

**PORTARIA Nº 1.067/GM DE 4 DE JULHO DE 2005.**

Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando os resultados da análise da situação da atenção obstétrica e neonatal no Brasil, realizada por grupo técnico instituído por meio da Portaria nº 151/GM, de 4 de fevereiro de 2004;

Considerando a proposta para melhoria da qualidade da atenção obstétrica e neonatal no País, elaborada pelo referido grupo técnico;

Considerando a necessidade de ampliar os esforços para alcance das metas estabelecidas pelo Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado pelo Ministério da Saúde no ano de 2004;

Considerando que a atenção obstétrica e neonatal humanizada e de qualidade é direito da mulher e do recém-nascido;

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 neonatal;

Considerando a necessidade de estimular o aprimoramento do sistema de atenção à saúde da mulher e do recém-nascido, integrando e regulando o atendimento à gestação, ao parto e ao nascimento, nos níveis ambulatorial básico e especializado, o atendimento pré e inter-hospitalar, o atendimento hospitalar e ainda o controle de leitos obstétricos e neonatais, como forma de garantir a integralidade da atenção; e

Considerando a necessidade de adotar medidas que possibilitem o avanço da organização e a regulação do sistema de atenção à gestação e ao parto, estabelecendo ações que integrem todos os níveis de complexidade, definindo mecanismos de regulação e criando os fluxos de referência e contra-referência que garantam o adequado atendimento à gestante, à parturiente, à puerpera e ao recém-nascido,

**R E S O L V E:**

Art. 1º Instituir a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal será executada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação da Política de Atenção Obstétrica e Neonatal:

I - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;

II - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

III - toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

IV - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que essa seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

V - todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura;

VI - toda mulher e recém-nascido em situação de intercorrência obstétrica e neonatal tem direito a atendimento adequado e seguro de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

VII - as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nos incisos acima; e

VIII - toda gestante tem o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato de acordo com a Lei nº 11.108/05.

Art. 3º Estabelecer um processo de contratação de metas entre os gestores municipais, estaduais e o Ministério da Saúde para organização da rede de atenção obstétrica e neonatal nos estados e municípios, de acordo com as diretrizes e condições a serem aprovadas pela Comissão Intergestores Tripartite - CIT e Conselho Nacional de Saúde - CNS.

§ 1º Os contratos de metas para atenção obstétrica e neonatal deverão contemplar a organização da atenção pré-natal ao parto, ao puerpério e ao neonatal, com garantia de referência para diagnóstico, atenção ambulatorial especializada, hospitalar e para assistência às situações de intercorrências e urgências obstétricas e neonatais;

§ 2º Esse processo de contratualização de metas para atenção obstétrica e neonatal deve

contemplar também a reclassificação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PHPN e a reclassificação das unidades de referência para atendimento às gestantes e recém-nascidos de risco nos estados e municípios.

§ 3º Determinar que seja colocado em consulta pública o "Termo de referência para o processo de contratualização de metas para a Atenção Obstétrica e Neonatal" (Anexo 2) pelo prazo de sessenta dias, a contar da data de publicação desta Portaria.

§ 4º Estabelecer que a Área Técnica da Saúde da Mulher, do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde analise e consolide as contribuições da consulta pública, submetendo-as à aprovação pela CIT e pelo CNS.

Art. 4º Estabelecer os seguintes ajustes no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PHPN, instituído por meio das Portarias GM/MS nºs 569, 570, 571 e 572 de junho de 2000:

I - revogar a exigência de processo de adesão PHPN proposto na portaria nº 570/GM, de 1º de junho de 2000;

II - disponibilizar o Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento - Sisprenatal para 100% dos municípios;

III - repassar incentivos do PHPN para 100% dos municípios que informarem, por meio do Sisprenatal, a realização dos procedimentos estabelecidos nesta Portaria;

IV - extinguir o componente II do PHPN, regulamentado pela Portaria N. 356/00, de 22 de setembro de 2000; e

V - substituir o número de cadastro de gestantes no PHPN (série numérica) por número do Cadastro de Usuário do SUS.

Art. 5º Estabelecer que a Secretaria de Atenção à Saúde, a Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e o DATASUS tomem as medidas necessárias para cumprimento do exposto nesta Portaria.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

ANEXO I

#### PRINCÍPIOS GERAIS E DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL

A Atenção Obstétrica e Neonatal, prestada pelos serviços de saúde deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos.

A humanização diz respeito à adoção de valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, de direitos dos usuários e de participação coletiva no processo de gestão.

O principal objetivo da atenção obstétrica e neonatal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar da mulher e do recém-nascido.

A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas.

É importante destacar a necessidade de atenção especial à gestante adolescente (10 a 19 anos) e a outros grupos específicos como de mulheres negras, índias e portadoras de HIV ou outras doenças infecciosas de transmissão vertical. Com relação à gravidez na adolescência, apesar do registro de redução nas taxas de fecundidade total, os dados do IBGE apontam para um crescimento de 25% na faixa de 15 a 19 anos, entre 1991 e 2000. Essa faixa etária guarda especificidades que devem ser consideradas na atenção obstétrica como uma das formas de consolidar a qualidade e a humanização na condição de direitos assegurados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. No que diz respeito à transmissão vertical do HIV, é importante destacar que a população brasileira dispõe de recursos capazes de reduzir esta transmissão para próximo de zero.

Os estados e os municípios necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para atenção obstétrica e neonatal, com mecanismos estabelecidos de referência e contra-referência, considerando os seguintes critérios:

- vinculação de unidades que prestam atenção pré-natal às maternidades e hospitais, conforme definição do gestor local;
- garantia dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos, necessários à atenção pré-natal,

assistência ao parto e ao recém-nascido e à atenção puerperal, com estabelecimento de critérios mínimos para funcionamento das maternidades, hospitais e unidades de saúde;

- captação precoce de gestantes na comunidade;
- garantia de atendimento a todas as gestantes que procurem os serviços de saúde;
- garantia da realização dos exames complementares necessários;
- garantia de atendimento a todas as parturientes e recém-nascidos que procurem os serviços de saúde e garantia de internamento, sempre que necessário;
- vinculação das unidades de saúde à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal de modo a garantir a internação da parturiente e do recém-nascido nos casos de demanda excedente;
- transferência da gestante e/ou do neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário;
- garantir atenção pré-hospitalar qualificada à gestante e ao neonato em casos de urgência, conforme efetivado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU;
- garantia de atendimento das intercorrências obstétricas e neonatais; e
- garantir de atenção à mulher no puerpério e ao recém-nascido.

#### I - ATENÇÃO PRÉ-NATAL - Ações e procedimentos:

O principal objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal.

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento pré hospitalar e hospitalar para alto risco.

Os estados e municípios, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, devem garantir uma atenção pré-natal realizada em conformidade com os parâmetros estabelecidos a seguir:

1. Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação;

2. Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.

3. Desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal:

3.1. Identificação da gestante pelo nome e dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento;

3.2. Escuta da mulher e de seus/suas acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas; e

3.3. Atividades educativas – a serem realizadas em grupo ou individualmente ao longo da gestação, com linguagem clara e compreensível, considerando as especificidades das adolescentes, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias envolvendo os seguintes temas:

- importância do pré-natal, higiene, promoção da alimentação saudável e atividade física;
- desenvolvimento da gestação, modificações corporais e emocionais, medos e fantasias referentes à gestação e ao parto, incluindo os mitos sobre gestação na adolescência;
- atividade sexual, incluindo prevenção da sífilis, do HIV e outras DST, e aconselhamento para o teste anti-HIV;
- sintomas comuns na gravidez e orientação alimentar para as queixas mais frequentes;
- sinais de alerta e o que fazer nessas situações;
- preparo para o parto: planejamento individualizado considerando local, transporte, recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, apoio familiar e social;
- orientação e incentivo para o aleitamento materno e orientação específica para as mulheres que não poderão amamentar;
- importância do planejamento familiar, num contexto de escolha informada, com incentivo à dupla proteção;
- sinais e sintomas do parto;
- cuidados após o parto (para a mulher e o recém-nascido – estimular o retorno ao serviço de saúde),
- saúde mental e violência doméstica e sexual;
- informação acerca dos benefícios legais a que a mãe e o recém-nascido têm direito;
- impacto e agravos causados pelas condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério;
- importância da participação do pai durante a gestação e do estabelecimento do vínculo pai-filho para o desenvolvimento saudável da criança;
- gravidez na adolescência e as implicações sociais e familiares;

- importância das consultas puerperais;
- cuidados com o recém-nascido, dispensando atenção especial aos expostos ao HIV e outros que se encontram em contexto especial;
- importância da realização da Triagem Neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido; e
- importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).

#### 3.4. Anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante.

#### 3.5. Exames laboratoriais:

- ABO-Rh, Hemoglobina/Hematócrito, na primeira consulta;
  - glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação;
  - VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação;
  - urina tipo I, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana da gestação;
  - oferta de testagem anti-HIV na primeira consulta, com aconselhamento pré e pós-teste;
  - sorologia para hepatite B (HBsAg), com um exame, de preferência, próximo à trigésima semana de gestação; e
  - sorologia para toxoplasmose (IgM), na primeira consulta, se disponível.
- 3.6. Imunização antitetânica: aplicação de vacina dupla tipo adulto até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;
- 3.7. Avaliação do estado nutricional da gestante e monitoramento através do SISVAN.
- 3.8. Prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais.
- 3.9. Prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama.
- 3.10. Tratamento das intercorrências da gestação.
- 3.11. Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subseqüentes.
- 3.12. Atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo o vínculo e o acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado.
- 3.13. Registro em prontuário e cartão da gestante, inclusive registro de intercorrências/urgências que requeiram avaliação hospitalar em situações que não necessitem de internação.

4. Atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana após o parto, com realização das ações da "primeira semana de saúde integral" (avaliação global da saúde da criança; realização do teste do pezinho; orientações sobre amamentação; e aplicação de vacinas se necessário e realização da consulta puerperal (entre a 30ª e 42ª semanas pós-parto).

#### II - ATENÇÃO AO PARTO - Ações e procedimentos:

1. Acolher e examinar a parturiente.
2. Chamar a gestante pelo nome e identificar os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento.
3. Escutar a mulher e seus/suas acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito e compartilhando as decisões sobre as condutas a serem tomadas.
4. Desenvolver atividades educativas visando à preparação das gestantes para o parto, amamentação do RN e contracepção pós-parto.
5. Garantir a visita do pai ou de familiares sem restrição de horário.
6. Garantir o direito a acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto, segundo demanda da mulher.
7. Garantir o apoio diagnóstico necessário.
8. Garantir os medicamentos essenciais para o atendimento das situações normais e das principais intercorrências.
9. Acompanhar as mulheres em trabalho de parto com monitoramento e promoção do bem-estar físico e emocional da mulher.
10. Realizar partos normais e cirúrgicos e atender às intercorrências obstétricas e neonatais.
11. Prestar assistência qualificada e humanizada à mulher no pré-parto e parto:
  - utilizar partograma para registro da evolução do trabalho de parto;
  - realizar teste rápido anti-HIV, com consentimento verbal da mulher, quando o teste anti-HIV não tiver sido realizado no pré-natal;
  - oferecer líquido por via oral durante o trabalho de parto;
  - respeitar a escolha da mulher sobre o local e a posição do parto;
  - respeitar o direito da mulher à privacidade no local do parto;
  - fornecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem;
  - permitir liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
  - estimular posições não-supinas durante o trabalho de parto;
  - oferecer métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagens, banhos e técnicas de relaxamento durante o trabalho de parto;

- executar procedimentos pré-anestésicos e anestésicos, quando pertinente;
- promover uso restrito de episiotomia (somente com indicação precisa);
- implementar manejo ativo do terceiro período do parto com administração profilática de ocitocina;
- verificar contratilidade uterina;
- examinar rotineiramente a placenta e as membranas ovulares;
- avaliar o canal de parto: sangramento, lacerações;
- implementar normas de prevenção de infecção (lavagem e anti-sepsia cirúrgica das mãos, uso de materiais descartáveis e processamento dos reutilizáveis, de acordo com normas estabelecidas, uso de luvas no exame vaginal, no parto e no manuseio da placenta, entre outros);
- garantir presença de pediatra na sala de parto, sempre que possível, ou de profissional capacitado para prestar os cuidados necessários ao recém-nascido;
- garantir realização do exame VDRL na mãe em sangue periférico;
- garantir imunoglobulina anti-Rh às mulheres iso-imunizadas; e
- elaborar relatórios médicos/enfermagem e fazer registro de parto e das condições de nascimento do RN.

#### 11. Assistência qualificada ao recém-nascido.

#### III - ATENÇÃO AO RECÉM-NASCIDO – RN - Ações e procedimentos:

##### Cuidados no pré parto:

##### Avaliação do pré natal:

- se o pré- natal foi realizado e o número de consultas;
- idade gestacional;
- gravidez única/múltipla;
- uso de medicamentos ou drogas;
- suplementação com sulfato ferroso para a gestante;
- resultado de exames laboratoriais;
- uso de vacinas;
- patologias prévias ou do período gestacional: hipertensão, diabetes, ganho inadequado de peso (baixo peso ou obesidade), pneumopatias, cardiopatias, hepatopatias, doenças reumáticas, anemia, infecções, pré-eclâmpsia, hemorragias no primeiro, segundo ou terceiro trimestre, ameaça de aborto ou de parto prematuro; e
- resultado de exames laboratoriais: hemograma, grupo sanguíneo e fator Rh, EAS, VDRL, sorologia anti-HIV;

##### Condições no trabalho de parto:

- tempo de rotura da bolsa amniótica;
- aspecto do líquido amniótico;

##### Cuidados no parto:

##### Durante e após o parto:

- tipo e duração do parto, se houve intervenção e a causa que motivou, indução, anestesia, apresentação do RN, se houve sofrimento fetal e complicações.

##### Avaliar as condições do nascimento:

Se RN em boas condições (bom padrão respiratório, Fc >100bpm, e sem cianose central):

- inicia-se o momento da interação mãe-filho, estimulando a aproximação e contato pele a pele, além de permitir e estimular a amamentação na primeira meia hora após o parto;
- clampar o cordão após esse parar de pulsar, observar suas características e avaliar o Apgar;
- secar o RN cuidadosamente com compressa e remover campos úmidos;
- se necessário aspirar boca e nariz do bebê, levá-lo sob fonte de calor irradiante mantendo a cabeça em leve extensão;
- realizar credeização: antes da credeização, é importante o contato olho a olho com os pais. Usa-se solução de nitrato de prata a 1% em ambos os olhos, removendo-se o excesso.

Se RN em más condições de vitalidade:

Fatores de risco que indicam a necessidade de reanimação:

gestante sem pré natal  
 DHEG / Diabetes, hipertensão  
 Apresentação anômala  
 Sangramentos no 3º trimestre (descolamento de placenta, placenta prévia)  
 Gestante com choque/hipotensão, ou hipóxia  
 Infecção materna  
 Nó/prolapso de cordão  
 Sofrimento fetal sugerido ao ultrassom

Partos múltiplos  
 Anormalidades na monitorização fetal  
 Líquido com aspecto meconial  
 Prematuridade (<37 semanas)  
 Pós maturidade (>42 semanas)  
 Crescimento intra-uterino retardado  
 Amniorrexe > 24 horas  
 Anestesia/uso de narcóticos  
 Sensibilização Rh

Profissionais das áreas médica e de enfermagem devem ser capacitados, a fim de avaliar o quadro clínico do RN e tomar medidas imediatamente.

Se ausência de mecônio no líquido amniótico:

- prevenir a perda de calor;
- estabelecer a permeabilidade das vias aéreas;
- fazer estimulação tátil, com manobras delicadas no dorso do RN, suficientes para estimular a respiração do RN em apnéia primária; e
- administrar condutas para reanimação, se necessário.

Se presença de líquido meconial:

- se RN deprimido, proceder à intubação antes da aspiração ou até mesmo de secar a criança.

Medidas gerais

- garantir a presença de acompanhante ao RN quando esse necessitar de internação;
- garantir o início da amamentação na sala de parto;
- garantir que o RN saudável siga com a mãe para o alojamento conjunto, quando da saída da sala de parto (não se deve utilizar berçário de observação);
- garantir a assistência ao RN com bases no Manual de Assistência ao RN do MS;
- garantir recursos humanos, equipamentos e métodos diagnósticos terapêuticos para a atenção de qualidade ao RN;
- garantir acesso a todos os níveis de assistência, incluindo UI e UTI neonatal, quando o RN necessitar;
- garantir a implantação do Método Canguru para o RN de baixo peso, após sua estabilização clínica;
- garantir transporte adequado ao RN quando necessário;
- propiciar ao RN vacina contra a hepatite B nas primeiras 12 horas de vida;
- garantir imunoglobulina anti-hepatite B aos RN filhos de mães HbsAg positivas;
- garantir a abertura e o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança na maternidade; e
- garantir o alojamento conjunto desde o nascimento, favorecendo a relação precoce mãe / bebê.

#### IV - ACOMPANHAMENTO NO PÓS-PARTO IMEDIATO

- cuidados com o RN após o parto:
  - após atendimento em sala de parto, encaminhar o RN ao Alojamento Conjunto, transportando envolto em campo aquecido. Fazer a identificação, sexo, medidas antropométricas e exame físico sumário, avaliando malformações ou traumas e abrir e transcrever para a Caderneta de Saúde da Criança;
  - anotar dados relativos ao parto, como data, hora, nome da mãe, intercorrências em prontuário e na Caderneta de Saúde da Criança; higienizar o RN;
  - administrar vacinas: BCG e anti Hepatite B. Se a mãe sabidamente é HbsAg+, usar a imunoglobulina anti-hepatite B.
  - usar vitamina K para prevenir a doença hemorrágica do RN;
  - cuidar do RN para devolver à mãe, permanecendo em alojamento conjunto por 24 horas;
  - cuidar do coto umbilical
- cuidados com a mulher:
  - escutar a mulher, verificando como ela se sente, como está se dando a amamentação e a relação com o/s seu/s filho/s;
  - esclarecer dúvidas e fornecer informações sobre sua condição, sobre a condição do seu filho/a e sobre o que vai ser feito;
  - avaliar o estado psíquico da mulher e encaminhar para profissional especializado, se necessário;
  - proceder avaliação clínico-obstétrica;
  - monitoramento dos dados vitais: pulso, pressão arterial, respiração, temperatura;
  - observação do estado geral: pele, mucosas, presença de edema, cicatriz cirúrgica (se parto normal com episiotomia /cesárea) e membros inferiores;
  - controle de perdas vaginais;
  - exame das mamas: fluxo do leite, ingurgitamentos, sinais inflamatórios, infecciosos, cicatrizes e

- outros que dificultem a amamentação;
- observação da contratilidade uterina;
- exame do períneo e genitais externos (verificar sinais de infecção, presença e características de lóquios);
- verificação de possíveis intercorrências: alterações emocionais, presença de corrimento com odor fétido, sangramento intenso, febre, dor em baixo ventre ou em mamas. No caso de detecção de alguma dessas alterações, solicitar avaliação médica ou psicológica (se emocional) imediata, caso o atendimento esteja sendo realizado por outro profissional da equipe.
- identificar os problemas/necessidades da mulher e do recém-nascido, com base na avaliação realizada;
- orientar sobre:
  - higiene, alimentação, atividades físicas,
  - atividade sexual, informando sobre prevenção de DST/AIDS,
  - cuidado com as mamas, reforçando a orientação sobre o aleitamento (considerando a situação das mulheres que não puderem amamentar),
  - cuidados com o recém-nascido,
  - direitos da mulher (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas).
- Orientar sobre Planejamento Familiar e ativação de método contraceptivo, se for o caso:
- informar sobre os métodos que podem ser utilizados no pós-parto,
- explicar sobre o funcionamento do método da LAM (amenorréia da lactação),
- se a mulher não deseja, ou não pode usar a LAM, ajudar na escolha de outro método,
- disponibilizar o método escolhido pela mulher com instruções para o uso, o que deve ser feito se esse apresentar efeitos adversos e instruções para o seguimento.
- aplicar as vacinas, dupla tipo adulto e tríplice viral, se necessário;
- garantir a suplementação com sulfato ferroso até o 3º mês pós parto e vitamina A nas áreas e regiões endêmicas (Nordeste e Vale do Jequitinhonha e Mucuripe - MG);
- garantir tratamento das intercorrências e encaminhamento para referência, quando indicado;
- garantir a remoção da mulher e do recém-nascido, nos casos de intercorrências, em unidades de transporte adequadas;
- orientar sobre a primeira semana saúde integral;
- agendar a consulta de puerpério;
- realizar registro em prontuário.
- realizar notificação compulsória, quando for o caso (diagnóstico de sífilis, HIV e tétano).
- garantir o preenchimento do cartão da gestante e do cartão da criança, na maternidade.
- investigar óbito materno, fetal e neonatal.

#### V - ATENDIMENTO ÀS PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS E NEONATAIS

Garantir o atendimento das mulheres e recém-nascidos nas seguintes intercorrências obstétricas e neonatais:

Em relação à mulher

1. Hiperemese.
2. Anemia.
3. Baixo ganho de peso/ sobrepeso e obesidade.
4. Infecções das vias urinárias e outras infecções.
5. Sífilis e outras DST.
6. Distúrbios hemorrágicos.
7. Choque.
8. Distúrbios hipertensivos e eclampsia.
9. Gestação prolongada.
10. Rotura prematura de membranas.
11. Principais complicações no parto (evolução insatisfatória do trabalho de parto, distócias, sofrimento fetal, prolapso de cordão, partos múltiplos).
12. Principais complicações no pós-parto (retenção placentária, retenção de restos ovulares, lacerações no trajeto do parto, atonia uterina, infecção, hemorragia).
13. Assistência ao abortamento incompleto, utilizando, preferencialmente, aspiração manual intra-uterina - AMIU.
14. Diabetes gestacional.

Em relação ao RN:

1. Distúrbios Respiratórios (doença da membrana hialina, aspiração de mecônio e líquido amniótico, pneumonia, taquipnéia transitória, hemorragia pulmonar, broncodisplasia).
2. Cardiopatias (cardiopatias congênitas, insuficiência cardíaca, arritmias, miocardiopatias).
3. Asfixia (uso de fórceps, trabalho de parto prolongado, prolapso de cordão, uso de sedativos pela gestante, RN grande para a idade gestacional, asfixia intraparto, impregnação de mecônio).

4. Cianose (cardiopatias, pneumopatias, obstrução de vias aéreas, compressão extrínseca dos pulmões, lesões do sistema nervoso central, doenças neuromusculares).
5. Prematuridade e pós maturidade.
6. Distúrbios metabólicos e hidreletolíticos.
7. Baixo peso e desnutrição ( considerar erros da amamentação).
8. Icterícia (doença hemolítica perinatal, alterações morfológicas, defeitos enzimáticos, colestase, obstrução e atresia biliar, hemólise, infecções).
9. Distúrbios hematológicos (anemias, policitemia, coagulopatias).
10. Infecções.
11. Encefalopatias, convulsões.
12. Traumas de parto (paralisias, fraturas, rotura de vísceras).
13. Patologias cirúrgicas (pulmonares, gastrointestinais).
14. Síndromes.

#### VI - ATENÇÃO NO PUERPÉRIO

Primeira semana de saúde integral (atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana pós-parto)

- Acolhimento da mulher e do RN por profissional de saúde habilitado, escutando o que ela tem a dizer, incluindo possíveis queixas e esclarecendo dúvidas;

Ações em relação à puérpera:

- verificar o cartão da gestante, observando condições da gestação e do atendimento na maternidade/ unidade de assistência;
- avaliar o estado psíquico da mulher, considerando as necessidades específicas das adolescentes;
- realizar avaliação clínico-ginecológica:
- verificação de dados vitais,
- observação do estado geral: pele, mucosas, presença de edema, cicatriz cirúrgica (parto normal com episiotomia /cesárea) e membros inferiores;
- exame da mama, verificando a presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação;
- exame do abdome, verificando a condição do útero e se há dor à palpação;
- exame do períneo e genitais externos (verificar sinais de infecção, presença e características de lóquios);
- verificação de possíveis intercorrências: alterações emocionais, presença de corrimento com odor fétido, sangramentos intensos e febre, dor em baixo ventre ou em mamas. No caso de detecção de alguma dessas alterações, solicitar avaliação médica ou psicológica (se problema emocional) imediata, caso o atendimento esteja sendo feito por outro profissional da equipe:
  - estimular o vínculo mãe-filho;
  - observar e avaliar a mamada para garantia do adequado posicionamento e pega da aréola. O posicionamento errado do bebê, além de dificultar a sucção comprometendo a quantidade de leite ingerido, é uma das causas mais frequentes de problemas nos mamilos. Em caso de ingurgitamento mamário, mais comum entre o 3º e o 5º dia pós-parto, orientar quanto à ordenha manual, armazenamento e doação do leite excedente a um Banco de Leite Humano (caso haja na região);
  - identificar problemas/necessidades da mulher e do recém-nascido, com base na avaliação realizada;
    - orientar sobre:
      - higiene, alimentação, atividades físicas;
      - atividade sexual, informando sobre prevenção de DST/AIDS;
      - cuidado com as mamas, reforçando a orientação sobre o aleitamento (considerando a situação das mulheres que não puderem amamentar);
      - cuidados com o recém-nascido;
      - direitos da mulher (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas);
      - orientar sobre Planejamento Familiar e ativação de método contraceptivo, se for o caso;
      - informação geral sobre os métodos que podem ser utilizados no pós-parto;
      - explicação de como funciona o método da LAM (amenorréia da lactação);
      - se a mulher não deseja, ou não pode usar a LAM, ajudar na escolha de outro método; e
      - disponibilização do método escolhido pela mulher com instruções para o uso, informando o que deve ser feito se esse apresentar efeitos adversos e instruções para o seguimento.
- aplicar vacinas dupla tipo adulto e tríplice viral, se indicado;
- realizar tratamento de possíveis intercorrências;
- registrar em prontuário;
- agendar a consulta de puerpério entre 30 e 42 dias do parto.

Ações em relação ao recém-nascido (RN)

- verificar existência da caderneta de saúde da criança e caso não haja, proceder à abertura imediata;
- observar as condições de alta da maternidade /unidade de assistência ao RN;
- observar orientação da mamada, reforçando as orientações dadas durante o pré-natal e na maternidade, destacando a necessidade do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida do bebê e complementar até os 2 anos;
- observar e avaliar a mamada para garantia do adequado posicionamento e pega da aréola;
- proceder à observação geral da criança: peso, postura, atividade espontânea, padrão respiratório, estado de hidratação, eliminações e aleitamento materno, ectoscopia, características da pele (presença de palidez, icterícia e cianose), crânio, orelhas, olhos, nariz, boca, pescoço, tórax, abdômen (condições do coto umbilical), genitália, extremidades e coluna vertebral. Caso seja detectada alguma alteração solicitar avaliação médica imediatamente;
- identificar o RN de risco ao nascer:
  - residente em área de risco;
  - baixo peso ao nascer (menor que 2500g) ;
  - prematuros (menor que 37 semanas de idade gestacional);
  - asfixia grave (apgar menor que 7 no 5º minuto);
  - crianças com intercorrências ou internadas nas maternidades ou unidades de assistência;
  - orientações especiais à alta da maternidade ou da unidade de assistência;
  - RN de mãe adolescente (<18 anos);
  - RN de mãe com baixa instrução (<que 8 anos de estudo);
  - história de morte de crianças com menos de 5 anos, na família;

Caso sejam identificados alguns destes critérios, solicitar avaliação médica imediatamente e agendamento para o ambulatório para RN de alto risco, se necessário;

- Realizar teste do pezinho, de acordo com normas definidas na Portaria nº 822/GM, de 6 de junho de 2001;
- aplicar vacinas (BCG e contra Hepatite B);
- registrar em prontuário;
- agendar consulta de puericultura com 15 dias.

#### Avaliação puerperal tardia (entre 30 e 42 dias)

- escuta da mulher verificando como se sente, suas possíveis queixas e esclarecendo dúvidas;
- avaliação clínico-ginecológica, incluindo exame das mamas;
- avaliação do aleitamento;
- orientação sobre:
  - higiene, alimentação, atividades físicas;
  - atividade sexual, informando sobre prevenção de DST/AIDS;
  - cuidado com as mamas, reforçando a orientação sobre o aleitamento (considerando a situação das mulheres que não puderem amamentar);
  - cuidados com o recém-nascido;
  - direitos da mulher e das adolescentes (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas);
  - orientação sobre Planejamento Familiar e ativação de método contraceptivo se for o caso;
  - informação geral sobre os métodos que podem ser utilizados no pós-parto;
  - explicação de como funciona o método da LAM (amenorréia da lactação);
  - se a mulher não deseja ou não pode usar a LAM, ajudar na escolha de outro método;
  - disponibilização do método escolhido pela mulher com instruções para o uso, o que deve ser feito se esse apresentar efeitos adversos e instruções para o seguimento.
- tratamento de possíveis intercorrências;
- realização das ações previstas para a "Primeira Semana de Saúde Integral", caso a mulher não tenha comparecido naquele período.

#### ANEXO II

##### TERMO DE REFERÊNCIA PARA O PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO DE METAS PARA A ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL

Este termo de referência descreve as diretrizes gerais que orientam as metas a serem pactuadas na atenção básica, média e de alta complexidade e as atividades educacionais direcionadas à mulher gestante, sua família, à comunidade e à educação permanente dos profissionais de saúde.

A celebração dos contratos de metas será realizada entre as Secretarias Estaduais e as Municipais de Saúde e os contratos deverão ser homologados pelos Conselhos Municipais de Saúde e a Comissão Intergestores Bipartite - CIB. Após a celebração dos contratos entre municípios e estados, as SES

apresentarão as metas a serem pactuadas com o Ministério da Saúde que, no ato de homologação na Comissão Intergestores Tripartite, estará homologando também os contratos para a organização da atenção obstétrica e neonatal nos estados e nos municípios.

A atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério deve ser pautada pela coerência com os princípios fundamentais e as estratégias definidas pela Política Nacional para a Atenção Obstétrica e Neonatal, visando à garantia dos direitos das mulheres e das crianças e a satisfação dos(as) usuários(as).

## I - DEFINIÇÃO DOS COMPROMISSOS / RESPONSABILIDADES CONJUNTAS – SMS/SES/MS

### 1. Caracterização geral da Atenção Obstétrica e Neonatal

1.1. Estabelecer mecanismos de relação entre as partes com a definição e a pactuação das atividades competentes aos gestores estaduais e municipais com relação ao planejamento, à organização, ao controle, à avaliação e à regulação do sistema estadual/regional/municipal de atenção obstétrica e neonatal nos diferentes níveis de complexidade.

1.2. Organizar rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, garantindo atendimento à gestante e ao recém-nascido de baixo e alto risco e em situações de urgência, incluindo mecanismos de referência e contra-referência.

1.3. Garantir a alocação de recursos financeiros provenientes das três esferas de governo (União, Estados e Municípios), conforme diagnóstico das necessidades locais, com vistas à ampliação de cobertura da Atenção Obstétrica e Neonatal, tanto quantitativa quanto qualitativamente.

1.4. Garantir os recursos físicos, humanos e materiais necessários para o funcionamento das Unidades que prestam atenção obstétrica e neonatal.

1.5. Adotar, em conjunto com as instituições formadoras de recursos humanos, estratégias de inserção das unidades básicas de saúde e unidades hospitalares como campo de estágio em nível de graduação e pós-graduação para os profissionais da área de saúde que contemplem as necessidades do SUS e em consonância com os princípios e diretrizes da Política Nacional para a Atenção Obstétrica e Neonatal.

1.6. Desenvolver Programa de Educação Permanente para os profissionais da rede de atenção obstétrica e neonatal básica, em um contexto de atuação multidisciplinar, incluindo a formação de enfermeiras obstetras.

1.7. Promover a capacitação de parteiras tradicionais e doulas comunitárias para atenção humanizada ao parto e ao nascimento.

1.8. Analisar, conjunta e periodicamente, conforme cronograma pré-estabelecido, as metas alcançadas frente aos resultados esperados, de forma a adotar as medidas julgadas cabíveis.

1.9. Desenvolver e garantir, para além do setor saúde, estratégias de articulação intersetorial, de forma a viabilizar à gestante um conjunto de informações que possibilitem o exercício de seus direitos de cidadania.

1.10. Garantir a formalização do Contrato de Metas celebrado entre unidades hospitalares e os respectivos gestores – estadual ou municipal, a observância dos princípios e diretrizes estabelecidos na Política Nacional para a Atenção Obstétrica e Neonatal.

1.11. Adotar iniciativas que promovam a satisfação dos usuários e participar de processos de avaliação de qualidade de serviços promovidas pelo Ministério da Saúde.

1.12. Implantar/implementar projetos especiais e inovadores para a área, tais como Mãe Canguru e Doulas Comunitárias.

### 2. Caracterização da atenção pré-natal e puerperal

2.1. Garantir o acesso à atenção pré-natal de qualidade que assegure a realização das consultas, dos exames e das ações recomendadas pelo PHPN, incluindo estratégias de captação precoce das gestantes.

2.2. Adotar ou estimular a adoção de abordagem centrada nas necessidades das gestantes e suas famílias, coerente com as diretrizes da Política Nacional de Humanização.

2.3. Planejar e garantir a realização de ações educativas e de orientação nutricional direcionadas à gestante, a familiares e à comunidade, com vistas à divulgação das práticas de promoção e proteção à saúde da mulher e da criança.

2.4. Garantir o acesso à unidade hospitalar de referência, coerente com a complexidade relacionada ao risco gestacional/parto.

2.5. Adotar estratégias de captação das puérperas e recém-nascidos, após a alta hospitalar, de forma a garantir a realização das ações da "primeira semana de saúde integral" e a consulta puerperal até 42 dias após o nascimento.

2.6. Garantir, para todas as gestantes, o preenchimento do cartão da gestante.

### 3. Caracterização da atenção laboratorial

3.1. Definir as unidades laboratoriais de referência e os mecanismos de vinculação com a rede básica.

3.2. Garantir a realização do conjunto de exames laboratoriais preconizados pelo PHPN para

gestantes de baixo e de alto risco.

3.3. Desenvolver estratégias de ampliação de cobertura para a realização dos exames laboratoriais de forma a atender a 100% da necessidade das usuárias do SUS.

3.4. Desenvolver estratégias para garantir que o resultado dos exames laboratoriais seja disponibilizado para a rede básica, em tempo hábil para a implementação das condutas necessárias.

#### 4. Caracterização da atenção hospitalar

4.1. Definir as unidades hospitalares de referência para o atendimento à gestante de baixo e de alto risco e os mecanismos de vinculação entre elas e a rede básica.

4.2. Garantir o atendimento a todas as parturientes e aos recém-nascidos que procurem as unidades hospitalares, considerando as especificidades das adolescentes, viabilizando o internamento sempre que necessário, de acordo com a vinculação hospital/rede básica, previamente pactuada entre gestores e hospitais.

4.3. Garantir a vinculação dos hospitais às centrais de regulação obstétrica e neonatal, de modo a viabilizar, em tempo hábil, a internação da parturiente e dos recém-nascidos nos casos de demanda excedente.

4.4. Garantir atenção hospitalar qualificada e humanizada às parturientes e aos recém-nascidos, de acordo com os princípios, as diretrizes e as recomendações preconizados pelo PHPN para este nível de assistência.

4.5. Adotar protocolos técnicos de assistência na área de obstetrícia e neonatologia.

4.6. Adotar estratégias que garantam a utilização rotineira do partograma.

4.7. Garantir a presença de acompanhante, durante o pré-parto, o parto e o pós-parto, segundo lei federal do acompanhante (Lei nº 11108/05).

4.8. Garantir o apoio diagnóstico necessário.

4.9. Garantir os equipamentos, os insumos, o sangue e os medicamentos essenciais para o atendimento das situações normais e das principais intercorrências.

4.10. Garantir as medidas necessárias para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatite B.

4.11. Realizar avaliação de risco obstétrico e neonatal e garantir assistência imediata à mulher e ao recém-nascido em situações de intercorrências, devendo para tal dispor de profissionais capacitados para prestar os cuidados imediatos nestas situações.

4.12. Acolher a gestante e prestar os cuidados imediatos até a realização da transferência, quando necessário.

4.13. Garantir, durante a transferência hospitalar, o deslocamento seguro da mulher e/ou do recém-nascido de acordo com os critérios estabelecidos no Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais ou Municipais de Urgência e Emergência referente às transferências e transportes inter-hospitalares.

4.14. Orientar e oferecer métodos para contracepção no pós-parto e no pós-aborto, inclusive a inserção e remoção do DIU, de acordo com as normas técnicas do MS.

4.15. Desenvolver estratégias que estabeleçam os mecanismos de contra-referência para a rede básica de forma a viabilizar para a puérpera e o recém-nascido as ações da "primeira semana de saúde integral" e a consulta puerperal até 42 dias após o nascimento.

4.16. Adotar estratégias de acompanhamento da qualidade da atenção hospitalar ao parto e aos recém-nascidos, utilizando indicadores próprios desse nível de atenção.

4.17. Manter controle e adotar estratégias para redução das taxas de cesáreas de acordo com o preconizado pelo MS.

4.18. Garantir a entrega e o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança para todos os recém-nascidos naquela unidade, usuários ou não do Sistema Único de Saúde.

4.19. Implantar, implementar e manter Comitês de Mortalidade Materna e de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal implantados e atuantes, informando ao gestor municipal/estadual, periodicamente, os seus índices e as iniciativas adotadas para a sua redução e os resultados alcançados.

#### 5. Caracterização da atenção às intercorrências obstétricas e neonatais

5.1. Definir as unidades ambulatoriais e hospitalares de referência para atenção às intercorrências obstétricas e neonatais e os mecanismos de vinculação com as demais unidades ambulatoriais e hospitalares.

5.2. Manter serviços de atenção pré-natal e de planejamento familiar para mulheres em situação de risco.

5.3. Garantir o atendimento a todas as gestantes, parturientes e recém-nascidos em situações de intercorrências obstétricas e neonatais, viabilizando o internamento, sempre que necessário, de acordo com as vinculações hospital/unidade móvel/rede básica ou outras unidades, previamente pactuadas entre gestores e hospitais.

5.4. Garantir assistência humanizada e qualificada a mulheres em situação de abortamento.

5.5. Garantir o atendimento às mulheres e às adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, de acordo com as normas técnicas do MS.

5.6. Garantir a vinculação das unidades que atendem intercorrências obstétricas e neonatais às

centrais de regulação, de modo a viabilizar, em tempo hábil, a internação da gestante, parturiente ou recém-nascido nos casos de intercorrências.

5.7. Garantir a atenção qualificada e humanizada à gestantes, parturientes e recém-nascidos em situações de intercorrências obstétricas ou neonatais, de acordo com as diretrizes e recomendações preconizados pela Política Nacional para Atenção Obstétrica e Neonatal, para esse nível de assistência.

5.8. Garantir o apoio diagnóstico necessário.

5.9. Garantir os equipamentos, os insumos e os medicamentos essenciais para o atendimento das principais intercorrências.

5.10. Garantir a disponibilidade e a utilização adequada de sangue e hemoderivados, através da organização da hemorrede e da orientação para uso racional desses produtos, de acordo com as normas técnicas do MS.

5.11. Garantir, quando necessário, a transferência hospitalar, o deslocamento seguro da parturiente e/ou do recém-nascido de acordo com os critérios estabelecidos no Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e emergência referente às transferências e transportes inter-hospitalares.

#### 6. Atenção ao Planejamento Familiar

6.1. Garantir o acesso a serviços de planejamento familiar que assegurem a concepção e a anticoncepção na oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis e cirúrgicos e a ativação desses métodos respeitando a decisão informada dos(as) usuários(as).

#### 7. Caracterização dos Sistemas de Informação na atenção obstétrica e neonatal

7.1. Garantir a alimentação regular dos Sistemas de Informação (SISPRENATAL, SIA, SIH, SIAB, SISVAN etc), bem como adotar estratégias de capacitação regular de recursos humanos necessários a essa atividade.

7.2. Garantir a utilização dos Sistemas de Informação como instrumentos de gestão.

7.3. Desenvolver atividades de vigilância epidemiológica dos óbitos maternos, fetais e neonatais, utilizando, entre outros mecanismos, a implantação e a implementação dos Comitês de Mortalidade.

### II - DO PROCESSO DE PACTUAÇÃO PARA A CONTRATUALIZAÇÃO ENTRE SERVIÇOS DE SAÚDE, MUNICÍPIOS E ESTADO

1. O gestor estadual deverá apoiar tecnicamente os municípios no processo de construção dos pactos no nível local e nas definições das estratégias de ações e metas a serem alcançadas, a partir de amplo debate entre os gestores, prestadores de serviços, profissionais da rede, comunidade, setores de interface com a saúde e demais atores envolvidos.

2. O processo de pactuação para a organização da atenção obstétrica e neonatal entre Secretarias Municipais e Secretarias Estaduais de Saúde deverá estar coerente com o processo de regionalização e hierarquização, definido no Plano Diretor de Regionalização – PDR, conforme aprovado na Tripartite.

3. Cada município deverá celebrar contrato de metas com os prestadores de serviços contemplando a descrição das responsabilidades das partes, os serviços a serem prestados pelas unidades de saúde e as metas qualitativas e quantitativas, conforme proposições descritas no termo de referência para a contratualização e em sintonia com as proposições do Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

4. Os termos e metas definidos nos contratos celebrados entre prestadores de serviços e gestores, e entre gestor estadual e gestor municipal deverão estar coerentes com a alocação de recursos definida na Programação Pactuada e Integrada – PPI da Atenção em Saúde e no Plano Diretor de Investimentos – PDI.

5. A pactuação concretizada através da celebração de contrato de metas entre os municípios e o estado deverá contemplar a definição das responsabilidades das partes e das metas qualitativas e quantitativas, conforme proposições descritas no termo de referência para a contratualização e em sintonia com as proposições do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

### III - DOS FLUXOS E DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS NO PROCESSO DE PACTUAÇÃO PARA A CONTRATUALIZAÇÃO ENTRE SERVIÇOS DE SAÚDE, MUNICÍPIOS, ESTADO E GOVERNO FEDERAL

#### ÂMBITO MUNICIPAL

1. Fluxos necessários à definição do contrato de metas no âmbito municipal:

a) identificar, com base no processo de regionalização definido no Plano Diretor de Regionalização – PDR, na Programação Pactuada e Integrada – PPI da Atenção em Saúde e no Plano Diretor de Investimentos – PDI, os municípios que se constituem em adstritos, sede de módulo e sedes de micro e macrorregião de saúde e a programação pactuada com referência à prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico e terapêutico bem como de alocação de recursos financeiros;

b) realizar diagnóstico situacional da atenção obstétrica e neonatal com relação à:

- perfil sócio-demográfico e epidemiológico no que se refere às mulheres em idade fértil e recém-

nascidos; e

- capacidade instalada da rede própria e conveniada no que se refere aos recursos físicos humanos;

c) identificar e elencar os principais problemas e obstáculos referentes à atenção obstétrica e neonatal no âmbito municipal;

d) promover amplo debate com os representantes legais das instituições prestadoras de serviços nos diferentes níveis de complexidade, profissionais da rede, sociedade civil organizada, usuários, setores de interface com a saúde etc.;

e) identificar os principais parceiros necessários ao processo de pactuação e definição das metas a serem alcançadas;

f) definir as metas e identificar as estratégias para alcance das metas pactuadas;

g) definir indicadores de acompanhamento para cada uma das metas pactuadas e cronograma de avaliação do desempenho do contrato de metas; e

h) constituir, no âmbito do Conselho Municipal de Saúde, uma Comissão de Acompanhamento do Contrato de Metas que terá a atribuição de avaliar o cumprimento das metas pactuadas.

2. Instrumentos de comprovação junto aos Conselhos Municipais de Saúde – CMS, com vistas à aprovação dos pactos e contrato de metas a ser apresentado a Comissão Intergestores Bipartite – CIB:

a) o gestor municipal deverá apresentar ao CMS o contrato de metas celebrado com cada um dos prestadores, conforme diretrizes gerais apresentadas no termo de referência para contratualização, contemplando as especificações relacionadas às responsabilidades das partes, as dimensões relacionadas à atenção ambulatorial, laboratorial, hospitalar, urgência/emergência, hemorredes, atividades de informação e de educação permanente direcionadas aos profissionais da rede e à gestante, familiares e comunidade;

b) o gestor deverá apresentar ao CMS as metas a serem alcançadas com relação à atenção obstétrica e neonatal com as respectivas estratégias e indicadores de acompanhamento, conforme proposto no item “Dimensões das metas” do termo de referência para o contrato de metas, que deverá ser validado pelo CMS, através de resolução própria para ser apresentado à CIB.

#### ÂMBITO ESTADUAL

1. Fluxos necessários à definição do contrato de metas no âmbito estadual

a) apoiar tecnicamente os municípios no processo de pactuação local das metas a serem alcançadas nos níveis locais;

b) realizar diagnóstico situacional da atenção obstétrica e neonatal com relação à:

- perfil sócio-demográfico e epidemiológico no que se refere às mulheres em idade fértil; e

- capacidade instalada da rede própria e conveniada no que se refere aos recursos físicos e recursos humanos;

c) com base no processo de regionalização definido no Plano Diretor de Regionalização –PDR, na Programação Pactuada e Integrada – PPI e no Plano Diretor de Investimentos – PDI, o gestor estadual deve pactuar e garantir as referências e contra-referências intermunicipais e a alocação de recursos financeiros;

d) identificar e elencar os principais problemas e obstáculos referentes à atenção obstétrica e neonatal no âmbito estadual;

e) promover amplo debate com os gestores municipais, representantes legais das instituições prestadoras de serviços sob gestão estadual nos diferentes níveis de complexidade, profissionais da rede, sociedade civil organizada, usuários, setores de interface com a saúde etc.;

f) identificar os principais parceiros necessários ao processo de pactuação e definição das metas a serem alcançadas, bem como a definição das responsabilidades próprias de cada nível de gestão – municipal e estadual;

g) definir as metas e identificar as estratégias para alcance das metas pactuadas no âmbito do estado;

h) definir os indicadores de acompanhamento para cada uma das metas pactuadas e o cronograma de avaliação do desempenho do contrato de metas no âmbito estadual;

i) constituir, no âmbito do Conselho Estadual de Saúde, uma Comissão de Acompanhamento do Contrato de Metas que terá a atribuição de avaliar trimestralmente o cumprimento das metas pactuadas;

e

J) outros

2. Instrumentos de comprovação junto à Comissão Intergestores Bipartite – CIB com vistas à aprovação dos pactos estabelecidos por município a serem apresentados à Comissão Intergestores Tripartite – CIT

a) após a apresentação da pactuação de cada município, o gestor estadual deverá elaborar um consolidado das metas a serem alcançadas por município, para validação do pacto no nível estadual, conforme proposto no item “Dimensões das metas” do termo de referência para o contrato de metas, que deverá ser validado pela CIB, através de resolução própria, para ser apresentado à CIT.

#### ÂMBITO FEDERAL

1. Fluxos e documentos a serem apresentados à Comissão Intergestores Tripartite - CIT no processo de pactuação para a contratualização das metas estaduais:

a) após a aprovação dos pactos estabelecidos entre gestor estadual e gestores municipais, o gestor estadual deverá encaminhar à Comissão Intergestores Tripartite - CIT:

- ofício solicitando a validação do pacto;

- consolidado das metas a serem alcançadas por município, conforme proposto no item "Dimensões das metas" do termo de referência para o contrato de metas,

- resolução própria da CIB validando as pactuações municipais.

b) constituir, no âmbito do Ministério da Saúde, uma Comissão de Acompanhamento do Contrato de Metas que terá a atribuição de avaliar trimestralmente o cumprimento das metas a serem alcançadas pelas unidades federadas, conforme pactuações locais.

A periodicidade de celebração desse contrato, com re-adequação de seus termos, deverá ser anual.

IV – DO PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE METAS - Comissões de Acompanhamento do Contrato de Metas:

O contrato contará com Comissões Municipais e Estadual de Acompanhamento, constituídas, no âmbito dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, com a finalidade de acompanhar a execução do referido contrato, principalmente no tocante aos seus custos, cumprimento das metas estabelecidas e avaliação da qualidade da atenção à saúde das gestantes e neonatos, que deverá reunir-se com uma periodicidade previamente definida, devendo, no mínimo, reunir-se uma vez por mês.

A Comissão de Acompanhamento do Contrato deverá ser criada até sessenta dias após a validação do consolidado de metas pelos CMS e pela CIB.

As instituições prestadoras ficam obrigadas a fornecer à Comissão Municipal de Acompanhamento do Contrato todos os documentos e informações necessárias ao cumprimento de suas finalidades bem como encaminhar relatórios trimestrais.

Os municípios ficam obrigados a fornecer à Comissão Estadual de Acompanhamento do Contrato todos os documentos e informações necessários ao cumprimento de suas finalidades, bem como encaminhar relatórios semestrais.

As Secretarias Estaduais de Saúde deverão encaminhar semestralmente o relatório de desempenho do contrato de metas no âmbito do estado ao Ministério da Saúde, tendo como modelo o consolidado das "Dimensões do Contrato de Metas".

V - DIMENSÕES DO CONTRATO DE METAS PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE "ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL" (AON)

Área	Dimensões / Ações a serem pactuadas	Indicadores para acomp/ avaliação
Rede de atenção obstétrica e neonatal	Processo de regionalização e hierarquização	"Contrato de Metas" realizado e validado; Nº de serviços de atenção básica e de referência para AON;
	Controle, avaliação e regulação	
	Alocação de recursos financeiros	Montante de recurso financeiro alocado para AON; Nº de cursos de atualização/ano e Nº de participantes nos cursos/ano;
	Programa de educação permanente para profissionais de saúde	Nº de reuniões/eventos envolvendo vários setores relacionados à AON;
	Articulação intersetorial	Nº de óbitos maternos e neonatais no município;
	Vigilância epidemiológica	Nº de leitos obstétricos, neonatais e de UTI disponibilizados na Central de Regulação;
	Vinculação rede hospitalar/rede básica	Nº de Unidades de Saúde vinculadas ao SUS com essa estratégia de avaliação/total de Unidades de Saúde;
	Mecanismos de referência e contra-referência	Nº de relatórios de desempenho do Contrato de Metas apresentado à Comissão de Acompanhamento/ano.
	Avaliações realizadas sobre satisfação das usuárias e trabalhadores.	
	Apresentação de relatórios de desempenho do Contrato de Metas à Comissão Municipal de Acompanhamento	
	Implantar / implementar projetos	

		especiais / inovadores para a área, tais como o Programa Mãe Canguru e Doulas Comunitárias	
Atenção natal	Pré-	Captação precoce das gestantes (1ª consulta até 120 dias de gestação)	Percentual de gestantes que realizaram a 1ª consulta até 120 dias/nascidos vivos no período (Sis prenatal / SINASC);
		Consultas de pré-natal (mínimo de 6 consultas durante o PN)	
		Realização dos exames de rotina (1ª e 2ª bateria de exames)	Proporção de puérperas com 6 ou mais consultas de pré-natal (Sis prenatal);
		Realização da imunização anti-tetânica (vacina dupla tipo adulto)	Proporção de gestantes que realizaram todos os exames básicos (Sis prenatal);
		Acompanhamento das suplementações com micronutrientes	Percentual de gestantes que receberam a 2.ª dose ou dose de reforço ou a dose imunizante da vacina anti-tetânica (Sis prenatal); Nº de casos de tétano neonatal;
		Ações educativas e de orientação nutricional direcionadas à gestante e familiares	Proporção de puérperas que realizaram a consulta de puerpério (Sis prenatal); % de demanda reprimida nas Unidades de Referência (encaminhamentos não atendidos);
		Ações educativas direcionadas à comunidade	Nº de cursos de atualização em PN/ano e Nº de participantes nos cursos/ano;
		Acesso à unidade hospitalar de referência	% de gestantes que receberam suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico
		Realização da consulta de puerpério	% de gestantes em acompanhamento nutricional
		Programa de educação permanente	
		Mecanismos para acompanhamento da qualidade da atenção pré-natal.	
Atenção laboratorial		Acesso à unidade laboratorial de referência, com garantia da realização e entrega do resultado dos exames em tempo hábil.	Nº de laboratórios de referência/Nº de Unidades Básicas de Saúde;
		Mecanismos de referência e contra-referência entre a rede laboratorial com a rede básica e hospitalar.	Nº de exames realizados em gestantes nos laboratórios de referência; Tempo médio de entrega dos resultados dos exames de rotina do PN.
Atenção hospitalar		Garantir o acesso ao atendimento humanizado e de qualidade à todas as parturientes e recém-nascidos que procurem as unidades hospitalares.	Nº de leitos hospitalares para atendimento à gestante de baixo, médio e alto risco; nº de leitos obstétricos/mulheres em idade fértil (10 a 49 anos);
		Garantia da presença do acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto.	Percentual de gestantes com acompanhante durante o pré-parto, parto e puerpério imediato;
		Garantia dos equipamentos, insumos e medicamentos essenciais para o atendimento às gestantes e RN.	Existência de camas de PPP, bolas, cavalinhos, banqueta de parto na vertical, etc, nas Unidades que atendem parto;
		Disponibilização de equipamento para atenção humanizada a partos e nascimentos	Relação de insumos e medicamentos disponíveis nas US contendo todos os medicamentos essenciais para AON;
		Adoção de Protocolos técnicos de assistência na área de obstetrícia e neonatologia;	% de partos em posição supina, vertical, de cócoras, na água, decúbito lateral (SIMS), etc;
		Garantir que a mulher possa escolher a posição para seu parto	% de puérperas que receberam a megadose de vitamina A no pós - parto imediato
		Centrais de regulação obstétrica e neonatal	Casos de sífilis congênita, hepatite e HIV neonatal;
		Transferências e transportes inter-hospitalares	Taxas de cesáreas/hospitais que atendem parto e por município e estado;
		Ações para prevenção da transmissão vertical da sífilis, hepatite B e HIV.	Nº de serviços de contracepção no pós-parto e pós-aborto/US que prestam assistência ao parto e ao aborto;
		Administração da megadose de vitamina A às puérperas no pós - parto imediato	Resultado de processos de avaliação da qualidade da atenção hospitalar.
		Contracepção pós-parto e pós-aborto.	

	<p>Vinculação com a rede básica para garantia da atenção no puerpério.</p> <p>Vinculação com a rede básica para garantia das ações da Primeira Semana de Saúde Integral</p> <p>Investigação, pela equipe de atenção ao RN, de óbitos ocorridos</p> <p>Mecanismos para controle das taxas de cesáreas</p> <p>Mecanismos para acompanhamento da qualidade da atenção hospitalar.</p>	<p>% de mães e crianças encaminhadas articuladamente para a rede básica</p> <p>% de Óbitos fetais e infantis investigados</p>
Atenção às intercorrências obstétricas neonatais, incluindo urgências/emergências	<p>Garantir a atenção pré-natal e em planejamento familiar para mulheres em situação de risco</p> <p>Garantir o atendimento a todas as gestantes, parturientes e RN em situações de intercorrências obstétricas e neonatais.</p> <p>Garantir a assistência humanizada às mulheres em situação de abortamento</p> <p>Garantir o apoio diagnóstico necessário às mulheres e RN em situação de risco.</p> <p>Garantir os equipamentos, insumos e medicamentos essenciais para o atendimento das principais intercorrências.</p> <p>Garantir, quando necessário, a transferência hospitalar, com deslocamento seguro da parturiente e/ou recém-nascido,</p> <p>Garantir atenção pré-hospitalar qualificada a gestante e ao neonato conforme efetivado pelo SAMU.</p>	<p>Letalidade materna por parto nas Unidades de referência;</p> <p>Letalidade materna por internações obstétricas parto nas Unidades de referência;</p> <p>Letalidade neonatal por nascidos vivos parto nas Unidades de referência;</p> <p>% de anóxia, asfixia, seqüelas, outras complicações;</p> <p>Nº de gestantes enc. ao pré-natal de alto risco/ nº de gestantes inscritas no pré-natal x 100;</p> <p>Nº de leitos obstétricos e neonatais em serviços de referência para gestantes e RN de risco;</p> <p>Nº de atendimentos a mulheres em situação de abortamento com a técnica AMIU/ Nº de atendimentos a mulheres em situação de abortamento;</p> <p>Relação de equipamentos, insumos e materiais essenciais para o atendimento das principais</p> <p>intercorrências obstétricas e neonatais existentes nas Unidades de Referência.</p>
Hemorrede	Garantir a disponibilidade e utilização racional de sangue e hemoderivados	<p>Nº de casos atendidos pelas agências transfusionais / nº de solicitações x 100;</p> <p>Nº de médicos capacitados para uso racional de sangue e hemoderivados nas Unidades de referência.</p>
Atenção ao Planejamento Familiar	<p>Garantir o acesso a serviços de planejamento familiar.</p> <p>Garantir a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis</p> <p>Garantir o acesso a serviços de saúde para a realização de laqueadura tubária e vasectomia.</p> <p>Garantir o acesso a serviços de reprodução humana assistida</p>	<p>Nº de puérperas enc. ao Plan. Fam/ nº de NV;</p>
Informação na AON	<p>Garantir a alimentação regular dos Sistemas de Informação (SISPRENATAL, SAI, SIH, SIAB, outros)</p> <p>Garantir a utilização dos Sistemas de informação como instrumento de gestão</p> <p>Desenvolver atividades de vigilância epidemiológica dos óbitos maternos e neonatais</p>	<p>% de gestantes com registro completo no Sis prenatal (informações de gestação e parto);</p> <p>Relatórios dos Sistemas de Informação regularmente utilizados pelos gestores;</p> <p>Nº de notificações de óbitos maternos e neonatais;</p> <p>Nº de Comitês implantados.</p>

	Implantação e implementação dos Comitês de Mortalidade Materna e Neonatal.	
--	--	--