

Manual de Certificação de Boas Práticas na Linha de Cuidado Materna e Neonatal

Certificação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde



Manual de Certificação de Boas Práticas na Linha de Cuidado Materna e Neonatal (CBP Parto Adequado)

Certificação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde

Anexo II da Resolução Normativa – RN ANS nº. 506, de 30 de março de 2022
(alterada pela RN nº. 572, de 23 de fevereiro de 2023)

Manual de Certificação de Boas Práticas na Linha de Cuidado Materna e Neonatal (CBP Parto Adequado)

Certificação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde

Anexo II da Resolução Normativa – RN ANS nº. 506, de 30 de março de 2022
(alterada pela RN nº. 572, de 23 de fevereiro de 2023)



2023. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações. Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

O conteúdo desta, e de outras obras da Agência Nacional de Saúde Suplementar, pode ser acessado na página <http://www.ans.gov.br/biblioteca/index.html>

Versão online

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Av. Augusto Severo, 84 – Glória

CEP 20021-040 – Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Tel: +55 (21) 2105-0000

Disque-ANS: 0800 701 9656

www.gov.br/ans

DIRETORIA COLEGIADA DA ANS

DIRETOR-PRESIDENTE

DIRETOR DE GESTÃO - DIGES

Paulo Roberto Vanderlei Rebello Filho

DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO SETORIAL – DIDES

Maurício Nunes da Silva

DIRETORA DE FISCALIZAÇÃO – DIFIS

Eliane Aparecida de Castro Medeiros

DIRETOR DE NORMAS E HABILITAÇÃO DAS OPERADORAS – DIOPE

Jorge Antônio Aquino Lopes

DIRETOR DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS – DIPRO

Alexandre Fioranelli

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Angélica Carvalho – DIRAD/DIDES

Ana Paula Silva Cavalcante – GEEIQ/DIDES

Renata Gasparello de Almeida – GEEIQ/DIDES

EQUIPE TÉCNICA

Ana Paula Silva Cavalcante

Andrea de Souza Cazes

José Felipe Riani Costa

Renata Gasparello de Almeida

Renata Nacif de Toledo Piza

PROJETO GRÁFICO

Gerência de Comunicação Social – GCOMS/SECEX/PRESI

NORMALIZAÇÃO

Biblioteca/CGDOP/GEQIN/DIGES

Ficha Catalográfica

A265m Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil).
Manual de Certificação de Boas Práticas na Linha de Cuidado Materna e Neonatal [recurso eletrônico]: Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Rio de Janeiro: ANS, 2023.
6,5MB

1. Parto adequado-certificação. 2. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). 3. Diretoria de Desenvolvimento Setorial.
I. Título.

CDU 370.1.22.3(81)

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - JORNADA DA GESTANTE, INFOGRÁFICO ILUSTRANDO MOMENTOS DO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL E RECOMENDAÇÕES DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE	12
FIGURA 2 - DIMENSÕES E REQUISITOS DA CERTIFICAÇÃO DE OPERADORAS EM PARTO ADEQUADO	24
FIGURA 3 - CLASSIFICAÇÃO DOS ITENS DE VERIFICAÇÃO	25
FIGURA 4 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE ROBSON	220

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - PERCENTUAL DE COBERTURA PARA CBP-PARTO ADEQUADO, DE ACORDO COM O TOTAL DE PARTOS DA OPERADORA NOS ÚLTIMOS 12 MESES	16
TABELA 2 - EXEMPLO DO PERCENTUAL DE COBERTURA DECRESCENTE E DO TOTAL DE PARTOS COBERTOS NA CERTIFICAÇÃO - ATÉ 100 PARTOS/ANO	17
TABELA 3 - EXEMPLO DO PERCENTUAL DE COBERTURA DECRESCENTE E DO TOTAL DE PARTOS COBERTOS NA CERTIFICAÇÃO - DE 101 ATÉ 4 MIL PARTOS/ANO	17
TABELA 4 - EXEMPLO DO PERCENTUAL DE COBERTURA DECRESCENTE E DO TOTAL DE PARTOS COBERTOS NA CERTIFICAÇÃO - ACIMA DE 4 MIL PARTOS/ANO	17
TABELA 5 - PADRÃO DE ENVIO DE INFORMAÇÕES ENTRE HOSPITAL/MATERNIDADE E A OPERADORA	212
TABELA 6 - PADRÃO DE ENVIO DE INFORMAÇÕES ENTRE A OPERADORA E A ENTIDADE ACREDITADORA EM SAÚDE	213
TABELA 7 - PERCENTUAL DE PARTOS (VAGINAL OU CESÁREO) POR GRUPO DE ROBSON	217
TABELA 8 - MODELO PADRÃO PARA REGISTRO DOS DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON	222
TABELA 9 - EXEMPLO DE REGISTRO DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON (ESTUDO NASCER NO BRASIL, 2011-2012)	222
TABELA 10 - QUANTITATIVO DE ITENS DE VERIFICAÇÃO DA CBP-PARTO ADEQUADO, POR DIMENSÃO, REQUISITO E CLASSIFICAÇÃO	261

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - INTERVALO DE CONSULTAS PRÉ-NATAIS	121
QUADRO 2 - ESCALA DE MEOWS	149
QUADRO 3 - ESCORE DE ALERTA CLÍNICO - HOSPITAL	149
QUADRO 4 - FATORES DE MÉDIO RISCO PARA HEMORRAGIA PÓS-PARTO	151
QUADRO 5 - FATORES DE ALTO RISCO PARA HEMORRAGIA PÓS-PARTO	152
QUADRO 6 - PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE HEMORRAGIAS PÓS-PARTO	152
QUADRO 7 - CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DOS GRUPOS DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON	220
QUADRO 8 - CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DOS SUBGRUPOS DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON	221
QUADRO 9 - NÍVEIS DE CERTIFICAÇÃO E RESPECTIVAS PONTUAÇÕES MÍNIMAS	260

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - OBJETIVOS E FUNDAMENTOS	9
1.1 INTRODUÇÃO	9
1.2 OBJETIVOS	10
1.3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA	10
CAPÍTULO 2 - O PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO	15
2.1 PRÉ-REQUISITOS PARA CERTIFICAÇÃO	15
2.2 CRITÉRIOS PARA O RECONHECIMENTO DAS ENTIDADES ACREDITADORAS	18
2.3 AUDITORIAS PARA CERTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM PARTO ADEQUADO	19
2.4 NÍVEIS DE CERTIFICAÇÃO	21
2.5 AVALIAÇÃO E SISTEMA DE PONTUAÇÃO	21
2.6 AVALIAÇÃO DO PROGRAMA PELA ANS	23
CAPÍTULO 3 - ESCOPO DA CERTIFICAÇÃO	24
3.1 DIMENSÃO 1: PLANEJAMENTO E ESTRUTURAÇÃO TÉCNICA DA OPERADORA	26
3.2 DIMENSÃO 2: CUIDADO CENTRADO NA GESTANTE DURANTE O CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL	104
CAPÍTULO 4 - MODELO DE FORMULÁRIO DE MOTIVO DE AGENDAMENTO DE CESARIANAS ELETIVAS	182
CAPÍTULO 5 - INDICADORES	183
5.1 MACROINDICADORES DA CERTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM PARTO ADEQUADO	183
5.2 MONITORAMENTO DO DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE COM ASSISTÊNCIA MATERNA E NEONATAL – INDICADORES ASSISTENCIAIS	215
CAPÍTULO 6 - GLOSSÁRIO	237
CAPÍTULO 7 - CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO E FORMA DE CÁLCULO	260
CAPÍTULO 8 - FORMULÁRIO E TERMOS	262
8.1 FORMULÁRIO DE ESPECIFICAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES DA REDE ASSISTENCIAL PARA CERTIFICAÇÃO DA OPERADORA	262
8.2 FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO PARA RECONHECIMENTO DE ENTIDADE ACREDITADORA EM SAÚDE JUNTO À ANS OU SOLICITAÇÃO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL	263

8.3 TERMO DE RESPONSABILIDADE JUNTO À ANS _____	264
8.4 DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CONFLITOS DE INTERESSES DA EAS _____	265
CAPÍTULO 9 - DIRETRIZES PARA ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO DE AUDITORIA _____	266
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	268

CAPÍTULO 1

OBJETIVOS E FUNDAMENTOS

1.1 INTRODUÇÃO

A Certificação em Boas Práticas na Atenção Materna e Neonatal (CBP-Parto Adequado) integra o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde (PCBP), instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS por meio da Resolução Normativa - RN nº 440, de 13 de dezembro de 2018 (ANS, 2018), substituída pela RN nº 506, de 30 de março de 2022 (ANS, 2022a).

O PCBP estabelece certificações para operadoras de planos de saúde relativas a uma Rede de Atenção à Saúde ou para uma Linha de Cuidado específica, que se constituem como processos voluntários de avaliação de conformidade das operadoras a critérios técnicos preestabelecidos pela ANS, com auditorias realizadas *in loco* por Entidades Acreditoras em Saúde (EAS) com reconhecimento de competência emitido pela *International Society for Quality in Health Care - IsQUA* ou Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial – Inmetro.

O objetivo do Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde (PCBP) é induzir o setor a melhorar:

1. O acesso à rede prestadora de serviços de saúde;
2. A qualidade da atenção à saúde; e
3. A experiência do beneficiário nas áreas de atenção à saúde contempladas.

A Linha de Cuidado Materno e Neonatal foi eleita para compor o PCBP por se tratar de uma das áreas prioritárias para o setor de saúde suplementar, com questões críticas a serem enfrentadas, tais como:

- i. Proporção de cirurgias cesarianas elevadas, muito acima das praticadas no mundo e preconizadas pela OMS;
- ii. Rede de Atenção à Saúde Materna e Neonatal desarticulada;
- iii. Ausência de Coordenação do Cuidado;
- iv. Necessidade de incremento no monitoramento e avaliação dos resultados em saúde.

A ANS tem realizado um conjunto de ações estratégicas para melhoria da qualidade da atenção à saúde materna e neonatal no setor desde 2006. Em particular, destaca-se a experiência do Parto Adequado, desenvolvido desde 2015 em parceria com o *Institute for Healthcare Improvement (IHI)* e o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE).

Desse modo, o Manual de Certificação de Boas Práticas na Linha de Cuidado Materna e Neonatal (CBP-Parto Adequado) foi elaborado integrando todo o histórico e experiências acumuladas com as diversas estratégias de indução à qualificação do cuidado materno e neonatal com a metodologia de certificação de operadoras estabelecida pelo PCBP, que desde dezembro de 2018 já conta com a certificação em Atenção Primária à Saúde - APS.

1.2 OBJETIVOS

A Certificação de Boas Práticas na Linha de Cuidado Materna e Neonatal (CBP-Parto Adequado) tem os seguintes objetivos geral e específicos:

1.2.1 OBJETIVO GERAL:

- Induzir a melhoria da qualidade da atenção na Linha de Cuidado Materna e Neonatal oferecida pelas operadoras, propiciando a adoção de boas práticas baseadas em evidências científicas, de modo a estimular maior resolatividade da atenção ao pré-natal; parto; e puerpério, melhorando a segurança de mães e bebês e estimulando a concorrência baseada na qualidade.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- i. Propiciar maior integração da rede de atenção materna e neonatal e maior coordenação do cuidado durante todo o ciclo gravídico-puerperal;
- ii. Melhorar a qualidade do pré-natal, incorporando estratégias de pré-natal coletivo;
- iii. Proporcionar maior acesso à informação das gestantes e famílias durante todo o ciclo gravídico-puerperal;
- iv. Ampliar a proporção de partos realizados em consonância com evidências científicas e condições clínicas, inclusive quanto à via de parto;
- v. Reduzir os riscos na atenção materna e neonatal, como eventos adversos e mortes;
- vi. Monitorar e avaliar a atenção materna e neonatal por meio de indicadores;
- vii. Estimular a implementação de modelos de remuneração baseados em valor; e
- viii. Melhorar o nível de satisfação das gestantes.

1.3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

A fundamentação teórica e metodológica da CBP-Parto Adequado é baseada nas diversas estratégias de indução da qualidade do modelo de atenção à saúde materna e neonatal no setor de saúde suplementar empreendidas pela ANS desde 2006, em especial, pela experiência teórico-prática adquirida desde 2015 com o desenvolvimento do Projeto Parto Adequado, na literatura científica da área e nas recomendações do Ministério da Saúde – MS e da Organização Mundial da Saúde - OMS.

O MS instituiu em 2011 a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde visando: (1) assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo; (2) assegurar a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; e (3) assegurar à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. O objetivo da Rede Cegonha é a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança e no componente Parto e Nascimento, especificamente, busca a adoção de práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas nos termos do documento da OMS, de 1996, denominado: “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento” (BRASIL, 2011).

Desde então, a OMS atualizou suas Diretrizes e lançou em 2015 o documento: Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas, que, baseada em estudos e usando métodos aceitos internacionalmente para avaliar as evidências com técnicas analíticas adequadas, concluiu que (OMS, 2015):

1. A cesárea é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, porém apenas quando indicada por motivos médicos.
2. Ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal.
3. A cesárea pode causar complicações significativas e às vezes permanentes, assim como sequelas ou morte, especialmente em locais sem infraestrutura e/ou capacidade de realizar cirurgias de forma segura e de tratar complicações pós-operatórias. Idealmente, uma cesárea deveria ser realizada apenas quando ela for necessária, do ponto de vista médico.
4. Os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas.

Segundo a OMS (2019; 2021), 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. Na saúde suplementar brasileira, o alto número de cesarianas é uma questão complexa e sistêmica, que, naturalmente demanda um conjunto articulado de propostas para solução do problema.

Importante destacar algumas recomendações estabelecidas pela OMS, que podem reduzir cesarianas sem indicação clínica (OMS, 2021):

- Intervenções educacionais que envolvem as mulheres ativamente no planejamento do parto, como oficinas de preparação para o parto, programas de relaxamento e apoio psicossocial quando desejado, para aquelas com medo da dor ou ansiedade;
- Uso de diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas;
- Realização de auditorias regulares de práticas de cesariana em unidades de saúde;
- Fornecimento de feedback oportuno aos profissionais de saúde sobre os resultados;
- Segunda opinião médica para uma decisão de cesariana.

Sobre a relevância do pré-natal, a OMS (2016) publicou o documento “Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez”, no qual afirma que está comprovado que os cuidados no pré-natal podem salvar vidas, desde que realizado com a implementação oportuna e adequada de práticas baseadas em evidências. Além disso afirma:

“A OMS idealiza um mundo em que todas as mulheres e recém-nascidos recebam cuidados de qualidade durante toda a gravidez, parto e período pós-natal. Dentro do ciclo dos cuidados de saúde reprodutiva, os cuidados pré-natais (CPN) constituem uma plataforma para importantes funções dos cuidados de saúde, incluindo a promoção da saúde, o rastreamento, o diagnóstico e a prevenção das doenças (OMS, 2016).”

Assim, a partir dos fundamentos apresentados, este Manual se baseou em quatro pilares, estruturados tendo em vista o conceito do ciclo gravídico-puerperal. A atenção ao ciclo gravídico-puerperal deve ser baseada em evidências científicas de qualidade, colocando a mulher como centro do cuidado, de modo a favorecer seu protagonismo. O objetivo é atingir melhores desfechos em saúde para o binômio mãe e bebê. Para que o cuidado seja integrado durante todo o ciclo e em todos os pontos de atenção, deve haver uma coordenação ao longo de toda a linha de cuidado materno e neonatal.

1. Organização da Jornada da Gestante: O ciclo gravídico-puerperal;
2. Ênfase no cuidado pré-natal;
3. Adoção de boas práticas baseadas em evidências científicas;
4. Coordenação da linha de cuidado materna e neonatal.

1.3.1 ORGANIZAÇÃO DA JORNADA DA GESTANTE: O CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

A Linha de Cuidado Materna e Neonatal se traduz em um ciclo que envolve (1) gestação; (2) parto e nascimento; e (3) puerpério. Para facilitar a comunicação e favorecer o letramento da população em torno do tema, o Parto Adequado concebeu o conceito de **Jornada da Gestante**, uma alegoria didática expressa nas formas de narrativa e infográfico, cujo objetivo é conscientizar profissionais de saúde, operadoras e, sobretudo, futuras mães e seus familiares sobre a importância do cuidado apropriado ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal.

A Jornada da Gestante compreende a vivência da mulher durante todo o ciclo e deve ser organizada de modo a apoiar a mulher a se preparar para chegar em sua melhor forma física e psicológica no momento do parto e puerpério.

Com relação aos gestores e profissionais de saúde, o objetivo é conscientizá-los da necessidade de integração da prestação do cuidado à gestante em todas as fases do ciclo gravídico-puerperal.

■ FIGURA 1 - JORNADA DA GESTANTE, INFOGRÁFICO ILUSTRANDO MOMENTOS DO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL E RECOMENDAÇÕES DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA MELHORIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE.



Fonte: Elaboração própria – Coordenação do Movimento Parto Adequado (2022)

1.3.1.1 ATENÇÃO CENTRADA NA MULHER

Os componentes principais da atenção centrada na mulher são (OMS, 2021):

1. O cuidado respeitoso da pessoa destinatária e referência no cuidado, sensível ao seu contexto familiar, considerando seus valores e emoções a respeito da saúde;
2. A identificação de objetivos comuns sobre a saúde entre profissionais de saúde e pacientes, com o compartilhamento de decisões e responsabilidades.

Durante todo o ciclo gravídico-puerperal, a centralidade na mulher deve orientar todos os aspectos do planejamento, prestação e avaliação dos serviços de saúde ofertados.

1.3.2 ÊNFASE NO CUIDADO PRÉ-NATAL

Ainda que no cenário obstétrico na saúde suplementar no Brasil, os dados mais alarmantes estejam relacionados às altas taxas de cirurgias cesarianas, cerca de 84% em 2020 (TISS/PQO/2021), o momento do parto é parte de uma jornada que abarca todo o ciclo gravídico-puerperal. O cuidado pré-natal deve ser iniciado o mais precocemente possível, preferencialmente ainda no primeiro trimestre da gestação, e seguir de forma continuada até o puerpério. O pré-natal é determinante para um acompanhamento adequado e para a prevenção de complicações para a saúde de mães e bebês, como síndromes hipertensivas e diabetes na gestação, bem como a transmissão vertical de patologias como HIV, sífilis e hepatites.

O cuidado pré-natal completo e de qualidade favorece melhores desfechos para a gestante e o neonato, podendo promover a redução de partos prematuros, de cirurgias cesarianas desnecessárias e de recém-nascidos com baixo peso ao nascer, redução da mortalidade materna, dentre outras complicações. Desse modo, a captação precoce das gestantes e o número adequado de consultas devem ser acompanhados de prática de qualidade, fundamentada em evidências científicas, de modo a gerar impacto positivo na saúde.

O Pré-natal deve ser realizado preferencialmente por meio de consultas individuais com médico especialista em ginecologia-obstetrícia (GO) ou medicina de família e comunidade (MFC), alternadas com consultas com enfermeiro obstetra ou obstetriz, em número adequado. Além disso, existem exames laboratoriais e de imagem que são protocolos já bem estabelecidos e que devem ser realizados ao longo do pré-natal.

Além do número de consultas adequadas e da realização dos exames, o apoio, o letramento, a orientação da gestante e seus familiares são fundamentais durante todo o pré-natal.

1.3.2.1 PRÉ-NATAL COLETIVO

Existem estratégias coletivas de atenção pré-natal, que devem ser adotadas de forma complementar às consultas individuais. Nas ações coletivas, a centralidade na mulher, mais que um fundamento, torna-se uma premissa, devendo servir de base para a organização de toda a programação.

Dentre as estratégias, destacam-se as Rodas de Conversa e o modelo de Grupo Operativo, esse último, desenvolvido pelo psiquiatra e psicanalista Pichon-Rivière, amplamente utilizado na área da saúde.

O objetivo do pré-natal realizado de forma coletiva é maximizar o empoderamento das gestantes, propiciar a troca de experiências e fortalecer a relação entre a gestante e o profissional de saúde.

As vantagens de uma abordagem coletiva incluem a disponibilização de um ambiente de confiança, com a mediação de um profissional de saúde, permitindo o direito à fala da gestante, com uma abordagem mais participativa e colaborativa, favorecendo o compartilhamento de experiências, expectativas e temores.

O modelo coletivo de pré-natal melhora os resultados, pois as gestantes são estimuladas a se engajarem em seu autocuidado, sempre apoiadas por profissional de saúde capacitado. A coordenação deve ser realizada preferencialmente por enfermeiros obstetras (LUCCHESI, 2013; ROTOLI, 2012; SOARES; FERRAZ, 2007), ou psicólogos (COLOSIO, 2007; DUTRA; CORRÊA, 2015)

1.3.2.2 LETRAMENTO

O Letramento em saúde refere-se a uma estratégia de empoderamento crítica para aumentar o controle de uma pessoa sobre sua própria saúde, ou seja, ter habilidade de tomar decisões adequadas no contexto da vida diária com impactos em sua saúde ou em situações em que decisões clínicas devam ser tomadas junto a um profissional de saúde, transformando em ações, o conhecimento obtido por instruções ou orientações.

Refere-se também à habilidade dos profissionais de saúde de se comunicarem com os pacientes e seus familiares de forma compreensível e respeitosa para quem está recebendo a informação.

A oportunidade de letramento em todo ciclo gravídico-puerperal é fundamental, especialmente ao longo do pré-natal, tornando a mulher mais segura e atuante nas escolhas relacionadas a sua saúde e a de seu bebê.

Tanto em consultas individuais quanto em estratégias coletivas de pré-natal, devem ser utilizados materiais de apoio, folhetos, cartilhas vídeos etc., de modo a assegurar que informações sobre os temas de interesse das gestantes possam ser disponibilizadas e acessadas a qualquer tempo, tais como: alimentação, desconfortos frequentes, estresse, via de parto, trabalho de parto, nascimento, amamentação, cuidados com o bebê etc.

1.3.3 ADOÇÃO DE BOAS PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

A indução da adoção de boas práticas, baseadas em evidências científicas, favorece a melhoria da qualidade da atenção à saúde, bem como a segurança dos pacientes nos serviços prestados. O que se pretende com a CBP-Parto Adequado é que a atenção à saúde ao longo do ciclo gravídico-puerperal seja prestada com base nas melhores evidências científicas, colocando a segurança, o bem-estar e o interesse das mulheres e bebês em primeiro plano.

A qualificação das práticas em saúde com base em evidências científicas envolve uma gestão em saúde eficiente, com a adoção de Protocolos e Diretrizes Clínicas atualizados e a avaliação dos resultados por meio de indicadores de qualidade de modo a favorecer a pertinência do cuidado e melhores desfechos em saúde, reduzindo morbimortalidade e aprimorando a experiência da mulher.

1.3.4 COORDENAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO MATERNA E NEONATAL

A função da operadora como gestora do cuidado dos seus beneficiários é fundamental para a organização da Linha de Cuidado Materna e Neonatal, com destaque para a organização e estruturação da rede de atenção à saúde e a coordenação do cuidado, conduzindo a gestante durante todo o ciclo gravídico-puerperal de modo a facilitar o acesso, reduzir pontos de estrangulamento, prevenir atrasos ou abandono do acompanhamento. A coordenação do cuidado deve buscar garantir o acompanhamento adequado da gestante, em tempo oportuno e deve facilitar o percurso da gestante na rede de atenção, retirando barreiras e facilitando o acesso a todos os serviços necessários durante o ciclo gravídico-puerperal, construindo, assim, uma Linha de Cuidado Materna e Neonatal sem entraves, efetiva, segura e acolhedora.

Em caso de gravidez classificada como de alto risco, um coordenador/gestor do cuidado, em geral um profissional de saúde, pode ser útil, para que haja integração dos diversos profissionais que participam do cuidado, com uma condução única, propiciando melhores desfechos para mulheres e bebês.

CAPÍTULO 2

O PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO

2.1 PRÉ-REQUISITOS PARA CERTIFICAÇÃO

Para solicitação da certificação, as operadoras e os hospitais/maternidades indicados para compor o Programa devem cumprir uma série de pré-requisitos, sem os quais não há como iniciar o processo de auditoria.

2.1.1 PRÉ-REQUISITOS DAS OPERADORAS

Para as operadoras de planos de saúde solicitarem a adesão ao processo de Certificação e para manutenção da CBP-Parto Adequado, devem cumprir os seguintes pré-requisitos:

- (i) Ter Registro ativo como operadora de planos privados de assistência à saúde junto à ANS;
- (ii) Não estar em uma das seguintes situações:
 - a. Plano de recuperação assistencial;
 - b. Plano de adequação econômico-financeira;
 - c. Regime especial de direção técnica;
 - d. Regime especial de direção fiscal; ou
 - e. Processo de liquidação extrajudicial.
- (iii) Possuir Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS)¹ e de suas dimensões no Programa de Qualificação de Operadoras (PQO) da ANS igual ou maior a 0,5.
- (iv) Contar com cobertura populacional mínima nos hospitais/maternidades indicados para participar da Certificação, calculada a partir do número de partos realizados em beneficiárias da operadora, no período de 12 meses anteriores à solicitação da Certificação e deverá seguir os seguintes critérios^{2,3}:
 - a. Operadoras com até 100 partos/ano: cobertura populacional mínima de parturientes a ser abrangida nos hospitais/maternidades indicados será equivalente a 80% do número de partos cobertos pela operadora nos últimos 12 meses;

¹ A integração da CBP-Parto Adequado com o IDSS reforça, de forma sinérgica, a indução da qualificação das operadoras de planos de saúde empreendida pela ANS.

² A opção por um limite mínimo de partos por ano como pré-requisito para a Certificação considera a necessidade da constituição de um conjunto mínimo de informações que possibilitem o estabelecimento de análises consistentes do ponto de vista técnico e o respectivo impacto potencial no setor suplementar de saúde - pretende-se que o padrão de qualidade que se busca estabelecer nesta Certificação tenha um impacto significativo para os beneficiários da operadora e para o setor suplementar de saúde.

³ Para a definição dos parâmetros de cobertura populacional mínima, foram analisadas as informações de operadoras do segmento médico-hospitalar registradas com planos que possuíam cobertura obstétrica; o total de partos realizados no ano-base 2018 por operadora; e o número de beneficiárias com idade entre 10 e 49 anos com cobertura obstétrica, por operadora. Desse modo, através de simulações matemáticas, foram estabelecidas fórmulas que possibilitassem um ajuste do percentual de cobertura de modo inversamente proporcional ao volume de partos por ano, escalonadas pela quantidade de partos/ano.

- b. Operadoras que cobrem entre 101 e 4 mil partos/ano: a cobertura populacional mínima de parturientes a ser abrangida nos hospitais/maternidades indicados será entre 21% e 80% do total do número de partos realizados nos últimos 12 meses, obedecendo a fórmula de cálculo a partir da seguinte função linear decrescente:

$$\frac{(20\% * n^{\circ} \text{ total de partos no ano} + 60)}{(n^{\circ} \text{ total de partos no ano})}$$

- c. Operadoras que cobrem mais de 4 mil partos/ano, a cobertura populacional mínima de parturientes a ser abrangida nos hospitais/maternidades indicados será entre 16% e 21% do total do número de partos realizados nos últimos 12 meses, obedecendo a fórmula de cálculo a partir da seguinte função logarítmica decrescente:

$$\left[\frac{1}{\ln(n^{\circ} \text{ partos}) * 1,7} \right] * 100$$

Para assegurar essa cobertura populacional mínima de parturientes, a operadora deverá indicar um hospital/ maternidade ou um conjunto de hospitais/maternidades de sua rede de atenção à saúde materna e neonatal como participante da CBP-Parto Adequado, constando em contrato ou documento similar.

Os hospitais/maternidades indicados pelas operadoras para participarem da Certificação podem compor a rede própria, contratada ou referenciada e deverão ser identificados pelo nome fantasia, a razão social, CNPJ, CNES e unidade da federação (UF), conforme formulário descrito no capítulo 8.2 deste manual.

Em caso de alteração da rede de hospitais/maternidades da Certificação, a Operadora deve informar imediatamente à EAS com justificativa e deverá ser realizada nova auditoria pela EAS para verificação da manutenção do cumprimento da cobertura populacional mínima.

■ TABELA 1 – PERCENTUAL DE COBERTURA PARA CBP-PARTO ADEQUADO, DE ACORDO COM O TOTAL DE PARTOS DA OPERADORA NOS ÚLTIMOS 12 MESES

PARTOS NO ANO	% DE COBERTURA (EM RELAÇÃO AO TOTAL DE PARTOS NO ANO)	FÓRMULA PARA OBTENÇÃO DO % DE COBERTURA	TOTAL DE OPERADORAS MH C/ OBST
ATÉ 100 PARTOS	80%	função constante = 80% do total de partos nos últimos 12 meses	253
DE 101 ATÉ 4 MIL	entre 80% e 21%	função linear = $[(20\% * n^{\circ} \text{ total de partos no ano} + 60) / n^{\circ} \text{ total de partos no ano}]$	303
ACIMA DE 4 MIL	entre 21% e 16%	função logarítmica decrescente = $[1 / \ln(n^{\circ} \text{ partos}) * 1,7] * 100$	12

Fonte: Elaboração própria – ANS (2022)

EXEMPLOS DE CÁLCULOS DA COBERTURA:

■ **TABELA 2 – EXEMPLO DO PERCENTUAL DE COBERTURA DECRESCENTE E DO TOTAL DE PARTOS COBERTOS NA CERTIFICAÇÃO – ATÉ 100 PARTOS/ANO**

OPERADORA	Nº DE PARTOS EM 2021	REGRA PARA COBERTURA	% DE COBERTURA	PARTOS COBERTOS NA CERTIFICAÇÃO
A	100	80% do total de partos dos últimos 12 meses	80%	80
B	75		80%	60
C	60		80%	48
D	45		80%	36

Fonte: Elaboração própria – ANS (2022)

■ **TABELA 3 – EXEMPLO DO PERCENTUAL DE COBERTURA DECRESCENTE E DO TOTAL DE PARTOS COBERTOS NA CERTIFICAÇÃO – DE 101 ATÉ 4 MIL PARTOS/ANO**

OPERADORA	Nº DE PARTOS EM 2021	REGRA PARA COBERTURA	% DE COBERTURA	PARTOS COBERTOS NA CERTIFICAÇÃO
E	101	Função linear Percentual de Cobertura de partos = $[(20\% * n^{\circ} \text{ total de partos no ano} + 60) / n^{\circ} \text{ total de partos no ano}]$	79,4%	80
F	145		61,4%	89
G	295		40,3%	119
H	816		27,4%	223

Fonte: Elaboração própria – ANS (2022)

■ **TABELA 4 – EXEMPLO DO PERCENTUAL DE COBERTURA DECRESCENTE E DO TOTAL DE PARTOS COBERTOS NA CERTIFICAÇÃO – ACIMA DE 4 MIL PARTOS/ANO**

OPERADORA	Nº DE PARTOS EM 2021	REGRA PARA COBERTURA	% DE COBERTURA	PARTOS COBERTOS NA CERTIFICAÇÃO
I	4.477	Função logarítmica decrescente Percentual de Cobertura de partos = $[1 / \ln (n^{\circ} \text{ partos}) \times 1,7] \times 100$	20,22%	905
J	14.606		17,73%	2.589
K	16.753		17,48%	2.928
L	28.022		16,60%	4.652

Fonte: Elaboração própria – ANS (2022)

A operadora “I” (tabela 4), por exemplo, deve indicar como participantes da Certificação hospitais que, juntos, contabilizem pelo menos 905 partos em beneficiárias da operadora nos últimos 12 meses (20,22% do volume de partos da operadora no período). Ainda no exemplo da operadora “I”, se ela indicar 5 hospitais e, cada um destes hospitais tiver realizado 200 partos em beneficiárias da operadora nos 12 meses anteriores, ela atenderia o pré-requisito relativo à cobertura populacional mínima. Isso porque o conjunto dos 5 hospitais indicados pela operadora totalizaria 1.000 partos, superando, portanto, o mínimo de 905 partos estabelecidos como cobertura mínima obrigatória, mediante a aplicação da fórmula matemática que considera o volume de partos da operadora.

2.1.2 PRÉ-REQUISITOS DOS HOSPITAIS/MATERNIDADES

Os Hospitais/Maternidades indicados pela operadora para participarem da Certificação devem cumprir os seguintes pré-requisitos:

(1) Contar com equipe multiprofissional mínima de plantão para atenção materna e neonatal: presencial, diuturnamente, (24 horas por dia/7 dias por semana), incluindo feriados, composta por, no mínimo:

- (I) Médico(a) ginecologista-obstetra;
- (II) Enfermeiro(a), de preferência obstetra ou experiência mínima de 2 anos em obstetrícia ou obstetritz;
- (III) Médico(a) pediatra especialista em neonatologia ou pediatra com experiência em neonatologia de 2 anos; e
- (IV) Médico(a) anestesiológico(a).

A definição da formação da equipe multiprofissional mínima consta no Glossário deste Manual.

A equipe multiprofissional exigida para atenção ao parto e nascimento deve ser dimensionada quantitativamente atendendo às normatizações e legislação vigentes, e de acordo com a proposta assistencial, complexidade e perfil de demanda do hospital/maternidade.

A equipe multiprofissional deve ser responsável pelas seguintes atividades:

- a. Atendimento humanizado e seguro às mulheres, recém-nascidos, acompanhantes, familiares e visitantes;
- b. Indicação e realização de procedimentos obstétricos e neonatais, tais como parto vaginal, cesariana, curetagem etc.;
- c. Identificação de complicações obstétricas e neonatais para a imediata assistência ou encaminhamento a serviço de referência;
- d. Participação nas ações de educação permanente; e
- e. Atendimento às urgências e emergências obstétricas.

O Serviço de Atenção Materna e Neonatal deve manter atualizada e em local visível a escala dos profissionais, incluindo plantão, com nome, número do registro em conselho de classe, quando couber, e horário de atendimento.

2.2 CRITÉRIOS PARA O RECONHECIMENTO DAS ENTIDADES ACREDITADORAS

A auditoria para certificação, manutenção e renovação da certificação das operadoras será realizada por Entidades Acreditoras em Saúde (EAS) reconhecidas pela ANS. A operadora deverá verificar previamente se a EAS escolhida para realizar a certificação é reconhecida para esta finalidade específica consultando a lista de entidades no portal institucional da ANS na internet.

São critérios para o reconhecimento da EAS para realizar a presente certificação pela ANS:

1. Ser Pessoa Jurídica com representação no Brasil;
2. Ter reconhecimento de competência como organismo certificador emitido pela *The International Society For Quality in Health Care* – ISQua, ou pela Coordenação Geral de Acreditação do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia – CGCRE/INMETRO;
3. Ser reconhecido com EAS no Programa QUALISS da ANS;
4. Não possuir administradores, acionistas controladores, sócios, diretores e gerentes ou equipe de auditores com:
 - a) conflito de interesses para o exercício das atividades de certificação;
 - b) participação societária ou interesse, direto ou indireto, em operadoras de planos privados de assistência à saúde ou em alguma de suas controladas, coligadas ou equiparadas à coligada; e
 - c) relação de trabalho, direta ou indireta, como empregado, administrador ou colaborador assalariado em operadoras de planos privados de assistência à saúde ou em alguma de suas controladas, coligadas ou equiparadas à coligada.

Os requisitos descritos no item anterior se aplicam às pessoas jurídicas controladoras, coligadas ou equiparadas a coligadas de uma pessoa jurídica, a ser reconhecida como Entidade Acreditadora em Saúde.

As Entidades Acreditadoras em Saúde - EAS deverão preencher Termo de Responsabilidade junto à ANS e Declaração de Ausência de Conflitos de Interesses, conforme modelos disponíveis no Capítulo 8 deste Manual.

2.3 AUDITORIAS PARA CERTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM PARTO ADEQUADO

2.3.1 AUDITORIAS DE CERTIFICAÇÃO E RENOVAÇÃO DA CERTIFICAÇÃO

Para obtenção da certificação e renovação da certificação, as operadoras serão avaliadas em relação à conformidade com todos os critérios estabelecidos neste manual, que devem ser aplicados na íntegra. Os auditores realizarão a avaliação dos pré-requisitos e dos requisitos, compostos por Itens de verificação.

Os requisitos estão divididos em duas dimensões:

- Dimensão 1 – Planejamento e Estruturação Técnica da Operadora, que conta com 6 requisitos e 52 itens de verificação
- Dimensão 2 – Cuidado Centrado na Gestante, que conta com 4 requisitos e 50 itens de verificação

2.3.2 AVALIAÇÃO INICIAL DE DIAGNÓSTICO

Fica a critério da operadora solicitar à EAS uma avaliação inicial de diagnóstico, sem fins de acreditação, para identificação dos processos que não atendam aos requisitos da norma, desde que não se configure em consultoria. Essa auditoria de diagnóstico não se confunde com Consultoria.

A EAS só poderá oferecer serviços de consultoria às operadoras que não tenham sido acreditadas/certificadas no âmbito do PCBP e no Programa de Acreditação de Operadoras da ANS por ela mesma nos últimos 3 (três) anos. Deverá aguardar transcorrer um período mínimo de 3 (três) anos após o final da consultoria de uma operadora para, eventualmente, realizar a atividade de Acreditação ou Certificação na mesma operadora.

Para fins desta Certificação são considerados os seguintes conceitos:

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

- b) **Consultoria:** Prestação de serviço por profissional qualificado e conhecedor do tema, que contempla o diagnóstico, aconselhamento e orientação a uma operadora com o propósito de levantar as necessidades, identificar soluções e recomendar ações sem, no entanto, ocorrer um envolvimento na execução.
- c) **Curso de Capacitação:** A capacitação é uma prática que permite o desenvolvimento contínuo dos envolvidos, impactando diretamente a qualidade e eficiência dos processos e a relação com os beneficiários. Permite aperfeiçoar habilidades técnicas, trazendo novas metodologias a serem implementadas nas rotinas diárias e na resolução de problemas. Constitui-se em curso de capacitação teórico, que não inclui questões operacionais nem específicas de uma operadora ou de um conjunto de operadoras e não se confunde com uma consultoria.

2.3.3 AUDITORIAS DE MANUTENÇÃO

Para manutenção da CBP-Parto Adequado, a operadora deverá receber visitas intermediárias de manutenção pela EAS, anualmente, até o fim do ciclo avaliativo.

As auditorias intermediárias não ensejarão mudança de nível de CBP-Parto Adequado, mas poderão gerar perda da Certificação, frente aos resultados. Em caso de perda da Certificação, a EAS deverá comunicar de modo formal e imediato à ANS.

Durante o período de manutenção da Certificação, a operadora deverá informar à EAS qualquer mudança que possa afetar o atendimento aos requisitos e pré-requisitos, sob pena de perda da CBP-Parto Adequado. Entre as mudanças que poderão incorrer na perda da Certificação está a alteração injustificada e sem comunicação prévia da rede hospitalar/maternidade indicada pela operadora como participante da Certificação.

2.3.4 EQUIPE DE AUDITORIA⁴

A auditoria para fins de CBP-Parto Adequado deverá ser realizada por uma equipe da EAS composta por, no mínimo, 2 (dois) auditores com as seguintes formações:

(1) Um (01) auditor com graduação em qualquer área da saúde com pós-graduação (Especialização, Mestrado ou Doutorado) reconhecida pelo MEC ou com experiência profissional mínima de 5 anos, em uma das seguintes áreas:

- a) Gestão em Saúde/Qualidade em Saúde;
- b) Saúde Coletiva/Saúde Pública;
- c) Administração Hospitalar;
- d) Auditoria em Saúde; ou
- e) Ginecologia e Obstetrícia / Obstetrícia.

(2) Um (01) auditor com graduação em qualquer área da saúde.

Caso a equipe de auditoria conte, opcionalmente, com mais de dois auditores, os auditores adicionais devem possuir, no mínimo, formação universitária e experiência em auditoria.

2.3.5 RELATÓRIO DE AUDITORIA DA OPERADORA

O Relatório de Auditoria da Operadora deverá ser elaborado pelos auditores das EAS e enviado à ANS para análise da homologação da certificação. Deverá conter os resultados das avaliações dos requisitos e respectivos itens de avaliação, contendo a justificativa para decisão de conforme ou não conforme, breve síntese da forma de obtenção das evidências de cumprimento de cada item verificado. Deve incluir as fragilidades e oportunidades de melhoria, se for o caso.

⁴ Texto padronizado com o conteúdo previsto no "Capítulo 9 - Diretrizes para Elaboração do Relatório de Auditoria"

O relatório deve ser identificado e devidamente assinado por cada um dos auditores, com a comprovação da formação de cada auditor em anexo. Deve seguir o modelo estabelecido no capítulo 9 deste Manual.

2.4 NÍVEIS DE CERTIFICAÇÃO

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

2.4.1 NÍVEL III: “CERTIFICAÇÃO BÁSICA”

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

1. Cumprir com todos os pré-requisitos;
2. Obter nota final maior ou igual a 70 e menor que 80; e
3. Obter conformidade em pelo menos 20% dos itens classificados como de Excelência.

A Certificação no nível 3 – Básica tem validade de 2 (dois) anos.

2.4.2 NÍVEL II: “CERTIFICAÇÃO INTERMEDIÁRIA”

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

1. Cumprir com todos os pré-requisitos;
2. Obter nota final maior ou igual a 80 e menor que 90; e
3. Obter conformidade em pelo menos 50% dos itens classificados como de Excelência.

A Certificação no nível 2 tem validade de 2 (dois) anos.

2.4.3 NÍVEL I: “CERTIFICAÇÃO PLENA”

Para ser acreditada no nível I, a operadora deverá obter o seguinte desempenho de forma cumulativa:

1. Cumprir com todos os pré-requisitos;
2. Obter nota final maior ou igual a 90;
3. Obter conformidade em pelo menos 80% dos requisitos de excelência; e
4. Obter pontuação acima de 0,8 na Dimensão da Qualidade em Atenção à Saúde (IDQS) do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS, na última avaliação divulgada.

A Certificação Nível I tem validade de 3 (três) anos.

2.5 AVALIAÇÃO E SISTEMA DE PONTUAÇÃO

A equipe de auditoria deverá realizar os cálculos para pontuação da operadora após a avaliação do escopo da certificação para obtenção da pontuação final, que também servirá para estabelecer o nível da certificação.

2.5.1 AVALIAÇÃO E PONTUAÇÃO DOS ITENS DE VERIFICAÇÃO

Os Itens de Verificação poderão obter dois tipos de resultados:

1. Conforme; ou
2. Não conforme.

A avaliação da conformidade ou desconformidade dos itens de verificação deverá considerar dois domínios:

1. O escopo; e
2. O tempo de implantação.

Será considerado “Conforme”, o item que obtiver o seguinte desempenho:

1. Cumprir o escopo do item de verificação na íntegra, previsto na interpretação; e
2. Ter um tempo de implantação superior a 12 meses.

A conformidade de cada item avaliado será verificada mediante análise documental e/ou observação direta, de acordo com a interpretação dos itens de verificação e tomando por base as possíveis formas de obtenção das evidências descritas neste Manual.

Com relação às possíveis formas de obtenção das evidências, diversos itens incluem a possibilidade de verificação por amostragem. Os auditores são os responsáveis por definir a melhor forma de amostragem, bem como a quantidade que comporá a amostra, para a comprovação dos itens de verificação desta Certificação. O critério deverá levar em consideração as boas práticas profissionais, princípios estatísticos e de auditoria e as diretrizes estabelecidas neste Manual. Por fim, os critérios de amostragem devem estar descritos no relatório contendo os resultados da auditoria.

No que se refere aos itens da Certificação que envolvem aspectos relativos aos hospitais, deverão ser considerados os dados dos hospitais/maternidades indicados pela operadora para participar desta Certificação, de modo a alcançar a cobertura populacional mínima, calculada conforme capítulo 2 deste Manual.

Vale mencionar que o conjunto de práticas abrangidas no presente Manual requer, necessariamente, o estabelecimento de aditivo ao contrato ou documento similar estabelecido entre a operadora e os hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação para alcance da cobertura populacional mínima; bem como entre a operadora e os prestadores que realizam pré-natal localizados nos municípios dos hospitais/maternidades indicados.

2.5.2 AVALIAÇÃO DOS REQUISITOS

Ao avaliar cada um dos itens de verificação, a pontuação dos requisitos será realizada da seguinte maneira:

1. Será atribuída uma nota de 0 (zero) a 100 (cem), a ser calculada pela proporção de itens de verificação em conformidade;
2. A operadora deverá ter alcançado conformidade em todos os itens essenciais de cada requisito.

Para pontuar em cada um dos 10 (dez) requisitos que integram a CBP-Parto Adequado, a operadora deverá cumprir, minimamente, todos os itens de verificação classificados como “Essenciais”. Assim, caso a operadora não cumpra algum item de verificação classificado como “Essencial”, será atribuída a nota “zero” ao Requisito inteiro.

2.5.3 AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES E NOTA FINAL

A nota de cada dimensão resultará da média aritmética de todos os requisitos daquela dimensão. A nota final da operadora será apurada pela média aritmética das duas dimensões. A nota final revelará se a operadora será certificada ou não. Caso seja certificada, essa mesma nota será usada para classificar a operadora em um dos 3 níveis de Níveis da Certificação possíveis.

Os critérios de pontuação e forma de cálculo são definidos no capítulo 7.

2.6 AVALIAÇÃO DO PROGRAMA PELA ANS

A ANS avaliará a CBP-Parto Adequado por meio do monitoramento de macroindicadores, que representam medidas clássicas consagradas na literatura científica e têm como objetivo propiciar à ANS uma visão geral do desempenho do Programa e a avaliação das operadoras certificadas para a população abrangida na Certificação. De modo a avaliar a efetividade do Programa, os resultados dos macroindicadores propiciam comparabilidade com os resultados do setor. Além disso, as operadoras podem utilizar os resultados dos macroindicadores comparando os resultados da população abrangida com os resultados gerais de sua carteira.

Os parâmetros estabelecidos para cada um dos macroindicadores constituem referências baseadas na literatura nacional e internacional, uma vez que os resultados dos indicadores não serão utilizados para obtenção e manutenção da certificação.

Os hospitais indicados para participarem desta Certificação deverão coletar e enviar os dados dos macroindicadores hospitalares para as operadoras, mensalmente. As operadoras deverão recepcionar e processar os dados dos macroindicadores hospitalares e enviar trimestralmente à EAS responsável pela certificação. Quanto aos indicadores ambulatoriais, as operadoras deverão coletar os dados nos seus próprios sistemas de informação, processar e enviar trimestralmente à EAS responsável pela certificação.

Anualmente, as EAS deverão repassar para a ANS as informações de forma anonimizada, desagregadas por estabelecimento de saúde, por mês e por raça/cor, obedecendo ao modelo estabelecido neste Manual.

O reporte das informações dos macroindicadores, tanto à EAS quanto à ANS, é obrigatório e seu descumprimento poderá acarretar a perda da certificação.

Cada operadora deverá pactuar as metas com os hospitais integrantes de sua rede assistencial, indicados pela operadora como participante dessa certificação com o propósito de alcançar melhorias gradativas e incrementais no cuidado oferecido a gestantes e neonatos.

As fichas técnicas dos macroindicadores constam no capítulo 5.1 deste manual.

A coleta, o processamento e a análise de todos os indicadores devem possibilitar a desagregação por raça e cor, contribuindo para o fomento à realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra, em convergência com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, prevista no Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010) (BRASIL, 2010).

No que tange à adoção das melhores práticas de governança e segurança de dados, é válido registrar que a avaliação dos diferentes itens de verificação deste manual deve observar a proteção de dados pessoais, nos termos da Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD) e atualizações posteriores.

Assim, esse diploma normativo, a partir de sua vigência, tornou-se de cumprimento obrigatório. Portanto, com vistas a integrar e harmonizar os processos de trabalho relativos ao compartilhamento de dados, as organizações devem se adequar, à luz da LGPD.

Diante da LGPD, é fundamental a instituição contar com um responsável pelo uso de dados na operadora, para monitorar e gerir a proteção dos dados recebidos. Na área de saúde especificamente, é importante tomar algumas precauções especiais quanto ao tratamento dos dados pessoais, sejam eles digitais ou físicos. Alguns exemplos são a autorização prévia, a criptografia e o descarte de dados.

No que se refere à eventual necessidade de adequação dos instrumentos formais de contratação entre a operadora e prestadores de serviços de saúde para contemplar as práticas descritas neste Manual, as operadoras devem ter em conta as regras para celebração de contratos estabelecidas na RN nº 503, de 30 de março de 2022.

CAPÍTULO 3

ESCOPO DA CERTIFICAÇÃO

O escopo da certificação é constituído de duas dimensões:

1. Planejamento e Estruturação Técnica da Operadora; e
2. Cuidado Centrado na Gestante durante o Ciclo Gravídico-Puerperal

A dimensão 1 conta com 6 (seis) requisitos subdivididos em 52 itens de verificação e a Dimensão 2 conta com 4 (quatro) requisitos subdivididos em 50 itens de verificação, a partir dos quais as EAS avaliarão o cumprimento por parte das operadoras. Na sequência, será apresentado o sumário das duas dimensões que integram a Certificação de Operadoras em Parto Adequado e seus requisitos.

■ FIGURA 2 – DIMENSÕES E REQUISITOS DA CERTIFICAÇÃO DE OPERADORAS EM PARTO ADEQUADO.



Fonte: ANS (2022)

Os itens de verificação que compõem os requisitos contam com uma interpretação, que serve como guia para os auditores e uma lista exemplificativa de formas de obtenção de evidência do cumprimento de cada item. São classificados em três tipos, de acordo com o grau de dificuldade para seu cumprimento: Essenciais, Complementares, e Excelência, conforme definições constantes na figura 3, a seguir.

■ FIGURA 3 – CLASSIFICAÇÃO DOS ITENS DE VERIFICAÇÃO



Fonte: Elaboração própria – ANS (2022)

3.1 DIMENSÃO 1: PLANEJAMENTO E ESTRUTURAÇÃO TÉCNICA DA OPERADORA

A Dimensão busca avaliar o planejamento e a estruturação técnica da operadora, incluindo: a gestão do Cuidado Materno e Neonatal; a integração da operadora com sua rede assistencial; a implementação da educação permanente para os profissionais da operadora e para a rede prestadora de serviços; o monitoramento e avaliação da qualidade materna e neonatal; e a implementação de modelos de remuneração baseados em valor.

1. ESTRUTURAÇÃO E ORGANIZAÇÃO TÉCNICA DA OPERADORA

Requisito direcionador para avaliação da estruturação e organização técnica da operadora, incluindo: Plano Estruturado com planejamento das ações; infraestrutura e recursos humanos para qualificação da atenção materna e neonatal.

1.1.1

A operadora possui Plano Estruturado para o planejamento das ações de qualificação da atenção materna e neonatal.

Interpretação:

A operadora deve contar com um Plano Estruturado, que deve ser elaborado por uma equipe de especialistas e contemplar toda a linha de cuidado na área de atenção à saúde materna e neonatal da operadora, compreendendo todo o ciclo gravídico-puerperal.

Compreende-se por Plano Estruturado, um documento técnico de planejamento e monitoramento das ações da operadora de modo coerente e integrado, que contemple as diversas estratégias de maneira a potencializar os benefícios da atenção materna e neonatal prestada.

O Plano Estruturado deve ser baseado em metodologia de planejamento reconhecida, com o propósito de instrumentalizar a definição e a sistematização dos objetivos e das estratégias para alcançá-los. Deve envolver a participação do maior número possível de interessados, aumentando a chance de sucesso. O envolvimento dos interessados é fundamental, visto que quando as pessoas tomam parte na elaboração de um planejamento e reconhecem suas razões e origens, tendem a se comprometer de modo mais intenso com os resultados concretos.

O Plano Estruturado deve configurar um instrumento de gestão que funcione como um guia e como impulsionador do desenvolvimento e da qualificação da linha de cuidado à saúde materna e neonatal.



Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Os auditores deverão verificar a existência documentada do Plano Estruturado para a qualificação da atenção materna e neonatal. O documento deve estar disponível tanto na sede da operadora (em meio físico e digital) como nas suas diferentes unidades, caso existam (em meio físico e/ou digital).

(TANCREDI, 1998; LANGLEY et al., 2011; PRESTES et al., 2019).

Essencial



<p>1.1.2</p>	<p>O Plano Estruturado da linha de cuidado materna e neonatal contém o detalhamento do planejamento das ações conforme definido neste item de verificação.</p> <p>Interpretação: A operadora deve possuir Plano Estruturado da atenção materna e neonatal que defina claramente, no mínimo, os seguintes tópicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivos; • Metas; • Indicadores de monitoramento; • Cronograma de ação; • Conformação da rede assistencial, contendo a relação de hospitais participantes desta Certificação, listados em instrumento específico descrito neste Manual. • Adoção de protocolos operacionais; • Adoção de protocolos e diretrizes clínicas; • Cobertura populacional; • Previsão de sistemas de informação para monitoramento dos resultados alcançados; e • Estratégias de melhoria da qualidade. <p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Entre as possíveis formas de evidências destacam-se as seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existência documentada do Plano Estruturado (em meio físico ou digital); • Planos/Mapas Estratégicos; • Painéis estratégicos nos quais constem os indicadores vinculados aos objetivos e metas estabelecidas; • Documentos relativos aos Planos de Ação na Atenção Materna e Neonatal; • Verificação dos sistemas de informação que monitoram os resultados; • Relatório de acompanhamento dos indicadores; e • Descrição das metas e cronogramas, entre outros. <p>Entrevistas por amostragem com diferentes membros da equipe gestora e técnica para aferir o conhecimento e a compreensão do Plano Estruturado contemplando toda a linha de cuidado na área de atenção materna e neonatal.</p> <p>(MOYSES FILHO, 2016; FLEURY, 2000; FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE, 2014; 2016; KESTEMAN et al., 2016).</p>	<p>Essencial</p> 
<p>1.1.3</p>	<p>A operadora atualiza periodicamente o Plano Estruturado da linha de cuidado materno e neonatal.</p> <p>Interpretação: A operadora deve garantir a atualização periódica do Plano Estruturado pelo menos anualmente. A atualização deve contemplar os ajustes necessários identificados ao longo do monitoramento e avaliação dos resultados e deve estar disponível durante as auditorias de manutenção anuais.</p> <p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Entre as possíveis formas de evidências destaca-se existência de versões anteriores ao Plano Estruturado vigente.</p> <p>(MOYSES FILHO, 2016; FLEURY, 2000; FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE, 2014; 2016; KESTEMAN et al., 2016).</p>	<p>Essencial</p> 

A operadora conta com a cobertura populacional mínima estabelecida para esta Certificação.



Interpretação:

A Operadora deve cumprir a cobertura mínima para a obtenção da Certificação, que deve ser calculada a partir do número de partos realizados em beneficiárias da operadora, no período de 12 meses anteriores à solicitação da certificação e deverá seguir os seguintes critérios:

- i. Para operadoras com até 100 partos/ano, a cobertura populacional mínima de mulheres a ser abrangida será de 80% do número de partos realizados nos últimos 12 meses;
- ii. Para operadoras que realizaram entre 101 e 4 mil partos/ano, a cobertura populacional mínima de mulheres a ser abrangida será entre 21% e 80% do total do número de partos realizados nos últimos 12 meses, obedecendo a fórmula de cálculo a partir da seguinte função linear:

$$\frac{(20\% * n^{\circ} \text{ total de partos no ano} + 60)}{n^{\circ} \text{ total de partos no ano}}$$

- iii. Para operadoras que realizaram mais de 4 mil partos/ano, a cobertura populacional mínima de mulheres a ser abrangida será entre 16% e 21% do total do número de partos realizados nos últimos 12 meses, obedecendo a fórmula de cálculo a partir da seguinte função logarítmica decrescente:

$$\left[\frac{1}{\ln(n^{\circ} \text{ partos}) * 1,7} \right] * 100$$

Para assegurar essa cobertura populacional, a operadora deverá utilizar uma ou mais equipes envolvidas na atenção ao ciclo gravídico-puerperal, bem como um hospital/maternidade ou um conjunto de hospitais/maternidades de sua rede de atenção à saúde materna e neonatal participante da certificação.

O estabelecimento de uma cobertura mínima populacional é um dos pré-requisitos para adesão ao programa. Tem como objetivo que as boas práticas estabelecidas neste manual atinjam um número significativo de beneficiárias da operadora e que represente uma mudança de modelo de atenção na área materna e neonatal consistente e que justifique a obtenção da certificação.

A cobertura populacional mínima deve estar descrita e detalhada no Plano Estruturado citado no item de verificação 1.1.1

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a existência do detalhamento da cobertura populacional mínima no Plano Estruturado estabelecido no item 1.1.1.

Verificar relatórios extraídos do sistema de informação da operadora que indiquem o alcance da cobertura populacional mínima conforme critérios estabelecidos neste manual.

Relatório anual e comprovantes de fatura com o número de partos realizados nos hospitais da rede de atenção à saúde materna e neonatal da operadora vinculados à CBP-Parto Adequado.

(ANS, 2018).

1.1.5

A operadora estabelece a relação de hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação.

Interpretação:

Para assegurar a cobertura populacional mínima, a operadora deverá indicar um hospital/maternidade ou um conjunto de hospitais/maternidades de sua rede de atenção à saúde materna e neonatal como participantes da presente Certificação.

A cobertura populacional mínima para que a operadora possa pleitear a Certificação é especificada no Capítulo 2.1 e no item 1.1.4 deste Manual. Com isto pretende-se que o padrão de qualidade que se busca estabelecer nesta Certificação tenha um impacto significativo para os beneficiários da operadora e para o setor suplementar de saúde.

A relação de hospitais indicados pela operadora como participantes da Certificação deve ser registrada conforme o “Formulário de Especificação de Estabelecimentos Hospitalares da Rede Assistencial para Certificação da Operadora”, capítulo 8.1 deste Manual, especificando informações do(s) hospital(is), como nome, razão social, CNPJ, CNES e Unidade da Federação (UF).

Para conformação da rede de hospitais/maternidades participantes da certificação, a operadora deve se basear na série histórica de partos realizados de modo a estimar que os hospitais/maternidades selecionados para participar da certificação deverão garantir a cobertura mínima populacional obrigatória.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a especificação da relação de hospitais/maternidades que participam desta Certificação no Plano Estruturado estabelecido no item 1.1.1, com as devidas atualizações.

Verificar se a informação relativa aos hospitais/maternidades que participam desta Certificação está de acordo com o “Formulário de Especificação de Estabelecimentos Hospitalares da Rede Assistencial para Certificação da Operadora” (capítulo 8.1 deste Manual).

Averiguar a existência de contrato estabelecido entre a operadora e os hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação.

Verificar documentos de cobrança/faturas dos partos realizados em beneficiárias da operadora nos hospitais/maternidades indicados pela operadora como participantes da CBP-Parto Adequado.

Essencial



1.1.6

A operadora possui área ou setor de gestão da qualidade que inclua a atenção materna e neonatal.

Essencial



Interpretação:

A operadora deve possuir área ou setor de gestão da qualidade que inclua a linha de cuidado materno e neonatal, de modo a contribuir para a integração e qualidade técnica das ações desenvolvidas na atenção ao parto e nascimento.

A área ou setor de gestão da qualidade deve ser constituída formalmente no organograma da operadora. Sua existência deve estar documentada determinando a área da gestão da operadora à qual ele está vinculado, com a nomeação/designação dos responsáveis técnicos.

Entre as suas atribuições deve constar o fortalecimento da institucionalização e consolidação das estratégias, contribuindo para a mobilização de recursos técnicos, logísticos, operacionais, administrativos, financeiros e de gestão para a qualificação da atenção à saúde materna e neonatal.

Dentre as suas atribuições estão o planejamento, o dimensionamento da rede assistencial, o monitoramento dos indicadores e a avaliação dos resultados para a tomada de decisões, em face aos objetivos e metas estabelecidos no Plano Estruturado.

As suas atribuições devem estar contidas no Plano Estruturado, referido no item 1.1.1.

O relatório de avaliação deve ser enviado sistematicamente para a alta direção, ao menos semestralmente ou quando for identificado algum nível crítico pelo programa de melhoria da qualidade em saúde ou similar, de modo a subsidiar a alta direção no monitoramento do desempenho da operadora.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Atestar a formalização da criação da área ou setor que realiza a gestão da qualidade, incluindo, obrigatoriamente, a atenção materna e neonatal.

Organograma da operadora com a identificação da área ou setor que realiza a gestão da qualidade.

Nomeações/Designações dos responsáveis técnicos pela área ou setor que realiza a gestão da qualidade.

Verificar a comprovação documental de ações desenvolvidas pela área ou setor que realiza a gestão da qualidade, tais como atas de reuniões, e-mails, apresentações e relatórios com os resultados das avaliações empreendidas etc.

Verificar a existência de relatório de avaliação do desempenho da operadora na atenção materna e neonatal.

Verificar se o monitoramento é realizado com base nos indicadores de desempenho elegidos no Plano Estruturado estabelecido no item 1.1.1.

Verificar a existência de registro do envio dos relatórios sobre o desempenho da operadora para a alta direção. O envio poderá ser comprovado pelo registro de e-mail, comunicado, correspondência ou algum outro mecanismo ou fluxo de comunicação no âmbito da operadora.

(FAERMAN, 2004; BONATO, 2011; MOYSES FILHO, 2016; KESTEMAN et al., 2016; CFIR, 2020).

1.1.7

A unidade organizacional de ouvidoria da operadora possui árvore temática específica sobre atenção materna e neonatal

Essencial



Interpretação:

A unidade organizacional de ouvidoria da operadora contempla entre os temas de sua árvore temática específica a atenção materna e neonatal.

Ouvidoria tem por objetivo acolher as manifestações dos beneficiários, tais como elogios, sugestões, consultas e reclamações, de modo a tentar resolver conflitos que surjam no atendimento ao público, e subsidiar aperfeiçoamento dos processos de trabalho da operadora, buscando sanar eventuais deficiências ou falhas em seu funcionamento. A Ouvidoria é unidade de segunda instância, podendo solicitar o número do protocolo da reclamação ou manifestação registrada anteriormente junto ao Serviço de Atendimento ao Cliente ou unidade organizacional equivalente da Operadora (ANS, 2013).

As operadoras devem possuir unidade organizacional de ouvidoria, com a atribuição de assegurar a estrita observância das normas legais e regulamentares relativas aos direitos do beneficiário, conforme Resolução Normativa - RN nº 323, de 3 de abril de 2013.

Para efeito de cumprimento do presente item de verificação, a ouvidora da operadora deve ser capaz de atender às gestantes, provendo o acolhimento às manifestações e a respectiva resolução dos contatos relativos à atenção materna e neonatal.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação por meio da estratégia de “cliente oculto/cliente fantasma”;

Verificação do conteúdo contemplado pela ouvidoria da operadora, incluindo árvore temática sobre atenção materna e neonatal.

(ANS, 2013).

1.1.8

A área ou setor de gestão da qualidade da operadora conta com um profissional responsável pela linha de cuidado materno e neonatal.

Interpretação:

A operadora deve contar com um responsável que tenha entre as suas atribuições a gestão da Certificação na linha de cuidado da atenção materna e neonatal.

O responsável técnico deverá ter graduação na área da saúde com experiência profissional e/ou pós-graduação em saúde coletiva/saúde pública ou outra área de conhecimento que contemple conteúdos de gestão/qualidade em saúde.

Os cursos de pós-graduação Lato Sensu (especialização) devem contar com, no mínimo, 360 horas de duração, realizados em instituições reconhecidas pelo Ministério da Educação.

Os cursos de pós-graduação Stricto Sensu (mestrado e doutorado) deverão ser reconhecidos pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES.

Os cursos de residência devem ser reconhecidos pelo Ministério da Educação.

Como experiência profissional, será considerada a atividade profissional prévia comprovada em saúde coletiva/saúde pública ou gestão/qualidade em saúde de pelo menos 2 (dois) anos.

O setor poderá contar com o assessoramento de profissionais especializados em diferentes áreas da atenção materna e neonatal, quando necessário, e sem necessidade de dedicação exclusiva, tais como médico ginecologista-obstetra; enfermeiro obstetra/obstetrix; médico pediatra; fisioterapeuta, preferencialmente com especialização ou título de especialista em Fisioterapia na Saúde da Mulher, dentre outros.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Atestar a atribuição de um responsável pela gestão da Certificação da linha de cuidado da atenção materna e neonatal.

Verificar a realização do monitoramento da linha de cuidado da Atenção Materna e Neonatal por meio de relatórios, atas de reunião, correspondência e e-mails, sistemas de informação de indicadores, entre outros documentos.

A avaliação deste item deve considerar a existência de contrato estabelecido entre a operadora e o profissional responsável pela gestão da Certificação da linha de cuidado materno e neonatal.


A experiência profissional prévia em saúde coletiva/saúde pública ou gestão/qualidade em saúde pode ser comprovada através de documentos como: registro em Carteira de Trabalho e Previdência Social, Certidão de Tempo de Serviço, Contrato de Prestação de Serviços, Recibo de Pagamento de Autônomo ou Declaração do Contratante.

A formação acadêmica pode ser verificada por apresentação de diploma ou declaração da instituição de ensino reconhecida pelo Ministério da Educação.

(MOYSES FILHO, 2016; KESTEMAN et al., 2016; CFIR, 2020; DIXON-WOODS et al., 2011).

Complementar



1.1.9	<p>A Central de Atendimento da operadora contempla informações para gestantes e familiares.</p> <p>Interpretação: A operadora deve contemplar em sua Central de Atendimento informações e orientações para as gestantes e familiares que entrarem em contato. Os esclarecimentos prestados devem incluir aspectos como cobertura assistencial, carência de procedimentos e rede assistencial, por exemplo. Além disso, a Central de Atendimento deverá orientar as beneficiárias quanto à existência de informações no portal da operadora e aplicativos móveis, divulgação da existência de atividades coletivas de pré-natal e sobre a eventual necessidade de direcionamento para Central de Atendimento específica para questões de saúde (de que trata o item 1.5.5), se houver. Essa Central de Atendimento deve ser disponibilizada para toda a carteira da operadora e não ser exclusiva apenas das mulheres assistidas nos hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação.</p> <p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificação do roteiro da Unidade de Resposta Audível (URA) da Central de Atendimento; Verificação por meio da estratégia de “cliente oculto/cliente fantasma”; Verificação da existência de árvore temática da Central de Atendimento contendo as questões relativas à linha do cuidado materna e neonatal. (ANS, 2013).</p>	<p>Complementar</p> 
-------	---	---

A operadora não aplica mecanismos financeiros de regulação: coparticipação e/ou franquia para realização de consultas de pré-natal.**Interpretação:**

A operadora isenta as gestantes de qualquer coparticipação e/ou franquia para consultas de pré-natal realizadas pelos prestadores de serviços de saúde localizados no mesmo município dos hospitais/maternidades indicados para a certificação de modo a facilitar o acesso das gestantes à atenção pré-natal.

A franquia e coparticipação são mecanismos de compartilhamento da responsabilidade financeira para coibir o risco moral. O risco moral é caracterizado como sobreutilização dos serviços de saúde na presença de seguro, ou seja, os indivíduos que possuem algum tipo de plano de saúde tenderiam a sobreutilizar ou aumentar a utilização desnecessária dos serviços simplesmente por estarem disponíveis, visto que o custo marginal de utilização é zero ou próximo de zero.

O pré-natal é de suma importância na gestação para prover o acompanhamento adequado e seguro, bem como promover letramento de mulher e família (MALVEIRA, 2019; PASSAMAI et al., 2018; OSBORNE, 2011) e deve ser iniciado o mais precocemente possível, ainda no primeiro trimestre da gravidez. O grau de informação durante a gravidez é uma forma de compartilhar a responsabilidade pelas decisões no cuidado.

Com a retirada de mecanismos financeiros de regulação, o que se pretende é facilitar o acesso à prestação completa do pré-natal como parte das estratégias para reduzir complicações e mortes maternas e fetais. Desse modo, o uso adequado dos serviços durante o pré-natal deve ser estimulado, e não inibido.

A operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar estabelecendo essa condição para a contratualização com os prestadores de serviços: profissionais de saúde, clínicas e hospitais, que realizam pré-natal, independentemente de fazerem parte de rede própria, contratada, credenciada ou referenciada.

Para a verificação do cumprimento deste item devem ser considerados os municípios de localização dos hospitais/maternidades indicados pela operadora como participantes desta Certificação.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação, por amostragem estatística, de contratos de beneficiários nos municípios onde estão localizados os hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação em que conste a isenção de cobranças de franquia e coparticipação nas consultas e exames de pré-natal.

Verificação, por amostragem estatística, de faturas de pagamentos de mensalidades de gestantes com contratos com franquia e coparticipação evidenciando a isenção de cobranças de consultas e exames de pré-natal que constem no protocolo assistencial e descrito neste manual pactuado entre operadora e prestadores de serviços nos contratos, aditivos ou documentos similares.

1.1.11

A operadora possui Acreditação no Programa de Acreditação de Operadoras da ANS ou Certificação em alguma outra linha de cuidado específica do Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde (PCBP) da ANS

Excelência



Interpretação:

Buscando estimular a sinergia entre estratégias de indução da qualidade, este item busca avaliar se a operadora conta com alguma Acreditação/Certificação externa nos termos dos Programas estabelecidos pela ANS.

Para pontuar, a operadora deverá possuir pelo menos o certificado de Acreditação Operadoras da ANS ou uma Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde da ANS, que deverá estar vigente na data em que for realizada a auditoria para a obtenção da presente Certificação.

O Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde (Resolução Normativa - RN nº 507, de 30 de março de 2022) é uma certificação de boas práticas para gestão organizacional e gestão em saúde, cujo objetivo é a qualificação dos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde, propiciando uma melhor experiência para o beneficiário. O Programa envolve quatro dimensões: Gestão Organizacional, Gestão da Rede Prestadora, Gestão em Saúde e Experiência do Beneficiário, que abarcam todo o escopo de atuação de uma operadora.

No que se refere ao Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde (PCBP) ele foi instituído pela Resolução Normativa nº 440, de 13 de dezembro de 2018 (ANS, 2018), substituída pela RN nº 506, de 30 de março de 2022 (ANS, 2022a). A referida Resolução regulamentou também a Certificação em Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde (CBP-APS) e previu, expressamente, a possibilidade de que fossem regulamentadas Certificações em outras áreas de atenção e linhas de cuidado.

A presente Certificação (CBP-PA) representa, portanto, a segunda Certificação instituída pela ANS no âmbito do PCBP.

As estratégias de Acreditação e Certificação de operadoras instituídas pela ANS são voluntárias.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a existência de documento/certificado vigente da operadora relativo à Acreditação ou Certificação por entidade acreditadora reconhecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), na data da avaliação para CBP-Parto Adequado.

Obs.: A ANS divulga em seu portal na internet as Entidades Acreditadoras em Saúde reconhecidas, bem como a relação das operadoras Acreditadas ou Certificadas a partir da normatização vigente.

(ANS, 2018; 2020; 2022a).

Referências Bibliográficas deste requisito:

ADAMS, W. G; MANN, A. M; BAUCHNER, H. **Use of an electronic medical record improves the quality of urban pediatric primary care.** Pediatrics, 2003.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 323, de 3 de abril de 2013.** Dispõe sobre a instituição de unidade organizacional específica de ouvidoria pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjQwNA==>.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 405, de 9 de maio de 2016.** Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS; revoga a Resolução Normativa - RN nº 267, de 24 de agosto de 2011, com exceção do art.44-B incorporado à RN nº 124, de 30 de março de 2006; e revoga também a RN nº 275, de 1º de novembro de 2011, a RN nº 321, de 21 de março de 2013, a RN nº 350, de 19 de maio de 2014, e a Instrução Normativa - IN nº 52, de 22 de março de 2013 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, e dá outras providências. Rio de Janeiro: ANS, 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzI00A==>.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 440, de 13 de dezembro de 2018.** Institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro 2019. Anexo IV. Manual de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY2MQ==>.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 452, de 9 de março de 2020.** Dispõe sobre o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Altera a Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a Aplicação de Penalidades para as Infrações à Legislação de Planos Privados de Assistência à Saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzg2NA==>

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 506, de 30 de março de 2022a.** 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. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-normativa-rn-n-506-de-30-de-marco-de-2022-390812599>

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 507, de 9 de março de 2020.** Dispõe sobre o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 510, de 30 de março de 2020.** Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS; revoga as Resoluções Normativas nº 405, de 09 de maio de 2016 e nº 421, de 23 de março de 2017, e dá outras providências.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução de Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013.** Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 2011; 35 (5): 319-331. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_cliente.pdf

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente Ministério da Saúde**; Brasília, DF: Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária 2014. 40 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013b**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2095, de 24 de setembro de 2013a**. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 1.638, de 10 de julho de 2002**. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 1821/2007**. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1821_2007.htm

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil); SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE. **Cartilha sobre Prontuário Eletrônico**: a Certificação de Sistemas de Registro Eletrônico de Saúde. São Paulo: Claudio Giulliano Alves da Costa, 2012. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/crmdigital/Cartilha_SBIS_CFM_Prontuar_io_Eletronico_fev_2012.pdf

CONSOLIDATED FRAMEWORK FOR IMPLEMENTATION RESEARCH. 2020 CFIR. **Research Team-Center for Clinical Management Research**: Consolidated Framework for Implementation Research. Disponível em: <https://cfirguide.org/>

DIXON-WOODS, M.; BOSK, C. L.; AVELING, E. L.; GOESCHEL, C. A. Pronovost PJ. Explaining Michigan: developing an ex post theory of a quality improvement program. **Milbank Q.** 2011;89(2):167-205. doi:10.1111/j.1468-0009.2011.00625.x

FAERMAN, S. R.; QUINN, R. E; THOMPSON, M. P. **Competências gerenciais**: princípios e aplicações. 3. ed. São Paulo: Editora Campus. 2004.

FLEURY, M. T. L. Gerenciando a diversidade cultural: experiências de empresas Brasileiras. **Rev. adm. empresa**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 18-25, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902000000300003&lng=en&nrm=iso FNQ –

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE (Brasil). **Modelo de Excelência em Gestão (MEG)**: guia de referência da gestão para a excelência. 21 ed. São Paulo: s/d.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE (Brasil). **Primeiros passos para a excelência avaliação e diagnóstico da Gestão Organizacional**. 1.ed. São Paulo: s/d .

KESTEMAN, H. N. et al. **Planejamento e Gestão Estratégica em organizações em saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2016.

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

MASSAD, E.; MARIN, H.; AZEVEDO NETO, R. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**., São Paulo: OPAS, março 2003.

MOYSES FILHO, J. **Planejamento e gestão estratégica em organizações em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV. 2016.

PRESTES, A. et al. **Manual do gestor hospitalar**. Brasília, DF: Federação Brasileira de Hospitais, 2019. Disponível em: <http://fbh.com.br/wp-content/uploads/2019/05/MANUAL-FBH.pdf>

TANCREDI, F. B. et al. Planejamento em Saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania). V. 2

VASCONCELLOS, M. M; GRIBEL, E.B; MORAES, I. H. S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008.

1.2 ESTRUTURAÇÃO E ORGANIZAÇÃO TÉCNICA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNA E NEONATAL

Requisito direcionador para: avaliação da estruturação, constituição e organização da rede de atenção à saúde materna e neonatal baseada em critérios técnicos; garantia da adesão da rede às melhores práticas relativas à qualidade e segurança do paciente; tecnologia da informação e comunicação em saúde e critérios e rotinas para a coleta e análise de dados

1.2.1

A operadora realiza visita anual de monitoramento das condições de infraestrutura, ambiência, materiais, equipamentos e recursos humanos disponíveis nos hospitais/maternidades de sua rede de atenção à saúde materna e neonatal indicada para esta certificação.

Essencial



Interpretação:

A operadora deve monitorar, por meio de visita técnica, os seguintes aspectos dos hospitais/maternidades indicados para a presente certificação, com vistas a garantir a qualidade e segurança da atenção à saúde materna e neonatal.

- características infraestruturais e de ambiência (previstas no item de verificação 1.2.2)
- materiais e equipamentos (previstos no item de verificação 1.2.3),
- existência efetiva de Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) (previsto no item de verificação 1.2.4)
- realização das ações do Plano de Segurança do Paciente (PSP) (previstas no item de verificação 1.2.5)
- monitoramento do Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) implantado (previsto no item de verificação 1.2.6)
- existência de Comissão de Revisão de Prontuários (CRP) (prevista no item de verificação 1.2.7 prevista)
- existência de Comissão ou Comitê Hospitalar de Óbitos (prevista no item de verificação 1.2.8)
- adoção dos protocolos e das metas de segurança do paciente (prevista no item de verificação 1.2.10)
- existência de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (prevista no item de verificação 1.2.11)
- existência de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (prevista no item de verificação 1.2.12)
- existência de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (prevista no item de verificação 1.2.13)
- existência de aparelho de ultrassom para uso no trabalho de parto e parto (previsto no item de verificação 1.2.14)
- utilização de ferramenta eletrônica de informações individualizadas de saúde (Prontuário Eletrônico do Paciente/Registro Eletrônico de Saúde) (prevista no item de verificação 1.2.15)
- utilização de ferramenta eletrônica de informações individualizadas de saúde (Prontuário Eletrônico do Paciente/Registro Eletrônico de Saúde) certificada por entidade de referência (prevista no item de verificação 1.2.16)
- existência de agência transfusional *in loco* (prevista no item de verificação 1.2.17)
- preenchimento do Formulário Nacional de Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente, da ANVISA (previsto no item de verificação 1.2.18)
- recursos humanos (equipe mínima prevista no item de verificação 2.3.1)
- outros aspectos que a operadora julgar relevantes para a participação do hospital/maternidade nesta Certificação.

A operadora deve visitar os hospitais/maternidades integrantes de sua rede assistencial, previamente à inclusão entre os hospitais/maternidades da rede da operadora participantes da Certificação. Após, a periodicidade das visitas da operadora aos hospitais/maternidades participantes da Certificação deverá ser anual.

O Relatório da visita deve ser utilizado pela operadora para fins de manutenção e aprimoramento da qualidade e segurança dos hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação.

O cumprimento deste item diz respeito à realização da visita da operadora ao hospital/maternidade, da verificação dos aspectos mencionados e da elaboração do Relatório da visita. O cumprimento de cada aspecto mencionado deverá ser avaliado pelos auditores nos respectivos itens de verificação subsequentes.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais/maternidades indicados para participação na Certificação, em que conste a obrigatoriedade de cumprimentos dos aspectos descritos no presente item de verificação. Verificar Relatórios das visitas técnicas realizadas pela operadora com vistas ao monitoramento dos hospitais/maternidades de sua rede assistencial indicados como participantes desta Certificação.

Realização de visitas amostrais pela equipe de auditoria da EAS, presenciais ou à distância, a hospitais/maternidades da operadora indicados como participantes desta Certificação.

Checagem das informações no portal institucional do hospital e dos dados cadastrais do estabelecimento no CNES.

(ANS, 2002; SBP, 2004; ANVISA, 2006; 2008; 2011a; 2011b; 2013; 2014; CANE et al., 2012; DODOU, 2007).

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação possuem a infraestrutura e a ambiência mínimas para a atenção materna e neonatal.**Interpretação:**

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação devem possuir infraestrutura e ambiência para promover a qualidade e segurança obstétrica, considerando minimamente os seguintes aspectos:

- Licença sanitária atualizada;
- Espaço de convivência para toda a equipe multiprofissional;
- Espaço de observação, para evitar admissão precoce da gestante;
- Espaço adequado para trabalho de parto (TP) e para deambulação e movimentação ativa de gestantes durante o trabalho de parto;
- Acomodação para o(a) acompanhante da gestante/puérpera;
- Centro Obstétrico, com sala de parto cirúrgico/curetagem;
- Pelo menos uma unidade de apartamento PP (Pré-Parto e Parto) ou PPP (Pré-Parto, Parto e Pós-parto) ou unidades similares (áreas transformadas em ambiente funcional PP ou PPP), que permitam que o trabalho de parto, o parto e as primeiras duas horas após o parto aconteçam no mesmo espaço físico;
- Acesso à banco de Leite Humano, com disponibilidade de leite humano ordenhado pasteurizado; e
- Acesso à Agência transfusional.

No que se refere ao espaço físico adequado para a atenção neonatal, ele deve envolver, ainda:

- Ambiente climatizado, com temperatura controlada e adequada para o atendimento ao recém-nascido; e
- Alojamento conjunto, proporcionando que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permaneça ao lado da mãe 24 horas por dia.

Para assegurar que a unidade hospitalar atenda a essas características, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar estabelecendo essa condição para a contratualização com os hospitais/maternidades participantes da Certificação, independentemente do hospital ser rede própria, contratada, credenciada ou referenciada. Para garantir a estrutura mínima, pode constar no contrato, quando necessário, o apoio técnico ou financeiro da operadora para os hospitais/maternidades integrantes de sua rede assistencial na reforma/adequação da ambiência, considerando que o ambiente estrutural e os recursos disponíveis podem desencorajar ou incentivar práticas desejáveis, convergentes com as evidências científicas e contribuir para a experiência positiva dos pacientes.

A operadora deverá monitorar as características infraestruturais e de ambiência por meio de visita, de acordo com o item 1.2.1.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação de contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais/maternidades indicados para participação na Certificação, em que conste a obrigatoriedade de infraestrutura e ambiência para a adequada assistência ao parto e nascimento.

Verificação do Relatório de visita presencial da operadora nos hospitais/maternidades integrantes da rede assistencial da operadora participantes da Certificação, contemplando a verificação da existência de infraestrutura e ambiência mínimas para a atenção materna e neonatal descritas neste item.

Realização de visitas amostrais pela equipe de auditoria da EAS, presenciais ou à distância, a hospitais/maternidades da operadora indicados como participantes da Certificação.

Checagem das informações relativas à infraestrutura no portal institucional do hospital e dos dados cadastrais do estabelecimento no CNES.

(ANS, 2002; SBP, 2004; ANVISA, 2006; 2008; 2011a; 2011b; 2013; 2014; CANE et al., 2012; DODOU, 2007.)

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação possuem materiais e equipamentos mínimos para a atenção materna e neonatal.



Interpretação:

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação devem possuir os materiais e equipamentos mínimos para a atenção materna e neonatal descritos a seguir, para promover a qualidade e segurança obstétrica.

- Materiais para utilização no alívio não farmacológico da dor e facilitar posições verticais, para estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto, tais como: barra fixa ou escada de Ling, bola de Bobat ou cavalinho, banquinho, escadas etc.;
- Materiais para utilização no alívio farmacológico da dor: carrinho de anestesia (com ventilação pulmonar e materiais e equipamentos anestésicos), materiais/kits para anestesia peridural e raquidiana;
- Bomba de infusão para administração de ocitocina;
- Cardiotocógrafo.

Para a atenção ao neonato, além das exigências estabelecidas pela vigilância sanitária, o hospital/maternidade deve contar com:

- Mesa de três faces para reanimação em sala de parto ou em sala de reanimação neonatal com fonte de calor radiante;
- Materiais para aspiração, ventilação, intubação e cateterismo umbilical; e
- Incubadora de transporte com oxigênio, oxímetro e bomba de infusão.

Para assegurar que a unidade hospitalar atenda a essas características, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar estabelecendo essa condição para a contratualização com os hospitais/maternidades participantes da Certificação, independentemente do hospital/maternidade ser rede própria, contratada, credenciada ou referenciada.

Para garantir os materiais e equipamentos mínimos, pode constar no contrato, quando necessário, o apoio técnico ou financeiro da operadora para os hospitais/maternidades integrantes de sua rede assistencial, contribuindo para a experiência positiva dos pacientes.

A operadora deverá monitorar a existência de materiais e equipamentos mínimos por meio de visita, de acordo com o item 1.2.1.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação de contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais/maternidades indicados para participação na Certificação, em que conste a obrigatoriedade dos materiais e equipamentos mínimos para a adequada assistência ao parto e nascimento.

Verificação de Relatório de visita presencial da operadora nos hospitais/maternidades integrantes da rede assistencial da operadora participantes da Certificação, contemplando a verificação da existência de materiais e equipamentos mínimos para a atenção materna e neonatal descritas neste item.

Realização de visitas amostrais pela equipe de auditoria da EAS, presenciais ou à distância, a hospitais/maternidades da operadora indicados como participantes da Certificação.

Checagem das informações no portal institucional do hospital e dos dados cadastrais do estabelecimento no CNES.

(ANS, 2002; ANVISA, 2006; 2008; 2011a; 2011b; 2013; 2014; BRASIL, 2007; CANE et al., 2012; DODOU, 2007).

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação possuem Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) cadastrado junto à ANVISA e em efetiva atividade.



Interpretação:

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação devem possuir Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) cadastrado junto à ANVISA e em efetiva atividade.

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é obrigatório de acordo com a Resolução - RDC ANVISA nº 36, de 2013, e alterações posteriores.

Para assegurar que a unidade hospitalar possua NSP ativo, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar estabelecendo essa condição para a contratualização com os hospitais/maternidades participantes da Certificação, independentemente do hospital ser rede própria, contratada, credenciada ou referenciada. O NSP constitui uma instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente e deve adotar os princípios de estímulo à melhoria contínua dos processos de cuidado e o uso seguro de tecnologias da saúde, disseminação sistemática da cultura de segurança, articulação e integração dos processos de gestão de risco e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Para o NSP ser considerado instituído ele deve ter sua composição formalizada pela direção do serviço de saúde e possuir comprovação das reuniões realizadas.

A operadora deverá verificar se o NSP está devidamente cadastrado junto à ANVISA e monitorar por meio de visita, de acordo com o item 1.2.1, as seguintes ações: elaboração e visibilidade do Plano de Segurança do Paciente, contemplando o acompanhamento das ações do Núcleo de Segurança do Paciente, realização de gestão de risco, adoção de protocolos de segurança do paciente e realização de notificação de eventos adversos ao Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA/ANVISA).

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais/maternidades indicados para participação na Certificação, em que conste a existência efetiva de Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

Verificar Relatório de visita presencial da operadora nos hospitais/maternidades integrantes de sua rede assistencial participantes da Certificação, incluindo:

- Documentações formais referentes à instituição do NSP do serviço de saúde.
- Atas ou registros das reuniões do NSP realizadas, pelo menos semestral.

Realização de visitas amostrais pela equipe de auditoria da EAS, presenciais ou à distância, a hospitais/maternidades da operadora indicados como participantes da Certificação.

Verificação de cadastramento do NSP junto à ANVISA. O cadastro do NSP dos serviços de saúde pode ser consultado no site da ANVISA:

<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/dadosabertos/informacoes-analiticas/nucleos-de-seguranca-do-paciente>

(IOM, 2001; RESAR et al., 2003; MENDES, 2005; ANVISA, 2013; 2016; BRASIL, 2013a; 2013b; 2013c; BELELA, 2010; SAMPAIO et al., 2014; PIERDEVARA, 2017).

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação realizam as ações previstas no Plano de Segurança do Paciente (PSP).**Interpretação:**

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação devem realizar as ações previstas no Plano de Segurança do Paciente (PSP).

A elaboração do Plano de Segurança do Paciente pelo NSP é obrigatória de acordo com a Resolução - RDC ANVISA nº 36, de 2013, e alterações posteriores.

Para assegurar que a unidade hospitalar realize as ações previstas no PSP, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar estabelecendo essa condição para a contratualização com os hospitais/maternidades participantes da Certificação, independentemente do hospital ser rede própria, contratada, credenciada ou referenciada. O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde é um documento exigido para os estabelecimentos de saúde e tem o intuito de definir as prioridades e nortear as ações de segurança do paciente na instituição. O PSP deve apontar situações de risco e descrever as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco, visando à prevenção e à mitigação dos incidentes, a formação e a avaliação da cultura de segurança do paciente, e a conexão entre a liderança e os profissionais da linha de frente do cuidado (ANVISA, 2013; 2016).

O Plano de Segurança do Paciente deve conter a análise da situação ou diagnóstico do contexto e dos perigos potenciais; objetivos; estratégias; ações; metas; indicadores de acompanhamento; cronograma; e deve contemplar as seguintes estratégias e ações, conforme tipo de atividade desenvolvida:

- identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;
- integração dos diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;
- capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- implementação de Protocolos Básicos de Segurança do Paciente estabelecidos pelo Ministério da Saúde: identificação do paciente; higienização das mãos; segurança cirúrgica; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; prevenção de quedas dos pacientes; e prevenção de úlceras por pressão;
- implementação de protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;
- implementação de protocolo de segurança no uso de equipamentos e materiais;
- registro adequado do uso de órteses e próteses;
- prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;
- garantia da segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;
- comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;
- estímulo à participação do paciente e dos familiares na assistência prestada; e
- promoção do ambiente seguro.

A operadora deverá monitorar a realização das ações previstas no Plano de Segurança do Paciente (PSP) por meio de visita, de acordo com o item 1.2.1.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação, por amostragem estatística, de contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais/maternidades indicados para participação na Certificação, em que conste a realização das ações do Plano de Segurança do Paciente.

Verificar Relatório de visita presencial da operadora nos hospitais/maternidades integrantes da rede assistencial da operadora participantes da Certificação, incluindo:

- Verificação da realização de ações previstas no Plano de Segurança do Paciente.
- Verificação da implementação dos protocolos previstos no PSP.

Realização de visitas amostrais pela equipe de auditoria da EAS, presenciais ou à distância, a hospitais/maternidades da operadora indicados como participantes da Certificação.

Verificar disponibilidade do Plano de Segurança do Paciente no portal na internet dos hospitais/maternidades de sua rede de assistência à saúde materna e neonatal participantes da Certificação.

(ANVISA, 2013; 2016b; BRASIL, 2013a; 2013b; 2013c).

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação realizam as ações previstas no Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH).



Interpretação:

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação devem realizar as ações previstas no Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), elaborado pela Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH) do hospital/maternidade.

A CCIH é um órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição hospitalar e deve elaborar, implementar, manter e avaliar um Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), adequado às características e necessidades da instituição (Lei nº 9.431, de 1997 e Portaria GM/MS nº 2.616, de 1998).

O PCIH deve ser executado pelos membros executores da CCIH, que devem ser técnicos de nível superior da área da saúde, havendo preferencialmente um enfermeiro na equipe. O quantitativo mínimo de membros executores e a carga horária dedicada deve ser ajustada de acordo com a quantidade e tipos de leitos do hospital segundo a Portaria GM/MS nº 2.616, de 1998.

As reuniões da CCIH devem ocorrer regularmente e serem registradas em atas, as quais devem historiar com clareza a existência de um programa com ações para o controle de infecções no hospital/maternidade.

A equipe dos hospitais/maternidades deve receber treinamento específico, sistemático e periódico para o controle de Infecção Hospitalar conforme previsto no PCIH.

A operadora deverá monitorar o Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) implantado por meio de visita, de acordo com o item 1.2.1.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais/maternidades indicados para participação na Certificação, em que conste a realização de ações do Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH).

Verificar Relatório de visita presencial da operadora nos hospitais/maternidades integrantes da rede assistencial da operadora participantes da Certificação, contemplando a verificação da realização das ações do Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), incluindo:

- Verificação da existência de documentações formais referentes à instituição da CCIH no serviço de saúde.
- Verificação da existência de atas ou registros das reuniões da CCIH realizadas.
- Averiguação da conformação dos membros da CCIH que executam o PCIH e se estão ajustados de acordo com a quantidade e tipos de leitos do hospital segundo a Portaria GM/MS nº 2.616, de 1998, ou outra que vier a substituí-la.

Realização de visitas amostrais pela equipe de auditoria da EAS, presenciais ou à distância, a hospitais/maternidades da operadora indicados como participantes da Certificação.

Verificação de cadastramento da Comissão de Controle de Infecção (CCIH) junto à ANVISA. Os serviços de saúde com CCIH podem ser consultados no site da Anvisa. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojInZlODhhNjltMGY3Yi00MzZlLWI5ODAtMjg5ND-ZlZmZiZjc5IiwidCI6ImI2N2FmMjNmLWZjZjMtNGQzNS04MGM3LWI3MDg1ZjVlZG-Q4MSJ9>

(BRASIL, 1997; 1998; ANVISA, 2021a).

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação possuem Comissão de Revisão de Prontuários (CRP).**Interpretação:**

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação devem possuir Comissão de Revisão de Prontuários (CRP), de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM nº 1.638, de 10 de julho de 2002.

O prontuário médico é definido como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (CFM, 2002).

A atuação da Comissão de Revisão de Prontuários (CRP) possui caráter técnico-científico, e tem por objetivo a qualificação dos registros e servir de referência interna para os profissionais de saúde do hospital/maternidade. A CRP deve ser coordenada por um profissional médico.

Dentre as competências da CRP está a observância dos itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel, tais como: identificação do paciente; anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados; e evolução diária do paciente. Além disso, a CRP deve assegurar a “responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade” (CFM, 2002).

A operadora deverá verificar a existência da CRP por meio de visita, de acordo com o item 1.2.1.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais/maternidades indicados para participação na Certificação, em que conste a verificação da Comissão de Revisão de Prontuários.

Verificar Relatório de visita presencial da operadora nos hospitais/maternidades integrantes da rede assistencial da operadora participantes da Certificação, contemplando a verificação da Comissão de Revisão de Prontuários, incluindo:

- Verificação de instrumento de criação da Comissão de Revisão de Prontuários, por designação da Direção do estabelecimento de saúde, coordenada por um médico, conforme Resolução CFM nº 1.638/2002.
- Verificação da existência de atas ou registros das reuniões da CRP realizadas.

Realização de visitas amostrais pela equipe de auditoria da EAS, presenciais ou à distância, a hospitais/maternidades da operadora indicados como participantes da Certificação.

(CFM, 2002; 2007).

1.2.8

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação possuem Comissão ou Comitê Hospitalar de Óbitos.

Essencial



Interpretação:

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação devem possuir Comissão ou Comitê Hospitalar de Óbitos, em consonância com a Resolução CFM Nº 2.171, de 30 de outubro de 2017.

Compete à Comissão de Revisão de Óbito a avaliação de todos os óbitos ocorridos na unidade, devendo, quando necessário, analisar laudos de necropsias realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal.

Os membros componentes da Comissão de Revisão de Óbito devem ser indicados pela Direção Técnica da instituição.

A Comissão de Revisão de Óbito deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde.

Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três) membros, pode haver no máximo 2 (dois) enfermeiros e 3 (três) médicos. Outros profissionais de saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Revisão de Óbito, sendo 1 (um) representante por profissão.

O coordenador da Comissão de Revisão de Óbito será obrigatoriamente médico.

A Comissão de Revisão de Óbito se reunirá mensalmente, caso haja óbito a ser analisado, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário.

A operadora deverá monitorar existência de Comissão ou Comitê Hospitalar de Óbitos por meio de visita, de acordo com o item 1.2.1.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação de Contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais/maternidades indicados para participação na Certificação, em que conste a verificação da Comissão de Revisão de Óbito.

Verificação de Relatório de visita presencial da operadora nos hospitais/maternidades integrantes da rede assistencial da operadora participantes da Certificação, contemplando a verificação da Comissão de Revisão de Óbito.

Realização de visitas amostrais pela equipe de auditoria da EAS, presenciais ou à distância, a hospitais/maternidades da operadora indicados como participantes da Certificação.

Instrumento de designação da Comissão de Revisão de Óbito.

Atas, registros de áudio e/ou relatórios das reuniões.

(CFM, 2005, 2017; BRASIL, 2009b; 2010a; 2010b; 2017; 2021; BITTENCOURT, 2013).

1.2.9

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação enviam dados relativos à Classificação de Robson das gestantes para a operadora.

Essencial



Interpretação:

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação devem enviar dados relativos à Classificação de Robson das gestantes para a operadora, para o monitoramento sistemático e composição dos indicadores referentes a partos vaginais e cirurgia cesárea das beneficiárias atendidas.

A classificação de Robson foi criada pelo médico irlandês Michael Robson em 2001, usando cinco características básicas (antecedente obstétrico, número de fetos, apresentação fetal, início do trabalho de parto e idade gestacional) para classificar todas as gestantes em dez grupos. Após revisão sistemática, a Organização Mundial da Saúde (OMS) concluiu que a classificação de Robson é a mais apropriada para avaliar, monitorar e comparar taxas de partos vaginais e de cesáreas ao longo do tempo, em um mesmo hospital/maternidade e entre diferentes hospitais/maternidades.

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. Para tanto, é relevante a sistematização do seguinte conjunto de informações relativas à Classificação de Robson:

- O número de cirurgias cesáreas em cada grupo;
- O número de partos vaginais em cada grupo;
- O tamanho proporcional de cada grupo (número de partos do grupo dividido pelo número total de partos);
- O percentual de cesáreas em cada grupo;
- A contribuição absoluta de cada grupo para a taxa de cesárea geral (número de cesáreas de cada grupo);
- A contribuição relativa (%) de cada grupo para a taxa de cesárea geral (número de cesáreas de cada grupo dividido pelo número total de cesáreas X 100).

As características de cada grupo de Robson bem como o modelo do formato de tabela para registro dos dados da classificação de Robson (“Planilha” ou “Tabela” de Robson) constam da ficha do indicador relativo à Classificação de Robson, no capítulo 5.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação estabelecendo o envio dos dados relativos à Classificação de Robson das gestantes para a operadora.

Verificar se a operadora possui banco de dados estabelecido a partir dos registros obtidos e transmitidos pelos hospitais/maternidades de sua rede assistencial para atenção materna e neonatal, possibilitando a extração de dados relativos à classificação de Robson.

(TORLONI et al., 2011; BETRAN et al., 2014; LEAL et al., 2014; VOGEL et al., 2015; IFF/FIOCRUZ, 2018; WHO, 2015; 2017; NAKAMURA-PEREIRA et al., 2016.)

1.2.10

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação adotam os protocolos e as metas de Segurança do Paciente.

Complementar



Interpretação:

Os hospitais/maternidades da rede assistencial da operadora indicados como participantes da Certificação devem adotar os protocolos e as metas de segurança do paciente.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a segurança do paciente é um dos seis atributos da qualidade em saúde, ao lado da efetividade, cuidado centrado no paciente, oportunidade, eficiência e equidade.

Dessa forma, a OMS estabeleceu as seguintes metas internacionais de segurança do paciente:

- Identificação correta do paciente;
- Comunicação efetiva entre os profissionais de saúde;
- Melhorar a segurança na prescrição, no uso, e na administração de medicamentos;
- Assegurar cirurgia em local, procedimento e paciente corretos;
- Higienizar as mãos para evitar infecções;
- Reduzir o risco de quedas e lesões por pressão.

Como forma de instituir as ações para segurança do paciente em serviços de saúde e a melhoria da qualidade em caráter nacional, o Ministério da Saúde estabeleceu a obrigatoriedade da adoção dos protocolos de Segurança do Paciente por meio das Portarias nº 1.377/2013 e nº 2.095/2013 do Ministério da Saúde. Assim, devem ser adotados os seguintes protocolos estabelecidos como obrigatórios pelo Ministério da Saúde:

- Protocolo de Identificação do paciente;
- Prática de higiene das mãos;
- Segurança cirúrgica;
- Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- Prevenção de quedas dos pacientes;
- Prevenção de úlceras por pressão (UPP).

A operadora deverá monitorar a adoção dos protocolos e das metas de segurança do paciente, de acordo com o item 1.2.1.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais/maternidades indicados para participação na Certificação, em que conste a adoção dos protocolos e das metas de segurança do paciente.

Relatório de visita presencial da operadora nos hospitais/maternidades integrantes da rede assistencial da operadora participantes da Certificação, contemplando a verificação da adoção dos protocolos e das metas de segurança do paciente.

Realização de visitas amostrais pela equipe de auditoria da EAS, presenciais ou à distância, a hospitais/maternidades da operadora indicados como participantes da Certificação.

(ANVISA, 2013; 2016; BRASIL, 2013a; 2013b; 2013c).

**Interpretação:**

Os hospitais/maternidades da rede assistencial da operadora indicados como participantes da Certificação devem contar com Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional, além dos requisitos mínimos de infraestrutura e ambiência contemplados no item de verificação 1.2.2 (classificado como “Essencial”).

As Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional, também conhecidas como Unidades Semi-Intensiva, são serviços em unidades hospitalares destinados ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTI Neonatal (UTIN) (BRASIL, 2012c).

As Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional poderão configurar-se como unidades de suporte às UTIN ou de forma independente, obedecendo à rotina de cada serviço.

Essas Unidades devem atender às normas de Vigilância Sanitária, e dispor, no mínimo, dos seguintes materiais e equipamentos (BRASIL, 2012c):

- a) berço de calor radiante em no mínimo 10% (dez por cento) dos leitos;
- b) incubadoras simples em no mínimo 60% (sessenta por cento) dos leitos;
- c) berços de acrílico em no mínimo 30% (trinta por cento) dos leitos;
- d) monitor de beira de leito para monitorização contínua de frequência cardíaca, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva, frequência respiratória e temperatura: 1 (um) para cada leito;
- e) monitor multiparâmetros: 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos;
- f) ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com reservatório e válvula e máscaras para prematuros e recém-nascido a termo: 1 (um) para cada 3 (três) recém-nascidos;
- g) capacetes/ capuz para oxigênio: 1 (um) para cada 4 (quatro) leitos;
- h) termômetro digital individual: 1 (um) para cada leito;
- i) estetoscópio individual: 1 (um) para cada leito;
- j) esfigmomanômetro - 1 (um) para 15 (quinze) leitos ou menor fração;
- k) otoscópio e oftalmoscópio - 1 (um) para 15 (quinze) leitos ou menor fração;
- l) material e equipamento para reanimação: 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos;
- m) conjunto de nebulizador e máscara: 1 (um) para cada 4 (quatro) leitos;
- n) aspirador portátil: 1 (um) por unidade;
- o) bomba de infusão: 1 (uma) para cada leito;
- p) aparelhos de fototerapia: 1 (um) para cada 4 (quatro) leitos;
- q) balança eletrônica: 1 (uma) para cada 15 (quinze) leitos;
- r) negatoscópio ou sistema informatizado para visualizar Raio X: 1 (um) por unidade;
- s) relógios e calendário de parede visíveis;
- t) poltronas removíveis, com revestimento impermeável: 1 (uma) por leito (para realização de contato pele a pele/posição canguru);
- u) oxímetro de pulso: 1 (um) para cada leito;
- v) termômetro: 1 (um) para cada leito;

As Unidades devem cumprir, ainda, os seguintes requisitos de Humanização:

- a) controle de ruído;
- b) controle de iluminação;
- c) climatização;
- d) iluminação natural;
- e) garantia de livre acesso à mãe e ao pai, e permanência da mãe ou pai;
- f) garantia de visitas programadas dos familiares; e
- g) garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares, pela equipe médica, no mínimo, uma vez ao dia.

Para assegurar que a unidade hospitalar/maternidade atenda a essa característica, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar estabelecendo essa condição para a contratualização com os hospitais/maternidades participantes da Certificação.

A operadora deverá verificar a existência de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional por meio de visita, de acordo com o item 1.2.1.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais/maternidades indicados para participação na Certificação, em que conste a obrigatoriedade de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional.

Verificar Relatórios de visita presencial da operadora nos hospitais/maternidades integrantes da rede assistencial da operadora participantes da Certificação, contemplando a verificação da existência de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional. Realização de visitas amostrais pela equipe de auditoria da EAS, presenciais ou à distância, a hospitais/maternidades da operadora indicados como participantes da Certificação.

Checagem das informações no portal institucional do hospital e dos dados cadastrais do estabelecimento no CNES.

(ANS, 2002; BRASIL, 2012c; SBP, 2004; ANVISA, 2006; 2008; 2011a; 2011b; 2013; 2014; CANE et al., 2012; DODOU, 2007).

**Interpretação:**

Os hospitais/maternidades da rede assistencial da operadora indicados como participantes da Certificação devem contar com Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru, além dos requisitos mínimos de infraestrutura e ambiência contemplados no item de verificação 1.2.2 (classificado como “Essencial”).

As Unidades Canguru são serviços em unidades hospitalares/maternidades cuja infraestrutura física e material permite acolher mãe e filho para prática do método canguru, para repouso e permanência no mesmo ambiente nas 24 (vinte e quatro) horas por dia, até a alta hospitalar (BRASIL, 2012c).

Essas Unidades são responsáveis pelo cuidado de recém-nascidos com peso superior a 1.250g, clinicamente estáveis, em nutrição enteral plena, cujas mães manifestem o desejo de participar e tenham disponibilidade de tempo.

As Unidades Canguru, adicionais às Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal Convencionais, devem possuir suporte assistencial por equipe de saúde adequadamente treinada, que possibilite a prestação de todos os cuidados assistenciais e a orientação à mãe sobre sua saúde e a do recém-nascido.

As Unidades Canguru devem atender às normas de Vigilância Sanitária, e dispor, no mínimo, dos seguintes materiais e equipamentos (BRASIL, 2012c):

- a) incubadoras simples em pelo menos 20% (vinte por cento) dos leitos;
- b) berços de acrílico em pelo menos 80% (oitenta por cento) dos leitos;
- c) ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com reservatório e válvula e máscaras para prematuros e recém-nascido a termo: 1 para cada 5 (cinco) recém-nascidos;
- d) termômetro digital individual: 1 (um) para cada leito;
- e) estetoscópio individual: 1 (um) para cada leito;
- f) material e equipamento para reanimação: 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos;
- g) aspirador portátil: 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos;
- h) balança eletrônica: 1 (uma) para cada 15 (quinze) leitos;
- i) relógios e calendários de parede visíveis; e
- j) poltronas removíveis, com revestimento impermeável: 1 (uma) por leito.

A incubadora de transporte, o esfignomanômetro, o otoscópio, o oftalmoscópio e o conjunto de nebulizador e máscara podem ser compartilhados entre as Unidades Convencionais e as Unidades Canguru, guardando a proporção em relação ao número de leitos.

As Unidades devem cumprir, ainda, os seguintes requisitos de Humanização:

- a) controle de ruído;
- b) controle de iluminação;
- c) climatização;
- d) iluminação natural;
- e) garantia de livre acesso à mãe e ao pai, e permanência da mãe ou pai;
- f) garantia de visitas programadas dos familiares; e
- g) garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares, pela equipe médica, no mínimo, uma vez ao dia.

Para assegurar que a unidade hospitalar/maternidade atenda a essa característica, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar estabelecendo essa condição para a contratualização com os hospitais/maternidades participantes da Certificação.

A operadora deverá verificar a existência de Unidade Canguru por meio de visita, de acordo com o item 1.2.1.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais/maternidades indicados para participação na Certificação, em que conste a obrigatoriedade de Unidade Canguru.

Verificar Relatórios de visita presencial da operadora nos hospitais/maternidades integrantes da rede assistencial da operadora participantes da Certificação, contemplando a verificação da existência de Unidade Canguru.

Realização de visitas amostrais pela equipe de auditoria da EAS, presenciais ou à distância, a hospitais/maternidades da operadora indicados como participantes da Certificação.

Checagem das informações no portal institucional do hospital e dos dados cadastrais do estabelecimento no CNES.

(ANS, 2002; BRASIL, 2012c; SBP, 2004; ANVISA, 2006; 2008; 2011a; 2011b; 2013; 2014; CANE et al., 2012; DODOU, 2007).

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação possuem Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).



Interpretação:

Os hospitais/maternidades da rede assistencial da operadora indicados como participantes da Certificação devem contar com Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), além dos requisitos mínimos de infraestrutura e ambiência contemplados no item de verificação 1.2.2 (classificado como “Essencial”).

As UTIN são serviços hospitalares voltados para o atendimento de recém-nascido grave ou com risco de morte, e devem dispor de equipe multidisciplinar especializada, equipamentos específicos próprios e tecnologia adequada ao diagnóstico e terapêutica dos recém-nascidos graves ou com risco de morte (BRASIL, 2012c).

As UTIN devem atender às normas de Vigilância Sanitária, dentre as quais a Resolução RDC ANVISA nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 (ANVISA, 2010); Resolução RDC ANVISA nº 26, de 11 de maio de 2012 (ANVISA, 2012); e outras que vierem a substituí-las.

Além disso, as UTIN devem dispor, no mínimo, dos seguintes materiais e equipamentos (BRASIL, 2012c):

- a) material e equipamento para reanimação: 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos;
- b) monitor de beira de leito para monitorização contínua de frequência cardíaca, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva, frequência respiratória e temperatura: 1 (um) para cada leito;
- c) ventilador pulmonar mecânico microprocessado: 1 (um) para cada 2 (dois) leitos, com reserva operacional de 1 (um) equipamento para cada 5 (cinco) leitos, devendo dispor cada equipamento de, no mínimo, 2 (dois) circuitos completos;
- d) ventilador pulmonar específico para transporte, com bateria: 1 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;
- e) equipamento para infusão contínua e controlada de fluidos (“bomba de infusão”): 4 (quatro) por leito ou fração;
- f) conjunto de nebulização, em máscara: 1 (um) para cada leito;
- g) conjunto padronizado de beira de leito contendo estetoscópio, fita métrica, ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com máscara e reservatório: 1 (um) conjunto para cada leito, com reserva operacional de 1 (um) para cada 2 (dois) leitos;
- h) bandejas contendo material apropriado para os seguintes procedimentos: punção lombar; drenagem líquórica em sistema fechado, diálise peritoneal, drenagem torácica com sistema fechado; traqueostomia; acesso venoso profundo, incluindo cateterização venosa central de inserção periférica (PICC), flebotomia, cateterismo de veia e artéria umbilical; exsanguíneo transfusão; punção pericárdica; cateterismo vesical de demora em sistema fechado e curativos em geral;
- i) eletrocardiógrafo portátil disponível na unidade;
- j) materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva;
- k) oftalmoscópio e otoscópio: no mínimo 2 (dois);
- l) negatoscópio, foco auxiliar portátil e aspirador cirúrgico portátil: 1 (um) por UTIN;
- m) equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos ou fração;
- n) estadiômetro: 1 (um) por unidade;
- n) fita métrica: 1 (um) por unidade;
- o) pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;
- p) equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva: 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não-invasiva.
- q) materiais de interface facial para ventilação pulmonar não invasiva (máscara ou pronga); 1 (um) por leito, devendo a UTIN dispor de todos os tamanhos: 00, 0, 1, 2, 3, e 4;

- r) fototerapia, capacete/capuz de acrílico e tenda para oxigenioterapia: 1 (um) para cada 3 (três) leitos/fração, com reserva operacional de 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos;
- s) incubadora com parede dupla: 1 (uma) por paciente de UTIN, dispo de berços aquecidos de terapia intensiva para no mínimo 10% (dez por cento) dos leitos;
- t) incubadora para transporte completa, com monitorização contínua, suporte para equipamento de infusão controlada de fluidos, com bateria, de suporte para cilindro de oxigênio, cilindro transportável de oxigênio e kit ("maleta") para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 1 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração;
- u) balança eletrônica portátil: 1 (uma) para cada 10 (dez) leitos;
- v) poltronas removíveis, com revestimento impermeável, para acompanhante: 1 (uma) para cada 4 (quatro) leitos ou fração;
- w) refrigerador com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos, com conferência e registro de temperatura a intervalos máximos de 24 horas: 1 (um) por UTIN;
- x) materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado;
- y) ventilador mecânico microprocessado: 1 (um) para cada leito.

As Unidades devem cumprir, ainda, os seguintes requisitos de Humanização:

- a) controle de ruído;
- b) controle de iluminação;
- c) climatização;
- d) iluminação natural;
- e) garantia de livre acesso à mãe e ao pai, e permanência da mãe ou pai;
- f) garantia de visitas programadas dos familiares; e
- g) garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares, pela equipe médica, no mínimo, uma vez ao dia.

Para assegurar que a unidade hospitalar/maternidade atenda a essa característica, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar estabelecendo essa condição para a contratualização com os hospitais/maternidades participantes da Certificação.

Quando necessário, a operadora deve apoiar os hospitais/maternidades integrantes de sua rede assistencial na reforma/adequação da ambiência, considerando que o ambiente estrutural e os recursos disponíveis podem desencorajar ou incentivar práticas desejáveis, convergentes com as evidências científicas e contribuir para a experiência dos pacientes.

A operadora deverá verificar a existência de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) por meio de visita, de acordo com o item 1.2.1.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais/maternidades indicados para participação na Certificação, em que conste a obrigatoriedade de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Relatório de visita presencial da operadora nos hospitais/maternidades integrantes da rede assistencial da operadora participantes da Certificação, contemplando a verificação da existência de UTI Neonatal.

Realização de visitas amostrais pela equipe de auditoria da EAS, presenciais ou à distância, a hospitais/maternidades da operadora indicados como participantes da Certificação.

Checagem das informações relativas à infraestrutura no portal institucional do hospital e dos dados cadastrais do estabelecimento no CNES.

(ANS, 2002; BRASIL, 2012c; SBP, 2004; ANVISA, 2006; 2008; 2010; 2011a; 2011b; 2012; 2013; 2014; CANE et al., 2012; DODOU, 2007).

1.2.14

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação possuem aparelho de ultrassom para uso no trabalho de parto e parto.

Complementar



Interpretação:

Os hospitais/maternidades da rede assistencial da operadora indicados como participantes da Certificação devem contar com aparelho de ultrassom para uso no trabalho de parto e parto, além dos materiais e equipamentos mínimos contemplados no item de verificação 1.2.4 (classificado como “Essencial”).

A ultrassonografia na sala de parto permite maior assertividade na determinação da variedade de posição e descida da apresentação fetal, permitindo maior segurança na eventual necessidade de parto instrumentalizado (fórcipe e vácuo-extrator).

Para assegurar que a unidade hospitalar/maternidade atenda a essa característica, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar estabelecendo essa condição para a contratualização com os hospitais/maternidades participantes da Certificação.

Quando necessário, a operadora deve apoiar os hospitais/maternidades integrantes de sua rede assistencial na aquisição de materiais e equipamentos, considerando que o ambiente estrutural e os recursos disponíveis podem desencorajar ou incentivar práticas desejáveis, convergentes com as evidências científicas e contribuir para a experiência dos pacientes.

A operadora deverá verificar a existência de aparelho de ultrassom para uso no trabalho de parto e parto por meio de visita, de acordo com o item 1.2.1.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais/maternidades indicados para participação na Certificação, em que conste a obrigatoriedade de ultrassonografia no trabalho de parto e parto.

Relatório de visita presencial da operadora nos hospitais/maternidades integrantes da rede assistencial da operadora participantes da Certificação, contemplando a verificação da existência de aparelho de ultrassom direcionado para uso no trabalho de parto e parto.

Realização de visitas amostrais pela equipe de auditoria da EAS, presenciais ou à distância, a hospitais/maternidades da operadora indicados como participantes da Certificação.

Checagem das informações relativas à infraestrutura no portal institucional do hospital e dos dados cadastrais do estabelecimento no CNES.

(ANS, 2002; ANVISA, 2006; 2008; 2011a; 2011b; 2013; 2014; BRASIL, 2007; CANE et al., 2012; DODOU, 2007).

1.2.15

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação utilizam ferramenta eletrônica de informações individualizadas de saúde (Prontuário Eletrônico do Paciente/Registro Eletrônico de Saúde).

Complementar

**Interpretação:**

Os hospitais/maternidades da rede assistencial da operadora indicados como participantes da Certificação devem utilizar ferramenta eletrônica para o registro, armazenamento e processamento de informações individualizadas de saúde, independentemente da nomenclatura adotada pelas instituições envolvidas, como Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), Registro Eletrônico de Saúde (RES) ou Sistema de Registro Eletrônico de Saúde (S-RES).

Há alguns autores que optam por distinguir o termo Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) do termo Registro Eletrônico de Saúde (RES). O PEP é associado aos termos em inglês Electronic Patient Record (EPR) e Electronic Medical Record (EMR); enquanto o RES corresponde à tradução para o português do termo em inglês Electronic Health Record (EHR). Além do conceito de RES, a International Organization for Standardization (ISO) trabalha com o conceito de Sistema de Registro Eletrônico de Saúde (S-RES), entendido como o sistema utilizado para fazer a recuperação e manipulação das informações armazenadas em um RES (ISO, 2005).

Independentemente da denominação adotada, para efeito de cumprimento do presente item de verificação, serão consideradas a adoção de diferentes ferramentas eletrônicas para o tratamento de informações individualizadas de saúde pelo hospital/maternidade participante.

Para além da simples transposição dos dados do papel para o computador, a informatização dos registros de saúde abre uma série de perspectivas de uso, a partir da correlação com diferentes bases de dados e a incorporação de funcionalidades como a captura de dados; o suporte aos processos de atenção; o registro do raciocínio clínico; o suporte à decisão; protocolos clínicos e alertas; a prescrição e o processamento de exames, investigações e solicitações, por exemplo.

Cabe ressaltar que deverá ser seguido o que estabelece a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

A operadora deverá verificar a existência de ferramenta eletrônica de informações individualizadas de saúde por meio de visita, de acordo com o item 1.2.1.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais/maternidades indicados para participação na Certificação, em que conste a utilização de ferramenta eletrônica de informações individualizadas de saúde (Prontuário Eletrônico do Paciente/Registro Eletrônico de Saúde).

Relatório de visita presencial da operadora nos hospitais/maternidades integrantes da rede assistencial da operadora participantes da Certificação, contemplando a verificação da utilização de ferramenta eletrônica de informações individualizadas de saúde (Prontuário Eletrônico do Paciente/Registro Eletrônico de Saúde).

Realização de visitas amostrais pela equipe de auditoria da EAS, presenciais ou à distância, a hospitais/maternidades da operadora indicados como participantes da Certificação.

(ISO, 2005; ANS, 2012; BRASIL, 2016; 2018; CFM, 2007; SANTOS, 2011; CFM e SBIS, 2012; COSTA e PORTELA, 2016).

1.2.16

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação utilizam ferramenta eletrônica de informações individualizadas de saúde (Prontuário Eletrônico do Paciente/Registro Eletrônico de Saúde) certificada por entidade de referência.

Interpretação:

Os hospitais/maternidades da rede assistencial da operadora indicados como participantes da Certificação devem utilizar ferramenta eletrônica certificada por entidade de referência, para o registro, armazenamento e processamento de informações individualizadas de saúde, independentemente da nomenclatura adotada pelas instituições envolvidas, como Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), Registro Eletrônico de Saúde (RES) ou Sistema de Registro Eletrônico de Saúde (S-RES).

Independentemente da denominação adotada, para efeito de cumprimento do presente item de verificação, serão consideradas a adoção de diferentes ferramentas eletrônicas para tratamento de informações individualizadas de saúde pelo hospital/maternidade participante, desde que certificada por entidade de referência, como, por exemplo, a certificação de S-RES realizada mediante cooperação entre a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde e o Conselho Federal de Medicina (CFM e SBIS, 2012).

A utilização de ferramenta informatizada de registro de saúde certificada por entidade de referência garante a existência de características e funcionalidades mínimas, com base na legislação nacional e em normas e padrões nacionais e internacionais.

A operadora deverá verificar a existência de ferramenta eletrônica de informações individualizadas de saúde certificada por entidade de referência por meio de visita, de acordo com o item 1.2.1.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais/maternidades indicados para participação na Certificação, em que conste a utilização de ferramenta eletrônica de informações individualizadas de saúde (Prontuário Eletrônico do Paciente/Registro Eletrônico de Saúde) certificada por entidade de referência.


Relatório de visita presencial da operadora nos hospitais/maternidades integrantes da rede assistencial da operadora participantes da Certificação, contemplando a verificação da utilização de ferramenta eletrônica de informações individualizadas de saúde (Prontuário Eletrônico do Paciente/Registro Eletrônico de Saúde) certificada por entidade de referência.

Realização de visitas amostrais pela equipe de auditoria da EAS, presenciais ou à distância, a hospitais/maternidades da operadora indicados como participantes da Certificação.

(ISO, 2005; ANS, 2012; BRASIL, 2016; 2018; CFM, 2007; SANTOS, 2011; CFM e SBIS, 2012; COSTA e PORTELA, 2016).

Excelência



1.2.17	<p>Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação possuem agência transfusional <i>in loco</i>.</p> <p>Interpretação: Os hospitais/maternidades da rede assistencial da operadora indicados como participantes da Certificação devem contar com agência transfusional <i>in loco</i>, independentemente da quantidade de transfusões por mês, além dos requisitos mínimos de infraestrutura e ambiência contemplados no item de verificação 1.2.2 (classificado como “Essencial”). Para assegurar que a unidade hospitalar/maternidade atenda a essas características, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar estabelecendo essa condição para a contratualização com os hospitais/maternidades participantes da Certificação. A operadora deverá verificar a existência de agência transfusional <i>in loco</i> por meio de visita, de acordo com o item 1.2.1.</p> <p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais/maternidades indicados para participação na Certificação, em que conste a obrigatoriedade de agência transfusional <i>in loco</i>. Verificar Relatórios de visitas <i>in loco</i> da operadora nos hospitais/maternidades integrantes da rede assistencial da operadora participantes da Certificação, contemplando a verificação da existência de agência transfusional <i>in loco</i>. Realização de visitas amostrais pela equipe de auditoria da EAS, presenciais ou à distância, a hospitais/maternidades da operadora indicados como participantes da Certificação. Checagem das informações no portal institucional do hospital e dos dados cadastrais do estabelecimento no CNES.</p> <p>(ANS, 2002; SBP, 2004; ANVISA, 2006; 2008; 2011a; 2011b; 2013; 2014; CANE et al., 2012; DODOU, 2007).</p>	<p>Excelência</p> 
--------	---	---

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação preenchem o Formulário Nacional de Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente, da ANVISA.



Interpretação:

Os hospitais/maternidades da rede assistencial da operadora indicados como participantes da Certificação devem preencher o Formulário Nacional de Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente, disponibilizado pela ANVISA.

O Formulário Nacional de Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente é disponibilizado anualmente pela ANVISA, envolvendo a avaliação de indicadores de estrutura e processo, baseados na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC ANVISA nº 36, de 2013, em protocolos de segurança do paciente e em recomendações para as boas práticas em serviços de saúde. O referido Formulário é um instrumento previsto no “Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde” – “Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente”, da ANVISA, cujo objetivo é identificar e minimizar riscos na assistência à saúde.

Os serviços de saúde considerados pela ANVISA como prioritários para preenchimento anual do Formulário em questão são os hospitais com leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI Adulto, Pediátrica ou Neonatal, com ou sem Centro Cirúrgico.

Nem todos os indicadores do Formulário são aplicáveis a todos os tipos de hospitais. Contudo, por se tratar de uma iniciativa que corrobora com a prevenção de danos ao paciente em serviços de saúde, entende-se que o seu preenchimento é uma boa prática para os hospitais da rede assistencial da operadora para atenção materna e neonatal participantes da Certificação de que trata este Manual.

Desse modo, para que o presente item de verificação seja considerado cumprido, todos os hospitais com leitos de Unidade de Terapia Intensiva - UTI Adulto, Pediátrica ou Neonatal (com ou sem Centro Cirúrgico) indicados pela operadora como participantes da Certificação devem preencher anualmente o Formulário Nacional de Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente, permitindo um diagnóstico das práticas de segurança do paciente na instituição de saúde.

A operadora deverá verificar o preenchimento e envio anual do Formulário Nacional de Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente pelos hospitais/maternidades (com leitos de Terapia Intensiva) indicados como participantes da Certificação por meio de visita, de acordo com o item 1.2.1.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais/maternidades (com leitos de Terapia Intensiva) indicados como participantes da Certificação, mencionando a exigência de preenchimento anual do Formulário Nacional de Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente.

Verificar Relatório de visita presencial da operadora nos hospitais/maternidades (com leitos de Terapia Intensiva) integrantes da rede assistencial da operadora participantes da Certificação, contemplando o monitoramento do preenchimento e envio do Formulário Nacional de Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente. Ex.: Protocolo do formulário eletrônico enviado, print de tela com o envio do Formulário.

Realização de visitas amostrais pela equipe de auditoria da EAS, presenciais ou à distância, a hospitais/maternidades da operadora indicados como participantes da Certificação.

(ANVISA, 2013a; 2015; 2021c; 2021d; BRASIL, 2013a; 2013b; 2013c).

Referências Bibliográficas deste requisito:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Dados e Indicadores do Setor**. Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal. 2022. [S. l: s.d.].

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 305, de 09 de outubro de 2012**. Estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde; revoga a Resolução Normativa - RN nº 153, de 28 de maio de 2007 e os artigos 6º e 9º da RN nº 190, de 30 de abril de 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MjI0A==>

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 323, de 3 de abril de 2013**. que dispõe sobre a instituição de unidade organizacional específica de ouvidoria pelas operadoras de planos privados de assistência saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjQwNA==>

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 398, de 5 de fevereiro de 2016**. Dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetrizes por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes e sobre a Obrigatoriedade de os Médicos Entregarem a Nota de Orientação à Gestante. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE5Mw==>

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 405, de 9 de maio de 2016**. Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS e dá outras providências. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzI0OA==>

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 510, de 30 de março de 2020**. Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS; revoga as Resoluções Normativas nº 405, de 09 de maio de 2016 e nº 421, de 23 de março de 2017, e dá outras providências. [S. l: s.d.]

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente – 2021c**. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/copy_of_avaliacao-nacional-das-praticas-de-seguranca-do-paciente

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Cadastramento dos Serviços de Controle de IRAS**. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/cadastramento-dos-servicos-de-controle-de-iras>. 2021a.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde** – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, DF: Anvisa, 2016b. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-6-implantacao-do-nucleo-de-seguranca-do-paciente>

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Notificação de IRAS e RM 2021**. Formulários de Notificação Nacional das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde e Resistência Microbiana em Serviços de Saúde – 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/notificacao-de-iras-e-rm>

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Notificações em Vigilância Sanitária – Notivisa**. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/notivisa>

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Orientações para Preenchimento da Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente – 2021d**. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/orientacoes-para-preenchimento-do-formulario-avaliacao-das-praticas-de-seguranca-do-paciente-011021.pdf>

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução da Diretoria Colegiada nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução da Diretoria Colegiada nº 26, de 11 de maio de 2012**. Altera a Resolução RDC nº. 07, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026_11_05_2012.html

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 3 de junho de 2008**. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução de Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Publicada em DOU nº 143, de 26 de julho de 2013. Seção I, p.32-33.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução da Diretoria Colegiada nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. [S. l: s.d.]

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução da Diretoria Colegiada nº 51, de 6 de outubro de 2011b**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para a análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e dá outras providências.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução da Diretoria Colegiada nº 63, de 25 de novembro de 2011a**. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução da Diretoria Colegiada nº 171, de 4 de setembro de 2006**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0171_04_09_2006.html

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Monitoramento e Investigação de Eventos Adversos e Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente**. Brasília. 2015. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/plano-integrado-para-a-gestao-sanitaria-da-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude>

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade**. Brasília: ANVISA, 2014. (Tecnologia em serviços de saúde).

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

BELELA, A. S. C. et al. Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2010000300007&script=sci_arttext.

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.

BITTENCOURT, S. D.; DIAS, M. A. B.; WAKIMOTO, M. D. de A (org.) **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2013.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

BRASIL. **Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997**. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de programa de controle de infecções hospitalares.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998**. Contém as diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares no Brasil. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-n-2-616-de-12-de-maio-de-1998>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010a**. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012c**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013a**. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Diário Oficial da União n. 103, seção 1, p. 43, 02/04/13.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.377, de 09 de julho de 2013b**. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Identificação do paciente; Higiene das mãos; e Segurança cirúrgica

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.660, de 22 de julho de 2009a**. 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. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1660_22_07_2009.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.693, de 23 de julho de 2021**. Instituiu a Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH). Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.693-de-23-de-julho-de-2021-334095749>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013c**. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. O Protocolo de Prevenção de Quedas; o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.254, de 5 de agosto de 2010b**. Institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define as competências para a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios, os critérios para a qualificação das unidades hospitalares de referência nacional e define também o escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2254_05_08_2010.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. – Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2012a. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco** [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2012b. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS)**. Brasília, DF: 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_infor_informatica_saude_2016.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical**. Brasília, DF: 2014. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2014/protocolo-de-investigacao-de-transmissao-vertical>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolos clínicos e diretrizes**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/tags/publicacoes/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas>

CAO, C.; Cai W, Niu X, Fu J., Ni J, Lei Q, Niu J, Zhou X, Li Y. Prehypertension during pregnancy and risk of small for gestational age: a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2018 Sep. 3:1-8. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14767058.2018.1519015?journalCode=ijmf20>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 1.638/2002**. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1638>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 1.779/2005**. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Publicada no D.O.U. de 05 dez 2005, Seção I, p. 121. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2005/1779_2005.htm

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM Nº 1.821/2007**. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Publicada no D.O.U. de 23 nov. 2007, Seção I, p.252.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil); SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE. **Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (S-RES)**: versão 4.2. 2016. Disponível em: http://www.sbis.org.br/certificacao/Manual_Certificacao_SBIS-CFM_2016_v4-2.pdf.

COSTA, J. F. R; PORTELA, M. C. Percepções de gestores, profissionais e usuários acerca do registro eletrônico de saúde e de aspectos facilitadores e barreiras para a sua implementação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, e00187916, out. 2016. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/346/percepcoes-de-gestores-profissionais-e-usuarios-acerca-do-registro-eletrnico-de-sade-e-de-aspectos-facilitadores-e-barreiras-para-a-sua-implementao>

DODOU, H. N. et al. Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. *Cad. Saúde Colet.*, 2017, Rio de Janeiro, 25 (3): 332-338.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Femina**. Publicação oficial da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Volume 47, Número 6, 2019. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/Vol.Z47ZnZ6Z-Z2019.pdf>

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **O que é o pré-natal de alto risco?** 13 de setembro de 2017. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/203-o-que-e-o-pre-natal-de-alto-risco?highlight=WyJhbHRvIHJpc2NvIIO>.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington (US): National Academy Press, 2001.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA (Brasil). FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Classificação de Robson**. Eixo: Atenção às Mulheres. Material de 8 de março de 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/29751/2/CLASSIFICA%C3%87%C3%83O%20DE%20ROBSON.pdf>

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (ISO). **ISO/TR 20514:2005**. Health informatics. Electronic health record. Definition, scope and context [Internet]. 2005.

LEAL, M. C. 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.

LEE, T. H. The Strategy That Will Fix Health Care. **Press Ganey**. October 2, 2014. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/21d0/2c9895327f4413a63bba7215507e5e598ed2.pdf>

MAK VALOR. SOBRE VALUE-BASED HEALTH CARE. **Agenda de Valor**. Disponível em: <https://makvalor.com/>

MENDES, Walter et al. Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4 p. 393-406, 2005. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n4/06.pdf

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.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **NICE** support for commissioning for caesarean section. June 2013. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs32/resources/support-for-commissioning-for-caesarean-section-253627165>

PEDRINI, L., PREFUMO, F., FRUSCA, T., GHILARD, I. A. Counselling about the Risk of Preterm Delivery. **A Systematic Review**. *Biomed Res Int*. 2017:7320583. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2017/7320583/>

PIERDEVARA, L. et al. Trigger Tool na Segurança do Doente: Uma Revisão Sistemática de Literatura. **Port J Public Health**, 2017;35:69–76.

PORTER ME, LEE T. H. Integrated Practice Units: A Playbook for Health Care Leaders. **NEJM Catalyst innovations in care delivery**, 2021; 2(1).

PORTER, ME, LEE, TH. “The Strategy That Will Fix Health Care. **Harvard Business Review**, 91, no. 10 (October 2013): 50–70. Disponível em: <https://www.hbs.edu/faculty/Pages/item.aspx?num=45614>; [https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care%20\(aerodigestive.us\)](https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care%20(aerodigestive.us))

RESAR, R.K.; ROZICH, J. D.; CLASSEN, D. Methodology and rationale for the measurement of harm with trigger tools. **Qual Saf Health Care**, 2003; 12(suppl 2): ii39–ii45.

SAMPAIO, K. R et al. Segurança na assistência ao paciente: Uma revisão integrativa da literatura. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INTEGRAÇÃO, PESQUISA, ENSINO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE (Ceará, 2014); e do Programa de Pós-graduação em Investigação em Ciências Sócio Sanitária UCAM/Murcia/Espanha. Universidade do Estado do Ceará, 2014.

SANTOS, R. F. dos. Estruturação de um ambiente de Business Intelligence (BI) para Gestão da Informação em Saúde: a experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Journal of Health Informatics**, v. 3, n. 4, p. 158-163, out-dez. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (Brasil). **Documento Científico do Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria**: Infraestrutura para o atendimento integral ao recém-nascido. 2004. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/SBP-DC-Neo-Infraestrutura-integral-21nov2010aprovado.pdf

TORLONI et al. Classifications for cesarean section: a systematic review. **PLoS ONE** 2011; 6(1): e14566.

TORRES, E. F.; MAZZONI, A. A. **Conteúdos digitais multimídia: o foco na usabilidade e acessibilidade**. **Ci. Inf.**, Brasília, DF, v. 33, n. 2, p. 152-160, aug. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ci/v33n2/a16v33n2>

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. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. [S. l.]: 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Robson Classification: Implementation Manual**. Geneva: World Health Organization; 2017. **Licence**: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <http://apps.who.int/iris>.

1.3 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Requisito direcionador com itens de verificação relativos ao monitoramento e à avaliação da atenção à saúde materna e neonatal da operadora e de sua rede assistencial.

1.3.1

A operadora monitora os resultados dos Macroindicadores Hospitalares relativos aos hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação.

Essencial



Interpretação:

A operadora deve monitorar as informações relativas ao desempenho dos hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação por meio dos resultados dos seguintes Macroindicadores Hospitalares, cujas fichas técnicas constam no capítulo 5 deste Manual:

- Proporção de partos vaginais
- Proporção de partos cesáreos realizados antes do trabalho de parto
- Proporção de partos vaginais assistidos por enfermagem obstétrica
- Proporção de reinternações de puérperas em até 30 dias da alta hospitalar
- Taxa de admissão de neonatos (peso \geq 2,5Kg, exceto malformação) em UTI Neonatal por 1000 nascidos vivos
- Taxa de nascidos vivos com Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida

A informação é primordial para instrumentalizar o planejamento, a execução, o monitoramento do desempenho dos serviços de saúde com atenção materna e neonatal, a avaliação e o processo de tomada de decisão em saúde. Todo esse processo é necessário para que sejam desencadeadas mudanças que resultem em melhorias.

Os Macroindicadores representam medidas clássicas consagradas na literatura científica e têm como objetivo propiciar à ANS uma avaliação da Certificação de Boas Práticas na Linha de Cuidado Materna e Neonatal (CBP Parto Adequado) e do desempenho das operadoras no programa. Além disso, os Macroindicadores devem servir para avaliação e gestão interna da operadora, inclusive propiciando comparabilidade entre os resultados dos prestadores envolvidos na certificação em relação aos resultados gerais da operadora e dos demais prestadores não incluídos na certificação.

A atenção à saúde, parto e nascimento se consubstancia na rede para atenção materna e neonatal, de modo que é primordial que seja estabelecida uma troca sistemática de informação entre a operadora e a sua rede prestadora, de modo a viabilizar o cálculo dos Macroindicadores hospitalares estabelecidos nesta Certificação. A operadora deve disponibilizar à Entidade Acreditadora em Saúde (EAS) a forma de coleta e os dados anonimizados da atenção prestada nos hospitais/maternidades participantes da Certificação, necessários para o cálculo dos Macroindicadores, que, por sua vez, os transmitirá à ANS.

A forma de envio de dados deverá ser estabelecida em contrato ou documento similar firmado entre a operadora e os hospitais/maternidades indicados a participarem da Certificação, respeitadas as regras da LGPD. Os contratos ou documentos similares devem ser estabelecidos entre a operadora e os hospitais/maternidades, independentemente de serem integrantes da rede própria, contratada ou referenciada.

Os indicadores monitorados pela operadora devem incorporar a variável raça/cor no registro dos dados e nas respectivas análises.

A partir da identificação de práticas que impactaram positivamente o cuidado em saúde, podem ser adotadas ações que estimulem e favoreçam a consolidação e ampliação do seu alcance na rede assistencial da operadora. Por outro lado, se identificada a necessidade, a operadora deve estabelecer medidas corretivas caso não se tenha alcançado o impacto pretendido na qualidade e segurança da atenção materna e neonatal. Assim, a operadora deve utilizar as informações obtidas a partir do monitoramento e os resultados de sua avaliação para a realização do planejamento e para a gestão da atenção materna e neonatal.

Os resultados do monitoramento e da avaliação, bem como o respectivo plano de ação com as eventuais medidas, devem retroalimentar o Plano Estruturado, de que trata o item de verificação 1.1.1.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:

Verificar contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação, mencionando o envio de dados para o cálculo dos Macroindicadores hospitalares.

Verificar se a operadora recepcionou os dados transmitidos pelos hospitais/maternidades indicados, possibilitando o cálculo dos Macroindicadores hospitalares.

Verificar se a operadora disponibiliza os dados necessários para o cálculo dos Macroindicadores hospitalares para a Entidade Acreditadora em Saúde (EAS).

Identificar a existência de documento com os resultados do monitoramento e da avaliação dos indicadores, bem como a existência de plano de ação a partir dos resultados identificados.

Verificar se o Plano Estruturado, de que trata o item de verificação 1.1.1, incorpora os resultados do monitoramento e da avaliação dos Macroindicadores hospitalares e o respectivo plano de ação.

(BRASIL, 2022; CDC, 2019; IFF/FIOCRUZ, 2019; JCI, 2019; KALCKMANN, 2019; LANGLEY, 2011; MARTINS, 2006; OMS, 2011; OPAS, 2008; PORTELA et al., 2015; SHAH, 2019; WHO, 2017; TEIXEIRA, 2012.)

A operadora monitora os resultados dos Macroindicadores Ambulatoriais informados pela sua rede de atenção à saúde materna e neonatal.**Interpretação:**

A operadora deve monitorar informações relativas ao pré-natal e ao puerpério das mulheres que realizaram parto nos hospitais/maternidades indicados pela operadora como participantes da Certificação, por meio dos Macroindicadores Ambulatoriais estabelecidos neste Manual.

Ainda que as consultas de pré-natal e puerpério possam eventualmente ser realizadas em ambiente hospitalar, os indicadores em questão são Macroindicadores Ambulatoriais diante da possibilidade de realização em ambiente ambulatorial (diferentemente dos Macroindicadores Hospitalares, passíveis de realização somente em hospitais), e por poderem abarcar um conjunto mais amplo de estabelecimentos ambulatoriais, para além dos hospitais/maternidades indicados pela operadora como participantes da Certificação.

Os Macroindicadores Ambulatoriais, cujas fichas técnicas constam do capítulo 5 deste Manual, são os seguintes:

Pré-Natal

- Taxa de consultas médicas de pré-natal
- Proporção de gestantes por número de consultas médicas no pré-natal
- Proporção de gestantes por número de consultas com enfermeiro obstetra ou obstetrix no pré-natal

Puerpério

- Percentual de puérperas com pelo menos uma consulta com ginecologista-obstetra
- Percentual de puérperas com pelo menos uma consulta de enfermagem obstétrica

Os dados considerados devem ser das consultas de pré-natal realizadas até 42 semanas antes do parto, e consultas de puerpério até 42 dias após o parto das mulheres que realizaram partos nos hospitais/maternidades participantes da Certificação como forma de circunscrever o universo de análise e favorecer a viabilidade da captação dos dados. A informação é primordial para instrumentalizar o planejamento, a execução, o monitoramento do desempenho dos serviços de saúde com atenção materna e neonatal, a avaliação e o processo de tomada de decisão em saúde. Todo esse processo é necessário para que sejam desencadeadas mudanças que resultem em melhorias e para isso são necessárias informações consistentes e relevantes.

A atenção à saúde, parto e nascimento se consubstancia na rede para atenção materna e neonatal, de modo que é primordial que seja estabelecida uma troca sistemática de informação entre a operadora e a sua rede prestadora, de modo a viabilizar o cálculo dos Macroindicadores ambulatoriais estabelecidos nesta Certificação. A operadora deve disponibilizar à Entidade Acreditadora em Saúde (EAS) a forma de coleta e os dados anonimizados da atenção prestada, necessários para o cálculo dos Macroindicadores, que, por sua vez, os transmitirá à ANS.

A forma de envio de dados deverá ser estabelecida em contrato ou documento similar firmado entre a operadora e os prestadores de serviços, respeitadas as regras da LGPD. Os contratos ou documentos similares devem ser estabelecidos entre a operadora e os prestadores, independentemente de serem integrantes da rede própria, contratada ou referenciada.

Os indicadores monitorados pela operadora devem incorporar a variável raça/cor no registro dos dados e nas respectivas análises.

A partir da identificação de práticas que impactaram positivamente o cuidado em saúde, podem ser adotadas ações que estimulem e favoreçam a consolidação e ampliação do seu alcance na rede assistencial da operadora. Por outro lado, se identificada a necessidade, a operadora deve estabelecer medidas corretivas caso não se tenha alcançado o impacto pretendido na qualidade e segurança da atenção materna e neonatal. Assim, a operadora deve utilizar as informações obtidas a partir do monitoramento e os resultados de sua avaliação para a realização do planejamento e para a gestão da atenção materna e neonatal.

Os resultados do monitoramento e da avaliação, bem como o respectivo plano de ação com as eventuais medidas, devem retroalimentar o Plano Estruturado, de que trata o item de verificação 1.1.1.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:

Verificar contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e sua rede prestadora de serviços de saúde, mencionando o envio de dados para o cálculo dos Macroindicadores ambulatoriais.

Verificar se a operadora recepcionou os dados transmitidos pelos prestadores de serviços de saúde, possibilitando o cálculo dos Macroindicadores ambulatoriais.

Verificar se a operadora disponibiliza os dados necessários para o cálculo dos Macroindicadores ambulatoriais para a Entidade Acreditadora em Saúde (EAS).

Identificar a existência de documento com os resultados do monitoramento e da avaliação dos indicadores, bem como a existência de plano de ação a partir dos resultados identificados.

Verificar se o Plano Estruturado, de que trata o item de verificação 1.1.1, incorpora os resultados do monitoramento e da avaliação dos Macroindicadores ambulatoriais e o respectivo plano de ação.

A operadora monitora os resultados dos Indicadores Assistenciais (complementares aos Macroindicadores), relativos aos hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação.**Interpretação:**

A operadora deve monitorar o desempenho dos hospitais/maternidades participantes da Certificação nos Indicadores Assistenciais (complementares aos Macroindicadores), cujas fichas técnicas constam no Capítulo 5 deste Manual:

- Proporção de Partos Vaginais por Grupo da Classificação de Robson;
- Proporção de mulheres com acompanhante no pré-parto, parto ou pós-parto imediato;
- Proporção de recém-nascidos com amamentação exclusiva com leite materno durante toda a internação;
- Taxa de mulheres que necessitaram de transfusão sanguínea nas primeiras 24 horas após o parto;
- Taxa de mortalidade materna; e
- Taxa de mortalidade neonatal (geral, precoce e tardia).

A avaliação e o monitoramento da atenção à saúde por meio de indicadores favorecem o processo de tomada de decisão da operadora. Desse modo, além da coleta e processamento dos macroindicadores, item essencial para obtenção da certificação, o monitoramento do desempenho dos prestadores de serviços de saúde da linha de cuidado materna e neonatal é fundamental para avaliação realizada pela operadora e pelo próprio prestador, não havendo a necessidade de envio à ANS, mas poderão ser solicitados a qualquer tempo por requerimento de informação à operadora.

A atenção à saúde, parto e nascimento se consubstancia na rede para atenção materna e neonatal, de modo que é primordial que seja estabelecida uma troca sistemática de informação entre a operadora e a sua rede prestadora.

Há uma grande diversidade de indicadores, constantes da literatura científica da área, que podem favorecer o processo de tomada de decisão, de planejamento, de execução e de avaliação da atenção à saúde. De modo complementar aos Macroindicadores, este Manual relaciona Indicadores Assistenciais, todos eles calculados a partir de dados hospitalares.


Os indicadores assistenciais de que trata o presente item não precisam ser enviados à EAS ou à ANS. O propósito é que os mencionados indicadores assistenciais sejam coletados pelos prestadores e reportados às operadoras, de modo a subsidiar os processos de gestão tanto no âmbito dos próprios hospitais/maternidades quanto da operadora.

A forma de envio de dados deverá ser estabelecida em contrato ou documento similar firmado entre a operadora e os prestadores de serviços, respeitadas as regras da LGPD. Os contratos ou documentos similares devem ser estabelecidos entre a operadora e os prestadores, independentemente de serem integrantes da rede própria, contratada ou referenciada.

Os indicadores monitorados pela operadora devem incorporar a variável raça/cor no registro dos dados e nas respectivas análises.

A partir da identificação de práticas que impactaram positivamente o cuidado em saúde, podem ser adotadas ações que estimulem e favoreçam a consolidação e ampliação do seu alcance na rede assistencial da operadora. Por outro lado, se identificada a necessidade, a operadora deve estabelecer medidas corretivas caso não se tenha alcançado o impacto pretendido na qualidade e segurança da atenção materna e neonatal. Assim, a operadora deve utilizar as informações obtidas a partir do monitoramento e os resultados de sua avaliação para a realização do planejamento e para a gestão da atenção materna e neonatal.

Os resultados do monitoramento e da avaliação, bem como o respectivo plano de ação com as eventuais medidas, devem retroalimentar o Plano Estruturado, de que trata o item de verificação 1.1.1.

	<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidência:</p> <p>Verificar contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais/ maternidades indicados como participantes da Certificação, mencionando o envio de dados para o cálculo dos Indicadores Assistenciais.</p> <p>Verificar se a operadora recebeu os dados transmitidos pelos hospitais/maternidades indicados, possibilitando o cálculo dos Indicadores Assistenciais.</p> <p>Identificar a existência de documento com os resultados do monitoramento e da avaliação dos indicadores, bem como a existência de plano de ação a partir dos resultados identificados.</p> <p>Verificar se o Plano Estruturado, de que trata o item de verificação 1.1.1, incorpora os resultados do monitoramento e da avaliação dos Indicadores Assistenciais e o respectivo plano de ação.</p> <p>(BRASIL, 2022; CDC, 2019; IFF/FIOCRUZ, 2019; JCI, 2019; KALCKMANN, 2019; LANGLEY, 2011; MARTINS, 2006; OMS, 2011; OPAS, 2008; PORTELA et al., 2015; SHAH, 2019; WHO, 2017; TEIXEIRA, 2012).</p>	
1.3.4	<p>Os hospitais indicados pela operadora para participação na Certificação participam do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar – PM-QUALISS Hospitalar, da ANS.</p> <p>Interpretação:</p> <p>Os hospitais da rede assistencial da operadora indicados como participantes da Certificação devem participar do Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar – PM-QUALISS Hospitalar, da ANS.</p> <p>O QUALISS visa estimular a qualificação dos prestadores de serviços de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais de saúde) e aumentar a disponibilidade de informações sobre qualidade de prestadores de serviços. O objetivo é ampliar o poder de avaliação e de escolha por parte dos beneficiários de planos de saúde e pela sociedade em geral.</p> <p>O Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar PM-QUALISS Hospitalar consiste na avaliação dos hospitais por meio de indicadores de qualidade, tais como, taxa de mortalidade institucional, proporção de partos vaginais, tempo médio de internação e tempo de espera na emergência até o primeiro atendimento, conforme estabelecido na RN 510, de 30 de março de 2022.</p> <p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</p> <p>Verificar contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais indicados como participantes da Certificação mencionando a participação no Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar – PM-QUALISS Hospitalar.</p> <p>Verificar Relatório de visita presencial da operadora nos hospitais integrantes da rede assistencial da operadora participantes da Certificação, contemplando o monitoramento da participação no Programa de Monitoramento da Qualidade Hospitalar – PM-QUALISS Hospitalar.</p> <p>Checar site da ANS para averiguar a participação do hospital no PM-QUALISS Hospitalar</p> <p>(ANS, 2022).</p>	<p>Excelência</p> 

1.3.5

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação possuem Certificado de Acreditação em Saúde Internacional ou Acreditação/Certificação pela Organização Nacional de Acreditação - ONA.

Interpretação:

Os hospitais/maternidades da rede assistencial da operadora indicados como participantes da Certificação devem possuir pelo menos um certificado de avaliação externa: Acreditação Internacional reconhecida pelo Programa QUALISS da ANS; ou Acreditação/Certificação pela Organização Nacional de Acreditação – ONA, nos Níveis 1, 2 ou 3.

Acreditação em saúde é uma certificação concedida por uma entidade, pública ou privada, a um serviço de saúde que atende a determinados padrões previamente estabelecidos de qualidade e segurança (do paciente, dos profissionais e da organização como um todo).

Para efeito de cumprimento deste item, a operadora deve adotar a Acreditação/Certificação como critério para a conformação da sua rede hospitalar de atenção à saúde materna e neonatal/maternidades.

Serão considerados para este item hospitais/maternidades integrantes da rede própria, credenciada ou referenciada.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a existência do certificado de Acreditação/Certificação vigente, de acordo com os critérios estabelecidos na interpretação deste item de verificação.

(ANS, 2016; ANVISA, 2013; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2014).

Excelência



Referências Bibliográficas deste requisito:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 285, de 23 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde nos seus Portais Corporativos na Internet; e altera a Resolução Normativa – RN Nº 190, de 30 de abril de 2009 e a RN Nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõem, respectivamente, sobre a criação obrigatória do Portal Corporativo na Internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e sobre a aplicação de penalidades para as infrações no setor da saúde suplementar.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Documento técnico para a realização da pesquisa de satisfação de beneficiários de planos de saúde**. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans/Documento_tecnico_da_pesquisa_de_satisfacao_r5_1.pdf

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 405, de 9 de maio de 2016**. Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS; revoga a Resolução Normativa - RN nº 267, de 24 de agosto de 2011, com exceção do art.44-B incorporado à RN nº 124, de 30 de março de 2006; e revoga também a RN nº 275, de 1º de novembro de 2011, a RN nº 321, de 21 de março de 2013, a RN nº 350, de 19 de maio de 2014, e a Instrução Normativa - IN nº 52, de 22 de março de 2013 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, e dá outras providências. Rio de Janeiro: ANS, 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=PDFAtualizado&format=raw&id=MzI00A==>.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 510, de 30 de março de 2020**. Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS; revoga as Resoluções Normativas nº 405, de 09 de maio de 2016 e nº 421, de 23 de março de 2017, e dá outras providências.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade**. Brasília, DF: ANVISA, 2014. 103 p.: il. (Tecnologia em serviços de saúde).

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Cultura de Segurança do Paciente. Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente 2021**. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/cultura-de-seguranca-do-paciente>

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **QUALISAUDE**. Avaliação da Cultura de Segurança do Paciente. E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar. Disponível em: <https://csp.qualisaude.telessaude.ufrn.br/portal/>. Acessado em 28/02/2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução da Diretoria Colegiada nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 3 de junho de 2008**. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 51, de 6 de outubro de 2011**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para a análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e dá outras providências.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução da Diretoria Colegiada nº 63 de 25 de novembro de 2011**. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade**. Brasília, DF: ANVISA, 2014. (Tecnologia em serviços de saúde).

AMERICAN CONGRESS OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (2019). **Your postpartum Care: Healing and Healthcare Booklet after Pregnancy**. Acog, 2019. Disponível em: 40p. <https://www.acog.org/store/products/patient-education/booklet/your-postpartum-care-booklet>

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

ANDRADE, L. E. L. et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 161-172, jan. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna**. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>. Acesso em: 28 fev. 2022.

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

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Pregnancy-Related Deaths**. February 26, 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pregnancy-relatedmortality.htm>

COLLA, J. B.; BRACKEN, A.C.; KINNEY, L.M. et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys **BMJ Quality & Safety** 2005; 14:364-366. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/14/5/364>

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA (Brasil). **Projeto Nascer no Brasil**: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil. 2019

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA (Brasil). **Projeto Nascer Saudável**. 2014. Disponível em: http://arch.ensp.fiocruz.br/uploads/r/fundacao-oswaldo-cruz-casa-de-oswaldo-cruz/2/7/9/279c16d757b42f68ac7a09f6d871a317498d6a47511c1991ea7dec94995b2869/Projeto_Nascer_Saudavel_2018.pdf

ETCHEGARAY, J. M.; THOMAS, E. J. Comparing two safety culture surveys: Safety Attitudes Questionnaire and Hospital Survey on Patient Safety. **BMJ Quality & Safety**, 2012; 21:490-498.

HESSELS, A. J. et al. Measuring Patient Safety Culture in Pediatric. **Long-term Care**, 1 Jan. 2017: 81 – 87.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA (Brasil) **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/monitoramento-e-qualidade-na-atencao-obstetrica/>

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Perinatal Care (I-PC) Measure Set**. Specification Manual for the Joint Commission International Library of Measures Version 3.0, effective for January 2019 discharges (1st Quarter 2019)

KALCKMANN, S. Biz. **Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos**. Mortalidade Materna entre as mulheres negras em São Paulo: equidade? Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1021619/bis-v17n2-saude-e-direitos-sexuais-105-111.pdf>

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

MARTIN, C. J. H., MARTIN, C. R. Development and psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). **Midwifery**. 2014 Jun;30(6):610-9. doi: 10.1016/j.midw.2013.10.006. Epub 2013 Oct 24. PMID: 24252712.

MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, 2006.

MOREIRA, M et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S128-S139, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0128.pdf>, acessado em 28/07/2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação: a abordagem do near miss da OMS para a saúde materna**. 2011. Disponível em: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=414-avaliacao-da-qualidade-do-cuidado-nas-complicacoes-graves-da-gestacao-a-abordagem-do-near-miss-4&Itemid=219&lang=es

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. – Brasília, DF: 2008. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/2014/10/30/indicadores-basicos-para-a-saude-no-brasil-conceitose-aplicacoes-livro-2a-edicao-2008-2/>.

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

PORTELA, M. C.; PRONOVOST, P.J.; WOODCOCK, T. et al. How to Study Improvement interventions: a brief overview of possible study types. *BMJ Qual Saf* 2015; 24:325–336. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/24/5/325.full.pdf>

PROQUALIS. **Aprimorando Práticas de Saúde**. Questionário sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC). Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais. 2013. Disponível em: <https://proqualis.net/cartaz/question%C3%A1rio-sobre-seguran%C3%A7a-do-paciente-em-hospitais-hsopsc>

REIS, C. T. et al. Confiabilidade e validade da versão brasileira da Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC): um estudo piloto. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2016, vol.32, n.11, e00115614. Epub Dec 01, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00115614>.

REIS, C. T. **A cultura de segurança do paciente**: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. Rio de Janeiro: s.n., 2013. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002441PwFnHv.pdf>

REIS, C. T.; . **PROQUALIS**. Cultura de Segurança do Paciente: por onde começar? Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://proqualis.net/aula/cultura-de-seguran%C3%A7a-do-paciente-por-onde-come%C3%A7ar>

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

SHAH, N. **Behind the Headlines about Maternal Mortality**. Institute for Healthcare Improvement. March 14, 2019. Disponível em: <http://www.ihl.org/communities/blogs/behind-the-headlines-about-maternal-mortality>

SORRA, J. et al. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. (Prepared by Westat, under Contract No. HHS290201300003C). **AHRQ Publication** No. 15-0049-EF (Replaces 04-0041). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. January 2016. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>

TEIXEIRA, N. Z. F. et al. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. *Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil*, Recife, v. 12, n. 1, 2012.

TORRES, E. F.; MAZZONI, A. A. Conteúdos digitais multimídia: o foco na usabilidade e acessibilidade. *Ci. Inf.*, Brasília, DF: v. 33, n. 2, p. 152-160, ago. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Robson Classification**: Implementation Manual. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Cataloguing-in-Publication (CIP) data. Disponível em: <http://apps.who.int/iris>.

1.4 MODELOS DE REMUNERAÇÃO BASEADOS EM VALOR

Requisito direcionador para a adoção de modelos diferenciados de remuneração que deem suporte a uma lógica estruturante, onde modelo de cuidado e modelo de pagamento estejam integrados, isto é, o cuidado é baseado em valor a partir do desenho de um modelo de atenção capaz de melhorar a qualidade do cuidado. Valor sendo aqui entendido como os desfechos clínicos e não clínicos que interessam aos pacientes. Para isso, o modelo deve englobar, portanto, a pertinência e a coordenação do cuidado, a performance do prestador de serviços, a avaliação de desfechos e a experiência do paciente, apoiado por um modelo de pagamento projetado para favorecer a melhoria da qualidade do cuidado e a alocação eficiente de recursos, evitando o desperdício e favorecendo a sustentabilidade.

1.4.1

A operadora adota modelo de remuneração que contempla componente de pagamento diferenciado para estimular o envio de dados de qualidade e segurança do paciente pelos hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação.

Interpretação:

A operadora utiliza política de incentivos financeiros para os hospitais/maternidades participantes da Certificação que fazem o envio regular de dados para o monitoramento e a avaliação dos resultados em saúde (*pay-for-reporting*).

Para pontuar neste item, independente do modelo de remuneração adotado, deve ser contemplado um componente de pagamento ajustado, no qual os prestadores de serviços hospitalares/maternidades participantes da Certificação são remunerados pelo fornecimento de dados de qualidade e segurança do paciente.

Esta estratégia remuneratória busca incentivar os prestadores a relatar dados de qualidade e custos, recompensando-os pela completude do conjunto de informações fornecidas.

A adoção de modelos de remuneração que estejam atrelados à qualidade em saúde passa pela necessidade de se incentivar a captação, produção, armazenamento, uso e disseminação de dados fidedignos, íntegros, relevantes e confiáveis.

Os dados são essenciais para o cálculo de indicadores e para a análise quantitativa e qualitativa do cuidado em saúde, seus desfechos e a experiência do paciente, apoiando a identificação de necessidades de melhorias e provendo a adoção das melhores práticas.

Independente do tipo de dado que será coletado, deve ser estabelecido um plano que preveja aspectos como quem irá coletá-los e quando e onde serão coletados (LANGLEY et al., 2011).

A utilização de indicadores de mensuração de qualidade e de segurança do paciente é uma prática difundida na saúde e com recomendações internacionais. Portanto, o incentivo ao uso de indicadores para monitoramento da qualidade e da segurança do paciente pelos prestadores torna-se uma recomendação importante para melhorar a prestação de serviços em saúde.

Considerando a relevância da obtenção de dados e informações específicas sobre a atenção materna e neonatal, a operadora deve verificar junto aos seus prestadores de serviços de saúde se essas informações estão disponíveis ou se é necessária alguma atividade para obtê-las. A remuneração diferenciada pelo envio regular de dados é importante para que o hospital/maternidade possa contar com a logística necessária à coleta de dados, recursos humanos, bem como para a (re)estruturação dos sistemas de informação.

Além de determinantes para o monitoramento e avaliação da qualidade do cuidado, os dados em saúde configuram insumo para viabilizar a adoção de modelos de pagamento baseados em valor em saúde.

O modelo de remuneração, bem como os dados e a periodicidade de envio das informações devem estar previstos em contrato ou documento similar, independentemente do tipo de rede, se própria, contratada ou referenciada.

Essencial



Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação, contemplando componente de pagamento diferenciado pelo envio regular de dados de qualidade e segurança do paciente.

Verificar a utilização de incentivos financeiros que estimulem o envio regular de dados de qualidade e segurança do paciente.

Como evidências de remuneração poderão ser consideradas as contas médicas, faturas, recibos, notas fiscais, entre outros

(HCPR/CU, 2014; BRASIL, 2013.)

A operadora adota modelo de remuneração que contempla componente de pagamento diferenciado por adoção de protocolos de segurança do paciente pelos hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação.



Interpretação:

A operadora utiliza política de incentivos financeiros para os hospitais/maternidades participantes da Certificação que adotam protocolos de segurança do paciente.

Protocolos e diretrizes clínicas sistematizam evidências científicas disponíveis, contribuindo para a gestão e para a tomada de decisão clínica.

A temática da segurança do paciente encontra-se intrinsecamente relacionada à qualidade do cuidado em saúde e vem sendo amplamente referida e discutida pelos setores prestadores de serviços de saúde, pelas entidades de classe e pelos órgãos governamentais (SAMPAIO, 2014).

A remuneração a partir de um componente relativo à conformidade com adoção de padrões de qualidade e segurança do paciente pode favorecer a incorporação de boas práticas, com base em evidências científicas, contribuindo para melhores resultados em saúde.

Para efeito de cumprimento do presente item de verificação, deve ser considerada, minimamente, a adoção de incentivos financeiros para adesão aos seguintes protocolos estabelecidos como obrigatórios pelo Ministério da Saúde, por meio das Portarias GM/MS nº 529/2013, nº 1.377/2013 e nº 2.095/2013:

- Protocolo de Identificação do paciente;
- Prática de higiene das mãos;
- Segurança cirúrgica;
- Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- Prevenção de quedas dos pacientes;
- Prevenção de úlceras por pressão (UPP).

Esses protocolos são os recomendados pela OMS, quer nos desafios globais, quer nas chamadas soluções de segurança para o paciente. Duas questões motivaram a OMS a eleger esses protocolos: o pequeno investimento necessário para a sua implantação e a magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles (BRASIL, 2014). Esses protocolos constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos de segurança do paciente dos estabelecimentos de saúde, a que se refere à RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, da Anvisa.

O modelo de remuneração, bem como o componente de pagamento diferenciado por adoção de protocolos de segurança devem estar previstos em contrato ou documento similar, independentemente do tipo de rede, se própria, contratada ou referenciada.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação, contemplando componente de pagamento diferenciado por adoção de protocolos de segurança do paciente previstos neste item de verificação.

Verificar a utilização de incentivos financeiros que estimulem a utilização de protocolos de segurança do paciente.

Como evidências de remuneração poderão ser consideradas as contas médicas, faturas, recibos, notas fiscais, entre outros.

(BRASIL, 2013a; 2013b; ANS, 2016; KHAN e STEIN, 2014; SAMPAIO et al., 2014).

1.4.3

A operadora adota modelo de remuneração que contempla componente de pagamento diferenciado por adoção de protocolos e diretrizes clínicas pelos hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação

Complementar

**Interpretação:**

A operadora utiliza política de incentivos financeiros para os hospitais/maternidades participantes da Certificação que adotam protocolos e diretrizes clínicas relacionados à atenção ao parto e nascimento, baseados em evidências científicas.

Protocolos e diretrizes clínicas sistematizam evidências científicas disponíveis sobre a atenção à determinada condição de saúde. Desse modo, podem contribuir para a gestão e para a tomada de decisão clínica na atenção materna e neonatal.

A remuneração a partir de um componente relativo à conformidade com adoção de padrões de qualidade pode favorecer a incorporação de boas práticas, com base em evidências científicas, contribuindo para melhores resultados em saúde.

Para efeito de cumprimento do presente item de verificação, deve ser considerada, minimamente, a adoção de incentivos financeiros para adesão aos seguintes protocolos considerados estratégicos para a atenção ao parto e nascimento no ambiente hospitalar:

- Uso do Sistema de avaliação modificado para auxiliar na identificação precoce de deterioração clínica de pacientes obstétricas (Modified Early Obstetric Warning Score - MEOWS);
- Protocolo padrão de Vitalidade Fetal;
- Protocolo de indução do trabalho de parto;
- Protocolo de Prevenção e Contenção de Hemorragias Pós-parto;
- Protocolo de Sepsis em pacientes Obstétricas;
- Protocolo de Sepsis Precoce e Tardia Neonatal.

O modelo de remuneração, bem como o componente de pagamento diferenciado por adoção de protocolos e diretrizes clínicas mencionados neste item de verificação devem estar previstos em contrato ou documento similar, independentemente do tipo de rede, se própria, contratada ou referenciada

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação, contemplando componente de pagamento diferenciado por adoção de protocolos e diretrizes clínicas previstos neste item de verificação.

Verificar a utilização de incentivos financeiros que estimulem a utilização de protocolos e diretrizes clínicas previstos neste item de verificação.

Como evidências de remuneração poderão ser consideradas as contas médicas, faturas, recibos, notas fiscais, entre outros.

(BRASIL, 2013a; 2013b; ANS, 2016; KHAN e STEIN, 2014; SAMPAIO et al., 2014.)

1.4.4

A operadora adota modelo de remuneração que contempla componente de pagamento diferenciado para os hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação que possuem Acreditação Internacional ou Acreditação/Certificação pela Organização Nacional de Acreditação - ONA.

Complementar



Interpretação:

A operadora utiliza política de incentivos financeiros para os hospitais/maternidades participantes da Certificação que tenham obtido pelo menos um certificado de avaliação externa: Acreditação Internacional reconhecida pelo Programa QUALISS da ANS; ou Acreditação/Certificação pela Organização Nacional de Acreditação – ONA, nos níveis 1, 2 ou 3.

Estratégias como a Acreditação e a Certificação possibilitam a verificação da qualidade, tendo como base a avaliação dos padrões de referência desejáveis, constituídos a partir de normatizações e de boas práticas estabelecidas para a gestão e atenção à saúde.

A Acreditação/Certificação em saúde dos hospitais/maternidades é relevante para a conformação de uma rede assistencial que possua características convergentes com o propósito de oferecer o cuidado apropriado aos beneficiários de planos de saúde, baseado nas melhores práticas.

Assim, o reconhecimento da Acreditação/Certificação em saúde dos hospitais/maternidades participantes da Certificação na forma de remuneração pode favorecer a conformação de uma rede assistencial qualificada, mediante o estímulo ao atendimento de requisitos mínimos que favoreçam a qualidade da atenção prestada.

O modelo de remuneração, bem como o componente de pagamento diferenciado pela Acreditação/Certificação em saúde do hospital/maternidade devem estar previstos em contrato ou documento similar, independentemente do tipo de rede, se própria, contratada ou referenciada.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação, contemplando componente de pagamento diferenciado pela Acreditação/Certificação em saúde do hospital/maternidade.

Verificar a utilização de incentivos financeiros que estimulem a obtenção da Acreditação/Certificação em saúde do hospital/maternidade.

Como evidências de remuneração poderão ser consideradas as contas médicas, faturas, recibos, notas fiscais, entre outros.

(ANS, 2022).

1.4.5

A operadora adota modelo de remuneração que contempla pagamento por *bundle* episódico relativo ao parto nos hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação.

Complementar

**Interpretação:**

A operadora adota pagamento por *bundle* baseado em episódio (*procedure based episode payments*) como modelo de remuneração para os hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação, relativo à atenção ao parto em ambiente hospitalar.

A remuneração por *bundle* baseado em episódio corresponde ao pagamento de um conjunto de ações em saúde, por um valor contratado com base no ciclo de cuidado de um determinado episódio, durante um período definido. No presente item de verificação, deve ser considerado o período relativo ao parto hospitalar (independente da via de parto, vaginal ou cesárea).

O *bundle* baseado em episódio deve considerar o pagamento dos diferentes profissionais e equipes envolvidas, envolvendo os serviços prestados e materiais utilizados durante o período vinculado ao episódio de atendimento.

O início e o final do ciclo assistencial devem estar demarcados de forma clara, bem como deve haver descrição detalhada dos procedimentos incluídos e não incluídos, e das possíveis complicações que estão contempladas ou não no escopo do *bundle*.

O *bundle* episódico relativo ao parto, de que trata o presente item de verificação, deve contemplar os equipamentos, materiais e medicamentos necessários à parturiente e ao neonato na assistência ao parto em ambiente hospitalar, bem como a remuneração dos profissionais envolvidos na equipe multiprofissional de assistência ao parto. A garantia de cobertura de complicações relacionadas à realização do parto, decorrentes do manejo do trabalho de parto e parto, pelo período correspondente aos 42 dias após a realização do parto, ou seja, o período puerperal, pode ou não estar incluída no *bundle*. A cobertura da internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), materna e/ou neonatal, também pode ou não estar incluída no *bundle*. A inclusão no *bundle* da cobertura das complicações no período puerperal e de internação em UTI tem como perspectiva o compartilhamento do risco financeiro com os prestadores de serviços de saúde, notadamente nos casos em que a necessidade de cuidado de complicações no pós-parto e de internação na UTI estejam relacionadas a aspectos evitáveis da assistência prestada durante a internação hospitalar para realização do parto.

Desse modo, caso as complicações ocorridas no período puerperal e as internações em UTI materna e/ou neonatal sejam incluídas no *bundle*, a forma de remuneração deve obrigatoriamente estar associada ao ajuste de risco, conforme as condições de saúde da mãe e do neonato, de modo a inibir a eventual desassistência ou a penalização financeira do prestador, nas situações em que a eventual internação se faça necessária em função de características clínicas dos pacientes.

Além do ajuste por complexidade clínica, a remuneração deve considerar o monitoramento dos desfechos medidos por indicadores pactuados entre a operadora e os prestadores de serviços.

O contrato ou documento similar estabelecido entre a operadora e o hospital/maternidade, independentemente do tipo de rede, se própria, contratada ou referenciada, deve mencionar expressamente os procedimentos e eventos em saúde incluídos no *bundle*, o período abrangido no episódio (começo e fim do período coberto no *bundle*), a metodologia de ajuste de risco adotada e os indicadores pactuados para monitoramento dos desfechos.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação, contemplando a adoção do modelo de remuneração por *bundle* baseado em episódio, correspondente à atenção ao parto em ambiente hospitalar, mencionando expressamente os procedimentos e eventos em saúde incluídos, o período abrangido, a metodologia de ajuste de risco, os indicadores para monitoramento dos desfechos e os valores financeiros pactuados. Verificar a existência de registros da remuneração por meio de *bundle* episódico relativo ao evento parto nos hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação.

Como evidências de remuneração poderão ser consideradas as contas médicas, faturas, recibos, notas fiscais, entre outros.

(MILLER, 2017; BICHUETTI; MERE JR, 2016; BOACHIE et al., 2014; CHQPR, 2017; BACH et al., 2011; PORTER; TEISBERG, 2007; ICOS, 2017).

1.4.6

A operadora adota modelo de remuneração que contempla componente de pagamento diferenciado relativo à performance nos resultados em saúde dos hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação.

Complementar

**Interpretação:**

A operadora adota modelo de remuneração que contemple um componente de pagamento por performance (*pay-for-performance* ou *P4P*) atrelado aos resultados em saúde dos prestadores de serviços hospitalares/maternidades indicados como participantes da Certificação.

Para pontuar neste item, independente do modelo de remuneração adotado, deve ser contemplado um componente de pagamento que considere a performance dos prestadores de serviços hospitalares/maternidades participantes da Certificação, relativo a resultados em saúde, incluindo desfechos clínicos de morbimortalidade neonatal e materna, mensurados por meio de indicadores de saúde.

Diferentes modelos de remuneração existentes podem contemplar um componente de pagamento ajustado, no qual os prestadores de serviços são remunerados de acordo com a performance, com base nas metas de qualidade pactuadas entre operadora e os prestadores de serviços de saúde.

Assim, o pagamento por performance (*pay-for-performance* ou *P4P*) pode ser associado a diferentes modelos de remuneração, como os estabelecidos por episódios de cuidado (*bundles* de procedimento ou de condição clínica), pagamentos globais (*capitation*, orçamento), ou mesmo ao pagamento por procedimento (*fee-for-service*), como conta aberta, diárias globais ou pacotes, por exemplo.

Os incentivos para a busca do melhor desempenho no atendimento podem ser positivos (maior remuneração pela qualidade), ou negativos (menor remuneração, ou não pagamento do serviço).

Além de indicadores de estrutura e de processos, é essencial que a avaliação da performance considere indicadores relacionados ao resultado do cuidado em saúde. Os sistemas de informação em saúde, tradicionalmente, se voltam de modo prioritário para dados administrativos e de produtividade assistencial. Contudo, no contexto dos modelos de remuneração baseados em valor, os resultados em saúde também devem ser sistematicamente coletados, processados, analisados e considerados para efeito da estratégia remuneratória.

O modelo de remuneração, bem como os elementos considerados para a avaliação da performance e da qualidade do cuidado devem estar previstos em contrato ou documento similar, independentemente do tipo de rede, se própria, contratada ou referenciada.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação, contemplando componente de pagamento diferenciado relativo a resultados em saúde.

Verificar a utilização de incentivos financeiros que estimulem a melhoria dos resultados em saúde.

Como evidências de remuneração poderão ser consideradas as contas médicas, faturas, recibos, notas fiscais, entre outros.

(ANS, 2019; BERENSON et al., 2016).

A operadora adota modelo de remuneração que contempla pagamento por *bundle* episódico relativo ao ciclo gravídico-puerperal completo, incluindo pré-natal, parto e puerpério.**Interpretação:**

A operadora adota pagamento por *bundle* baseado em episódio (*procedure based episode payments*) como modelo de remuneração, que corresponde ao pagamento de um conjunto de ações em saúde, por um valor contratado com base no ciclo de cuidado de um determinado episódio, durante um período definido. No presente item de verificação, deve ser considerado o período correspondente à atenção ao pré-natal, parto e puerpério.

A remuneração por *bundle* baseado em episódio corresponde ao pagamento de um conjunto de ações em saúde, por um valor contratado com base no ciclo de cuidado de um determinado episódio, durante um período definido. No presente item de verificação, deve ser considerado o período relativo ao pré-natal, parto e puerpério.

O *bundle* baseado em episódio deve considerar o pagamento dos diferentes profissionais e equipes envolvidas, envolvendo os serviços prestados e materiais utilizados durante o período vinculado ao episódio de atendimento.

O início e o final do ciclo assistencial devem estar demarcados de forma clara, bem como deve haver descrição detalhada dos procedimentos incluídos e não incluídos, e das possíveis complicações que estão contempladas ou não no escopo do *bundle*.

Considerando que o acesso à atenção pré-natal contribui para a prevenção e/ou detecção precoce de riscos e para a promoção de saúde no processo gestacional, possuindo relação com melhores desfechos para a saúde materna e fetal, o pré-natal idealmente deve ser iniciado tão logo a gravidez seja identificada, preferencialmente ainda no primeiro trimestre. Nesse sentido, é válida, inclusive, a identificação de gestantes, com a oferta de serviços, como possível forma de levantamento, identificação e captação dessa população específica, para que participe, viabilizando maior adesão, engajamento e conscientização das beneficiárias, bem como o compromisso da operadora como gestora do cuidado, ao identificar e captar as beneficiárias.

O marco inicial do *bundle*, portanto, deve ser o mais próximo possível desse momento, prosseguindo em cuidados contínuos até o desfecho, já no puerpério.

O *bundle* de que trata o presente item de verificação deve contemplar, minimamente:

- **Pré-natal**

Nas gestações de risco habitual, deve contar, no mínimo, com as consultas referidas no item 2.2.2 deste Manual. Além das consultas médicas e de enfermagem no pré-natal, o *bundle* deve contemplar consultas de pronto-socorro.

Ademais, para pontuar nesse item o *bundle* deve contemplar no mínimo os exames laboratoriais previstos no item 2.2.4 deste Manual. No que refere à Ultrassonografia, devem ser observados, minimamente, os parâmetros referidos no item 2.2.5 deste Manual.

- **Parto:**

Equipamentos, materiais e medicamentos necessários à parturiente e ao neonato na assistência ao parto em ambiente hospitalar, bem como a remuneração dos profissionais envolvidos na equipe multiprofissional de assistência ao parto.

- **Puerpério:**

Deve incluir a garantia de cobertura de complicações relacionadas à realização do parto, decorrentes do manejo do trabalho de parto e parto, pelo período correspondente aos 42 dias após a realização do parto, ou seja, o período puerperal. Deve ser incluída a orientação com nutricionista antes da alta hospitalar da mulher e, após a alta hospitalar, uma ou mais consultas com ginecologista obstetra e duas ou mais consultas de enfermagem para acompanhamento e orientações.

A cobertura da internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), materna e/ou neonatal, pode ou não estar incluída no *bundle*. A inclusão no *bundle* da cobertura das complicações no período puerperal e de internação em UTI tem como perspectiva o compartilhamento do risco financeiro com os prestadores de serviços de saúde, notadamente nos casos em que a necessidade de cuidado de complicações no pós-parto e de internação na UTI estejam relacionadas a aspectos evitáveis da assistência prestada durante a internação hospitalar para realização do parto.

Desse modo, caso a internação em UTI materna e/ou neonatal seja incluída no *bundle*, a forma de remuneração deve obrigatoriamente estar associada ao ajuste de risco, conforme as condições de saúde da mãe e do neonato, de modo a inibir a eventual desassistência ou a penalização financeira do prestador, nas situações em que a eventual internação se faça necessária em função de características clínicas dos pacientes.

Além do ajuste por complexidade clínica, a remuneração deve considerar o monitoramento dos desfechos medidos por indicadores pactuados entre a operadora e os prestadores de serviços.

A atenção ao ciclo gravídico-puerperal deve contemplar a coordenação/gestão do cuidado para gestantes de alto risco, com o objetivo de apoiar as gestantes a se moverem de forma oportuna e assertiva pelo sistema de saúde, favorecendo o acesso das gestantes aos cuidados apropriados para as condições clínicas e o risco da sua gestação.

O monitoramento por coordenação do cuidado deve ser utilizado como estratégia para a identificação de eventuais alterações nas condições de saúde, bem como para processo educativo e orientação à procura de atendimento médico ambulatorial ou emergencial. As orientações fornecidas podem ser um importante auxílio na promoção de saúde e na adesão ao plano terapêutico proposto, com consequente melhoria das condições clínicas da gestante e evolução do processo gestacional, sobretudo em gestações de alto risco.

Por meio da coordenação do cuidado, a gestante pode obter acesso, por exemplo, a informações relevantes para o processo gestacional, suporte pessoal e apoio para obter acesso aos cuidados de que necessita. A coordenação deve integrar toda a linha do cuidado do ciclo gravídico-puerperal, indo do início do pré-natal ou do momento de início do agravamento do risco até o parto e puerpério.

O contrato ou documento similar estabelecido entre a operadora e os prestadores, independentemente do tipo de rede, se própria, contratada ou referenciada, deve mencionar expressamente os procedimentos e eventos em saúde incluídos no *bundle*, o período abrangido no episódio (começo e fim do período coberto no *bundle*), a metodologia de ajuste de risco adotada e os indicadores pactuados para monitoramento dos desfechos.

Os prestadores de serviços de saúde envolvidos no pré-natal, parto e puerpério devem atuar de forma integrada, constituindo eventualmente uma organização por meio da qual se responsabilizam coletivamente pelo cuidado ofertado, bem como compartilham os valores financeiros repassados pelas operadoras relativos ao *bundle* baseado em episódio, considerando o ciclo gravídico-puerperal completo.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e seus prestadores de serviços, contemplando a adoção do modelo de remuneração por *bundle* baseado em episódio, considerando o ciclo gravídico completo, incluindo pré-natal, parto e puerpério, mencionando expressamente os procedimentos e eventos em saúde incluídos, o período abrangido, a metodologia de ajuste de risco, os indicadores para monitoramento dos desfechos e os valores financeiros pactuados.

Verificar a existência de registros da remuneração por meio de *bundle* episódico relativo ao ciclo gravídico completo, incluindo pré-natal, parto e puerpério.

Como evidências de remuneração poderão ser consideradas as contas médicas, faturas, recibos, notas fiscais, entre outros.

(MILLER, 2017; BICHUETTI; MERE JR, 2016; BOACHIE et al., 2014; CHQPR, 2017; BACH et al., 2011; PORTER; TEISBERG, 2007; ICOS, 2017; BRASIL, 2002; 2005; 2012; FEBRASGO, 2007; MENDES, 2011).

A operadora adota modelo de remuneração que contempla componente de pagamento relativo a resultados em medidas de desfechos reportados pelos pacientes (*Patient-Reported Outcome Measure - PROMs*) dos hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação.



Interpretação:

A operadora adota modelo de remuneração que contemple um componente de pagamento atrelado aos resultados relativos a medidas de desfechos reportados pelos pacientes dos hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação.

Para pontuar neste item, independente do modelo de remuneração adotado, o contrato ou documento similar firmado entre operadora e hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação deve contemplar ao menos um componente de pagamento que considere o desempenho do prestador em medidas de desfechos reportados pelo paciente, independentemente do tipo de rede, se própria, contratada ou referenciada.

A qualidade do cuidado ofertado pode ser avaliada com o uso de indicadores relacionados à percepção dos pacientes. As medidas de desfechos reportados pelos pacientes ou PROMs (*Patient-Reported Outcome Measures*) são instrumentos utilizados para mensurar o impacto da assistência, identificando resultados que realmente importam para o paciente.

Com a coleta de PROMs, é possível medir desfechos clínicos e, assim, identificar as oportunidades de melhoria ao longo de toda a jornada do ciclo gravídico-puerperal. É possível, por exemplo, identificar os cuidados que mais geram valor para o paciente, bem como identificar as intervenções menos importantes na visão do paciente.

Entre os exemplos de instrumentos de medidas de desfechos reportados pelos pacientes ou PROMs (*Patient-Reported Outcome Measures*) na atenção à saúde ao longo do ciclo gravídico-puerperal, estão:

- *Health-Related Quality of Life - HRQOL* (Qualidade de vida relacionada à saúde) (CDC, 2022);
- *Pregnancy and Birth Standard Set - Pain with intercourse* (Conjunto de Padrões de Gestação e Nascimento - Dor durante a relação sexual) (ICHOM, 2022a);
- *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form - ICIQ-SF* (Questionário Internacional sobre Incontinência urinária – Formato Resumido) (TAMANINI et al., 2004);
- *Wexner Score for Anal Incontinence* (Escala de Wexner para incontinência fecal) (MEINBERG, 2014);
- *Pregnancy and Birth Standard Set - Success with breastfeeding* (Conjunto de Padrões de Gestação e Nascimento - Sucesso na amamentação) (ICHOM, 2022b);
- *Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form - BSES-SF* (Escala de Autoeficácia em Amamentação - Formato Resumido) (DODT, 2008);
- *Pregnancy and Birth Standard Set - Confidence in role* (Conjunto de Padrões de Gestação e Nascimento - Confiança no papel de mãe) (ICHOM, 2022c);
- *Mother-to-Infant Bonding Scale (MIBS)* (Escala de vínculo mãe-filho) (SOUZA et al., 2017);
- *Patient Health Questionnaire-2 - PHQ-2* (Questionário de Saúde do Paciente 2) (KROENKE et al., 2003; SPITZER et al., 2003);

- Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (SANTOS, 2007; PIRES, 2020).
Para efeito de cumprimento deste item, deve ter sido avaliada a utilização de pelo menos um instrumento relativo a medidas de desfecho reportadas pelo paciente, validado na literatura e pactuado entre as partes.
Para assegurar que a unidade hospitalar/maternidade atenda a essas características, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar estabelecendo essa condição para a contratualização com os hospitais/maternidades participantes da Certificação, independentemente de o hospital/maternidade ser rede própria, contratada, credenciada ou referenciada.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação, formalizando a adoção de componente de pagamento relativo a resultados em medidas de desfechos reportados pelo paciente.

Como evidências de remuneração poderão ser consideradas as contas médicas, faturas, recibos, notas fiscais, entre outros.

Verificar relatórios com a análise dos resultados das medidas de desfechos reportados pelos pacientes.

(KROENKE et al., 2003; SPITZER et al., 2003; TAYLOR et al., 2005; SANTOS, 2007; DODT, 2008; MEINBERG, 2014; TAMANINI, 2004; ZUMPANO et al., 2017; PIRES, 2020; CDC, 2022; ICHOM, 2022a; ICHOM, 2022b; ICHOM, 2022c).

A operadora adota modelo de remuneração que contempla componente de pagamento relativo a resultados em medidas de experiências relatadas pelos pacientes (*Patient-Reported Experience Measures - PREMs*) dos hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação.



Interpretação:

A operadora deve adotar modelo de remuneração que contemple um componente de pagamento atrelado aos resultados relativos a medidas de experiências sob a perspectiva dos pacientes dos hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação.

Para pontuar neste item, independente do modelo de remuneração adotado, o contrato ou documento similar firmado entre operadora e hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação deve contemplar ao menos um componente de pagamento que considere o desempenho do prestador em medidas de experiências reportadas pelo paciente, independentemente do tipo de rede, se própria, contratada ou referenciada.

A satisfação do paciente com o cuidado ofertado pode ser avaliada com o uso de indicadores relacionados à percepção dos pacientes. As medidas de experiências relatadas pelos pacientes ou PREMs (*Patient-Reported Experience Measures*) são instrumentos utilizados para mensurar a percepção do paciente quanto à sua satisfação com os cuidados prestados.

Entre os exemplos de instrumentos de medidas de experiências relatadas pelos pacientes ou PREMs (*Patient-Reported Experience Measures*) na atenção à saúde ao longo do ciclo gravídico-puerperal, estão:

- *Birth-Satisfaction-Scale-Revised - BSS-R* (Escala de satisfação com o nascimento - revisada) (FERRARI et al., 2021);
- *Pregnancy and Birth Standard Set - Healthcare Responsiveness* (Responsividade do sistema de saúde (ICHOM, 2022d);
- *Pregnancy and Birth Standard Set - Satisfaction with care* (Satisfação com os resultados do cuidado) (ICHOM, 2022e).

Para pontuar neste item, independente do modelo de remuneração adotado, o contrato firmado entre operadora e hospitais/maternidades indicados para a Certificação deve contemplar ao menos um componente de pagamento relativo à experiência reportada pelos pacientes.

Para assegurar que a unidade hospitalar/maternidade atenda a essas características, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar estabelecendo essa condição para a contratualização com os hospitais/maternidades participantes da Certificação, independentemente de o hospital/maternidade ser rede própria, contratada, credenciada ou referenciada.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação, formalizando a adoção de componente de pagamento relativo a resultados em medidas de experiências reportadas pelos pacientes (PREMs).

Como evidências de remuneração poderão ser consideradas as contas médicas, faturas, recibos, notas fiscais, entre outros.

Verificar a existência de relatórios com a análise dos resultados de medidas de experiências reportadas pelos pacientes.

(FERRARI et al., 2021; ICHOM, 2022d; ICHOM, 2022e).

A operadora possui plataforma de Tecnologia da Informação que permite a integração dos dados assistenciais e de custos, subsidiando a adoção de modelos de remuneração baseados no ciclo do cuidado.



Interpretação:

A operadora deve possuir plataforma de Tecnologia da Informação que possibilite a integração dos dados assistenciais e de custos, fornecendo subsídios para a formulação e incorporação de modelos de remuneração relativos ao ciclo do cuidado, com base na geração de valor na atenção à saúde.

Michael Porter e Thomas Lee (2013) trabalham o conceito de Agenda Estratégica de Valor, formulada no contexto dos Modelos de Remuneração de Atenção à Saúde Baseados em Valor. A agenda estratégica para progredir rumo a sistemas de atenção à saúde com entregas de valor tem seis componentes interdependentes e que se reforçam mutuamente. Dentre os elementos da agenda de valor, destaca-se aqui a existência de plataforma de Tecnologia da Informação (TI), já que os demais componentes da agenda de valor são viabilizados por uma plataforma de tecnologia da informação de suporte, que possibilite alavancar a implementação de Modelos de Remuneração de Atenção à Saúde Baseados em Valor. Entre os atributos dessa plataforma de TI devem estar:

- Definição comum dos dados
- Integração dos dados assistenciais e de custo
- Interoperabilidade entre os diferentes prestadores envolvidos
- Dados do ciclo completo do cuidado
- Arquitetura que permita a extração das métricas de processo, custo e desfecho.

Historicamente, sistemas de TI de atenção à saúde são segmentados por departamento, localidade, tipo de serviço e tipo de informação (por exemplo, imagens). O tipo ideal de sistema de TI pode ajudar a integrar processos, viabilizando novas abordagens sobre mensuração e reembolso, e integrando as partes de um sistema de entrega bem estruturado. A operadora deve, portanto, adotar uma plataforma digital que permita a coleta de informação de dados clínicos, desfechos e custos. Além disso, é necessário integrar e capturar informações dos diversos sistemas que conectam pacientes, equipe assistencial e prestadores ao longo do ciclo de cuidado. A interoperabilidade é, portanto, um fator-chave para o sucesso na gestão das informações em saúde (MAK VALOR, 2022).

Se necessário, a operadora deve apoiar a rede prestadora para que os sistemas de informação em saúde adotados sejam compatíveis e possibilitem a integração dos dados no âmbito da plataforma de TI.

A forma de uso e envio de dados deverá ser estabelecida em contrato ou documento similar firmado entre a operadora e os hospitais/maternidades indicados a participarem da Certificação, respeitadas as regras da LGPD. Os contratos ou documentos similares devem ser estabelecidos entre a operadora e os hospitais/maternidades, independentemente de serem integrantes da rede própria, contratada ou referenciada.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

A análise desse item deve considerar evidências da adoção de plataforma de Tecnologia da Informação que permita a integração das informações assistenciais e de custos, com base no ciclo do cuidado.

Verificar se a operadora tem um plano de ação com a rede assistencial para coleta de indicadores na atenção materna e neonatal, assim como a identificação dos recursos tecnológicos e humanos necessários para esse fim.

Comprovam essa prática: a extração de relatório gerencial com dados estruturados relativos às métricas de processo, custo e desfecho, gerado a partir da plataforma de TI.

(LEE, 2014; PORTER; LEE, 2013; MAK VALOR, 2022).

Referências Bibliográficas deste Requisito:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde**: Projeto Parto Adequado - fase 1: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, Institute for Healthcare Improvement. Rio de Janeiro: ANS, 2016. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_total_parto_adequado.pdf. Acesso em: 2 mar. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Guia para Implementação de Modelos de Remuneração Baseados em Valor - 2019**. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor/guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015**. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **QUALISS**: Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1>. Acesso em: 2 mar.2022.

ARKANSAS CENTER FOR HEALTH IMPROVEMENT – ACHI. Arkansas Health Care Payment Improvement Initiative – **Third Annual Statewide Tracking Report**, May 2017. Disponível em: <https://achi.net/wp-content/uploads/2018/10/Arkansas-Health-Care-Payment-Improvement-Initiative-State-Tracking-Report-Year-3-Full-Report.pdf>

BACH, P.; MIRKIN, J. N.; LUKE, J. J. Episode-Based Payment For Cancer Care: A Proposed Pilot For **Medicare Health Affairs**, 30, no.3 (2011): 500-509.

BERENSON, R et al. Payment Methods and Benefit Designs: How They Work and How They Work Together to Improve Health Care. A Typology of Payment Methods. **Research Report**. Urban Institute, 2016

BICHUETTI, J. L.; MERE JR., Y. A. Modelos de Remuneração na Saúde. Harvard Business Review Brasil, ago. 2016. Disponível em: https://bc.pressmatrix.com/pt-BR/profiles/3c24c670a5ee/editions/28565a058513d802c50f/preview_pages

BOACHIE, M. K. et al. Healthcare Provider - Payment Mechanisms: A Review of Literature. **Journal of Behavioural Economics, Finance, Entrepreneurship, Accounting and Transport**, Vv. 2, n. 2, 41-46, 2014. Disponível em: <http://pubs.sciepub.com/jbe/2/2/2>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante - 2018**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013a**. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013b**. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 10 de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União n. 62, seção 1, p.72, 31/05/13. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Mulher. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Rev Bras Saúde Mat Infant** 2002; 2: 69-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292002000100011>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente Ministério da Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, FIOCRUZ/ANVISA 2014. 40 p.: il.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Health-Related Quality of Life - HRQOL.** Disponível em: <https://www.cdc.gov/hrqol/methods.htm>. Acesso em: 6 set. 2022.

CENTER FOR HEALTHCARE QUALITY AND PAYMENT REFORM. **Which Healthcare Payment System is the best?** Paths to healthcare payment reform, 2017. Disponível em: <http://www.chqpr.org/downloads/WhichPaymentSystemisBest.pdf>

DODT, R. C. M. **Aplicação e Validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF) em Puérperas.** Fortaleza. [Dissertação]. Fortaleza (CE). Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. 2008.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Assistência pré-natal parte II. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online]. 2007, v. 53, n.6.

FERRARI; R. B.; MARTIN; C.; HOLLINS MARTIN; C.; DE SOUZA; F.G.; CLINI; J. V.; ONOFRE; L. B. O.; DINIZ ZANETTI; M. R. Translation of the UK-Birth-Satisfaction-Scale-Revised (BSS-R) into Brazilian (Portuguese) and description of initial measurement properties. **J Matern Fetal Neonatal Med.** 2021 May 27:1-7.

GAMA; S. G. N. da, VIELLAS; E. F.; TORRES; J. A.; BASTOS; M.H.; BRÜGGEMANN; O.M.; THEME FILHA; M. M. et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. **Reprod Health.** 2016;13. doi:10.1186/s12978-016-0236-7.

INSTITUTO COALIZÃO SAÚDE. **Modelos de Pagamento Baseados em Valor,** 2017. Disponível em: http://icos.org.br/wp-content/uploads/2018/02/ICOS-02_02_2018.pdf

INTERNATIONAL CONSORTIUM FOR HEALTH OUTCOMES MEASUREMENT. PROMIS SFACC-102. **Pregnancy and Birth Standard Set.** Pain with intercourse. In the past 30 days, how much has pain affected your satisfaction with your sex life? Disponível em: <https://ichom.org/files/medical-conditions/pregnancy-and-childbirth/pregnancy-childbirth-data-dictionary.xls>. Acesso em: 6 set. 2022a.

INTERNATIONAL CONSORTIUM FOR HEALTH OUTCOMES MEASUREMENT. **Pregnancy and Birth Standard Set.** Success with breastfeeding. Please indicate how you are feeding your baby. Disponível em: <https://ichom.org/files/medical-conditions/pregnancy-and-childbirth/pregnancy-childbirth-data-dictionary.xls>. Acesso em: 6 set. 2022b.

INTERNATIONAL CONSORTIUM FOR HEALTH OUTCOMES MEASUREMENT. **Pregnancy and Birth Standard Set.** Confidence in role. How confident do you feel about looking after your baby? Disponível em: <https://ichom.org/files/medical-conditions/pregnancy-and-childbirth/pregnancy-childbirth-data-dictionary.xls>. Acesso em: 6 set. 2022c.

INTERNATIONAL CONSORTIUM FOR HEALTH OUTCOMES MEASUREMENT. **Pregnancy and Birth Standard Set.** Healthcare Responsiveness. Information and role in care (HCR 1-3). Confidence in providers (HCR 4). Disponível em: <https://ichom.org/files/medical-conditions/pregnancy-and-childbirth/pregnancy-childbirth-data-dictionary.xls>. Acesso em: 6 set. 2022d.

INTERNATIONAL CONSORTIUM FOR HEALTH OUTCOMES MEASUREMENT. **Pregnancy and Birth Standard Set.** Satisfaction with care. How satisfied are you with the results of your care during your pregnancy? Disponível em: <https://ichom.org/files/medical-conditions/pregnancy-and-childbirth/pregnancy-childbirth-data-dictionary.xls>. Acesso em: 6 set. 2022e.

INTERNATIONAL CONSORTIUM FOR HEALTH OUTCOMES MEASUREMENT. **Pregnancy and Birth Standard Set.** Pregnancy Childbirth Data Dictionary. Master. Disponível em: <https://ichom.org/files/medical-conditions/pregnancy-and-childbirth/pregnancy-childbirth-data-dictionary.xls>

KHAN, GSC; STEIN, AT. Adaptação transcultural do instrumento Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II) para avaliação de diretrizes clínicas. Cadernos de Saúde Pública, 2014

KROENKE, K.; SPITZER; R. L.; WILLIAMS; J. B. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. **Med Care**. 2003 Nov. 41(11):1284-92.

MEINBERG; M. F. **Adaptação cultural e validação da escala de Wexner em mulheres com incontinência anal na população brasileira**. 2014. Dissertação, UFMG, Minas Gerais, 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/BUBD-A2MG5Q>

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. 549 p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf

MILLER, H. D. **Why Value-Based Payment Isn't Working, and How to Fix It**. Creating a Patient-Centered Payment System to Support Higher-Quality, More Affordable Health Care. Center for Healthcare Quality & Payment Reform. First Edition. October, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **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

PIRES, S. A. N. **Validação de uma ferramenta simplificada para rastrear sintomas de depressão pós-parto em puérperas do município de Viçosa/MG e microrregião, no contexto da atenção primária à saúde**. 2020. 95 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Universidade Federal de Viçosa, Viçosa. 2020.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Tradução de Cristina Bazan. Porto Alegre: Bookman, 2007.

SAMPAIO, K. R. et al. **Segurança na assistência ao paciente**: Uma revisão integrativa da literatura. Seminário Internacional de Integração pesquisa, ensino e serviço do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde UECE/CE/Brasil e do Programa de Pós-graduação em Investigação em Ciências Sócio Sanitária UCAM/Murcia/Espanha. Universidade do Estado do Ceará, 2014.

SANTOS; I. S. et al. Validação da Escala de Depressão Pós-natal de Edinburgo (EPDS) em uma amostra de mães da Coorte de Nascimento de Pelotas. **Cad. Saúde Pública**, 2007; 23(11):2577-2588.

SOUZA L.H.; SOLER; Z. A. S.G.; SANTOS, M. L. S. G.; SANTOS; N. S. G. M. dos. Puerperae bonding with their children and labor experiences. **Investigación y educación en enfermería**, ISSN 0120-5307, v. 35, Nº. 3, 2017, p. 364-370.

SPITZER, R. L. et al. **PHQ-2 Patient Health Questionnaire-2. MGFamiliar**. Disponível em: <https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/PHQ2-1.pdf>

TAMANINI; J. T. N. et al. Validação para o português do International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF). **Rev Saúde Pública**, 2004, 38(3): 438-44.

TAYLOR; A.; ATKINS; R.; KUMAR; R. et al. A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood. Arch **Womens Ment Health** 8, 45– 51 (2005). Disponível em: <https://doi-org.ezproxy.lib.utexas.edu/10.1007/s00737-005-0074-z>

TSIACHRISTAS; A.; DIKKERS; C.; BOLAND; M. R. S.; RUTTEN-VAN; M. P. M. H. Exploring payment schemes used to promote integrated chronic care in Europe. **Health policy** [internet] 2013; 113:296–304. doi: 10.1016/j.healthpol.2013.07.007.

UNIVERSITY OF COLORADO. Anschutz Medical Campus, Division of Health Care Policy and Research. **Pay for Reporting: Quality Assessments Only Methodology**. 2014. Disponível em: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HomeHealthQualityInits/Downloads/Pay-for-Reporting-Quality-Assessments-Only-Methodology.pdf>

VAN DIJK, J. A. W.; ANDERKO; L.; STETZER, F. The Impact of Prenatal Care Coordination on Birth Outcomes. **JOGNN. IN FOCUS**, v. 40, ISSUE 1, P98-108, JANUARY 01, 2011.

ZUMPARO; C. E. et al. Adaptação transcultural e validação da escala de Saúde Global do PROMIS para a língua portuguesa. **Cad. Saúde Pública**, 2017; 33(1):e00107616. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dpjtTyNddBBsqVWb3RqbGtJ/?lang=pt>

1.5 EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Requisito que avalia o processo contínuo de educação e desenvolvimento dos recursos humanos que atuam na atenção materna e neonatal. Avalia os esforços da operadora e de sua rede assistencial em manter as equipes em um constante processo educativo, com a finalidade de aprimorar e desenvolver competências e habilidades, favorecendo a melhoria da qualidade do cuidado.

1.5.1

A operadora oferece capacitação para seus colaboradores responsáveis pela recepção, processamento e análise das informações em prontuários.

Interpretação:

A operadora deve oferecer capacitação anual para seus colaboradores responsáveis pelo processo de recepção, processamento e análise das informações em saúde.

A informação em saúde é estratégica para a decisão clínica e gerencial, para o apoio à pesquisa e formação profissional, e é considerada critério de avaliação da qualidade da prestação de serviço de saúde, sendo ponto-chave para informar acerca do processo de trabalho.

O registro e a consulta adequados das informações em saúde são partes relevantes da rotina assistencial e de gestão.

Ao oferecer treinamento sobre o tema para seus profissionais, a operadora favorece a compreensão do atendimento realizado e aprimora a continuidade e a segurança do cuidado prestado, em consonância com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

A capacitação deve ter periodicidade mínima anual, com carga horária mínima de 20 horas/ano, ou adaptada conforme o conteúdo. A definição da periodicidade e da carga horária deve considerar também aspectos como a rotatividade e entrada de novos profissionais, eventos adversos, situações epidemiológicas e sanitárias, evolução do conhecimento científico, desenvolvimento de práticas assistenciais e publicação de normatizações.

Sugestão de temas a serem abordados:

- Princípios de proteção de dados pessoais
- Bases legais para o tratamento de dados pessoais
- Direitos dos titulares
- Agentes do tratamento
- Obrigações dos agentes de tratamento
- Segurança da informação
- Boas práticas de governança
- Marco normativo
- Regulação setorial
- Conceitos da LGPD
- Ciclo de vida dos dados no setor de saúde
- Proteção de dados
- Avaliação de riscos e mapeamento dos dados
- Políticas e procedimentos


Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:


Verificar a existência de comprovação da capacitação (presencial ou online), por meio de documento (físico ou digital) com período de realização, carga horária, conteúdo programático; nome e formação do instrutor/instituição promotora; nome dos profissionais capacitados; notas fiscais; listas de presença; relatórios e certificados.


(ADAMS, 2003; MASSAD et al., 2003; VASCONCELLOS, 2008; BRASIL, 2018; CFM, 2002; 2007; CFM e SBIS, 2012).


Essencial



1.5.2	<p>A operadora estabelece parcerias com instituições de ensino e pesquisa ou universidades, com vistas a estimular a adesão a programas de atualização e aperfeiçoamento dos profissionais das equipes multiprofissionais de sua rede de atenção materna e neonatal.</p> <p>Interpretação: A operadora deve estabelecer parcerias com instituições de ensino e pesquisa ou universidades, de modo a estimular a adesão a programas de atualização e aperfeiçoamento dos profissionais das equipes de sua rede assistencial de atenção materna e neonatal. As atividades de autodesenvolvimento e aprendizagem das equipes multiprofissionais incluem oportunidades de ensino e treinamento dentro e fora da organização. Uma possibilidade é a parceria com instituições de ensino e pesquisa, ou universidades, com o objetivo de incentivar a adesão a programas de atualização e aperfeiçoamento dos profissionais. Os métodos organizacionais para monitorar o autodesenvolvimento e a aprendizagem em cooperação com outras instituições de ensino podem incluir: identificação e reconhecimento prévios das capacidades e áreas a serem melhoradas; relacionar as tarefas e objetivos de aprendizagem com suas melhorias potenciais; dar feedback sobre o desempenho após treinamento. Tais parcerias com Instituições de ensino devem ser efetivadas por meio de acordos formais entre as instituições.</p> <p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: As parcerias devem estar previstas e detalhadas no Plano Estruturado citado no item 1.1.1. Verificar os acordos firmados com as instituições de ensino reconhecidas pelo Ministério da Educação.</p> <p>(BRASIL, 2018).</p>	<p>Complementar</p> 
-------	---	---

1.5.3	<p>A operadora capacita profissionais da sua Central de Atendimento para orientar gestantes e familiares que entrarem em contato.</p> <p>Interpretação: A operadora deve manter, em sua Central de Atendimento, prevista no item de verificação 1.1.8, profissionais treinados para fornecer informações para as beneficiárias e seus familiares sobre a linha de cuidado materna e neonatal. Os profissionais da Central de Atendimento devem ser capacitados para estarem aptos a prestar esclarecimentos sobre aspectos como cobertura assistencial, carência de procedimentos e rede assistencial, por exemplo. Além disso, a Central de Atendimento deverá orientar as beneficiárias quanto à existência de informações no portal da operadora e aplicativos móveis, divulgação da existência de atividades coletivas de pré-natal e sobre a eventual necessidade de direcionamento para Central de Atendimento específica para questões de saúde (de que trata o item 2.1.13), se houver. A capacitação deve ter periodicidade mínima semestral, com carga horária mínima de 20 horas/semestre, com material didático claro, atualizado. A definição da periodicidade e da carga horária deve considerar também aspectos como a rotatividade e entrada de novos profissionais nas equipes assistenciais, eventos adversos, situações epidemiológicas e sanitárias, evolução do conhecimento científico, desenvolvimento de práticas assistenciais e publicação de normatizações.</p> <p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar a existência de comprovação da capacitação (presencial ou online), por meio de documento (físico ou digital) com período de realização, carga horária, conteúdo programático contemplando o roteiro da Unidade de Resposta Audível (URA); nome e formação do instrutor/instituição promotora; nome dos profissionais capacitados; notas fiscais; listas de presença; relatórios e certificados.</p>	<p>Complementar</p> 
-------	--	---

1.5.4	<p>Os hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação realizam educação permanente das equipes de profissionais da atenção materna e neonatal.</p> <p>Interpretação: Os hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação devem realizar educação permanente de suas equipes para atenção materna e neonatal, contemplando, ao menos os seguintes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indução do trabalho de parto; • Manejo do trabalho de parto (incluindo parto pélvico, distocia de ombro); • Reanimação de adultos, neonatos e neonatos prematuros; • Uso do Sistema de avaliação modificado para auxiliar na identificação precoce de deterioração clínica de pacientes obstétricas (Modified Early Obstetric Warning Score - MEOWS); • Adoção de Protocolos Clínicos, tais como: <ul style="list-style-type: none"> – Protocolo padrão de Vitalidade Fetal; – Protocolo de indução do trabalho de parto; – Protocolo de Prevenção e Contenção de Hemorragias Pós-parto; – Protocolo de Sepsis em Pacientes Obstétricas; – Protocolo de Sepsis Precoce e Tardia Neonatal. <p>A educação permanente diz respeito à continuidade da formação inicial visando ao aperfeiçoamento profissional. Consiste em ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.</p> <p>Para assegurar que a unidade hospitalar/maternidade atenda a essas características, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar estabelecendo essa condição para a contratualização com os hospitais/maternidades participantes da Certificação, independentemente do hospital/maternidade ser rede própria, contratada, credenciada ou referenciada.</p> <p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificação de contratos ou documentos similares entre a operadora e os hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação, prevendo o treinamento das equipes de profissionais e a adoção de protocolos clínicos mencionados no presente item de verificação.</p>	<p>Complementar</p> 
-------	--	---

1.5.5	<p>A operadora capacita profissionais da sua Central de Atendimento para orientar gestantes que entrarem em contato sobre informações em saúde.</p> <p>Interpretação: A operadora deve manter, em sua Central de Atendimento, prevista no item de verificação 2.1.13, profissionais treinados para fornecer informações básicas em saúde para as beneficiárias e seus familiares sobre a mulher e o bebê durante o ciclo gravídico e o puerpério, contemplando conteúdo e fontes especificados no item de verificação 2.1.1. Os profissionais da Central de Atendimento devem ser capacitados para estarem aptos a fornecer informações em saúde sobre gestação, parto e puerpério, assim como fornecer informações para apoiar eventuais encaminhamentos e transferências. A capacitação deve ter periodicidade mínima semestral, com carga horária mínima de 40 horas/semestre, com material didático claro, atualizado e em conformidade com as melhores evidências científicas. A definição da periodicidade e da carga horária deve considerar também aspectos como a rotatividade e entrada de novos profissionais nas equipes assistenciais, eventos adversos, situações epidemiológicas e sanitárias, evolução do conhecimento científico, desenvolvimento de práticas assistenciais e publicação de normatizações.</p> <p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar a existência de comprovação da capacitação (presencial ou online), por meio de documento (físico ou digital) com período de realização, carga horária, conteúdo programático conforme temas e fontes especificados no item de verificação 2.1.1; nome e formação do instrutor/instituição promotora; nome dos profissionais capacitados; notas fiscais; listas de presença; relatórios e certificados.</p>	<p>Excelência</p> 
<p>Referências Bibliográficas deste Requisito:</p> <p>ADAMS, W.G; MANN, A. M; BAUCHNER, H. Use of an electronic medical record improves the quality of urban pediatric primary care. Pediatrics, 2003.</p> <p>BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm</p> <p>CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde. Diário Oficial da União 2002; 9 ago., Seção I, p.184-5. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002</p> <p>CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 1.821, de 2007. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Diário Oficial da União 2007; 23 nov., Seção I, p.252. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1821_2007.htm</p> <p>CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil); SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE. Cartilha sobre Prontuário Eletrônico: a certificação de Sistemas de Registro Eletrônico de Saúde. São Paulo: 2012. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/crmdigital/Cartilha_SBIS_CFM_Prontuario_Eletronico_fev_2012.pdf</p> <p>MASSAD, E.; MARIN, H.; AZEVEDO NETO, R. O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. São Paulo: OPAS, março 2003.</p> <p>VASCONCELLOS, M. M; GRIBEL, E. B; MORAES, I. H. S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008.</p>		

1.6 EXPERIÊNCIA DA BENEFICIÁRIA

Requisito direcionador relativo ao conhecimento do nível de satisfação da beneficiária com a experiência de cuidado ofertada pela operadora na atenção à saúde materna e neonatal. A experiência da gestante beneficiária é a soma de todas as suas interações com a operadora e sua rede prestadora de serviços, durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

1.6.1.

A Operadora avalia a satisfação de todas as beneficiárias que realizaram parto nos hospitais/maternidades indicados na presente Certificação.

Interpretação:

A operadora avalia a satisfação sobre o plano de saúde junto a todas as beneficiárias que tiveram parto coberto pela operadora nos hospitais/maternidades indicados para a presente Certificação, por meio da metodologia NPS (Net Promoter Score).

O NPS é uma métrica com o objetivo de mensurar a satisfação de clientes desenvolvida para avaliar o grau de fidelidade e a lealdade dos relacionamentos, sendo uma ferramenta prática que funciona como um indicador para verificar a quantidade de clientes satisfeitos e insatisfeitos.

A avaliação da satisfação das beneficiárias visa trazer insumos para a operadora aprimorar a prestação de serviços materno e neonatal por meio de ações de melhoria contínua da qualidade. Além disso, todas as empresas procuram crescer, e o crescimento rentável, sustentável e orgânico ocorre mais frequentemente quando os beneficiários que se relacionam com a empresa contam suas experiências positivas para amigos e familiares - ou seja, quando seus clientes se apresentam dispostos a recomendar a empresa para outra pessoa. Assim, uma beneficiária satisfeita será promotora da operadora e quanto mais beneficiárias satisfeitas, mais promotoras a operadora terá. Logo, é uma maneira de verificar a fidelidade e a satisfação de uma beneficiária, e, no caso específico, a sua satisfação com o pré-natal e o parto realizado através da operadora.

A pergunta a ser formulada é a seguinte:

Em uma escala de 0 a 10, sendo 0 = não recomendaria e 10 = certamente recomendaria, quais as chances de você recomendar o seu plano de saúde para outras gestantes realizarem pré-natal e parto?

Este item de verificação tem como objetivo estudar a possibilidade de recomendação da operadora de planos de saúde para outras gestantes. A pesquisa deverá ser realizada até 2 semanas após o parto e deverá abordar todas as mulheres que tenham realizado parto nos hospitais/maternidades indicados na presente certificação.

A participação na pesquisa deverá ser livre e de acordo com exclusiva deliberação da mulher, sem a interferência direta e/ou indireta de qualquer outra parte ou de qualquer outro fato. Também são vedados incentivos e/ou brindes ou qualquer outra vantagem, uma vez que poderiam enviesar os resultados obtidos.

A aplicação da pesquisa poderá ser realizada diretamente pela operadora ou por empresa especializada em pesquisa, contratada sob a responsabilidade da operadora. Os resultados apurados deverão considerar o período de 12 meses e deverão constar em relatório anual elaborado contendo as notas médias seguindo a seguinte escala de classificação:

- Excelente – NPS entre 75 e 100;
- Muito bom – NPS entre 50 e 74;
- Razoável – NPS entre 0 e 49; e
- Ruim – NPS entre -100 e -1.

Essencial



O relatório contendo os resultados deverá contemplar os seguintes itens mínimos:

- Forma de coleta de dados: se presencial ou à distância (por exemplo: telefone, SMS, aplicativo de mensagem, formulário na internet com login em área restrita do beneficiário etc.);
- Taxa de respondentes: correspondente à razão do número de beneficiárias que responderam sobre o número total de beneficiárias que tiveram parto coberto pela operadora nos hospitais/maternidades desta certificação;
- Distribuição da quantidade de mulheres que:
 1. aceitaram participar da pesquisa;
 2. não aceitaram participar da pesquisa;
 3. não localizadas (por exemplo: não foi possível localizar a beneficiária – o telefone não atendeu ou o telefone/e-mail/endereço não é da beneficiária);
 4. outros – demais classificações não especificadas anteriormente (por exemplo: a beneficiária é incapacitada de responder); e
 5. ciência expressa pela alta direção acerca da realização da avaliação e dos resultados encontrados.

A documentação dos resultados apurados visa otimizar os insumos obtidos com a realização da avaliação de satisfação e fornecer subsídios para o aprimoramento das ações de melhoria contínua da qualidade dos serviços de atenção materna e neonatal ofertados.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Realização de ligações, por amostragem, para indagar as beneficiárias confirmando a participação delas na pesquisa.

Verificação de existência de relatório contendo os resultados apurados.

Verificação do log de acessos caso a pesquisa tenha sido realizada por formulário eletrônico em uma área específica de beneficiários, com identificação por login e senha.

Verificação da existência de contrato entre a operadora e a empresa terceirizada especializada em pesquisa.

1.6.2

A operadora publica o resultado da avaliação de satisfação de todas as beneficiárias que realizaram parto nos hospitais/maternidades indicados na presente Certificação.

Interpretação:

A operadora deverá publicar os resultados obtidos na avaliação das beneficiárias que realizaram parto nos hospitais/maternidades indicados na presente Certificação, referenciada no item 1.6.1.

O valor publicado deverá ser o resultado apurado no período de 12 meses (conforme estabelecido no item 1.6.1) e vir acompanhado da seguinte escala de classificação:

- Excelente – NPS entre 75 e 100;
- Muito bom – NPS entre 50 e 74;
- Razoável – NPS entre 0 e 49; e
- Ruim – NPS entre -100 e -1.

Ao publicar os resultados a operadora contribui para a diminuição da assimetria de informações e torna público o grau de satisfação das beneficiárias que realizaram parto nos hospitais/maternidades participantes da presente Certificação.


Os resultados deverão ser publicados no portal da operadora, na página referente às informações relativas a parto e nascimento.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar as evidências que comprovem a divulgação dos resultados obtidos na avaliação das beneficiárias que realizaram parto nos hospitais/maternidades indicados na presente certificação de forma clara e objetiva, em local de destaque e de fácil acesso no portal da operadora na internet, na página referente às informações relativas a parto e nascimento.

Complementar



<p>1.6.3</p>	<p>A Operadora obtém resultado considerado “Excelente” na questão estabelecida no item 1.6.1: “Quais as chances de você recomendar o seu plano de saúde para outras gestantes realizarem pré-natal e parto?”</p> <p>Interpretação: Para pontuar no presente item de verificação, a operadora deverá obter resultado considerado “Excelente” na questão: “Quais as chances de você recomendar o seu plano de saúde para outras gestantes realizarem pré-natal e parto?” estabelecida no item 1.6.1. O valor a ser considerado é o NPS apurado no item 1.6.1 e publicado de acordo com o item 1.6.2. Será considerado como resultado “Excelente” a operadora que obtiver NPS entre 75 e 100, o que representa uma alta satisfação e fidelização das beneficiárias com seu plano de saúde no que se refere ao cuidado prestado na linha de cuidado materno e neonatal da presente Certificação.</p> <p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidência: Verificar se, além do já estabelecido no item 1.6.1 a Operadora obteve o resultado estabelecido na interpretação do presente item.</p>	<p>Excelência</p> 
--------------	---	---

Referências Bibliográficas deste Requisito:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. Diretrizes ESOMAR. **Pesquisa de Opinião**. Apresenta as diretrizes da ESOMAR - European Society for Opinion and Market Research para realização de pesquisas. 2018. Disponível em: <http://www.abep.org/codigos-e-guias-da-abep>.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Documento Técnico para a realização da pesquisa de satisfação de beneficiários de planos de saúde**. Rio de Janeiro: ANS, 2020. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pqo2019_nota_pesquisa_satisfacao.pdf>. 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/documento_tecnico_da_pesquisa_de_satisfacao_r5_1_1_semgov.pdf.

GROVES, Robert M. et al. **Survey methodology**, V. 561. John Wiley & Sons, 2011.

REICHHELD, F. F.; MARKEY, R. **A pergunta definitiva 2.0: como as empresas que implementam o net promoter score prosperam em um mundo voltado aos clientes**. 1.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

REICHHELD, F. F. The one number you need to grow. **Harvard Business Review**. Disponível em: <https://hbr.org/2003/12/the-one-number-you-need-to-grow>.


SINGER, Eleanor. The use of incentives to reduce nonresponse in household surveys. **Survey nonresponse**, 51 (2002): 163-177.

3.2 DIMENSÃO 2: CUIDADO CENTRADO NA GESTANTE DURANTE O CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

A dimensão busca avaliar o cuidado integral centrado na mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal: pré-parto, parto e puerpério, incluindo promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, comunicação e letramento da gestante, acompanhamento do parto e do puerpério e cuidado do neonato.

2.1 COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE CENTRADAS NA GESTANTE

Requisito direcionador para avaliação da interação entre a operadora, a mulher e família, orientado para a comunicação e informação em saúde e letramento/educação em saúde sobre o ciclo gravídico-puerperal.

2.1.1	<p>A operadora disponibiliza no seu portal na internet informações e orientações às beneficiárias sobre pré-natal, parto/nascimento e puerpério.</p> <p>Interpretação: As operadoras devem disponibilizar informações e orientações sobre gestação, parto/nascimento e puerpério com base em evidências científicas em seu portal na internet, em linguagem clara e simples, de fácil compreensão. Este item tem a finalidade de assegurar que as operadoras forneçam informações sobre gestação, parto e puerpério, abrangendo tanto a facilidade de se encontrar a informação, quanto a clareza e simplicidade com que a informação é comunicada, sempre tomando por base fontes de informação de reputação reconhecida e evidências científicas. As informações divulgadas pelas operadoras sobre gestação, parto e puerpério devem abranger, ao menos, os temas para Educação sobre o Ciclo Gravídico-Puerperal a seguir:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mudanças fisiológicas na gestação;• Impactos psicológicos e emocionais (medos, angústias, fobias) na gravidez e no puerpério;• Hábitos de vida saudáveis (alimentação, sono, atividades físicas etc.);• Queixas Frequentes em cada etapa da gestação, razões fisiológicas e recursos para lidar com eventuais desconfortos (cansaço, sono, náuseas, vômito, dificuldades com memória, edemas/inchaço, variações de apetite, aumento do peso corporal, mudanças no ritmo intestinal etc.);• Desenvolvimento embrionário semana a semana;• Como prevenir riscos e complicações clínicas típicas de cada trimestre gestacional (diabetes gestacional, hipertensão arterial (PA), abortamento espontâneo etc.);• Sexualidade e gestação;• Infecções sexualmente transmissíveis (IST) e outros agravos (incluindo momento de testagem e imunização no pré-natal ou em qualquer momento de risco e cuidados e restrições durante a gestação e a amamentação para mulheres infectadas);• Rede de apoio e impactos nas relações;• Vitalidade fetal;• Benefícios da via de parto vaginal (normal) e importância de aguardar o tempo do bebê;• Dicas de automonitoramento para identificação de sinais da aproximação do trabalho de parto;• Preparo para o trabalho de parto (preparo perineal, preparo psicológico, orientações sobre respiração);• Técnicas farmacológicas (analgesia) e não farmacológicas de manejo da dor durante o trabalho de parto;	Essencial 
-------	---	--

- Indicações clínicas para cirurgias cesáreas;
- O que esperar quando o bebê nascer;
- Amamentação;
- Cuidados com as mamas;
- Cuidados com o recém-nascido;
- Saúde mental no puerpério;
- Cuidados à saúde do pai/parceiro(a) ou acompanhante, incluindo atualização de exames e do cartão de vacinação;
- Estímulo à presença colaborativa do pai/parceiro(a) ou acompanhante no parto, no puerpério e nos cuidados ao recém-nascido.

Os fatores de risco relacionados a IST devem ser abordados de forma livre de julgamento e de modo contínuo durante todo o cuidado à gestante, pois há estudos que demonstraram que as gestantes se sentem menos confortáveis em abordar comportamentos de risco pregressos ou atuais, como tabagismo, etilismo ou uso de drogas ilícitas durante a gestação (GARG, 2016; CHASNOFF, 1990).

As informações educativas devem ser disponibilizadas, obrigatoriamente, no portal da operadora na internet, mas podem ser utilizadas diferentes técnicas de interação educativa remota: vídeos de palestras; divulgação de materiais digitais para download; cursos de gestantes online; organização de grupos online (MENEZES; AVELINO, 2016; VINCHA, SANTOS, CERVATO-MANCUSO, 2010) etc.

Seguem algumas sugestões de referências que podem constituir fonte de informação para a abordagem dos temas supracitados:

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

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS - ACOG. **A Partner's guide to pregnancy**. [Panfleto]. Acog, 2018. Disponível em: <https://www.acog.org/store/products/patient-education/pamphlets/pregnancy/a-partners-guide-to-pregnancy>

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

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

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – ACOG. Group Prenatal Care ACOG Committee Opinion. **Obstet Gynecol** 2018, n. 731; 131:e104-108. Disponível em: <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2018/03/group-prenatal-care.pdf>

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

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

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

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

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

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – ACOG. **Your Pregnancy and Childbirth**: Month to Month, Revised Sixth Edition. Acog, 2016. Disponível em: <https://www.acog.org/store/products/patient-education/books/your-pregnancy-and-childbirth>

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. 2018. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da atenção básica**: Saúde das Mulheres. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.: il.

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

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

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Amamentação um ato de amor. **Revista Ela**. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/revistas/revistaela/item/930-ela-amamentacao-um-ato-de-amor>.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Parto Normal, informe-se sobre os Benefícios. **Rev Ela**, n. 7, jan./fev. 2010. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/revistas/revistaela/item/1026-ela-reproducao-assistida>.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Pré-eclâmpsia: os perigos da hipertensão na gravidez. Rev **ELA** número 2 – abr./maio de 2019. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/revistas/revistaela/item/929-ela-amamentacao-um-ato-de-amor#dfliip-flipbookContainer/1/>

FRAMPTON; S.; DERBY, C. T. **Planetree**; Camden, ME: Picker Institute; 2008.

GUTMAN, L. **A Maternidade e o Encontro Com A Própria Sombra**. [S. l.]:Best Seller, 2016.

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

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

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

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

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **COVID-19**: pediatras dão orientações sobre como evitar acidentes domésticos durante a quarentena. 6 abr. 2020 às 10h51. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/covid-19-pediatras-dao-orientacoes-sobre-como-evitar-acidentes-domesticos-durante-a-quarentena/>

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Consulta ao portal da operadora na internet para verificação das informações disponibilizadas às beneficiárias sobre gestação, parto e puerpério, citando as fontes bibliográficas utilizadas para a elaboração dos conteúdos.

Consulta aos conteúdos educativos de materiais digitais, palestras e cursos online no portal da operadora com informações sobre gestação, parto e puerpério, com citação das fontes bibliográficas utilizadas.

Registros de eventos remotos sobre gestação, parto e puerpério disponibilizados no portal da operadora.

2.1.2

A operadora disponibiliza informações e orientações para as gestantes sobre as principais indicações, benefícios e riscos de cada uma das vias de parto (vaginal e cesariana).

Essencial



Interpretação:

Pela relevância do tema, dado que a saúde suplementar registra elevadas proporções de cirurgias cesáreas sem indicação clínica e com riscos e prejuízos para a saúde de mulheres e bebês, as gestantes devem receber informações e orientações baseadas em evidências sobre as principais indicações, benefícios e riscos de cada uma das vias de parto (vaginal e cesariana) com base em evidências científicas (Weiss, 2007), em linguagem clara e simples, de fácil compreensão (MALVEIRA, 2019; PASSAMAI, MPB et al., 2018; OSBORNE, 2011) e devem ser apoiadas para a tomada de decisão sobre o parto.

As informações previstas nesse item devem ser divulgadas por meio físico ou digital, tais como envio de correio eletrônico, aplicativos, portal corporativo da operadora, correspondências, realização de palestras em vídeoconferência, distribuição de materiais digitais, entre outros.

Um adequado grau de informação, tanto durante a gravidez quanto durante o trabalho de parto e parto, favorece a participação da mulher no processo decisório, ampliando a percepção positiva do parto. No que se refere à satisfação da gestante com a equipe de saúde, as informações recebidas e o grau de participação no processo decisório estão entre os fatores considerados mais relevantes (Domingues, Santos et Leal, 2004).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 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 houvesse uma indicação clínica materna ou fetal.


De acordo com a Resolução CFM nº 2.144/2016, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, poderá ser realizada somente a partir da 39ª semana de gestação.



Dentre as informações disponibilizadas, o protocolo operacional para cobertura de cesariana a pedido da gestante, sem indicação clínica deve ser abordado, assim como a oferta de uma consulta com profissional de Psicologia ou de Enfermagem Obstétrica/Obstetiz (NORMAN e TESSER, 2015) para esclarecimento sobre as vias de parto e apoio psicológico e emocional para a tomada de decisão.


Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar material orientativo voltado às gestantes, comunicando as informações e orientações relacionadas a indicações, benefícios e riscos sobre as vias de parto, condições para a cobertura de cesariana, sem indicação clínica, a pedido da gestante, bem como a oferta de consulta com profissional de Psicologia ou de Enfermagem Obstétrica/Obstetiz para orientação sobre o tema, divulgado por meio físico ou eletrônico, como envio de correio eletrônico, aplicativos de mensagens, aplicativos da operadora, portal corporativo da operadora, correspondências, realização de palestras em vídeoconferência, distribuição de materiais digitais, entre outros.

Verificar *log* de registro de acessos, prints de tela, acesso a páginas ou diretórios e gravações contendo os conteúdos referidos que permitam comprovar a divulgação das informações.

2.1.3	<p>A operadora divulga informação e orientação para vacinação das gestantes, de acordo com o calendário de pré-natal.</p> <p>Interpretação: A operadora divulga informação e orientação para as gestantes sobre o calendário de vacinação, nos termos do calendário de pré-natal por meio físico ou digital. Para a divulgação, podem ser utilizados, entre outros meios, o portal da operadora, aplicativos para dispositivos móveis, perfil da operadora nas redes sociais, etc. As vacinas às quais se refere o item são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dpTa (tríplice bacteriana tipo adulto), na 27^a semana; • Hepatite B, para as não imunizadas e somente após a 14^a semana; e • Influenza, obedecendo o calendário definido para a campanha anual do Ministério da Saúde. <p>Caso haja atualização do calendário vacinal de gestantes pelo Ministério da Saúde, as inovações deverão ser consideradas no presente item. A forma de divulgação do conteúdo pode ser realizada por meio de manuais, cartilhas, folhetos explicativos, dentre outros meios.</p> <p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificação e cópia dos anúncios e das telas do site, dos perfis nas redes sociais e do aplicativo para dispositivos móveis da operadora com as informações e orientações sobre vacinação para gestantes. Cópia de panfleto digital solicitando a profissionais de saúde da rede assistencial que orientem as gestantes para a vacinação pré-natal. Fazer contato com as gestantes, por amostragem, para indagar se receberam informações e orientações para vacinação pré-natal, conforme a interpretação do presente item de verificação.</p>	<p>Essencial</p> 
-------	--	--

2.1.4	<p>A operadora disponibiliza no seu portal na internet e/ou em aplicativo móvel, os serviços ofertados nos hospitais que participam da presente Certificação de acordo com o plano/produto contratado pela beneficiária.</p> <p>Interpretação: A operadora disponibiliza, no seu portal na internet e/ou em aplicativo móvel, informações sobre os serviços ofertados nos hospitais/maternidades indicados para a presente Certificação de acordo com o plano/produto contratado pela beneficiária, sem prejuízo das obrigações estabelecidas pela Resolução Normativa - RN nº 486, de 2022.</p> <p>As operadoras possuem redes diferenciadas para as coberturas contratadas de acordo com o produto ou plano contratado. Portanto, é importante que a beneficiária tenha acesso à informação do que é oferecido para o seu plano específico.</p> <p>No portal da operadora na internet e/ou aplicativo móvel, deve haver forma clara e fácil (Torres et Mazzoni, 2004) de consulta à lista de prestadores de serviços por plano de saúde, incluindo identificação dos prestadores de serviços designados para participar desta Certificação, com o detalhamento da lista dos serviços de atenção à saúde materna e neonatal cobertos por plano de saúde da operadora.</p> <p>Assim, devem ser divulgados os serviços incluídos no contrato entre operadora e prestador (como serviços de urgência/emergência obstétrica, consultas obstétricas, exames obstétricos de imagem, entre outros), explicitando eventuais diferenças de cobertura entre distintos planos/produtos da operadora, se houver para os hospitais/maternidades participantes da Certificação.</p> <p>A consulta da rede assistencial a partir do Portal Corporativo da operadora de planos privados de assistência à saúde na internet ou ao aplicativo deve permitir, de forma combinada e/ou isolada, a pesquisa de todos os dados dos prestadores de serviços de saúde aqui previstos, por UF.</p> <p>Devem ser destacadas informações referentes a eventuais alterações da rede de atenção à saúde materna e neonatal indicada para participar desta Certificação (inclusão, exclusão e substituição de prestadores).</p> <p>As operadoras deverão manter esses dados atualizados em tempo real, em particular, para os hospitais e maternidade desta Certificação.</p> <p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Consultar a área do portal da internet e/ou aplicativo móvel da operadora.</p>	<p>Essencial</p> 
2.1.5	<p>A operadora disponibiliza, no seu portal na internet e/ou em aplicativo móvel, informações sobre os atributos de qualidade dos serviços de atenção à saúde materna e neonatal nos hospitais/maternidades participantes desta Certificação.</p> <p>Interpretação: No portal da operadora na internet e/ou aplicativo móvel, deve haver forma clara e fácil (Torres et Mazzoni, 2004) de consulta à lista de todos os hospitais da Rede de Atenção materna e neonatal que contam com os atributos de qualidade previstos no item 1.3.4 e 1.3.5, ou seja, respectivamente, participação no PM QUALISS Hospitalar e Certificado de Acreditação em Saúde Internacional ou Acreditação/Certificação pela Organização Nacional de Acreditação - ONA.</p> <p>Em particular, deve-se dar destaque aos hospitais/maternidades designados para participar desta Certificação.</p> <p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Consultar a área do portal na internet e/ou aplicativo móvel da operadora.</p>	<p>Essencial</p> 

2.1.6	<p>A operadora divulga em seu portal na internet e/ou em aplicativo móvel link para o Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal da ANS.</p> <p>Interpretação: A operadora divulga no seu portal na internet e/ou em aplicativo móvel link atualizado para o Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal publicado no portal da ANS.</p> <p>A divulgação de indicadores sobre qualidade e segurança da atenção à saúde materna e neonatal contribui para a transparência e para a diminuição da assimetria de informações no setor, disponibilizando dados relevantes para a sociedade sobre as características da atenção prestada. Para o atendimento ao estabelecido no presente item de verificação, as operadoras devem, minimamente, possuir na página dedicada a conteúdo sobre o ciclo gravídico-puerperal em seu site, link atualizado e em destaque para o Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal, no site da ANS.</p> <p>O link deverá ser feito com os dizeres: “Confira a avaliação de operadoras e estabelecimentos de saúde no Painel de Indicadores de Qualidade da Atenção Materna e Neonatal da ANS”, em cor e tamanho de fonte legíveis. O local de publicação na página da operadora deve facilmente ser identificado e visualizado (Torres e Mazzoni, 2004) pelo público.</p> <p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Consulta à área do portal da operadora na internet e do aplicativo para dispositivos móveis com informações sobre qualidade e segurança da atenção materna e neonatal para checar a existência de link atualizado disponível em conformidade com o descrito na interpretação do presente item e facilmente acessível para a página do Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal no site da ANS, em http://ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/painel-de-indicadores-da-atencao-materna-e-neonatal ou para suas atualizações posteriores.</p>	<p>Essencial</p> 
-------	---	--

2.1.7

A operadora disponibiliza informações e orientações por meio físico ou digital às beneficiárias sobre manejo da dor durante o trabalho de parto e parto.

Essencial



Interpretação:

A operadora disponibiliza informações e orientações às beneficiárias sobre manejo da dor por meio físico (folhetos, cartilhas e manuais orientativos etc.) ou por meio digital no seu portal na internet ou aplicativos móveis. (folhetos digitais, vídeos explicativos, palestras, webinários, etc).

Deverão ser contemplados no mínimo os seguintes aspectos:

- esclarecimentos sobre dor durante o trabalho de parto;
- esclarecimentos para incluir o manejo da dor na construção do plano de parto;
- estratégias de manejo da dor e métodos disponíveis, descrevendo os riscos e benefícios de cada método (farmacológicos e não farmacológicos);
- orientações sobre a disponibilização dos métodos de manejo da dor e seus momentos mais oportunos ao longo do trabalho de parto.

A divulgação dessas informações se justifica pelo fato de a dor estar entre os principais fatores determinantes na percepção das parturientes com relação à experiência do parto, bem como pelo fato de o medo da dor figurar como um dos aspectos determinantes para a preferência da gestante pela via cesárea de parto (Portela, 2018).

É importante favorecer uma atitude positiva por parte da mulher e do acompanhante/parceiro/parceira: isto é, ao invés de relacionar o parto a medo e dor, as informações fornecidas devem favorecer a compreensão da dor como uma possível parte do processo, em lugar de uma preocupação central.


É fundamental que essa visão seja trabalhada gradativamente, desde o pré-natal, de modo a reduzir a possível ansiedade em torno do tema. Devem ser esclarecidos a disponibilidade e o uso de métodos não farmacológicos e farmacológicos de manejo da dor.



Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

A divulgação das informações sobre manejo da dor, por meio físico ou digital, pode ser comprovada por cópia de mensagens por aplicativos, print de tela do portal corporativo da operadora, relatório de acesso à página das informações no portal da operadora, print de publicações nos perfis da operadora, relatório de visualização das publicações nas redes sociais, vídeos, webinários, etc.

Entrevistas por amostragem com as beneficiárias testemunhando o recebimento das informações sobre manejo da dor.

(BRASIL, 2018).

2.1.8	<p>A operadora fornece informações atualizadas sobre a classificação de risco gestacional para a qual os hospitais/maternidades indicados para participar da Certificação estão estruturados.</p> <p>Interpretação: A operadora deve divulgar informações quanto ao nível de risco gestacional que os hospitais/maternidades integrantes de sua rede assistencial indicados para participar da presente Certificação estão estruturados para atender. A classificação de risco gestacional para a qual a unidade está preparada para suportar deve estar expressamente mencionada em conteúdo atualizado no portal da operadora na internet, em materiais digitais ou impressos e/ou em aplicativo para dispositivos móveis, em linguagem clara e de fácil compreensão para a mulher (MALVEIRA, 2019; PASSAMAI, MPB et al., 2018; OSBORNE, 2011). Essas informações devem incluir, por exemplo, a existência de urgência obstétrica 24 horas, bem como de UTI Obstétrica e UTI Neonatal, além de equipes e equipamentos ofertados, considerando como parâmetro a classificação de risco habitual, risco intermediário e alto risco (BRASIL, 2012; 2022). Este item tem a finalidade de orientar as mulheres a buscarem os hospitais/maternidades compatíveis com a classificação de risco de sua gestação. A descrição do fluxo para atualização dos dados da rede assistencial da operadora deve constar no Plano estruturado, citado no item de verificação 1.1.1.</p> <p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificação do portal na internet da operadora e/ou de seus aplicativos para dispositivos móveis, identificando entre os dados dos hospitais/maternidades integrantes de sua rede assistencial a especificação da classificação de risco da gestação que o prestador está preparado para atender (risco habitual, risco intermediário e alto risco), bem como a existência de urgência obstétrica 24 horas, UTI Obstétrica e UTI Neonatal, em informações disponibilizadas de forma atualizada e clara e de fácil acesso para as beneficiárias (MALVEIRA, 2019; PASSAMAI, M. P. B. et al., 2018; OSBORNE, 2011). Verificação por meio da estratégia de “cliente oculto/cliente fantasma”; Consultar o Plano Estruturado da operadora (descrito no item de verificação 1.1.1).</p>	<p>Complementar</p> 
-------	--	---

2.1.9	<p>A operadora utiliza redes sociais para divulgação de informações e orientações sobre pré-natal, parto/nascimento e puerpério.</p> <p>Interpretação: A operadora deve dispor de perfil institucional nas redes sociais geral e/ou perfil exclusivamente dedicado ao tema gravidez, parto/nascimento e puerpério. No perfil nas redes sociais, a operadora deve postar informações educativas de modo alinhado/articulado, com conteúdo priorizando os temas listados no item 2.1.1, com base em evidências científicas e em linguagem de fácil compreensão pela mulher e seus familiares (Soletti, 2018), promovendo a gestão integrada de informações e a condução da mulher pelos conteúdos nos diferentes canais de comunicação da operadora (Fernandes, Calado e Araújo, 2018). A operadora pode aproveitar e facilitar a participação das mulheres, incluindo convite/captação (Rodrigues, 2015) para inscrição em programas de pré-natal centrado na mulher.</p> <p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Consultar o perfil institucional e/ou dedicado aos temas pré-natal, parto e nascimento e puerpério da operadora nas redes sociais, com identificação da oferta de conteúdos sobre ciclo gravídico-puerperal, priorizando os temas listados no item 2.1.1, com base em evidências científicas e em linguagem de fácil compreensão pela mulher e seus familiares. Realizar entrevistas, por amostragem, com beneficiárias testemunhando acesso ao perfil nas redes sociais. Verificar relatório de software de monitoramento de acessos.</p>	Complementar 
2.1.10	<p>Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação divulgam em seu portal na internet e/ou em aplicativo para dispositivos móveis o link para o Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal da ANS.</p> <p>Interpretação: Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação devem divulgar em seu portal na internet e/ou em aplicativo para dispositivos móveis o link para o Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal da ANS. A divulgação de indicadores sobre qualidade e segurança da atenção à saúde materna e neonatal contribui para a transparência e para a diminuição da assimetria de informações no setor, disponibilizando dados relevantes para a sociedade sobre as características da atenção prestada. O link para o Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal da ANS deve ser disponibilizado em destaque, em local de fácil identificação e visualização pelos usuários na página do site ou do aplicativo do hospital/maternidade dedicada a conteúdo sobre atenção ao ciclo gravídico-puerperal. O link deverá ser feito com os dizeres: “Confira a avaliação de operadoras e estabelecimentos de saúde no Painel de Indicadores de Qualidade da Atenção Materna e Neonatal da ANS”, em cor e tamanho de fonte legíveis.</p> <p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Consultar a área do portal na internet e/ou de aplicativos para dispositivos móveis dos hospitais/maternidades indicados para esta Certificação para verificar a existência de link para o Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal no site da ANS (http://ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/painel-de-indicadores-da-atencao-materna-e-neonatal ou suas atualizações posteriores), de acordo com a forma descrita na Interpretação. (TORRES; MAZZONI, 2004).</p>	Complementar 

2.1.11

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora como participantes da Certificação disponibilizam informações e orientações às beneficiárias sobre pré-natal, parto/nascimento e puerpério.

Complementar



Interpretação:

Os hospitais/maternidades integrantes da rede de atenção à saúde materna e neonatal da operadora indicados para participar desta Certificação devem disponibilizar informações e orientações sobre gestação, parto/nascimento e puerpério com base em evidências científicas, em linguagem clara e simples, de fácil compreensão.

Este item tem a finalidade de assegurar que os hospitais/maternidades forneçam informações sobre gestação, parto e puerpério, abrangendo tanto a facilidade de se encontrar a informação, quanto a clareza e simplicidade com que a informação é comunicada, sem deixar de tomar por base fontes de informação de reputação reconhecida e evidências científicas.

As informações divulgadas pelos hospitais/maternidades sobre gestação, parto e puerpério devem abranger, ao menos, os Temas e bibliografia para educação sobre o Ciclo Gravídico-Puerperal indicados no item de verificação 2.1.1 deste Manual.

As informações educativas devem ser disponibilizadas, obrigatoriamente, no portal na internet, em redes sociais e/ou através de algum aplicativo do hospital/maternidade. Podem ser utilizadas diferentes técnicas de interação educativa remota: vídeos de palestras; distribuição de materiais digitais; cursos de gestantes online; organização de grupos online com temas específicos (MENEZES; Avelino, 2016; VINCHA, SANTOS, Cervato-Mancuso, 2010 at al).


Para cumprimento deste item os Hospitais/Maternidade indicados pela operadora para participar da presente certificação devem disponibilizar as informações, independente de compor a rede própria, contratada, credenciada ou referenciada.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Consultar portal na internet, perfil em redes sociais e/ou aplicativos dos hospitais/maternidades integrantes da rede de atenção materna e neonatal indicados pela operadora para esta Certificação para verificação da disponibilização das informações e orientações às beneficiárias sobre gestação, parto e puerpério, citando as fontes técnicas utilizadas para a elaboração dos conteúdos.

Consulta aos conteúdos educativos de palestras, cursos e materiais para download desenvolvidos pelos hospitais/maternidades, em meio impresso ou digital, que abordem informações sobre gestação, parto e puerpério, com citação das fontes bibliográficas utilizadas.

Registros de eventos remotos sobre gestação, parto e puerpério disponibilizados pelos hospitais/maternidades indicados para participar desta certificação, tais como lista de presença, fotos e vídeos de eventos online.

2.1.12	<p>A operadora utiliza aplicativo para dispositivos móveis para divulgação de informações e orientações sobre pré-natal, parto/nascimento e puerpério.</p> <p>Interpretação: A operadora deve utilizar aplicativo para dispositivos móveis para divulgação de informações e orientações sobre pré-natal, parto e nascimento e puerpério. A operadora deve dispor de aplicativo para dispositivos móveis dedicado, exclusivamente ou não, aos temas pré-natal, parto e nascimento e puerpério. No aplicativo para dispositivos móveis, a operadora deve divulgar informações educativas de modo alinhado/articulado e com conteúdo desenvolvido conforme os temas listados no item 2.1.1, promovendo a gestão integrada da educação em saúde e a condução da mulher interessada entre os conteúdos oferecidos nos diferentes canais de comunicação (Silva Jr. et al, 2018). A operadora pode aproveitar e facilitar a participação das mulheres, incluindo convite/captação (Rodrigues, 2015) para inscrição em programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças ao longo do ciclo gravídico-puerperal.</p> <p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Consulta ao aplicativo para dispositivos móveis dedicado exclusivamente ou não aos temas pré-natal, parto e nascimento e puerpério da operadora, com eventual oferta de inscrição disponibilizada para as mulheres. Consulta aos relatórios de instalação, aquisição de usuários, aquisição de dispositivos, perda de dispositivos, atualizações de dispositivos, usuários ativos por dia (DAU), usuários ativos mensais (MAU), falhas e ANRs dos aplicativos comprovando o uso efetivo da ferramenta. Entrevistas, por amostragem, com beneficiárias testemunhando a utilização do aplicativo para dispositivos móveis.</p>	<p>Excelência</p> 
--------	---	---

2.1.13

A operadora possui Equipe de Teleatendimento em Saúde para oferecer informações e orientações específicas em saúde na atenção ao ciclo gravídico-puerperal.

Excelência



Interpretação:

A operadora deve manter profissionais em sua Central para teleatendimento treinados para fornecer informações e orientações básicas em saúde para as beneficiárias e seus familiares sobre a mulher e o bebê durante o ciclo gravídico-puerperal, conforme conteúdo e fontes especificados no item de verificação 2.1.1, de acordo com as necessidades apresentadas pela mulher.

Os profissionais da equipe de Teleatendimento devem estar aptos a responder sobre as informações em saúde de forma didática e clara para a mulher, com conteúdo atualizado e em conformidade com as melhores evidências científicas, de acordo com a capacitação especificada no item de verificação 1.5.3 do presente Manual.

Os profissionais devem ser supervisionados por especialistas na área obstétrica e neonatal, mas não substituem a avaliação por um profissional de saúde.

No início do atendimento, o profissional deve informar expressamente que os esclarecimentos são iniciais e não prejudicam ou substituem a avaliação de profissional de saúde.

Essa Central de Teleatendimento em Saúde deve possibilitar a apresentação de dúvidas sobre temas assistenciais do ciclo gravídico-puerperal, prevendo a atenção à saúde materna e neonatal em suas árvores temáticas e garantindo às mulheres e familiares uma via de comunicação facilitada de modo a melhorar a experiência do cuidado.

Esse canal deve estar vinculado e trocar informações com a área da operadora responsável pela linha de cuidado materno e neonatal.

Essa equipe de Teleatendimento deve ser disponibilizada para todas as mulheres da carteira da operadora que realizam pré-natal ou encontram-se no puerpério nos municípios onde estão localizados os hospitais/maternidades indicado(s) para esta Certificação.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação da existência de Equipe de Teleatendimento em Saúde disponível para as mulheres beneficiárias da operadora que realizam pré-natal nos municípios onde estão localizados os hospitais/maternidades indicado(s) para esta Certificação.

Verificação do roteiro da Unidade de Resposta Auditável (URA) da Central de Atendimento;

Verificação por meio da estratégia de “cliente oculto/cliente fantasma”;

Verificação da existência de linha de contato específica para a equipe de teleatendimento em atenção à saúde materna e neonatal, incluindo existência de árvore temática com temas relativos à atenção ao ciclo gravídico-puerperal.

(ANS, 2013).

Referências Bibliográficas deste Requisito:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS (Brasil). **Resolução Normativa 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. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDzMw==> . Acesso em: 3 mar. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos. **Instrução Normativa nº 46, de 3 de outubro de 2014**. Dispõe sobre as solicitações de substituição de entidade hospitalar e de redimensionamento de rede por redução, altera a Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - IN/DIPRO nº 43, de 5 de junho de 2013, e a Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - IN/DIPRO nº 23, de 1 de dezembro de 2009. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=MjgwNQ==> . Acesso em: 3 mar. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 285, de 23 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde nos seus Portais Corporativos na Internet; e altera a Resolução Normativa - RN Nº 190, de 30 de abril de 2009 e a RN Nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõem, respectivamente, sobre a criação obrigatória do Portal Corporativo na Internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e sobre a aplicação de penalidades para as infrações no setor da saúde suplementar. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=MTkyMw==> . Acesso em: 3 mar. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 486, de 29 de março de 2022**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgação das redes assistenciais das operadoras de planos privados de assistência à saúde nos seus Portais Corporativos na Internet; e altera a Resolução Normativa - RN Nº 190, de 30 de abril de 2009 e a RN Nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõem, respectivamente, sobre a criação obrigatória do Portal Corporativo na Internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e sobre a aplicação de penalidades para as infrações no setor da saúde suplementar.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 405, de 9 de maio de 2016**. Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS; revoga a Resolução Normativa - RN nº 267, de 24 de agosto de 2011, com exceção do art.44-B incorporado à RN nº 124, de 30 de março de 2006; e revoga também a RN nº 275, de 1º de novembro de 2011, a RN nº 321, de 21 de março de 2013, a RN nº 350, de 19 de maio de 2014, e a Instrução Normativa - IN nº 52, de 22 de março de 2013 da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textoLei&format=raw&id=MzI0OA==> . Acesso em: 3 mar. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 510, de 30 de março de 2022**. Dispõe sobre o Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS; revoga as Resoluções Normativas nº 405, de 09 de maio de 2016 e nº 421, de 23 de março de 2017, e dá outras providências.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Dados e Indicadores do Setor**. Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/painel-de-indicadores-da-atencao-materna-e-neonatal> . Acesso em: 3 mar. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Serviços de atenção materna e neonatal**: segurança e qualidade. Brasília, DF: ANVISA, 2014. 103 p.: il. – (Tecnologia em serviços de saúde)

AMERICAN CONGRESS OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS – ACOG. **Your postpartum Care**: Healing and Healthcare Booklet after Pregnancy. Acog, 2019. 40p. Disponível em: <https://www.acog.org/store/products/patient-education/booklet/your-postpartum-care-booklet> . Acesso em: 3 mar. 2022.

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

BRASIL. Ministério da Saúde.. **Pesquisa Nascido no Brasil revela novos dados sobre prematuridade**. Brasília, DF: 2016. Blog da Saúde. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/52044-pesquisa-nascido-no-brasil-revela-novos-dados-sobre-prematuridade>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. 51 p.: il. Modo de acesso: World Wide Web: ISBN 978-85-334-2477-7

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, s.d.

CLINT HUB. **Maternidade e marketing**: um relato sobre o poder das mães influenciadoras. Disponível em: <https://portal.clint.digital/marketing-poder-maes-influenciadoras/>. Acesso em: 24 fev. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 2.144, de 2016**. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf> . Acesso em: 3 mar. 2022.

DOMINGUES; R. M. S. M.; SANTOS; E. M.; LEAL M. C. Aspectos da Satisfação das Mulheres com a Assistência ao Parto: Contribuição para o Debate. **Cad Saúde Pública**, 20 sup., n. 1:S52-S62, 2004.

FERNANDES, L. S.; CALADO, C.; ARAUJO, C. A. S. Redes sociais e práticas em saúde: influência de uma comunidade online de diabetes na adesão ao tratamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3357-3368, Oct. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n10/3357-3368>

KLAUSS, M. H.; KENNEL, J. H. The Doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. **Acta Paediatr**, 86(10):1034-6, 1997.

LEAL; M. D.C.; ESTEVES-PEREIRA; A. P.; NAKAMURA-PEREIRA; M. et al. **BMJ Open**, 2017;7:e01777 Burden of early-term birth on adverse infant outcomes: a population-based cohort study in Brazil 89. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017789

MALVEIRA, R. **O sexto sinal vital da saúde**. Pulsares; 2019.

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

PORTELA, M. C. et al. Cuidado obstétrico: desafios para a melhoria da qualidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, e00072818, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000500301&lng=en&nrm=iso.

RAMOS; H. A. C.; CUMAN; R. K. N. Fatores de Risco para Prematuridade: Pesquisa Documental. Esc Anna Nery **Rev Enferm**, 2009 abr-jun; 13 (2): 297-304.

SÃO PAULO (Estado). **Resolução nº 918, de 14 de dezembro de 2018**. Cria a comissão permanente de defesa e dos direitos das mulheres. Diário Oficial [do] Estado de São Paulo, São Paulo, v. 128, n. 227, p. 3, 15 dez. 2018. Disponível em: <http://dobuscadireta.imprensaoficial.com.br/default.aspx?DataPublicacao=20181215&Caderno=Legislativo&NumeroPagina=3>. Acesso em: 9 jan. 2019.

SÉGUIN; L.; THERRIEN; R.; CHAMPAGNE; F.; LAROUCHE, D. The components of women's satisfaction with maternity care. **Birth**, 1989; 16:109-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000700006


SILVA JÚNIOR, da. et al. Redes Sociais e Promoção da Saúde: utilização do Facebook no Contexto da Doação de Sangue. Scielo Portugal. **RISTI - Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação**. versão impressa ISSN 1646-9895 - RISTI no.30 Porto dez. 2018. Acesso em: 24 jul. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17013/risti.30.107-122>

SOLETTI, R. C. **Maternidade com Ciência**: ampliando a comunicação de informação baseada em evidências para gestantes e mães. 2018. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

TORRES, E. F.; MAZZONI, A. A. Conteúdos digitais multimídia: o foco na usabilidade e acessibilidade. **Ci. Inf.**, Brasília, DF, v. 33, n. 2, p. 152-160, ago. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ci/v33n2/a16v33n2>

2.2 ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL CENTRADA NA GESTANTE

Requisito direcionador para avaliação da implementação do pré-natal centrado na gestante, englobando aspectos biopsicossociais, assistência por equipe multiprofissional e letramento da gestante.

2.2.1	<p>A operadora realiza identificação das gestantes e captação precoce para realização do pré-natal.</p> <p>Interpretação: A operadora realiza identificação e captação precoce das gestantes para realização do pré-natal, preferencialmente no primeiro trimestre da gravidez. O pré-natal se constitui como o acompanhamento da evolução das condições clínicas, a avaliação recorrente de riscos, o letramento das gestantes e o planejamento da atenção ao parto e nascimento, favorecendo desfechos positivos. A operadora, como gestora do cuidado, deve realizar a captação proativa das gestantes o mais precocemente possível, possibilitando o início oportuno do pré-natal, preferencialmente, ainda no primeiro trimestre, conforme melhores práticas estabelecidas na literatura médica (BRASIL, 2012). Após a captação, o maior engajamento das gestantes no pré-natal pode ser estimulado pela operadora de forma proativa. A captação e o maior engajamento da gestante pela operadora pode envolver a divulgação de informações em seu portal na internet e em seus perfis nas redes sociais ou mensagens de aplicativos, entre outros, desde que respeitada a LGPD. Para cumprimento deste item deve ser verificada a adoção de estratégias para identificação e captação de gestantes nos municípios de localização dos hospitais/maternidades indicados pelas operadoras como participantes desta Certificação.</p> <p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificar evidências de identificação e captação precoce das gestantes para a realização do pré-natal nos municípios de localização dos hospitais/maternidades indicados pela operadora como participantes desta Certificação, tais como o portal na internet e perfis nas redes sociais da operadora ou mensagens de aplicativos, por exemplo.</p>	Essencial 
-------	---	--

A Operadora oferece cobertura de pré-natal integrado com consultas médicas e consultas com enfermagem obstétrica alternadas.



Interpretação:

A operadora deve oferecer cobertura de pré-natal integrado com consultas médicas e consultas com enfermeiro obstetra/obstetriz para a gestação de risco habitual, conforme segue:

- Número mínimo de 07 consultas médicas de pré-natal, sendo:
 - Primeiro trimestre: 01 consulta médica de pré-natal
 - Segundo trimestre: 02 consultas médicas de pré-natal
 - Terceiro trimestre: 04 consultas médicas de pré-natal
- Número mínimo de 03 consultas com enfermeiro obstetra/obstetriz, alternadas com as consultas médicas.

Ainda que o Ministério da Saúde recomende o mínimo de 6 consultas de pré-natal, distribuídas da seguinte maneira: 1 no primeiro trimestre, 2 no segundo e 3 no terceiro trimestre (BRASIL, 2012; 2022), qualquer número abaixo deste quantitativo é considerado atendimento deficiente (FEBRASGO, 2014). A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO recomenda como ideal para gestantes sem risco reprodutivo adicional o seguinte calendário das consultas de pré-natal:

Quadro 1 - Intervalo de consultas pré-natais

Consulta	Intervalo
Primeira consulta	O mais precoce possível
Retorno da primeira consulta	Assim que os exames estiverem prontos
Até 32 semanas	consultas médicas de pré-natal mensais
De 33 a 36 semanas	consultas médicas de pré-natal quinzenais
De 37 semanas até o parto	consultas médicas de pré-natal semanais

Fonte: (FEBRASGO, 2014, p. 62).

Em relação a consultas com enfermeiro obstetra/obstetriz, o Rol de Procedimentos e Eventos em saúde da ANS estabelece a seguinte cobertura mínima obrigatória de consultas de pré-natal, conforme disposto na Diretriz de Utilização (DUT) nº 135, no Anexo II da Resolução Normativa - RN Nº 465/2021 (ANS, 2021): 6 consultas de pré-natal com enfermeiro obstetra ou obstetriz.

Ainda que a DUT não se constitua enquanto Diretriz clínica, e sim uma referência de cobertura na saúde suplementar, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde busca estabelecer as coberturas necessárias ao cuidado materno de forma satisfatória e de acordo com critérios técnicos.

Em seu documento lançado em 2016: Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez, a OMS recomendou um mínimo de 8 consultas de pré-natal (OMS, 2016).

Assim, para efeitos da presente certificação devem ser realizadas no mínimo 10 consultas de pré-natal, entre consultas médicas e consultas com enfermeiro obstetra/obstetriz, podendo ser alternadas entre presenciais ou à distância, conforme necessidade clínica da mulher e do bebê e proporcionalmente à idade gestacional alcançada ao termo.

A OMS afirma que está comprovado que os cuidados no pré-natal podem salvar vidas, desde que realizados com a implementação oportuna e adequada de práticas baseadas em evidências (OMS, 2016).

O pré-natal deve ser iniciado o mais precocemente possível, ainda no primeiro trimestre da gravidez (BRASIL, 2002; 2012). Evidentemente, a captação precoce (RODRIGUES, 2015) e o número adequado de consultas devem ser acompanhados de práticas de qualidade, fundamentada em evidências científicas, de modo a gerar impacto positivo na saúde.

O pré-natal é de suma importância na gestação para prover o acompanhamento adequado e seguro (BRASIL, 2002), bem como promover letramento da mulher e família (MALVEIRA, 2019; PASSAMAI et al., 2018; OSBORNE, 2011). Ainda que o pré-natal no Brasil tradicionalmente tem se concentrado no profissional médico, a atuação do enfermeiro obstetra/obstetrix tende a favorecer o cuidado humanizado, o letramento, assim como a promoção da autonomia e o protagonismo das mulheres. Vale ressaltar que o pré-natal realizado de forma compartilhada entre enfermeiros e médicos em comparação ao atendimento de pré-natal realizado majoritariamente por um dos dois profissionais, favorece a apreensão de informações recebidas pelas gestantes (MARQUES et al., 2011)

Cabe ressaltar que a consulta médica é fundamental para avaliação, acompanhamento e tratamento da gestante e do bebê e a consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa. Conforme estabelecido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/1987, o enfermeiro tem competência técnica e no modelo proposto, deve acompanhar o pré-natal de forma integrada com o médico.

O pré-natal para gestações classificadas como de risco intermediário e de alto risco requer um acompanhamento mais próximo e constante da gestante, demandando um número maior de consultas médicas e de enfermagem obstétrica (FEBRASGO, 2014).

A gravidez é definida como de alto risco se identificados fatores que podem estar associados a piores prognósticos maternos e perinatais, passando a requerer avaliações com frequência diferenciada e, por vezes, o acesso a exames, como a avaliação de risco anestésico, e procedimentos com maior densidade tecnológica.

A gestação de alto risco está associada às seguintes condições:

1. doenças crônicas prévias à gestação;
2. complicações em gestações anteriores;
3. condições ou doenças que ofereçam riscos à gestante e ao bebê no curso da gravidez. Ex. síndromes hipertensivas (Pré-eclâmpsia, Eclâmpsia, Hipertensão Arterial Crônica e Hipertensão Gestacional); diabetes; obesidade e endocrinopatias.

Quanto maior o número de fatores de risco, maior o risco obstétrico individualizado. Além disso, a combinação de vários fatores de risco intermediários ou de alto risco aumentam a complexidade da situação, implicando maior vigilância e cuidados, podendo ser necessário um maior número de consultas de pré-natal conforme necessidade clínica da mulher e do bebê e proporcionalmente à idade gestacional alcançada ao termo e a critério médico.

A assistência pré-natal tem como objetivo prevenir os resultados indesejáveis (morbimortalidade materna e fetal) e na gestação de alto risco as consultas médicas devem ocorrer com maior frequência. Por exemplo:

- Na adolescência, as consultas médicas de pré-natal no primeiro trimestre, devem ocorrer a cada 15 dias, no segundo trimestre todo mês, e no terceiro trimestre a cada 15 dias, até 37ª semana e, depois, semanalmente até a 40ª semana. Depois disso, deve ocorrer a cada dois ou três dias até a 41ª semana. (FEBRASGO, 2014)

- No caso de gestantes que apresentem hipertensão arterial crônica, o controle pré-natal deve ser iniciado o mais precocemente possível. As consultas pré-natais devem ser mensais até a 30ª semana, quinzenais até a 34ª semana e semanais até o parto. (FEBRASGO,2014)
- No caso de gestantes que apresentem diabetes gestacional, as consultas pré-natais devem ser mensais até a 24ª semana, quinzenais até a 32ª semana e semanais até o parto. No caso de diabetes pré-gestacional o seguimento de consultas deve ser mais frequente e iniciado o mais precocemente possível.
A hiperglicemia na gestação causa problemas à mãe, ao concepto e à placenta e por essa razão, repercute em todas as fases da gestação e aumenta a morbimortalidade perinatal. (FEBRASGO, 2011)

Cabe aos profissionais que realizam o pré-natal estabelecer um número superior de consultas necessárias ao acompanhamento individual de cada gestante de acordo com o quadro clínico e circunstâncias específicas.

A assistência ao pré-natal bem estruturada pode promover a redução de partos prematuros, de cirurgias cesáreas desnecessárias, recém-nascidos com baixo peso ao nascer, complicações de hipertensão arterial e diabetes na gestação, bem como a transmissão vertical de patologias como HIV, sífilis e hepatites.

Visando à redução de riscos e ao desenvolvimento adequado da gestação, é importante que o pré-natal conte com uma abordagem abrangente, que inclua:

- Avaliação e classificação do risco gestacional;
- Realização de exames e orientações sobre os resultados;
- Detecção precoce de possíveis patologias maternas e fetais e seu tratamento;
- Prevenção de riscos e novas patologias;
- Letramento com a abordagem de aspectos biopsicossociais que devem abordar entre outros temas:
 1. Mudanças fisiológicas na gravidez (sono, ritmo intestinal, alterações de humor, náuseas, entre outros);
 2. Hábitos saudáveis de vida: alimentação e exercícios físicos;
 3. saúde emocional da mulher;
 4. temores em relação ao parto e à saúde do bebê;
 5. Importância da construção do vínculo com o bebê;
 6. Importância do apoio familiar e comunitário;
 7. Direitos da gestante;
 8. Possíveis sinais de risco em cada etapa da gravidez,
 9. Automonitoramento e autocuidado apoiado;
 10. Esclarecimentos sobre cada etapa: gestação, parto e puerpério;
 11. Plano de parto; e
 12. Cuidados com a mulher e o recém-nascido no puerpério.

A oferta de apoio na redação do plano de parto pelo profissional médico ou enfermeiro/obstetiz deve ocorrer entre a 27ª e a 36ª semana gestacional e tem como objetivo propiciar que a mulher busque esclarecimentos, reflita e se conscientize sobre suas opções de parto antes de declará-las.

O plano de parto é um documento onde a mulher declara sua vontade quanto aos procedimentos durante o trabalho de parto e parto e deve ser individualizado, de acordo com as necessidades e preferências da mulher. Constitui-se em uma ferramenta útil na abordagem de expectativas, desejos e receios da mulher quanto ao momento do parto e oportuniza diálogos e esclarecimentos. O Plano é fundamental para a gestante, mas não representa um documento de cumprimento compulsório, visto que intercorrências podem acontecer e as autonomias do profissional e da instituição hospitalar/maternidade também podem atuar de modo distinto do previsto no plano, quando adequado para favorecer as melhores decisões clínicas em nome da saúde do feto e da mãe.

Para cumprir este requisito, as 10 consultas mínimas estabelecidas podem ocorrer na rede própria da operadora ou na rede contratada ou referenciada e podem ser realizadas em unidade de atenção primária, em ambulatórios integrados aos Hospitais/ maternidades ou em consultórios privados.

As consultas médicas e de enfermagem podem ser realizadas em ambientes distintos, não necessariamente no mesmo espaço físico, desde que haja integração entre o enfermeiro, o médico e outros profissionais que eventualmente possam fazer parte do acompanhamento da gestante.

A verificação desse item deve ser realizada a partir das gestantes que realizaram partos nos hospitais indicados para participar da certificação, buscando a comprovação da realização de consultas de pré-natal de forma retroativa à realização do parto até 42 semanas antes, ainda que tenham sido realizadas no ano anterior ao ano avaliado na certificação.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação, por amostragem, de evidências da remuneração de consultas de pré-natal com médico e com enfermeiro obstetra/obstetrix, conforme quantidades estabelecidas na interpretação deste item (para uma mesma gestante que realizou parto nos hospitais/ maternidades indicados para participar desta certificação).

Como evidências de remuneração de consultas, poderão ser consideradas as contas médicas, faturas, recibos, notas fiscais, entre outros.

Verificação, por amostragem, através de contato com as mulheres que realizaram parto nos hospitais/maternidades indicados para a Certificação.

A Operadora oferece cobertura de pré-natal integrado com teleconsultas médicas e teleconsultas de enfermagem obstétrica alternadas e de forma complementar às consultas presenciais.**Interpretação**

A Operadora deve oferecer cobertura de pré-natal integrado com teleconsultas médicas e teleconsultas de enfermagem obstétrica alternadas, de forma complementar às consultas presenciais sempre que indicado pelo profissional e solicitado pela beneficiária gestante.

O pré-natal não deverá ser realizado integralmente à distância, devendo ser garantidos ao menos dois terços das consultas em formato presencial.

A Teleconsulta ou Consulta Remota é definida como assistência mediada por tecnologias em que médico e paciente estão em espaços físicos diferentes. Abrange as mesmas etapas características e responsabilidades do atendimento presencial e pode ser concluída ou não em um único momento. Compreende avaliação subjetiva, objetiva, diagnóstico, proposta terapêutica, solicitação de exames complementares, orientações ou planejamento do cuidado. O mesmo conceito pode ser ampliado para as diferentes profissões da área da saúde (SCHMITZ, et al., 2021).

A Teleconsulta ou Consulta Remota de pré-natal é aqui entendida como uma consulta realizada por profissionais a gestantes mediada por tecnologia, com o fim de assistência, avaliação, diagnóstico, tratamento, orientação terapêutica e esclarecimento de dúvidas sobre procedimentos clínicos e ações de saúde. Abrange as mesmas etapas características e responsabilidades do atendimento presencial e pode ser concluída ou não em um único momento. Deve ser realizada de forma síncrona (assistência prestada na qual a presença dos participantes e a interação são simultâneas, realizada em tempo real, geralmente realizada por videoconferência).

As modalidades de consultas assíncronas poderão ser utilizadas como apoio ao pré-natal, mas não poderão ser contabilizadas como consultas mínimas.

Ao realizar uma teleconsulta/Consulta Remota, as seguintes premissas deverão ser observadas (SCHMITZ, et al., 2021):

- Determinar se há necessidade de atendimento presencial é a tarefa mais imediata e importante em uma interação profissional-paciente a distância. Nada é mais importante ou urgente, e isso deve permear todo o tempo de consulta. O profissional pode converter uma consulta remota em presencial a qualquer tempo, se houver indicação.

- Caso haja necessidade de atendimento presencial, identificada a qualquer momento da consulta, é de responsabilidade do profissional informar imediatamente ao paciente ou familiar ou outro contato informado.

- Realizar um atendimento satisfatório, tanto para o paciente quanto para o profissional

A importância da teleconsulta é reconhecida atualmente pelos especialistas como forma de ultrapassar barreiras geográficas com uso da tecnologia, ampliando o acesso à saúde de qualidade. Entre os especialistas, há um consenso de que a pandemia de Covid-19 acelerou o processo de utilização da telessaúde. Em consonância com a urgência que a situação exigia, a ANS, em 2 de abril de 2020, decidiu adequar o Padrão TISS com a inclusão de um novo tipo de atendimento: telessaúde. Com isso, as operadoras e os prestadores de serviços de saúde passaram a trocar informações mais precisas acerca de procedimentos realizados à distância.

Ademais, a telessaúde é um procedimento que já tem cobertura obrigatória pelos planos de saúde como modalidade de consulta com profissionais de saúde.

Após um período de normatizações da Telesaúde restrito ao período da pandemia, o Conselho Federal de Medicina (CFM) divulgou no dia 20 de abril de 2022, a Resolução nº 2.314/2022, que definiu e regulamentou a telemedicina no Brasil, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias e de comunicação, e entrou em vigor a partir da data de sua publicação. A norma, segundo o CFM, é fruto de um amplo debate reaberto em 2018 com entidades médicas e especialistas e passa a regular a prática. A norma permite maior acesso e, ao mesmo tempo, confere segurança, privacidade, confidencialidade e integridade dos dados dos pacientes. A norma assegura ao médico devidamente inscrito nos Conselhos Regionais de Medicina a autonomia de decidir se utiliza ou recusa a telemedicina, indicando o atendimento presencial sempre que entender necessário.

A Telesaúde foi regulamentada pela Portaria GM/MS 1348/22 no dia 02/06/2022 pelo Ministério da Saúde, possibilitando a aproximação de profissionais de saúde e pacientes.

A teleconsulta deve ser realizada a partir de plataformas informatizadas específicas, que devem assegurar a confidencialidade do atendimento em saúde prestado, como exigido pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD, Lei nº 13.853/ 2019. Assim sendo, é fundamental o uso de plataformas que garantam a autenticidade, a integridade, a segurança (uso de criptografia) e a privacidade das informações em saúde produzidas durante o atendimento.

A verificação desse item deve ser realizada a partir das gestantes que realizaram partos nos hospitais indicados para participar da certificação, buscando a comprovação da realização de teleconsultas de pré-natal de forma retroativa à realização do parto até 42 semanas antes, ainda que tenham sido realizadas no ano anterior ao ano avaliado na certificação.

A operadora deve estabelecer pactuação por meio de contrato ou documento similar com toda a rede assistencial que realiza pré-natal nos municípios de localização dos hospitais/ maternidades indicados como participantes desta Certificação, independentemente do tipo de rede, se própria, contratada ou referenciada oferecendo cobertura de pré-natal integrado com teleconsultas médicas e teleconsultas de enfermagem obstétrica.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a pactuação por meio de contrato ou documento similar constando a previsão da possibilidade de realização de consulta remota.

Evidências de remuneração de consultas remotas podendo ser consideradas as contas médicas, faturas, recibos, notas fiscais, entre outros.

Entrevistas, por amostragem, com beneficiárias testemunhando a oferta de consulta remota.

Os profissionais ou estabelecimentos da rede assistencial da operadora que realizam pré-natal adotam protocolos de exames laboratoriais mínimos para o cuidado pré-natal adequado.**Interpretação:**

Os prestadores de serviços da rede assistencial da operadora que realizam o pré-natal devem adotar protocolos de exames laboratoriais mínimos para todos os tipos de risco gestacional (risco habitual, risco intermediário e alto risco), sem prejuízo de outros exames laboratoriais que se mostrem necessários, a critério do profissional de saúde.

Protocolos e diretrizes clínicas constituem importantes aliados para a gestão e para a tomada de decisão clínica, na medida em que sistematizam evidências científicas disponíveis sobre a atenção à determinada condição de saúde. Devem ser elaborados ou validados por entidades de referência, tais como sociedades de especialidades médicas nacionais ou internacionais, Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde, por exemplo.

Eles devem ser utilizados por profissionais de saúde e estar disponíveis para consulta em locais de fácil acesso nos estabelecimentos de saúde.

O acesso à atenção pré-natal contribui para a prevenção e/ou detecção precoce de riscos e para a promoção de saúde no processo gestacional, possuindo relação com melhores desfechos para a saúde materna e fetal. O calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. Deve ser iniciado precocemente (primeiro trimestre) e deve ser regular e completo (garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas).

Para pontuar nesse item o protocolo pactuado deve contemplar no mínimo os seguintes exames laboratoriais (Brasil, 2012) para as gestantes, independente da classificação de risco:

1º TRIMESTRE:

- ABO RH
- Hemograma completo
- Glicemia de jejum
- TSH
- Sorologia (IgG e IgM) para Toxoplasmose, Rubéola e Citomegalovirus
- Pesquisa de Anticorpos anti-HIV
- Reação sorológica para sífilis
- Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBsAg), Anti-HbsAg
- Pesquisa de anticorpos do vírus da Hepatite C (anti-HCV)
- Urina / Urocultura

2º TRIMESTRE:

- Coombs indireto (se RH negativo, pede-se a partir de 16 semanas)
- 24ª a 28ª semana: Teste oral de tolerância à glicose de 3 dosagens, com sobrecarga de 75g de glicose (se glicemia normal no 1º trimestre)

3º TRIMESTRE:

- Se negativos no primeiro trimestre: Sorologia (IgG e IgM) para Toxoplasmose, Rubéola e Citomegalovirus; Pesquisa de Anticorpos anti-HIV; Reação sorológica para sífilis; Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBsAg), Anti-HbsAg; Pesquisa de anticorpos do vírus da Hepatite C (anti-HCV).
- 35ª a 37ª semana: Pesquisa de Strepto B (vaginal e anal).

Considerando que as pesquisas científicas sobre a prática clínica avançam frequentemente, caso surjam novas diretrizes clínicas com base em evidências científicas de qualidade e que sejam reconhecidas por sociedades de especialidades médicas nacionais ou internacionais, pela OMS ou Ministério da Saúde, pode haver ajuste na conduta em questão, desde que não contrarie códigos de conduta profissional, normas técnicas e legislação. O hospital/maternidade que optar por adotar outra diretriz deve apresentar o estudo ou publicação que ensejou a sua escolha.

A operadora deve estabelecer pactuação por meio de contrato ou documento similar com toda a rede assistencial que realiza pré-natal nos municípios de localização dos hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação, independentemente do tipo de rede, se própria, contratada ou referenciada.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação, por amostragem estatística, de contratos ou documentos similares entre operadoras e profissionais ou estabelecimentos de sua rede assistencial que realizam pré-natal nos municípios onde estão localizados os hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação, em que conste a pactuação de protocolo de exames laboratoriais mínimos durante o pré-natal

Como *proxy* da solicitação dos exames laboratoriais mínimos durante o pré-natal, o auditor pode verificar, por amostragem, a existência de notas fiscais, documentos de cobrança ou faturas emitidas pelos prestadores de serviços de sua rede assistencial que realizaram os exames, combinada com verificação, por amostragem, de solicitações de reembolso dos exames laboratoriais por beneficiárias.

Verificação, por amostragem, do sistema de contas médicas.

Os profissionais ou estabelecimentos da rede assistencial da operadora que realizam pré-natal adotam protocolos de exames de imagem mínimos para o cuidado pré-natal adequado.



Interpretação:

Os prestadores da rede assistencial da operadora que realizam pré-natal devem adotar protocolos de exames de imagem mínimos para todos os tipos de risco gestacional (risco habitual, risco intermediário e alto risco), sem prejuízo de outros que se mostrem necessários, a critério do profissional de saúde.

Protocolos e diretrizes clínicas constituem importantes aliados para a gestão e para a tomada de decisão clínica, na medida em que sistematizam evidências científicas disponíveis sobre a atenção à determinada condição de saúde. Devem ser elaborados ou validados por entidades de referência, tais como sociedades de especialidades médicas nacionais ou internacionais, Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde, por exemplo.

O acesso aos exames de imagem mínimos na atenção pré-natal contribui para a prevenção e/ou detecção precoce de riscos e para a promoção de saúde no processo gestacional, possuindo relação com melhores desfechos para a saúde materna e fetal. O calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. Deve ser iniciado precocemente (primeiro trimestre) e deve ser regular e completo (garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas).

Para que a operadora seja pontuada neste item, o protocolo pactuado deve contemplar no mínimo os seguintes exames de imagem (BRASIL, 2012):

- **Entre 6 e 8 semanas:** Ultrassonografia (US) Transvaginal;
- **Entre 11 e 13 semanas e seis dias:** Ultrassonografia (US) Morfológica do 1º trimestre - Ultrassonografia obstétrica com translucência nucal;
- **Entre 18 e 24 semanas:** Ultrassonografia (US) Morfológica do 2º trimestre.

Considerando que as pesquisas científicas sobre a prática clínica avançam frequentemente, caso surjam novas diretrizes clínicas com base em evidências científicas de qualidade e que sejam reconhecidas por sociedades de especialidades médicas nacionais ou internacionais, pela OMS ou Ministério da Saúde, pode haver ajuste na conduta em questão, desde que não contrarie códigos de conduta profissional, normas técnicas e legislação. O hospital/maternidade que optar por adotar outra diretriz deve apresentar o estudo ou publicação que ensejou a sua escolha.

A operadora deve estabelecer pactuação por meio de contrato ou documento similar com toda a rede assistencial que realiza pré-natal nos municípios de localização dos hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação, independentemente do tipo de rede, se própria, contratada ou referenciada.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação, por amostragem estatística, de contratos ou documentos similares entre operadoras e profissionais ou estabelecimentos de sua rede assistencial que realizam pré-natal nos municípios onde estão localizados os hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação, em que conste a pactuação de protocolo de exames de imagem mínimos durante o pré-natal, por parte da totalidade da rede de profissionais e clínicas que realizam pré-natal.

Como *proxy* da solicitação dos exames de imagem durante o pré-natal, o auditor pode verificar, por amostragem, a existência de notas fiscais, documentos de cobrança ou faturas emitidas pelos prestadores de serviços de sua rede assistencial que realizaram os exames, combinada com verificação, por amostragem, de solicitações de reembolso dos exames de imagem por beneficiárias.

Verificação, por amostragem, do sistema de contas médicas.

Os profissionais ou estabelecimentos da rede assistencial da operadora que realizam pré-natal adotam protocolo de exames para pacientes com gestação de intermediário e alto risco.



Interpretação:

Os prestadores da rede assistencial da operadora que realizam pré-natal devem adotar protocolo de exames para pacientes com gestação de intermediário e alto risco, incluindo:

- Ecodopplercardiograma (ecocardiograma) Fetal com Mapeamento de Fluxo, a partir de 18 semanas de gestação ou conforme diretriz clínica e indicação médica;
- Ultrassonografia (US) obstétrica com Doppler, entre 32 e 34 semanas ou conforme diretriz clínica e indicação médica.

O Ecodopplercardiograma Fetal com Mapeamento de Fluxo busca a detecção de cardiopatia congênita, que é a má-formação mais frequente nos recém-nascidos, sendo difícil de detectar em exame morfológico. Caso ocorra, demanda uma capacidade assistencial específica no local de nascimento – muitas vezes é necessário mudar o local de nascimento por conta da necessidade de cirurgia cardíaca neonatal. Nesses casos, será melhor detectar a situação precocemente, o que permitirá já planejar a assistência ao parto em uma unidade preparada para lidar com essa condição de saúde, em lugar de transferir mãe e bebê recém-nascido.

Assim, faz-se necessária a realização de Ecodopplercardiograma Fetal com Mapeamento de Fluxo na 18ª semana para situações em que sejam identificados fatores de risco. Os fatores de risco que podem ensejar a indicação de Ecocardiografia fetal* são:

- Suspeita de anomalia estrutural cardíaca;
- Suspeita de anomalia funcional cardíaca (taquicardia, bradicardia, arritmia);
- Hidropsia fetal;
- Anomalia fetal estrutural não cardíaca;
- Risco aumentado de cromossomopatia em screening de primeiro trimestre;
- Diabetes Mellitus (prévio ou gestacional);
- Fertilização in vitro ou injeção intracitoplasmática de espermatozoide – ICSI;
- Fenilcetonúria materna;
- Doença autoimune materna;
- Parente de primeiro grau com feto apresentando malformação cardíaca;
- Rubéola materna (inclui IgM positivo para a doença);
- Artéria umbilical única;
- Ducto venoso alterado no primeiro trimestre;
- Obesidade (IMC maior ou igual a 30 Kg/m²); e
- Idade materna maior ou igual a 35 anos.

*Adaptado de: *AIUM Practice Parameter for Performance of Fetal Ecocardiography. J Ultrasound Med 2020; 39:E5-E16.*

Já a Ultrassonografia (US) obstétrica com Doppler, pode ser indicada para realização entre 32 e 34 semanas, conforme diretriz clínica e indicação médica, para verificação, além das imagens do desenvolvimento fetal, do fluxo sanguíneo que vai da placenta para o bebê e vice-versa.

Considerando que as pesquisas científicas sobre a prática clínica avançam frequentemente, caso surjam novas diretrizes clínicas com base em evidências científicas de qualidade e que sejam reconhecidas por sociedades de especialidades médicas nacionais ou internacionais, pela OMS ou Ministério da Saúde, pode haver ajuste na conduta em questão, desde que não contrarie códigos de conduta profissional, normas técnicas e legislação. O hospital/maternidade que optar por adotar outra diretriz deve apresentar o estudo ou publicação que ensejou a sua escolha.

A operadora deve estabelecer pactuação por meio de contrato ou documento similar com toda a rede assistencial que realiza pré-natal nos municípios de localização dos hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação, independentemente do tipo de rede, se própria, contratada ou referenciada.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação, por amostragem estatística, de contratos ou documentos similares entre operadoras e profissionais ou estabelecimentos de sua rede assistencial que realizam pré-natal nos municípios onde estão localizados os hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação, em que conste a pactuação de protocolo de exames adicionais para gestação de intermediário e alto risco.

Como *proxy* da solicitação dos exames adicionais para gestação de intermediário e alto risco, o auditor pode verificar, por amostragem, a existência de notas fiscais, documentos de cobrança ou faturas emitidas pelos prestadores de serviços da rede assistencial da operadora que realizaram os exames, combinada com verificação, por amostragem, de solicitações de reembolso dos exames por beneficiárias.

Verificação, por amostragem, do sistema de contas médicas.

2.2.7

A operadora oferece consultas com nutricionista durante o ciclo gravídico-puerperal.

Interpretação:

A operadora oferece no mínimo 12 consultas com nutricionista para a gestante durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

Considerando as diretrizes de utilização previstas para o rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, Resolução Normativa nº 465 de 2021, a operadora deverá oferecer no mínimo 12 consultas, por ano de contrato, para gestantes, puérperas e mulheres em amamentação até 6 meses após o parto.

Caso a gestante tenha o diagnóstico prévio de Diabetes Mellitus ou desenvolva Diabetes Gestacional, o mínimo de consultas deverá ser ampliado para 18 consultas por ano de contrato. Em quaisquer dos casos, além do período gestacional, após o parto, esse número de consultas anual deve ser disponibilizado até que sejam completados 12 meses a partir do diagnóstico, para o Diabetes Gestacional, e a partir da identificação da gravidez, para os demais tipos de Diabetes.

É fundamental que a operadora ofereça e induza a realização de consultas com nutricionista para as beneficiárias gestantes para a devida orientação nutricional desde o pré-natal até o puerpério (NICE, 2022).

O nutricionista possui competências que podem contribuir para o trabalho colaborativo durante todo o ciclo gravídico-puerperal, considerando aspectos como a avaliação, diagnóstico, educação, prescrição e terapia nutricional e dietética, com base nos dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos.

A operadora deve estabelecer pactuação por meio de contrato ou documento similar com nutricionistas nos municípios de localização dos hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação, independentemente do tipo de rede, se própria, contratada ou referenciada

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação do número de consultas com nutricionista realizadas até a 42ª semana antes do parto das gestantes univocamente identificadas que tiveram seus partos nos hospitais/maternidades participantes no período avaliativo da operadora (12 meses).

Verificação e cópia dos anúncios e das telas no site, nos perfis nas redes sociais e no aplicativo para dispositivos móveis da operadora, com oferta de consulta com nutricionista.

Cópia de panfleto digital solicitando a profissionais de saúde da rede assistencial que convidem as gestantes que acompanham a realizarem acompanhamento com nutricionista.

Buscar evidências da remuneração das consultas de pré-natal com nutricionista, incluindo remuneração individual por consulta e/ou outras formas de remuneração, como assalariamento, *bundle* e *capitation*, por exemplo.

Essencial



Os profissionais ou estabelecimentos da rede assistencial da operadora que realizam pré-natal adotam protocolo de Classificação de Risco Gestacional.



Interpretação:

Os prestadores da rede assistencial da operadora que realizam pré-natal devem adotar protocolo de Classificação de Risco Gestacional.

Devido a alguns fatores de risco, parte das gestantes pode apresentar maior probabilidade de evolução desfavorável. Com o objetivo de melhorar a atenção no pré-natal, é necessário que se identifiquem os fatores de risco o mais precocemente possível. Além da identificação das condições clínicas prévias à gestação, é necessário o monitoramento de eventuais alterações durante o ciclo gravídico-puerperal.

A Classificação de Risco Gestacional tem como objetivo favorecer a adoção de estratégias diferenciadas de atenção em saúde para cada grupo de gestantes, permitindo fornecer orientações específicas e monitorar as condições clínicas de acordo com o nível de risco classificado (habitual, médio/intermediário ou alto risco).

A existência de um protocolo para a classificação do risco da gestante durante o pré-natal e no momento da admissão hospitalar é fundamental para a identificação precoce da gestante de risco. O planejamento da linha de cuidado da atenção obstétrica e neonatal a partir do risco estratificado e a intervenção precisa e precoce favorecem o alcance de desfechos positivos.

A identificação do risco tem como objetivo contribuir para a evolução favorável da gestação e reduzir a morbimortalidade materno-infantil. É primordial identificar os fatores de risco gestacional o mais precocemente possível. O processo dinâmico e a complexidade das alterações funcionais e anatômicas que ocorrem no ciclo gestacional exigem avaliações continuadas. Para a classificação de risco, é importante a identificação de condições clínicas prévias à gestação, sendo necessário também o monitoramento de eventuais alterações do nível de risco durante o ciclo gravídico-puerperal.


O risco na gestação está associado frequentemente às seguintes condições: mulheres com doenças crônicas prévias à gestação; história reprodutiva anterior; e mulheres que apresentam, no curso da gravidez, condição ou doença que ofereça risco a ela e ao bebê. Entre essas condições estão as síndromes hipertensivas (pré-eclâmpsia, eclâmpsia, hipertensão arterial crônica e hipertensão gestacional), diabetes, obesidade e endocrinopatias, por exemplo.

A gravidez é definida como de alto risco se identificados fatores que podem estar associados a piores prognósticos maternos e perinatais, passando a requerer avaliações com frequência diferenciada e, por vezes, o acesso a exames, como a avaliação de risco anestésico, e procedimentos com maior densidade tecnológica.

O planejamento da linha de cuidado da atenção obstétrica e neonatal, tanto ao longo do pré-natal, quanto no momento da admissão hospitalar, a partir do risco estratificado e a intervenção precisa e precoce favorecem o alcance de desfechos positivos.

Como referência para a classificação de risco é indicada a “Estratificação e proposta de organização do local de assistência da gestante”, estabelecida pelo Ministério da Saúde no Manual de Gestação de Alto Risco (BRASIL, 2022 – Quadro 4, p. 18).

A operadora deve estabelecer pactuação por meio de contrato ou documento similar com profissionais que realizam pré-natal nos municípios de localização dos hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação, independentemente do tipo de rede, se própria, contratada ou referenciada

	<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</p> <p>As estratégias adotadas pela operadora para identificação das gestantes de alto risco devem estar descritas e detalhadas no Plano estruturado citado no item de verificação 1.1.1.</p> <p>A avaliação deste item deve considerar a existência de um protocolo para a avaliação de risco da gestante durante o pré-natal, pactuado entre a operadora e a sua rede prestadora de serviços nos municípios onde estão localizados os hospitais/maternidades que participam desta certificação.</p> <p>Existência de documento formal firmado (contrato, termo de compromisso ou similar) entre a operadora e o prestador, pactuando a utilização do protocolo nos municípios onde estão localizados os hospitais/maternidades que participam desta certificação.</p> <p>Existência de material de divulgação (manual, folder, material digital, circulares e memorandos) contendo a descrição do protocolo pactuado.</p> <p>Realização de entrevistas por amostragem realizadas pelo auditor da EAS e os profissionais da rede prestadora de serviços da operadora responsáveis pelo acompanhamento do pré-natal centrado na mulher.</p>	
2.2.9	<p>A operadora disponibiliza a Caderneta/Cartão da Gestante para as beneficiárias em período gestacional.</p> <p>Interpretação:</p> <p>No âmbito desta Certificação, a operadora deve disponibilizar a Caderneta/Cartão da Gestante para todas as beneficiárias de sua carteira em período gestacional. A oferta poderá ser realizada em seu portal eletrônico na internet e/ou em aplicativo para dispositivos móveis. Desse modo, os profissionais e as beneficiárias poderão baixar e preencher ou editar em meio digital e manter arquivado em meio digital ou físico.</p> <p>A Caderneta/Cartão da Gestante é um instrumento de registro das consultas de pré-natal, com os principais dados de acompanhamento da gestação e deve permanecer em posse da gestante para ser apresentado em todos os estabelecimentos de saúde que ela vier a utilizar durante a gestação, inclusive quando for admitida no hospital/maternidade em trabalho de parto.</p> <p>Com base na Caderneta da Gestante do Ministério da Saúde, a ANS formulou um modelo de Caderneta/Cartão da Gestante (Anexo II da RN nº 368, de 6 de janeiro de 2015). A operadora pode utilizar qualquer modelo de Caderneta/Cartão da Gestante, desde que contenha os dados disponibilizados no modelo do Ministério da Saúde e contenha a Carta de Informação à Gestante da ANS (conforme Anexo II da RN nº 368, de 2015).</p> <p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</p> <p>Consulta à área do portal da internet da operadora e do aplicativo para dispositivos móveis com informações sobre atenção à saúde materna e neonatal, verificando a existência de modelo de caderneta/cartão da gestante divulgado para download e verificar a existência de orientação às gestantes para que solicitem a sua atualização aos profissionais da assistência.</p>	<p>Essencial</p> 

2.2.10

Os profissionais e estabelecimentos de saúde da rede assistencial da operadora que realizam pré-natal adotam procedimentos operacionais para cesarianas a pedido da gestante durante a gestação.

Complementar



Interpretação:

Os profissionais e estabelecimentos de saúde que realizam pré-natal da rede assistencial da operadora, no município de localização dos hospitais/maternidades que participam desta Certificação devem adotar critérios e procedimentos operacionais para cesarianas a pedido da gestante durante a gestação.

Cesarianas a pedido durante a gestação referem-se a situações em que a gestante solicita o procedimento sem uma indicação clínica materno e/ou fetal.

De acordo com a Resolução CFM nº 2.284/2020, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, poderá ser realizada somente a partir da 39ª semana completa de gestação (273º dia de gestação).

Os procedimentos operacionais para cesarianas a pedido da gestante durante a gestação constam em DUT no Rol de Procedimentos da ANS (ANS, 2021). Para pontuar neste item os prestadores de serviços deverão adotar os seguintes critérios cumulativos:

- gestação a partir de 39 semanas completas (273 dias);
- mediante a assinatura pela gestante do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deve ser elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitadas as características socioculturais da gestante.

A prematuridade representa um dos principais fatores de risco para o recém-nascido adoecer e morrer após o nascimento e no decorrer da infância e vida adulta (LEAL, 2017).

A mortalidade e a morbidade neonatal são maiores entre os neonatos prematuros. Além disso, a carga econômica associada a esses nascimentos é significativa na medida em que o parto prematuro demanda assistência e cuidados de maior nível de complexidade, como a necessidade de internação em UTI Neonatal (RAMOS e CUMAN, 2009).

Esses procedimentos operacionais para cesariana a pedido da gestante durante a gestação devem ser formalizados nos contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e toda a rede assistencial que realiza pré-natal nos municípios de localização dos hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação, independentemente do tipo de rede, se própria, contratada ou referenciada.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação, por amostragem estatística, de contratos ou documentos similares entre operadoras e profissionais ou estabelecimentos de sua rede assistencial que realizam pré-natal nos municípios onde estão localizados os hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação, em que conste a existência de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para as cirurgias cesáreas a pedido da gestante, considerando válidas apenas aquelas solicitadas a partir de 39 semanas de gestação.

2.2.11

A operadora oferece às beneficiárias Grupos de Gestantes para letramento e educação em saúde.

Complementar

**Interpretação:**

A operadora deve disponibilizar às beneficiárias grupos de gestantes para letramento e educação em saúde. Para oportunizar o acesso e a participação, as informações sobre os grupos devem ser acompanhadas de convite para inscrição e participação nas atividades, devendo ser divulgadas pelas operadoras por meio de seus sites, perfis nas redes sociais e/ou em aplicativos para dispositivos móveis.

Os programas coletivos de letramento (MALVEIRA, 2019; PASSAMAI et al., 2018; OSBORNE, 2011) e apoio às gestantes devem incluir escuta e troca de experiências, promoção da gestação e puerpério saudáveis, prevenção de riscos e doenças durante o ciclo gravídico-puerperal. As informações educativas em saúde devem estar articuladas com o restante das comunicações realizadas pela operadora e descritas no item 2.1.1 (FERNANDES et al., 2018).

Entre as formas de realização de grupos, podem ser oferecidos grupos operativos e rodas de conversa, por exemplo (MENEZES; AVELINO, 2016; VINCHA, SANTOS, CERVATO-MANCUSO, 2010).

Os grupos de gestantes deverão contar com um facilitador com graduação na área da saúde, preferencialmente, um enfermeiro obstetra.

Os Grupos de Apoio à Gestante (Grupos Operativos) discutem temas que suscitam e mobilizam sentimentos, pensamentos e ações nas participantes, (CASTANHO, 2012) e considera-se a inclusão das necessidades das participantes um fator primordial.

As rodas de conversa representam uma possibilidade metodológica para favorecer a comunicação dinâmica e produtiva.

A operadora poderá oferecer os grupos de letramento de forma direta ou por meio de contratação de serviços especializados em gestão de saúde ou prestador de serviços.

Para cumprimento deste item, as atividades em grupo devem ser oferecidas para as mulheres que realizam o pré-natal nos municípios onde estão localizados os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participarem desta Certificação.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar a evidência do oferecimento dos grupos de letramento para as gestantes que realizam pré-natal nos municípios onde estão localizados os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participarem desta Certificação.

Consulta ao perfil nas redes sociais e/ou aplicativo com identificação da oferta de inscrição disponibilizada para as mulheres, acompanhada de consulta ao texto da mensagem de inscrição no perfil nas redes sociais e/ou aplicativo.

Verificação e cópia dos anúncios e das telas de inscrição no site, nos perfis nas redes sociais e no aplicativo para dispositivos móveis da operadora.

Cópia de panfleto digital solicitando a profissionais de saúde da rede assistencial que convidem as gestantes que acompanham para inscrição e participação nas iniciativas de letramento.


Consulta a relatório de mulheres inscritas.


Verificação de relatórios com os resultados das atividades em grupo.

Verificação por amostragem das listas de presença nas reuniões.

Entrevistas amostrais com mulheres para verificação do oferecimento das atividades em grupo.

Verificação de contratos com empresas especializadas, caso o serviço seja terceirizado.

2.2.12	<p>A operadora oferece consulta de aconselhamento individual com psicólogo ou com enfermeiro obstetra às gestantes que optarem pela cesariana a pedido antes do trabalho de parto.</p> <p>Interpretação: A operadora deverá oferecer pelo menos uma consulta de aconselhamento individual com psicólogo ou com enfermeiro obstetra às gestantes que optarem pela cesariana a pedido antes do trabalho de parto. O objetivo dessa consulta é proporcionar o diálogo do profissional com a mulher acerca das suas preocupações e motivações que ensejaram o desejo pela realização da cesariana, além de esclarecer os riscos e benefícios da cirurgia cesariana e do parto vaginal, de forma pormenorizada (NICE, 2013). Para cumprimento deste item, as consultas com enfermeiros ou psicólogos devem ser oferecidas para as mulheres que realizam o pré-natal nos municípios onde estão localizados os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participarem desta Certificação.</p> <p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificação, por amostragem estatística, de contratos ou documentos similares entre operadoras e profissionais ou estabelecimentos de sua rede assistencial que realizam pré-natal nos municípios onde estão localizados os hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação, em que conste o oferecimento de consulta de aconselhamento individual com psicólogo ou com enfermeiro obstetra às gestantes que optarem pela cesariana a pedido antes do trabalho de parto. Verificação, por amostragem estatística, com as mulheres (entrevista, contato telefônico, aplicativo de mensagem) confirmando o oferecimento da consulta. Como evidências de remuneração da consulta em questão poderão ser consideradas as contas, faturas, recibos, notas fiscais, dentre outros.</p>	<p>Complementar</p> 
--------	---	---

2.2.13	<p>A operadora oferece cobertura para vacinação das gestantes, de acordo com o calendário de pré-natal.</p> <p>Interpretação: A operadora oferece cobertura para a vacinação das gestantes, nos termos do calendário de pré-natal. As vacinas às quais se refere o item são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dpTa (tríplice bacteriana tipo adulto), na 27ª semana; • Hepatite B, para as não imunizadas e somente após a 14ª semana; e • Influenza, obedecendo o calendário definido para a campanha anual do Ministério da Saúde. <p>Caso haja atualização do calendário vacinal de gestantes pelo Ministério da Saúde, as inovações deverão ser consideradas no presente item. Para cumprimento deste item, a operadora deve disponibilizar a cobertura vacinal para as gestantes que realizam pré-natal nos estabelecimentos de saúde localizados nos mesmos municípios dos hospitais/maternidades indicados pelas operadoras para participar desta certificação.</p> <p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificação, por amostragem estatística, de contratos ou documentos similares entre operadoras e clínicas de imunização nos municípios onde estão localizados os hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação, em que constem a pactuação e oferta às beneficiárias dos protocolos de vacinação. Como <i>proxy</i> da solicitação de realização das imunizações, o auditor pode verificar, por amostragem, a existência de notas fiscais, documentos de cobrança ou faturas emitidas pelas clínicas de imunização, combinada com verificação, por amostragem, de solicitações de reembolso das vacinas por beneficiárias. Verificação, por amostragem, do sistema de contas médicas. Verificação por meio da estratégia de “cliente oculto/cliente fantasma”.</p>	<p>Excelência</p> 
--------	--	---

A operadora oferece um coordenador/gestor do cuidado para gestantes classificadas como alto risco.



Interpretação:

A operadora oferece um coordenador/gestor do cuidado para gestantes classificadas como alto risco (BRASIL, 2012; 2022). A operadora pode disponibilizar o coordenador/gestor do cuidado por meio de contratação direta ou por meio de contratação de uma empresa que realiza gestão em saúde.

A atuação de um coordenador/gestor do cuidado é fundamental nas gestações de alto risco, pois se constituem como condições complexas e necessitam, portanto, de uma abordagem mais próxima e frequente, de modo a melhorar a qualidade do cuidado e favorecer desfechos positivos para mulheres e bebês.

O coordenador/gestor do cuidado é um profissional de saúde que tem como função apoiar a gestante de alto risco a transitar de forma oportuna e assertiva pelo sistema de saúde, facilitando assim o seu itinerário na rede de atenção. O apoio à gestante pode ocorrer de forma presencial, híbrida ou à distância e não se confunde com as consultas de pré-natal.

A coordenação/gestão do cuidado deve integrar toda a linha do cuidado do ciclo gravídico-puerperal, indo do início do pré-natal ou do momento de início do agravamento do risco até o puerpério. Independentemente de ser realizada presencialmente ou de forma híbrida, deve proporcionar segurança e apoio à gestante e tem como função interligar todos os profissionais que atuam durante o ciclo gravídico-puerperal.

O risco na gestação está associado frequentemente às seguintes condições: mulheres com doenças crônicas prévias à gestação; história reprodutiva anterior; e mulheres que apresentam, no curso da gravidez, condição ou doença que ofereça risco a ela e ao bebê. Entre essas condições estão as síndromes hipertensivas (pré-eclâmpsia, eclâmpsia, hipertensão arterial crônica e hipertensão gestacional), diabetes, obesidade e endocrinopatias, por exemplo.

A gravidez é definida como de alto risco se identificados fatores que podem estar associados a piores prognósticos maternos e perinatais, passando a requerer avaliações com frequência diferenciada e, por vezes, o acesso a exames, como a avaliação de risco anestésico, e procedimentos com maior densidade tecnológica.

O planejamento da linha de cuidado da atenção obstétrica e neonatal, tanto ao longo do pré-natal, quanto no momento da admissão hospitalar, a partir do risco estratificado e a intervenção, precisa ser precoce, favorecendo o alcance de desfechos positivos.

A gestação de alto risco está associada às seguintes condições:

1. doenças crônicas prévias à gestação;
2. complicações em gestações anteriores;
3. condições ou doenças que ofereçam riscos à gestante e ao bebê no curso da gravidez. Ex. síndromes hipertensivas (Pré-eclâmpsia, Eclâmpsia, Hipertensão Arterial Crônica e Hipertensão Gestacional); diabetes; obesidade e endocrinopatias.

Como referência para a classificação de risco é indicada a “Estratificação e proposta de organização do local de assistência da gestante”, estabelecida pelo Ministério da Saúde no Manual de Gestação de Alto Risco (BRASIL, 2022 – Quadro 4, p. 18).

Cabe ao médico que realiza o pré-natal estabelecer o risco gestacional. A operadora deve captar as mulheres de alto risco de forma proativa, por meio de aplicativo móvel, lembretes no site, mensagens de aplicativos etc. A operadora deve também orientar os profissionais envolvidos no pré-natal para encaminharem as gestantes ao programa de coordenação de cuidado da operadora.

Para cumprimento deste item, a operadora deve disponibilizar o coordenador/gestor do cuidado para as gestantes classificadas como de alto risco que realizam pré-natal nos estabelecimentos de saúde localizados nos mesmos municípios de localização dos hospitais/maternidades indicados pela operadora como participantes desta Certificação.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação, por amostragem estatística, de contratos ou documentos similares entre operadoras e profissionais ou estabelecimentos de sua rede assistencial que realizam a coordenação/gestão do cuidado nos municípios onde estão localizados os hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação.

Análise de relatórios extraídos do sistema de informação da operadora nos quais constem o registro das atividades realizadas pelo coordenador/gestor do cuidado.

Verificação, por amostragem, de notas fiscais, documentos de cobrança ou faturas emitidas relativas às atividades realizadas pelo coordenador/gestor do cuidado.

Verificação, por amostragem, do sistema de contas médicas.

Verificação de contratos ou documentos similares e notas fiscais como comprovação da contratação de prestadores de serviços especializados, quando a coordenação/gestão do cuidado for realizada de forma indireta.

2.2.15

A operadora oferece uma consulta odontológica preventiva e de orientação em saúde bucal para as gestantes.

Excelência



Interpretação:

A operadora deve garantir minimamente uma consulta de avaliação odontológica, preferencialmente logo após o início do pré-natal com o objetivo de prevenção e orientação aos cuidados bucais na gestação.

A gestante pertence a um grupo de atendimento prioritário na saúde bucal tendo em vista que é frequente o aumento dos problemas gengivais, com maior gravidade das gengivites e possível frequência de sangramento gengival na gravidez. Essas alterações podem estar relacionadas a deficiências nutricionais, placa bacteriana, altos níveis hormonais e estado transitório de imunodepressão na gravidez.

Pesquisas sugerem que algumas condições bucais na gestação podem ter consequências adversas para a criança. A periodontite está associada ao nascimento prematuro e baixo peso ao nascer, e altos níveis de bactérias cariogênicas nas mães podem levar ao aumento da cárie dentária no bebê (HUGH et al., 2008).

Para cumprimento desse item de verificação, a operadora deve garantir uma consulta odontológica para orientação e prevenção, independentemente do plano contratado pela gestante contemplar cobertura odontológica. Na ausência de cobertura odontológica no plano da gestante, caso haja necessidade de seguimento e tratamento, a gestante deve ser orientada e encaminhada a dar continuidade com recursos próprios.

Para cumprimento deste item, a operadora deve disponibilizar a consulta preventiva e de orientação odontológica na gravidez, para as gestantes que realizam pré-natal nos estabelecimentos de saúde localizados nos mesmos municípios de localização dos hospitais indicados pela operadora como participantes desta Certificação.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação, por amostragem estatística, de contratos ou documentos similares entre operadoras e profissionais ou estabelecimentos de sua rede assistencial que realizam consulta odontológica preventiva e de orientação em saúde bucal para as gestantes nos municípios onde estão localizados os hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação.

Análise de relatórios extraídos do sistema de informação da operadora nos quais constem o registro da consulta odontológica preventiva e de orientação em saúde bucal para as gestantes.

Verificação, por amostragem, de notas fiscais, documentos de cobrança ou faturas emitidas relativas às consultas odontológicas preventivas e de orientação em saúde bucal para as gestantes.

Verificação de contratos ou documentos similares e notas fiscais como comprovação da contratação de prestadores de serviços para a realização de consultas odontológicas preventivas e de orientação em saúde bucal para as gestantes, quando realizada de forma indireta.

Os profissionais ou estabelecimentos da rede assistencial da operadora que realizam pré-natal adotam protocolo de pré-natal do pai ou parceiro/parceira.



Interpretação:

Os prestadores da rede assistencial da operadora que realizam pré-natal devem adotar protocolo de pré-natal do pai ou parceiro/parceira.

Historicamente, tanto planejamento reprodutivo quanto ações em saúde voltadas para gestação, parto e puerpério foram pensados e direcionados para mulheres e gestantes, enfocando o binômio mãe-criança.

Hoje, compreende-se que a gravidez é um tema pertinente não só à gestante, mas também ao pai, parceiro, parceira ou outro acompanhante de sua livre escolha. Reconhecendo e valorizando os diversos arranjos familiares existentes e sem demérito ou prejuízo da maternidade solo ou da possibilidade de outra escolha por parte da mulher, a participação do pai, parceiro, parceira ou outro acompanhante de sua livre escolha deve ser reconhecida e bem-vinda durante todo o processo gestacional, constituindo fator importante para o bem-estar biopsicossocial da mãe, do bebê e dele ou dela próprio(a), sendo o pré-natal o momento oportuno para iniciar o aprofundamento desse envolvimento.

O protocolo deve considerar:

- Contato com postura acolhedora, estimulando o envolvimento e a participação do pai, parceiro, parceira ou outro acompanhante de livre escolha da gestante, no pré-natal, incluindo a sua participação nas consultas e nas atividades educativas grupais para a preparação adequada para o exercício de seu papel durante a gestação, parto e pós-parto;
- Solicitação dos seguintes exames laboratoriais, do pai, parceiro, parceira, de acordo com as necessidades de cada grupo familiar:
 1. Tipagem sanguínea e Fator RH (no caso da mulher ter RH negativo);
 2. Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBsAg);
 3. Teste treponêmico e/ou não treponêmico para detecção de Sífilis por meio de tecnologia convencional ou rápida;
 4. Pesquisa de Anticorpos anti-HIV;
 5. Pesquisa de anticorpos do vírus da Hepatite C (anti-HCV);
 6. Eletroforese da hemoglobina (para detecção da doença falciforme – se for o caso);
- Estimular o pai, parceiro, parceira a fazer uma avaliação geral da sua condição de saúde.

Trata-se de uma inovação que busca contextualizar a importância do envolvimento consciente e ativo do pai, parceiro, parceira da mulher nas ações voltadas para o cuidado no ciclo gravídico-puerperal, incluindo o planejamento reprodutivo, quando for o caso.

Desde que seja desejo da gestante, o pai, parceiro, parceira pode e deve ser envolvido junto com a mulher nas escolhas e responsabilidades da gestação, parto e puerpério.

A operadora deve estabelecer pactuação por meio de contrato ou documento similar com toda a rede assistencial que realiza pré-natal nos municípios de localização dos hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação, independentemente do tipo de rede, se própria, contratada ou referenciada.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação, por amostragem estatística, de contratos ou documentos similares entre operadoras e profissionais ou estabelecimentos de sua rede assistencial que realizam pré-natal nos municípios onde estão localizados os hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação, em que conste a pactuação de protocolo de pré-natal do pai ou parceiro/parceira.

Verificação de cópias de convites e comunicados emitidos para pai/parceiro(a) ou acompanhante.

Referências Bibliográficas deste Requisito:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Duas faces da mesma moeda:** microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) . Disponível em : http://ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Serie_regulacao_e_saude_Vol_4.pdf Acesso em: 2 ago. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS (Brasil). **Resolução Normativa 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 nº 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa – RN nº 457, de 28 de maio de 2020 e a RN n.º 460, de 13 de agosto de 2020. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDzMw==> Acesso em: 4 mar. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Padrão para Troca de Informação de Saúde Suplementar – TISS.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/prestadores/tiss-troca-de-informacao-de-saude-suplementar>. Acesso em: 28 jul. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015.** Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==> Acesso em: 15 ago. 2021.

AIUM Practice Parameter for Performance of Fetal Ecocardiography. J Ultrasound Med 2020; 39: E5-E16.

AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS (ACCP). **Antithrombotic Therapy for VTE Disease:** Second Update of the CHEST Guideline and Expert Panel Report. Acesso em: 15 ago. 2021.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (ACOG). Thromboembolism in Pregnancy. [S.l.: s.d.]

ANJOS, J. C. B.; BOING, A. F. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online]. 2016, v. 19, n. 04, p. 835-850. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040013>. Acesso em: 6 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Gestante. 4ª Edição. 2018. <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde - IDSUS.** Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/detalhadas.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007.** Aprova, na forma do anexo, as Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html. Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009.** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html. Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.348, de 2 de junho de 2022.** Dispõe sobre as ações e serviços de Telessaúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2022/06/portaria1348.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Vacinação:** Calendário Nacional de Vacinação. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao> . Acesso em: 3 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica:** Saúde das Mulheres. . Brasília, DF: 2016. 230p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 158 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestão de alto risco** [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Mulher. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Rev Bras Saúde Mat Infant**, 2002; 2: 69-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292002000100011>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Fluxogramas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites B e C nas instituições que realizam parto**. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/67631/calendario_transmissao_vertical_07_2021.pdf?file=1&type=node&id=67631&force=1. Acesso em: 3 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Primária à Saúde **Nota Técnica nº 1/2022-SAPS/MS**: Indicador 1. Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/nota_tecnica_1_2022.pdf

CALDERON, IRACEMA DE MATTOS PARANHOS; CECATTI, JOSÉ GUILHERME; VEGA, CARLOS EDUARDO PEREIRA. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna = Beneficial interventions for maternal mortality prevention in the prenatal period. **Rev. bras. ginecol. obstet** ; 28(5): 310-315, maio 2006. ilus, mapas, tab. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/HNYLPswNyWhDg3FB9D8L9JP/?lang=pt> Acesso em: 4 mar., 2022.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Office of the Associate Director for Communication, Strategic and Proactive Communication Branch. Simply put. **A guide for creating easy-to-understand materials**. 3rd edition. 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 2.314, de 20 de abril de 2022**. Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.314-de-20-de-abril-de-2022-397602852>

DOMINGUES; R. M. S. M.; VIELLAS, E. F.; DIAS; M. A. B.; TORRES; J. A.; THEME-FILHA; M. M.; GAMA; S. G. N. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2015;37(3):140–7.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Manual de Gestão de Alto Risco**. Disponível em: <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2019/08/MANUAL-DE-GESTA%C3%87%C3%830-DE-ALTO-RISCO-2011.pdf>

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Assistência pré-natal parte II. **Rev. Assoc. Med. Bras**. [online]. 2007, vol.53, n. 6.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **O que é o pré-natal de alto risco?** Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/203-o-que-e-o-pre-natal-de-alto-risco> Acesso em: 4 mar. 2022.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Manual de assistência pré-natal**. -2. ed. São Paulo: FEBRASGO, 2014. Disponível em: https://www.abenforj.com.br/site/arquivos/manuais/304Manual_Pre_natal_25SET.pdf

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **O pré-natal começa antes da gravidez**. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/198-o-pre-natal-comeca-antes-da-gravidez>.

GUYATT; G. H.; AKI EA; CROWTHER; M.; GUTTERMAN; D. D.; SCHÜNNEMANN; H. J. **American College of Chest Physicians Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis Panel**. Executive summary: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidenced-Based Clinical Practice Guidelines Chest. 2012 Feb; 141 (2 Suppl):7S-47S.

HERRMANN, A. et al (org.). **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: [s.d.] 55 p.: il.

HUGH S et al. Oral Health During Pregnancy. **American Family Physician**, v. 77, n. 8, April 15, 2008. Disponível em: https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2008/0415/p1139.html?_ga=2.62882348.1446642176.1592284086-619642441.1591286279

MALVEIRA, Rogério. **O Sexto Sinal Vital da Saúde**. [S. l.]: 2019. E-book.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: OPAS, 2011. 549 p.: il.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: OPAS, 2012.

MENEZES, K.; AVELINO, P. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cad. Saúde Colet.**, 2016, Rio de Janeiro, 24 (1): 124-130.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE - NICE. **Caesarean birth**. June 2013. Last updated 31 March 2021. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs32/resources/caesarean-birth-pdf-2098602884293>

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE GUIDANCE - NICE. NICE GUIDANCE. **Conditions and diseases**. Fertility, pregnancy and childbirth. Pregnancy. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/fertility--pregnancy-and-childbirth/pregnancy>

OKAN, O. et al. **International Handbook of Health Literacy: Research, Practice and Policy across the lifespan**. 1st edition. 2019 – Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/329811044_International_Handbook_of_Health_Literacy_Research_Practice_and_Policy_across_the_Life-span . Acesso em: 4 mar. 2022.

OLIVEIRA J. A. et al. Impacto do monitoramento telefônico em pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. **Acta Paul Enferm**. 2017; 30(4):333-42.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. WHO/RHR/16.12. 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF: OPAS, 2016.

OSBORNE, H. **Health Literacy**: from A to Z: Practical ways to communicate your health message. 2nd edition. 2011.

PASSAMAI, M. P. B. et al. **Letramento funcional em saúde**: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2012, v. 16, n. 41, p. 301-314. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000027>. Acesso em: 6 mar. 2022.

RODRIGUES, M. R. **A importância da captação e permanência das gestantes no acompanhamento pré-natal: uma análise bibliográfica**. UFSC, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/172955>

RODGER, M. Pregnancy and venous thromboembolism: "TIPPS" for risk stratification. **Hematology Am Soc Educ Program**. 2014 Dec 5; 2014(1):387-92.

SCHMITZ, CA et al. (org.). **Consulta Remota**: Fundamentos e Práticas. Porto Alegre: Artmed, 2021.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada: Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://atencabasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>

SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA. **Venous Thromboembolism and Antithrombotic Therapy in Pregnancy**. [S.l. : s. d.].

STANCIOLI, A. E. **Incentivos e risco moral nos planos de saúde no Brasil**. São Paulo: FEA/USP, 2002. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12140/tde-19122002-145831/publico/Stancioli.pdf> Acesso em: 2 ago. 2021.

VINCHA, K. R. R.; SANTOS, A. F.; CERVATO-MANCUSO, A. M. Planejamento de grupos operativos no cuidado de usuários de serviços de saúde: integrando experiências. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 949-962, jul.-set., 2017. DOI: 10.1590/0103-1104201711422

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. WHO. 196p. ISBN: 9789241549912 Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912> . Acesso em: 20 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Literacy**: The solid facts. WHO Regional Office for Europe. 1st edition. 2013. Disponível em: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf

2.3 ATENÇÃO AO PARTO CENTRADA NA MULHER E NO BEBÊ

Requisito direcionador para avaliação do cuidado oferecido pela operadora por meio de sua rede assistencial de atenção materna e neonatal ao trabalho de parto e parto, com foco nas melhores práticas para a saúde de mulher e bebê.

2.3.1

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação contam com equipe mínima multiprofissional de plantão presencial para atenção ao parto e nascimento.

Interpretação:

Os hospitais/maternidades da rede assistencial da operadora indicados como participantes da Certificação devem possuir equipe mínima de plantão multiprofissional presencial diuturnamente (24 horas por dia), incluindo feriados, para atenção compartilhada ao parto e nascimento.

Conforme Capítulo 2.1.2 deste Manual, a equipe de plantão multiprofissional deverá ser obrigatoriamente composta por, no mínimo:

1. médico(a) ginecologista-obstetra;
2. enfermeiro(a) obstetra ou obstetriz;
3. médico(a) pediatra; e
4. médico(a) anestesista.

A natureza da assistência a parto envolve situações de urgências e emergências e demanda a disponibilidade integral da equipe e dos serviços de atenção materna e neonatal (ANVISA, 2014).

Para assegurar que a unidade hospitalar/maternidade indicada pela operadora como participante desta Certificação disponha dessa equipe multiprofissional ou se adapte para atender a essa característica, a operadora deverá assegurar essa disponibilidade por meio de contrato firmado ou instrumento similar estabelecendo essa condição para a contratação.

A equipe de plantão presencial exigida neste item é mínima, podendo ser acrescida de outros profissionais de saúde, com competência para atuar no trabalho de parto, como por exemplo o fisioterapeuta, preferencialmente com formação em Fisioterapia na Saúde da Mulher/Obstetrícia.


O quantitativo da equipe de plantão deve ser dimensionado atendendo às normatizações e legislação vigentes, volume, complexidade e perfil de demanda.

Os hospitais/maternidades participantes da Certificação devem divulgar a escala dos profissionais integrantes da equipe em local visível e acessível ao público.

Para assegurar que a unidade hospitalar/maternidade atenda a essas características, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar estabelecendo essa condição para a contratualização com os hospitais/maternidades participantes da Certificação, independentemente do hospital/maternidade ser rede própria, contratada, credenciada ou referenciada.

Essencial



	<p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</p> <p>Verificação de contratos ou documentos similares entre a operadora e os hospitais/ maternidades indicados como participantes da Certificação, prevendo a presença de equipe mínima de plantão multiprofissional.</p> <p>Verificar Relatórios das visitas técnicas realizadas pela operadora com vistas a verificar a presença dos profissionais integrantes da equipe e a divulgação da escala em local visível e acessível ao público nos hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação.</p> <p>Realização de visitas amostrais pela equipe de auditoria da EAS, presenciais ou à distância, a hospitais/maternidades da operadora indicados como participantes da Certificação.</p> <p>Checagem das informações no portal institucional do hospital e dos dados cadastrais do estabelecimento no CNES.</p>	
2.3.2	<p>Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para esta Certificação adotam Partograma que contém os dados mínimos indicados pela Organização Mundial da Saúde – OMS.</p> <p>Interpretação:</p> <p>Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para esta Certificação adotam Partograma que contém os dados mínimos indicados pela Organização Mundial da Saúde – OMS.</p> <p>O partograma é um documento gráfico no qual devem ser efetuados os registros do desenvolvimento do trabalho de parto e das condições maternas e fetais. O partograma deve conter, no mínimo, as informações indicadas pela Organização Mundial da Saúde – OMS. Com base nas recomendações da OMS, a ANS formulou um modelo de partograma (Anexo III da RN nº 368, de 6 de janeiro de 2015), podendo ser adotado qualquer modelo de partograma.</p> <p>Para assegurar que o hospital/maternidade indicado como participante desta Certificação atenda a essas características, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar estabelecendo a adoção de Partograma com ao menos os elementos previstos pela OMS, independentemente do hospital/maternidade ser rede própria, contratada, credenciada ou referenciada.</p> <p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:</p> <p>Verificação de contratos ou documentos similares entre a operadora e os hospitais/ maternidades indicados como participantes da Certificação, com a pactuação da adoção do Partograma conforme modelo OMS.</p> <p>Checar, por amostragem, se nos contratos entre operadoras e prestadores de serviços consta a obrigatoriedade da verificação do partograma para pagamento ou glosa do procedimento no fluxo de pagamento.</p> <p>Checar, por amostragem, se no processo de pagamento da operadora ao hospital/ maternidade e aos profissionais consta a etapa de verificação do partograma para pagamento ou glosa do procedimento no fluxo de pagamento.</p>	<p>Essencial</p> 

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação adotam sistema de avaliação modificado para auxiliar na identificação precoce de deterioração clínica de pacientes obstétricas (*Modified Early Obstetric Warning Score - MEOWS*).

Interpretação:

Os hospitais/maternidades da rede assistencial da operadora indicados como participantes da Certificação devem utilizar o sistema de avaliação modificado para auxiliar na identificação precoce de deterioração clínica de pacientes obstétricas (*Modified Early Obstetric Warning Score - MEOWS*).

A utilização desse tipo de ferramenta é recomendada entre as melhores práticas (IFF/FIOCRUZ, 2021).

Previamente à morbidade grave ou morte de um paciente, identifica-se comumente um período de deterioração fisiológica que passou despercebido e/ou não foi tratado de forma adequada (KYRIACOS et al., 2014). Predominantemente, as condições gerais de saúde das gestantes são boas, porém as mudanças fisiológicas próprias da gestação podem dificultar o reconhecimento precoce de deterioração clínica. Parcela considerável das mortes maternas por hemorragia, pré-eclâmpsia/eclâmpsia e infecção decorre de atrasos no reconhecimento, diagnóstico e tratamento (CANTWELL et al., 2011; SCHULER et al., 2019).

O MEOWS é uma ferramenta de rastreamento de morbidade materna que consiste no preenchimento de uma tabela de parâmetros fisiológicos, onde são registrados diferentes sintomas e sinais vitais. Este instrumento apresenta cores segundo valores anormais das variáveis. De acordo com a pontuação obtida a partir da soma dos campos, as ações devem seguir o fluxo de atendimento estabelecido para cada escore, facilitando a identificação de risco de complicações obstétricas e a necessidade de intervenção médica precoce (SINGH et al., 2012).

Há diferentes escalas que buscam apoiar a equipe de saúde na identificação de deterioração clínica de pacientes. Considerando as especificidades fisiológicas do ciclo gravídico-puerperal, foram desenvolvidas escalas específicas para a atenção obstétrica (BRESLIN, MCGLENNAN, 2009). Para cumprimento deste item, o hospital/maternidade indicado para participar da presente certificação deve adotar a escala MEOWS desenvolvida considerando exatamente as especificidades do ciclo gravídico-puerperal, experimentado no âmbito do Movimento Parto Adequado.

Para facilitar a adesão à ferramenta, fornecemos neste item de verificação como referência o modelo de MEOWS.



QUADRO 2 - ESCALA DE MEOWS

	3	2	1	0	1	2	3
PAS (mmHG)	< 80	80 - 89		90 - 139	140 - 149	150 - 159	≥ 160
PAD (mmHG)				< 90	90 - 99	100 - 109	≥ 110
FR	< 10			10 - 17	18 - 24	25 - 29	≥ 30
FCa	< 60			60 - 110		111-149	≥ 150
L O2 por minuto para atingir Sat O2 ≥ 96%				Ar ambiente	< 5 L/min		≥ 5 L/min
Temp °C	< 34°C		34-35°C	35,1 – 37,9°C	38 – 38,9°C		≥ 39°C
NC				Alerta			Rebaixado

Fonte: Traduzido e adaptado de C. Carle (*Intensive Care National Audit and Research Center - ICNARC, UK, 2013*)

Onde:

PAS= Pressão Arterial Sistólica

PAD=Pressão Arterial Diastólica

FR = Frequência respiratória

FC = Frequência cardíaca

NC= Nível de Consciência

QUADRO 3 - ESCORE DE ALERTA CLÍNICO - HOSPITAL

ESCORE DE ALERTA CLÍNICO - HOSPITAL			
ESCORE	CRITICIDADE	AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS (tec. e auxiliar de enfermagem)	TOMADA DE DECISÃO
0	baixo	Intervalo mínimo de 6 em 6 horas	Realizar sinais vitais a cada 6 horas. Recalcular escore se: sinal vital alterado, nas transferências entre hospital ou setores
1 – 3 (exceto 3 por parâmetro vermelho / crítico)	baixo	Reavaliação em 1 hora	Reavaliar escore em uma hora e, caso mantido valor de 1 a 3 ou mais baixo, seguir fluxo de avaliação de sinais vitais a cada 6 horas.
≥ 4 (ou 3 por um parâmetro vermelho/ crítico)	moderado	A cada 30 minutos	Acionar equipe médica especialista (GO) para avaliação clínica imediata. Realizar avaliação clínica e questionar CPAV (Condição Potencialmente Ameaçadora à Vida. Inclui: sangramento, hipertensão e sepse). Aplicar escore de alerta a cada 30 minutos até valor menor que 4 e ausente parâmetro vermelho por uma hora.
≥ 6	alto	Monitorização contínua	Acionar equipe médica especialista (GO) para avaliação clínica imediata. Realizar avaliação clínica e questionar CPAV. Solicitar transferência para unidade crítica

Fonte: Adaptado de *JointTrust Guideline for the Modified Early Obstetric Warning Score (MEOWS) in Detecting the Seriously ill and Deteriorating Woman*. NHS, 2020.

Considerando que as pesquisas científicas sobre a prática clínica avançam frequentemente, caso surjam novas diretrizes e ferramentas com base em evidências científicas de qualidade e que sejam reconhecidas por sociedades de especialidades médicas nacionais ou internacionais, pela OMS ou Ministério da Saúde, pode haver ajuste na conduta em questão, desde que não contrarie códigos de conduta profissional, normas técnicas e legislação. O hospital/maternidade que optar por adotar outra diretriz ou ferramenta deve apresentar o estudo ou publicação que ensejou a sua escolha.

Para assegurar que a unidade hospitalar/maternidade atenda a essas características, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar estabelecendo essa condição para a contratualização com os hospitais/maternidades participantes da Certificação, independentemente do hospital/maternidade ser rede própria, contratada, credenciada ou referenciada.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação de contratos ou documentos similares entre a operadora e os hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação, prevendo a adoção de sistema de avaliação modificado para auxiliar na identificação precoce de deterioração clínica de pacientes obstétricas.

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participarem desta certificação adotam protocolo de prevenção de hemorragias pós-parto.



Interpretação:

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participarem desta certificação adotam protocolo de prevenção de hemorragias pós-parto, considerando que esta é a segunda maior causa de morte materna no Brasil.

Para a adequada prevenção, identificação e contenção de hemorragias pós-parto, as operadoras deverão pactuar com os hospitais/maternidades protocolo que englobe ações desde a admissão, a saber:

1. avaliação do risco de sangramento na admissão;
2. quantificação o mais correta possível da perda sanguínea durante o parto e pós-parto; e
3. administração de uterotônicos após o nascimento.

Considera-se síndrome hemorrágica pós-parto a situação de todas as puérperas que apresentarem perda sanguínea superior a 500 ml nos partos vaginais e superior a 1000 ml em cirurgias cesarianas, com ou sem instabilidade hemodinâmica.

Para a avaliação do risco de sangramento na admissão, além da aplicação da ferramenta Sistema de Avaliação Modificado de Alerta Obstétrico Precoce (*Modified Early Obstetric Warning Score - MEOWS*), abordada no item de verificação 2.3.3, deverá também ser utilizado o formulário sobre fatores de risco para hemorragia pós-parto, descrito a seguir,

Quadro 4 -Fatores de Médio Risco para Hemorragia pós-parto:

FATORES DE MÉDIO RISCO PARA HPP		
Parto Cesáreo Anterior?	() SIM	() NÃO
Admitida com história de Pré-eclâmpsia Leve?	() SIM	() NÃO
Pressão Arterial: _____		
Gestação Gemelar?	() SIM	() NÃO
USG com relato de Polidramnia ?	() SIM	() NÃO
Peso Fetal na última USG = Considerado GIG ?	() SIM	() NÃO
Número de Partos Vaginais Anteriores: 4 ou (+) ?	() SIM	() NÃO
Admitida com Bolsa Rota ?	() SIM	() NÃO
Líquido Amniótico com odor fétido ?	() SIM	() NÃO
Relato de hemorragia em parto anterior?	() SIM	() NÃO
Obesidade? IMC > 35	() SIM	() NÃO
RESULTADO: Gestante com médio risco para HPP?	() SIM	() NÃO

RECOMENDAÇÕES:

Adotar uso de pulseira padronizada para risco de hemorragia no pós-parto (HPP).

Fonte: PACAGNELLA (2021); BOREM e PETENATE (2021)

Quadro 5 - Fatores de Alto Risco para Hemorragia pós-parto:

FATORES DE ALTO RISCO PARA HPP	
Relato de internação de Placenta Prévia?	() SIM () NÃO
Relato de internação de Placenta com inserção baixa?	() SIM () NÃO
Último resultado de Hematócrito pré-natal < 30%?	() SIM () NÃO
Último resultado de Plaquetas pré-natal < 100.000?	() SIM () NÃO
Admitida com sangramento ativo?	() SIM () NÃO
Usou heparina ou AAS na gestação?	() SIM () NÃO
Placenta Acreta?	() SIM () NÃO
RESULTADO: Gestante com alto risco para HPP? (Se 2 ou mais questões acima SIM = ALTO RISCO)	() SIM () NÃO

RECOMENDAÇÕES:
Adotar uso de pulseira padronizada para alto risco de hemorragia no pós-parto (HPP).
Solicitar Reserva de Sangue.

Fonte: PACAGNELLA (2021); BOREM e PETENATE (2021)

Para monitorar adequadamente e identificar corretamente as hemorragias, os hospitais/maternidades deverão padronizar rotina de estimativa de perda sanguínea (EPS) durante todo o parto, seja via vaginal ou cirúrgico. Sendo a avaliação visual pouco acurada, devem ser preferidos outros métodos, como a pesagem de gazes (não-embecidas e embecidas no sangue) e o uso de coletores, por exemplo.

Quanto à administração profilática de uterotônico após o nascimento, a ocitocina sintética é a medicação de primeira escolha para prevenção de hemorragia pós-parto, porque se mostrou mais efetiva e com menos efeitos colaterais. É fundamental explicar para mulher e acompanhante as razões da aplicação da ocitocina intramuscular imediatamente após o parto: ao estimular a contração do útero, a ocitocina sintética contribui para prevenir hemorragias.

As medidas devem compor um conjunto de intervenções a serem aplicadas em todas as mulheres assistidas, de modo a fornecer resgate oportuno quando houver síndrome hemorrágica.

Quadro 6 - Protocolo de Prevenção de Hemorragias pós-parto

Protocolo de Prevenção de Hemorragias pós-parto (HPP):
1. Classificação do Risco hemorrágico na admissão: realizada com uso de questionário. <u>Orientação:</u> uso de pulseira padronizada para o alto risco de hemorragia no pós-parto (HPP).
2. Quantificação da perda sanguínea: realizada por meio da pesagem de gazes (não-embecidas e embecidas no sangue) após o procedimento, interpretando 1g como 1 ml. <u>Alto Risco:</u> - Em parto vaginal, perda maior que 500ml; - Em cirurgia cesariana, perda maior que 1.000ml. <u>Orientação:</u> tratamento da hemorragia pós-parto.
3. Profilaxia da HPP: Administração de dose profilática de uterotônico logo após o parto. <u>Orientação:</u> Aplicar 10U de ocitocina preferencialmente intramuscular, em todas as parturientes, independente da via de parto, após o nascimento e antes do clampeamento e corte do cordão umbilical.
4. No pós-parto, já no quarto ou enfermaria, realizar a quantificação visual do sangramento.

Fonte: PACAGNELLA (2021); BOREM; PETENATE (2021)

Considerando que as pesquisas científicas sobre a prática clínica avançam frequentemente, caso surjam novas diretrizes clínicas e protocolos com base em evidências científicas de qualidade e que sejam reconhecidas por sociedades de especialidades médicas nacionais ou internacionais, pela OMS ou Ministério da Saúde, pode haver ajuste na conduta em questão, desde que não contrarie códigos de conduta profissional, normas técnicas e legislação. O hospital/maternidade que optar por adotar outra diretriz clínica ou protocolo deve apresentar o estudo ou publicação que ensejou a sua escolha.

Para assegurar que a unidade hospitalar/maternidade atenda a essas características, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar estabelecendo essa condição para a contratualização com os hospitais/maternidades participantes da Certificação, independentemente do hospital/maternidade ser rede própria, contratada, credenciada ou referenciada.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação de contratos ou documentos similares entre a operadora e os hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação, formalizando a adoção de protocolos contra hemorragias maternas pós-parto, englobando condutas para prevenção, identificação e contenção.

Verificar a aplicação do protocolo pelos hospitais por meio do relatório de visita anual da operadora aos hospitais indicados para a presente Certificação.

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação adotam protocolo padrão de Vitalidade Fetal.



Intepretação:

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação devem adotar protocolo padrão de Vitalidade Fetal. Vitalidade Fetal é o termo empregado para expressar o bem-estar fetal. O feto com boa vitalidade fetal é aquele que se encontra bem, sem sinais de estado não tranquilizador (com possível sofrimento), seja crônico ou agudo.

Diversos métodos podem ser aplicados para a avaliação da vitalidade fetal, tanto ao longo da gestação, quanto ao longo do trabalho de parto.

Um dos métodos possíveis para a avaliação da vitalidade fetal é a cardiotocografia no trabalho de parto. Na cardiotocografia, obtém-se um registro gráfico da frequência cardíaca fetal, que representa um importante parâmetro biofísico para avaliação da vitalidade do feto.

O presente item diz respeito à avaliação da vitalidade fetal no momento da admissão hospitalar e ao longo do trabalho de parto. Para o cumprimento deste item de verificação, a operadora deve pactuar com os hospitais/maternidades indicados para a presente Certificação em contratos, termos de adesão, aditivos ou documentos similares a adoção de Processo Padrão de Vitalidade Fetal.

O protocolo consiste:

- realização de cardiotocografia em todas as gestantes em trabalho de parto ativo;
- o exame deve ser realizado por pelo menos 20 minutos.

A depender do resultado, cabem as seguintes condutas:

- a. categoria III: parto imediato;
- b. categoria II: reanimação fetal e reavaliação (parto em até 1 hora se manutenção do quadro);
- c. categoria I: repetir exame a cada 3 horas.

Considerando que as pesquisas científicas sobre a prática clínica avançam frequentemente, caso surjam novas diretrizes clínicas com base em evidências científicas de qualidade e que sejam reconhecidas por sociedades de especialidades médicas nacionais ou internacionais, pela OMS ou Ministério da Saúde, pode haver ajuste na conduta em questão, desde que não contrarie códigos de conduta profissional, normas técnicas e legislação. O hospital/maternidade que optar por adotar outra diretriz deve apresentar o estudo ou publicação que ensejou a sua escolha.

Para assegurar que o hospital/maternidade indicado como participante desta Certificação atenda a essas características, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar estabelecendo a adoção do protocolo clínico de vitalidade fetal, independentemente de o hospital/maternidade ser rede própria, contratada, credenciada ou referenciada.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação de contratos ou documentos similares entre a operadora e os hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação, com a pactuação da adoção de Processo Padrão de Vitalidade Fetal.

Verificação, por amostragem, de notas fiscais cobrando Cardiotocografia nos partos realizados em beneficiárias da operadora.

Entrevista amostral com mulheres que realizaram parto vaginal nos hospitais/maternidades indicados pela operadora como participantes desta Certificação.

2.3.6

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação garantem a presença de acompanhante durante a internação.

Interpretação:

Os hospitais/maternidades da rede assistencial da operadora indicados como participantes da Certificação devem garantir a presença de acompanhante durante a internação, salvo contraindicação clínica estabelecida pelo médico assistente.

Com base nos princípios a seguir, o serviço de atenção materna e neonatal deve permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato e garantir a adoção de alojamento conjunto desde o nascimento até a alta.

Considerando que parto e nascimento são acontecimentos de cunho familiar, social, cultural e preponderantemente fisiológico, a atenção materna e neonatal deve ser organizada com base em princípios que levam em consideração a humanização da atenção, ou seja, a valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas. Deve garantir o acesso às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que prestam cuidados às gestantes, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha).

Para assegurar que a unidade hospitalar/maternidade atenda a essas características, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar estabelecendo essa condição para a contratualização com os hospitais/maternidades participantes da Certificação, independentemente de o hospital/maternidade ser rede própria, contratada, credenciada ou referenciada.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação de contratos ou documentos similares entre a operadora e os hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação, mencionando a garantia da presença de acompanhante durante a internação.

Verificação, por amostragem, da existência de registro de pagamento ou ressarcimento de despesas de alimentação, paramentação e outras, referentes à participação do acompanhante no processo de assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério.

Essencial



Os hospitais/maternidades participantes da presente Certificação adotam protocolos de acolhimento humanizado ao neonato.



Interpretação:

Os hospitais/maternidades participantes da presente Certificação adotam protocolos de acolhimento humanizado ao neonato. São compreendidas neste item como medidas de acolhimento humanizado tanto a manutenção de condições adequadas no ambiente, quanto a adoção de determinadas condutas no acolhimento.

O protocolo inclui:

- Quanto ao ambiente:

- a. redução da luz ambiente;
- b. aquecimento do ambiente (em tono de 26° C);
- c. redução de ruídos e conversas (mesmo entre os profissionais, salvo o essencial para o bom andamento da assistência, e em volume de voz baixo);
- d. música de escolha da gestante, se ela desejar.

- **Quanto às condutas ao acolhimento do neonato:** em respeito à Hora Dourada, o protocolo inclui, em comportamento preferencialmente expectante:

- a. contato pele a pele imediato;
- b. clampeamento e dequitação oportunos do cordão umbilical.

A chamada Hora Dourada, a primeira hora de vida do bebê, é um período sensível para a programação da fisiologia e do comportamento futuros, e deve ser respeitado tanto em caso de cirurgias cesáreas quanto em partos vaginais. O contato pele a pele é um dos cuidados essenciais na primeira hora de vida. Existe uma defasagem entre o conhecimento da pesquisa científica e a prática clínica mais comum envolvendo o contato pele a pele nesse momento. A temperatura materna é transferida pela mulher para o bebê, então também é importante para evitar perda de temperatura corpórea pelo recém-nascido.

As medidas de humanização devem ser adotadas no parto vaginal, salvo situações excepcionais de emergência, assim como, com limites e adaptações, nas cirurgias cesáreas. De forma mais clara, esses limites para garantir a segurança do bebê em casos de cirurgias cesáreas podem retardar um pouco o acolhimento em contato direto com a mãe, mas não impedem que seja realizado.

Considerando que as pesquisas científicas sobre a prática clínica avançam frequentemente, caso surjam novas diretrizes clínicas com base em evidências científicas de qualidade e que sejam reconhecidas por sociedades de especialidades médicas nacionais ou internacionais, pela OMS ou Ministério da Saúde, pode haver ajuste na conduta em questão, desde que não contrarie códigos de conduta profissional, normas técnicas e legislação. O hospital/maternidade que optar por adotar outra diretriz deve apresentar o estudo ou publicação que ensejou a sua escolha.

Para assegurar que a unidade hospitalar/maternidade atenda a essas características, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar estabelecendo essa condição para a contratualização com os hospitais/maternidades participantes da Certificação.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificar contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais/maternidades indicados para participação na Certificação, em que conste a obrigatoriedade de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional.

Verificar Relatórios de visita presencial da operadora nos hospitais/maternidades integrantes da rede assistencial da operadora participantes da Certificação, contemplando a verificação da existência de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional.

Entrevistas, por amostragem, com beneficiárias que tenham realizado partos, normais ou cirurgias cesáreas, nesses hospitais, para verificar a adoção das condutas e do ambiente referidos.

2.3.8

Os profissionais e estabelecimentos de saúde da rede assistencial da operadora que realizam pré-natal adotam procedimentos operacionais para cesarianas programadas por indicação clínica materna ou fetal.

Complementar

**Interpretação:**

Os profissionais e estabelecimentos de saúde da rede assistencial da operadora que realizam pré-natal devem adotar procedimentos operacionais para cesarianas programadas por indicação clínica materna ou fetal.

Ressalta-se que os procedimentos operacionais para cesarianas programadas por indicação clínica materna ou fetal constam em Diretriz de Utilização no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (ANS, 2021). Para pontuar neste item os prestadores de serviços deverão adotar esse procedimento:

- gestante em qualquer idade gestacional;
- deve ser apresentado relatório médico especificando a condição clínica que ensejou a indicação do parto cesariano.

É importante que as cesarianas programadas em função da condição clínica materna ou fetal sejam baseadas em evidências científicas, traduzidas em Protocolos e Diretrizes Clínicas elaborados ou validados por entidades de referência tais como sociedades de especialidades médicas nacionais ou internacionais (FEBRASGO, 2017; ACOG, 2014), Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

Protocolos e Diretrizes Clínicas constituem importantes aliados para a gestão e para a tomada de decisão clínica, na medida em que sistematizam evidências científicas disponíveis sobre a atenção à determinada condição de saúde.

É importante que as cesarianas programadas por indicação clínica materna ou fetal tenham sua indicação baseada em evidências e esteja documentada em relatório.

Esses procedimentos operacionais para cesariana com indicação clínica materna e fetal devem ser formalizados nos contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e toda a rede assistencial que realiza pré-natal nos municípios de localização dos hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação, independentemente do tipo de rede, se própria, contratada ou referenciada.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação, por amostragem estatística, de contratos ou documentos similares entre operadoras e profissionais ou estabelecimentos de sua rede assistencial que realizam pré-natal nos municípios onde estão localizados os hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação, referindo procedimentos operacionais para cesarianas programadas por indicação clínica materna ou fetal.

2.3.9

Os profissionais e estabelecimentos de saúde da rede assistencial da operadora que realizam pré-natal indicados como participantes desta Certificação adotam procedimentos operacionais para cesarianas devido a intercorrência da gravidez ou intraparto.

Complementar



Interpretação:

Os profissionais e estabelecimentos de saúde da rede assistencial da operadora que realizam pré-natal e os hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação devem adotar procedimentos operacionais para cesarianas devido a intercorrência da gravidez ou intraparto.

Ressalta-se que os procedimentos operacionais para cesarianas devido a intercorrência da gravidez ou intraparto constam em DUT no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (ANS, 2021). Para pontuar neste item os prestadores de serviços deverão adotar o seguinte procedimento:

- gestante em qualquer idade gestacional;
- presença de intercorrência na gravidez com relatório especificando a condição clínica que ensejou a indicação do parto cesariano;
- presença de intercorrência intraparto informada em prontuário da paciente ou partograma (gráfico e/ou descritivo), especificando a condição clínica que ensejou a indicação do parto cesariano.


É importante que as cesarianas programadas devido a intercorrência da gravidez ou intraparto tenham sua indicação baseada em evidências e esteja documentada em relatório e no partograma.

Esses procedimentos operacionais para cesarianas devido a intercorrência da gravidez ou intraparto devem ser formalizados nos contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e os prestadores que realizam pré-natal nos municípios de localização dos hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação, por amostragem estatística, de contratos ou documentos similares entre operadora e profissionais ou estabelecimentos de sua rede assistencial que realizam pré-natal nos municípios de localização dos hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação, referindo procedimentos operacionais para cesarianas realizadas por intercorrência da gravidez.

Verificação de contratos ou documentos similares entre operadora e hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação, referindo os procedimentos operacionais para cesarianas realizadas por intercorrência da gravidez ou intraparto.

2.3.10	<p>Os hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação adotam procedimentos operacionais para cesarianas realizadas a pedido da gestante durante o trabalho de parto.</p> <p>Interpretação: Os hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação devem adotar procedimentos operacionais para cesarianas realizadas a pedido da gestante durante o trabalho de parto. Cesarianas a pedido da gestante durante o trabalho de parto referem-se a situações em que a gestante solicita o procedimento sem uma indicação clínica materna e/ou fetal. Ressalta-se que os procedimentos operacionais utilizados neste item para cesarianas a pedido da gestante durante o trabalho de parto constam em DUT no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (ANS, 2021). Para pontuar neste item os prestadores de serviços deverão adotar os seguintes procedimentos operacionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a solicitação após o início do trabalho de parto deverá ser registrada em prontuário e/ou partograma (gráfico e/ou descritivo); • mediante a assinatura pela gestante do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) <p>O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deve ser elaborado em linguagem de fácil compreensão, respeitadas as características socioculturais da gestante (ANS, 2015). É importante realizar o registro da realização a cesariana a pedido da gestante após o início do trabalho de parto no prontuário e/ou no partograma de modo a documentar o que ensejou a decisão da mudança da via de parto. Esses procedimentos operacionais para cesariana a pedido da gestante durante o trabalho de parto devem ser formalizados nos contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e os hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação, independentemente do tipo de rede, se própria, contratada ou referenciada.</p> <p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificação de contratos ou documentos similares entre operadora e os hospitais/maternidades indicados pela operadora como participantes desta Certificação, referindo procedimentos operacionais para as cesarianas realizadas a pedido da gestante durante o trabalho de parto.</p>	<p>Complementar</p> 
--------	---	---

2.3.11

Os hospitais/maternidades indicados pelas Operadoras para participar desta Certificação admitem que a gestante conte com suporte de Doula, de sua preferência, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto.

Complementar



Interpretação:

Os hospitais/maternidades indicados pelas Operadoras para participar desta Certificação admitem o suporte da gestante durante o trabalho de parto, parto e o pós-parto por profissional Doula, sem que se confunda com acompanhante. Ressalta-se que a Doula de preferência da gestante acompanhará a gestante sem ônus financeiro para o hospital/maternidade.

A Doula é a profissional que assume o papel de oferecer conforto, encorajamento, tranquilidade, suporte emocional, físico e informativo durante a gestação, o trabalho de parto e pós-parto, à escolha da mulher. Na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), está categorizada sob o código 3221-35, como profissionais que “visam prestar suporte contínuo à gestante no ciclo gravídico-puerperal, favorecendo a evolução do parto e bem-estar da gestante”.

Sua função remete a tradições históricas, às mulheres mais velhas e experientes que acompanhavam, instruíam e apoiavam a parturiente e recém-mãe durante todo o trabalho de parto, o próprio parto e os cuidados com o recém-nascido. O suporte para favorecer o bem-estar emocional e físico da parturiente e a dedicação exclusiva ao longo de todo o percurso do trabalho de parto, por vezes antes mesmo da internação hospitalar distinguem claramente a função da doula, que não se confunde com o papel de acompanhante, não só devido à formação e atuação técnica, mas também devido ao vínculo afetivo e envolvimento emocional que colocam o acompanhante em outro lugar na experiência de gestação e parto.

“O apoio físico e empático contínuo oferecido por uma única pessoa durante o trabalho de parto traz muitos benefícios, incluindo um trabalho de parto mais curto, um volume significativamente menor de medicações e analgesia epidural, menor número de escores de Apgar abaixo de 7 e menos partos operatórios.” (OMS, 1996).

Uma revisão da Cochrane (BOHREN et al., 2017), conclui que: “Todas as mulheres devem receber o apoio de um acompanhante especialmente capacitado durante o trabalho de parto e parto”, considerando que o suporte contínuo durante o parto oferecido por acompanhante capacitada aumenta as taxas de parto vaginal; reduz a duração do trabalho de parto e a necessidade de analgesia; e traz maior satisfação com a experiência de parto.


Para assegurar que a unidade hospitalar/maternidade atenda a essas características, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar estabelecendo essa condição para a contratualização com os hospitais/maternidades participantes da Certificação, independentemente de o hospital/maternidade ser rede própria, contratada, credenciada ou referenciada.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação de contratos ou documentos similares entre a operadora e os hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação, formalizando a possibilidade da presença de doula nos hospitais com assistência obstétrica e neonatal integrantes de sua rede assistencial, caso a gestante manifeste essa opção.

Entrevista amostral com mulheres que realizaram parto nos hospitais/maternidades indicados pela operadora como participantes desta Certificação.

Verificação por meio da estratégia de “cliente oculto/cliente fantasma”.

2.3.12	<p>A operadora garante a cobertura das despesas de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nos hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação.</p> <p>Interpretação: A operadora deve garantir a cobertura das despesas de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nos hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação. Para efeito de cumprimento deste item, o pós-parto imediato abrange o período de 10 (dez) dias após o parto. A cobertura inclui a alimentação que o prestador de serviços disponibiliza aos seus clientes, além das taxas básicas necessárias à permanência do acompanhante, inclusive aquelas relativas à paramentação (roupa apropriada para entrar em centro cirúrgico, sala de parto, UTI etc.). Essa cobertura deverá constar do contrato ou instrumento similar firmado com os hospitais/maternidades participantes da Certificação, independentemente de o hospital/maternidade ser rede própria, contratada, credenciada ou referenciada.</p> <p>Possíveis Formas de Obtenção de Evidências: Verificação de contratos ou documentos similares entre a operadora e os hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação, mencionando a garantia da cobertura de despesas de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Verificação, por amostragem, da existência de registro de pagamento de despesas de alimentação, paramentação e outras, referentes à participação do acompanhante no processo de assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério.</p>	<p>Excelência</p> 
--------	---	---

2.3.13

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação adotam “Formulário de Motivo de Agendamento de Cesarianas Eletivas”.

Interpretação:

Os hospitais/maternidades da rede assistencial da operadora indicados como participantes da Certificação devem utilizar o “Formulário de Motivo de Agendamento de Cesarianas Eletivas”, a ser preenchido na admissão da gestante no hospital/maternidade.

O formulário deverá ser elaborado de acordo com o conteúdo disponível no Capítulo 4 deste Manual. O formulário deverá ser devidamente preenchido pelo médico que realizará a cirurgia cesárea e assinado pelo médico e pela gestante.

Para fins de cumprimento desse item, cesariana eletiva é aquela agendada antes do trabalho de parto por indicação clínica materna ou fetal ou a pedido da gestante. O formulário tem como objetivo coletar de forma padronizada as informações da gestação e das condições clínicas da gestante que ensejaram a cirurgia cesariana eletiva ou se foi realizada a pedido da gestante.

As informações coletadas por meio do Formulário poderão ser utilizadas para correlacionar com a idade, raça/cor, classificação de Robson e outros aspectos pertinentes. Ressalta-se que o objetivo é a coleta de informações e não se relaciona com autorização do procedimento.

Para assegurar que as unidades hospitalares/maternidades participantes da Certificação adotem o “Formulário de Motivo de Agendamento de Cesarianas Eletivas”, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar estabelecendo essa condição para a contratualização. Essa pactuação independe de o hospital/maternidade ser parte da rede própria, contratada, credenciada ou referenciada da operadora.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação de contratos ou documentos similares estabelecidos entre a operadora e hospitais/maternidades indicados para participação na Certificação, formalizando a adoção do “Formulário de Motivo de Agendamento de Cesarianas Eletivas”.

Verificar se o “Formulário de Motivo de Agendamento de Cesarianas Eletivas” está de acordo com o modelo estabelecido no Capítulo 4 deste “Manual de Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado”.

Excelência



Referências Bibliográficas deste Requisito:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015**. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>. Acesso em: 4 mar. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 398, de 05 de fevereiro de 2016**. Dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetizes por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes e sobre a Obrigatoriedade de os Médicos Entregarem a Nota de Orientação à Gestante. Publicada no Diário Oficial da União - DOU de 11 de fevereiro de 2015, págs. 17 e 18 – Seção 1. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE5Mw==> Acesso em: 4 mar. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa n.º 424, de 26 de junho de 2017**. Dispõe sobre critérios para a realização de junta médica ou odontológica formada para dirimir divergência técnico-assistencial sobre procedimento ou evento em saúde a ser coberto pelas operadoras de planos de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzQzOQ.> Acesso em: 4 mar. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 428, de 7 de novembro de 2017**. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga as Resoluções Normativas – RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, e RN nº 407, de 3 de junho de 2016. <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUwMg==> Acesso em: 4 mar. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa 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. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDZzMw==> Acesso em: 4 mar. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade**. Brasília: ANVISA, 2014. 103 p.: il. (Tecnologia em serviços de saúde) .

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Team STEPPS®: **Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety**. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/education/curriculum-tools/teamstepps/instructor/essentials/pocketguide.pdf>

ALMEIDA, N. A. M.; SOUSA, J. T.; BACHION, M. M.; SILVEIRA, N. A. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Rev Lat Am Enferm**. [s.l. : s.d.]

ALTHABE, F.; BELIZAN, J. M.; VILLAR, J. et al. Mandatory Second Opinion to Reduce Rates of Unnecessary Caesarean Sections in Latin America: A Cluster Randomised Controlled Trial. **Lancet**, 363(9425):1934-40, 2004.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Committee on Obstetric Practice: Inappropriate use of the terms fetal distress and birth asphyxia, Committee opinion. Number 326. **Obstet Gynecol**, 2005;106:1469-70.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Safe Prevention of the primary cesarean delivery. Obstetric Care Consensus Nº 1. **Obstet Gynecol**, 2014; 123:693-711.

AMORIM, Melania Maria Ramos de; KATZ, Leila. Episiotomia. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **FEMINA**, v. 36, nº 1, janeiro 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA E ENFERMAGEM OBSTÉTRICA. **Clampeamento do cordão umbilical**: olhar discente. Disponível em: http://www.abenfo.org.br/site/ixcobeon/EIXO%203_401-450/423.%20CLAMPEAMENTO%20DO%20CORD%C3%83O%20UMBILICAL%20LHAR%20DISCENTE.pdf. Acesso em: 19 jan. 2022.

ASSOCIAÇÃO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **CFM aprova nova normativa sobre cesárea a pedido, que esclarece idade gestacional para sua realização.** São Paulo: 26 de maio de 2021. Disponível em: <https://www.sogesp.com.br/noticias/cfm-aprova-nova-normativa-sobre-cesarea-a-pedido-que-esclarece-idade-gestacional-para-sua-realizacao/>

ASSOCIAÇÃO CONGREGAÇÃO SANTA CATARINA. Casa de Saúde São José. **Solicitação para Internação Eletiva em Obstetria.** Disponível em: <http://www.cssj.com.br/wpcontent/uploads/2016/06/Solicita%C3%A7%C3%A3o-Interna%C3%A7%C3%A3oObst%C3%A9trica-vers%C3%A3o3.pdf>

BIRTHPLACE IN ENGLAND COLLABORATIVE GROUP. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. **BMJ**, [S.l.], v. 343, p. d7400, 2011.

BLIX, E. et al. Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007: a retrospective cohort study. **Sexual and Reproductive Healthcare**, [s. l.], v. 3, n. 4, p. 147-153, 2012.

BOHREN, M. A.; HOFMEYER, G. J.; SAKALA, C.; FUKUZAWARK; CUTHBERT, A. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2017, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/full>

BOREM, P; PETENATE, A. **Processo Padrão para a Medição de Sangramento:** Cesariana e Parto vaginal. Parto Adequado – Ciclo Intensivo da Fase 2 da Colaborativa. Semana de Imersão Virtual 14. Sessão 32. 22 nov. 2021.

BÕING, L.; SPERANDIO, F. F.; MORAES, G. M. Uso de técnica respiratória para analgesia no parto. **Femina**. 2007;35(1):41-6.

BOROVAC-PINHEIRO, A; PACAGNELLA, R. C.; CECATTI, J. G; MILLER, S.; AYADI, A. M. E. L.; SOUZA, J. P.; DUROCHER, J.; BLUMENTHAL, P. D.; WINIKOFF, B. **Postpartum hemorrhage: new insights for definition and diagnosis.** Am J Obstet Gynecol 2018.

BOURGUIGNON, A. M.; GRISOTTI, M. Concepções sobre humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras. **Saude soc.** 27 (4) Oct-Dec 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170489>. Acesso em: 4 mar. 2022.

BRASIL. **Classificação Brasileira de Ocupações** – CBO, 2013. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/pesquisas/BuscaPorTitulo.jsf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Blog da Saúde. **Parto Normal:** entenda a utilização do Partograma. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/geral/35079-parto-normal-entenda-a-utilizacao-do-partograma>

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do Parto e do Nascimento sobre a autonomia da gestante durante esse processo, devendo ser respeitada e orientada quanto aos seus desejos pelas/os profissionais que a atenderem. **Caderno Humaniza SUS**, v. 4, 2014. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal:** Caderneta da Gestante. 4. ed., 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil reduziu 8,4% a razão de mortalidade materna e investe em ações com foco na saúde da mulher, 2020.** Disponível em: [https://aps.saude.gov.br/noticia/8736#:~:text=Entre%20os%20%C3%B3bitos%20maternos%20ocorridos,e%20aborto%20\(1.896%20%C3%B3bitos](https://aps.saude.gov.br/noticia/8736#:~:text=Entre%20os%20%C3%B3bitos%20maternos%20ocorridos,e%20aborto%20(1.896%20%C3%B3bitos) Acessado em 19/01/2022, às 23h55m.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 306, de 28 de março de 2016.** Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Publicada no DOU nº 59, Seção 1, pág. 58, de 29 de março de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco:** manual técnico. 5. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1767-0

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco** [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido:** guia para os profissionais de saúde: cuidados gerais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. v. 1. (Série A – Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://www.fiocruz.br/redeblh/media/arn_v1.pdf. Acesso em: 13 mar. 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Mulher. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Rev Bras Saúde Mat Infant** 2002; 2: 69-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292002000100011>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério:** assistência humanizada à mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. 199 p.: il. ISBN: 85-334-0355-0

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. A Doula na Assistência ao Parto e ao Nascimento. In: **Humanização do parto e do nascimento, Brasília, DF:** v. 4, 2014.

BRESLIN, A.; MCGLENNAN, A. **The Royal Free Hospital NHS Trust Maternity Clinical Guidelines.** MEOWS Guidance in Maternity. London: Royal Free Hospital; 2009.

BROUWERS, M. et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. **Canadian Medical Association Journal**, [s. l.], v. 182, n. 18, Dec. 2010, p. E839-842.

BURKE, T. F.; DANSO-BAMFO, S.; GUHA, M.; OGUTTU, M.; TARIMO, V.; NELSON, B. D. Shock progression and survival after use of a condom uterine balloon tamponade package in women with uncontrolled postpartum hemorrhage. **Int J Gynecol Obstet**, 2017;139:34–8.

CAESAREAN birth NICE guideline Published: 31 March 2021. Disponível em: www.nice.org.uk/guidance/ng192

CANTWELL, R. et al. Saving mothers' lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. **BJOG**. 2011; 118 (Suppl. 1): 1-203.

CARL, C.; ALEXANDER, P.; COLUMB, M. et al. Design and internal validation of an obstetric early warning score: Secondary analysis of the Intensive Care National Audit and Research Centre Case Mix Programme database. **Anaesthesia**, 2013;68(4):354–367.

CHAILLET, N.; DUMONT, A. Evidence-Based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: a Meta-Analysis. Birth: Issues in **Perinatal Care**, March 2007. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1523-536X.2006.00146.x>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 2.144, de 2016.** Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>

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

DAVIM, R. M. B. et al. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor em parturientes. **Rev Eletr Enferm.**, 2008;10(3):600-9.

DODOU, H. N. et al. Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. **Cad. Saúde Colet.**, 2017, Rio de Janeiro, 25 (3): 332-338.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. **Sistema de Gestão da Qualidade**. Protocolo Clínico. Assistência ao Parto e Nascimento. 2017. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/1109086/PRO.OBS.003+-+R1+ASSIST%C3%8ANCIA+AO+PARTO+E+NASCIMENTO.pdf/6d02ef1c-027b-40c9-9a3f-5a8e942a50c4>

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Distocias**. 16 Agosto 2017. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/184-distocias>. Acesso em: 12 ago. 2020.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Assistência ao trabalho de parto**. [S. l.]: Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, 2001. (Projeto Diretrizes). HOSPITAL PASTEUR. Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas. Disponível em: <http://www.hospitalpasteur.com.br/Portals/0/Docs/FormulariodeAgendamentodeCesarianasEletivas.pdf>

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Assistência ao trabalho de parto**. [S. l.]: Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, 2001. (Projeto Diretrizes).

FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES BRASILEIRAS DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, Comissão Nacional Especializada em Urgências Obstétricas). iv, n. 1 2019. 80p. ISBN 978-85- 94091-10-9

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **Indução do Trabalho de Parto e Indicações de Cesárea**. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/inducacao-do-trabalho-de-parto-e-indicacoes-de-cesarea/>.

GALLO, R. B. S. et al. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. Disponível em: www.febrasgo.org.br/arquivos/femina/.Femina_v39n1_41-48.pdf. Acesso em: 6 set. 2014.

GOFFMAN, D.; NATHAN, L.; CHAZOTTE, C. **Obstetric hemorrhage**: A global review. [S. l. ; s. d.]

HOSPITAL PASTEUR. **Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas**. Disponível em: <http://www.hospitalpasteur.com.br/Portals/0/Docs/FormulariodeAgendamentodeCesarianasEletivas.pdf>

HOTIMSKY, S. N.; ALVARENGA, A. T. de. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? **Dossiê Parto. Rev. Estud. Fem.** 10 (2) Jul 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200015>. Acesso em: 4 mar., 2022.

HOTIMSKY, S. N.; SCHRAIBER, L. B. A **formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto**. São Paulo, 2007. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-14112007-082030/publico/sonianhotimsky.pdf> Acesso em: 4 mar. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA **Principais Questões sobre Boas Práticas no 3º e 4º períodos do Trabalho de Parto. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-boas-praticas-no-3o-e-4o-periodos-do-trabalho-de-parto/>, 19/01/2020. Acesso em: 19 jan. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA. Departamento de Neonatologia. **Reanimação Neonatal RN com IG < 34 Semanas**. Rotinas Assistenciais da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA. **Escala de MEOWS**: por que e como implantar? Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/escala-de-meows-por-que-e-como-implantar/> 22 nov 2021. Acesso em: 6 dez. 2022.

KLAUSS, M. H.; KENNEL, J. H. The Doula: an Essential Ingredient of Childbirth Rediscovered. **Acta Paediatr**, 86(10):1034-6, 1997.

KYRIACOS, U.; JELSMA, J.; JORDAN, S. Record review to explore the adequacy of post-operative vital signs monitoring using a local modified early warning score (Mews) chart to evaluate outcomes. **PLoS One**, 2014; 9 (1): e87320.

LOPES, T. C.; MADEIRA, L. M.; COELHO, S. O uso da bola do nascimento na promoção da posição vertical em primíparas durante o trabalho de parto. **Rev Min Enferm.**, 2003;7(2):134-9.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html

MOORE, E. R.; BERGMAN, N.; ANDERSON, G. C.; MEDLEY, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 11. Art. No.: CD003519, 2016. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4

MORGAN, R.J.; WILLIAMS, F.; WRIGHT, M. M. An early warning scoring system for detecting developing critical illness. **Clinical Intensive Care**, 1997; 8:100.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. NICE **support for commissioning for cesarean section**. June 2013. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs32/resources/support-for-commissioning-for-caesarean-section-253627165>

NORMAN, A. H.; TESSER C. D. Obstetizes e enfermeiras obstetras no Sistema Único de Saúde e na Atenção Primária à Saúde: por uma incorporação sistêmica e progressiva. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2015;10(34):1-7. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(34\)1106](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(34)1106)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Atenção no parto normal**: um guia prático. [S. l.]: Organização Mundial de Saúde, 2013. (em tradução livre de Care in Normal Birth: a practical guide), que recomenda boas práticas para o parto normal.

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

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Manual de orientação para o curso de prevenção de manejo obstétrico da hemorragia**: Zero Morte Materna por Hemorragia. 2018. ISBN: 978-85-7967-125-8.

PACAGNELLA, R. C.; BOROVAR-PINHEIRO, A. Assessing and managing hypovolemic shock in puerperal women. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**. 2019 Nov;61:89-105. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2019.05.012. Epub 2019 May 27.

PACAGNELLA, R. C.; SOUZA, J. P.; DUROCHER, J.; PEREL, P.; BLUM, J.; WINIKOFF, B.; GULMEZOGLU, A. M. A systematic review of the relationship between blood loss and clinical signs. **PLoS One**, 2013; 8:e57594.

PACAGNELLA, R. **Bundle de prevenção de hemorragia**. Parto Adequado – Ciclo Intensivo da Fase 2 da Colaborativa. **Semana de Imersão Virtual 14**. Sessão 32. 22 nov. 2021.

PATTISON, N.; MCCOWN, L. Cardiotocography for antepartum fetal assessment. **The Cochrane Library, Oxford**, n. 2, 2001. Update Software.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil); Hospital Israelita Albert Einstein; Institute for Healthcare Improvement. **Projeto parto adequado**. Formulário de Agendamento de Cesarianas Eletivas, 2016.

ROYAL COLLEGE OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. The use of electronic fetal monitoring. The use and interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance. **Evidence-based Clinical Guideline**. London: RCOG Press; Number 8, 2001.

SCHULER, L. et al. Aplicação do Modified Early Obstetric Warning System (MEOWS) em mulheres após gestações: um estudo descritivo. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 19, n. 3, p. 545-555, Sept. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292019000300545&lng=en&nrm=iso.

SHAKUR, H.; ROBERTS, I.; FAWOLE, B.; CHAUDHRI, R.; EL-SHEIKH, M.; AKINTAN, A.; QURESHI, Z.; KIDANTO, H.; VWALIKA, B.; ABDULKADIR, A.; ETUK, S.; NOOR, S.; ASONGANYI, E.; ALFIREVIC, Z.; BEAUMONT, D.; RONSMANS, C.; ARULKUMARAN, S.; GRANT, A.; AFSANA, K.; GÜLMEZOGLU, M.; HUNT, B.; OLAYEMI, O.; ROBERTS, I.; CHALMERS, I.; LUMBIGANON, P.; PIAGGIO, G.; BRADY, T.; SHAKUR, H.; ROBERTS, I.; ALFIREVIC, Z. et al. Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, doubleblind, placebo-controlled trial. **Lancet**, 2017;389:2105–16.

SINGH, S.; MCGLENNAN, A.; ENGLAND, A.; SIMONS, R. A validation study of the CEMACH recommended modified early obstetric warning system (MEOWS). **Anaesthesia**. 2012; 67 (1): 12-8.

SOARES, Cristiane dos Santos; BASANI, Ariadne Berbert. Violência Obstétrica. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, Ano 3, Ed. 12, v. 01, p. 53-79 Dezembro de 2018. RC: 23322 - ISSN:2448-0959. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/violencia-obstetrica-parto>. Acesso em: 4 mar. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Diretrizes da Reanimação Neonatal 2022 já estão disponíveis para acesso e download**. Publicado em: 26 mai., 2022, às 13h21min. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/diretrizes-da-reanimacao-neonatal-2022-ja-estao-disponiveis-para-acesso-e-download/> Acesso em: 24 nov. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Programa de Reanimação Neonatal**, 2016. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/especiais/reanimacao/> Acesso em: 13 jul. 2017.

SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIM, Melania Maria Ramos; PORTO, Ana Maria Feitosa. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **FEMINA**, v. 38, n. 8, ago. 2010. Disponível em: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/cesariana_baseada_evidencias_parte_I.pdf Acesso em: 4 mar., 2022.

SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIM, Melania Maria Ramos; PORTO, Ana Maria Feitosa. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II. **FEMINA**, v. 38, n. 9, set. 2010. Disponível em: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/cesariana_baseada_em_evidencias_parte_II.pdf Acesso em: 4 mar., 2022.

SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIM, Melania Maria Ramos; PORTO, Ana Maria Feitosa. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. **FEMINA**, v. 38, n. 10, out. 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n10/a1708.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2022.

TUNÇALP, O.; SOUZA, J. P.; GÜLMEZOĞLU, M. New WHO recommendations on prevention and treatment of postpartum hemorrhage. **Int J Gynaecol Obstet**, n. 123:254–6, 2013.

VASQUES, F. A. P.; MORON, A.; MURTA, C. **Propedêutica da Vitalidade Fetal**. [S. l.]: Editora Rubio, 2005.

VINAVER, Naolí et al. **A técnica do Rebozo revelada**. [S. l.: S. d.]: Edição Ema Livros. (Coleção Parto com Prazer ISBN: 9788567695020

WIDSTRÖM, A. M.; LILJA, G.; AALTOMAA-MICHALIAS, P.; DAHLÖF, A.; LINTULA, M.; NISSEN, E. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. **Acta Paediatr**. 2011 Jan;100(1):79-85. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.01983.x. Epub 2010 Sep 14. PMID: 20712833.

WIDSTRÖM, A. M.; BRIMDYR, K.; SVENSSON, K.; CADWELL, K.; NISSEN, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. **Acta paediatrica** (Oslo, Norway: 1992), 108(7), 1192–1204. <https://doi.org/10.1111/apa.14754>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO **Recommendations for the Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage**. Geneva: 2012:48.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. **Licence**: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>

2.4 ATENÇÃO AO PUERPÉRIO CENTRADA NA MULHER E NO BEBÊ

Requisito direcionador para avaliação do cuidado oferecido pela operadora por meio de sua rede de atenção à saúde materna e neonatal ao longo do puerpério (até 42 dias após o parto), com foco nas melhores práticas para a saúde de mulher e bebê.

2.4.1

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora como participantes desta Certificação oferecem aplicação da vacina de Hepatite B para o neonato.

Interpretação:

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora como participantes desta Certificação devem oferecer a aplicação da vacina de Hepatite B para o neonato durante a internação hospitalar e orientação para prosseguimento do calendário vacinal subsequente.

A vacina de Hepatite B (1ª dose, intramuscular) deve ser administrada em até 12 horas após o nascimento e antes da alta hospitalar (SBP, 2020).

As gestantes deverão ser orientadas que, para assegurar a eficácia da 1ª dose da vacina contra Hepatite B, novas doses deverão ser administradas no 2º, 4º e 6º mês de vida, juntamente com a progressão do calendário vacinal infantil.

Deverão ser observadas as devidas adaptações no calendário vacinal em caso de prematuros extremos.

Considerando que as pesquisas científicas sobre a prática clínica avançam frequentemente, caso surjam novas diretrizes reconhecidas por sociedades de especialidades médicas nacionais ou internacionais, pela Organização Mundial de Saúde ou Ministério da Saúde, pode haver ajuste na conduta em questão.

Para assegurar que a unidade hospitalar/maternidade atenda a essas características, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar estabelecendo essa condição para os hospitais/maternidades participantes da Certificação, independentemente de o hospital/maternidade ser rede própria, contratada, credenciada ou referenciada.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação de contratos ou documentos similares entre a operadora e os hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação, prevendo o oferecimento da aplicação da vacina de que trata o presente item de verificação.

Verificação por amostragem, com as puérperas (entrevista, contato telefônico, aplicativo de mensagem) confirmando a oferta ou realização da vacinação.

Verificar o relatório da visita anual da operadora ao hospital.

Essencial



Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação oferecem testes de triagem neonatal.



Interpretação:

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação devem oferecer testes de triagem neonatal ainda durante a internação.

Os testes de triagem a serem realizados para o cumprimento do presente item são:

- Teste da Linguinha – Lei 13.002, de 20 de junho de 2014, que tornou obrigatória a realização do protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês em todos os hospitais e maternidades do país. Trata-se, portanto, de um exame inserido na rotina assistencial, não de um procedimento adicional. O propósito do exame é verificar se há a necessidade de cirurgia para corrigir possíveis irregularidades no frênulo lingual, estrutura que liga a parte inferior da língua à boca. O diagnóstico precoce possibilita o tratamento imediato e a prevenção de problemas, como os de sucção, por exemplo, que podem levar o bebê a ser desmamado precocemente. O exame é simples, rápido e indolor. Enquanto o bebê está mamando, o profissional de saúde faz a avaliação anatômica e da força de sucção, além da análise dos batimentos cardíacos, da respiração e da saturação do oxigênio. Ainda que esse protocolo possa ser repetido posteriormente, em consultas pediátricas ou com fonoaudiólogas, a melhor prática indica e a legislação determina realizá-lo oportunamente após o nascimento, ainda no ambiente hospitalar.
- Triagem Auditiva Neonatal Infantil (Teste da orelhinha) – Lei 12.303, de 02 de agosto de 2010, dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas em todos os hospitais e maternidades do país.
- Triagem Neonatal com Oximetria de Pulso para Cardiopatia Congênita Crítica (Teste do coraçãozinho), conforme Portaria nº 20 de junho de 2014 da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, em recém-nascidos com idade gestacional maior que 34 semanas.

Considerando que as pesquisas científicas sobre a prática clínica avançam frequentemente, caso surjam novas diretrizes com base em evidências científicas de qualidade e que sejam reconhecidas por sociedades de especialidades médicas nacionais ou internacionais, pela OMS ou Ministério da Saúde, pode haver ajuste na conduta em questão, desde que não contrarie códigos de conduta profissional, normas técnicas e legislação. O hospital/maternidade que optar por adotar outra diretriz deve apresentar o estudo ou publicação que ensejou a sua escolha.

Para assegurar que a unidade hospitalar/maternidade atenda a essas características, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar estabelecendo essa condição para a contratualização com os hospitais/maternidades participantes da Certificação, independentemente de o hospital/maternidade ser rede própria, contratada, credenciada ou referenciada.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação de contratos ou documentos similares entre a operadora e os hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação, prevendo o oferecimento da triagem neonatal descrita neste item de verificação.

Verificação, por amostragem, da oferta das orientações também em formato impresso ou digital pelos hospitais/maternidades indicados para a Certificação.

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação adotam procedimento para preparação de alta contendo orientações gerais para a continuidade dos cuidados com a saúde da mãe e do bebê.**Interpretação:**

Os hospitais/maternidades indicados pela operadora para participação na Certificação devem adotar procedimentos para preparação de alta contendo orientações gerais para a continuidade dos cuidados com a saúde da mãe e do bebê. Para efeito de cumprimento do presente item, além da orientação presencial/verbal fornecida por profissionais de saúde, os hospitais/maternidades indicados para a Certificação deverão fornecer as orientações também em formato impresso ou digital, em linguagem clara e de fácil entendimento, de modo a facilitar a consulta posterior às informações.

Nesse momento, devem ser dadas orientações às mulheres sobre os cuidados com a sua saúde e a de seu bebê, bem como informações sobre sintomas que podem ser sinalizadores para que ela retorne para uma reavaliação.

Entre outros temas, as orientações quanto aos cuidados com o neonato devem abordar:

- Alimentação exclusiva com leite materno;
- Primeira consulta com pediatra;
- Cuidados com o coto umbilical;
- Teste do Pezinho (do 3º ao 5º dias após nascimento);
- Vacinação BCG contra Tuberculose, intradérmica, até 1 mês de vida, sendo ideal que ela seja aplicada o mais precocemente possível em recém-nascidos com peso maior ou igual a 2 kg;
- Sequência do Calendário vacinal.

Entre outros temas, as orientações quanto aos cuidados com a mulher devem abordar:

- Nutrição e hidratação;
- Cuidados com pontos e cicatrizações, caso tenham ocorrido;
- Cuidados com as mamas;
- Orientações quanto a sangramento;
- Revisão do parto em consulta com obstetra;
- Rede de apoio;
- Orientações quanto às alterações na rotina e saúde mental.

Para assegurar que a unidade hospitalar/maternidade indicados como participantes da Certificação atenda a essas características, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar estabelecendo esse procedimento para preparação de alta, independentemente de o hospital/maternidade ser parte da rede própria, contratada, credenciada ou referenciada.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação de contratos ou documentos similares entre a operadora e os hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação, prevendo a pactuação do procedimento para preparação de alta referido no presente item de verificação.

Verificação, por amostragem, da oferta das orientações em formato impresso ou digital pelos hospitais/maternidades indicados para a Certificação.

Entrevista por amostragem com mulheres que realizaram parto nos hospitais/maternidades indicados para participar desta certificação.

A operadora oferece ao menos 01 (uma) consulta de revisão do parto em até 07 dias após a alta.**Interpretação:**

A operadora oferece ao menos 01 (uma) consulta de revisão do parto em até 07 dias após a alta para acompanhamento, cuidado, orientações e prevenção de complicações. As orientações iniciais para o puerpério da gestante devem ser prestadas ainda em ambiente hospitalar, antes da alta, e não se confundem com a consulta de puerpério para revisão do parto.

A consulta deve se dar em até 7 dias após a alta hospitalar. Evidentemente, caso seja identificada necessidade clínica, consultas adicionais devem ser realizadas.

O puerpério tem início imediatamente após o parto. É segmentado em: imediato (do 1º ao 10º dia pós-parto), tardio (do 11º ao 42º dia pós-parto) e remoto (a partir do 42º dia, com término imprevisto).

Sabe-se que o puerpério é um período singular, relacionado com mudanças anatomofisiológicas e questões psicossociais, como: maternidade, sexualidade, autoestima, reorganização da vida pessoal e familiar. Nesse contexto, a mulher precisa ser cuidada para que agravos prejudiciais à sua saúde e à saúde do recém-nascido (RN) sejam evitados. Sempre que possível, esse cuidado deve envolver o parceiro(a), a família ou alguém da rede de apoio, independente da organização familiar da mulher.

O protocolo de consulta puerperal pactuado entre operadora e profissionais de ginecologia e obstetrícia e hospitais/maternidades que realizam serviços de atenção à saúde materna e neonatal de sua rede assistencial deve contemplar, no mínimo, o seguinte escopo:

Para avaliar os principais fatores de risco nos primeiros 7 dias após a alta hospitalar, devem ser verificados:

- alertas sobre sinais e sintomas relacionados a hemorragias e infecções, incluindo avaliação e investigação de perdas de sangue súbitas e abundantes ou aumentos persistentes dessa perda, bem como desmaios, tonturas, palpitações;
- aleitamento (eventuais dificuldades na amamentação e examinar condições das mamas);
- alimentação, sono, atividades;
- dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias, febre;
- planejamento familiar, incluindo métodos contraceptivos durante a amamentação;
- condições psicoemocionais (estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, outros);
- condições sociais (rede de apoio);
- orientações quanto a: higiene; atividades físicas; atividade sexual, informando sobre prevenção de IDSTs.

Além das questões clínicas e das questões trazidas pelas mulheres, conteúdos adicionais que podem compor as consultas de puerpério são: cicatrização, em caso de cirurgia cesárea; acolhimento e orientações ao pai, quando presente.

Duas das principais complicações, potencialmente fatais, no puerpério são as hemorragias e as infecções. Mulheres bem orientadas sobre sinais e sintomas que sugerem riscos, buscam com mais rapidez os serviços de saúde e com isso os serviços podem atuar de forma mais imediata e resolutiva.

As consultas podem ocorrer na rede própria da operadora ou na rede contratada/referenciada. As consultas poderão ser realizadas em unidade de atenção primária, em ambulatórios integrados às maternidades ou em consultórios privados, desde que haja integração entre o médico e o enfermeiro e outros profissionais que eventualmente possam fazer parte do acompanhamento da gestante.

A realização da consulta de revisão deve ser acompanhada de prática de qualidade, fundamentada em evidências científicas, de modo a gerar impacto positivo na saúde da mulher.

Para assegurar a realização da consulta de revisão no puerpério, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar estabelecendo essa condição para a contratualização com os profissionais ginecologistas obstetras, prestadores de serviços de atenção materna e neonatal atuantes nos municípios de localização dos hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação, bem como com os hospitais/maternidades participantes da Certificação, independentemente de o hospital/maternidade ser rede própria, contratada, credenciada ou referenciada.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação de contratos ou documentos similares entre a operadora e os hospitais/maternidades indicados como participantes da Certificação, prevendo a cobertura de consulta de revisão no puerpério até 7 dias após a alta hospitalar.

Verificação, por amostragem estatística, de contratos ou documentos similares entre operadoras e profissionais e serviços de saúde de sua rede assistencial nos municípios de localização dos hospitais/maternidades indicados como participantes desta Certificação, onde conste a pactuação do protocolo de consulta no puerpério.

Verificação, por amostragem, de evidências da remuneração de consultas durante os primeiros 7 dias de puerpério com médico ginecologista obstetra ou consultas médicas na atenção primária para a gestante univocamente identificada que tiver realizado parto nos hospitais indicados para a presente Certificação durante os 12 meses de avaliação. Como evidências de realização da consulta, poderão ser consideradas as contas médicas, faturas, recibos, notas fiscais, entre outros, dos primeiros 7 dias após o parto, combinadas com a verificação das datas dos partos nos hospitais/maternidades indicados para a presente Certificação, para cada gestante.

A operadora oferece pelo menos 1 (uma) consulta com enfermeiro obstétrico/obstetriz no puerpério para acompanhamento e orientações.



Interpretação:

A operadora deve garantir a cobertura de pelo menos uma consulta com enfermeiro obstétrico/obstetriz com o objetivo de oferecer o acompanhamento da mulher no pós-parto. Dentre os objetivos desta consulta, destacam-se as orientações quanto às ações de aleitamento que foram introduzidas no pré-natal, promovendo uma melhor adaptação.

A consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa. A consulta de enfermagem deve ocorrer de modo alternado com a consulta médica, fundamental para o acompanhamento da puérpera e do bebê.

Conforme estabelecido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, o enfermeiro tem competência técnica e no modelo proposto, deve acompanhar o pós-parto de forma integrada com o médico.

Amamentação deve ser um tema esclarecido ao longo do pré-natal e antes da alta hospitalar, incluindo a observação prática da experiência e orientações e ajustes na conduta adequada, de modo a tornar a adaptação o mais tranquila possível para mulher e bebê. A consulta de enfermagem deve ter uma abordagem especial a esse tópico.

O profissional deverá apoiar e orientar a mulher em relação aos seguintes temas importantes para a amamentação:

- Posturas mais confortáveis;
- Pega adequada;
- Fissuras (rachaduras) ou feridas;
- Mamas ingurgitadas;
- Mastite;
- Ordenha manual, quando necessária;
- Apojadura;
- Colostro;
- Livre demanda.

A amamentação exclusiva até os 6 meses de idade e sua extensão após o início da introdução alimentar, possivelmente, até os 2 anos de idade, deve ser a orientação geral, conforme Ministério da Saúde.

Outros temas que podem ser abordados:

- Dificuldades com o sono;
- Sangramento puerperal;
- Transtornos relacionados à saúde mental;
- Sexualidade;
- Infecções sexualmente transmissíveis (IST);
- Orientações quanto a curativos;
- Alimentação e hidratação da mulher;
- Cuidados com a higiene da mulher e do bebê.

Informações específicas deverão ser oferecidas para mulheres com câncer de mama que foram tratadas ou estão em tratamento; ou com vírus T-linfotrófico humano (HTLV+); ou com distúrbios graves da consciência ou do comportamento; ou com infecções agudas pelo HIV; ou reagentes para Hepatite C (HCV) etc.

Todos os profissionais devem estar atentos para identificar a possibilidade de distúrbios psíquicos no puerpério (*babyblues*, depressão pós-parto e psicopatía puerperal).

A consulta com enfermagem no puerpério deve ser complementar às orientações prestadas ao longo do pré-natal e no hospital/maternidade, e nunca substitutiva.

O profissional deve também reforçar e orientar a importância da rede de apoio. É possível que a mulher tenha menos energia para exercer as tarefas que a maternidade exige, portanto, a rede de apoio é fundamental.

Para assegurar o cumprimento do presente item de verificação, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar com profissionais ou estabelecimentos de saúde contemplando a realização de consulta com enfermeiro obstétrico/obstetiz no puerpério para acompanhamento e orientações.

Para a verificação do cumprimento deste item devem ser considerados os municípios de localização dos hospitais/maternidades indicados pela operadora como participantes desta Certificação.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação, por amostragem estatística, de contratos ou documentos similares entre a operadora e profissionais ou estabelecimentos de saúde prevendo a realização de consulta com enfermeiro obstétrico/obstetiz no puerpério para acompanhamento e orientações nos municípios de localização dos hospitais/maternidades indicados pelas operadoras como participantes desta Certificação.

Verificação por amostragem com as puérperas (entrevista, contato telefônico, aplicativo de mensagem) confirmando a realização das consultas.

Buscar evidência da remuneração da consulta, incluindo remuneração individual por consulta e/ou outras formas de remuneração, como assalariamento e *capitation* por exemplo.

Verificação das faturas e contas médicas comprovando o pagamento das consultas ao enfermeiro obstétrico/obstetiz.

2.4.6

A Operadora deve estabelecer estratégias, fluxos e protocolos de cuidado psicológico em casos de óbito, seja fetal, materno, perinatal ou neonatal.

Complementar



Interpretação:

A Operadora deve estabelecer estratégias, fluxos e protocolos de cuidado psicológico em casos de óbito, seja fetal, materno, perinatal ou neonatal. Tal fluxo deve envolver a pactuação com hospitais/maternidades indicados para a presente certificação para o aviso à operadora, em até 24 horas, de casos de óbito, a qualquer tempo do ciclo gravídico-puerperal, para que a operadora possa oferecer apoio psicológico específico para esses casos.

Após a comunicação do óbito, a operadora deve contatar proativamente a beneficiária ou o familiar/responsável legal pelo bebê, a depender da situação para oferecer cobertura de apoio psicológico em 4 sessões ambulatoriais. É recomendável o uso da Psicoterapia breve com foco e tempo determinados. Essa oferta não se confunde e nem prejudica eventual serviço imediato disponibilizado pelo hospital/maternidade durante a internação, na comunicação do luto. Caso a mulher ou o responsável legal aceitem a oferta, a operadora deverá oferecer cobertura com profissional de Psicologia.

A mortalidade materna, fetal ou neonatal, idealmente, deveria ser inexistente. Entretanto, mesmo considerando-se os avanços técnicos diários no cuidado pré-natal e em UTI materna e neonatal, casos extremos podem acontecer. Por isso, na ocorrência do óbito seja fetal, materno, perinatal ou neonatal, a família, preparada para nascimento e não para morte, naturalmente, vive um forte impacto. Este tipo de luto contraria o que culturalmente em nossa sociedade se espera sobre o andamento do ciclo de vida. No campo emocional, um óbito materno, fetal, perinatal ou neonatal dá início a um processo de luto específico e está associado à perda de um projeto de vida e da sensação de plenitude presentes durante a gestação, aumentando os riscos para efeitos traumáticos (Iaconelli, 2007). É preciso observar que a perda ocorrida engloba não só o bebê e/ou a mãe, mas também a perda do sentido que as famílias vinham atribuindo às suas próprias vidas nos últimos meses (DEFEY et al., 1992).

Para prover o cuidado adequado nesse contexto, salienta-se a necessidade de profissionais com formação em Psicologia, preferencialmente com experiência ou especialização em situações de luto, a fim de auxiliar a família a enfrentar o luto e a elaborar a perda. A intervenção psicológica em situações de luto materno, fetal, perinatal e neonatal pode ser de grande importância para o cuidado daqueles que ficam.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação do oferecimento do apoio psicológico em casos de óbito, seja fetal, materno, perinatal ou neonatal.

Verificação da pactuação entre operadora e hospital/maternidade para o envio da comunicação.

Realização, conforme critério de amostragem estabelecido pelo auditor, de contatos com beneficiárias ou responsáveis legais pelos bebês para identificar se houve a oferta da assistência psicológica devido ao luto.

Como evidências de realização das consultas, poderão ser consideradas as contas médicas, faturas, recibos, notas fiscais, entre outros, relativos às sessões psicoterápicas, combinadas com a verificação das datas dos óbitos nos hospitais/maternidades indicados para a presente certificação, para cada óbito.

A Operadora oferece a cobertura de ao menos 1 (uma) consulta domiciliar com enfermagem no puerpério para acompanhamento e orientações.



Interpretação:

A Operadora oferece a cobertura de ao menos 1 (uma) consulta domiciliar com enfermagem no puerpério para acompanhamento e orientações

A consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa.

Conforme estabelecido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, o enfermeiro tem competência técnica e no modelo proposto, deve acompanhar o pós-parto de forma integrada com o médico.

O profissional deverá apoiar e orientar a mulher em relação aos seguintes temas importantes para a amamentação:

- Posturas mais confortáveis;
- Pega adequada;
- Fissuras (rachaduras) ou feridas;
- Mamas ingurgitadas;
- Mastite;
- Ordenha manual, quando necessária;
- Apojadura;
- Colostro; e
- Livre demanda.

Outros temas que podem ser abordados:

- Dificuldades com o sono;
- Sangramento puerperal;
- Transtornos relacionados à saúde mental;
- Sexualidade;
- Infecções sexualmente transmissíveis (IST);
- Orientações quanto a curativos;
- Alimentação e hidratação da mulher; e
- Cuidados com a higiene da mulher e do bebê.

Para assegurar o cumprimento do presente item de verificação, a operadora deverá dispor de contrato firmado ou instrumento similar com profissionais contemplando a realização de consulta domiciliar com enfermeiro obstétrico/obstetriz no puerpério para acompanhamento e orientações.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação por amostragem com as puérperas (entrevista, contato telefônico, aplicativo de mensagem) confirmando a realização da consulta domiciliar para a realização da orientação sobre amamentação.

Buscar evidência da remuneração da consulta em domicílio, incluindo remuneração individual por consulta e/ou outras formas de remuneração, como assalariamento e *bundle*, por exemplo.

Verificação das faturas e contas médicas comprovando o pagamento das consultas ao enfermeiro obstétrico/obstetriz.

A operadora estabelece plano de ação para prevenir e prestar assistência em caso de distúrbios psíquicos característicos do período puerperal.



Interpretação:

A operadora estabelece plano de ação e fluxos de cuidado para prevenir e prestar assistência em caso de suspeita de distúrbios psíquicos característicos do período puerperal.

Nas consultas realizadas, os profissionais de ginecologia e obstetrícia e de enfermagem obstétrica/obstetriz (NORMAN E TESSER, 2015) devem estar preparados e capacitados a avaliar eventuais sinais de distúrbios psíquicos característicos do período puerperal. O puerpério, período após o parto, inevitavelmente traz consigo grandes mudanças e desafios (GUTMAN, 2016). A mulher pode não se reconhecer em alguns momentos em seu novo lugar físico e emocional. O cansaço e a insegurança de ser responsável por uma nova e frágil vida podem se apresentar. Em muitos momentos, a mulher pode se sentir só, ou pode sentir falta de amigos, trabalho e da vida que levava até então. É comum também haver desconforto com a própria imagem corporal. Fisiologicamente, trata-se de um período de grande labilidade hormonal e emocional.

No campo psicológico, o chamado *baby-blues* atinge cerca de 70% das mulheres a partir de 2 dias após o parto, podendo permanecer entre 2 semanas até 1 mês. É configurado por grande instabilidade emocional, podendo levar à alternância de momentos de grande alegria e profunda tristeza e preocupação. O comportamento pode chegar a apresentar níveis de paranoia, como dificuldade para sair de casa ou deixar o bebê sob os cuidados de outras pessoas.

Já a depressão pós-parto atinge 26% das puérperas. Envolve humor predominantemente negativo, falta de perspectiva, sonolência excessiva ou insônia, dificuldade de se vincular ao bebê ou rejeição e autodepreciação.

Por fim, a psicose puerperal, versão mais grave dos transtornos psicológicos puerperais, pode chegar a envolver delírios, alucinações (visuais e/ou auditivas), insônia, agitação, confusão mental, raiva, indiferença e agressividade, entre outros sintomas. Demanda assistência psiquiátrica e prescrição de medicamentos por esse profissional. Nesses casos, deve-se evitar que a mulher fique sozinha.

Para pontuação no presente item de verificação, a operadora deve organizar e articular fluxo assistencial no puerpério a partir das consultas de puerpério com profissionais de ginecologia e obstetrícia e de enfermagem obstétrica/obstetriz, incluindo fornecimento de esclarecimentos e orientações para gestante e parceiro ou parceira, e, conforme os sintomas verificados, oferta de consulta com psicóloga ou psiquiatra em ambulatório ou em domicílio, acompanhamento por teleatendimento, encaminhamento para grupos de puérperas (Menezes; Avelino, 2016; Vincha, Santos, Cervato-Mancuso, 2010), entre outros.

Para assegurar o cumprimento do presente item de verificação, a operadora deverá dispor de contrato ou instrumento similar firmado com profissionais ou estabelecimentos de saúde contemplando as ações previstas no plano de ação para prevenir e prestar assistência em caso de distúrbios psíquicos no puerpério nos municípios de localização dos hospitais/maternidades indicados para participar da presente certificação.

Possíveis Formas de Obtenção de Evidências:

Verificação do documento técnico que estabeleça plano de ação e fluxos aplicáveis para os casos de *baby-blues*, depressão pós-parto e psicose puerperal.

Verificação de contrato ou instrumento similar firmado com profissionais ou estabelecimentos de saúde contemplando as ações previstas no plano de ação para prevenir e prestar assistência em caso de distúrbios psíquicos no puerpério nos municípios de localização dos hospitais/maternidades indicados para esta certificação.

Verificação de listas de presença, materiais de divulgação, materiais de apoio, conteúdo programático evidenciando letramento sobre *baby-blues*, depressão pós-parto e psicose puerperal no pré-natal.

Verificação de rede de psicólogo e psiquiatra de referência para o encaminhamento da puérpera, pelos profissionais de ginecologia e obstetrícia e de enfermagem obstétrica/obstetiz em caso de suspeita de sofrimento mental no período puerperal.

Buscar evidência da remuneração da consulta em ambulatório ou em domicílio, incluindo remuneração individual por consulta e/ou outras formas de remuneração, como assalariamento e *bundle*, para psicólogos/psiquiatras.

Verificação de listas de presença, materiais de divulgação, materiais de apoio, conteúdo programático evidenciando o letramento acerca de sofrimento mental no período puerperal.

Referências Bibliográficas deste Requisito:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa 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. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDzMw==>. Acesso em: 3 mar. 2022.

AMERICAN CONGRESS OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Your postpartum Care: Healing and Healthcare Booklet after Pregnancy. Acog, 2019. 40p. Disponível em: <https://www.acog.org/store/products/patient-education/booklet/your-postpartum-care-booklet>. Acesso em: 3 mar. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm. Acesso em: 3 mar. 2022

BRASIL. **Lei nº 12.303, de 2 de agosto de 2010**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2010/lei/l12303.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2012.303%2C%20DE%202010,Art. Acesso em: 3 mar. 2022

BRASIL. **Lei nº 13.002, de 20 de junho de 2014**. Obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2014/lei/l13002.htm. Acesso em: 3 mar. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS** - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/823-assuntos/saude-para-voce/41374-estrategia-amamenta-e-alimenta-brasil>. Acesso em: 28 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº20, de 10 de junho de 2014**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2014/prt0020_10_06_2014.html. Acesso em: 3 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Vacinação** - Calendário Nacional de Vacinação. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao>. Acesso em: 3 mar. 2022.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta da Criança – Menino**. 2. ed. OS 0220/2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menino_2ed.pdf. Acesso em: 10 dez. 2021.

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

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Amamentação, um ato de amor. **Revista Ela**, jun./jul. 2019. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/revistas/revistaela/item/930-ela-amamentacao-um-ato-de-amor>

GUTMAN, L. A **Maternidade e o Encontro Com A Própria Sombra**. Best Seller, 2016. 322p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd08_20.pdf. Acesso em: 1 dez. 2021.

LAGUNA, T. F. dos S.; LEMOS, A. P. S.; FERREIRA, L.; GONÇALVES, C. dos S. Neonatal grief and the role of psychology in this context. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 6, p. e5210615347, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i6.15347. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15347>. Acesso em: 6 mar. 2022.

MALVEIRA, R. **O sexto sinal vital da saúde**. [S. l.]:Pulsares; 2019

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE GUIDANCE. NICE GUIDANCE. **Conditions and diseases. Fertility, pregnancy and childbirth**: Postnatal care. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/fertility--pregnancy-and-childbirth/postnatal-care>. Acesso em: 10 fev. 2022.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Calendário de Vacinação**, e suas atualizações posteriores. 2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22268g-DocCient-Calendario_Vacinacao_2020.pdf Acesso em: 10 fev. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn**. World Health Organization. ISBN 978 92 4 150664 9. Geneva: 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf;sequence=1 Acesso em: 12 dez. 2021.

CAPÍTULO 4

MODELO DE FORMULÁRIO DE MOTIVO DE AGENDAMENTO DE CESARIANAS ELETIVAS

FORMULÁRIO DE MOTIVO DE AGENDAMENTO DE CESARIANAS ELETIVAS

Nome do médico que realizará a cesariana: _____

CRM: _____

Data atual ____/____/____ Data da Internação/Cirurgia: ____/____/____

Nome da Gestante: _____

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

Data da Última Menstruação: ____/____/____ Data Provável do Parto: ____/____/____

Data 1ª Ultrassonografia: ____/____/____ Idade Gestacional Atual: ____ semanas ____ dias

Idade Gestacional Prevista na Data da Cirurgia: ____ semanas ____ dias

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

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

- | | |
|---|---|
| () Anomalia fetal que impeça trabalho de parto (TP) ou via baixa | () HIV materno com contagem viral positiva |
| () Apresentação Córmica | () Incisão uterina em T prévia |
| () Apresentação Pélvica sem critérios para via baixa | () Macrossomia fetal (Peso Estimado do Feto (PEF) > 4000 gramas) e idade gestacional > 39 semanas |
| () Cesariana anterior: paciente recusa prova de trabalho de parto e idade gestacional > 39 semanas | () Miomectomia prévia |
| () 2 ou mais cesarianas anteriores | () Pós-Data com cérvix desfavorável |
| () Cirurgia Fetal a céu aberto prévia | () Pré-eclâmpsia / HELLP Síndrome |
| () Condição clínica materna que impeça via baixa | () Presença de Mecônio |
| () Descolamento placentário | () Sangramento/Placenta marginal |
| () Diabetes gestacional | () Sofrimento Fetal - Cardiotocografia Alterada |
| () Fatores psicológicos – anexar avaliação psicológica | () Sofrimento Fetal – Perfil Biofísico Fetal (PBF) ou Doppler Alterado |
| () Gestação múltipla | () Solicitação materna – cesárea a pedido, com realização de ____ consultas de orientação com enfermeiro obstetra / psicólogo. |
| () Herpes Genital Materno com lesão ativa ou captura em cérvix positiva | |

Outra indicação (descrever): _____

Ass. Médico: _____ Carimbo: _____

Ass. Paciente: _____

Obs.: Se necessário, anexar relatório médico circunstanciado

CAPÍTULO 5

INDICADORES

5.1 MACROINDICADORES DA CERTIFICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM PARTO ADEQUADO

A seguir constam as fichas técnicas dos seguintes Macroindicadores:

MACROINDICADORES AMBULATORIAIS

Pré-Natal

1. Taxa de consultas médicas de pré-natal;
2. Proporção de gestantes por número de consultas médicas no pré-natal;
3. Proporção de gestantes por número de consultas com enfermeiro obstetra ou obstetrix no pré-natal;

Puerpério

4. Percentual de puérperas com pelo menos uma consulta com ginecologista-obstetra;
5. Percentual de puérperas com pelo menos uma consulta de enfermagem obstétrica;

MACROINDICADORES HOSPITALARES

Parto e Nascimento

6. Proporção de partos vaginais;
7. Proporção de partos cesáreos realizados antes do trabalho de parto;
8. Proporção de partos vaginais assistidos por enfermagem obstétrica;
9. Proporção de reinternações de puérperas em até 30 dias da alta hospitalar;
10. Taxa de admissão de neonatos (peso $\geq 2,5$ Kg, exceto malformação) em UTI Neonatal por 1000 nascidos vivos; e
11. Taxa de nascidos vivos com Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida.

FICHAS TÉCNICAS DOS MACROINDICADORES DA CBP-PARTO ADEQUADO

PRÉ-NATAL

1. 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	<p>Total de gestantes univocamente identificadas que tiveram seus partos nos hospitais/maternidades participantes, no período considerado.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todas as gestantes que tiveram seus partos nos hospitais/maternidades participantes, cesáreos e vaginais, no período considerado. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>Permite estimar a média da quantidade de consultas médicas a que as gestantes tiveram acesso no decorrer do pré-natal.</p> <p>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.</p> <p>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).</p>
Parâmetros	<p>A taxa média de consultas médicas de pré-natal observada no setor suplementar de saúde foi de 5,17 por gestante em 2017, de 5,87 por gestante em 2018, de 6,31 por gestante em 2019, de 5,86 por gestante em 2020 e de 5,66 por gestante em 2021 (ANS, 2022).</p> <p>A presente certificação estabelece 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.</p>

<p>Limitações e vieses</p>	<p>O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada.</p> <p>Por se tratar de uma média, pode ser influenciado por valores extremos.</p> <p>O indicador pode ser influenciado pela infraestrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional praticado.</p> <p>O número de consultas de pré-natal não necessariamente implica qualidade da assistência pré-natal.</p> <p>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.</p>
<p>Referências</p>	<p>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Dados e Indicadores do Setor. Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/painel-de-indicadores-da-atencao-materna-e-neonatal</p> <p>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Ficha Técnica. Indicadores do programa de qualificação de operadoras 2021 (ANO-BASE 2020). Disponível em: 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</p> <p>FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. O pré-natal começa antes da gravidez. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/198-o-pre-natal-comeca-antes-da-gravidez. Acesso em: 13 set. 2017.</p>

2. PROPORÇÃO DE GESTANTES POR NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS NO PRÉ-NATAL

NOME DO INDICADOR	PROPORÇÃO DE GESTANTES POR NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS NO PRÉ-NATAL (CONSULTAS MÉDICAS NO PRÉ-NATAL)
Conceito	Distribuição percentual de mulheres que tiveram parto, de acordo com o número de consultas de pré-natal com médico, no período considerado.
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{Nº de gestantes univocamente identificadas que tiveram parto segundo a quantidade de consultas médicas realizadas durante o pré-natal}}{\text{Total de gestantes que tiveram parto}} \times 100$
Numerador	Total de gestantes univocamente identificadas que tiveram seus partos nos hospitais/ maternidades participantes, de acordo com o número de consultas de pré-natal com profissional médico (até 42 semanas antes do parto), no período considerado.
Denominador	<p>Total de gestantes univocamente identificadas que tiveram seus partos nos hospitais/ maternidades participantes, no período considerado.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todas as gestantes que tiveram seus partos nos hospitais/maternidades participantes, cesáreos e vaginais, no período considerado. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partos realizados fora do hospital/maternidade; • Abortos.
Forma de cálculo (quantidade de consultas)	<p>Devem ser consideradas as seguintes distribuições da quantidade de consultas médicas de pré-natal, de modo a obter os percentuais de gestantes que tiveram parto com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma consulta; • 1 a 3 consultas; • 4 a 6 consultas; • 7 a 9 consultas; • 10 ou mais consultas. <p>Ao final da presente ficha são apresentadas as fórmulas de cálculo para cada uma das distribuições da quantidade de consultas médicas de pré-natal.</p>
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	<p>Permite estimar o acesso ao atendimento médico no pré-natal de gestantes no período analisado.</p> <p>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.</p> <p>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 (FEBRASGO, 2017).</p>

<p>Parâmetros</p>	<p>O Ministério da Saúde (MS) recomenda o início do pré-natal no primeiro trimestre e um mínimo de seis consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro (BRASIL, 2012)</p> <p>No âmbito do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde – IDSUS, foi estabelecida como meta que pelos menos 90% das mães tivessem sete ou mais consultas de pré-natal (BRASIL, 2017).</p> <p>De acordo com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) o calendário ideal de consultas de pré-natal é a realização de consultas mensais até o sétimo mês de gestação, depois quinzenais e, após o oitavo mês, as consultas passem a ser semanais (FEBRASGO, 2017).</p> <p>Em 2019, segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC/MS, 72,4% das gestantes que tiveram parto no país, independentemente do local de realização e da forma de remuneração do parto (plano privado de saúde, desembolso direto e SUS), tiveram 7 ou mais consultas de pré-natal, com valores menores para a Região Norte (53,4%) e maiores para Sudeste (78,2%) e Sul (81,9%) (BRASIL, 2021).</p> <p>A presente certificação estabelece 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.</p>
<p>Limitações e vieses</p>	<p>O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada.</p> <p>O indicador pode ser influenciado pela infraestrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional praticado.</p> <p>O número de consultas de pré-natal não necessariamente implica qualidade da assistência pré-natal.</p> <p>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.</p>

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Dados e Indicadores do Setor**. Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/painel-de-indicadores-da-atencao-materna-e-neonatal>

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Ficha Técnica**. Indicadores do programa de qualificação de operadoras 2021 (ANO-BASE 2020). Disponível em: <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>.

ANJOS, J. C. B.; BOING, A. F. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online], v. 19, n. 4, p. 835-850, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040013>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cobertura de consultas de pré-natal** – F.6. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivrolDB/2edrev/f06.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde: IDSUS. **Indicador nº 3**. Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, por local de residência da mãe. Disponível em: <http://idsus.sau.gov.br/detalhadas.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Mulher. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Rev Bras Saúde Mat Infant**, 2: 69-71, 2002. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292002000100011>

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil – DATASUS. **Informações de Saúde** (TABNET). Estatísticas Vitais. Nascidos vivos. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2017**: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasília, DF: 2017. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA . **O pré-natal começa antes da gravidez**. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/198-o-pre-natal-comeca-antes-da-gravidez>. Acesso em: 13 set. 2017.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Brasil). Laboratório de Informação em Saúde. (ICICT). PROADESS. **Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde**. Consultas de pré-natal. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=fic&cod=G08&tab=1>

KILSZTAJN, S. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Rev Saúde Pública**, 37(3):303-10; 2003. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp.

Fórmulas dos cálculos que deverão ser consideradas para obter o percentual de gestantes conforme a distribuição do número de consultas médicas de pré-natal:

DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE CONSULTAS	FÓRMULA DE CÁLCULO
Nenhuma consulta	$= \frac{\text{Nº de gestantes univocamente identificadas que tiveram parto sem realizar nenhuma consulta médica durante o pré-natal}}{\text{total de gestantes que tiveram parto}} \times 100$
1 a 3 consultas	$= \frac{\text{Nº de gestantes univocamente identificadas que tiveram parto e que realizaram de 1 a 3 consultas médicas durante o pré-natal}}{\text{total de gestantes que tiveram parto}} \times 100$
4 a 6 consultas	$= \frac{\text{Nº de gestantes univocamente identificadas que tiveram parto e que realizaram de 4 a 6 consultas médicas durante o pré-natal}}{\text{total de gestantes que tiveram parto}} \times 100$
7 a 9 consultas	$= \frac{\text{Nº de gestantes univocamente identificadas que tiveram parto e que realizaram de 7 a 9 consultas médicas durante o pré-natal}}{\text{total de gestantes que tiveram parto}} \times 100$
10 ou mais consultas	$= \frac{\text{Nº de gestantes univocamente identificadas que tiveram parto e que realizaram 10 ou mais consultas médicas durante o pré-natal}}{\text{total de gestantes que tiveram parto}} \times 100$

3. PROPORÇÃO DE GESTANTES POR NÚMERO DE CONSULTAS COM ENFERMEIRO OBSTETRA OU OBSTETRIZ NO PRÉ-NATAL

NOME DO INDICADOR	PROPORÇÃO DE GESTANTES POR NÚMERO DE CONSULTAS COM ENFERMEIRO OBSTETRA OU OBSTETRIZ NO PRÉ-NATAL (CONSULTAS DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL)
Conceito	Distribuição percentual de mulheres que tiveram parto, de acordo com o número de consultas de pré-natal com enfermeiro obstetra ou obstetrix, no período considerado.
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{Nº de gestantes univocamente identificadas que tiveram parto segundo a quantidade de consultas de enfermagem no pré-natal}}{\text{Total de gestantes que tiveram parto}} \times 100$
Numerador	Total de gestantes univocamente identificadas que tiveram seus partos nos hospitais/ maternidades participantes, de acordo com o número de consultas de pré-natal com enfermeiro obstetra ou obstetrix (até 42 semanas antes do parto), no período considerado.
Denominador	<p>Total de gestantes univocamente identificadas que tiveram seus partos nos hospitais/ maternidades participantes, no período considerado.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todas as gestantes que tiveram seus partos nos hospitais/maternidades participantes, cesáreos e vaginais, no período considerado. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partos realizados fora do hospital/maternidade; • Abortos.
Forma de cálculo (quantidade de consultas)	<p>Devem ser consideradas as seguintes distribuições da quantidade de consultas de pré-natal com enfermeiro obstetra ou obstetrix, de modo a obter os percentuais de gestantes que tiveram parto com:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma consulta; • 1 a 3 consultas; • 4 a 6 consultas; • 7 ou mais consultas. <p>Ao final da presente ficha são apresentadas as fórmulas de cálculo para cada uma das distribuições da quantidade de consultas de pré-natal com enfermeiro obstetra ou obstetrix.</p>
Definição dos termos	Consulta de enfermagem no pré-natal: Consultas realizadas por enfermeiro obstetra ou obstetrix em gestantes com fins de orientação terapêutica, controle e acompanhamento clínico da gravidez.

Interpretação	<p>Permite estimar o acesso ao atendimento com enfermeiro obstetra ou obstetrix no pré-natal de gestantes no período analisado.</p> <p>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 (BRASIL, 2002; ANJOS E BOING, 2016).</p> <p>A consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa (Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986; Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987; Resolução COFEN nº 477, de 14 de abril de 2015).</p> <p>A Resolução Normativa - RN Nº 465 de 24 de fevereiro de 2021, que atualizou o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, incluiu, dentre os procedimentos cobertos, a consulta de pré-natal e de puerpério com enfermeiro obstetra ou obstetrix, com Diretriz de Utilização.</p> <p>A atuação do enfermeiro obstetra tende a favorecer o cuidado humanizado ao parto e nascimento, bem como a promoção da autonomia e o protagonismo da mulher (ALVARES et al., 2018).</p> <p>A apreensão das informações recebidas pelas gestantes no pré-natal é favorecida no pré-natal compartilhado entre enfermeiros e médicos, em comparação ao atendimento majoritário por profissional de apenas uma profissão (MARQUES et al., 2021).</p>
Parâmetros	<p>A Resolução Normativa - RN Nº 465/2021, inseriu no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS a cobertura, com Diretriz de Utilização, de até 6 consultas de pré-natal com enfermeiro obstetra ou obstetrix, além de 2 consultas de puerpério.</p> <p>A presente certificação estabelece como parâmetro para cumprimento do item de verificação 2.2.2, da Dimensão 2, um mínimo de 03 consultas com enfermeiro obstetra/obstetrix, alternadas com as consultas médicas.</p>
Limitações e vieses	<p>O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada.</p> <p>O indicador pode ser influenciado pela infraestrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional praticado.</p> <p>O número de consultas de pré-natal não necessariamente implica qualidade da assistência pré-natal.</p> <p>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.</p>

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Ficha Técnica. Indicadores do programa de qualificação de operadoras 2021 (ANO-BASE 2020). Disponível em: <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>.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa 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.

ALVARES, Aline Spanevello. et al. Práticas humanizadas da enfermeira obstétrica: contribuições no bem-estar materno. **Rev Bras. Enferm. Brasília**, v. 71, supl. 6, p. 2620-2627, 2018.

ANJOS, J. C. B.; BOING, A. F. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online], v. 19, n. 04, p. 835-850., 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040013>. Acesso em: 6 dez. 2019.

BRASIL. **Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cobertura de consultas de pré-natal** – F.6. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivroIDB/2edrev/f06.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde - IDSUS**. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/detalhadas.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Mulher. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Rev Bras Saúde Mat Infant**, n. 2: 69-71, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292002000100011>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Decreto n. 94.406, de 8 de junho 1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução COFEN nº 0477, de 14 de abril de 2015**. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Laboratório de Informação em Saúde. PROADESS. **Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde**. Consultas de pré-natal. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=fic&cod=G08&tab=1>

KILSZTAJN. S. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Rev Saúde Pública**, 37(3):303-10, 2003. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp.

MARQUES, B. L.; TOMASI, Y.T.; SARAIVA, S. S.; BOING, A. F.; GEREMIA, D. S. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Esc Anna Nery**, 25(1):e20200098, 2021.

Fórmulas dos cálculos que deverão ser consideradas para obter o percentual de gestantes conforme a distribuição do número de consultas de pré-natal com enfermeiro obstetra ou obstetriz:

DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE CONSULTAS	FÓRMULA DE CÁLCULO
Nenhuma consulta	$= \frac{\text{Nº de gestantes univocamente identificadas que tiveram parto sem nenhuma consulta de enfermagem no pré-natal}}{\text{total de gestantes que tiveram parto}} \times 100$
1 a 3 consultas	$= \frac{\text{Nº de gestantes univocamente identificadas que tiveram parto com 1 a 3 consultas de enfermagem no pré-natal}}{\text{total de gestantes que tiveram parto}} \times 100$
4 a 6 consultas	$= \frac{\text{Nº de gestantes univocamente identificadas que tiveram parto com 4 a 6 consultas de enfermagem no pré-natal}}{\text{total de gestantes que tiveram parto}} \times 100$
7 ou mais consultas	$= \frac{\text{Nº de gestantes univocamente identificadas que tiveram parto com 7 ou mais consultas de enfermagem no pré-natal}}{\text{total de gestantes que tiveram parto}} \times 100$

PUERPÉRIO

4. PERCENTUAL DE PUÉRPERAS COM PELO MENOS UMA CONSULTA COM GINECOLOGISTA-OBSTETRA

NOME DO INDICADOR	PERCENTUAL DE PUÉRPERAS COM PELO MENOS UMA CONSULTA COM GINECOLOGISTA-OBSTETRA (CONSULTA MÉDICA NO PUERPÉRIO)
Conceito	Percentual de puérperas que tiveram ao menos 01 (uma) consulta com médico(a) ginecologista-obstetra no puerpério para acompanhamento, prevenção de complicações, cuidado e orientações.
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{Nº de puérperas que tiveram pelo menos uma consulta com ginecologista-obstetra}}{\text{Total de puérperas}} \times 100$
Numerador	Puérperas que tiveram ao menos 01 (uma) consulta com médico(a) ginecologista-obstetra.
Denominador	Total de puérperas, no período considerado.
Definição dos termos	Médico(a) ginecologista-obstetra: profissional graduado em medicina, com residência médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC) ou título de especialista em ginecologia e obstetrícia (TEGO) reconhecido pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia/Associação Médica Brasileira (Febrasgo/AMB); Puerpério: período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração da gravidez
Interpretação	Permite estimar o acesso ao cuidado médico no puerpério por meio de consultas, no período analisado. O acesso ao cuidado adequado no puerpério contribui para a prevenção e/ou detecção precoce de riscos e para a promoção de saúde das mulheres no período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração da gravidez, para acompanhamento, prevenção de complicações, cuidado e orientações. As variações desse tempo, estão relacionadas às mudanças anatomofisiológicas no organismo feminino, e questões psicossociais como: maternidade, sexualidade, autoestima, reorganização da vida pessoal e familiar. Esse cuidado é fundamental para a prevenção de agravos à saúde do neonato e da puérpera, uma vez que a maioria dos eventos de morbimortalidade materna e infantil acontecem na primeira semana de vida.
Parâmetros	O Ministério da Saúde (MS) recomenda consulta puerperal entre o 3º e o 5º dia após o parto. Sempre que possível, acompanhada do pai do bebê ou do(a) parceiro(a) ou um familiar (BRASIL, 2012).

Limitações e vieses	<p>O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada.</p> <p>O indicador pode ser influenciado pela infraestrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional praticado.</p> <p>O número de consultas não necessariamente implica qualidade da assistência.</p>
Referências	<p>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa 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.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2012 (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)</p> <p>FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: A Consulta Puerperal na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/a-consulta-puerperal-na-atencao-primaria-a-saude/.</p>

5. PERCENTUAL DE PUÉRPERAS COM PELO MENOS UMA CONSULTA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

NOME DO INDICADOR	PERCENTUAL DE PUÉRPERAS COM PELO MENOS UMA CONSULTA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA (CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO)
Conceito	Percentual de puérperas que tiveram ao menos 01 (uma) consulta com enfermeiro(a) obstetra/obstetrix no puerpério para acompanhamento, prevenção de complicações, cuidado e orientações.
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{Nº de puérperas que tiveram pelo menos uma consulta de enfermagem obstétrica no puerpério}}{\text{Total de puérperas}} \times 100$
Numerador	Puérperas que tiveram ao menos 01 (uma) consulta com enfermeiro(a) obstetra/obstetrix no puerpério.
Denominador	Total de puérperas, no período considerado.
Definição dos termos	<p>Enfermeiro(a) obstetra: profissional com graduação em enfermagem, com residência em Obstetrícia ou título de especialista em obstetrícia;</p> <p>Obstetrix: bacharel em Obstetrícia.</p> <p>Puerpério: período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração da gravidez</p>
Interpretação	<p>Permite estimar o acesso ao cuidado de enfermagem no puerpério por meio de consultas, no período analisado.</p> <p>O acesso ao cuidado adequado no puerpério contribui para a prevenção e/ou detecção precoce de riscos e para a promoção de saúde das mulheres no período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração da gravidez, para acompanhamento, prevenção de complicações, cuidado e orientações.</p> <p>O pós-parto é um momento muito delicado para a mulher, pois envolve o cuidado do bebê e as mudanças físicas e emocionais, no cotidiano e nas relações sociais. Deve-se dar especial atenção às condições psíquicas e sociais da mulher neste momento.</p> <p>Entre as principais atividades a serem desenvolvidas no período de puerpério, estão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar e avaliar a mamada: pega e posicionamento do RN. Orientar cuidados com as mamas; • Incentivar e apoiar a família na amamentação exclusiva, reforçando os benefícios para o binômio; • Orientar hidratação abundante, alimentação adequada e dieta fracionada; • Incentivar a realização de atividade física (puerpério tardio); • Revisar calendário vacinal da mulher, atualizar e aprazar doses conforme programa nacional de imunizações; <p>Puerpério Imediato e Tardio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tirar dúvidas e orientar quanto ao retorno da atividade sexual e planejamento reprodutivo; • Alertar a mulher que a transmissão vertical do HIV pode ocorrer através do aleitamento. Checar a realização de testagem de HIV, sífilis e hepatites virais. • Avaliar a condição psicoemocional.
Parâmetros	A Resolução Normativa - RN Nº 465/2021, inseriu no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS a cobertura, com Diretriz de Utilização, de até 2 consultas de puerpério com enfermeiro obstetra ou obstetrix.

Limitações e vieses	<p>O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada.</p> <p>O indicador pode ser influenciado pela infraestrutura da rede prestadora de serviços e pelo modelo assistencial e operacional praticado.</p> <p>O número de consultas não necessariamente implica qualidade da assistência.</p>
Referências	<p>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa 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.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2012 (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).</p> <p>FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: A Consulta Puerperal na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/a-consulta-puerperal-na-atencao-primaria-a-saude/.</p>

PARTO E NASCIMENTO

6. PROPORÇÃO DE PARTOS VAGINAIS

NOME DO INDICADOR	PROPORÇÃO DE PARTOS VAGINAIS (PARTOS VAGINAIS)
Conceito	Percentual de partos realizados por via vaginal, no período considerado.
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{N}^\circ \text{ de partos vaginais}}{\text{Total de partos (vaginal+cesáreo)}} \times 100$
Numerador	Total de partos vaginais no período considerado. Critérios de inclusão: <ul style="list-style-type: none">• Nascidos vivos de parto vaginal. Critérios de exclusão: <ul style="list-style-type: none">• Nascimentos que ocorram fora do hospital/maternidade;• Abortos.
Denominador	Total de partos, vaginais e cesáreos, realizados no período considerado. Critérios de inclusão: <ul style="list-style-type: none">• Todos os partos, cesáreos e vaginais, dos nascidos vivos. Critérios de exclusão: <ul style="list-style-type: none">• 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).

<p>Parâmetros</p>	<p>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.</p> <p>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).</p> <p>O setor suplementar de saúde brasileiro apresenta uma realidade única no mundo, com 84% dos partos via cesárea, em 2020 (ANS, 2022). Já no Brasil como um todo, entre os 2,9 milhões de partos realizados em 2019, a proporção de cesáreas foi de aproximadamente 56% do total de partos (BRASIL, 2021).</p>
<p>Limitações e vieses</p>	<p>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.</p> <p>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).</p>
<p>Referências</p>	<p>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Dados e Indicadores do Setor. Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/painel-de-indicadores-da-atencao-materna-e-neonatal</p> <p>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Ficha Técnica. Indicadores do Programa de Qualificação de Operadoras 2021 (ANO-BASE 2020). Disponível em: 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</p> <p>BETRAN, A. P.; Ye, J.; MOLLER, A. B.; ZHANG, J.; GÜLMEZOGLU, A. M. et al. (2016) The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. PLOS ONE, 11(2): 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343</p> <p>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</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil. Informações de Saúde (TABNET). Estatísticas Vitais. Nascidos vivos. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. Fichas Detalhadas dos Indicadores. Disponível em: http://idsus.saude.gov.br/assets/detalhadas.pdf</p> <p>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</p> <p>HANNAH, M. E. 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.</p>

Referências

- KENNER, C. **Enfermagem neonatal**. Rio de Janeiro, RJ: Reichmann & Affonso; 2001.
- LEAL, M. C.; ESTEVES-PEREIRA, A. P.; NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. **Reprod Health**. 2016, 13(S3):127. LEAL, M. D. C.; ESTEVES-PEREIRA, A. P.; NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. Burden of early-term birth on adverse infant outcomes: a population-based cohort study in Brazil. **BMJ Open**, 7: e017789, 2017. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017789.
- LINDSTRÖM, K.; WINBLADH, B.; HAGLUND, B. et al. Preterm Infants as Young Adults: A Swedish National. **Cohort Study Pediatrics**, 120;70-77, 2007.
- LUMBIGANON, P. et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007- 08. **Lancet**, (375), 2010.
- MACKAY, D. F.; GORDON, S. C. S.; DOBBIE, R. et al. Gestational Age at Delivery and Special Educational Need: Retrospective Cohort Study of 407,503 Schoolchildren. **PLoS Med.**, 8; 7(6): e1000289, June 2010.
- MARTINS-COSTA, S. H. (org.). Projeto Diretrizes. [S. I.]: Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, [s. d.]. Disponível em: [http://www.cfm.org.br/Projeto Diretrizes](http://www.cfm.org.br/Projeto_Diretrizes). 2002.
- NEGRINI, R.; D'ALBUQUERQUE, I. M. S. C.; de CÁSSIA SANCHEZ; OLIVEIRA, R. et al. Strategies to reduce the caesarean section rate in a private hospital and their impact. **BMJ Open Quality**, 10: e001215, 2021. DOI:10.1136/bmjopen-2020-001215
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Health at a Glance 2019**: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **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. **Health Statistics 2015** - Frequently Requested Data. Disponível em: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
- RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de Risco para Prematuridade: Pesquisa Documental. Esc Anna Nery. **Rev Enferm**, abr-jun; 13 (2): 297-304, 2009.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Documento Científico. Departamento Científico de Neonatologia. **Prevenção da prematuridade**: uma intervenção da gestão e da assistência. Nº 2, novembro de 2017.
- SOUZA, J. P. 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, J. P. 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.

7. PROPORÇÃO DE PARTOS CESÁREOS REALIZADOS ANTES DO TRABALHO DE PARTO

NOME DO INDICADOR	PROPORÇÃO 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	<p>Total de partos cesáreos realizados antes do início do trabalho de parto, no período considerado.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nascidos vivos de parto cesáreo; <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nascimento que ocorram fora do hospital/maternidade; • Abortos.
Denominador	<p>Total de partos cesáreos realizados no período considerado.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nascidos vivos de parto cesáreo; <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nascimento que ocorram fora do hospital/maternidade; • Abortos.
Definição dos termos	Parto cesáreo: Procedimento cirúrgico no qual o concepto é extraído mediante incisão das paredes abdominal e uterina.
Interpretação	<p>Possibilita a avaliação da proporção de partos realizados por meio de cirurgia cesárea, em momento anterior à entrada da gestante em trabalho de parto.</p> <p>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).</p> <p>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; NORMAN, 2013).</p> <p>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).</p> <p>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; CUMAN, 2009).</p>

Parâmetros	De acordo com dados informados pelos estabelecimentos privados de saúde no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), independentemente da forma de remuneração do parto (plano privado de saúde, desembolso direto ou SUS), o percentual de partos cesáreos realizados antes do trabalho de parto foi de 55,92% em 2017, de 55,85% em 2018, de 56,71% em 2019 e de 56,49 em 2020 (ANS, 2022).
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.
Referências	<p>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Dados e Indicadores do Setor. Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/painel-de-indicadores-da-atencao-materna-e-neonatal</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nascer no Brasil revela novos dados sobre prematuridade. Blog da Saúde. Brasília, DF: 1 de dezembro de 2016. Disponível em: http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/52044-pesquisa-nascer-no-brasil-revela-novos-dados-sobre-prematuridade</p> <p>CHO, C. E.; NORMAN, M. Cesarean section and development of the immune system in the offspring. Am J Obstet Gynecol, 208(4):249-54, April, 2013. DOI: 10.1016/j.ajog.2012.08.009. Epub 2012 Aug 10. PMID: 22939691.</p> <p>FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/noticia/nascer-no-brasil-pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas</p> <p>LEAL, M. C.; ESTEVES-PEREIRA, A. P.; NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. Reprod Health. 13(S3):127, 2016.</p> <p>LEAL, M. D. C.; ESTEVES-PEREIRA, A. P.; NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. Burden of early-term birth on adverse infant outcomes: a population-based cohort study in Brazil. BMJ Open 7:e017789, 2017. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017789</p> <p>MOREIRA, M. E. L.; LOPES, J. M. A.; CARVALHO, M. (org). 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. Disponível em: SciELO Books.</p> <p>PROJETO PARTO ADEQUADO. Orientações para Implementação de Nova política para Agendar Cesariana Eletiva Precoce (CEP) e Cesariana Eletiva a Termo (CET). 2016</p> <p>RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de Risco para Prematuridade: Pesquisa Documental. Esc Anna Nery. Rev Enferm, 13 (2): 297-304, abr./jun. 2009.</p>

8. PROPORÇÃO DE PARTOS VAGINAIS ASSISTIDOS POR ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

NOME DO DADO	PROPORÇÃO 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 obstetrix) 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	<p>Total de partos vaginais realizados com assistência de enfermagem obstétrica, no período considerado.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nascidos vivos de parto vaginal; <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nascidos vivos de parto cesáreo; • Nascimento que ocorram fora do hospital/maternidade; • Abortos.
Denominador	<p>Total de partos vaginais realizados, no período considerado.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nascidos vivos de parto vaginal; <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nascidos vivos de parto cesáreo; • Nascimento que ocorram fora do hospital/maternidade; • Abortos.
Definição dos termos	Parto vaginal: é o procedimento no qual o concepto nasce por via vaginal.
Interpretação	<p>O dado reflete o total de partos vaginais assistidos por um profissional de enfermagem obstétrica, no contexto de uma equipe multiprofissional responsável pela assistência ao trabalho de parto e parto.</p> <p>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; TESSER, 2015).</p> <p>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 ingestão de líquidos durante o parto (GAMA et al., 2016).</p> <p>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.</p>

Parâmetros	De acordo com dados informados pelos estabelecimentos privados de saúde no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), independentemente da forma de remuneração do parto (plano privado de saúde, desembolso direto ou SUS), o percentual de partos vaginais assistidos por profissional de enfermagem obstétrica foi de 8,46% em 2017; de 10,01% em 2018; de 10,76% em 2019 e de 14,67 em 2020 (ANS, 2022).
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.
Referências	<p>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Dados e Indicadores do Setor. Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/painel-de-indicadores-da-atencao-materna-e-neonatal</p> <p>GAMA, S. G. N. da.; VIELLAS, E. F.; TORRES, J. A.; BASTOS, M. H.; BRUGGEMANN, O. M.; THEME FILHA, M. M. et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. Reprod Health, 13, 2016. DOI:10.1186/s12978-016-0236-7.</p> <p>NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Obstetrizes e enfermeiras obstetras no Sistema Único de Saúde e na Atenção Primária à Saúde: por uma incorporação sistêmica e progressiva. Rev Bras Med Fam Comunidade, 10(34):1-7, 2015. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(34)1106</p>

9. PROPORÇÃO DE REINTERNAÇÕES DE PUÉRPERAS EM ATÉ 30 DIAS DA ALTA HOSPITALAR

NOME DO INDICADOR	PROPORÇÃO DE REINTERNAÇÕES DE PUÉRPERAS EM ATÉ 30 DIAS DA ALTA HOSPITALAR (REINTERNAÇÃO DE PUÉRPERA)
Conceito	Mensuração da proporção de reinternações não planejadas de puérperas em um período menor ou igual a 30 dias após a alta da internação hospitalar em relação ao total de altas de internações para realização de parto, no mesmo período.
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{Nº de reinternações de puérperas em até 30 dias da alta hospitalar}}{\text{Total de altas de internações para realização de parto (vaginal+cesáreo)}} \times 100$
Numerador	<p>Total de reinternações de puérperas que ocorreram em até 30 dias (≤ 30 dias) após a saída da internação relativa ao parto, independentemente da via de parto (vaginal ou cesáreo) no período considerado.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puérperas que tiveram alta após a internação para realização de parto no mês anterior ao mês de competência e que reinternaram dentro do período igual ou inferior a 30 dias (≤ 30 dias). <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reinternações planejadas.
Denominador	<p>Total de altas de internações para realização de partos no período considerado.</p> <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saída devido a óbito.
Definição dos termos	<p>Reinternação hospitalar: nova internação da mesma puérpera em um período de 30 dias após a sua alta da internação para realização do parto.</p> <p>Óbito: refere-se ao processo irreversível de cessamento das atividades biológicas.</p>
Interpretação	<p>Este indicador procura aferir a capacidade do prestador em prover uma atenção qualificada e segura às gestantes. Índices elevados de reinternação podem ser um indicativo de falhas em fluxos/protocolos de atendimento, para prover o cuidado efetivo às gestantes, bem como indicar a necessidade de melhorias no gerenciamento do quadro clínico das gestantes, adequado planejamento de alta, e provisão de informações e recursos necessários para o período pós-alta (KIRBY et al., 2010).</p> <p>A classificação das reinternações se dá entre planejadas e eventuais (não planejadas). As reinternações planejadas são para dar prosseguimento terapêutico e/ou avaliações diagnósticas, enquanto as eventuais podem ser agrupadas em evitáveis e não evitáveis. Os retornos considerados evitáveis tendem a ser aqueles com menores tempos entre a primeira internação e a reinternação (KOSSOVSKY et al., 1999).</p>
Parâmetros	<p>Estudo realizado em base de dados hospitalar relativa aos anos de 2016 a 2019 (NEGRINI et al., 2021) identificou taxa de readmissão hospitalar em 30 dias do parto de 0,9% em puérperas submetidas a cesárea e 0,7% em puérperas que tiveram parto vaginal.</p>

<p>Limitações e vieses</p>	<p>Diferenças na gravidade da doença, comorbidades e outros fatores de risco potencial podem contribuir para uma variação nos resultados.</p> <p>Uma série de fatores fora do controle dos hospitais, como nível socioeconômico das populações e eventos anteriores à hospitalização local, podem contribuir para a variação encontrada.</p> <p>Variação entre hospitais em relação ao tempo médio de permanência pode levar a diferentes proporções de complicações que ocorrem nos hospitais, ao contrário do que ocorre normalmente após a alta hospitalar.</p> <p>As readmissões podem não estar ligadas clinicamente à atenção ao parto e nascimento.</p>
<p>Referências</p>	<p>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Ficha Técnica “Proporção de Readmissão em até 30 dias da última alta hospitalar”. 2018. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_prestador/contrato_entre_operadoras_e_prestadores/indicador_proporcao_de_readmissao_ate_30_dias_da_ultima_alta_hospitalar.pdf.</p> <p>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar. Painel Geral. Fichas Técnicas dos Indicadores. Versão IV 03/2020. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/1-indicadores-gerais-versao-i-publicacao-ans-pdf.</p> <p>BORGES, M. F.; TURRINI, R. N. T. Readmissão em serviço de emergência: perfil de morbidade dos pacientes. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza, v. 12, n.3, p. 453-461, 2011.</p> <p>DIAS, B. M. Readmissão hospitalar como indicador de qualidade. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.</p> <p>FISCHER, C. et al. Is the readmission rate a valid quality Indicator? A review of the evidence. PLoS ONE, v.9, n.11, e112282, 2014.</p> <p>GRUNEIR, A. et al. Unplanned readmissions after hospital discharge among patients identified as being at high risk for readmissions using a validated predictive algorithm. <i>Open medicine: a peer-reviewed, independent, Open access journal</i>. 5 (2), 2001.</p> <p>JENCKS, S. F. et al. Rehospitalizations among patients in the Medicare <i>fee-for-service</i> program. The New England Journal of Medicine, 360 (14): 2009.</p> <p>JOYNT, K. E.; JHA, A. K. Thirty-Day Readmissions — Truth and Consequences. The New England Journal of Medicine, 366 (15), 2012.</p> <p>MOLLY, K. et al. Characteristics of 30-Day All-Cause Hospital Readmissions, 2010-2016. 2019.</p> <p>TSAI, T. C. et al. Variation in surgical-readmission rates and quality of hospital care. The New England Journal of Medicine, 369 (12). 2013.</p> <p>WONG, E. et al. Unplanned readmission rates, length of hospital stay, mortality, and medical cost of ten common medical conditions: a retrospective analysis of Hong Kong hospital data. BMC healthy services research, 11 (149), 2011.</p> <p>KIRBY, S. E. et al. Patient related factors in frequent readmissions: the influence of condition, access to services and patient choice. BMC Health Services Research, v.10, n.6, 2010.</p> <p>KOSSOVSKY, M. P. et al. Comparison between planned and unplanned readmissions to a Department of Internal Medicine. Journal of Clinical Epidemiology, v.52, n.2, p.151-156, 1999.</p> <p>MOREIRA, M. L. Readmissões no sistema de serviços hospitalares no Brasil. 2010. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.</p> <p>NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. Health indicators warehouse. 2012. Disponível em: http://www.healthindicators.gov/App_Resources/Documents/HIW%20Indicator%20List.pdf.</p>

Referências	<p>NEGRINI, R.; FERREIRA, R. D. S.; GUIMARÃES, D. Z. Value-based care in obstetrics: comparison between vaginal birth and caesarean section. BMC Pregnancy Childbirth, 21, 333 (2021). Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12884-021-03798-2</p> <p>NHS, Health; Social Care Information Centre. Compendium of Population Health Indicators. The Health and Social Care Information Centre Crown Copyright. [S. l.]: January, 2015.</p> <p>REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.</p> <p>SOUZA-PINTO, B. et al. Reinternamentos hospitalares em Portugal na última década. Acta Médica Portuguesa, v. 26, n.6, p. 711-720, 2013.</p> <p>VAN WALRAVEN, C. et al. Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. Canadian Medical Association Journal, v. 183, n.7, E391–E402, 2011.</p>
--------------------	---

10. TAXA DE ADMISSÃO DE NEONATOS (PESO ≥ 2,5KG, EXCETO MALFORMAÇÃO) EM UTI NEONATAL POR 1000 NASCIDOS VIVOS

NOME DO INDICADOR	TAXA DE ADMISSÃO DE NEONATOS (PESO ≥ 2,5KG, EXCETO MALFORMAÇÃO) EM UTI NEONATAL POR 1000 NASCIDOS VIVOS (INTERNAÇÃO EM UTI NEONATAL)
Conceito	Avaliação da taxa de admissões de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal), com peso igual ou maior a 2.500g ao nascer, exceto nascidos vivos com malformação “Major”, por mil nascidos vivos, no período considerado.
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{Nº de Admissões em UTI Neonatal (≥2,5kg, exceto malformação)}}{\text{Total de nascidos vivos (≥2,5kg, exceto malformação)}} \times 1.000$
Numerador	<p>Nascidos vivos com peso igual ou maior a 2.500g ao nascer, no período considerado.</p> <p>Crítérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Admissões em UTI de nascidos vivos com malformação “Major”.
Denominador	<p>Total de nascidos vivos com peso igual ou maior a 2.500g ao nascer, considerando o total de Declarações de Nascido Vivo, independentemente do tipo de parto (vaginal ou cesáreo), no período considerado.</p> <p>Crítérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nascidos vivos com malformação “Major”.
Definição dos termos	<p>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.</p> <p>Nascido vivo sem malformação “Major”: nascido vivo que não apresentou malformação grave na ultrassonografia pré-natal ou identificada ao nascimento, que leve à necessidade de suporte ventilatório, cirurgia corretiva, cuidados intensivos imediatos, tais como defeitos graves do sistema nervoso central, cardiopatias, anomalias pulmonares, hérnia diafragmática, onfalocele, gastrosquise, alterações renais ou gastrointestinais e derrames serosos.</p>
Interpretação	<p>O resultado do indicador reflete a taxa de admissão em UTI Neonatal no período de interesse. Valores muito baixos podem denotar restrição no acesso à UTI Neonatal. Já índices muito elevados podem sinalizar condutas clínicas divergentes das evidências científicas, tais como a realização de cesarianas desnecessárias, que podem ampliar o risco de retirada do bebê do útero ainda com maturação incompleta (VILLA et al., 2007; SOUZA et al., 2010; LEAL et al., 2017).</p>

Parâmetros	<p>Na Fase 1 do Movimento Parto Adequado, a taxa de admissão de neonatos (peso\geq2,5Kg, exceto malformação) em UTI Neonatal por 1000 nascidos vivos foi reduzida em 12 dos hospitais participantes, passando de 63 por 1000 nascidos vivos para cerca de 48 por 1000 nascidos vivos (média entre os estabelecimentos), no período de abril/2015 a outubro/2016.</p> <p>Na Fase 2 do Movimento Parto Adequado, a taxa de admissão de neonatos (peso\geq2,5Kg, exceto malformação) em UTI Neonatal por 1000 nascidos vivos nos 108 hospitais participantes passou de 39,8 por 1000 nascidos vivos, em maio de 2017, para 33,6, em maio de 2019 (média entre os estabelecimentos).</p> <p>Estudo realizado em base de dados hospitalar relativa aos anos de 2016 a 2019 (NEGRINI et al., 2021) identificou uma taxa de internação em UTI neonatal entre os recém-nascidos por cesariana de 67 por 1000 nascidos vivos, enquanto nos nascidos por parto vaginal foi de 45 por 1000 nascidos vivos.</p>
Limitações e vieses	<p>Possibilidade de subnotificação dos registros de internação em UTI Neonatal, especialmente nas ocasiões em que é registrada e remunerada conjuntamente com a internação da mãe, para a realização do parto.</p>
Referências	<p>FERRAZ, T. R.; NEVES, E. T. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas: um estudo transversal. Rev Gaúcha Enferm, 32(1):86-92, mar. 2011.</p> <p>KILSZTAJN, S. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. Rev Saúde Pública, 37(3):303-10; 2003. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp.</p> <p>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</p> <p>LEAL, M. D. C.; ESTEVES-PEREIRA, A. P.; NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. Burden of early-term birth on adverse infant outcomes: a population-based cohort study in Brazil 89. BMJ Open, 7:e0177, 2017. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017789</p> <p>TOURINHO; A. B.; REIS, L. B. S. M. Peso ao Nascer: Uma Abordagem Nutricional. Com. Ciências Saúde, 22(4):19-30, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n1_a02_peso_ao_nascer.pdf</p> <p>MUCHA, F.; FRANCO, S. C.; SILVA, G. A. G. Frequência e características maternas e do recém nascido associadas à internação de neonatos em UTI no município de Joinville, Santa Catarina - 2012. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [online], v. 15, n. 2, 2015, p. 201-208. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1519-38292015000200006. Acesso em: 28 jun. 2021.</p> <p>NEGRINI, R.; FERREIRA, R.D. da S.; GUIMARÃES, D. Z. Value-based care in obstetrics: comparison between vaginal birth and caesarean section. BMC Pregnancy Childbirth, 21, 333, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12884-021-03798-2</p>

11. TAXA DE NASCIDOS VIVOS COM APGAR MENOR QUE 7 NO 5º MINUTO DE VIDA

NOME DO INDICADOR	TAXA 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	$= \frac{\text{Nº de nascidos vivos com Apgar} < 7 \text{ no } 5^\circ \text{ minuto de vida}}{\text{total de nascidos vivos}} \times 100$
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	<p>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.</p> <p>Escala do Índice de Apgar para recém-nascidos: 0 a 2 (dificuldade de ordem grave, 3 a 4 (dificuldade de grau moderado), Apgar 5 a 7 (dificuldade leve), Apgar 8 a 10 (ótimas condições).</p>
Interpretação	<p>Este indicador é um importante sinalizador das condições de saúde do recém-nascido, possuindo associação com a morte neonatal.</p> <p>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).</p>
Parâmetros	De acordo com dados informados pelos estabelecimentos privados de saúde no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), independentemente da forma de remuneração do parto (plano privado de saúde, desembolso direto ou SUS), o percentual de nascidos vivos com Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida foi de 0,81% em 2017 (sendo 1,24% nos partos vaginais e 0,62% nos partos cesáreos); de 0,79% em 2018 (sendo 1,19% nos partos vaginais e 0,61% nos partos cesáreos); de 0,80% em 2019 (sendo 1,23% nos partos vaginais e 0,61% nos partos cesáreos); e de 0,80% em 2020 (sendo 1,15% nos partos vaginais e 0,65% nos partos cesáreos) (ANS, 2022).
Limitações e vieses	<p>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.</p> <p>Possibilidade de que o valor do Apgar seja subestimado no parto vaginal e superestimado em bebês nascidos por cesariana MANGANARO et al, 1994).</p>

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Dados e Indicadores do Setor**. Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/painel-de-indicadores-da-atencao-materna-e-neonatal>

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

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, M. D. C.; ESTEVES-PEREIRA, A. P.; NAKAMURA-PEREIRA, M. et al. Burden of early-term birth on adverse infant outcomes: a population-based cohort study in Brazil 89. **BMJ Open**, 7:e0177, 2017. 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**, 54(2):99-102. April. 1994. DOI: 10.1016/0028-2243(94)90245-3. PMID: 8070606. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8070606/>

SCHARDOSIM, J. M. et al. Parâmetros utilizados na avaliação do bem estar do bebê no nascimento. **Av Enferm**, 36(2):197-208, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v36n2/0121-4500-aven-36-02-197.pdf>

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. **Caderno de Atenção à Saúde da Criança Recém-nascido de Risco**. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/opdf1.pdf>

MODELO PARA ENVIO DOS DADOS PARA PROCESSAMENTO DOS MACROINDICADORES

As informações para o cálculo dos macroindicadores ambulatoriais deverão ser coletadas mensalmente nos próprios sistemas internos da operadora. Para os macroindicadores ambulatoriais de pré-natal, deverão ser consideradas as consultas de pré-natal realizadas durante as 42 semanas antes do parto das gestantes que tiveram seus partos realizados nos hospitais/maternidades participantes no período avaliado conforme consta nas fichas técnicas dos indicadores. As gestantes devem ser univocamente identificadas.

Quanto aos macroindicadores hospitalares, as operadoras deverão coletar mensalmente junto aos hospitais/maternidades participantes desta certificação, de acordo com modelo estabelecido nesta seção (tabela 5). Além disso, as operadoras deverão repassar os dados, trimestralmente, à EAS responsável pela sua certificação, de acordo com o modelo estabelecido nesta seção (tabela 6).

Após a recepção dos dados, as EAS deverão reportá-los anualmente à ANS. O envio das informações dos macroindicadores à ANS é obrigatório e seu descumprimento poderá acarretar a perda da certificação. Além disso, durante a auditoria de certificação e as auditorias de manutenção, as EAS deverão verificar os resultados dos macroindicadores processados pela operadora avaliada.

Para o envio das informações deverão ser observadas a proteção de dados pessoais, nos termos da Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

TABELA 5 - PADRÃO DE ENVIO DE INFORMAÇÕES ENTRE HOSPITAL/MATERNIDADE E A OPERADORA:

Nº	DADOS PARA COMPOSIÇÃO DOS MACROINDICADORES		OBSERVAÇÃO
1	CNPJ do prestador de serviços de saúde	Campo numérico, com 14 caracteres	
2	Código do prestador de serviços de saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)	Campo numérico, com 7 caracteres	Previsto no SINASC
3	Registro da operadora na ANS	Campo numérico, com 6 caracteres	Previsto no TISS
4	Data base da informação, com mês e ano da informação	Campo data, com 6 caracteres (mmaaaa)	
5	IDMAE: Identificador único da mãe na operadora. No caso de Gemelar o IDMAE se repete para os recém-nascidos.	Código anonimizado, para envio à OPS.	Código gerado pela operadora
6	Tipo de raça e cor da mãe?	1: Branca; 2: Preta; 3: Amarela; 4: Parda; 5: Indígena 9: Não informado	Previsto no SINASC
7	Tipo de parto?	1: Vaginal; 2: Cesáreo; 9: Ignorado	Previsto no SINASC
8	Cesárea ocorreu antes do início do trabalho de parto?	1: Sim; 2: Não; 3: Não se aplica; 9: Ignorado	Previsto no SINASC
9	Parto Vaginal foi assistido por enfermeiro obstetra ou obstetritz?	1: Sim; 2: Não; 3: Não se aplica; 9: Ignorado	Previsto no SINASC

10	Houve alta da puérpera após a internação para realização do parto?	1: Sim; 2: Não; 9: Ignorado	Previsto no TISS
11	Houve reinternação da puérpera em até 30 dias da primeira alta hospitalar da internação para realização do parto?	1: Sim; 2: Não; 9: Ignorado	Previsto no TISS
12	Nascido vivo com índice de Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida?	1: Sim; 2: Não; 9: Ignorado	Previsto no SINASC
13	Peso do recém-nascido ao nascer?	1: Menor que 2500g; 2: Maior ou igual a 2500g; 9: Ignorado	Previsto no SINASC
14	Nascido vivo com malformação "Major"?	1: Sim; 2: Não; 9: Ignorado	
15	Houve internação do recém-nascido em UTI neonatal?	1: Sim; 2: Não; 9: Ignorado	Previsto no TISS
16	Número de consultas de puerpério realizadas com médico?	1: Nenhuma consulta; 2: 1 consulta; 3: 2 consultas; 4: 3 ou mais consultas; 5: Não se aplica; 6: Ignorado	
17	Número de consultas de puerpério realizadas com enfermeiro obstetra ou obstetritz?	1: Nenhuma consulta; 2: 1 consulta; 3: 2 consultas; 4: 3 ou mais consultas; 5: Não se aplica; 6: Ignorado	

Fonte: ANS (2022).

■ TABELA 6 - PADRÃO DE ENVIO DE INFORMAÇÕES ENTRE A OPERADORA E A ENTIDADE ACREDITADORA EM SAÚDE:

Nº	DADOS PARA COMPOSIÇÃO DOS MACROINDICADORES		OBSERVAÇÃO
1	CNPJ da Entidade Acreditadora em Saúde	Campo numérico, com 14 caracteres	
2	Registro da operadora na ANS	Campo numérico, com 6 caracteres	Previsto no TISS
3	Data base da informação, com mês e ano da informação	Campo data, com 6 caracteres (mmaaaa)	
4	CNPJ do prestador de serviços de saúde	Campo numérico, com 14 caracteres	
5	Código do prestador de serviços de saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)	Campo numérico, com 7 caracteres	Previsto no SINASC
6	IDMAE: Identificador único da mãe na operadora. No caso de Gemelar o IDMAE se repete para os recém-nascidos.	Código anonimizado, para envio à ANS.	Código gerado pela operadora

7	Tipo de raça e cor da mãe?	1: Branca; 2: Preta; 3: Amarela; 4: Parda; 5: Indígena 9: Não informado	Previsto no SINASC
8	Número de consultas de pré-natal realizadas com médico?	1: Nenhuma consulta; 2: 1 a 3 consultas; 3: 4 a 6 consultas; 4: 7 a 9 consultas; 5: 10 ou mais consultas; 6: Não se aplica; 9: Ignorado	Previsto no SINASC
9	Número de consultas de pré-natal realizadas com enfermeiro obstetra ou obstetritz?	1: Nenhuma consulta; 2: 1 a 3 consultas; 3: 4 a 6 consultas; 4: 7 ou mais consultas; 5: Não se aplica; 9: Ignorado	Previsto no SINASC
10	Tipo de parto?	1: Vaginal; 2: Cesáreo; 9: Ignorado	Previsto no SINASC
11	Cesárea ocorreu antes do início do trabalho de parto?	1: Sim; 2: Não; 3: Não se aplica; 9: Ignorado	Previsto no SINASC
12	Parto Vaginal foi assistido por enfermeiro obstetra ou obstetritz?	1: Sim; 2: Não; 3: Não se aplica; 9: Ignorado	Previsto no SINASC
13	Houve alta da puérpera após a internação para realização do parto?	1: Sim; 2: Não; 9: Ignorado	Previsto no TISS
14	Houve reinternação da puérpera em até 30 dias da primeira alta hospitalar da internação para realização do parto?	1: Sim; 2: Não; 9: Ignorado	Previsto no TISS
15	Nascido vivo com índice de Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida?	1: Sim; 2: Não; 9: Ignorado	Previsto no SINASC
16	Peso do recém-nascido ao nascer?	1: Menor que 2500g; 2: Maior ou igual a 2500g; 9: Ignorado	Previsto no SINASC
17	Nascido vivo com malformação “Major”?	1: Sim; 2: Não; 9: Ignorado	
18	Houve internação do recém-nascido em UTI neonatal?	1: Sim; 2: Não; 9: Ignorado	Previsto no TISS
19	Número de consultas de puerpério realizadas com médico?	1: Nenhuma consulta; 2: 1 consulta; 3: 2 consultas; 4: 3 ou mais consultas; 5: Não se aplica; 6: Ignorado	
20	Número de consultas de puerpério realizadas com enfermeiro obstetra ou obstetritz?	1: Nenhuma consulta; 2: 1 consulta; 3: 2 consultas; 4: 3 ou mais consultas; 5: Não se aplica; 6: Ignorado	

Fonte: ANS (2022)

Obs.: Deverão ser enviados os dados relativos aos partos realizados por hospital/maternidade indicado pela operadora como participantes da Certificação.

5.2 Monitoramento do Desempenho dos Serviços de Saúde com Assistência Materna e Neonatal – INDICADORES ASSISTENCIAIS

Segue a lista de indicadores e as respectivas fichas técnicas necessárias para o cumprimento do item de verificação 1.3.3 (complementar).

- Proporção de Partos Vaginais por Grupo da Classificação de Robson;
- Proporção de mulheres com acompanhante no pré-parto, parto ou pós-parto imediato;
- Proporção de recém-nascidos com amamentação exclusiva com leite materno durante toda a internação;
- Taxa de mulheres que necessitaram de transfusão sanguínea nas primeiras 24 horas após o parto;
- Taxa de mortalidade materna; e
- Taxa de mortalidade neonatal (geral, precoce e tardia).

Os indicadores monitorados devem incorporar a variável raça/cor no registro de dados e nas respectivas análises. A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) também deverá ser observada.

FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES ASSISTENCIAIS DE MONITORAMENTO DA CBP-PARTO ADEQUADO

1. PROPORÇÃO DE PARTOS VAGINAIS POR GRUPO DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON

Nome do indicador	Proporção de partos vaginais por Grupo da Classificação de Robson
Conceito	Percentual de partos por via vaginal em cada um dos dez Grupos da Classificação de Robson, em determinado período.
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{Nº de partos vaginais}}{\text{Total de partos (vaginal+cesáreo)}} \times 100$ <p>Estratificar os dados da fórmula, de acordo com a Classificação de Robson, em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo 1 • Grupo 2 • Grupo 3 • Grupo 4 • Grupo 5 • Grupo 6 • Grupo 7 • Grupo 8 • Grupo 9 • Grupo 10 <p>As fórmulas estratificadas se encontram na tabela apresentada na sequência da presente Ficha.</p>
Numerador	<p>Total de partos vaginais no período considerado.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Partos vaginais, dos nascidos vivos. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nascimentos que ocorram fora do hospital/maternidade; • Partos cesáreos; • Abortos.

Denominador	<p>Total de partos, vaginais e cesáreos, realizados no período considerado.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos os partos, cesáreos e vaginais, dos nascidos vivos. <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nascimentos que ocorram fora do hospital/maternidade; • Abortos.
Definição dos termos	<p>Parto vaginal: é o procedimento no qual o concepto nasce por via vaginal.</p> <p>Parto cesáreo: é o procedimento cirúrgico que inclui incisão abdominal para extração do concepto do útero materno.</p>
Interpretação	<p>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.</p> <p>As características obstétricas abrangidas em cada um dos 10 Grupos de Robson são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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: Múltiparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo • Grupo 4: Múltiparas 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 múltiparas 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 múltiparas 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) <p>O Percentual de Partos Vaginais deve ser desagregado nos dez Grupos da Classificação de Robson. A operadora e os hospitais/maternidades de sua rede de atenção à saúde materna e neonatal devem monitorar os resultados e estabelecer metas em separado para cada Grupo de Robson, considerando as características obstétricas de suas populações de gestantes. As análises por parte da operadora e dos hospitais/maternidades de sua rede de atenção à saúde materna e neonatal devem considerar, ainda, aspectos como a distribuição temporal das cesáreas (por exemplo, dia da semana/fim de semana) e taxas específicas do cirurgião/obstetra.</p>

<p>Interpretação</p>	<p>Obs.: Além dos 10 Grupos, a Classificação de Robson contempla também subgrupos, relevantes para as análises a serem empreendidas nos Grupos 2 e 4 (para diferenciar os partos induzidos dos partos cesáreos eletivos) e no Grupo 5 (para diferenciar as gestantes com uma cesárea prévia das gestantes com duas ou mais cesáreas prévias), conforme segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo 2a: Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido • Grupo 2b: Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto • Grupo 4a: Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido • Grupo 4b: Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto • Grupo 5.1: Multíparas com uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas • Grupo 5.2: Multíparas com duas ou mais cesáreas anteriores, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas 																																	
<p>Parâmetros</p>	<p>Os Grupos de Robson 1 e 3 tendem a ser os mais favoráveis para o parto vaginal fisiológico. Os Grupos de Robson 2 e 4 envolvem a indução do trabalho de parto ou a realização de cesárea antes do início do trabalho de parto. Assim, a prática clínica baseada em evidências tende a reduzir a proporção dos Grupos de Robson 2 e 4 entre o total de gestantes. Já os Grupos de Robson 6 a 10 possuem menores chances de parto vaginal.</p> <p>De acordo com dados informados pelos estabelecimentos privados de saúde no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), independentemente da forma de remuneração do parto (plano privado de saúde, desembolso direto ou SUS), o percentual de partos cesáreos e vaginais nos Grupos de Robson, em 2020 (ANS, 2022), foi:</p> <p>TABELA 7 - PERCENTUAL DE PARTOS (VAGINAL OU CESÁREO) POR GRUPO DE ROBSON.</p> <table border="1" data-bbox="368 1099 1114 1693"> <thead> <tr> <th>GRUPO DE ROBSON</th> <th>PARTO CESÁREO</th> <th>PARTO VAGINAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>55,13%</td> <td>44,87%</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>80,45%</td> <td>19,55%</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>27,30%</td> <td>72,70%</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>58,84%</td> <td>41,16%</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>90,83%</td> <td>9,17%</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>94,46%</td> <td>5,54%</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>92,49%</td> <td>7,51%</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>90,31%</td> <td>9,69%</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>97,58%</td> <td>2,42%</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>66,13%</td> <td>33,87%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fonte: SINASC/MS, 2020 (Dados de estabelecimentos privados de saúde, independente da forma de remuneração do parto: plano de saúde, SUS e desembolso direto)</p>	GRUPO DE ROBSON	PARTO CESÁREO	PARTO VAGINAL	1	55,13%	44,87%	2	80,45%	19,55%	3	27,30%	72,70%	4	58,84%	41,16%	5	90,83%	9,17%	6	94,46%	5,54%	7	92,49%	7,51%	8	90,31%	9,69%	9	97,58%	2,42%	10	66,13%	33,87%
GRUPO DE ROBSON	PARTO CESÁREO	PARTO VAGINAL																																
1	55,13%	44,87%																																
2	80,45%	19,55%																																
3	27,30%	72,70%																																
4	58,84%	41,16%																																
5	90,83%	9,17%																																
6	94,46%	5,54%																																
7	92,49%	7,51%																																
8	90,31%	9,69%																																
9	97,58%	2,42%																																
10	66,13%	33,87%																																
<p>Limitações e vieses</p>	<p>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).</p>																																	

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Ficha Técnica** - Indicadores do Programa de Qualificação de Operadoras 2021. Ano base 2020. Disponível em: <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>

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Dados e Indicadores do Setor. Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/painel-de-indicadores-da-atencao-materna-e-neonatal>

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**, 9(6): e97769, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA. Fundação Oswaldo Cruz. **Classificação de Robson**. Eixo: Atenção às Mulheres. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/29751/2/CLASSIFICA%C3%87%C3%83O%20DE%20ROBSON.pdf>

LEAL, M. C. 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**, 13(Suppl 3):128, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Robson Classification: Implementation Manual. Geneva: World Health Organization; 2017. **Licence**: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <http://apps.who.int/iris>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **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**, 6(1): e14566, 2011.

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**, 3: e260–70, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Robson Classification**: Implementation Manual. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259512/9789241513197-eng.pdf?sequence=1>

Fórmulas dos cálculos que deverão ser consideradas para as estratificações do indicador:

GRUPO DE ROBSON	FÓRMULA DE CÁLCULO
1	$= \frac{\text{Nº de partos vaginais em gestantes do Grupo 1}}{\text{total de partos (vaginal+cesáreo) em gestantes do Grupo 1}} \times 100$
2	$= \frac{\text{Nº de partos vaginais em gestantes do Grupo 2}}{\text{total de partos (vaginal+cesáreo) em gestantes do Grupo 2}} \times 100$
3	$= \frac{\text{Nº de partos vaginais em gestantes do Grupo 3}}{\text{total de partos (vaginal+cesáreo) em gestantes do Grupo 3}} \times 100$

4	=	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de partos vaginais em gestantes do Grupo 4}}{\text{total de partos (vaginal+cesáreo) em gestantes do Grupo 4}} \times 100$
5	=	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de partos vaginais em gestantes do Grupo 5}}{\text{total de partos (vaginal+cesáreo) em gestantes do Grupo 5}} \times 100$
6	=	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de partos vaginais em gestantes do Grupo 6}}{\text{total de partos (vaginal+cesáreo) em gestantes do Grupo 6}} \times 100$
7	=	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de partos vaginais em gestantes do Grupo 7}}{\text{total de partos (vaginal+cesáreo) em gestantes do Grupo 7}} \times 100$
8	=	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de partos vaginais em gestantes do Grupo 8}}{\text{total de partos (vaginal+cesáreo) em gestantes do Grupo 8}} \times 100$
9	=	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de partos vaginais em gestantes do Grupo 9}}{\text{total de partos (vaginal+cesáreo) em gestantes do Grupo 9}} \times 100$
10	=	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de partos vaginais em gestantes do Grupo 10}}{\text{total de partos (vaginal+cesáreo) em gestantes do Grupo 10}} \times 100$

CARACTERÍSTICAS DOS GRUPOS E SUBGRUPOS DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON

Por meio da Classificação de Robson, as gestantes são classificadas em um Grupo dentre os dez Grupos que compõem a Classificação, criados a partir de cinco características obstétricas que são colhidas de rotina em serviços com assistência ao parto e nascimento:

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

A seguir, na figura 4, a representação gráfica dos dez Grupos da Classificação de Robson:

■ FIGURA 4: REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE ROBSON.



Fonte: OMS, 2015

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15_02_por.pdf?jsessionid=78E8BB24A6F52B1FBD5AB4D32AE43ECF7?sequence=3

Fonte: OMS (2015)

No quadro 7, que segue, são correlacionadas as características obstétricas de cada um dos dez grupos da Classificação de Robson.

■ QUADRO 7 - CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DOS GRUPOS DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON.

GRUPO	IDADE GESTACIONAL	NÚMERO DE FETOS	APRESENTAÇÃO	PARIDADE	CESÁREA PRÉVIA	INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO
1	Termo	Único	Cefálica	Nulípara	Não	Espontâneo
2	Termo	Único	Cefálica	Nulípara	Não	Induzido ou CS eletiva
3	Termo	Único	Cefálica	Múltipara	Não	Espontâneo
4	Termo	Único	Cefálica	Múltipara	Não	Induzido ou CS eletiva

GRUPO	IDADE GESTACIONAL	NÚMERO DE FETOS	APRESENTAÇÃO	PARIDADE	CESÁREA PRÉVIA	INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO
5	Termo	Único	Cefálica	Multípara	Sim	Independente
6	Independente	Único	Pélvica	Nulípara	Não	Independente
7	Independente	Único	Pélvica	Multípara	Independente	Independente
8	Independente	Múltiplo	Independente	Independente	Independente	Independente
9	Independente	Único	Transversa	Independente	Independente	Independente
10	Pré-termo	Único	Cefálica	Independente	Independente	Independente

Fonte: IFF (2018)

Além dos dez Grupos de Robson, foram estabelecidos também subgrupos, relevantes para as análises a serem empreendidas nos Grupos 2 e 4 (para diferenciar os partos induzidos dos partos cesáreos eletivos) e no Grupo 5 (para diferenciar as gestantes com uma cesárea prévia das gestantes com duas ou mais cesáreas prévias), conforme segue no quadro 8:

■ QUADRO 8 - CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DOS SUBGRUPOS DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON.

GRUPO	IDADE GESTACIONAL	NÚMERO DE FETOS	APRESENTAÇÃO	PARIDADE	CESÁREA PRÉVIA	INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO
2a	Termo	Único	Cefálica	Nulípara	Não	Induzido
2b	Termo	Único	Cefálica	Nulípara	Não	CS eletiva
4a	Termo	Único	Cefálica	Multípara	Não	Induzido
4b	Termo	Único	Cefálica	Multípara	Não	CS eletiva
5.1	Termo	Único	Cefálica	Multípara	Sim (1)	Independente
5.2	Termo	Único	Cefálica	Multípara	Sim (≥ 2)	Independente

Fonte: IFF (2018)

Na sequência, é apresentado um modelo (tabela 8) e um exemplo de utilização da “Planilha” ou “Tabela” da Classificação de Robson, com os dados do Estudo Nascer no Brasil (2011-2012) (tabela 9).

■ TABELA 8 - MODELO PADRÃO PARA REGISTRO DOS DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON

GRUPO	NÚMERO DE CESÁREA NO GRUPO	NÚMERO DE PARTOS NO GRUPO	TAMANHO DO GRUPO (%)	TAXA DE CESÁREA DO GRUPO (%)	CONTRIBUIÇÃO ABSOLUTA PARA TAXA DE CESÁREA (%)	CONTRIBUIÇÃO RELATIVA PARA A TAXA DE CESÁREA (%)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
TOTAL	Número total de cesáreas	Número total de partos	100%	Taxa global de cesárea	Taxa global de cesárea	100%

Fonte: IFF (2018)

■ TABELA 9 – EXEMPLO DE REGISTRO DA CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON (ESTUDO NASCER NO BRASIL, 2011-2012)

GRUPO	NÚMERO DE CESÁREA NO GRUPO	NÚMERO DE PARTOS NO GRUPO	TAMANHO DO GRUPO (%)	TAXA DE CESÁREA DO GRUPO (%)	CONTRIBUIÇÃO ABSOLUTA PARA TAXA DE CESÁREA (%)	CONTRIBUIÇÃO RELATIVA PARA A TAXA DE CESÁREA (%)
1	848	4.330	18,1	19,6	3,5	6,8
2	4.169	4.988	20,9	83,6	17,4	33,6
3	264	4.775	20,0	5,5	1,1	2,1
4	1.028	1.685	7,1	61,0	4,3	8,3

GRUPO	NÚMERO DE CESÁREA NO GRUPO	NÚMERO DE PARTOS NO GRUPO	TAMANHO DO GRUPO (%)	TAXA DE CESÁREA DO GRUPO (%)	CONTRIBUIÇÃO ABSOLUTA PARA TAXA DE CESÁREA (%)	CONTRIBUIÇÃO RELATIVA PARA A TAXA DE CESÁREA (%)
5	3.816	4.562	19,1	83,6	16,0	30,8
6	409	425	1,8	96,2	1,7	3,3
7	338	399	1,7	84,7	1,4	2,7
8	240	283	1,2	84,8	1,0	1,9
9	114	114	0,5	100,0	0,5	0,9
10	1.166	2.326	9,7	50,1	4,9	9,4
X	3	7	0,0	42,9	0,0	0,0
TOTAL	12.395	23.894	100%	51,9	51,9	100%

Fonte: IFF (2018)

Fonte: 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>

Fórmulas de cálculo dos percentuais da tabela:

- Tamanho do grupo (%) = número de partos do grupo / número total de partos x 100
- Taxa de cesáreas do grupo (%) = número de cesáreas do grupo / número de partos do grupo x 100
- Contribuição absoluta para taxa de cesárea (%) = número de cesáreas do grupo / número total de partos x 100
- Contribuição relativa para taxa de cesárea (%) = número de cesáreas do grupo / número total de cesáreas x 100

2. PROPORÇÃO DE MULHERES COM ACOMPANHANTE NO PRÉ-PARTO, PARTO OU PÓS-PARTO IMEDIATO

NOME DO INDICADOR	PROPORÇÃO DE MULHERES COM ACOMPANHANTE NO PRÉ-PARTO, PARTO OU PÓS-PARTO IMEDIATO
Conceito	Percentual de mulheres que tiveram acompanhante durante o pré-parto, parto e/ou pós-parto imediato, no período considerado.
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{Nº de mulheres com acompanhante no pré-parto, parto ou pós-parto}}{\text{Total de gestantes que tiveram parto}} \times 100$
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.
Referência	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal . Fichas dos Indicadores. Disponível em: 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 (Brasil). Central de Atendimento. O plano de saúde deve cobrir acompanhante no hospital para a gestante? Disponível em: http://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=pergunta&resposta=265&historico=20645563 AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Resolução Normativa 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: 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/111108.htm

Referência	<p>DINIZ, C. S. G.; D'ORSI, E.; DOMINGUES, R. M. S. M.; TORRES, J.A.; DIAS, M. A. B.; SCHNEK, C. A. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. Cad Saúde Pública [Internet], 30(Supl):S140-53, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0140.pdf</p> <p>DODOU, et al. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. Esc Anna Nery, 18(2):262-269, 2014. https://www.scielo.br/j/ean/a/4h4kSrYGq9VzZxnZzFHpDQw/?lang=pt&format=pdf</p> <p>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.</p>
------------	--

3. PROPORÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS COM AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA COM LEITE MATERNO DURANTE TODA A INTERNAÇÃO

NOME DO INDICADOR	PROPORÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS COM AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA COM LEITE MATERNO DURANTE TODA A INTERNAÇÃO
Conceito	Percentual de recém-nascidos que tiveram a amamentação com leite materno como via exclusiva de alimentação durante todo o período de internação hospitalar, desde o parto até a alta hospitalar.
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{Nº de recém-nascidos com amamentação exclusiva com leite materno durante toda a internação}}{\text{Total de nascidos vivos}} \times 100$
Numerador	<p>Número de recém-nascidos com amamentação exclusiva com leite materno durante toda a internação.</p> <p>Critérios de exclusão: Devem ser excluídos do cálculo os recém-nascidos que apresentem pelo menos uma das seguintes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • idade gestacional estimada ao nascer menor que 37 semanas; • diagnóstico de galactosemia; • sujeitos à nutrição parenteral; • internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou em algum outro tipo de leito complementar em função de necessidade de assistência contínua; e • tempo de internação superior a 120 dias.
Denominador	<p>Total de nascidos vivos no período considerado.</p> <p>Critérios de exclusão: Devem ser excluídos do cálculo os recém-nascidos que apresentem pelo menos uma das seguintes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • idade gestacional estimada ao nascer menor que 37 semanas; • diagnóstico de galactosemia; • sujeitos à nutrição parenteral; • internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou em algum outro tipo de leito complementar em função de necessidade de assistência contínua; e • tempo de internação superior a 120 dias.

Definição dos termos	<p>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.</p>
Interpretação	<p>Apesar do tempo de internação do neonato após o parto comumente ser curto, os eventos que ocorrem durante este tempo têm efeitos duradouros (CDC, 2020). Os primeiros dias após o parto são essenciais para o êxito da amamentação, contribuindo também para um tempo mais prolongado de amamentação (PETROVA et al., 2007; BRASIL, 2012; COHEN et al., 2018). A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o início da amamentação imediatamente após o nascimento, no momento do contato pele a pele (WHO, 2008). O início do aleitamento materno já na primeira hora de vida apresenta associação com menor mortalidade neonatal, maior período de amamentação, melhor interação mãe-bebê e menor risco de hemorragia materna (MULLANY et al., 2007; WHO, 2008).</p> <p>Além de nutrir o recém-nascido, a amamentação apresenta diversos efeitos relevantes e positivos em curto, médio e longo prazos. A amamentação favorece o vínculo afetivo entre mãe e filho e tem repercussões na defesa do recém-nascido às infecções, em sua fisiologia e em seu desenvolvimento cognitivo e emocional (BRASIL, 2012).</p> <p>A OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) consideram a taxa de aleitamento materno exclusivo durante a internação um indicador prioritário para a avaliação da qualidade hospitalar, uma vez que o aleitamento materno deve ser a norma em todos os hospitais que prestam atenção materna e neonatal (WHO e UNICEF, 2018). O registro pelo hospital de informações relativas ao aleitamento materno exclusivo durante a internação é um critério adotado internacionalmente para fins de acreditação (JOINT COMMISSION, 2018; 2019).</p>
Parâmetros	<p>Pesquisa sobre prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal mostrou um comportamento heterogêneo dos principais indicadores do aleitamento materno entre as regiões do país. O referido estudo identificou melhora progressiva da situação do aleitamento materno, mas desempenho ainda aquém das recomendações da Organização Mundial da Saúde. Dentre as crianças analisadas, 67,7% mamaram na primeira hora de vida (com variação de 58,5% em Salvador/BA a 83,5% em São Luís/MA) (BRASIL, 2009; VENANCIO et al., 2010).</p> <p>Resultados preliminares do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (Enani) do Ministério da Saúde, apontam que nas crianças menores de quatro meses, o índice de amamentação exclusiva é de 60% (BRASIL, 2020).</p> <p>No que se refere especificamente ao aleitamento durante a internação relativa ao parto, a perspectiva é que todos os recém-nascidos que possuam condições clínicas tenham o leite materno como fonte exclusiva de nutrição.</p>
Limitações e vieses	<p>O indicador pode ser influenciado pela forma de registro da amamentação exclusiva com leite materno durante toda a internação, devendo, se necessário, ser estabelecida sistemática para registro da informação no âmbito da rede assistencial da operadora.</p>

Referências

BICALHO-MANCINI, PG. VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática. **Jornal de Pediatria** [online], v. 80, n. 3, pp. 241-248, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A importância da amamentação até os seis meses**. Disponível em: <https://saudebrasil.saude.gov.br/eu-queru-me-alimentar-melhor/a-importancia-do-leite-materno-nos-primeiros-seis-meses-da-crianca>. Acesso em: 4 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 4 v. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Pesquisa inédita revela que índices de amamentação cresceram no Brasil**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/9416>. Acesso em: 5 ago. 2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Breastfeeding trends and updated national health objectives for exclusive breastfeeding—United States birth years 2000–2004. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, 56(30), 760-763, August,3. 2007.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Maternity Practices in Infant Nutrition and Care (mPINC)** Survey. Disponível em: <https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/mpinc/index.htm>

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Supporting Evidence: Maternity Care Practices**. 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/mpinc/supporting-evidence.html>

COHEN, S.S.; ALEXANDER, D. D.; KREBS, N.F.; YOUNG, B. E.; CABANA, M. D; ERDMANN, P.; HAYS, N.P.; BEZOLD, C. P.; LEVIN-SPARENBERG, E.; TURINI, M.; SAAVEDRA, J. M. Fatores associados à iniciação e continuação do aleitamento materno: Uma meta-análise. **J Pediatr**, 203:190-196.e21, dez. 2018.

JOINT COMMISSION. National Perinatal Information Center. **Perinatal Care (PC) Core Measures: Updates for Fall 2019**. https://www.npic.org/wp-content/uploads/2019/10/PC_Measure_Updates2019_Slides.pdf

JOINT COMMISSION. **Perinatal Care (PC)**. PC-05. Specifications Manual for Joint Commission National Quality Measures, 2018 (v2018B1)

KRAMER, M. S., KAKUMA, R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, (1), 2002. DOI: 10.1002/14651858.CD003517.

MULLANY, L. C. et al. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in southern Nepal. **J. Nutr., Philadelphia**, v. 138, n. 3, p. 599-603, 2007.

PETROVA, A., HEGYI, T., MEHTA, R. Maternal race/ethnicity and one-month exclusive breastfeeding in association with the in-hospital feeding modality. **Breastfeeding Medicine**, 2(2), 92-98, 2007.

SALDAN, Paula Chuproski **et al**. Práticas de aleitamento materno de crianças menores de dois anos de idade com base em indicadores da Organização Mundial da Saúde. **Revista de Nutrição** [online], v. 28, n. 4, pp. 409-420, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-52732015000400007>.

Referências	SHEALY, K. R., LI, R., BENTON-DAVIS, S. et al. The CDC guide to breastfeeding interventions . Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, CDC. 2005. Disponível em: http://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/breastfeeding_interventions.pdf
	SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Nutrição . Aleitamento Materno. Disponível em: https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/nutricao/aleitamento-materno/
	TAVERAS, E. M., LI, R., Grummer-Strawn, L. et al. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. Pediatrics , 113(4), e283-e290, 2004.
	VENANCIO, SI. et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. Jornal de Pediatria [online]. 2010, v. 86, n. 4, pp. 317-324. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0021-75572010000400012 .
	WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) AND THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-Friendly Hospital Initiative - Implementation Guidance , 2018.
WORLD HEALTH ORGANIZATION. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November . Washington, D. C., 2008.	

4. TAXA DE MULHERES QUE NECESSITARAM DE TRANSFUÇÃO SANGUÍNEA NAS PRIMEIRAS 24 HORAS APÓS O PARTO

NOME DO INDICADOR	TAXA DE MULHERES QUE NECESSITARAM DE TRANSFUÇÃO SANGUÍNEA NAS PRIMEIRAS 24 HORAS APÓS O PARTO
Conceito	Mulheres que necessitaram de transfusão sanguínea nas primeiras 24 horas após a realização do parto, sem indicação prévia de transfusão (doença hematológica, anemia grave), no período considerado
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{Nº de mulheres que necessitaram de transfusão sanguínea}}{\text{Total de gestantes que tiveram parto}} \times 1.000$
Numerador	Número de mulheres que necessitaram de transfusão sanguínea, no período considerado. Inclusões: <ul style="list-style-type: none"> Mulheres que receberam transfusão sanguínea nas primeiras 24 horas após o parto. Exclusões: <ul style="list-style-type: none"> Indicação prévia de transfusão (doença hematológica, anemia grave).
Denominador	Total de gestantes que tiveram parto, no período considerado.

<p>Interpretação</p>	<p>Permite estimar a proporção de mulheres que precisaram receber transfusão de sangue, como consequência de episódios de hemorragia pós-parto. A hemorragia pós-parto é uma complicação com risco de vida, representando uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna (WARKUS et al., 2005; GELLER et al., 2006).</p> <p>Além da possível necessidade de transfusão sanguínea, algumas das consequências da perda de sangue significativa são: anemia; falha ou atraso na lactação; choque hipovolêmico; histerectomia; maior tempo de internação; coagulopatias; insuficiência renal; coma; morte materna e/ou fetal (ANDERSON et al., 2000; OPAS, 2018).</p> <p>Algumas das principais causas de hemorragia pós-parto são atonia uterina; lacerações, hematomas, inversão e rotura uterina; retenção de tecido placentário, coágulos, acretismo placentário; coagulopatias congênitas ou adquiridas e uso de medicamentos anticoagulantes (OPAS, 2018).</p> <p>A hemorragia, em seus diferentes graus, está presente no processo do parto, sendo por isso fundamental que a equipe assistencial esteja capacitada para a prevenção, reconhecimento e tratamento da hemorragia pós-parto, com a adoção consistente de estratégias de classificação de riscos e diretrizes clínicas (MCLINTOCK, 2005; PROQUALIS, 2014).</p> <p>É necessário identificar os fatores de risco para hemorragia pós-parto no decorrer de todo o processo de cuidado, mediante anamnese detalhada, abordando histórico de morbidades, uso de medicamentos e antecedentes gineco-obstétricos. Tal abordagem deve ser realizada durante o pré-natal e ao menos na oportunidade de admissão da gestante e no trabalho de parto (OPAS, 2018).</p> <p>As medidas de prevenção da hemorragia pós-parto devem ser incorporadas na rotina de todos os profissionais que assistem pacientes em trabalho de parto, como o uso da ocitocina após o parto (OPAS, 2018).</p>
<p>Parâmetros</p>	<p>A hemorragia pós-parto é uma das principais causas de mortalidade e morbidade materna no mundo. No Brasil ela ocupa a segunda causa de morte materna, perdendo apenas para os distúrbios hipertensivos. No mundo, ocorrem 14 milhões de casos de hemorragia pós-parto todos os anos. Desse grupo, 140 mil mulheres morrem por causa da hemorragia obstétrica (OPAS, 2018).</p> <p>A literatura específica aponta resultados bastante diversos quanto à necessidade de transfusão de sangue após o parto, considerando não somente os diferentes contextos demográficos e socioeconômicos, mas também os distintos métodos, critérios e padrões utilizados para o registro da informação. De todo modo, é possível identificar um conjunto de estudos realizados em diferentes países, como Brasil, Irlanda, Estados Unidos da América e Japão, que relatam uma necessidade de transfusão em cerca de 1 a 2% dos partos (BRASIL, 2017; GREENE et al., 2021; SONDGERTH et al., 2019; FUNAKI et al., 2020).</p>
<p>Limitações e vieses</p>	<p>O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da atenção ao parto e nascimento.</p> <p>O indicador pode ser influenciado pela forma de registro da transfusão sanguínea nas informações trocadas entre prestadores e operadoras na internação para o parto.</p>

Referências

ANDERSON, J.; ETCHES, D.; SMITH, D. **Postpartum haemorrhage**: Third stage emergency, Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO) Course Syllabus, Chpt J, 4th Ed. American Academy of Family Physicians, Kansas. 2000.

AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE 2014. **National core maternity indicators—stage 2 report**: 2007–2011. Cat. no. PER 68. Canberra: AIHW. Disponível em: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/279d0a95-28fa-4faa-8716-40f5de1d4058/18323.pdf.aspx?inline=true>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

CENTRO COLABORADOR PARA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE - PROQUALIS/Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde/ Fundação Oswaldo Cruz – ICICT/Fiocruz, 2014. **Taxa de mulheres que apresentaram perda de sangue \geq 1000 ml nas primeiras 24 horas após um parto vaginal.**

FUNAKI, S.; OGAWA, K.; OZAWA, N. et al. Differences in pregnancy complications and outcomes by fetal gender among Japanese women: a multicenter cross-sectional study. **Sci Rep** 10, 18810 (2020). Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-75969-8>.

GELLER, S. E.; ADAMS, M. G., KELLY, P. J., KODKANY, B. S.; DERMAN, R. J. Postpartum haemorrhage in resource-poor settings, **Int. J Gynaecol Obstet**, v. 92(3):202-211. Mar. 2006 E-book

GREENE, R. A.; MCKERNAN, J.; MANNING, E. et al. Major obstetric haemorrhage: Incidence, management and quality of care in Irish maternity units. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, 257 (2021) 114–120. Disponível em: <https://www.ejog.org/action/showPdf?pii=S0301-2115%2820%2930805-8>

MCLINTOCK, C. Postpartum haemorrhage, **Thromb Res.**, Vv. 115, Suppl. 1, pp: 65-68, Feb. 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica**. Brasília, DF: OPAS; 2018.

SONDGEROTH, K. E.; WAN, L.; RAMPERSAD, M. P. H. R. M.; STOUT, M. J.; MACONES, M. G. A.; CAHILL, M. A. G. et al. Risk of Maternal Morbidity with Increasing Number of Cesareans. SMFM Fellowship Series Article. **Am J Perinatol**, 36:346–351, 2019.

WARKUS, T.; DENYS, A.; HOHFELD, P.; GERBER, S. Management of postpartum haemorrhage, **Rev Med Suisse**, 1(40): 2600-4, Nov 9. 2005.

WOMEN'S HOSPITALS AUSTRALASIA. Supporting **Excellence in Maternity Care**: The Core Maternity Indicators Project. [online]. Published by Women's Hospitals Australasia. Australian; January 2007.

5. TAXA DE MORTALIDADE MATERNA

NOME DO INDICADOR	TAXA DE MORTALIDADE MATERNA
Conceito	Número de óbitos de mulheres por causas ligadas à gravidez, parto e puerpério, perante o total de gestantes, no período considerado.
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{Nº de óbitos configurados como morte materna}}{\text{Total de gestantes}} \times 100.000$
Numerador	Número de mortes maternas, no período considerado.
Denominador	Total de gestantes no período considerado.
Definição dos termos	<p>Morte materna: “morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais” (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão - CID-10).</p>
Interpretação	<p>Estima os episódios de óbitos femininos, ocorridos durante a gestação até 42 dias após o término da gravidez, atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério, por 100.000 gestantes, no período considerado.</p> <p>Reflete, de modo geral, condições relacionadas à saúde da mãe e à qualidade da atenção à saúde da mulher, desde o planejamento familiar e a assistência pré-natal, até a assistência ao parto e ao puerpério.</p> <p>Toda ocorrência de óbito materno deve ser investigada mediante a coleta de dados em várias fontes que, depois de reunidos, favoreçam a possibilidade de identificar medidas para evitar a ocorrência de novos casos (ANVISA, 2014; BRASIL, 2020).</p> <p>As principais causas de mortes maternas são as denominadas causas obstétricas diretas, ou seja, complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de alguma dessas causas. Entre as principais causas obstétricas diretas estão a hipertensão, hemorragia, infecção puerperal e aborto. Por sua vez, as causas obstétricas indiretas decorrem de doenças pré-existentes à gestação ou que se desenvolveram nesse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Entre as causas obstétricas indiretas destacam-se: doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e doenças infecciosas e parasitárias maternas (BRASIL, 2020).</p>

<p>Parâmetros</p>	<p>A mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos no ano de 2019 foi de 7,5 no Canadá; de 5,3 na Holanda; de 3,7 no Japão; e de 3,2 na Alemanha. Nos Estados Unidos da América a mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos no ano de 2018 foi de 17,4 (OECD, 2021). No Brasil a mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos foi de 59,1 óbitos em 2018, resultado distante da meta firmada com a Organização das Nações Unidas (ONU). De acordo com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), a meta era reduzir a mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos para 35, até 2015. Para 2030, a meta é reduzir para 30 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2020; IBGE, 2021).</p> <p>Mulheres de raça/cor preta e parda totalizaram 65% dos óbitos maternos no Brasil no ano de 2018, enquanto mulheres que não vivem em união conjugal representaram 50% dessas mortes (BRASIL, 2020).</p> <p>A COVID-19 impactou a mortalidade materna no Brasil, com a identificação de 462 mortes maternas em decorrência de complicações causadas pelo coronavírus no ano de 2020. Em 2021 a situação foi agravada, com 1.204 óbitos maternos entre 1 de janeiro e 14 de julho (OOBr COVID-19, 2021).</p> <p>Entre os 118 hospitais integrantes da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) a mortalidade materna a cada 100.000 mulheres foi de 25,86 em 2017; 19,71 em 2018 e 17,96 em 2019. Em 2020, com o impacto decorrente da pandemia da COVID-19, a mortalidade materna a cada 100.000 mulheres neste conjunto de hospitais foi de 28,80 e, em 2021, de 26,89 (ANAHP, 2022).</p>
<p>Limitações e vieses</p>	<p>Exige conhecimento preciso das definições de morte materna e das circunstâncias em que ocorrem os óbitos, para que sejam classificados corretamente (OPAS, 2008; WORLD BANK, 2021). As interpretações dos resultados devem levar em consideração que se trata de um evento considerado raro e que a sua ocorrência pode ocasionar flutuações extremas das taxas e proporções em pequenas populações.</p> <p>A taxa de mortalidade é influenciada por diferentes fatores, como a complexidade dos serviços disponibilizados pela instituição e pelas características dos pacientes atendidos, por exemplo. Aspectos metodológicos, como o nível de agregação e a não padronização entre instituições interferem na possibilidade de eventual comparação entre estabelecimentos (TRAVASSOS; NORONHA; MARTINS, 1999; MACHADO; MARTINS; MARTINS, 2013).</p>
<p>Referências</p>	<p>AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade. Brasília, DF: ANVISA, 2014. 103 p.: il. (Tecnologia em serviços de saúde) ISBN: 978-85-88233-45-4</p> <p>AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Serviços de Saúde. Coefficiente de mortalidade materna. Avaliação em Serviços de Saúde. Indicadores. Disponível em: https://www.anvisa.gov.br/servicosade/avalia/indicadores/cmm.htm</p> <p>ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (Brasil). Observatório 2021. Publicação anual – edição 13. Disponível em: https://conteudo.anahp.com.br/observatorio-2021.</p> <p>ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. Observatório 2022. Publicação anual – edição 14. Disponível em: https://conteudo.anahp.com.br/observatorio-2022.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2019: uma Análise da Situação de Saúde com Enfoque nas Doenças Imunopreveníveis e na Imunização. Brasília, DF: 2019.</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico, v. 51, n. 20. Brasília, DF: 2020.</p> <p>INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Objetivo 3 - Saúde e Bem-Estar. Indicador 3.1.1 - Razão de mortalidade materna. Disponível em: https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador311</p>

Referências	MACHADO, J. P.; MARTINS, A. C. M.; MARTINS, M. S. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. In: Cadernos de Saúde Pública , Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1063-1082, 2013.
	RODRIGUES, A.; LACERDA, L.; Observatório Obstétrico Brasileiro COVID-19 (OOb Covid-19). Brazilian Obstetric Observatory' arXiv preprint arXiv:2105.06534 , 2021. Disponível em: https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br/
	ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. OECD.Stat. Health Status . Maternal and infant mortality. Disponível em: https://stats.oecd.org/
	ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Rede Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa . – 2. ed. – Brasília, DF: 2008. Disponível em; http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf
	TRAVASSOS, C.; NORONHA, J. C.; MARTINS, M. Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade: uma revisão. In: Ciência & Saúde Coletiva , Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 367-381, 1999.
WORLD BANK. DataBank . World Development Indicators. Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births) Data (worldbank.org). Disponível em: https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT	

6. TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL (GERAL, PRECOCE E TARDIA)

NOME DO INDICADOR	TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL (GERAL, PRECOCE E TARDIA)
Conceito	Número de óbitos de neonatos, por mil nascidos vivos, no período considerado.
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{Nº de óbitos de neonatos}}{\text{Total de nascidos vivos}} \times 1.000$ <p>Estratificar os dados da fórmula em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neonatal (0 a 27 dias de idade); • Neonatal precoce (0 a 6 dias de idade); e • Neonatal tardia (7 a 27 dias de idade). <p>As fórmulas estratificadas se encontram na sequência da presente Ficha.</p>
Numerador	Número de óbitos de recém-nascidos, no período de interesse.
Denominador	Total de nascidos vivos, no período de interesse.
Definição dos termos	<p>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.</p> <p>Recém-nascido / Neonato: nascido vivo com 0 a 27 dias de idade.</p>

Interpretação	<p>Possibilita estimar o risco de morte de um recém-nascido. Reflete, de modo geral, condições relacionadas à saúde da mãe e ao processo gestacional, bem como a adequada realização do pré-natal, a assistência ao parto e o cuidado ao recém-nascido.</p> <p>Quanto mais próximo o óbito do momento do nascimento, maior a influência no desfecho das condições de nascimento (em especial peso ao nascer e idade gestacional) e da assistência neonatal (UFSC, 2010).</p> <p>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), baixo peso ao nascer, fatores de risco maternos, malformações congênitas, hipotermia, infecções específicas do período perinatal e asfixia. Assim, a mortalidade neonatal é determinada por diversos fatores, contudo, parte importante dos índices de mortalidade neonatal está vinculada a causas preveníveis e evitáveis (BERQUÓ; GARCIA; LAGO, 2008; BRASIL, 2009; LANSKY et al., 2014; YISMAW; TAREKEGN, 2018; SILVA et al., 2019).</p> <p>Estudo que analisou a tendência da mortalidade neonatal no Brasil de 2007 a 2017 verificou tendência crescente dos óbitos neonatais entre neonatos pré-termos, com extremo baixo peso, nascidos de parto cesáreo, filhos de mães com idade superior a 30 anos e escolaridade superior a oito anos de estudo. No que se refere às causas de morte, foi identificada tendência crescente dos óbitos por malformações congênitas, doenças infecciosas, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e causas externas (BERNARDINO et al., 2021).</p>
Parâmetros	<p>No Brasil, a mortalidade neonatal precoce por 1000 nascidos vivos foi estimada em 7,2 e a mortalidade neonatal tardia em 2,3, totalizando uma mortalidade neonatal de 9,5, no ano de 2017 (BERNARDINO et al., 2021; IBGE, 2021).</p> <p>Em 2018, a mortalidade neonatal no país foi de 9,15 por 1000 nascidos vivos, sendo 6,86 a mortalidade neonatal precoce e 2,29 a mortalidade neonatal tardia (BRASIL, 2021; IBGE, 2021).</p> <p>No ano de 2019, a mortalidade neonatal no Brasil foi de 7,9 por 1000 nascidos vivos, enquanto no Canadá foi de 3,3; no Reino Unido, de 2,8; na Holanda, de 2,7; na Alemanha, de 2,3; e no Japão, de 0,9 (OECD, 2021).</p> <p>Entre os 118 hospitais integrantes da Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp) a mortalidade neonatal por 1000 nascidos vivos foi de 3,90 em 2019. Em 2020, a mortalidade neonatal a cada 1000 nascidos vivos neste conjunto de hospitais foi de 4,48 (ANAHP, 2021) e, em 2021, de 3,59 (ANAHP, 2022).</p>
Limitações e vieses	<p>A análise de dados relativos à mortalidade aponta que uma das possíveis causas de subnotificação da mortalidade neonatal precoce é a eventual informação equivocada de óbitos declarados como natimortos, mas que teriam ocorrido, na realidade, pouco após o parto (OPAS, 2008).</p> <p>As interpretações dos resultados devem levar em consideração que se trata de um evento considerado raro e que a sua ocorrência pode ocasionar flutuações extremas das taxas e proporções em pequenas populações.</p> <p>A taxa de mortalidade é influenciada por diferentes fatores, como a complexidade dos serviços disponibilizados pela instituição e pelas características dos pacientes atendidos, por exemplo. Aspectos metodológicos, como o nível de agregação e a não padronização entre instituições interferem na possibilidade de eventual comparação entre estabelecimentos (TRAVASSOS; NORONHA; MARTINS, 1999; MACHADO; MARTINS; MARTINS, 2013)</p>

Referências

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (Brasil). **Observatório 2021**. Publicação anual – edição 13. Disponível em: <https://conteudo.anahp.com.br/observatorio-2021>.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (Brasil). **Observatório 2022**. Publicação anual – edição 14. Disponível em: <https://conteudo.anahp.com.br/observatorio-2022>.

BERNARDINO, F. B. S.; GONÇALVES, T. M.; PEREIRA, T. I. D.; XAVIER, J. S.; DE FREITAS, B. H. B. M.; GAÍVA, M. A. M. Tendência da mortalidade neonatal no Brasil de 2007 a 2017. **Cien Saude Colet** [online]: fev. 2021. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/tendencia-da-mortalidade-neonatal-no-brasil-de-2007-a-2017/17935?id=17935&id=17935>

BERQUÓ, E.; GARCIA, S.; LAGO, T. (coord.). **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006**. São Paulo: CEBRAP, 2008. Relatório final. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade**: óbitos infantis Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf10uf.def>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Objetivo 3 - Saúde e Bem-Estar. Indicador 3.2.2 - Taxa de mortalidade neonatal. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador322>

LANSKY, S.; FRICHE, A. A. L.; SILVA, A. A. N.; CAMPOS, D.; BITTENCOURT, S. D.A.; CARVALHO, M. L.; FRIAS, P. G.; CAVALCANTE, R. S.; CUNHA, A. J. L. A. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad Saude Publica** [online]. 2014; 30:S192-S207. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133213>

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. OECD. Stat. Health Status. **Maternal and infant mortality**. Disponível em: <https://stats.oecd.org/>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Rede Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações . 2. ed. – Brasília, DF: 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>

SILVA, E. M.P.; SANCHEZ, M. E. T. L.; FERREIRA, A. L. C.; LUCENA, K. N. C.; OLIVEIRA, K. R. V.; SANTOS, A. A. P. Impacto da implantação da rede cegonha nos óbitos neonatais. **Rev enferm UFPE** [periódico na Internet]. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i05a236606p1317-1326-2019>. Acesso em: 12 mar. 2020.

MACHADO, J. P.; MARTINS, A. C. M.; MARTINS, M. S. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1063-1082, 2013.

TRAVASSOS, C.; NORONHA, J. C.; MARTINS, M. Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade: uma revisão. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 367-381, 1999.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Curso de Especialização em Saúde da Família, 2010. **Taxa ou coeficiente de mortalidade infantil**. Disponível em: https://unafsc2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6210/mod_resource/content/1/Cont_online14-04/un02/pdf/taxa_mort_infantil.pdf

YISMAW, A. E.; TAREKEGN, A. A. Proportion and factors of death among preterm neonates admitted in University of Gondar comprehensive specialized hospital neonatal intensive care unit, Northwest Ethiopia. **BMC research notes** [periódico na Internet]. 2018;11(1):867. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3970-9>

Fórmulas dos cálculos que deverão ser consideradas para as estratificações do indicador:

ESTRATIFICAÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO
Taxa de mortalidade neonatal (total/geral)	$= \frac{\text{Nº de óbitos de recém-nascidos com 0 a 27 dias de idade}}{\text{Total de nascidos vivos}} \times 1.000$
Taxa de mortalidade neonatal precoce	$= \frac{\text{Nº de óbitos de recém-nascidos com 0 a 6 dias de idade}}{\text{Total de nascidos vivos}} \times 1.000$
Taxa de mortalidade neonatal tardia	$= \frac{\text{Nº de óbitos de recém-nascidos com 7 a 27 dias de idade}}{\text{Total de nascidos vivos}} \times 1.000$

CAPÍTULO 6

GLOSSÁRIO

A

Acessibilidade: condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários, equipamentos, das edificações e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Acolhimento: modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários.

Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde: certificação do cumprimento de boas práticas em gestão organizacional e gestão em saúde pelas Operadoras, com o objetivo de qualificação da prestação dos serviços e redução de custos, levando a uma melhor experiência para o beneficiário.

Ajuste de risco: metodologia que permite ajuste de risco conforme as características dos pacientes, com o objetivo de inibir a restrição de cuidado e desencorajar a escolha seletiva de pacientes. A quantidade de tempo, recursos humanos ou materiais necessários para fornecer o serviço varia significativamente de paciente para paciente, de modo que o prestador de serviços que atende pacientes complexos e de alto risco pode acabar sendo penalizado financeiramente caso nenhuma metodologia de ajuste de risco seja adotada (OECD, 2016).

ALEERTA: Mnemônico equivalente a uma adaptação do acrônimo em inglês HELLPER, um protocolo orientado pela ALSO (Advanced Life Support of Obstetrics) para definir a conduta a ser adotada e a ordem de realização das manobras em caso de distocia de ombros para facilitar a liberação dos ombros feita durante o parto vaginal de feto em apresentação cefálica. A partir da experimentação do protocolo orientado pela ALSO, foram desenvolvidas diferentes versões com novas adaptações e recomendações. A distocia de ombro é considerada um evento imprevisível, porém existe associação com o peso fetal. Associa-se especialmente a diabetes materna devido à macrosomia fetal existente. Além disso, são fatores de risco o pós-datismo, multiparidade, idade materna, obesidade materna, história de distocia de ombro em gravidez anterior, descida fetal demorada e segundo estágio do parto prolongado. Os profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, obstetizes) devem ser treinados e capacitados para o pronto diagnóstico e atendimento aos casos de distocia de ombro, com o objetivo de evitar ou reduzir possíveis complicações maternas e perinatais.

Ambiência: a ambiência é o espaço físico profissional, de relações interpessoais, que está relacionado a um projeto de saúde. É voltada para atenção acolhedora e resolutiva (ANVISA, 2008).

Ambiência Para Atenção ao Parto: Na atenção à saúde materna e neonatal, o ambiente vai influenciar o trabalho de parto, devendo ser uma influência positiva. O conforto do ambiente, a iluminação e a temperatura

influenciam diretamente na assistência prestada em maternidades, tanto para a mulher e o neonato quanto para o processo de trabalho dos profissionais que atuam na assistência. O profissional de arquitetura ou engenharia deve elaborar o projeto com os profissionais de saúde que atuam no ambiente. Os ambientes podem ser compreendidos em três modalidades: porta de entrada da maternidade (preferencialmente, entrada específica); centro obstétrico, composto por quartos PPP (pré-parto, parto e pós-parto imediato, conforme RDC nº 36, de 2008, da Anvisa) e centro cirúrgico; e alojamento conjunto para o binômio. Esses ambientes, quando adequados, vão facilitar para a parturiente o trabalho de parto e propiciar mais conforto no pós-parto.

Amostragem Estatística: aquela em que a amostra é selecionada de forma probabilística por um método científico, com a finalidade de que os resultados obtidos possam ser estendidos ao universo amostral, de acordo com a teoria da probabilidade e/ou com as regras estatísticas.

Análise Descritiva: Método baseado em uma ou várias questões de pesquisa sem que haja uma hipótese. Tem o objetivo de resumir, sumarizar e mostrar o comportamento dos dados apurados. Consiste em descrever as principais tendências nos dados existentes e em observar situações que levam a novos fatos. Inclui a coleta de dados relacionados, sua organização, tabulação e descrição dos resultados. Pode ser feita através de tabelas de frequências, gráficos, medidas de resumo numérico, descrição com a interpretação dos resultados, entre outras formas de apresentação. No caso de pesquisas por amostragem, pode envolver medidas de associação entre variáveis para decidir se diferenças observadas são estatisticamente significativas ou não.

Assimetria de Informação: assimetria de informação é um fenômeno econômico que ocorre quando, em uma negociação, uma parte tem mais e/ou melhor informação do que a outra, e com isso obtém vantagem na relação, sendo considerada uma falha de mercado. A noção de falha de mercado integra a reflexão de economistas sobre a concorrência perfeita e se refere a situações nas quais a eficiência econômica não pode ser atingida em função das imperfeições dos mecanismos do mercado. Na área da saúde, a assimetria de informações existente entre quem demanda o serviço (beneficiário) e quem oferece (operadoras de planos de saúde) implica dois problemas de ineficiências no mercado de saúde suplementar. O primeiro refere-se a uma estratificação dos beneficiários, segundo a percepção do risco, o que implica seleção adversa. Assim, os que sabem que têm baixo risco tenderiam a não procurar cobertura plena e vice-versa. A segunda fonte geradora de ineficiências é o incremento da exposição aos riscos e o uso excessivo de serviços de saúde, cobertos pelos seguros, quando não é o beneficiário quem paga diretamente pelo serviço, por existir um terceiro pagador - as operadoras privadas - o que leva ao risco moral.

Atenção Centrada na Mulher e no Bebê: um dos Fundamentos da Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado, ressaltado especialmente no conjunto de requisitos da Dimensão 2. São dois os componentes principais do atendimento centrado na mulher e no bebê: um deles se refere ao cuidado da pessoa, no seu contexto familiar, com a identificação de suas ideias e emoções a respeito da saúde e a resposta a elas; e o segundo se relaciona à identificação de objetivos comuns entre profissionais de saúde e pacientes sobre a saúde e sua abordagem, com o compartilhamento de decisões e responsabilidades. A atenção centrada na mulher e no bebê, idealmente representada em seus melhores interesses pela mãe, pelos familiares e pelos profissionais de saúde, deve orientar todos os aspectos do planejamento, prestação e avaliação dos serviços de saúde oferecidos na atenção ao ciclo gravídico-puerperal.

Atenção Básica em Saúde: ver Atenção Primária à Saúde.

Atenção Primária à Saúde (APS): atenção primária à saúde é conhecida como a “porta de entrada” dos usuários nos sistemas de saúde, ou seja, é o atendimento inicial ofertado aos usuários do sistema de saúde. Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e possibilitar um melhor fluxo e itinerário do paciente entre os demais níveis de atenção, fundamentado nas necessidades de saúde apresentadas, nos seus mais diversos graus de complexidade.

Ato Constitutivo: é o ato de concepção de uma sociedade empresária, onde os seus sócios celebram o contrato da sociedade (por exemplo: Contrato Social ou Estatuto Social). Cabe destacar que a sociedade empresária realmente nasce apenas quando o Ato Constitutivo é devidamente registrado.

Auditor em Saúde: profissional em saúde da área do procedimento a ser autorizado, habilitado para as atividades de controle, avaliação e auditoria em sistemas de saúde

Auditoria de Manutenção: são avaliações realizadas pela Entidade Acreditadora, anualmente, até o fim do ciclo avaliativo, onde o escopo aplicável (percentual dos itens a serem avaliados), bem como o rito (presencial, nº de auditores, amostral, com reuniões ao longo do período de certificação ou outras formas) deverão ser definidos pela Entidade Acreditadora junto à operadora – ressalvadas as exceções estabelecidas neste Manual relativo à CBP-Parto Adequado. O objetivo da auditoria de manutenção é verificar se a operadora mantém os requisitos iniciais para a certificação, bem como avaliar se no ciclo da certificação a operadora mantém a busca da melhoria contínua para o sucesso do ciclo de certificação.

Auditoria Médica: conjunto de procedimentos para avaliar, do ponto de vista técnico, a qualidade, a propriedade e a efetividade dos serviços de saúde prestados, visando à adequação técnica da prestação de serviços assistenciais e a melhoria progressiva da assistência de saúde.

Autorização Prévia: mecanismo de regulação assistencial da operadora, previsto no contrato do plano privado de assistência à saúde, para gerenciar a utilização dos serviços assistenciais pelo beneficiário.

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

B

Beneficiário: pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com a operadora de plano privado de assistência à saúde para garantia da assistência médico-hospitalar.

Boas Práticas: expressão derivada do inglês best practice, a qual denomina técnicas identificadas como as melhores para realizar determinada tarefa. Esta denominação tem sido aplicada a práticas validadas pelos estudos científicos.

Bundle: Do inglês, pacote. No campo técnico da saúde, há pelo menos duas aplicações possíveis para o termo. Na assistência à saúde, *bundle* de cuidados é uma estratégia composta por um conjunto limitado de três a cinco intervenções ou cuidados baseados em evidências científicas para uma população definida de pacientes, ambiente, procedimento ou tratamento, e que apresentam simplicidade de execução, sem gerar aumento na carga de trabalho dos profissionais quando adotados pelos serviços. Destinam-se a organizar o atendimento ao paciente, reforçar o desempenho da equipe, aumentar a aderência a recomendações técnicas e reduzir variabilidade. Não dependem de uma tomada de decisão ou de um algoritmo, nem se confundem com protocolo, nem checklist, já que a medição da conformidade durante a implementação baseia-se no uso de todas as intervenções – isto é, tomada a decisão de iniciar o *bundle*, todas as intervenções devem ser administradas. Já no custeio ou remuneração do sistema de saúde, o termo *bundle* refere-se à contratação de um conjunto de ações em saúde, por um valor preestabelecido, baseado no ciclo de cuidado de um episódio, condição clínica ou resultado determinado.

Bundle baseado em episódio – Procedure Based Episode Payments: modelo de remuneração caracterizado pela contratação de um conjunto de ações em saúde, por um valor preestabelecido, baseado

no ciclo de cuidado de um episódio determinado - por exemplo: artroplastia de quadril, cirurgia bariátrica etc., vinculado à realização das ações em saúde.

Bundle por condição clínica - Condition Based Bundle: modelo de remuneração caracterizado pela contratação de um conjunto de ações em saúde, por um valor preestabelecido per capita, por um período, baseado no ciclo de cuidado de uma condição clínica de uma determinada população. Por exemplo: conjunto de pessoas com uma condição clínica – uma população com obesidade ou diabetes, ou hipertensão, problemas ortopédicos etc., independentemente da quantidade de procedimentos efetivamente realizados.

C

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03 de outubro de 2000, com o objetivo de cadastrar todos os tipos de estabelecimentos de saúde, sejam eles públicos, privados ou conveniados, pessoa jurídica ou física, desde que, por meio deles, sejam realizados serviços de atenção à saúde no Brasil.

Canal de Comunicação Proativo: não se espera o contato do cliente para agir. Processos previamente definidos são executados por meio de ferramentas diversas, como e-mail, SMS marketing, portal na internet, aplicativos de mensagens e aplicativos customizados, por exemplo. Tem como função a satisfação do cliente, construindo um relacionamento pautado no estreitamento de laços em prol de um vínculo contínuo com o consumidor.

Canal de Comunicação Reativo: corresponde aos atendimentos acionados pelos clientes, seja para o esclarecimento de dúvidas ou mesmo para a resolução de algum problema identificado.

Capitation: modelo de remuneração caracterizado pela contratação de um conjunto de ações em saúde, por um valor global preestabelecido per capita para um grupo populacional, independentemente de suas condições clínicas, em um determinado período, desvinculado da quantidade de procedimentos efetivamente realizados. Também conhecido como capitação.

Cartão da Gestante (Cartão de pré-natal): é um cartão de papel no qual o obstetra deve registrar as consultas de pré-natal e anotar os principais dados de acompanhamento da gestação. Ele deve permanecer na posse da beneficiária para que ela possa apresentá-lo em todos os estabelecimentos de saúde que utilizar durante a gestação, na maternidade, em casos de urgência ou quando for admitida em trabalho de parto. O Cartão da Gestante também deve conter a Carta de Informação à Gestante.

Carteira: conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer dos tipos de planos privados de assistência à saúde, com todos os direitos e as obrigações neles contidos.

Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras: processo voluntário de avaliação de conformidade com requisitos técnicos preestabelecidos pela ANS na prestação de serviços de atenção à saúde disponibilizados pelas Operadoras e realizado por entidades acreditadoras em saúde.

Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde (CBP-APS): a Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde (APS) é um Programa de adesão voluntária desenvolvido pela ANS, que compõe o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, instituído na Resolução Normativa (RN) nº 440/2018, substituída pela RN nº 506/2022. A Certificação em APS propõe um modelo inovador na saúde suplementar, para a reorganização da porta de entrada do sistema, com base em cuidados primários em saúde, com vista à indução da mudança do modelo de atenção e ao modelo de remuneração para geração de valor.

Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado (CBP-PA): a Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado é um Programa de adesão voluntária desenvolvido pela ANS, que compõe o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, instituído na Resolução Normativa (RN) nº 440/2018, substituída pela RN nº 506/2022. A Certificação de Boas Práticas na Linha de Cuidado Materna e Neonatal (CBP-Parto Adequado) busca favorecer os cuidados baseados nas melhores evidências científicas na atenção ao parto e nascimento, centrados na mulher e no bebê, com vistas à indução da mudança do modelo de atenção e ao modelo de remuneração para geração de valor.

Certificado de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras: é um documento emitido por Entidade Acreditadora em Saúde, com prazo de validade, reconhecendo formalmente que uma Operadora de plano de saúde atende a requisitos associados ao aprimoramento na melhoria da qualidade da atenção à saúde.

Cesariana a pedido: refere-se às situações em que a paciente solicita a realização da cirurgia cesárea.

Cesariana eletiva: cesariana eletiva é aquela agendada antes do trabalho de parto por indicação clínica materna ou fetal ou a pedido da gestante.

Cesariana por intercorrência da gravidez ou intraparto: refere-se às situações de urgência/emergência durante a gestação ou durante o trabalho de parto (intraparto) para a realização da cirurgia cesárea.

Cesariana programada por indicação materna ou fetal: refere-se àquelas situações em que há um imperativo clínico, materno ou fetal, para a indicação programada da cirurgia cesárea.

Ciclo Gravídico-Puerperal: Ciclo que engloba a concepção, gestação, parto/nascimento e puerpério, tendo início o mais precocemente possível (a partir do momento em que a gravidez é diagnosticada) e alcança ao menos até o 42º dia após o parto.

Circunstância Notificável (incidente notificável): circunstância em que havia potencial significativo para o dano, mas o incidente não ocorreu.

Classificação de Risco Gestacional: a estratificação de risco gestacional é definida a partir de fatores de risco, sendo agrupada de acordo com: Condições individuais, socioeconômicas e familiares; História reprodutiva anterior; Condições e intercorrências clínicas ou obstétricas na gestação atual.

Classificação de Robson: a classificação de Robson foi adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para agrupar mulheres quando são admitidas no hospital para terem o parto, de forma que seja possível a comparação das taxas de grupos mais homogêneos.

As variáveis usadas para a Classificação de Robson são: se a mulher já tem filhos; se já teve parto por via cesárea; se o bebê está de cabeça para baixo, sentado ou transversal; se é gestação única ou gemelar; se a idade gestacional está abaixo ou acima de 37 semanas; se o parto teve início espontâneo, é induzido ou se é feita uma cesárea eletiva.

Cliente Oculto/Cliente fantasma: metodologia que avalia os pontos de contato entre o cliente e a organização. Seu processo ocorre de forma anônima, podendo ser utilizado na análise de processos e padronizações. Além de visitas ao estabelecimento, essa avaliação pode também verificar atendimento telefônico, online, canais de venda e diversos outros pontos.

Código de Ética: documento que estabelece os direitos e deveres de uma organização, a partir da sua missão, cultura e posicionamento social, e que deve ser seguido pelos funcionários no exercício de suas funções profissionais. Todo o conteúdo disposto neste documento deve estar atrelado aos princípios universais da ética.

Condições Potencialmente Ameaçadoras da Vida (CPAV): complicações graves que devem ser identificadas nas gestantes no momento da admissão hospitalar, tais como hemorragia, hipertensão – pré-eclâmpsia e eclâmpsia, edema pulmonar, sepse, etc.

Confidencialidade: propriedade de que a informação não esteja disponível ou revelada à pessoa física, sistema, órgão ou entidade não autorizada e credenciada. É a garantia do resguardo das informações dadas pessoalmente em confiança e proteção contra a sua revelação não autorizada.

Confidencialidade dos Dados Clínicos: todas as informações relativas ao doente – situação clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e dados pessoais - devem ser mantidas em condições que assegurem o acesso unicamente às pessoas autorizadas. A proteção das informações médicas do paciente no Brasil tem base legal. A Constituição brasileira de 1988, ao tratar dos Direitos e Garantias Fundamentais, em seu capítulo I, artigo 5º, alínea X, garante que – “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”. A confidencialidade dos dados clínicos também está regulamentada na “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”, publicada pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2013. Essa Carta, em seu artigo 4º, alínea III, estipula que devem ser assegurados aos usuários dos serviços de saúde: a) a integridade física; b) a privacidade e o conforto; c) a individualidade; d) os seus valores éticos, culturais e religiosos; e) a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal.

Conflito de interesse: conjunto de circunstâncias em que se observa a probabilidade de que decisões ou quaisquer ações profissionais sejam influenciadas indevidamente (efetiva ou aparentemente) por um interesse secundário, alheio ao interesse da organização.

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

Coordenador do cuidado: profissional de saúde destinado a apoiar as pessoas a se moverem de forma oportuna e assertiva pelo sistema de saúde. Suas intervenções podem ocorrer de forma presencial, à distância ou mista. A coordenação do cuidado não se confunde com as consultas com profissionais de saúde.

Crítérios para a Obtenção da CBP-Parto Adequado: Para obtenção da Certificação, as operadoras serão avaliadas em sua conformidade com requisitos e itens de verificação estabelecidos neste Manual.

Crítérios para a Manutenção da CBP-Parto Adequado: Os critérios da Certificação deverão ser aplicados na íntegra, inclusive nas recertificações. As operadoras de planos privados de assistência à saúde perderão o certificado a qualquer tempo, caso descumpram quaisquer dos critérios previstos neste Manual ou na RN nº 440, de 2018, substituída pela RN nº 506/2022.

Cuidado Centrado na Gestante durante o Ciclo Gravídico-Puerperal: Dimensão 2 da Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado. Vide Dimensão.

Cultura de Segurança: configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização:

- a) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares;
- b) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais;
- c) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

- d) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e
- e) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

D

Dados Sensíveis: são dados pessoais referentes à origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico, quando vinculado a uma pessoa natural. Essas informações são protegidas e deverão ser tratadas conforme o estabelecido na Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

Depressão Pós-parto: Distúrbio de ordem psicológica/psiquiátrica que pode acometer a gestante no puerpério e que deve ser prevenido e acompanhado na assistência à saúde promovida pela Operadora no âmbito desta Certificação. Em escalas diferentes de sintomas e gravidade, outros distúrbios psicológicos/psiquiátricos que podem acometer a gestante no puerpério são o *baby-blues* e a psicose puerperal.

Desfechos Clínicos: Impacto da condição de saúde na vida do paciente. Altamente relevante para o cuidado baseado em valor, pois, se mensurado, pode facilitar o direcionamento para realização do melhor tratamento possível para as condições do paciente.

Determinantes de Custos: fatores que causam ou influenciam os custos. Termos como direcionadores, condutores, dentre outros, podem ser sinônimos. Na produção acadêmica, no Brasil, encontra-se habitualmente a expressão determinantes de custos para identificar a causa principal da ocorrência dos custos no âmbito da Gestão Estratégica de Custos (SOUZA; ROCHA, 2009). De acordo com Porter (1985), os determinantes de custos representam as causas estruturais dos custos de uma atividade, que podem ou não estar sob o controle de uma empresa, sendo que nenhum determinante será responsável isoladamente pela posição de custo de uma companhia, ou seja, os determinantes agem em conjunto. Diehl, Miotto e Souza (2010) destacam que os custos de produção ou operação de um negócio ocorrem devido a várias causas e os fatores que causam esses custos são os seus determinantes.

Dimensão: conjunto ordenado de requisitos da Certificação. A Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado é composta pelas Dimensões: 1 - Planejamento e Estruturação Técnica da Operadora; e 2 - Cuidado Centrado na Gestante durante o Ciclo Gravídico-Puerperal. Cada um dos Requisitos das Dimensões é subdividido em diferentes itens de verificação a serem avaliados pelas Entidades Acreditoras em Saúde (EAS) reconhecidas pela ANS para a Certificação e a manutenção da Certificação. Os itens de verificação são descritos no Manual. Vide Requisito. Vide Item de Verificação.

Diretrizes clínicas: documentos científicos elaborados com o objetivo de definir condutas consideradas mais adequadas para diagnóstico, tratamento e prevenção, através da integração da evidência científica com a experiência clínica e melhorar a qualidade dos cuidados à saúde dos pacientes.

Distocia⁵: qualquer perturbação no bom andamento do trabalho de parto em que estejam implicadas alterações nos fatores fundamentais para sua evolução.

Distocia funcional: perturbação relacionada à força motriz ou contratilidade uterina, sendo Distocia por hipoatividade ou hiperatividade uterina (contrações abaixo e acima do normal, respectivamente, podendo haver ou não obstrução a ser contornada no caso da hiperatividade); por Hipertonia ou Sobredistensão uterina, Distocia de dilatação.

5 <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/184-distocias>

Distocia de objeto: distocia fetal, perturbação relacionada a anormalidades que ocorrem no trabalho de parto atribuídas ao feto e às relações materno-fetais (desproporção cefalopélvica) distocia de ombros ou biacromial (vide protocolo ALEERTA, orientado pelo ALSO (Advanced Life Support of Obstetrics)).

Distocia de trajeto: perturbação relacionada ao trajeto pela bacia (partes ósseas) e partes moles (vulva, períneo, septos vaginais, colo do útero, tumores prévios), quando há presença de anormalidades ósseas ou de partes moles, o que gera um estreitamento do canal de parto e dificulta ou até impede a evolução normal do trabalho de parto e a passagem do feto.

Documento Técnico: documento que descreve metodologia utilizada, cronograma e população-alvo. Pode ser registrado em papel ou em meio eletrônico, de modo que possa servir para consulta, estudo ou validação técnica. Deve apresentar informações redigidas de forma estruturada, possuindo representação que permita claro entendimento e visualização objetiva. Deve ser mantido atualizado e permitir rastreabilidade total para que seja possível localizar e resgatar informações.

Doula: profissional que visa prestar suporte contínuo à gestante no ciclo gravídico-puerperal, favorecendo a evolução do parto e bem-estar da gestante, estando o suporte disposto em um tripé que remete a aspectos informacionais, emocionais e físicos.

E

Ecocardiograma: Exame que permite a obtenção de imagens do coração a partir de ondas sonoras. Permite avaliar a saúde do músculo cardíaco, verificar se o coração e as válvulas cardíacas estão funcionando adequadamente e detectar eventuais malformações cardíacas, permitindo planejamento terapêutico e prognóstico.

Efetividade: capacidade de realizar determinada ação de maneira a atingir os objetivos da organização, otimizando recursos e de forma social e ambientalmente correta, considerando não só a ação produtiva específica em questão ou sistema produtivo, mas todo o contexto em que o processo ou produto estão desenvolvidos.

Efetividade em Saúde: capacidade de uma intervenção em saúde produzir os efeitos benéficos esperados ou mais efeitos benéficos do que danos (efeitos adversos) sob circunstâncias e condições reais de uso.

Eficiência: refere-se à análise da relação entre custos e consequências, podendo ser medida ou sob condições próximas do ideal ou na prática diária. Relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos em determinada atividade.

Eficiência em Saúde: refere-se à razão entre os recursos necessários (entradas, total input) e os desfechos (produtos, useful output), que, para intervenções em saúde, podem ser medidos, por exemplo, por anos de vida ajustados pela qualidade (QALYs, do inglês quality-adjusted life years). Assim, uma ação ou procedimento em saúde que produz mais QALYs do que outro para os mesmos recursos (ou utilizando menos recursos) é comparativamente mais eficiente. Para a análise da eficiência de sistemas nacionais de saúde podem-se usar, como entrada, o gasto per capita em saúde e, como desfechos, a esperança de vida ao nascer e o índice de sobrevivência infantil. A eficiência assim medida é a eficiência técnica, que pode ser avaliada pelos estudos de minimização de custos, custo-efetividade e custo-utilidade. Já a eficiência alocativa leva em conta outras necessidades sociais, além da saúde; dessa forma, outros objetivos concorrentes devem ser pesados e, então, relacionados aos custos. A eficiência alocativa é tipicamente avaliada pelos estudos de custo-benefício.

Enfermaria de Alojamento Conjunto: ambiente destinado à assistência à puérpera e seu recém-nascido, após a primeira hora de dequitação, com capacidade de 03 (três) a 06 (seis) leitos e berços, com banheiro anexo.

Enfermeiro(a) obstetra: enfermeiro(a) com residência em obstetrícia ou título de especialista em obstetrícia ou experiência mínima de 2 anos em obstetrícia.

Entidades Acreditoras em Saúde reconhecidas pela ANS: são pessoas jurídicas que têm reconhecimento de competência emitido pela *The International Society For Quality in Health Care* – ISQua ou INMETRO e são reconhecidas pela ANS para executar a Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde, no âmbito do Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde – PCBP.

Eventos Adversos: a ocorrência de danos ao paciente, associados ou causados pelo cuidado de saúde, não atribuídos à evolução natural da doença de base.

Eventos Assistenciais: ações de saúde ofertadas pela operadora de saúde que incluem as coberturas contratadas e a cobertura assistencial prevista no Rol de produtos da ANS. Conforme definido no Plano de Contas Padrão da ANS, os Eventos Assistenciais correspondem às despesas incorridas com o beneficiário do plano comercializado ou disponibilizado pela operadora, correspondentes a cobertura de riscos relativos a custos médicos, hospitalares e odontológicos, bem como todas as despesas incorridas com beneficiários de outras operadoras suportadas diretamente pela operadora em função de operações de corresponsabilidade pela gestão dos riscos decorrentes do atendimento dos beneficiários.

Eventos Sentinela: pode ser definido como a ocorrência inesperada envolvendo morte, lesão ou risco físico ou psicológico. O evento é chamado sentinela porque envia um sinal que requer atenção imediata.

F

Fatores de Risco: condições que predispõem uma pessoa a maior risco de desenvolver uma doença. Podem ser genéticas, comportamentais, sociais, culturais ou ambientais. Os fatores de risco podem ser classificadas em não modificáveis (sexo, idade e herança genética) e comportamentais (tabagismo, alimentação, atividade física, consumo de álcool e outras drogas).

Fee For Service (FFS): modelo de remuneração caracterizado pela contratação de procedimentos elencados em uma tabela com o valor estabelecido para cada procedimento ou item utilizado, na qual a remuneração se dá pelo somatório discriminado de cada um desses procedimentos ou itens - materiais, medicamentos, honorários profissionais, diárias hospitalares, exames complementares etc. pagos item a item. Também conhecido como modelo de conta aberta ou Pagamento por Procedimento.

Fraude: ato ilícito ou de má-fé que visa à obtenção de vantagens indevidas ou majoradas, para si ou para terceiros, geralmente através de omissões, inverdades, abuso de poder, quebra de confiança, burla de regras, dentre outros.

G

Gestação de Baixo Risco ou de Risco Habitual: na atenção ao ciclo gravídico-puerperal, caracterizado pelo atendimento à gestante que não apresenta fatores de risco individual, sociodemográfico e nem relacionados à história obstétrica anterior, doença ou agravo que possam interferir negativamente na evolução da gravidez.

Quanto às características individuais e condições sociodemográficas e familiares, são consideradas como características favoráveis à classificação de nível de risco de uma gestação como Risco Habitual: idade entre 16 e 34 anos; aceitação da gestação; quanto à História reprodutiva anterior - Intervalo interpartal maior que 2 anos; ausência de intercorrências clínicas e/ou obstétricas na gravidez anterior e/ou na atual. No decorrer do acompanhamento das gestantes consideradas de baixo risco, deve-se atentar para a possibilidade de aparecimento de fatores de risco no curso da gestação. Uma gestação que está transcorrendo bem pode se tornar de risco a qualquer momento, durante a evolução da gestação ou durante o trabalho de parto. Portanto, há necessidade de reclassificar o risco a cada consulta pré-natal e durante o trabalho de parto.

Gestação de Risco Intermediário: na atenção ao ciclo gravídico-puerperal, caracterizado pelo atendimento à gestante com fatores de riscos presentes, sejam as características individuais (raça/cor preta ou etnia indígena, idade menor de 15 ou maior de 40 anos), sociodemográficas (escolaridade menor que 3 anos de estudo) e da história reprodutiva (4 ou mais filhos vivos, filho nascido morto em gestações anteriores e abortamento de repetição, sendo 3 ou mais). Quanto às características individuais e condições sociodemográficas e familiares, são consideradas como características favoráveis à classificação de nível de risco de uma gestação como Risco Intermediário: idade menor que 15 anos ou maior que 35 anos; condições de trabalho desfavoráveis: esforço físico excessivo, carga horária extensa, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, níveis altos de estresse; Indícios ou ocorrência de violência; situação conjugal insegura; Insuficiência de apoio familiar; Capacidade de autocuidado insuficiente; não aceitação da gestação; baixa escolaridade (<5 anos de estudo); Tabagismo ativo ou passivo, uso de medicamentos teratogênicos; altura menor que 1,45m; IMC <18,5 ou 30-39kg/m²; Transtorno depressivo ou de ansiedade leve; uso de drogas lícitas e ilícitas, entre outros; quanto à História reprodutiva anterior: alterações no crescimento intrauterino (CIUR e macrosomia); Malformação, Nuliparidade ou multiparidade (5 ou mais partos); Diabetes gestacional; Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas sem critérios de gravidade; Cesariana prévia com incisão clássica/corporal/longitudinal; Cesárias prévias (2 ou mais) ou cirurgia uterina anterior recente (exceto incisão clássica/corporal/longitudinal); Intervalo interpartal <2 anos; quanto às condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual: Infecção urinária (1 ou 2 ocorrências) ou 1 episódio de pielonefrite, ganho de peso inadequado; Sífilis (exceto sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina e achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita) e suspeita ou confirmação de dengue, vírus Zika ou Chikungunya (quadro febril exantemático). É importante destacar que a classificação de nível de risco de uma gestação pode ser alterada a qualquer momento. Uma gestação que está transcorrendo bem pode ter seu risco reclassificado, durante a evolução da gestação ou durante o trabalho de parto. Portanto, há necessidade de reclassificar o risco a cada consulta pré-natal e durante o trabalho de parto.

Gestor: é o responsável por administrar e coordenar as atividades de uma determinada área ou departamento. Também é o responsável pela articulação entre equipes e gerência, trabalhando junto aos colaboradores para garantir que as metas sejam cumpridas e que as necessidades da equipe sejam atendidas. Enquanto o Gerente possui um papel mais administrativo, focado no desenvolvimento de estratégias da organização, o Gestor atua com maior proximidade da equipe, agindo como um facilitador para que as metas estabelecidas possam ser alcançadas.

Grupo Operativo: Teoria de prática elaborada por Pichon-Rivière, psiquiatra e psicanalista, (MENEZES; AVELINO, 2016), com o objetivo de promover um processo de aprendizagem para os participantes, com base em leitura crítica da realidade, atitude investigadora, abertura para dúvidas e para novas inquietações, evidenciando a possibilidade de novas elaborações de conhecimento, de integração e de questionamentos acerca de si e dos demais (AFONSO; COUTINHO, 2010). Instiga mudanças, autocuidado e melhor convivência com a própria condição de saúde. Na saúde, visa sobretudo transformar o conhecimento em ação (letramento), a partir das necessidades e da realidade dos participantes. A autoria coletiva, a necessidade de direito à fala, a abordagem menos expositiva e mais participativa e colaborativa, bem como a possibilidade de criação de um ambiente de confiança que favoreça o compartilhamento de narrativas pessoais são demarcadas.

H

Hábitos Saudáveis: alimentação adequada e balanceada; a prática regular de exercícios físicos; a convivência social estimulante; e a busca, em qualquer fase da vida, de uma atividade ocupacional prazerosa e de mecanismos de atenuação do estresse.

Hidroterapia: método não farmacológico de alívio da dor, baseado na utilização de água quente com o objetivo de oferecer benefícios durante o trabalho de parto, como ampliação da tolerância à dor, diminuição do estresse, regulação do padrão das contrações uterinas e satisfação da gestante com o processo da parturição.

Higienização das Mãos: medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência. O termo engloba a higienização simples, a higienização antisséptica, a fricção antisséptica e a antisepsia cirúrgica das mãos.

Humanização da Atenção e Gestão da Saúde: valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas, garantindo o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha), e a valorização do trabalho e dos trabalhadores. (RDC nº 36, de 2008, da Anvisa).

I

Impacto em Saúde: mudanças nos riscos na saúde (podendo ser tanto negativas como positivas, individual ou coletivas), causadas por uma política, um programa, um plano ou projetos de desenvolvimento em uma população definida. Estas mudanças podem ser diretas e imediatas, ou indiretas ou tardias.

Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.

Incidente sem Lesão: incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.

Indicadores: dados ou informações, preferencialmente numéricos, que representam um determinado fenômeno e que são utilizados para medir um processo ou seus resultados. Podem ser obtidos durante a realização de um processo ou ao seu final.

Indicadores de Atenção em Saúde: métricas para mensurar eventos em saúde, seja da carteira ou de públicos selecionados, incluindo os indicadores do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS.

Indicadores de Qualidade: instrumentos de acompanhamento e medição utilizados para avaliar o desempenho da organização e promover melhorias contínuas no processo.

Indicadores de Segurança do Paciente: indicadores da qualidade específicos que refletem a qualidade do cuidado nos hospitais, com foco em aspectos da segurança do paciente. Rastreiam problemas que os pacientes vivenciam como resultado da exposição ao sistema de saúde, e que são susceptíveis à prevenção, através de mudanças ao nível do sistema ou do prestador.

Indicadores Estratégicos: são aqueles atrelados ao planejamento estratégico da organização e, por isso, estão ligados à missão e à visão estabelecidas para a instituição. São pautados em análises prévias dos cenários interno e externo da organização. Internamente, questões como modelo de negócios, diferenciais

que a empresa tem, capacidade de inovação e capital intelectual são avaliadas. Externamente, são analisados os concorrentes, a situação econômica do país, políticas do setor de atuação, legislações e outras variáveis que impactam as atividades.

Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - IDSS: medida de análise de desempenho que avalia a eficiência das operadoras de planos privados de assistência à saúde. É um componente do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, calculado a partir do resultado obtido em indicadores criados e agrupados, por suas características, em quatro dimensões: assistência prestada pelas operadoras a seus clientes, aspectos econômico-financeiros, estrutura e operação da Operadora e satisfação do cliente. Nesse cálculo, são utilizadas as informações sobre beneficiários, produtos e situação econômico-financeira encaminhadas pelas próprias operadoras para os sistemas de informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), dentro de cada período analisado (12 meses), bem como as informações apuradas em processos administrativos sancionadores.

Integridade das Informações/Dados: corresponde à preservação da precisão, consistência e confiabilidade das informações e sistemas pela organização ao longo dos processos ou de seu ciclo de vida.

Itens de verificação: unidades de verificação agrupadas em Requisitos de Verificação, que por sua vez são agrupados em Dimensões, que deverão ser avaliadas pelas Entidades Acreditadoras em Saúde (EAS) reconhecidas pela ANS para a Certificação e a manutenção da Certificação. Cada um dos itens de verificação é descrito no Manual com instruções para Interpretação e Possíveis Formas de Obtenção de Evidências a serem consideradas pelos Auditores. Os Itens de Verificação são classificados em: Essenciais; Complementares; e Excelência, conforme definições e regras para pontuação constantes no Manual.

J

Jornada da Gestante: Alegoria didática elaborada nas formas de narrativa e infográfico no âmbito do Movimento Parto Adequado para facilitar a Comunicação e favorecer o Letramento da população em torno da atenção à saúde ao longo do ciclo gravídico-puerperal. Compreende a vivência da mulher durante todo o ciclo que envolve gestação, parto e pós-parto. O objetivo é conscientizar as futuras mães sobre a importância do cuidado apropriado ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal e ajudá-las a se preparar para que ela e o bebê cheguem em sua melhor forma física e psicológica possível no momento do parto. *Vide Ciclo Gravídico-Puerperal.*

Junta Médica: junta formada por profissionais médicos para avaliar, do ponto de vista técnico e científico, a adequação da indicação clínica do profissional assistente, que foi objeto de divergência técnico-assistencial pelo profissional da operadora, podendo ocorrer na modalidade presencial ou à distância. O normativo da ANS dispõe que deve ser formada por três profissionais, quais sejam, o assistente, o da operadora e o desempataador (podendo ser profissional médico, com registro nos respectivos conselhos profissionais).

L

Leads: é um termo de marketing usado para descrever o início do interesse de um possível cliente num determinado tema, produto ou serviço de uma empresa. Os leads são contatos cujas informações ou comportamento indicam que podem ter interesse por algum produto ou serviço. Há muitos métodos para a geração de leads. Gerar leads significa captar potenciais clientes para uma determinada oferta.

Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD): em vigor desde 18 de setembro de 2020, a Lei nº 13.709 de 2018 dispõe sobre o tratamento de dados pessoais, inclusive nos meios digitais, por pessoa natural

ou por pessoa jurídica de direito público ou privado, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural.

M

Modified Early Obstetric Warning Score (MEOWS): O sistema modificado de alerta precoce obstétrico (Modified Early Obstetric Warning Score) é uma ferramenta de rastreamento de morbidade materna que consiste no preenchimento de um gráfico de parâmetros fisiológicos, onde são registrados diferentes sintomas e sinais vitais. Este instrumento apresenta cores nos valores anormais das variáveis.

Médico(a) anesthesiologista: com residência médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC) ou título de especialista em anesthesiologia reconhecido pela Sociedade Brasileira de Anesthesiologia/Associação Médica Brasileira (SBA/AMB).

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

Médico(a) pediatra: médico(a) com residência médica reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC) ou com título de especialista em neonatologia reconhecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP/AMB); ou pediatra habilitado ou com experiência em neonatologia de 2 anos.

Metas: resultados a serem alcançados pela organização para atingir os objetivos propostos. Permitem um melhor controle do desempenho, pois são observáveis, contêm prazos de execução e devem ser quantificadas por meio de indicadores.

Método Canguru: modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial. Inclui o contato pele a pele precoce e crescente, pelo tempo que a mãe e o bebê entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo uma maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais.

Missão: razão de ser de uma organização, o principal objetivo de suas atividades e o que a organização pretende oferecer com seus produtos e serviços. Além disso, apresenta os benefícios gerados e como a sua atuação agrega valor para os clientes e os outros públicos com que se relaciona.

Modelo de Pagamento por Pacote: modelo de remuneração caracterizado pela contratação de um conjunto de procedimentos por um valor preestabelecido agrupados em um pacote remunerado após a realização dos procedimentos.

Monitoramento: observação e registro regular das atividades de um projeto ou programa, com o objetivo de identificar tanto não conformidades reais como potenciais, e ainda, apontar pontos de melhoria.

Morbidade: variável característica das comunidades de seres vivos, que se refere ao conjunto dos indivíduos que adquiriram doenças num dado intervalo de tempo. Denota-se morbidade ao comportamento das doenças e dos agravos à saúde em uma população exposta.

Muito prematuro: nascimento com 28 a <32 semanas de gestação.

Multidisciplinar: atividades ou ações realizadas por representantes de uma série de profissões, disciplinas ou áreas de serviço.

N

Níveis de Atenção à Saúde: categoria proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para organizar os sistemas de saúde em níveis de atenção, descritos como: primário, secundário e terciário, que buscam promover, restaurar e manter a saúde dos indivíduos. A atenção primária constitui a porta de entrada preferencial nos sistemas de saúde, que corresponde ao primeiro nível de atenção à saúde e que desempenha ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes. Por sua vez, a atenção secundária é oferecida por unidades assistenciais de saúde nas situações em que é demandada a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico para atender aos principais problemas de saúde e agravos da população. Já a atenção terciária é ofertada por unidades assistenciais de saúde que realizam procedimentos envolvendo alta tecnologia e alto custo.

Níveis de Prevenção: Leavell e Clark, em 1965, propuseram o modelo da história natural da doença, composto por três níveis de prevenção: prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção primária é a que deve ser realizada antes do adoecimento e se desdobra em: a) promoção da saúde, por meio de alimentação saudável, exercícios físicos e outras práticas de promoção, sendo de grande importância a educação em saúde; e b) a proteção específica, conferida por vacinas imunizantes. A prevenção secundária ocorre depois do adoecimento e engloba o diagnóstico realizado o mais precocemente possível (técnicas de rastreamento contribuem para esse diagnóstico precoce) e tratamento oportuno. A prevenção terciária é a ação implementada para reduzir em um indivíduo ou população os prejuízos funcionais consequentes de um problema agudo ou crônico, incluindo reabilitação. Mais recentemente, tem sido acrescentado a essa classificação o nível de prevenção quaternária, que seria a detecção de indivíduos em risco de intervenções, diagnósticas e/ou terapêuticas, excessivas para protegê-los de novas intervenções clínicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis (http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rastreamento_caderno_atencao_primaria_n29.pdf).

Nível de Acesso: ferramenta de segurança da informação que permite determinar quais áreas do sistema cada usuário tem permissão de acessar de acordo com sua categoria. Funciona de forma hierárquica: usuários não podem excluir e/ou editar informações de usuários de hierarquias iguais ou superiores aos dele.

Nível de Risco: magnitude de um risco, expressa em termos da combinação de sua probabilidade e impacto.

Notivisa: sistema informatizado desenvolvido pela Anvisa para receber notificações de incidentes, eventos adversos e queixas técnicas relacionadas ao uso de produtos e de serviços sob vigilância sanitária.

Núcleo de Segurança do Paciente - NSP: instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente, consistindo em um componente extremamente importante na busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde. É função primordial do NSP a integração das diferentes instâncias que trabalham com riscos na instituição, considerando o paciente como sujeito e objeto final do cuidado em saúde.

O

Objetivos Estratégicos: Metas globais e amplas da organização, que devem estar diretamente relacionadas à missão e à estratégia global da instituição.

Orçamentação Global: modelo de remuneração caracterizado pela contratação de um conjunto de ações em saúde prestadas por um valor preestabelecido por meio de uma programação orçamentária, por um período, independentemente da quantidade de procedimentos efetivamente realizados e vinculados ao cumprimento de metas de desempenho.

P

Paciente Complexo: paciente com múltiplas comorbidades e comprometimentos funcionais que demandam ações específicas de saúde.

Paciente Crônico: indivíduo portador de patologia(s) que levam à necessidade de acompanhamento médico prolongado, podendo evoluir ou não para a dependência parcial ou total.

Partes Interessadas: públicos relevantes com interesses pertinentes à organização, ou ainda, indivíduos ou entidades que assumam algum tipo de risco, direto ou indireto, perante a organização. São exemplos: acionistas, funcionários, clientes, fornecedores, credores, governo, entre outros.

Parto Cesáreo: (sin.) cirurgia cesárea; cesárea; cirurgia cesariana. A cesariana é um tipo de parto que consiste essencialmente de um corte no abdômen e outro no útero (passando por outras camadas de tecido), que abrem um espaço pelo qual nasce o conceito.

Parto Vaginal: é o procedimento no qual o conceito nasce por via vaginal.

Partograma: documento oficial de acompanhamento da evolução do trabalho de parto e das condições maternas e fetais. É parte integrante do prontuário da paciente. Contém registros sobre a identificação da gestante, sua história obstétrica, como, por exemplo, quantidade de filhos e existência de abortos anteriores, além de informações de pressão arterial e temperatura, se houve rompimento da bolsa, batimentos cardíacos do bebê, contrações, dilatação do colo uterino, progresso do bebê descendo no canal do parto, medicações prescritas e outros. Existem diversos modelos de partograma utilizados no mundo. No Brasil, cada prestador pode usar sua versão, desde que contenha os dados propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A ANS fornece uma sugestão de modelo de partograma publicado como Anexo da RN nº 368/2015, que se encontra disponível no portal da ANS na internet. As informações do partograma são fundamentais em casos em que haja troca de plantão médico durante o trabalho de parto e desempenham a importante função de ferramenta de gestão para as operadoras, sendo parte integrante do processo para pagamento do parto. Em casos excepcionais, como uma paciente que chega ao hospital com o bebê já nascendo, não é necessário o preenchimento do partograma, pois não haverá um trabalho de parto a acompanhar. Neste caso, o profissional fará apenas um laudo médico ou de enfermagem, conforme o caso, relatando que a paciente chegou em período expulsivo. O mesmo ocorre para os casos de emergência em que a paciente vai direto para a mesa de cirurgia realizar uma cesárea emergencial ou nos casos em que há uma clara indicação prévia de cesárea.

Pay-for-Performance (P4P): a cada um dos diversos modelos de remuneração existentes, poderá ser acrescentado o componente de remuneração ajustada pela performance (desempenho) do prestador de serviços. Trata-se de uma espécie de “guarda-chuva” que deve ser associado a uma terminologia específica. Desse modo, o P4P ajusta o montante de recursos a ser pago ao prestador de serviços de saúde segundo o seu desempenho através de algum método já existente, em geral por orçamento global ou por *Capitation*, ou até mesmo o próprio FFS ou ainda criando outras propostas inovadoras. Para ser considerado um modelo P4P, deve haver a previsão de avaliação do desempenho do prestador e é fundamental a mensuração de indicadores de qualidade da atenção de uma dada população, que podem ser de estrutura, de processo ou de resultados e, ainda, quantitativos ou qualitativos.

Pay-for-Reporting: a cada um dos diversos modelos de remuneração existentes, poderá ser acrescentado o componente de remuneração ajustada com o objetivo de incentivar os prestadores a relatar dados de qualidade e custos, recompensando-os pela completude do conjunto de informações fornecidas.

Perinatal: Período de 22 semanas de gestação até 7 dias de vida do bebê.

Planejamento Estratégico: determinação das políticas e dos programas estratégicos necessários para se atingir objetivos específicos rumo à consecução das metas. Busca-se no planejamento estratégico a oportunidade de promover discussão sobre os objetivos a longo prazo e sobre os meios e ações para alcançá-los.

Planejamento e Estruturação Técnica da Operadora: Dimensão 1 da Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado. Vide Dimensão.

Plano de Ação: conjunto de ações necessárias para atingir uma ou mais metas. Pode envolver ou não outras áreas e demandar alocação de recursos financeiros, humanos e/ou tecnológicos. Deverá ter a designação do(s) responsável(is) pela implementação das ações necessárias, estabelecendo prazos para conclusão e períodos de avaliação do andamento.

Plano de Parto: Documento escrito durante o período pré-natal, no qual a mulher grávida, após receber informações sobre gravidez e parto e considerando seus valores e desejos pessoais, elabora preferências informadas acerca da prática de condutas obstétricas a serem adotadas ou não no momento do parto sob condições normais. Configura-se como um documento de comunicação entre a mulher e acompanhante e os profissionais de saúde, incluindo obstetras e médicos, que irão assistir a gestante durante o trabalho de parto e parto. Registra o trabalho de parto e parto que a gestante gostaria de ter, bem como situações durante o trabalho de parto e parto que a gestante gostaria de evitar. O processo de elaboração do plano de parto durante o pré-natal pode ter apoio de doula, médico obstetra, obstetrix ou enfermeira obstétrica e pode significar um processo de informação, esclarecimento, conscientização e amadurecimento da gestante, até a expressão e possível revisita de suas declarações, durante o trabalho de parto, se desejado.

Plano de Segurança do Paciente: documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e à mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde.

Plano Privado de Assistência à Saúde: contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço preestabelecido ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde livremente escolhidos mediante pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor, às expensas da operadora.

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 intra-uterina 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).

Prematuridade Extrema: nascimento com menos de 28 semanas de gestação.

Prematuridade Moderada: nascimento com 32 a <37 semanas de gestação.

Prematuridade Tardia: A prematuridade moderada pode ser sub-categorizada em prematuridade tardia (34 a <37 semanas completas de gestação). Os nascimentos de prematuros tardios podem ser categorizados em:

- Espontâneos: geralmente ocorrem em função do trabalho de parto prematuro e/ou rotura prematura de membranas pré-termo,
- Indicados: têm como causa mais frequente a pré-eclâmpsia
- Eletivos (iatrogênicos): geram grande preocupação, pois correspondem à fração evitável da prematuridade tardia.

Privacidade: garantia da confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal zelando pela integridade de beneficiários e prestadores.

Profissional Legalmente Habilitado: Profissional com formação superior, inscrito no respectivo Conselho de Classe, com suas competências atribuídas por Lei.

Programa de Melhoria da Qualidade: programa que propõe introduzir mudança de valores e comportamentos individuais e organizacionais, servindo como transposição para uma cultura gerencial, de caráter estratégico, visando implementar e institucionalizar boas práticas de gestão. É orientado pelos fundamentos da Qualidade e por princípios norteadores das ações decorrentes, estruturado de tal forma que agrega valor para efetiva melhoria da qualidade na gestão organizacional.

Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP): programa instituído pelo Ministério da Saúde (MS), em 2013, através da Portaria do MS nº 529, de 1º de abril, com o objetivo de criar no Brasil um programa de contribuição para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde. Os pilares do PNSP são as seis metas de Segurança do Paciente: identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; higienizar as mãos para evitar infecções; reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão.

PREM: do inglês *Patient Reported Experience Measure (PREM)* ou Medição da Experiência Relatada pelo Paciente, por meio de mecanismos como enquetes e questionários, de modo a permitir a coleta de dados e a composição de indicadores de qualidade que contribuam para avaliar a entrega e a percepção de valor em saúde. A premissa é de que os pacientes são conhecedores de sua própria saúde e devem ser tratados como parceiros no cuidado. Esse tipo de avaliação pode facilitar análises sobre efetividade e eficiência para aprimorar decisões e melhoria dos serviços.

PROM: do inglês *Patient-Reported Outcome Measures (PROMS)* ou Medição de Desfechos Reportados pelos Pacientes, por meio de mecanismos como enquetes e questionários, de modo a permitir a coleta de dados e a composição de indicadores de qualidade que contribuam para avaliar a entrega e a percepção de valor em saúde. A premissa é de que os pacientes são conhecedores de sua própria saúde e devem ser tratados como parceiros no cuidado. Esse tipo de avaliação pode facilitar análises sobre efetividade e eficiência para aprimorar decisões e melhoria dos serviços.

Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP): funcionalidade de software que permite o armazenamento do prontuário do paciente.

Prontuário do Paciente: é o documento físico ou eletrônico onde são registradas e comunicadas pelos profissionais integrantes das equipes assistenciais as informações a respeito do paciente, agrupadas de maneira ordenada. Devem ser registradas as informações clínicas e administrativas do paciente bem como os procedimentos, medicamentos, plano de cuidado, profissionais assistentes e todo o fluxo de atendimento do beneficiário realizado por profissionais de saúde.

Protocolo Clínico: documento que normaliza um padrão de atendimento a determinada patologia ou condição clínica, identificando as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Q

Qualidade de Vida: percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações. Considera a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente.

Qualidade dos Dados: valor atribuído às propriedades da informação disponibilizada. É determinada a partir da forma como tais elementos foram elaborados, inseridos, manipulados e armazenados. A qualidade de dados é essencial para os processos transacionais, operacionais e estratégias de marketing e negócios de uma organização.

QUALISS: Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Possui natureza indutora da melhoria da qualidade setorial, com a participação voluntária dos prestadores de serviços.

Quarto de Alojamento Conjunto: ambiente destinado à assistência à puérpera e seu recém-nascido, após a primeira hora de dequitação, com capacidade para 01 (um) ou 02 (dois) leitos e berços, com banheiro anexo.

Quarto PPP (pré-parto, parto e pós-parto imediato): ambiente com capacidade para 01 (um) leito e banheiro anexo, destinado à assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (primeira hora após a dequitação).

R

Rastreabilidade: capacidade que uma organização tem de detalhar o histórico, a aplicabilidade ou a localidade de um item através de informações previamente registradas.

Recursos não farmacológicos no trabalho de parto: uso de recurso não medicamentoso com objetivo de melhorar o conforto da parturiente e auxiliar a mesma na evolução do trabalho de parto, bem como a lidar com a dor. São técnicas e insumos para métodos não farmacológicos de alívio da dor, entre outras: deambulação, exercícios respiratórios, técnicas de relaxamento, adoção de outras posições que não a deitada, livre movimentação, banho de chuveiro ou de imersão (no início da fase ativa), rebozo, uso de músicas de escolha da mulher, redução da iluminação do ambiente, aromaterapia, cinesioterapia, cromoterapia, hidroterapia, massoterapia, acupuntura por profissional habilitado e hipnose por profissional habilitado. Os métodos não farmacológicos de alívio da dor devem ser oferecidos à mulher antes da utilização de métodos farmacológicos, podendo sua oferta ser reiterada ou solicitada também mesmo após a oferta dos métodos farmacológicos.

Rede de Apoio: assim como o bebê precisa de cuidado e atenção, a mãe também precisa de dedicação. Daí vem a importância de poder contar com uma rede de apoio, seja com parceiro (a) ou companheiro (a), ou o marido/esposa, familiares, amigos e até médicos e enfermeiros. As mulheres precisam de suporte, principalmente emocional, para que a gestação e a chegada do bebê se tornem mais prazerosas e que se sintam acolhidas durante todo o período.

Rede de Atenção à Saúde: arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Rede Prestadora: conjunto de estabelecimentos de saúde, incluindo equipamentos e recursos humanos, próprios ou contratados, indicados pela operadora de plano privado de assistência à saúde para oferecer cuidado aos beneficiários em todos os níveis de atenção à saúde, considerando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Relatório de Avaliação da Certificação da Operadora: relatório documentado elaborado contendo os registros completos, precisos, concisos e claros dos resultados da auditoria, conforme diretrizes descritas no capítulo 9.

Requisito: conjunto de itens de verificação a serem avaliados pelas Entidades Acreditadoras em Saúde (EAS) reconhecidas pela ANS para a Certificação e a manutenção da Certificação. A Certificação de Boas Práticas na Linha de Cuidado Materna e Neonatal (CBP Parto Adequado) envolve dez requisitos, organizados em duas Dimensões. Cada um dos Requisitos é subdividido em diferentes itens de verificação. Os itens de verificação são descritos no Manual.

Risco: combinação da probabilidade da ocorrência de um acontecimento perigoso ou exposição(ões) e da severidade das lesões, ferimentos, ou danos para a saúde, que pode ser causada pelo acontecimento ou pela(s) exposição(ões).

Risco Moral: O risco moral (do inglês moral hazard) é caracterizado como aumento da utilização de serviços pelos usuários, quando cobertos, ou seja, pela sobreutilização dos serviços de saúde na presença de seguro. Desta forma, os indivíduos que possuem algum tipo de plano de saúde tenderiam a sobreutilizar os serviços, visto que o custo marginal de utilização é zero ou próximo de zero. Assim, haveria uso desnecessário de consultas médicas e procedimentos por parte dos beneficiários, a partir de uma lógica que poderia ser resumida pela ideia: “já que estou pagando, vou usar”. Uma espécie de “perversão” da tendência ao consumo.

S

Segurança do Paciente: prevenção ou redução, a um mínimo aceitável, do risco de ocorrência de um evento adverso a um paciente, durante a realização de um tratamento médico.

Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT): modalidade de prestação de serviços na área da saúde com o objetivo de esclarecer o diagnóstico ou realizar procedimentos terapêuticos específicos para pacientes externos, internos ou de emergência de um serviço de saúde.

Shared Savings/Shared Losses: a cada um dos diversos modelos de remuneração existentes, poderá ser acrescentado um componente de remuneração ajustado no qual os prestadores de serviços continuam a ser pagos de acordo com o sistema *Fee For Service* ou outro modelo, mas podem receber um bônus ou penalidade se o total de gastos da fonte pagadora são menores ou maiores que o valor que o pagador calcula e que teria gasto na ausência do programa. O bônus ou penalidade é proporcional à diferença entre o gasto projetado e o gasto real.

Simetria de Informações: situação ideal na qual todas as partes envolvidas têm conhecimento do papel de cada uma, seus custos e ganhos com seus respectivos ônus e bônus.

Sinistralidade: indicador dos contratos de assistência médica que consiste na relação entre os custos arcados com os eventos assistenciais e as receitas recebidas pela operadora (Sinistralidade = Despesas Assistenciais/Contraprestações Efetivas).

Sistemas de Registro Eletrônico de Saúde (S-RES): abrange qualquer sistema de informação que capture, armazene, apresente, transmita ou imprima informação identificada em saúde (SBIS, 2021).

Stop loss: No contexto dos modelos de remuneração baseados em valor, as cláusulas contratuais de “*stop loss*” tem como objetivo estabelecer limites para o risco financeiro dos prestadores de serviços de saúde, nas modalidades de pagamento que envolvem o compartilhamento de risco financeiro entre operadora e prestador. Os limites da responsabilidade financeira dos prestadores de serviços de saúde devem ser especificados com antecedência, por meio de cláusulas contratuais, estabelecendo um valor máximo para os custos assumidos pelo prestador nas situações em que os valores financeiros relacionados ao cuidado em saúde de determinado paciente sejam incomumente altos e discrepantes, comprometendo a sustentabilidade financeira do prestador.

Suporte Contínuo Durante o Trabalho de Parto: Presença de pessoa de suporte contínuo durante o parto e nascimento, alguém presente integral e exclusivamente para prover apoio, não sendo um acompanhante. Deve ser alguém experiente em prover apoio ao longo do trabalho de parto e que seja minimamente capacitado (como uma doula, por exemplo). Esse suporte pode incluir apoio emocional e psicológico, pela presença contínua, pela reafirmação e pela celebração, bem como informacional sobre o avanço do trabalho de parto. Também pode incluir recomendações sobre técnicas, medidas de conforto (contato físico, massagens, banhos aquecidos em banheira ou chuveiro, encorajamento para a deambulação, oferta adequada de líquidos e conversas, quando necessário). Ainda que não sejam sinônimos dado o envolvimento emocional, em comparação a estar só ao longo do trabalho de parto, o suporte de acompanhante, seja familiar ou amigo de livre escolha da mulher, também pode contribuir para incrementar a satisfação da mulher com a experiência.

Sustentabilidade: capacidade de uma organização se manter no longo prazo em um mercado competitivo, com interferências do ambiente em que está inserida e contemplando a finitude de recursos disponíveis para a sua sobrevivência.

T

Tempo Médio de Espera: tempo que os beneficiários aguardam para ter sua chamada atendida.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): documento que comprova a concordância e aprovação do paciente ou de seu representante, após a necessária informação e explicações, sob a responsabilidade do médico, a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos que lhe são indicados. A informação deve ser suficiente, clara, ampla e esclarecedora, de forma que o paciente tenha condições de decidir. Também conhecido como Termo de Consentimento Informado.

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 durante o primeiro ano de vida quando se comparam essas crianças com as nascidas às 39-40 semanas.

Termo Real (ou Termo Completo): Nascimento entre 39 e <41 semanas de gestação.

Termo Tardio: Nascimento entre 41 e <42 semanas de gestação.

Teste de Navegabilidade: tem o objetivo de verificar a facilidade e a viabilidade de manipulação do sistema utilizado no portal eletrônico da instituição pelo usuário, identificando as possíveis dificuldades que o usuário pode ter em encontrar informações ou mesmo de interagir com o sistema. Ex. Baixa legibilidade; menu confuso; página inicial com poucas informações a respeito do produto ou serviço.

Trabalho de Parto: o processo fisiológico que tem por objetivo expulsar o feto, a placenta e as membranas, para o exterior do útero, através do canal de parto com idade gestacional igual ou superior a 20 semanas. Deve ser assistido com base em evidências científicas, de modo a diminuir a variabilidade injustificada de condutas entre os profissionais, reduzir intervenções desnecessárias e difundir e aumentar as melhores práticas na atenção ao parto e nascimento.

U

Universo Amostral: elementos ou conjunto de elementos que possuem as características objeto de auditoria de item de verificação e que serão considerados para seleção da amostra a ser verificada pelo auditor.

Uso Racional de Medicamento: processo pelo qual os pacientes recebem medicamentos apropriados para suas necessidades clínicas, em doses adequadas às suas características individuais e pelo período adequado.

V

Valor Econômico: envolve variáveis como fluxo de benefícios, resultado, custo de oportunidade, além do ativo intangível, que resulta de fatores de valorização da organização que lhe são indissociáveis, como o nome, a reputação, a localização, a fidelidade dos clientes, os produtos e serviços prestados.

Valor em Saúde: relação entre os resultados que importam para os pacientes – ou seja, os desfechos clínicos – e o custo para atingi-los, avaliada com o objetivo de oferecer qualidade ao paciente e colocá-lo no centro da estratégia. O conceito pode ser resumido na fórmula: valor = desfechos assistenciais/custo da assistência.

Valores: representam os princípios da organização que norteiam todas as suas ações. São compostos de regras morais que simbolizam os atos de seus administradores, fundadores e colaboradores em geral.

Visão: objetivo da organização. É aquilo que a instituição espera ser em um determinado tempo e espaço. Descreve o que a organização quer realizar objetivamente nos próximos anos da sua existência.

Visita de Diagnóstico: é instrumento necessário para a avaliação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras sem fins de certificação, com o objetivo de subsidiar a compreensão do atual estado da organização e é desenvolvido por avaliadores habilitados e qualificados que compõem a equipe de Entidades Acreditoras em Saúde reconhecidas pela ANS, que, ao final emitem uma Declaração de Diagnóstico Organizacional, entretanto, não estabelecem vínculo obrigatório para a visita de avaliação para a certificação propriamente dita.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DO GLOSSÁRIO:

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Duas faces da mesma moeda:** micro regulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005 .270 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-0988-5. Disponível em: http://ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Serie_regulacao_e_saude_Vol_4.pdf. Acesso em: 2 ago. 2021, 10:06.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Guia para Implementação de Modelos de Remuneração Baseados em Valor - 2019.** Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor/guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 440, de 13 de dezembro de 2018**. Institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução normativa nº 452, de 30 de março de 2022**. Dispõe sobre o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Altera a Resolução Normativa - RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a Aplicação de Penalidades para as Infrações à Legislação de Planos Privados de Assistência à Saúde.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução normativa nº 507, de 9 de março de 2020**. Dispõe sobre o Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução de Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

BOHREN, M. A.; HOFMEYER, G. J.; SAKALA, C.; FUKUZAWA, R. K.; CUTHBERT A. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database Syst** ver, 6;7(7):CD003766, July. 2017.

BRACHINE, J. D. P.; PETERLINI, M. A. S.; PEDREIRA, M. L. G. Método *bundle* na redução de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateteres centrais: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 4, p. 200-210, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000400025>. Epub 27 Mar 2013. ISSN 1983-1447. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000400025>. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000400025>. Acesso em: 17 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde - **Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação Geral de Vigilância das Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Fluxogramas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites B e C nas instituições que realizam parto**. Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/67631/calendario_transmissao_vertical_07_2021.pdf?file=1&type=node&id=67631&force=1 Acesso em: 3 ago. 2021, às 18h01.

BRITISH STANDARD INSTITUTE. **Occupational Health in Safety Assessment**. Series (Especificação para sistemas de gestão de saúde e segurança ocupacional): OHSAS 18001. Reino Unido, 2007.

CENTRO COLABORADOR PARA QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE - PROQUALIS/Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde/ Fundação Oswaldo Cruz – ICICT/Fiocruz. Disponível em: <https://proqualis.net>

DIETZ, P. M.; RIZZO, J. H.; ENGLAND, L.J. et al. Early term delivery and health care utilization in the first year of life. **J Pediatr**, 161: 234-9.e1, 2012.

DRG Brasil **Desfecho clínico: o que é e como determina a entrega de valor ao paciente - 2020** Disponível em: <https://www.drgrbrasil.com.br/>.

CATÂNIO, A. R.; SANTOS, E. F. dos.; ABBAS, K. Ensaio teórico sobre cost drivers: determinantes de custos e direcionadores de custos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 22., 2015. Foz do Iguaçu. **Resumos** [...]. Paraná: novembro de 2015.

FERNANDES, ROSA M. CASTILHOS. **Educação Permanente e Políticas Sociais**. Campinas.SP: Papel Social. (JCI). 2016. Disponível em: http://www.epi2008.com.br/apresentacoes/PAINEIS_23_09_PDF/Walter%20Mendes.pdf

- GRAÇA, L. M. Parto eletivo no período pré-termo tardio/termo precoce – as evidências. **Acta Obstet Gynecol Port**, 8(4):336-340, 2014. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/06-parto_electivo.pdf
- HALL, R.; DUARTE-CORREA, M.; HARLASS, F. Oral versus vaginal misoprostol for labor induction. **Obstet Gynecol**, 99:1044-8, 2002.
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA. (Portal de Boas Práticas - Atenção à Mulher - Principais Questões sobre Ambientes de Atenção ao Parto – IFF/Fiocruz). Acesso em: 15 jul. 2019.
- JAMA. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. Evidence-Based Medicine Working Group. **PMID**: 1404801 1992 Nov 4;268(17):2420-5. DOI: 10.1001/jama.1992.03490170092032.
- MCKIBBON, K. A. Evidence based practice. **Bulletin of the Medical Library Association**, 86:3, p.396-401, 1998.
- MIYADAHIRA, S. Pós-datismo. In: ZUGAIB, M.; BITTAR, R. E. **Protocolos assistenciais da Clínica Obstétrica da FMUSP**. .a ed. São Paulo: Atheneu; 2002.
- PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. et al. **Repensando a Saúde**: Estratégias para Melhorar a Qualidade e Reduzir os Custos. [S. l.]:Bookman. 2007
- RAND, L.; ROBINSON, J. N.; ECONOMY, K.E.; NORWITZ, E. R. Post-term induction of labor revisited. **Obstet Gynecol**, 96:779-83, 2000.
- SACKET, D. L.; ROSENBERG, W. M. C.; GRAY, J. A. M.; RICHARDSON, W. S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. **British Medical Journal**, 312;71-72, 1996.
- SANCHES-RAMOS, L.; OLIVIER, F.; DELKE, I.; KAUNITZ, A. M. Labor induction versus expectant management for postterm pregnancies: a systematic review with meta-analysis. **Obstet Gynecol**, 101:1312-8, 2003.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE . **Certificação de S-RES**. Disponível em: <http://sbis.org.br/certificacao-de-s-res/>.
- 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
- TERRELL, G. E.; BOBBIT JR., J. D. **Value-based Healthcare and Payment Models**: Including Frontline Strategies for 20 Clinical Subspecialties. (pp.8-9) American Association for Phisician Leadership 2019.
- WITHERS, K.; PALMER, R.; LEWIS, S.; CAROLAN-REES, G. **First steps in PROMs and PREMs collection in Wales as part of the prudent and value-based healthcare agenda - PubMed (nih.gov)** PMID: 33249539. PMCID: PMC7700742 DOI: 10.1007/s11136-020-02711-2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33249539/> Acesso em: 3 ago. 2021, 14:7.

CAPÍTULO 7

CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO E FORMA DE CÁLCULO

PONTUAÇÃO E FORMA DE CÁLCULO

A operadora poderá obter a Certificação de Boas Práticas em Parto Adequado em três níveis. Além dos pré-requisitos estabelecidos no capítulo 2 do presente manual, a operadora deverá obter as seguintes pontuações descritas no quadro 9, de acordo com cada um dos níveis estabelecidos:

■ QUADRO 9 – NÍVEIS DE CERTIFICAÇÃO E RESPECTIVAS PONTUAÇÕES MÍNIMAS

Nível I Validade de 3 anos	Obter nota final maior ou igual a 90 Conformidade em pelo menos 80% dos itens de Excelência Nota na Dimensão da Qualidade em Atenção à Saúde do IDSS acima de 0,8
Nível II Validade de 2 anos	Obter nota final maior ou igual a 80 e menor que 90 Conformidade em pelo menos 50% dos itens de Excelência
Nível III Validade de 2 anos	Obter nota final maior ou igual a 70 e menor que 80 Conformidade em pelo menos 20% dos itens de Excelência

Fonte: ANS (2022)

Considerando que há 23 itens de excelência, distribuídos em 10 requisitos, é necessário que a operadora cumpra, ao menos 18 itens de excelência ($80\% * 23$) para atingir o nível máximo (Nível I) da certificação, conforme critérios definidos para os níveis de certificação no corpo da Resolução Normativa.

Fórmula de cálculo da pontuação

Seja I_i cada item definido no Requisito, i variando de 1 a n , sendo n o total de itens do Requisito.

$$I_i = \begin{cases} I_i = 0, & \text{se o item não atende ao escopo ou possui menos de 180 dias de implantação} \\ I_i = 1, & \text{se o item atende ao escopo e possui 180 dias ou mais de implantação} \end{cases}$$

Seja R_j a nota do Requisito j . Então:

$$R_j = \frac{\sum_{i=1}^n I_i}{n} * 100$$

Se I_i é um item essencial do Requisito, e $I_i = 0$, então $R_j = 0$.

Seja D_m a nota da Dimensão m , m variando de 1 a 2, e k o número de requisitos da Dimensão. Logo, a nota da Dimensão será a média da Nota dos requisitos:

$$D_m = \frac{\sum_{j=1}^k R_j}{k}$$

A Nota Final da CBP-Parto Adequado da Operadora será a média da nota das dimensões:

$$NF = \frac{\sum_{m=1}^2 D_m}{2}$$

Se $NF < 70$, então, a operadora não está apta à Certificação.

As faixas de classificação e requisitos por Nível estão descritas neste Manual de CBP-Parto Adequado, cujos quantitativos, por Dimensão, Requisito e Classificação, seguem na tabela 10.

■ TABELA 10 – QUANTITATIVO DE ITENS DE VERIFICAÇÃO DA CBP-PARTO ADEQUADO, POR DIMENSÃO, REQUISITO E CLASSIFICAÇÃO.

	CBP-Parto Adequado	Quantidade de Requisitos	Itens	Total de Itens	Itens Essenciais	Itens Complementares	Itens de Excelência
Dimensão 1 - Planejamento e Estruturação Técnica da Operadora							
Requisitos	1.1 Estruturação e Organização Técnica da Operadora	6	11	52	7	2	2
	1.2 Estruturação e Organização Técnica da Rede de Atenção à Saúde Materna e Neonatal		18		9	6	3
	1.3 Monitoramento e Avaliação		5		2	1	2
	1.4 Modelos de Remuneração Baseados em Valor		10		2	4	4
	1.5 Educação e Desenvolvimento de Recursos Humanos		5		1	3	1
	1.6 Experiência da Beneficiária		3		1	1	1
Dimensão 2 - Cuidado Centrado na Gestante Durante o Ciclo Gravídico-Puerperal							
Requisitos	2.1 Comunicação e informação em Saúde centradas na gestante	4	13	50	7	4	2
	2.2 Atenção ao pré-natal centrada na gestante		16		9	3	4
	2.3 Atenção ao parto centrada na mulher e no bebê		13		7	4	2
	2.4 Atenção ao puerpério centrada na mulher e no bebê		8		5	1	2
Total	Total Geral		102		50	29	23

Fonte: ANS (2022)

CAPÍTULO 8

FORMULÁRIO E TERMOS

8.1 FORMULÁRIO DE ESPECIFICAÇÃO DE ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES DA REDE ASSISTENCIAL PARA CERTIFICAÇÃO DA OPERADORA

No capítulo 2 do manual é estabelecida a cobertura populacional mínima para que a operadora possa pleitear a Certificação. Com isto pretende-se que o padrão de qualidade que se busca estabelecer nesta Certificação tenha um impacto significativo para os beneficiários da operadora e para o setor suplementar de saúde. Caso não fosse estabelecida uma cobertura populacional mínima, poderia ocorrer de uma operadora atender aos requisitos e itens de verificação estabelecidos, mas sem um impacto significativo para o conjunto de beneficiárias.

A cobertura populacional mínima é calculada a partir do número de partos realizados em beneficiárias da operadora, no período de 12 meses anteriores à solicitação da certificação e deverá seguir os critérios estabelecidos no capítulo 2.

Para assegurar essa cobertura populacional, a operadora deverá indicar um hospital ou um conjunto de hospitais de sua rede de atenção à saúde materna e neonatal participante da certificação. A operadora deverá indicar quais os hospitais que participarão da certificação, identificando o nome, a razão social, CNPJ, CNES e unidade da federação (UF), conforme formulário descrito a seguir:

Razão Social da Operadora:	
Registro ANS:	
Partos/Ano (últimos 12 meses):	
Hospital 1:	
Razão Social:	
CNPJ:	
CNES:	
Unidade da Federação: (combo siglas)	
Número de leitos obstétricos:	
Partos de Beneficiárias da Operadora/Ano (últimos 12 meses):	
Hospital 2:	
Razão Social:	
CNPJ:	
CNES:	
Unidade da Federação: (combo siglas)	
Número de leitos obstétricos:	
Partos de Beneficiárias da Operadora/Ano (últimos 12 meses):	

8.2 FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO PARA RECONHECIMENTO DE ENTIDADE ACREDITADORA EM SAÚDE JUNTO À ANS OU SOLICITAÇÃO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

FORMULÁRIO PARA RECONHECIMENTO DA ENTIDADE ACREDITADORA EM SAÚDE/ ATUALIZAÇÃO DE DADOS				
Nome da Entidade Acreditadora em Saúde:				
CNPJ:				
Solicitação de:				
<input type="checkbox"/>	Reconhecimento / Renovação do Reconhecimento			
<input type="checkbox"/>	Atualização de Dados			
Representante da Entidade Acreditadora em Saúde perante a ANS:				
Cargo que o Representante da Entidade Acreditadora em Saúde perante a ANS ocupa na instituição:				
Endereço completo da Entidade Acreditadora em Saúde:				
Telefones:				
E-mails:				
Dados dos membros da diretoria, conselho de administração, fiscal e afim:				
Nome Completo	Data de Nascimento	CPF	Cargo	Órgão
			<i>ex: Diretor de</i>	<i>ex: Diretoria de</i>
			<i>ex: Conselheiro</i>	<i>ex: Conselho Administrativo</i>
			<i>ex: Conselheiro</i>	<i>ex: Conselho Fiscal</i>
Lista de documentos a serem anexados:				
<input type="checkbox"/>	Manual da Entidade Acreditadora em Saúde			
<input type="checkbox"/>	Ato constitutivo e suas alterações			
Ter reconhecimento de competência emitido por:				
<input type="checkbox"/>	<i>The International Society For Quality in Health Care – ISQua, ou</i>			
<input type="checkbox"/>	Coordenação Geral de Acreditação do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia – CGCRE/INMETRO			
<input type="checkbox"/>	Declaração firmada pelos seus representantes de ausência de conflitos de interesses			
<input type="checkbox"/>	Termo de responsabilidade junto à ANS			

OBS: Os cargos e órgãos preenchidos são exemplificativos. Deverão ser encaminhados os dados de todos os membros da diretoria, conselho de administração, fiscal e afim.

8.3 TERMO DE RESPONSABILIDADE JUNTO À ANS

TERMO DE RESPONSABILIDADE JUNTO À ANS

A _____, Entidade Acreditadora em Saúde, inscrita no Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas sob o nº _____, sediada _____(endereço completo), neste ato representada por seu _____, (DADOS PESSOAIS DO REPRESENTANTE: nome, estado civil, identidade, CPF, residência), vem firmar o compromisso com a Agência Nacional de Saúde Suplementar com as seguintes obrigações:

- a. cumprir os requisitos previstos no art. 3º da RN nº 506, de 2022, para o reconhecimento como Entidades Acreditadoras em Saúde;
- b. comunicar à ANS, no prazo de 30 (trinta) dias, qualquer alteração na pessoa jurídica que altere os requisitos previstos no art. 3º da RN nº 506, de 2022, para o reconhecimento como Entidades Acreditadoras em Saúde;
- c. avaliar as operadoras de planos privados de assistência à saúde pelos critérios técnicos preestabelecidos pela ANS neste Manual;
- d. não realizar consultoria às operadoras de planos privados de assistência à saúde;
- e. não realizar auditoria independente para Pesquisa de Satisfação de Beneficiários prevista no requisito 4.4, item 4.4.6, da Dimensão Experiência do Beneficiário estabelecida no inciso IV do art. 12 da Resolução Normativa nº 507, de 30 de março de 2022, nas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde a serem acreditadas pela própria Entidade Acreditadora;
- f. não realizar auditoria independente para Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde prevista no Documento Técnico para Realização de Pesquisa de Satisfação de Beneficiários, utilizado para pontuar no Programa de Qualificação de Operadoras/Índice de Desempenho da Saúde Suplementar - PQO/IDSS (Pontuação Base da Dimensão 3 do PQO/IDSS) e no requisito 4.4, item 4.4.7, da Dimensão Experiência do Beneficiário estabelecida no inciso IV do art. 12 da Resolução Normativa nº 507, de 30 de março de 2022, nas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde a serem acreditadas pela própria Entidade Acreditadora;
- g. coletar e processar os dados dos indicadores trimestralmente;
- h. reportar os dados dos indicadores para ANS anualmente;
- i. realizar visitas presenciais e formular relatórios anualmente;
- j. enviar o relatório das visitas presenciais para a ANS anualmente;
- k. estar com o reconhecimento válido de competência emitido pela *The International Society For Quality in Health Care* – ISQua, ou pela Coordenação Geral de Acreditação do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia – CGCRE/Inmetro;
- l. manter a documentação comprobatória de todos os atos praticados, inclusive a comprovação da formação e experiência profissional dos auditores prevista no art. 12 da RN nº 506, de 2022, e no capítulo 2.1 do presente Manual;
- m. no caso de perda da certificação, comunicar formalmente a ANS, no máximo, em 15 (quinze) dias úteis.

DATA E LOCAL.

_____ (assinatura) _____

NOME

REPRESENTANTE DA ENTIDADE ACREDITADORA EM SAÚDE PERANTE A ANS

8.4 DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CONFLITOS DE INTERESSES DA EAS

DECLARAÇÃO AUSÊNCIA DE CONFLITOS DE INTERESSES

A _____, Entidade Acreditadora em Saúde, inscrita no Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas sob o nº _____, sediada _____, (endereço completo) neste ato representada por seu _____, (DADOS PESSOAIS REPRESENTANTE: nome, estado civil, identidade, CPF, residência), vem declarar que:

1. Não possui administradores, acionistas controladores, sócios, alta gerência ou equipe de auditores com:
 - a. conflito de interesses para o exercício das atividades de certificação;
 - b. participação societária ou interesse, direto ou indireto, em operadora ou em alguma de suas controladas, coligadas ou equiparadas à coligada; e
 - c. relação de trabalho, direta ou indireta, como empregado, administrador ou colaborador assalariado em Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde ou em alguma de suas controladas, coligadas ou equiparadas à coligada.
2. No grupo econômico ao qual pertença, não há pessoas jurídicas controladoras, coligadas ou equiparadas a coligadas com membros ou prepostos, bem como investimentos, nas condições do item I da presente declaração.
3. Não foram identificadas outras causas que caracterizem comprometimento da nossa imparcialidade como Entidade Acreditadora em Saúde a ser reconhecida pela ANS pelo Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde.

DATA E LOCAL.

_____ (assinatura)_____

NOME

REPRESENTANTE DA ENTIDADE ACREDITADORA EM SAÚDE PERANTE A ANS

CAPÍTULO 9

DIRETRIZES PARA ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO DE AUDITORIA

Devem constar no relatório de Avaliação da Certificação de Boas Práticas na Linha de Cuidado Materna e Neonatal (CBP-Parto Adequado) os registros completos, precisos, concisos e claros dos resultados da auditoria, de acordo com os requisitos e itens previstos:

A. ESPECIFICAR NO RELATÓRIO:

- I. A identificação da operadora auditada com a razão social e Registro da Operadora junto à ANS;
- II. A identificação dos hospitais que integram a presente certificação, incluindo a razão social e número no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, discriminando aqueles que eventualmente tenham sido visitados pela equipe de auditoria da EAS;
- III. A identificação da equipe de auditores e dos representantes da operadora participantes da auditoria;
- IV. As datas e locais onde as atividades foram realizadas;
- V. As constatações da auditoria e as evidências relacionadas, item a item;
- VI. A especificação dos critérios de amostragem, caso tenha sido utilizada nos itens de verificação que incluem a possibilidade de verificação por amostragem;
- VII. Oportunidades de melhoria e boas práticas identificadas;
- VIII. A declaração de conformidade/não conformidade, a pontuação atribuída de cada requisito e item e os registros das evidências que embasaram a conclusão declarada;
- IX. As conclusões finais da auditoria;
- X. O nível de certificação obtida e o período de vigência da certificação;
- XI. Declaração de cada um dos auditores que conduziram a certificação, acerca do estabelecido no capítulo 2 deste manual, referente à formação profissional em saúde, conforme modelo a seguir:

Audidores mínimos exigidos na CBP-Parto Adequado:

- Auditor 1: Um (01) auditor com graduação em qualquer área da saúde, com pós-graduação (Especialização, Mestrado ou Doutorado) reconhecida pelo MEC ou com experiência profissional mínima de 5 anos em uma das seguintes áreas:
 - Gestão em Saúde/Qualidade em Saúde;
 - Saúde Coletiva/Saúde Pública;
 - Administração Hospitalar;
 - Auditoria em Saúde; ou
 - Ginecologia e Obstetrícia / Obstetrícia.

AUDITOR 1

Eu, _____, (telefone), (e-mail), inscrito(a) no CPF sob o nº _____, declaro que possuo formação universitária em _____, com pós-graduação em _____ [Gestão em Saúde/Qualidade em Saúde; Saúde Coletiva/Saúde Pública; Administração Hospitalar; Auditoria em saúde ou Ginecologia e Obstetrícia / Obstetrícia].

OU

AUDITOR 1

Eu, _____, (telefone), (e-mail), inscrito(a) no CPF sob o nº _____, declaro que possuo formação universitária em _____, com experiência de ____ anos em _____ [Gestão em Saúde/Qualidade em Saúde; Saúde Coletiva/Saúde Pública; Administração Hospitalar; Auditoria em saúde ou Ginecologia e Obstetrícia / Obstetrícia].

- Auditor 2: Um (01) auditor com graduação em qualquer área da saúde.

AUDITOR 2

Eu, _____, (telefone), (e-mail), inscrito(a) no CPF sob o nº _____, declaro que possuo formação universitária em _____.

- **Audidores Adicionais:** No caso de mais de 2 auditores, incluir a parte referente a eles, possuindo, no mínimo, formação universitária e experiência em auditoria.

Auditor ___ – _____ Formação em _____

Eu, _____, (telefone), (e-mail), inscrito(a) no CPF sob o nº _____, declaro que possuo formação universitária em _____ e experiência em auditoria.

Assim, assumimos integral responsabilidade pela fidedignidade das declarações ora prestadas ou imperícia, ficando a ANS, desde já, autorizada a delas fazer, nos limites legais e em juízo ou fora dele, o uso que lhe aprouver.

XII. A assinatura dos auditores que conduziram a auditoria para a CBP-Parto Adequado da operadora.

XIII. Assinatura do Representante da Entidade Acreditadora perante a ANS

B. O RELATÓRIO DE MANUTENÇÃO DA CERTIFICAÇÃO DEVERÁ SER ENCAMINHADO À ANS, INDICANDO EXPRESSAMENTE SE A OPERADORA:

- I. Mantém o nível da certificação;
- II. Tem a certificação suspensa; ou
- III. Tem a certificação cancelada.

C. A ANS poderá determinar visita extraordinária com o objetivo de avaliar a manutenção da certificação da Operadora nas ocasiões em que for identificada condição que possa representar risco ao cumprimento dos requisitos aqui estabelecidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, M. L. M. Como construir uma proposta de oficina. In: AFONSO, M. L. M. (org.). **Oficinas em dinâmicas de grupo na área da saúde**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 133-230.

AFONSO, M. L. M.; COUTINHO, A. R. A. Metodologias de trabalho com grupos e sua utilização na área da saúde. In: AFONSO, M. L. M. (org.). **Oficinas em dinâmicas de grupo na área da saúde**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 59-83.

AFONSO, M. L. M.; VIEIRA-SILVA, M.; ABADE, F. L. O processo grupal e a educação de jovens e adultos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 4, p. 707-715, dez. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 368, de 6 de janeiro de 2015**. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 398, de 5 de fevereiro de 2016**. Dispõe sobre a Obrigatoriedade de Credenciamento de Enfermeiros Obstétricos e Obstetrizes por Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde e Hospitais que Constituem suas Redes e sobre a Obrigatoriedade de os Médicos Entregarem a Nota de Orientação à Gestante. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE5Mw==>

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 440, de 13 de dezembro de 2018**. Institui o Programa de Certificação de Boas Práticas em Atenção à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro 2019. Anexo IV. Manual de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzY2MQ==>

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa 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 nº 453, de 12 de março de 2020, a Resolução Normativa – RN nº 457, de 28 de maio de 2020 e a RN nº 460, de 13 de agosto de 2020. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NDzAzMw==>

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Mapa assistencial da saúde suplementar**. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiZDFkODkxNzMtODgwNC00ZTFiLTg2MzUtZmEwND-ViNmU1ZWl4IiwidCI6IjlkYmE0ODBiLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 5 maio 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Resolução Normativa nº 506, de 30 de março de 2022a**. 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.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Painel de Indicadores da Atenção Materna e Neonatal**. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiZTMxYTnkZDYtZDU1OC00MG-FhLWI1YzUtMjZhNTIjYjEyM2JjIiwidCI6IjlkYmE0ODBiLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>. Acesso em: 8 jun. 2022b.

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.full?ijkey=JgilzebteZPF03j&keytype=ref>

BRASIL. **Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010**. Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003.

CASTANHO, P. Uma introdução aos grupos operativos: teoria e técnica. **Vínculo**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 47-60, jun. 2012. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=693531&indexSearch=ID>

CERVATO-MANCUSO, A. M. Elaboração de um programa de educação nutricional. In: DIEZ-GARCIA; CERVATO-MANCUSO (org.). **Mudanças alimentares e educação nutricional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 187-197, 2011.

COLOSIO, R. et al. Prevenção de infecção pelo HIV por intermédio da utilização do grupo operativo entre homens que fazem sexo com homens, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 949-959, abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000400022&script=sci_abstract&tIng=pt.

DUTRA, W. H.; CORREA, R. M. O Grupo Operativo como Instrumento Terapêutico-Pedagógico de Promoção à Saúde Mental no Trabalho. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 35, n. 2, p. 515-527, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932015000200515&script=sci_abstract.

ENTRINGER, A. P.; GOMES, M. A. S. M.; COSTA, A. C. C.; PINTO, M. Impacto orçamentário do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva sem indicação clínica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2018b;42:e116. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.116>

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

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

NUNEZ, G. J. Z.; OLIVEIRA, G. G. de (org.). **Design em pesquisa**: vol 4. FORÉSTI, T, OLIVEIRA, BF de. Design em serviços de saúde: a jornada do paciente. Porto Alegre : Marcavisual, 2021. p. 260-273 Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/232932> Acesso em: 26 out., 2022, 16h39min.

LEAL, M. D. C.; ESTEVES-PEREIRA, A.P.; NAKAMURA-PEREIRA, M.; et al. Burden of early-term birth on adverse infant outcomes: a population-based cohort study in Brazil. **BMJ Open**, 7:e017789, 2017.

LUCCHESI, R. et al. A tecnologia de grupo operativo aplicada num programa de controle do tabagismo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 918-926, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/07.pdf>>.

MENEZES, K.; AVELINO, P. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 24 (1): 124-130, 2016. DOI: 10.1590/1414-462X201600010162

NEGRINI, R.; FERREIRA, R.D. S. da; GUIMARÃES, D. Z. Value-based care in obstetrics: comparison between vaginal birth and caesarean section. **BMC Pregnancy Childbirth**, 21, 333, 2021. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03798-2>

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **OECD Data**. Caesarean sections. Disponível em: <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=73E4388C49135389CD40318586F1660D?sequence=3

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. WHO/RHR/16.12. 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Taxas de cesarianas continuam aumentando em meio a crescentes desigualdades no acesso, afirma OMS**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuam-aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso> . Acesso em: 7 dez. 2022.

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

ROTOLI, A. et al. Grupos operativos: Estrategia para el cuidado de enfermería en un centro de atención psicosocial. **Index de Enfermería**, Granada, v. 21, n. 4, p. 229-233, out./dez. 2012. Disponível em: sciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300011>.

SILVA, Siony da. Reflexões sobre Health 2.0. **Revista GEINTEC**, São Cristóvão, v. 1, n. 2, p. 14-19, 2011.

SOARES, S. M.; FERRAZ, A. F. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 52-57, mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a07.pdf>.

TORRES, E. F.; MAZZONI, A. A. Conteúdos digitais multimídia: o foco na usabilidade e acessibilidade. **Ci. Inf.**, Brasília, DF., v. 33, n. 2, p. 152-160, maio/ago. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ci/v33n2/a16v33n2>

VILLAR. et al. World Health Organization 2005 Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Maternal and Neonatal Individual Risks and Benefits Associated with Caesarean Delivery: Multicentre Prospective Study. **BMJ**, 335(7628):1025, 2007.

VISWANATHAN, M.; VISCO, A. G.; HARTMANN, K.; WECHTER, M.E.; GARTLEHNER, G.; WU, J. M.; PALMIERI, R.; FUNK, M. J.; LUX, L.; SWINSON, T.; LOHR, K.N. Cesarean Delivery on Maternal Request. **Evid Rep Technol Assess** (Full Rep). Mar;(133):1-138, 2006.

VINCHA, K. R. R.; SANTOS, A. de F.; CERVATO-MANCUSO, A. M. Planejamento de grupos operativos no cuidado de usuários de serviços de saúde: integrando experiências. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114,p. 949-962, sep. 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2017.v41n114/949-962/>

YASUDA, Aurora; TAMMARO, Diva Maria. **Etnografia**: solução inovadora para as necessidades de marketing e pesquisa ou caminho de volta? 2006. Disponível em: <https://www.yumpu.com/pt/document/view/16319131/etnografia-solucao-inovadora-ou-caminho-de-volta> Acesso em: 23 mai. 2022.

PARA MAIS INFORMAÇÕES E OUTROS ESCLARECIMENTOS, ENTRE EM CONTATO COM A ANS.
VEJA ABAIXO NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO:



0800 701 9656



**Formulário
Eletrônico**
www.gov.br/ans



**Atendimento presencial
em Núcleos da ANS**
Acesse o portal e
confira os endereços



**Atendimento
exclusivo para
deficientes auditivos**
0800 021 2105



ans.reguladora



@ANS_reguladora



company/ans_reguladora



@ans.reguladora



ansreguladoraoficial



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

