avaliação e da *accountability* está a chegar, afirma então o autor em 1988, garantindo que se trata da terceira e a mais recente fase dos nossos esforços para alcançar um sistema de saúde equitativo, de qualidade satisfatória e a um preço que podemos pagar.

QUALIDADE EM SAÚDE

A aceleração vertiginosa dos conhecimentos decorrentes da investigação biomédica, as modificações temporais das patologias, o aumento médio da esperança de vida, a crescente incorporação de tecnologia, cada vez mais avançada, sofisticada e dispendiosa na prática clínica, a espiral de crescimento dos custos associados aos cuidados de saúde e a busca de sistemas de prestação desses cuidados com a máxima qualidade, contribuíram para a inclusão nas agendas políticas, de vários países, das questões relacionadas com a avaliação e a melhoria da qualidade na área da saúde. Paralelamente, o desenvolvimento de novas orientações políticas, centradas na exigência de responsabilidade perante a sociedade (*accountability*) e nas estratégias de melhoria da qualidade e o crescente interesse pela avaliação da satisfação dos doentes e dos resultados obtidos, vieram potenciar essas preocupações. A avaliação da qualidade dos cuidados prestados, visando a melhoria contínua e o aumento da efectividade dos mesmos, constitui uma finalidade

dos sistemas de saúde modernos (Sousa, 2008). A qualidade dos serviços de saúde deve ser encarada como uma questão essencial e intrínseca à prestação de cuidados e não apenas como uma dimensão desejável, mas acessória (Delgado, 2009).

Contudo, os autores são unânimes em reconhecer a dificuldade em materializar uma ideia única de qualidade em saúde. Com vista a definir o conceito de qualidade em saúde, há que admitir, desde logo, dois tipos de dificuldades: a complexidade e a multiplicidade das especificações da qualidade na saúde e a incerteza científica que a medicina ainda não conseguiu vencer, apesar dos imensos progressos registados e em curso acelerado (Silva et. al., 2004).

Fragata salienta que cuidados prestados com determinado nível de acordo com o estado da arte, no momento preciso e ao doente certo, são certamente cuidados de qualidade, mas há que considerar aspectos como a satisfação de todas as partes envolvidas, especialmente o doente, bem como o acesso igual a esses cuidados, ou equidade, entre outros (Fragata, 2006). Por outro lado, Mollin, citado por Rocha (2006, pág. 116) define qualidade em saúde como «ir ao encontro das exigências e expectativas dos utentes dos serviços e demais intervenientes, mantendo os custos ao nível mais baixo possível».

Donabedian foi o autor que mais marcou a conceptualização da qualidade na saúde, sendo incontornável sempre que se empreende um esforço de clarificação de conceitos nesta matéria. A distinção que se tornou clássica entre estrutura, processo e resultados, para efeitos de avaliação da qualidade dos cuidados, aparece como um aspecto importante no trabalho de Donabedian. Com base nesta distinção, Delgado (2009)

assegura que a qualidade dos cuidados de saúde pode ser abordada segundo as seguintes perspectivas:

i) De estrutura, onde se inclui o conjunto de condições para que a prestação de cuidados possa ter qualidade (as infra-estruturas, os recursos humanos e materiais e a organização);

ii) De processo, que inclui todos os procedimentos de natureza clínica e social que interagem directa ou indirectamente com o doente, ou seja, o modo como os cuidados são efectivamente prestados;

iii) De resultado, que traduzem o impacto que as condições e os processos têm na vida dos doentes: a cura, a reabilitação, a satisfação, as sequelas, as deficiências, a insatisfação e a morte.

Para Delgado, é obviamente através dos resultados que se podem apreciar os níveis de qualidade que um serviço, um departamento ou um hospital, de facto, atinge. Todavia, este será apenas o ponto de partida para o desenvolvimento da qualidade, já que é através dos processos de actuação e das alterações estruturais que se introduzem acções de melhoria. Ou seja, os projectos de qualidade só serão consequentes e robustos se incidirem no próprio modo como os profissionais interagem com os doentes e utilizam o conhecimento e as tecnologias de que dispõem. Bons procedimentos dão mais segurança aos doentes, previnem riscos e garantem melhores resultados.

Embora a generalidade das pessoas atribua a paternidade da gestão da qualidade total aos japoneses, e não obstante esta questão se tenha francamente desenvolvido no Japão, a origem da mesma deve procurar-se nos Estados Unidos.

Para muitos, Deming é o pai da moderna revolução da qualidade. O seu contributo assenta em dois elementos fundamentais: (a) a qualidade tem de estar definida em termos de satisfação dos clientes, pois o objectivo que se pretende é ajustar os produtos ao público e não o contrário; (b) a qualidade é multidimensional; é virtualmente impossível definir a qualidade de um produto ou serviço em termos de uma simples característica.

Por seu lado, Juran (1954) esclarece que a qualidade é uma questão de gestão, não acontecendo por acidente, integrando a seguinte trilogia: (i) o planeamento da qualidade, que se resume a uma actividade de desenvolvimento de produtos e processos, (ii) o controlo da qualidade, que consiste na avaliação do actual desempenho no domínio da qualidade, comparando esse desempenho com os objectivos de qualidade e actuando sobre as diferenças e (iii) a melhoria contínua, ou seja, elevação do desempenho da qualidade a níveis sem precedentes.

De acordo com Silva e colegas, as metodologias da qualidade podem ser vistas como os cuidados de saúde das organizações e dos sistemas. A qualidade e a saúde são duas facetas da mesma realidade. Abrir a saúde à aplicação de metodologias da qualidade é prevenir e dar solução a males e problemas situados em qualquer dos diferentes níveis do sistema, regenerando-o e tornando-o mais apto para o cumprimento das suas missões e para dar resposta aos desafios completamente novos que se lhe colocam nos tempos que correm (Silva et. al., 2004). Também Manuel Delgado faz notar que «o enfoque que se tem posto na última década na ‘produção hospitalar’, com a definição de ‘produtos’, o incentivo ao aumento da ‘produção’ e o apelo à eficiência – desígnios naturalmente louváveis e necessários – obriga-nos a olhar com mais ponderação e interesse para a qualidade técnica das prestações

e para a noção de ‘serviço ao cliente’» (Delgado, 2009, pág. 45). Para este autor, o aumento da produção e a promoção da eficiência não são dimensões antagónicas da qualidade, mas à medida que a pressão sobre essas dimensões aumenta, cresce também a legitimidade em questionar como evolui a qualidade).

Manuel Delgado encara a qualidade como processo dinâmico e defende que medir a qualidade de uma prestação e compará-la com as melhores práticas é importante, sobretudo se daí se retirarem as devidas ilações e se se agir. O autor explica que a acção, neste caso, se traduzirá num «ciclo de melhoria contínua que não só altera ou aperfeiçoa procedimentos técnicos, relacionais ou organizacionais, como também promove novas formas de prestação, mais adequadas às expectativas dos doentes e à própria evolução do conhecimento e das tecnologias» (Delgado, 2009, pág. 49).

Em sentido semelhante, Silva e outros (2004) enfatizam a necessidade de se medir as várias dimensões da qualidade e, de seguida, utilizar ferramentas de melhoria para reduzir erros e desperdício, mudando os processos e reformando os sistemas, de forma a superar os padrões de resultados desejáveis para o nível de organização e de cuidados em que se situe a acção. É neste contexto que vale a pena explorar o *benchmarking* enquanto ferramenta de melhoria contínua da qualidade.

BENCHMARKING

Monitorizar os cuidados de saúde e compará-los entre diferentes hospitais numa estratégia de *benchmarking* tem vindo a tornar-se uma realidade como forma de promover a qualidade e como ferramenta de gestão. A era da avaliação e *accountability*

surge mediante a evidência de variações inexplicáveis em procedimentos dispendiosos em grupos de doentes. Perante a necessidade de investigar as causas e consequências da variabilidade das práticas surge um movimento de responsabilização e avaliação de profissionais de saúde pelos resultados dos seus doentes (custos, consumo de recursos e morte).

Neste contexto, cabe destacar uma ferramenta de gestão, o *benchmarking*, que promove uma atmosfera auto-reflexiva, na qual o hospital pode avaliar o seu próprio progresso. Esta ferramenta tem plena pertinência no actual contexto de recursos finitos que, a par do notável crescimento das despesas com a saúde, põe em evidência a necessidade de maximizar o benefício obtido com os investimentos efectuados.

A falta de uma definição única de *benchmarking* pode, em parte, ser explicada pelo seu carácter recente enquanto técnica, bem como pelo facto de os mais diversos autores postularem tipos diferentes de *benchmarking*. Pode, no entanto, designar-se este método como um processo sistemático e contínuo de avaliação, que visa comparar e medir os processos de uma organização com os processos de organizações líderes, com o objectivo de obter informação, que irá ajudar a organização a implementar acções para melhorar a sua performance. O *benchmarking* sugere um processo estruturado de identificação daquilo que se quer melhorar, um processo de investigação de oportunidades de melhoria interna e um processo de aprendizagem contínua, uma vez que não se trata de aplicar nada directamente, mas sim adaptar as melhores práticas do processo à cultura da própria organização (Costa et. al., 2007). Citando Paladini, Dulce Cruz clarifica: «a ideia básica do *benchmarking* é a fixação de objectivos, com base numa

referência estabelecida, já observada, a partir da qual são retiradas ideias, rotinas de trabalho, informações e estratégias que se podem implementar em novas situações ou mesmo adaptar a situações já existentes» (Cruz, 2002, pág. 71).

Os autores distinguem vários tipos de *benchmarking*, segundo o tipo de objectivos definidos: (i) *benchmarking* interno (analisa comparativamente os processos de diferentes serviços, dentro da mesma organização); (ii) *benchmarking* competitivo (comparam-se organizações que actuam dentro do mesmo mercado, ou seja, que desenvolvem o mesmo negócio); (iii) *benchmarking* funcional (focalizado na função, em processos similares específicos, dentro do mesmo sector de actividade); (iv) *benchmarking* genérico, que procura identificar e transferir melhores práticas inovadoras de um sector industrial para outro.

Entre as vantagens do *benchmarking* destacam-se: a formulação de objectivos ambiciosos, o aumento da produtividade, o desenvolvimento de métodos de trabalho mais eficientes, a aceleração do ritmo de mudança, a identificação de processos que devam ser alterados, o aumento da satisfação do cliente, o melhor conhecimento dos pontos fortes e fraquezas através da auto-avaliação, o estabelecimento e aperfeiçoamento de estratégias; a promoção de melhores soluções para a resolução de problemas.

GRUPOS DE DIAGNÓSTICO HOMOGÉNEOS

Os grupos de diagnóstico homogéneos (GDH) começaram por ser desenvolvidos na Universidade de Yale, EUA, em finais dos anos de 60, com o propósito de relacionar o tipo

de doentes que um hospital trata, isto é, o seu *case-mix*, com os recursos empregues para tal e, conseqüentemente, os custos em que o hospital incorre (Averill et. al, 1998). Desde então, o sistema tem vindo a ser aperfeiçoado, de forma a responder a várias críticas que lhe foram dirigidas.

Este sistema pretende identificar doentes internados em hospitais de agudos com o mesmo diagnóstico, que constituem assim grupos clinicamente coerentes e homogêneos em relação ao consumo de recursos. O mesmo é dizer que é de esperar que o conjunto de serviços requisitados pelo médico seja, em média, semelhante para todos os doentes tratados em determinado GDH (Urbano; Bentes, 1990).

Sendo verdade que cada doente é um caso, não o é menos que os doentes têm em comum características demográficas, diagnósticas e terapêuticas, que determinam o seu nível de consumo de recursos. Se for possível identificar grupos de doentes com características clínicas e perfis de tratamento semelhantes, que se traduzam num consumo de recursos também semelhante e se, para além disso, se conseguir que esses grupos cubram todos os tipos de doentes internados nos hospitais, então obter-se-á um sistema de classificação de doentes que permite conhecer e gerir os produtos do hospital, na medida em que, dentro de cada grupo, os doentes recebem o mesmo produto hospitalar.

Além do diagnóstico principal, e de modo a incluir determinado doente num dado grupo de diagnóstico, consideram-se outros aspectos, tais como a idade, os diagnósticos secundários, a existência ou não de procedimentos cirúrgicos, o destino após a alta, etc. (Hornbrook, 1985). Note-se que a cada episódio de internamento “só pode corresponder

um GDH, independentemente do número de serviços em que o doente tenha sido tratado desde a data de admissão até à data da alta” (alínea c) do n.º2 do artigo 5.º do anexo I à Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro).

Este agrupar dos produtos (leia-se dos cuidados prestados) de acordo com os recursos consumidos torna possíveis comparações ao nível da eficiência, mesmo entre países diferentes e é uma forma de determinar o preço a pagar aos prestadores pela produção de cada unidade (Sanderson; Mountney, 1997).

Os autores deste sistema de classificação pretenderam que ele fosse clinicamente interpretável, e que recorresse a informação colhida por rotina e, portanto, disponível nos hospitais. Por outro lado, era desejável que os grupos fossem em número manejável, pois só assim eram passíveis de ser administrados, sendo exaustivos e mutuamente exclusivos (Costa, 1994).

Em termos sintéticos, pode descrever-se o processo de formação dos GDH do seguinte modo: o primeiro passo é construir grandes categorias de diagnóstico (GCD), que correspondem, em geral, a um aparelho ou sistema principal. Criaram-se, além disso, algumas GCD residuais, tais como doenças infecciosas de localização não específica, queimaduras e infecções pelo VIH. Cada GCD é subdividida em categorias médica e cirúrgica. Esta última, porque o doente internado pode ser submetido a mais que uma intervenção cirúrgica, é depois ordenada de acordo com a intensidade do uso de recursos, sendo o doente classificado segundo o procedimento cirúrgico mais dispendioso que lhe é prestado e que pode ainda relacionar-se com o diagnóstico principal (Hornbrook, 1985). Em seguida, procede-se à avaliação de diagnósticos secundários e de

complicações, bem como da idade do indivíduos, de maneira a apurar se determinam a partição em grupos mais homogéneos (Urbano; Bentes, 1990).

Os grupos de diagnóstico homogéneos são o sistema de classificação de doentes mais amplamente divulgado e, desde 1990, que está implementado em Portugal como mecanismo de financiamento do internamento hospitalar. A implementação dos GDH veio permitir a criação de bases de dados standadizadas de todos os doentes internados nos hospitais do SNS, bem como de uma base de dados nacional dependente do Ministério da Saúde. As vantagens daqui decorrentes são múltiplas, destacando-se a possibilidade de análises estatísticas, estudos de morbilidade, comparações entre as várias instituições, até mesmo para efeitos de planeamento e distribuição de recursos.

O sistema dos grupos de diagnóstico homogéneos não indica, contudo, se determinado produto está a ser devidamente dirigido ao consumidor certo, já que não é avaliada a adequação do tipo de tratamento prestado. Por outras palavras, não há garantia da qualidade dos cuidados prestados.

CAPÍTULO 2

A SAÚDE MATERNA E INFANTIL EM PORTUGAL

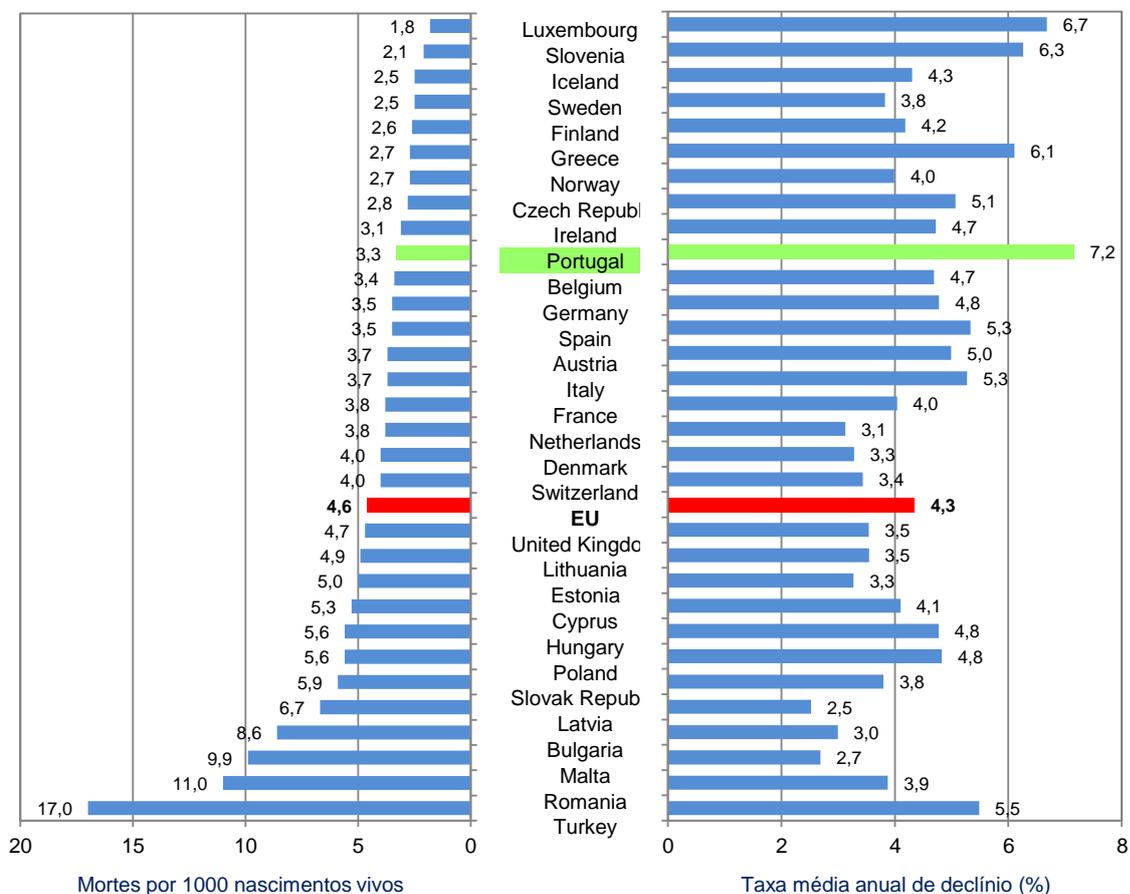
EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE MATERNA E INFANTIL

Nos países da União Europeia tem-se verificado, nos últimos 30 anos, um padrão de descida sustentada nos valores das mortalidades perinatal, neonatal e infantil, assinalando-se alguma estabilidade nos anos mais recentes. Portugal, partindo de valores mais elevados, vivenciou um declínio mais rápido em todos estes indicadores, tendo atingido valores próximos dos dos outros países europeus. As taxas portuguesas de mortalidade perinatal (mortes nos primeiros 7 dias de vida) e infantil (mortes no primeiro ano de vida) eram das mais altas dos quinze países da União Europeia em 1980, sendo, em 2007, melhores que a média desses países.

De acordo com os dados da OCDE, Portugal apresentava, em 2009, uma taxa de mortalidade infantil de 3,6‰ (cfr. anexo I), suspendendo a tendência de declínio constante que ocorria desde a década de sessenta. Este indicador demográfico e social apresentava um valor de 77,5‰ em 1960 constituindo o *score* mais elevado do grupo de quinze países que integravam a União Europeia. Não obstante, Portugal foi o país que registou uma maior variação na descida desta taxa equivalente a -92% entre 1960 e 1997.

Figura 1 – Taxa de mortalidade infantil em 2008 e a taxa de declínio entre 1970 – 2008.

Fonte: OECD Health Data 2010; Eurostat Statistics Database



Por outro lado, a taxa de mortalidade materna atingiu o valor mínimo em 2000, ano em que foi de 2,5‰ (www.pordata.pt) constituindo a terceira mais baixa da União Europeia, a seguir à Áustria, Espanha e Suécia, enquanto a percentagem de partos sem assistência rondava, no mesmo ano, 0,15%.

Como salienta Gouveia (2008), a mortalidade infantil tornou-se o melhor índice do desempenho português na área da saúde e até talvez o melhor índice do desempenho de Portugal como sociedade. Vários factores concorreram para tal: a melhoria dos níveis

de higiene, nutrição, saneamento e de rendimento da população, bem como – segundo têm apontado mais recentemente alguns autores - a facilitação do acesso aos cuidados de saúde com isenção das taxas moderadoras nos serviços de saúde a grávidas e crianças menores de 12 anos e ainda o facto de as famílias dos nossos dias serem constituídas por menos elementos, com maior investimento dos pais nos filhos. Para Gouveia (2008), é natural esperar que uma redução da fertilidade cause uma redução da mortalidade infantil. Em Portugal o índice sintético de fecundidade reduziu-se de valores acima dos 3,5 filhos por mulher no início dos anos 60 do século XX para cerca de 1,4 nos dias de hoje. Por outro lado, parece existir um consenso à escala internacional de que o nível de instrução dos pais, sobretudo o da mãe, constitui um importante factor de risco da morbilidade e mortalidade infantil. Como afirmou Caldwell (1981), citado por Remoaldo (2005, pág. 555) «mulheres escolarizadas possuem uma maior aptidão para manipular o mundo». Remoaldo (2005) aponta que o plano nacional de vacinação existe em Portugal desde 1965, sendo todas as vacinas gratuitas, e as taxas de cobertura vacinal são coincidentes com as dos E.U.A., do Reino Unido e da Noruega, revelando-se até superiores às de países como a França ou o Japão.

A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS DE SAÚDE MATERNA

A partir dos anos 80 em Portugal inicia-se um processo de dinamização das actividades relacionadas com a saúde das mulheres e das crianças que se reflecte a nível dos cuidados de saúde. «Entre 1989 e 1994, foi incrementado um vultuoso programa de investimentos, incidindo particularmente na melhoria das instalações e dos recursos técnicos e humanos dos serviços de

obstetrícia e neonatologia, assim como do equipamento dos centros de saúde referente às acções de vigilância da gravidez e do puerpério, planeamento familiar e saúde infantil» (DGS, 2001).

Nesse contexto, foi criada a Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil (Despacho n.º 8/89, da Ministra da Saúde, datado de 26 de Fevereiro), posteriormente designada de Saúde da Mulher e da Criança (Despacho do Ministro da Saúde n.º 4359/98, de 17 de Fevereiro) e mais tarde designada de Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal (Despacho n.º 24256/2003, de 13 de Novembro). Foram também criadas as unidades coordenadores funcionais (UCF) para a saúde materna e infantil (Despachos do Ministério da Saúde n.º 6/91, de 28 de Maio e n.º 12917/98, de 26 de Junho e, posteriormente, Despacho n.º 9872/2010, de 1 de Junho), que têm pugnado pela articulação, coordenação funcional e interligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares.

Entre os principais objectivos que presidiram à constituição da Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil (CNSMI), contavam-se o garantir a qualidade na vigilância partilhada da grávida e do recém-nascido e o assegurar a garantia de qualidade e segurança no parto e no nascimento. Nesse sentido, concentraram-se os locais de nascimento, estabeleceu-se um programa de formação de recursos humanos e uma distribuição racional dos equipamentos. “Combateram-se assimetrias. Pretendeu-se garantir equidade na assistência a nível nacional” (CNSMI, 2006).

Neste período, e com vista à rentabilização de recursos, os hospitais foram hierarquizados em hospitais de apoio perinatal diferenciado (HAPD) e hospitais de apoio perinatal (HAP). Os hospitais e centros de saúde foram integrados em redes de referência materno-infantis, com áreas geográficas bem definidas e com descrição

das responsabilidades assistenciais dos vários intervenientes (*vide* Anexo II). Assim, o HAP constitui a primeira referência para um grupo de centros de saúde de uma determinada área geográfica, com os quais se articula através da UCF respectiva. O HAPD constitui, por sua vez, a referência para um determinado número de HAP ou, ainda, para determinada patologia materna ou infantil. O HAPD dispõe de unidade de cuidados intensivos neonatais e funciona, simultaneamente, como HAP para os centros de saúde da sua área geográfica.

A UCF integra geralmente profissionais do hospital (obstetra, pediatra, enfermeiro, técnico de serviço social) e profissionais dos centros de saúde /ACES da sua área de influência (médico de família e enfermeiro coordenador de saúde materna e infantil) que consensualizam entre si circuitos assistenciais, protocolos de referenciação e modos de actuação, tendentes a uma maior integração de cuidados de saúde e à melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Está, então, implementado o sistema de vigilância partilhada da grávida, em que a consulta de vigilância obstétrica é realizada nos centros de saúde, efectuada pelos especialistas em medicina familiar, com competência em saúde materna e infantil, em estreita articulação com a consulta de referência obstétrica, efectuada pelos obstetras nos HAP ou HAPD. As competências de cada nível de cuidados (centro de saúde, hospital de apoio perinatal, hospital de apoio perinatal diferenciado) estão elencadas na *rede de referenciação materno-infantil*. Assim, aos centros de saúde cabe, entre outras competências, “assegurar a primeira linha da assistência pré-concepcional pré e pós-natal, assim como os cuidados em planeamento familiar e saúde infantil”; aos hospitais de apoio perinatal incumbe, nomeadamente, “garantir serviço de urgência com presença

física 24/24 horas, de um obstetra, um pediatra e um anestesista (...) e de laboratório de análises, imagiologia e serviço de sangue”; os hospitais de apoio perinatal diferenciado têm “todas as funções dos HAP, com tendência acrescida para autonomia assistencial a todos os RN de risco” (DGS, 2001, pág. 12 e 13).

A melhoria dos cuidados prestados à grávida e ao recém-nascido passa também pela importância dada à consulta pré-concepcional, cuja cobertura o Ministério da Saúde considera presentemente como baixa (2004). Depois de se ter conseguido que a quase totalidade dos partos ocorram em meio hospitalar e que mais de 98% das gravidezes tenham vigilância médica (DGS, 2004), com mais de 80% a iniciar a vigilância antes da 16ª semana de gravidez e mais de 80% a realizar esquemas de vigilância considerados adequados (DGS, 2004) torna-se premente desenvolver actividades de promoção da saúde dirigidas para o período antes da concepção. Promover a saúde no período pré-concepcional é uma forma de contribuir para o sucesso da gravidez, uma vez que muitos dos factores que condicionam negativamente o futuro de uma gestação podem ser detectados, modificados ou eliminados, antes que a mulher engravide (DGS, 2006).

Outro dos défices existentes centra-se no período puerperal, visto uma parte das mulheres não efectuarem consultas de revisão do puerpério (pouco mais de 60% das puérperas realizam este tipo de consultas). Uma das prioridades do Ministério da Saúde, expressa no plano nacional de saúde, passa pelo aumento de 5% por ano da taxa de cobertura das puérperas para que se possam alcançar valores próximos dos 100% antes de 2014 (DGS, 2004).

INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

É consensual que cuidados de saúde adequados prestados à grávida e ao recém-nascido diminuem a mortalidade e morbilidade materno-fetal. Vários estudos sugerem que cuidados pré-natais adequados são eficazes na prevenção de atraso de crescimento intra-uterino e parto pré-termo e na prevenção de morte perinatal. Por outro lado, pode afirmar-se que a ausência de vigilância pré-natal é um dos factores de risco associados à mortalidade materna. A este propósito, cumpre salientar que o decréscimo observado em Portugal relativamente à mortalidade materna pode ser também explicado pelo reforço da interligação dos diferentes níveis de cuidados de saúde e o melhor equipamento logístico dos serviços (DGS, 2009).

Na grávida existem períodos fundamentais para avaliar o bem-estar materno e fetal. Neste contexto, a orientação da vigilância deve obedecer a um esquema indicado, relativo às semanas de gravidez e aos elementos a colher e a avaliar. No actual contexto dos cuidados de saúde primários em Portugal, a vigilância pré-natal de gravidezes sem e de baixo risco é assumida pelo médico de família. A Direcção Geral da Saúde tem preconizadas orientações técnicas com o objectivo de uniformizar e melhorar o nível dos cuidados prestados durante a gravidez (Cabral, 2003).

Esta forma de organização dos cuidados prestados à grávida constitui um perfeito exemplo de integração de cuidados. Como se preconiza no relatório final do grupo técnico para a reforma hospitalar (2011, pág. 114), «a criação de organizações integradas tem o objectivo de reduzir a fragmentação do sistema e a desarticulação entre as várias estruturas da oferta de cuidados de saúde».

Santana e Costa (2008, pág. 35) ensinam que a integração de cuidados de saúde pode constituir uma resposta organizacional aos novos paradigmas dos sistemas de saúde. De acordo com os autores, «a integração é um processo que envolve a criação e a manutenção ao longo do tempo de uma estrutura comum entre os parceiros (e organizações) independentes com o propósito de coordenar a sua interdependência no sentido de permitir o funcionamento conjunto no âmbito de um projecto colectivo». Alertam, todavia, que nem sempre é fácil de alcançar «porque se torna mais fácil juntar as peças do que fazer com que elas funcionem juntas».

Apesar de não se tratar de uma opção estratégica consensual nem permitir uma operacionalização linear, as suas potencialidades são amplamente reconhecidas, sobretudo na sua dimensão vertical, que permite uma focalização na criação de valor para o utente. Entre as vantagens da integração vertical apontadas por Santana e Costa, destacam-se: (i) a qualidade assistencial: «ao existir uma organização vocacionada para os problemas de saúde, tentando evitá-los e resolvê-los de uma forma coordenada, inter e multidisciplinar, com facilidade de comunicação ascendente e descendente, fluidez na disponibilização da informação e existência de protocolos e *guidelines* de actuação técnica standardizada assiste-se a uma redução do risco de má prática clínica. Através da integração consegue reduzir-se a variação clínica, os erros médicos e consequentemente incrementar os padrões de qualidade assistencial» (2008, pág. 46); (ii) a redução dos actos e procedimentos desnecessários ao longo do processo de produção, dado que é possível, à equipa multidisciplinar, a planificação e programação conjunta de toda a actividade a desenvolver.

PARTOS POR CESARIANA

A proporção de partos por cesariana é um indicador de qualidade assistencial. De acordo com a OMS, este valor não deverá ultrapassar os 15%, sendo mais elevado nos países e regiões desenvolvidos e tendo vindo a crescer acentuadamente em países economicamente emergentes.

As taxas de cesariana são um dos indicadores de qualidade mais frequentemente usados, para avaliar ou comparar serviços de obstetrícia, para o que contribui o facto de serem fáceis de medir, já que constam dos registos administrativos.

A utilização de cesariana por outras razões que não puramente necessidade clínica e os custos associados a este métodos fazem com que este procedimento capte a atenção dos especialistas em questões de saúde e decisores políticos. Assume-se que taxas mais baixas reflectem uma prática clínica mais apropriada e mais eficiente.

Apesar de vários esforços para classificar o grau de urgência das cesarianas e para sistematizar os diferentes motivos de cesariana, não existe um sistema classificativo consensualmente aceite pela comunidade científica internacional. Em Portugal, também não existem normas de orientação de âmbito nacional para este efeito (ARS Norte, 2010). Alguns estudos demonstram que as taxas de cesariana variam significativamente entre médicos exercendo na mesma instituição (Moore, 2005).

Em 1976, o *American Journal of Obstetrics and Gynecology* dava conta de um rápido aumento nas taxas de cesariana dos EUA, através da publicação de um artigo relativo a um hospital da California, que conheceu um aumento daquela taxa de 6% em 1969 para 9,1% em 1974 e de um outro artigo, sobre um hospital da Carolina do Norte, relatando

um aumento de 6,3% em 1970 para 10,3% em 1975. Em 2003, a taxa a nível dos vários estados era de 27,6%, um crescimento de 6% desde 2002 (Moore, 2005). Em 2007, a taxa cifrava-se em 31,8%, o que significa que uma em cada três mães dá à luz através de cesariana.

No nosso país, os últimos dados oficiais datam de 2007 e quase atingiam os 35%. Dados referentes apenas aos hospitais públicos nacionais apontam para uma taxa de cesariana em 2007 de 32,4%, em 2008 de 32,6% e, em 2009, de 33,2% (ARS Norte, 2010).

A ligeira tendência crescente da taxa de cesarianas nos hospitais públicos, juntamente com o aumento do número de partos em hospitais privados, onde a taxa global de cesarianas em 2005 atingiu os 65,9%, conduziu a que a taxa global de cesarianas ascendesse, em 2009, a 36,4/100 nados vivos (cfr. quadro *infra*). O valor registado em 2009 representa um aumento de 11,9%, relativamente ao valor deste indicador em 2004.

Quadro 1 - Evolução do número e percentagem de cesarianas em Portugal, 2001-2009.

	Partos por cesariana /100 partos	Partos por cesariana /100 nados-vivos	Número de cesarianas
Meta 2010 (a)	ND	24,8	
Melhor valor da UE 15 (2009) (b)	ND	15,7	
Portugal (2001)	29,9	29,7	31591
Portugal (2004)	32,8	32,5	33551
Portugal (2005)	34,3	34,0	35180
Portugal (2006)	35,2	34,8	34745
Portugal (2007)	35,6	35,3	34173
Portugal (2008)	36,3	35,9	35537
Portugal (2009)	36,8	36,4	34309

(a) Nova Meta calculada para Portugal Continental. ND – Não Disponível. (b) Finlândia, WHO/HFADB (2011).

Fonte: INE, 2011.

Fonte: Alto Comissariado da Saúde. Indicadores e Metas do PNS.

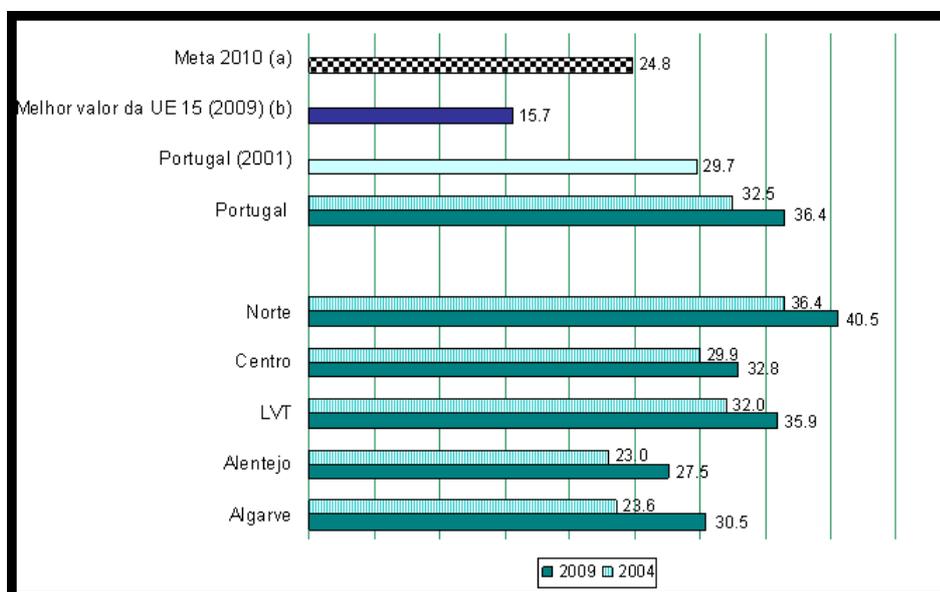
(<http://www.acs.min-saude.pt/pns/nascer-com-saude/partos-por-cesariana100-partos>)

Estes dados colocam Portugal como um dos países europeus onde a taxa de cesarianas é mais elevada, tendo sido ultrapassado em 2007 apenas pela Itália. Todos os restantes países europeus têm uma taxa de cesarianas que não ultrapassa os 30% e vários têm uma taxa inferior a 20% (*vide* anexo III).

O número de partos por cesariana, relativamente ao número de nados vivos, aumentou em todas as regiões de saúde, no período 2004-2009.

Na região norte registam-se os valores mais elevados para este indicador. Em 2009 ocorreram quase 41 partos por cesariana, por 100 nados vivos nesta região (aumento de 11,2%, relativamente ao valor de 2004). As regiões do Alentejo e Algarve apresentam os valores mais baixos deste indicador mas, no período 2004-2009, foram as regiões com aumento relativo mais pronunciado (respectivamente, 19,5% e 29,2%).

Figura 2 - Percentagem de cesarianas nas várias regiões de Portugal, em 2004 e 2009.



(a) Nova Meta calculada para Portugal Continental. (b) Finlândia, WHO/HFADB (2011).

Fonte: INE, 2011.

Fonte: Alto Comissariado da Saúde. Indicadores e Metas do PNS.

(<http://www.acs.min-saude.pt/pns/nascer-com-saude/partos-por-cesariana100-partos>)

Os métodos utilizados para estimar os custos das diferentes formas de nascimento são muito divergentes, mas a maioria dos artigos descreve um custo significativamente superior associado ao parto por cesariana. Como se explica no relatório da comissão para a redução da taxa de cesarianas da ARS Norte IP, o parto vaginal origina um GDH médico, com um financiamento penalizador para a instituição em duas vertentes: primeiro porque gera um valor de financiamento inferior à cesariana; e segundo porque, a dois anos, o número de partos vaginais influencia negativamente o índice de *casemix* do hospital, com nova penalização no financiamento global. (ARS Norte 2010).

ANALGESIA EPIDURAL

A analgesia epidural constitui o método mais eficaz de alívio da dor em todas as fases do parto. Utilizada criteriosamente é a técnica que produz menos efeitos secundários sobre a fisiologia materna e fetal. Tem como objectivo proporcionar o alívio da dor sem produzir um bloqueio motor significativo, já que interessa manter a parturiente colaborante durante o parto. A técnica tem poucas contra-indicações, às quais se contrapõem algumas situações que comprovadamente beneficiam com a sua utilização. A maioria das complicações são autolimitativas ou de fácil correcção com terapêutica médica, portanto quase sempre sem sequelas (Martins, Marques, Tomé, 2002).

Embora considerada por muitos como “opção de ouro” para reduzir a dor no parto, os seus riscos têm sido também largamente debatidos. De facto, alguns estudos apontam que esta anestesia pode interferir negativamente no processo normal do parto em

algumas pacientes, aumentando o risco de parto por cesariana. No entanto, outras investigações têm vindo a sugerir que o uso de analgesia epidural não aumenta o risco de parto por cesariana.

Apesar da controvérsia existente acerca da analgesia epidural, este é actualmente considerado o método mais eficaz no alívio da dor de parto. O alívio da dor durante o trabalho de parto ajuda a evitar a sua descoordenação, bem como a diminuição do fluxo de sangue uterino, os quais condicionam prejuízos na reserva de oxigénio da placenta; mais ainda, a analgesia epidural contribui para a melhoria da oxigenação fetal. Outros estudos, por sua vez, mostram que a satisfação da mulher com o parto é maior no caso de ter tido uma analgesia do parto pelo método epidural (Figueiredo, Costa, Pacheco, 2002).

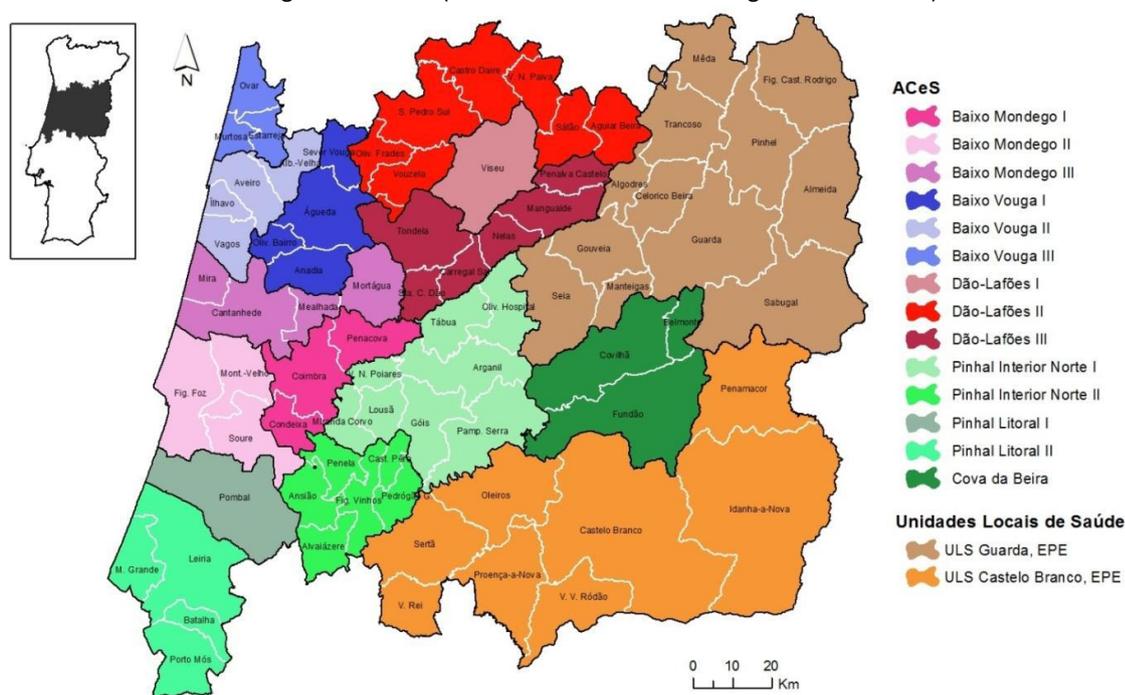
CAPÍTULO 3

A REGIÃO CENTRO: PERFIL DE SAÚDE

A Administração Regional de Saúde do Centro, IP, correspondente à região centro, tem 17,6% da população residente no continente e é a terceira região de saúde em termos de efectivos populacionais (ARSC, 2010). A população residente na região centro em 21 de Março de 2011 era de 2.327.026 indivíduos, o que representa uma diminuição de 0,9% na última década e contraria a tendência nacional de aumento populacional ligeiro (1,9%).

Os resultados preliminares dos censos 2011 revelam que a região centro e o país são territórios com mais mulheres do que homens (em ambos os casos, 52% da população é do sexo feminino). O aumento das famílias residentes na região, conjugado com a redução da população, evidencia uma diminuição da dimensão média das famílias. Assim, de 2,8 indivíduos em 2001, passou-se para 2,5 em 2011, valor ligeiramente inferior à média nacional (de 2,6 indivíduos).

Figura 3 - Âmbito territorial da ARS Centro, IP e respectivas unidades administrativas, em vigor a partir de 24 de Agosto de 2010 (Fonte: Perfil de saúde da região centro 2010)

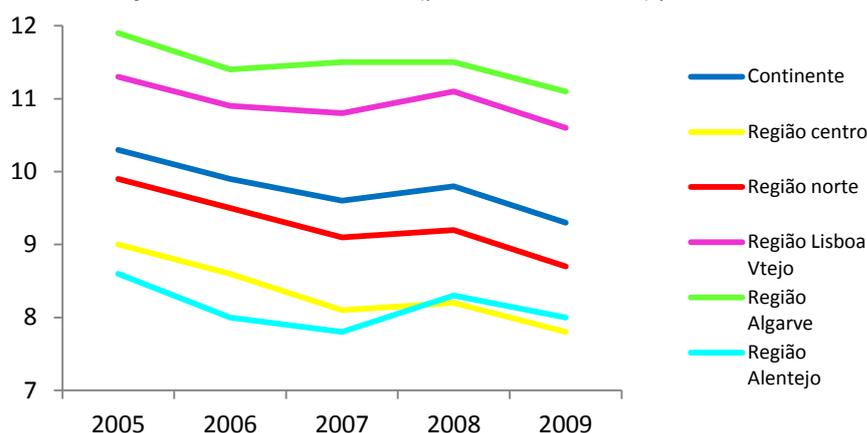


Explicações possíveis para este facto são o envelhecimento da população, a diminuição do número de filhos, as baixas taxas de natalidade, o aumento da taxa de divórcio e os novos modelos de família (CCDR, 2011).

Em 2009, 13,6% da população residente na região centro, tinha menos de 15 anos de idade e 20,9% da população tinha 65 e mais anos. O grupo etário dos 25 aos 64 anos

representa 54,6% da população residente. A esperança de vida à nascença na região ronda os 79 anos e é ligeiramente superior ao valor do continente, evidenciando uma evolução favorável nos últimos anos (ARSC, 2010).

Figura 4 – Evolução da taxa de natalidade (por 1000 habitantes) por residência das mães.



Fonte: Direcção Geral da Saúde, 2010.

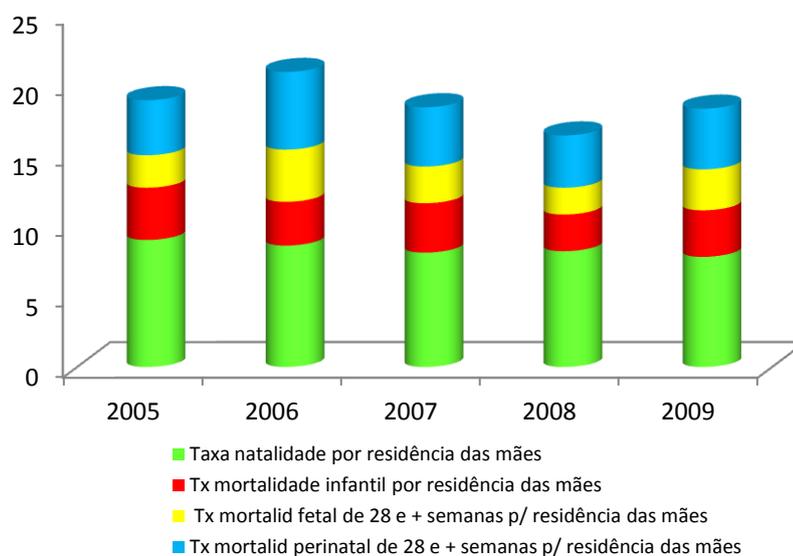
Em Portugal observou-se em 2009 uma descida da taxa de natalidade para 9,4/1000nv, correspondendo a uma diminuição de cerca de 5000 nados vivos face aos valores do ano anterior. Notou-se o mesmo comportamento para todas as regiões de saúde. No entanto, as regiões de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, do Algarve, dos Açores e da Madeira observaram taxas de natalidade acima da média nacional.

Na região centro, em 2009, registaram-se 18.850 nascimentos vivos, o que representa 18,9% de todos os nascimentos ocorridos em território português (cfr. anexo IV). O ano seguinte conheceu um aumento de 0,9% no número de nascimentos vivos – 19.018, o que significa 18,8% dos nascimentos ocorridos em território português (*vide* anexo V).

A evolução da taxa de mortalidade infantil na região centro tem variado em torno dos três óbitos com menos de 1 ano de idade por 1000 nados-vivos. O valor mais alto

observado no quadriénio de 2006 a 2009 foi 3,8‰ (em 2008), tendo-se cifrado em 2,9‰ em 2009 (ARSC, 2010).

Figura 5 – Evolução da taxa de natalidade e das taxas de mortalidade perinatal, fetal e infantil, na região centro.



O índice sintético de fecundidade na região centro em 2009 é ligeiramente inferior ao do continente e cifra-se em 1,2 filhos por mulher em idade fértil (dos 15 aos 49 anos). Nesse ano, a idade média da mãe aquando do nascimento do primeiro filho, correspondia a 29 anos, não existindo diferenças substanciais entre regiões do continente (ARSC, 2010).

Em 2010 encontram-se inscritas na área de jurisdição territorial da ARSC (ACES e ULS) 459 865 mulheres em idade fértil (15-49 anos). No que diz respeito às mulheres com pelo menos uma consulta médica de planeamento familiar em 2010, observou-se um aumento de 16,1% relativamente ao ano anterior (ARSC, 2010).

No primeiro semestre de 2010 realizaram-se no âmbito de jurisdição territorial da ARS Centro 4.897 primeiras consultas no 1º trimestre de gravidez, correspondendo a um

aumento de 7,4% relativamente a período homólogo do ano anterior. Relativamente ao total das primeiras consultas de gravidez, observou-se um aumento de 10,6% durante o período em análise.

No total do ano de 2010, registaram-se 7.649 primeiras consultas de gravidez (88% das quais realizadas nos ACES), traduzindo um aumento de 14% relativamente ao ano anterior.

A evolução da proporção de nascimentos em mulheres adolescentes decresceu, de forma sustentada, no período de 2006 a 2009 na região centro (*vide* anexo VI). Consistentemente com as alterações demográficas e sociais da população portuguesa, observa-se uma proporção crescente de nascimentos em mulheres com mais de 35 anos. Assim, enquanto a percentagem de nascimentos em mulheres com mais de 35 anos foi de 14,8% em 2006, em 2009 esse valor foi de 17,3% (ARSC, 2010) (*vide* anexo VI).



PARTE II

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS



CAPÍTULO 4

METODOLOGIA

A fonte de informação a que se recorreu foi a base de dados contendo os resumos de alta dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde da área da Administração Regional de Saúde do Centro, IP, cedida por esta ARS. Desta base constavam todos os registos de episódios de internamento classificados nas grandes categorias de diagnóstico 14 (gravidez, parto e puerpério) e 15 (recém-nascidos e lactentes com afecções do período perinatal), relativamente aos dois anos mais recentes, 2009 e 2010, num total de 63.587 registos.

A metodologia utilizada é essencialmente de tipo descritivo.

OBJECTIVOS DO ESTUDO E IDENTIFICAÇÃO DE QUESTÕES

O objectivo geral do estudo é a caracterização das circunstâncias em que ocorrem os partos nos hospitais do SNS da região centro, em termos de tipo de parto, duração do internamento, entre outros aspectos.

O estudo tem também alguns objectivos específicos. Consubstanciados naquele objectivo genérico, pretendem dar resposta concreta às seguintes questões principais: a identificação das diferenças eventualmente existentes a nível da taxa de cesariana praticada, a nível da utilização de analgesia epidural e a nível dos partos com ou sem complicações, nos hospitais em estudo.

Tendo por base a revisão de literatura efectuada e face aos objectivos enunciados, formularam-se as seguintes questões:

- a) Os hospitais em estudo têm diferentes taxas de cesariana;
- b) Os hospitais têm diferentes taxas de utilização da analgesia epidural;
- c) Os hospitais realizam partos de doentes que não são da sua zona de influência;
- d) Os hospitais apresentam diferentes motivos para a realização de cesariana;
- e) Os hospitais têm diferentes taxas de partos com complicações;
- f) Os hospitais apresentam durações de internamento diferentes.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Uma vez que o estudo incide sobre os internamentos obstétricos específicos da maternidade, consideraram-se unicamente os episódios relacionados os GDH a seguir identificados:

GDH 370	Cesariana, com CC
GDH 371	Cesariana, sem CC
GDH 372	Parto vaginal, com diagnósticos de complicação
GDH 373	Parto vaginal, sem diagnósticos de complicação
GDH 374	Parto vaginal, com esterilização e/ou dilatação e/ou curetagem
GDH 375	Parto vaginal, com procedimentos em BO, excepto esterilização e/ou dilatação e/ou curetagem uterina
GDH 650	Cesariana de alto risco, com CC
GDH 651	Cesariana de alto risco, sem CC
GDH 652	Parto vaginal de alto risco, com esterilização e/ou dilatação e/ou curetagem uterina

A base de dados a trabalhar ficou, assim, com 28.310 episódios de internamento, que correspondem todos os episódios de parto ocorridos nos hospitais do SNS da região centro, em 2009 e 2010.

APRESENTAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

No estudo foram utilizadas variáveis por nós criadas e variáveis inicialmente constantes da base de dados. Estas últimas foram as seguintes: ano, identificação do hospital, tipo de hospital, diagnóstico principal e diagnósticos secundários nos termos da ICD-9-CM, procedimentos efectuados, destino após a alta, tipo de admissão, número de dias de internamento, idade, identificação do GDH, distrito, concelho.

Além destas, foram criadas as seguintes variáveis:

- i) **grupo etário:** construída a partir da variável idade, classifica as mulheres em seis classes de idade: 12-17 anos; 18-24 anos; 25-29 anos; 30-34 anos; 35-44 e 45 e mais anos.
- ii) **diagnóstico principal:** na base de dados o diagnóstico principal atribuído ao episódio de internamento nos termos da ICD-9-CM era identificado por 5 dígitos. Esta variável foi transformada, tendo esses códigos sido agregados de acordo com os 3 primeiros dígitos, que correspondem a grupos mais genéricos, mas com pleno significado clínico.
- iii) **tipo de GDH,** que distingue os partos vaginais (GDH 372, 373, 374, 375, 652) dos partos por cesariana (GDH 370, 371, 650, 651).

iv) **complicações**, que pretende fazer a distinção entre partos (seja parto vaginal ou cesariana) que se desenvolveram sem complicações e aqueles que registaram complicações, incluindo procedimentos em bloco operatório.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os anos de 2009 e 2010 são tratados em conjunto, ou seja, considera-se a população dos dois anos como única. Desta forma, pretende-se intensificar o volume dos dados em análise, bem como obstar a possíveis enviesamentos temporais.

Para a caracterização e descrição da população em estudo e para a análise das questões utilizaram-se medidas estatísticas de tendência central e dispersão.

A base de dados foi fornecida em formato excell. Com vista à análise dos dados, foi convertida em documento de SPSS. Na análise estatística foi utilizado o IBM SPSS Statistics 19, tendo-se recorrido também ao excell para a apresentação dos dados.

CAPÍTULO 5

APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Os partos foram responsáveis por cerca de 8,2% do total dos episódios de internamento verificados nos hospitais abrangidos pelo nosso estudo no ano de 2009 e por 8,4% no ano seguinte. No entanto, quando se considera o total de episódios de internamento de todos os hospitais do SNS da região centro – e não apenas das maternidades ou dos hospitais com serviços de obstetrícia – os partos representaram, em 2009, 7,2% do total de episódios de todos os hospitais do SNS da região centro e 7,5% em 2010.

Quadro n.º 2 - Total de episódios de internamento e número e percentagem de episódios relacionados com o parto nos hospitais do SNS da região centro, em 2009 e 2010.

Ano	Total episódios	CGD 14*	% GCD 14
2009	195.843	14.024	7,2%
2010	191.328	14.286	7,5%
Total	387.171	28.310	7,3%

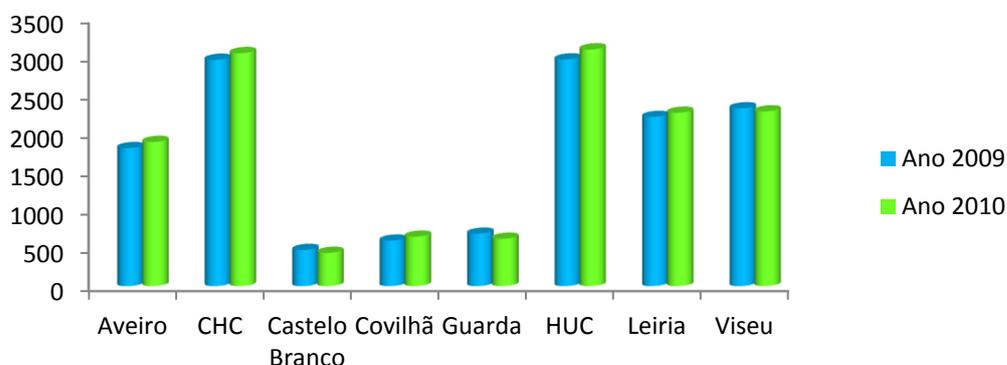
Nota: *GCD 14: Consideram-se aqui os GDH 370 a 375 e 650 a 652, por serem os que dizem respeito a episódios de parto

Uma análise por hospital revela que os hospitais do distrito de Coimbra (CHC e HUC) são responsáveis por 42,6% do total de partos realizados na região centro (respectivamente 21,2% e 21,4%). Em Viseu realizaram-se 16,3% (4.612) do total de partos da região centro, 16% em Leiria (4.481) e 13% em Aveiro (3.691) (*vide* anexo VII).

É no CHC, nos hospitais de Aveiro e de Leiria que a proporção dos episódios de parto sobre o total de episódios de internamento desses hospitais é superior (respectivamente 12,7%, 10,5% e 10%). Em Castelo Branco e na Covilhã os episódios de parto representam apenas 4,6% do total de episódios de internamento verificados nesses hospitais (*vide* anexo VII).

Em toda a região, os episódios relacionados com o parto contabilizaram 107.749 dias de internamento. O número máximo de dias registado foi 104, sendo a média da duração de internamento de $3,8 \pm 2,3$ dias. No entanto, se se repetir a análise considerando apenas os episódios de parto com duração igual ou inferior a 9 dias – que representam, de resto, 98,5% do total de episódios em estudo, perfazendo 27.894 casos – constata-se que a demora média foi de $3,6 \pm 1,2$ dias, sendo de três dias a mediana e a moda.

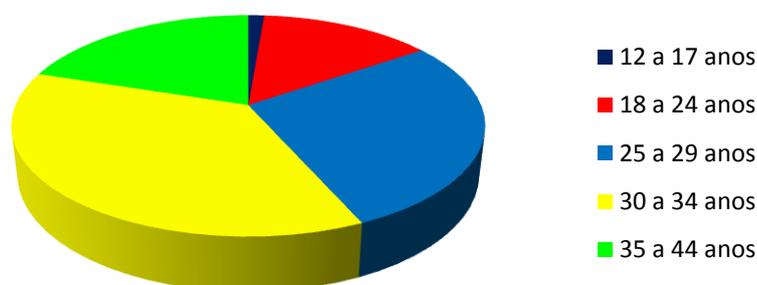
Figura n.º 6 - Distribuição dos episódios de parto por hospital da região centro, em 2009 e 2010



A esmagadora maioria das admissões teve carácter urgente (90,4%), registando-se apenas 2.706 admissões programadas. A alta para o domicílio ocorreu em 99% dos casos, assinalando-se contudo 251 situações (0,9%) de alta contra parecer médico.

A média da idade das mães é de 30 \pm 5,4 anos. A mãe mais nova tinha 12 anos e a mais velha 49, apesar de se ter detectado um registo em que a idade materna constava como 62 anos, o que se considerou tratar-se de um lapso de registo. A idade mais comum é 31 anos. De facto, o gráfico que se segue evidencia que o grupo etário mais frequente é 30-34 anos, que reúne 37% dos episódios, seguido do grupo etário 25-29 anos, que contabiliza 28% dos partos, e do grupo 35-44 anos, responsável por 20% do total de partos (*vide* anexo VII).

Figura n.º 7 - Distribuição dos episódios de parto por grupo etário



Em 2009 e 2010, nos hospitais do SNS na região centro, os partos por cesariana representaram 31,5% do total de partos, ou seja, 8.922 episódios. Realce-se que 73,2% do total de partos (vaginal ou cesariana) se desenrolaram sem complicações¹.

Cerca de 4,5% dos nascimentos ocorreram antes de se completarem as 37 semanas de gestação, considerando-se, por esse motivo, de pré-termo². Este valor foi proporcionalmente superior nas cesarianas (6,1%), com 546 episódios assinalados. Em contrapartida, os partos pós-termo³ – ocorridos após 42 semanas de gestação – foram em

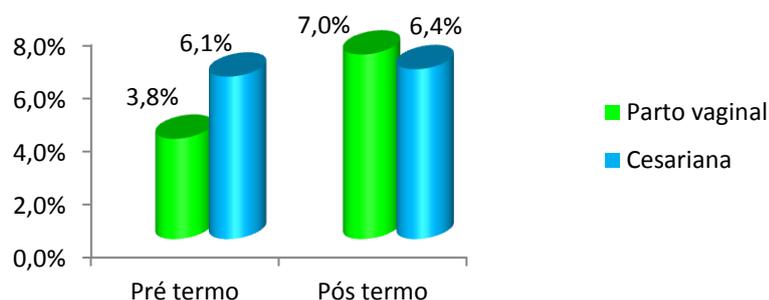
¹ Consideraram-se partos sem complicações os classificados nos GDH 371, 373 e 651. Consideraram-se partos com complicações os classificados nos GDH 370, 372, 374, 375, 650 e 652.

² Consideraram-se partos de pré-termo os que tinham registado, em algum dos campos destinados ao registo dos diagnósticos, os códigos 644.20 ou 644.21, que identificam trabalho de parto prematuro.

³ Consideraram-se partos de pós-termo os que tinham registado, em algum dos campos destinados ao registo dos diagnósticos, os códigos 645.01 a 645.23, que identificam gravidez prolongada ou gravidez pós-termo.

percentagem superior nos partos vaginais (7%, ou seja, 1.348 partos, contra 6,4%, isto é, 571 episódios, nas cesarianas). Por exclusão de partes, pode concluir-se que a esmagadora maioria dos partos, aproximadamente 89%, ocorreu entre as 39 e as 42 semanas de gestação.

Figura n.º 8 - Distribuição dos episódios de parto pré-termo e pós-termo, de acordo com o tipo de parto.



O quadro seguinte apresenta a distribuição dos episódios em estudo de acordo com a respectiva classificação em termos de GDH. Saliente-se, no que concerne as cesarianas, que o GDH 371, cesariana sem complicações, é o mais frequente, totalizando cerca de 85% dos partos realizados por esta via. De igual modo, o parto vaginal sem diagnóstico de complicação (GDH 373) é o mais frequente, representando quase 66% dos partos normais.

Quadro n.º 3 - Distribuição dos episódios por tipo de parto e por GDH

	GDH	N.º episódios	%
Cesariana	370	809	2,9
	371	7603	26,9
	650	86	0,3
	651	424	1,5
Parto vaginal	372	6585	23,3
	373	12702	44,9
	374	45	0,2
	375	49	0,2
	652	7	0,0
Total		28.310	100

O diagnóstico principal mais utilizado foi o parto normal (5.206 episódios, ou seja, 18,4% do total). Quase 11% dos episódios foram classificados com *problemas associados ao líquido amniótico* e 2.685 episódios (pouco menos de 10% do total) enquadraram-se na categoria *obstrução do trabalho de parto*.

Faz-se notar que os quinze diagnósticos mais frequentes são responsáveis por 93,3% dos episódios de parto ocorridos (26.416).

Quadro n.º 4 – Os 15 diagnósticos principais mais frequentes: quantidade e designação

Diagnóstico principal	Quantidade	Designação
650	5206	Parto normal
658	3038	Problemas associados ao líquido amniótico
660	2685	Obstrução do trabalho de parto
659	2656	Outras indicações para a intervenção no parto ou trabalho de parto, não classificáveis de outro modo
662	2547	Trabalho de parto prolongado
656	2081	Outros problemas fetais ou placentares que afectam a mãe
653	1311	Desproporção
663	1079	Complicações do cordão umbilical
661	913	Distocia
654	896	Anomalias dos órgãos e tecidos moles da pélvis
664	878	Traumatismo do períneo e vulva no trabalho de parto
652	830	Má posição do feto
645	804	Gravidez pós-termo
669	753	Outras complicações do trabalho parto/ parto não classificáveis de outro modo
648	739	Outras doenças maternas que complicam a gravidez, o parto e o puerpério

Na base dos resumos de alta dos hospitais, e atendendo às dez primeiras colunas⁴ destinadas ao registo de procedimentos, constata-se que os dez principais procedimentos

⁴ Apesar de haver, na base de dados, vinte colunas dedicadas ao registo sequencial dos procedimentos, considerou-se na análise apenas as dez primeiras, já que os registos nas colunas subsequentes são meramente residuais.

assinalados, no conjunto de todos os partos são: 75.34 – registo cardiotocográfico, num total de 26.799 registos, 39.1 - injeção de substância analgésica ou anestésica (morfina), num total de 13.499 registos, 73.59 – parto assistido espontaneamente, num total de 13.447 registos; 03.90 – inserção de cateter no espaço espinal, num total de 12.436 registos, 99.18 – infusão intra-venosa com electrólitos, num total de 10.697 registos, 73.6 - episiotomia, num total de 10.548 registos; 74.1 – cesariana e remoção do feto, num total de 8.910 registos; 99.21 – injeção hipodérmica com antibiótico, num total de 7.014 registos, 99.29 - injeção hipodérmica com substância profilática, num total de 6.343 registos.

Importa salientar que o parto com recurso a ventosa foi inscrito em 4.186 episódios⁵, o que representa 21,6% do total de partos vaginais, e o uso de fórceps registado em 1.763 situações⁶, ou seja 9,1% do total de partos normais.

QUESTÕES EM ESTUDO:

Questão 1: Os hospitais têm diferentes taxas de cesariana

Em 2009 e 2010, nos hospitais do SNS da região centro, a taxa de cesarianas ascende a 36,6% e 36,5% nos hospitais de Guarda e Aveiro. No extremo oposto, encontram-se o

⁵ Considerou-se que o parto foi feito com recurso a ventosa se estava presente um dos seguintes procedimentos: 72.71 – extracção por ventosa com episiotomia ou 72.79 – outra extracção por ventosa.

⁶ Considerou-se que o parto foi feito com recurso a fórceps se estava presente um dos seguintes procedimentos: 72.0 (fórceps baixo), 72.1 (fórceps baixo com episiotomia), 72.21 (fórceps médio com episiotomia), 72.29 (outro fórceps médio), 72.31 (fórceps alto com episiotomia), 72.39 (outro fórceps alto), 72.4 (fórceps com rotação da cabeça fetal), 72.51 (extracção pélvica parcial com fórceps para a cabeça última), 72.53 (extracção pélvica total com fórceps para a cabeça última), 72.6 (aplicação de fórceps à cabeça última), 73.3 (aplicação de fórceps sem resultado).

hospital de Castelo Branco, o CHC e o hospital da Covilhã, onde as cesarianas representam, respectivamente, 24,3%, 28,1% e 28,6% do total de partos. Em Leiria, Viseu e HUC a taxa de cesarianas observada é muito próxima – respectivamente, 32,2%, 31,5% e 31,9%.

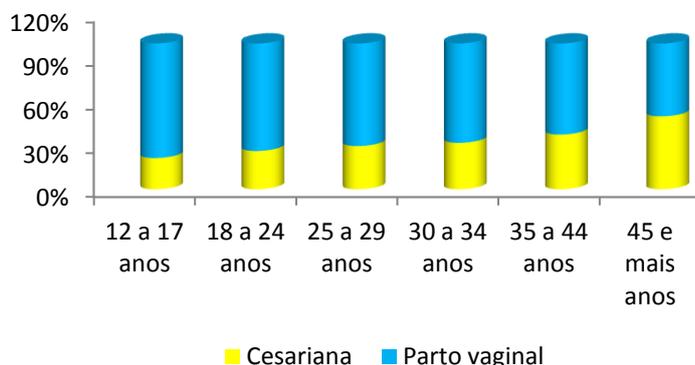
Quadro n.º 5 – Distribuição dos episódios por tipo de parto, nos vários hospitais

Hospital	Tipo de parto				Total
	Cesariana	%	Parto vaginal	%	
Aveiro	1348	36,5%	2343	63,5%	3691
CHC	1686	28,1%	4323	71,9%	6009
Castelo Branco	221	24,3%	687	75,7%	908
Covilhã	355	28,6%	887	71,4%	1242
Guarda	478	36,6%	828	63,4%	1306
HUC	1936	31,9%	4125	68,1%	6061
Leiria	1444	32,2%	3037	67,8%	4481
Viseu	1454	31,5%	3158	68,5%	4612
Total	8.922	31,5%	19.388	68,5%	28.310

Em 18,5% das cesarianas a admissão foi programada – por oposição a 5,4% de admissões programadas ocorridas nos partos vaginais.

Uma análise da idade das parturientes revela que a taxa de cesarianas aumenta no mesmo sentido do grupo etário. De facto, nas mulheres de idade igual ou superior a 45 anos, a taxa de cesarianas é de 51%; baixa para 38% no grupo etário seguinte; é de 32% relativamente às mulheres de 30 a 34 anos, de 30% na faixa etária imediatamente a seguir; atinge 26% nas mulheres que têm entre 18 e 24 anos e, finalmente, é de 21% na faixa etária mais jovem.

Figura n.º 9 – Distribuição percentual dos episódios por tipo de parto, de acordo com o grupo etário

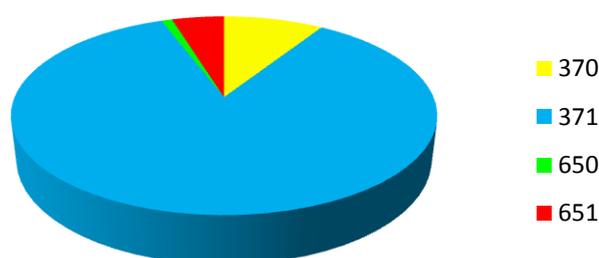


No que concerne as cesarianas, o GDH mais frequente em todos os hospitais foi o 371, cesariana sem complicações, cuja percentagem sobre o total de cesarianas realizadas, oscila entre 96% no hospital da Guarda, 90% nos hospitais de Aveiro e Castelo Branco e 73% no CHC. A cesariana com complicações (GDH 370) é mais frequente no CHC, onde se efectuaram 44,9% do total de cesarianas do GDH 370 ocorridas na região centro. Este GDH totaliza 22% dos partos por cesariana contabilizados naquela maternidade. No extremo oposto, encontram-se os hospitais da Guarda e de Castelo Branco que, nos dois anos em estudo, registaram apenas, respectivamente, 5 e 6 episódios do GDH 370.

Em sentido semelhante, importa referir que o GDH 650, cesariana de alto risco com complicações, foi igualmente menos frequente nos hospitais de Castelo Branco (nenhum episódio registado), Guarda e Covilhã (cada um com 3 episódios) e ainda Aveiro (4 registos) e Leiria (6 episódios). Mais uma vez, é no CHC que se concentram os partos deste género (33 episódios do GDH 650), logo seguidos dos HUC (18 cesarianas de alto risco, com complicações).

Quanto ao GDH 651, cesariana de alto risco sem complicações, o hospital de Leiria e os HUC foram responsáveis por, respectivamente, 26,4% (112 episódios) e 24,1% (102 episódios) do total de partos por este GDH, que ascendeu a 424 nos hospitais da região centro em 2009 e 2010.

Figura n.º 10 – Distribuição dos episódios de cesariana, por GDH.



Questão 2: Os hospitais têm diferentes taxas de utilização da analgesia epidural

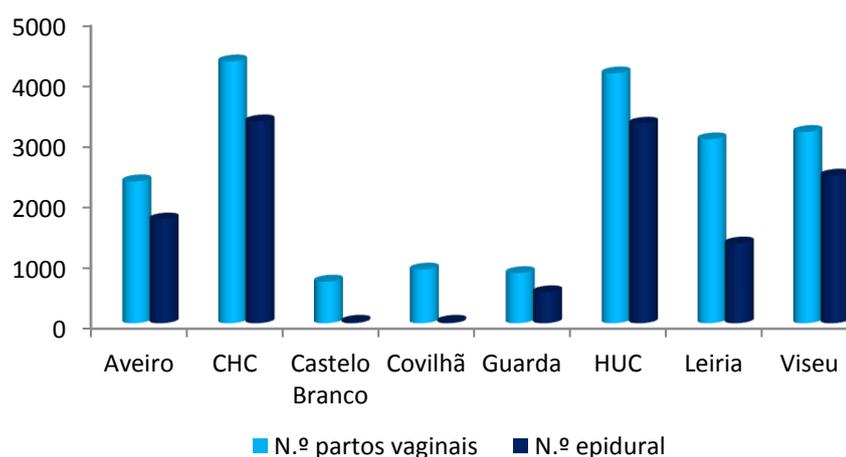
A analgesia epidural é um procedimento supletivo dum procedimento cirúrgico ou obstétrico, destinado a atenuar a dor (nos procedimentos obstétricos) (portal da codificação). Dado que não se codifica a anestesia das intervenções cirúrgicas, a análise que a seguir se apresenta não abrange os partos por cesariana, já que, uma vez que se trata de um procedimento cirúrgico, a analgesia epidural não tem necessariamente que estar codificada na base de dados dos GDH. Assim, o estudo da taxa de utilização de analgesia epidural restringe-se, neste trabalho, aos partos vaginais.

Conforme se explica no portal da codificação, na presença de analgesia epidural, codifica-se a inserção de cateter no espaço espinal (código 03.90) e a injeção da substância analgésica ou anestésica (morfina) (03.91). No nosso trabalho, considerámos estar

perante um parto vaginal com recurso a este tipo de analgesia sempre que um dos referidos códigos – e apenas um, não necessitando da presença simultânea dos dois⁷ – estava assinalado na base de dados, nas colunas reservadas ao registo dos procedimentos. Deste modo, começámos por obter os somatórios, em cada hospital, do número de registo dos códigos 03.90 ou 03.91, tendo utilizado, na análise dos dados, apenas um dos códigos – o que reunia o maior número de dados, em cada hospital. Assim, nos hospitais de Aveiro, CHC, Guarda, Leiria e Viseu servimo-nos do procedimento inserção de cateter no espaço espinal (código 03.90) e nos hospitais da Covilhã e HUC usámos o procedimento injeção da substância analgésica ou anestésica (morfina) (código 03.91).

Constata-se que a taxa global de analgesia epidural encontrada é de 65,4%, identificando-se, contudo, diferenças assinaláveis entre os hospitais, como revela o gráfico que se segue.

Figura n.º 11 – Número de episódios de partos vaginais e número de analgesias epidurais, por hospital



⁷ Na verdade, as regras da codificação ensinam que é necessário o registo dos dois códigos. No entanto, na prática, e analisada a informação da base de dados, constatou-se que raramente os dois códigos aparecem em simultâneo no mesmo episódio de parto.

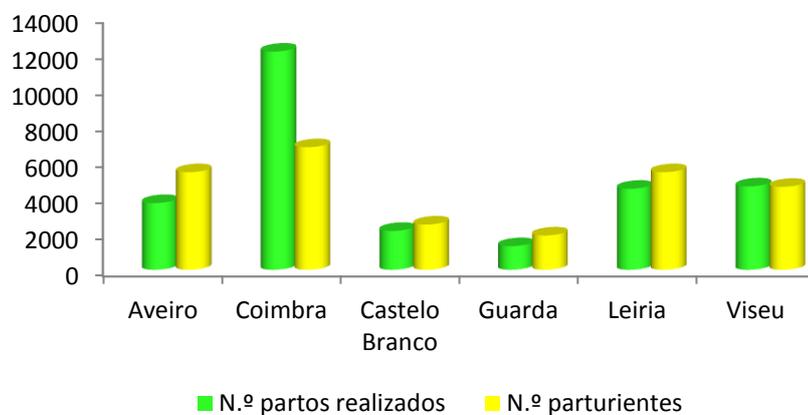
A maternidade dos HUC lidera a administração de analgesia epidural, que ocorreu, nos dois anos em estudo, em 79,9% dos partos vaginais (3.296 episódios). Na maternidade do CHC e no hospital de Viseu, a taxa de epidural é muito próxima, respectivamente 77,1% e 77,2%. No hospital de Aveiro, em 1.714 dos 2.343 partos recorreu-se a este tipo de analgesia, o que representa 73,2%, e no hospital da Guarda essa proporção cifrou-se em 61,8% (512 dos 828 partos).

No hospital de Leiria o uso da analgesia epidural não chega a abranger metade dos partos vaginais – contabilizaram-se apenas 1.317 analgesias no total dos 3.037 partos, ou seja, 43,4%. Mas é nos hospitais da de Castelo Branco e da Covilhã que o recurso a este método é manifestamente residual. Nos dois casos, apenas se detectaram 25 registos de analgesia epidural, o que representa 3,6% do total de partos no hospital de Castelo Branco e 2,8% no hospital da Guarda.

Questão 3: Os hospitais realizam partos de doentes que não são da sua zona de influência

A observação do gráfico que se segue permite concluir que a parturiente nem sempre dá à luz no hospital da sua área de residência.

Figura n.º 12 – Distribuição da residência das parturientes e dos episódios de parto realizados, por distrito



As maternidades do distrito de Coimbra (CHC e HUC) são as que mais doentes recebem de outros distritos. De facto, apenas 55,3% dos partos registados nestes hospitais correspondem a mulheres com residência no distrito de Coimbra. Os dois hospitais em apreço realizaram partos de mulheres residentes em vinte distritos diferentes, sendo os mais representativos os seguintes: Leiria (17,4% dos partos); Aveiro (14,4%) e Santarém (4,3%). Importa referir, por outro lado, que 98,4% das residentes no distrito de Coimbra dão à luz nos hospitais do mesmo distrito (na análise restrita à região centro). Quando se investiga se a residência da utente e o local onde ocorre o nascimento coincidem, esta é a taxa mais elevada registada na região centro. Segue-se o hospital de Viseu, onde 91,7% dos partos são realizados a mulheres residentes nesse distrito e os hospitais do distrito de Castelo Branco (Castelo Branco e Covilhã), onde 82,5% dos partos correspondem a residentes nesse distrito.

Em contrapartida, deve assinalar-se que apenas 61,1% das residentes no distrito de Leiria dão à luz nesse hospital. Note-se, contudo, que 23% dos partos realizados no hospital de Leiria são de residentes no distrito de Santarém.

De modo semelhante, das 5.399 mulheres residentes no distrito de Aveiro que deram à luz, no período em apreço, num hospital da região centro, apenas 3.643 o fizeram no hospital do mesmo distrito, já que 32,3% das mulheres de Aveiro optaram por uma das maternidades de Coimbra.

Quadro n.º 6 – Cruzamento entre distrito de origem da utente e distrito do hospital onde ocorreu o parto

Distrito da doente	Distrito do Hospital						Total
	Aveiro	Coimbra	Castelo Branco	Guarda	Leiria	Viseu	
Aveiro	3643	1744	3	2	1	6	5399
Beja	0	0	0	0	1	0	1
Braga	0	8	1	0	0	0	9
Bragança	2	5	0	1	0	0	8
Castelo Branco	0	341	2066	32	62	4	2505
Coimbra	21	6672	5	2	76	5	6781
Évora	0	2	1	0	1	0	4
Faro	0	9	2	0	0	0	11
Guarda	0	213	49	1261	0	376	1899
Ilha da Madeira	0	2	0	0	0	0	2
Ilhas dos Açores	0	4	0	0	0	0	4
Leiria	3	2095	0	0	3299	1	5398
Lisboa	4	45	3	3	10	6	71
Desconhecida	2	3	0	0	11	0	16
Portalegre	0	7	7	0	1	0	15
Porto	5	25	1	0	6	5	42
Santarém	0	517	6	0	1009	2	1534
Setúbal	1	5	0	3	3	1	13
Viana do Castelo	0	4	0	0	1	0	5
Vila Real	0	3	1	0	0	1	5
Viseu	10	366	5	2	0	4205	4588
Total	3691	12070	2150	1306	4481	4612	28310

Questão 4: Os hospitais apresentam diferentes motivos para a realização de cesariana

A análise do quadro que se segue permite concluir que o diagnóstico principal mais frequente para o parto normal foi o 650 (*parto normal*), seguido de *problemas associados ao líquido amniótico*, que contabilizou 15% do total de episódios de partos vaginais, e de *trabalho de parto prolongado*, diagnóstico principal atribuído a 13% dos partos.

Outras indicações para a intervenção no parto ou trabalho de parto não classificáveis de outro modo foram responsáveis por 7% (1.407) dos partos vaginais e 14% das cesarianas, sendo a quarta principal causa de realização de cesarianas. No que concerne as cesarianas por este motivo, a maioria ficou a dever-se a alteração do ritmo cardíaco fetal⁸ (em 853 das 1.249 das cesarianas realizadas por esta razão) e a falha de indução por métodos clínicos ou não especificados⁹ (em 321 dos 1.249 casos).

Em 25% das situações (2.196) o motivo apontado para o recurso a cesariana foi *obstrução do trabalho de parto*. Dentro destas, 787 situações (36% do total destes casos) foram registadas como distocia por bacia óssea¹⁰ e 531 (24% do total destes casos) distocia por má posição do feto no início do trabalho de parto¹¹. Há ainda 431 episódios de cesariana devida a obstrução do trabalho de parto por causas não classificáveis de outra forma¹².

A *desproporção* foi responsável por 1.303 cesarianas, ou seja, 15% do total, sendo que na esmagadora maioria dos casos (1239) a razão foi desproporção fetopélvica¹³.

⁸ Diagnóstico 659.71 da ICD-9-CM

⁹ Diagnóstico 659.11 da ICD-9-CM

¹⁰ Diagnóstico 660.11 da ICD-9-CM

¹¹ Diagnóstico 660.01 da ICD-9-CM

¹² Diagnóstico 660.81 da ICD-9-CM

¹³ Diagnóstico 653.41 da ICD-9-CM

Em 1.271 episódios ocorreram *outros problemas fetais ou placentares que afectam a mãe*, e que conduziram a este tipo de parto, sendo que em 982 destas situações (77% do total) se registou sofrimento fetal afectando a mãe¹⁴.

A nível das *anomalias dos órgãos e tecidos moles da pélvis*, responsáveis por 8% dos partos ocorridos por esta via, cumpre salientar que em 94% destas situações existiu história anterior de parto por cesariana¹⁵. De facto, a existência prévia de uma cesariana foi o diagnóstico principal em 706 episódios. No entanto, deve referir-se, relativamente aos partos por cesariana que, a estas 706 situações em que a cesariana anterior foi o principal motivo para novo nascimento deste modo, acrescem 1.440 partos por cesariana em que, apesar de não ter sido a principal causa do parto, o facto de a mulher ter tido já uma cesariana anterior, foi factor tido em conta. Relativamente aos partos normais, a existência prévia de cesariana foi o diagnóstico principal em 127 episódios (0,7% do total de partos vaginais). Em 1,9% de casos de partos normais, a existência de cesariana anterior, não tendo sido o principal diagnóstico foi, contudo, alvo de registo.

Considerando apenas as cesarianas, deve realçar-se que a maior percentagem de partos com complicações estão associados aos seguintes diagnósticos¹⁶: *condição infecciosa ou parasitária da mãe classificável de outro modo, mas complicando a gravidez, parto ou puerpério*¹⁷ (45% das cesarianas apresentando complicações); *trabalho de parto*

¹⁴ Diagnóstico 656.31 da ICD-9-CM

¹⁵ Diagnóstico 654.21 da ICD-9-CM

¹⁶ Não se tiveram em linha de conta, por apresentarem números muito pequenos e, como tal, susceptíveis de enviesar as conclusões, os seguintes diagnósticos principais: outros traumas obstétricos, código 665 da ICD-9-CM, com 5 partos com complicações, o que representa 60% do total de cesarianas classificadas neste diagnóstico principal e o diagnóstico correspondente ao código 655 da ICD-9-CM, anormalidade fetal (conhecida ou suspeita) afectando a mãe, com 33,3% de complicações (2 cesarianas apenas).

¹⁷ Diagnóstico 647 da ICD-9-CM

*prematureo*¹⁸ (35% das cesarianas apresentando complicações); *hemorragia ante-parto, descolamento prematuro da placenta e placenta prévia*¹⁹ (25% das cesarianas apresentando complicações).

Quadro n.º 7 – Os dez diagnósticos principais mais frequentes, por tipo de parto

	Diagnóstico	Quantidade	%	Designação
CESARIANA	660	2196	25%	Obstrução do trabalho de parto
	653	1303	15%	Desproporção
	656	1271	14%	Outros problemas fetais ou placentares que afectam a mãe
	659	1249	14%	Outras indicações para a intervenção no parto ou trabalho de parto, não classificáveis de outro modo
	654	755	8%	Anomalias dos órgãos e tecidos moles da pélvis
	652	735	8%	Má posição do feto
	661	368	4%	Distocia
	648	183	2%	Outras doenças maternas que complicam a gravidez, parto ou puerpério
	641	182	2%	Hemorragia ante-parto, descolamento prematuro da placenta e placenta prévia
	642	172	2%	Hipertensão complicando a gravidez, parto e puerpério
PARTO NORMAL	650	5206	27%	Parto normal
	658	2873	15%	Problemas associados ao líquido amniótico
	662	2510	13%	Trabalho de parto prolongado
	659	1407	7%	Outras indicações para a intervenção no parto ou trabalho de parto, não classificáveis de outro modo
	663	1035	5%	Complicações do cordão umbilical
	664	878	5%	Traumatismo do períneo e da vulva no trabalho de parto
	656	810	4%	Outros problemas fetais ou placentares que afectam a mãe
	645	777	4%	Gravidez pós-termo
	669	643	3%	Outras complicações do trabalho de parto/parto não classificáveis de outro modo
	648	556	3%	Outras doenças maternas que complicam a gravidez, parto e puerpério

¹⁸ Diagnóstico 644 da ICD-9-CM

¹⁹ Diagnóstico 641 da ICD-9-CM

Quando se discriminam os dados por hospital, e tendo em conta apenas os cinco principais diagnósticos nos partos por cesariana, verifica-se que os vários diagnósticos apresentam frequência diferente nos hospitais em estudo.

Realce-se, desde logo, que o diagnóstico apontado, nos hospitais da região centro, como o mais frequente para a realização de cesariana, *obstrução do trabalho de parto* (código 660), não foi responsável por nenhum dos partos por esta via ocorridos na maternidade dos HUC. No hospital de Viseu este diagnóstico assumiu também um valor muito residual, já que foi responsável por apenas 4,4% das cesarianas realizadas (64 episódios) e, na maternidade do CHC, representou 14,5% (244 episódios) do total de cesarianas registadas. Em contrapartida, em 71% do total de cesarianas realizadas no hospital de Castelo Branco, o principal diagnóstico foi *obstrução do trabalho de parto*. Em sentido semelhante, em 52,4% dos partos por cesariana realizados em Leiria e em 49,5% dos ocorridos em Aveiro, este foi o principal diagnóstico identificado.

Nos hospitais da Covilhã e de Castelo Branco nenhuma das cesarianas realizadas se ficou a dever a *desproporção*, diagnóstico principal atribuído apenas a um parto feito no hospital da Guarda, no período em apreço. Em contrapartida, 642 das 1.303 cesarianas realizadas em toda a região centro por este motivo foram efectuadas no hospital de Viseu, o que faz com que a *desproporção* seja responsável por 44,2% das cesarianas realizadas neste hospital. As maternidades do CHC e dos HUC realizaram, respectivamente, 381 e 229 cesarianas por esta razão.

No que diz respeito a *outros problemas fetais ou placentares que afectam a mãe*, 24,1% das cesarianas (ou seja, 306 partos realizados) justificados por este motivo ocorreram no

hospital de Leiria e 21,3% em Aveiro (271 episódios). No extremo oposto, encontram-se os hospitais da Guarda e de Castelo Branco, responsáveis apenas por, respectivamente, 3,1% e 1,6% do total de partos imputados a esta causa, ou seja, 39 e 20 cesarianas. Destaque para o hospital da Covilhã, que, não obstante ter registado apenas 105 partos por *outros problemas fetais ou placentares que afectam a mãe*, tal representou quase 30% do total de cesarianas realizadas nesse hospital.

O quarto diagnóstico mais comum, *outras indicações para a intervenção no parto ou trabalho de parto, não classificáveis de outro modo*, verificou-se em maior proporção nos HUC, onde se realizaram 626 cesarianas por esta razão, que significam metade do total de partos realizados em toda a região centro atribuídos a este diagnóstico principal. O hospital de Viseu foi responsável por 233 cesarianas, o que representa 18,7% do total de cesarianas verificadas na região centro por esta razão e o CHC e o hospital de Aveiro responsáveis, respectivamente, por 12,6% e 11,4% do total de cesarianas motivadas por *outras indicações para a intervenção no parto ou trabalho de parto, não classificáveis de outro modo*.

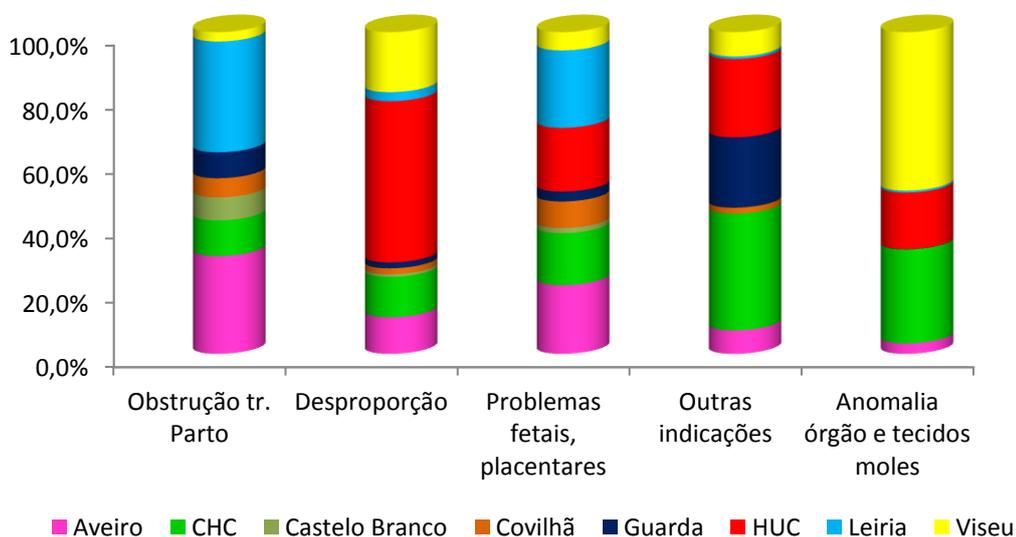
Finalmente, no que concerne o diagnóstico responsável por 8,5% (755) das cesarianas da região centro, *anomalias dos órgãos e tecidos moles da pélvis*, foi no CHC que se concentraram 36,3% dos casos, o que faz com que esta seja a segunda causa de cesarianas nesta maternidade. O hospital da Guarda e a maternidade dos HUC registaram, respectivamente, 165 e 184 episódios por esta razão, o que significa 21,9% e 24,4% do total de casos da região centro. Os hospitais de Viseu e Aveiro contribuíram com apenas 7,5% e 7,3% do total de episódios devidos a este diagnóstico principal,

cabendo realçar que no hospital de Leiria apenas se assinalaram 6 partos por *anomalias dos órgãos e tecidos moles da pélvis*.

O anexo VIII apresenta a distribuição das cesarianas nos hospitais em estudo, segundo o diagnóstico principal atribuído ao episódio.

Finalmente, deve realçar-se que se detectaram 108 registos de parto por cesariana sem menção de indicação²⁰. Estes episódios foram maioritariamente classificados no GDH 371 (cesariana sem complicações) e ocorreram sobretudo no hospital de Leiria (onde se registaram 100 dos 108 episódios).

Figura n.º 13 – Distribuição percentual dos cinco principais diagnósticos principais para cesariana, verificados nos hospitais em estudo



²⁰ Diagnóstico 669.71 da ICD-9-CM

Questão 5: Os hospitais têm diferentes taxas de partos com complicações

Com vista a aferir da existência ou não de complicações, agruparam-se os partos (vaginais ou cesarianas), da seguinte forma: consideraram-se “parto com complicação” os incluídos nos GDH 370, 372, 374, 375, 650 e 652, num total de 7.581 episódios; consideraram-se “parto sem complicação” os incluídos nos GDH 371, 373, 651, num total de 20.729 episódios. Note-se que, deste modo, se consideram no grupo “com complicação” os partos vaginais que implicaram procedimento em bloco operatório (GDH 375) ou que envolveram “esterilização e ou dilatação e ou curetagem” (GDH 374, 652).

A esmagadora maioria dos partos por cesariana (90%) não registou complicações, no universo dos hospitais em estudo. Se se tiver em conta o grupo etário da parturiente, verifica-se que a percentagem de complicações é superior nas cesarianas realizadas a mulheres com 45 e mais anos, onde 26,3% do total de cesarianas efectuadas se classificam como tendo complicações. Acentue-se contudo que tal se refere apenas a 5 dos 19 episódios de parto por cesariana ocorridos neste grupo etário. Em contrapartida, é nos grupos etários 25 a 29 anos e 30 a 34 anos que as taxas de complicações nas cesarianas são mais baixas – respectivamente 8,2% e 9,3% (cfr. anexo IX).

Por outro lado, apenas 66% dos partos normais, ou seja, 12.702, foram considerados sem complicações. Os partos vaginais sem complicações são mais frequentes nas mulheres mais jovens (76,8% no grupo etário 12 a 17 anos e 70,6% na faixa etária 18 a 24 anos) e mais raros nas mulheres mais velhas (38,9% no grupo etário 45 e mais anos). Entre os 25 e os 29 anos, 66,1% dos partos normais, ou seja, 3.675 episódios desenrolaram-se sem

complicações, percentagem que ronda os 64% no grupo etário 30 a 34 anos e 62,3% no grupo 35 a 44 anos.

Quadro n.º 8 - Distribuição dos episódios por tipo de parto e com presença ou não de complicações

	Cesariana	Parto vaginal	Total
Com complicação	895	6686	7581
Sem complicação	8027	12702	20729
Total	8922	19388	28310

O CHC é o hospital que apresenta a mais elevada taxa de partos com complicações (41%). Quando se decompõem os dados por tipo de parto, constata-se que 23,5% das cesarianas realizadas neste hospital são classificadas como tendo complicações e que 48% dos partos vaginais se encontram na mesma situação. Dentro dos partos normais, uma análise mais pormenorizada revela que a maior parte (47%, ou seja, 2.030 episódios) destas situações foram classificadas no GDH 372, parto vaginal com diagnóstico de complicação. É, de resto, na maternidade do CHC que se concentram 30% dos partos realizados na região centro e classificados no GDH 372.

As cesarianas com complicações apresentam valores bem diferentes destes nos hospitais da Guarda, Castelo Branco, Leiria e Aveiro, onde oscilam entre 1,7% (Guarda), 2,7% (Castelo Branco) e 6,5% (Aveiro). Nos HUC e na Covilhã a percentagem de cesarianas com complicações é de 7% e em Viseu ascende a 12% (178 episódios).

No que concerne os partos normais, e para além do caso já referido da maternidade do CHC, cumpre destacar que, nos HUC, em 39,2% dos partos vaginais são registadas complicações, valor muito próximo do evidenciado nos hospitais de Viseu (36,1%) e da

Covilhã (33,5%). Mais uma vez, na Guarda e em Castelo Branco, os partos com complicações são residuais – respectivamente 3,3% e 9,5% do total.

Quadro n.º 9 - Distribuição dos episódios por tipo de parto, com ou sem complicações, por hospital

	Hospital	Com complicação	Sem complicação	Total
Parto por cesariana	Aveiro	87	1261	1348
	CHC	396	1290	1686
	Castelo Branco	6	215	221
	Covilhã	24	331	355
	Guarda	8	470	478
	HUC	140	1796	1936
	Leiria	56	1388	1444
	Viseu	178	1276	1454
	Total	895	8027	8922
Parto vaginal	Aveiro	673	1670	2343
	CHC	2076	2247	4323
	Castelo Branco	65	622	687
	Covilhã	297	590	887
	Guarda	27	801	828
	HUC	1616	2509	4125
	Leiria	791	2246	3037
	Viseu	1141	2017	3158
	Total	6686	12702	19388

Questão 6: Os hospitais apresentam durações de internamento diferentes

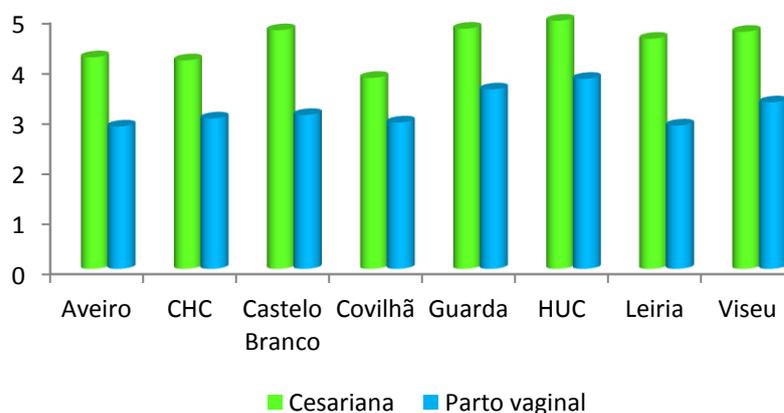
Para o estudo da duração de internamento, seleccionaram-se apenas os episódios que apresentavam valores até nove dias (inclusive), já que, como acima se expos, por um lado, esses episódios, num total de 27.894, representam 98,5% dos partos e, por outro lado, os episódios com valores muito diferentes da média poderiam enviesar os cálculos

feitos para a restante população, no que concerne a duração do internamento. A análise compreende agora 8.620 episódios de cesariana e 19.274 episódios de parto vaginal.

Assim, e no que toca o tipo de parto, cumpre salientar que a demora média de uma cesariana é de $4,5 \pm 1,1$ dias, oscilando entre os $3,8 \pm 1,2$ dias registados no hospital da Covilhã e $4,9 \pm 1,1$ dias na maternidade dos HUC.

Relativamente ao parto normal, é igualmente nesta maternidade que se regista o valor médio mais elevado da duração do internamento, com $3,8 \pm 1$ dias, por oposição ao hospital de Aveiro, onde as mães que dão à luz desta forma passam, em média, menos tempo: $2,8 \pm 0,9$ dias. No geral, nos dois anos em estudo, a duração média de um episódio de parto vaginal foi de $3,2 \pm 1$ dias. O anexo X apresenta quadro resumo com os valores da demora média e desvio padrão, por tipo de parto, por hospital.

Figura n.º 14 – Duração média do internamento, por tipo de parto, nos hospitais em estudo

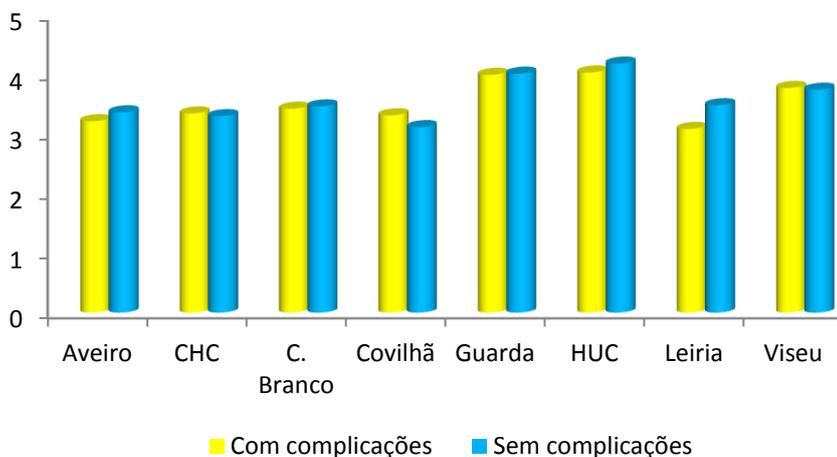


A distribuição da duração média do internamento, nos vários hospitais em estudo, de acordo com a faixa etária da parturiente consta do anexo XI. Como se observa nesse quadro, e apesar de não se detectarem diferenças relevantes na duração do internamento no que diz respeito a este factor, deve referir-se que as mulheres com

idades compreendidas entre os 25 e os 29 anos e os 30 e 34 anos passaram, em média, $3,6 \pm 1,2$ dias no hospital. As mulheres com 45 ou mais anos apresentaram duração do internamento mais elevada: em média, $4 \pm 1,2$ dias, registando-se 3,7 dias de duração média da estadia no hospital nas faixas etárias 12-17 anos e 35-44 anos.

Do ponto de vista da existência, ou não, de complicações associadas ao parto, é interessante notar que a demora média dos partos que têm complicações associadas (GDH 370, 372, 374, 375, 650, 652) é inferior à dos partos classificados em GDH sem complicações (371, 373, 651). Efectivamente, a demora média destes últimos é de $3,6 \pm 1,2$ dias, variando entre $4,2 \pm 1,32$ dias nos HUC, logo seguida do hospital da Guarda ($4 \pm 1,2$ dias) e 3,1 \pm 1,1 na Covilhã. No caso dos GDH com complicações associadas, a demora média da região centro é de $3,6 \pm 1,3$ dias, sendo novamente os HUC e o hospital da Guarda que registam os valores mais elevados – respectivamente $4 \pm 1,2$ e $4 \pm 1,6$ dias. No extremo oposto encontra-se o hospital de Leiria, onde a duração do internamento relativamente a episódios com complicações registou o valor mais baixo, $3,1 \pm 1$ dias.

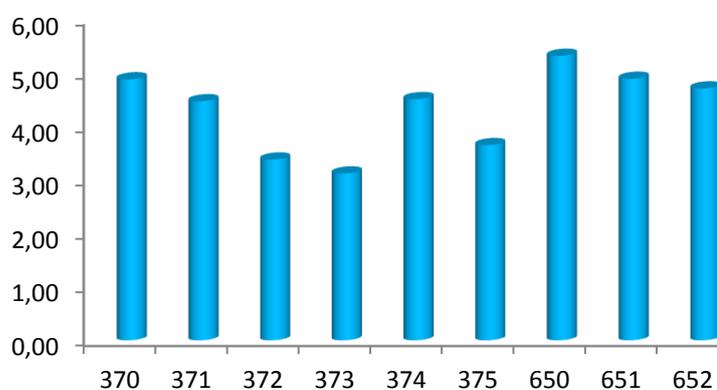
Figura n.º 15 – Duração média do internamento, em partos com e sem complicações, nos hospitais em estudo



Finalmente, no que concerne o GDH em causa, é no GDH 650, cesariana de alto risco com complicações, que a demora média da região centro atinge o valor mais elevado, $5,3 \pm 1,6$ dias, oscilando entre os $6,5 \pm 2,1$ dias assinalados no hospital da Covilhã e $4,5 \pm 2,1$ no hospital da Guarda. O GDH 651, cesariana de alto risco sem complicações, tem igualmente uma duração média alta: $4,9 \pm 1,4$ dias, alcançando o máximo de $5,3 \pm 1,2$ dias no hospital da Guarda e o mínimo de $5,3 \pm 1,6$ maternidade dos HUC. A terceira demora média mais elevada é a do parto por cesariana, com complicações (GDH 370), que foi mais alta no hospital de Castelo Branco ($6,7 \pm 1,5$ dias) e mais baixa na Guarda (4 ± 1).

O GDH que regista duração do internamento inferior é o 373, parto vaginal sem diagnóstico de complicação, que atinge o valor médio de $3,1 \pm 0,9$ dias, apesar de nos HUC se ter verificado uma duração média do internamento de $3,7 \pm 0,9$ dias e no hospital da Guarda $3,6 \pm 1,1$ dias. Segue-se o GDH 372, cesariana sem complicações, com $3,4 \pm 1,2$ dias, variando entre $4 \pm 1,2$ dias nos HUC e $2,9 \pm 1$ em Leiria. O anexo XII detalha a informação relativa a cada GDH, nos hospitais em estudo.

Figura n.º 16 – Duração média do internamento, por GDH





CAPÍTULO 6

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No nosso trabalho, a média da idade das mães é de $30 \pm 5,4$ anos. Em 2009, a idade média da mãe aquando do nascimento do primeiro filho foi 29 anos, não existindo diferenças substanciais entre regiões do continente (ARSC, 2010).

Os partos de mães adolescentes representaram 1,3% do total de episódios, no nosso estudo. Deve salientar-se que, a nível da região centro, a taxa de nascimentos em jovens com idade igual ou inferior a 15 anos tem vindo a decrescer, pelo menos desde 2006, altura em que foi de 4,8%, cifrando-se em 4% em 2009 (cfr. anexo VI). Em contrapartida, tem vindo a aumentar de forma sustentada o número de nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos – em 2006 registaram-se 14,8 nascimentos por 1000 nados vivos e em 2009 17,3 (*vide* anexo VI).

Num trabalho publicado em 2010 e que resultou de um estudo retrospectivo levado a cabo no Hospital de São Teotónio, Viseu, entre 1/1/1999 e 31/12/2009, Soro e colegas detectaram 3,3% de todos os nados-vivos como sendo filhos de mães adolescentes, verificando-se, contudo, um declínio progressivo ao longo dos anos em estudo. Identificaram a idade média materna das adolescentes no momento do parto como sendo 17,1 anos: 9,4% das puérperas tinham idade inferior ou igual a 15 anos. A taxa de

internamentos em unidade de cuidados especiais para recém-nascidos dos filhos de mães adolescentes foi de 19,4%, valor superior ao recém-nascido do grupo gravidez em idade comum (15,4%). Comparativamente ao grupo controlo, nos filhos de mães adolescentes constatou-se um maior número de recém-nascidos prematuros com baixo peso e restrição de crescimento intra-uterino.

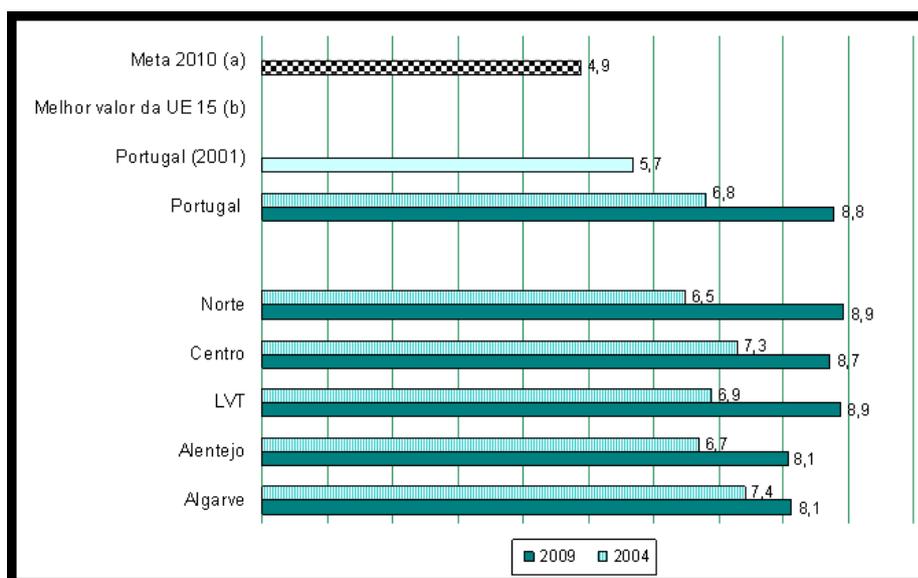
A gravidez na adolescência e a conseqüente maternidade constituem uma preocupação nas vigilâncias materno-fetal, mas também a nível social, educacional e económico, potenciando as problemáticas da própria adolescência.

A taxa de prematuridade (calculada para bebés nascidos antes das 37 semanas de idade gestacional) tem vindo a aumentar no nosso país, sendo de 6,6% (7.260 episódios) em 2005 e cifrando-se em 9,1% em 2007, com 9.296 bebés nascidos prematuros. Estas percentagens estão intimamente ligadas à incidência de gravidez gemelar, que é o factor de risco principal tanto de prematuridade como de baixo peso ao nascer. As grávidas abaixo dos 19 e acima dos 40 anos, com comportamentos de risco, fumadoras, com má vigilância da gravidez têm também riscos acrescidos. A incidência do parto pré-termo varia de acordo com as características da população. Na Europa a prematuridade situa-se entre 5 e 8% e tem-se mantido constante há alguns anos (SPP, 2007).

Entre 2001 e 2009 a taxa de nascimentos pré-termo em Portugal continental sofreu um aumento relativo de 54,2%, afastando-se da meta estabelecida para 2010 (4,9 nados vivos pré-termo por 100 nados vivos) no Plano Nacional de Saúde (ACS, 2011). No período 2004-2009, o valor mais elevado deste indicador registou-se em 2007 (9,1 por 100 nados vivos), tendo diminuído ligeiramente a partir desse ano. A taxa de nascimentos pré-termo

registada em 2009 foi superior à do ano 2004 em todas as regiões de Portugal. O aumento relativo foi mais evidente nas regiões norte e Lisboa e vale do Tejo, que apresentam os valores regionais mais elevados deste indicador em 2009 (8,9 nados vivos pré-termo por 100 nados vivos).

Figura n.º 17- Taxa de nascimentos pré-termo / 100 nados vivos, por região, em 2004 e 2009



(a) Nova meta calculada para Portugal Continental. (b) Não Disponível.

Fonte: Elaborado por Alto Comissariado da Saúde com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2010.

No nosso estudo, encontrámos uma taxa bastante inferior - cerca de 4% dos nascimentos ocorreram antes de se completarem as 37 semanas de gestação. Tal indicia falta de registo adequado quanto a este item na base de dados dos resumos de alta dos hospitais.

Faz-se notar que se assinalaram 251 situações de alta contra parecer médico. Embora pouco significativo a nível global – representam apenas 0,9% do total de altas – são situações que merecem análise casuística, já que está em causa a alta de uma mãe e de

um recém-nascido. Considera-se relevante examinar em que circunstâncias ocorreu essa alta, tendo em conta que não colheu parecer médico favorável.

As taxas de cesariana têm recebido ultimamente muita atenção por parte dos especialistas em questões de saúde e decisores políticos. As elevadas taxas verificadas, a par dos custos associados, muito têm contribuído para essa atenção, a tal ponto que no recente relatório do grupo para a reforma hospitalar se considera imperativo que os hospitais reduzam as taxas de cesariana: «de forma a promover esta redução, propõe-se que, no caso de se verificar a existência de um episódio de cesariana sem que exista indicação clínica para tal, passe a ser pago o GDH relativo a parto vaginal e não o GDH relativo à cesariana. A aplicação desta medida deverá ser garantida através de auditorias clínicas especificamente dirigidas a esta área de prestação» (2011, pág. 207).

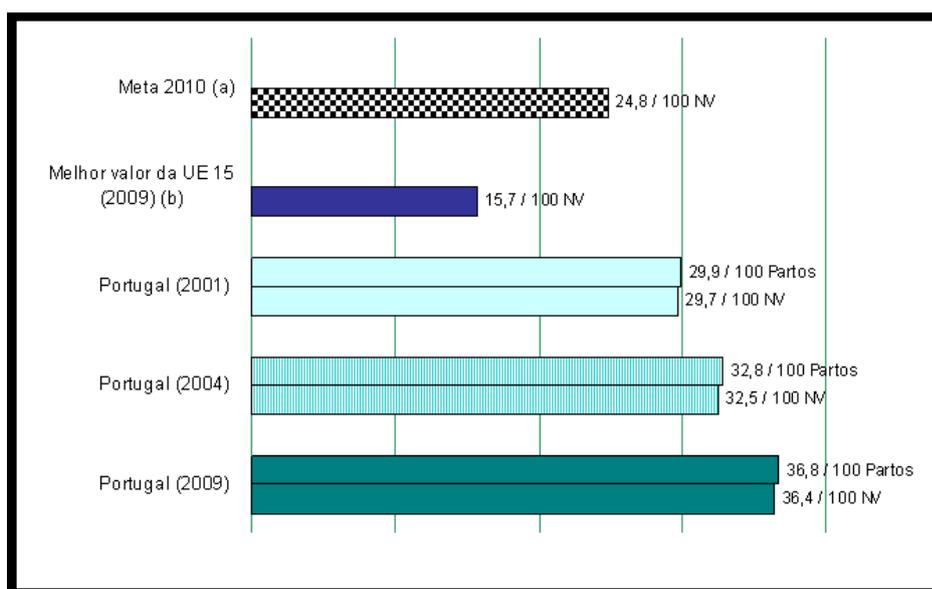
Em Portugal, a taxa de cesariana é das mais elevadas a nível europeu e, no que diz respeito aos hospitais públicos, rondava os 33% em 2009 (ARS Norte, 2010). Como ilustra o gráfico *infra*, a Finlândia, o melhor valor da União Europeia, registava nesse ano 15,7 partos por cesariana em cada 100 nados-vivos. O nosso país ultrapassava em mais do dobro esse valor – em cada 100 nados vivos, 36,4 foram via cesariana, o que acentua a tendência crescente deste método desde, pelo menos, 2001 e coloca Portugal muito longe dos 24,8/100 nados-vivos estabelecidos como meta para os partos por cesariana em 2010 no Plano Nacional de Saúde.

A região Norte tem apresentado, pelo menos desde 2004 e até 2009, as mais elevadas taxas de cesariana, sempre acima da média nacional. Verificaram-se 36,4% dos partos por este método em 2004 e em 2009 esse valor ascendeu a 40,5%. Em contrapartida, tem

sido no Alentejo e Algarve que se tem verificado menor proporção de cesarianas. Ainda assim, em 2009 o Alentejo registava 27,5% de partos por cesariana (eram 23% em 2004) e o Algarve 30,5% (eram 23,6% em 2004).

A nível da região centro, o recurso a esta modalidade tem também sido crescente: 29,9% em 2004, 31,9% em 2005, 32,2% em 2006, 32,5% em 2007 e 33,2% em 2008. No ano seguinte registou-se uma ligeira descida, tendo-se assinalado 32,8% de partos por cesariana, o que fez com que a região centro fosse a única do país a conhecer um decréscimo deste indicador.

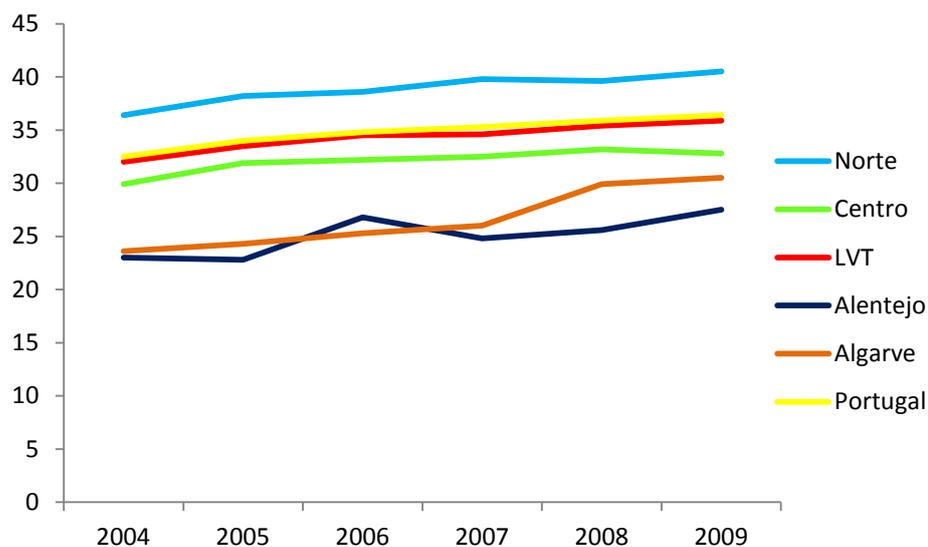
Figura n.º 18- Valor percentual de partos por cesariana em 2001, 2004 e 2009



(a) Nova meta calculada para Portugal Continental. (b) Finlândia, WHO/HFADB (2011). Fonte: INE, 2011. Fonte: Alto Comissariado da Saúde. Indicadores e Metas do PNS.

No nosso trabalho, que, como já se mencionou, trata como um todo os episódios de parto dos anos 2009 e 2010, a taxa de cesariana encontrada é de 31,5%, variando entre 36,6% e 36,5% nos hospitais da Guarda e de Aveiro e 24,3% e 28,1% nos hospitais de Castelo Branco e Maternidade Bissaya Barreto, do CHC.

Figura n.º 19 – Evolução da percentagem de partos por cesariana, desde 2004 até 2009.



Fonte: Alto Comissariado da Saúde. Indicadores e Metas do PNS

Na população em estudo, constata-se que a percentagem de cesarianas é superior nas mulheres com mais idade. O recurso a este tipo de parto aumenta no mesmo sentido do grupo etário, registando-se entre as mães mais jovens a mais baixa taxa de cesariana. Em sentido semelhante, a pesquisa de Cabral e outros (2003), conclui que as cesarianas são mais frequentes nas mulheres com idade igual ou superior a 35 anos. Também na investigação de Cunha e outros (2000) se defende que a gestação tardia (35 ou mais anos) representa um factor de risco para cesariana.

No relatório da comissão para a redução da taxa de cesarianas na região da ARS Norte, identificam-se como principais motivos de cesariana: o trabalho de parto estacionário / suspeita de incompatibilidade feto-pélvica, o estado fetal não tranquilizador, a apresentação pélvica e a tentativa frustrada de indução do trabalho de parto. Considera-se ainda como provável motivo importante de cesariana a existência de uma cesariana anterior, apesar de não estar identificada na amostra trabalhada, até porque os autores

reconhecem que os antecedentes de duas ou mais cesariana anteriores são geralmente considerados uma indicação consensual para uma nova cesariana (2010). Neste relatório recomenda-se que sejam desenvolvidas normas de orientação clínica de âmbito nacional sobre a classificação dos motivos de cesariana (ARSNorte, 2010).

Na nossa análise, as principais razões que conduziram à realização de cesariana foram obstrução do trabalho de parto (25% dos casos), desproporção (15%), outros problemas fetais ou placentares que afectam a mãe (14%) e outras indicações para a intervenção no parto ou trabalho de parto, não classificáveis de outro modo (14%).

Quanto a este último, deve assinalar-se que se pode defender que se trata de um diagnóstico principal a ser evitado, uma vez que é uma categoria residual, na medida em que são aqui classificadas situações que não encontram enquadramento noutra diagnóstico principal, mais específico.

Os diagnósticos principais *má posição do feto e anomalias dos órgãos e tecidos moles da pélvis* foram responsáveis, cada um, por cerca de 8% das cesarianas ocorridas.

Foram encontradas diferentes razões, nos hospitais em estudo, para a realização de cesariana.

Nos hospitais de Aveiro, Castelo Branco, Covilhã, Guarda, Leiria e CHC, o diagnóstico principal mais frequente nos episódios de cesariana foi *obstrução do trabalho de parto*.

Nos hospitais de Aveiro, Castelo Branco, Covilhã e Leiria o segundo diagnóstico principal mais frequente foi também coincidente: *outros problemas fetais ou placentares afectando a mãe*. Já na Guarda e no CHC o segundo diagnóstico encontrado foi *anomalias dos órgãos e tecidos moles da pélvis*.

Nos HUC e em Viseu os dois diagnósticos principais mais frequentes são coincidentes: *outras indicações para a intervenção no parto ou trabalho de parto, não classificáveis de outro modo* e, em segundo lugar, *má posição do feto*.

Devem merecer reflexão os 108 registos de parto por cesariana sem menção de indicação²¹. Como se referiu, estes episódios foram maioritariamente classificados no GDH 371 (cesariana sem complicações) e 92,6% foram encontrados na base de dados do hospital de Leiria.

Ainda no que concerne a análise dos diagnósticos principais presentes na base de dados dos hospitais da região centro, verifica-se que o diagnóstico de parto normal²² nem sempre está acompanhado de código com o resultado do parto. De acordo com as *guidelines* oficiais para codificação (portal da codificação), o código 650 utiliza-se quando uma mulher é admitida para um parto de termo, sendo o resultado do parto um bebé saudável, sem qualquer complicação ante-parto, durante o parto ou após o parto, durante o episódio de parto. Deve ser incluído no registo da mãe um código com o resultado do parto, V27.0-V27.9, sempre que haja parto. Na nossa base de dados, tal raramente acontece, o que inviabilizou a análise deste aspecto. Daqui decorre a necessidade de melhorar os registos dos episódios de internamento, bem como a necessidade de aperfeiçoar o rigor da codificação.

Finalmente, no que diz respeito aos diagnósticos principais, recorde-se que estes foram agrupados de acordo com os três primeiros dígitos (cfr. *supra* capítulo 4). Tal facilita o tratamento de dados, mas pode implicar a perda de alguma informação significativa, bem

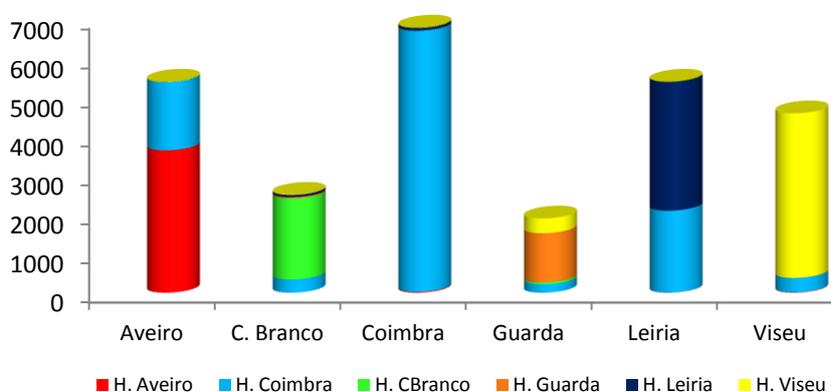
²¹ Diagnóstico 669.71 da ICD-9-CM

²² Código 650 da ICD-9-CM

como pode significar incluir, no mesmo grupo, patologias que pouco têm a ver umas com as outras, em termos médicos.

Conclui-se que os hospitais realizam partos de doentes que não são da sua área de residência. A análise dos dados revela que as maternidades de Coimbra realizam partos em proporção muito superior às mulheres residentes nesse distrito que dão à luz. As duas instituições são as que mais doentes recebem de outros distritos – aí nasceram os filhos de mulheres residentes em vinte distritos diferentes – sendo que apenas 55,3% dos partos ocorridos nestes hospitais correspondem a mulheres com residência no distrito de Coimbra.

Figura n.º 20 – Cruzamento entre distrito de origem da doente e distrito do hospital onde ocorreu o parto



A esmagadora maioria dos filhos das mulheres residentes no distrito de Coimbra (98,4%) nasce numa das maternidades desse distrito. Em Viseu, 91,7% das residentes dá à luz no mesmo hospital e em Castelo Branco, 82,5% dos nascimentos de mães residentes no distrito ocorrem no hospital da residência. Em Aveiro, cerca de 67,5% das mulheres opta

pelo hospital do distrito da residência, o que se verifica com 66,4% das residentes no distrito da Guarda e apenas com 61,1% das mulheres que residem no distrito de Leiria.

A este propósito, importa realçar o preconizado no relatório final do grupo técnico para a reforma hospitalar, no sentido de se «centrar o sistema no cidadão, significando com isso garantir desde já a liberdade de escolha e a livre circulação de todos os doentes no universo dos hospitais públicos, respeitando as suas escolhas e assim também incentivando a competição entre hospitais, como um mecanismo regulador da melhoria da qualidade e de estímulo às melhores práticas» (2011, pág. 12).

Nesse sentido, o mesmo relatório elege como prioritária a necessidade de se «disponibilizar informação relevante para os cidadãos fazerem as suas escolhas informadas, quer sobre os níveis de serviço de cada hospital (tempo de acesso) como quanto aos resultados clínicos verificados em cada instituição (*outcomes*)» (2011, pág. 13).

No nosso estudo, verificámos que a maioria dos partos por cesariana (90%) não registou complicações e que a percentagem de complicações é superior nas cesarianas realizadas a mulheres com 45 e mais anos. Também os partos vaginais sem complicações são mais frequentes nas faixas etárias mais baixas. Consideraram-se sem complicações 66% dos partos normais registados.

Deve, contudo, realçar-se que a distinção levada a cabo neste trabalho entre partos sem complicações e partos com complicações inclui entre estes últimos os GDH que implicaram procedimento em bloco operatório (GDH 375) ou que envolveram “esterilização e/ou dilatação e/ou curetagem” (GDH 374 e 652). O mesmo é dizer que no grupo “com complicações” estão incluídos episódios que podem não se ter desenvolvido necessariamente com complicações, mas que apenas implicaram uma das situações acima referidas.

No que concerne a duração média do internamento, cumpre destacar que este é um dos principais indicadores de gestão dos hospitais, dado o peso do internamento na respectiva estrutura da despesa (cerca de 60%). Tratando-se de um indicador do domínio da eficiência, é também um indicador com relevância do ponto de vista da qualidade, designadamente pelo risco associado à permanência do doente no hospital, com uma possibilidade acrescida de infecção nosocomial. A avaliação sistemática do tempo de internamento, com o objectivo de averiguar se os doentes estão a receber os cuidados adequados no tempo estritamente necessário, e a identificação das situações em que tal não acontece, constitui um excelente meio de controlar os custos e de contribuir para a qualidade dos cuidados prestados (Ministério da Saúde, 2011). Além da disponibilidade e facilidade em se obter a informação, a duração do internamento constitui uma rotina dos serviços, que é sempre executada da mesma forma, o que faz dela um indicador fiável.

No nosso trabalho, a duração média de um internamento por cesariana é de $4,5 \pm 1,1$ dias, e de $3,2 \pm 1$ dias se o parto foi por via vaginal. Assinalam-se contudo algumas diferenças entre os hospitais. Assim, a demora média de uma cesariana varia entre $3,8 \pm 1,2$ (Covilhã) e $4,9 \pm 1,1$ (HUC). A duração média do internamento motivado por um parto normal oscila entre $3,8 \pm 1$ (HUC) e $2,8 \pm 0,9$ dias (Aveiro).

De forma inesperada, constatou-se que a demora média dos partos que têm complicações associadas (GDH 370, 372, 374, 375, 650 e 652), cifrando-se em $3,64 \pm 1,19$ dias, é ligeiramente inferior à dos partos classificados em GDH sem complicações (GDH 371, 373, 651), que atinge $3,55 \pm 1,28$ dias.

Quando se analisam os valores de duração média de internamento, por GDH, previstos na Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro, que contém as tabelas de preços a praticar pelo SNS, conclui-se que os valores encontrados no nosso trabalho são habitualmente superiores à demora média corrigida prevista nesse diploma – é o caso dos GDH 371, 372, 373, 374 e 375. No entanto, nos GDH sobretudo relacionados com as cesarianas, como o 370, 650, 651 e ainda no GDH 652 (parto vaginal de alto risco), a duração média do internamento encontrada é inferior à prevista naquela Portaria.

Quadro n.º 10 – Demora média, por GDH, do nosso estudo e a prevista na Portaria n.º 132/2009

	Valores da Portaria n.º132/2009		Dem média corrigida ²³	Nosso estudo
	Limiar inferior	Limiar superior		
GDH 370	1	15	5,1	4,9
GDH 371	1	13	4,1	4,5
GDH 372	1	7	3	3,4
GDH 373	1	7	2,7	3,1
GDH 374	1	13	4,1	4,5
GDH 375	1	12	3,4	3,7
GDH 650	1	37	8,3	5,3
GDH 651	1	15	5,1	5
GDH 652	1	18	5,1	4,7

A duração do internamento para recém-nascidos e mães após partos sem complicações tem vindo a diminuir. Nos EUA, a demora média em 1992 era de 2,6 dias e desceu para 1,1 dias em 1991 no que diz respeito a partos vaginais. Esta tendência para altas hospitalares precoces foi também registada em 22 outros países. Na investigação de Farhat e Rajab (2011), os factores que se encontraram como estando associados a um

²³ É a “demora média dos episódios do GDH excluindo os episódios com tempo de internamento superior ao limiar máximo e os episódios com menos de 24 horas com preço para ambulatório, falecidos, transferidos ou saídos contra parecer médico” (Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro)

maior risco de readmissão hospitalar foram: parto vaginal, peso ao nascer inferior a 2500 gramas, complicações maternas pré-existentes, idade gestacional igual ou inferior a 37 semanas.

Finalmente, no que concerne a analgesia de parto pelo método epidural, importa desde logo recordar os objectivos específicos do programa nacional de controlo da dor da Direcção Geral da Saúde, entre os quais se conta “conhecer a prevalência dos partos realizados sem possibilidade de recurso à analgesia epidural” (*vide* ponto 5.3 da circular normativa n.º 11/DSCS/DPCD, de 18/6/2008). Um dos indicadores escolhidos para avaliar o impacto desse programa é, precisamente, a percentagem de partos realizados com analgesia epidural (cfr. n.º3 do ponto 12.1 da citada circular).

A analgesia de parto pelo método epidural, que teve início nos anos 60, é actualmente a técnica mais difundida, mais indicada e a mais usada de analgesia local com vista à redução da dor e compreende a administração de anestésicos por via epidural. Constitui o melhor método para possibilitar um maior bem-estar fetal e neonatal e para aliviar a dor materna, sem risco de depressão cardio-respiratória para o recém-nascido, corrigindo, em situações de hipertensão materna, o vasoespasma das artérias uterinas (Figueiredo, Costa, Pacheco, 2002).

O nosso trabalho teve apenas em conta, com vista a apurar a taxa de utilização de analgesia epidural, os partos vaginais. Efectivamente, por se tratar de um procedimento cirúrgico, e, como tal, não haver necessidade de codificar a anestesia, na base de dados dos resumos de alta dos hospitais, os episódios de cesariana não têm que necessariamente fazer menção à existência de analgesia epidural.

A análise dos dados revela práticas bastantes variáveis entre os hospitais, no que concerne este tipo de analgesia. Note-se que em dois hospitais da região centro o recurso a este método praticamente não tem expressão, nos dois anos abrangidos pelo estudo, não ultrapassando 3,6% no hospital de Castelo Branco e sendo de 2,8% no hospital da Guarda.

Em sentido oposto, em Coimbra, a administração de analgesia epidural ronda os 78,5% no conjunto das duas maternidades. Deve ainda salientar-se que, no hospital de Leiria os partos vaginais com recurso a analgesia epidural são cerca de 43,4% do total.

Na investigação de Martins, Marques e Tomé (2002), a taxa de analgesia epidural no trabalho de parto foi de 45% no Hospital de São Sebastião (Santa Maria da Feira) e de 53,5% na Maternidade Bissaya Barreto (Coimbra), no ano 2000.

CAPÍTULO 7

CONSIDERAÇÕES FINAIS

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Os resultados apresentados neste trabalho foram tratados a partir da base de dados dos resumos de alta dos hospitais. Não é possível controlar, no trabalho, o facto de poder haver erros de codificação na nota de alta dos internamentos que não identificamos – a folha de alta pode ter, por exemplo, informação incompleta, mal caracterizada ou mesmo incorrecta.

Por outro lado, são diversas as variáveis identificadas, na revisão de literatura, como relevantes numa análise dos partos que, por não haver elementos suficientes na base de dados dos resumos de alta, não puderam ser tratadas. Referimo-nos por exemplo a aspectos como a idade gestacional em que ocorreu o parto ou a paridade.

Ainda por esta razão, não foi possível abordar aspectos que se consideraram bastante pertinentes, sobretudo tendo em conta a organização da rede de cuidados de saúde materna e a articulação entre os vários níveis de cuidados, como sejam o número de consultas pré-concepcionais, ou o início da vigilância em função das semanas de gravidez. Note-se que se considera haver vigilância pré-natal inadequada quando a grávida frequentou menos de três consultas ou iniciou a vigilância apenas após a 15^a semana de gestação. Esta informação consta porventura das fichas de vigilância pré-natal das

grávidas seguidas nos centros de saúde, mas não da base de dados dos resumos de alta dos hospitais.

Acresce que o facto do tipo de parto estar a ser determinado pela vontade da mãe não é tido em linha de conta. Esta indicação, que não é objecto de registo sistemático, é importante na avaliação da pertinência e/ou da necessidade de realização de cesariana.

No que diz respeito aos diagnósticos principais, recorde-se que, com vista ao tratamento dos dados, e de forma a criar categorias mais genéricas mas com pleno significado clínico, os diagnósticos principais vertidos na base de dados foram agrupados de acordo com os três primeiros dígitos (cfr. *supra* capítulo 4). Tal tem claras vantagens sob o ponto de vista do tratamento de dados, mas deve realçar-se que se corre o risco de se perder alguma informação significativa, do ponto de vista médico, a par de se poderem incluir no mesmo grupo patologias que pouco têm a ver umas com as outras, em termos médicos.

Em alguns aspectos particulares notámos a ausência de registos nas bases de dados – por exemplo, o diagnóstico de *parto normal* raramente está acompanhado (como devia) de código indicando o resultado do parto.

Daqui decorre a necessidade de melhorar os registos dos episódios de internamento, desde logo nas folhas de resumo de alta, bem como a necessidade de aperfeiçoar o rigor da codificação.

CONCLUSÕES

É objecto deste estudo a totalidade dos episódios pertencentes aos grupos de diagnóstico homogéneos relativos ao parto dos hospitais do SNS da região centro, num total de 28.310 episódios, nos anos de 2009 e 2010.

O nosso trabalho revela uma taxa de cesariana, entre os hospitais do SNS da região centro, de 31,5%, identificando-se diferenças assinaláveis entre os hospitais. A nível do país, a taxa de cesariana nacional é das mais elevadas quando comparada com os restantes países europeus. Verifica-se que a taxa de cesarianas aumenta no mesmo sentido do grupo etário, registando-se entre as mães mais jovens a mais baixa taxa de cesariana.

Os motivos para o recurso a esta via para o parto são diferentes entre os hospitais em estudo.

Constatámos que os hospitais realizam partos de doentes que não são da sua área de residência.

Sendo a duração média do internamento um dos principais indicadores de gestão dos hospitais, tanto no domínio da eficiência, como no domínio da qualidade, apurámos que, na população em análise, a duração média de um internamento por cesariana é de $4,5 \pm 1,1$ dias, e de $3,2 \pm 1$ dias se o parto foi por via vaginal. Assinalam-se contudo algumas diferenças entre os hospitais.

Foi relativamente à administração da analgesia epidural que se detectaram as diferenças mais significativas entre os hospitais. Note-se que em dois hospitais da região centro o

recurso a este método praticamente não tem expressão, chegando a ser de apenas 2,8% sobre o total dos partos vaginais. Em sentido oposto, no conjunto das duas maternidades de Coimbra, a administração de analgesia epidural ronda os 78,5%.

Deve realçar-se que a analgesia de parto pelo método epidural é actualmente a técnica mais difundida com vista à redução da dor e constitui o melhor método para possibilitar um maior bem-estar fetal e neonatal e para aliviar a dor materna durante o parto.

Por estas razões, entende-se que deverá ser dada particular atenção a esta questão, por parte de decisores políticos e especialistas em questões da saúde, no sentido da generalização da analgesia epidural a todos os partos realizados.

No que diz respeito à organização da rede de saúde materna e infantil, importa salientar que é hoje amplamente reconhecido que as UCF desempenharam um papel fundamental na promoção da saúde materna e neonatal, da criança e do adolescente, assim como na indispensável articulação entre a prestação de cuidados de saúde primários e hospitalar, tendo permitido uma melhoria significativa nos indicadores, sendo Portugal hoje apontado como país de referência dos indicadores materno-infantis. Como se declara no relatório para a reforma hospitalar, as UCF para a área da saúde materna e neonatal «têm-se imposto como a estrutura central, promotora do diálogo entre as diferentes instituições prestadoras de cuidados de saúde, sendo responsáveis pela identificação dos problemas e necessidades da população a nível de saúde da mulher, da criança e dos adolescentes» (2011, pág. 122).

PROPOSTAS PARA TRABALHOS FUTUROS

Alguns autores têm acusado que a prática clínica vive fechada sobre si própria e está pouco disponível para a revisão interpares. Referem que os processos clínicos não são uniformes, os modos de preenchimento divergem muito entre os profissionais e contêm, em muitos casos, pouca informação, muitas vezes, pouco inteligível (Delgado, 2009).

Neste cenário, pode tornar-se complicado verificar com objectividade as boas e as más práticas, o que – acrescentamos nós - poderá constituir um importante obstáculo para a implementação de um processo de *benchmarking*. O *benchmarking* constitui uma ferramenta que permite descobrir oportunidades reais de melhoria na prestação de cuidados, representando assim um mecanismo de desenvolvimento contínuo das boas práticas que favorece a existência de uma cultura para a melhoria da qualidade de cuidados.

Assim, a primeira sugestão deste trabalho não poderá deixar de ser incentivar a realização de um verdadeiro estudo de *benchmarking* entre as maternidades e os hospitais com serviços de obstetrícia, como forma de apoiar os prestadores de cuidados num ciclo contínuo de comparação e partilha.

Nessa análise, poderiam entrar em linha de conta aspectos que não foram considerados no presente trabalho, mas que se revelam pertinentes numa apreciação das circunstâncias em que ocorrem os partos – por exemplo, a dimensão dos diferentes serviços de obstetrícia (v.g. lotação, taxa de ocupação) ou a estrutura de recursos

humanos (em particular as equipa médicas - obstetras, pediatras, anestesistas) e de custos.

Por outro lado, e tendo em conta que a análise feita se restringe aos hospitais do SNS abrangidos pela ARS do Centro, seria útil incluir num futuro trabalho as entidades que realizam partos, na região centro, mas que não integram o SNS.

Sugere-se igualmente replicar a investigação aqui feita a outras zonas do país, de modo a conseguir retratar, a nível nacional, o panorama dos partos nos hospitais portugueses.

Um estudo deste género seria seguramente mais completo se incluísse aspectos relacionados com os recém-nascidos, como sejam o peso ao nascer, o índice de Apgar registado, entre outros.

Finalmente, mas não menos importante, entende-se útil aprofundar, em particular, determinados aspectos identificados no trabalho e que carecem de investigação – por exemplo, analisar as razões para as tão acentuadas diferenças encontradas entre os hospitais da região centro quanto ao recurso à analgesia epidural ou investigar as circunstâncias em que ocorreram as altas contra parecer médico, já que, como atrás se referiu, está em causa a alta de uma mãe e de um recém-nascido.

BIBLIOGRAFIA

Administração Regional de Saúde do Centro, IP (2011) Perfil de saúde da região centro 2010. Disponível em www.arscentro.min-saude.pt (Consultado em Agosto 2011)

Administração Regional de Saúde do Norte, IP (2010) Comissão para a redução da taxa de cesariana da ARS Norte, IP. Medidas para reduzir a taxa de cesarianas na região norte de Portugal.

Alto Comissariado da Saúde. Indicadores e Metas do Plano Nacional de Saúde. Partos por cesariana. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns/nascer-com-saude/partos-por-cesariana100-partos>. (Consultado em Junho de 2011).

Alves, O.; Mendonça, D.; Barbosa, A. M. (2005) Saúde da mulher e da criança: necessidades, comportamentos e atitudes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 23, n.º1, Janeiro-Junho, pp 69-80.

Averill, R. et al. (1998) The evolution of casemix measurement using diagnosis related groups (DRG) *3M HIS Research Repor*, 5, pp. 339-366.

Cabral, S. (2003) Avaliação da qualidade do seguimento da gravidez na unidade de saúde de Vialonga. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, n.º 19, pp. 431-40.

Cabral, S.; Costa, C.; Júnior, S. (2003) Correlação entre a idade materna, paridade, gemelaridade, síndrome hipertensiva e ruptura prematura de membranas e a indicação de parto cesáreo. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, n.º 25 (10), pág. 739-744.

Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro (2011) *Boletim trimestral. Informação reportada ao segundo semestre de 2011*. Setembro. Disponível em https://www.ccdrc.pt/index.php?option=com_ccnewsletter&view=newsletter&id=18&Itemid=37&lang=pt (acedido em Outubro de 2011)

Costa, A. et. al. (2007) Práticas de benchmarking como ferramenta estratégica de competitividade para empresas norte-riograndenses. II Congresso de Pesquisa e Inovação da Rede Norte Nordeste de Educação Tecnológica João Pessoa. Disponível em http://www.redenet.edu.br/publicacoes/arquivos/20071227_155921_GEST-026.pdf

(acedido em Maio de 2010)

Costa, C. (1994) Os DRG (diagnosis related groups) e a gestão do hospital. *Revista Portuguesa de Gestão*, III/IV, pp. 47-65.

Costa, F. Leal (2005) Efectividade e eficiência: médicos, gestores, informação e bom senso. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. temático 5, pp. 47-57.

Cruz, D. (2002) O benchmarking na melhoria dos cuidados de saúde. *Revista Referência*, n.º8. Maio.

Cunha, A.; Portela, M.; Amed, A. (2000) Idade materna e cesariana. *Revista Brasileira de Medicina*, vol. 57 (supl.), (Agosto) pág. 15-18.

Delgado, M . (2009) A melhoria contínua da qualidade. In *Governança dos hospitais*. Campos, L. e tal., ed. Alfragide, Editora Casa das Letras.

Direcção-Geral da Saúde (2001). Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes Saúde Materno-Infantil: *Rede de Referência Materno-Infantil*. Lisboa, Direcção Geral da Saúde.

Direcção Geral da Saúde (2004) Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Volume I: Prioridades; Volume II: Orientações estratégicas. Lisboa, Direcção Geral da Saúde.

Direcção Geral da Saúde (2006) Circular Normativa nº2/DSMIA: Prestação de cuidados pré-concepcionais. 16/01/2006.

Direcção Geral da Saúde (2008) Circular normativa n.º11/DSCS/DPCD: Programa nacional de controlo da dor. 18/6/2008.

Direcção Geral da Saúde (2009) Relatório: mortes maternas em Portugal 2001-2007. Lisboa, Direcção Geral da Saúde.

Direcção Geral da Saúde (2010) Estatísticas: natalidade, mortalidade infantil, fetal e perinatal, Portugal 2005-2009. Lisboa, Direcção Geral da Saúde.

Direcção Geral da Saúde (2011) Estatísticas: natalidade, mortalidade infantil, fetal e perinatal, Portugal 2006-2010. Lisboa, Direcção Geral da Saúde.

Farhat, R; Rajab, M. (2011) Length of postnatal hospital stay in healthy newborns and re-hospitalization following early discharge. *North American Journal of Medical Sciences*, volume 3, n.º3 (March).

Farias, M. C. (2006) *Contributos do benchmarking para a melhoria da qualidade das práticas de enfermagem*. Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas. Aveiro.

Figueiredo, B; Costa, R.; Pacheco, A. (2002) Experiência de parto: alguns factores e consequências associadas. *Análise psicológica*, 2, pp 203-217.

Fragata, J. (2006) O conceito de qualidade em saúde. In *Risco clínico, complexidade e performance*. Coimbra, Editora Almedina.

Freemantle, N. Optimizing clinical performance. In MCKEE, M.; HEALY, J., Ed. – *Hospital in a changing Europe*. European Observatory on Health Care Systems. 2002.

Gouveia, M. (2008) Avaliação, políticas de saúde e mortalidade infantil. In Escoval, A., coord., *Financiamento, inovação e sustentabilidade*, Lisboa, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar.

Hornbrook, M. (1985) Techniques for assessing hospital case mix. *American Review of Public Health*, 6, pp. 295-324.

Martins, E.; Marques, M.J.; Tomé, J. (2002) Analgesia epidural obstétrica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 18, pp 163-168.

Martins, J. Lopes (2010) Momento oportuno. *Revista Saúde e Sociedade*, Junho – Agosto, n.º2.

Máximo, M.T. (2005) A qualidade da prestação: uma comparação entre serviços. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. temático: 5.

Ministério da Saúde (2011). Grupo técnico para a reforma hospitalar. Relatório final. Disponível em http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/84FCFCE2-3C84-4ABE-8E5F-AD4DDB0B46F4 /0/RelatorioGTRH_Nov2011.pdf (acedido em Dezembro de 2011)

Moore, M. L. (2005) Increasing cesarean birth rates: a clash of cultures? *Journal of Perinatal Education*, Fall 14(4), pp 5-8.

Organização para a cooperação e desenvolvimento económico. Health Data 2010: Eurostat Statistics Database. Disponível em: http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_33929_2085200_1_1_1_1,00.html (acedido em Dezembro de 2010)

Pereira, A. (2003) SPSS: guia prático de utilização: análise de dados para ciências sociais e psicologia. Lisboa, Edições Sílabo.

Portaria n.º 132/2009. Diário da República I Série B. 21 (2009.01.30) pp. 660-758.

Relman, A. (1988) Assessment and accountability: the third revolution in medical care. *New England Journal of Medicine*, November, 3, pp 1220-1222.

Remoaldo, P. (2005) Os desafios da saúde materno-infantil portuguesa nos inícios do século XXI. *Cadernos geográficos*, 36, pp 533-561.

Rocha, J. O. (2006) Gestão da qualidade. Aplicação aos serviços públicos. Lisboa, Escolar Editora.

Sakellarides, C. (2011) Editorial. Homens multidimensionais. *Revista Saúde e Sociedade*. Julho – Setembro, n.5.

Sanderson, H; Mountney, L. (1997) The development of patient grouping for more effective management of health care, *European Journal of Public Health*, 7, pp. 210-214.

Santana, R.; Costa, C. (2008) A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. temático 7, pp. 29-56.

Serrano, P. (1996) Redacção e apresentação de trabalhos científicos. Lisboa: Relógio d'Água Editores.

Silva, A.; Varanda, J.; Nóbrega, S. (2004) Alquimia da qualidade na gestão dos hospitais. Cascais, Editora Principia.

Simões, J. (2004) A avaliação do desempenho de hospitais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. temático 4, pp. 91-120.

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2007). Secção de Neonatologia. Nascer prematuro: um manual para os pais dos bebés prematuros.

Soro, I. et. al. (2010) Gravidez na adolescência. *Saúde infantil*, vol. 32, n.º93 (Dezembro)

Urbano, J.; Bentes, M. (1990) Definição da produção do hospital: os grupos de diagnóstico homogéneos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 8:1 (Janeiro /Março), pp. 49-60.

www.pordata.pt

www.portaldacodificação.pt

ANEXOS

ANEXO I - Portugal: Taxa de mortalidade infantil

Fonte: OECD Health Data 2011

Ano	Valor	Ano	Valor
1960	77,5	1985	17,8
1961	88,8	1986	15,8
1962	78,6	1987	14,2
1963	73,1	1988	13
1964	69	1989	12,1
1965	64,9	1990	10,9
1966	64,7	1991	10,8
1967	59,2	1992	9,2
1968	61,1	1993	8,6
1969	55,8	1994	7,9
1970	55,5	1995	7,4
1971	51,9	1996	6,8
1972	41,4	1997	6,4
1973	44,8	1998	6
1974	37,9	1999	5,6
1975	38,9	2000	5,5
1976	33,4	2001	5
1977	30,3	2002	5
1978	29,1	2003	4,1
1979	26	2004	3,8
1980	24,3	2005	3,5
1981	21,8	2006	3,3
1982	19,8	2007	3,4
1983	19,2	2008	3,3
1984	16,7	2009	3,6

ANEXO II – Rede de referênciação materno-infantil

ZONA CENTRO

MATERNIDADE BISSAYA BARRETO (CHC) *	MATERNIDADE DANIEL DE MATOS (HUC) *
H. Castelo Branco	H. Aveiro
H. Leiria	H. Covilhã
	H. Viseu

* Hospital de apoio perinatal diferenciado

ANEXO III - Número de cesarianas por 1000 nascimentos vivos. Fonte: OECD Health Data 2011

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Australia	175	179	182	188	192	192	193	201	209	217	231	251	268	282	291	300	303	306	308	308
Austria	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	254	269	275	286
Belgium	104,5	116,1	119,7	129,4	129,4	134,5	136,7	137,7	144,1	159,2	163	163	173,8	175,5	177,6	..	..	172,5	..	..
Canada	184,3	179,1	174,6	175,1	174,8	174,8	178,7	183,8	187,6	195,8	209,2	221,9	234,3	247,6	253,2	261,7	262,6	266,2	266,2	..
Czech Republic	76,1	83,5	88,2	91	100,9	112	115,6	117,9	122,7	123,4	128,9	132,5	140,7	152,9	160,1	171,3	183,7	195,7	204,8	212,4
Denmark	124	122,6	122,2	125,2	125,2	124,8	108,9	114,3	118,7	121,7	128,5	135,8	159,5	153	164,6	172,9	174	177	166,2	206
Estonia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	145,7	155,3	150	164	171,8	188,8	189,8	199,6	199,7	207
Finland	136	143	145	146	154	156	157	156	154	158	158	165	164	162	164	163	161	163	165	157
France	..	..	..	..	..	..	..	156,4	163,14	167,84	171,54	178,45	184,89	185,81	186,61	191,18	194,88	199,29	198,75	200,25
Germany	157	152,2	159,4	165,7	170,7	172,4	176,1	181,4	190,7	198	208,8	219,9	236,7	248,1	259,5	267,3	277,8	284,8	293,7	302,9
Hungary	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	271	292	293	303	314,4	325,2
Iceland	118,1	114,3	134,3	129,8	137,6	141,1	151,5	162,6	159,2	173,2	176,8	167,7	173,6	179,1	164,1	155,6	172,1	169,1	161,4	157,6
Ireland	105,4	115,6	120,4	128,7	..	134,2	145,3	153,4	175	198,3	207,1	212,3	218,2	233,7	244,8	251,3	246,3	253,5	256,4	259,6
Israel	..	..	..	..	..	..	..	..	135,4	143,2	160,2	172,1	176,5	179,3	181,2	195	191,7	185,7	188,3	188,3
Italy	207,9	226	232,4	241,3	247,6	260,7	268,8	268,9	307,4	323,9	332,7	348,6	361,8	373,3	384,2	386	390,2	386,4	385,4	383,6
Korea	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	336,3	369,2	367,4	367,1	363,1	351,3	353,4	353,9	351,3
Luxembourg	165	170	174	..	168	164	164	169	181	210	219	243	257	262	269	273	272	291	302	297
Mexico	..	..	..	..	241,8	252,5	254,4	277	274,3	279	282,4	303,8	332	346,8	370,1	381,5	394,9	407,3	439,2	419,5
Netherlands	74,1	77,4	79,5	84,4	91,8	96,5	100,6	103,9	110,6	113,4	118,7	136,4	135,2	135,3	136,4	135,7	137,8	139,2	143	..
New Zealand	121	129,9	124,7	138,1	144,3	151,2	156,8	164,5	181,6	183,7	201,7	212,1	222,4	222,6	222,7	227,5	239,2	228,3	228	239,8
Norway	127,5	124,8	125,6	124,8	126	126,4	127,3	128,8	136,7	134,5	136,6	156	160,6	156	152	158,7	159,1	172	171	..
Poland	..	..	..	..	137,8	151,8	155,6	161,2	..	..	..	..	..	157,4	163,3	189	196	188,4	192,9	228,2
Portugal	..	..	..	195,3	212,1	215,8	220,3	233,5	239,4	246,1	238,8	253,8	257,1	265,6	270,4	277,8	309,8	311,5	327,3	330
Slovak Republic	87,1	91,2	99,2	105,8	111,7	115	122,3	129,9	133,1	138,6	147	166,3	178,3	185,3	192,1	207,3	218,6	234,7	247,3	270,2
Slovenia	85,7	89	91,5	96	93,5	92,2	100,4	101,6	103	101,2	109,8	124,7	136,8	143,5	143	155	164	168	170	178
Spain	142,2	150,3	162	173,3	177,8	188	192,8	196	203	209,1	214,3	221,9	231,8	236,3	239,6	248,3	256,3	249,6	245,8	248,8
Sweden	..	..	..	..	..	..	..	..	121,3	142,2	142,6	153,7	158,3	162,3	166,4	169,7	173,3	174,2	167,9	171,3
Switzerland	186	177	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	242	251	257	267	288	300	316	324
Turkey	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	297	360	377	427
United Kingdom	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	237,1	233,9
United States	227	226	223	218	212	208	207	208	212	220	229	244	261	275	291	303	311	318	323	323

ANEXO IV – NATALIDADE INFANTIL, NATAL E NEONATAL - ORGANIZAÇÃO DAS REGIÕES DE SAÚDE POR DISTRITOS.

	ANO 2009										
	Portugal (a)	Região Centro									
	Aveiro	Cast. Branco	Coimbra	Guarda	Leiria	Viseu	Total região centro				
Nascimentos vivos por residência das mães	99490	6151	1354	3379	1010	4058	2898	18.850			
Taxa natalidade por residência das mães (h)	9,4	8,4	6,9	7,8	6	8,4	7,4	7,8			
Óbitos infantis por residência das mães	362	18	7	8	1	4	9	47			
Taxa mortalidade infantil por residência das mães (h)	3,6	2,9	5,2	2,4	1	1	3,1	2,5			
Óbitos neonatais por residência das mães (b)	244	12	5	7	1	4	5	34			
Taxa mortalidade neonatal por residência das mães (h)	2,5	2	3,7	2,1	1	1	1,7	1,8			
Óbitos neonatais precoces por residência das mães (c)	164	10	4	5	1	2	2	24			
Taxa mortalid neonatal precoce por residência das mães (h)	1,6	1,6	3	1,5	1	0,5	0,7	1,3			
Óbitos pós-neonatais por residência das mães (d)	118	6	2	1	0	0	4	13			
Taxa mortalidade pós-neonatal por residência das mães (h)	1,2	1	1,5	0,3	0	0	1,4	0,7			
Fetos mortos de 28 e + semanas por residência d mães	291	19	4	7	4	14	3	51			
Nados vivos + Fetos mortos de 28 e + semanas	99781	6170	1358	3386	1014	4072	2901	18901			
Taxa mortalid fetal de 28 e + semanas por residência d mães (h)	2,9	3,1	2,9	2,1	3,9	3,4	1	2,8			
Óbitos perinatais por residência das mães (e)	455	29	8	12	5	16	5	75			
Taxa mortalid perinatal de 28 e + semanas por residência d mães (h)	4,6	4,7	5,9	3,5	4,9	3,9	1,7	4,0			
Nados vivos + fetos mortos de 22 e + semanas	99867	6176	1360	3387	1014	4079	2904	18920			
Taxa mortalid fetal de 22 e + semanas por residência das mães (h)	3,8	4	4,4	2,4	3,9	5,1	2,1	3,7			
Óbitos perinatais por residência das mães (f)	541	35	10	13	5	23	8	94			
Taxa mortalid perinatal de 22 e + semanas por residência d mães (h)	5,4	5,7	7,4	3,8	4,9	5,6	2,8	5,0			
Óbitos perinatais (período alargado) por residência das mães (g)	535	31	9	14	5	18	8	85			
Taxa mortalid perinatal (período alargado) por residência mães (h)	5,4	5	6,6	4,1	4,9	4,4	2,8	4,5			

Fonte: Direcção Geral da Saúde (2010) Estatísticas: natalidade, mortalidade infantil, fetal e perinatal, Portugal 2005-2009. Lisboa, Direcção Geral da Saúde.

ANEXO IV – NATALIDADE, MORTALIDADE INFANTIL, FETAL E PERINTAL – NUTS 1999

<i>ANO 2009</i>	Portugal (a)	Região Centro
Nascimentos vivos por residência das mães	99490	13915
Taxa natalidade por residência das mães	9,4	7,8
Óbitos infantis por residência das mães	362	36
Tx mortalidade infantil por residência das mães	3,6	2,6
Óbitos neonatais por residência das mães	244	28
Tx mortalidade neonatal por residência das mães	2,5	2,0
Óbitos neonatais precoces por residência das mães	164	19
Tx mortalid neonatal precoce p/ residência das mães	1,7	1,4
Óbitos pós-neonatais por residência das mães	118	8
Tx mortalidade pós-neontal por residência das mães	1,2	0,6
Fetos mortos de 28 e + semanas p/ residência d mães	291	41
Nados vivos + Fetos mortos de 28 e + semanas	99781	13956
Tx mortalid fetal de 28 e + semanas p/ residência d mães	2,9	2,8
Óbitos perinatais por residência das mães	455	60
Tx mortalid perinatal de 28 e + semanas p/ residência d mães	4,6	4,3
Fetos mortos de 22 e + semanas p/ residência das mães	377	56
Nados vivos + fetos mortos de 22 e + semanas	99867	13971
Tx mortalid fetal de 22 e + semanas por residência das mães	3,8	4,0
Óbitos perinatais por residência das mães	541	75
Tx mortalid perinatal de 22 e + semanas p/ residência d mães	5,4	5,4
Óbitos perinatais (período alargado) por residência das mães	535	69
Ttx mortalid perinatal (período alargado) p/ residência mães	5,4	4,9

Fonte: Direcção Geral da Saúde (2010) Estatísticas: natalidade, mortalidade infantil, fetal e perinatal, Portugal 2005-2009. Lisboa, Direcção Geral da Saúde.

ANEXO V – NATALIDADE INFANTIL, NATAL E NEONATAL - ORGANIZAÇÃO DAS REGIÕES DE SAÚDE POR DISTRITOS.

	ANO 2010									
	Portugal (a)	Região Centro								
	Aveiro	Cast. Branco	Coimbra	Guarda	Leiria	Viseu	Total região centro			
Nascimentos vivos por residência das mães	101.381	1.363	3.429	944	4.046	2.899	19.018			
Taxa natalidade por residência das mães (h)	9,5	7,0	8,0	5,6	8,4	7,4	7,9			
Óbitos infantis por residência das mães	256	5	3	4	6	5	33			
Taxa mortalidade infantil por residência das mães (h)	2,5	3,7	0,9	4,2	1,7	1,7	1,7			
Óbitos neonatais por residência das mães (b)	169	3	3	3	3	3	20			
Taxa mortalidade neonatal por residência das mães (h)	1,7	2,2	0,9	3,2	0,7	1,0	1,1			
Óbitos neonatais precoces por residência das mães (c)	116	2	1	2	1	2	12			
Taxa mortalid neonatal precoce por residência das mães (h)	1,1	1,5	0,3	2,1	0,2	0,7	0,6			
Óbitos pós-neonatais por residência das mães (d)	87	2	0	1	3	2	13			
Taxa mortalidade pós-neonatal por residência das mães (h)	0,9	1,5	0,0	1,1	0,7	0,7	0,7			
Fetos mortos de 28 e + semanas por residência d mães	241	6	8	4	3	7	44			
Nados vivos + Fetos mortos de 28 e + semanas	101.622	1.369	3.437	948	4.049	2.906	19.062			
Taxa mortalid fetal de 28 e + semanas por residência d mães (h)	2,4	4,4	2,3	4,2	0,7	2,4	2,3			
Óbitos perinatais por residência das mães (e)	357	8	9	6	4	9	56			
Taxa mortalid perinatal de 28 e + semanas por residência d mães (h)	3,5	5,8	2,6	6,3	1,0	3,1	2,9			
Nados vivos + fetos mortos de 22 e + semanas	101.700	1.369	3.441	948	4.053	2.910	19.084			
Taxa mortalid fetal de 22 e + semanas por residência das mães (h)	3,1	4,4	3,5	4,2	1,7	3,8	3,5			
Óbitos perinatais por residência das mães (f)	435	8	13	6	8	13	78			
Taxa mortalid perinatal de 22 e + semanas por residência d mães (h)	4,3	5,8	3,8	6,3	2,0	4,5	4,1			
Óbitos perinatais (período alargado) por residência das mães (g)	410	9	11	7	6	10	64			
Taxa mortalid perinatal (período alargado) por residência mães (h)	4,0	6,6	3,2	7,4	1,5	3,4	3,4			

Fonte: Direcção Geral da Saúde (2011) Estatísticas: natalidade, mortalidade infantil, fetal e perinatal, Portugal 2006-2010. Lisboa, Direcção Geral da Saúde.

ANEXO V – NATALIDADE, MORTALIDADE INFANTIL, FETAL E PERINATAL – NUTS 1999

ANO 2010	Portugal (a)	Região Centro
Nascimentos vivos por residência das mães	101.381	13.932
Taxa natalidade por residência das mães	9,6	8,2
Óbitos infantis por residência das mães	256	26
Tx mortalidade infantil por residência das mães	2,5	1,9
Óbitos neonatais por residência das mães	169	18
Tx mortalidade neonatal por residência das mães	1,7	1,3
Óbitos neonatais precoces por residência das mães	116	12
Tx mortalid neonatal precoce p/ residência das mães	1,1	0,9
Óbitos pós-neonatais por residência das mães	87	8
Tx mortalidade pós-neontal por residência das mães	0,9	0,6
Fetos mortos de 28 e + semanas p/ residência d mães	241	37
Nados vivos + Fetos mortos de 28 e + semanas	101.622	13.969
Tx mortalid fetal de 28 e + semanas p/ residência d mães	2,4	2,6
Óbitos perinatais por residência das mães	357	49
Tx mortalid perinatal de 28 e + semanas p/ residência d mães	3,5	3,5
Fetos mortos de 22 e + semanas p/ residência das mães	319	50
Nados vivos + fetos mortos de 22 e + semanas	101.700	13.982
Tx mortalid fetal de 22 e + semanas por residência das mães	3,1	3,6
Óbitos perinatais por residência das mães	435	62
Tx mortalid perinatal de 22 e + semanas p/ residência d mães	4,3	4,4
Óbitos perinatais (período alargado) por residência das mães	410	55
Ttx mortalid perinatal (período alargado) p/ residência mães	4,0	3,9

Fonte: Direcção Geral da Saúde (2011) Estatísticas: natalidade, mortalidade infantil, fetal e perinatal, Portugal 2006-2010. Lisboa, Direcção Geral da Saúde.

Natalidade, mortalidade infantil, fetal e perinatal 2005/2006 – NOTAS EXPLICATIVAS

DGS, Julho 2010

- (a) Inclui Continente, Açores, Madeira
- (b) Óbitos < 28 dias
- (c) Óbitos < 7 dias
- (d) Óbitos > 28 dias < 1 ano
- (e) Óbitos < 7 dias + fetos mortos de 28 e mais semanas
- (f) Óbitos < 7 dias + fetos mortos de 22 e mais semanas
- (g) Óbitos neonatais + fetos mortos de 28 e mais semanas
- (h) por 1000

Conceitos utilizados:

Taxa de mortalidade fetal: número de fetos mortos de 28 ou mais semanas observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao número de nados vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas do mesmo período.

Taxa de mortalidade infantil: número de óbitos de crianças com menos de 1 ano de idade observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao número de nados vivos do mesmo período.

Taxa de mortalidade neonatal: número de óbitos de crianças com menos de 28 dias de idade observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao número de nados vivos do mesmo período.

Taxa de mortalidade perinatal: número de óbitos fetais de 28 ou mais semanas de gestação e óbitos de nados vivos com menos de 7 dias de idade observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao número de nados vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas do mesmo período.

Taxa de natalidade: Número de nados vivos ocorrido durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período.

ANEXO VI – PERFIL DE SAÚDE DA REGIÃO CENTRO

Fonte: Administração Regional de Saúde do Centro, IP (2011) Perfil de saúde da região centro 2010.

Nascimentos em mulheres adolescentes (≤ 15 anos), por ACES e ULS da Guarda (%)

ACES/ ULS	2006	2007	2008	2009
Baixo Vouga I	5,5	5,3	4,9	4,6
Baixo Vouga II	6,1	5,6	5,0	4,5
Baixo Vouga III	7,0	6,8	6,7	6,4
Cova da Beira	4,3	3,8	3,7	3,9
Baixo Mondego I	3,3	3,3	2,9	2,7
Baixo Mondego II	4,6	4,4	3,8	3,6
Baixo Mondego III	4,3	4,3	4,0	3,6
Pinhal Interior Norte I	4,8	4,5	4,3	4,2
Pinhal Interior Norte II	4,5	4,0	4,0	3,0
Pinhal Litoral I	4,2	3,8	3,5	3,1
Pinhal Litoral II	3,2	2,9	2,8	2,7
Dão/Lafões I	4,0	3,7	3,6	3,5
Dão/Lafões II	6,0	5,8	5,4	5,2
Dão/Lafões III	5,7	5,2	4,6	4,2
Beira Interior Sul	4,5	4,3	4,0	3,9
Pinhal Interior Sul	4,6	4,4	3,8	4,0
ULS Guarda, EPE	5,1	4,7	4,4	4,4
MÉDIA (Região Centro)	4,8	4,5	4,2	4,0

Nascimentos em mulheres com mais de 35 anos/1000 nados vivos por ACES e ULS da Guarda (%)

ACES/ ULS	2006	2007	2008	2009
Baixo Vouga I	14,4	15,1	16,3	17,1
Baixo Vouga II	16,6	17,6	18,7	20,1
Baixo Vouga III	14,6	15,7	17,3	18,5
Cova da Beira	15,0	15,6	17,2	18,5
Baixo Mondego I	18,6	19,1	20,1	21,3
Baixo Mondego II	14,2	15,3	16,9	17,6
Baixo Mondego III	13,2	14,3	14,7	15,6
Pinhal Interior Norte I	14,0	14,7	15,1	15,6
Pinhal Interior Norte II	15,6	16,7	17,9	18,6
Pinhal Litoral I	13,4	13,8	14,2	15,1
Pinhal Litoral II	16,5	17,4	18,0	18,6
Dão/Lafões I	15,6	16,3	17,3	17,4
Dão/Lafões II	13,6	13,9	14,5	15,1
Dão/Lafões III	13,4	13,9	15,0	15,1
Beira Interior Sul	13,2	14,2	15,4	15,2
Pinhal Interior Sul	15,0	15,0	16,6	17,7
ULS Guarda, EPE	15,1	16,2	17,1	17,5
MÉDIA (Região Centro)	14,8	15,6	16,6	17,3

ANEXO VII

DISTRIBUIÇÃO DOS EPISÓDIOS DE PARTO, EM 2009 E 2010, NOS HOSPITAIS EM ESTUDO

Hospital	Ano 2009		Ano 2010		Total
Aveiro	1805	48,9%	1886	51,1%	3691
Castelo Branco	473	52,1%	435	47,9%	908
Covilhã	595	47,9%	647	52,1%	1242
CHC	2961	49,3%	3048	50,7%	6009
Guarda	686	52,5%	620	47,5%	1306
HUC	2965	48,9%	3096	51,1%	6061
Leiria	2213	49,4%	2268	50,6%	4481
Viseu	2326	50,4%	2286	49,6%	4612
Total	14024	49,5%	14286	50,5%	28310

DISTRIBUIÇÃO DOS EPISÓDIOS DE PARTO, POR GRUPO ETÁRIO

Grupo etário	Quantidade	%
12 a 17 anos	367	1,3%
18 a 24 anos	3987	14,1%
25 a 29 anos	7906	27,9%
30 a 34 anos	10348	36,6%
35 a 44 anos	5663	20,0%
45 e mais anos	37	0,1%
Total	28310	

PESO DOS EPISÓDIOS DE PARTO, NO TOTAL DOS EPISÓDIOS DE INTERNAMENTO, NOS HOSPITAIS EM ESTUDO

	Total Partos	Total episódios	% partos
Aveiro	3691	35309	10,5%
CHC	6009	47145	12,7%
C. Branco	908	19955	4,6%
Covilhã	1242	27198	4,6%
Guarda	1306	21451	6,1%
HUC	6061	96151	6,3%
Leiria	4481	44837	10,0%
Viseu	4612	49277	9,4%
Total	28310	341323	8,3%

Anexo VIII – Distribuição dos partos por cesariana, nos hospitais em estudo, de acordo com o diagnóstico principal atribuído ao episódio

Diagnóstico principal*	Hospital								Total
	Aveiro	CHC	Castelo Branco	Covilhã	Guarda	HUC	Leiria	Viseu	
Total	1348	699	221	355	478	1936	1444	1454	8922
660	667	334	157	131	177	0	756	64	2196
656	271	59	20	105	39	252	306	72	1271
659	142	33	10	23	23	626	35	233	1249
654	55	165	0	14	165	184	6	57	755
652	3	2	0	2	2	295	4	198	735
661	3	70	12	29	58	139	70	56	368
648	86	0	0	6	0	26	20	15	183
641	29	7	2	13	5	39	28	23	182
642	16	10	2	9	8	53	35	18	172
658	9	17	17	11	0	35	42	28	165
669	3	0	0	0	0	0	99	4	110
663	2	0	0	0	0	14	7	8	44
644	0	0	0	1	0	14	1	7	37
662	7	0	0	1	0	10	0	19	37
647	3	0	0	4	0	5	3	1	29
645	3	0	0	2	0	0	20	2	27
651	3	0	0	4	0	9	0	2	26
646	2	0	0	0	0	5	2	0	15
655	1	0	0	0	0	0	0	3	6
665	0	0	0	0	0	0	1	1	5
671	1	0	0	0	0	0	1	0	3
657	0	1	1	0	0	1	0	0	2
649	0	0	0	0	0	0	0	0	1
673	0	0	0	0	0	0	0	1	1

* Nos termos da ICD-9-CM

ANEXO IX

NÚMERO E PORCENTAGEM DE EPISÓDIOS, POR TIPO DE PARTO E POR PRESENÇA OU NÃO DE COMPLICAÇÕES – APRESENTAÇÃO DE DADOS

Grupo etário	CESARIANA				PARTO NORMAL					
	Com complicações	%	Sem complicações	%	Total	Com complicações	%	Sem complicações	%	Total
12 a 17 anos	11	14,1%	67	85,9%	78	67	23,2%	222	76,8%	289
18 a 24 anos	112	10,7%	935	89,3%	1047	865	29,4%	2075	70,6%	2940
25 a 29 anos	193	8,2%	2153	91,8%	2346	1885	33,9%	3675	66,1%	5560
30 a 34 anos	308	9,3%	2993	90,7%	3301	2527	35,9%	4520	64,1%	7047
35 a 44 anos	266	12,5%	1864	87,5%	2130	1331	37,7%	2202	62,3%	3533
45 e mais anos	5	26,3%	14	73,7%	19	11	61,1%	7	38,9%	18
Total	895	10,0%	8026	90,0%	8921	6686	34,5%	12701	65,5%	19387

ANEXO X – APRESENTAÇÃO DE DADOS**DURAÇÃO DO INTERNAMENTO – POR TIPO DE PARTO**

Hospital	Cesariana		Parto vaginal	
	Média	Desv. Padrão	Média	Desv. Padrão
Aveiro	4,22	1,04	2,84	0,85
CHC	4,16	1,21	3	0,97
Castelo Branco	4,76	1,17	3,07	1,4
Covilhã	3,81	1,2	2,92	1,03
Guarda	4,79	1,02	3,58	1,08
HUC	4,95	1,09	3,79	1,04
Leiria	4,59	0,84	2,86	0,79
Viseu	4,73	0,9	3,32	0,96
Total	4,53	1,1	3,21	1,04

DURAÇÃO DO INTERNAMENTO – COM EXISTÊNCIA (OU NÃO) DE COMPLICAÇÕES

Hospital	Com complicações		Sem Complicações	
	Média	Desv. Padrão	Média	Desv. Padrão
Aveiro	3,22	1,19	3,37	1,12
CHC	3,35	1,27	3,305	1,065
C. Branco	3,43	1,82	3,47	1,5
Covilhã	3,32	1,36	3,12	1,06
Guarda	4	1,6	4,02	1,2
HUC	4,04	1,22	4,19	1,17
Leiria	3,09	1,04	3,49	1,15
Viseu	3,78	1,26	3,75	1,11
Total	3,55	1,28	3,64	1,19

ANEXO XI - DIAS DE INTERNAMENTO POR GRUPO ETÁRIOS, NOS HOSPITAIS EM ESTUDO – APRESENTAÇÃO DE DADOS

	12 - 17 anos		18 - 24 anos		25 - 29 anos		30 -34 anos		35 - 44 anos		45 e mais anos	
	Média	D. Padrão	Média	D. Padrão	Média	D. Padrão	Média	D. Padrão	Média	D. Padrão	Média	D. Padrão
Aveiro	3,32	1,14	3,37	1,15	3,31	1,13	3,33	1,09	3,35	1,21	3,25	0,96
CHC	3,785	1,15	3,395	1,24	3,34	1,18	3,245	1,09	3,375	1,21	3,69	0,65
C. Branco	2,95	1,36	3,4	1,55	3,5	1,41	3,43	1,55	3,59	1,63	7	0
Covilhã	4,17	1,47	3,13	1,2	3,14	1,13	3,14	1,09	3,22	1,2	3	1,41
Guarda	3,81	1,15	4,12	1,13	4,07	1,29	3,9	1,15	4,1	1,27	3,5	0,71
HUC	4,22	1,36	4,14	1,24	4,16	1,18	4,08	1,15	4,24	1,21	4,13	1,13
Leiria	3,11	1,32	3,3	1,14	3,38	1,1	3,43	1,15	3,51	1,19	3,75	0,5
Viseu	3,78	1,05	3,86	1,21	3,76	1,14	3,69	1,1	3,8	1,22	4,2	0,84
Total	3,65	1,25	3,62	1,25	3,62	1,21	3,58	1,18	3,68	1,27	3,97	1,16

ANEXO XII - DIAS DE INTERNAMENTO POR GDH, NOS HOSPITAIS EM ESTUDO – APRESENTAÇÃO DE DADOS

Hospital	GDH 370		GDH 371		GDH 372		GDH 373	
	Média	D. Padrão	Média	D. Padrão	Média	D. Padrão	Média	D. Padrão
Aveiro	4,96	1,37	4,17	0,99	3,01	0,98	2,77	0,78
CHC	4,56	1,38	3,98	1,08	3,11	1,08	2,89	0,79
C. Branco	6,67	1,53	4,75	1,17	3,30	1,71	3,05	1,34
Covilhã	5,00	1,33	3,66	1,06	3,18	1,26	2,78	0,85
Guarda	4,00	1,00	4,79	1,01	3,78	1,70	3,57	1,05
HUC	5,16	1,22	4,91	1,05	3,95	1,17	3,69	0,94
Leiria	5,16	1,26	4,54	0,78	2,92	0,79	2,83	0,77
Viseu	5,35	1,24	4,64	0,77	3,54	1,07	3,18	0,86
Total	4,88	1,37	4,47	1,03	3,38	1,15	3,12	0,95

Hospital	GDH 374		GDH 375		GDH 650		GDH 651		GDH 652	
	Média	D. Padrão	Média	D. Padrão	Média	D. Padrão	Média	D. Padrão	Média	D. Padrão
Aveiro	3,00	1,00	3,00	0,82	6,00	1,41	4,22	1,05	2,00	0,00
CHC	4,32	1,43	3,50	0,95	4,95	1,82	4,44	1,58	5,25	1,06
C. Branco	3,00	0,00	-	-	-	-	4,50	0,76	2,00	0,00
Covilhã	3,80	2,05	4,00	0,00	6,50	2,12	4,64	1,55	-	-
Guarda	5,00	1,41	-	-	4,50	2,12	5,33	1,23	-	-
HUC	3,50	1,73	4,33	1,21	5,71	1,33	5,32	1,60	-	-
Leiria	5,86	1,95	3,67	1,16	4,80	1,30	4,84	1,07	-	-
Viseu	5,67	2,31	3,80	1,62	5,50	1,51	5,15	1,41	8,00	0,00
Total	4,51	1,83	3,65	1,23	5,32	1,57	4,89	1,39	4,71	2,50

