

INDICADORES DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNA E NEONATAL

INDICADORES DOS PRESTADORES

FICHAS DOS INDICADORES



PERCENTUAL DE PARTOS VAGINAIS

Nome do indicador	Percentual de partos vaginais (Partos vaginais)
Conceito	Percentual de partos realizados por via vaginal, no período considerado.
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{Nº de partos vaginais}}{\text{Total de partos (vaginal + cesáreo)}} \times 100$
Numerador	Total de partos vaginais no período considerado. Critérios de inclusão: ○ Nascidos vivos de parto vaginal. Critérios de exclusão: ○ Nascimento que ocorram fora do hospital/maternidade; ○ Abortos.
Denominador	Total de partos, vaginais e cesáreos, realizados no período considerado. Critérios de inclusão: ○ Todos os partos, cesáreos e vaginais, dos nascidos vivos. Critérios de exclusão: ○ Nascimento que ocorram fora do hospital/maternidade; ○ Abortos.
Definição dos termos	Parto vaginal: é o procedimento no qual o conceito nasce por via vaginal. Parto cesáreo: é o procedimento cirúrgico que inclui incisão abdominal para extração do conceito do útero materno.
Interpretação	O resultado reflete a proporção de partos vaginais no período de interesse. A passagem do recém-nascido pelo canal de parto pode contribuir para as funções respiratórias e para o desenvolvimento de seu sistema imunológico. Além disso, o trabalho de parto estimula a liberação de ocitocina na mãe, favorecendo a amamentação. Quando bem indicada, a cesariana pode salvar vidas. Contudo, por ser um procedimento cirúrgico invasivo, a cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo para a mãe, como hemorragias e infecções. 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 (Martins-Costa et al., 2002; Villa et al., 2007; Souza et al., 2010; Leal et al., 2017).

	Este indicador representa um dos instrumentos utilizados para avaliar a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, uma vez que elevadas proporções de partos cesáreos podem refletir um acompanhamento pré-natal inadequado e/ou indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto vaginal (ANS, 2021).
Parâmetros	De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) taxas de cesarianas maiores que 10% em nível populacional não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal e, idealmente, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando necessária, do ponto de vista clínico. A média do percentual de partos vaginais no mundo, em 2018, foi de 78,9% do total de partos. Entre os países europeus, o percentual médio de partos vaginais foi de aproximadamente 72% dos partos, em 2018 (BETRAN et al., 2021). O setor suplementar de saúde brasileiro apresenta uma realidade única no mundo, com menos de 20% dos partos realizados por via vaginal, em 2021 (ANS, 2023). Já no Brasil como um todo (somando os setores público e privado de saúde), a proporção de partos vaginais entre os 2,7 milhões de partos realizados em 2021 foi de aproximadamente 43% (Brasil, 2023).
Limitações e vieses	A cesárea é um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da gestante e/ou do feto, quando ocorrem complicações durante a gravidez ou parto. Este é, portanto, um recurso utilizável em situações preestabelecidas, ou emergenciais, durante a evolução da gravidez ou parto, onde existe algum tipo de risco de vida para a mãe, o neonato ou para ambos. 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. Dados e Indicadores do Setor. Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Ficha Técnica. INDICADORES DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DE OPERADORAS 2021 (ANO-BASE 2020). https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-do-programa-de-qualificacao-de-operadoras/fichas-tecnicas-indicadores-idss-ab2020-17082020-pdf BETRAN 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

	BETRAN, A. P.; YE, J.; MOLLER, A. et al. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. <i>BMJ Global Health</i>, 6:e005671, 2021. Disponível em: https://gh.bmj.com/content/6/6/e005671 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos. https://svs.aims.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/. Acesso em 20 set 2023. BRASIL. Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. Fichas Detalhadas dos Indicadores. http://idsus.saude.gov.br/assets/detalhadas.pdf DOMINGUES, D. et. Al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. <i>Cad. Saúde Pública</i>, 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. <i>Lancet</i>. 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. <i>Reprod Health</i>. 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 <i>BMJ Open</i> 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 <i>Pediatrics</i> 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. <i>Lancet</i>. 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. <i>PLoS Med</i>. 2010 Jun 8;7(6):e1000289. MARTINS-COSTA S H (org.). Projeto Diretrizes. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Disponível em http://www.cfm.org.br/Projeto_Diretrizes.2002. NEGRINI R, D'ALBUQUERQUE IMSC, de CÁSSIA SANCHEZ e OLIVEIRA R, et al. Strategies to reduce the caesarean section rate in a private hospital and their impact. <i>BMJ Open Quality</i> 2021;10:e001215. doi:10.1136/bmjopen-2020-001215
--	--

	ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. 2015. 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. 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.
--	---

PERCENTUAL DE PARTOS CESÁREOS

Nome do indicador	Percentual de partos cesáreos (Partos cesáreos)
Conceito	Percentual de partos realizados por cirurgia cesárea em relação ao número total de partos realizados, no período considerado.
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{Nº de partos cesáreos}}{\text{Total de partos (vaginal + cesáreo)}} \times 100$
Numerador	Total de partos cesáreos no período considerado. Critérios de inclusão: ○ Nascidos vivos de parto cesáreo. Critérios de exclusão: ○ Nascimento que ocorram fora do hospital/maternidade; ○ Abortos.
Denominador	Total de partos, vaginais e cesáreos, realizados no período considerado. Critérios de inclusão: ○ Todos os partos, cesáreos e vaginais, dos nascidos vivos. Critérios de exclusão: ○ Nascimento que ocorram fora do hospital/maternidade; ○ Abortos.
Definição dos termos	Parto vaginal: é o procedimento no qual o conceito nasce por via vaginal. Parto cesáreo: é o procedimento cirúrgico que inclui incisão abdominal para extração do conceito do útero materno.
Interpretação	O resultado reflete a proporção de partos realizados por cirurgias cesáreas no período de interesse. 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). Este indicador representa um dos instrumentos utilizados para avaliar a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, uma vez que elevadas proporções de partos cesáreos podem refletir um acompanhamento pré-natal inadequado e/ou indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto vaginal (ANS, 2021).
Parâmetros	De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) taxas de cesarianas maiores que 10% em nível populacional não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal e, idealmente, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando necessária, do ponto de vista clínico. A média do percentual de cesáreas no mundo, em 2018, foi de 21,1% do total de partos. Entre os países europeus, o percentual médio de partos cesáreos foi de aproximadamente 28% dos partos, em 2018 (BETTRAN et al., 2021). As taxas de cesariana nos países nórdicos (Islândia, Finlândia, Suécia e Noruega) e Israel e Holanda, variou de 15% a 17% no mesmo período. Na América do Sul e Caribe a média de partos cesáreos foi de 42,8% e, nos Estados Unidos da América (EUA), a média de partos cesáreos foi de aproximadamente 31,9% dos partos, em 2018 (Betran et al., 2021). O setor suplementar de saúde brasileiro apresenta uma realidade única no mundo, com mais de 80% dos partos via cesárea, em 2021 (ANS, 2023). Já no Brasil como um todo (somando os setores público e privado de saúde), a proporção de cesáreas entre os 2,7 milhões de partos realizados em 2021 foi de aproximadamente 57% (Brasil, 2023).
Limitações e vieses	A cesárea é um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da gestante e/ou do feto, quando ocorrem complicações durante a gravidez ou parto. Este é, portanto, um recurso utilizável em situações preestabelecidas, ou emergenciais, durante a evolução da gravidez ou parto, onde existe algum tipo de risco de vida para a mãe, o neonato ou para ambos. 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. Dados e Indicadores do Setor. Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Ficha Técnica. INDICADORES DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DE OPERADORAS 2021 (ANO-BASE 2020). https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-

	e-indicadores-do-setor/dados-do-programa-de-qualificacao-de-operadoras/fichas-tecnicas-indicadores-idss-ab2020-17082020-pdf BETRAN 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 BETRAN, A. P.; YE, J.; MOLLER, A. et al. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. BMJ Global Health, 6:e005671, 2021. Disponível em: https://gh.bmj.com/content/6/6/e005671 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos. https://svs.aims.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/. Acesso em 20 set 2023. BRASIL. Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. Fichas Detalhadas dos Indicadores. http://idsus.saude.gov.br/assets/detalhadas.pdf 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.
--	---

	MARTINS-COSTA S H (org.). Projeto Diretrizes. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Disponível em http://www.cfm.org.br/Projeto Diretrizes. 2002. NEGRINI R, D'ALBUQUERQUE IMSC, de CÁSSIA SANCHEZ e OLIVEIRA R, et al. Strategies to reduce the caesarean section rate in a private hospital and their impact. BMJ Open Quality 2021;10:e001215. doi:10.1136/bmjopen-2020-001215 ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. 2015. 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. 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.
--	---

PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS COM APGAR MENOR QUE 7 NO 5º MINUTO DE VIDA

Nome do indicador	Percentual de nascidos vivos com Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida (Apgar menor que 7)
Conceito	Percentual de nascidos vivos cujos sinais de vitalidade no 5º minuto de vida indicam alguma dificuldade, de acordo com a Escala do Índice de Apgar, no período considerado.
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{Nº de nascidos vivos com Apgar} < 7 \text{ no 5º minuto de vida}}{\text{total de nascidos vivos}} \times 100$
Numerador	Total de nascidos vivos com resultado do Índice de Apgar menor que 7, no 5º minuto de vida, no período considerado.
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.
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. Apgar <7 no 5º minuto de vida: O índice de Apgar corresponde a uma escala para mensurar as condições de saúde do recém-nascido, sendo que os valores menores que 7 apontam a existência de algum grau de dificuldade.
Interpretação	Este indicador é um importante sinalizador das condições de saúde do recém-nascido, possuindo associação com a morte neonatal. De acordo com as Diretrizes para o Parto Normal (Brasil, 2016) deve-se aferir de maneira rotineira o índice de Apgar ao primeiro e quinto minutos de vida do recém-nascido. Os resultados do índice de Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida indicam dificuldade do recém-nascido, de ordem leve a grave, refletindo condições adversas como a asfixia intraparto, por exemplo. Assim, o resultado do indicador está associado a fatores como as condições de saúde da gestante e do bebê, bem como a qualidade do pré-natal e das práticas obstétricas e neonatais no parto e nascimento (Lansky et al., 2014; Leal et al., 2017).
Parâmetros	De acordo com a escala do Índice de Apgar para recém-nascidos, os valores mensurados correspondem às seguintes condições: 0 a 2 (dificuldade de ordem

	grave), 3 a 4 (dificuldade de grau moderado), Apgar 5 a 7 (dificuldade leve) e Apgar 8 a 10 (ótimas condições). De acordo com dados informados pelos estabelecimentos públicos e privados de saúde no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), o percentual de nascidos vivos com Apgar entre 8 e 10 foi de 96% no Brasil em 2021 (BRASIL, 2023).
Limitações e vieses	O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da assistência prestada. Idealmente, a análise mais completa deveria considerar também outros tipos de desfechos, como peso ao nascer, morte e necessidade de internação em UTI neonatal. Possibilidade de que o valor do Apgar seja subestimado no parto vaginal e superestimado em bebês nascidos por cesariana (Manganaro et al., 1994).
Bibliografia	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Protocolo. Relatório de Recomendação. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. 2016. http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf 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:e017779 Burden of early-term birth on adverse infant outcomes: a population-based cohort study in Brazil 89. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017789 MANGANARO R, MAMÌ C, GEMELLI M. The validity of the Apgar scores in the assessment of asphyxia at birth. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1994 Apr;54(2):99-102. doi: 10.1016/0028-2243(94)90245-3. PMID: 8070606. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8070606/ SCHARDOSIM JM et al. Av Enferm. 2018;36(2):197-208. Parâmetros utilizados na avaliação do bem estar do bebê no nascimento. http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v36n2/0121-4500-aven-36-02-197.pdf SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ – SES/PR. Caderno de Atenção à Saúde da Criança Recém-nascido de Risco. http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/opdf1.pdf

PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS COM PESO < 2.500G

Nome do indicador	Percentual de nascidos vivos com peso < 2.500g (baixo peso)
Conceito	Proporção de nascidos vivos com menos de 2.500g ao nascer (baixo peso) no período considerado.
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{Número de nascidos vivos com menos de 2.500g}}{\text{total de nascidos vivos}} \times 100$
Numerador	Nascidos vivos com menos de 2.500g ao nascer (baixo peso), no período considerado.
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.
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.
Interpretação	O peso ao nascer é um parâmetro utilizado internacionalmente para avaliar as condições de saúde do recém-nascido. O baixo peso ao nascer (<2.500g) é um dos principais fatores para análise do risco de morte neonatal, sendo considerado o fator isolado mais influente na sobrevivência nos primeiros anos de vida. Além do risco de morte, o baixo peso ao nascer correlação com outras consequências para a saúde do feto, a curto e a longo prazo (Ferraz e Neves, 2011; Tourinho e Reis, 2013; Lansky et al., 2014; Leal et al., 2017).
Parâmetros	De acordo com dados informados pelos estabelecimentos públicos e privados de saúde no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), o percentual de nascidos vivos com peso < 2.500g (baixo peso) em 2021 no Brasil foi de 8,93% (BRASIL, 2023).
Limitações e vieses	Impossibilidade de identificar pelo resultado do indicador o motivo do baixo peso ao nascer.
Bibliografia	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos. https://svs.aims.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/. Acesso em 20 set 2023. 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. 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. TOURINHO, AB; REIS, LBSM. Peso ao Nascer: Uma Abordagem Nutricional. Com. Ciências Saúde. 2013; 22(4):19-30
--	---

PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS POR IDADE GESTACIONAL – PARTO VAGINAL

Nome do indicador	Percentual de nascidos vivos por idade gestacional - parto vaginal (Idade Gestacional - Parto Vaginal)
Conceito	Percentual de nascidos vivos de acordo com a idade gestacional na data do parto, considerando os partos realizados por via vaginal, em relação ao número total de partos vaginais realizados, no período considerado.
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{Nº de nascidos vivos de partos vaginais em determinada idade gestacional}}{\text{Total de nascidos vivos de partos vaginais}} \times 100$ Calculado considerando as seguintes desagregações, de acordo com a idade gestacional: ○ < 34 semanas de gestação ○ 34 a 36 semanas de gestação ○ 37 semanas de gestação ○ 38 semanas de gestação ○ 39 semanas de gestação ○ 40 ou 41 semanas de gestação ○ 42 ou mais semanas de gestação
Numerador	Nascidos vivos de partos vaginais, de acordo com a idade gestacional, no período considerado. Critérios de inclusão: ○ Partos vaginais dos nascidos vivos, conforme a idade gestacional. Critérios de exclusão: ○ Nascimentos que ocorram fora do hospital/maternidade; ○ Abortos.
Denominador	Total de nascidos vivos de partos vaginais realizados no período considerado. Critérios de inclusão: ○ Todos os partos vaginais dos nascidos vivos. Critérios de exclusão: ○ Nascimentos que ocorram fora do hospital/maternidade; ○ Abortos.
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. Parto vaginal: é o procedimento no qual o conceito nasce por via vaginal.
Interpretação	O resultado reflete a proporção de partos realizados por via vaginal, de acordo com o período de semanas de gestação na data do parto, no período considerado. As últimas semanas gestação são especialmente importantes para a maturação dos órgãos do neonato. 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 et al., 2016; 2017). Dentre as principais causas de mortes neonatais estão a prematuridade e suas complicações (como o desconforto respiratório do recém-nascido ou doença da membrana hialina). 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; CUMAN, 2009). As cesarianas realizadas sem indicação clínica, antes do início do trabalho de parto, podem aumentar os riscos de prematuridade. As diferentes formas de estimar a idade gestacional apresentam uma margem de erro de cerca de uma a duas semanas, tornando o agendamento das cesarianas importante causa de recém-nascidos imaturos em diferentes aspectos fisiológicos e metabólicos (LEAL et al., 2017). É importante considerar também que, durante o trabalho de parto, tanto o corpo da mãe quanto o corpo do bebê trabalham em cooperação no esforço que conduz ao nascimento, o que contribui de forma fundamental para a maturação do organismo do neonato.
Parâmetros	Prematuridade Extrema: nascimento com menos de 28 semanas de gestação. Muito prematuro: nascimento com 28 a <32 semanas de gestação. Prematuridade Moderada: nascimento com 32 a < 37 semanas de gestação. Termo Precoce: Nascimento entre 37 e <39 semanas de gestação. O nascimento no termo precoce se associa a maior mortalidade e morbidade neonatal e pode implicar a necessidade de maiores e mais frequentes cuidados de saúde quando se comparam essas crianças com as nascidas às 39-40 semanas de gestação. Termo Real (ou Termo Completo): Nascimento entre 39 semanas e <41 semanas de gestação. Termo Tardio: Nascimento entre 41 e <42 semanas de gestação. Pós-termo: Nascimento após uma idade gestacional de 42 semanas. O nascimento com idade gestacional de 42 ou mais semanas está associado ao aumento da mortalidade perinatal (especialmente por anoxia intrauterina não diagnosticada).

	adequadamente) e aumento da morbidade (oligoidrâmnio, síndrome de aspiração meconial, tocotraumatismos pela macrosomia fetal, sofrimento fetal, comprometimento neurológico do recém-nascido, por exemplo). O nascimento antecipado pode afetar a prontidão dos sistemas cardíaco e pulmonar do bebê para a adaptação à vida fora do útero, inclusive no que se refere à capacidade de sugar e engolir. Isso porque é entre a 37ª e a 38ª semana de gestação que os órgãos vitais do bebê, como o coração e pulmão, ainda estão completando seu desenvolvimento. A prematuridade pode ser consequência de complicações na gravidez ou no parto. Assim, a realização de uma cesariana prematura pode ser decorrente de indicação clínica, com o objetivo de preservar a vida da gestante e/ou do bebê. O Conselho Federal de Medicina (CFM) estabelece que cesarianas a pedido da gestante só podem ser realizadas a partir de 39 semanas completas de gravidez (a partir do 273º dia de gestação), devendo haver registro em prontuário (CFM, 2020).
Limitações e vieses	Possibilidade de erro na estimativa da idade gestacional.
Bibliografia	CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 2.284, de 2020. Disponível em: https://www.sogesp.com.br/media/2701/resolucao-cfm-2284_2021.pdf LEAL MDC, ESTEVES-PEREIRA AP, NAKAMURA-PEREIRA M, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. <i>Reprod Health</i>. 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 <i>BMJ Open</i> 2017;7:e017789. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017789 LINDSTRÖM K, WINBLADH B, Haglund B, et al. Preterm Infants as Young Adults: A Swedish National Cohort Study <i>Pediatrics</i> 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. <i>Lancet</i>. 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. <i>PLoS Med</i>. 2010 Jun 8;7(6):e1000289. NUNES NEC, LEAL MDC, ESTEVES-PEREIRA AP. Magnitude e características dos nascimentos termo tardio e pós-termo e complicações maternas e neonatais no Brasil, 2011. <i>Cad Saúde Pública</i> [Internet]. 2022;38(10):e00281121. Available from: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT281121 RAMOS HAC; CUMAN RKN. Fatores de Risco para Prematuridade: Pesquisa Documental. <i>Esc Anna Nery. Rev Enferm</i> 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. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA - SBP. Nota Técnica, 2019. Novembro: Mês da Prevenção da Prematuridade. https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Nota_Tecnica_2019_Prematuridade.pdf 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.
--	--

PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS POR IDADE GESTACIONAL – PARTO CESÁRIO

Nome do indicador	Percentual de nascidos vivos por idade gestacional - parto cesáreo (Idade Gestacional - Parto cesáreo)
Conceito	Percentual de nascidos vivos de acordo com a idade gestacional na data do parto, considerando os partos realizados por cirurgia cesárea, em relação ao número total de partos cesáreos realizados, no período considerado.
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{Nº de nascidos vivos de partos cesáreos com determinada idade gestacional}}{\text{Total de nascidos vivos de partos cesáreos}} \times 100$ Calculado considerando as seguintes desagregações, de acordo com a idade gestacional: ○ < 34 semanas de gestação ○ 34 a 36 semanas de gestação ○ 37 semanas de gestação ○ 38 semanas de gestação ○ 39 semanas de gestação ○ 40 ou 41 semanas de gestação ○ 42 ou mais semanas de gestação
Numerador	Nascidos vivos de partos cesáreos, de acordo com a idade gestacional, no período considerado. Critérios de inclusão: ○ Partos cesáreos dos nascidos vivos, conforme a idade gestacional. Critérios de exclusão: ○ Nascimentos que ocorram fora do hospital/maternidade; ○ Abortos.
Denominador	Total de nascidos vivos de partos cesáreos realizados no período considerado. Critérios de inclusão: ○ Todos os partos cesáreos dos nascidos vivos. Critérios de exclusão: ○ Nascimentos que ocorram fora do hospital/maternidade; ○ Abortos.
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. Parto cesáreo: é o procedimento cirúrgico que inclui incisão abdominal para extração do conceito do útero materno.
Interpretação	O resultado reflete a proporção de partos realizados por cirurgias cesáreas, de acordo com o período de semanas de gestação na data do parto, no período considerado. As últimas semanas gestação são especialmente importantes para a maturação dos órgãos do neonato. 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 et al., 2016; 2017). Dentre as principais causas de mortes neonatais estão a prematuridade e suas complicações (como o desconforto respiratório do recém-nascido ou doença da membrana hialina). 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; CUMAN, 2009). As cesarianas realizadas sem indicação clínica, antes do início do trabalho de parto, podem aumentar os riscos de prematuridade. As diferentes formas de estimar a idade gestacional apresentam uma margem de erro de cerca de uma a duas semanas, tornando o agendamento das cesarianas importante causa de recém-nascidos imaturos em diferentes aspectos fisiológicos e metabólicos (LEAL et al., 2017). É importante considerar também que, durante o trabalho de parto, tanto o corpo da mãe quanto o corpo do bebê trabalham em cooperação no esforço que conduz ao nascimento, o que contribui de forma fundamental para a maturação do organismo do neonato.
Parâmetros	Prematuridade Extrema: nascimento com menos de 28 semanas de gestação. Muito prematuro: nascimento com 28 a <32 semanas de gestação. Prematuridade Moderada: nascimento com 32 a < 37 semanas de gestação. Termo Precoce: Nascimento entre 37 e <39 semanas de gestação. O nascimento no termo precoce se associa a maior mortalidade e morbidade neonatal e pode implicar a necessidade de maiores e mais frequentes cuidados de saúde quando se comparam essas crianças com as nascidas às 39-40 semanas de gestação. Termo Real (ou Termo Completo): Nascimento entre 39 semanas e <41 semanas de gestação. Termo Tardio: Nascimento entre 41 e <42 semanas de gestação. Pós-termo: Nascimento após uma idade gestacional de 42 semanas. O nascimento com idade gestacional de 42 ou mais semanas está associado ao aumento da

	mortalidade perinatal (especialmente por anoxia intrauterina não diagnosticada adequadamente) e aumento da morbidade (oligoidrânio, síndrome de aspiração meconial, tocotraumatismos pela macrosomia fetal, sofrimento fetal, comprometimento neurológico do recém-nascido, por exemplo). O nascimento antecipado pode afetar a prontidão dos sistemas cardíaco e pulmonar do bebê para a adaptação à vida fora do útero, inclusive no que se refere à capacidade de sugar e engolir. Isso porque é entre a 37ª e a 38ª semana de gestação que os órgãos vitais do bebê, como o coração e pulmão, ainda estão completando seu desenvolvimento. A prematuridade pode ser consequência de complicações na gravidez ou no parto. Assim, a realização de uma cesariana prematura pode ser decorrente de indicação clínica, com o objetivo de preservar a vida da gestante e/ou do bebê. O Conselho Federal de Medicina (CFM) estabelece que cesarianas a pedido da gestante só podem ser realizadas a partir de 39 semanas completas de gravidez (a partir do 273º dia de gestação), devendo haver registro em prontuário (CFM, 2020).
Limitações e vieses	Possibilidade de erro na estimativa da idade gestacional.
Bibliografia	CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 2.284, de 2020. Disponível em: https://www.sogesp.com.br/media/2701/resolucao-cfm-2284_2021.pdf LEAL MDC, ESTEVES-PEREIRA AP, NAKAMURA-PEREIRA M, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. <i>Reprod Health</i>. 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 <i>BMJ Open</i> 2017;7:e017789. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017789 LINDSTRÖM K, WINBLADH B, Haglund B, et al. Preterm Infants as Young Adults: A Swedish National Cohort Study <i>Pediatrics</i> 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. <i>Lancet</i>. 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. <i>PLoS Med</i>. 2010 Jun 8;7(6):e1000289. NUNES NEC, LEAL MDC, ESTEVES-PEREIRA AP. Magnitude e características dos nascimentos termo tardio e pós-termo e complicações maternas e neonatais no Brasil, 2011. <i>Cad Saúde Pública</i> [Internet]. 2022;38(10):e00281121. Available from: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT281121

	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. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA - SBP. Nota Técnica, 2019. Novembro: Mês da Prevenção da Prematuridade. https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Nota_Tecnica_2019_Prematuridade.pdf 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.
--	---

PERCENTUAL DE PARTOS CESÁREOS REALIZADOS ANTES DO TRABALHO DE PARTO

Nome do indicador	Percentual de partos cesáreos realizados antes do trabalho de parto (Cesáreas antes do trabalho de parto)
Conceito	Percentual de partos realizados por meio de cirurgia cesárea, em momento anterior à entrada da gestante em trabalho de parto, no período considerado.
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{Nº de partos cesáreos realizados antes do trabalho de parto}}{\text{Total de partos cesáreos}} \times 100$
Numerador	Total de partos cesáreos realizados antes do início do trabalho de parto, no período considerado. Critérios de inclusão: ○ Nascidos vivos de parto cesáreo; Critérios de exclusão: ○ Nascimentos que ocorram fora do hospital/maternidade; ○ Abortos.
Denominador	Total de partos cesáreos realizados no período considerado. Critérios de inclusão: ○ Nascidos vivos de parto cesáreo; Critérios de exclusão: ○ Nascimentos que ocorram fora do hospital/maternidade; ○ Abortos.
Definição dos termos	Parto cesáreo: Procedimento cirúrgico no qual o conceito é extraído mediante incisão das paredes abdominal e uterina.
Interpretação	Possibilita a avaliação da proporção de partos realizados por meio de cirurgia cesárea, em momento anterior à entrada da gestante em trabalho de parto. O trabalho de parto abrange uma série de aspectos de relevância para a mãe e o bebê. A fisiologia do trabalho de parto sinaliza, por exemplo, às células do pulmão do recém-nascido que elas devem mudar da produção para a absorção de fluidos. Além disso, durante a passagem pelo canal vaginal ocorre compressão do tórax do bebê, levando a eliminação de líquidos das vias respiratórias, favorecendo o início do processo respiratório. Durante o trabalho de parto, ocorre ainda a colonização intestinal, de pele, boca e demais mucosas, com bactérias benéficas da microbiota materna (Moreira et al., 2004; PPA, 2016). Estudos indicam que crianças nascidas por cesárea eletiva sem trabalho de parto têm prejuízo nas respostas imunológicas de curto prazo e possuem maior risco de desenvolver doenças como asma, alergias, diabetes tipo 1 e doença celíaca (Cho e Normam, 2013). Há que se considerar, ainda, que a data prevista para o parto em geral é uma estimativa que pode não ser exata, pela dificuldade recorrente em se determinar

	exatamente a data em que a gestante ficou grávida. Se o médico programou a indução do parto ou uma cesariana e a idade gestacional estiver equivocada em uma ou duas semanas, o bebê poderá nascer sem a devida maturação (PPA, 2016). 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 et al., 2016; 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).
Parâmetros	Idealmente, deve se aguardar o início do trabalho de parto, mesmo em casos de indicação de cesariana, salvo condições clínicas específicas (AMORIM et al., 2010; BRASIL, 2016). O início do trabalho de parto é um indicativo de que o feto está com a maturidade necessária para o nascimento.
Limitações e vieses	As variáveis que compõem o indicador não possibilitam identificar se houve indicação clínica para a realização do parto cesáreo antes do trabalho de parto.
Bibliografia	AMORIM MMR, SOUZA ASR, PORTO AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II. Femina. 2010; 38 (9): 459-68. [acesso em 2021 Abr 9]. Disponível em: https://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/cesariana_baseada_em_evidencias_parte_II.pdf. 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-nascer-no-brasil-revela-novos-dados-sobre-prematuridade BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Protocolo. Relatório de Recomendação. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf CHO CE, NORMAN M. Cesarean section and development of the immune system in the offspring. Am J Obstet Gynecol. 2013 Apr;208(4):249-54. doi: 10.1016/j.ajog.2012.08.009. Epub 2012 Aug 10. PMID: 22939691. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ. Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas. https://portal.fiocruz.br/noticia/nascer-no-brasil-pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas 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

	MOREIRA, MEL; LOPES, JMA; CARVALHO, M., orgs. O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. 564 p. ISBN 85-7541-054-7. Available from SciELO Books. PROJETO PARTO ADEQUADO. Orientações para Implementação de Nova Política para Agendar Cesariana Eletiva Precoce (CEP) e Cesariana Eletiva a Termo (CET). 2016 RAMOS HAC; CUMAN RKN. Fatores de Risco para Prematuridade: Pesquisa Documental. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 abr-jun; 13 (2): 297-304
--	---

PERCENTUAL DE PARTOS VAGINAIS ASSISTIDOS POR ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Nome do Dado	Percentual de partos vaginais assistidos por enfermagem obstétrica (Partos assistidos por enfermagem)
Conceito	Percentual de partos vaginais assistidos por profissional de enfermagem obstétrica (enfermeiro obstetra ou obstetriz) em relação ao número total de partos vaginais realizados, no período considerado.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de partos vaginais assistidos por enfermagem obstétrica}}{\text{Total de partos vaginais}} \times 100$
Numerador	Total de partos vaginais realizados com assistência de enfermagem obstétrica (enfermeiro obstetra ou obstetriz), no período considerado. Critérios de inclusão: ○ Nascidos vivos de parto vaginal; Critérios de exclusão: ○ Nascidos vivos de parto cesáreo; ○ Nascimento que ocorram fora do hospital/maternidade; ○ Abortos.
Denominador	Total de partos vaginais realizados, no período considerado. Critérios de inclusão: ○ Nascidos vivos de parto vaginal; Critérios de exclusão: ○ Nascidos vivos de parto cesáreo; ○ Nascimento que ocorram fora do hospital/maternidade; ○ Abortos.
Definição dos termos	Parto vaginal: é o procedimento no qual o conceito nasce por via vaginal.
Interpretação	O dado reflete o total de partos vaginais assistidos por um profissional de enfermagem obstétrica (enfermeiro obstetra ou obstetriz), no contexto de uma equipe multiprofissional responsável pela assistência ao trabalho de parto e parto. A participação do profissional de enfermagem na assistência ao trabalho de parto e parto de baixo risco tem sido apontada por autores e instituições como um fator que contribui para a qualidade e para a satisfação da gestante, sendo associado a melhores índices de sucesso na realização do parto vaginal (Norman e Tesser, 2015).

	De acordo com dados da pesquisa “Nascer no Brasil”, a participação de enfermeiros obstétricos favorece a adoção de boas práticas na atenção ao parto, tais como medidas não farmacológicas para alívio da dor, estímulo à deambulação e ingesta de líquidos durante o parto (Gama et al., 2016). 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 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.
Parâmetros	De acordo com dados informados pelos estabelecimentos públicos e privados de saúde no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), o percentual de partos vaginais assistidos por profissional de enfermagem obstétrica em 2021 no Brasil foi de 9,15% (BRASIL, 2023).
Limitações e vieses	Alguns fatores podem influenciar os dados deste indicador, como o modelo de assistência obstétrica adotado ou a forma de registro do profissional que efetivamente assistiu o parto vaginal.
Bibliografia	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos. https://svs.aims.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/. Acesso em 20 set 2023. 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. <i>Reprod Health</i>. 2016;13. doi:10.1186/s12978-016-0236-7. NORMAN AH, TESSER CD. Obstetizas e enfermeiras obstetras no Sistema Único de Saúde e na Atenção Primária à Saúde: por uma incorporação sistêmica e progressiva. <i>Rev Bras Med Fam Comunidade</i>. 2015;10(34):1-7. http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(34)1106

PERCENTUAL DE TIPO DE PARTO POR GRUPO DE ROBSON

Nome do indicador	Percentual de tipo de parto por Grupo de Robson
Conceito	Percentual de partos por via vaginal e via cirurgia cesárea em cada um dos dez Grupos da Classificação de Robson, em determinado período.
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{Nº de partos vaginais}}{\text{Total de partos (vaginal + cesáreo)}} \times 100$ $= \frac{\text{Nº de partos cesáreos}}{\text{Total de partos (vaginal + cesáreo)}} \times 100$ Calculados considerando cada um dos Grupos da Classificação de Robson: ○ Grupo 1 ○ Grupo 2 ○ Grupo 3 ○ Grupo 4 ○ Grupo 5 ○ Grupo 6 ○ Grupo 7 ○ Grupo 8 ○ Grupo 9 ○ Grupo 10 As fórmulas de cálculo estratificadas constam da tabela apresentada na sequência da presente Ficha Técnica. Obs.: Grupo de Robson 11 corresponde à classificação de Robson não identificada
Numerador	Total de partos vaginais ou Total de partos cesáreos no período considerado. Critérios de inclusão: ○ Partos vaginais, dos nascidos vivos. ○ Partos cesáreos, dos nascidos vivos. Critérios de exclusão: ○ Nascimentos que ocorram fora do hospital/maternidade; ○ Abortos.
Denominador	Total de partos, vaginais e cesáreos, realizados no período considerado. Critérios de inclusão: ○ Todos os partos, cesáreos e vaginais, dos nascidos vivos. Critérios de exclusão: ○ Nascimentos que ocorram fora do hospital/maternidade; ○ Abortos.

Definição dos termos	Parto vaginal: é o procedimento no qual o conceito nasce por via vaginal. Parto cesáreo: é o procedimento cirúrgico que inclui incisão abdominal para extração do conceito do útero materno.						
Interpretação	O médico irlandês Michael Robson propôs, em 2001, uma classificação das gestantes a partir de 5 características básicas, coletadas de modo rotineiro nos partos: antecedente obstétrico, número de fetos, apresentação fetal, início do trabalho de parto e idade gestacional (OMS, 2015). Após revisão sistemática, a OMS concluiu que a denominada Classificação de Robson é a mais apropriada para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesáreas e de partos vaginais ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais (OMS, 2015). Assim, dentre as potencialidades de uso dos dados da Classificação de Robson está a criação de estratégias para reduzir cesáreas desnecessárias nos grupos específicos de mulheres que mais contribuem para taxa geral de cesáreas. As características obstétricas abrangidas em cada um dos 10 Grupos de Robson são: • 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 as mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es) • Grupo 9: Todas as gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es) • Grupo 10: Todas as gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es) No quadro que segue, são correlacionadas as mencionadas características obstétricas de cada um dos dez grupos da Classificação de Robson.						
	Idade gestacional		Número de fetos	Apresentação	Paridade	Cesárea prévia	Início do trabalho de parto
	Termo	Único	Cefálica	Nulípara	Não	Espontâneo	

	<table> <tr> <td>7</td><td>88,89%</td></tr> <tr> <td>8</td><td>85,68%</td></tr> <tr> <td>9</td><td>97,13%</td></tr> <tr> <td>10</td><td>54,25%</td></tr> </table>	7	88,89%	8	85,68%	9	97,13%	10	54,25%
7	88,89%								
8	85,68%								
9	97,13%								
10	54,25%								
Limitações e vieses	A correta classificação depende da adequada coleta das informações obstétricas necessárias. A cesárea é um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da gestante e/ou do feto, quando ocorrem complicações durante a gravidez ou parto. Este é, portanto, um recurso utilizável em situações preestabelecidas, ou emergenciais, durante a evolução da gravidez ou parto, onde existe algum tipo de risco de vida para a mãe, o neonato ou para ambos. 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 2021. Ano base 2020. https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-do-programa-de-qualificacao-de-operadoras/fichas-tecnicas-indicadores-idss-ab2020-17082020-pdf BETRAN et al. A Systematic Review of the Robson Classification for Caesarean Section: What Works, Doesn't Work and How to Improve It. PLoS ONE 2014; 9(6): e97769. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico (Grupos de Robson). https://svs.ans.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/grupos-de-robson/. Acesso em 20 set 2023. INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA - IFF. Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. Ministério da Saúde - MS. Classificação de Robson. Eixo: Atenção às Mulheres. https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/29751/2/CLASSIFICA%C3%87%C3%83O%20DE%20ROBSON.pdf LEAL, MC et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014.								

	NAKAMURA-PEREIRA M et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. Reproductive Health 2016, 13(Suppl 3):128. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. Robson Classification: Implementation Manual. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Cataloguing-in-Publication (CIP) data. CIP data are available at http://apps.who.int/iris. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=25A086A9351EC00066305392A7848697?sequence=3 TORLONI et al. Classifications for cesarean section: a systematic review. PLoS ONE 2011; 6(1): e14566. VOGEL et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. Lancet Glob Health 2015; 3: e260–70. WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Robson Classification: Implementation Manual. Geneva: World Health Organization; 2017. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259512/9789241513197-eng.pdf?sequence=1
--	---

Fórmulas dos cálculos consideradas para as estratificações do indicador:

Grupo de Robson	Fórmula de cálculo
1	$\frac{\text{Nº de partos vaginais ou de partos cesáreos em gestantes do Grupo 1}}{\text{total de partos (vaginal + cesáreo) em gestantes do Grupo 1}} \times 100$
2	$\frac{\text{Nº de partos vaginais ou de partos cesáreos em gestantes do Grupo 2}}{\text{total de partos (vaginal + cesáreo) em gestantes do Grupo 2}} \times 100$
3	$\frac{\text{Nº de partos vaginais ou de partos cesáreos em gestantes do Grupo 3}}{\text{total de partos (vaginal + cesáreo) em gestantes do Grupo 3}} \times 100$
4	$\frac{\text{Nº de partos vaginais ou de partos cesáreos em gestantes do Grupo 4}}{\text{total de partos (vaginal + cesáreo) em gestantes do Grupo 4}} \times 100$
5	$\frac{\text{Nº de partos vaginais ou de partos cesáreos em gestantes do Grupo 5}}{\text{total de partos (vaginal + cesáreo) em gestantes do Grupo 5}} \times 100$
6	$\frac{\text{Nº de partos vaginais ou de partos cesáreos em gestantes do Grupo 6}}{\text{total de partos (vaginal + cesáreo) em gestantes do Grupo 6}} \times 100$

7	$\frac{\text{Nº de partos vaginais ou de partos cesáreos em gestantes do Grupo 7}}{\text{total de partos (vaginal + cesáreo) em gestantes do Grupo 7}} \times 100$
8	$\frac{\text{Nº de partos vaginais ou de partos cesáreos em gestantes do Grupo 8}}{\text{total de partos (vaginal + cesáreo) em gestantes do Grupo 8}} \times 100$
9	$\frac{\text{Nº de partos vaginais ou de partos cesáreos em gestantes do Grupo 9}}{\text{total de partos (vaginal + cesáreo) em gestantes do Grupo 9}} \times 100$
10	$\frac{\text{Nº de partos vaginais ou de partos cesáreos em gestantes do Grupo 10}}{\text{total de partos (vaginal + cesáreo) em gestantes do Grupo 10}} \times 100$

SEGURANÇA DO PACIENTE

No Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal – ANS, a perspectiva da Segurança do Paciente nos hospitais/maternidades é contemplada a partir dos indicadores relativos à “Notificação no Notivisa” e “Disponibilidade de Núcleo de Segurança do Paciente”, cujas fichas seguem abaixo.

NOTIFICAÇÃO NO NOTIVISA

Nome do indicador	NOTIFICAÇÃO NO NOTIVISA
Conceito	Informação relativa aos hospitais/maternidades que realizaram alguma notificação no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (Notivisa), no período considerado.
Dado	O dado se refere a cada estabelecimento de saúde, mensurado individualmente, quanto a notificação de eventos adversos (EA), associados à assistência à saúde, e queixas técnicas (QT), relacionadas ao uso de produtos e de serviços, no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (Notivisa), ao menos uma vez no período considerado.
Interpretação	O resultado do indicador reflete as instituições que notificaram a ocorrência de EA e QT no Notivisa, no período de análise. A rotina de registro da ocorrência de incidentes contribui para o fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Nem toda notificação gera necessariamente uma medida sanitária, regulatória ou não. Entretanto, é necessário comumente um conjunto de notificações para que as informações geradas sejam consistentes e possam subsidiar ações no âmbito do SNVS. Portanto, é importante que seja promovida a notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária sempre que houver suspeita de um incidente, evento adverso ou queixa técnica (Anvisa, 2019).
Limitações e vieses	Problemas referentes ao registro das notificações junto ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.
Bibliografia	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. 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

Nome do indicador	Disponibilidade de Núcleo de Segurança do Paciente
Conceito	Informação relativa aos hospitais/maternidades que possuem Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) cadastrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), no período considerado.
Dado	O dado se refere a cada estabelecimento de saúde, mensurado individualmente, quanto à presença de Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) cadastrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), no período considerado.
Interpretação	O resultado do indicador reflete as instituições que possuem Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) no período de análise. Os NSP constituem uma instância do serviço de saúde criada para estimular a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso seguro de tecnologias da saúde; a disseminação sistemática da cultura de segurança; a articulação e a integração dos processos de gestão de risco e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde. A Resolução de Diretoria Colegiada – RDC da ANVISA Nº 36, de 25 de julho de 2013, estabelece que todos os serviços de saúde abrangidos pela norma devem constituir Núcleos de Segurança do Paciente - NSP, promovendo e apoiando a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.
Limitações e vieses	Problemas referentes à qualidade de preenchimento do cadastro ou existência do núcleo não cadastrado na Anvisa.
Bibliografia	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.

INDICADORES DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNA E NEONATAL

INDICADORES DAS OPERADORAS

FICHAS DOS INDICADORES



PERCENTUAL DE PARTOS VAGINAIS

Nome do indicador	Percentual de partos vaginais (Partos vaginais)
Conceito	Percentual de partos realizados por via vaginal, no período considerado.
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{Nº de partos vaginais}}{\text{Total de partos (vaginal + cesáreo)}} \times 100$
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/maternidade; ○ Abortos.
Denominador	Total de partos, vaginais e cesáreos, realizados no período considerado. Critérios de inclusão: ○ Todos os partos, cesáreos e vaginais, dos nascidos vivos. Critérios de exclusão: ○ Nascimentos que ocorram fora do hospital/maternidade; ○ Abortos.
Definição dos termos	Parto vaginal: é o procedimento no qual o conceito nasce por via vaginal. Parto cesáreo: é o procedimento cirúrgico que inclui incisão abdominal para extração do conceito do útero materno.
Interpretação	O resultado reflete a proporção de partos vaginais no período de interesse. A passagem do recém-nascido pelo canal de parto pode contribuir para as funções respiratórias e para o desenvolvimento de seu sistema imunológico. Além disso, o trabalho de parto estimula a liberação de ocitocina na mãe, favorecendo a amamentação. Quando bem indicada, a cesariana pode salvar vidas. Contudo, por ser um procedimento cirúrgico invasivo, a cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo para a mãe, como hemorragias e infecções. 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 (Martins-Costa et al., 2002; Villa et al., 2007; Souza et al., 2010; Leal et al., 2017).

	Este indicador representa um dos instrumentos utilizados para avaliar a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, uma vez que elevadas proporções de partos cesáreos podem refletir um acompanhamento pré-natal inadequado e/ou indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto vaginal (ANS, 2021).
Parâmetros	De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) taxas de cesarianas maiores que 10% em nível populacional não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal e, idealmente, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando necessária, do ponto de vista clínico. A média do percentual de partos vaginais no mundo, em 2018, foi de 78,9% do total de partos. Entre os países europeus, o percentual médio de partos vaginais foi de aproximadamente 72% dos partos, em 2018 (BETRAN et al., 2021). O setor suplementar de saúde brasileiro apresenta uma realidade única no mundo, com menos de 20% dos partos realizados por via vaginal, em 2021 (ANS, 2023). Já no Brasil como um todo (somando os setores público e privado de saúde), a proporção de partos vaginais entre os 2,7 milhões de partos realizados em 2021 foi de aproximadamente 43% (Brasil, 2023).
Limitações e vieses	A cesárea é um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da gestante e/ou do feto, quando ocorrem complicações durante a gravidez ou parto. Este é, portanto, um recurso utilizável em situações preestabelecidas, ou emergenciais, durante a evolução da gravidez ou parto, onde existe algum tipo de risco de vida para a mãe, o neonato ou para ambos. 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. Dados e Indicadores do Setor. Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Ficha Técnica. INDICADORES DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DE OPERADORAS 2021 (ANO-BASE 2020). https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-do-programa-de-qualificacao-de-operadoras/fichas-tecnicas-indicadores-idss-ab2020-17082020-pdf BETRAN 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

	BETRAN, A. P.; YE, J.; MOLLER, A. et al. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. <i>BMJ Global Health</i>, 6:e005671, 2021. Disponível em: https://gh.bmj.com/content/6/6/e005671 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos. https://svs.aims.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/. Acesso em 20 set 2023. BRASIL. Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. Fichas Detalhadas dos Indicadores. http://idsus.saude.gov.br/assets/detalhadas.pdf DOMINGUES, D. et. Al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. <i>Cad. Saúde Pública</i>, 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. <i>Lancet</i>. 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. <i>Reprod Health</i>. 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 <i>BMJ Open</i> 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 <i>Pediatrics</i> 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. <i>Lancet</i>. 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. <i>PLoS Med</i>. 2010 Jun 8;7(6):e1000289. MARTINS-COSTA S H (org.). Projeto Diretrizes. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Disponível em http://www.cfm.org.br/Projeto_Diretrizes.2002. NEGRINI R, D'ALBUQUERQUE IMSC, de CÁSSIA SANCHEZ e OLIVEIRA R, et al. Strategies to reduce the caesarean section rate in a private hospital and their impact. <i>BMJ Open Quality</i> 2021;10:e001215. doi:10.1136/bmjopen-2020-001215
--	--

	ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. 2015. 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. 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.
--	---

PERCENTUAL DE PARTOS CESÁREOS

Nome do indicador	Percentual de partos cesáreos (Partos cesáreos)
Conceito	Percentual de partos realizados por cirurgia cesárea em relação ao número total de partos realizados, no período considerado.
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{Nº de partos cesáreos}}{\text{Total de partos (vaginal + cesáreo)}} \times 100$
Numerador	Total de partos cesáreos no período considerado. Critérios de inclusão: ○ Nascidos vivos de parto cesáreo. Critérios de exclusão: ○ Nascimento que ocorram fora do hospital/maternidade; ○ Abortos.
Denominador	Total de partos, vaginais e cesáreos, realizados no período considerado. Critérios de inclusão: ○ Todos os partos, cesáreos e vaginais, dos nascidos vivos. Critérios de exclusão: ○ Nascimento que ocorram fora do hospital/maternidade; ○ Abortos.
Definição dos termos	Parto vaginal: é o procedimento no qual o conceito nasce por via vaginal. Parto cesáreo: é o procedimento cirúrgico que inclui incisão abdominal para extração do conceito do útero materno.
Interpretação	O resultado reflete a proporção de partos realizados por cirurgias cesáreas no período de interesse. 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). Este indicador representa um dos instrumentos utilizados para avaliar a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, uma vez que elevadas proporções de partos cesáreos podem refletir um acompanhamento pré-natal inadequado e/ou indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto vaginal (ANS, 2021).
Parâmetros	De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) taxas de cesarianas maiores que 10% em nível populacional não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal e, idealmente, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando necessária, do ponto de vista clínico. A média do percentual de cesáreas no mundo, em 2018, foi de 21,1% do total de partos. Entre os países europeus, o percentual médio de partos cesáreos foi de aproximadamente 28% dos partos, em 2018 (BETRAN et al., 2021). As taxas de cesariana nos países nórdicos (Islândia, Finlândia, Suécia e Noruega) e Israel e Holanda, variou de 15% a 17% no mesmo período. Na América do Sul e Caribe a média de partos cesáreos foi de 42,8% e, nos Estados Unidos da América (EUA), a média de partos cesáreos foi de aproximadamente 31,9% dos partos, em 2018 (Betran et al., 2021). O setor suplementar de saúde brasileiro apresenta uma realidade única no mundo, com mais de 80% dos partos via cesárea, em 2021 (ANS, 2023). Já no Brasil como um todo (somando os setores público e privado de saúde), a proporção de cesáreas entre os 2,7 milhões de partos realizados em 2021 foi de aproximadamente 57% (Brasil, 2023).
Limitações e vieses	A cesárea é um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da gestante e/ou do feto, quando ocorrem complicações durante a gravidez ou parto. Este é, portanto, um recurso utilizável em situações preestabelecidas, ou emergenciais, durante a evolução da gravidez ou parto, onde existe algum tipo de risco de vida para a mãe, o neonato ou para ambos. 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. Dados e Indicadores do Setor. Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Ficha Técnica. INDICADORES DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DE OPERADORAS 2021 (ANO-BASE 2020). https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-

	e-indicadores-do-setor/dados-do-programa-de-qualificacao-de-operadoras/fichas-tecnicas-indicadores-idss-ab2020-17082020-pdf BETRAN 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 BETRAN, A. P.; YE, J.; MOLLER, A. et al. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. BMJ Global Health, 6:e005671, 2021. Disponível em: https://gh.bmj.com/content/6/6/e005671 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos. https://svs.aims.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/. Acesso em 20 set 2023. BRASIL. Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. Fichas Detalhadas dos Indicadores. http://idsus.saude.gov.br/assets/detalhadas.pdf 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.
--	---

	MARTINS-COSTA S H (org.). Projeto Diretrizes. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Disponível em http://www.cfm.org.br/Projeto Diretrizes. 2002. NEGRINI R, D'ALBUQUERQUE IMSC, de CÁSSIA SANCHEZ e OLIVEIRA R, et al. Strategies to reduce the caesarean section rate in a private hospital and their impact. BMJ Open Quality 2021;10:e001215. doi:10.1136/bmjopen-2020-001215 ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. 2015. 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. 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.
--	---

TAXA DE CONSULTAS MÉDICAS DE PRÉ-NATAL

Nome do indicador	Taxa de consultas médicas de pré-natal (Consultas médicas no pré-natal – taxa)
Conceito	Número médio de consultas médicas de pré-natal realizadas, por mulher que teve parto no período considerado.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de consultas médicas de pré-natal realizadas em gestantes univocamente identificadas que tiveram parto}}{\text{Total de gestantes que tiveram parto}}$
Numerador	Total de consultas médicas de pré-natal (até 42 semanas antes do parto) realizadas em gestantes univocamente identificadas que tiveram seus partos nos hospitais/maternidades participantes, no período considerado
Denominador	Total de gestantes univocamente identificadas que tiveram seus partos nos hospitais/maternidades participantes, no período considerado. Critérios de inclusão: ○ Todas as gestantes que tiveram seus partos nos hospitais/maternidades participantes, cesáreos e vaginais, no período considerado. Critérios de exclusão: ○ Partos realizados fora do hospital/maternidade; ○ Abortos.
Definição dos termos	Consultas médicas no pré-natal: Consultas realizadas por médico em gestantes com fins de orientação terapêutica, controle e acompanhamento clínico da gravidez.
Interpretação	Permite estimar a média da quantidade de consultas médicas a que as gestantes tiveram acesso no decorrer do pré-natal. 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. As consultas médicas realizadas no decorrer do pré-natal devem levar em consideração a história e os aspectos clínicos da gestante e do feto, envolvendo a realização de exame clínico e de imagem para acompanhamento do desenvolvimento do bebê, bem como a verificação do peso da gestante, acompanhamento das queixas comuns da gravidez e a realização de exames de sangue. O acompanhamento das condições de saúde da gestante é altamente relevante para fatores como o controle da glicemia (para verificação da existência de risco para diabetes gestacional) e para avaliação de doenças infectocontagiosas, como sífilis, toxoplasmose, hepatite B e C, rubéola e HIV, considerando os eventuais impactos e sequelas que podem acarretar

	ao bebê (FEBRAGO, 2017).
Parâmetros	Na Certificação de Boas Práticas na Linha de Cuidado Materna e Neonatal – CBP Parto Adequado, é estabelecido como parâmetro para cumprimento do item de verificação 2.2.2, da Dimensão 2, um mínimo de 7 consultas médicas de pré-natal por mulher (ANS, 2022).
Limitações e vieses	O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada. Por se tratar de uma média, pode ser influenciado por valores extremos. O indicador pode ser influenciado pela infraestrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional praticado. O número de consultas de pré-natal não necessariamente implica qualidade da assistência pré-natal. Risco de subnotificação da operadora quanto às consultas de pré-natal realizadas pela gestante, caso as consultas de pré-natal sejam realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de outra operadora de planos privados ou até pela contratação direta da gestante de profissionais e serviços mediante desembolso direto.
Bibliografia	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Dados e Indicadores do Setor. Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Ficha Técnica. INDICADORES DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DE OPERADORAS 2021 (ANO-BASE 2020). https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/dados-do-programa-de-qualificacao-de-operadoras/fichas-tecnicas-indicadores-idss-ab2020-17082020-pdf AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa nº 506, de 30 de março de 2022. Institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Revoga as Resoluções Normativas nº 440, de 13 de dezembro de 2018, nº 450, de 06 de março de 2020, e nº 463, de 23 de novembro de 2020. Alterada pela RN nº 572, de 23 de fevereiro de 2023. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-normativa-rn-n-506-de-30-de-marco-de-2022-390812599 FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). O pré-natal começa antes da gravidez. Quarta, 13 Setembro 2017 16:54. https://www.febRASGO.org.br/pt/noticias/item/198-o-pre-natal-comeca-antes-da-gravidez

ÍNDICE DE MULHERES COM ACOMPANHANTE NO PRÉ-PARTO, PARTO OU PÓS-PARTO IMEDIATO

Nome do indicador	Índice de mulheres com acompanhante no pré-parto, parto ou pós-parto imediato
Conceito	Índice de mulheres que tiveram acompanhante durante o pré-parto, parto e/ou pós-parto imediato, no período considerado.
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{Nº de mulheres com acompanhante no pré – parto, parto ou pós – parto imediato}}{\text{Total de gestantes que tiveram parto}} \times 100$
Numerador	Total de mulheres com acompanhante no pré-parto, parto ou pós-parto imediato, no período considerado
Denominador	Total de gestantes que tiveram parto, no período considerado.
Definição dos termos	Pré-parto: Período que antecede o parto. Pós-parto imediato: período que abrange 10 (dez) dias após o parto.
Interpretação	Permite estimar a medida em que o direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto é garantido pelas operadoras de planos privados de saúde. O fato de a mulher poder contar com a presença do acompanhante de livre escolha durante o parto pode contribuir para maior segurança, proteção e apoio afetivo neste momento, sendo considerado um possível fator protetivo para a violência obstétrica. A presença do acompanhante é identificada na literatura como boa prática, humanizadora do processo de parturição (DODOU et al., 2014; DINIZ et al., 2014; GOMES et al., 2019), devendo ser garantida a todas as gestantes (Brasil, 2005; ANS, 2017; 2020).
Parâmetros	A pesquisa nacional “Nascer no Brasil” (2011-2012), que entrevistou 23.940 puérperas (90 em cada um dos 266 hospitais da amostra) apontou que 24,5% das mulheres não tiveram acompanhante algum durante a internação para o parto, 18,8% tinham companhia contínua e 56,7% tiveram acompanhamento parcial (DINIZ et al., 2014). Considerando que a presença de um acompanhante é um direito da mulher, ela deve ser garantida pelos hospitais e operadoras de planos privados de saúde. A eventual ausência de acompanhante é admissível somente se for decorrente de imperativo clínico ou uma opção/condição da mulher.
Limitações e vieses	Possibilidade de subnotificação dos registros relacionados à presença do acompanhante, especialmente nas ocasiões em que as despesas correspondentes estão incluídas no pacote ou diária da internação.

Bibliografia	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal. Fichas dos Indicadores. https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/parto-adequado/fichas-de-indicadores-painel_parto.pdf AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Central de Atendimento. O plano de saúde deve cobrir acompanhante no hospital para a gestante? http://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=pergunta&resposta=265&historico=20645563 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Resolução Normativa - RN Nº 465, de 24 de fevereiro de 2021. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme previsto no artigo 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga a Resolução Normativa - RN nº 428, de 7 de novembro de 2017, a Resolução Normativa - RN n.º 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa - RN n.º 457, de 28 de maio de 2020 e a RN n.º 460, de 13 de agosto de 2020. 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. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf BRASIL. Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Publicada no Diário Oficial da União - Seção 1 de 08/04/2005. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm DINIZ CSG, D'ORSI E, DOMINGUES RMSM, TORRES JA, DIAS MAB, SCHNEK CA, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014;30(Supl):S140-53. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0140.pdf DODOU et al. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. Esc Anna Nery 2014;18(2):262-269 https://www.scielo.br/j/ean/a/4h4kSrYGq9VzZxnZzFHpDQw/?lang=pt&format=pdf GOMES, I et al. Benefícios da presença do acompanhante no processo de parto e nascimento: revisão integrativa. Rev. Enferm. UFSM – REUFSM. Santa Maria, RS, v. 9, e61, p. 1-18, 2019.
----------------------------	--