1. INDICADORES DA DIMENSÃO QUALIDADE EM ATENÇÃO À SAÚDE – IDQS

1.1. Proporção de Parto Cesáreo (PESO 3)

Nomenclatura Simplificada

Estímulo ao Parto Normal

Conceito

Percentual de partos cesáreos realizados pela operadora nas beneficiárias no período considerado.

Método de Cálculo

Número de partos cesáreos em beneficiárias	
Total de partos (normais + cesáreos + múltiplos) em beneficiárias de planos que contenham a segmentação hospitalar com obstetrícia	x 100

Observação: será observado também a redução da proporção de parto cesáreo do ano-base em relação ao ano anterior:

Redução = $((P_{ano-1}-P_{ano})/P_{ano-1} \times 100)$, sendo P_{ano} = Proporção de parto cesáreo no ano-base

Este indicador não se aplica às operadoras com um total de menos de 100 partos no período, não tendo assim o indicador calculado.

Definição de termos utilizados no Indicador

Parto cesáreo - Procedimento cirúrgico no qual o concepto é extraído mediante incisão das paredes abdominal e uterina.

Parto normal - Procedimento no qual o concepto nasce por via vaginal.

Parto múltiplo – Procedimento no qual nascem dois ou mais conceptos, independente da via de nascimento ser vaginal ou abdominal, frutos da mesma gravidez. Será dito duplo, triplo, quádruplo etc., conforme o número de conceptos.

Interpretação do Indicador

Permite apurar a ocorrência de partos cesáreos em relação ao total de partos realizados em uma determinada operadora no período considerado.

É um dos instrumentos utilizados para avaliar a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, uma vez que o aumento excessivo de partos cesáreos, sem indicação clínica, pode refletir um acompanhamento pré-natal inadequado e/ou indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal, submetendo a mulher e o bebê a riscos desnecessários.

Usos

Avaliar, indiretamente, o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, supondo que uma assistência adequada possa causar impacto positivo no valor do indicador.

Permite avaliar, de forma indireta, o modelo de atenção obstétrico praticado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Subsidiar elaboração e a avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde da mulher e da criança prestada aos beneficiários de planos de saúde.

Permite ao órgão regulador ter subsídios para elaboração de estratégias de mudança do atual modelo de atenção obstétrico no setor suplementar.

Parâmetros, Dados Estatísticos e Recomendações

No Brasil, o modelo hegemônico na atenção obstétrica é médico centrado, intervencionista e desconsidera aspectos psicológicos e socioculturais da mulher. Como resultado, além de um percentual nacional de 52,7% de cesarianas no ano de 2020, destaca-se elevados índices de morte materna incompatíveis com o nível de desenvolvimento do País. Apesar de o parto e nascimento ser um evento da vida da mulher e um ato da sua fisiologia, no Brasil a maioria das mulheres têm seus filhos por meio de uma cirurgia, a cesariana (Brasil, 2022).

As taxas de cesariana são altas e ascendentes em todo território nacional, em todas as faixas de idade, incluindo as adolescentes.

A OMS declara que, em nível populacional, taxas de cesariana acima de 10% não estão relacionadas com redução da morbimortalidade materna e neonatal (OMS, 2015). Ainda segundo a OMS (2015), embora a cesariana possa ser uma cirurgia essencial e que salva vidas quando bem indicada, pode colocar mulheres e bebês em risco desnecessário em curto e longo prazo, se realizada quando não há uma indicação médica.

Como procedimento cirúrgico, a cesariana apresenta indicações bem estabelecidas e, assumindo que as cesarianas que ultrapassam a taxa recomendada pela OMS não teriam indicação médica, milhões de cirurgias não justificadas estariam sendo realizadas anualmente, trazendo risco para o binômio mãe/recém-nascido. O nascimento prematuro está entre os potenciais riscos associados à cesariana, particularmente a cirurgia eletiva, e é reconhecido como um dos principais determinantes da morbimortalidade infantil (OMS, 1996; BENFAM, 1997; ESTEVES-PEREIRA et al, 2016; LEAL et al, 2017).

Fato importante a ser destacado, decorrente da hipermedicalização do parto e nascimento no Brasil, com altas taxas de cesarianas, foi seu aumento progressivo desde meados da década de 1990, culminando em 2009 com a inversão das taxas de cesariana e de partos normais, com as taxas de cesariana superando pela primeira vez as taxas de partos normais e alcançando 52% em 2010 (DOMINGUES; DIAS et al, 2014).

Outro ponto a ser considerado, é que as altas taxas de cesariana têm sido determinadas por fatores não clínicos, e apresentam uma distribuição desigual; prevalecendo entre as mulheres com maior escolaridade e faixa etária, primíparas

e com pré-natal realizado em serviços privados, em particular nas regiões sul, sudeste e centro-oeste. A concentração de partos cesarianos entre mulheres com melhores condições socioeconômicas tem associado o parto cirúrgico com um padrão superior de cuidado, contrariamente ao que aponta a literatura científica (DOMINGUES e DIAS et al, 2014).

No Brasil, conforme tabela I a seguir, são cerca de 2,7 milhões de nascimentos no ano de 2021, 57,0% via cesariana (BRASIL - SINASC, 2023). Dos nascimentos brasileiros, cerca de 11% ocorrem na Saúde Suplementar. Em 2021, foram297.800 partos realizados no setor, dos quais 81,76% por cirurgia cesariana (BRASIL - MS/ANS, 2023), desse modo, refletindo a noção equivocada de que cesariana, mesmo sem indicação, é preferível ao parto normal.

Tabela I

Nascidos vivos – Brasil		
Nascim p/resid.mãe por Tipo de parto		
Período: 2021		
Tipo de parto	Nascim_p/resid.mãe	
Vaginal	1.149.302	42,9%
Cesáreo	1.526.315	57,0%
Ignorado	1.484	0,1%
Total	2.677.101	100%

Fonte: MS/SVS/DAENT - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

A tabela II a seguir demonstra que, no Brasil, as taxas de cesarianas, 57,0%, já superam, em muito, o preconizado pela OMS. Entretanto, entre as usuárias de planos de saúde, o percentual é de 81,76%. Mesmo em países nos quais as taxas de cesarianas já são consideradas altas como os EUA, apresentaram em 2018 a

taxa de 31,9% (BETRAN et al, 2021). As taxas de cesariana, na saúde suplementar brasileira, são muito superiores.

Tabela II

Comparação % cesarianas Brasil e Saúde Suplementar – 2021		
Setor	**Número de nascidos vivos**	**% de partos cesarianos**
Brasil	2.677.101	57,0%
Saúde Suplementar	297.800	81,76%

Fonte: MS/SVS/DAENT - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC -IDSS/TISS/ANS

Comparada às taxas mundiais, observa-se que os valores do setor suplementar são os mais elevados. A média do percentual de cesáreas no mundo, em 2018, foi de 21,1% do total de partos (BETRAN et al, 2021). Entre os países Europeus, o percentual médio de partos cesáreos foi de aproximadamente 28% dos partos, em 2018. 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% (BETRAN et al, 2021).

Diante das dificuldades de reversão do modelo de atenção obstétrico, que é influenciado por diversos fatores, tais como: fatores culturais, organização da rede de atenção, política de remuneração, etc, propõe-se uma meta de redução das atuais taxas para 45%, ainda um patamar relativamente alto, mas muito inferior às taxas praticadas atualmente pelo setor ou uma redução gradual anual entre 5 a 10% das taxas de cesarianas compradas ao ano anterior.

Meta

A meta para que se atinja a pontuação máxima é uma redução maior ou igual que 10% na proporção de partos cesáreos em relação ao ano-base anterior ou atingir um resultado igual ou inferior a 45% de partos cesáreos, independentemente da redução alcançada.

Pontuação

Indicador	**Pontuação**
Resultado	**Valor de 0 a 1**
Redução ≤5% e proporção de parto cesáreo ≥ 80%	0
5% < Redução <10% ou 45% < proporção de parto cesáreo <80%	0< V <1
Redução ≥10% ou proporção de parto cesáreo ≤ 45%	1

$V_{redução}$= ((5%<Redução < 10%)-5)/5

$V_{proporção}$= 1- [((45%<Proporção< 80%)-45)/35]

A pontuação será sempre a maior nota entre Redução e Proporção.

Observação: caso a operadora não tenha tido a proporção de partos cesáreos calculada no ano-base anterior, ($V_{redução}$) não será considerado na pontuação.

Fonte de dados

TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar)

Observação: Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade

aos dados. Portanto, será atribuída a pontuação zero (inconsistência) ao indicador que tenha os dados do Padrão TISS como fonte de dados quando a razão de completude do TISS com relação ao DIOPS (Razão TISS) for inferior a 30% ou quando não for possível calcular o índice de completude dos dados (indicador 4.3 inconsistente).

Numerador: Códigos TUSS, conforme a Tabela de Procedimentos e eventos em Saúde (TUSS 22), nos eventos de internação: 31309054 (Cesariana)+ 31309208(Cesariana com histerectomia)

Denominador: Códigos TUSS, conforme a Tabela de Procedimentos e eventos em Saúde (TUSS 22), nos eventos de internação: 31309127 (Parto via vaginal) + 31309054 (Cesariana)+ 31309208 (Cesariana com histerectomia) + 31309135 (Parto múltiplo)

Conforme disposto no Componente Organizacional do Padrão TISS, os eventos de internação têm sua origem na Guia de Resumo de Internação enviada pelo prestador hospitalar onde ocorreu o atendimento. As demais guias que compõem esse evento são vinculadas à guia de resumo de internação através do número de solicitação de internação. Caso o número de solicitação de internação, que vincula todas as guias participantes de um evento de internação, não seja informado corretamente pela operadora o evento pode não conter todas as guias que deveriam fazer parte dele, afetando o resultado do indicador.

Observação: Os procedimentos considerados para cálculo de indicadores do IDSS são aqueles que devem ser informados à ANS de forma individualizada (código TUSS da Tabela 22 e forma de envio da Tabela

64), inclusive quando pagos através de pacote. Nesse caso, o sistema identificará o procedimento pelo seu código TUSS informado "dentro" do pacote, para o cálculo do indicador.

Críticas Aplicáveis

As críticas são mecanismos internos para tratamento do conjunto de dados, utilizadas para deixar as informações mais seguras para o uso. São aplicadas em ordem sequencial, de acordo com a prioridade definida, e têm como resultado a não aplicabilidade do indicador (o indicador não é calculado), ou inconsistência de dados (atribuída nota zero ao indicador).

Apresenta-se a seguir a relação de críticas pré-definidas para este indicador. Apesar de pré-definidas, a avaliação das críticas (ou da prioridade de aplicação), é dinâmica, podendo ser revista a partir da realidade observada no cruzamento dos diversos sistemas e fontes de dados utilizados a cada ano-base. Por este motivo, é possível que **durante o processamento,** ou após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando é oportunizado às operadoras realizarem questionamentos dos resultados aferidos, as críticas sejam alteradas, ensejando recálculo dos indicadores.

Crítica	Prioridade	Resultado
OPS que não possui beneficiários médico-hospitalares nos 12 meses do ano avaliado	1	Não se aplica (não é calculado)
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E não informou nenhum evento nos arquivos do SIP relativos a trimestres do ano-base	2	Não se aplica (não é calculado)

Crítica	Prioridade	Resultado
A OPS processou corretamente arquivos informando que não teve movimento no TISS no período analisado E informou pelo menos 1 (um) evento nos arquivos do SIP relativos aos trimestres do ano-base	3	Inconsistente (nota zero)
A OPS não enviou dados do TISS referentes a um ou mais meses do ano-base	4	Inconsistente (nota zero)
A OPS não teve lançamento incorporado no banco de dados do TISS E não teve arquivos sem movimento processados no ano-base	5	Inconsistente (nota zero)
OPS com Razão TISS/DIOPS (indicador 4.3) inferior a 30% ou não foi possível calcular a Razão TISS/DIOPS por inconsistência. Para o cálculo dos indicadores que utilizam os dados do Padrão TISS, a completude TISS/DIOPS deve ser igual ou superior a 30%, conferindo validade aos dados. Esta crítica não se aplica às autogestões por RH.	6	Inconsistente (nota zero)
OPS MH possui no ano-base média de beneficiários > zero somente para segmentação odontológica no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	7	Não se aplica (não é calculado)
OPS MH possui média de beneficiárias mulheres = zero na segmentação obstetrícia no SIB e não informou partos no TISS	8	Não se aplica (não é calculado)
OPS exclusivamente odontológica que possui no ano-base média de beneficiários fora da segmentação odontológica do SIB menor ou igual a 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e só informou no TISS atendimento em planos com segmentação exclusivamente odontológica	9	Não se aplica (não é calculado)
Operadora com menos de 100 partos informados no TISS no ano base.	10	Não se aplica (não é calculado)

Crítica	Prioridade	Resultado
Operadora exclusivamente odontológica que possui média de beneficiários em segmentação diferente de odontologia maior do que 0,10% da média de beneficiários da operadora no SIB e possui média de beneficiários em planos que contêm a segmentação obstetrícia maior que zero) ou informou partos	11	Inconsistente (nota zero)
Operadora possui média de beneficiárias mulheres = zero na segmentação obstetrícia no SIB e informou partos no TISS	12	Inconsistente (nota zero)

Ações esperadas

Incentivar o acompanhamento ao pré-natal a fim de reduzir as indicações de cirurgia não decorrentes de condições clínicas, de forma que o parto cirúrgico seja realizado de acordo com indicações clínicas precisas.

Incentivar a disseminação de informações a respeito das vantagens do parto normal em comparação com o parto cesáreo e dos riscos da realização do parto cesáreo na ausência de indicações clínicas precisas.

Divulgar os indicadores e as metas estabelecidas para as operadoras junto aos prestadores de serviços de saúde.

Pactuar e sensibilizar os prestadores de serviços de saúde sobre a importância do processo de qualificação da assistência à saúde da mulher e da criança.

Criar campanhas de informação sobre os tipos de parto, seus benefícios e riscos, procurando motivar a realização do parto normal sempre que indicado.

Construir um sistema de informações que permita a identificação do perfil epidemiológico (demográfico, de morbidade, de utilização, entre outros) da população beneficiária.

Limitações e Vieses

As variações geográficas desse indicador só se aplicam para o SUS, onde é possível relacionar o tipo de parto ao local de residência da parturiente.

O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada por uma determinada operadora.

O indicador pode ser influenciado pela infraestrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional praticado pela operadora.

Caso o número de solicitação de internação, que vincula todas as guias participantes de um evento de internação, não seja informado corretamente pela operadora, o evento pode não conter todas as guias que deveriam fazer parte dele.

Por vezes, são identificadas situações que ensejam alterações na apuração do indicador ou nas críticas aplicáveis. Tais situações são decorrentes tanto do processamento e validação dos dados pela ANS quanto dos ajustes realizados após a divulgação dos resultados preliminares do IDSS, quando as próprias operadoras apresentam questionamentos dos resultados aferidos. Quaisquer complementações da ficha técnica serão dispostas no documento de Perguntas e Respostas (FAQ) do IDSS, disponibilizado no portal da ANS, conforme dispõe o § 2º do Art. 7º da IN ANS 10/2022.

> *Art. 7º Os indicadores, aprovados pela Diretoria Colegiada da ANS, a serem utilizados na avaliação de desempenho das operadoras, a partir do ano-base 2022, com as respectivas*

metodologias estatísticas, fichas e fontes de dados serão disponibilizados no endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras.

(...)

§ 2º Eventuais alterações serão disponibilizadas no referido endereço eletrônico da ANS na Internet, na área do Programa de Qualificação de Operadoras e serão informadas por aviso no espaço operadoras durante 30 dias a contar da alteração.

Referências

BETRAN AP, YE J, MOLLER A, et al. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. BMJ Global Health 2021;6:e005671. https://gh.bmj.com/content/6/6/e005671.full?ijkey=JgilzebteZPF03j&keytype=ref

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal. https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZTMxYTNkZDYtZDU1OC00MGFhLWI1YzUtMjZhNTljYjEyM2JjIiwidCI6IjlkYmE0ODBjLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9. Acesso em 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Área Técnica de Saúde da Mulher. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC. Disponível em: https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/. Acesso em 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde.

BRASIL. BEMFAM. Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde 1996. Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) Macro International Inc, março, 1997.

BRASIL. FIOCRUZ. Nascer no Brasil. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimentos – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP, 2015. Disponível em:http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/index.php/introducao-e-justificativa

CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA. Nascer no Brasil. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro - vol 30, Suplemento, 2014.

DOMINGUES; DIAS et al, 2014. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup: S101-S116, 2014.

ESTEVES-PEREIRA AP, DENEUX-THARAUX C, NAKAMURA-PEREIRA M, SAUCEDO M, BOUVIER-COLLE MH, LEAL MDO C. Caesarean Delivery and Postpartum Maternal Mortality: A Population-Based Case Control Study in Brazil. PLoS One. 2016 Apr 13;11(4):e0153396. doi: 10.1371/journal.pone.0153396. PMID: 27073870; PMCID: PMC4830588

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA. Projeto Diretrizes, 2002.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra, 1996.

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

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