

SUMÁRIO

- CARTA DE APRESENTAÇÃO
- INTRODUÇÃO À REDE CEGONHA
- A REDE CEGONHA NO CONTEXTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)
- OS SENTIDOS DA HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO
- OS COMPONENTES DA REDE CEGONHA
- OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE CEGONHA
- FINANCIAMENTO DA REDE CEGONHA
- “BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO”
- O QUE SÃO “CENTROS DE PARTO NORMAL INTRA E PERI-HOSPITALARES”?
- O QUE SÃO “CASAS DE GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA”?
- O QUE É “ADEQUAÇÃO DA AMBIÊNCIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE QUE REALIZAM PARTOS”?
- PORTARIA 1.459 (QUE INSTITUI A REDE CEGONHA) E SEUS ANEXOS:
 - MATRIZ DIAGNÓSTICA
 - MEMÓRIA DE CÁLCULO DOS NOVOS INVESTIMENTOS E CUSTEIOS DA REDE CEGONHA
 - NOVOS EXAMES DE PRÉ-NATAL
 - KIT PARA AS UBS
 - KIT PARA AS GESTANTES
 - KIT PARA AS PARTEIRAS TRADICIONAIS
- ANEXO I – ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DA ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA E DO DESENHO REGIONAL DA REDE CEGONHA
- ANEXO II – MATRIZ DO PLANO DE AÇÃO DA REDE CEGONHA

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Prezado gestor e prezada gestora,

É com imenso prazer que apresentamos ao (à) senhor (a) alguns documentos introdutórios sobre a Rede Cegonha, Estratégia lançada pela Presidenta Dilma Rousseff no dia 28 de março de 2011, a qual tem mobilizado uma grande equipe de gestores, profissionais de saúde e colaboradores do Ministério da Saúde e parceiros em seu processo de elaboração, operacionalização, financiamento, monitoramento e avaliação.

Trata-se de uma iniciativa ambiciosa e pioneira que visa alcançar muitos objetivos, entre os quais a redução do número de óbitos evitáveis de mulheres e de crianças no país.

Nos últimos anos, o Brasil avançou significativamente em direção à estabilidade, ao crescimento econômico e à superação da miséria e da pobreza extrema, o que permitiu que milhões de brasileiros e brasileiras melhorassem sua qualidade de vida. A saúde faz parte desse contexto, no qual não se pode aceitar a falta de acesso e de qualidade aos serviços de saúde. Garantir que o Sistema Único de Saúde seja cada vez mais universal, integral, equânime e resolutivo é uma responsabilidade de todos os gestores e trabalhadores do SUS.

Esperamos que esses documentos contribuam para orientar e subsidiar os gestores e os trabalhadores na implementação da Rede Cegonha.

A mudança de paradigma na atenção ao parto e nascimento e no desenvolvimento da criança nos primeiros dois anos de vida só será possível por meio da cooperação e do trabalho interfederativo de gestores, profissionais de saúde e usuários do nosso Sistema Único de Saúde.

Reduzir a mortalidade materna e infantil evitável é um dever de todos nós.

Um grande abraço, boa leitura e excelente trabalho!

Ministério da Saúde do Brasil

DOCUMENTO DE INTRODUÇÃO À REDE CEGONHA

Nos últimos 30 anos o Brasil avançou muito na melhoria da atenção ao parto e ao nascimento, fruto de uma série de esforços e iniciativas do governo e da sociedade. Porém, a redução da morbimortalidade materna e infantil permanece um desafio.

Embora o acesso ao pré-natal seja praticamente universal, a qualidade dessa atenção ainda não é satisfatória. As ações de educação em saúde muitas vezes não levam em consideração as necessidades reprodutivas e sexuais de mulheres e homens, em especial o público adolescente e jovem que precisa de aconselhamento adequado para o aprendizado e o exercício de uma vida sexual e reprodutiva saudável e responsável. A rede de serviços de apoio diagnóstico para a realização dos exames recomendados durante a gravidez nem sempre contempla a necessidade dos Municípios. Em muitos lugares a mulher ainda peregrina para encontrar um estabelecimento de saúde no momento do parto e a atenção ao parto e nascimento, por vezes, utiliza-se de práticas que não estão baseadas em evidências científicas. Além disso, de maneira geral, pode-se afirmar que há uma fragilidade na rede no que tange ao seguimento da mulher e da criança no pós-parto, assim como no acompanhamento do desenvolvimento da criança para que ela alcance todo seu potencial intelectual, cognitivo e motor.

Diversos fatores contribuem para esse diagnóstico, tais como a fragmentação das ações e dos serviços de saúde, a incipiente organização dos serviços de saúde para operar na lógica de rede de cuidados progressivos, os mecanismos de alocação dos recursos públicos com foco na produção de ações de saúde e as práticas de atenção e gestão da saúde conservadoras, pouco participativas e marcadas por intensa medicalização e por intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas, sem respaldo em evidências científicas.

Por todos esses motivos, em 2011 foi lançada no Brasil a **Rede Cegonha**, uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

A Rede Cegonha sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde os anos 90, com base no pioneirismo e na experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros.

Trata-se de um modelo que garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza. Não se pode esquecer jamais que dar à luz não é uma doença ou um processo patológico¹, mas uma função fisiológica e natural que constitui uma experiência única para a mulher e o(a) parceiro(a) envolvido(a).

Através da ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal, da vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto, da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses e do acesso às ações de planejamento reprodutivo, a Rede Cegonha objetiva:

¹ Wagner, 1982, p. 1207.

- Fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses;
- Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil que garanta acesso, acolhimento e resolutividade e;
- Reduzir a mortalidade materna e infantil.

Desejamos que todos os gestores e profissionais de saúde do SUS participem desse esforço e façam parte da Rede Cegonha. Este novo paradigma só será implementado no Brasil mediante o trabalho dos gestores municipais e estaduais e dos profissionais de saúde e através do apoio dos inúmeros parceiros do Ministério da Saúde, tais como Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Agência Nacional de Saúde (ANS), Conselho Federal de Medicina (CFM), Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), movimentos de mulheres, serviços pioneiros de saúde e sociedade civil, entre muitos outros.

Esperamos que esses documentos possam apoiar a todos e a todas na atualização de conhecimentos, nas diretrizes preconizadas pelo novo modelo de atenção à saúde materna e infantil e na implementação da Rede Cegonha.

A REDE CEGONHA NO CONTEXTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

A Rede Cegonha é uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Em 2010 foi publicada a Portaria/GM nº 4279 de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

A RAS caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Básica à saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

A organização da RAS exige a definição da região de saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços.

A definição adequada da abrangência dessas regiões é essencial para fundamentar as estratégias de organização da RAS, devendo ser observadas as pactuações entre o Estado e o Município para o processo de regionalização e parâmetros de escala e acesso.

A regionalização é um elemento fundamental para a obtenção da integralidade do sistema e para melhorar a integração entre as bases municipais de serviços de saúde. As regiões de saúde possibilitam que todos os municípios estejam solidariamente articulados.

A Portaria também define as atribuições da RAS:

1. População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde
2. Extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos
3. Atenção Básica em saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde
4. Prestação de serviços especializados em lugar adequado

5. Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção
6. Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população
7. Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações
8. Participação social ampla
9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico
10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede
11. Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes
12. Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede
13. Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde
14. Gestão baseada em resultado

A proposta da Rede Cegonha foi formulada nesse contexto, ou seja, considerando a importância de se trabalhar regionalmente para a garantia do acesso com qualidade à atenção à saúde materna e infantil.

OS SENTIDOS DA HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

O conceito de atenção humanizada é amplo e pode contemplar diversos significados mas, a partir de sua aplicação ao contexto da assistência obstétrica e neonatal, envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve a privacidade e a autonomia desses sujeitos. Para entender melhor os sentidos da humanização na atenção a partos e nascimentos, é importante conhecer os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, que orienta as ações de humanização promovidas nesse âmbito, os diferentes modelos de atenção obstétrica e algumas implicações práticas que são oriundas dessas reflexões.

A PNH adota uma perspectiva abrangente de compreensão do termo, integrando várias dimensões, uma vez que entende que "no campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque relativa ao processo de produção de saúde e de subjetividades autônomas protagonistas; política porque se refere à organização social das práticas de atenção e gestão na rede do SUS" (Brasil, s/d).

A PNH conceitua humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), enfatizando: a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão. Assim, pressupõe mudanças simultâneas no modelo de atenção e no modelo de gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde.

Pode-se afirmar que para haver humanização deve haver: compromisso com a ambiência (bem-estar integral em determinado ambiente), melhoria das condições de trabalho e de atendimento; respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.); fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade (experiências coletivas significativas); apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; e compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (Brasil, 2004).

A construção de diretrizes políticas para a saúde capazes de produzir a atenção humanizada vem se intensificando no âmbito do SUS. Porém, no campo da assistência obstétrica, no contexto internacional, uma série de propostas alternativas ao modelo de atenção vigente surgiram desde a década de 1960. Uma importante estudiosa nesse campo (Robbie Davis-Floyd, (1998) chama a atenção para a necessidade de se avançar nos modelos de atenção obstétrica, superando o "modelo tecnocrático" em direção a um "modelo humanista".

O modelo tecnocrático foi amplamente adotado no mundo ocidental e caracteriza-se por: foco da atenção no corpo, institucionalização do parto, utilização acrítica de novas tecnologias, incorporação de grande número de intervenções (muitas vezes desnecessárias), e acaba por atender, preferencialmente, à conveniência dos profissionais de saúde. Uma consequência

dessa concepção são as altas taxas de cesarianas, de episiotomias, de uso de ocitocina sintética e outras intervenções.

O modelo humanista privilegia o bem-estar da parturiente e de seu bebê, buscando ser o menos invasivo possível, considerando tanto os processos fisiológicos, quanto os psicológicos e o contexto sócio-cultural. Faz uso da tecnologia de forma apropriada, sendo que a assistência se caracteriza pelo acompanhamento contínuo do processo de parturição. Nessa concepção, além dos hospitais, o parto tanto pode ocorrer em casas de parto ou ambulatórios, sendo que se reservam os hospitais para casos em que comprovadamente são esperadas complicações, de forma a reduzir o tempo de transferência do setor de partos normais para o de partos cirúrgicos. A presença de acompanhantes é incentivada e a parturiente pode escolher a posição que lhe é mais confortável para ter seu filho. Nesse modelo, a profissional de eleição é a obstetrix (profissional com curso de nível superior em obstetrícia) ou enfermagem obstétrica, responsável tanto pelo acompanhamento do processo de trabalho de parto como pela detecção precoce de problemas, quando então indica remoção para profissionais e unidades de saúde com condições adequadas para atender o caso.

É importante reafirmar que a gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência sexual e reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade. A gestação, o parto e o puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedora para todos que dela participam.

Os profissionais de saúde são coadjuvantes desta experiência e desempenham importante papel. Têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos. Podem minimizar os medos, os desconfortos e a dor, ficar ao lado, prover suporte, esclarecer, orientar, enfim, ajudar e assistir a parir e a nascer. Precisam lembrar que são os primeiros que tocam cada ser que nasce e ter consciência de sua responsabilidade em um processo que sempre envolve múltiplos nascimentos: o nascimento de um bebê, uma mãe, um pai, uma nova família.

COMPONENTE QUALIFICAÇÃO DO PRÉ-NATAL

No Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 10,95 consultas por parto em 2010. Entretanto, esse indicador apresenta diferenças regionais significativas: em 2003, o percentual de nascidos de mães que fizeram sete ou mais consultas foi menor no Norte e Nordeste, independentemente da escolaridade da mãe. No entanto, ao mesmo tempo em que observamos ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, contraditoriamente, continua elevada a incidência de sífilis congênita e a hipertensão arterial sistêmica se mantém como a causa mais freqüente de morbi-mortalidade materna e perinatal no Brasil, sinalizando comprometimento da qualidade dos cuidados pré-natais.

É importante lembrar que a anticoncepção é um fator importante na redução da morbi-mortalidade materna e infantil. De acordo com a Pesquisa de Demografia e Saúde (PNDS, 2006), do total de nascimentos ocorridos nos últimos 5 anos, 46% não foram planejados, sendo que 28% eram desejados para mais tarde e 18% não foram desejados. Dessa forma, é fundamental intensificar as ações de planejamento reprodutivo, valorizando as ações de educação em saúde com estratégias diferenciadas para o público adolescente, formação de grupos e valorização da paternidade, além de acesso aos métodos anticoncepcionais para que mulheres e homens tenham filhos no momento que desejarem.

É fundamental fortalecer a atenção básica em saúde, na perspectiva de uma rede de atenção integrada, em todos os seus princípios, de modo que tenha capacidade cada vez mais ampliada de cuidar da gestante de forma integral.

Nessa perspectiva existem vários aspectos a serem observados para se considerar o pré-natal qualificado. Esses aspectos complementam-se e representam marcadores de qualidade, que deverão ser buscados por todos no âmbito da Rede Cegonha.

Primeiramente, é necessário que a gestante confirme a gravidez e tenha acesso aos cuidados pré-natais antes de completar 12 semanas de gestação: é a *captação precoce da gestante*. Para que isso seja possível, as equipes de atenção básica, com o apoio do gestor municipal, devem atuar junto às mulheres em idade fértil, com atenção especial para adolescentes e jovens, no planejamento reprodutivo e no reconhecimento dos sinais de gravidez. Isso possibilitará que a mulher procure a unidade básica de saúde (UBS) e realize o Teste Rápido de Gravidez, o que confirmará a suspeita e garantirá o início do Pré-natal o mais precoce possível.

Uma vez que iniciou o pré-natal de risco habitual na UBS, a gestante deve realizar os exames e ter os resultados em tempo oportuno, outro aspecto importante da Rede Cegonha. Com base no exame clínico e nos resultados desses exames de rotina, deve ser avaliado se a gestação é de alto risco, quando deverá ser garantido o encaminhamento e o acompanhamento pré-natal de alto risco em um serviço especializado. No entanto, a equipe de atenção básica deve continuar acompanhando essa gestante, de modo que se mantenha o vínculo e possa se prestar cuidado integral à gestante e sua família. Nesse momento, é fundamental realizar prevenção, tratamento e aconselhamento das DST/SIDA.

Durante o acompanhamento pré-natal na UBS a equipe deve se organizar para realizar acolhimento às gestantes sob seus cuidados, com escuta qualificada, em especial às adolescentes. Toda demanda que leva a gestante a procurar a UBS, sobretudo quando for motivada por alguma intercorrência, deve ser valorizada, acolhida e ter o risco avaliado e a vulnerabilidade considerada. Trata-se do *acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade*.

Outro aspecto central que deve ser garantido, sendo um princípio da Rede Cegonha, é a *vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto*. A equipe deve informar à gestante o local onde será realizado o parto e deve mediar a visita da mesma a esse serviço. A vinculação depende de um esforço conjunto entre equipe e gestor municipal, que deverá articular toda a rede e garantir tal vínculo.

Para que o pré-natal seja qualificado, é indispensável que o sistema de informação seja alimentado e que os relatórios parciais sejam utilizados como subsídio para a tomada de decisão e melhoria do processo de trabalho. No âmbito da Rede Cegonha será utilizado, inicialmente, o Sisprenatal WEB.

Por fim, no contexto da Rede Cegonha será garantido apoio financeiro ao deslocamento das gestantes para a realização das consultas de pré-natal e para o local onde será realizado o parto. Esse apoio é muito importante para estimular a gestante a iniciar o pré-natal o mais precocemente possível e a realizar as consultas e os exames de pré-natal preconizados no protocolo da atenção básica.

Por meio do SISPRENATAL, a UBS identificará as gestantes que deverão receber o apoio financeiro - cada gestante receberá dois valores diferenciados em períodos distintos: no primeiro trimestre, após a entrega do resultado do exame de VDRL, e no terceiro trimestre, após a entrega do 3º exame de VDRL.

A UBS deverá orientar a gestante sobre a aquisição da ajuda de custo, os valores, a finalidade do apoio financeiro (transporte para a realização dos exames e a ida à maternidade) e a importância de realizar todas as consultas e exames previstos para ter direito à integralidade do valor disponível.

COMPONENTE PARTO E NASCIMENTO

Dados da PNDS^[8] indicam que, entre 1996 e 2006, o percentual de partos hospitalares passou de 96% para 98%, com variações regionais (92% na região Norte e 99,5% na região Sudeste). Em muitas regiões do País, especialmente nas zonas rurais, ribeirinhas e lugares mais distantes, a única opção que existe para a mulher é o parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais.

Do total de partos ocorridos no país, 76% foram realizados por meio do SUS (PNDS, 2006). A maioria dos partos foi assistida por profissionais formalmente qualificados - médico (89%) ou enfermeira (em 8,3% dos casos), e o acesso à atenção no momento do parto tem melhorado. A pesquisa também mostrou que 90% dos nascimentos ocorreram no primeiro serviço procurado, com destaque para a região Sul, onde esta porcentagem foi de 96%. No entanto, a despeito de existência de Lei e de normas reguladoras^[9] a assistência ao pré-natal ainda precisa universalizar a prática de definição prévia de local para atendimento hospitalar ao parto, ou seja, de encaminhamento e vinculação à maternidade onde a gestante receberá

assistência no âmbito do SUS. Muitas mulheres ainda peregrinam para encontrar um serviço de saúde no momento do parto, o que demonstra que a rede de cuidados à mulher é fragmentada e com baixa capacidade de definição de responsabilidades sanitárias entre os distintos serviços de saúde.

Com relação às boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, preconizadas pelo Ministério da Saúde (Anexo II), a PNDS 2006 mostra que 30% das gestantes que realizaram parto normal tiveram acesso a medidas farmacológicas ou não-farmacológicas para o alívio da dor (analgesia ou utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento). A presença de acompanhante no momento do parto esteve acessível a 16% do total de parturientes do país.

A atenção ao parto e ao nascimento no país é marcada por uma intensa medicalização, por intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas e pela prática abusiva da cesariana. Ocorre, ainda, o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia. Tudo isso contribui para o aumento dos riscos maternos e perinatais (BRASIL, 2001).

Ao mesmo tempo, práticas adequadas para um bom acompanhamento do trabalho de parto, como o uso do partograma, não são realizadas (BRASIL, 2001). Além disso, a organização do trabalho das equipes de saúde pouco favorece o trabalho em equipe. A dependência da ação do profissional médico na atenção ao parto tem sido apontada como uma distorção importante no modelo de atenção à gestante no Brasil, cuja superação exige, entre outras ações, investimentos na formação de profissionais, em especial enfermeiros obstetras, e na experimentação e no monitoramento de outras modalidades de acompanhamento à gestante, assegurando os princípios da humanização, das boas práticas e da segurança no parto e nascimento.

Diante desse panorama, a Rede Cegonha, em seu componente parto e nascimento, priorizou ações relacionadas às boas práticas de atenção ao parto e nascimento, associadas a investimentos para o aumento e qualificação da capacidade instalada e para melhoria da eficiência gestora do sistema de saúde.

Para garantir acesso com qualidade é fundamental a reorganização da atenção em direção à assistência humanizada e de qualidade, baseada em evidências científicas e centrada no bem-estar da mulher, da criança, do pai e da família.

Nesse sentido, estão destacadas as seguintes ações no componente parto e nascimento da Rede Cegonha:

- ✓ Incorporação de boas práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento", com ênfase na garantia do acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- ✓ Fomento à adoção de práticas de gestão que diminuam a dicotomia entre gestão e atenção, promovam a atuação integrada entre os profissionais de saúde e entre esses e os gestores dos serviços de saúde e, em última instância, garantam a integralidade do cuidado com respeito à singularidade do atendimento. Ou seja, (i) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; (ii) implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção

obstétrica e neonatal; (iii) implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização e; (iv) ambiência adequada dos serviços de saúde que realizam partos, orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da [Agência Nacional de Vigilância Sanitária](#) (ANVISA); e

- ✓ Planejamento e programação das ações de saúde orientados pelas necessidades de atenção à saúde da população no âmbito da atenção à saúde materna e infantil, incluindo a garantia da oferta de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru)

Para induzir as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, a Rede Cegonha também propõe a instituição de um novo dispositivo de atenção à saúde materna e infantil, qual seja, as Casas de Gestante, Bebê e Puérpera. Além disso, investe na implementação de Centros de Parto Normal Intra e Peri-hospitalares.

Os Centros de Parto Normal Intra e Peri-hospitalares são unidades de atenção ao parto e nascimento da maternidade/hospital, que realizam o atendimento humanizado e de qualidade, exclusivamente ao parto normal sem distócia, e privilegiam a privacidade, a dignidade e a autonomia da mulher ao parir em um ambiente mais acolhedor e confortável e contar com a presença de acompanhante de sua livre escolha.

Essas unidades são geridas por enfermeiras (os) obstetras e devem estar sempre organizadas no sentido de promover a ampliação do acesso, do vínculo e da atenção humanizada ao parto e ao nascimento.

As Casas de Gestante, Bebê e Puérpera são unidades de cuidado peri-hospitalares que acolhem, orientam e acompanham: (i) gestantes, puérperas e recém-nascidos de risco que demandam atenção diária em serviço de saúde de alta complexidade, mas não exigem vigilância constante em ambiente hospitalar (internação); (ii) gestantes, puérperas e recém-nascidos que, pela natureza dos agravos apresentados e pela distância do local de residência, não possam retornar ao domicílio no momento de pré-alta e; (iii) puérperas com bebê internado na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal do serviço de saúde e/ou que necessitam de informação, orientação e treinamento em cuidados especiais com seu bebê.

As Casas devem estar vinculadas à maternidade ou hospital de referência em gestação, parto, nascimento e puerpério de alto risco. As unidades devem oferecer condições de permanência, alimentação e acompanhamento pela equipe de referência, com especial empenho pela manutenção da autonomia da mulher e a visita aberta, sendo fundamental manter o modo de cogestão para as decisões da casa e uma ambiência humanizada.

COMPONENTE PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

A taxa de mortalidade de crianças menores de um ano caiu muito nas últimas décadas no país. Graças às ações de diminuição da pobreza, ampliação da cobertura do Programa de Saúde da Família e outros fatores, a taxa de mortalidade infantil diminuiu de 47,1 a cada mil nascidos vivos em 1990, para 19 a cada mil nascidos vivos em 2008. Entretanto, a meta de garantir o direito à vida e à saúde a toda criança brasileira ainda não foi alcançada, persistindo desigualdades regionais e sociais inaceitáveis, com a mortalidade ainda muito mais alta nas regiões mais pobres, nas populações indígenas, quilombolas, ribeirinhas, etc. Além disso, 70% das mortes de crianças com menos de um ano acontecem no período neonatal (até 27 dias de

vida), sendo a maioria no primeiro dia de vida, mostrando a importância de qualificação da atenção neonatal, para o sucesso de nossa meta de mudança deste quadro.

Assim, a Rede Cegonha se propõe a, por um lado, garantir para todos os recém-nascidos, boas práticas de atenção, embasadas em evidências científicas e nos princípios de humanização, como garantia de permanência do RN ao lado da mãe durante todo o tempo de internação, desde os primeiros momentos de vida, com contato pele a pele e apoio à amamentação se possível ainda na primeira hora de vida, estímulo à participação do pai, evitar procedimentos “de rotina” iatrogênicos, sem embasamento científico, oferta de todas as triagens neonatais como o teste do pezinho, olhinho e orelhinha, etc.

Por outro lado, para aqueles recém-nascidos de risco, como de baixo peso, prematuros, e com agravos que mais frequentemente levam à morte, como asfixia ao nascer, problemas respiratórios e infecções, a proposta é um grande investimento nas maternidades de referência do país, para atendimento a gestantes e recém-nascidos de risco, no sentido de se garantir leitos de UTI, UCI (Unidade de Cuidados Intermediários) e leitos Canguru. Para tal, o MS estará aportando recursos não apenas no investimento para reformas, melhoria da ambiência e de equipamentos dos leitos, mas também na tão reivindicada ampliação do custeio dos mesmos, para as maternidades de referência que aderirem à Rede Cegonha.

Para os recém-nascidos de risco que nascerem em maternidades que não sejam referência para esse tipo de atendimento, poderá ser acionada a Central de Regulação, que encaminhará o recém nascido para um hospital/maternidade referência em alto-risco, com garantia de transporte seguro (ver componente transporte sanitário e regulação).

De nada adiantará tal esforço para a sobrevivência de todos os RN's nas maternidades, sem um processo adequado de encaminhamento dos mesmos para continuidade dos cuidados, personalizados às necessidades de cada uma das crianças, seja em ambulatórios especializados (no caso de RN's saídos de UTI's com necessidade desse tipo de atenção), seja na Atenção Básica à Saúde.

Esse processo inicia-se na Maternidade, por uma entrega bem orientada da Caderneta de Saúde da Criança à mãe de cada criança, servindo de roteiro e passaporte para o seguimento da criança em toda sua linha de cuidado.

Nas unidades básicas de saúde o Ministério da Saúde prevê apoiar os municípios para qualificação desse acompanhamento durante toda a infância, mas com foco especial nos primeiros 24 meses e maior preocupação na primeira semana de vida. Assegura-se uma visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde ao binômio mãe e RN, para orientação do cuidado de ambos, bem como para ofertar as ações programadas para a “primeira semana integral de saúde” na UBS, se possível oportunizando numa mesma data: consultas para ambos, apoio ao aleitamento materno, imunizações, coleta de sangue para o teste do pezinho, etc. Depois, até completar 2 anos, é objetivo o fortalecimento da puericultura, com um acompanhamento cuidadoso do crescimento e desenvolvimento da criança pela equipe de saúde, com um olhar em âmbito biopsicossocial, levando em conta as condições de saúde e de vida de sua mãe e família, inclusive com as articulações intersetoriais no território, necessárias para o projeto terapêutico de cada criança/família.

Para apoiar tal articulação em nível local, o MS prevê fomentar uma ampla articulação intersetorial em defesa da infância e do desenvolvimento integral da criança em todos os níveis de governo, bem como com as entidades da sociedade civil militantes da área.

Estratégias de comunicação social e programas educativos nesse sentido e também na temática da defesa da saúde sexual e da saúde reprodutiva, serão implementadas na Rede Cegonha. Relacionadas a essa temática também se prevê o fortalecimento da rede básica de saúde no que tange à orientação e oferta de métodos contraceptivos, prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites.

COMPONENTE SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO

O acesso aos serviços em tempo oportuno e com qualidade são definidores de uma boa assistência, com a consequente redução dos índices de mortalidade materna e infantil. O transporte das gestantes será garantido através de:

- 1 – Apoio financeiro ao deslocamento das gestantes para a realização das consultas de pré-natal
- 2 – Apoio financeiro ao deslocamento das gestantes para o local em que será realizado o parto
- 3 – Transporte sanitário – transporte inter-unidades, em caso da gestante estar em condição de utilizar esse tipo de transporte
- 4 – SAMU – em casos de emergência ou situação clínica que o exija

No aspecto da regulação, a vinculação da gestante inicia-se na unidade básica de sua área de abrangência, devendo esta unidade garantir o acesso a outros níveis de atenção em casos eletivos, como exames complementares, consultas especializadas, inserção em pré-natal de alto risco, etc. O processo regulatório inicia-se no acolhimento da gestante, quando quem acolhe já avalia a data mais adequada para a primeira consulta de pré-natal. Após a inserção no pré-natal, a Equipe de Saúde da Família ou outros profissionais da atenção básica passarão a ser responsáveis por aquela gestante, garantindo o cumprimento do protocolo. Para isso, dispositivos como a busca ativa de faltosas, o registro das consultas e agendamentos futuros na própria unidade, e o contato com outros níveis e tipologias de atenção via centrais de regulação ou contato direto, deverão ser utilizados.

A Unidade Básica de Saúde também é responsável por informar a gestante sobre o local em que será realizado o parto. Essa vinculação depende de uma base territorial, tendo como referência o local de moradia e a unidade de saúde onde a gestante realiza o pré-natal, e um processo regulatório que promova essa vinculação.

Em caso de procura direta da gestante ao hospital/maternidade, esta deverá ser acolhida e será feita a classificação de risco. Será atendida na própria unidade, ou referenciada para outra unidade, via central de regulação. Quem acolhe será responsável pela gestante, até a garantia de seu atendimento em outra unidade. O transporte inter-maternidades será feito pelo SAMU. Ao necessitar de outro tipo de leito, como UTI, em caso de não haver oferta na própria unidade para a mãe e/ou o RN, a central de regulação deverá garantir a vaga em outra unidade. Aqui também, o transporte inter-unidades será feito pelo SAMU.

É de responsabilidade da Central de Regulação Médica das Urgências regular tanto as urgências primárias como as secundárias, assim como garantir o transporte adequado para cada solicitação, de acordo com a gravidade de cada caso.

Na regulação primária a solicitação será de uma gestante, com alguma intercorrência da gestação ou do trabalho de parto e o protocolo de regulação médica das urgências contempla a classificação do risco de cada solicitação para orientar a decisão do médico regulador do recurso a ser enviado.

Na regulação secundária a solicitação será de uma Unidade de Saúde que já prestou o primeiro atendimento e necessita transferir a gestante, a mãe ou o recém-nascido, por não ter condições técnicas e/ou de equipamentos.

É importante ressaltar a necessidade da elaboração da rede de atenção e pactuação da grade regionalizada com as Unidades de Saúde que garantam a hierarquização do atendimento, para que possa subsidiar a regulação no encaminhamento de cada caso, de acordo com a sua gravidade, para Unidade de Saúde adequada e disponível para o atendimento.

O transporte será feito, de acordo com a gravidade, por uma Unidade de Suporte Básico (SAMU) ou Unidade de Suporte Avançado de Vida (SAMU), equipadas adequadamente, principalmente para o atendimento do RN.

As equipes dessas ambulâncias (condutor, técnico de enfermagem, enfermeiro e médico intervencionista) deverão ser devidamente capacitadas para o atendimento desse tipo de ocorrência, principalmente do RN grave e prematuro. Além disso, deverão estar disponíveis equipamentos para o transporte seguro do recém-nascido (incubadoras e ventiladores neonatais), os quais serão colocados nas Ambulâncias de Suporte Avançado de Vida quando for o caso.

O transporte sanitário é reservado para os casos que não apresentam risco e não é de responsabilidade da Central de Regulação Médica das Urgências.

A Rede Cegonha apresenta cinco fases operacionais, quais sejam:

FASE 1: ADESÃO E DIAGNÓSTICO

Essa fase tem como objetivo a apresentação da Rede Cegonha no Estado, Distrito federal e Municípios e a definição do processo gradativo de implementação, regionalmente organizado, a partir do diagnóstico da situação epidemiológica de atenção à saúde materna e infantil.

Esse diagnóstico será elaborado com base nos indicadores que constam no anexo I da Portaria GM 1.459/2011. O mesmo deverá ser elaborado pelo Estado em parceria com o COSEMS. Considerando-se os dados epidemiológicos de mortalidade infantil e materna, sugere-se iniciar o diagnóstico na(s) Região(ões) de Saúde em que estão concentrados o maior número de óbitos no Estado (em números absolutos).

O cronograma de implementação da Rede Cegonha no Estado deverá levar em consideração a(s) Região(ões) de Saúde em que estão localizados os Municípios onde estão concentrados o maior número de óbitos infantis e maternos, assim como os Municípios que constam no Plano Brasil Sem Miséria².

O início desse processo ocorrerá em uma reunião entre representantes do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual da Saúde e do COSEMS, na qual ocorrerá o debate sobre os indicadores constantes na matriz diagnóstica e alinhamento sobre os princípios, diretrizes e método de trabalho para a implementação da Rede Cegonha.

A definição da(s) Região(ões) de Saúde em que será iniciada a implementação da Rede Cegonha no Estado será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite – CIB e no Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal - CGSES/DF.

O produto dessa primeira fase será a ata de homologação da CIB constando: (i) a adesão do Estado, em parceria com os Municípios, à Rede Cegonha; (ii) a definição da(s) Região(ões) de Saúde em que será iniciada a implementação da Rede Cegonha no Estado; e (iii) a instituição do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha.

O Grupo Condutor Estadual será constituído por representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES), do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e do apoio institucional do Ministério da Saúde (MS).

Entre as atribuições do Grupo Condutor, destacam-se:

1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;
2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede;
3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e
4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede.

² <http://www.brasilemmiseria.gov.br/conheca-o-plano/>

O apoiador institucional do Ministério da Saúde será apresentado na primeira reunião entre MS, SES e COSEMS, citada acima.

Como função do apoiador Rede Cegonha, espera-se, entre outras:

- Induzir processos coletivos de mudança dos modelos de gestão e atenção à gravidez, parto e nascimento e à saúde da criança nos serviços de saúde através do fomento à formação de coletivos para problematizar, refletir e discutir novas formas de fazer. Por exemplo, colegiado materno-infantil nos serviços hospitalares e Fórum Rede Cegonha
- Experiência intensiva: participar do processo de reflexão e proposição de mudança das práticas de cuidado
- Apoiar intervenções que visem mudar as práticas de cuidado e gestão dos serviços de saúde
- Fomentar o protagonismo e o trabalho conjunto entre gestores, trabalhadores e usuários
- Fomentar a realização de curso-intervenção entre serviços nos hospitais/maternidades de referência para atualizar e qualificar os profissionais de saúde nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento
- Apoiar a análise da situação de saúde materna e infantil, provocando reflexões quanto ao modelo de atenção ao parto e nascimento vigente e o modelo proposto, o que poderá implicar na identificação de municípios e serviços de saúde para ação mais intensiva
- Promover cooperação horizontal entre os diversos serviços e experiências municipais

É recomendável que o Grupo Condutor Estadual na representação da SES tenha presença da área da Atenção Básica em Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher, Área Técnica de Saúde da Criança e Regionalização. Sugere-se que na representação do COSEMS possa contar com a presença de representantes das regiões de saúde ou assessoria técnica com foco na atenção à saúde materna e infantil.

FASE 2: DESENHO REGIONAL DA REDE CEGONHA

Essa fase tem como objetivo apoiar a elaboração do Desenho Regional da RC. Esse trabalho será realizado pelo(s) COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL(s) com o apoio do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha.

Para a elaboração do Desenho Regional será realizada a análise da situação de saúde da mulher e da criança, incluindo dados demográficos e epidemiológicos por faixa etária, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros. A partir dessa

análise será desenhado um mapa dos pontos e dos fluxos de atenção à saúde materna e infantil na Região de Saúde - situação atual.

Em seguida, serão estimadas as necessidades e as potencialidades da Região de Saúde, a partir do que será desenhada a situação desejada para a atenção à saúde materna e infantil na Região de Saúde.

Será apresentado como proposta do Ministério da Saúde o roteiro metodológico para a análise situacional e elaboração do Desenho Regional da Rede Cegonha no momento de adesão do Estado, em parceria com os Municípios, à Rede Cegonha.

Para a elaboração do Desenho Regional da Rede Cegonha, propõe-se a realização de uma oficina de trabalho com os membros do COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL, com a presença de representantes do MS e sob a coordenação do Grupo Condutor Estadual.

Na oficina, após a elaboração do Desenho deverá ser elaborado um Plano de Ação Regional com a programação da atenção integral à saúde materna e infantil, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos.

O Ministério da Saúde publicará em portaria o modelo deste Plano de Ação Regional, que deverá incluir as ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas no art.º 7 da Portaria nº 1.459/2011.

Nessa oficina, também é importante que o grupo discuta a viabilidade de se implantar o Fórum Regional Rede Cegonha, um espaço coletivo de debate cujo objetivo é reunir dirigentes, profissionais de saúde, usuários e outros envolvidos na atenção à saúde materna e infantil para discutir a construção de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, mediante o acompanhamento e a contribuição na implementação da Rede Cegonha na Região.

Após a oficina, o Desenho e Plano de Ação Regional da Rede Cegonha deverão ser pactuados no Comissão Intergestora Regional (COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL) e no CGSES/DF.

Os produtos dessa segunda fase serão: (i) o Desenho Regional da Rede Cegonha; (ii) o Plano de Ação Regional; e (iii) o Fórum Regional Rede Cegonha.

FASE 3: CONTRATUALIZAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO

Essa fase tem como objetivo a elaboração do Desenho da Rede Cegonha no âmbito municipal.

A construção desse desenho deverá seguir as diretrizes e as orientações do processo de construção do Desenho Regional da Rede Cegonha, culminando com a elaboração de Planos de Ação Municipais.

Sugere-se que, após validação dos Planos de Ação Municipais pelos respectivos Secretários Municipais de Saúde, os mesmos sejam objeto de apresentação e análise, no que couber, ao COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL, devendo, se for necessário, orientar ajustes no Plano de Ação Regional.

Cabe ao Município instituir o Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha para conduzir esse processo. Recomenda-se que o mesmo seja composto por representantes das áreas técnicas responsáveis pela Atenção Básica à saúde, saúde da criança, do adolescente e jovem e da mulher, atenção especializada, regulação e vigilância em saúde, quando couber. Nesse momento indica-se a constituição do Fórum Municipal da Rede Cegonha.

Nessa fase, será o momento de realizar a contratualização entre o gestor e os serviços de saúde sob sua gestão, a qual deverá ser orientada pelos indicadores, metas, responsabilidades e recursos definidos nos Planos de Ação Regional e Municipais.

A Contratualização dos Pontos de Atenção é o meio pelo qual o gestor, seja ele o Município, o Estado, o Distrito Federal ou a União, estabelece metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, com o(s) ponto(s) de atenção à saúde da Rede Cegonha sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais.

Em relação à atenção básica, a contratualização ocorrerá por meio do PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica. O município ou Distrito Federal que aderir aos componentes PRÉ-NATAL e PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA da Rede Cegonha deverá aderir, também, ao PMAQ, com a totalidade ou parte de suas equipes de atenção básica.

A partir da adesão ao programa, o gestor municipal ou do Distrito Federal realizará contratualização, coerente com as diretrizes e compromissos mínimos exigidos pela Rede Cegonha/PMAQ-AB. A contratualização do gestor será formalizada através de preenchimento de formulário eletrônico específico da Rede Cegonha, voltado para o gestor, a ser indicado pelo PMAQ-AB, devendo estar de acordo com o Plano de Ação Regional e o Plano de Ação Municipal da Rede Cegonha e deverá estar direcionado à qualificação de todas as equipes de atenção básica do município.

As equipes de AB que, além de participarem da Rede Cegonha, estejam aderidas ao PMAQ-AB, também formalizarão a contratualização através de formulário eletrônico.

O acompanhamento deverá ser realizado nos âmbitos municipal e estadual, com participação dos Grupos Condutores Municipal e Estadual da Rede Cegonha. O processo de avaliação externa da qualificação da atenção básica no âmbito do PMAQ-AB/Rede Cegonha também deverá subsidiar o debate nos âmbitos municipal e estadual.

Os Municípios e o Distrito Federal que aderiram a Rede Cegonha/PMAQ-AB terão oferta de Kits UBS, Kit Gestante, cursos de EAD e instrumentos de apoio à qualificação do processo de trabalho (instrumentos de auto-avaliação, instrutivo para implantação do apoio institucional, outros) para todas as equipes de atenção básica, independente dessas equipes estarem inseridas no PMAQ-AB. Aquelas equipes que estão inseridas no PMAQ-AB originarão repasse mensal, fundo a fundo: é o componente de qualidade do PAB variável. Este valor pode chegar a R\$ 8.500,00 caso a equipe de atenção básica possua atenção à saúde bucal e será repassado desde a adesão (20% do valor), podendo progredir até o valor total, a partir da certificação realizada na 3ª Fase do PMAQ-AB ou Fase de Avaliação Externa.

No que se refere ao componente parto e nascimento, o instrumento de contratualização incluirá a programação das ações que serão realizadas pelo hospital/maternidade, incluindo CPN e CGBP. O repasse de recursos de custeio previsto na Portaria nº 1.459/2011 será realizado na forma de incentivo, mediante o cumprimento de metas que serão definidas

durante a elaboração dos Planos de Ação Regional e Municipal. Essas metas referem-se às ações expressas no componente parto e nascimento da referida portaria.

O instrumento de contratualização será objeto de monitoramento e avaliação periódica pelo Grupo Conductor Municipal e Estadual da Rede Cegonha. O Ministério da Saúde avaliará os resultados alcançados semestralmente para a manutenção do repasse financeiro ou repactuação das ações e metas.

O instrumento de contratualização, monitoramento e avaliação será elaborado pelo Ministério da Saúde.

Os produtos dessa terceira fase serão: (i) Desenho da Rede Cegonha no âmbito Municipal elaborado; (ii) processo de contratualização iniciado e em implementação.

FASE 4: QUALIFICAÇÃO DOS COMPONENTES

Essa fase tem como objetivo implementar as ações definidas para cada componente da Rede, previstas no art.º 7 da Portaria nº 1.459/2011, e constantes nos Planos de Ação Regional e Municipais.

A implementação dos Planos, sob responsabilidade de gestores estaduais, municipais e dirigentes de serviços de saúde, será acompanhada pelos Grupos Condutores Estadual e Municipais da Rede Cegonha, com monitoramento periódico do Ministério da Saúde.

Os indicadores que serão utilizados para esse monitoramento serão aqueles definidos nos Planos de Ação Regional e Municipais.

Quando o Município alcançar as ações definidas para o componente pré-natal da Rede, previstas no art.º 7 da Portaria nº 1.459/2011, com as respectivas metas pactuadas, o Ministério da Saúde realizará o repasse de um incentivo de R\$ 10,00 (dez reais) por gestante captada de acordo com o SISPRENATAL, em repasses mensais fundo a fundo.

Esse repasse será monitorado periodicamente pelo Ministério da Saúde, com o apoio do Grupo Conductor Estadual da Rede Cegonha.

Os produtos dessa quarta fase serão: (i) verificação periódica do cumprimento das ações e metas pactuadas nos Planos de Ação Regional e Municipais por componentes; e (ii) repasse de incentivo para os Municípios que qualificarem o componente pré-natal da Rede Cegonha.

FASE 5: CERTIFICAÇÃO

Essa fase tem como objetivo certificar a Rede Cegonha nas Regiões de Saúde.

Essa certificação será concedida pelo Ministério da Saúde ao gestor do SUS anualmente após a realização das ações de atenção à saúde previstas no art. 7º da Portaria nº 1.459/2011, avaliadas na Fase de Qualificação dos Componentes.

Após a certificação da Rede Cegonha o Município fará jus ao incentivo anual de R\$ 10,00 (dez reais) por gestantes captadas no ano de acordo com SISPRENATAL, mediante repasse fundo a fundo.

Os produtos dessa quinta fase serão: (i) certificação da Rede Cegonha nas Regiões de Saúde.

Observação: Vale ressaltar que os Municípios que não contam com serviços que realizam o parto e nascimento, incluídos os exames especializados na gestação, poderão aderir a Rede Cegonha no componente PRÉ- NATAL, o que significa realizar as ações previstas no art. 7º, inciso I, da Portaria nº 1.459/2011.

Nesse sentido, para a realização das ações constantes especialmente nas alíneas “b”, “c”, “d” e “e” haverá necessidade de pactuação na COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL em que o Município está vinculado ou COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL de referência.

O Município deverá constituir o Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha.

A adesão do Município no componente pré-natal deverá ser formalizada ao Ministério da Saúde após pactuação na CIB, por meio de ofício da SES com cópia da ata da respectiva CIB. A partir deste momento, a implementação do componente pré-natal no Município deverá ser acompanhada pelo Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha.

FINANCIAMENTO DA REDE CEGONHA

Parâmetros para cálculos de leitos, CPN, CGB e formas de repasse de recursos de custeio

Todas as decisões de investimento da Rede Cegonha ocorrerão com base em uma análise situacional que será realizada regionalmente, conforme descrito no capítulo “Operacionalização da Rede Cegonha”. Essa análise situacional subsidiará a elaboração do Desenho Regional da Rede Cegonha, o qual, por sua vez, orientará a construção do Plano de Ação Regional. Neste Plano de Ação Regional serão definidos quais e onde ocorrerão os referidos investimentos.

A Rede Cegonha será financiada com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cabendo à União, por meio do Ministério da Saúde, o aporte dos recursos definidos no Anexo II da Portaria 1.459/2011. O financiamento previsto para o custeio dos leitos constantes no inciso II alínea “g” deverá ser complementado no valor de 20% pelo Estado e Município, de acordo com a pactuação regional.

Todos os recursos de custeio terão variação em seus valores globais de acordo com os resultados da avaliação periódica, conforme descrito no capítulo “Operacionalização da Rede Cegonha”. Os recursos do componente parto e nascimento serão repassados fundo a fundo, e posteriormente, aos serviços de saúde na forma de incentivo, mediante contratualização, na qual estarão definidos indicadores, metas, responsabilidades e recursos.

A seguir, apresenta-se os parâmetros que foram utilizados pelo Ministério da Saúde para o cálculo da necessidade nacional de Casas de Gestante, Bebê e Puérperas, Centros de Partos Normal, UTI neonatal, UTI adulto, leitos obstétricos em hospitais/maternidades habilitadas no atendimento do alto-risco obstétrico, UCI neonatal e leitos Canguru.

1. Casas de Gestante, Bebê e Puérperas: vinculação aos hospitais/maternidades habilitados no atendimento do alto-risco obstétrico secundário e terciário
2. Centros de Partos Normal Peri ou Intra-Hospitalares: parâmetro populacional:

Parâmetro	
Municípios	CPN
de 100 a 350 mil hab.	1 CPN
de 350 a 1 milhão hab.	2 CPN
maior de 1 milhão hab.	3 CPN
maior de 2 milhões hab.	4 CPN
maior de 6 milhões hab.	5 CPN
maior de 10 milhões hab.	6 CPN

Os parâmetros populacionais para cálculo de instalação de centros de parto normais serão modulados de acordo com a necessidade local de leitos obstétricos (cálculo da capacidade instalada de leitos para atenção ao parto na região, vazios assistenciais).

3. UTI neonatal: 2 leitos de UTI neonatal para cada 1.000 nascidos vivos na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço

4. UTI adulto: 6% dos leitos obstétricos necessários na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço

*Leitos obstétricos necessários = 0,28 leitos por 1000 habitantes SUS dependentes (75% da pop.total)

5. Leitos GAR: 15% do total de leitos obstétricos necessários, na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço
6. UCI neonatal: 3 leitos de UCI neo para cada 1.000 nascidos vivos na região na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço
7. Leito Canguru: 1 leito Canguru para cada 1.000 nascidos vivos na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço

Recursos para obras e equipamentos

Após pactuadas as necessidades regionais e municipais, conforme previsto na Portaria nº 1.459/2011, os recursos serão repassados mediante:

1. SICONV para reformas em serviços filantrópicos; além de reformas, construções e ampliações em serviços públicos, estaduais e municipais.
2. GESCON para equipamentos, reformas, construções e ampliações em serviços da administração pública federal.
3. Fundo a Fundo para material permanente de serviços públicos estaduais e municipais.

“BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO”

A incorporação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento pelas equipes de cuidado é, sem dúvida, uma das ações com maior impacto na redução da morbi-mortalidade materna e neonatal.

Em 1985, uma reunião da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) realizada em Fortaleza, Brasil, teve como produto uma série de recomendações de práticas na atenção ao parto e nascimento baseadas em evidências científicas. Após discutir as evidências, o grupo de trabalho desenvolveu uma classificação das práticas relacionadas à atenção ao parto, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto:

- a. Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas
- b. Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas
- c. Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão
- d. Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado

Estas recomendações representam o rol de boas praticas de atenção ao parto e nascimento e devem ser adotadas por todos os serviços que atendem ao parto. A não adoção de práticas cientificamente comprovadas como benéficas e protetoras para a vida das mulheres e bebês não se justifica, pois significa negligência e iatrogenia no cuidado, colocando em risco desnecessário mulheres e bebês.

A

seguir, descreve-se as quatro categorias de práticas:

CATEGORIA A - PRÁTICAS DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS:

- Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro
- Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde
- Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto
- Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante
- Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto
- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto
- Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto
- Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem
- Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto
- Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente
- Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS;
- Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento;
- Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto

- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto
- Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto
- Uso rotineiro de ocitocina, clampeamento tardio (1 a 3 minutos após o nascimento) e tração controlada do cordão, durante o 3º estágio do trabalho de parto
- Condições estéreis ao cortar o cordão
- Prevenção da hipotermia do bebê
- Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno
- Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares

CATEGORIA B - PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS:

- Uso rotineiro de enema
- Uso rotineiro de tricotomia
- Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto
- Cateterização venosa profilática de rotina
- Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto
- Exame retal
- Uso de pelvimetria por Raios-X
- Amniotomia precoce de rotina para diminuir a duração do trabalho de parto
- Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos
- Uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto
- Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto
- Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto
- Uso liberal e rotineiro de episiotomia
- Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias
- Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto
- Lavagem uterina rotineira após o parto
- Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto

CATEGORIA C - PRÁTICAS SEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTES PARA APOIAR UMA RECOMENDAÇÃO CLARA E QUE DEVEM SER UTILIZADAS COM CAUTELA ATÉ QUE MAIS PESQUISAS ESCLAREÇAM A QUESTÃO:

- Métodos não farmacológicos de alívio de dor durante o trabalho parto, como ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos
- Amniotomia e ocitocina precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto para prevenção de progresso inadequado do parto
- Pressão do fundo uterino durante o trabalho de parto
- Manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto
- Manipulação ativa do feto no momento do parto
- Estimulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto.

CATEGORIA D - PRÁTICAS FREQUENTEMENTE USADAS DE MODO INADEQUADO:

- Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto
- Controle da dor por agentes sistêmicos
- Controle da dor por analgesia peridural
- Monitoramento eletrônico fetal
- Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto
- Exames vaginais repetidos ou freqüentes, especialmente por mais de um prestador de serviço
- Correção da dinâmica com utilização de ocitocina
- Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto
- Cateterização da bexiga
- Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário
- Clampeamento precoce do cordão umbilical
- Adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto
- Parto operatório
- Exploração manual do útero após o parto

O QUE SÃO “CENTROS DE PARTO NORMAL INTRA E PERI-HOSPITALARES”

Os Centros de Parto Normal Intra e Peri-hospitalares são unidades de atenção ao parto e nascimento da maternidade/hospital que realizam o atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócia e privilegiam a privacidade, a dignidade e a autonomia da mulher ao parir em um ambiente mais acolhedor e confortável e contar com a presença de acompanhante de sua livre escolha.

Essas unidades são geridas por enfermeiras (os) obstetras e devem estar sempre organizadas no sentido de promover a ampliação do acesso, do vínculo e da atenção humanizada ao parto e ao nascimento.

O Centro de Parto Normal Peri-hospitalar é uma unidade de atenção ao parto e ao nascimento localizado na contigüidade da maternidade/hospital à que está vinculado, com ligação funcional à maternidade/hospital.

O Centro de Parto Normal Intra-hospitalar é uma unidade de atenção ao parto e ao nascimento localizado dentro da maternidade/hospital.

Trata-se de uma concepção potente, baseada em evidências científicas e na humanização de partos e nascimentos cuja ambiência está adequada às especificidades da atenção ao parto e nascimento humanizados, possibilitando que os períodos clínicos do parto sejam assistidos no mesmo ambiente pré-parto/parto/puerpério (PPP) com a presença do acompanhante.

Para que não haja interferência na interação mãe e filho, os cuidados com os recém-nascidos devem acontecer no mesmo ambiente do parto. O espaço deve ser adequado para essas atividades, com um espaço com bancada para apoio e água quente para esses cuidados.

A disposição dos mobiliários nos quartos PPP devem estar dispostos de modo a criar condições na ambiência que garantam à mulher a escolha das diversas posições no trabalho de parto, incluindo no ambiente métodos não farmacológicos de alívio a dor como bola de bobat, cavalinho, escadinha, barra, entre outros.

É importante que a ambiência do Centros de Parto Normal Intra e Peri-hospitalares transmita a sensação de conforto e aconchego; dessa forma, a inclusão de elementos como cores harmônicas, conforto luminoso, térmico e acústico favorecem essa proposta, assim como acesso às áreas externas/jardins. No entanto, devemos ressaltar que esse local deve ser pensado de forma a possibilitar o acolhimento e autonomia da mulher em todos os momentos do parto.

Os Centros de Parto Normal que serão construídos ou reformados deverão possuir minimamente dos ambientes abaixo descritos:

1. Sala de recepção acolhimento e registro (parturiente e acompanhante): a sala de acolhimento e registro é o ambiente destinado a recepcionar e encaminhar parturientes e acompanhantes. Para este ambiente adotou-se área mínima de 8,00m² para receber uma maca e área para registro de paciente (mesa e prontuários)
2. Sala de exames e admissão de parturientes com sanitário anexo: a sala de exames e admissão tem como atividade examinar e higienizar parturientes, o ambiente deve apresentar área mínima de 12,00m² e ser provido de bancada com pia com ponto de

água fria e quente. Deve ser previsto um sanitário com dimensão mínima de 1,20m anexo a este ambiente

3. Quarto de Pré-parto, Parto e Pós-Parto (PPP): o quarto PPP receberá atividades como assistir parturientes em trabalho de parto, assegurar condições para que acompanhantes assistam ao pré-parto, parto e pós-parto, prestar assistência de enfermagem ao RN envolvendo avaliação de vitalidade, identificação e higienização e realizar relatórios de enfermagem e registro de parto

Quarto PPP sem banheira: o ambiente deve apresentar área mínima de 14,50m², sendo 10,5m² para o leito e área de 4m² para cuidados de RN, para 1 leito com dimensão mínima de 3,2m, com previsão de poltrona para acompanhante, berço e área para cuidados de RN com bancada com pia

Quarto PPP com banheira: o ambiente deve apresentar área mínima de 19,30m², sendo 10,5m² para o leito, área de 4m² para cuidados de RN e 4,8m² para instalação de banheira (com largura mínima de 0,90m e com altura máxima de 0,43m., no caso de utilização de banheira de hidromassagem, deve ser garantida a higienização da tubulação de recirculação da água. Quando isso não for possível o modo de hidromassagem não deve ser ativado) sendo para 1 leito com dimensão mínima de 3,2m, com previsão de poltrona para acompanhante, berço e área para cuidados de RN com bancada com pia

Nos quartos PPP's devem ser previstos instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem. Esse ambiente deve ser projetado a fim de proporcionar à parturiente bem-estar e segurança, criando um ambiente familiar diferindo-o de uma sala cirúrgica, permitindo também a presença, bem como, a participação de acompanhante em todo o processo

4. Banheiro anexo ao quarto PPP para parturiente: o banheiro anexo ao quarto PPP deve ter área mínima de 4,8m², com dimensão mínima de 1,70m. O Box para chuveiro deve ter dimensão mínima de 0,90x1,10m com instalação de barra de segurança
5. Área de deambulação/estar: área destinada à deambulação e estar das parturientes. Sugere-se que esta área seja interna ligada a uma área externa provida de área verde, preferencialmente coberta a fim de ser utilizada independente das condições climáticas. Esse ambiente deve apresentar área mínima de 27,5m², calculados com base no número de gestantes e acompanhantes
6. Posto de enfermagem: o posto de enfermagem deve apresentar área mínima de 2,5m², com instalações de água e elétrica de emergência
7. Sala de serviço: deve ser previsto uma sala de serviço a cada posto de enfermagem, com área mínima de 5,70m², com instalações de água e elétrica de emergência
8. Área para higienização das mãos (lavatório): deve ser previsto uma área (lavatório) para higienização das mãos a cada dois leitos, totalizando 3 lavatórios, com instalação de água fria e quente
9. Sala de utilidades: esse ambiente é destinado à recepção, lavagem, descontaminação e abrigo temporário de materiais e roupa suja. Deve ser provido de bancada com pia e

uma pia de despejo, com acionamento por válvula de descarga e tubulação de 75mm, com pontos de água fria e água quente. Deve possuir área mínima de 6,00m², com dimensão mínima de 2,00m

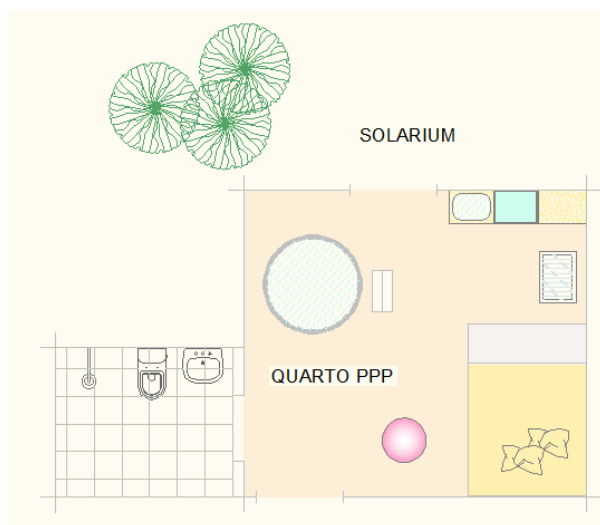
10. Quarto de plantão para funcionários: esse ambiente é destinado ao repouso dos funcionários presentes na unidade em regime de plantão. Deve apresentar área mínima de 12m² e ser provido de banheiro anexo com 3,6m²
11. Banheiro anexo ao quarto de plantão
12. Sanitário para funcionários - masculino e feminino: devem ser previstos 2 sanitários para funcionários, separados por sexo, com área mínima de 1,6m², provido de bacia sanitária e lavatório
13. Rouparia: essa área será destinada ao armazenamento de roupas limpas (fornecidas pela unidade vinculada), para esta pode ser previsto um armário com 2 portas
14. Copa de distribuição: esse ambiente é destinado à recepção e distribuição da dieta das parturientes e acompanhantes. Deve apresentar área mínima de 2,6m²
15. Área para refeição: essa área poderá estar contígua a copa, destinada à realização de refeições/lanches fora do quarto, pode constituir-se de um espaço aberto, não necessariamente um ambiente fechado
16. Depósito de Material de Limpeza – DML: ambiente de apoio destinado à guarda de materiais de limpeza.

Observações:

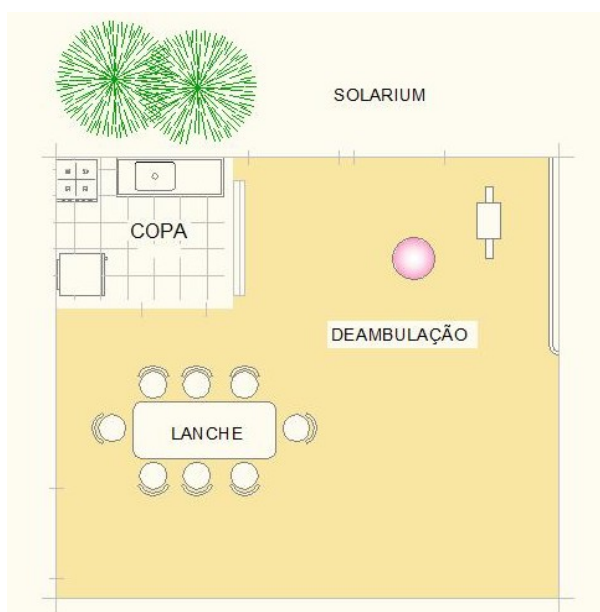
1. Prever a instalação de barra fixa e/ou escada de Ling nos ambientes PPP e nas áreas de deambulação
2. Rouparia: pode constituir-se apenas por uma área com armários
3. Copa de distribuição: área para armazenamento rápido e distribuição de refeições
4. Área para refeição: poderá estar contígua a copa, sendo um espaço para mulher fazer uma refeição/lanche se desejar fora do quarto e não ser apenas possuir uma copa de distribuição. Poderá constituir-se de um espaço aberto, não necessariamente em um ambiente fechado
5. Depósito de Material de Limpeza: ambiente de apoio para guarda de materiais de limpeza

Importante: Todos os ambientes do CPN estarão disponíveis no site do SOMASUS – www.saude.gov.br/somasus.

Exemplos de ambiência de Centros de Parto Normal:



DESENHO ILUSTRATIVO DE UM PPP



DESENHO ILUSTRATIVO DE ÁREA DE DEAMBULAÇÃO

O QUE SÃO “CASAS DE GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA”

A Casa de Gestante, Bebê e Puérpera é uma unidade de cuidado peri-hospitalar que acolhe, orienta, cuida e acompanha: (i) gestantes, puérperas e recém-nascidos de risco que demandam atenção diária em serviço de saúde de alta complexidade mas não exigem vigilância constante em ambiente hospitalar (internação); (ii) gestantes, puérperas e recém-nascidos que, pela natureza dos agravos apresentados e pela distância do local de residência não possam retornar ao domicílio no momento de pré-alta; e (iii) puérperas com bebê internado na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal do serviço de saúde e/ou que necessitam de informação, orientação e treinamento em cuidados especiais com seu bebê.

A Casa de Gestante, Bebê e Puérpera deve estar vinculada à maternidade ou hospital de referência em gestação, parto, nascimento e puerpério de alto risco. A unidade deve oferecer condições de permanência, alimentação e acompanhamento pela equipe de referência, com especial empenho pela manutenção da autonomia da mulher e a visita aberta, sendo fundamental manter o modo de co-gestão para as decisões da casa e uma ambiência humanizada.

O funcionamento da Casa de Gestante, Bebê e Puérpera deve respeitar os valores culturais das suas usuárias, familiares e visitantes, concebendo uma ambiência que acolha as diferenças culturais, por exemplo, com instalação de redes para descanso em regiões onde este costume é muito presente.

As casas podem ser construídas em áreas próximas ao estabelecimento de referência ou reformadas - adequadas para abrigar 20 leitos, atendendo aos parâmetros mínimos apresentados neste documento.

As Casas da Gestante, Bebê e Puérpera que serão construídas ou reformadas deverão possuir minimamente os ambientes abaixo descritos:

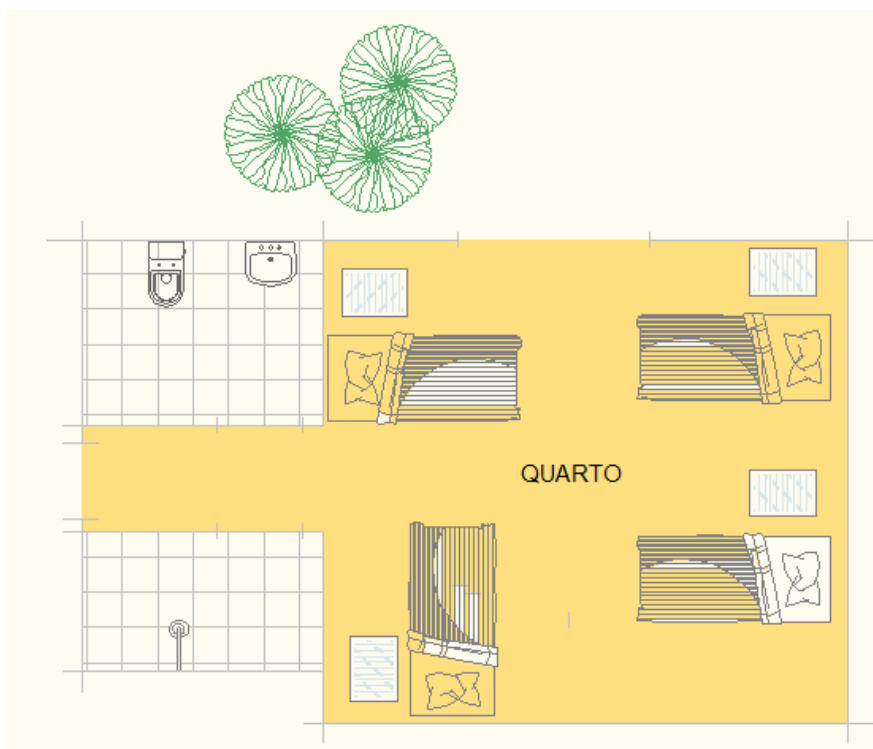
1. Espaço de Estar e Acolhimento das usuárias com área aproximada de 24m²
2. Cozinha/Copa com área aproximada de 16m²
3. Sala Multiuso
4. Quartos para alojamento das gestantes, bebês e puérperas totalizando 20 leitos, sendo esses distribuídos em no mínimo 05 quartos
5. Nos quartos de alojamento do bebê deverão estar contemplados espaços para o berço do bebê e a cama da mãe ou acompanhante
6. Banheiros internos em cada quarto, sendo que no caso de reforma pelo menos um deve respeitar as normas de acessibilidade
7. 01 Sala de atendimento multiprofissional
8. Solário
9. Área de Serviço

Importante: Todos os ambientes da Casa da Gestante, Bebê e Puérpera estarão disponíveis no site do SOMASUS – www.saude.gov.br/somasus.

Tabela 1. Estrutura física mínima da Casa de Gestante, Bebê e Puérpera

ESTRUTURA FÍSICA MÍNIMA			UNIDADE COM 20 CAMAS
AMBIENTE	ÁREA UNITÁRIA (m ²)	ÁREA	
Sala Multiuso (TV, reuniões, acolhimento)		47,5	SIM
Cozinha / Copa	16	16	SIM
<i>Alojamentos (5 quartos com 4 camas cada)</i>			
Alojamento pupérperas	7,5m ² /acolhimento	67,5	SIM
Alojamento/gestantes e neonatal	6m ² /acolhimento	66	SIM
4 WC	3,8	15,2	SIM
Sala de atendimento	12	12	SIM
Área de Serviço	9	9	SIM
ÁREA MÍNIMA (m ²)		233,2	233,2
ÁREA TOTAL + ÁREA DE CIRCULAÇÃO (20% ÁREA TOTAL)			279,84

Exemplo de ambiência de Casas de Gestante, Bebê e Puérpera:



O QUE É “ADEQUAÇÃO DA AMBIÊNCIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE QUE REALIZAM PARTOS”

A adequação da ambiência refere-se a reformas nos espaços físicos de maternidades/hospitais com o objetivo de qualificá-los para favorecerem e facilitarem os processos de trabalho de acordo com as boas práticas e a humanização na atenção aos partos e nascimentos, assim como a aquisição de mobiliários e equipamentos adequados para esses locais.

As mudanças devem acontecer prioritariamente no Centro do Obstétrico, sendo que as maternidades que já possuem este lugar adequado podem utilizar o recurso disponível para reformas das portas de entrada e dos alojamentos conjuntos conforme orientações deste documento.

Orientações para adequação da ambiência no Centro Obstétrico:

- Adequar a ambiência às especificidades da atenção ao parto e nascimento humanizados, *possibilitando que os períodos clínicos do parto sejam assistidos no mesmo ambiente com a presença do acompanhante*
- Transformar os tradicionais pré-partos coletivos em espaços individualizados de pré-parto/parto e pós-parto (PPP) com acesso a banheiro, onde a mulher desenvolva todo o processo de trabalho de parto e parto, podendo ser transferida após o pós-parto imediato para o alojamento conjunto, quando em função da demanda não for possível que todo o período do pós-parto aconteça neste mesmo espaço sempre com a presença do acompanhante de livre escolha. Esses espaços de pré-parto/parto/ e pós-parto imediato devem garantir a privacidade da mulher e seu acompanhante, com a dimensão mínima orientada na RDC 36/2008, possibilitando a inclusão no ambiente de métodos não-farmacológicos de alívio a dor e estímulo ao trabalho de parto ativo, criando condições na ambiência que garantam a mulher a escolha das diversas posições no trabalho de parto
- Adequar no quarto de pré-parto/parto e pós-parto (PPP) área para cuidados com o recém-nascido no mesmo ambiente do parto; ou seja, que o atendimento imediato ao recém-nascido seja realizado no mesmo ambiente do parto, sem interferir na interação mãe e filho, com espaços adequados para as atividades, por exemplo, com a instalação de bancadas para os cuidados, torneira aquecida para o banho do bebê, espaço para o berço, entre outros
- Criar espaços internos e/ou externos as maternidades que permitam a deambulação e a movimentação ativa da mulher
- Proporcionar acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio à dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto, desde a deambulação até disponibilizar bolas de bobat, escadinhas de ling, cavalinho, banheira e /ou chuveiro com água quente, entre outros
- Prever espaços adequados para se realizar ausculta fetal intermitente; controle dos sinais vitais da parturiente e do bebê
- Possibilitar condições de conforto lumínico, térmico e acústico com o controle de luminosidade, de temperatura e de ruídos no ambiente

- Estimular o aleitamento materno ainda no ambiente do parto, criando espaços que proporcione o conforto e a privacidade para essa situação
- As salas de partos cirúrgicos, quando realizados, devem ocorrer em ambiente cirúrgico. Desta forma, também deve-se observar a adequação da área cirúrgica do Centro Obstétrico, garantindo os fluxos adequados, os ambientes mínimos necessários que fazem parte de um centro obstétrico para além da sala cirúrgica, como a sala de recuperação pós-anestésica, os vestiários de barreira, área para assepsia das mãos, posto de enfermagem, sala para curetagem, entre outros de acordo com RDC 36/2008 e RDC 50/2002 e as condições de biossegurança, possibilitando sempre que desejável pela mulher a presença do acompanhante também no momento do parto
- Espaços adequados de modo a favorecer o atendimento multiprofissional quando necessário
- Prever sinalização adequada, com identificação das áreas de modo a orientar os usuários na sua mobilidade dentro da maternidade
- Deve-se prever espaços também que garantam a privacidade da mulher em situação de aborto

Orientações para adequação da ambiência nas Portas de Entrada

- Prever espaços que favoreça o acolhimento da gestante e sua rede social
- Criar sala para a Classificação de Risco próxima à equipe de acolhimento, com acesso direto tanto para a sala de espera quanto para o interior do hospital de modo a facilitar o atendimento e a monitoração das usuárias
- Criar ambiente confortável na Sala de Espera para a mulher e seus acompanhantes, com ambiência acolhedora e quantidade de cadeiras adequadas a demanda para as usuárias e acompanhantes
- Garantir que o atendimento da mulher/acompanhante no momento da sua recepção para fazer o registro seja em bancadas baixas, com cadeiras e sem barreiras
- Instalação de bebedouros e de equipamentos audiovisuais (TVs)
- Possibilitar condições de conforto lumínico, térmico e acústico com o controle de luminosidade, de temperatura e de ruídos no ambiente
- Criar um sistema de sinalização e comunicação visual acessíveis, de fácil compreensão e orientação
- Prever sistema de telefonia pública de modo a atender as necessidades dos usuários
- Atender a NBR 9050 para acessibilidade

Orientações para adequação da ambiência no Alojamento Conjunto

- Os alojamentos conjuntos devem atender aos ambientes e as dimensões de acordo com a RDC 36/2008
- A adequação dos alojamentos deve garantir a privacidade da mulher/bebê e seu acompanhante, instalando-se cortinas, biombos ou divisórias quando o quarto não for individual
- Deve sempre contemplar a presença do acompanhante, prevendo uma cadeira/poltrona para sua acomodação
- Os cuidados com o recém-nascido deverá ser realizado no próprio alojamento conjunto e desta forma deve-se prever bancadas, armários e especialmente água quente para o banho
- O acesso do alojamento conjunto ao banheiro deve ser direto e este conter chuveiro com água quente
- É importante garantir uma ambiência confortável e acolhedora com cores harmônicas, conforto térmico, luminoso e acústico
- Adequar espaços para solário (banho de sol) para os bebês e movimentação das mães
- Prever na adequação da ambiência sala multi-uso para orientação e conversas com as mães e acompanhantes
- Prever sanitários para os acompanhantes
- Adequar áreas de apoio (salas de materiais, depósito de material de limpeza, sala de utilidades, rouparias) que podem ser exclusivas para os alojamentos conjuntos ou compartilhados com outras áreas do estabelecimento de saúde

PORTARIA Nº 1.459 DE 24 DE JUNHO DE 2011

PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a [Lei nº 8.080](#), de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, que garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS;

Considerando a [Lei nº 11.634](#), de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS;

Considerando que os indicadores de mortalidade materna e infantil no Brasil ainda são elevados, principalmente em relação aos países mais desenvolvidos;

Considerando o compromisso internacional assumido pelo Brasil de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial as metas quatro e cinco;

Considerando a Portaria nº 569/GM/MS, de 01 de junho de 2000 que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a [Portaria nº 399/GM/MS](#), de 22 de fevereiro de 2006, e nº 699, de 30 de março de 2006, que, respectivamente, "aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde" e "regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão";

Considerando as prioridades, os objetivos e as metas do Pacto pela Vida, definidos pela Portaria nº 2669/GM/MS, de 03 de novembro de 2009, entre os quais está a redução da mortalidade materna e infantil;

Considerando o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 08 de março de 2004, que visa monitorar a implementação de ações de proteção à saúde da criança e da mulher;

Considerando os compromissos firmados no Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal, no âmbito do Compromisso para Acelerar a Redução da Desigualdade na Região Nordeste e na Amazônia Legal lançado pela Presidência da República em 2009;

Considerando a [Portaria nº 4.279/GM/MS](#), de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a reunião de pactuação na CIT ocorrida em 28 de abril de 2011;

Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança, resolve:

Art. 1º A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha.

Art. 2º A Rede Cegonha tem como princípios:

- I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
- II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
- III - a promoção da equidade;
- IV - o enfoque de gênero;
- V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
- VI - a participação e a mobilização social; e
- VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

Art. 3º São objetivos da Rede Cegonha:

- I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
- II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e
- III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Art. 4º A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde em consonância com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 2010, a partir das seguintes diretrizes:

- I - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
- II - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- III - garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- IV - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e
- V - garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

Art. 5º A Rede Cegonha deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional respeitando-se critérios epidemiológicos, tais como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional.

Art. 6º A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro (4) Componentes, quais sejam:

- I - Pré-Natal
- II - Parto e Nascimento
- III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança
- IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação

Art. 7º Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde, nos seguintes termos:

- I - Componente PRÉ-NATAL:
 - a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
 - b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
 - c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;
 - d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;

- e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- f) qualificação do sistema e da gestão da informação;
- g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

II - Componente PARTO E NASCIMENTO:

- a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;
- b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da [Agência Nacional de Vigilância Sanitária](#) (ANVISA);
- c) práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento";
- d) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- e) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- f) estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e
- g) estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização.

III - Componente PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA:

- a) promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;
- b) acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;
- c) busca ativa de crianças vulneráveis;
- d) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- e) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- f) orientação e oferta de métodos contraceptivos.

IV - Componente SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO:

- a) promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;
- b) implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e
- c) implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

§ 1º Os Municípios que não contam com serviços próprios de atenção ao parto e nascimento, incluídos os exames especializados na gestação, poderão aderir a Rede Cegonha no componente PRÉ- NATAL desde que programados e pactuados nos Colegiados de Gestão Regional (COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL).

§ 2º Os Municípios mencionados no parágrafo § 1º deverão garantir o acesso de acordo com o desenho da Rede Cegonha Regional, que contemplará o mapa de vinculação das gestantes, enquadradas em Risco Habitual ou Alto Risco ao local de ocorrência do parto.

Art. 8º A operacionalização da Rede Cegonha dar-se-á pela execução de cinco fases:

- I - Adesão e diagnóstico;
 - II - Desenho Regional da Rede Cegonha;
 - III - Contratualização dos Pontos de Atenção
 - IV - Qualificação dos componentes e
 - V - Certificação
- I - FASE 1: Adesão e Diagnóstico:
- a) apresentação da Rede Cegonha no Estado, Distrito Federal e Municípios;
 - b) apresentação e análise da matriz diagnóstica conforme o Anexo I desta Portaria na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, no Colegiado de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal - CGSES/DF e Comissão Intergestora Regional - COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL;
 - c) homologação da região inicial de implementação da Rede Cegonha na CIB e CGSES/DF; e
 - d) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde (MS), que terá como atribuições:
 - 1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;
 - 2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede;
 - 3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e
 - 4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede.
- II - FASE 2: Desenho Regional da Rede Cegonha:
- a) realização pelo Comissão Intergestora Regional e pelo CGSES/ DF, com o apoio da SES, de análise da situação de saúde da mulher e da criança, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros;
 - b) pactuação do Desenho da Rede Cegonha no Comissão Intergestora Regional (COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL) e no CGSES/DF;
 - c) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, pactuado no Comissão Intergestora Regional e no CGSES/DF, com a programação da atenção integral à saúde materna e infantil, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos. Na sequência, serão elaborados os Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes do COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL;
 - d) estímulo à instituição do Fórum Rede Cegonha que tem como finalidade a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, mediante o acompanhamento e contribuição na implementação da Rede Cegonha na Região.
- III - FASE 3: Contratualização dos Pontos de Atenção:
- a) elaboração do desenho da Rede Cegonha no Município;
 - b) contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede Cegonha observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede; e
 - c) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe o COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL, com apoio institucional da SES.
- IV - FASE 4: Qualificação dos componentes:
- a) realização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas no art.º 7 desta Portaria;

b) cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede, previstas no artigo 7º, que serão acompanhadas de acordo com os indicadores do Plano de Ação Regional e dos Planos de Ação Municipais.

V - FASE 5: Certificação, que será concedida pelo Ministério da Saúde ao gestor do SUS anualmente após a realização das ações de atenção à saúde previstas no art. 7º, avaliadas na Fase de Qualificação dos Componentes.

§ 1º O Grupo Condutor da Rede Cegonha no Distrito Federal será composto pela Secretaria de Saúde e Colegiado de Gestão da SES/DF, com apoio institucional do MS, e terá as mesmas atribuições do Grupo Condutor Estadual, descritas na alínea d, inciso I do art. 8º.

§ 2º O Plano de Ação Regional e o Plano de Ação Municipal serão os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da Rede Cegonha, assim como para o repasse dos recursos, monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha

§ 3º A Contratualização dos Pontos de Atenção é o meio pelo qual o gestor, seja ele o Município, o Estado, o Distrito Federal ou a União, estabelece metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, com o(s) ponto(s) de atenção à saúde da Rede Cegonha sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais.

§ 4º A verificação do cumprimento das ações de atenção à saúde definidas para cada Componente da Rede será realizada anualmente pelo Ministério da Saúde, de forma compartilhada com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

§ 5º O Ministério da Saúde apoiará o Grupo Condutor Estadual no acompanhamento e avaliação do processo de pactuação e execução do Plano de Ação Regional e do Plano de Ação Municipal

Art. 9º. Para operacionalização da Rede Cegonha cabe:

I - à União, por intermédio do Ministério da Saúde: apoio à implementação, financiamento, nos termos descritos nesta Portaria, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha em todo território nacional;

II - ao Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde: apoio à implementação, coordenação do Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território estadual de forma regionalizada; e

III - ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde: implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha no território municipal.

Art. 10. A Rede Cegonha será financiada com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cabendo à União, por meio do Ministério da Saúde, o aporte dos seguintes recursos, conforme memória de cálculo no Anexo II:

I - Financiamento do componente PRÉ-NATAL:

a) 100% (cem por cento) de custeio dos novos exames do pré-natal (anexo III) a ser repassado em duas parcelas fundo a fundo, sendo a primeira parcela calculada de acordo com a estimativa de gestantes e repassada mediante apresentação do Plano de Ação Regional acordado no COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL. A segunda parcela, repassada seis meses após a primeira, será calculada de acordo com o número de gestantes cadastradas e com os resultados dos exames verificados em tempo oportuno. A partir deste momento, os repasses serão mensais proporcionalmente ao número de gestantes acompanhadas. O sistema de informação que possibilitará o acompanhamento da gestante será o SISPRENATAL;

b) 100% (cem por cento) do fornecimento de kits para as UBS (anexo IV), kits para as gestantes (anexo V) e kits para parteiras tradicionais (anexo VI); 100% das usuárias do SUS com ajuda de custo para apoio ao deslocamento da gestante para o pré-natal e 100% das usuárias do SUS com ajuda de custo para apoio ao deslocamento da gestante para o local de ocorrência do parto, de acordo com a regulamentação que será publica em portaria específica.

II - Financiamento do componente PARTO E NASCIMENTO: a) recursos para a construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, e recursos para reformas voltadas para a adequação da ambiência em serviços que realizam partos, de acordo com os parâmetros estabelecidos na RDC nº 36 da ANVISA, devendo estes recursos ser repassados de acordo com as normas do Sistema de Contratos e Convênios/SICONV/ MS e do Sistema de Gestão Financeira e de Convênios/ GESCON/ MS.

b) recursos para a compra de equipamentos e materiais para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, Centros de Parto Normal, e ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto, devendo estes recursos serem repassados fundo a fundo.

c) 100% (cem por cento) do custeio para Centros de Parto Normal, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

d) 100% (cem por cento) do custeio para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

e) 100% (cem por cento) de custeio do Leito Canguru, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos serem repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

f) 80% (oitenta por cento) de custeio para ampliação e qualificação dos leitos (UTI adulto e neonatal, e UCI neonatal), mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos ser repassados aos serviços na forma de incentivo, de acordo com o cumprimento de metas.

g) 80% (oitenta por cento) de custeio para ampliação e qualificação dos leitos para Gestantes de Alto Risco/GAR, mediante repasse fundo a fundo, de recursos que serão incorporados aos tetos financeiros dos estados, municípios e Distrito Federal, devendo estes recursos ser repassados aos serviços na forma de incentivo , de acordo com o cumprimento de metas.

§ 1º Será publicada portaria específica com a regulamentação para construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal e Casas de Gestante, Bebê e Puérpera;

§ 2º As propostas de investimento deverão estar em concordância com os planos de ação de implementação da Rede Cegonha;

§ 3º Os recursos financeiros previstos para construção, ampliação e reforma serão repassados, de forma regular e automática, em 3 (três) parcelas, sendo a primeira equivalente a 10% do valor total aprovado, após a habilitação do projeto; a segunda parcela, equivalente a 65% do valor total aprovado: mediante apresentação da respectiva ordem de início do serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia - CREA, ratificada pelo gestor local e pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB, e autorizada pela [Secretaria de Atenção à Saúde](#); e a terceira parcela, equivalente a 25% do valor total aprovado: após a conclusão da edificação da unidade, e a apresentação do respectivo atestado, assinado por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia - CREA, ratificado pelo gestor local e pela CIB, e autorizado pela [Secretaria de Atenção à Saúde](#).

§ 4º Os investimentos para a aquisição de equipamentos e materiais serão repassados após a conclusão da obra.

§ 5º O financiamento previsto para o custeio dos leitos constantes no inciso II alínea g, deverá ser complementado no valor de 20% pelo Estado e Município, de acordo com a pactuação regional.

§ 6º O número de leitos a ser financiado com os valores que constam no Anexo II será calculado de acordo com parâmetros de necessidade por tipologia.

§ 7º Os investimentos previstos no inciso II serão definidos na Fase 2 de operacionalização da Rede Cegonha, com aprovação no respectivo COMISSÃO INTERGESTORA REGIONAL, na CIB e no CGSES/DF.

§ 8º O financiamento dos componentes, PUÉRPERIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA e SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE E REGULAÇÃO já constam na programação dos recursos existentes nos três níveis de gestão do SUS.

§ 9º Todos os recursos de custeio terão variação em seus valores globais de acordo com os resultados da avaliação periódica estabelecida na Fase 4 de operacionalização da Rede Cegonha.

§ 10. Após a qualificação do componente PRÉ-NATAL, descrito no art. 4º, o Município fará jus ao incentivo de R\$ 10,00 (dez reais) por gestante captada de acordo com o SISPRENATAL, em repasses mensais fundo a fundo;

§ 11. Após a certificação da Rede Cegonha o Município fará jus ao incentivo anual de R\$ 10,00 (dez reais) por gestantes captadas no ano de acordo com SISPRENATAL, mediante repasse fundo a fundo.

Art. 11. Os recursos de financiamento da Rede Cegonha serão incorporados ao Limite Financeiro Global dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme pactuação formalizada nos Planos de Ação Regional e Municipais.

Art. 12. No âmbito do Ministério da Saúde a coordenação da Rede Cegonha cabe à [Secretaria de Atenção à Saúde](#).

Art. 13. Determinar que os recursos orçamentários objeto desta Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho: 10.302.1220.8585 – Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade e 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável.

Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXOS DA PORTARIA

ANEXO I MATRIZ DIAGNÓSTICA

A Matriz é composta por quatro grupos de indicadores:

1º GRUPO: Indicadores de Mortalidade e Morbidade

Incidência de sífilis congênita (Indicador 7 do Pacto pela Vida); Taxa de óbitos infantis (neonatal e pós-neonatal); Número absoluto de óbitos maternos por faixa etária (10 a 14, 15 a 19, 20 a 24 anos) por Município; Nascidos vivos segundo idade da mãe, segundo IG (< 37

semanas); % de óbitos infantis-fetais investigados; % de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis investigados

2º GRUPO: Indicadores de Atenção

Número de nascidos vivos e % de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal; Cobertura de equipes de Saúde da Família; Tipo de parto: % de partos cesáreos e partos normais. Cesárea em primípara. Idade da mãe; % de gestantes captadas até a 12ª semana de gestação; % de crianças com consultas preconizadas até 24 meses; % de crianças com as vacinas de rotina de acordo com a agenda programada; % de gestantes com todos os exames preconizados

3º GRUPO: Situação da Capacidade Hospitalar Instalada

Número de leitos obstétricos total e por estabelecimento de saúde; Identificação das maternidades para gestação de alto risco e/ou atendimento ao recém nascido e crianças de alto risco; Identificação dos leitos UTI neonatal existentes; Identificação dos leitos UTI adulto existentes em hospitais que realizam parto

4º GRUPO: Indicadores de Gestão

% de investimento estadual no setor saúde; PDR atualizado; PPI atualizada; Identificação de centrais de regulação: (i) urgências, (ii) de internação, e (iii) ambulatorial; Implantação de ouvidorias do SUS no estado e capital

ANEXO II MEMÓRIA DE CÁLCULO DOS NOVOS INVESTIMENTOS E CUSTEIOS DA REDE CEGONHA

- (A) Construção Centros de Parto Normal: R\$ 350.000,00
- (B) Reforma Centros de Parto Normal: R\$ 200.000,00
- (C) Aquisição de equipamentos e materiais para Centros de Parto Normal: R\$ 50.000,00
- (D) Construção Casas de Gestante, Bebê e Puérpera: R\$ 335.808,00
- (E) Reforma Casas de Gestante, Bebê e Puérpera: R\$ 130.000,00
- (F) Aquisição de equipamentos e materiais para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera: R\$ 44.000,00
- (G) Custeio do Centro de Parto Normal conforme padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde (cinco quartos de pré-parto, parto e pós-parto para cada CPN): R\$ 80.000,00/mês (H) Custeio das Casas de Gestante, Bebê e Puérpera conforme padrão estabelecido pelo Ministério da Saúde (20 leitos para cada casa): R\$ 60.000,00/mês
- (I) Reforma/ampliação e/ou aquisição de equipamentos e materiais para adequação da ambiência dos serviços que realizam partos, orientados pelos parâmetros estabelecidos na RDC nº 36 da ANVISA: até R\$ 300.000,00 por serviço, sendo R\$ 200.00,00 para reforma ou ampliação, e R\$ 100.000,00 para equipamentos, após aprovação do projeto pelo grupo condutor da Rede Cegonha.
- (J) Ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto: R\$ 100.000,00/leito para aquisição de equipamentos e R\$ 20.000,00/leito para reforma
- (K) Custeio dos novos leitos de UTI neonatal: nº de leitos novos x 800,00 (valor correspondente a 80% da diária de referência de R\$ 1.000,00 para 1 leito de UTIN) x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%)
- (L) Custeio dos leitos de UTI neonatal existentes:

Valor da diária = R\$800,00 - o valor da diária para os leitos daquele serviço, de acordo com sua habilitação no SIH/SUS (tipo II ou tipo III)

Valor anual = Nº de leitos x valor da diária x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%).

(L) Custeio dos leitos de UCI neonatal (existentes + novos): nº de leitos x 280,00 (valor correspondente a 80% da diária de referência de R\$ 350,00 para 1 leito de UCI) x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%)

(M) Custeio dos novos leitos de UTI adulto: nº de leitos novos x 800,00 (valor correspondente a 80% da diária de referência de R\$ 1.000,00 para 1 leito de UTI) x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%)

(O) Custeio dos leitos de UTI adulto existentes:

Valor da diária = R\$800,00 - o valor da diária para os leitos daquele serviço, de acordo com sua habilitação no SIH/SUS (tipo II ou tipo III)

Valor anual = Nº de leitos x valor da diária x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%).

(P) Custeio dos leitos Canguru: nº de leitos x 80,00 (valor correspondente a 100% da diária de referência) x 365 dias x 0,90 (taxa de ocupação de 90%)

(Q) Custeio dos leitos novos GAR: nº de novos leitos x 480,00 (valor correspondente a 80% da diária de referência de R\$ 600,00 por leito GAR) x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%)

(R) Custeio dos leitos GAR existentes:

Valor da diária = R\$480,00 - o valor da média da diária já paga àquele serviço por AIH de leito GAR excluindo os Procedimentos Especiais da AIH. Para o cálculo deste valor deverá ser considerada a média mensal da série histórica 06 (seis) meses de processamento disponível nos sistemas DATASUS/ SIH, anteriores à data de celebração dos contratos ou convênios entre gestores e prestadores. Valor médio da diária de leito GAR já paga = Valor total pago pelas AIH de leito GAR daquele serviço excluindo os Procedimentos Especiais no período/Número total de diárias de leito GAR daquele serviço no período

Valor anual = Nº de leitos x valor da diária x 365 dias x 0,9 (taxa de ocupação de 90%).

ANEXO III NOVOS EXAMES DE PRÉ-NATAL

No componente pré-natal estão previstos novos exames financiados pelo Ministério da Saúde a partir da adesão à Rede Cegonha:

Teste rápido de gravidez; Teste rápido de sífilis; Teste rápido de HIV; Cultura de bactérias para identificação (urina); Acréscimo de mais um exame de hematócrito, hemoglobina; Ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes; Proteinúria (teste rápido); Teste indireto de antglobulina humana (TIA) para gestantes que apresentarem RH negativo

Exames adicionais para gestantes de alto-risco: Contagem de plaquetas; Dosagem de proteínas (urina 24 horas); Dosagens de uréia, creatinina e ácido úrico; Eletrocardiograma; Ultrassom obstétrico com Doppler; Cardiotocografia ante-parto

ANEXO IV KIT PARA AS UBS

- 1 sonar
- 1 fita métrica
- 1 gestograma
- 1 Caderno de Atenção Básica/CAB - Pré-natal

Balança adulto

**ANEXO V
KIT PARA AS GESTANTES**

Bolsa Rede Cegonha Material para cura do umbigo (um vidro de álcool 70% de 60 ml e 20 unidades de gaze estéril embalado em uma caixa de plástico)

Trocador de fralda

**ANEXO VI
KIT PARA AS PARTEIRAS TRADICIONAIS**

Bolsa para acondicionar os materiais

Tesoura curva em inox, ponta romba, para uso exclusivo no parto

Caixa em inox ou em alumínio, para guardar a tesoura de inox

Balança de tração com gancho e suporte "tipo cegonha"

Lanterna média a dínamo

Fraldas de algodão

Guarda-chuva e capa de chuva

Bacia de alumínio

Toalha para enxugar as mãos

Estetoscópio de Pinard de plástico

Fita métrica

Pacotes com gaze

Escova de unha

Sabão líquido

Rolo de barbante para ligadura do cordão umbilical

Luvas descartáveis

Álcool a 70%

Saco plástico transparente (polietileno)

Almontolia ou pinceta média, para acondicionar o álcool

Tesoura comum para uso pessoal

Livro da Parteira

Lápis/caneta e borracha

Caderno pequeno para anotações

Balão auto-inflável com válvula reguladora

Máscaras para balão

Bulbo ou pêra de borracha

Estetoscópio adulto

Gorro/toca capilar

Coberta de flanela para o recém-nascido

Avental plástico

Forro protetor