AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Manual de Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado

Certificação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde

VERSÃO
VENDA PROIBIDA

Rio de Janeiro

2020

Sumário

I - INTRODUÇÃO 3

II - ENTIDADES ACREDITADORAS PARA CERTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM PARTO ADEQUADO 7

II.1. AUDITORIAS PARA CERTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM PARTO ADEQUADO 7

III - PRÉ-REQUISITOS PARA ADESÃO DAS OPERADORAS À CERTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM PARTO ADEQUADO 7

III.1. PRÉ-REQUISITOS RELATIVOS À OPERADORA 7

III.2. COBERTURA POPULACIONAL MÍNIMA DA CERTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM PARTO ADEQUADO 8

III.3. EQUIPE MÍNIMA DE PLANTONISTAS POR HOSPITAL COM ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E NEONATAL 10

IV - O PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM PARTO ADEQUADO 10

IV.1 SISTEMA DE AVALIAÇÃO E PONTUAÇÃO 11

IV.2 NÍVEIS DE CERTIFICAÇÃO 11

NÍVEL III: "CERTIFICAÇÃO BÁSICA DE BOAS PRÁTICAS EM PARTO ADEQUADO" 11

NÍVEL II: "CERTIFICAÇÃO INTERMEDIÁRIA DE BOAS PRÁTICAS EM PARTO ADEQUADO" 12

NÍVEL I: "CERTIFICAÇÃO PLENA DE BOAS PRÁTICAS EM PARTO ADEQUADO" 12

V - MANUTENÇÃO DA CERTIFICAÇÃO E A RECERTIFICAÇÃO 13

V.1. MACROINDICADORES 13

VI - REQUISITOS E ITENS DE VERIFICAÇÃO 15

VII - MODELO DE FORMULÁRIO DE AGENDAMENTO DE CESARIANAS ELETIVAS 94

VIII – INDICADORES 96

VIII.1 FICHAS TÉCNICAS DOS MACROINDICADORES DA CERTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM PARTO ADEQUADO (obrigatórios) 96

VIII.1. 1 PROPORÇÃO DE PARTOS VAGINAIS 96

VIII.1.2 TAXA DE MULHERES QUE PREENCHERAM OS CRITÉRIOS PARA CONDIÇÕES POTENCIALMENTE AMEAÇADORAS À VIDA (CPAV) 99

VIII.1.3 TAXA DE ADMISSÃO DE NEONATOS (PESO>=2,5KG) EM UTI NEONATAL POR 1000 NASCIDOS VIVOS 101

VIII.2 - INDICADORES ASSISTENCIAIS (complementares) 102

IX – COMUNICAÇÃO, INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO 105

IX.1 - INFORMAÇÕES DISPONIBILIZADAS PELA OPERADORA E HOSPITAIS EM SEUS PORTAIS NA INTERNET 105

IX.2 - CENTRAL DE ATENDIMENTO 106

IX.3 - ABORDAGENS DE PRÉ-NATAL 109

IX.4 – BIBLIOGRAFIA SUGERIDA PARA COMUNICAÇÃO, INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO 111

VERSÃO PRELIMINAR

I - INTRODUÇÃO

Na atenção obstétrica, o setor suplementar de saúde brasileiro constitui uma realidade única no mundo, com aproximadamente 86%[1] dos partos realizados mediante cirurgia cesárea, em 2017. Na América do Norte, a proporção de cesáreas é de cerca de 32% e, na Europa, de 25%[2]. A Organização Mundial de Saúde declarou que, idealmente, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando necessária, do ponto de vista médico[3]. Ainda de acordo com a OMS, ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal.

As causas determinantes das elevadas taxas de cesarianas[4] registradas englobam uma série de fatores que vão desde a forma de organização e financiamento dos sistemas de saúde, associada à preponderância de uma cultura médica intervencionista[5], até aspectos socioeconômicos, preocupações ético-legais e características psicológicas e culturais das pacientes[6].

A realização do parto mediante cirurgia cesárea não representa, por si só, um problema. Na verdade, a cirurgia cesárea muitas vezes é a solução, salvando vidas de mulheres e crianças. Contudo, a proporção de cesáreas no setor suplementar de saúde extrapola qualquer parâmetro científico e justificativa técnica.

E por que o excesso de cesarianas sem indicação clínica é um problema? Por diferentes motivos, em especial pelos riscos desnecessários à saúde de mães e bebês. Se realizada de forma abusiva, a cesariana se volta contra os objetivos para os quais foi concebida, acarretando aumento nos riscos de morbimortalidade materna e perinatal[7]. Para as mães, são majorados os riscos de hemorragia, infecção e de dificuldade na amamentação, por exemplo. Para os neonatos, são maiores os riscos de hipoglicemia, baixo peso ao nascer, necessidade de administração de oxigênio após o parto e internação em UTI Neonatal, muitas vezes em função da maior prematuridade associada a cesáreas realizadas antes do início do trabalho de parto. Tanto para mães quanto para os bebês, são maiores o risco de morte[8].

VERSÃO PRELIMINAR

[1] AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal. https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZjY2ZTEyYzYtZDJlZS00NDhiLTg3ZWMtOGZkZTRhNmZlNGQ1IiwidCI6IjlkYmE0ODBjLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9

[2] BETRÁN et al., 2016. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014 https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0148343

[3] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Acesso em: 20/11/2019. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=25A086A9351EC00066305392A7848697?sequence=3

4 KHUNPRADIT, S. et al. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. Cochrane Database Syst Rev, 15;(6):CD005528, 2011.

5 SAKAE TM, FREITAS PF, D´ORSI E. Factors associated with cesarean section rates in a university hospital. Rev Saúde Pública,43(3): 472-480, 2009.

6 FAISAL-CURY A, MENEZES PR. Fatores associados a preferências por cesarianas. Rev Saúde Pública; 40(2):226-232, 2006.

[7] AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas / Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2008.

[8] LEAL MDC, ESTEVES-PEREIRA AP, NAKAMURA-PEREIRA M, et al. Burden of early-term birth on adverse infant outcomes: a population-based cohort study in Brazil BMJ Open 2017;7:e017789.

Não bastassem os mencionados riscos para mulheres e recém-nascidos, o excesso de cesarianas sem indicação clínica incorre em gastos financeiros desnecessários, onerando o sistema de saúde. O parto vaginal espontâneo é mais eficiente do que a cesariana eletiva, tanto pela geração de benefícios para gestantes e recém-nascidos, quanto em termos de custos[9].

Em 2018, foram realizadas, aproximadamente, 426 mil internações para realização de cesáreas no setor suplementar de saúde, correspondendo ao subtipo de internação mais frequente no período[10]. No setor público de saúde brasileiro, estimativa apontou que o parto vaginal para gestantes de risco habitual geraria uma economia de quase US$ 76,5 milhões por ano, ou seja, cerca de US$ 400 milhões ao longo de 5 anos[11].

Diante desse panorama, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vem trabalhando, há mais de quinze anos, na sensibilização dos atores da saúde suplementar para a qualidade e segurança da atenção materna e neonatal. Em 2004, foram iniciadas as primeiras ações educativas e informativas da ANS em torno do tema. Desde então, a ANS tem apoiado e promovido eventos para discussão do assunto, financiou pesquisas sobre as causas e consequências das cesarianas no setor suplementar, publicou normativos e elaborou publicações e materiais educativos. No entanto, considerando que este conjunto de ações não se mostrou suficiente para modificar, de maneira significativa, a predominância absoluta dos partos cesáreos no setor suplementar de saúde, foi lançado, em 2015, o "Projeto Parto Adequado".

Com o advento do "Parto Adequado" (PA), projeto viabilizado a partir de parceria entre ANS, *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) e Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), com o apoio do Ministério da Saúde (MS), a esperança na possibilidade de reversão do quadro de cesarianas indiscriminadas no país ganhou nova força. Sua estratégia abrange a indução de boas práticas, baseadas em evidências científicas, favorecendo a produção de saúde, a segurança e a qualidade nos serviços, contribuindo para a redução de cesarianas desnecessárias e dos riscos delas decorrentes. Em 2019, foi oficializado o apoio da Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras (Abenfo) e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) ao Parto Adequado, por meio de cooperação político-institucional e técnico-científica.

Na Fase 1, realizada de 2015 a 2016, o "Projeto Parto Adequado" contou com a adesão de 35 hospitais e 18 operadoras para a realização de Projetos-Piloto. Com base na experiência acumulada na Fase 1, foi lançada em 2017 a Fase 2 do "Parto Adequado", envolvendo 108 hospitais e 60 operadoras. Considerando as Fases 1 e 2 do PA, estima-se que foram evitadas, até 2019, mais de 20 mil cesarianas desnecessárias.

Para além da questão da elevada proporção de cesarianas desnecessárias no setor suplementar de saúde, o Parto Adequado aborda diferentes aspectos estruturantes de uma atenção qualificada e segura. No que se refere especificamente às internações em UTI Neonatal, por

[9] ENTRINGER, AP; PINTO, M; DIAS, MAB; GOMES, MASM. Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública [online]. 2018, vol.34, n.5, e00022517. Epub May 10, 2018.

[10] AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Mapa assistencial da saúde suplementar [recurso eletrônico] – Rio de Janeiro: ANS, julho 2019- 1MB; PDF

[11] ENTRINGER AP, GOMES MASM, COSTA ACC, PINTO M. Impacto orçamentário do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva sem indicação clínica no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e116. https:// doi.org/10.26633/RPSP.2018.116

VERSÃO PRELIMINAR

exemplo, houve uma redução na taxa média de admissões de neonatos com peso igual ou maior a 2,5 Kg, passando de 39,8 por 100 mil nascidos vivos, em maio de 2017, para 33,6, em maio de 2019.

Não se trata, portanto, do parto vaginal a qualquer custo. O que se pretende é que, não somente a decisão pela via de parto, mas que a atenção à saúde como um todo seja prestada com base em evidências científicas, colocando o interesse das mulheres e crianças como o principal objetivo.

Nomeado em 2015 como "Projeto Parto Adequado", a iniciativa passou a ser identificada em 2019 como "Movimento Parto Adequado" ou apenas "Parto Adequado". Isso porque a denominação "Projeto" remete a uma iniciativa delimitada em sua abrangência e com horizonte temporal restrito, de modo diverso, portanto, do caráter de continuidade e da tendência de expansão que tem marcado o "Parto Adequado" desde a sua origem.

Em outubro de 2019, foi lançada oficialmente a Fase 3 (Fase de Campanha) do "Parto Adequado", cujo lema é: "Construindo um Movimento para a Saúde, Segurança e Equidade na Gestação e no Parto", com o objetivo de promover a disseminação das estratégias de melhoria da qualidade da atenção do parto e nascimento em grande escala, com possibilidade de inclusão do conjunto de maternidades e operadoras de planos de saúde do país.

Considerando que existe um potencial para avanços ainda mais substanciais na melhoria do cuidado materno infantil, reduzindo a distância entre o cuidado recomendado pela ciência e o cuidado realmente oferecido, foi estruturado em 2020 o Ciclo Intensivo da Fase 2 do "Parto Adequado", proporcionando um apoio metodológico intensivo para a implementação de mudanças em operadoras e hospitais voluntários. O Ciclo Intensivo da Fase 2 do "Parto Adequado" é operacionalizado mediante a cooperação ANS-IHI-HIAE, de modo concomitante à Fase 3 (Fase de Campanha).

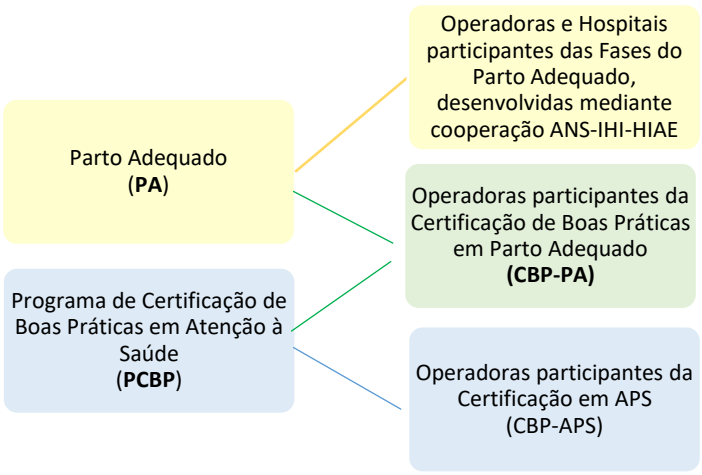
Os resultados alcançados pelos hospitais e operadoras participantes do "Parto Adequado" mostram que é possível introduzir mudanças que resultem em melhorias concretas e significativas na qualidade e na segurança da atenção ao parto e nascimento. Assim, com base na experiência advinda de estratégias testadas e implementadas no "Parto Adequado" (PA), a ANS estabeleceu a Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado (CBP-PA), de que trata o presente Manual.

A Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado (CBP-PA) integra uma proposta mais ampla, o Programa de Certificação de Boas Práticas em Saúde (PCBP), instituído pela Resolução Normativa - RN nº 440, de 13 de dezembro de 2018[12]. A referida RN regulamentou também a Certificação em Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde (CBP-APS) e previu, expressamente, a possibilidade de que fossem regulamentadas Certificações em outras áreas de atenção e linhas de cuidado (Figura 1).

Figura 1 – Parto Adequado e Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde

[12] Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa (RN) nº 440, de 13 de dezembro de 2018, que institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Publicada no D.O.U. de 14 de dezembro de 2018

VERSÃO PRELIMINAR



Fonte: Elaboração própria. ANS.

Desse modo, a partir da publicação deste Manual, a Certificação em Parto Adequado passa a ser a segunda Certificação regulamentada no âmbito do PCBP. As operadoras de planos de saúde poderão, assim, se voluntariar a fim de pleitear a Certificação em Parto Adequado. O processo de Certificação será efetivado por uma Entidade Acreditadora em Saúde (EAS), de escolha da operadora dentre as Entidades homologadas pela ANS para esta finalidade e divulgadas em seu portal na internet (www.ans.gov.br). A EAS de escolha da operadora realizará a análise do cumprimento dos requisitos e itens de verificação estabelecidos pela ANS neste Manual.

É relevante destacar que a participação voluntária das operadoras nas Fases do "Parto Adequado", viabilizadas mediante parceria ANS-IHI-HIAE, não enseja direito imediato à Certificação em Parto Adequado. Trata-se de dois processos de melhoria da qualidade e da atenção à saúde conexos, porém distintos. O fato de as operadoras participantes do PA já estarem envolvidas em uma iniciativa de melhoria nessa área de atenção à saúde pode contribuir para aumentar as chances de cumprimento dos requisitos para obtenção da Certificação. Contudo, toda operadora que desejar se submeter à Certificação em Parto Adequado deve seguir o mesmo fluxo e se submeter ao mesmo processo de verificação por uma Entidade Acreditadora em Saúde, independentemente de ter participado ou de estar participando de alguma das Fases do Parto Adequado, assegurando-se isonomia ao processo de Certificação.

O conteúdo do presente Manual tem como principais referências o Manual de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde (APS), os Diagramas Direcionadores do Parto Adequado e a literatura nacional e internacional específica sobre atenção materna e neonatal. Sua elaboração contou com o decisivo apoio das entidades parceiras do Parto Adequado e de instituições e pesquisadores envolvidos com a temática, que integraram um Comitê Consultivo de Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado. O Comitê reuniu-se, presencialmente e virtualmente, entre os meses de novembro de 2019 e julho de 2020.

Desse modo, objetiva-se, com a CBP-PA, ampliar a abrangência das estratégias indutoras de boas práticas e contribuir para a robustez, consistência e perenidade na atuação das operadoras de planos privados de saúde em prol da qualidade e segurança do parto e nascimento.

VERSÃO PRELIMINAR

II - ENTIDADES ACREDITADORAS PARA CERTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM PARTO ADEQUADO

II.1. AUDITORIAS PARA CERTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM PARTO ADEQUADO

Para a adesão à Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado, as operadoras de planos de saúde deverão solicitar a adesão ou renovação da Certificação diretamente às entidades acreditadoras reconhecidas pela ANS, que farão a avaliação *in loco* dos requisitos e itens de verificação.

A auditoria para fins de Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado deverá ser feita por uma equipe da Entidade Acreditadora em Saúde com a seguinte conformação mínima:

1. Ser composta por, no mínimo, 2 (dois) auditores com formação universitária;

2. Possuir, no mínimo, 1 (um) auditor com experiência mínima de 5 (cinco) anos em acreditação em saúde ou auditoria em saúde ou uma das seguintes pós-graduações:

• Gestão/Qualidade em saúde;

• Saúde coletiva/Saúde pública;

• Administração hospitalar;

• Auditoria em Saúde.

A operadora poderá solicitar à Entidade Acreditadora em Saúde uma avaliação inicial de diagnóstico, sem fins de acreditação, para identificação dos processos que não atendam aos requisitos da norma, desde que não se configure consultoria.

Para fins deste Manual, são considerados os seguintes conceitos[12]:

Avaliação inicial de diagnóstico: Desenvolvida por avaliadores habilitados e qualificados que compõem a equipe de Entidades Acreditadoras em Saúde reconhecidas pela ANS, é uma avaliação pontual, sem fins de certificação, com o objetivo de subsidiar a compreensão do atual estado da organização.

Consultoria: Prestação de serviço por profissional qualificado e conhecedor do tema, que contempla o diagnóstico, aconselhamento e orientação com o propósito de levantar as necessidades, identificar soluções e recomendar ações sem, no entanto, ocorrer um envolvimento na execução.

VERSÃO PRELIMINAR

III - PRÉ-REQUISITOS PARA ADESÃO DAS OPERADORAS À CERTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM PARTO ADEQUADO

III.1. PRÉ-REQUISITOS RELATIVOS À OPERADORA

São pré-requisitos para as operadoras de planos de saúde solicitarem a adesão ao processo de Certificação ou de renovação da Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado:

1. Ter Registro ativo como operadora de planos privados de assistência à saúde junto à ANS;

2. Não estar em uma das seguintes situações:

• Plano de recuperação assistencial;

• Regime especial de direção técnica;

• Regime especial de direção fiscal.

3. Possuir Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) e de suas dimensões no Programa de Qualificação de Operadoras (PQO) da Agência Nacional de Saúde Suplementar igual ou maior a 0,5.

A integração da Certificação em Parto Adequado com o IDSS, reforça, de forma sinérgica, a indução da qualificação das operadoras de planos de saúde empreendidas pela ANS. É importante a manutenção do bom desempenho das operadoras certificadas, obtido por meio de nota no IDSS acima de 0,5.

Para obtenção da Certificação, as operadoras serão avaliadas em sua conformidade com requisitos e itens de verificação estabelecidos neste Manual. Os critérios da Certificação deverão ser aplicados na íntegra, inclusive nas recertificações. As operadoras de planos privados de assistência à saúde perderão o certificado a qualquer tempo, caso descumpram quaisquer dos critérios previstos neste Manual ou na RN nº 440, de 2018.

III.2. COBERTURA POPULACIONAL MÍNIMA DA CERTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM PARTO ADEQUADO

No âmbito da Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado, entende-se por cobertura populacional mínima a proporção de partos realizados em beneficiárias, no período de 12 meses anteriores à solicitação da Certificação, nos hospitais indicados pela operadora como participantes da Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado.

Assim como na Certificação de Boas Práticas em APS, entendeu-se necessário estabelecer uma cobertura populacional mínima dentre os pré-requisitos para que a operadora possa pleitear a Certificação. Isto porque pretende-se que o padrão de qualidade que se busca estabelecer nesta Certificação tenha um impacto significativo para os beneficiários da operadora e para o setor suplementar de saúde. Caso não fosse estabelecida uma cobertura populacional mínima, poderia ocorrer de uma operadora atender aos requisitos e itens de verificação estabelecidos, mas sem um impacto significativo para o conjunto de beneficiárias.

Considerando a variabilidade de porte das operadoras, a ANS procedeu a um estudo que envolveu diferentes simulações para estabelecer parâmetros de cobertura ajustados à quantidade de beneficiários da operadora. Para a definição dos parâmetros de cobertura populacional mínima, a ANS analisou as informações de operadoras do segmento médico-hospitalar registradas com planos que possuíam cobertura obstétrica; o total de partos realizados no ano-base 2018[13] por operadora; e o número de beneficiárias com idade entre 10 e 49 anos com cobertura obstétrica, por operadora.

Os estudos apontaram que, em operadoras de menor porte, a cobertura populacional mínima poderia ser garantida com a participação de alguns ou mesmo de apenas um dos hospitais participantes de sua rede assistencial. Já para operadoras com maior quantidade de beneficiários, tende a ser necessária a participação de vários hospitais para o alcance da cobertura populacional mínima. Assim, caso não fosse estabelecida alguma proporcionalidade,

[13] Dados encaminhados pelas operadoras ao TISS até 30/06/2019 – data de corte do IDSS - referente ao ano-base 2018.

VERSÃO PRELIMINAR

poderia ser dificultado ou mesmo inviabilizado o cumprimento por parte de operadoras com maior número de partos por ano. Desse modo, foram estabelecidas fórmulas matemáticas que possibilitassem um ajuste do percentual de cobertura de modo inversamente proporcional ao volume de partos por ano, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Percentual de cobertura para Certificação em Parto Adequado, de acordo com o total de partos da operadora nos últimos 12 meses

Partos no ano	% de cobertura (em relação ao total de partos no ano)	Fórmula para obtenção do % de cobertura	Total de operadoras MH c/ OBST
Até 100 partos	80%	função constante = 80% do total de partos nos últimos 12 meses	253
De 101 até 4 mil	entre 80% e 21%	função linear = [(20% * nº total de partos no ano + 60)/nº total de partos no ano])	303
Acima de 4 mil	entre 21% e 16%	função logarítmica decrescente = [1 / ln (nº partos) x 1,7] x 100	12

Exemplos:

Tabela 2 – Exemplo do percentual de cobertura decrescente e do total de partos cobertos na certificação – de 101 até 4 mil partos/ano

Operadora	Nº de Partos em 2018	Regra para Cobertura	% de cobertura	Partos cobertos na certificação
A	101	Função linear Percentual de Cobertura de partos = [(20% * nº total de partos no ano + 60)/nº total de partos no ano]	79,4%	80
B	145		61,4%	89
C	295		40,3%	119
D	816		27,4%	223

Tabela 3 – Exemplo do percentual de cobertura decrescente e do total de partos cobertos na certificação – Acima de 4 mil partos/ano

Operadora	Nº de Partos em 2018	Regra para Cobertura	% de cobertura	Partos cobertos na certificação
E	4.477	Função logarítmica decrescente Percentual de Cobertura de partos = Percentual de Cobertura de partos = [1 / ln (nº partos) x 1,7] x 100	20,22%	905
F	14.606		17,73%	2.589
G	16.753		17,48%	2.928
H	28.022		16,60%	4.652

A operadora “E” (Tabela 3), por exemplo, deve indicar como participantes da Certificação hospitais que, juntos, contabilizem pelo menos 905 partos em beneficiárias da operadora nos últimos 12 meses (20,22% do volume de partos da operadora no período). Ainda no exemplo da operadora “E”, se ela indicar 5 hospitais e, cada um destes hospitais tiver realizado 200 partos em beneficiárias da operadora nos 12 meses anteriores, ela atenderia o pré-requisito relativo à cobertura populacional mínima. Isso porque o conjunto dos 5 hospitais indicados pela operadora totalizaria 1.000 partos, superando, portanto, o mínimo de 905 partos estabelecidos como cobertura mínima obrigatória, mediante a aplicação da fórmula matemática que considera o volume de partos da operadora.

No que se refere à checagem dos itens de verificação da Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado relativos a aspectos no nível dos hospitais, o auditor deverá fazer a verificação nos estabelecimentos de saúde, indicados pela operadora, que proporcionem a cobertura populacional mínima.

III.3. EQUIPE MÍNIMA DE PLANTONISTAS POR HOSPITAL COM ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E NEONATAL

A operadora deve assegurar que os hospitais com assistência obstétrica e neonatal integrantes de sua rede assistencial tenham equipe multiprofissional mínima de plantão para atenção obstétrica e neonatal compartilhada, composta por, no mínimo:

(I) médico(a) ginecologista-obstetra com residência médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC) ou título de especialista em obstetrícia reconhecido pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia/Associação Médica Brasileira (Febrasgo/AMB);

(II) enfermeiro(a) obstetra com residência em obstetrícia ou título de especialista em obstetrícia; ou obstetriz (bacharel em obstetrícia);

(III) médico(a) pediatra com residência médica reconhecida pelo MEC ou com título de especialista em neonatologia reconhecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP/AMB); ou pediatra habilitado ou com experiência em neonatologia; e

(IV) médico(a) anestesista com residência médica reconhecida pelo MEC ou título de especialista em anestesiologia reconhecido pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA/AMB).

IV - O PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM PARTO ADEQUADO

A Certificação e a manutenção da Certificação serão realizadas por meio de Entidades Acreditadoras em Saúde (EAS) reconhecidas pela ANS. As EAS farão a avaliação *in loco* dos Requisitos e Itens de Verificação. Após apreciação da documentação encaminhada pela EAS e, se verificado o atendimento aos critérios estabelecidos, a ANS fará a homologação da Certificação da Operadora.

A Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado é composta por 07 (sete) Requisitos:

- Planejamento e estruturação técnica;
- Uso e disseminação de práticas baseadas em evidências;
- Interações centradas na mulher e na criança;

VERSÃO PRELIMINAR

- Acompanhamento do Ciclo gravídico puerperal: pré-natal; parto e puerpério;
- Integração entre operadora e hospital;
- Monitoramento e avaliação da qualidade;
- Modelos Inovadores de Remuneração baseados em Valor.

Cada um dos 07 (sete) Requisitos é subdividido em diferentes "itens de verificação", descritos no capítulo VI deste Manual.

IV.1 SISTEMA DE AVALIAÇÃO E PONTUAÇÃO

Os Itens de Verificação que compõem os Requisitos descritos neste Manual são classificados como: Essenciais; Complementares; e Excelência, conforme definições constantes no Quadro 1.

Quadro 1 – Classificação dos itens de verificação

Classificação do Item de verificação	Definição	Ícone
Essencial	Os itens essenciais são condição *sine qua non* para pontuar o requisito. Caso 01 item essencial do requisito não seja cumprido, a operadora receberá nota Zero no requisito inteiro.	***Essencial***
Complementar	Os itens complementares são boas práticas recomendáveis e, se cumpridos pela operadora, elevam a pontuação do requisito.	***Complementar***
Excelência	Os itens de excelência são práticas pouco disseminadas no setor e de maior dificuldade de consecução. Há uma relação com o percentual de itens de excelência conforme o nível da certificação. O cumprimento de 80% dos itens de excelência é uma das exigências para a operadora alcançar a Certificação Nível I.	***Excelência***

Fonte: Elaboração própria. ANS.

Para pontuar em cada um dos 07 (sete) Requisitos que integram a Certificação em Parto Adequado, a operadora deverá cumprir, minimamente, todos os itens de verificação classificados como "Essenciais". Assim, caso a operadora não cumpra algum item de verificação classificado como "Essencial", será atribuída a nota "zero" no Requisito como um todo. Ou seja, a pontuação mínima em cada requisito é a conformidade em todos os itens de verificação classificados como essenciais.

A Nota Final da operadora será apurada pela média aritmética da pontuação nos 07 (sete) Requisitos da Certificação.

IV.2 NÍVEIS DE CERTIFICAÇÃO

A operadora poderá obter a Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado em três níveis:

NÍVEL III: "CERTIFICAÇÃO BÁSICA DE BOAS PRÁTICAS EM PARTO ADEQUADO"

• Tem validade de 2 (dois) anos;

VERSÃO PRELIMINAR

• Para obter a certificação no nível III, a operadora deverá cumprir as seguintes condições:

1. Contar com cobertura populacional mínima de acordo com as regras da Certificação;

2. Obter nota final maior ou igual a 70 e menor que 80; e

3. Obter conformidade em pelo menos 20% dos itens classificados como de Excelência.

NÍVEL II: "CERTIFICAÇÃO INTERMEDIÁRIA DE BOAS PRÁTICAS EM PARTO ADEQUADO"

• Tem validade de 2 (dois) anos;

• Para ser acreditada no nível II, a operadora deverá obter o seguinte desempenho cumulativamente:

1. Contar com cobertura populacional mínima de acordo com as regras da Certificação;

2. Obter nota final maior ou igual a 80 e menor que 90;

3. Obter conformidade em pelo menos 50% dos itens classificados como de Excelência.

NÍVEL I: "CERTIFICAÇÃO PLENA DE BOAS PRÁTICAS EM PARTO ADEQUADO"

• Tem validade de 3 (três) anos;

• Para ser acreditada no nível I, além da pontuação mínima em cada requisito, a operadora deverá obter o seguinte desempenho de forma cumulativa:

1. Contar com cobertura populacional mínima de acordo com as regras da Certificação;

2. Obter nota final maior ou igual a 90;

3. Obter conformidade em pelo menos 80% dos requisitos de excelência;

4. Obter pontuação acima de 0,8 na Dimensão da Qualidade em Atenção à Saúde (IDQS) do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS, na última avaliação divulgada.

A avaliação dos requisitos será realizada da seguinte maneira:

I - Será atribuída uma nota de 0 (zero) a 100 (cem), a ser calculada pela proporção de itens de verificação em conformidade.

II - A operadora deverá ter alcançado conformidade em todos os itens essenciais. Para fins de avaliação, o item de verificação poderá obter dois resultados:

1 - Conforme; ou

2 - Não conforme.

Destaque: A avaliação dos itens de verificação deverá considerar a conformidade em dois domínios: i. o escopo; e ii. o tempo de implantação. Será considerado "conforme", o item que obtiver o seguinte desempenho:

1. Cumprir o escopo do item de verificação na íntegra, previsto na interpretação; e

2. Ter um tempo de implantação superior a 180 dias.

A conformidade de cada item avaliado será verificada mediante análise documental e/ou observação direta ou inspeção, de acordo com a forma de obtenção das evidências e a interpretação dos itens de verificação descritos neste Manual.

VERSÃO PRELIMINAR

No que se refere aos itens da Certificação a serem verificados nos hospitais, deverão ser auditados os estabelecimentos de saúde indicados pela operadora para o alcance da cobertura populacional mínima, calculada conforme capítulo III.2 deste Manual.

V - MANUTENÇÃO DA CERTIFICAÇÃO E A RECERTIFICAÇÃO

Para manutenção da Certificação em Parto Adequado, a operadora deverá receber visitas intermediárias pela Entidade Acreditadora em Saúde, anualmente, até o fim do ciclo avaliativo. As Auditorias intermediárias não ensejarão mudança de nível de Certificação em Parto Adequado, mas poderão gerar perda da Certificação em Parto Adequado, frente aos resultados parciais comunicados pelas EAS formalmente à ANS.

A Operadora deverá informar à Entidade Acreditadora em Saúde qualquer mudança que possa afetar o atendimento aos requisitos e pré-requisitos, sob pena de perda da Certificação em Parto Adequado.

V.1. MACROINDICADORES

Os macroindicadores propostos no Quadro 2 representam medidas de mensuração clássica e consagradas na literatura científica da área. As metas estabelecidas para cada um dos indicadores constituem referências para o direcionamento do desempenho no sentido da boa prática assistencial. O não atingimento da meta não implicará em penalidades no sistema de pontuação das operadoras participantes da Certificação. Ou seja, a operadora não perderá a Certificação se, eventualmente, não alcançar as metas estabelecidas.

Contudo, o reporte das informações relativas ao desempenho nos indicadores é obrigatório, de modo que a eventual falta de informação em algum dos macroindicadores enseje a perda da Certificação. Portanto, para a manutenção da Certificação, as operadoras deverão captar, mensalmente, a informação dos indicadores junto a sua rede assistencial participante e repassar à Entidade Acreditadora em Saúde responsável.

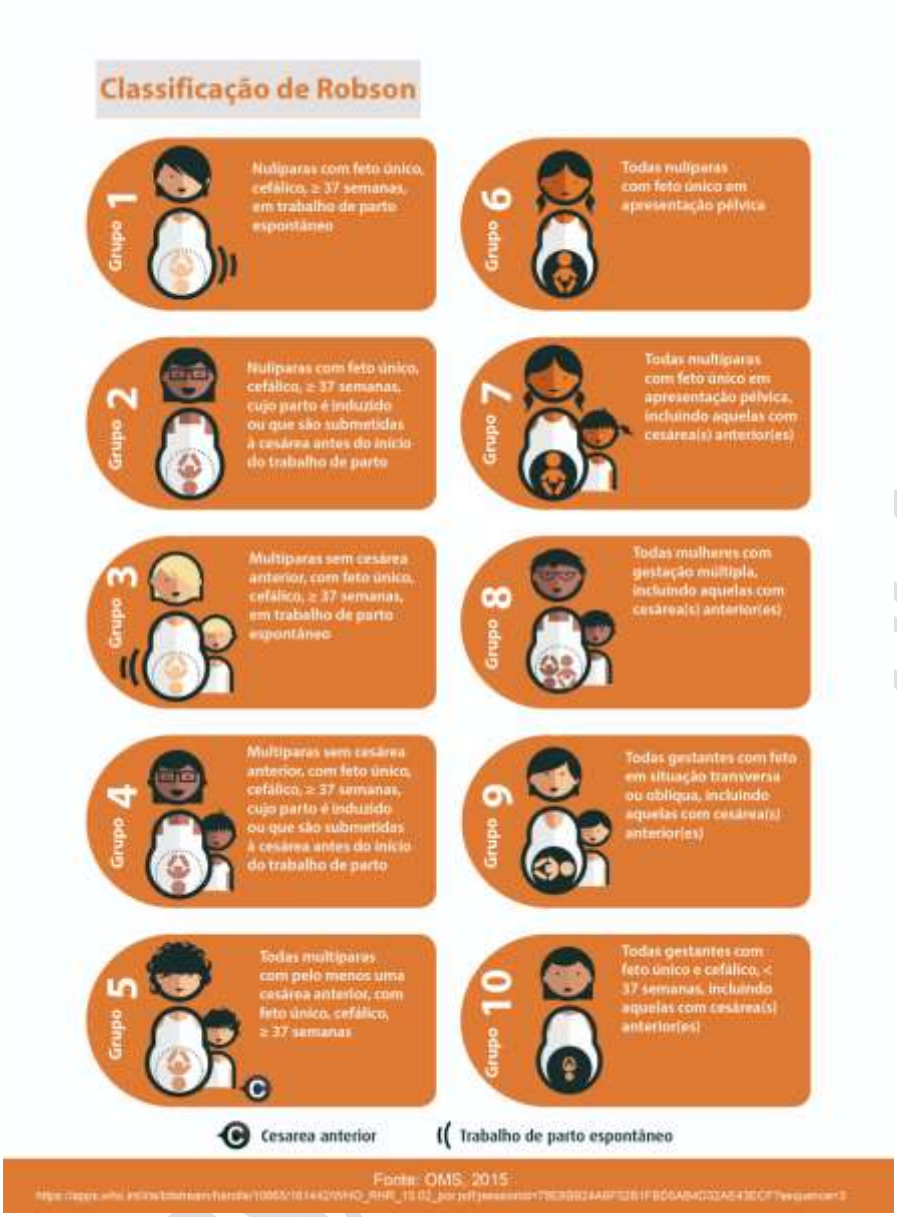
Anualmente, as EAS deverão repassar para a ANS as informações recebidas das operadoras (desagregadas por estabelecimento de saúde e por mês). O objetivo desses macroindicadores é propiciar à ANS uma visão do desempenho das operadoras no que concerne à organização e efetividade das diretrizes da atenção obstétrica e neonatal no setor suplementar de saúde.

No que se refere aos indicadores de Partos Vaginais (PV), o seu cálculo deve levar em consideração a Classificação de Robson, que corresponde a uma metodologia recomendada pela OMS (2016) para a comparação e a análise das taxas de partos vaginais e de cesáreas. Por meio da Classificação de Robson, as gestantes são classificadas em um dentre 10 Grupos, criados a partir de cinco características obstétricas que são colhidas de rotina em serviços com assistência ao parto e nascimento:

- Paridade: nulípara (1ª gestação) ou multípara (com ou sem cesárea anterior);
- Início do parto: espontâneo, induzido ou cesárea antes do início do trabalho de parto;
- Idade gestacional: pré-termo ou termo;
- Apresentação/posição fetal: cefálica, pélvica ou transversa; e
- Número de fetos: único ou múltiplo (gravidez gemelar).

Abaixo, a representação gráfica dos 10 Grupos da Classificação de Robson (Figura 2):

VERSÃO PRELIMINAR



Quadro 2 – Resumo dos Macroindicadores para Acompanhamento da Certificação em Parto Adequado

Objetivos Específicos	Nome do Indicador	Meta
Ampliar a proporção de partos realizados em consonância com evidências científicas e condições clínicas	Proporção de Partos Vaginais*	Ampliar em 6% a proporção de partos vaginais com relação ao ano anterior
Reduzir os riscos na atenção materna e neonatal	Taxa de mulheres que preencheram os critérios para Condições Potencialmente Ameaçadoras à Vida (CPAV)	Reduzir em 6% com relação ao ano anterior

	Taxa de admissão de neonatos (peso>=2,5Kg) em UTI Neonatal por 1.000 nascidos vivos	Reduzir em 6% com relação ao ano anterior

* O Percentual de Partos Vaginais deve ser desagregado nos dez Grupos da Classificação de Robson para permitir análises que consideram as características da gestação. A operadora e seus hospitais com assistência obstétrica e neonatal devem monitorar os resultados e estabelecer metas em separado para cada Grupo de Robson.

As Fichas Técnicas dos Indicadores fazem parte deste Manual de Certificação em Parto Adequado e são apresentados após os Requisitos e Itens de Verificação, no capítulo VIII.1 deste Manual.

Os indicadores se referem aos partos cobertos nos hospitais indicados pela operadora como participantes da Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado.

VI - REQUISITOS E ITENS DE VERIFICAÇÃO

1. Planejamento e estruturação técnica;
2. Uso e disseminação de práticas baseadas em evidências;
3. Interações centradas na mulher e na criança;
4. Acompanhamento do ciclo gravídico puerperal: pré-natal; parto e puerpério;
5. Integração entre operadora e hospital;
6. Monitoramento e avaliação da qualidade;
7. Modelos inovadores de remuneração baseados em valor.

	1 - PLANEJAMENTO E ESTRUTURAÇÃO TÉCNICA *Requisito direcionador para o planejamento e a estruturação da equipe da operadora responsável pelas estratégias para qualificação da atenção obstétrica e neonatal.*	
1.1	**A Operadora possui Plano estruturado, contemplando a incorporação de estratégias para qualificação da atenção obstétrica e neonatal.** **Interpretação**: Compreende-se por Plano estruturado um documento que, de modo coerente e integrado, contemple os diversos esforços que os profissionais e/ou instituições realizam de maneira a potencializar os benefícios da atenção obstétrica e neonatal. O Plano estruturado configura-se como um documento contendo: objetivos, política, diretrizes, atividades que serão desenvolvidas, finalidades, resultados esperados das ações relacionadas à qualificação da atenção obstétrica e neonatal. Existem diferentes teorias ou métodos de planejamento, que possuem como propósito comum instrumentalizar a definição e sistematização dos objetivos e das estratégias para alcançá-los. O Plano, que documenta um processo de planejamento, pode configurar um instrumento de gestão que funcione como um guia e como impulsionador do desenvolvimento e da qualificação institucional. O planejamento que envolve uma variada composição de partícipes possui maior chance de sucesso. Quando as pessoas tomam parte na elaboração do Plano e reconhecem suas razões e origens, tendem a se comprometer de modo mais intenso com os resultados concretos.	Essencial

VERSÃO PRELIMINAR

	Forma de Obtenção: O documento deve estar disponível tanto na sede da Operadora (em meio físico e digital) como nas suas diferentes unidades (em meio físico e/ou digital). **Referências**: TANCREDI, F. B. Planejamento em Saúde, volume 2 / Francisco Bernadini Tancredi, Susana Rosa Lopez Barrios, José Henrique Germann Ferreira. – – São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. – – (Série Saúde & Cidadania). LANGLEY, G. J. et al. Modelo de melhoria: uma abordagem prática para melhorar o desempenho profissional. Ed. Mercado de Letras, 1ª ed. Campinas, SP, 2011. PRESTES, A. Manual do gestor hospitalar / Organizadores: Andréa Prestes, José Antônio Ferreira Cirino, Rosana Oliveira e Viviã de Sousa. – Brasília: Federação Brasileira de Hospitais, 2019. http://fbh.com.br/wp-content/uploads/2019/05/MANUAL-FBH.pdf	
1.2	**A operadora possui setor específico que tenha entre as suas atribuições a gestão da qualidade e segurança na atenção obstétrica e neonatal.** **Interpretação**: Deve haver documentação que registre a criação do setor responsável pela gestão da qualidade e segurança na atenção obstétrica e neonatal, determinando a área da Gestão da Operadora à qual ele está vinculado, com a nomeação de responsável técnico. As atribuições do setor específico responsável pela gestão da qualidade da atenção obstétrica e neonatal envolvem: planejamento, dimensionamento, avaliação da rede de atenção; planejamento, coleta e monitoramento de indicadores. A existência de um setor específico na estrutura organizacional da operadora, com profissionais responsáveis pela atenção obstétrica e neonatal, fortalece a institucionalização e consolidação das estratégias, contribuindo para a mobilização de recursos logísticos, operacionais, administrativos, financeiros e de gestão. **Forma de Obtenção**: Este setor deve ser constituído de uma área física que comporte o(a) profissional/equipe de referência responsável pela gestão da qualidade e segurança na atenção obstétrica e neonatal. **Referências**: CONSOLIDATED FRAMEWORK FOR IMPLEMENTATION RESEARCH. 2020 CFIR. Research Team-Center for Clinical Management Research. Consolidated Framework for Implementation Research. https://cfirguide.org/ DIXON-WOODS M., BOSK C.L., AVELING E.L., GOESCHEL C.A., Pronovost PJ. Explaining Michigan: developing an ex post theory of a quality	Essencial 

VERSÃO PRELIMINAR

	improvement program. Milbank Q. 2011;89(2):167-205. doi:10.1111/j.1468-0009.2011.00625.x	
1.3	**A operadora conta com a cobertura populacional mínima estabelecida para a Certificação em Parto Adequado.** **Interpretação**: O cálculo do percentual de cobertura mínima considera a proporção de partos realizados nos hospitais indicados pela operadora como participantes, com relação ao total de partos cobertos pela operadora nos últimos 12 meses. A cobertura mínima para uma operadora com 101 partos é de 80%. O percentual de cobertura mínima decresce proporcionalmente, de acordo com uma função linear. A partir de 4 mil partos, utiliza-se uma função logarítmica decrescente, conforme detalhado no capítulo III.2 deste Manual de Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado. **Forma de Obtenção**: A cobertura deve estar descrita e detalhada no Plano estruturado citado no item de verificação 1.1. Verificar relatórios extraídos do sistema de informação da operadora que indiquem o alcance da cobertura populacional mínima. **Referências**: BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Resolução Normativa - RN nº 440, de 13 de dezembro de 2018. Institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro | 2019. Anexo IV. Manual de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.	Essencial
1.4	**O setor responsável pela gestão da atenção obstétrica e neonatal é coordenado por enfermeiro ou médico com experiência em gestão/qualidade em saúde.** **Interpretação**: Serão considerados como "experiência em gestão/qualidade em saúde" a realização de cursos de pós-graduação em saúde coletiva/saúde pública, saúde da família ou outra área de conhecimento que contemple conteúdos de gestão/qualidade em saúde, os cursos Stricto Sensu (mestrado e doutorado reconhecidos pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES) e Lato Sensu (especialização com, no mínimo, 360 horas de duração, realizados em instituições reconhecidas pelo Ministério da Educação como aptas a oferecer tais cursos). Será considerado também o registro de atividade profissional prévia em gestão/qualidade em saúde. A coordenação do setor responsável pela gestão da atenção obstétrica e neonatal deve contribuir para a qualidade técnica das ações desenvolvidas, bem como para o fomento da priorização estratégica da atenção obstétrica e neonatal na instituição. **Forma de Obtenção**:	Complementar

VERSÃO PRELIMINAR

	A avaliação deste item deve considerar a existência de contrato estabelecido entre a operadora e o profissional coordenador do setor responsável pela gestão da atenção obstétrica e neonatal. O registro de atividade profissional prévia em gestão/qualidade em saúde pode ser verificado por meio de registro em Carteira de Trabalho e Previdência Social, Certidão de Tempo de Serviço, Contrato de Prestação de Serviços, Recibo de Pagamento de Autônomo ou Declaração do Contratante. A formação acadêmica pode ser verificada por apresentação de diploma ou declaração da instituição de ensino.	
1.5	**O setor responsável pela gestão da atenção obstétrica e neonatal conta com o assessoramento de, pelo menos, um médico ginecologista-obstetra, um enfermeiro obstetra e um médico pediatra com pós-graduação ou experiência em neonatologia.** **Interpretação**: Os assessores não precisam ter dedicação exclusiva a esta função. Serão considerados os seguintes perfis profissionais: (I) médico(a) ginecologista-obstetra com residência médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC) ou título de especialista em obstetrícia reconhecido pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia/Associação Médica Brasileira (Febrasgo/AMB); (II) enfermeiro(a) obstetra com residência em obstetrícia ou título de especialista em obstetrícia; ou obstetriz (bacharel em obstetrícia); e (III) médico(a) pediatra com residência médica reconhecida pelo MEC ou com título de especialista em neonatologia reconhecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP/AMB); ou pediatra habilitado ou com experiência em neonatologia. A composição de uma equipe de saúde com profissionais de diferentes formações e com graus de especialização apropriados tende a ampliar e qualificar a base de conhecimento técnico-científico. **Forma de Obtenção**: A avaliação deste item deve considerar a existência de contratos estabelecidos entre a operadora e os profissionais que assessoram o setor responsável pela gestão da atenção obstétrica e neonatal. Para fins de comprovação da titulação, serão considerados os certificados emitidos por instituições aptas para tal finalidade, conforme especificado na “Interpretação” do presente item de verificação. A experiência em neonatologia pode ser verificada por meio de registro em Carteira de Trabalho e Previdência Social, Certidão de Tempo de Serviço, Contrato de Prestação de Serviços, Recibo de Pagamento de Autônomo ou Declaração do Contratante. **Referências:** CONSOLIDATED FRAMEWORK FOR IMPLEMENTATION RESEARCH. 2020 CFIR. Research Team-Center for Clinical Management Research. Consolidated Framework for Implementation Research. https://cfirguide.org/	Excelência 

VERSÃO PRELIMINAR

VERSÃO PRELIMINAR

2. USO E DISSEMINAÇÃO DE PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS **Este requisito se refere ao uso e disseminação de práticas baseadas em evidências na estruturação de processos administrativos e de gestão da operadora**		
2.1	**A Operadora define critérios clínicos para as cesarianas durante o trabalho de parto por distócia ou outra intercorrência.** **Interpretação**: Os critérios clínicos para as cesarianas por distócia ou outra intercorrência durante o trabalho de parto devem estar previstos em documento/protocolo. Por distócia, entende-se qualquer perturbação no bom andamento do trabalho de parto em que estejam implicadas alterações nos fatores fundamentais para sua evolução. **Forma de Obtenção:** Os critérios clínicos para as cesarianas por distócia ou outra intercorrência durante o trabalho de parto devem estar descritos e detalhados no Plano estruturado citado no item de verificação 1.1. **Referências**: AMERICAN COLLEGE OF OSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Safe Prevention of the primary cesarean delivery. Obstetric Care Consensus Nº 1. Obstet Gynecol 2014; 123:693-711. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. Distocias. 16 Agosto 2017. https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/184-distocias, acessado em 12/08/2020.	Essencial
2.2	**A Operadora define rotinas administrativas relacionadas às cesarianas durante o trabalho de parto por distócia ou outra intercorrência.** **Interpretação**: As cesarianas por distócia ou outra intercorrência durante o trabalho de parto, quando necessárias, devem ter a indicação clínica correspondente devidamente registrada em partograma ou relatório médico circunstanciado. Por distócia, entende-se qualquer perturbação no bom andamento do trabalho de parto em que estejam implicadas alterações nos fatores fundamentais para sua evolução. O partograma é documento oficial de acompanhamento da evolução do trabalho de parto e das condições maternas e fetais. É parte integrante do prontuário da paciente. Contém registros sobre a identificação da gestante, sua história obstétrica, como, por exemplo, quantidade de filhos e existência de abortos anteriores, além de informações de pressão arterial e temperatura, se houve rompimento da bolsa, batimentos cardíacos do bebê, contrações, dilatação do colo uterino, progresso do bebê descendo no canal do parto, medicações prescritas e outros. Existem diversos modelos de partograma utilizados no mundo. No Brasil, cada prestador pode usar sua versão, desde que contenha os dados propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A ANS fornece uma sugestão de modelo de partograma publicado como Anexo da RN nº 368, de 2015, que se encontra disponível no portal da ANS na internet. As informações do partograma são fundamentais em casos em que haja troca de plantão médico durante o trabalho de parto e desempenham a importante função de ferramenta de gestão para as operadoras, sendo parte integrante do processo para pagamento do parto. Em casos excepcionais, como uma paciente que chega ao hospital com o bebê já	Essencial

VERSÃO PRELIMINAR

	nascendo, não é necessário o preenchimento do partograma, pois não haverá um trabalho de parto a acompanhar. Neste caso, o profissional fará apenas um laudo médico ou de enfermagem, conforme o caso, relatando que a paciente chegou em período expulsivo. O mesmo ocorre para os casos de emergência em que a paciente vai direto para a mesa de cirurgia realizar uma cesárea emergencial ou nos casos em que há uma clara indicação prévia de cesárea. **Forma de Obtenção**: Verificar, por amostragem, a existência de partograma ou relatório médico circunstanciado especificando as condições clínicas associadas à indicação de cesarianas durante o trabalho de parto por distócia ou outra intercorrência. **Referências**: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS (BRASIL). Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg== AMERICAN COLLEGE OF OSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Safe Prevention of the primary cesarean delivery. Obstetric Care Consensus Nº 1. Obstet Gynecol 2014; 123:693-711. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. Distocias. 16 Agosto 2017. https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/184-distocias, acessado em 12/08/2020.	
2.3	**A Operadora possui modelo de "Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas" para uso nos hospitais com assistência obstétrica e neonatal integrantes de sua rede assistencial.** **Interpretação**: O "Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas" tem como objetivo padronizar as informações da gestação e das condições clínicas da gestante, com base em evidências científicas. No capítulo VII deste "Manual de Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado" é disponibilizada sugestão de conteúdo para o "Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas". **Forma de Obtenção**: Verificar, por amostragem, a existência de "Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas", devidamente preenchido e assinado pelo médico e pela gestante. As condições clínicas maternas ou fetais que podem resultar na indicação clínica de parto cesáreo devem estar descritas e detalhadas no Plano estruturado citado no item de verificação 1.1. **Referências**: ASSOCIAÇÃO CONGREGAÇÃO SANTA CATARINA. Casa de Saúde São José. Solicitação para Internação Eletiva em Obstetrícia. Disponível em: http://www.cssj.com.br/wp-	Essencial

VERSÃO PRELIMINAR

	content/uploads/2016/06/Solicita%C3%A7%C3%A3o-de-Interna%C3%A7%C3%A3o-Obst%C3%A9trica-vers%C3%A3o3.pdf BIRTHPLACE IN ENGLAND COLLABORATIVE GROUP. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. BMJ, [S.l.], v. 343, p. d7400, 2011. BLIX, E. et al. Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007: a retrospective cohort study. Sexual and Reproductive Healthcare, [S.l.], v. 3, n. 4, p. 147-153, 2012. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf BROUWERS, M. et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. Canadian Medical Association Journal, [S.l.], v. 182, n. 18, Dec. 2010, p. E839-842. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - FEBRASGO. Assistência ao trabalho de parto. [S.l.]: Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, 2001. (Projeto Diretrizes). HOSPITAL PASTEUR. Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas. Disponível em: http://www.hospitalpasteur.com.br/Portals/0/Docs/FormulariodeAgendamentodeCesarianasEletivas.pdf PROJETO PARTO ADEQUADO. Agência Nacional de saúde Suplementar (ANS); Hospital Israelita Albert Einstein; Institute for Healthcare Improvement. Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas, 2016.	
2.4	**A Operadora define rotinas administrativas para o agendamento de cesarianas programadas por indicação materna ou fetal.** **Interpretação**: O agendamento de cesarianas programadas por indicação materna ou fetal deve ser precedido, minimamente, pela seguinte rotina administrativa: a. o médico que realizará a cesariana deve preencher e assinar o "Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas", especificando a condição clínica que ensejou a indicação do parto cesariano, de acordo com pelo menos uma das razões previstas no Formulário; b. o médico que realizará a cesariana deve prestar à gestante os devidos esclarecimentos relativos às informações registradas no "Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas"; c. a gestante deve ler e assinar o "Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas" (preenchido e assinado previamente pelo médico que realizará a cesariana); d. após análise da documentação comprobatória do cumprimento dos itens supracitados e previamente ao agendamento da cesárea, a operadora emitirá a autorização para realização da cesariana programada por indicação materna ou fetal, quando cabível.	Essencial

VERSÃO PRELIMINAR

	Forma de Obtenção: Verificar, por amostragem, a existência de "Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas", devidamente preenchido e assinado pelo médico e pela gestante. Registro de autorização da operadora para realização da cesariana programada por indicação materna ou fetal, quando cabível. **Referências**: ASSOCIAÇÃO CONGREGAÇÃO SANTA CATARINA. Casa de Saúde São José. Solicitação para Internação Eletiva em Obstetrícia. Disponível em: http://www.cssj.com.br/wp-content/uploads/2016/06/Solicita%C3%A7%C3%A3o-de-Interna%C3%A7%C3%A3o-Obst%C3%A9trica-vers%C3%A3o3.pdf PROJETO PARTO ADEQUADO. Agência Nacional de saúde Suplementar (ANS); Hospital Israelita Albert Einstein; Institute for Healthcare Improvement. Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas, 2016.	
2.5	**A Operadora comunica às gestantes a proibição de se agendar cesariana a pedido da gestante com menos de 39 semanas de gestação.** **Interpretação**: As gestantes devem receber informações baseadas em evidências e ser apoiadas para a tomada de decisões sobre o parto. O grau de informação, tanto durante a gravidez quanto durante o trabalho de parto e parto, favorece a participação da mulher no processo decisório, ampliando a percepção positiva do parto. No que se refere à satisfação da gestante com a equipe de saúde, as informações recebidas e o grau de participação no processo decisório estão entre os fatores considerados mais relevantes. De acordo com a Resolução CFM nº 2.144, de 2016, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, poderá ser realizada somente a partir da 39ª semana de gestação. A prematuridade representa um dos principais fatores de risco para o recém-nascido adoecer e morrer após o nascimento e no decorrer da infância e vida adulta (Leal, 2017). A mortalidade e a morbidade neonatal são maiores entre os neonatos prematuros. Além disso, a carga econômica associada a esses nascimentos é significativa na medida em que o parto prematuro demanda assistência e cuidados de maior nível de complexidade, como a necessidade de internação em UTI Neonatal (Ramos e Cuman, 2009). **Forma de Obtenção**: Material orientativo voltado às gestantes, comunicando a proibição de se agendar cesariana a pedido da gestante com menos de 39 semanas de gestação, elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitadas as suas características socioculturais. Registro em Prontuário da comunicação da proibição de se agendar cesariana a pedido da gestante com menos de 39 semanas de gestação. Documento/protocolo de acolhimento e decisão informada e compartilhada para abordagem de cesariana eletiva a pedido. **Referências**: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS (BRASIL). Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar.	Essencial

VERSÃO PRELIMINAR

	https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg== AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS (BRASIL). Resolução Normativa nº 398, de 05 de fevereiro de 2016. Dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetrizes por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes e sobre a Obrigatoriedade de os Médicos Entregarem a Nota de Orientação à Gestante. Publicada no Diário Oficial da União - DOU de 11 de fevereiro de 2015, págs. 17 e 18 – Seção 1. http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE5Mw== AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION FOUNDATION AND AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. Health literacy and patient safety: Help patients understand. Manual for clinicians. Second edition. Barry D. Weiss, MD. 2007. BRASIL. Ministério da Saúde. Blog da Saúde. Pesquisa Nascer no Brasil revela novos dados sobre prematuridade. Publicado: Quinta, 01 de Dezembro de 2016. http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/52044-pesquisa-nascerno-brasil-revela-novos-dados-sobre-prematuridade DOMINGUES RMSM, SANTOS EM, LEAL MC. Aspectos da Satisfação das Mulheres com a Assistência ao Parto: Contribuição para o Debate. Cad Saúde Pública, 20 sup 1:S52-S62, 2004. KLAUSS, MH, KENNELL, JH. The Doula: an Essential Ingredient of Childbirth Rediscovered. Acta Paediatr, 86(10):1034-6, 1997. LEAL MDC, ESTEVES-PEREIRA AP, NAKAMURA-PEREIRA M, et al. BMJ Open 2017;7:e0177 Burden of early-term birth on adverse infant outcomes: a population-based cohort study in Brazil 89. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017789 PASSAMAI, M.P.B. ET AL. Functional health literacy: reflections and concepts on its impact on the interaction among users, professionals and the health system. Interface - Comunic., Saude, Educ. RAMOS HAC; CUMAN RKN. Fatores de Risco para Prematuridade: Pesquisa Documental. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 abr-jun; 13 (2): 297-304 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. RESOLUÇÃO CFM Nº 2.144/2016. https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf SÉGUIN L, THERRIEN R, CHAMPAGNE F, LAROUCHE D. The components of women's satisfaction with maternity care. Birth 1989; 16:109-13. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000700006	
2.6	**A Operadora não remunera cesariana a pedido da gestante com menos de 39 semanas de gestação, sem indicação clínica, e realizada sem o "Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas" preenchido e assinado pelo profissional de saúde e pela gestante, seguido de autorização da operadora.** **Interpretação**: De acordo com a Resolução CFM nº 2.144/2016, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, poderá ser realizada somente a partir da 39ª semana de gestação. A prematuridade representa um dos principais fatores de risco para o recém-nascido adoecer e morrer após o nascimento e no decorrer da infância e vida adulta (Leal, 2017). A mortalidade e a morbidade neonatal são maiores entre os neonatos prematuros. Além disso, a carga econômica associada a esses nascimentos é significativa na medida em	Complementar

VERSÃO PRELIMINAR

	que o parto prematuro demanda assistência e cuidados de maior nível de complexidade, como a necessidade de internação em UTI Neonatal (Ramos e Cuman, 2009). **Forma de Obtenção**: Verificar, por amostragem, a existência de "Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas" preenchido e assinado pelo médico e pela gestante, seguido de autorização da operadora ou relatório médico circunstanciado especificando as condições clínicas associadas à indicação de cesarianas antes de 39 semanas de gestação, seguidos de autorização da operadora para realização do procedimento, como parte do processo de pagamento entre operadora e prestador de serviços de saúde. Na amostragem, checar existência de glosas de pagamentos em casos contrários à RESOLUÇÃO CFM Nº 2.144/2016 (cesariana a pedido da gestante, com menos de 39 semanas de gestação). **Referências**: BRASIL. Ministério da Saúde. Blog da Saúde. Pesquisa Nascer no Brasil revela novos dados sobre prematuridade. Publicado: Quinta, 01 de Dezembro de 2016. http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/52044-pesquisa-nascerno-brasil-revela-novos-dados-sobre-prematuridade CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. RESOLUÇÃO CFM Nº 2.144/2016. https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf LEAL MDC, ESTEVES-PEREIRA AP, NAKAMURA-PEREIRA M, et al. BMJ Open 2017;7:e0177 Burden of early-term birth on adverse infant outcomes: a population-based cohort study in Brazil 89. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017789 RAMOS HAC; CUMAN RKN. Fatores de Risco para Prematuridade: Pesquisa Documental. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 abr-jun; 13 (2): 297-304	
2.7	**A Operadora define rotinas administrativas para o agendamento e pagamento de cesarianas a pedido da gestante, sem indicação clínica, realizadas obrigatoriamente com 39 semanas ou mais de gestação.** **Interpretação**: O agendamento de cesarianas a pedido da gestante deve ser realizado somente a partir da 39ª semana de gestação, devidamente registrada em prontuário, com o cálculo realizado preferencialmente com base na ultrassonografia do 1º trimestre de gestação. O agendamento deve ser precedido, minimamente, pela seguinte rotina administrativa: a. a gestante que manifestar a intenção de realizar cesárea, sem indicação clínica, deve passar por aconselhamento individual prestado por profissional médico ginecologista obstetra e/ou enfermeiro obstetra (não sendo o mesmo profissional médico assistente), com vistas a receber todas as informações sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos, de forma pormenorizada; b. caso a gestante mantenha a intenção de realizar cesárea, sem indicação clínica, o médico que realizará a cesariana deverá preencher e assinar o "Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas"; c. o médico que realizará a cesariana deve prestar à gestante os devidos esclarecimentos relativos às informações registradas no "Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas"; d. a gestante deve ler e assinar o "Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas" (preenchido e assinado previamente pelo médico que realizará a cesariana);	Complementar

VERSÃO PRELIMINAR

	e. após análise da documentação comprobatória do cumprimento dos itens supracitados e previamente ao agendamento da cesárea, a operadora emitirá a autorização para realização da cesariana eletiva a pedido, quando cabível, a ser realizada, obrigatoriamente, com 39 semanas ou mais de gestação. **Forma de Obtenção**: Verificar a existência de registros da realização de consulta de aconselhamento para gestantes que manifestaram a intenção de realizar parto cesáreo, sem indicação clínica. Verificar, por amostragem, a existência de "Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas" assinado pelo médico e pela gestante. No caso de cesariana a pedido da gestante, somente poderão constar como autorizadas aquelas realizadas com 39 semanas ou mais de gestação. **Referências**: NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. NICE support for commissioning for caesarean section. June 2013. https://www.nice.org.uk/guidance/qs32/resources/support-for-commissioning-for-caesarean-section-253627165 PROJETO PARTO ADEQUADO. Agência Nacional de saúde Suplementar (ANS); Hospital Israelita Albert Einstein; Institute for Healthcare Improvement. Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas, 2016.	
2.8	**A Operadora estabelece consulta com psicólogo na rotina administrativa para o agendamento e pagamento de cesarianas a pedido da gestante, sem indicação clínica, realizadas obrigatoriamente com 39 semanas ou mais de gestação.** **Interpretação**: O agendamento de cesarianas a pedido da gestante deve ser realizado somente a partir da 39ª semana de gestação. No presente item de verificação (item de "Excelência"), considera-se o acréscimo da consulta com psicólogo, após a consulta o aconselhamento individual prestado por profissional médico ginecologista obstetra e/ou enfermeiro (prevista no item de verificação 2.7), conforme segue: a. a gestante que manifestar a intenção de realizar cesárea, sem indicação clínica, deve passar por aconselhamento individual prestado por profissional médico ginecologista obstetra e/ou enfermeiro obstetra (não sendo o mesmo profissional médico assistente), com vistas a receber todas as informações sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos, de forma pormenorizada; b. caso a gestante mantenha a intenção de realizar cesárea, sem indicação clínica, deve passar por consulta com psicólogo, propiciando o diálogo profissional acerca de suas preocupações e motivações; c. caso a gestante mantenha a intenção de realizar cesárea, sem indicação clínica, o médico que realizará a cesariana deverá preencher e assinar o "Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas"; d. o médico que realizará a cesariana deve prestar à gestante os devidos esclarecimentos relativos às informações registradas no "Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas"; e. a gestante deve ler e assinar o "Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas" (preenchido e assinado previamente pelo médico que realizará a cesariana); f. após análise da documentação comprobatória do cumprimento dos itens supracitados e previamente ao agendamento da cesárea, a operadora emitirá a autorização para	Excelência 

VERSÃO PRELIMINAR

	realização da cesariana eletiva a pedido, quando cabível, a ser realizada, obrigatoriamente, com 39 semanas ou mais de gestação. Entre os motivos que levam mulheres a pedirem cirurgias cesáreas, sem motivos clínicos, está a ansiedade associada ao trabalho de parto e ao parto. Este sentimento decorre comumente de experiências ruins de parto, das próprias mulheres ou de pessoas próximas; da crença de que a cesariana protegerá seu filho de danos; ou do receio de sentir dor no trabalho de parto e no parto (UCLH, 2020). Nesse sentido, a consulta com psicólogo, de modo adicional ao aconselhamento com médico ginecologista obstetra e/ou enfermeiro obstetra, pode favorecer o suporte profissional à gestante, acolhendo e propiciando o diálogo acerca de suas preocupações e motivações. **Forma de Obtenção**: Verificar a existência de registros da realização de consulta com psicólogo no âmbito da rotina para o agendamento e pagamento de cesarianas a pedido da gestante, realizadas obrigatoriamente com 39 semanas ou mais de gestação. **Referências**: PROJETO PARTO ADEQUADO. Agência Nacional de saúde Suplementar (ANS); Hospital Israelita Albert Einstein; Institute for Healthcare Improvement. Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas, 2016. UNIVERSITY COLLEGE LONDON HOSPITALS - UCLH. NHS Foundation Trust. Anxiety in pregnancy http://www.uclh.nhs.uk/HP/GPNEWS/Pages/Anxietyinpregnancy.aspx	
2.9	**A Operadora estabelece a segunda opinião médica nas situações em que houver discordância ou for identificada a necessidade de verificar justificativa para cesarianas programadas por indicação materna ou fetal.** **Interpretação**: Deve ser solicitada uma segunda opinião, de outro médico obstetra (médico auditor da operadora ou médico parecerista de notório saber), toda vez que a operadora discordar de uma indicação de cesariana. A segunda opinião médica deve ser solicitada antes da realização da cirurgia cesárea, contribuindo para a melhoria do diagnóstico nas situações que requerem a realização de cesárea por indicação materna ou fetal. Figuram entre as situações prévias que podem ensejar a necessidade ou não de uma segunda opinião aquelas descritas no "Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas", conforme modelo previsto no capítulo VII deste Manual. **Forma de Obtenção**: Verificar, por amostragem, a existência de partograma ou relatório médico circunstanciado com a opinião de um segundo médico obstetra em cesarianas programadas por indicação materna ou fetal. **Referências**: ALTHABE F, BELIZAN JM, VILLAR J, et al. Mandatory Second Opinion to Reduce Rates of Unnecessary Caesarean Sections in Latin America: A Cluster Randomised Controlled Trial. Lancet, 363(9425):1934-40, 2004. AMERICAN COLLEGE OF OSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Safe Prevention of the primary cesarean delivery. Obstetric Care Consensus Nº 1. Obstet Gynecol 2014; 123:693-711.	Excelência 

VERSÃO PRELIMINAR

	PROJETO PARTO ADEQUADO. Agência Nacional de saúde Suplementar (ANS); Hospital Israelita Albert Einstein; Institute for Healthcare Improvement. Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas, 2016.	

VERSÃO PRELIMINAR

	3. INTERAÇÕES CENTRADAS NA MULHER E NA CRIANÇA A atenção centrada na mãe-filho e na família deve orientar todos os aspectos do planejamento, prestação e avaliação dos cuidados oferecidos.	
3.1	**A operadora disponibiliza, no seu portal na internet e/ou em aplicativo móvel, orientações às beneficiárias sobre as principais informações relacionadas ao parto e nascimento, em linguagem clara e simples, com base em evidências científicas.** **Interpretação**: Este item tem a finalidade de verificar quais são as informações fornecidas pela operadora a suas beneficiárias sobre parto e nascimento, abrangendo tanto a facilidade de se encontrar a informação, quanto a clareza e simplicidade com que a informação é comunicada, sem abrir mão de tomar por base fontes de informação de reputação reconhecida e evidências científicas. As informações divulgadas pela Operadora para beneficiárias e familiares sobre parto e nascimento devem abranger, ao menos, os temas listados no capítulo IX.1 deste Manual, com respectiva bibliografia. As informações educativas devem ser disponibilizadas, obrigatoriamente, no portal da operadora de planos de saúde na internet. Podem ser utilizadas diferentes técnicas de interação educativa remota: vídeos de palestras; distribuição de materiais digitais; aplicativos; cursos de gestantes *online*; organização de grupos focais *online* com temas específicos com as beneficiárias em redes sociais ou através de algum aplicativo específico; etc. **Forma de Obtenção**: Consulta ao portal da operadora na internet para verificação das informações disponibilizadas às beneficiárias sobre parto e nascimento, citando as fontes técnicas utilizadas para a elaboração dos conteúdos. Consulta aos conteúdos educativos de palestras, cursos e aplicativos desenvolvidos pela operadora para a disponibilização às beneficiárias, em meio digital, de informações sobre parto e nascimento, com citação das fontes técnicas utilizadas. Registros de eventos remotos sobre parto e nascimento disponibilizados pela operadora a suas beneficiárias, tais como lista de presença, fotos e vídeos de eventos *online*. **Referências**: Vide capítulo IX.1 deste Manual	Essencial
3.2	**A Operadora disponibiliza, no seu portal na internet e/ou em aplicativo para dispositivos móveis, orientações às beneficiárias sobre as principais informações relacionadas ao puerpério, em linguagem clara e simples, com base em evidências científicas.** **Interpretação**: Este item tem a finalidade de verificar quais são as informações fornecidas pela operadora em seu portal na internet e/ou em aplicativo para dispositivos móveis a suas beneficiárias sobre puerpério, abrangendo tanto a facilidade de se encontrar a informação, quanto a clareza e simplicidade com que a informação é comunicada, sem abrir mão de tomar por base fontes de informação de reputação reconhecida e evidências científicas. A operadora deve divulgar em seu portal na internet e/ou em aplicativo móvel informações relacionadas ao puerpério com foco em orientações práticas, como por exemplo, os temas listados no capítulo IX.1 deste Manual, com respectiva bibliografia.	Essencial

VERSÃO PRELIMINAR

	Forma de Obtenção: Consulta ao portal da operadora na internet para verificação das informações disponibilizadas às beneficiárias sobre puerpério, citando as fontes técnicas utilizadas para a elaboração dos conteúdos. Consulta aos conteúdos educativos de palestras, cursos e aplicativos desenvolvidos pela operadora para a disponibilização às beneficiárias, em meio digital, de informações puerpério, com citação das fontes técnicas utilizadas. Registros de eventos remotos sobre puerpério disponibilizados pela operadora a suas beneficiárias, tais como lista de presença, fotos e vídeos de eventos *online*. **Referências**: Vide capítulo IX.1 deste Manual	
3.3	**A Operadora disponibiliza, no seu portal na internet e/ou em aplicativo móvel, informações sobre os serviços de atenção à saúde materna e neonatal oferecidos pelos prestadores da sua rede assistencial.** **Interpretação**: No portal da operadora na internet e/ou aplicativo móvel, deve haver clara e fácil forma de consulta aos serviços oferecidos pelos prestadores de serviços de atenção à saúde materna e neonatal da rede assistencial da operadora, com o detalhamento da lista dos serviços cobertos pela operadora naquele prestador (serviços incluídos no contrato entre operadora e prestador, explicitando eventuais diferenças de cobertura entre distintos planos/produtos da operadora, se houver). No portal da operadora na internet e/ou aplicativo móvel devem ser destacadas informações referentes a eventuais alterações da rede assistencial de prestação de serviços de atenção à saúde materna e neonatal (inclusão, exclusão e substituição de prestadores). Essa lista deve conter, além dos dados de contato do prestador, seu perfil assistencial, os serviços/instalações disponíveis, a classificação de risco para a qual o prestador está vocacionado e o perfil de qualidade do prestador, com destaque para os Hospitais designados para participar da Certificação. **Forma de Obtenção**: Consulta à área do portal da internet da operadora e/ou aplicativo móvel. **Referências**: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. (Brasil). Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: ANVISA, 2014. 103 p.: il. – (Tecnologia em serviços de saúde) ISBN: 978-85-88233-45-4 TORRES, EF; MAZZONI, AA. Conteúdos digitais multimídia: o foco na usabilidade e acessibilidade. Ci. Inf., Brasília, v. 33, n. 2, p. 152-160, Aug. 2004. https://www.scielo.br/pdf/ci/v33n2/a16v33n2 AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION FOUNDATION AND AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. Health literacy and patient safety: Help patients understand. Manual for clinicians. Second edition. Barry D. Weiss, MD. 2007. AMERICAN CONGRESS OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – ACOG. Your postpartum Care: Healing and Healthcare Booklet after Pregnancy. Acog, 2019. 40p.	Essencial 

VERSÃO PRELIMINAR

	https://www.acog.org/store/products/patient-education/booklet/your-postpartum-care-booklet PASSAMAI, MPB et al. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 16, n. 41, p. 301-314, June 2012. https://www.scielo.br/pdf/icse/2012nahead/aop2812	
3.4	**A Operadora disponibiliza modelo de Partograma, que contém os dados mínimos indicados pela Organização Mundial da Saúde – OMS.** **Interpretação**: O partograma é um documento gráfico no qual devem ser efetuados os registros do desenvolvimento do trabalho de parto e das condições maternas e fetais. O partograma deve conter, no mínimo, as informações indicadas pela Organização Mundial da Saúde – OMS. Com base nas recomendações da OMS, a ANS formulou um modelo de partograma (Anexo III da RN nº 368, de 6 de janeiro de 2015). Podendo ser adotado qualquer modelo de partograma, desde que contenha os dados mínimos indicados pela OMS. **Forma de Obtenção**: Consulta à área do portal da internet da operadora e do aplicativo para dispositivos móveis com informações sobre atenção à saúde materna e neonatal para verificar se há modelo de partograma divulgado. Checar, por amostragem, se nos contratos entre operadoras e prestadores de serviços consta a obrigatoriedade da verificação do partograma para pagamento ou glosa do procedimento no fluxo de pagamento. Checar, por amostragem, se no processo de pagamento da operadora ao hospital e aos profissionais consta a etapa de verificação do partograma para pagamento ou glosa do procedimento no fluxo de pagamento. **Referências**: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Resolução Normativa - RN nº 368, de 6 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg== BRASIL. Ministério da Saúde. Blog da Saúde. Parto Normal. Entenda a utilização do Partograma. http://www.blog.saude.gov.br/index.php/geral/35079-parto-normal-entenda-a-utilizacao-do-partograma WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=BA4AF047209245EC423E016E8530A421?sequence=1	Essencial
3.5	**A Operadora disponibiliza o Cartão da Gestante para as beneficiárias em período gestacional.** **Interpretação**: O Cartão da Gestante é um instrumento de registro das consultas de pré-natal, com os principais dados de acompanhamento da gestação. O Cartão da Gestante deve permanecer	Essencial

VERSÃO PRELIMINAR

	em posse da gestante e ser apresentado em todos os estabelecimentos de saúde que utilizar durante a gestação e no hospital com assistência obstétrica e neonatal, quando for admitida em trabalho de parto. Com base no Cartão da Gestante do Ministério da Saúde, a ANS formulou um modelo de Cartão da Gestante (Anexo II da RN nº 368, de 6 de janeiro de 2015). Pode ser utilizado qualquer modelo de Cartão da Gestante, desde que contenha os dados disponibilizados no Cartão da Gestante do Ministério da Saúde e contenha a Carta de Informação à Gestante (conforme Anexo II da RN nº 368, de 2015). No âmbito desta Certificação, a operadora deve se assegurar de que os profissionais de sua rede credenciada forneçam o Cartão da Gestante às beneficiárias e que mantenham o cartão atualizado, orientando as gestantes a portá-lo sempre consigo. **Forma de Obtenção**: Consulta à área do portal da internet da operadora e do aplicativo para dispositivos móveis com informações sobre atenção à saúde materna e neonatal, verificando se há modelo de cartão da gestante divulgado e se há orientação às gestantes para que solicitem o cartão e sua atualização aos profissionais da assistência e orientação aos profissionais da assistência para que forneçam e mantenham atualizado o Cartão da Gestante. Checar por amostragem se nos contratos entre operadoras e prestadores de serviços e no processo de pagamento da operadora ao hospital e aos profissionais consta a obrigatoriedade da verificação de cópia do cartão da gestante para pagamento ou glosa do procedimento no fluxo de pagamento. **Referências**: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Resolução Normativa - RN nº 368, de 6 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg== BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Gestante. 4ª Edição. 2018. https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf	
3.6	**A Operadora formaliza, junto aos médicos pré-natalistas, a obrigatoriedade de entrega às beneficiárias da Nota de Orientação à Gestante, em três consultas distintas, no curso do processo de acompanhamento da gestação.** **Interpretação**: A Operadora deve formalizar a obrigatoriedade dos médicos pré-natalistas promoverem a entrega às beneficiárias da Nota de Orientação à Gestante, em três consultas distintas, no curso do processo de acompanhamento da gestação. O conteúdo da Nota de Orientação à Gestante está previsto no Anexo da RN nº 398, de 05 de fevereiro de 2016. **Forma de Obtenção**: Verificar a existência de cláusulas contratuais, documentos internos, termo de compromisso e congêneres estabelecidos com médicos ginecologistas obstetras pré-natalistas, formalizando a obrigatoriedade da entrega às gestantes da Nota de Orientação à Gestante, em três consultas distintas, no curso do processo de acompanhamento da gestação.	Essencial

VERSÃO PRELIMINAR

	Referências: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Resolução Normativa - RN nº 398, de 05 de fevereiro de 2016. Dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetrizes por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes e sobre a Obrigatoriedade de os Médicos Entregarem a Nota de Orientação à Gestante. http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE5Mw==	
3.7	**A Operadora formaliza, junto aos hospitais com assistência obstétrica e neonatal integrantes de sua rede assistencial, a garantia da presença de acompanhante durante a internação.** **Interpretação**: Considerando que parto e nascimento são acontecimentos de cunho familiar, social, cultural e preponderantemente fisiológico, a atenção materna e neonatal deve ser organizada com base em princípios que levam em consideração a humanização da atenção, ou seja, a valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas. Deve garantir o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que lhes prestam cuidados, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha), e a valorização do trabalho e dos trabalhadores. Com base nesses princípios, o Serviço de Atenção Materna e Neonatal deve permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato e garantir a adoção de alojamento conjunto desde o nascimento até a alta. A referência básica para cobertura assistencial nos planos de saúde regulamentados pela Lei nº 9.656/98 ou adaptados, garante, às beneficiárias de planos hospitalares com obstetrícia, a cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato, entendido como o período que abrange 10 (dez) dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico. Cabe às operadoras de planos de saúde cobrir as despesas referentes à alimentação que o prestador de serviços disponibiliza aos seus clientes, além das taxas básicas necessárias à permanência do acompanhante, inclusive aquelas relativas à paramentação (roupa apropriada para entrar em centro cirúrgico, sala de parto, UTI etc.). **Forma de Obtenção**: Verificar a existência de cláusulas contratuais, documentos internos, termo de compromisso e congêneres formalizando a garantia da presença de acompanhante durante a internação. **Referências**: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Resolução Normativa - RN nº 428, de 7 de novembro de 2017. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga as Resoluções Normativas – RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, e RN nº 407, de 3 de junho de 2016. http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUwMg==	Essencial

VERSÃO PRELIMINAR

	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: ANVISA, 2014. 103 p.: il. – (Tecnologia em serviços de saúde) ISBN: 978-85-88233-45-4	
3.8	**A Operadora formaliza, junto aos hospitais com assistência obstétrica e neonatal integrantes de sua rede assistencial, a garantia do acesso das parturientes a métodos não-farmacológicos de alívio da dor.** **Interpretação**: Para efeito das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, editadas pelo Ministério da Saúde, entende-se como parto normal ou espontâneo aquele que não foi assistido por fórceps, vácuo extrator ou cesariana, podendo ocorrer intervenções baseadas em evidências, em circunstâncias apropriadas, para facilitar o progresso do parto e um parto vaginal normal. Métodos de alívio farmacológico e não-farmacológico da dor estão previstos entre essas intervenções adequadas e possíveis, quando baseadas em evidências. Como item de uma atenção qualificada em saúde, portanto, em seus contratos com a rede assistencial, a operadora deve viabilizar estruturas e processos necessários para a disponibilização e uso de métodos não-farmacológicos de alívio da dor para suas beneficiárias, bem como entrar em acordo com os prestadores quanto aos protocolos adequados para esses usos, com base em evidências científicas, respeitando-se a manifestação da vontade da mulher ao longo do trabalho de parto. São técnicas e insumos para métodos não-farmacológicos de alívio da dor, entre outras: deambulação, exercícios respiratórios, técnicas de relaxamento, adoção de outras posições que não a deitada, livre movimentação, banho de chuveiro ou de imersão (no início da fase ativa), massagem, rebozo, uso de músicas de escolha da mulher, redução da iluminação do ambiente, aromaterapia, cromoterapia, acupuntura por profissional habilitado e hipnose por profissional habilitado. Os métodos não farmacológicos de alívio da dor devem ser oferecidos à mulher antes da utilização de métodos farmacológicos, podendo sua oferta ser reiterada ou solicitada também mesmo após a oferta dos métodos farmacológicos. **Forma de Obtenção**: Verificar a existência de cláusulas contratuais, documentos internos, termo de compromisso e congêneres formalizando a garantia do acesso das parturientes a métodos não-farmacológicos de alívio da dor. **Referências**: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p.: il. Modo de acesso: World Wide Web: ISBN 978-85-334-2477-7 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199 p.: il. ISBN: 85-334-0355-0	Essencial
3.9	**A Operadora formaliza, junto aos hospitais com assistência obstétrica e neonatal integrantes de sua rede assistencial, a garantia do acesso das parturientes a métodos farmacológicos de alívio da dor.**	Essencial

VERSÃO PRELIMINAR

	Interpretação: Para efeito das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, editadas pelo Ministério da Saúde, entende-se como parto normal ou espontâneo aquele que não foi assistido por fórceps, vácuo extrator ou cesariana, podendo ocorrer intervenções baseadas em evidências, em circunstâncias apropriadas, para facilitar o progresso do parto e um parto vaginal normal. Quando for constatada a necessidade ou houver solicitação da mulher, métodos farmacológicos de alívio da dor devem ser utilizados. A analgesia peridural ou raquidiana e peridural combinada devem ser os métodos farmacológicos de alívio da dor de escolha, após se obter o consentimento da mulher, que deve receber orientação detalhada sobre os seus riscos e benefícios e implicações para o parto. O uso sistêmico de opióides, sobretudo quando disponíveis outros métodos não-farmacológicos, deve ser evitado para a prevenção de efeitos depressores sobre a respiração neonatal, de dificuldades na interação entre mãe e filho no período puerperal e de comprometimento do início precoce da amamentação. A analgesia produzida por bloqueios regionais apresenta vantagens sobre os métodos sistêmicos. A deposição do anestésico local próximo às vias de condução nervosa permite uma boa analgesia seletiva, sem depressão do feto e permitindo a cooperação materna. Durante o trabalho de parto ou o parto, técnicas regionais podem ser empregadas: bloqueio dos nervos pudendos, peridural lombar ou sacral, raquianestesia e bloqueio combinado raqui-peridural. De modo a não comprometer a evolução do trabalho de parto, o momento da aplicação da analgesia farmacológica deve respeitar a solicitação da mulher e ocorrer já na fase de trabalho de parto ativo. Como item de uma atenção qualificada em saúde, portanto, em seus contratos com a rede assistencial, a operadora deve viabilizar estruturas e processos necessários para a disponibilização e uso de métodos farmacológicos de alívio da dor, como analgesia peridural, opióides e óxido nitroso, para suas beneficiárias, bem como entrar em acordo com os prestadores quanto aos protocolos adequados para esses usos, com base em evidências científicas, respeitando-se e considerando-se diálogo com a manifestação da vontade da mulher ao longo do trabalho de parto. No protocolo de oferta de métodos farmacológicos de manejo da dor, deve estar expressa a obrigatoriedade do fornecimento dos seguintes esclarecimentos, antes da administração, e da confirmação da escolha diante desses esclarecimentos: a analgesia regional é mais eficaz para alívio da dor que os opióides; não está associada com aumento na incidência de dor lombar; não está associada com primeiro período do parto mais longo ou aumento na chance de cesariana; está associada com aumento na duração do segundo período do parto e na chance de parto vaginal instrumental; necessita de nível mais elevado de monitoração e a mobilidade pode ser reduzida. A técnica de analgesia no parto deve visar o controle adequado da dor com o menor comprometimento possível das funções sensoriais, motoras e autonômicas. Para isto a iniciação e manutenção da analgesia com baixas concentrações de anestésico local constitui fator fundamental, particularmente importante para que as parturientes se mantenham em movimento. Toda gestante submetida a analgesia de parto deverá estar com monitorização básica previamente instalada (Pressão Arterial Não Invasiva - PANI a cada 5 minutos e oximetria de pulso). **Forma de Obtenção**:	

VERSÃO PRELIMINAR

	Verificar a existência de cláusulas contratuais, documentos internos, termo de compromisso e congêneres formalizando a garantia do acesso das parturientes a métodos farmacológicos de alívio da dor. **Referências**: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p.: il. Modo de acesso: World Wide Web: ISBN 978-85-334-2477-7 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199 p.: il. ISBN: 85-334-0355-0	
3.10	**A Operadora disponibiliza marcação de consultas pré-natal por telefone, portal na internet e/ou em aplicativo para dispositivos móveis.** **Interpretação**: As consultas de acompanhamento durante o pré-natal são fundamentais para desfechos saudáveis. De modo a facilitar o acesso a essas consultas, a operadora deve dispor de mecanismos de agendamento por telefone, que sejam fáceis e convenientes para as beneficiárias, junto à Central de Atendimento da Operadora, na área específica do portal da operadora na internet e no aplicativo para dispositivos móveis. **Forma de Obtenção:** A operadora deve disponibilizar espaço em seu sítio institucional e/ou aplicativo móvel para marcação de consultas. A operadora deve disponibilizar número de telefone específico para a marcação de consultas**.** **Referências**: ANJOS, JCB; BOING, AF. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. Revista Brasileira de Epidemiologia [online]. 2016, v. 19, n. 04 [Acessado 6 Dezembro 2019], pp. 835-850. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040013>. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Mulher. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Rev Bras Saúde Mat Infant 2002; 2: 69-71. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292002000100011 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)	Essencial

VERSÃO PRELIMINAR

3.11	**A Operadora identifica proativamente as beneficiárias gestantes e entra em contato com elas e as convida para ações desenvolvidas pela operadora e sua rede assistencial na atenção ao parto e nascimento.** **Interpretação**: A operadora de planos de saúde documenta todos os atendimentos fornecidos às beneficiárias por seus prestadores por meio do Padrão de Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS). Alguns atendimentos podem tecnicamente sinalizar gravidez. Ao usar esses atendimentos ou uma sequência deles como sinais de alerta para busca ativa ou contato proativo com as mulheres, a operadora pode confirmar a gravidez da mulher e convidar para integrar ações educativas, como cursos e palestras, programas de qualidade, e outras formas de gerir o cuidado às mães e bebês. Algumas sugestões de procedimentos para viabilizar esse rastreamento são: ultrassom obstétrico, consultas de pré-natal, exames Beta HCG, exames de rotina pré-natal. De modo a favorecer a segurança da mulher ao receber o contato proativo, se preferir, ela deve ser direcionada para o site, ou aplicativo para dispositivos móveis ou as redes sociais da operadora, onde o convite deve estar disponível e facilmente identificável, para fazer seu cadastro e prestar informações. Efetuada a captação precoce das gestantes para acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre da gravidez (até 120 dias da gestação), devem ser realizadas intervenções informativas oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas, sejam terapêuticas. O início precoce da atenção pré-natal e sua continuidade requer cuidado permanente com o vínculo com a gestante, assim como com a qualidade técnica da atenção. Deve ser fornecido acompanhamento periódico e contínuo de todas as mulheres grávidas, visando garantir o seguimento durante toda a gestação, assegurando esclarecimentos e orientações necessárias. **Forma de Obtenção**: Verificação da existência de listagem de mulheres identificadas proativamente pela operadora como gestantes. Relatórios de contatos estabelecidos pela operadora com as mulheres identificas como gestantes, convidando-as para integrar as ações educativas desenvolvidas (ex.: correio convencional, *e-mail,* telefone). Cópia das mensagens e do roteiro para convite usado nos contatos, por telefone e por *e-mail*. Verificação e cópia dos anúncios e das telas de inscrição no site, nos perfis nas redes sociais e no aplicativo para dispositivos móveis da operadora. Cópia de panfleto digital solicitando a profissionais de saúde da rede assistencial que convidem as gestantes que acompanham. Verificação do fluxo de geração dos *leads*. **Referências**: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Padrão para Troca de Informação de Saúde Suplementar – TISS - http://www.ans.gov.br/prestadores/tiss-troca-de-informacao-de-saude-suplementar, acessado em 28/07/2020. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde,	Essencial 

VERSÃO PRELIMINAR

	2005. 158 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos -Caderno nº 5) ISBN 85-334-0885-4 RODRIGUES, MR. A importância da captação e permanência das gestantes no acompanhamento pré-natal: uma análise bibliográfica. UFSC, 2015. https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/172955	
3.12	**Os hospitais integrantes da rede assistencial da Operadora disponibilizam, no seu portal na internet e/ou em aplicativo móvel, orientações às beneficiárias sobre as principais informações relacionadas ao parto e nascimento, em linguagem clara e simples, com base em evidências científicas.** **Interpretação**: Este item tem a finalidade de verificar quais são as informações fornecidas pelos hospitais sobre parto e nascimento, abrangendo tanto a facilidade de se encontrar a informação, quanto a clareza e simplicidade com que a informação é comunicada, sem abrir mão de tomar por base fontes de informação de reputação reconhecida e evidências científicas. As informações divulgadas pelos hospitais sobre parto e nascimento devem abranger, ao menos, os temas listados no capítulo IX.1 deste Manual, com respectiva bibliografia. As informações educativas devem ser disponibilizadas, obrigatoriamente, no portal do hospital na internet. Podem ser utilizadas diferentes técnicas de interação educativa remota: vídeos de palestras; distribuição de materiais digitais; aplicativos; cursos de gestantes *online*; organização de grupos focais *online* com temas específicos em redes sociais ou através de algum aplicativo específico; etc. **Forma de Obtenção**: Consulta ao portal dos hospitais na internet para verificação das informações disponibilizadas às beneficiárias sobre parto e nascimento, citando as fontes técnicas utilizadas para a elaboração dos conteúdos. Consulta aos conteúdos educativos de palestras, cursos e aplicativos desenvolvidos pelos hospitais para a disponibilização, em meio digital, de informações sobre parto e nascimento, com citação das fontes técnicas utilizadas. Registros de eventos remotos sobre parto e nascimento disponibilizados pelos hospitais, tais como lista de presença, fotos e vídeos de eventos *online*. **Referências**: Vide capítulo IX.1 deste Manual	Complementar
3.13	**A Operadora utiliza redes sociais ou aplicativos móveis para divulgação de informações sobre parto e nascimento e para aproximação ou contato com gestantes.** **Interpretação**: A operadora deve dispor de perfil institucional e/ou dedicado ao tema gravidez, parto e nascimento. Neste perfil nas redes sociais, a operadora deve postar informações educativas de modo alinhado/articulado com o restante da comunicação descrita neste Requisito 3, promovendo a gestão integrada e a navegação da mulher interessada entre os canais de comunicação. A operadora deve aproveitar e facilitar a participação das mulheres, incluindo convite/captação para inscrição em programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças ao longo do ciclo gravídico e no puerpério. **Forma de Obtenção**:	Complementar

VERSÃO PRELIMINAR

	Consulta ao perfil institucional e/ou dedicado ao tema gravidez, parto e nascimento da operadora nas redes sociais com identificação da oferta de inscrição disponibilizada para as mulheres. Consulta ao texto da mensagem de inscrição no perfil institucional e/ou dedicado ao tema gravidez, parto e nascimento da operadora nas redes sociais. Consulta a relatório de mulheres inscritas. **Referências**: CLINT HUB. Maternidade e marketing: um relato sobre o poder das mães influenciadoras. 23 de abril de 2018, acessado em 24/02/2020 - https://portal.clint.digital/marketing-poder-maes-influenciadoras/ FERNANDES, LS; CALADO, C; ARAUJO, CAS. Redes sociais e práticas em saúde: influência de uma comunidade online de diabetes na adesão ao tratamento. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3357-3368, Oct. 2018. https://www.scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n10/3357-3368 SILVA, JR da; et al. Redes Sociais e Promoção da Saúde: Utilização do Facebook no Contexto da Doação de Sangue. Scielo Portugal. RISTI - Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação. versão impressa ISSN 1646-9895 - RISTI no.30 Porto dez. 2018. Acessado em 24/07/2020. http://dx.doi.org/10.17013/risti.30.107-122 SOLETTI, RC. Maternidade com Ciência: ampliando a comunicação de informação baseada em evidências para gestantes e mães. 2018. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.	
3.14	**A Operadora fornece, no seu portal na internet, em materiais digitais ou impressos e/ou em aplicativo para dispositivos móveis, informações claras e atualizadas, sobre o fluxo das beneficiárias na rede assistencial relacionado ao pré-natal, parto e pós-parto.** **Interpretação:** Este item tem a finalidade de verificar quais são as informações fornecidas pela operadora a suas beneficiárias sobre o fluxo na sua rede de prestadores de serviços de saúde relacionados ao pré-natal, parto e pós-parto, segundo a classificação de risco da gestante. A descrição do fluxo da beneficiária na rede assistencial da operadora deve constar no Plano estruturado, citado no item de verificação 1.1. A divulgação deve ser realizada no portal da operadora na internet, em aplicativos para dispositivos móveis e em folhetos informativos, digitais ou impressos, escritos em linguagem clara e de fácil compreensão. **Forma de Obtenção**: Consultar portal da operadora na internet, aplicativo para dispositivos móveis e folhetos, manuais e outros materiais impressos ou digitais para verificar se as informações sobre a rede assistencial estão disponibilizadas de forma clara e de fácil acesso para as beneficiárias, segundo a sua classificação de risco. Consultar o Plano Estruturado da operadora (descrito no item de verificação 1.1). **Referências:** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e	Complementar

VERSÃO PRELIMINAR

	Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p.: il. Modo de acesso: World Wide Web: ISBN 978-85-334-2477-7 Conteúdos digitais multimídia: o foco na usabilidade e acessibilidade. Elisabeth Fátima Torres e Alberto Angel Mazzoni. Inf., Brasília, v. 33, n. 2, p. 152-160, maio/ago. 2004 https://www.scielo.br/pdf/ci/v33n2/a16v33n2 PASSAMAI, MPB et al. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 301-314, June 2012. https://www.scielo.br/pdf/icse/2012nahead/aop2812 AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION FOUNDATION AND AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. Health literacy and patient safety: Help patients understand. Manual for clinicians. Second edition. Barry D. Weiss, MD. 2007.	
3.15	**A Operadora utiliza a estratégia de veiculação de histórias tocantes de pacientes em seu site e nos eventos com gestantes.** **Interpretação:** Depoimentos ou histórias de vida colhidas junto às gestantes atendidas pela operadora podem constituir um recurso importante no conjunto de estratégias de comunicação em saúde. O espelhamento e a identificação a partir de experiências e sentimentos compartilhados podem favorecer a adesão às condutas recomendadas e a autorresponsabilidade pelo percurso desejado para a própria saúde pela mulher e seus familiares. Evidentemente, cabe à operadora obter das gestantes e dos familiares que concordarem em fornecer os depoimentos e providenciar as respectivas autorizações legais relativas a direito de uso de imagem. Essas histórias podem ser mediadas por explicações por parte de profissionais de saúde sempre que for desejável para tornar a comunicação da informação mais clara e correta, tomando-se por base as melhores evidências científicas. **Forma de Obtenção:** Consulta à área do site e ao aplicativo para dispositivos móveis da operadora para verificação da existência de depoimentos sendo divulgados. **Referências:** BRASIL. Ministério da Saúde. Blog da Saúde detalhe. Gerando Uma Vida: a importância do pré-natal narrada a cada detalhe. Erika Blaz. Publicado em 18 de Abril de 2017, 16h35. Acessado em 23/07/2020. http://www.blog.saude.gov.br/index.php/52539-gerando-uma-vida-a-importancia-do-pre-natal-narrada-a-cada-detalhe FRANK, A.W. The rhetoric of self-change: illness experience as narrative. Sociol. Q., n.34, p.39-52, 1995. HYDÉN, L.C. Illness and narrative. Sociol. Health Illness, v.19, n.1, p.48-69, 1997. MACÁRIO COSTA, L.P. Contando história de paciente. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.12, n.24, p.73-86, jan./mar. 2008. PIZA, RNT. La question du témoignage dans la communication organisationnelle - L´analyse de pratiques dans les organismes publics de santé en France et au Brésil – Renata Nacif de Toledo Piza, Or. M. Guy Lochard. Dissertação de Mestrado em Comunicação e Informação, Université Sorbonne Nouvellle Paris 3 – Universidade Federal Fluminense. 2013. 162p. http://biblioteca-ans/index.php?codigo_sophia=8634	Complementar 

VERSÃO PRELIMINAR

	QUEIROZ, M.I.P. Relatos orais: do "indizível" ao "dizível". Ciênc. Cult., v.39, n.3, p. 272-86, 1987. SOUZA, L.S.N. Somatizadores: narrativas de encontros e desencontros. 1998. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 1998.	
3.16	**A operadora formaliza em seus contratos, ou documentos internos, com sua rede prestadora de serviços cláusulas de obrigatoriedade de informação dos atributos de qualidade estabelecidos pela ANS para fins de divulgação.** **Interpretação**: De acordo com as normas estabelecidas pela RN nº 405, de 2016, que trata do Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS, as operadoras de planos privados de saúde têm a obrigatoriedade de divulgar os atributos de qualidade de seus prestadores de serviço de saúde. Entretanto, a RN 405, de 2016, não prevê a obrigatoriedade de divulgação destes atributos pelos prestadores. Assim, o objetivo deste item é garantir a informação sobre a qualificação de sua rede aos beneficiários e a sociedade como um todo. Desta forma, é considerada uma boa prática a operadora buscar os atributos de qualidade junto aos seus prestadores prevendo em contrato, ou documento interno o compromisso do prestador em enviar suas informações para a divulgação. **Forma de Obtenção:** A análise da conformidade se dará pela verificação da rede de assistência à saúde da operadora em seu portal institucional e pela análise dos contratos, ou documentos internos, entre as operadoras e seus prestadores de saúde que deverão ter cláusula contratual prevendo a informação dos atributos de qualificação do prestador e de divulgação destes pela operadora. Deve-se verificar também se a Operadora realiza a divulgação dos atributos de qualidade em seus materiais de divulgação da rede. **Referências:** AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Resolução Normativa - RN nº 405, de 9 de maio de 2016. Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS; revoga a Resolução Normativa - RN nº 267, de 24 de agosto de 2011, com exceção do art.44-B incorporado à RN nº 124, de 30 de março de 2006; e revoga também a RN nº 275, de 1º de novembro de 2011, a RN nº 321, de 21 de março de 2013, a RN nº 350, de 19 de maio de 2014, e a Instrução Normativa - IN nº 52, de 22 de março de 2013 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, e dá outras providências. Rio de Janeiro: ANS, 2016. Disponível em: < http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzI0OA==>; Acesso em: 29/06/2020	Complementar
3.17	**A Operadora formaliza, junto aos hospitais com assistência obstétrica e neonatal integrantes de sua rede assistencial, a possibilidade de acompanhamento por profissional doula, caso a gestante manifeste essa opção, sem que a doula se confunda com acompanhante.** **Interpretação**: A palavra Doula vem do grego e significa “mulher que serve”, sendo utilizada para referir-se à profissional que assume o papel de oferecer conforto, encorajamento, tranquilidade, suporte emocional, físico e informativo durante a gestação, o trabalho de parto e pós-parto, à escolha da mulher. Sua função remete a tradições históricas, às mulheres mais velhas e	Complementar

VERSÃO PRELIMINAR

	experientes que acompanhavam, instruíam e apoiavam a parturiente e recém-mãe durante todo o trabalho de parto, o próprio parto e os cuidados com o recém-nascido. O cuidado com o bem-estar emocional e físico da parturiente e a dedicação exclusiva ao longo de todo o percurso do trabalho de parto, por vezes antes mesmo da internação hospitalar, impossível em geral para os demais profissionais da equipe, distinguem claramente a função da doula. Tampouco se confunde seu papel com o do acompanhante, não só devido à formação técnica, mas também devido ao vínculo afetivo e envolvimento emocional, que colocam o acompanhante em outro lugar na experiência de gestação e parto. "O apoio físico e empático contínuo oferecido por uma única pessoa durante o trabalho de parto traz muitos benefícios, incluindo um trabalho de parto mais curto, um volume significativamente menor de medicações e analgesia epidural, menos escores de Apgar abaixo de 7 e menos partos operatórios." (OMS, 1996). Uma revisão da Cochrane (Bohren et al., 2017), conclui que: "Todas as mulheres devem receber o apoio de um acompanhante especialmente capacitado durante o trabalho de parto e parto", considerando que o suporte contínuo durante o parto oferecido por acompanhante capacitada aumenta as taxas de parto normal; reduz a duração do trabalho de parto e a necessidade de analgesia; e traz maior satisfação com a experiência de parto. O acompanhamento por doula não constitui até o momento da edição do presente manual procedimento assistencial com cobertura prevista no rol de procedimentos e eventos em saúde, cabe à operadora e aos hospitais a opção por oferecer ou não o serviço à gestante, como parte dos serviços assistenciais, seja doula de livre escolha da mulher, seja doula integrante da equipe assistencial. Como critério de qualidade, valorizando-se a mulher, e sem prejuízo da possível oferta pelo hospital e/ou pela operadora, e como já é previsto em legislação em algumas localidades do país, o presente item propõe a possibilidade de admissão e o apoio ao acompanhamento por doula, sem confusão com as demais funções da equipe assistencial, se assim a mulher desejar. **Forma de Obtenção**: Verificar a existência de cláusulas contratuais, documentos internos, termo de compromisso e congêneres formalizando a possibilidade da presença de doula nos hospitais com assistência obstétrica e neonatal integrantes de sua rede assistencial, caso a gestante manifeste essa opção. Verificação das listas de controle da recepção dos hospitais com assistência obstétrica e neonatal, registrando a autorização para a entrada de doulas. Verificação do cadastro de doulas do hospital, com dados das doulas cadastradas na recepção junto com as gestantes que acompanham ou preliminarmente, quando possível. **Referências**: BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. A Doula na Assistência ao Parto e ao Nascimento. in Humanização do parto e do nascimento Volume 4 Brasília – DF, 2014 BOHREN MA, HOFMEYR GJ, SAKALA C, FUKUZAWA RK, CUTHBERT A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6. https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/full KLAUSS, MH, KENNELL, JH. The Doula: an Essential Ingredient of Childbirth Rediscovered. Acta Paediatr, 86(10):1034-6, 1997.	

VERSÃO PRELIMINAR

	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS, 1996	
3.18	**A Operadora capacita profissionais da sua Central de Atendimento para orientar gestantes que entrarem em contato com a operadora.** **Interpretação**: Este item pretende verificar se a operadora mantém em sua Central de Atendimento profissionais treinados disponíveis para fornecer orientações básicas para as beneficiárias e seus familiares com informações sobre a mulher e o bebê durante o ciclo gravídico e o puerpério abrangendo minimamente os tópicos previstos no capítulo IX.2 deste Manual. Os esclarecimentos prestados devem ser supervisionados por profissional de saúde e acompanhados da informação de que são iniciais e não prejudicam ou substituem a avaliação de profissional de saúde. Os profissionais da Central de Atendimento devem estar aptos a pesquisar prestadores de serviços na rede credenciada da operadora e fornecer sugestões conforme o local de residência da beneficiária, caso os questionamentos apresentados no contato ultrapassem as informações disponíveis na Central, assim como fornecer informações para apoiar eventuais encaminhamentos e transferências. **Forma de Obtenção**: Verificação do roteiro da URA da Central de Atendimento; Gravação de 03 telefonemas “consumidor fantasma”. **Referências**: Vide capítulo IX.2 deste Manual.	Complementar
3.19	**A operadora possui canais de comunicação para aprimorar a experiência das mulheres na atenção ao parto.** **Interpretação**: A Resolução Normativa - RN nº 323, de 3 de abril de 2013, dispõe sobre a instituição de unidade organizacional específica de ouvidoria pelas operadoras de planos privados de assistência saúde. Para verificação de qualidade no presente item, a Operadora deve comprovar a existência de canal específico para aprimorar sua atuação na qualidade da atenção à saúde materna e neonatal, garantindo às mulheres e familiares uma via de comunicação para sugestões e críticas de modo a melhorar a experiência do cuidado. Esse canal deve se conectar e trocar informações com a área da operadora responsável pela gestão dessa linha de cuidado. **Forma de Obtenção**: Verificação da existência de linha de contato específica para a atenção a parto e nascimento na Ouvidoria da Operadora. **Referências**: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Resolução Normativa - RN nº 323, de 3 de Abril de 2013, que dispõe sobre a instituição de unidade organizacional específica de ouvidoria pelas operadoras de planos privados de assistência saúde - http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjQwNA==, acessado em 28/07/2020.	Complementar

VERSÃO PRELIMINAR

3.20	**Com base na identificação proativa das gestantes, sem prejuízo de contatos ou consultas ao longo do período, a Operadora agenda e realiza, a partir do 2º trimestre e até o início do 4º trimestre de gestação, contato com as gestantes indagando a escolha da via de parto e suas razões. Caso a resposta da gestante sinalize tendência a cesariana a pedido, a gestante deve ser convidada a integrar fluxo de protocolo de acolhimento para gestantes que solicitam cesárea sem indicação clínica baseada em evidências científicas, em grupo ou individual.** **Interpretação:** Ao identificar precocemente a gestante e convidá-la para ações educativas, de promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças ao longo do ciclo gravídico e de acompanhamento pré-natal, a operadora dá início à possibilidade de relacionamento mais estreito e apoio constante à mulher, ao bebê e aos familiares. Ao agendar e realizar contato por telefone, e-mail ou redes sociais, conforme o meio de comunicação identificado como mais oportuno pelas gestantes, em momento intermediário no ciclo gravídico, a partir do 2º trimestre e até o início do 4º trimestre de gestação, passado o momento inicial de adaptação e informação da gestante, e indagar sobre sua intenção de via de parto. Assim, a operadora pode identificar mulheres tendentes a cesarianas a pedido sem indicação clínica e prover o adequado suporte informacional e psicológico para prevenir cesáreas desnecessárias e os riscos decorrentes delas para a saúde de mulheres e bebês. Para tratar adequadamente dessa situação, após esse contato, a operadora deve a integrar as beneficiárias em um fluxo de protocolo de acolhimento para gestantes que solicitam cesárea sem indicação clínica baseada em evidências científicas, em grupo com idade gestacional aproximada, ou individual. **Forma de Obtenção:** Verificação das bases de dados da operadora documentando a identificação, os contatos realizados com as gestantes, os registros das respostas resultantes e o convite e o respectivo encaminhamento para estratégias de acolhimento e abordagem individuais ou em grupo. Verificação de relatórios com os resultados das atividades em grupo ou registro das consultas realizadas com profissionais de saúde (médicos, enfermeiros ou psicólogos). Verificação do documento técnico com o desenho do fluxo de protocolo de acolhimento para gestantes que solicitam cesárea sem indicação clínica baseada em evidências científicas. **Referências:** NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. NICE support for commissioning for caesarean section. June 2013. https://www.nice.org.uk/guidance/qs32/resources/support-for-commissioning-for-caesarean-section-253627165	Complementar
3.21	**A Operadora realiza pesquisa de satisfação sobre a experiência do cuidado e implementa plano de ação para melhoria da qualidade, se necessário.** **Interpretação**: A operadora entra em contato proativamente com amostra válida das beneficiárias atendidas para parto em cada unidade da rede para uma avaliação da experiência até 2 semanas após o parto. Nesse momento, a operadora deve indagar sobre o cumprimento dos itens de qualidade previstos neste Manual, como direito a acompanhante, acolhimento na fase ativa, acesso a métodos não-farmacológicos e farmacológicos de alívio da dor, orientações sobre amamentação, esclarecimentos prestados e documentos assinados (caso cirurgia cesárea), entre outros.	Complementar

VERSÃO PRELIMINAR

	A pesquisa de satisfação das beneficiárias deve se basear também Plano estruturado, previsto no item de verificação 1.1. A pesquisa deve conter questões pertinentes à satisfação da beneficiária com o atendimento e pode ser realizada por via telefônica. **Forma de Obtenção**: Verificação do roteiro/questionário da pesquisa de satisfação Verificação de relatório contendo os resultados da pesquisa de satisfação. Verificação de 5 entrevistas gravadas. Verificação do plano de ação a partir dos resultados da pesquisa. **Referências**: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde - http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pqo2020_pesquisa_de_satisfacao_beneficiario_2019_final.pdf, acessado em 28/07/202. ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA – ENSP/Fiocruz - Projeto Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento - www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil, acessado em 28/07/2020. ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA – ENSP/Fiocruz. Projeto Nascer Saudável. http://www.ans.gov.br/images/stories/gestao_em_saude/parto_adequado/projeto-parto-adequado-apresentacao-projeto-nascer-saudavel.pdf, acessado em 28/07/2020. MOREIRA, MEL et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S128-S139, 2014. https://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0128.pdf, acessado em 28/07/2020. RODRIGUES, JLSQ. "O que mais importa para as mulheres": Uma análise qualitativa das concepções e expectativas das mulheres durante o trabalho de parto e parto. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2017. bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=5034	
3.22	**Os hospitais integrantes da rede assistencial da operadora divulgam, no seu portal na internet e/ou em aplicativo móvel, indicadores sobre qualidade e segurança da atenção materna e neonatal ofertada ao conjunto de suas beneficiárias.** **Interpretação**: A divulgação de indicadores sobre qualidade e segurança da atenção materna e neonatal contribui para transparência e para a diminuição da assimetria de informações no setor, disponibilizando dados relevantes para a sociedade sobre as características da atenção prestada. Para o atendimento ao estabelecido no presente requisito, os hospitais com assistência obstétrica e neonatal integrantes da rede assistencial da operadora devem disponibilizar, em seus respectivos portais na internet, minimamente, o percentual de partos vaginais. **Forma de Obtenção**:	Excelência

VERSÃO PRELIMINAR

	Consulta à área do portal da internet do hospital e do aplicativo para dispositivos móveis com informações sobre qualidade e segurança da atenção materna e neonatal, contendo, minimamente, a informação do percentual de partos vaginais. **Referências**: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Dados e Indicadores do Setor. Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal. http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/painel-de-indicadores-da-atencao-materna-e-neonatal TORRES, EF; MAZZONI, AA. Conteúdos digitais multimídia: o foco na usabilidade e acessibilidade. Ci. Inf., Brasília, v. 33, n. 2, p. 152-160, Aug. 2004. https://www.scielo.br/pdf/ci/v33n2/a16v33n2	
3.23	**A Operadora disponibiliza, no seu portal na internet e/ou em aplicativo móvel, indicadores sobre qualidade e segurança da atenção materna e da rede assistencial da operadora.** **Interpretação**: A divulgação de indicadores sobre qualidade e segurança da atenção materna e neonatal contribui para transparência e para a diminuição da assimetria de informações no setor, disponibilizando dados relevantes para a sociedade sobre as características da atenção prestada. Para o atendimento ao estabelecido no presente requisito, as operadoras devem, minimamente, possuir espaço no site com destaque para o link para do Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal, no site da ANS. **Forma de Obtenção**: Consulta à área do portal da internet da operadora e do aplicativo para dispositivos móveis com informações sobre qualidade e segurança da atenção materna e neonatal, através de link disponível e facilmente acessível para a página do Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal no site da ANS, em http://ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/painel-de-indicadores-da-atencao-materna-e-neonatal. Sugere-se que o link seja feito com os dizeres: “Confira a avaliação de nossos serviços no Painel de Indicadores de Qualidade da Atenção Materna e Neonatal da ANS”, em cor e tamanho de fonte legíveis. **Referências**: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Dados e Indicadores do Setor. Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal. http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/painel-de-indicadores-da-atencao-materna-e-neonatal TORRES, EF; MAZZONI, AA. Conteúdos digitais multimídia: o foco na usabilidade e acessibilidade. Ci. Inf., Brasília, v. 33, n. 2, p. 152-160, Aug. 2004. https://www.scielo.br/pdf/ci/v33n2/a16v33n2	Excelência
3.24	**A Operadora apoia os hospitais integrantes de sua rede assistencial a criar canal telefônico para esclarecer dúvidas sobre o início do trabalho de parto e momento oportuno de procurar o hospital com assistência obstétrica e neonatal.** **Interpretação**: A operadora deve atuar em parceria com hospitais de sua rede assistencial estruturando e mantendo disponível canal de contato telefônico para esclarecer dúvidas e anseios de gestantes diante de possível início de trabalho de parto, procurando, entre outros aspectos, evitar internações precoces. Os esclarecimentos devem incluir cooperação na identificação de início de trabalho de parto e de sua evolução, abrangendo trabalho de parto prematuro (TPP), gestação prolongada e parto a termo. Esse canal deve contar com profissional	Excelência

VERSÃO PRELIMINAR

	enfermeira obstétrica, com a possibilidade de transferir para uma consulta ou teleconsulta remunerada. **Forma de Obtenção**: Verificação do roteiro da URA da Central de Atendimento dos hospitais indicados pela Operadora. Realização de 03 telefonemas "consumidor fantasma" para cada hospital. **Referências**: AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – ACOG. How to tell when labor begins. Acog, 2020. Panfleto. https://www.acog.org/store/products/patient-education/pamphlets/labor-delivery-and-postpartum-care/how-to-tell-when-labor-begins BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.: il. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199 p.: il.	
3.25	**A Operadora oferece a cobertura de orientação domiciliar, com profissional de saúde habilitado, sobre amamentação no puerpério.** **Interpretação**: Na atenção à saúde materno e neonatal, a operadora deverá oferecer atenção por equipe multiprofissional, como detalhado no presente Manual. Orientações sobre amamentação devem ser prestadas no pré-natal, assim como no hospital, após o nascimento. O profissional de saúde deve reforçar as ações do aleitamento que foram introduzidas no pré-natal, promovendo uma melhor adaptação. Deve-se encorajar a mãe a levar seu filho ao peito precocemente para que este contato permaneça efetivo. Neste item de verificação da qualidade, consulta domiciliar com pediatra e/ou com enfermeira obstétrica com experiência em orientações para aleitamento devem ser oferecidas e remuneradas, na primeira quinzena após a alta hospitalar, de modo a apoiar mulheres, bebês e familiares na nova rotina, bem como favorecer uma nutrição adequada e uma boa adaptação ao aleitamento, em livre demanda, reservando-se a suplementação para casos excepcionais e específicos, quando necessário. O profissional deve estar a apto a orientar e apoiar a mulher a prevenir e sanar dificuldades frequentes, caso sejam observados ou referidos pelas mulheres, como: Pega incorreta do mamilo; fissuras (rachaduras); Mamas ingurgitadas (habitualmente, na maioria das mulheres, do terceiro ao quinto dia após o parto, podendo levar a febre e à necessidade de ordenha manual); Mastite (habitualmente a partir da segunda semana após o parto); Ordenha manual (cujo aprendizado deve ter sido iniciado no pré-natal; Contraindicações (raras: mulheres com câncer de mama que foram tratadas ou estão em tratamento, mulheres HIV+ ou HTLV+, mulheres com distúrbios graves da consciência ou do comportamento, para as mulheres, e para os bebês: causas transitórias, igualmente raras, como alterações da consciência de qualquer natureza e prematuridade. Ressaltar que nenhuma medicação deve ser utilizada, sem orientação médica, pela puérpera que está amamentando).	Excelência

VERSÃO PRELIMINAR

	Forma de Obtenção: Verificação da oferta de consulta domiciliar sobre aleitamento no portal da operadora na internet, no aplicativo para dispositivos móveis, na comunicação nas redes sociais e em materiais promocionais. Verificação de registros comprovando o pagamento de consultas domiciliares a pediatras e enfermeiras obstétricas. **Referências**: BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) - https://www.saude.gov.br/noticias/823-assuntos/saude-para-voce/41374-estrategia-amamenta-e-alimenta-brasil, acessado em 28/07/2020. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5) ISBN 85-334-0885-4 FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. Agosto Dourado. Um mês inteiro dedicado à amamentação. Femina. Publicação oficial da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Volume 47, Número 8, 2019 https://www.febrasgo.org.br/pt/femina/item/839-revista-femina-2019-vol-47-n-8 FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. Febrasgo. Revista Ela - https://www.febrasgo.org.br/pt/revistas/revistaela/item/930-ela-amamentacao-um-ato-de-amor GUTMAN, L. A Maternidade e o Encontro Com A Própria Sombra. Best Seller, 2016. 322p. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE GUIDANCE - NICE. NICE GUIDANCE. Conditions and diseases. Fertility, pregnancy and childbirth. Postnatal care. https://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/fertility--pregnancy-and-childbirth/postnatal-care	
3.26	**A Operadora oferece Programa de apoio às mulheres na gestação.** **Interpretação**: Considerando os temas abrangidos no capítulo IX deste Manual, a operadora deve oferecer Programa de apoio às mulheres na gestação, abrangendo desde consultas a orientações práticas coletivas e individuais sobre aspectos fisiológicos, psicológicos, emocionais, amamentação e primeiros cuidados. **Forma de Obtenção**: Verificação de Listas de Presença, materiais de divulgação, materiais de apoio, registros em vídeo e fotografias, conteúdo programático, relatórios analíticos, formulários ou questionários de avaliação preenchidos pelas participantes e seus familiares. **Referências**: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32)	Excelência 

VERSÃO PRELIMINAR

	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE GUIDANCE - NICE. NICE GUIDANCE. Conditions and diseases. Fertility, pregnancy and childbirth. Pregnancy. https://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/fertility--pregnancy-and-childbirth/pregnancy	
3.27	**A Operadora oferece Programa de apoio às mulheres no puerpério.** Considerando os temas abrangidos no capítulo IX deste Manual, a operadora deve oferecer Programa de apoio às mulheres no puerpério, abrangendo desde consultas a orientações práticas coletivas e individuais sobre aspectos fisiológicos, psicológicos, emocionais, amamentação e primeiros cuidados. **Forma de Obtenção**: Verificação de Listas de Presença, materiais de divulgação, materiais de apoio, registros em vídeo e fotografias, conteúdo programático, relatórios analíticos, formulários ou questionários de avaliação preenchidos pelas participantes e seus familiares. **Referências**: FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. Febrasgo. Revista Ela - https://www.febrasgo.org.br/pt/revistas/revistaela/item/930-ela-amamentacao-um-ato-de-amor GUTMAN, L. A Maternidade e o Encontro Com a Própria Sombra. Best Seller, 2016. 322p. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE GUIDANCE - NICE. NICE GUIDANCE. Conditions and diseases. Fertility, pregnancy and childbirth. Postnatal care. https://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/fertility--pregnancy-and-childbirth/postnatal-care	Excelência 

VERSÃO PRELIMINAR

4. Acompanhamento do Ciclo Gravídico-Puerperal O acompanhamento da mulher no ciclo grávido-puerperal deve ter início o mais precocemente possível e alcançar ao menos até o 42º dia de puerpério.		
4.1	**A Operadora formaliza, junto à sua rede prestadora de serviços, a adoção de protocolos e diretrizes clínicas de pré-natal baseados em evidências e validados por entidades nacionais e internacionais de referência.** **Interpretação**: Protocolos e diretrizes clínicas constituem importantes aliados para a gestão e para a tomada de decisão clínica, na medida em que sistematizam evidências científicas disponíveis sobre a atenção à determinada condição de saúde. Eles devem ser utilizados por profissionais de saúde e estar disponíveis para consulta em locais de fácil acesso nos estabelecimentos de saúde. Devem ser também compartilhados pelas operadoras de planos privados de saúde para sua rede própria ou credenciada. Para o cumprimento do item, deverá estar prevista a adoção de protocolos e diretrizes sobre pré-natal nos contratos, documentos internos, termo de compromisso e congêneres, estabelecidos com profissionais e estabelecimentos de saúde responsáveis pelo pré-natal das beneficiárias da operadora. O acesso à atenção pré-natal contribui para a prevenção e/ou detecção precoce de riscos e para a promoção de saúde no processo gestacional, possuindo relação com melhores desfechos para a saúde materna e fetal. O calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. Deve ser iniciado precocemente (primeiro trimestre) e deve ser regular e completo (garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas). **Forma de Obtenção**: Verificar a existência de cláusulas contratuais, documentos internos, termo de compromisso e congêneres formalizando a adoção de protocolos de pré-natal, baseados em evidências científicas por parte dos prestadores. **Referências**: ANJOS, JCB; BOING, AF. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. Revista Brasileira de Epidemiologia [online]. 2016, v. 19, n. 04 [Acessado 6 Dezembro 2019], pp. 835-850. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040013>. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Mulher. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Rev Bras Saúde Mat Infant 2002; 2: 69-71. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292002000100011 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5) ISBN 85-334-0885-4 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do	Essencial

VERSÃO PRELIMINAR

	Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32) FEDERACAO BRASILEIRA DAS ASSOCIACOES DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA. Assistência pré-natal parte II. Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 2007, vol.53, n.6 MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.	
4.2	**A Operadora formaliza, junto à sua rede prestadora de serviços, a adoção de protocolos e diretrizes clínicas de atenção ao trabalho de parto e ao parto baseados em evidências e validados por entidades nacionais e internacionais de referência.** **Interpretação**: Protocolos e diretrizes clínicas constituem importantes aliados para a gestão e para a tomada de decisão clínica, na medida em que sistematizam evidências científicas disponíveis sobre a atenção à determinada condição de saúde. Eles devem ser utilizados por profissionais de saúde e estar disponíveis para consulta em locais de fácil acesso nos estabelecimentos de saúde. Devem ser também compartilhados pelas operadoras de planos privados de saúde para sua rede própria ou credenciada. Para o cumprimento do item deverá estar prevista a adoção de protocolos e diretrizes de atenção ao trabalho de parto e parto nos contratos, documentos internos, termo de compromisso e congêneres, estabelecidos com profissionais de saúde e com os hospitais com assistência obstétrica e neonatal indicados pela operadora como participantes da Certificação em Parto Adequado. Considera-se trabalho de parto como o processo fisiológico que tem por objetivo expulsar o feto, a placenta e as membranas, para o exterior do útero, através do canal de parto com idade gestacional igual ou superior a 20 semanas. Deve ser assistido com base em evidências científicas, de modo a diminuir a variabilidade injustificada de condutas entre os profissionais, reduzir intervenções desnecessárias e difundir e aumentar as melhores práticas na atenção ao parto e nascimento. **Forma de Obtenção**: Verificar a existência de cláusulas contratuais, documentos internos, termo de compromisso e congêneres formalizando a adoção de protocolos de atenção ao trabalho de parto e parto, baseados em evidências científicas por parte dos prestadores. **Referências**: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Sistema de Gestão da Qualidade. Protocolo Clínico. Assistência ao Parto e Nascimento. 2017 http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/1109086/PRO.OBS.003+-	Essencial

VERSÃO PRELIMINAR

	+R1+ASSIST%C3%8ANCIA+AO+PARTO+E+NASCIMENTO.pdf/6d02ef1c-027b-40c9-9a3f-5a8e942a50c4 MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.	
4.3	**A Operadora formaliza, junto à sua rede prestadora de serviços, a adoção de protocolos e diretrizes clínicas de pós-parto e de atenção neonatal baseados em evidências e validados por entidades nacionais e internacionais de referência.** **Interpretação**: Protocolos e diretrizes clínicas constituem importantes aliados para a gestão e para a tomada de decisão clínica, na medida em que sistematizam evidências científicas disponíveis sobre a atenção à determinada condição de saúde. Eles devem ser utilizados por profissionais de saúde e estar disponíveis para consulta em locais de fácil acesso nos estabelecimentos de saúde. Devem ser também compartilhados pelas operadoras de planos privados de saúde para sua rede própria ou credenciada. Para o cumprimento do item deverá estar prevista a adoção de protocolos e diretrizes de pós-parto e de atenção neonatal nos contratos, documentos internos, termo de compromisso e congêneres, estabelecidos com profissionais de saúde e com os hospitais com assistência obstétrica e neonatal indicados pela operadora como participantes da Certificação em Parto Adequado. No período de pós-parto imediato e tardio a mãe e o neonato inspiram cuidados e a atenção adequada requer condutas que podem impactar diretamente as condições de saúde da mãe e influenciar a saúde e o desenvolvimento do recém-nascido. Entre os principais fatores de risco e eventos adversos para a mulher que devem estar cobertos nos protocolos, destacam-se: retenção placentária, trauma perineal ou genital, infecção puerperal, hipertensão, tromboembolias, labilidade emocional, depressão, baby blues. Entre os principais fatores de risco e eventos adversos para o neonato que devem estar cobertos nos protocolos, destacam-se: possíveis malformações, icterícia, problemas respiratórios. **Forma de Obtenção**: Verificar a existência de cláusulas contratuais, documentos internos, termo de compromisso e congêneres formalizando a adoção de protocolos de atenção ao trabalho de parto e parto, baseados em evidências científicas por parte dos prestadores. **Referências**: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: ANVISA, 2014. 103 p.: il. – (Tecnologia em serviços de saúde) ISBN: 978-85-88233-45-4 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5) ISBN 85-334-0885-4 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes	Essencial

VERSÃO PRELIMINAR

	nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p.: il. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE GUIDANCE - NICE. NICE GUIDANCE. Conditions and diseases. Fertility, pregnancy and childbirth. Postnatal care. https://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/fertility--pregnancy-and-childbirth/postnatal-care	
4.4	**A Operadora formaliza, junto à sua rede prestadora de serviços, a adoção de protocolos para manejo da dor que abordam, minimamente, os seguintes aspectos:** **• informações sobre dor a serem fornecidas para as gestantes durante o pré-natal** **• critérios claros para construção do plano de parto e manejo da dor** **• estratégias de manejo da dor e métodos disponíveis, descrevendo os riscos e benefícios de cada método (farmacológicos e não farmacológicos);** **• orientações sobre a disponibilização das informações à parturiente e dos respectivos métodos de modo gradativo no trabalho de parto.** **Interpretação**: A dor está entre os principais fatores determinantes para a percepção das parturientes com relação à experiência do parto e o medo da dor figura como um dos aspectos determinantes para a preferência da gestante pela via cesárea de parto. É importante favorecer uma atitude positiva por parte da mulher e do acompanhante - ao invés de ligar o parto a medo e dor, que possam ser apoiados a aceitar a dor como uma possível parte do processo, em lugar de uma preocupação central, com compreensão, segurança, tranquilidade e com participação ativa. É fundamental que essa visão seja trabalhada gradativamente, desde o pré-natal, de modo a reduzir a possível ansiedade em torno do tema. Devem ser esclarecidos a disponibilidade e o uso de métodos não-farmacológicos e farmacológicos de manejo da dor, recomendando-se a preferência pelos primeiros, sem impedir o uso dos últimos. Uma ferramenta útil na abordagem deste aspecto é, após diálogos e consultas de esclarecimento, solicitar à mulher que redija o plano de parto, um documento onde a mulher declara, redigindo ou preenchendo, sua declaração de vontade quanto aos procedimentos durante o trabalho de parto e parto. Ainda que não represente um documento com valor legal formal, o processo de redigir o documento favorece que a mulher se esclareça e se conscientize sobre essas opções antes de declará-las. O plano de parto pode inclusive ser recuperado em momentos do trabalho de parto, quando for útil para fortalecer a vontade da mulher ao longo do processo. Para isso, após sua confecção e discussão com profissionais da assistência e acompanhante durante o pré-natal, uma cópia deve ser portada pelo acompanhante e outras cópias devem ser entregues aos profissionais e conservadas com a gestante junto ao seu Cartão da Gestante.	Essencial

VERSÃO PRELIMINAR

	Forma de Obtenção: Verificar a existência de cláusulas contratuais, documentos internos, termo de compromisso e congêneres formalizando a adoção de protocolos para manejo da dor, baseados em evidências científicas por parte dos prestadores. **Referências**: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. PORTELA, MC et al. Cuidado obstétrico: desafios para a melhoria da qualidade. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, e00072818, 2018. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000500301&lng=en&nrm=iso>.	
4.5	**A Operadora formaliza, junto à sua rede prestadora de serviços, a adoção de protocolos sobre segurança do paciente.** **Interpretação**: A Segurança do Paciente é considerada um dos principais atributos da qualidade do cuidado em saúde e tem adquirido, ao redor do mundo, crescente relevância para pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde, com o objetivo de proporcionar uma assistência segura. Os protocolos sobre segurança do paciente constituem importantes aliados para a gestão e para a conduta clínica, na medida em que sistematizam evidências científicas disponíveis. Eles devem ser utilizados por profissionais de saúde e estar disponíveis para consulta em locais de fácil acesso nos estabelecimentos de saúde. Devem ser também compartilhados pelas operadoras de planos privados de saúde para sua rede própria ou credenciada. Acredita-se que para alcançar a qualidade da assistência e garantir maior segurança do paciente, é fundamental a ocorrência de mudanças na cultura do cuidado em saúde, na qual os erros não devem ser percebidos como o resultado da incompetência da ação humana, mas, sobretudo, como oportunidades para melhorar o sistema, promovendo uma cultura de segurança (IOM, 2001). Para o cumprimento do item, deverá estar prevista a adoção de protocolos e diretrizes sobre segurança do paciente nos contratos, documentos internos, termo de compromisso e congêneres, estabelecidos com profissionais de saúde e com os hospitais com assistência obstétrica e neonatal indicados pela operadora como participantes da Certificação em Parto Adequado. **Forma de Obtenção**: Verificar a existência de cláusulas contratuais, documentos internos, termo de compromisso e congêneres formalizando a adoção de protocolos sobre segurança do paciente, baseados em evidências científicas por parte dos prestadores. **Referências**: BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp	Essencial 

VERSÃO PRELIMINAR

	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (US): National Academy Press, 2001. NATIONAL QUALITY FORUM - NQF. Safe Practices for Better Healthcare - A Consensus Report - 2010 Update	
4.6	**A Operadora formaliza, junto à sua rede prestadora de serviços, a adoção de protocolo de admissão para a fase ativa do parto.** **Interpretação**: A partir do diagnóstico da fase ativa do trabalho de parto, o médico assistente e/ou enfermeira obstétrica deve adotar procedimentos relacionados à anamnese, exame físico, exame obstétrico e medidas gerais exames laboratoriais, com vistas à admissão no centro obstétrico. Já desde a admissão, é importante recordar a mulher e o acompanhante de aspectos preferencialmente já tratados ao longo do pré-natal: ainda que não se pretenda substituir na íntegra métodos farmacológicos de minimização da dor por não farmacológicos, é importante favorecer uma atitude positiva por parte da mulher e do acompanhante - ao invés de ligar o parto a medo e dor, que possam ser apoiados a aceitá-lo com compreensão, segurança, tranquilidade e com participação ativa. Considerando que muitas mulheres não têm acesso a essas orientações no período gestacional, é importante que, ao serem admitidas em trabalho de parto, recebam orientações e acompanhamento quando à realização dessas medidas educativas e de minimização de estresse e ansiedade. **Forma de Obtenção**: Verificar a existência de cláusulas contratuais, documentos internos, termo de compromisso e congêneres formalizando a adoção de protocolo de admissão para a fase ativa do parto por parte dos hospitais com assistência obstétrica e neonatal. **Referências**: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Sistema de Gestão da Qualidade. Protocolo Clínico. Assistência ao Parto e Nascimento. 2017 http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/1109086/PRO.OBS.003+-+R1+ASSIST%C3%8ANCIA+AO+PARTO+E+NASCIMENTO.pdf/6d02ef1c-027b-40c9-9a3f-5a8e942a50c4 MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada	Complementar 

VERSÃO PRELIMINAR

	à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.	
4.7	**A operadora adota protocolo de trabalho colaborativo para o pré-natal, contemplando a remuneração da consulta de pré-natal com enfermeiro obstétrico/obstetriz.** **Interpretação**: O acesso à atenção pré-natal contribui para a prevenção e/ou detecção precoce de riscos e para a promoção de saúde no processo gestacional, possuindo relação com melhores desfechos para a saúde materna e fetal. Além das consultas médicas de pré-natal, de realização obrigatória, as consultas realizadas por profissional enfermeiro obstétrico/obstetriz, habilitado por seu conselho profissional para atendimento obstétrico, podem contribuir para agregar e aprofundar conteúdos relevantes à qualidade a atenção e à segurança da mãe e da criança, como aleitamento materno, imunização e alta hospitalar, por exemplo. **Forma de Obtenção**: Buscar evidência da remuneração da consulta de pré-natal com enfermeiro obstétrico/obstetriz. **Referências**: ANJOS, JCB; BOING, AF. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. Revista Brasileira de Epidemiologia [online]. 2016, v. 19, n. 04 [Acessado 6 Dezembro 2019], pp. 835-850. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040013>. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Mulher. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Rev Bras Saúde Mat Infant 2002; 2: 69-71. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292002000100011 https://doi.org/10.1590/S1519-38292002000100011 BRASIL. Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde - IDSUS. Disponível em: http://idsus.saude.gov.br/detalhadas.html. Acesso em 2017. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE GUIDANCE - NICE. NICE GUIDANCE. Conditions and diseases. Fertility, pregnancy and childbirth. Pregnancy. https://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/fertility--pregnancy-and-childbirth/pregnancy	Excelência 
4.8	**A Operadora oferece, individualmente ou em conjunto com os hospitais, pré-natal coletivo para as beneficiárias gestantes.** **Interpretação**: O grupo, como modalidade de cuidado coletivo à população, tem se tornado frequente nos serviços de saúde, devido ao seu reconhecimento como prática de educação em saúde. O cuidado em grupo envolve, a partir de relações interpessoais, a constituição de subjetividade e do psiquismo, a elaboração do conhecimento e a aprendizagem em saúde.	Excelência 

VERSÃO PRELIMINAR

	Para as interações em grupo consideradas na Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado os seguintes modelos: *centering* e grupos operativos, preferencialmente combinados, considerando os conceitos especificados no capítulo IX.3 deste Manual. **Forma de Obtenção**: Verificação de Listas de Presença, materiais de divulgação, materiais de apoio, registros em vídeo e fotografias, conteúdo programático, relatórios analíticos, formulários ou questionários de avaliação preenchidos pelas participantes e seus familiares. **Referências**: Vide capítulo IX.3 deste Manual.	

VERSÃO PRELIMINAR

5. INTEGRAÇÃO ENTRE OPERADORA E HOSPITAL Requisito direcionador para contribuir com a atuação conjunta de operadoras e hospitais em prol da qualidade e segurança na atenção obstétrica e neonatal		
5.1	**Ao constituir a rede de hospitais com assistência obstétrica e neonatal, a operadora adota critérios que levam em consideração a qualidade e a segurança da atenção.** **Interpretação**: A rede assistencial (própria, credenciada ou referenciada) é composta por um conjunto de diferentes organizações que prestam a atenção aos beneficiários vinculados à operadora. Para a constituição da rede de hospitais com assistência obstétrica e neonatal, a operadora deve estabelecer critérios de qualidade baseados na literatura científica, que devem estar explicitados e justificados no Plano estruturado, mencionado no item de verificação 1.1. Há diferentes maneiras de buscar identificar as condições favoráveis à qualidade e segurança da atenção obstétrica e neonatal, que podem ser evidenciadas por itens tais como: a obtenção de certificações/acreditações; a exigência de adesão a protocolos; a qualificação do corpo clínico; e a análise de indicadores de estrutura, processo e resultados, por exemplo. Para fins de avaliação da qualidade dos prestadores que compõem a sua rede de assistência em saúde, a operadora pode dispor, ainda, dos critérios contemplados no Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS, estabelecido pela RN 405, de 2016. O programa QUALISS consiste no estabelecimento e, avaliação e divulgação de atributos de qualificação relevantes para o aprimoramento da qualidade assistencial dos prestadores de serviços na Saúde Suplementar. Quando houver rede própria, a operadora também deve se comprometer com critérios de qualidade dos seus prestadores de serviços. **Forma de Obtenção**: Verificar a existência de documento técnico contendo os critérios de qualidade e segurança estabelecidos pela operadora, baseados na literatura, para selecionar hospitais com assistência obstétrica e neonatal. Contratos estabelecidos com os prestadores integrantes de sua rede assistencial. **Referências**: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa - RN nº 405, de 9 de maio de 2016. Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS; revoga a Resolução Normativa - RN nº 267, de 24 de agosto de 2011, com exceção do art.44-B incorporado à RN nº 124, de 30 de março de 2006; e revoga também a RN nº 275, de 1º de novembro de 2011, a RN nº 321, de 21 de março de 2013, a RN nº 350, de 19 de maio de 2014, e a Instrução Normativa - IN nº 52, de 22 de março de 2013 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, e dá outras providências. Rio de Janeiro: ANS, 2016. Disponível em: <	Essencial 

VERSÃO PRELIMINAR

	http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzI0OA==>; Acesso em: 29/06/2020	
5.2	**A operadora monitora as condições estruturais disponíveis nos hospitais com assistência obstétrica e neonatal.** **Interpretação**: Como gestora da rede assistencial, a operadora deve assumir responsabilidades para garantir a qualidade e segurança da atenção à saúde dos seus beneficiários. Antes de credenciar e periodicamente, ao menos uma vez ao ano, a operadora deve realizar visita técnica nos hospitais com assistência obstétrica e neonatal para avaliar as condições da infraestrutura disponível. **Forma de Obtenção**: Relatórios das visitas técnicas realizadas com vistas ao monitoramento das condições de infraestrutura dos hospitais com assistência obstétrica e neonatal indicados pela operadora como participantes da Certificação. **Referências**: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 51, de 6 de outubro de 2011. Dispõe sobre os requisitos mínimos para a análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e dá outras providências. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011 que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.	Essencial
5.3	**A operadora assegura que os hospitais de sua rede assistencial para a atenção obstétrica e neonatal possuem infraestrutura e ambiência adequadas.** **Interpretação**: O ambiente estrutural e os recursos disponíveis podem desencorajar ou incentivar práticas desejáveis, convergentes com as evidências científicas e contribuir para a experiência dos beneficiários. Assim, além de contar com licença sanitária atualizada, mediante cumprimento dos requisitos mínimos estabelecidos na regulamentação, o espaço físico adequado para promover a qualidade e segurança obstétrica deve envolver:	Essencial

VERSÃO PRELIMINAR

	• Espaço de convivência para equipe multiprofissional; • Espaço de observação, para evitar admissão precoce da gestante; • Espaço para deambulação e movimentação ativa de gestantes durante o trabalho de parto; • Acomodação para o acompanhante da gestante/puérpera; • Centro Obstétrico, com sala de parto cirúrgico/curetagem com área mínima de $20m^2$ • Ambiente adequado e agradável para trabalho de parto (TP); • Apartamentos PP (Pré-Parto e Parto) ou PPP (Pré-Parto, Parto e Pós-parto) ou unidades similares (áreas transformadas em ambiente funcional PPP), que permitam que o trabalho de parto, o parto e as primeiras duas horas após o parto aconteçam no mesmo espaço físico; • Banco de Leite Humano, com disponibilidade de leite humano ordenhado pasteurizado (conforme a RDC/ANVISA nº 171, de 04 de setembro de 2006); • Agência transfusional *in loco*. No que se refere ao espaço físico adequado para a atenção neonatal, ele deve envolver, ainda: • Ambiente climatizado, com temperatura controlada e adequada para o atendimento ao recém-nascido; • Alojamento conjunto, proporcionando que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permaneça ao lado da mãe, 24 horas por dia; • Unidade canguru, proporcionando o contato pele a pele entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso e favorecendo a participação dos pais no cuidado a seu recém-nascido. Quando necessário, a operadora deve apoiar os hospitais integrantes de sua rede assistencial na reforma/adequação da ambiência, visando a qualidade e a segurança na atenção obstétrica e neonatal. **Forma de Obtenção**: Contratos estabelecidos entre a operadora e hospitais integrantes de sua rede assistencial, em que conste a obrigatoriedade de ambiência adequada para o parto e nascimento. Visitas amostrais *in loco* em hospitais integrantes da rede assistencial da operadora. Notas fiscais relativas às despesas eventualmente assumidas pela operadora para adequação da ambiência de hospitais de sua rede assistencial. **Referências**: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre	

VERSÃO PRELIMINAR

	Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 51, de 6 de outubro de 2011. Dispõe sobre os requisitos mínimos para a análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e dá outras providências. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011 que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: ANVISA, 2014. 103 p.: il. – (Tecnologia em serviços de saúde) CANE, J.; O'CONNOR, D.; MICHIE, S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. Implementation Science, v. 7, n. 1, p. 37, 2012. DODOU, H. N. et al. Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. Cad. Saúde Colet., 2017, Rio de Janeiro, 25 (3): 332-338 SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA – SBP. Documento Científico do Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria: Infraestrutura para o atendimento integral ao recém-nascido. 2004. Disponível em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/SBP-DC-Neo-Infraestrutura-integral-21nov2010aprovado.pdf	
5.4	**A operadora assegura que os hospitais de sua rede assistencial para a atenção obstétrica e neonatal possuam materiais e equipamentos para a adequada assistência ao parto e nascimento.** **Interpretação**: Além de atender os parâmetros exigidos para a expedição da licença sanitária, os hospitais devem dispor dos materiais e equipamentos necessários para a realização dos partos, inclusive no que se refere às práticas voltadas ao: • alívio não farmacológico da dor e facilitar posições verticais, para estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto, tais como: barra fixa ou escada de Ling, bola de Bobat ou cavalinho, banquinho, escadas etc. • alívio farmacológico da dor: carrinho de anestesia (com ventilação pulmonar e materiais e equipamentos anestésicos), materiais/kits para anestesia peridural e raquidiana. Para a atenção ao neonato, além das exigências estabelecidas pela vigilância sanitária, o hospital deve contar com: • Mesa de três faces para reanimação em sala de parto ou em sala de reanimação neonatal com fonte de calor radiante;	Essencial

VERSÃO PRELIMINAR

	• Materiais para aspiração, ventilação, intubação e cateterismo umbilical. • Incubadora de transporte com oxigênio, oxímetro e bomba de infusão. Quando necessário, a operadora deve apoiar os hospitais integrantes de sua rede assistencial na aquisição de materiais e equipamentos**.** Visitas amostrais *in loco* a hospitais integrantes da rede assistencial da operadora. **Forma de Obtenção**: Contratos estabelecidos entre a operadora e hospitais integrantes de sua rede assistencial, em que conste a obrigatoriedade de materiais e equipamentos para a adequada assistência ao parto e nascimento. Notas fiscais relativas aos equipamentos eventualmente adquiridos pela operadora e fornecidos a hospitais de sua rede assistencial. **Referências**: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: ANVISA, 2014. 103 p.: il. – (Tecnologia em serviços de saúde) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p.: il. CANE, J.; O'CONNOR, D.; MICHIE, S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. Implementation Science, v. 7, n. 1, p. 37, 2012. DODOU, H. N. et al. Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. Cad. Saúde Colet., 2017, Rio de Janeiro, 25 (3): 332-338	
5.5	**A operadora assegura que os hospitais integrantes de sua rede assistencial tenham equipe mínima de plantão multiprofissional para atenção obstétrica e neonatal compartilhada, composta por, no mínimo:** (I) médico(a) ginecologista-obstetra com residência médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC) ou título de especialista em obstetrícia reconhecido pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia/Associação Médica Brasileira (Febrasgo/AMB); (II) enfermeiro(a) obstetra com residência em obstetrícia ou título de especialista em obstetrícia; ou obstetriz (bacharel em obstetrícia); (III) médico(a) pediatra com residência médica reconhecida pelo MEC ou com título de especialista em neonatologia reconhecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP/AMB); ou pediatra habilitado ou com experiência em neonatologia; e	Essencial

VERSÃO PRELIMINAR

	(IV) médico(a) anestesista com residência médica reconhecida pelo MEC ou título de especialista em anestesiologia reconhecido pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA/AMB). **Interpretação**: O trabalho em equipe pode proporcionar um aporte de conhecimentos, habilidades e aptidões interrelacionados, de modo a potencializar a performance individual e coletiva. O trabalho em equipe desenvolvido de forma integrada e coordenada é considerado pelos profissionais como um aspecto positivo da condição de trabalho, na medida em que percebem suas competências sendo reconhecidas e valorizadas para o alcance dos objetivos. O cuidado em saúde envolve saberes e práticas de distintas categorias profissionais, assim como a interação entre profissionais com diferentes formações, a partir do diálogo e do compartilhamento de conhecimentos. O trabalho em equipes multiprofissionais é reconhecidamente uma das bases para a qualidade e segurança da atenção obstétrica, sendo associado a melhores índices de satisfação das gestantes e de sucesso na realização do parto vaginal fisiológico seguro. Se necessário, a operadora deve apoiar os hospitais integrantes de sua rede assistencial mediante a contratação e respectiva remuneração de profissionais para compor a equipe assistencial. A equipe assistencial pode contar ainda com outros profissionais com formação superior na área da saúde (ex: assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional de educação física, psicólogo, terapeuta ocupacional) e doula, de acordo com os protocolos institucionais e conforme necessidade. A escala dos profissionais deve ser mantida em local visível e acessível ao público. **Forma de Obtenção**: Contratos entre a operadora e os hospitais de sua rede assistencial para a atenção obstétrica e neonatal constando a obrigatoriedade de equipe mínima de plantão multiprofissional para atenção obstétrica e neonatal compartilhada. Análise de relatórios extraídos do sistema de informação da operadora nos quais constem a identificação dos profissionais envolvidos na atenção ao parto e nascimento, com a respectiva formação/área. Contratos estabelecidos diretamente entre a operadora e profissionais de saúde para atuarem em hospitais de sua rede assistencial, caso a operadora tenha estabelecido esta forma de apoio ao hospital. Visitas amostrais in loco que comprovem a presença dos profissionais integrantes da equipe. **Referências**: AHRQ – AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. TeamSTEPPS®: Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety. Disponível em: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/educa	

VERSÃO PRELIMINAR

	tion/curriculum-tools/teamstepps/instructor/essentials/pocketguide.pdf AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: ANVISA, 2014. NORMAN, A. H.; TESSER C. D. Obstetrizes e enfermeiras obstetras no Sistema Único de Saúde e na Atenção Primária à Saúde: por uma incorporação sistêmica e progressiva. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(34):1-7. http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(34)1106 DODOU, H. N; et al. Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. Cad. Saúde Colet., 2017, Rio de Janeiro, 25 (3): 332-338 NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. NICE support for commissioning for caesarean section. June 2013. https://www.nice.org.uk/guidance/qs32/resources/support-for-commissioning-for-caesarean-section-253627165	
5.6	**Os hospitais com assistência obstétrica e neonatal da rede da operadora possuem Comissão de Revisão de Prontuários (CRP), em conformidade com a Resolução CFM nº 1.638/2002.** **Interpretação**: A Resolução CFM nº 1.638/2002 define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. A atuação da Comissão de Revisão de Prontuários possui caráter técnico-científico, e tem por objetivo a qualificação dos registros e servir de referência interna para os profissionais de saúde do hospital/maternidade. **Forma de Obtenção**: Instrumento de designação da Comissão de Revisão de Prontuários, coordenada por um médico, conforme Resolução CFM nº 1.638/2002. Atas, registros de aúdio e/ou relatórios das reuniões. **Referências**: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. Resolução CFM nº 1.638/2002, publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5.	Essencial
5.7	**Os hospitais com assistência obstétrica e neonatal da rede da operadora possuem Comissão ou Comitê Hospitalar de Óbitos, ou Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE), responsável pela realização de busca ativa, de óbitos maternos, infantis e fetais, ocorridos ou atestados em suas dependências.** **Interpretação**: A Declaração de Óbito é documento de preenchimento obrigatório pelos médicos, com atribuições e responsabilidades detalhadas pela Resolução n° 1.779 de 2005 do Conselho Federal de Medicina. A identificação dos principais fatores de risco associados à mortalidade materna, infantil e fetal possibilita a definição de estratégias de prevenção de novas ocorrências. **Forma de Obtenção**:	Essencial

VERSÃO PRELIMINAR

	Instrumento de designação da Comissão ou Comitê Hospitalar de Óbitos, ou Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE). Atas, registros de aúdio e/ou relatórios das reuniões. **Referências**: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. Resolução CFM nº 1.779/2005, publicada no D.O.U. de 05 dez 2005, Seção I, p. 121. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2005/1779_2005.htm	
5.8	**Os hospitais com assistência obstétrica e neonatal integrantes da rede assistencial da operadora possuem Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) instituído.** **Interpretação**: O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) constitui uma instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente. O NSP deve adotar os princípios de estímulo à melhoria contínua dos processos de cuidado e o uso seguro de tecnologias da saúde, disseminação sistemática da cultura de segurança, articulação e integração dos processos de gestão de risco e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde. A Resolução - RDC nº 36, de 2013, da ANVISA, estabelece que todos os serviços de saúde abrangidos pela norma devem constituir Núcleos de Segurança do Paciente. Portanto, instituir o Núcleo de Segurança do Paciente no hospital é um dos requisitos mínimos para alta conformidade com as práticas de segurança do paciente. Além disso, é necessário que este núcleo esteja cadastrado junto à ANVISA. Para o NSP ser considerado instituído ele deve ter sua composição formalizada pela direção do serviço de saúde e, minimamente, possuir comprovação das reuniões realizadas. **Forma de Obtenção**: Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) cadastrado na ANVISA. Portaria, Ato e outras documentações formais referentes à instituição do NSP do serviço de saúde. Atas ou registros das reuniões do NSP realizadas. **Referências**: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016. p. 68. Disponível em http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+6+-+Implanta%C3%A7%C3%A3o+do+N%C3%BAcleo+de+Seguran%C3%A7a+do+P	Essencial

VERSÃO PRELIMINAR

	aciente+em+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde/cb237a40-ffd1-401f-b7fd-7371e495755c BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Publicada em DOU nº 143, de 26 de julho de 2013. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 10 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União n. 62, seção 1, p.72, 31/05/13 **Obs:** Os serviços de saúde com NSP podem ser consultados no site da Anvisa (https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNWNkODRjNzctM2RkYS00NTk4LWFiMGMtYTk3Y2I4Yjk1Nzg4IiwidCI6ImI2N2FmMjNmLWMzZjMtNGQzNS04MGM3LWI3MDg1ZjVlZGQ4MSJ9)	
5.9	**Os hospitais com assistência obstétrica e neonatal integrantes da rede assistencial da operadora possuem Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) instituída e com Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) implantado.** **Interpretação**: Os hospitais do país são obrigados a manter um Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), conforme a Lei nº 9431, de 1997. O Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares. Para a adequada execução do PCIH, os hospitais devem constituir uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), que segundo a Portaria GM/MS nº 2616, de 1998, é um órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de controle de infecção hospitalar. A CCIH deve ser composta por um grupo de profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designado para planejar, elaborar, implementar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar, adequado às características e necessidades da Unidade Hospitalar. A CCIH deve ser formalmente nomeada e possuir Regimento Interno. Deve existir treinamento específico, sistemático e periódico do pessoal do hospital para o controle de Infecção Hospitalar. As reuniões da CCIH devem ocorrer regularmente e serem registradas em atas, as quais devem registrar com clareza a existência de um programa com ações para o controle de infecções no hospital. **Forma de Obtenção**: Comissão de Controle de Infecção (CCIH) cadastrada junto à ANVISA. Portaria, Ato e outras documentações formais referentes à instituição da CCIH no serviço de saúde. Atas ou registros das reuniões da CCIH realizadas.	Essencial

VERSÃO PRELIMINAR

	Referências: BRASIL. Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de programa de controle de infecções hospitalares; BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM 2616, de 12 de maio de 1998. Contém as diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares no Brasil. https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-n-2-616-de-12-de-maio-de-1998 **Obs***: Os serviços de saúde com CCIH podem ser consultados no site da Anvisa. https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNzZhODhhNjItMGY3Yi00MzZlLWI5ODAtMjg5NDZlZmZiZjc5IiwidCI6ImI2N2FmMjNmLWMzZjMtNGQzNS04MGM3LWI3MDg1ZjVlZGQ4MSJ9*	
5.10	**A Operadora formaliza, junto à sua rede prestadora de serviços hospitalares, a adoção de política de notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde.** **Interpretação**: Eventos Adversos (EA) são injúrias não intencionais, sem relação com a evolução natural da doença de base, que ocasionam lesões mensuráveis e/ou prolongamento do tempo de internação e/ou óbito (ANVISA, 2013). Atualmente, a discussão aberta sobre a ocorrência de erros tem sido considerada como alicerce do movimento em prol da segurança do paciente. Os profissionais têm sido estimulados a comunicar e discutir com seus colegas, e com a própria instituição, de maneira que cada evento seja analisado e que recorrências sejam prevenidas (SAMPAIO, 2014). Um dos métodos de captação de dados mais utilizados com objetivo de iniciar e estimular tal discussão consiste no processo de notificação de erros e eventos adversos (BELELA, 2011). Trata-se do relato detalhado das circunstâncias que envolvem o erro pelos profissionais diretamente envolvidos na atividade em questão. Ainda, segundo os autores acima citados, há recomendação para que toda vez que o profissional detectar um erro, uma notificação seja preenchida, sendo posteriormente classificada e analisada (SAMPAIO, 2014). Os relatos servem como fonte de informações que possibilitam identificar as causas, os tipos, os fatores predisponentes e relevantes relacionados aos erros, indicando ainda as situações que requerem mudanças na estrutura e processo envolvidos (SAMPAIO, 2014). Acredita-se que, para alcançar a qualidade da assistência e garantir maior segurança do paciente, é fundamental a ocorrência de mudanças na cultura do cuidado em saúde, na qual os erros não devem ser percebidos como o resultado da incompetência da ação humana, mas, sobretudo, como oportunidades para melhorar o sistema, promovendo uma cultura de segurança (IOM, 2001). Entretanto, na área da saúde, os eventos adversos são frequentemente relacionados ao desprestígio profissional, à autopunição e às possíveis sanções. Assim, admitir e relatar o evento adverso não configura tarefa fácil nem rotineira (MENDES et al., 2005). Portanto, observa-se a importância de a operadora estimular a notificação de eventos adversos por parte de sua rede	Essencial

VERSÃO PRELIMINAR

	de prestadores de serviços de saúde, com objetivo educativo e estruturante de uma atenção segura à saúde materna e neonatal. Para o cumprimento do item deverá estar previsto nos contratos, documentos internos, termo de compromisso e congêneres a adoção de protocolos e diretrizes clínicas e protocolos de segurança do paciente dos hospitais. **Forma de Obtenção**: Verificar em contratos, documentos internos, termo de compromisso e congêneres a formalização da obrigatoriedade de notificação de eventos adversos. **Referências**: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013 (Publicada em DOU nº 143, de 26 de julho de 2013) Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. BELELA, A.S.C; et al. Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2010000300007&script=sci_arttext Acesso em 17 de julho de 2020> INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (US): National Academy Press, 2001. MENDES, Walter et al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. Revista Brasileira de Epidemiologia, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4 p. 393-406, 2005. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n4/06.pdf SAMPAIO, K.R; et al. Segurança na assistência ao paciente: Uma revisão integrativa da literatura. Seminário Internacional de Integração pesquisa, ensino e serviço do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde UECE/CE/Brasil e do Programa de Pós-graduação em Investigação em Ciências Sócio Sanitária UCAM/Murcia/Espanha. Universidade do Estado do Ceará, 2014.	
5.11	**Os hospitais com assistência obstétrica e neonatal integrantes da rede assistencial da operadora notificam regularmente os incidentes/eventos adversos (EA) ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).** Interpretação: Dentre as competências dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) constam a notificação, ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), dos eventos adversos decorrentes da prestação da assistência, bem como a manutenção sob sua guarda das notificações realizadas. Notificar incidentes de segurança regularmente ao sistema de notificações da Anvisa é uma prática regulada nacionalmente para a promoção da cultura de segurança do paciente, identificação de riscos no sistema de saúde e aprendizagem para a redução de riscos. Todos os incidentes relacionados à assistência à saúde, incluindo os eventos adversos ocorridos em serviços de saúde devem ser notificados pelos NSP ao	Essencial

VERSÃO PRELIMINAR

	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), de acordo com a RDC nº 36, de 2013. Forma de Obtenção: A ANVISA e a ANS disponibilizam em seus respectivos sites a informação dos NSP que efetuam notificação. Além disso, o auditor pode solicitar ao representante do NSP no hospital que faça busca no sistema NOTIVISA, o qual é acessado no estabelecimento de saúde mediante cadastro e senha de acesso ao sistema. Por regularidade entende-se a realização de notificações em no mínimo 10 dos últimos 12 meses. Referências: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS)Resolução Normativa - RN nº 405, de 9 de maio de 2016. Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS e dá outras providências. http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzI0OA== AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Anvisa). Notificações em Vigilância Sanitária. Notificações em Vigilância Sanitária – Notivisa. http://portal.anvisa.gov.br/notivisa BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.660, de 22 de julho De 2009. Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária - VIGIPOS, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde – SUS. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1660_22_07_2009.html BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Publicada em DOU nº 143, de 26 de julho de 2013. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 10 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União n. 62, seção 1, p.72, 31/05/13	
5.12	**Os hospitais com assistência obstétrica e neonatal integrantes da rede assistencial da operadora possuem Plano de Segurança do Paciente Implantado.** **Interpretação**: Planejar as ações para a segurança do paciente é uma boa prática para a segurança do paciente. A ANVISA define o plano de segurança do paciente como o documento que expressa a relevância que a segurança do paciente possui na organização, por meio da definição de prioridades na implementação de práticas de segurança, na gestão de riscos e redesenho de processos, na identificação de estratégias que conectem a liderança e os profissionais da linha de frente do cuidado, nas necessidades de formação e de avaliação da cultura de segurança do paciente. Aponta situações de risco mais importantes e	Essencial

VERSÃO PRELIMINAR

	descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco, visando a prevenção e a mitigação de incidentes em todas as fases de assistência ao paciente (ANVISA, 2016). O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde é um documento exigido para os estabelecimentos de saúde, desde a publicação da RDC nº36/2013 da ANVISA. Devem ser desenvolvidos pelos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) e tem o intuito de nortear as ações de segurança do paciente na instituição, pois aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco, visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde (ANVISA, 2013). O plano de segurança do paciente das organizações de saúde, segundo a norma publicada pela ANVISA, deve estabelecer estratégias e ações para a gestão de risco conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço, com o objetivo de avaliar, monitorar e comunicar os riscos; estabelecer estratégias para melhorar a segurança do paciente no ambiente de serviços de saúde, entre outros (ANVISA, 2013). Embora exista a obrigatoriedade de estruturação de planos de segurança do paciente pela ANVISA, torna-se necessário o incentivo à criação destes, de forma a aumentar a adesão dos prestadores de serviços de saúde ao mecanismo útil para o aumento da segurança em ambientes de saúde. Para o cumprimento do item o PSP deverá estar previsto nos contratos, documentos internos, termo de compromisso e congêneres dos hospitais com assistência obstétrica e neonatal. **Forma de Obtenção**: O Plano de Segurança do Paciente (PSP) deve conter a data de sua publicação ou disponibilização no sistema informatizado, assinatura (à mão ou eletrônica) do diretor do serviço de saúde e estar disponível (impresso ou digitalizado) para consulta pelos profissionais de saúde do hospital. Para comprovar a implantação do PSP, é necessário Documento do PSP com todos os conteúdos básicos, que são: Análise da situação ou diagnóstico do contexto e dos perigos potenciais, Objetivos, Estratégias, Ações, Metas, Indicadores de acompanhamento e Cronograma. Verificar a existência de cláusulas contratuais, documentos internos, termo de compromisso e congêneres formalizando a adoção de plano de segurança do paciente por parte dos prestadores. **Referências**: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Publicada em DOU nº 143, de 26 de julho de 2013. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 10 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União n. 62, seção 1, p.72, 31/05/13 Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de	

VERSÃO PRELIMINAR

	Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Anvisa, 2016.https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-6-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente	
5.13	**Os hospitais com assistência obstétrica e neonatal integrantes da rede assistencial da operadora notificam regularmente a ocorrência de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).** **Interpretação**: A vigilância e o monitoramento de indicadores de IRAS são de suma importância para a redução da incidência dos eventos adversos de origem infecciosa. Nesse sentido, as CCIH desempenham um papel essencial para a prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde. Embora a notificação compulsória em âmbito nacional se refira a alguns indicadores e a determinados tipos de estabelecimentos, o presente item de verificação considera como boa prática a notificação de IRAS pelos hospitais com assistência obstétrica e neonatal integrantes da rede assistencial da operadora. A notificação pode ser feita pelos formulários eletrônicos nacionais, disponibilizados pela Anvisa ou diretamente para a Secretaria Estadual de Saúde (que deve repassar todos os dados para a Anvisa), no caso dos estados que possuem sistemas próprios de captação dos dados*. *Em agosto de 2020, os estados de São Paulo, Amazonas e Paraná possuíam sistemas próprios de captação dos dados. **Forma de Obtenção**: Comprovação do envio da notificação para a ANVISA ou para a Secretaria Estadual de Saúde. Ex: Protocolo do formulário eletrônico enviado à ANVISA, print de tela com o envio de notificação em ferramenta/sistema adotado em âmbito estadual. Por regularidade entende-se a realização de notificações em no mínimo 10 dos últimos 12 meses. **Referências**: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Anvisa). Notificações. Endereços eletrônicos para acessar os formulários de notificação de IRAS, de consumo de antimicrobianos e diálise 2020. http://portal.anvisa.gov.br/notificacoes-servico-de-saudeo-de-saude AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Anvisa). Notificações. Saiba como preencher formulários de notificação de IRAS. http://portal.anvisa.gov.br/noticias?p_p_id=101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=2&_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_groupId=219201&_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_urlTitle=saiba-como-preencher-formularios-de-notificacao-de-iras&_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_type=content	Complementar
5.14	**A operadora realiza reuniões no mínimo semestrais com hospitais de sua rede assistencial para o planejamento das ações e para a avaliação dos resultados.**	Complementar

VERSÃO PRELIMINAR

Interpretação:

As estratégias de qualificação da atenção obstétrica devem valorizar as competências e experiências dos integrantes do setor responsável pela gestão da atenção obstétrica e neonatal na operadora e as equipes de gestão e assistenciais dos hospitais. A realização periódica e sistemática de planejamento com os hospitais deve proporcionar o intercâmbio e a complementação de saberes com vistas ao cuidado proporcionado às mães e neonatos.

O planejamento e a avaliação são etapas essenciais para o alcance dos objetivos vinculados à melhoria do cuidado de saúde, mediante a identificação dos principais problemas e a definição e monitoramento de intervenções que sejam eficientes e eficazes. O monitoramento deve ser feito por meio de conjunto mínimo pactuado de indicadores coletados e informados mensalmente e discutidos, pelo menos, semestralmente, salvo se o acompanhamento evidenciar a necessidade de uma periodicidade mais frequente.

Após o estabelecimento das prioridades e respectiva escolha dos indicadores, deve-se definir as fontes de dados que possibilitem o cálculo. Dentre as possíveis fontes estão os sistemas e bancos de dados eletrônicos, prontuários, livros de registro, notificações de eventos adversos, dados do laboratório, da farmácia, do serviço de controle de infecção, pesquisas formais e informais e reclamações de beneficiários, por exemplo. Recomenda-se o acompanhamento de indicadores mediante a utilização de ferramenta gráfica (Langley et al., 2011).

O desempenho deve ser avaliado a partir das melhores práticas conhecidas e dos objetivos e padrões estabelecidos, buscando identificar processos de trabalho que podem ser melhorados.

Forma de Obtenção:

Verificar a existência de atas de reuniões de avaliação e planejamento com aos hospitais.

Verificar se a operadora utiliza os resultados de desempenho, monitorados através de indicadores, para avaliar a atenção obstétrica oferecida a suas beneficiárias.

Identificar a existência de plano com ações corretivas, diante da identificação de eventual necessidade a partir das informações extraídas do monitoramento e da avaliação.

Referências:

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: ANVISA, 2014. 103 p.: il. – (Tecnologia em serviços de saúde)

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde - 2ª ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010

LANGLEY, G. J. et al. Modelo de melhoria: uma abordagem prática para melhorar o desempenho profissional. Ed. Mercado de Letras, 1ª ed. Campinas, SP, 2011.

VERSÃO PRELIMINAR

5.15	**A operadora contribui para o custeio da capacitação da equipe de saúde de hospitais integrantes de sua rede assistencial.** **Interpretação**: A capacidade, a competência e as habilidades da equipe de saúde estão diretamente relacionadas com o cuidado prestado. As capacitações podem envolver a realização de atividades presenciais e à distância, estímulo à participação em congressos e financiamento de treinamento em outros hospitais ou instituições, por exemplo. No caso de ações de educação permanente oferecidas pela própria operadora, estas deverão ser registradas, com identificação do responsável, especificação de conteúdo, lista de participantes assinada, data e período de duração das atividades. **Forma de Obtenção**: Registros das capacitações realizadas ou custeadas pela operadora (tais como relatórios e certificados). Contratos estabelecidos com os prestadores integrantes de sua rede assistencial. **Referências**: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n° 36, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html CANE, J.; O'CONNOR, D.; MICHIE, S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. Implementation Science, v. 7, n. 1, p. 37, 2012.	Complementar
5.16	**As equipes de saúde dos hospitais com assistência obstétrica e neonatal integrantes da rede assistencial da operadora realizam autoavaliação, identificando pontos de oportunidade de melhoria para o desempenho.** **Interpretação**: No processo de trabalho em saúde surgem, cotidianamente, situações de complexidade, envolvendo aspectos do trabalho em equipe e o desafio de promover uma atenção à saúde de qualidade. Para lidar com os desafios e fazer frente às demandas e necessidades de saúde, é essencial que as equipes promovam a autoavaliação de suas ações e serviços, realizando a reflexão crítica e promovendo as transformações necessárias à qualificação da atenção à saúde. A autoavaliação possibilita a identificação e o reconhecimento das dimensões positivas e negativas da gestão e da assistência. Desse modo, possui alto valor estratégico para a tomada de decisão voltada à mudança e aprimoramento dos serviços, das relações e do processo de trabalho. Portanto, os processos autoavaliativos devem abranger, além da identificação de problemas, a realização de intervenções para enfrentá-los. **Forma de Obtenção**:	Complementar

VERSÃO PRELIMINAR

	As iniciativas das operadoras voltadas ao estímulo de uma cultura da qualidade nos seus serviços de modo que as equipes de saúde se responsabilizem pela autoavaliação de suas ações, devem estar descritas no Plano estruturado citado no item de verificação 1.1. Verificar relatórios produzidos relativos à autoavaliação das equipes, bem como atas e registros de discussões realizadas (por exemplo: e-mails e correspondências). **Referências**: CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde - 2ª ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica – Amaq / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 180 p. : il http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/autoavaliacao_melhoria_acesso_qualidade_amaq_2ed.pdf	
5.17	**A Operadora monitora a realização de *huddles* pelas equipes de atenção obstétrica e neonatal das maternidades integrantes da rede da operadora realizam, de forma periódica e sistemática.** **Interpretação**: As estratégias de atenção materna e neonatal devem valorizar as competências e experiências dos integrantes da equipe multiprofissional e interdisciplinar. A realização periódica e sistemática de planejamento com as equipes de saúde deve proporcionar o intercâmbio e a complementação de saberes com vistas ao cuidado em saúde. O planejamento e a avaliação são etapas essenciais para o alcance dos objetivos vinculados à melhoria do cuidado de saúde, mediante a identificação dos principais problemas e a definição e monitoramento de intervenções que sejam eficientes e eficazes. *Huddles* são reuniões diárias da linha de frente de assistência com a liderança dos hospitais, visando pacientes, colaboradores e estrutura hospitalar, otimizando as resoluções diárias para o bom andamento dos processos. **Forma de Obtenção**: Verificar a existência de registros de realização de huddles diários e atas de reuniões de avaliação e planejamento com as equipes de saúde, eventuais participações de auditores em alguns huddles. **Referências**: CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde - 2ª ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010	Complementar
5.18	**A operadora garante a atuação de enfermeiros obstétricos e obstetrizes na assistência e acompanhamento do trabalho de parto e do parto de risco habitual, de forma integrada com os demais profissionais das equipes assistenciais.** **Interpretação**: O acompanhamento de trabalho de parto e o próprio parto podem ser assistidos por profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus	Excelência

VERSÃO PRELIMINAR

	respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde. As Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e os Hospitais que constituem suas redes deverão contratar e possibilitar a atuação de enfermeiros obstétricos e obstetrizes no acompanhamento do trabalho de parto e do próprio parto. Para favorecer a atuação integrada e a acesso à informação, a operadora deve manter atualizada a relação dos médicos obstetras e enfermeiros obstétricos e obstetrizes para livre consulta das beneficiárias. No âmbito da RN nº 398, de 2016, editada pela ANS em atendimento a uma decisão judicial, é estabelecido que a contratação e viabilização da "atuação de enfermeiros obstétricos e obstetrizes no acompanhamento do trabalho de parto e do próprio parto" deve ocorrer "se, onde e quando viável". Já no âmbito do presente item de verificação da Certificação em Parto Adequado, será verificado o seu fiel cumprimento em todos os hospitais com assistência materna e neonatal indicados pela operadora como participantes, para efeito da cobertura populacional mínima. Isso porque se busca a conformação de uma rede assistencial que atenda a parâmetros diferenciados de qualidade e segurança, no contexto da Certificação em Parto Adequado, de adesão voluntária. **Forma de Obtenção**: Relação de profissionais contratados, disponível para livre consulta das beneficiárias. **Referências**: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Resolução Normativa nº 398, de 05 de fevereiro de 2016. Dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetrizes por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes e sobre a Obrigatoriedade de os Médicos Entregarem a Nota de Orientação à Gestante. Publicada no Diário Oficial da União - DOU de 11 de fevereiro de 2015, págs. 17 e 18 – Seção 1. http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE5Mw== AHRQ – AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. TeamSTEPPS®: Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety. Disponível em: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/education/curriculum-tools/teamstepps/instructor/essentials/pocketguide.pdf NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. NICE support for commissioning for caesarean section. June 2013. https://www.nice.org.uk/guidance/qs32/resources/support-for-commissioning-for-caesarean-section-253627165	

VERSÃO PRELIMINAR

5.19	**A operadora atua em parceria com hospitais para estabelecer parâmetros para modelo de cuidado com base no trabalho em equipe multiprofissional.** **Interpretação**: A definição e pactuação de forma conjunta, entre a operadora e os estabelecimentos hospitalares integrantes de sua rede assistencial, visa favorecer a institucionalização e consolidação de parâmetros que favoreçam o modelo de cuidado colaborativo na atenção ao parto e nascimento. No âmbito da atenção obstétrica, o trabalho em equipe multiprofissional é essencial e deve ser incentivado pelas instituições e por suas lideranças. **Forma de Obtenção**: Registros de reuniões realizadas (como relatórios e atas, por exemplo). Normas, protocolos ou rotinas técnicas escritas que abordem o trabalho em equipe multiprofissional. Contratos estabelecidos com os prestadores integrantes de sua rede assistencial. **Referências**: AHRQ – AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. TeamSTEPPS®: Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety. Disponível em: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/education/curriculum-tools/teamstepps/instructor/essentials/pocketguide.pdf DODOU, H. N; et al. Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. Cad. Saúde Colet., 2017, Rio de Janeiro, 25 (3): 332-338 NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. NICE support for commissioning for caesarean section. June 2013. https://www.nice.org.uk/guidance/qs32/resources/support-for-commissioning-for-caesarean-section-253627165	Excelência
5.20	**Os hospitais com assistência obstétrica e neonatal integrantes da rede assistencial da operadora realizam o preenchimento do Formulário Nacional de Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente, da ANVISA.** **Interpretação**: O Formulário Nacional de Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente é disponibilizado anualmente pela ANVISA, envolvendo a avaliação de indicadores de estrutura e processo, baseados na RDC n°. 36/2013, em protocolos de segurança do paciente e em recomendações para as boas práticas em serviços de saúde. O referido Formulário é um instrumento previsto no "Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde" – "Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente", da Anvisa, cujo objetivo é identificar e minimizar riscos na assistência à saúde. Anualmente, os serviços de saúde considerados prioritários pela ANVISA (hospitais com leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI Adulto, Pediátrica	Excelência

VERSÃO PRELIMINAR

	ou Neonatal, com ou sem Centro Cirúrgico) são convidados, a preencherem o formulário em questão. Assim, por se tratar de uma iniciativa que corrobora com a prevenção de danos ao paciente em serviços de saúde, entende-se que o seu preenchimento é uma boa prática para os hospitais integrantes das redes assistenciais das operadoras, permitindo um diagnóstico das práticas de segurança do paciente na instituição de saúde. Assim, as informações coletadas representam um insumo estratégico, contribuindo para a prevenção da ocorrência de eventos adversos (EA) nos níveis local, regional e nacional. **Forma de Obtenção**: Comprovação do envio do Formulário Nacional de Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente para a ANVISA. Ex.: Protocolo do formulário eletrônico enviado à ANVISA, print de tela com o envio do Formulário. **Referências**: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Anvisa). Orientações para Preenchimento da Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente – 2020. https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/orientacoes-e-planilha-de-conformidade-autoavaliacao-2020 AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Anvisa). Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente. Brasília. 2015. https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Publicada em DOU nº 143, de 26 de julho de 2013. Seção I, p.32-33. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 10 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União n. 62, seção 1, p.72, 31/05/13	
5.21	**Os hospitais com assistência obstétrica e neonatal integrantes da rede assistencial da operadora avaliam a cultura de segurança do paciente, com uso de instrumento validado.** **Interpretação**: A complexidade cada mais elevada dos cuidados em saúde pode contribuir para potencializar a ocorrência de incidentes, erros ou falhas. Nesse contexto, a	Excelência 

VERSÃO PRELIMINAR

	cultura de segurança do paciente tem especial relevância. Assim, o fortalecimento da cultura de segurança no âmbito hospitalar representa um dos requisitos essenciais para melhorar a qualidade do cuidado de saúde. Dentre os diferentes instrumentos validados para avaliar/mensurar a cultura de segurança do paciente, está o "*Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC)", da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), que possui versão traduzida e adaptada para o Brasil. A referida ferramenta permite a avaliação do status da cultura de segurança do paciente no hospital, contribuindo para a identificação e gestão prospectiva de questões relevantes de segurança nas rotinas de trabalho. **Forma de Obtenção**: Registro de informações sistematizadas e avaliadas a partir de instrumento validado para mensurar a cultura de segurança do paciente. **Referências**: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Anvisa). QUALISAUDE. Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente. E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar. https://csp.qualisaude.telessaude.ufrn.br/portal/ ANDRADE, LEL et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 161-172, Jan. 2018 COLLA JB, et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. BMJ Quality & Safety 2005;14:364-366. ETCHEGARAY JM, THOMAS EJ. Comparing two safety culture surveys: Safety Attitudes Questionnaire and Hospital Survey on Patient Safety. BMJ Quality & Safety 2012;21:490-498. HESSELS, AJ. et al. 'Measuring Patient Safety Culture in Pediatric Long-term Care'. 1 Jan. 2017: 81 – 87. PROQUALIS. Aprimorando Práticas de Saúde. Questionário sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC). Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais. https://proqualis.net/cartaz/question%C3%A1rio-sobre-seguran%C3%A7a-do-paciente-em-hospitais-hsopsc REIS, C. T. PROQUALIS. Cultura de Segurança do Paciente: por onde começar? Rio de Janeiro, 2014. https://proqualis.net/aula/cultura-de-seguran%C3%A7a-do-paciente-por-onde-come%C3%A7ar REIS, CT et al. Confiabilidade e validade da versão brasileira da Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC): um estudo piloto. Cad. Saúde Pública [online]. 2016, vol.32, n.11, e00115614. Epub Dec 01, 2016. ISSN 1678-4464. https://doi.org/10.1590/0102-311x00115614. REIS, CT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. / Claudia Tartaglia Reis. Rio de Janeiro: s.n., 2013. https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002441PwFnHv.pdf SORRA J et al. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. (Prepared by Westat, under Contract No. HHSA290201300003C). AHRQ	

VERSÃO PRELIMINAR

	Publication No. 15-0049-EF (Replaces 04-0041). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. January 2016. https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf	

VERSÃO PRELIMINAR

6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE Requisito direcionador com itens de verificação relativos à informação em saúde do conjunto da rede de atenção obstétrica, com vistas ao monitoramento e avaliação da qualidade.		
6.1	**A Operadora monitora, de forma sistemática, periodicamente, os macroindicadores estabelecidos pela ANS.** **Interpretação**: A informação é primordial para instrumentalizar o planejamento, a execução, avaliação e o processo de tomada de decisão em saúde. Para que sejam desencadeadas mudanças que resultem em melhorias, são necessárias informações consistentes e relevantes. Indicador é uma medida única e padronizada, expressa em termos quantitativos e qualitativos, que captura uma dimensão chave da saúde de um indivíduo ou de uma população. Um indicador pode igualmente medir o desempenho de um serviço de saúde. Para tanto, precisam ser bem definidos, com um numerador, denominador, critérios de inclusão e exclusão dos dados, além do tempo em que foi mensurado. A atenção à saúde, parto e nascimento se consubstancia nos hospitais/maternidades, de modo que é primordial que seja estabelecida uma troca sistemática de informação entre a Operadora e a sua rede prestadora. Assim, a operadora deve possuir instrumento/sistema para troca sistemática de informação sobre a atenção obstétrica e neonatal com os hospitais/maternidades de sua rede assistencial. A partir dos dados recepcionados, a operadora deve sistematizar os resultados dos indicadores, propiciando o monitoramento do desempenho dos hospitais com assistência obstétrica e neonatal. A ANS estabeleceu alguns macroindicadores na Certificação em Parto Adequado, conforme capítulo V.1 deste Manual, considerando medidas de mensuração clássica e consagrada na literatura científica da área. As fichas técnicas dos macroindicadores são apresentadas no capítulo VIII.1 deste Manual. **Forma de Obtenção**: Verificar se os dados necessários para o cálculo dos macroindicadores estabelecidos pela ANS para Certificação em Parto Adequado estão sendo captados pela operadora. Verificar se a operadora possui banco de dados estabelecido a partir dos registros obtidos e transmitidos pelos hospitais com assistência obstétrica e neonatal de sua rede assistencial, possibilitando a extração de relatórios gerenciais. **Referências**: INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA (IFF) / Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/monitoramento-e-qualidade-na-atencao-obstetrica/	Essencial 

VERSÃO PRELIMINAR

	JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). Perinatal Care (I-PC) Measure Set. Specification Manual for the Joint Commission International Library of Measures Version 3.0, effective for January 2019 discharges (1st Quarter 2019) LANGLEY, G. J. et al. Modelo de melhoria: uma abordagem prática para melhorar o desempenho profissional. Ed. Mercado de Letras, 1ª ed. Campinas, SP, 2011. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação: a abordagem do near miss da OMS para a saúde materna. 2011. https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=414-avaliacao-da-qualidade-do-cuidado-nas-complicacoes-graves-da-gestacao-a-abordagem-do-near-miss-4&Itemid=219&lang=es ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília, 2008. 349 p. Disponível em: http://www.ripsa.org.br/2014/10/30/indicadores-basicos-para-a-saude-no-brasil-conceitose-aplicacoes-livro-2a-edicao-2008-2/ PORTELA MC, PRONOVOST PJ, WOODCOCK T, et al. How to Study Improvement interventions: a brief overview of possible study types. BMJ Qual Saf 2015;24:325–336. Disponível em: http://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/24/5/325.full.pdf	
6.2	**Os indicadores monitorados pela operadora incorporam a variável raça/cor no registro dos dados e nas respectivas análises.** **Interpretação**: A morte de uma mulher durante a gravidez, no parto ou logo após o parto é uma tragédia para sua família e para a sociedade como um todo. É importante entender que a mortalidade materna é parte de um problema ainda maior. Em 2018, morreram mais de 62 mil mulheres no Brasil como resultado de complicações de gravidez ou parto (BRASIL, 2020). Para cada morte, há dezenas de ferimentos graves. Para cada lesão grave, há milhares - se não dezenas de milhares - de casos de sofrimento evitável (SHAW, 2019). Os dados de mortalidade materna no Brasil e no mundo apontam para uma profunda iniquidade racial. Há estudos que identificam uma tendência de atraso nas respostas do sistema de saúde frente a preocupações e relatos de sintomas expressos por mulheres negras/pretas, particularmente quando se trata de dor. Assim, são maiores as chances das mulheres negras/pretas sofrerem leões, sentirem dor e morrerem, mesmo em situações em que tais condições pudessem ser evitadas pelos serviços de saúde (SHAW, 2019). Portanto, faz-se necessária a produção de dados e de formações que considerem as especificidades raciais e seus impactos na morbidade e mortalidade materna e neonatal. **Forma de Obtenção**:	Essencial

VERSÃO PRELIMINAR

	Verificar se a operadora possui banco de dados estabelecido a partir dos registros obtidos e transmitidos pelos hospitais com assistência obstétrica e neonatal de sua rede assistencial, com a possibilidade de análises que considerem a raça/cor da mãe e do bebê. **Referências**: BRASIL. Ministério da Saúde. Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna. http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/ CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Pregnancy-Related Deaths. https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pregnancy-relatedmortality.htm KALCKMANN, S. Biz. Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos. Mortalidade Materna entre as mulheres negras em São Paulo: equidade? http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1021619/bis-v17n2-saude-e-direitos-sexuais-105-111.pdf MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, 2006. SHAH, N. Behind the Headlines about Maternal Mortality. Institute for Healthcare Improvement. March 14, 2019. http://www.ihi.org/communities/blogs/behind-the-headlines-about-maternal-mortality TEIXEIRA, N. Z. F. et al. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 12, n. 1, 2012.	
6.3	**A Operadora monitora, de forma sistemática, periodicamente, indicadores assistenciais relativos ao desempenho dos seus prestadores de serviços de saúde (adicionalmente aos macroindicadores estabelecidos pela ANS).** **Interpretação**: Além dos macroindicadores que foram estabelecidos pela ANS na Certificação em Parto Adequado, especificados no capítulo V.1 deste Manual, há uma grande diversidade de indicadores, constantes da literatura científica da área, que podem favorecer o processo de tomada de decisão, de planejamento, de execução e de avaliação da atenção à saúde. No capítulo VIII.2 deste Manual são exemplificadas possibilidades de indicadores complementares para avaliação da qualidade e segurança da atenção obstétrica e neonatal. **Forma de Obtenção**: Verificar se os dados necessários para o cálculo de indicadores complementares aos macroindicadores de estabelecidos pela ANS para Certificação em Parto Adequado estão sendo captados pela operadora. Verificar se a operadora possui banco de dados estabelecido a partir dos registros obtidos e transmitidos pelos hospitais com assistência obstétrica	Complementar

VERSÃO PRELIMINAR

	e neonatal de sua rede assistencial, possibilitando a extração de relatórios gerenciais. **Referências**: Vide capítulo VIII.2 deste Manual	
6.4	**A Operadora realiza a identificação e busca ativa das gestantes de risco habitual, bem como o acompanhamento da evolução das condições clínicas, para planejamento da atenção ao parto fisiológico.** **Interpretação**: A operadora deve possuir sistema de informação que permita a identificação das gestantes de risco habitual e documento com o planejamento da linha de cuidado da atenção obstétrica e neonatal a partir do risco identificado. A classificação de risco deve subsidiar o planejamento da promoção da atenção ao parto fisiológico, com a definição da abordagem apropriada. Com o objetivo de contribuir para a evolução favorável da gestação e reduzir a morbimortalidade materno-infantil, é primordial identificar os fatores de risco gestacional o mais precocemente possível. O processo dinâmico e a complexidade das alterações funcionais e anatômicas que ocorrem no ciclo gestacional exigem avaliações continuadas. **Forma de Obtenção**: A avaliação deste item deve considerar a existência de sistema de informação da operadora que possibilite a identificação e busca ativa das gestantes de risco habitual, bem como o acompanhamento da evolução das condições clínicas. As estratégias adotadas pela operadora para identificação das gestantes de risco habitual devem estar descritas e detalhadas no Plano estruturado citado no item de verificação 1.1. **Referências**: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [internet]. (Cadernos de Atenção Básica, nr. 32). Brasília; 2012:318p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.	Complementar

VERSÃO PRELIMINAR

	BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. [internet]. Brasília; 2016:230p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf DOMINGUES RMSM, VIELLAS EF, DIAS MAB, TORRES JA, THEME-FILHA MM, GAMA SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2015;37(3):140–7.	
6.5	**A Operadora realiza identificação e busca ativa das gestantes de alto risco para adoção de estratégias de telemonitoramento das condições clínicas.** **Interpretação**: A operadora deve possuir sistema de informação que permita a identificação das gestantes de alto risco e documento com o planejamento da linha de cuidado da atenção obstétrica e neonatal a partir do risco identificado. O risco na gestação está associado frequentemente às seguintes condições: mulheres com doenças crônicas prévias à gestação; história reprodutiva anterior; e mulheres que apresentam, no curso da gravidez, condição ou doença que ofereça risco a ela e ao bebê. Além da identificação das condições clínicas prévias à gestação, é necessário o monitoramento de eventuais alterações durante o ciclo gravídico-puerperal. A gravidez é definida como de alto risco se identificados fatores que podem estar associados a piores prognósticos maternos e perinatais, passando a requerer avaliações com frequência diferenciada e, por vezes, o acesso a procedimentos com maior densidade tecnológica. O planejamento da linha de cuidado da atenção obstétrica e neonatal a partir do risco estratificado e a intervenção precisa e precoce favorecem o alcance de desfechos positivos. O telemonitoramento tem sido utilizado como estratégia para a identificação de alterações nas condições de saúde, processo educativo e orientação à procura de atendimento médico. As orientações fornecidas podem ser um importante auxílio na promoção de saúde e na adesão ao plano terapêutico proposto, com consequente favorecimento à melhoria das condições clínicas da gestante e evolução do processo gestacional. **Forma de Obtenção**: A avaliação deste item deve considerar a existência de sistema de informação da operadora que possibilite a identificação e busca ativa das gestantes de alto risco, bem como o acompanhamento da evolução das condições clínicas. As estratégias adotadas pela operadora para identificação das gestantes de alto risco devem estar descritas e detalhadas no Plano estruturado citado no item de verificação 1.1. Visita *in loco* para observar a existência da infraestrutura disponível para a realização das atividades de telemonitoramento.	Excelência

VERSÃO PRELIMINAR

	Análise de relatórios extraídos do sistema de informação da operadora nos quais constem o registro das atividades de telemonitoramento realizadas. **Referências**: BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Diário Oficial da União n. 103, seção 1, p.43, 02/04/13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico [internet]. 5ed. Brasília; 2012:302p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf CAO C, Cai W, Niu X, Fu J, Ni J, Lei Q, Niu J, Zhou X, Li Y. Prehypertension during pregnancy and risk of small for gestational age: a systematic review and meta-analysis. J Matern Fetal Neonatal Med. 2018 Sep 3:1-8. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14767058.2018.1519015?journalCode=ijmf20 FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. Femina. Publicação oficial da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Volume 47, Número 6, 2019. SSN 0100-7254. https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/Vol.Z47ZnZ6Z-Z2019.pdf FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. O que é o pré-natal de alto risco? 13 de Setembro de 2017. https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/203-o-que-e-o-pre-natal-de-alto-risco?highlight=WyJhbHRvIHJpc2NvIl0 http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/cartilha_promoprev_web.pdf OLIVEIRA J. A. et al. Impacto do monitoramento telefônico em pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. Acta Paul Enferm. 2017; 30(4):333-42 PEDRINI L, Prefumo F, Frusca T, Ghilardi A. Counselling about the Risk of Preterm Delivery: A Systematic Review. Biomed Res Int. 2017:7320583. Disponível em: https://www.hindawi.com/journals/bmri/2017/7320583/	

VERSÃO PRELIMINAR

6.6	**A operadora e seus hospitais com assistência obstétrica e neonatal utilizam Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (S-RES) certificados por entidades de referência.** **Interpretação**: A informática pode viabilizar mecanismos inovadores que potencializam o aporte da informação na atenção à saúde. Dentre as diferentes aplicações da informática na saúde, está o Registro Eletrônico de Saúde (RES) que, dependendo de como é estruturado e utilizado, pode contribuir para a conformação de uma base de informações em saúde segura, legível, consistente e relevante (COSTA, 2016). Para além da simples transposição dos dados do papel para o computador, a informatização dos registros de saúde abre uma série de perspectivas de uso, a partir da correlação com diferentes bases de dados e a incorporação de funcionalidades como a captura de dados; o suporte aos processos de atenção; o registro do raciocínio clínico; o suporte à decisão, protocolos clínicos e alertas; a prescrição e o processamento de exames, investigações e solicitações, por exemplo. Quanto à Certificação de Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (S-RES) , a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), por exemplo, certificam sistemas informatizados que armazenam informação identificada de saúde, com base em um processo de auditoria para verificação de requisitos obrigatórios, estabelecidos com base e normas e padrões nacionais e internacionais, como a legislação nacional específica e normas ISO internacionais. **Forma de Obtenção**: A avaliação deste item deve considerar a utilização de Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (S-RES), certificados por entidades de referência, pela operadora e seus hospitais com assistência obstétrica e neonatal indicados como participantes da Certificação. **Referências**: ANS. Resolução Normativa (RN) nº 305/2012. Disponível em: http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MjI2OA== BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). Brasília, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_infor_informatica_saude_2016.pdf CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM); SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE (SBIS). Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (S-RES): versão 4.2. 2016. Disponível em: http://www.sbis.org.br/certificacao/Manual_Certificacao_SBIS-CFM_2016_v4-2.pdf. Acesso em: 20 dez. 2019 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 1.821/2007. (Publicada no D.O.U. de 23 nov. 2007, Seção I, pg. 252). Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes,	Excelência 

VERSÃO PRELIMINAR

	autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. COSTA, JFR; PORTELA, MC. Percepções de gestores, profissionais e usuários acerca do registro eletrônico de saúde e de aspectos facilitadores e barreiras para a sua implementação. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, e00187916, Out. 2016. Disponível em: http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/346/percepes-de-gestores-profissionais-e-usurios-acerca-do-registro-eletrnico-de-sade-e-de-aspectos-facilitadores-e-barreiras-para-a-sua-implementao	
6.7	**A Operadora utiliza as informações extraídas do monitoramento e da avaliação para estabelecer plano de ação ou medidas corretivas, sempre que necessário.** **Interpretação**: A qualidade é um conceito multidimensional, que requer diferentes abordagens para a sua avaliação. Quando gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores são instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis (RIPSA, 2008). Se identificada a necessidade, a operadora deve estabelecer plano de ação ou medidas corretivas que levem a melhoria do cuidado obstétrico e neonatal, refletida nos indicadores. **Forma de Obtenção**: Verificar a existência de documentos, arquivos, sistemas ou aplicativos que demonstrem o acompanhamento, por parte da operadora, dos resultados dos indicadores monitorados pela operadora. Identificar a existência de plano com ações corretivas, diante da identificação de eventual necessidade a partir das informações extraídas do monitoramento e da avaliação. **Referências**: LANGLEY, G. J. et al. Modelo de melhoria: uma abordagem prática para melhorar o desempenho profissional. Ed. Mercado de Letras, 1ª ed. Campinas, SP, 2011. RIPSA - REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Rede Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.	Excelência 

VERSÃO PRELIMINAR

7. MODELOS INOVADORES DE REMUNERAÇÃO BASEADOS EM VALOR Requisito que direciona a experimentação e adoção de modelos de remuneração orientados para geração de valor e qualidade.		
7.1	**A Operadora adota política de incentivos financeiros para remuneração do profissional responsável pelo pré-natal, para que este oriente as gestantes quanto à melhor via de parto, com vistas à qualidade e segurança do parto e nascimento, conforme evidências científicas.** **Interpretação**: O Ministério da Saúde (MS) recomenda o início do pré-natal no primeiro trimestre e um mínimo de seis consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro. No âmbito do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde – IDSUS, o MS estabelece como meta a ser alcançada que pelos menos 90% das mães tenham sete ou mais consultas de pré-natal (BRASIL, 2017). Consideraremos o mesmo alvo mínimo para a saúde suplementar, podendo ser combinadas consultas com profissional ginecologista obstetra e profissional enfermeira obstétrica/obstetriz, cada um atuando segundo sua habilitação profissional lhe permite. Além de serem primordiais para a prevenção e/ou detecção precoce de riscos e para a promoção de saúde no processo gestacional, as consultas de pré-natal são essenciais para a orientação adequada da gestante e família, inclusive no que se refere aos exames necessários, à adoção do Cartão da Gestante e da formulação do Plano de Parto, de maneira conjunta com a mulher. Devem ser abordadas, em cada época do pré-natal, as questões pertinentes ao preparo da gestante quanto à importância de aguardar o trabalho de parto, evolução e manejo do trabalho de parto, métodos não-farmacológicos e farmacológicos de alívio da dor, preparo perineal, confecção do plano de parto e sua discussão com o profissional da assistência, abordagem dos riscos e indicações da via alta e da via vaginal, além dos aspectos relacionados ao aleitamento materno. Considerando a elevada proporção de cesarianas desnecessárias no setor suplementar de saúde, é altamente relevante orientar a gestante quanto à via de parto, informando os principais riscos e benefícios associados ao parto vaginal e às cesarianas realizadas sem indicação clínica. As informações e orientações devem levar em consideração os riscos das gestações e condições clínicas da gestante e do feto. **Forma de Obtenção**: A análise desse item deve buscar evidência da adoção de incentivos por parte da operadora para os profissionais de saúde responsáveis pelas consultas de pré-natal, estabelecendo remuneração que leve em consideração a qualidade da atenção ao pré-natal e os respectivos desfechos para a saúde materna e fetal. Comprovam essa prática: índice de consultas de pré-natal da operadora e do prestador, contratos assinados entre operadora e prestador e comprovantes de pagamento. **Referências**: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de	Essencial 

VERSÃO PRELIMINAR

	partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Disponível em: https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg== BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Mulher. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Rev Bras Saúde Mat Infant 2002; 2: 69-71. BRASIL. Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde - IDSUS. Disponível em: http://idsus.saude.gov.br/detalhadas.html. Acesso em 2017. BRASIL. Ministério da Saúde, 2018. Caderneta da Gestante. http://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf GAMA SGN da, VIELLAS EF, TORRES JA, BASTOS MH, BRÜGGEMANN OM, THEME FILHA MM, et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. Reprod Health. 2016;13. doi:10.1186/s12978-016-0236-7.	
7.2	**A Operadora adota política de incentivos financeiros para estimular o monitoramento de indicadores de qualidade e segurança do paciente por sua rede prestadora de serviços.** **Interpretação**: A informática pode ser uma aliada para viabilizar mecanismos inovadores que potencializam o aporte da informação na atenção à saúde. A adoção de modelos de remuneração que estejam atrelados à qualidade em saúde passa pela necessidade de se incentivar a avaliação de resultados em saúde. Independentemente do tipo de dado que será coletado, deve ser estabelecido um plano que preveja aspectos como quem irá coletá-los e quando e onde serão coletados (Langley et al., 2011). A utilização de indicadores de mensuração de qualidade e de segurança do paciente é uma prática difundida na saúde e com recomendações internacionais. Portanto, o incentivo ao uso de indicadores para monitoramento da qualidade e da segurança do paciente pelos prestadores torna-se uma recomendação importante para melhorar a prestação de serviços em saúde. Considerando a relevância da obtenção de dados e informações específicas sobre a atenção obstétrica e neonatal, a operadora deve verificar junto aos seus prestadores de serviços de saúde se essas informações estão disponíveis ou se é necessária alguma atividade para obtê-las. Caso necessário, a operadora deve apoiar os hospitais de sua rede, incluindo financiamento e logística à coleta de dados e (re)estruturação dos sistemas de informação. **Forma de Obtenção**: Verificar se a operadora tem um plano de ação com os hospitais credenciados de coleta intra-hospitalar dos indicadores mais expressivos na atenção obstétrica e neonatal, assim como os recursos humanos utilizados para esse fim. A análise deste item deve buscar evidências da utilização de incentivos financeiros ou adoção de modelos de remuneração que estimulem a	Complementar

VERSÃO PRELIMINAR

	utilização de monitoramento de indicadores de qualidade e segurança do paciente. **Referências**: BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 10 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União n. 62, seção 1, p.72, 31/05/13. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html	
7.3	**A Operadora adota política de incentivos financeiros para estimular a rede prestadora de serviços na utilização de protocolos e diretrizes clínicas relacionados à atenção ao parto e nascimento e de protocolos de segurança do paciente, baseados em evidências e validados por metodologia reconhecida por entidades nacionais e internacionais de referência.** **Interpretação**: Protocolos e diretrizes clínicas sistematizam evidências científicas disponíveis sobre a atenção à determinada condição de saúde. Desse modo, podem contribuir para a gestão e para a tomada de decisão clínica na atenção materna e neonatal. A temática segurança do paciente encontra-se intrinsecamente relacionada à qualidade nos serviços de saúde e vem sendo amplamente referida e discutida pelos setores prestadores de serviços de saúde, pelas entidades de classe e pelos órgãos governamentais (SAMPAIO, 2014). **Forma de Obtenção**: A análise deste item deve buscar evidências da utilização de incentivos financeiros que estimulem a utilização de protocolos e diretrizes clínicas, assim como protocolos de segurança do paciente, baseados em evidências e validados por metodologia reconhecida por entidades nacionais e internacionais de referência. **Referências**: BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Parto Adequado. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_total_parto_adequado.pdf	Complementar

VERSÃO PRELIMINAR

	KHAN, GSC.; STEIN, AT. Adaptação transcultural do instrumento Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II) para avaliação de diretrizes clínicas. Cadernos de Saúde Pública, 2014 SAMPAIO, K.R; et al. Segurança na assistência ao paciente: Uma revisão integrativa da literatura. Seminário Internacional de Integração pesquisa, ensino e serviço do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde UECE/CE/Brasil e do Programa de Pós-graduação em Investigação em Ciências Sócio Sanitária UCAM/Murcia/Espanha. Universidade do Estado do Ceará, 2014.	
7.4	**A operadora utiliza modelo de pagamento por procedimento *(fee-for-service),* mas o conjuga com a avaliação de desempenho ou com certificação ou acreditação em programas de qualidade.** **Interpretação**: O pagamento por procedimento (*fee-for-service)* tende a incentivar os prestadores a realizarem muitos procedimentos e utilizarem tecnologias desnecessárias, pois isto garante sua maior remuneração. Uma forma de mitigar este efeito do sistema é atrelá-lo ao pagamento por desempenho, que consiste em incluir incentivos para que o prestador busque atingir uma meta de qualidade. Os incentivos para a busca do melhor desempenho no atendimento podem ser positivos (maior remuneração pela qualidade), ou negativos (menor remuneração, ou não pagamento do serviço). Estes incentivos podem ser implementados prospectivamente ou retrospectivamente. Para tanto é necessário mensurar a qualidade e segurança da atenção prestada. **Forma de Obtenção**: A análise deste item deve verificar se a remuneração por procedimento prestado, praticado pela operadora, está acoplada a programas de incentivo ou de penalidades impostas para os prestadores que não atingem a meta de qualidade e segurança, com base nas metas de qualidade pactuadas entre operadora e os prestadores de serviços de saúde. **Referências**: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Guia para Implementação de Modelos de Remuneração Baseados em Valor - 2019. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/2016_gt_remuneracao/guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf BERENSON, R. et al. Payment Methods and Benefi t Designs: How They Work and How They Work Together to Improve Health Care. A Typology of Payment Methods. Research Report. Urban Isntitute, 2016	Complementar
7.5	**A operadora utiliza modelos de remuneração alternativos ao *fee for service* que induzam à melhoria da qualidade (ex: "*pay-for-performance", "shared savings", "bundled payments", "capitation").*** **Interpretação**:	Excelência

VERSÃO PRELIMINAR

	Ainda que com denominações variadas, tais como: política de pagamento, sistema de reembolso ou forma de alocação de recursos, o modelo de remuneração é a maneira pela qual o recurso financeiro é alocado ao prestador de serviços de saúde. Nos últimos anos, uma série de métodos de remuneração alternativos, que se enquadram no conceito de "remuneração baseada em valor", vem sendo adotados, por exemplo: pagamento por desempenho- *pay-for-performance;* remuneração por economias geradas - *shared savings*; pagamentos por episódio clínico - *bundled payments*; e método de pagamento per capita *capitation*, em que os fornecedores recebem um valor fixo por beneficiário. Estes métodos de remuneração podem ser utilizados de forma isolada ou combinada. O mais importante é que a escolha recaia no método ou combinação de métodos que implique em maior valor agregado ao paciente. **Forma de Obtenção**: A análise deste item deve verificar se a operadora adota outras formas de pagamento de serviços de saúde, orientado para geração de valor para a qualidade e segurança da atenção materna e neonatal. **Referências**: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Guia para Implementação de Modelos de Remuneração Baseados em Valor - 2019. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/2016_gt_remuneracao/guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf BERENSON, R. et al. Payment Methods and Benefi t Designs: How They Work and How They Work Together to Improve Health Care. Primary Care Capitation. Research Report. Urban Institute, 2016	
7.6	**A operadora aloca os recursos necessários e/ou utiliza o financiamento adequado e os incentivos financeiros para atingimento das metas pactuadas com sua rede prestadora própria e/ou contratada.** **Interpretação**: As operadoras de planos de saúde remuneram de acordo com a negociação realizada e pactuada com os prestadores de serviços de saúde da rede credenciada. Os critérios para eleição de incentivos financeiros e pactuação de metas devem estar orientados pelas decisões de alocação de recursos, prioridades da gestão de metas de qualidade em saúde e variam conforme diferentes coberturas populacionais e portes das operadoras. A remuneração adequada e orientada por valor deve considerar o atingimento de metas estratégicas anteriormente pactuadas. **Forma de Obtenção**: A análise deste item deve verificar se a operadora, ao avaliar os resultados de segurança da atenção materna e neonatal, procura direcionar ou realocar recursos para a melhora dos resultados obtidos. Deve verificar se a operadora utiliza mecanismos de incentivo financeiro ou bônus para as equipes que alcancem melhores resultados **Referências**:	Excelência 

VERSÃO PRELIMINAR

	ANS. Guia para Implementação de Modelos de Remuneração Baseados em Valor - 2019. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Particitacao_da_sociedade/2016_gt_remuneracao/guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf LANGLEY, G. J. et al. Modelo de melhoria: uma abordagem prática para melhorar o desempenho profissional. Ed. Mercado de Letras, 1ª ed. Campinas, SP, 2011.	
7.7	**A operadora cadastra os profissionais da equipe multiprofissional de assistência ao parto em "times", tanto médicos autônomos (corpo clínico aberto), quanto médicos internos dos hospitais integrantes de sua rede assistencial.** **Interpretação**: A atenção ao parto e nascimento por meio de equipe multiprofissional pode favorecer a adoção de boas práticas, contribuindo para a qualidade e segurança da saúde materna e fetal (Gama et al, 2016). Assim, ao promover o cadastramento e remuneração dos profissionais autônomos em "times", a operadora estará contribuindo para a conformação de equipes multiprofissionais de assistência ao parto. **Forma de Obtenção**: A análise deste item deve buscar identificar a existência de cadastro de profissionais de saúde, organizados em equipes multiprofissionais. Deve buscar evidências da remuneração para equipes multiprofissionais, e não apenas para os médicos obstetras. **Referências**: NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. NICE support for commissioning for caesarean section. June 2013. https://www.nice.org.uk/guidance/qs32/resources/support-for-commissioning-for-caesarean-section-253627165	Excelência 

VERSÃO PRELIMINAR

VII - MODELO DE FORMULÁRIO DE AGENDAMENTO DE CESARIANAS ELETIVAS

FORMULÁRIO DE AGENDAMENTO DE CESARIANAS ELETIVAS

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

Data atual____/_____/_____ Data Prevista da Internação/Cirurgia: _____/_____/_____

Nome da Gestante: _____

Idade: _____ Nº de Gestações: _____ Partos Vaginais: _____ Cesarianas:_____
Aborto:_____

Data Última Menstruação: ____/ ____/ ____ Data Provável Parto: ____/ ____/ _____
Data 1ª Ultrassonografia: ____/ ____/ _____ Idade Gestacional Atual: _____semanas____ dias
Idade Gestacional Prevista na Data da Cirurgia: _____ semanas _____dias

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

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

Razões para o agendamento da Cesariana (marque mais de uma se necessário):

Nível 1
( ) 2 ou mais cesarianas anteriores
( ) Pré-eclâmpsia / HELLP Síndrome
( ) Descolamento placentário
( ) Sangramento/Placenta marginal
( ) Presença de Mecônio
( ) Sofrimento Fetal - Cardiotocografia Alterada
( ) Sofrimento Fetal – Perfil Biofísico Fetal (PBF) ou Doppler Alterado
( ) Incisão uterina em T prévia
( ) Cirurgia Fetal a céu aberto prévia
( ) Miomectomia prévia
( ) Condição clinica materna que impeça via baixa
( ) Gestação múltipla
( ) Apresentação Córmica
( ) Apresentação Pélvica sem critérios para via baixa
( ) Anomalia fetal que impeça TP ou via baixa
( ) HIV materno com contagem viral positiva
( ) Herpes Genital Materno com lesão ativa ou captura em cérvix positiva
( ) Hidropisia Fetal/isoimunização
( ) Restrição de crescimento Fetal com Doppler ou Cardiotocografia de Repouso (CTR) alterada
Outra indicação (descrever):
_____

Nível 2
( ) Macrossomia fetal (Peso Estimado do Feto (PEF)> 4000 gramas) e idade gestacional > 39 semanas
( ) Diabetes gestacional

Nível 3
( ) Pós- Data com cérvix desfavorável
( ) Fatores psicológicos – anexar avaliação psicóloga
( ) Solicitação materna – cesárea a pedido
( ) Cesariana anterior: paciente recusa prova de trabalho de parto e idade gestacional > 39 sem

VERSÃO PRELIMINAR

Ass. Médico: _____ Carimbo:

Ass. Paciente: _____

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

0 – 6: necessário preparo do colo com prostaglandina – 25 mcg. 6/6h
> 7: indução imediata com ocitocina

Obs: Se necessário, anexar relatório médico circunstanciado

VERSÃO PRELIMINAR

VIII – INDICADORES

VIII.1 FICHAS TÉCNICAS DOS MACROINDICADORES DA CERTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM PARTO ADEQUADO (obrigatórios)

VIII.1. 1 PROPORÇÃO DE PARTOS VAGINAIS

Nome do indicador	**Proporção de partos vaginais**
Conceito	Proporção de partos vaginais em relação ao número total de partos realizados, em determinado período.
Fórmula de cálculo	$= \frac{total\ de\ partos\ vaginais}{total\ de\ partos\ (vaginal + cesáreo)}\ x\ 100$
Numerador	Total de partos vaginais no período considerado. Critérios de inclusão: • Nascidos vivos de parto vaginal. Critérios de exclusão: • Nascimentos que ocorram fora do hospital; • Abortos. Definição dos termos: **Parto vaginal:** é o procedimento no qual o concepto nasce por via vaginal.
Denominador	Total de partos, vaginais e cesáreos, realizados no período considerado. Critérios de inclusão: • Todos os partos, cesáreos e normais, dos nascidos vivos. Critérios de exclusão: • Nascimentos que ocorram fora do hospital; • Abortos. Definição dos termos: **Parto cesáreo:** é o procedimento cirúrgico que inclui incisão abdominal para extração do concepto do útero materno.
Interpretação	O resultado reflete a proporção de partos vaginais no período de interesse. A passagem pelo canal de parto pode contribuir para as funções respiratórias do recém-nascido e o desenvolvimento de seu sistema imunológico. Além disso, o trabalho de parto estimula a liberação de ocitocina, que favorece a amamentação. De acordo com a OMS (2016), uma cesárea deveria ser realizada, idealmente, apenas quando ela for necessária, do ponto de vista clínico. Por ser um procedimento cirúrgico invasivo, a cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo para a mãe, como hemorragia e infecção. Estudos apontam ainda a possibilidade de consequências indesejáveis para os bebês, muitas das quais associadas ao risco de retirada do bebê do útero ainda com maturação incompleta (VILLA et al., 2007; SOUZA et al., 2010; LEAL et al., 2017). Ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal (OMS, 2016). O setor suplementar de saúde brasileiro apresenta uma realidade única no mundo, com cerca de 86% dos partos via cesárea, em 2017 (ANS, 2020). Na América do Norte, esta proporção é de 32% e, na Europa, de 25%, por exemplo (BETRÁN et al., 2016).

VERSÃO PRELIMINAR

Meta	Ampliar em 6% com relação ao ano anterior
Níveis de desagregação	O Percentual de Partos Vaginais deve ser desagregado nos dez Grupos da Classificação de Robson. A operadora e seus hospitais com assistência obstétrica e neonatal devem monitorar os resultados e estabelecer metas em separado para cada Grupo de Robson, considerando as características obstétricas de suas populações de gestantes. A Classificação de Robson representa uma metodologia recomendada pela OMS (2016) para a comparação e a análise das taxas de partos vaginais e de cesáreas, por meio da qual as gestantes são classificadas, a partir de características obstétricas, em um dentre 10 grupos: • Grupo 1: Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo • Grupo 2: Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto • Grupo 3: Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo • Grupo 4: Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto • Grupo 5: Todas multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas • Grupo 6: Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica • Grupo 7: Todas multíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es) • Grupo 8: Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es) • Grupo 9: Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es) • Grupo 10: Todas gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es) Os Grupos de Robson 1 e 3 tendem a ser os mais favoráveis para o parto vaginal fisiológico. Os Grupos de Robson 2 e 4 envolvem a indução do trabalho de parto ou a realização de cesárea antes do início do trabalho de parto. Assim, a prática clínica baseada em evidências tende a reduzir a proporção dos Grupos de Robson 2 e 4 entre o total de gestantes. Já os Grupos de Robson 6 a 10 possuem menores chances de parto vaginal. As análises por parte da operadora e de seus hospitais com assistência obstétrica e neonatal devem considerar, ainda, aspectos como a distribuição temporal das cesáreas (por exemplo, dia da semana/fim de semana) e taxas específicas do cirurgião/obstetra.
Limitações e vieses	Alguns fatores podem influenciar os dados deste indicador, como o modelo de assistência obstétrica adotado, condições socioeconômicas e da saúde da gestante, disponibilidade de recursos especializados (tecnologia e serviços).
Bibliografia	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Ficha Técnica - Indicadores do Programa de Qualificação de Operadoras 2018. http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pqo2018_6_anexo_ii_ficha_tecnica_dos_indicadores.pdf AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Taxas de partos cesáreos por operadora de plano de saúde. Ano 2018. Disponível em: http://www.ans.gov.br/planos-

VERSÃO PRELIMINAR

de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/taxas-de-partos-cesareos-por-operadora-de-plano-de-saude

BETRÁN AP, Ye J, MOLLER AB, ZHANG J, GÜLMEZOGLU AM, et al. (2016) The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. PLOS ONE 11(2): e0148343. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343

DOMINGUES, D. et. Al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup: S101-S116, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0101.pdf

HANNAH ME, et al. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet. 356 (9239). 2000.

KENNER C. Enfermagem neonatal. Rio de Janeiro (RJ): Reichmann & Affonso; 2001.

LEAL M C, ESTEVES-PEREIRA AP, NAKAMURA-PEREIRA M, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. Reprod Health. 2016;13(S3):127

LEAL MDC, ESTEVES-PEREIRA AP, NAKAMURA-PEREIRA M, et al. Burden of early-term birth on adverse infant outcomes: a population-based cohort study in Brazil BMJ Open 2017;7:e017789. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017789

LINDSTRÖM K, WINBLADH B, Haglund B, et el. Preterm Infants as Young Adults: A Swedish National Cohort Study Pediatrics 2007;120;70-77.

LUMBIGANON P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007- 08. Lancet. 2010 (375).

MACKAY DF, GORDON SCS, DOBBIE R, et al. Gestational Age at Delivery and Special Educational Need: Retrospective Cohort Study of 407,503 Schoolchildren. PLoS Med. 2010 Jun 8;7(6):e1000289.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas, 2016. Acesso em: 20/11/2019. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=25A086A9351EC00066305392A7848697?sequence=3

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – OECD. Health Statistics 2015 - Frequently Requested Data. Acesso em: 15.01.19. Disponível em: http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm

RAMOS HAC; CUMAN RKN. Fatores de Risco para Prematuridade: Pesquisa Documental. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 abr-jun; 13 (2): 297-304

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA – SBP. Documento Científico. Departamento Científico de Neonatologia. Prevenção da prematuridade – uma intervenção da gestão e da assistência. Nº 2, Novembro de 2017.

SOUZA JP, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008. WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. BMC medicine. 8 (71). 2010.

VILLAR J, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. BMJ. 335(7628). 2007.

VOGEL JP, et al. On behalf of the WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. Lancet Global Health. 3(5). 2015.

VERSÃO PRELIMINAR

VIII.1.2 TAXA DE MULHERES QUE PREENCHERAM OS CRITÉRIOS PARA CONDIÇÕES POTENCIALMENTE AMEAÇADORAS À VIDA (CPAV)

Nome do indicador	**Taxa de mulheres que preencheram os critérios para Condições Potencialmente Ameaçadoras à Vida (CPAV)**
Conceito	Número médio de mulheres que preencheram os critérios para condições potencialmente ameaçadoras à vida (CPAV), no período considerado.
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{mulheres que preencheram os critérios para CPAV}}{\text{total de partos (vaginal + cesáreo)}}$
Numerador	Total de mulheres que preencheram os critérios para condições potencialmente ameaçadoras à vida (CPAV) Definição dos termos: Critérios diagnósticos de condições potencialmente ameaçadoras da vida: Desordens hemorrágicas • Placenta prévia • Placenta acreta/increta/percreta • Gestação ectópica • Hemorragia pós-parto • Rotura uterina Desordens hipertensivas • Pré-eclâmpsia grave • Eclâmpsia • Hipertensão grave • Encefalopatia hipertensiva • HELLP síndrome Outras desordens sistêmicas • Endometrite • Edema pulmonar • Falência respiratória • Convulsões • Sepse • Choque • Trombocitopenia menor que 100 mil Indicadores de manejo • Transfusão sanguínea • Acesso venoso central • Histerectomia • Admissão em UTI • Internação prolongada (>7 dias) • Intubação não anestésica • Retorno à sala cirúrgica Intervenção cirúrgica
Denominador	Total de partos, vaginais e cesáreos, realizados no período considerado. Critérios de inclusão: • Todos os partos, cesáreos e normais, dos nascidos vivos. Critérios de exclusão: • Nascimentos que ocorram fora do hospital; • Abortos.

VERSÃO PRELIMINAR

	Definição dos termos: **Parto vaginal:** é o procedimento no qual o concepto nasce por via vaginal. **Parto cesáreo:** é o procedimento cirúrgico que inclui incisão abdominal para extração do concepto do útero materno.
Interpretação	A morte materna representa o evento mais trágico na cadeia de eventos relacionados à mulher no decorrer do ciclo gravídico-puerperal. A cadeia de acontecimentos que precede a morte materna tem início com diferentes Condições Potencialmente Ameaçadoras à Vida (CPAV). Se tratadas adequadamente, as mulheres se reestabelecerão totalmente da CPAV ou ficarão com algum grau de incapacidade, temporária ou permanente. Parte das mulheres pode ter piora do quadro e atingir condições de fato ameaçadoras à vida (near miss materno) e uma fração reduzida terá o dramático desfecho da morte materna (SANTANA et al., 2018). Assim, a identificação e análise das CPAV pode auxiliar profissionais e gestores na adoção de medidas e condutas que favoreçam a qualidade e segurança no ciclo gravídico-puerperal.
Meta	Reduzir em 6% com relação ao ano anterior
Limitações e vieses	Possibilidade de subnotificação das Possibilidade de Condições Potencialmente Ameaçadoras à Vida (CPAV), caso os estabelecimentos de saúde não efetuem os registros das condições clínicas e diagnósticos necessários para o cálculo do indicador.
Bibliografia	OLIVEIRA JÚNIOR, FC de. Morbidade materna grave e near miss nos extremos da vida reprodutiva / Fernando Cesar de Oliveira Júnior. – Campinas, SP: [s.n.], 2013. http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/309270/1/OliveiraJunior_FernandoCesarde_D.pdf SANTANA, D.; GUIDA, J. P.; PACAGNELLA, R.; CECATTI, J. G. Near miss materno - entendendo e aplicando o conceito. **Revista de Medicina**, v. 97, n. 2, p. 187-194, 15 jun. 2018. SAY L, SOUZA JP, PATTINSON RC, WHO working group on Maternal Mortality and Morbidity classifications. Maternal near miss-towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. Best Pract Res Clin Obstet Gynecol. 2009;23:287-96. SOUZA JP, CECATTI JG, PARPINELLI MA, DE SOUSA MH, SERRUYA SJ. Revisão sistemática sobre morbidade materna near miss. Cad Saude Publica. 2006;22(2):255-64. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. Geneva; 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502221_eng.pdf.

VERSÃO PRELIMINAR

VIII.1.3 TAXA DE ADMISSÃO DE NEONATOS (PESO>=2,5KG) EM UTI NEONATAL POR 1000 NASCIDOS VIVOS

Nome do indicador	**Taxa de admissão de neonatos (peso>=2,5Kg) em UTI Neonatal por 1000 nascidos vivos**
Conceito	Avaliação da taxa de admissões em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal), por mil nascidos vivos com peso igual ou maior a 2,5Kg ao nascer, no período considerado.
Fórmula de cálculo	$= \frac{Total\ de\ Admissões\ em\ UTI\ Neonatal\ (>= 2{,}5\text{kg})}{total\ de\ nascidos\ vivos\ (>= 2{,}5\text{kg})}\ x\ 1.000$
Numerador	Nascidos vivos com menos de 2.500g ao nascer (baixo peso), no período considerado. Definição dos termos: **Nascido vivo**: expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva.
Denominador	Total de nascidos vivos, considerando o total de Declarações de Nascido Vivo, independentemente do tipo de parto (vaginal, cesáreo ou ignorado), no período considerado.
Interpretação	O resultado do indicador reflete a taxa de admissão em UTI Neonatal no período de interesse. Valores muito baixos podem denotar restrição no acesso à UTI Neonatal. Já índices muito elevados podem sinalizar condutas clínicas divergentes das evidências científicas, tais como a realização de cesarianas desnecessárias, que podem ampliar o risco de retirada do bebê do útero ainda com maturação incompleta (VILLA et al., 2007; SOUZA et al., 2010; LEAL et al., 2017).
Meta	Reduzir em 6% com relação ao ano anterior
Limitações e vieses	Possibilidade de subnotificação dos registros de internações em UTI Neonatal, registrada e remunerada muitas vezes na documentação relativa à internação da mãe.
Bibliografia	FERRAZ TR, NEVES ET. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas: um estudo transversal. Rev Gaúcha Enferm, 2011 mar; 32(1):86-92. KILSZTAJN. S. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. Rev Saúde Pública, 37(3):303-10; 2003. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp. LANSKY et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S192-S207, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf LEAL MDC, ESTEVES-PEREIRA AP, NAKAMURA-PEREIRA M, et al. BMJ Open 2017;7:e0177Burden of early-term birth on adverse infant outcomes: a population-based cohort study in Brazil 89. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017789 TOURINHO; AB; REIS LBSM. Peso ao Nascer: Uma Abordagem Nutricional. Com. Ciências Saúde. 2013; 22(4):19-30

VERSÃO PRELIMINAR

	http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n1_a02_peso_ao_nascer.pdf

VIII.2 - INDICADORES ASSISTENCIAIS (complementares)

Além dos macroindicadores estabelecidos pela ANS na Certificação em Parto Adequado, há uma grande diversidade de indicadores de gestão e assistenciais, constantes da literatura científica nacional e internacional, que podem favorecer o processo de tomada de decisão, de planejamento, de execução e de avaliação da atenção à saúde.

São exemplos de possibilidades de indicadores assistenciais, adicionais aos macroindicadores estabelecidos pela ANS, para avaliação da qualidade e segurança da atenção obstétrica e neonatal:

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	FONTE
Média de permanência de puérperas	Total de pacientes-dia puérperas / Total de saídas de puérperas	https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/servicos-de-atencao-materna-e-neonatal-seguranca-e-qualidade
Percentual de gestantes por Classificação de Robson	Número de gestantes em cada categoria de Robson x 100 / total de gestantes	http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Dados_e_indicadores_do_setor/painel_indicadores_atencao_materna_neonatal/fichas-de-indicadores-decisao-judicial.pdf
Percentual de nascidos vivos com Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida	Número de nascidos vivos com Apgar menor que7 no 5º minuto de vida x 100 / total de nascidos vivos	http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Dados_e_indicadores_do_setor/painel_indicadores_atencao_materna_neonatal/fichas-de-indicadores-decisao-judicial.pdf
Percentual de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (< 2.500g)	Número de nascidos vivos com menos de 2.500g x 100 / total de nascidos vivos	http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Dados_e_indicadores_do_setor/painel_indicadores_atencao_materna_neonatal/fichas-de-indicadores-decisao-judicial.pdf
Percentual de partos cesáreos realizados antes do trabalho de parto	Número de partos cesáreos realizados antes do trabalho de parto x 100 / total de partos cesáreos	http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Dados_e_indicadores_do_setor/painel_indicadores_atencao_materna_neonatal/fichas-de-indicadores-decisao-judicial.pdf

VERSÃO PRELIMINAR

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	FONTE
Percentual de partos vaginais assistidos por enfermagem obstétrica	Número de partos vaginais assistidos por enfermagem obstétrica x 100 / total de partos vaginais	http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Dados_e_indicadores_do_setor/painel_indicadores_atencao_materna_neonatal/fichas-de-indicadores-decisao-judicial.pdf
Percentual de recém-nascidos com amamentação exclusiva com leite materno durante toda a internação	Número de recém-nascidos com amamentação exclusiva com leite materno durante toda a internação / total de nascidos vivos	https://www.jointcommissioninternational.org/-/media/jci/jci-documents/hospital-standards/international-library-of-measurements/index-of-measure-codes-and-descriptions.pdf
Porcentagem de pacientes que precisaram de cesárea de urgência, cujo parto cesáreo foi realizado no tempo ideal	1. Número de cesáreas realizadas em menos de 15 minutos após a solicitação de parto cesáreo de urgência (Grau 1) 2. Número de cesáreas realizadas em menos de 30 minutos após a solicitação de parto cesáreo de urgência (Grau 2) / 1. Número de pacientes que requerem cesárea de urgência de Grau 1 2. Número de pacientes que requerem cesárea de urgência de Grau 2	https://proqualis.net/indicadores/porcentagem-de-pacientes-que-precisaram-de-ces%C3%A1rea-de-urg%C3%AAncia-cujo-parto-ces%C3%A1reo-foi#.U-J0F6N5AT8
Proporção de partos cesáreos	Número de partos cesáreos x 100 / total de partos (vaginal + cesáreo)	http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Dados_e_indicadores_do_setor/painel_indicadores_atencao_materna_neonatal/fichas-de-indicadores-decisao-judicial.pdf
Taxa de acompanhante por mulher no pré-parto, parto ou pós-parto imediato	Número de mulheres com acompanhante no pré- parto, parto ou pós-parto x 100 / total de partos (vaginal + cesáreo)	http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Dados_e_indicadores_do_setor/painel_indicadores_atencao_materna_neonatal/fichas-de-indicadores-decisao-judicial.pdf
Taxa de cesáreas, após a exclusão de mulheres com alto risco de necessitarem de parto cirúrgico	Número total de partos no denominador com código de procedimento de parto cesáreo / Número total de partos	https://proqualis.net/indicadores/taxa-de-ces%C3%A1reas-ap%C3%B3s-exclus%C3%A3o-de-mulheres-com-alto-risco-de-necessitarem-de-parto
Taxa de Consultas de Pré-Natal	Número de consultas de pré-natal / total de partos (vaginal + cesáreo)	http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Dados_e_indicadores_do_setor/painel_indicador

VERSÃO PRELIMINAR

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	FONTE
		es_atencao_materna_neonatal/fichas-de-indicadores-decisao-judicial.pdf
Taxa de episiotomia	Número de partos normais com episiotomia X 100 / Total de partos normais	https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/servicos-de-atencao-materna-e-neonatal-seguranca-e-qualidade
Taxa de infecção puerperal relacionada a partos Normais	Número de infecções puerperais X 100 / Total de partos normais	https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/servicos-de-atencao-materna-e-neonatal-seguranca-e-qualidade
Taxa de infecção puerperal relacionada a partos Cesáreos	Número de infecções puerperais X 100/ Total de partos cesáreos	https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/servicos-de-atencao-materna-e-neonatal-seguranca-e-qualidade
Taxa de mortalidade neonatal precoce	Número de óbitos neonatais precoces X 1000 / Total de nascidos vivos	https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/servicos-de-atencao-materna-e-neonatal-seguranca-e-qualidade
Taxa de mortalidade neonatal tardia	Número de óbitos de nascidos vivos com 7 a 27 dias de idade X 1.000 / Total de nascidos vivos	http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=fic&cod=M03&tab=1
Taxa de mortalidade perinatal padronizada por gestação	Óbitos perinatais observados / Óbitos perinatais esperados (Multiplicação do número de nascimentos ocorridos em cada grupo de gestantes, em um determinado serviço/maternidade, pela taxa de mortalidade perinatal nacional para esse grupo de gestantes. Em seguida, os óbitos são somadas para se obter o total de óbitos esperados).	https://proqualis.net/indicadores/taxa-de-mortalidade-perinatal-padronizada-por-gesta%C3%A7%C3%A3o#.U-J0c6N5AT8
Taxa de mortes maternas ou graves morbidades associadas ao trabalho de parto ou parto	Mortes maternas ou graves morbidades associadas ao trabalho de parto ou parto / Número total de trabalhos de parto e partos	https://proqualis.net/indicadores/taxa-de-mortes-maternas-ou-graves-morbidades-associadas-ao-trabalho-de-parto-ou-parto#.U-J1naN5AT8
Taxa de mulheres que apresentaram perda de sangue ≥ 1000 ml nas primeiras 24 horas após um parto vaginal	Número de mulheres que apresentaram perda de sangue ≥ 1000 ml nas primeiras 24 horas após um parto vaginal / Número de mulheres que têm parto vaginal	https://proqualis.net/indicadores/taxa-de-mulheres-que-apresentaram-perda-de-sangue-%E2%89%A5-1000-ml-nas-primeiras-24-horas-ap%C3%B3s#.U-JzgaN5AT8
Taxa de primíparas que apresentam laceração	Número de lacerações de terceiro e quarto grau em mulheres tendo seu	https://proqualis.net/indicadores/taxa-de-prim%C3%ADparas-

VERSÃO PRELIMINAR

INDICADOR	FORMA DE CÁLCULO	FONTE
de terceiro ou quarto grau durante o parto vaginal	primeiro filho por parto vaginal/ Número de mulheres tendo seu primeiro filho por parto vaginal.	que-apresentam-lacera%C3%A7%C3%A3o-de-terceiro-ou-quarto-grau-durante-o-parto#.U-JwwqN5AT8
Taxa de profilaxia antibiótica em cesáreas	Número total de mulheres que recebem profilaxia antibiótica adequada no momento da cesárea / Número total de mulheres submetidas à cesárea	https://proqualis.net/indicadores/taxa-de-profilaxia-antibi%C3%B3tica-em-ces%C3%A1reas#.U-J3JaN5AT8
Taxa de profilaxia antibiótica em histerectomias	Número total de mulheres que realizaram histerectomia e receberam profilaxia antibiótica, antes da cirurgia / Número total de mulheres que realizaram histerectomia.	https://proqualis.net/indicadores/taxa-de-profilaxia-antibi%C3%B3tica-em-histerectomias#.U-J2TaN5AT8
Taxa de traumatismo materno obstétrico (Laceração de períneo de terceiro e quarto grau) no parto normal com instrumentação	Internações que preencham as regras de inclusão e exclusão do denominador com códigos da Classificação Internacional de Doenças Décima Revisão (CID-10) para trauma materno obstétrico (Laceração de períneo de terceiro e quarto grau durante o parto - CID-10 O70.2 e O70.3) em qualquer campo de diagnóstico / Internações para parto vaginal, assistido por instrumentos (fórceps, vácuo-extrator, outro instrumento especificado, outro instrumento não especificado).	https://proqualis.net/indicadores/taxa-de-traumatismo-materno-obst%C3%A9trico-lacera%C3%A7%C3%A3o-de-per%C3%ADneo-de-terceiro-e-quarto-grau-no#.U-JxQKN5AT8
Taxa de traumatismo materno obstétrico (Laceração de períneo de terceiro e quarto grau) no parto normal sem instrumentação	Internações que preencham as regras de inclusão e exclusão do denominador com códigos da Classificação Internacional de Doenças Décima Revisão (CID-10) para trauma materno obstétrico (Laceração de períneo de terceiro e quarto grau durante o parto - CID-10 O70.2 e O70.3) em qualquer campo de diagnóstico / Internações por parto vaginal.	https://proqualis.net/indicadores/taxa-de-traumatismo-materno-obst%C3%A9trico-lacera%C3%A7%C3%A3o-de-per%C3%ADneo-de-terceiro-e-quarto-grau--0#.U-JywaN5AT8=

IX – COMUNICAÇÃO, INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO

IX.1 - INFORMAÇÕES DISPONIBILIZADAS PELA OPERADORA E HOSPITAIS EM SEUS PORTAIS NA INTERNET

Os portais das operadoras e dos hospitais com assistência obstétrica e neonatal na internet podem representar ferramentas importantes para a comunicação em saúde. Assim, no âmbito da Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado são propostos conteúdos mínimos a serem disponibilizados pelas operadoras e hospitais em seus *sites*, conforme segue:

Gravidez, parto e nascimento:
Fases da gestação e eventos típicos em sua evolução; escolha dos profissionais de saúde e da maternidade/hospital e critérios a considerar, incluindo: informações sobre instalações, recomendação de verificação ou conhecimento prévio da equipe plantonista disponível, relevância do critério de proximidade em relação à residência da beneficiária e relevância do perfil conforme a necessidade clínica da mulher e do bebê; noções básicas de nutrição, higiene e cuidados com a saúde ao longo da gestação; exames e consultas mínimos previstos no percurso clínico, do pré-natal ao período perinatal; informações sobre via de parto contemplando riscos e benefícios com base em evidências científicas; transição do cuidado e pontos críticos; listagem e explicação das funções dos profissionais da assistência que podem e costumam ter contato com a gestante ao longo do ciclo gravídico, conforme legislação (ex.: médico(a) ginecologista obstetra, obstetriz, enfermeira obstétrica, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, doula etc.); orientações de pediatra e pré-natal; noções sobre Humanização do Parto e do Nascimento; noções sobre aleitamento materno; preparação para o trabalho de parto; preparação do períneo; alta hospitalar e critérios de alta; riscos mais frequentes no período inicial de vida (destaque para o engasgo, que está entre as principais causas de mortes nas crianças de até 1 ano de idade); englobando risco de icterícia, vacinas e testes.

Puerpério:
Necessidade de consultas de revisão com 7 dias e, posteriormente, com 28 dias contados do parto; Orientações práticas e cuidados para amamentação e sua continuidade, bem como vacinas, banho de sol e higiene do bebê; Orientação para recuperação e adaptação da mãe, abordando queixas frequentes – dores, cicatrização, sono. Deve ser ressaltada a importância de contar com uma rede de apoio (familiares, amigos) e deve ser oferecido serviço de suporte para esse apoio por telefone. É fundamental alertar aqui para questões psicológicas e psiquiátricas, como depressão pós-parto, *babyblues e* psicose puerperal.

IX.2 - CENTRAL DE ATENDIMENTO

A Central de Atendimento da operadora deve dispor de profissionais treinados, para fornecer orientações básicas para as beneficiárias e seus familiares com informações sobre a mulher e o bebê durante o ciclo gravídico e o puerpério, incluindo:

Gravidez, parto e nascimento:
Planejamento da gravidez; diagnóstico da gravidez; agenda de atividades oferecidas pela operadora com foco na informação e educação das gestantes e seus familiares, como palestras e cursos pré-natal, por exemplo; orientações para acesso à área de atenção ao parto e nascimento no site da operadora; orientação para instalação, acesso e uso do aplicativo para dispositivos móveis com informações sobre parto e nascimento; orientações sobre encaminhamentos e transferências na rede credenciada ou conveniada da operadora; consulta guiada aos indicadores de qualidade da atenção à saúde materna e neonatal da operadora e de hospitais de sua rede credenciada na área de atenção ao parto e nascimento do site da operadora, no aplicativo para dispositivos móveis ou no site da ANS; consulta ao percentual de cesáreas e partos normais dos profissionais e hospitais/maternidades integrantes da rede credenciada; rotinas da atenção pré-natal, orientações sobre cálculo da idade gestacional, fases da gestação e eventos típicos em sua evolução; frequência das consultas; imunização; consulta e escolha dos profissionais de saúde e da maternidade/hospital e critérios a considerar, incluindo: informações sobre instalações, recomendação de verificação ou conhecimento prévio da equipe plantonista disponível, relevância do critério de proximidade em relação à residência da beneficiária e relevância do perfil conforme a necessidade clínica da mulher e do bebê;

VERSÃO PRELIMINAR

noções básicas de nutrição, higiene e cuidados com a saúde ao longo da gestação; exames e consultas mínimos previstos no percurso clínico, do pré-natal ao período perinatal; questionários seguidos de informações para observação de sintomas, abordagem de queixas frequentes e prevenção e/ou detecção precoce de riscos para a promoção de saúde no processo gestacional, incluindo diabetes mellitus gestacional (DMG), sinais de síndromes hipertensivas, pré-eclâmpsia e eclampsia, anemia; informações básicas sobre sintomas típicos, como náuseas, vômitos e tonturas; fraqueza e desmaios; pirose (azia); eructação (plenitude gástrica); sialorréia (salivação excessiva); falta de ar e dificuldade para respirar; queixas urinárias; dor abdominal, cólicas flatulência e obstipação intestinal; Doença hemorroidária; corrimento vaginal; sinais de edema; mastalgia/descarga papilar; dor lombar (dores nas costas); cefaléia (dor de cabeça); sangramento nas gengivas; varizes; câimbras; cloasma gravídico (manchas escuras no rosto); estrias; palpitação; epistaxe/obstrução nasal; parestesias; insônia/hipersônia; sinais de anemia gestacional; sinais de síndromes hemorrágicas; exames de rotina no pré-natal de baixo risco; ultrassonografia no pré-natal de baixo risco; medicamentos essenciais na atenção ao pré-natal; vitaminas e minerais, suas funções, fontes e recomendações durante o período gestacional; preparo para o parto; gestação no âmbito do trabalho (direitos sociais e trabalhistas); esclarecimentos sobre Trabalho de parto prematuro (TPP), Gestação prolongada e parto a termo; aleitamento materno: vantagens para mãe e bebê, preparo das mamas para o aleitamento, observação da pega, intercorrências ou complicações frequentes no aleitamento; informações de apoio a controle da pressão arterial; informações sobre via de parto baseadas em evidências científicas; transição do cuidado e pontos críticos; listagem e explicação das funções dos profissionais da assistência que podem e costumam ter contato com a gestante ao longo do ciclo gravídico, conforme legislação (ex.: médico(a) ginecologista obstetra, obstetriz, enfermeira obstetra, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, doula etc.); orientações de pediatra e pré-natal; noções sobre Humanização do Parto e do Nascimento, incluindo importância do contato pele a pele, do campleamento tardio, salvo condições adversas; direitos reprodutivos, saúde materna e perinatal; identificação de sinais de início de trabalho de parto; esclarecimentos sobre partograma no acompanhamento do trabalho de parto; estímulo ao uso e orientação para obtenção do cartão da gestante; métodos farmacológicos e não-farmacológicos de controle da dor no trabalho de parto; assistência à mulher no parto normal e na cesárea; evidências cientificas sobre práticas utilizadas no parto; informações básicas para assistência à mulher no parto de gestações de alto risco; informações básicas sobre indução do parto; a hora dourada e a assistência imediata ao recém-nascido; primeiras vacinas e exames do bebê; prevenção e assistência em abortamento e no pós-aborto; assistência à mulher portadora de HIV; assistência à mulher portadora de COVID-19; assistência à mulher no puerpério; noções sobre aleitamento materno; alta hospitalar e critérios de alta, englobando risco de icterícia e testes.

Pós-parto e atenção neonatal

No acolhimento do neonato saudável, recomenda-se estimular e manter contato imediato pele a pele com a mãe, realizar o clampeamento do cordão umbilical entre 1 a 5 minutos ou de forma fisiológica quando cessar a pulsação, exceto se houver alguma contra-indicação em relação ao cordão ou necessidade de reanimação neonatal. A criança deve ser coberta com um campo ou toalha morna para mantê-la aquecida enquanto mantém o contato pele-a-pele. A separação mãe-filho deve ser evitada ao longo da primeira hora após o nascimento, mesmo para procedimentos de rotina tais como, pesar, medir e dar banho, a não ser que os procedimentos sejam solicitados pela mulher ou sejam realmente necessários para os cuidados imediatos do recém-nascido. É recomendável deixar que o bebê busque o seio da mulher, deixando o seio disponível. Deve-se estimular o início precoce do aleitamento materno, idealmente nesse momento, na primeira, hora de vida. Por outro lado, é importante garantir que a mulher em uso de medicamentos ou portadora de patologias que possam interferir ou impedir a amamentação tenham orientação clara e segura e apoio psicológico de acordo com suas necessidades.

VERSÃO PRELIMINAR

Após a primeira hora de vida, registrar a circunferência cefálica, temperatura corporal e peso. Realizar exame físico inicial para detectar qualquer anormalidade física maior e para identificar problemas que possam requerer transferência, assegurando que qualquer exame, intervenção ou tratamento da criança seja realizado com o consentimento dos pais e também na sua presença ou, se isso não for possível, com o seu conhecimento.

Não se recomenda a aspiração orofaringeana e nem nasofaringeana sistemática. Tampouco se recomenda realizar a passagem sistemática de sonda nasogástrica e nem retal para descartar atresias no recém-nascido saudável. A profilaxia da oftalmia neonatal deve ser realizada de rotina nos cuidados com o recém-nascido, podendo seu tempo de administração ser ampliado em até 4 horas após o nascimento. Recomenda-se a utilização da pomada de eritromicina a 0,5% e, como alternativa, tetraciclina a 1% para realização da profilaxia da oftalmia neonatal. A utilização de nitrato de prata a 1% deve ser reservada apenas em caso de não se dispor de eritromicina ou tetraciclina. Todos os recém-nascidos devem receber vitamina K para a profilaxia da doença hemorrágica, a qual deve ser administrada por via intramuscular, na dose única de 1 mg, pois este método apresenta a melhor relação de custo-efetividade. Se os pais recusarem a administração intramuscular ao ser solicitado o consentimento esclarecido, deve ser oferecida a administração oral da vitamina K, sendo os pais advertidos que este método deve seguir as recomendações do fabricante e exige múltiplas doses. A dose oral é de 2 mg ao nascimento ou logo após, seguida por uma dose de 2 mg entre o quarto e o sétimo dia. Para recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo, além das recomendações válidas para todos os neonatos, uma dose de 2 mg via oral deve ser administrada após 4 a 7 semanas, por causa dos níveis variáveis e baixos da vitamina K no leite materno e inadequada produção endógena.

Ao nascimento, avaliar as condições do recém-nascido – especificamente a respiração, frequência cardíaca e tônus – no sentido de determinar se a ressuscitação é necessária de acordo com diretrizes reconhecidas de reanimação neonatal. Todos os profissionais que prestam cuidados diretos no nascimento devem ser treinados em reanimação neonatal de acordo com diretrizes reconhecidas de reanimação neonatal. É preciso assegurar que existam recursos para ressuscitação e para transferência do recém-nascido para outro local se necessário, bem como desenvolver fluxogramas de referência de emergência e implementá-los, se necessário. Se o recém-nascido necessitar de ressuscitação básica, iniciar com ar ambiente. Minimizar a separação do recém-nascido e sua mãe, levando em consideração as circunstâncias clínicas. Se houver mecônio significativo e o recém-nascido não apresentar respiração, frequência cardíaca e tônus normais o mesmo deve ser assistido segundo diretrizes reconhecidas das melhores evidências de reanimação neonatal, incluindo realização precoce de laringoscopia e sucção sob visão direta. Já se houver mecônio significativo e a criança estiver saudável, a mesma deve ser observada em uma unidade com acesso imediato a um neonatologista. Essas observações devem ser realizadas com 1 e 2 horas de vida e depois de 2 em 2 horas por 12 horas. Se não houver mecônio significativo, observar o recém-nascido com 1 e 2 horas de vida. No período da internação, é importante promover orientação e participação da mulher e família nos cuidados com o recém-nascido, mantendo o recém-nascido sadio no alojamento conjunto no caso de impossibilidade clínica da mulher de permanecer no mesmo, enquanto necessitar de internação, com a garantia de permanência de um acompanhante.

Quando indicado, deve-se adotar o Método Canguru, modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção bio-psico-social. Inclui o contato pele-a-pele precoce e crescente, pelo tempo que a mãe e o bebê entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo uma maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais.

É importante destacar que o conceito de puerpério se refere a todo o período do ciclo grávido puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam à situação do estado pré-gravídico. O puerpério inicia-se uma a duas horas após a saída da placenta e tem seu término imprevisto, pois enquanto a mulher amamentar ela estará sofrendo modificações da gestação (lactância), não retornando seus ciclos

VERSÃO PRELIMINAR

menstruais completamente à normalidade. Pode-se didaticamente dividir o puerpério em: imediato (1 ° ao 10° dia), tardio (11 ° ao 42° dia), e remoto (a partir do 43° dia).
A primeira e segunda horas após o delivramento devem ser passadas no Centro Obstétrico ou sala de PPP, pois neste período podem ocorrer hemorragias. Corresponde ao chamado Quarto Período do parto. Passado este período inicial, estando a puérpera equilibrada hemodinamicamente e formado o globo de segurança de Pinard (útero ao nível da cicatriz umbilical e firmemente contraído), poderá ser encaminhada ao alojamento conjunto com o bebê, após serem seus sinais vitais avaliados e anotados. As transformações que se iniciam no puerpério, com a finalidade de restabelecer o organismo da mulher à situação não-gravídica, ocorrem não somente nos aspectos endócrino e genital, mas no seu todo, inclusive no componente psíquico. Ao se examinar uma mulher no puerpério, deve-se inicialmente, se sua situação clínica permitir, fazer uma breve avaliação do seu estado psíquico, e entender o que representa para ela a chegada de uma nova criança. É comum que neste momento a mulher experimente sentimentos contraditórios e sinta-se insegura. Cabe à equipe de saúde estar disponível para perceber a necessidade da mulher de ser ouvida com atenção.
Uma vez que boa parte das situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal acontecem na primeira semana após o parto, o direcionamento da mulher e do recém-nascido para consultas deve acontecer logo nesse período. A consulta de revisão puerperal precoce deve ocorrer, portanto, entre 7 a 10 dias contados do parto. Posteriormente, a puérpera e o bebê devem ter nova consulta de para nova avaliação entre o 30° e o 42° dia pós-parto.
Deve ser dado destaque para o engasgo, que está entre as principais causas de mortes nas crianças de até 1 ano de idade.
Com relação ao bebê, após essas duas primeiras consultas, devem ser agendadas as próximas consultas de acordo com o calendário previsto para seguimento da criança: 2º; 4º; 6º; 9º; 12º; 18º e 24º mês de vida.
Obs.: As orientações aqui dispostas foram baseadas nas referências bibliográficas mencionadas ao final deste Capítulo (IX4 – REFERÊNCIAS).

IX.3 - ABORDAGENS DE PRÉ-NATAL

Durante o pré-natal, deverá ser realizado o número mínimo de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. Deve sempre ser preenchido o Cartão da Gestante, o qual a mulher deve ser orientada a portar sempre consigo.

No que se refere às estratégias para o pré-natal coletivo, no âmbito da Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado são considerados os seguintes modelos:

PRÉ- NATAL COLETIVO: CENTERING

O Modelo *Centering* de cuidado deve ser premissa para a organização de todo o percurso, ao passo que o modelo teórico de grupo operativo é sugerido aqui para organizar de modo mais específico as interações em grupo.
O Modelo *Centering* na Atenção à Saúde Materna e Neonatal empodera as gestantes, fortalece as relações entre a gestante e o prestador do cuidado e constrói comunidades por meio de três componentes centrais:
- Acesso aos serviços de saúde: Tanto o prestador quanto a gestante estão envolvidos no acesso aos serviços de saúde. As gestantes recebem atenção tanto em momentos de atenção individual quanto em grupo. Nos momentos de dedicação exclusiva com os profissionais do cuidado,

VERSÃO PRELIMINAR

aprendem a ter alguns dos acessos, o que engaja as gestantes em seus próprios cuidados e nos cuidados de seus bebês.
- Aprendizado interativo: atividades de engajamento e diálogos mediados (em grupos operativos) ajudam as gestantes a se tornarem mais informadas, confiantes e empoderadas para fazer melhores escolhas para si, seus filhos e suas famílias.
- Construção de comunidade: a dúvida de uma pessoa pode ser dúvida de outra. As gestantes encontram conforto ao saber que não estão sozinhas. A participação em grupos de cuidado reduz os sentimentos de isolamento e *stress* ao mesmo tempo em que constrói laços, comunidades e sistemas de suporte.

Na Atenção à Saúde Materna e Neonatal, o Modelo *Centering* agrupa o cuidado pré-natal ao trazer as gestantes juntas para salas de exames em uma configuração em grupo organizada espacialmente de modo confortável. O ginecologista obstetra e a enfermeira obstétrica/obstetriz conduzem uma conversa com o grupo em tópicos, sem que essa conversa se assemelhe a uma aula expositiva: trata-se de um grupo de gestantes juntas em uma jornada com os profissionais de saúde investindo no bem-estar e na saúde das mães e dos bebês e mais fundamentalmente criando um ambiente de segurança para compreender o que acontece na gestação.

O grupo de pré-natal *centering* segue uma agenda de 10 visitas com 8 ou 10 mulheres participantes, todas aproximadamente com a mesma idade gestacional. Cada visita leva de 90 minutos a 2 horas de duração, o que dá às mulheres participantes 10 vezes mais tempo com seus cuidadores. As mulheres se engajam em seu próprio cuidado aferindo seu próprio peso e pressão arterial e gravando seus dados de saúde em um tempo privativo para exames com os profissionais.

Uma vez que a agenda de exames esteja concluída, os profissionais de saúde se reúnem com as mulheres e seus familiares. Eles conduzem uma conversa mediada e atividades interativas desenhadas para abordar tópicos de saúde importantes naquele momento da gestação, enquanto permitem que o grupo discuta o que julgar importante. Materiais de apoio ajudam mulheres e profissionais de saúde a assegurar que nutrição, desconfortos frequentes, stress, trabalho de parto, nascimento, amamentação e cuidados com o bebê sejam abordados no grupo.

Assim, mulheres e profissionais de saúde relaxam e se conhecem de forma mais próxima e significativa. Os integrantes do grupo formam vínculos duradouros e estão ligados de uma forma que não seria possível no modelo tradicional.

O modelo *centering* de atenção à gestação transforma a maneira como as mulheres recebem o cuidado pré-natal e traz benefícios para mulheres, bebês e prestadores de serviços de saúde. Há melhores resultados de saúde para mães e bebês, as gestantes são ativamente engajadas em seu próprio cuidado e em suas informações de saúde e são mais autoconfiantes, se mostrando mais preparadas para o trabalho de parto, parto e para cuidar da criança. Há menos chamados noturnos e visitas de emergência porque elas compreendem melhor o que é normal durante a gravidez e o que deve ser motivo de preocupação. As mulheres constroem naturalmente uma rede de apoio, pois compartilham experiências, se divertem, se emocionam e aprendem juntas, o que favorece mudanças positivas nos comportamentos relacionados à saúde.

PRÉ- NATAL COLETIVO: GRUPO OPERATIVO

Olhando com mais atenção as atividades em grupo, uma teoria de grupo legitimada na área da saúde é o Grupo Operativo (GO), elaborada por Pichon-Rivière, psiquiatra e psicanalista, nos anos 1940 (MENEZES; AVELINO, 2016). O objetivo da prática é promover um processo de aprendizagem para os participantes, com base em leitura crítica da realidade, atitude investigadora, abertura para dúvidas e para novas inquietações, evidenciando a possibilidade de novas elaborações de conhecimento, de integração e de questionamentos acerca de si e dos demais (AFONSO; COUTINHO, 2010). O GO instiga mudanças, autocuidado e melhor convivência

VERSÃO PRELIMINAR

com a própria condição de saúde. Na saúde, o grupo operativo visa sobretudo transformar o conhecimento em atitude, a partir das necessidades e da realidade dos participantes. Essa transformação ocorre por meio do vínculo, da comunicação e do protagonismo de todos. Por isso, significados, sentimentos, relações, expectativas e experiências individuais são implicados na ação (AFONSO; COUTINHO, 2010; PICHON-RIVIÈRE, 2009). A autoria coletiva, a necessidade de direito à fala, a abordagem menos expositiva e mais participativa e colaborativa, bem como a possibilidade de criação de um ambiente de confiança que favoreça o compartilhamento de narrativas pessoais são bem demarcadas, portanto.

A promoção da saúde tem, entre seus objetivos, o estímulo da autonomia em saúde, transversalizada nas experiências cotidianas, singulares e subjetivas, que são potencializadas no conviver e no aprender com o outro. O grupo operativo estimula o empoderamento, o autorresponsabilidade, a capacidade para tomada de decisão e a autonomia dos indivíduos. Daí a sua pertinência no contexto dos cuidados no ciclo gravídico e puerperal: contribuir para estimular gestantes e familiares a se informarem e se responsabilizarem, junto com os profissionais de saúde, pelas escolhas no percurso da mulher e do bebê.

O planejamento do GO é composto pelos seguintes elementos: definição do referencial teórico; análise das demandas de saúde da população atendida; elaboração do objetivo do grupo; identificação da tarefa; análise de temas pertinentes; escolha de estratégias educativas; e avaliação (AFONSO, 2010; CERVATO-MANCUSO, 2011). Para a concretização do objetivo, o GO centra-se na tarefa, que é o fazer conjunto dos participantes, a partir de um esquema referencial comum. Na área da saúde, comumente o GO tem como dispositivos para a realização da tarefa os temas de discussão, que suscitam e mobilizam sentimentos, pensamentos e ações nos participantes (CASTANHO, 2012). Os temas podem ser identificados antes do início do grupo, na análise das demandas de saúde, gerando um cronograma definido, ou a partir das necessidades emergidas no decorrer do grupo, a partir de um tema gerador, ou por uma definição externa (prevista em um programa, por exemplo). Independentemente do caminho tomado, considera-se a inclusão das necessidades dos participantes um fator primordial no GO.

OPERACIONALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL COLETIVO

Se estruturados de forma independente das ocasiões de atendimento no modelo *centering*, os GOs, para que favoreçam o cuidado integral dos participantes e viabilizem sua efetivação como espaços educativos, idealmente devem contar com de 5 a 25 participantes por encontro, sendo de 5 a 24 encontros por grupo, em períodos entre semanais e mensais. Na atenção a parto e nascimento, os profissionais coordenadores devem preferencialmente ser enfermeiras obstétricas (LUCCHESE 2013; ROTOLI 2012; SOARES; FERRAZ), ou psicólogos (COLOSIO 2007; DUTRA; CORRÊA, 2015) e as equipes multiprofissionais devem incluir enfermeiras obstétricas/obstetrizes, médicos ginecologistas obstetras, psicólogos, médicos anestesistas com formação e experiência em analgesia para parto, técnicos de enfermagem e, se possível, fisioterapeutas com formação e experiência em fisioterapia perineal, podendo haver ou não a função de profissional observador e podendo haver ou não profissional doula na equipe.

IX.4 – BIBLIOGRAFIA SUGERIDA PARA COMUNICAÇÃO, INFORMAÇÃO E EDUCAÇÃO

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – ACOG. A Healthy Pregnancy for Women with Diabetes. Acog, 2019. Panfleto. https://www.acog.org/store/products/patient-education/pamphlets/pregnancy/a-healthy-pregnancy-for-women-with-diabetes

VERSÃO PRELIMINAR

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS - ACOG. A Partner´s guide to pregnancy. Acog, 2018. Panfleto. https://www.acog.org/store/products/patient-education/pamphlets/pregnancy/a-partners-guide-to-pregnancy

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – ACOG. Breastfeeding Benefits for Mom and Baby Poster. Acog, 2019. Pôster. https://www.acog.org/store/products/patient-education/poster/breastfeeding-benefits-for-mom-and-baby-poster

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – ACOG. Exercise during Pregnancy. Acog, 2020. Panfleto. https://www.acog.org/store/products/patient-education/pamphlets/pregnancy/exercise-during-pregnancy

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – ACOG. Group Prenatal Care ACOG Commitee Opinion. No. 731. Obstet Gynecol 2018; 131:e104-108. https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2018/03/group-prenatal-care.pdf

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – ACOG. How to tell when labor begins. Acog, 2020. Panfleto. https://www.acog.org/store/products/patient-education/pamphlets/labor-delivery-and-postpartum-care/how-to-tell-when-labor-begins

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – ACOG. How your fetus grow during pregnancy. Acog, 2017. https://www.acog.org/store/products/patient-education/pamphlets/pregnancy/how-your-fetus-grows-during-pregnancy

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – ACOG. Nutrition during pregnancy. Acog, 2020. Panfleto. https://www.acog.org/store/products/patient-education/pamphlets/pregnancy/nutrition-during-pregnancy

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – ACOG. Routine tests during pregnancy. Acog, 2020. https://www.acog.org/store/products/patient-education/pamphlets/pregnancy/routine-tests-during-pregnancy

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – ACOG. You and Your Baby: Prenatal Care, Labor and Delivery, and Postpartum Care. Acog, 2018, 40p. https://www.acog.org/store/products/patient-education/booklet/you-and-your-baby

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – ACOG. Your Pregnancy and Childbirth: Month to Month, Revised Sixth Edition. Acog, 2016 488 p. ISBN: 978-1-934984-59-8. https://www.acog.org/store/products/patient-education/books/your-pregnancy-and-childbirth

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – ACOG. Your Pregnancy and Childbirth: Month to Month, Revised Seventh Edition. Acog, quando disponível. https://www.acog.org/news/news-articles/2020/03/ypc-7-coming-soon

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – ACOG. Your postpartum Care: Healing and Healthcare Booklet after Pregnancy. Acog, 2019. 40p. https://www.acog.org/store/products/patient-education/booklet/your-postpartum-care-booklet

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION FOUNDATION AND AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. Health literacy and patient safety: Help patients understand. Manual for clinicians. Second edition. Barry D. Weiss, MD. 2007.

BONETTI, S. GÓES, F. O que fazer quando seu bebê engasgar? Cartilha. Universidade de São Paulo – USP. http://gruposdepesquisa.eerp.usp.br/gpecca/cartilha_sabrina_Final_Para_distribuicao.pdf

VERSÃO PRELIMINAR

BRASIL. Ministério da Saúde, 2018. Caderneta da Gestante. http://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.: il. ISBN 978-85-334-2360-2

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5) ISBN 85-334-0885-4

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CATLING CJ, MEDLEY N, FOUREUR M, RYAN C, LEAP N, TEATE A, HOMER CSE. Group versus conventional antenatal care for women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 2. Art. No.: CD007622. DOI: 10.1002/14651858.CD007622.pub3

CENTERING HEALTHCARE INSTITUTE. Analysis Finds Evidence-based Centering Pregnancy Model Reduces Racial and Social Disparities Across Maternal Child Health. October 2, 2019

CENTERING HEALTHCARE INSTITUTE. Centering Pregnancy. Disponível em: https://www.centeringhealthcare.org/what-we-do/centering-pregnancy. Acesso em 11 de agosto de 2020.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. A dieta das gestantes. LA número 2 – Abril/Maio de 2019 – Febrasgo. https://www.febrasgo.org.br/pt/revistas/revistaela/item/929-ela-amamentacao-um-ato-de-amor#dflip-flipbookContainer/1/

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. Agosto Dourado. Um mês inteiro dedicado à amamentação. Femina. Publicação oficial da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia Volume 47, Número 8, 2019 https://www.febrasgo.org.br/pt/femina/item/839-revista-femina-2019-vol-47-n-8

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. Diabetes Gestacional. Dia Mundial do Diabetes reforça a importância do controle da glicemia na gestação. Femina. Publicação oficial da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia Volume 47, Número 11, 2019 https://www.febrasgo.org.br/pt/femina/item/898-revista-femina-2019-vol-47-n-11

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. Amamentação um ato de amor. Febrasgo. Revista Ela - https://www.febrasgo.org.br/pt/revistas/revistaela/item/930-ela-amamentacao-um-ato-de-amor

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. Parto Normal, Informe-se sobre os Benefícios. Revista Ela número 7 - Janeiro/Fevereiro de 20190. Febrasgo https://www.febrasgo.org.br/pt/revistas/revistaela/item/1026-ela-reproducao-assistida

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. Pré-eclampsia: os perigos da hipertensão na gravidez. ELA número 2 – Abril/Maio de 2019 -

VERSÃO PRELIMINAR

https://www.febrasgo.org.br/pt/revistas/revistaela/item/929-ela-amamentacao-um-ato-de-amor#dflip-flipbookContainer/1/

FRAMPTON S et al. Derby, CT: Planetree; Camden, ME: Picker Institute; 2008.

GUTMAN, L. A Maternidade e o Encontro Com A Própria Sombra. Best Seller, 2016. 322p.

HERRMANN, A. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde /Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 55 p.: il.

JARDIM, F. C. et al. Intervenção psicoterápica de grupo com pais e bebês: relato de um caso. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 321-323, set./dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000300012>. Acesso em: 2 fev. 2017.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE GUIDANCE - NICE. NICE GUIDANCE. Conditions and diseases. Fertility, pregnancy and childbirth. Intrapartum Care. https://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/fertility--pregnancy-and-childbirth/intrapartum-care

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE GUIDANCE - NICE. NICE GUIDANCE. Conditions and diseases. Fertility, pregnancy and childbirth. Postnatal care. https://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/fertility--pregnancy-and-childbirth/postnatal-care

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE GUIDANCE - NICE. NICE GUIDANCE. Conditions and diseases. Fertility, pregnancy and childbirth. Pregnancy. https://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/fertility--pregnancy-and-childbirth/pregnancyMorning sickness: nausea and vomiting of pregnancy. Acog, 2020. https://www.acog.org/store/products/patient-education/pamphlets/pregnancy/morning-sickness-nausea-and-vomiting-of-pregnancy

PASSAMAI, MPB et al. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 16, n. 41, p. 301-314, Jun 2012. https://www.scielo.br/pdf/icse/2012nahead/aop2812

PICHON-RIVIÈRE, E. O processo grupal 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

RODRIGUES, JLSQ. "O que mais importa para as mulheres": Uma análise qualitativa das concepções e expectativas das mulheres durante o trabalho de parto e parto. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2017. bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=5034

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010. 234p. : il. https://www.portaldaenfermagem.com.br/downloads/manual-tecnico-prenatal-puerperio-sus.pdf

SCHULTZE, S. Quando as redes sociais fazem bem à saúde. Veja Saúde. Atualizados em Atualizado em 10 jun 2019, 16h31. Acessado em 24/07/2020. https://saude.abril.com.br/blog/com-a-palavra/quando-as-redes-sociais-fazem-bem-a-saude/

SOARES, S. M.; FERRAZ, A. F. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 52-57, mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a07.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2017.Souza VB, Roecker S, Marcon SS. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. Rev. Eletr. Enf.

VERSÃO PRELIMINAR

[Internet]. 2011 abr/jun;13(2):199-210. Available from: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10162.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA – SBP. COVID-19: Pediatras dão orientações sobre como evitar acidentes domésticos durante a quarentena. 06/04/2020 às 10h51. https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/covid-19-pediatras-dao-orientacoes-sobre-como-evitar-acidentes-domesticos-durante-a-quarentena/

TORRES, EF; MAZZONI, AA. Conteúdos digitais multimídia: o foco na usabilidade e acessibilidade. Ci. Inf., Brasília, v. 33, n. 2, p. 152-160, maio/ago. 2004 https://www.scielo.br/pdf/ci/v33n2/a16v33n2

VINCHA, KRR; SANTOS, A de F; CERVATO-MANCUSO, AM. Planejamento de grupos operativos no cuidado de usuários de serviços de saúde: integrando experiências. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 949-962, Sept. 2017. https://www.scielosp.org/article/sdeb/2017.v41n114/949-962/

VERSÃO PRELIMINAR