

-Nome do indicador	Proporção de partos cesáreos
Conceito	Proporção de partos realizados por cirurgia cesárea em relação ao número total de partos realizados, em determinado período.
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{total de partos cesáreos}}{\text{total de partos (vaginal + cesáreo)}} \times 100$
Numerador	<p>Total de partos cesáreos 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"> ○ Nascimentos que ocorram fora do hospital; ○ Abortos. <p>Definição dos termos:</p> <p>Parto cesáreo: Procedimento cirúrgico no qual o conceito é extraído mediante incisão das paredes abdominal e uterina.</p>
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 normais, dos nascidos vivos; <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nascimentos que ocorram fora do hospital; ○ Abortos. <p>Definição dos termos:</p> <p>Parto vaginal: é o procedimento no qual o conceito nasce por via vaginal.</p>
Interpretação	<p>O resultado reflete a proporção de partos realizados por cirurgias cesáreas no período de interesse.</p> <p>De acordo com a OMS (2016), uma cesárea deveria ser realizada, idealmente, apenas quando ela for necessária, do ponto de vista clínico. Por ser um procedimento cirúrgico invasivo, a cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo para a mãe, como hemorragia e infecção. Estudos apontam ainda a possibilidade de consequências indesejáveis para os bebês, muitas das quais associadas ao risco de retirada do bebê do útero ainda com maturação incompleta (Villa et al., 2007; Souza et al., 2010; Leal et al., 2017).</p> <p>Ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal (OMS, 2016). O setor suplementar de saúde brasileiro apresenta uma realidade única no mundo, com cerca de 83% dos partos via cesárea (ANS,2019). Na América do Norte, esta proporção é de 32% e, na Europa, de 25%, por exemplo (Betrán et al., 2016).</p>
Unidade de medida	<ul style="list-style-type: none"> • Percentual; e • Numeral (valor do numerador e do denominador utilizados no cálculo do indicador)
Níveis de Agregação e respectiva fonte de dados	<ul style="list-style-type: none"> • Setor suplementar de saúde, por modalidade de operadora e por operadora: Padrão TISS (Troca de Informações em Saúde Suplementar) • Por estabelecimento de saúde (total, por Classificação de Robson* e por idade gestacional**): Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)

	<p>*Classificação de Robson: metodologia recomendada pela OMS (2016) para a comparação e a análise das taxas de partos vaginais e de cesáreas, por meio da qual as gestantes são classificadas, a partir de características obstétricas, em um dentre 10 grupos:</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: Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo • Grupo 4: Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto • Grupo 5: Todas multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas • Grupo 6: Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica • Grupo 7: Todas multíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es) • Grupo 8: Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es) • Grupo 9: Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es) • Grupo 10: Todas gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es) <p>**Idade gestacional: As últimas semanas gestação são especialmente importantes para a maturação dos órgãos do bebê, como o cérebro e o pulmão. Os recém-nascidos classificados como no limite da maturidade, com idade gestacional ao nascimento entre 37 e 38 semanas (termo precoce), têm maior risco de resultados adversos e mortalidade no período neonatal, se comparados com os de 39-41 semanas, classificados como parto a termo (SBP, 2017). Serão disponibilizados dados desagregados nas seguintes idades gestacionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 34 a 36 semanas de gestação (pré-termo) • 37 a 38 semanas de gestação (termo precoce) • 39 semanas de gestação (termo) • 40 a 41 semanas de gestação (termo) • 42 semanas ou mais de gestação (pós-termo)
Frequência	Anual
Limitações e vieses	<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). Não é possível identificar se o parto cesáreo realizado possui ou não indicação clínica.</p>
Bibliografia	<p>Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Ficha Técnica - Indicadores do Programa de Qualificação de Operadoras 2018. http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pqo2018_6_anexo_ii_ficha_tecnica_dos_indicadores.pdf</p> <p>Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Taxas de partos cesáreos por operadora de plano de saúde. Ano 2018. Disponível em: http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e</p>

	<p>operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/taxas-de-partos-cesareos-por-operadora-de-plano-de-saude</p> <p>Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, et al. (2016) The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. PLOS ONE 11(2): e0148343. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343</p> <p>Domingues, Dias, 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 ME, et al. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet. 356 (9239). 2000.</p> <p>Kenner C. Enfermagem neonatal. Rio de Janeiro (RJ): Reichmann & Affonso; 2001.</p> <p>Leal M C, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. Reprod Health. 2016;13(S3):127</p> <p>Leal MDC, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, et al. Burden of early-term birth on adverse infant outcomes: a population-based cohort study in Brazil BMJ Open 2017;7:e017789. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017789</p> <p>Lindström K, Winbladh B, Haglund B, et el. Preterm Infants as Young Adults: A Swedish National Cohort Study Pediatrics 2007;120:70-77.</p> <p>Lumbiganon P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007- 08. Lancet. 2010 (375).</p> <p>MacKay DF, Gordon SCS Dobbie R, et al. Gestational Age at Delivery and Special Educational Need: Retrospective Cohort Study of 407,503 Schoolchildren. PLoS Med. 2010 Jun 8;7(6):e1000289.</p> <p>Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Acesso em: 20/11/2019. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=25A086A9351EC00066305392A7848697?sequence=3</p> <p>Organization for Economic co-Operation and Development – OECD. Health Statistics 2015 - Frequently Requested Data. Acesso em: 15.01.19. Disponível em: http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm</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 HAC; Cuman RKN. Fatores de Risco para Prematuridade: Pesquisa Documental. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 abr-jun; 13 (2): 297-304</p> <p>Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP. Documento Científico. Departamento Científico de Neonatologia. Prevenção da prematuridade – uma intervenção da gestão e da assistência. Nº 2, Novembro de 2017.</p>
--	---

	<p>Souza JP, et al. Cesarean 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.</p> <p>Villar J, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. BMJ. 335(7628). 2007.</p> <p>Vogel JP, et al. On behalf of the WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. Lancet Global Health. 3(5). 2015.</p> <p>Ye J, et al. Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. Birth. 41(3). 2014.</p>
--	---

Nome do indicador	Proporção de partos vaginais
Conceito	Proporção de partos vaginais em relação ao número total de partos realizados, em determinado período.
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{total de partos vaginais}}{\text{total de partos (vaginal + cesáreo)}} \times 100$
Numerador	<p>Total de partos vaginais 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"> ○ Nascimentos que ocorram fora do hospital; ○ Abortos; <p>Definição dos termos:</p> <p>Parto vaginal: é o procedimento no qual o conceito nasce por via vaginal.</p>
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 normais, dos nascidos vivos; <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nascimentos que ocorram fora do hospital; ○ Abortos. <p>Definição dos termos:</p> <p>Parto cesáreo: é o procedimento cirúrgico que inclui incisão abdominal para extração do conceito do útero materno.</p>
Interpretação	<p>O resultado reflete a proporção de partos vaginais no período de interesse. A passagem pelo canal de parto pode contribuir para as funções respiratórias do recém-nascido e o desenvolvimento de seu sistema imunológico. Além disso, o trabalho de parto estimula a liberação de ocitocina, que favorece a amamentação. De acordo com a OMS (2016), uma cesárea deveria ser realizada, idealmente, apenas quando ela for necessária, do ponto de vista clínico. Por ser um procedimento cirúrgico invasivo, a cesárea acarreta riscos imediatos e a longo prazo para a mãe, como hemorragia e infecção. Estudos apontam ainda a possibilidade de consequências indesejáveis para os bebês, muitas das quais associadas ao risco de retirada do bebê do útero ainda com maturação incompleta (Villa et al., 2007; Souza et al., 2010; Leal et al., 2017).</p> <p>Ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal (OMS, 2016). O setor suplementar de saúde brasileiro apresenta uma realidade única no mundo, com cerca de 83% dos partos via cesárea (ANS, 2019). Na América do Norte, esta proporção é de 32% e, na Europa, de 25%, por exemplo (Betrán et al., 2016).</p>
Unidade de medida	<ul style="list-style-type: none"> • Percentual; e • Numeral (valor do numerador e do denominador utilizados no cálculo do indicador)
Níveis de Agregação e	<ul style="list-style-type: none"> • Setor suplementar de saúde, por modalidade de operadora e por operadora: Padrão TISS (Troca de Informações em Saúde Suplementar)

<p>respectiva fonte de dados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Por estabelecimento de saúde (total, por Classificação de Robson* e por idade gestacional**): Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) <p>*Classificação de Robson: metodologia recomendada pela OMS (2016) para a comparação e a análise das taxas de partos vaginais e de cesáreas, por meio da qual as gestantes são classificadas, a partir de características obstétricas, em um dentre 10 grupos:</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: Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo • Grupo 4: Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto • Grupo 5: Todas multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas • Grupo 6: Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica • Grupo 7: Todas multíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es) • Grupo 8: Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es) • Grupo 9: Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es) • Grupo 10: Todas gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es) <p>** Idade gestacional: As últimas semanas gestação são especialmente importantes para a maturação dos órgãos do bebê, como o cérebro e o pulmão. Os recém-nascidos classificados como no limite da maturidade, com idade gestacional ao nascimento entre 37 e 38 semanas (termo precoce), têm maior risco de resultados adversos e mortalidade no período neonatal, se comparados com os de 39-41 semanas, classificados como parto a termo (SBP, 2017). Serão disponibilizados dados desagregados nas seguintes idades gestacionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 34 a 36 semanas de gestação (pré-termo) • 37 a 38 semanas de gestação (termo precoce) • 39 semanas de gestação (termo) • 40 a 41 semanas de gestação (termo) • 42 semanas ou mais de gestação (pós-termo)
<p>Frequência</p>	<p>Anual</p>
<p>Limitações e vieses</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). Não é possível identificar se o parto cesáreo realizado possui ou não indicação clínica.</p>

<p>Bibliografia</p>	<p>Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Ficha Técnica - Indicadores do Programa de Qualificação de Operadoras 2018. http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pqo2018_6_anexo_ii_ficha_tecnica_dos_indicadores.pdf</p> <p>Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Taxas de partos cesáreos por operadora de plano de saúde. Ano 2018. Disponível em: http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/taxas-de-partos-cesareos-por-operadora-de-plano-de-saude</p> <p>Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, et al. (2016) The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. PLOS ONE 11(2): e0148343. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343</p> <p>Domingues, Dias, 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 ME, et al. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet. 356 (9239). 2000.</p> <p>Kenner C. Enfermagem neonatal. Rio de Janeiro (RJ): Reichmann & Affonso; 2001.</p> <p>Leal M C, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. Reprod Health. 2016;13(S3):127</p> <p>Leal MDC, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, et al. Burden of early-term birth on adverse infant outcomes: a population-based cohort study in Brazil BMJ Open 2017;7:e017789. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017789</p> <p>Lindström K, Winbladh B, Haglund B, et el. Preterm Infants as Young Adults: A Swedish National Cohort Study Pediatrics 2007;120;70-77.</p> <p>Lumbiganon P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007- 08. Lancet. 2010 (375).</p> <p>MacKay DF, Gordon SCS Dobbie R, et al. Gestational Age at Delivery and Special Educational Need: Retrospective Cohort Study of 407,503 Schoolchildren. PLoS Med. 2010 Jun 8;7(6):e1000289.</p> <p>Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Acesso em: 20/11/2019. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=25A086A9351EC00066305392A7848697?sequence=3</p> <p>Organization for Economic co-Operation and Development – OECD. Health Statistics 2015 - Frequently Requested Data. Acesso em: 15.01.19. Disponível em: http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm</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 HAC; Cuman RKN. Fatores de Risco para Prematuridade: Pesquisa Documental. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 abr-jun; 13 (2): 297-304</p> <p>Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP. Documento Científico. Departamento Científico de Neonatologia. Prevenção da prematuridade – uma intervenção da gestão e da assistência. Nº 2, Novembro de 2017.</p> <p>Souza JP, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008. WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. BMC medicine. 8 (71). 2010.</p> <p>Villar J, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. BMJ. 335(7628). 2007.</p> <p>Vogel JP, et al. On behalf of the WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. Lancet Global Health. 3(5). 2015.</p> <p>Ye J, et al. Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. Birth. 41(3). 2014.</p>
--	--

Nome do indicador	Taxa de Consultas de Pré-Natal
Conceito	Número médio de consultas de pré-natal realizados por gestante no período considerado.
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{Número de consultas de pré – natal (até 42 semanas antes do parto)}}{\text{total de partos (vaginal + cesáreo)}}$
Numerador	<p>Total de consultas de pré-natal realizadas no período considerado.</p> <p>Definição dos termos:</p> <p>Consulta pré-natal: Consultas de Ginecologia e Obstetrícia realizadas por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Medicina, em gestantes com fins de orientação terapêutica, controle e acompanhamento clínico da gravidez.</p>
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 normais, dos nascidos vivos; <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nascimentos que ocorram fora do hospital; ○ Abortos. <p>Definição dos termos:</p> <p>Parto vaginal: é o procedimento no qual o conceito nasce por via vaginal.</p> <p>Parto cesáreo: é o procedimento cirúrgico que inclui incisão abdominal para extração do conceito do útero materno.</p>
Interpretação	<p>Permite estimar a cobertura do atendimento pré-natal de gestantes em relação ao total de partos realizados 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). O Ministério da Saúde (MS) recomenda o início do pré-natal no primeiro trimestre e um mínimo de seis consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro. No âmbito do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde – IDSUS, o MS estabelece como meta a ser alcançada que pelos menos 90% das mães tenham sete ou mais consultas de pré-natal (BRASIL, 2017).</p>
Unidade de medida	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa; e • Numeral (valor do numerador e do denominador utilizados no cálculo do indicador)
Níveis de Agregação e respectiva fonte de dados	Setor suplementar de saúde, por modalidade de operadora e por operadora: Padrão TISS (Troca de Informações em Saúde Suplementar)
Frequência	Anual
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 em qualidade da assistência pré-natal.</p>
<p>Bibliografia</p>	<p>Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Ficha Técnica - Indicadores do Programa de Qualificação de Operadoras 2018. http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pqo2018_6_anexo_ii_ficha_tecnica_dos_indicadores.pdf</p> <p>Anjos, JCB; Boing, AF. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. Revista Brasileira de Epidemiologia [online]. 2016, v. 19, n. 04 [Acessado 6 Dezembro 2019], pp. 835-850. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040013>.</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Mulher. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Rev Bras Saúde Mat Infant 2002; 2: 69-71. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292002000100011 https://doi.org/10.1590/S1519-38292002000100011</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde - IDSUS. Disponível em: http://idsus.saude.gov.br/detalhadas.html. Acesso em 2017.</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>

Nome do indicador	Taxa de acompanhante por mulher no pré-parto, parto ou pós-parto imediato
Conceito	Número médio de mulheres que tiveram acompanhante no pré-parto, parto ou pós-parto imediato, no período considerado.
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{Número de mulheres com acompanhante no pré parto, parto ou pós parto}}{\text{total de partos (vaginal + cesáreo)}} \times 100$
Numerador	Total de mulheres com acompanhante no pré-parto, parto ou pós-parto imediato, no período considerado.
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 normais, dos nascidos vivos; Critérios de exclusão: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nascimentos que ocorram fora do hospital; ○ 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. 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 da 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. A presença do acompanhante é identificada na literatura como boa prática, humanizadora do processo de parturição, recomendada a todas as gestantes. Trata-se de uma prática recomendada pela literatura e garantida por lei no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2005). No setor suplementar de saúde, a Resolução Normativa - RN nº 428/2017 da ANS, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos de saúde, garante, às beneficiárias de planos hospitalares com obstetrícia, a cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de pré-parto, parto e pós-parto imediato, salvo intercorrências, a critério médico. As despesas serão referentes à alimentação que o prestador de serviços disponibiliza aos seus clientes, além das taxas básicas necessárias à permanência do acompanhante, inclusive aquelas relativas à paramentação (roupa apropriada para entrar em centro cirúrgico, sala de parto, UTI, etc) (ANS, 2017; 2019).
Unidade de medida	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa; e • Numeral (valor do numerador e do denominador utilizados no cálculo do indicador)
Níveis de Agregação respectiva de dados de e fonte	Setor suplementar de saúde, por modalidade de operadora e por operadora: Padrão TISS (Troca de Informações em Saúde Suplementar)

Frequência	Anual
Limitações e vieses	<p>O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da humanização da assistência prestada.</p> <p>O indicador pode ser influenciado pela forma de registro da presença do acompanhante nas informações trocadas entre prestadores e operadoras.</p>
Bibliografia	<p>Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Ficha Técnica - Indicadores do Programa de Qualificação de Operadoras 2018. http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/idss/pqo2018_6_anexo_ii_ficha_tecnica_dos_indicadores.pdf</p> <p>Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Central de Atendimento. O plano de saúde deve cobrir acompanhante no hospital para a gestante? http://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=pergunta&resposta=265&historico=20645563</p> <p>Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Resolução Normativa - RN Nº 428, de 7 de novembro de 2017. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga as Resoluções Normativas – RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, e RN nº 407, de 3 de junho de 2016. Publicada no Diário Oficial da União de 08/11/2017 (nº 214, pág. 101)</p> <p>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</p>

Nome do indicador	Disponibilidade de Núcleo de Segurança do Paciente por estabelecimento de saúde
Conceito	Informação relativa aos hospitais/maternidades que possuem Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) cadastrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), no período considerado.
Dado	O dado se refere a cada estabelecimento de saúde, mensurado individualmente, quanto à presença de Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) cadastrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), no período considerado.
Interpretação	<p>O resultado do indicador reflete as instituições que possuem Núcleo de Segurança do Paciente no período de análise.</p> <p>Os NSP constituem uma instância do serviço de saúde criada para estimular a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso seguro de tecnologias da saúde; a disseminação sistemática da cultura de segurança; a articulação e a integração dos processos de gestão de risco e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.</p> <p>A Resolução - RDC nº 36/2013 estabelece que todos os serviços de saúde abrangidos pela norma devem constituir Núcleos de Segurança do Paciente - NSP, promovendo e apoiando a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.</p>
Unidade de medida	Estabelecimento de saúde
Nível de desagregação e respectiva fonte de dados	Por estabelecimento de saúde: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)
Frequência	Semestral
Limitações e vieses	Problemas referentes à qualidade de preenchimento do cadastro ou existência do núcleo não cadastrado na Anvisa.
Bibliografia	Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Publicada em DOU nº 143, de 26 de julho de 2013.

Nome do indicador	Prestadores de serviços de saúde que notificaram no Notivisa
Conceito	Informação relativa aos hospitais/maternidades que compõem a rede assistencial dos planos privados de assistência à saúde que realizaram alguma notificação no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (Notivisa), no período considerado.
Dado	O dado se refere a cada estabelecimento de saúde, mensurado individualmente, quanto a notificação de eventos adversos (EA), associados à assistência à saúde, e queixas técnicas (QT), relacionadas ao uso de produtos e de serviços, no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (Notivisa), ao menos uma vez no período considerado.
Interpretação	<p>O resultado do indicador reflete as instituições que notificaram a ocorrência de EA e QT no Notivisa, no período de análise.</p> <p>A rotina de registro da ocorrência de incidentes contribui para o fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Nem toda notificação gera necessariamente uma medida sanitária, regulatória ou não. Entretanto, é necessário comumente um conjunto de notificações para que as informações geradas sejam consistentes e possam subsidiar ações no âmbito do SNVS. Portanto, é importante que seja promovida a notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária sempre que houver suspeita de um incidente, evento adverso ou queixa técnica (Anvisa, 2019).</p>
Unidade de medida	Estabelecimento de saúde
Nível de desagregação e respectiva fonte de dados	Por estabelecimento de saúde: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)
Frequência	Semestral
Limitações e vieses	Problemas referentes ao registro das notificações junto ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
Bibliografia	<p>Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Notificações em Vigilância Sanitária. Notificações em Vigilância Sanitária – Notivisa. http://portal.anvisa.gov.br/notivisa</p> <p>Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.660, de 22 de julho De 2009. Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária - VIGIPOS, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde – SUS. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1660_22_07_2009.html</p>

Nome	Percentual de gestantes por Classificação de Robson
Conceito	Proporção gestantes em cada uma das 10 categorias da Classificação de Robson no período considerado
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{número de gestantes em cada categoria de Robson}}{\text{total de gestantes}} \times 100$
Numerador	<p>Total de gestantes em cada uma das 10 categorias da Classificação de Robson no período considerado.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gestante classificada em cada uma das 10 categorias da Classificação de Robson; <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gestante não classificada em nenhuma das 10 categorias da Classificação de Robson. <p>Definição dos termos:</p> <p>Classificação de Robson: metodologia recomendada pela OMS (2016) para a comparação e a análise das taxas de partos vaginais e de cesáreas, por meio da qual as gestantes são classificadas em um dentre 10 grupos, a partir de características obstétricas.</p>
Denominador	<p>Total de gestantes no período considerado.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gestante classificada em alguma das 10 categorias da Classificação de Robson; <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gestante não classificada em nenhuma das 10 categorias da Classificação de Robson.
Interpretação	<p>O resultado reflete a proporção de gestantes em determinada categoria da Classificação de Robson.</p> <p>Em 2011, a OMS promoveu uma revisão sistemática das metodologias existentes para classificar cesáreas e chegou à conclusão de que a Classificação de Robson seria o sistema mais apropriado. A partir desta conclusão, a OMS recomendou que a Classificação de Robson deveria ser adotada internacionalmente, contribuindo para as atividades clínicas e de gestão, permitindo a comparação e a análise das taxas de cesáreas dentro e entre os diferentes grupos de gestantes.</p> <p>Na Classificação de Robson, todas gestantes são classificadas em um dentre 10 grupos, criados a partir de cinco características obstétricas que são colhidas de rotina em todas maternidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paridade: nulípara (1ª gestação) ou multípara com e sem cesárea anterior; • Início do parto: espontâneo, induzido ou cesárea antes do início do trabalho de parto; • Idade gestacional: pré-termo ou termo; • Apresentação/situação fetal: cefálica, pélvica ou transversa; e • Número de fetos: único ou múltiplo. <p>A Classificação de Robson abrange os seguintes grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo 1: Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo

	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo 2: Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto • Grupo 3: Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo • Grupo 4: Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto • Grupo 5: Todas multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas • Grupo 6: Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica • Grupo 7: Todas multíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es) • Grupo 8: Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es) • Grupo 9: Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es) • Grupo 10: Todas gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
Unidade de medida	<ul style="list-style-type: none"> • Percentual; e • Numeral (valor do numerador e do denominador utilizados no cálculo do indicador)
Níveis de Agregação e respectiva fonte de dados	Por estabelecimento de saúde: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)
Frequência	Anual
Limitações e vieses	Falta de informações suficientes para a classificação de Robson de parte das gestantes.
Bibliografia	Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Acesso em: 20/11/2019. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=25A086A9351EC00066305392A7848697?sequence=3

Nome do Dado	Percentual de partos vaginais assistidos por enfermagem obstétrica
Conceito	Proporção de partos vaginais assistidos por profissional de enfermagem obstétrica (graduado em Enfermagem ou Obstetiz) em relação ao número total de partos vaginais realizados, no período considerado.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{total de partos vaginais assistidos por enfermagem obstétrica}}{\text{total de partos vaginais}} \times 100$
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"> ○ Nascimentos que ocorram fora do hospital; ○ Abortos. <p>Definição dos termos:</p> <p>Parto vaginal: é o procedimento no qual o conceito nasce por via vaginal.</p>
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"> ○ Nascimentos que ocorram fora do hospital; ○ Abortos.
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 e Tesser, 2015).</p> <p>De acordo com dados da pesquisa “Nascer no Brasil”, as enfermeiras obstétricas adotam em torno de 2 vezes mais boas práticas na atenção ao parto, tais como medidas não farmacológicas para alívio da dor, estímulo a deambulação e ingestão de líquidos durante o parto (Gama et al, 2016). Assim, inserir esse profissional na equipe multidisciplinar responsável pela assistência ao parto pode favorecer a adoção de práticas humanizadoras do nascimento.</p>
Unidade de medida	<ul style="list-style-type: none"> • Percentual; e • Numeral (valor do numerador e do denominador utilizados no cálculo do indicador)
Fonte de dados	Por estabelecimento de saúde: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)
Frequência	Anual

Limitações e vieses	Alguns fatores podem influenciar os dados deste indicador, são eles: modelo de assistência obstétrica adotado, condições socioeconômicas e da saúde da gestante, disponibilidade de recursos especializados (tecnologia e serviços).
Bibliografia	<p>Gama SGN da, Viellas EF, Torres JA, Bastos MH, Brüggemann OM, Theme Filha MM, et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. <i>Reprod Health</i>. 2016;13. doi:10.1186/s12978-016-0236-7.</p> <p>Norman AH, Tesser CD. Obstetizas e enfermeiras obstetras no Sistema Único de Saúde e na Atenção Primária à Saúde: por uma incorporação sistêmica e progressiva. <i>Rev Bras Med Fam Comunidade</i>. 2015;10(34):1-7. http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(34)1106</p>

Nome do indicador	Percentual de partos cesáreos realizados antes do trabalho de parto
Conceito	Proporção 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	$= \frac{\text{Número de partos cesáreos realizados antes do trabalho de parto}}{\text{total de partos cesáreos}} \times 100$
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 vaginal; <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nascimentos que ocorram fora do hospital; ○ Abortos. <p>Definição dos termos:</p> <p>Parto cesáreo: Procedimento cirúrgico no qual o concepto é extraído mediante incisão das paredes abdominal e uterina.</p>
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 vaginal; <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nascimentos que ocorram fora do hospital; ○ Abortos.
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 tem prejuízo nas respostas imunológicas de curto prazo e possuem maior risco de desenvolver doenças como asma, alergias, diabetes tipo 1, e doença celíaca (Clara & Mikael, 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, e 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, 2016; 2017). A mortalidade e a morbidade neonatal são maiores entre os neonatos prematuros, além disso, a carga econômica associada a esses nascimentos é significativa na medida em que o parto prematuro demanda assistência e cuidados de maior nível de complexidade, como a necessidade de internação em UTI Neonatal (Ramos e Cuman, 2009).</p>

Unidade de medida	<ul style="list-style-type: none"> • Percentual; e • Numeral (valor do numerador e do denominador utilizados no cálculo do indicador)
Níveis de Agregação e respectiva fonte de dados	Por estabelecimento de saúde: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)
Frequência	Anual
Limitações e vieses	Não é possível identificar se houve alguma indicação clínica para a realização do parto cesáreo antes do trabalho de parto.
Bibliografia	<p>Ministério da Saúde. Blog da Saúde. Pesquisa Nascer no Brasil revela novos dados sobre prematuridade. Publicado: Quinta, 01 de Dezembro de 2016. http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/52044-pesquisa-nascer-no-brasil-revela-novos-dados-sobre-prematuridade</p> <p>Moreira, MEL; Lopes, JMA; Carvalho, M., orgs. O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. 564 p. ISBN 85-7541-054-7. Available from SciELO Books.</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 HAC; Cuman RKN. Fatores de Risco para Prematuridade: Pesquisa Documental. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 abr-jun; 13 (2): 297-304</p>

Nome do indicador	Percentual de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (< 2.500g)
Conceito	Proporção de nascidos vivos com menos de 2.500g ao nascer (baixo peso) no período considerado.
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{Número de nascidos vivos com menos de 2.500g}}{\text{total de nascidos vivos}} \times 100$
Numerador	Nascidos vivos com menos de 2.500g ao nascer (baixo peso), no período considerado. Definição dos termos: Nascido vivo: expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva.
Denominador	Total de nascidos vivos, considerando o total de Declarações de Nascido Vivo, independentemente do tipo de parto (vaginal, cesáreo ou ignorado), no período considerado.
Interpretação	O peso ao nascer é um parâmetro utilizado internacionalmente para avaliar as condições de saúde do recém-nascido. O baixo peso ao nascer (<2.500g) é um dos principais fatores para análise do risco de morte neonatal, sendo considerado o fator isolado mais influente na sobrevivência nos primeiros anos de vida. Além do risco de morte, o baixo peso ao nascer correlação com outras consequências para a saúde do feto, a curto e a longo prazo (Ferraz e Neves, 2011; Tourinho e Reis, 2013; Lansky et al., 2014; Leal et al., 2017).
Unidade de medida	<ul style="list-style-type: none"> • Percentual; e • Numeral (valor do numerador e do denominador utilizados no cálculo do indicador)
Níveis de Agregação e respectiva fonte de dados	Por estabelecimento de saúde: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)
Frequência	Anual
Limitações e vieses	Não é possível precisar o motivo do baixo peso ao nascer.
Bibliografia	<p>Ferraz TR, Neves ET. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas: um estudo transversal. Rev Gaúcha Enferm, 2011 mar; 32(1):86-92.</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 MDC, Esteves-Pereira AP, 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</p> <p>Tourinho; AB; Reis LBSM. Peso ao Nascer: Uma Abordagem Nutricional. Com. Ciências Saúde. 2013; 22(4):19-30</p>

	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n1_a02_peso_ao_nascer.pdf
--	---

Nome do indicador	Percentual de nascidos vivos com Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida
Conceito	Proporção de nascidos vivos cujos sinais de vitalidade no 5º minuto de vida indicam alguma dificuldade, de moderada a grave, de acordo com a Escala do Índice de Apgar, no período considerado.
Fórmula de cálculo	$= \frac{\text{Número de nascidos vivos com Apgar} < 7 \text{ no } 5^{\text{o}} \text{ minuto de vida}}{\text{total de nascidos vivos}} \times 100$
Numerador	<p>Total de nascidos vivos com resultado do Índice de Apgar menor que 7, no 5º minuto de vida, no período considerado</p> <p>Definição dos termos:</p> <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>
Denominador	Total de nascidos vivos, considerando o total de Declarações de Nascido Vivo, independentemente do tipo de parto (vaginal, cesáreo ou ignorado), no período considerado.
Interpretação	<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 quintos 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, podendo refletir a qualidade do pré-natal e práticas obstétricas e neonatais no parto e nascimento, refletindo condições adversas como a asfixia intraparto, por exemplo (Lansky et al., 2014; Leal et al., 2017).</p>
Unidade de medida	<ul style="list-style-type: none"> • Percentual; e • Numeral (valor do numerador e do denominador utilizados no cálculo do indicador)
Níveis de Agregação e respectiva fonte de dados	Por estabelecimento de saúde: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)
Frequência	Anual
Limitações e vieses	<p>O indicador não deve ser utilizado como único instrumento de avaliação da humanização da assistência prestada.</p> <p>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>
Bibliografia	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SES/PR. Caderno de Atenção à Saúde da Criança Recém-nascido de Risco. http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/opdf1.pdf

	<p>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Protocolo. Relatório de Recomendação. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. 2016. http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf</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 MDC, Esteves-Pereira AP, 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</p>
--	--