

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRIZAS - ABENFO Nacional
FACULDADE DE ENFERMAGEM/UERJ DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL



LEGISLAÇÃO PROFISSIONAL E MARCOS REGULATÓRIOS DA PRÁTICA ASSISTENCIAL DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Organizadores:

Profª. Drª. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira
Faculdade de Enfermagem/UERJ

Profª. Drª. Jane Márcia Progianti
Faculdade de Enfermagem/UERJ

Prof. Dr. Valdecyr Herdy Alves
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF
Presidente da ABENFO Nacional

Colaboradores:

Profª. Drª. Kleyde Ventura Souza
Departamento de Enfermagem/PUC-PR

Enfª. Obst. Aline Basto Porfírio
Aluna do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu da Faculdade de Enfermagem/UERJ

Apoio:



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE
OBSTETRIZES E ENFERMEIROS
OBSTETRIZAS (ABENFO-Nacional)

Presidente
Valdecyr Herdy Alves

Vice-Presidente
Kleyde de Souza Ventura

1ª Secretária
Bianca Dargam Gomas Vieira

2ª Secretária
Tainara Serodio

1ª Tesoureira
Thereza Christina Cardoso

2ª Tesoureira
Diva Cristina M. Romano Leão

Comissão de Educação, Serviços e
Legislação
Maria Cristina de Camargo Fonseca

Comissão de Estudos e Pesquisas
Ívis Emília de O. Souza

Comissão de Publicação e Divulgação:
Miriam Rego de Castro Leão

Conselho Fiscal:
Janine Schirmer, Nadia Zanon Narch e
Maria Antunieta Rubio Tyrrell

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO

Reitor:
Ricardo Vieira Alves

Vice-reitora:
Maria Christina Maioli

Sub-reitora de Graduação:
Lená Medeiros de Menezes

Sub-reitora de Pós-Graduação e Pesquisa:
Mônica da Costa Pereira Lavalle Heilbron

Sub-reitora de Extensão e Cultura:
Regina Lúcia Monteiro Henriques

Centro Biomédico:
Prof. Paulo Roberto Volpato Dias

Direção da Faculdade de Enfermagem:
Sonia Acioli de Oliveira

Vice-Direção da Faculdade de
Enfermagem:
Luiza Mara Correia

Departamento de Enfermagem Materno-
Infantil:

Patrícia Lima Pereira Peres
Lúcia Helena Garcia Penna

Pereira, Adriana Lenho de F.(org.)

ISBN - 978-85-63901-01-9

Legislação Profissional e Marcos Regulatórios da Prática Assistencial da Enfermeira Obstétrica no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da UERJ, 2010. 164 p. il., tab.

1. Enfermagem 2. Legislação de Enfermagem. 3 Enfermagem Obstétrica. 4. Sistema Único de Saúde I. Progianti, Jane Márcia (org.). II. Alves, Valdecyr Herdy (org.). III. Título.

Sumário

| | |
|--|----|
| Apresentação..... | 5 |
| A enfermagem obstétrica brasileira: história, formação e legislação profissional..... | 7 |
| Saúde da Mulher: Principais Conferências internacionais e compromissos assumidos pelo Estado brasileiro..... | 14 |
| Legislação Profissional e Marcos Regulatórios..... | 18 |
| Lei Federal Nº 7.498..... | 19 |
| Decreto 94.406..... | 26 |
| Portaria Nº 2.815..... | 34 |
| Portaria Nº 888..... | 37 |
| Portaria Nº 985..... | 39 |
| Resolução Cofen Nº 223-1999..... | 46 |

| | |
|---|-----|
| Portaria Nº 569..... | 49 |
| Portaria Nº 572..... | 66 |
| Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal..... | 78 |
| Portaria Nº 238..... | 94 |
| Resolução Normativa - RN Nº 167..... | 96 |
| Resolução da Dir. Colegiada - RDC Nº 167..... | 109 |
| Resolução Cofen Nº 339-2008..... | 133 |
| Portaria Nº 167..... | 138 |
| Referências..... | 161 |

Apresentação

Desde 1998, o Ministério da Saúde adota medidas para a redução da mortalidade materna e melhoria da qualidade do atendimento ao pré-natal e ao parto, bem como para a redução do alto número de cesarianas realizadas no país. No entanto, passada uma década, estes desafios permanecem.

Segundo o Painel de Indicadores do Sistema Único de Saúde (SUS)¹, a mortalidade materna ainda permanece muito elevada frente aos países desenvolvidos. Em 2005, a razão de mortalidade materna no Brasil foi de 74,7 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Nos países desenvolvidos esta razão varia entre 6 a 20 óbitos maternos. Por outro lado, a proporção de cesarianas vem aumentando a partir de 2000, chegando a 43% do total de partos em 2005.

O Ministério da Saúde² constata que há precariedade na atenção obstétrica no país, recomendando a qualificação do atendimento pré-natal e que as parturientes devem ser atendidas de forma humana, acolhedora e com menor intervenção nas maternidades brasileiras.

¹Brasil, Ministério da Saúde. Painel de indicadores do SUS: Painel temático da saúde da mulher; n.2. 2007.

²Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. 2004.



Uma vasta literatura científica acerca desta temática, também, constata esse mesmo cenário. Deste modo, pode-se inferir que, apesar das políticas públicas terem buscado uma mudança no cotidiano dos serviços de saúde na atenção ao parto normal, a persistência do modelo hegemônico de atenção ao parto resulta em um grande desafio para os gestores, as sociedades representativas das mulheres, os profissionais de saúde e para aqueles que defendem a humanização do parto e nascimento nos serviços de saúde.

Nesse contexto de reorientação assistencial, a enfermeira obstétrica³ passa a ser incorporada oficialmente no arcabouço legal do SUS, como uma profissional de saúde que busca incentivar o parto normal, promover a expressão da sensibilidade, subjetividade e intersubjetividade no ambiente do cuidado, integrando o companheiro e a família; estimulando a fisiologia do parir, propiciando o protagonismo feminino e respeitando sua cidadania e seus os direitos humanos e reprodutivos.

A presente publicação destina-se a ser um guia acerca das legislações profissionais e dos dispositivos legais do Sistema Único de Saúde que regula a atuação da enfermeira obstétrica nos diversos cenários de atenção à saúde da mulher, elucidando acerca das suas atribuições legalmente constituídas.

DRA. ADRIANA LENHO DE FIGUEIREDO PEREIRA

Enfermeira Obstétrica

Membro Associado da ABENFO-RJ

*Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil
Faculdade de Enfermagem - Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ.*

³Enfermeira especialista em Enfermagem Obstétrica.





A ENFERMAGEM OBSTÉTRICA BRASILEIRA: HISTÓRIA, FORMAÇÃO E LEGISLAÇÃO PROFISSIONAL

A enfermagem profissional, concebida por Florence Nightingale, nasce no Brasil no início da década de 20. Em 1921, chegaram trinta e duas enfermeiras americanas e européias ao Brasil. Elas vieram ao país sob patrocínio do convênio estabelecido entre Fundação Rockefeller e o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que era comandado por Carlos Chagas. Esta iniciativa governamental visava a formar enfermeiras para atuar no combate das epidemias e problemas de Saúde Pública que assolavam o país nesta época. Em 1923, é inaugurada a Escola de Enfermeiras do DNSP que passaria a ser chamada Escola Anna Nery, três anos após sua inauguração (GALLEGUILLOS e OLIVEIRA, 2001).

Em 1926, é fundada a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), que se denominava Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas. Desde então, ela vem protagonizando o debate acerca da educação e outros assuntos atinentes à enfermagem no país. Desempenha, ainda, significativa participação na divulgação técnico-científica e cultural com a criação dos Anais de Enfermagem em 1932. A partir de 1954, esta publicação que passou a ser denominada de Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), permanecendo até a presente data.

A formação de profissionais não-médicos em obstetrícia inicia-se pouco tempo depois da criação das Faculdades de Medicina no país. No Rio de Janeiro, em 1834, diploma-se a primeira parteira brasileira, a francesa Maria Josefina Matilde Durocher, que se naturaliza brasileira posteriormente. Conhecida como Madame Durocher, tornou-se uma parteira célebre no meio acadêmico. Foi a primeira mulher a ser recebida como membro titular da Academia Imperial de Medicina (BRENES, 1991).



No período entre 1902 e 1925 existiam seis cursos de parteiras. Em 1931, os cursos de parteiras vinculados às escolas médicas incluíram a disciplina “prática de enfermagem” e o título conferido era de “enfermeira obstétrica”. Este título conferido pelas escolas médicas provocou protestos entre as líderes da enfermagem no país. Com a aprovação da lei 774/49, os cursos de enfermagem obstétrica poderiam ser transformados em cursos de enfermagem. No entanto, a maior parte dos cursos das escolas médicas fechou (OSAVA, 1997).

A formação de parteiras foi sofrendo um processo de decadência progressivo, apesar das iniciativas de manutenção dos cursos das Faculdades de Medicina. Nos anos 50 e 60, acirra-se o movimento de luta das enfermeiras na defesa da formação e atuação das enfermeiras obstétricas pelas escolas de enfermagem. Esta polêmica finaliza-se com a reforma universitária brasileira, que vetou a duplicação de cursos com a mesma finalidade e modificou a denominação de Escolas de Enfermagem para Escolas de Enfermagem e Obstetrícia (SCHIRMER et al., 2000).

Em decorrência dessa reforma, o Parecer do Conselho Federal de Educação (CFE) n. 163/72 determinou um Currículo Mínimo de Enfermagem que incluída três modalidades de habilitações em enfermagem, entre elas a obstétrica. No entanto, o parecer CFE/MEC n. 314/94 propôs a formação do enfermeiro generalista deslocando a formação específica para a pós-graduação Lato sensu – cursos de especialização em enfermagem obstétrica (TYRRELL, SANTOS e LUCAS, 2005).

Embora tenha sido extinta a formação de obstetrizes na década de 70, as profissionais remanescentes têm seu exercício profissional regulamentado pela legislação da enfermagem desde esta época. Recentemente, encontra-se em funcionamento um curso de graduação em obstetrícia em São Paulo.

8

A Enfermeira Obstétrica tem seu exercício profissional regulamentado pela Lei n. 7.498/86, o Decreto-Lei 94.406/87. Nesta legislação é privativo do enfermeiro, entre outras funções, a direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem.



Em relação à atenção obstétrica, a enfermeira realiza a prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido; o acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distocia.

No final dos anos 90, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde vêm empreendendo ações voltadas para o incentivo ao parto normal e a humanização da assistência ao pré-natal, parto e nascimento no SUS (PEREIRA, 2006; PROGIANTI e MOUTA, 2009). Com estas iniciativas governamentais e a expansão do quantitativo de enfermeiras especializadas em enfermagem obstétrica no país, as prerrogativas legais e profissionais destas profissionais são formalmente ao SUS. Tal fato pode ser constatado no quadro a seguir:

Quadro 1 - Principais legislações governamentais que regulamentam a prática assistencial da Enfermeira Obstétrica no SUS.

| DOC | Nº | ORIGEM | ANO | EMENTA | ASSUNTO |
|------------|-----------|---------------|------------|--|-----------------------------------|
| PRT | 2815 | GM | 1998 | Inclui na tabela do SHI o grupo de procedimento e os procedimentos referentes ao parto normal sem distocia por enfermeiro obstetra inclusive analgesia no parto. | Tabela de Procedimentos (SHI-SUS) |
| PRT | 888 | GM | 1999 | Funcionamento de casas de parto e maternidade-modelo, tanto para assistência de qualidade como filosofia do parto normal. | Casas de Parto |



| | | | | | |
|-----|-----|-------|------|---|---|
| PRT | 985 | GM | 1999 | Cria centro parto normal no âmbito do sus para atendimento a mulher no período gravídico-puerperal. | Centro de Parto Normal |
| RES | 223 | COFEN | 1999 | Dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal. | Enfermagem obstétrica |
| PRT | 569 | GM | 2000 | Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento. | Humanização no Pré-Natal e Nascimento |
| PRT | 572 | GM | 2000 | Institui o componente iii do phpn - nova sistemática do pagamento à assistência ao parto. | Assistência ao Parto |
| PCT | | CIT | 2004 | Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. | Redução da Mortalidade Materna e Neonatal |
| PRT | 238 | SAS | 2006 | Inclui a diária do acompanhante na tabela de procedimentos especiais do sistema de informação hospitalar SHI/SUS. | Tabela de Procedimentos (SHI-SUS) |



| | | | | | |
|-----|-----|--------|------|---|---|
| RES | 167 | ANS | 2007 | Atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde. | Cobertura Mínima (ver Plano Hospitalar com Obstetrícia) |
| RES | 36 | ANVISA | 2008 | Regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. | Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal |
| RES | 339 | COFEN | 2008 | Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do enfermeiro nos centros de parto normal e/ou casas de parto e dá outras providências. | Centro de Parto Normal |
| PTR | 116 | SVS | 2009 | Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os sistemas de informações em saúde sob gestão da secretaria de vigilância em saúde. | Óbito e Nascido Vivo |

A partir de 1999, o Ministério da Saúde investiu na formação de enfermeiras obstétricas por meio do financiamento de cursos de especialização como forma de expansão do quantitativo destas profissionais no sistema de saúde. Esta iniciativa governamental integrava as ações determinadas pela Política e Programas de Saúde da Mulher no SUS.



Com essa expansão, gradativamente a enfermagem obstétrica colabora com as ações de incentivo ao parto normal e no atendimento pré-natal. Neste atendimento, a enfermeira é responsável pela realização de ações educativas para as mulheres e suas famílias; consulta de pré-natal à gestação de baixo risco; solicitação de exames de rotina e orienta tratamento conforme protocolo do serviço; coleta de exame citopatológico, entre outras atribuições (BRASIL, 2006).

Recentemente, foi publicada a Portaria n. 116/09 da Secretaria de Vigilância em Saúde que regulou o sistema de informações de óbitos e de nascidos vivos. Dentre outras medidas, conferiu às enfermeiras a atribuição de declarar os nascidos vivos dos partos atendidos em instituições de saúde e domicílio, desde que estejam devidamente cadastradas pelas Secretarias Municipais de Saúde como profissionais responsáveis por estes atendimentos .

Mediante a exposição sumária dos dispositivos legais que regulamentam o exercício profissional e a atuação da enfermeira obstétrica no sistema de saúde brasileiro, depreende-se que esta profissional usufrui de consolidada base legal para o exercício pleno de suas prerrogativas profissionais para o cuidado digno e humano à gravidez, parto e puerpério nos serviços de saúde do SUS.

Por outro lado, a enfermagem brasileira tem trazido contribuições significativas não só no campo da assistência, mas também na produção de conhecimentos e pesquisas na área de saúde. Esta produção vem crescendo significativamente em consequência da expansão dos cursos de mestrado e doutorado, sobretudo nas últimas décadas (ERDMANN, MARZIALE, PEDREIRA et. al, 2009)

Atualmente, são 50 cursos de pós-graduação stricto sensu na área de enfermagem reconhecidos pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), dos quais são 32 cursos de Mestrado Acadêmico, 15 cursos de Doutorado e 3 de Mestrado Profissional no país (CAPES, 2009).



Segundo Erdmann, Marziale, Pedreira e cols. (2009), a enfermagem possui 128 pesquisadores credenciados no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. Em relação aos grupos de pesquisas de enfermagem que estudam aspectos atinentes à saúde da mulher, encontram-se certificados pelo CNPq mais de 40 grupos no país. Tal informação está disponível on-line na página “Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil” do CNPq.

A publicação científica da enfermagem brasileira também está em crescimento. Os principais periódicos de enfermagem nacionais e internacionais encontram-se indexados nas seguintes bases de dados: CINAHL – Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature; ISI – Institute for Scientific Information; SCOPUS – SCImago; MEDLINE – National Library of Medicine; CUIDEN; LILACS – Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde e SciELO – Scientific Electronic Library Online.

As revistas de enfermagem editadas no Brasil que possuem indexação nessas bases de dados estão disponíveis on-line nos portais do SciELO e da Rev@Enf (Portal de Revistas de Enfermagem da Biblioteca Virtual de Saúde –Enfermagem). Estas revistas são a Rev. Latino Americana de Enfermagem, Rev. de Enfermagem da USP, Rev. Brasileira de Enfermagem, Rev. Gaúcha de Enfermagem, Texto & Contexto Enfermagem, Acta Paulista de Enfermagem, Online Brazilian Journal, Rev. Mineira de Enfermagem, Rev. Enfermagem UERJ, Nursing (SP), Ciência, Cuidado e Saúde, RENE – Rede de Enfermagem do Nordeste, Escola Anna Nery Rev. de Enfermagem, Cogitare Enfermagem, Rev. Paulista de Enfermagem e Revista Eletrônica de Enfermagem (ERDMANN, MARZIALE, PEDREIRA et. al, 2009).

ADRIANA LENHO DE F. PEREIRA





SAÚDE DA MULHER: PRINCIPAIS CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS E COMPROMISSOS ASSUMIDOS PELO ESTADO BRASILEIRO.

A assistência, o ensino e a pesquisa em enfermagem obstétrica são influenciados pelas transformações do contexto político e social que permeia a saúde. Assim sendo, não podemos deixar de mencionar que as mulheres vêm lutando por seus direitos, dentre eles os reprodutivos. No percurso desta luta feminina, foram realizadas críticas às assimetrias de gênero que influenciaram o debate internacional acerca dos direitos das mulheres e a construção de mecanismos governamentais para sua efetivação.

Nessa perspectiva, os anos 80 e 90 foram significativos para a saúde da mulher em virtude das recomendações das Conferências do Ciclo Social da Organização das Nações Unidas (ONU) e das Conferências Internacionais promovidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), onde o Estado brasileiro teve participação e foi signatário dos acordos internacionais resultantes destas reuniões.

Entre essas conferências, ressaltamos a Conferência Internacional sobre Tecnologias Apropriadas ao Nascimento de 1985, que considerou o nascimento como um processo natural e normal, recomendou a presença de acompanhante e a liberdade de posições no parto. Neste documento, a OMS contra-indicou o uso de enemas, a realização de tricotomia (raspagem dos pêlos púbicos) e de amniotomia (ruptura artificial da bolsa amniótica), desaconselhou a episiotomia (corte cirúrgico do períneo) e a indução do parto como procedimentos rotineiros. Afirmou, ainda, que não existem justificativas para que os índices de cesárea sejam superiores a 10-15 % em qualquer região do mundo (WHO, 1985).



Essas recomendações integraram, ainda, um conjunto de propostas elaboradas na Conferência Internacional sobre Maternidade Segura, realizada em Nairobi, no Quênia, em 1987. Mais tarde esse conjunto de recomendações foi sistematizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), resultando na publicação "Assistência ao Parto Normal: um guia prático", sendo editada pelo Ministério da Saúde em 2000 (OMS, 1996).

Em relação ao debate das questões relacionadas ao gênero, equidade e direitos humanos nos anos 90, merecem destaque as Conferências de Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio-92), Direitos Humanos (Viena-93), População e Desenvolvimento (Cairo-94) e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing-95).

Na Rio-92, o movimento de mulheres nacional e internacional teve participação destacada por meio de debates acerca da relação entre gênero e meio ambiente. Foi organizada pela Coalizão de Mulheres Brasileiras a "Tenda Planeta Fêmea", onde participaram dos debates cerca de 1.500 mulheres de diversas nacionalidades e formularam uma plataforma própria, a Agenda 21 de Ação das Mulheres. Esta agenda tratou de temas como governança, militarismo, globalização, pobreza, direitos da terra, segurança alimentar, direitos das mulheres, direitos reprodutivos, ciência e tecnologia e educação (CASTRO e ABRAMOVAY, 2005)

Em 1994, na cidade do Cairo, a ONU promoveu a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, onde foi estabelecida noção de saúde reprodutiva e dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos. Os direitos reprodutivos, assim como a igualdade de gênero, o empoderamento (empowerment) e a eliminação da violência contra a mulher foram caracterizados como fundamentais em todo e qualquer programa integrado de população e desenvolvimento (BRASIL, 2004 p. 163). Esta perspectiva promove uma reconstrução no discurso sobre direito por meio do reconhecimento de aspectos constituintes da vivência humana, como as diferenças de gênero, geração, classe e cultura (VENTURA, 2003).

O Plano de Ação dessa Conferência declara como direitos humanos básicos a decisão livre e responsável sobre o número, o



espaçamento e a oportunidade de ter filhos, assim como o direito ao acesso à informação e aos meios para decidir e gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva, livre de discriminações, coerções ou violências.

Entre as áreas críticas identificadas nesse Plano, a saúde foi destacada devido ao seu impacto sobre a mortalidade e morbidade entre as mulheres, sobretudo as que vivem nos países em desenvolvimento. Em relação à mortalidade materna, recomendou a redução para metade das taxas de 1990, até o ano 2000, e para metade desta última em 2015 (FNUAP, 1995).

As proposições da Conferência do Cairo foram ratificadas na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim (Beijing) em 1995. Esta Conferência foi o maior encontro de governantes e representantes de Organizações Não-Governamentais já realizado, e enfatizou a importância de garantir os direitos de autodeterminação, igualdade e segurança sexual e reprodutiva das mulheres, como determinantes para a afirmação dos direitos reprodutivos (VENTURA, op. cit).

Com a persistência de desafios impostos à população mundial, a ONU estabelece as Metas do Milênio em 2000. Estas metas foram aprovadas por consenso na Cúpula do Milênio, encontro que reuniu 147 chefes de Estado, e consistem em um conjunto de oito objetivos a serem atingidos até 2015, referentes à sustentabilidade ambiental, são elas: o desenvolvimento humano, a erradicação da pobreza extrema, o acesso à educação básica, a promoção da igualdade entre os sexos e autonomia das mulheres, redução da mortalidade infantil, melhoria da saúde materna, combate ao HIV/Aids e outras doenças. Em relação à meta de melhorar a saúde materna, o principal objetivo é a redução da mortalidade materna em três quartos, significando ações diretamente relacionadas à qualidade da atenção obstétrica (MENDES, 2004).

Em decorrência desta problemática, a iniciativa brasileira foi estabelecida por meio do Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal em 2004, visando a enfrentar a morte materna e neonatal e garantir que as políticas nacionais sejam, de fato, executadas e respondam às reais necessidades locais da população.



Teve como signatários do documento fundador deste pacto, além do Ministério da Saúde, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Rede Feminista de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, a Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), entre outras instituições e organizações comprometidas com a questão.

Entre as estratégias proposta pactuadas, destacamos as seguintes metas: assegurar o direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato e no alojamento conjunto, inclusive nos serviços privados; garantir que mulheres e recém-nascidos não sejam recusados nos serviços ou peregrinem em busca de assistência, visto que o parto é urgência prevista; qualificar e humanizar a atenção ao parto, ao nascimento, ao abortamento legal ou ao abortamento inseguro; investir na qualificação de maternidades e hospitais que realizam o parto e serviços de urgência para atenção às mulheres e aos recém-nascidos, e apoiar Centros de Parto Normal (NASCIMENTO, 2004).

A constituição de convenções, tratados, pactos, planos de ação e outros compromissos assumidos pelo Estado constituem um avanço da democracia e do direito, apesar de não terem força de lei. O discurso normativo-jurídico inscrito nestes instrumentos tem refletido a perspectiva da cidadania, da igualdade e da equidade entre os gêneros e nas questões atinentes à vida humana. No entanto, sua concretização depende da superação da dicotomia entre o discurso e a prática cotidiana do cuidado à mulher, que ainda permanece revestida por visões arcaicas acerca da "natureza" feminina, saúde e reprodução.

*ALINE BASTOS PORFÍRIO
JANE MÁRCIA PROGIANTI*



Legislação Profissional e Marcos Regulatórios*

*Arquivos de internet disponíveis nos seguintes endereços eletrônicos:

<http://sna.saude.gov.br/legislacao/index2.cfm>

<http://www.anvisa.gov.br/e-legis/>

<http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/alertalegis.html>

<http://www.portalcofen.gov.br>

<http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Paginas/pacto.htm>





**MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS
COORDENAÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - LEGISLAÇÃO FEDERAL**

EXERCÍCIO PROFISSIONAL

LEI FEDERAL N^o 7.498,
DE 25 DE JUNHO DE 1986

DOU _____26/06/1986

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1^o - É livre o exercício da Enfermagem em todo o Território Nacional, observadas as disposições desta Lei.

Art. 2^o - A Enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

Parágrafo único. A Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.

Art. 3^o - O planejamento e a programação das instituições e serviços de saúde incluem planejamento e programação de Enfermagem.

Art. 4^o - A programação de Enfermagem inclui a prescrição da assistência de Enfermagem.

Art. 5^o - (Vetado).



§ 1º - (Vetado).

§ 2º - (Vetado).

Art. 6º - São Enfermeiros:

I - o titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II - o titular do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, conferido nos termos da lei;

III - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz;

IV - aqueles que, não abrangidos pelos incisos anteriores, obtiverem título de Enfermeiro conforme o disposto na alínea "d", do art. 3º, do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

Art. 7º - São Técnicos de Enfermagem:

I - o titular do diploma ou do certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado pelo órgão competente;

II - o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.

Art. 8º - São Auxiliares de Enfermagem:



I - o titular de Certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da lei e registrado no órgão competente;

II - o titular de diploma a que refere a Lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956;

III - o titular do diploma ou certificado a que se refere o inciso iii, do art. 2º, da Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961;

IV - o titular de Certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto-Lei nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-Lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e da Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

V - o pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem, nos termos do Decreto-Lei nº 299, de 28 de fevereiro de 1967;

VI - o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

Art. 9º - São Parteiras:

I - a titular do certificado previsto no art. 1º do Decreto-Lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

II - a titular do diploma ou certificado de Parteira, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, até 2 (dois) anos após a publicação desta Lei, como certificado de Parteira.

Art. 10 - (Vetado).



Art. 11 - O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem cabendo-lhe:

I - privativamente:

- a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem;
- d) (Vetado);
- e) (Vetado);
- f) (Vetado);
- g) (Vetado);
- h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
- i) consulta de enfermagem;
- j) prescrição da assistência de enfermagem;
- l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

II - como integrante da equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;



- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
- f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;
- g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
- h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- i) execução do parto sem distocia;
- j) educação visando à melhoria de saúde da população.

Parágrafo único. Às profissionais referidas no inciso II, do art. 6º, desta Lei incumbe, ainda:

- a) assistência à parturiente e ao parto normal;
- b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Art. 12 - O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

- a) participar da programação da assistência de enfermagem;
- b) executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único, do art. 11, desta Lei;
- c) participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar;
- d) participar da equipe de saúde.



Art. 13 - O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

- a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- b) executar ações de tratamento simples;
- c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;
- d) participar da equipe de saúde.

Art. 14 - (Vetado).

Art. 15 - As atividades referidas nos artigos 12 e 13 desta Lei, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro.

Art. 16 - (Vetado).

Art. 17 - (Vetado).

Art. 18 - (Vetado).

Parágrafo único. (Vetado).

Art. 19 - (Vetado).

Art. 20 - Os órgãos de pessoal da Administração Pública Direta e Indireta, Federal, Estadual, Municipal, do Distrito Federal e dos Territórios observarão, no provimento de cargos e funções e na contratação de pessoal de enfermagem, de todos os graus, os preceitos desta Lei.

Parágrafo único. Os órgãos a que se refere este artigo promoverão as medidas necessárias à harmonização das situações já existentes com as disposições desta Lei, respeitados os direitos adquiridos quanto a vencimentos e salários.



Art. 21 - (Vetado).

Art. 22 - (Vetado).

Art. 23 - O pessoal que se encontra executando tarefas de enfermagem, em virtude de carência de recursos humanos de nível médio nessa área, sem possuir formação específica regulada em lei, será autorizado, pelo Conselho Federal de Enfermagem, a exercer atividades elementares de enfermagem, observado o disposto no art. 15 desta Lei.

Parágrafo único. É assegurado aos atendentes de enfermagem, admitidos antes da vigência desta Lei, o exercício das atividades elementares da enfermagem, observado o disposto em seu art. 15.

Art. 24 - (Vetado).

Parágrafo único. (Vetado).

Art. 25 - O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 120 (cento e vinte) dias a contar da data de sua publicação.

Art. 26 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 27 - Revogam-se (vetado) as demais disposições em contrário.

Brasília, 25 de junho de 1986; 165º da Independência e 98º da República.

JOSÉ SARNEY
ALMIR PAZZIANOTTO PINTO

Nota:

* Regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87

Este texto não substitui o publicado no(a) Diário Oficial da União de 26/06/1986



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS
COORDENAÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - LEGISLAÇÃO FEDERAL**

EXERCÍCIO PROFISSIONAL

DECRETO 94.406,
DE 08 DE JUNHO DE 1987

DO 106, de 09/06/1987

Art. 1º - o exercício da atividade de enfermagem, observadas as disposições da lei número 7.498, de 25 de junho de 1986, e respeitados os graus de habilitação, é privativo de enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteiro e só será permitido ao profissional inscrito no conselho regional de enfermagem da respectiva região.

Art. 2º - as instituições e serviços de saúde incluirão a atividade de enfermagem no seu planejamento e programação.

Art. 3º - a prescrição da assistência de enfermagem é parte integrante do programa de enfermagem.

Art. 4º - são enfermeiros:

I - o titular do diploma de enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II - o titular do diploma ou certificado de obstetriz ou de enfermeira obstétrica, conferido nos termos da lei;

III - o titular do diploma ou certificado de enfermeira e a titular do diploma ou certificado de enfermeira obstétrica ou de obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as respectivas leis, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de enfermeiro, de enfermeira obstétrica ou de obstetriz;



IV - aqueles que, não abrangidos pelos itens anteriores, obtiveram título de enfermeiro conforme o disposto na letra "d", do art. 3, do decreto número 50.387, de 28 de março de 1961.

Art. 5º - são técnicos de enfermagem:

I - o titular do diploma ou do certificado de técnico de enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado no órgão competente;

II - o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de técnico de enfermagem.

Art. 6º - são auxiliares de enfermagem:

I - o titular de certificado de auxiliar de enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da lei, e registrado no órgão competente;

II - o titular do diploma a que se refere a lei número 2.822, de 14 de julho de 1956;

III - o titular do diploma ou certificado a que se refere o item iii, do art. 2, da lei número 2.604, de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da lei número 4.024, de 20 de dezembro de 1961;

IV - o titular do certificado de enfermeiro prático ou técnico de enfermagem, expedido até 1964 pelo serviço nacional de fiscalização da medicina e farmácia, do ministério da saúde, ou por órgão congênere da secretaria de saúde nas unidades da federação, nos termos do decreto número 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do decreto-lei número 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e da lei número 3.640, de 10 de outubro de 1959;



V - o pessoal enquadrado como auxiliar de enfermagem, nos termos do decreto-lei número 299, de 28 de fevereiro de 1967;

VI - o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no brasil como certificado de auxiliar de enfermagem.

Art. 7º - são parteiros:

I - o titular do certificado previsto no art. 1º do decreto-lei número 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na lei número 3.640, de 10 de outubro de 1959;

II - o titular do diploma ou certificado de parteiro, ou equivalente conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as respectivas leis, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no brasil até 26 de junho de 1988, como certificado de parteiro.

Art. 8º - ao enfermeiro incumbe:

I - privativamente:

- a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
- e) consulta de enfermagem;
- f) prescrição da assistência de enfermagem;



- g) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- h) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas.

II - como integrante de equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões;
- f) participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de enfermagem;
- g) participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica;
- h) prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;
- i) participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;
- j) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- l) execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distocia;
- m) participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral;
- n) participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada;
- o) participação nos programas de higiene e segurança



do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;

p) participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra-referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde;

q) participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde;

r) participação em bancas examinadoras, em matérias específicas de enfermagem, nos concursos para provimento de cargo ou contratação de enfermeiro ou pessoal técnico e auxiliar de enfermagem.

Art. 9º - às profissionais titulares de diploma ou certificados de obstetrix ou de enfermeira obstétrica, além das atividades de que trata o artigo precedente, incumbe:

I - prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;

II - identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;

III - realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessária.

Art. 10 - o técnico de enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

I - assistir ao enfermeiro:

a) no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem;

b) na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave;

c) na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica;



- d) na prevenção e no controle sistemático da infecção hospitalar;
- e) na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;
- f) na execução dos programas referidos nas letras "i" e "o", do item ii, do art. 8.

II - executar atividades de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro e as referidas no art. 9º deste decreto;

III - integrar a equipe de saúde.

Art. 11 - o auxiliar de enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

I - preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;

II - observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;

III - executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de enfermagem, tais como:

- Ministrar medicamentos por via oral e parenteral;
- Realizar controle hídrico;
- Fazer curativos;
- Aplicar oxigenoterapia, nebulização, enteroclisma, enema e calor ou frio;
- Executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;
- Efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;
- Realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídio de



diagnóstico;
Colher material para exames laboratoriais;
Prestar cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios;
Circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar;
Executar atividades de desinfecção e esterilização.

IV - prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive:

- a) alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se;
- b) zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependências de unidades de saúde.

V - integrar a equipe de saúde;

VI - participar de atividades de educação em saúde, inclusive:

- a) orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de enfermagem e médicas;
- b) auxiliar o enfermeiro e o técnico de enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde;

VII - executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes;

VIII - participar dos procedimentos pós-morte.

Art. 12 - ao parteiro incumbe:

I - prestar cuidados à gestante e à parturiente;

II - assistir ao parto normal, inclusive em domicílio; e

III - cuidar da puérpera e do recém-nascido.

Parágrafo único. As atividades de que trata este artigo são exercidas sob supervisão de enfermeiro obstetra, quando realizadas em instituições de saúde, e, sempre que possível, sob controle e supervisão de unidade de saúde, quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias.



Art. 13 - as atividades relacionadas nos artigos 10 e 11 somente poderão ser exercidas sob supervisão, orientação e direção de enfermeiro.

Art. 14 - incumbe a todo o pessoal de enfermagem:

I - cumprir e fazer cumprir o código de deontologia da enfermagem;

II - quando for o caso, anotar no prontuário do paciente as atividades da assistência de enfermagem, para fins estatísticos.

Art. 15 - na administração pública direta e indireta, federal, estadual, municipal, do distrito federal e dos territórios será exigida como condição essencial para provimento de cargos e funções e contratação de pessoal de enfermagem, de todos os graus, a prova de inscrição no conselho regional de enfermagem da respectiva região.

Parágrafo único. Os órgãos e entidades compreendidos neste artigo promoverão, em articulação com o conselho federal de enfermagem, as medidas necessárias à adaptação das situações já existentes com as disposições deste decreto, respeitados os direitos adquiridos quanto a vencimentos e salários.

Art. 16 - este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 17 - revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 08 de junho de 1987; 166º da Independência e 99º da república

JOSÉ SARNEY
EROS ANTÔNIO DE ALMEIDA





**MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS
COORDENAÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - LEGISLAÇÃO FEDERAL**

OBSTETRÍCIA

PORTARIA Nº 2.815

DE 29 DE MAIO DE 1998

DO 103, de 02/06/1998

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais e, considerando a importância do acompanhamento do trabalho de parto, visando a redução do índice de morbimortalidade materna e perinatal, considerando a necessidade de aprimoramento da assistência ao parto normal, e Considerando o disposto na Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem e no Decreto no 94.406 de 08 de junho de 1987, que define as atribuições do enfermeiro obstetra, resolve:

1 - Incluir na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) o Grupo de Procedimento e os Procedimento abaixo relacionados, já incorporados aos valores o fator de recomposição de 25% previsto na PT/MS/GM 2.277/95.

35.150.01-7 - Parto Normal Sem Distocia Realizado Por Enfermeiro Obstetra

35.080.01.9 - Parto Normal Sem Distocia Realizado Por Enfermeiro Obstetra

| SH | SP | SADT | TOTAL | ATOMED | ANEST | PERM |
|---------------|-----------|-------------|---------------|---------------|--------------|-------------|
| 166,78 | 00 | 00 | 166,78 | 00 | 00 | 00 |

34

2 - Os valores relativos a realização do procedimento pelo enfermeiro obstetra estão incluídos nos Serviços Hospitalares.

3 - O campo serviços profissionais deverá ser preenchido com



o código do procedimento realizado, 35.080.01.7 - Parto Normal Sem Distocia Realizado Por Enfermeiro Obstetra.

4 - Para inclusão das Unidades que realizarão este procedimento no SIH-SUS os gestores deverão encaminhar autorização prévia ao DATASUS/RJ até o quinto dia útil da cada mês.

5 - A realização deste procedimento por Unidade não autorizada pelo Gestor acarretará em rejeição da AIH.

6 - Alterar os valores dos procedimentos, abaixo relacionados, na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais/ SIA-SUS para:

033-7: Assistência ao Parto Sem Distocia Por Enfermeira(o) Obstetra - R\$ 54,80

029-9: Assistência ao Parto Sem Distocia Por Parteira(o) - R\$ 13,58

7 - Incluir analgesia nos grupos de procedimentos Cirurgia Obstétrica II, IV e VI da Tabela do SIH-SUS que passará a compor a remuneração dos procedimentos com 114 pontos para o anestesista.

8 - Alterar os valores dos grupos de procedimentos Cirurgia Obstétrica II, III, IV, V, VI e VII conforme abaixo discriminado, já incorporado aos valores o fator de recomposição de 25% previsto na PT/MS/GM 2.277/95:

Cirurgia Obstétrica II

| SH | SP | SADT | TOTAL | ATOMED | ANEST | PERM |
|--------------|---------------|-------------|---------------|-------------|-------------|-----------|
| 82,20 | 111,43 | 1,15 | 194,78 | 0371 | 0144 | 02 |

Cirurgia Obstétrica III

| SH | SP | SADT | TOTAL | ATOMED | ANEST | PERM |
|---------------|---------------|-------------|---------------|-------------|-------------|-----------|
| 180,30 | 111,43 | 2,11 | 293,84 | 0196 | 0144 | 03 |



Cirurgia Obstétrica IV

| SH | SP | SADT | TOTAL | ATOMED | ANEST | PERM |
|--------------|---------------|-------------|---------------|---------------|--------------|-------------|
| 95,30 | 111,43 | 1,15 | 207,88 | 0371 | 0144 | 02 |

Cirurgia Obstétrica V

| SH | SP | SADT | TOTAL | ATOMED | ANEST | PERM |
|---------------|---------------|-------------|---------------|---------------|--------------|-------------|
| 228,46 | 111,43 | 2,11 | 342,00 | 0196 | 0144 | 03 |

Cirurgia Obstétrica VI

| SH | SP | SADT | TOTAL | ATOMED | ANEST | PERM |
|---------------|---------------|-------------|---------------|---------------|--------------|-------------|
| 118,95 | 111,43 | 1,15 | 231,53 | 0371 | 0144 | 02 |

Cirurgia Obstétrica VII

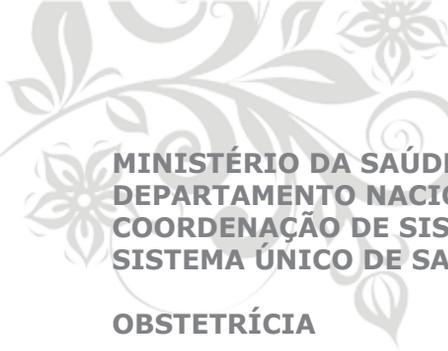
| SH | SP | SADT | TOTAL | ATOMED | ANEST | PERM |
|---------------|---------------|-------------|---------------|---------------|--------------|-------------|
| 230,64 | 111,43 | 2,11 | 344,18 | 0196 | 0144 | 03 |

9 - Nos valores constantes já estão incorporados os fatores de recomposição de 25% (vinte cinco por cento) previstos da PT/MS/GM 2.227 de 22 de novembro de 1995.

10 - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir de 1º de junho de 1998.

JOSÉ SERRA





**MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS
COORDENAÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - LEGISLAÇÃO FEDERAL**

OBSTETRÍCIA

PORTARIA Nº 888,
DE 08 DE JULHO DE 1999

DO 132-E, de 13/07/1999

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, Considerando a prioridade atribuída pela atual gestão às questões relacionadas com a Saúde da Mulher e da Criança, já objeto de diversas iniciativas;

Considerando as experiências positivas de funcionamento de Casas de Parto e Maternidades-Modelo tanto para a assistência de qualidade, com a filosofia do parto normal e humanizado como para a formação dos recursos humanos indispensáveis à superior qualificação do pré-natal, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido em todo o país;

Considerando a conveniência de regulamentar o funcionamento das Casas de Parto e estabelecer tabela dos procedimentos para seu adequado financiamento;

Considerando a necessidade de integrar as iniciativas que visam a melhoria da qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança com os programas de saúde da família e de agentes comunitários de saúde (PSF/PACS) e, em geral, com as ações da rede de serviços próprios ou contratados do SUS, resolve:

37

Art. 1º - Instituir o Projeto de Casas de Parto e Maternidades-Modelo, no Sistema Único de Saúde.

Art. 2º - Designar DAVID CAPISTRANO DA COSTA FILHO,



para coordenar e supervisionar a execução do referido Projeto.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA





**MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS
COORDENAÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - LEGISLAÇÃO FEDERAL**

OBSTETRÍCIA

PORTARIA Nº 985,
DE 05 DE AGOSTO DE 1999

DO 150, DE 06/08/1999

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, considerando: a necessidade de garantir o acesso à assistência ao parto nos Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde-SUS, em sua plena universalidade, que a assistência à gestante deve priorizar ações que visem à redução da mortalidade materna e perinatal; a necessidade de humanização da assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério no âmbito do SUS, e a necessidade da melhoria de qualidade da assistência pré-natal e do parto, objetivando a diminuição dos óbitos por causas evitáveis, resolve:

Art. 1º - Criar o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal.

§ 1º Entende-se como Centro de Parto Normal a unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias.

§ 2º O Centro de Parto Normal deverá estar inserido no sistema de saúde local, atuando de maneira complementar às unidades de saúde existentes e organizado no sentido de promover a ampliação do acesso, do vínculo e do atendimento, humanizando a atenção ao parto e ao puerpério.

§ 3º O Centro de Parto Normal poderá atuar física e funcionalmente integrado a um estabelecimento assistencial de



saúde – unidade intra-hospitalar ou como estabelecimento autônomo – unidade isolada, desde que disponha de recursos materiais e humanos compatíveis para prestar assistência, conforme disposto nesta Portaria.

Art. 2º - Estabelecer as seguintes normas e critérios de inclusão do Centro de Parto Normal, no SUS:

I – estar vinculado às Unidades Básicas de Saúde da sua área de abrangência, especialmente às Unidades de Saúde da Família;

II – funcionar em parceria com o nível de referência secundário, que garantirá o atendimento dos casos identificados e encaminhados pelas unidades básicas às quais está vinculado;

III – manter informados os Comitês de Mortalidade Materna e Neonatal da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Saúde a que estiver vinculado.

Art. 3º - Definir que ao Centro de Parto Normal – CPN, cabe as seguintes atribuições:

I - desenvolver atividades educativas e de humanização, visando à preparação das gestantes para o plano de parto nos CPN e da amamentação do recém-nascido/RN;

II - acolher as gestantes e avaliar as condições de saúde materna;

III - permitir a presença de acompanhante;

IV - avaliar a vitalidade fetal pela realização de partograma e de exames complementares;

V - garantir a assistência ao parto normal sem distócias, respeitando a individualidade da parturiente;

VI - garantir a assistência ao RN normal;

VII - garantir a assistência imediata ao RN em situações



eventuais de risco, devendo para tal, dispor de profissionais capacitados para prestar manobras básicas de ressuscitação, segundo protocolos clínicos estabelecidos pela Associação Brasileira de Pediatria.

VIII - garantir a remoção da gestante, nos casos eventuais de risco ou intercorrências do parto, em unidades de transporte adequadas, no prazo máximo de 01 (uma) hora;

IX - garantir a remoção dos RN de risco para serviços de referência, em unidades de transporte adequadas, no prazo máximo de 01 (uma) hora;

X - acompanhar e monitorar o puerpério, por um período mínimo de 10 dias (puerpério imediato), e

XI - desenvolver ações conjuntas com as Unidades de Saúde de referência e com os programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde.

Art. 4º - Definir que são características físicas do Centro de Parto Normal:

I - apresentar planta física adequada ao acesso da gestante;

II - estar dotado de:

sala de exame e admissão de parturientes;

quarto para pré-parto/pós-parto - PPP

área para lavagem das mãos;

área de prescrição;

sala de estar para parturientes em trabalho de parto e para acompanhantes;

área para assistência ao RN.

III - possuir os seguintes ambientes de apoio:

banheiro para parturientes com lavatório, bacia sanitária e chuveiro com água quente:



copa/cozinha;
sala de utilidades;
sanitário para funcionários e acompanhantes;
depósito de material de limpeza;
depósito de equipamentos e materiais de consumo;
sala administrativa;
rouparia / armário.

IV – atender aos requisitos quanto à estrutura física previstos nesta Portaria, além das exigências estabelecidas em códigos, leis ou normas pertinentes, em especial às normas do Ministério da Saúde, específicas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde;

V – como unidade intra-hospitalar pode compartilhar os ambientes de apoio com outros setores do hospital, desde que estejam situados em local próximo, de fácil acesso e possuam dimensões compatíveis com a demanda de serviços a serem atendidos;

VI – como unidade isolada não poderá adotar a solução de box individualizado;

VII – com referência às instalações prediais deve atender às exigências técnicas das normas de funcionamento de estabelecimentos assistenciais de saúde do Ministério da Saúde e dos códigos de obras locais.

VIII – adotar as exigências técnicas das normas para a segregação, descarte, acondicionamento, coleta, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos sólidos de serviços de saúde.

Art. 5º - O Centro de Parto Normal deve possuir os seguintes equipamentos mínimos:

- mesa para exame ginecológico
- berço comum
- mesa auxiliar
- cama de PPP
- cadeira para acompanhante



- mesa de cabeceira
- fita métrica
- escadinha de dois lances
- duas cadeiras
- estetoscópio de Pinard
- estetoscópio clínico
- esfignomanômetro
- material de exames
- amnoscópio
- sonar
- cardiotocógrafo
- aspirador de secreções
- berço aquecido
- fonte de oxigênio
- balão auto-inflável com reservatório de oxigênio e válvula de segurança
- máscara para neonatos
- laringoscópio
- O2 (duas) lâminas de laringoscópio retas (n^{os} 0 e 1)
- cânulas orotraqueais
- extensões de borracha
- oxímetro de pulso
- sonda de aspiração traqueal
- incubadora de transporte
- fonte de oxigênio na viatura
- ambulância

Art. 6º - Definir os Recursos Humanos necessários ao funcionamento do CPN:

I – equipe mínima constituída por 01 (um) enfermeiro, com especialidade em obstetrícia, 01 (um) auxiliar de enfermagem, 01 (um) auxiliar de serviços gerais e 01 (um) motorista de ambulância.

II – o CPN poderá contar com equipe complementar, composta por 01 (um) médico pediatra ou neonatologista, e 01 (um) médico obstetra.

III – a parteira tradicional poderá atuar no Centro de Parto



Normal no qual as especificidades regionais e culturais sejam determinantes no acesso aos serviços de saúde.

Art. 7º - Estabelecer que para fins de remuneração das atividades desenvolvidas pelo Centro de Parto Normal, ficam incluídos na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares-SIH/SUS os seguintes Grupos de Procedimentos e procedimentos:

35.100.10-9 Cirurgia Obstétrica X

35.086.01-7 Assistência ao período premonitório e ao parto normal sem distócia em Centro de Parto Normal.

| SH | SP | SADT | TOTAL | ATOMED | ANEST | PERM |
|---------------|-------------|-------------|---------------|-------------|-------------|-----------|
| 187,53 | 0,00 | 7,25 | 194,78 | 0000 | 0000 | 02 |

35.100.11-7 Cirurgia Obstétrica XI

35.087.01-3 Assistência ao período premonitório e ao parto normal sem distócia em Centro de Parto Normal com atenção ao RN na sala de parto realizado por pediatra ou neonatologista.

| SH | SP | SADT | TOTAL | ATOMED | ANEST | PERM |
|---------------|-------------|-------------|---------------|-------------|-------------|-----------|
| 200,63 | 0,00 | 7,25 | 207,88 | 0000 | 0000 | 02 |

Art. 8º - Determinar que nenhum Centro de Parto Normal pode funcionar sem estar devidamente licenciado pela autoridade sanitária competente do estado ou município, atendendo aos requisitos constantes desta Portaria e legislação pertinente.

Art. 9º - Definir que a construção, reforma ou ampliação na estrutura física do Centro de Parto Normal devem ser precedidas de aprovação do projeto junto à autoridade sanitária local.

Art. 10 - Definir que as unidades que preencherem os requisitos constantes desta portaria passarão a dispor das condições necessárias para se integrar ao Sistema Único de Saúde, como Centro de Parto Normal, e receber a remuneração referente aos procedimentos de que trata artigo 7º da mesma.

Art. 11 - Estabelecer que as Secretarias Estaduais e Municipais deverão encaminhar ao Ministério da Saúde propostas



de implantação de Centros de Parto Normal inseridos nos sistemas locais de saúde e de acordo com as prioridades de organização da assistência à gestação e ao parto, no âmbito dos sistemas de saúde estaduais.

Art. 12 - Determinar que cabe ao gestor estadual e/ou municipal do SUS realizar as vistorias e adotar as providências necessárias ao cadastramento dos Centros de Parto Normal.

Art. 13 - Definir que as Secretarias Estaduais e Municipais, com apoio técnico do Ministério da Saúde deverão estabelecer rotinas de acompanhamento, supervisão e controle que garantam o cumprimento dos objetivos dos Centros de Parto Normal em promover a humanização e a qualidade do atendimento à mulher na assistência ao parto.

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

JOSÉ SERRA





RESOLUÇÃO COFEN Nº 223-1999

Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal.

O Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, no uso de suas atribuições legais e regimentais; CONSIDERANDO o que dispõe o artigo 5º, XIII, da Constituição da República Federativa do Brasil; CONSIDERANDO o que dispõe a Lei nº 7.498/86, inciso I, alíneas "l" e "m", c/c as alíneas "g", "h", "i", e "j", do inciso II, e ainda o disposto no parágrafo único, todos do art. 11; CONSIDERANDO o Decreto n.º 94.406/87, que regulamenta a Lei n.º 7.498/86, que preceitua em seu art. 8º, inciso I, nas alíneas "g" e "h", bem como no inciso II, nas alíneas "h", "i", "j", "l", "m", e "p"; CONSIDERANDO que a Portaria nº 2.815, de 29/05/1998, do Senhor Ministro da Saúde, publicada no DOU nº 103, inclui na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), e na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI/SUS), o Grupo de Procedimentos Parto Normal sem Distócia realizado por Enfermeiro Obstetra, e a Assistência ao Parto sem Distócia por Enfermeiro Obstetra, ambas visando a redução da morbimortalidade materna e perinatal; CONSIDERANDO que a Portaria nº 163, de 22/09/1998, do Senhor Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, publicada no DOU nº 183, regulamenta a realização do Procedimento Parto Normal sem Distócia realizado por Enfermeiro Obstetra, e aprova o Laudo de Enfermagem para emissão de Autorização de Internação Hospitalar; CONSIDERANDO a resultante das discussões ocorridas nos trabalhos integrados entre o COFEN e a Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstetras - ABENFO Nacional; CONSIDERANDO deliberação do Plenário na 279ª Reunião Ordinária, e tudo o que mais consta do PAD COFEN nº 56/94;



RESOLVE:

Art. 1º - A realização do Parto Normal sem Distocia é da competência de Enfermeiros, e dos portadores de Diploma, Certificado de Obstetrix ou Enfermeiro Obstetra, bem como Especialistas em Enfermagem Obstétrica e na Saúde da Mulher;

Art. 2º - Compete ainda aos profissionais referidos no artigo anterior:

- a) assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
- b) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- c) execução e assistência obstétrica em situação de emergência.

Art. 3º - Ao Enfermeiro Obstetra, Obstetrix, Especialistas em Enfermagem Obstétrica e Assistência a Saúde da Mulher, além das atividades constantes do artigo 2º, compete ainda:

- a) assistência à parturiente e ao parto normal;
- b) identificação das distocias obstétricas e tomada de todas as providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, de conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança do binômio mãe/filho;
- c) realização de episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando couber;
- d) emissão do Laudo de Enfermagem para Autorização de Internação Hospitalar, constante do anexo da Portaria SAS/MS-163/98;
- e) acompanhamento da cliente sob seus cuidados, da internação até a alta.

Art. 4º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando disposições em contrário.



Rio de Janeiro, 03 de dezembro de 1999.

Hortência Maria de Santana
COREN-SE N.º 28.275
Presidente

Nelson da Silva Parreira
COREN-GO N.º 19.377
Primeiro-Secretario





**MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS
COORDENAÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - LEGISLAÇÃO FEDERAL**

OBSTETRÍCIA

PORTARIA Nº 569,
DE 1º DE junho DE 2000

DO 110-E, DE 08/06/2000

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, Considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania;

Considerando a necessidade de ampliar os esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país;

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 complementar as medidas já adotadas pelo Ministério da Saúde no sentido de aprimorar a assistência à saúde da gestante, como a implantação das redes de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes;

Considerando a necessidade de prosseguir na política de estimular o aprimoramento do sistema de assistência à saúde da gestante, integrando e regulando o atendimento à gestação e ao parto nos níveis ambulatorial básico e especializado, o acompanhamento pré-natal, o atendimento pré e inter-hospitalar, o atendimento



hospitalar e ainda o controle de leitos obstétricos, como forma de garantir a integralidade assistencial;

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

Considerando a necessidade de estimular o processo de regulação da assistência obstétrica e neonatal baseado na implantação de Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal nos níveis estadual, regional e municipal, como um instrumento ordenador e orientador da atenção à saúde da gestante e do recém-nascido, com o princípio fundamental de incrementar o desenvolvimento da capacidade do poder público de gerir o sistema e de responder, de forma rápida, qualificada e integrada, às demandas de saúde oriundas deste grupo populacional específico, em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial, resolve:

Art. 1º - Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. O Programa objeto deste Artigo será executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, 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 estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada 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 do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:

- a) toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- b) toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal



adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

c) toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

d) toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria;

e) todo recém-nascido tem direito à adequada assistência neonatal;

f) as autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal são responsáveis pela garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima.

Art. 3º - Estabelecer que o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento seja constituído pelos seguintes componentes, regulamentados em ato próprio do Ministério da Saúde:

a) Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal;

b) Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal.

c) Componente III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto;

§ 1º O Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal, tem o objetivo de estimular os estados e municípios, de acordo com os princípios e critérios estabelecidos, a realizarem o acompanhamento pré-natal completo e o cadastramento das gestantes;

§ 2º O Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, terá dois componentes:

a) criação de condições técnicas, financeiras e operacionais que permitam o desenvolvimento de mecanismos destinados à organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal por meio do estabelecimento de protocolos de regulação, da estruturação de Centrais de Regulação e estruturação de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares, e



b) financiamento do incremento da qualidade assistencial e da capacidade instalada obstétrica e neonatal de hospitais públicos e filantrópicos integrantes do Sistema Único de Saúde que prestem este tipo de assistência e que cumpram os requisitos e critérios de elegibilidade estabelecidos.

§ 3º O Componente III - A nova sistemática de pagamento da assistência ao parto, tem a finalidade de melhorar as condições do custeio desta assistência nos hospitais cadastrados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS e terá dois componentes:

- a) alteração do valor e forma de remuneração da assistência ao parto, e
- b) pagamento de um adicional sobre o valor de que trata a alínea "a" para aqueles hospitais que prestarem assistência ao parto a gestantes cadastradas no Programa de Incentivo à Assistência Pré-natal e que tenham o acompanhamento pré-natal completo;

Art. 4º - Estabelecer recursos no montante de R\$ 567.038.000,00 (quinhentos e sessenta e sete milhões e trinta e oito mil reais) para o desenvolvimento dos componentes previstos no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, cujas despesas correrão à conta das dotações consignadas às seguintes atividades: 10.301.0001.0587, 10.301.0001.0589, 10.302.0023.4306, 10.302.0023.4307, 10.302.0004.1823, 10.302.0004.1837, 10.302.0004.1867.

Parágrafo único. A composição do montante global de recursos destinados à implementação do Programa, de que trata este Artigo, é a seguinte:

- a) R\$ 123.000.000,00 (cento e vinte três milhões de reais) anuais, oriundos do Orçamento do Ministério da Saúde, destinados ao custeio do Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal, adicionais aos recursos já dispendidos nesta assistência;
- b) R\$ 134.038.000,00 (cento e trinta e quatro milhões e trinta e oito mil reais) a serem investidos no primeiro ano de



implantação do Programa, sendo:

- R\$ 100.000.000,00 (cem milhões de reais) oriundos do Orçamento do Ministério da Saúde e destinados ao Componente II - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, e

- R\$ 34.038.000,00 (trinta e quatro milhões e trinta e oito mil reais) oriundos do empréstimo BID/BIRD/REFORSUS destinados, dentro do Componente II, à aquisição de equipamentos para aparelhamento de unidades hospitalares cadastradas como referência para gestação de alto risco e de UTIs neonatais;

c) R\$ 310.000.000,00 (trezentos e dez milhões de reais) anuais, oriundos do Orçamento do Ministério da Saúde, destinados ao custeio do Componente III - Nova Sistemática de Pagamento da Assistência Obstétrica e Neonatal, adicionais aos recursos já dispendidos nesta assistência;

Art. 5º - Estabelecer, para cada nível de gestão do Sistema Único de Saúde, as seguintes competências/atribuições na implementação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:

§ 1º São competências/atribuições do Ministério da Saúde:

a) articular com estados, municípios e Distrito Federal a implantação do Programa e estabelecer mecanismos de controle, avaliação e acompanhamento do processo;

b) assessorar os estados, municípios e o Distrito Federal na elaboração de seus respectivos Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, na estruturação das Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento;

c) estabelecer normas técnicas e critérios de elegibilidade para inclusão no Programa;

d) alocar recursos destinados ao co-financiamento dos componentes integrantes do Programa.

§ 2º São competências/atribuições das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal:



- a) elaborar, em articulação com as respectivas Secretarias Municipais de Saúde e como condição indispensável à implantação do Programa Nacional, os Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, organizando seus sistemas estaduais/regionais de assistência obstétrica e neonatal que contemplem ações voltadas para a atenção básica, o apoio laboratorial, a atenção ambulatorial especializada e a assistência hospitalar obstétrica e neonatal, explicitando as unidades de referência para o diagnóstico, a atenção ambulatorial à gestação de alto risco e a assistência ao parto de baixo e alto risco;
- b) coordenar e executar, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde, a programação física e financeira da assistência obstétrica e neonatal;
- c) estruturar e garantir o funcionamento das Centrais Estaduais de Regulação Obstétrica e Neonatal;
- d) assessorar os municípios na estruturação de suas respectivas Centrais Municipais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento;
- e) assessorar os municípios no processo de implementação do Programa e seus respectivos componentes e no desenvolvimento de mecanismos destinados a seu controle, avaliação e acompanhamento;
- f) alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa;
- g) monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal, no âmbito estadual;
- h) manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade – SIM, SINASC, SIPAC.

§ 3º São competências/atribuições das Secretarias Municipais de Saúde:

- a) participar da elaboração do Programa Estadual de Humanização no Pré-natal e Nascimento;
- b) estruturar e garantir o funcionamento da Central Municipal de Regulação Obstétrica e Neonatal, naqueles municípios



- que cumpram os critérios de elegibilidade estabelecidos;
- c) estruturar e garantir o funcionamento do sistema móvel de atendimento pré e inter-hospitalar, naqueles municípios que cumpram os critérios de elegibilidade estabelecidos;
 - d) garantir o atendimento pré-natal e do puerpério em seu próprio território e realizar o cadastro de suas gestantes;
 - e) identificar laboratórios e garantir a realização dos exames básicos e o acesso aos exames de seguimento do pré-natal, em seu próprio território ou em outro município, mediante programação regional;
 - f) estabelecer a referência para a assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco, em seu próprio território ou em outro município, mediante programação regional;
 - g) alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa;
 - h) monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados mediante o acompanhamento de indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal, no âmbito municipal;
 - i) manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade – SIM, SINASC, SIPAC.

Art. 6º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA



ANEXO I

PRINCÍPIOS GERAIS E CONDIÇÕES PARA O ADEQUADO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

Para a realização de um adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e à puérpera, o município deverá, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, desenvolver esta modalidade assistencial em conformidade com os princípios gerais e condições estabelecidas no presente documento, realizando as seguintes atividades e dispondo dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos abaixo enunciados:

I - Atividades

1- Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação;

2- Garantir os seguintes procedimentos:

2.1 - Realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação;

2.2 - Realização de 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento;

2.3 - Realização dos seguintes exames laboratoriais:

a) ABO-Rh, na primeira consulta;

b) VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;

c) Urina – rotina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;

d) Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;

e) HB/Ht, na primeira consulta.

2.4 - Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50 mil habitantes;

2.5 - Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;



- 2.6 - Realização de atividades educativas;
- 2.7 - Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes;
- 2.8 - Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

II – Área Física, Materiais e Equipamentos

A unidade de saúde que realizará o acompanhamento pré-natal deverá dispor do seguinte:

1 - Ambulatório com sala de espera, local para armazenamento de materiais e medicamentos, banheiro(s) e consultório(s), todos com adequadas condições de higiene, conservação e ventilação. As instalações físicas dos consultório(s) devem garantir a privacidade da paciente durante a realização das consultas, exames clínicos e/ou ginecológicos;

2 - Materiais e Equipamentos (mínimos):

- a) Mesa e cadeiras para a realização das entrevistas;
- b) Mesa ginecológica;
- c) Escada de dois degraus;
- d) Foco de luz;
- e) Balança antropométrica para adultos (peso/altura);
- f) Esfigmomanômetro (aparelho de pressão arterial);
- g) Estetoscópio clínico;
- h) Estetoscópio de Pinard;
- i) Fita métrica flexível e inelástica;
- j) Espéculos;
- k) Pinças de Cheron;
- l) Material para coleta de material para exame colpocitológico;
- m) Gestograma ou disco obstétrico;
- n) Sonar Doppler (se possível).

III - Recursos Humanos

A unidade deverá contar com:



1 - Médico ou Enfermeiro;

2 - Pessoal de apoio suficiente para o atendimento da demanda.

IV – Registros

Toda unidade básica deverá utilizar instrumentos para o registro de dados que possibilitem o adequado acompanhamento da evolução da gestação e que garantam o monitoramento do desempenho da atenção pré-natal no serviço de saúde e no município. Para alcançar estes objetivos é necessário, também, que se estabeleça um fluxo de informações entre os serviços de saúde que integram o sistema de referência e contra-referência. Os instrumentos de registro a serem utilizados são os seguintes:

1 - Cartão da Gestante – deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, informações importantes para a realização da referência e contra-referência. O Cartão deverá estar sempre de posse da gestante.

2 - Ficha Perinatal – instrumento para o registro dos dados obtidos em cada consulta, para uso dos profissionais de saúde da unidade. Deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério.

3 - Ficha de registro de procedimentos e atividades necessárias ao monitoramento do desempenho da atenção pré-natal.

V – Medicamentos Essenciais

1 - Analgésicos;

2 - Antiácidos;

3 - Antibióticos;

4 - Sulfato ferroso com ácido fólico;

5 - Supositórios de glicerina;

6 - Cremes para tratamento de infecções vaginais.

VI – Avaliação da Assistência Pré-natal

A avaliação sistemática da assistência pré-natal permite a identificação dos problemas de saúde da população alvo bem como



a verificação da efetividade das ações desenvolvidas. Esta avaliação subsidia, também, quando pertinente, mudança das táticas/estratégias adotadas, possibilitando a melhoria dos indicadores estabelecidos a partir dos dados registrados na Ficha Perinatal, no Cartão da Gestante, nos mapas de registro diário da unidade de saúde, nas informações obtidas no processo de referência e contra-referência e no sistema de estatística de saúde do município e estado.

Para a avaliação da assistência pré-natal, deve-se utilizar, no mínimo, os seguintes indicadores:

1 - Indicadores de Processo

1.1 - Distribuição das gestantes por trimestre gestacional em que foi realizada a 1ª consulta pré-natal (1º, 2º e 3º);

1.2 - Percentual de mulheres que se inscreveram no pré-natal (realizaram a 1ª consulta) em relação à população-alvo (número de gestantes existentes ou estimado pelo número de nascidos vivos no município);

1.3 - Percentual de mulheres inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal;

1.4 - Percentual de mulheres inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério;

1.5 - Percentual de mulheres inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos;

1.6 - Percentual de mulheres inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos;

1.7 - Percentual de mulheres inscritas que realizaram o teste anti-HIV

1.8 - Percentual de mulheres inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica.

1.9 - Percentual de mulheres inscritas que realizaram seis (06) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos; o teste anti-HIV, a dose imunizante da vacina antitetânica.

2 - Indicadores de Resultados

2.1 - Percentual de gestantes com VDRL positivo dentre aquelas que realizaram o exame;



- 2.2 - Percentual de gestantes com Anti-HIV positivo dentre aquelas que realizaram o exame;
- 2.3 - Percentual de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita;
- 2.4 - Percentual de recém-nascidos com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos;
- 2.5 - Taxa de letalidade materna no parto entre as mulheres inscritas no programa

3 - Indicadores de Impacto

- 3.1 - Coeficiente de incidência de sífilis congênita
- 3.2 - Coeficiente de incidência de tétano neonatal
- 3.3 - Razão de mortalidade materna no município;
- 3.4 - Coeficiente de mortalidade neonatal total, precoce e tardia no município.



ANEXO II

PRINCÍPIOS GERAIS E CONDIÇÕES PARA A ADEQUADA ASSISTÊNCIA AO PARTO

A humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. Receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é uma obrigação das unidades. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas.

Para a adequada assistência à mulher e ao recém-nascido no momento do parto, todas as Unidades Integrantes do SUS têm como responsabilidades:

- 1 - atender a todas as gestantes que as procurem;
- 2 - garantir a internação de todas as gestantes atendidas e que dela necessitem;
- 3 - estar vinculada à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal de modo a garantir a internação da parturiente nos casos de demanda excedente;
- 4 - transferir a gestante e ou o neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário;
- 5 - estar vinculada a uma ou mais unidades que prestam assistência pré-natal, conforme determinação do gestor local;
- 6 - garantir a presença de pediatra na sala de parto;
- 7 - realizar o exame de VDRL na mãe;
- 8 - admitir a visita do pai sem restrição de horário;
- 9 - garantir a realização das atividades e dispor dos recursos



humanos, físicos, materiais e técnicos abaixo enunciados.

A. Atividades

Realização de partos normais e cirúrgicos, e atendimento a intercorrências obstétricas:

- receber e examinar as parturientes;
- assistir as parturientes em trabalho de parto;
- assegurar a execução dos procedimentos pré-anestésicos e anestésicos;
- proceder à lavagem e antisepsia cirúrgica das mãos;
- assistir a partos normais;
- realizar partos cirúrgicos;
- assegurar condições para que as parturientes tenham direito a acompanhante durante a internação, desde que a estrutura física assim permita;
- assistir ao abortamento incompleto, utilizando, preferencialmente, aspiração manual intra-uterina (AMIU);
- prestar assistência médica e de enfermagem ao recém-nascido;
- elaborar relatórios médico e enfermagem e fazer registro de parto;
- registrar a evolução do trabalho de parto em partograma;
- proporcionar cuidados no pós-anestésico e no pós-parto;
- garantir o apoio diagnóstico necessário.

B. Recursos humanos

Equipe profissional mínima para Unidades Mistas, Hospitais Gerais e Maternidade para a realização de parto:

- obstetra;
- pediatra/neonatalogista;
- clínico geral;
- enfermeiro (preferencialmente com especialização em obstetrícia);
- auxiliar de enfermagem;
- auxiliar de serviços gerais.



C. Estrutura física

Características físicas mínimas das Unidades para a realização de parto:

- sala de exame e admissão da parturiente;
- sala de pré-parto, parto e pós-parto;
- alojamento conjunto, conforme estabelecido na Portaria GM/MS N° 1.016, de 26 de agosto de 1993;
- área de lavagem das mãos;
- área de prescrição;
- área de assistência ao recém-nascido;
- banheiro para parturiente, com lavatório, bacia sanitária e chuveiro;
- sanitário para funcionários e acompanhantes;
- armário/rouparia;
- copa/cozinha;
- depósito para material de limpeza;
- depósito para equipamento e material de consumo;
- sala de administração;
- central de esterilização;
- expurgo.

Nota:

(1) além desses requisitos especificados acima, as Unidades deverão atender àqueles estabelecidos pela Portaria GM/SAS N° 1884, de 11 de novembro de 1994, quanto a Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde.

(2) em Unidades que realizam parto cesariana, além dos itens precedentes, é necessária a disponibilidade de:

- centro Obstétrico;
- sala de recuperação anestésica.

D. Equipamentos

Equipamentos mínimos que as Unidades devem dispor para a realização de parto:



- mesa para exame ginecológico;
- mesa auxiliar;
- berço;
- berço aquecido;
- balança;
- relógio de parede;
- camas hospitalares reguláveis ou cama para pré parto, parto e pós-parto;
- cadeira para acompanhante;
- mesa de reanimação e fonte de calor radiante;
- fita métrica;
- escada com dois lances;
- estetoscópio de Pinard;
- estetoscópio clínico;
- esfigmomanômetro;
- materiais para exames;
- amnioscópio;
- sonar doppler;
- aspirador de secreções;
- fonte de oxigênio;
- balão auto-inflável com reservatório de oxigênio e válvula de segurança para o recém-nascido e para adultos;
- máscara para neonato (números 0 e 1) e para adultos;
- laringoscópio;
- lâminas de laringoscópio retas para neonato (0 e 1) e adulto;
- cânulas orotraqueais para neonato (2, 2.5, 3.5) e adulto;
- extensões de silicone;
- sonda de aspiração traqueal para o neonato (6,8 e 10) e adulto;
- fonte de oxigênio em viatura;
- incubadora de transporte;
- gerador (para unidades que realizam parto cesariana);
- ambulância (ou acesso);
- hamper;
- foco de luz pescoço de ganso;
- instrumental para parto e cesariana;
- espéculos.



Nota: nos centros e Casas de Parto Normal, a equipe deverá ser composta na conformidade da Portaria GM/MS N° 985, de 05 de agosto de 1999.

(*) Republicada no DO 160-E, de 18/8/00, por ter saído com incorreção.





**MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS
COORDENAÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - LEGISLAÇÃO FEDERAL**

OBSTETRÍCIA

**PORTARIA Nº 572,
DE 1º DE JUNHO DE 2000**

DO 110-E, de 08/06/2000

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, Considerando a Portaria GM/MS n.º 569/GM, de 1º de junho de 2000, que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, e Considerando a necessidade de estabelecer novos mecanismos de custeio da assistência ao parto que permitam o incremento da qualidade do acompanhamento integral e integrado da gestante durante o pré-natal, o parto, o puerpério e a adequada assistência ao recém-nascido, resolve:

Art. 1º - Instituir o Componente III do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento Nova Sistemática de Pagamento à Assistência ao Parto.

Parágrafo único - O Componente objeto deste Artigo estabelecerá alterações na sistemática de pagamento da assistência ao parto, possibilitando a melhoria da Qualidade assistencial.

Art. 2º - Estabelecer que os recursos necessários ao desenvolvimento do Componente de que trata esta Portaria correrão à conta das dotações orçamentárias destinadas ao Sistema Único de Saúde.

66

§ 1º Os recursos de que trata este Artigo destinam-se ao custeio da sistemática ora implantada de atendimento à gestante e ao recém-nascido e de remuneração de serviços constantes da Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde SIH/SUS, e são adicionais aos já destinados a estas



modalidades assistenciais.

§ 2º A assistência pré-natal deverá ser realizada de acordo com os princípios gerais e condições para o acompanhamento pré-natal estabelecidas no Anexo I da Portaria GM/MS n.º 569/GM, de 1º de junho de 2000, e ser efetuada, preferencialmente, nos termos da Portaria GM/MS n.º 570/GM, da mesma data, que institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde;

§ 3º A assistência ao parto e puerpério deverá ser realizada de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II da Portaria GM/MS n.º 569/GM, de 1º de junho de 2000;

§ 4º As unidades prestadoras de serviços do Sistema Único de Saúde deverão integrar-se ao sistema de saúde local, no sentido de possibilitar a adequada organização e regulação assistencial, a ampliação do acesso e da qualidade do atendimento e viabilizando a atenção ao pré-natal, parto, puerpério e assistência ao recém-nascido de forma mais humanizada;

§ 5º Os Centros de Parto Normal, Casas de Parto, Hospitais e Maternidades integrantes do Sistema único de Saúde deverão estar vinculadas às Unidades Básicas e de Saúde da Família de sua área de abrangência.

Art. 3º - Alterar os valores e a sistemática de pagamento dos procedimentos de parto normal e cesariana constantes da Tabela de Procedimentos do SIH/SUS abaixo descritos:

§ 1º Para os procedimentos 35.001.01.1 Parto Normal; 35.006.01.3 Parto com Manobras; 35.007.01.0 Parto com Eclâmpsia e 35.086.01.7 Assistência ao Parto Premonitório e ao Parto Normal sem Distócia em Centro de Parto Normal, os valores previstos para pagamento pelo SUS são:

| SH | SP | SADT | TOTAL | ATOMED | ANEST | PERM |
|--------|--------|------|--------|--------|-------|------|
| 130,00 | 165,00 | 5,00 | 300,00 | 571 | 00 | 02 |



§ 2º Os valores constantes do § 1º deste Artigo serão subdivididos e remunerados da seguinte forma:

1 - Serviços Hospitalares

1.1 - SH Padrão (diária, taxas, materiais e medicamentos) : R\$ 90,00 o hospital receberá este valor quando da realização do parto.

1.2 - SH Incentivo ao Parto do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal : R\$ 40,00 para o recebimento desta remuneração será necessário o lançamento, em campo específico da AIH, do número da Ficha de Cadastramento da Gestante do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal, nos termos da Portaria GM/MS nº 570 de 1º de junho de 2000 e no campo serviços profissionais da AIH, o lançamento do código de procedimento 95.002.01.4 Incentivo ao Parto do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal.

1.3 - A cobrança do código 95.002.01.4 em AIH de parturiente não integrante do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal acarretará auditoria imediata, ficando a Unidade sujeita às penalidades cabíveis.

2 - Serviços Profissionais:

2.1 - SP Padrão: R\$ 110,00 o obstetra, auxiliar (es) ou outro profissional necessário ao atendimento da parturiente receberão este valor quando da realização do parto, mediante rateio de pontos.

2.2 - Atendimento ao Recém Nato da Sala de Parto: o pagamento do pediatra/neonatalogista não entrará no rateio de pontos e será efetuado, quando efetivamente realizado, em conformidade com a Portaria SAS/MS Nº 96, 14 de junho de 1994, mediante o lançamento no campo serviços profissionais da AIH, da seguinte forma:

Ato: 95.001.01.8 Atendimento ao RN em Sala de Parto

Tipo: 6 (pessoa física) ou 16 (pessoa jurídica)

Tipo de Ato: 20

Quantidade de Ato: 01 para parto único ou 02 para parto gemelar

CNPJ/CPF:

Valor: R\$ 20,00

2.3 - Anestesia Obstétrica realizada por anestesista: o



pagamento deste procedimento será efetuado quando da sua realização por anestesista ou, excepcionalmente, por outro profissional médico, conforme estabelecido pela Portaria SAS/MS Nº 98, de 26 março de 1999, sem rateio de pontos e mediante o lançamento no campo serviços profissionais da AIH, da seguinte forma:

Ato: 95.003.01.0 Anestesia Obstétrica realizada por anestesista I

Tipo: 21 (pessoa física) ou 22 (pessoa jurídica)

Tipo de Ato: 35

Quantidade de Ato: 01

CNPJ/CPF:

Valor: R\$ 30,00

2.4 - Pediatra 1ª Consulta: o pagamento da 1ª consulta do pediatra não entrará no rateio de pontos e será efetuado, Quando efetivamente realizada, mediante o lançamento no campo serviços profissionais da AIH, da seguinte forma:

Ato: 95.004.01.7 Pediatra 1ª Consulta

Tipo: 23 (pessoa física) ou 24 (pessoa jurídica)

Tipo de Ato: 36

Quantidade de Ato: 01 para parto único ou 02 para parto gemelar

CNPJ/CPF:

Valor: R\$ 5,00

§ 3º Para os procedimentos 35.009.01.2 Cesariana; e 35.082.01.0 Cesariana com Laqueadura Tubária em Paciente com Cesarianas Sucessivas Anteriores, os valores previstos para pagamento pelo SUS, são:

| SH | SP | SADT | TOTAL | ATOMED | ANEST | PERM |
|--------|--------|------|--------|--------|-------|------|
| 270,00 | 165,00 | 5,00 | 440,00 | 327 | 00 | 03 |

§ 4º Os valores constantes do § 3º deste Artigo serão subdivididos e remunerados da seguinte forma:

1 - Serviços Hospitalares

1.1 - SH Padrão (diária, taxas, materiais e medicamentos):

R\$ 230,00 o hospital receberá este valor quando da realização



do parto.

1.2 - SH Incentivo ao Parto do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal: R\$ 40,00 para o recebimento desta remuneração será necessário o lançamento, em campo específico da AIH, do número da Ficha de Cadastramento da Gestante, nos Termos da Portaria GM/MS nº 570/GM de 1º de junho de 2000 e no campo serviços profissionais da AIH o lançamento do código de procedimento 95.002.01.4 Incentivo ao Parto do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal.

1.3 - A cobrança do código 95.002.01.4 em AIH de parturiente não integrante do Componente I acarretará auditoria imediata, ficando a Unidade sujeita às penalidades cabíveis.

2 - Serviços Profissionais:

2.1 - SP Padrão: R\$ 102,00 o obstetra, auxiliar (es) ou outro profissional necessário ao atendimento da parturiente, receberá este valor Quando da realização do parto, mediante rateio de pontos.

2.2 - Anestesia Obstétrica realizada por anestesista: o pagamento deste procedimento será efetuado quando da sua realização por anestesista ou, excepcionalmente, por outro profissional médico, conforme estabelecido pela Portaria SAS/MS Nº 98, de 26 março de 1999, sem rateio de pontos e mediante

o lançamento no campo serviços profissionais da AIH, da seguinte forma:

Ato: 95.005.01.3 Anestesia Obstétrica realizada por anestesista II

Tipo: 21 (pessoa física) ou 22 (pessoa jurídica)

Tipo de Ato: 35

Quantidade de Ato: 01

CNPJ/CPF:

Valor: R\$ 38,00

2.3 - O pagamento do atendimento ao Atendimento ao Recém Nato da Sala de Parto e Pediatra 1ª Consulta será efetuado sem rateio de pontos mediante lançamento no campo serviços profissionais da AIH, conforme descrito nos incisos 2.2 e 2.4 do §2º, deste Artigo.



§ 5º Para o procedimento 35.080.01.9 Parto Normal Sem Distócia Realizado por Enfermeiro Obstetra, os valores previstos para pagamento pelo SUS, são:

| SH | SP | SADT | TOTAL | ATOMED | ANEST | PERM |
|---------------|--------------|-------------|---------------|---------------|--------------|-------------|
| 240,00 | 55,00 | 5,00 | 300,00 | 00 | 00 | 02 |

§ 6º De acordo com as normas do SIH-SUS, não é prevista a desvinculação de honorários para enfermeiros, sendo o pagamento dos serviços profissionais desta categoria incluído no valor dos Serviços Hospitalares, portanto, o pagamento será subdividido da seguinte forma:

1 - Serviços Hospitalares

1.1 - SH (diária, taxas, materiais e medicamentos) e Enfermeiro Obstetra: R\$ 200,00 o hospital receberá este valor Quando da realização do parto.

1.2 - SH Incentivo ao Parto do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal: R\$ 40,00 para o recebimento desta remuneração será necessário o lançamento, em campo específico da AIH, do número da Ficha de Cadastramento Gestante do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal, nos termos da Portaria GM/MS nº 570/GM de 1º de junho de 2000 e, no campo serviços profissionais da AIH, o lançamento do código de procedimento 95.002.01.4 Incentivo ao Parto do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal.

1.3 - A cobrança do código 95.002.01.4 em AIH de parturiente não integrante do Componente I acarretará auditoria imediata, ficando a unidade sujeita às penalidades cabíveis.

2 - Serviços Profissionais: o pagamento de serviços profissionais neste procedimento não será realizado por rateio de pontos e será pago ao pediatra/neonatologista, anestesista e pediatra 1ª consulta, conforme estabelecido nos incisos 2.2; 2.3 e 2.4 do § 2º deste Artigo.



§ 7º Para o procedimento 35.025.01.8 Parto Normal em Hospital Amigo da Criança, os valores previstos para pagamento pelo SUS, são:

| SH | SP | SADT | TOTAL | ATOMED | ANEST | PERM |
|---------------|---------------|-------------|---------------|---------------|--------------|-------------|
| 150,00 | 165,00 | 5,00 | 320,00 | 571 | 00 | 02 |

§ 8º Os valores constantes do § 7º deste Artigo serão subdivididos e remunerados da seguinte forma:

1 - Serviços Hospitalares

1.1 - SH Padrão (diária, taxas, materiais e medicamentos) : R\$ 110,00 o hospital receberá este valor quando da realização do parto.

1.2 - SH Incentivo ao Parto do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal: R\$ 40,00 para o recebimento desta remuneração será necessário o lançamento, em campo específico da AIH, do número da Ficha de Cadastramento da Gestante do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal, nos termos da Portaria GM/MS nº 570/GM de 1º de junho de 2000 e, no campo serviços profissionais da AIH, o lançamento do código de procedimento 95.002.01.4 Incentivo ao Parto do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal.

1.3 - A cobrança do código 95.002.01.4 em AIH de parturiente não integrante do Componente I acarretará auditoria imediata, ficando a Unidade sujeita às penalidades cabíveis.

2 - Serviços Profissionais:

2.1 - SP Padrão : R\$ 110,00 - o obstetra, auxiliar (es) ou outro profissional necessário ao atendimento da parturiente receberão este valor Quando da realização do parto, mediante rateio de pontos.

2.2 - O pagamento do atendimento ao Atendimento ao Recém Nato da Sala de Parto, Analgesia Obstétrica por anestesista e Pediatra 1ª Consulta será efetuado sem rateio de pontos mediante lançamento no campo serviços profissionais da AIH, conforme descrito nos incisos 2.2; 2.3 e 2.4 do §2º, deste Artigo .



§ 9º Para os procedimentos 35.026.01.4 Cesariana Exclusivamente para Hospital Amigo da Criança e 35.084.01.4 Cesariana com Laqueadura Tubária em Paciente com Cesarianas Sucessivas Anteriores em Hospitais Amigos da Criança, os valores previstos para pagamento pelo SUS, são:

| SH | SP | SADT | TOTAL | ATOMED | ANEST | PERM |
|---------------|---------------|-------------|---------------|------------|-----------|-----------|
| 290,00 | 165,00 | 5,00 | 460,00 | 327 | 00 | 03 |

§ 10 Os valores constantes do § 9º deste Artigo serão subdivididos e remunerados da seguinte forma:

1 - Serviços Hospitalares

1.1 - SH Padrão(diária, taxas, materiais e medicamentos) : R\$ 250,00 o hospital receberá este valor quando da realização do parto.

1.2 - SH Incentivo ao Parto do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal: R\$ 40,00 para o recebimento desta remuneração será necessário o lançamento, em campo específico da AIH, do número da Ficha de Cadastramento da Gestante do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal, nos termos da Portaria GM/MS nº 570/GM, de 1º de junho de 2000 e, no campo serviços profissionais da AIH, o lançamento do código de procedimento 95.002.01.4 Incentivo ao Parto do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal.

1.3 - A cobrança do código 95.002.01.4 em AIH de parturiente não integrante do Componente I acarretará auditoria imediata, ficando a Unidade sujeita às penalidades cabíveis.

2 - Serviços Profissionais:

2.1 - SP Padrão : R\$ 102,00 o obstetra, auxiliar (es) ou outro profissional necessário ao atendimento da parturiente receberão este valor Quando da realização do parto, mediante rateio de pontos.

2.2 - O pagamento do atendimento ao Atendimento ao Recém Nato da Sala de Parto e Pediatra 1ª Consulta será efetuado sem rateio de pontos mediante lançamento no campo serviços profissionais da AIH, conforme descrito nos incisos 2.2 e 2.4 do §2º, deste Artigo .



2.3 - O pagamento da anestesia será efetuado sem rateio de pontos mediante lançamento do código 95.005.01.3 Anestesia Obstétrica realizada por anestesista II.

§ 11 Para o procedimento 35.027.01.0 Parto Normal em Gestante de Alto Risco, os valores previstos para pagamento pelo SUS, são:

| SH | SP | SADT | TOTAL | ATOMED | ANEST | PERM |
|---------------|---------------|-------------|---------------|---------------|--------------|-------------|
| 205,00 | 233,00 | 5,00 | 443,00 | 870 | 00 | 02 |

§ 12 Os valores constantes do § 11 deste Artigo serão subdivididos e remunerados da seguinte forma:

1 - Serviços Hospitalares

1.1 - SH Padrão (diária, taxas, materiais e medicamentos) : R\$ 165,00 o hospital receberá este valor quando da realização do parto.

1.2 - SH Incentivo ao Parto do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal: R\$ 40,00 para o recebimento desta remuneração será necessário o lançamento, em campo específico da AIH, do número da Ficha de Cadastramento da Gestante do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal, nos termos da Portaria GM/MS n.º 570/GM, de 1º de junho de 2000 e, no campo serviços profissionais da AIH, o lançamento do código de procedimento 95.002.01.4 Incentivo ao Parto do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal.

1.3 - A cobrança do código 95.002.01.4 em AIH de parturiente não integrante do Componente I acarretará auditoria imediata, ficando a Unidade sujeita às penalidades cabíveis.

2 - Serviços Profissionais:

2.1 - SP Padrão : R\$ 148,00 - o obstetra, auxiliar (es) ou outro profissional necessário ao atendimento da parturiente receberão este valor Quando da realização do parto, mediante rateio de pontos.

2.2 - Anestesia Obstétrica realizada por anestesista : o pagamento deste procedimento será efetuado quando da sua



realização por anestesista ou, excepcionalmente, por outro profissional médico, conforme estabelecido pela Portaria SAS/MS Nº 98, de 26 março de 1999, sem rateio de pontos e mediante o lançamento no campo serviços profissionais da AIH, da seguinte forma:

Ato: 95.006.01.0 Anestesia Obstétrica realizada por anestesista III

Tipo: 21 (pessoa física) ou 22 (pessoa jurídica)

Tipo de Ato: 35

Quantidade de Ato: 01

CNPJ/CPF:

Valor: R\$ 60,00

2.3 - O pagamento do atendimento ao Atendimento ao Recém Nato da Sala de Parto e Pediatra 1ª Consulta será efetuado sem rateio de pontos mediante lançamento no campo serviços profissionais da AIH, conforme descrito nos incisos 2.2 e 2.4 do § 2º, deste Artigo .

§ 13 Para os procedimentos 35.028.01.7 Cesariana em Gestante de Alto Risco e 35.085.01.0 - Cesariana com Laqueadura Tubária em Paciente com Cesarianas Sucessivas Anteriores em Gestante de Alto Risco, os valores previstos para pagamento pelo SUS, são:

| SH | SP | SADT | TOTAL | ATOMED | ANEST | PERM |
|---------------|---------------|-------------|---------------|---------------|--------------|-------------|
| 401,00 | 234,00 | 5,00 | 640,00 | 669 | 00 | 03 |

§ 14 Os valores constantes do § 13 deste Artigo serão subdivididos e remunerados da seguinte forma:

1 - Serviços Hospitalares

1.1 - SH Padrão (diária, taxas, materiais e medicamentos) : R\$ 361,00 o hospital receberá este valor quando da realização do parto.

1.2 - SH Incentivo ao Parto do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal: R\$ 40,00 para o recebimento desta remuneração será necessário o lançamento, em campo específico da AIH, do número da Ficha de Cadastramento da Gestante do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal,



nos termos da Portaria GM/MS nº 570/GM, de 1º de junho de 2000 e, no campo serviços profissionais da AIH, o lançamento do código de procedimento 95.002.01.4 Incentivo ao Parto do Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal.

1.3 - A cobrança do código 95.002.01.4 em AIH de parturiente não integrante do Componente I acarretará auditoria imediata, ficando a Unidade sujeita às penalidades cabíveis.

2 - Serviços Profissionais:

2.1 - SP Padrão : R\$ 149,00 - o obstetra, auxiliar (es) ou outro profissional necessário ao atendimento da parturiente receberão este valor quando da realização do parto, mediante rateio de pontos.

2.2 - O pagamento do atendimento ao Atendimento ao Recém Nato da Sala de Parto e Pediatra 1ª Consulta será efetuado sem rateio de pontos mediante lançamento no campo serviços profissionais da AIH, conforme descrito nos incisos 2.2 e 2.4 do §2º, deste artigo .

2.3 - O pagamento da anestesia será efetuado sem rateio de pontos mediante lançamento do código 95.006.01.0 Anestesia Obstétrica realizada por anestesista III.

Art. 4º - Excluir da Tabela de procedimentos do SIH-SUS os grupos de procedimentos e procedimentos abaixo relacionados:

35.100.04.4 Cirurgia Obstétrica IV

35.021.01.2 Parto normal com atendimento ao RN em Sala de Parto

35.023.01.5 Parto com eclâmpsia com atendimento ao RN em Sala de Parto

35.024.01.1 Parto com manobras com atendimento ao RN em Sala de Parto

35.100.05.2 Cirurgia Obstétrica V

35.022.01.9 Cesariana com atendimento ao RN em Sala de Parto

35.083.01.8 Cesariana c/ laqueadura tubária em paciente com cesarianas sucessivas com risco de vida com atendimento ao RN em sala de parto

Art. 5º - Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde priorize o envio de cartas, às pacientes submetidas aos



procedimentos de parto nas Unidades prestadoras de serviços do SUS, com questionário de avaliação das condições e da qualidade do atendimento prestado.

Art. 6º - Determinar à Secretaria Executiva, que por meio do DATASUS/MS, disponibilize mensalmente aos gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal, dependendo das prerrogativas e competências compatíveis com o nível de gestão, arquivos e relatórios contendo os dados do SISPRENATAL e das AIH que apresentem cobrança do procedimento 95.002.01.4 SH Componente I Incentivo à Assistência Pré-natal.

Art. 7º - Estabelecer que o não acompanhamento pelo gestor dos relatórios, de que trata o Artigo 6º, poderá acarretar a suspensão dos pagamentos de incentivos previstos na Portaria GM/MS n.º 569/GM , de 1º de junho de 2000.

Art. 8º - Estabelecer que é de responsabilidade dos gestores estaduais e municipais, dependendo das prerrogativas e competências compatíveis com o nível de gestão, efetuar o acompanhamento, controle, avaliação e auditoria que garantam o cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 9º - Estabelecer que a diferença do impacto financeiro, decorrente da alteração de valores dos procedimentos para implantação desta portaria, será financiada com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação FAEC.

Art. 10 - Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde adote as medidas necessárias ao fiel cumprimento do disposto nesta Portaria, ficando a mesma autorizada a realizar as alterações de códigos de procedimento bem como sua descrição e valor quando pertinente.

Art. 11 - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a contar da competência julho/2000.

JOSÉ SERRA

(*) Republicada DO 219-E, de 14/11/00, por ter saído com incorreção.



PACTO NACIONAL PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL

(Versão aprovada na reunião da Comissão Intergestores TRIPARTITE realizada em 18/03/04)

BRASÍLIA – 2004

APRESENTAÇÃO

A redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. As altas taxas encontradas se configuram como uma violação dos Direitos Humanos de Mulheres e Crianças e um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras com maior prevalência entre mulheres e crianças das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais.

Entendendo que o enfrentamento da problemática da morte materna e neonatal implica no envolvimento de diferentes atores sociais, de forma a garantir que as políticas nacionais sejam, de fato, executadas e respondam às reais necessidades locais da população, o Ministério da Saúde propôs a adoção deste Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal.

O presente documento pretende apresentar esta proposta, a partir da discussão destes importantes indicadores, da situação atual e de estratégias propostas para dar início a discussão com as diferentes instituições e setores sociais imprescindíveis a reversão deste quadro.



INTRODUÇÃO

A MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL NO BRASIL: UM PROBLEMA SOCIAL E POLÍTICO

As mortes materna e neonatal estão estreitamente condicionadas à falta de reconhecimento destes eventos como um problema social e político; ao desconhecimento da sua verdadeira magnitude; e à deficiência da qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e ao recém nascido.

A morte de uma mulher conseqüente à gravidez, aborto ou parto foi durante muito tempo considerada uma fatalidade. Da mesma forma a mortalidade de recém nascidos era cercada pela aura da inevitabilidade e atribuídas a "debilitas vitae" ou seja, fraqueza da vida.

Paulatinamente, estes eventos foram sendo entendidos como indicadores sensíveis da qualidade de vida de uma população, por evidenciarem em sua maioria, mortes precoces que poderiam ser evitadas pelo acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. Acrescente-se a isto o fato de que a mortalidade materna e neonatal não se distribui de maneira homogênea na população e o risco de morrer está relacionado com o seu nível sócio-econômico. A desigualdade social gera graves disparidades na chance de sobrevivência das mulheres e recém natos.

O Governo Brasileiro tem como uma de suas prioridades na área da saúde as políticas públicas para atenção integral à saúde da mulher e da criança, tendo assumido em Conferências Internacionais, compromissos com a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, e com a redução da morte materna e neonatal, como prioridade.

No entanto, ainda necessitamos que as iniciativas governamentais sejam sinérgicas para garantir a execução destas ações e que a participação social seja efetiva para assegurar o exercício da cidadania das mulheres e das crianças.



1. A SITUAÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL NO BRASIL

No Brasil, dois fatores dificultam o real monitoramento do nível e da tendência da morte materna e neonatal: a subinformação e o sub-registro das declarações de óbito (D. O.) A subinformação resulta do preenchimento incorreto das D.O., e ocorre quando se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério. Já o sub-registro é a omissão do registro do óbito em cartório, freqüente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste, seja pela dificuldade de acesso aos cartórios, pela existência de cemitérios irregulares ou à falta de informação da população quanto à importância da declaração de óbito como instrumento de cidadania.

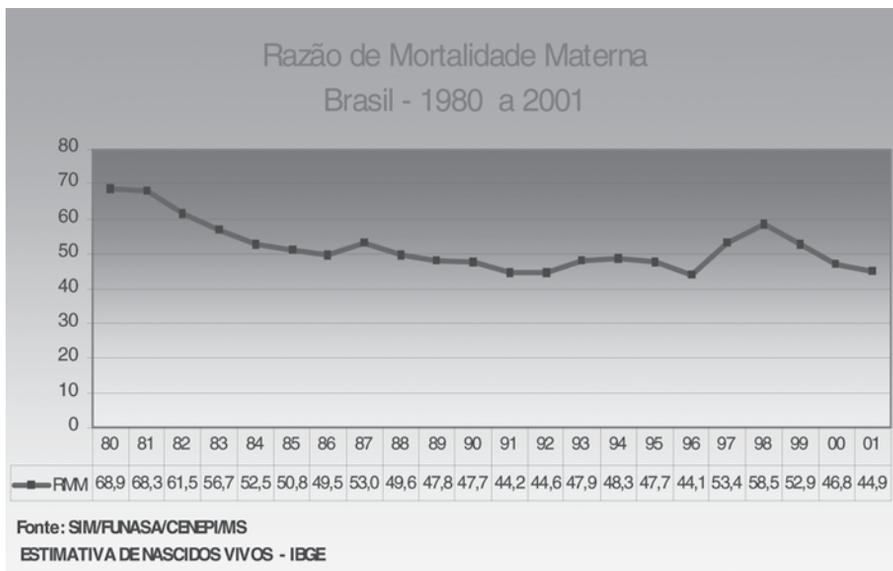
Existe, ainda, grande possibilidade de que os óbitos femininos e infantis sejam menos registrados que os masculinos, pelo fato de que o status diferenciado da mulher torna a D.O. das mulheres um documento sem importância imediata do ponto de vista legal. Dificilmente as mulheres de baixa renda ou da zona rural, onde ocorrem mais sub-registros, tem herança ou qualquer tipo de benefício previdenciário a ser recebido.

O Brasil adotou como estratégia de melhoria da qualidade do registro, o fortalecimento dos setores de informação e vigilância epidemiológica dos estados e municípios, assim como a implantação dos Comitês de Estudo da Mortalidade Materna.

Em relação aos óbitos infantis, alguns Estados e Municípios, já desenvolvem esta ação e o Ministério da Saúde inicia processo de discussão e pactuação da "Proposta Nacional de Vigilância do Óbito Infantil".



MORTALIDADE MATERNA



No Brasil, em início da década de 80, a razão da morte materna, considerando-se apenas os óbitos declarados, manteve discreta tendência ao declínio. De 1987 até 1996 manteve-se estável. De 1996 a 1998 houve um aumento da razão de mortalidade materna, em especial pelo aumento da razão de mortalidade materna por causas obstétricas indiretas. Como estes óbitos são de difícil registro, sugere-se que este aumento foi devido a uma melhoria na qualidade das informações, provavelmente associada ao processo de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil através dos comitês de morte materna.

De 1999 a 2001 esta razão tem apresentado uma queda, que pode estar associada a uma melhoria na qualidade da atenção obstétrica e ao planejamento familiar. Neste período a questão da mortalidade materna ganhou maior visibilidade e vários processos estaduais e municipais foram deflagrados para este enfrentamento.

Em 2002, a razão de morte materna obtida a partir de óbitos declarados foi da ordem de 53,4 óbitos maternos por 100.000 nascidos



vivos (SIM/SINASC). Utilizando o fator de correção¹ de 1,4 a razão de mortalidade materna passa a ser de 74,5 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, quando em países desenvolvidos atingem valores corrigidos de 6 a 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos.

As DST estão entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo, e como danos mais graves à saúde das mulheres temos as complicações da doença inflamatória pélvica (DIP). A infertilidade, a dor crônica e a gravidez ectópica, trazendo como consequência o aumento do risco da mortalidade materna e fetal associada, representam as seqüelas mais comuns causadas pela DIP. Na pesquisa acima mencionada, a DIP complicando a gravidez representou 20,8% dos óbitos por causas maternas indiretas e 5,3% dos casos de óbitos ocorridos no puerpério até 42 dias.

Por sua vez, a aids vem se configurando como importante causa de morte em mulheres de 10 a 49 anos no cenário nacional. A aids configura-se como a 2ª causa de morte nesta faixa etária, demonstrando que o intervalo de tempo entre o diagnóstico e o óbito dessas mulheres, em 35% dos casos, foi menor que 12 meses, o que aponta o maior retardo no diagnóstico da infecção pelo HIV na população feminina infectada.

Quanto às causas de morte materna, predominam as obstétricas diretas, destacando as doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas, que se mantém, há décadas, como as duas principais causas, ora seguidas pelas infecções puerperais e o aborto, ora pelas doenças do aparelho cardiovascular complicadas pela gravidez, parto ou puerpério.

MORTALIDADE NEONATAL

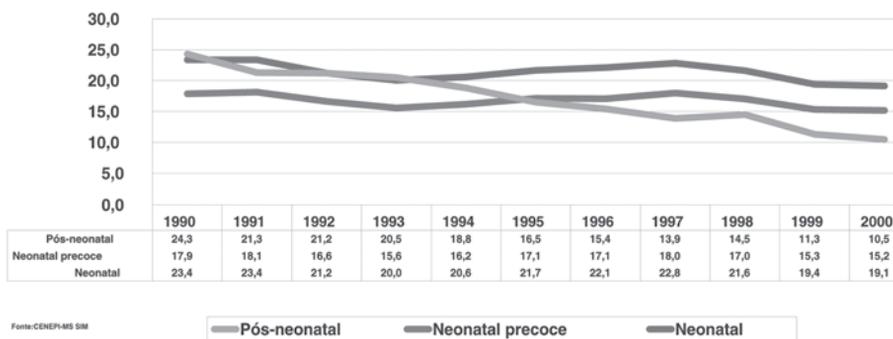
Nas últimas décadas foi observado no Brasil um declínio de 67% do coeficiente de mortalidade infantil, que passou de 85,6 óbitos infantis por mil nascidos vivos em 1980 para 28,6/1.000 nascidos vivos em 2001, tendo a queda da mortalidade observada decorrido principalmente da redução da mortalidade pós-neonatal.

¹ Fator de correção identificado através de pesquisa promovida pelo Ministério da Saúde e realizada pelo Dr. Ruy Laurenti e colaboradores em 2001.



Esta redução é atribuída a vários fatores como as intervenções ambientais, a ampliação do acesso a serviços de saúde, o avanço das tecnologias de saúde, em especial a imunização e a terapia de reidratação oral, a melhoria do grau de instrução das mulheres, a diminuição da taxa de fecundidade, entre outros. Não obstante, a sífilis congênita, agravo considerado um verdadeiro marcador da qualidade de assistência obstétrica, mantém-se ao longo das décadas com elevadas taxas de mortalidade, em especial a região Nordeste do País².

Os óbitos infantis pós-neonatais ocorrem em grande parte por causas evitáveis (causas perinatais, pneumonia, desnutrição e diarreia), relacionadas com a condição de vida e com o acesso da população a serviços de qualidade. Por estes motivos podemos dizer que é possível fazer mais pelas crianças e que a gestão do cuidado da saúde da criança tem um importante papel a cumprir neste cenário.



Como decorrência da maior redução do componente pós-neonatal nas últimas décadas, a mortalidade neonatal (0 a 27 dias de vida) passou a ser o principal componente da mortalidade infantil em todo o Brasil em termos proporcionais a partir dos anos 90 e diferentemente do observado para a mortalidade pós-neonatal, vem se mantendo estabilizada em níveis elevados. Devemos reconhecer

² Fonte: LIMA, B.G.C.-Mortalidade por Sífilis nas regiões brasileiras, 1980-1995. J. Bras. de Patologia Clínica. V.38 n.4 RJ 2002



que os óbitos pós-neonatais são ainda importantes em nosso meio, porém a mortalidade neonatal detém um papel significativo nos, ainda, elevados índices da mortalidade infantil.

Acrescente-se que as causas perinatais se constituem não apenas como a primeira causa de mortalidade neonatal, mas também das mortes no primeiro ano de vida. Tradicionalmente a mortalidade neonatal tem sido considerada de mais difícil controle que a mortalidade pós neonatal, já que esta última é mais vulnerável às melhorias globais da condição de vida. A mortalidade neonatal basicamente decorre de problemas relacionados com a gravidez e o parto, por sua vez intimamente relacionados com as características biológicas das mães, as condições socioeconômicas das famílias e a disponibilidade e qualidade da atenção perinatal.

A concentração dos óbitos neonatais no período neonatal precoce, principalmente nas primeiras horas de vida, evidencia a estreita relação entre estas mortes e a qualidade da assistência nos serviços de saúde, durante o trabalho de parto e no atendimento à criança, no nascimento e no seguimento.

2. PLANEJAMENTO FAMILIAR, ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E AO RÉCEM NASCIDO

Mulheres e homens têm o direito de decidir livre e conscientemente se desejam ter filhos, o seu número, o espaçamento entre eles, devendo-lhes ser asseguradas as informações e os meios necessários para concretizar esta decisão. Têm, ainda, o direito de viver com plenitude e saúde a sua sexualidade. Assim como durante a gestação e o abortamento legal ou inseguro, as mulheres têm o pleno direito de ser atendidas com segurança e qualidade pelos serviços de saúde. Estas prerrogativas denominadas direitos sexuais e direitos reprodutivos, já reconhecidos como direitos humanos, têm sido objeto de compromissos assumidos pelo Governo Brasileiro em Conferências Internacionais, estando garantidos na Constituição Brasileira. Entretanto, no Brasil, há um longo caminho a ser percorrido para assegurá-los.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1996, demonstra que, aproximadamente, 10 milhões



de mulheres estão expostas à gravidez indesejada. No Sistema Único de Saúde (SUS) são atendidas, anualmente, cerca de 250.000 mulheres com complicações de aborto, sendo o aborto uma das principais causas de óbito materno. Esta pesquisa demonstra, também, que 76,7% das mulheres em idade fértil fazem uso de algum método anticoncepcional, sendo que 40,1% destas mulheres foram submetidas a laqueadura tubária, sendo que quatro em cada cinco, foram realizadas durante a cesariana, contribuindo para a alta taxa deste tipo de parto em nosso meio.

Com relação ao pré-natal, faz parte do cotidiano das gestantes, consultas rápidas, nas quais exames clínicos e laboratoriais não são realizados, perdendo-se a oportunidade de captá-las precocemente; de identificar o risco gestacional; encaminhar para o alto risco, tratar e acompanhar adequadamente; predispondo-as ao óbito materno e neonatal. Conforme a PNDS o acesso aos serviços de pré-natal constitui problema específico para a população rural, principalmente, das regiões Norte e Nordeste, já que no Brasil 85,6% das gestantes foram atendidas por médicos e/ou enfermeiras, sendo 91.4% de área urbana e 67.8% de área rural. No entanto, os valores de mortalidade materna e neonatal, a alta incidência de sífilis congênita, e a baixa cobertura de vacina antitetânica, demonstram a má qualidade do atendimento prestado no pré-natal.

Mais da metade das mortes maternas e neonatais ocorrem durante a internação para o parto/nascimento. Nesses casos, a conduta adequada é tomada quando não há mais tempo hábil para que seja eficaz. Isto resulta da inexistência de leitos e/ou de um sistema de referência formalizado para o parto, que obriga mulheres a perambular em busca de vagas; do encaminhamento tardio de mulheres com intercorrências para hospitais de maior complexidade, principalmente, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste; e do despreparo de grande parte das maternidades para responder prontamente às urgências e emergências obstétricas e neonatais somado a indisponibilidade de sangue e hemoderivados no tempo oportuno. A PNDS mostra uma cobertura institucional de parto de 91.5%. Todavia 36% desses partos são cesarianas, um procedimento que, ao ser realizado sem indicação precisa, segundo o Centro Latino-americano de Perinatologia - CLAP, pode resultar em uma mortalidade materna até 12 vezes maior do que a observada no parto



vaginal. A cesariana implica no dobro da permanência no hospital, e pode gerar transtornos respiratórios neonatais e prematuridade iatrogênica.

Apesar de muitas mortes maternas ocorrerem durante o pós-parto, o atendimento nesse período atinge apenas 28% das puérperas. Na maior parte das vezes restringindo-se à revisão ginecológica do pós-parto, sem orientação sobre amamentação, nem encaminhamento para o planejamento familiar, este último tão importante para garantir o intervalo inter-partal.

AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O PACTO NACIONAL PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL*

PARCERIAS / CO-RESPONSABILIDADES COM DIFERENTES INSTITUIÇÕES

Diferentes atores sociais e instituições (sociedades científicas, conselhos profissionais, movimentos sociais, organizações governamentais e não-governamentais, entre outros) são fundamentais para apoiar os gestores de todas as esferas de governo para a qualificação da atenção.

EFETIVAR PACTOS ESTADUAIS E MUNICIPAIS

Construir pactos locais contendo a agenda de compromissos; estratégias e ações; cronograma e definições de responsabilidades, em coerência com o Plano Diretor de Regionalização.

CONTROLE SOCIAL

Estimular a participação dos conselhos de Saúde a nível Federal, Estadual e Municipal na definição de conteúdos e estruturação do Pacto Nacional, bem como na implementação e acompanhamento das ações.

DIREITO A ACOMPANHANTE E AO ALOJAMENTO CONJUNTO

Assegurar o direito ao acompanhante participante no pré-parto, parto e pós-parto imediato e o alojamento conjunto, inclusive



nos serviços privados e que seja de livre escolha da usuária.

GARANTIA DE ACOLHIMENTO NOS SERVIÇOS (PARTO É URGÊNCIA PREVISTA)

Mulheres e recém-nascidos não podem ser recusados nos serviços, e peregrinar em busca de assistência. Caso a unidade não seja adequada para o tipo de atendimento necessário, a gestante deverá ser assistida até que seja garantido transporte seguro e transferência para outras unidades de maior complexidade, capazes de atender suas necessidades.

Na unidade de saúde em que forem atendidos devem saber quem é sua equipe de referência para os cuidados e ter garantida a assistência de uma equipe multiprofissional.

ATENÇÃO HUMANIZADA AO ABORTAMENTO

Garantir a qualidade e ampliação de serviços de atenção ao abortamento previsto em lei. Assegurar Atenção Humanizada às Mulheres com Aborto inseguro, uma vez que o aborto é uma das principais causas de mortalidade materna.

SAÚDE DA MULHER TRABALHADORA

Assegurar que a trabalhadora gestante não se exponha a fatores de risco, químico, físico, biológico ou ergonômico que possam comprometer sua gestação, parto, puerpério, bem como às condições de vida e sobrevivência do recém nascido.

Garantir o direito da trabalhadora de amamentar seus filhos.

SAÚDE DAS MULHERES NEGRAS E ÍNDIAS E RECÉM-NASCIDOS NEGROS E INDÍGENAS

Oferecer atenção às mulheres e recém-nascidos negros e indígenas respeitando suas particularidades étnicas e culturais, atentando para especificidades no perfil de morbi-mortalidade destes segmentos.



REDIRECIONAR RECURSOS PARA PROJETOS

Redirecionar recursos com vistas à apoiar projetos para fortalecimento de ações voltadas para tal finalidade, pactuando nas instâncias gestoras.

EXPANSÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

A ampliação da Estratégia Saúde da Família permite a reorganização do sistema a partir da atenção básica, promovendo a ampliação de cobertura do planejamento familiar, pré-natal, da vigilância a saúde da mulher e da criança e do acompanhamento pós-parto e puericultura.

Qualificar a assistência ao parto domiciliar e articulá-la à atenção básica de saúde.

PRIMEIRA SEMANA: SAÚDE INTEGRAL

Lançamento da "Primeira Semana: Saúde Integral" intensificará o cuidado com o recém-nascido e a puérpera na primeira semana após o parto, período em que se concentram os óbitos.

Serão desenvolvidas as seguintes ações, melhorando a cobertura e reforçando vinculação da mulher e do recém-nascido à unidade básica de saúde:

- Avaliação da mulher e do recém-nascido, atenta à saúde mental da puérpera.
- Orientação e apoio ao aleitamento materno
- Vacinas da puérpera e do recém-nascido
- Teste do pezinho
- Orientação para contracepção
- Agendamento da consulta de puericultura e de puerpério

EXPANSÃO DA OFERTA DE EXAMES LABORATORIAIS NO PRÉ-NATAL

A ampliação de acesso ao pré-natal deve ser acompanhada da expansão da oferta de exames laboratoriais. Devem ser desenvolvidas estratégias de regionalização que assegurem esta



oferta através de laboratórios regionais e/ou incorporação de 12 tecnologias que permitam o acesso descentralizado e imediato à avaliação especialmente o que diz respeito à sorologia.

IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES DE CONCEPÇÃO E CONTRACEPÇÃO

Estabelecer protocolos de atendimento e garantia de oferta de métodos anticoncepcionais, com atenção ao adolescente e a mulher no climatério.

VIGILÂNCIA AO ÓBITO MATERNO E INFANTIL

- Fortalecer a implementação e atuação dos Comitês de Morte Materna.
- Lançar a "Proposta Nacional de Vigilância do Óbito Infantil".
- Instalar a Comissão Nacional de Vigilância do Óbito Infantil.
- Realizar pesquisas para definir fatores de correção das razões de morte materna para o Brasil e regiões.
- Implementar serviços de verificação do óbito em âmbito estadual.

REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV/AIDS E SÍFILIS CONGÊNITA

- Adotar medidas de diagnóstico precoce e tratamento de gestantes e recém nascidos. (Projeto Nascer)

ORGANIZAÇÃO DO ACESSO

- Integrar os níveis de atenção, garantindo a continuidade do cuidado.
- Garantir a vinculação da gestante no pré-natal ao serviço que atenderá ao parto.
- Garantir leitos de UTI, e transferência em situação de risco.
- Centrais de leito e consultas/exames



ADEQUAÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS

- Regionalizar a assistência ao parto, de forma hierarquizada.
- Ampliar o cadastro de leitos de UTI , neonatal e adulto (gestante).
- Implantação de leitos de UTI e semi-intensivos nos hospitais de referência para gravidez de alto risco.
- Expandir e regionalizar a rede de bancos de leite humano
- Expandir e regionalizar a rede de hemoderivados.

QUALIFICAÇÃO DAS URGÊNCIAS/EMERGÊNCIAS

- Reorganização dos Sistemas de Urgência e emergência.
- Qualificação e humanização dos Serviços de Urgência, com especial atenção a urgências pediátricas e obstétricas.
- Inclusão das urgências pediátricas e obstétricas no SAMU-192.

REDE HOSPITALAR E CENTROS DE PARTO NORMAL

- Incluir a qualificação da atenção ao parto e nascimento, nos novos contratos de gestão hospitalar.
- Adequação dos Hospitais de Pequeno Porte, para qualificar a atenção ao parto.
- Apoiar a criação de Centros de Parto Normal.
- Incluir nos novos contratos de gestão hospitalar a adesão a boas práticas na atenção obstétrica e neonatal e os critérios da Política Nacional de Humanização.

GESTÃO HUMANIZADA

Rever o modelo gestão na perspectiva de implantação da gestão participativa, que pressupõe a existência de colegiados com a participação de trabalhadores, usuários e gestores nas unidades de saúde.

Apoiar a criação de ouvidorias municipais.



INVESTIMENTOS NA REDE HOSPITALAR E SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPEUTICO

Direcionar os investimentos para unidades de diagnóstico e serviços hospitalares que tenham um papel regional ampliando o acesso à diagnose por imagem (especialmente ultrasonografia) e qualificando a assistência hospitalar.

Investir na implantação de leitos de UTI em hospitais que realizam atenção obstétrica.

PRIORIZAÇÃO NO CUSTEIO DOS SERVIÇOS

Definir como prioridade nos processos orçamentários de unidades hospitalares aquelas que tem um processo de referência regional para a atenção a gravidez de risco e que disponham de UTI neonatal.

Rever os valores repassados para custeio da atenção básica, especialmente os incentivos para equipes de saúde da família.
REQUALIFICAR HOSPITAIS AMIGOS DA CRIANÇA

Redefinir critérios e reavaliar habilitação dos hospitais qualificados como Amigo da Criança, incorporando critérios de qualidade e humanização da assistência obstétrica e neonatal e intensificando o estímulo ao aleitamento materno.

REAVALIAR REDE DE HOSPITAIS DE REFERÊNCIA PARA GRAVIDEZ RISCO

Reavaliar os hospitais qualificados como referência para gravidez de risco em função de cumprimento de critérios de referência regional, qualificação para a assistência e humanização

DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE SUPORTE SOCIAL

Apoiar o desenvolvimento de ações de suporte social para gestante e recém nascidos de risco.



FORTALECIMENTO DE PROJETOS DE PREMIAÇÃO DE SERVIÇOS EXEMPLARES

Reforçar iniciativas que tenham como objetivo premiar hospitais que alcançaram qualidade e humanização no atendimento de gestantes e recém nascidos de risco, como: Prêmio Galba de Araújo; Prêmio Fernando Figueira; Prêmio Davi Capistrano.

QUALIFICAÇÃO E HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

Definição e pactuação de “critérios mínimos para o funcionamento de maternidades”.

Investimento na qualificação de maternidades e hospitais que realizam partos.

Revisão e adequação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento – PHPN.

ASSESSORAMENTO TÉCNICO PARA PLANEJAMENTO LOCAL E REGIONAL

Apoio técnico das áreas de Saúde da Mulher e da criança e do grupo de Assessoramento aos estados e municípios na organização da atenção a gestante e ao recém-nascido.

CAPACITAÇÃO

- Educação permanente dos profissionais envolvidos com a atenção obstétrica e neonatal.
- Formação de enfermeiras obstétricas.
- Qualificação de parteiras tradicionais e doulas.
- Capacitação para atenção as urgências obstétricas e neonatais.
- Capacitação de gestores e gerentes.



- Inclusão da temática nos grandes processos da Educação em Saúde: PROMED, PROFAE, PROESF e Pólos de Capacitação.

09 de março de 2004

*Este documento contempla as sugestões apresentadas durante o Seminário Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, realizado pelo Ministério da Saúde, em Brasília/DF, nos dias 10 e 11 de fevereiro de 2004, e foi aprovado na Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde.





**MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS
COORDENAÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - LEGISLAÇÃO FEDERAL**

TABELAS: PROCEDIMENTOS DO SIH/SUS

PORTARIA Nº 238,
DE 30 DE MARÇO DE 2006

DO 63, de 31/03/2006

O Secretário de Atenção à Saúde no uso de suas atribuições, Considerando a portaria GM/MS nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005 que regulamenta, em conformidade com o artigo 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS, resolve:

Art. 1º - Incluir na Tabela de Procedimentos Especiais do Sistema de Informação Hospitalar - SIH/SUS o seguinte procedimento:

99.082.01-2 - Diária de Acompanhante para gestante.
Valor: R\$ 6,00

| Tipo de Vínculo | Tipo de Ato | Descrição |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| 51 (para CNPJ do hospital) | 56 (para CNPJ do hospital) | Diária de Acompanhante para gestante |

§ 1º - A Diária de Acompanhante para gestante deverá ser registrada no campo Serviços Profissionais da Autorização de Internação Hospitalar - AIH dos seguintes procedimentos:



| | |
|-----------------|--|
| 35001011 | PARTO NORMAL |
| 35006013 | PARTO COM MANOBRAS |
| 35007010 | PARTO COM ECLAMPSIA |
| 35009012 | CESARIANA |
| 35025018 | PARTO NORMAL – EXCLUSIVAMENTE PARA HOSPITAIS AMIGOS DA CRIANÇA |
| 35026014 | CESARIANA - EXCLUSIVAMENTE PARA HOSPITAIS AMIGOS DA CRIANÇA |
| 35027010 | PARTO NORMAL EM GESTANTE DE ALTO RISCO |
| 35028017 | CESARIANA EM GESTANTE DE ALTO RISCO |
| 35080019 | PARTO NORMAL SEM DISTÓCIA REALIZADO POR ENFERMEIRO (A) OBSTETRA |
| 35082011 | CESARIANA COM LAQUEADURA TUBÁRIA EM PACIENTE COM CESARIANA(S) SUCESSIVAS |
| 35084014 | CESARIANA COM LAQUEADURA TUBÁRIA EM PACIENTE COM CESARIANA(S) SUCESSIVA(S) ANTERIORES, EM HOSPITAIS AMIGOS DA CRIANÇA |
| 35085010 | CESARIANA COM LAQUEADURA TUBÁRIA EM PACIENTE COM CESARIANA(S) SUCESSIVA(S) ANTERIORES |
| 35086017 | ASSIST. AO PERÍODO PREMONITÓRIO E AO PARTO NORMAL SEM DISTÓCIA EM CENTRO DE PARTO NORMAL |

§ 2º - A quantidade de Diária de Acompanhante para Gestante deverá ser em conformidade com o total de dias que a paciente permanecer internada.

Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência maio de 2006.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO



RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 167, **DE 09 DE JANEIRO DE 2007**

Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de Atenção à Saúde e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, tendo em vista o disposto no § 4º do art. 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, bem como, no inciso III, do art. 4º e inciso II, do art. 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, considerando a necessidade de revisão das diretrizes para a cobertura assistencial instituída pela Resolução CONSU nº 10, de 4 de novembro de 1998, alterada pela CONSU nº 15, de 23 de março de 1999 e a necessidade de adequação e aprimoramento da nomenclatura e formatação, bem como de inclusão e exclusão de itens constantes no Rol de Procedimentos estabelecido pela Resolução Normativa – RN nº 82, de 29 de setembro de 2004, em reunião realizada em 8 de janeiro de 2007, adota a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Esta Resolução atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência a saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passando a se constituir em um rol de ações em saúde, na forma dos Anexos I e II desta Resolução Normativa.

Parágrafo único. Atualiza-se também o Rol de Procedimentos e



Eventos em Saúde de Alta Complexidade, compreendendo uma seleção extraída do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde identificada no Anexo I, que pode ser objeto de cobertura parcial temporária - CPT nos casos de doenças e lesões preexistentes - DLP, conforme o disposto em resolução específica.

Art. 2º O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, atualizado por esta Resolução Normativa é composto por dois Anexos:

I – o Anexo I lista os procedimentos e eventos de cobertura mínima obrigatória, respeitando-se a segmentação contratada;

II – o Anexo II contém as Diretrizes de Utilização necessárias para a cobertura obrigatória de alguns procedimentos identificados no Anexo I.

Art. 3º O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde poderá ser revisto a qualquer tempo, segundo critérios da ANS.

CAPÍTULO II

DOS PRINCÍPIOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Art. 4º A Atenção à Saúde na Saúde Suplementar deverá observar os seguintes princípios:

I - atenção multiprofissional;

II - integralidade das ações respeitando a segmentação contratada;

III - incorporação de ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, bem como de estímulo ao parto natural;

IV - uso da epidemiologia para monitoramento da qualidade das ações e gestão em saúde.

Parágrafo único. Os princípios estabelecidos no caput deste



artigo devem ser observados em todos os níveis de complexidade da atenção, respeitando as segmentações contratadas, visando a promoção da saúde, a prevenção de riscos e doenças, o diagnóstico, o tratamento, a recuperação e a reabilitação.

Art. 5º Os procedimentos e eventos que possuem cobertura obrigatória, listados nesta Resolução Normativa e nos seus Anexos, poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos Conselhos de Classe, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de contratualização estabelecido pelas operadoras de planos de saúde.

§1º Todos os procedimentos listados no Anexo I desta Resolução Normativa poderão ser executados pelos profissionais de saúde, de acordo com o caput deste artigo, desde que solicitados pelo médico assistente, com exceção dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica, que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista.

§2º São considerados procedimentos vinculados aos de natureza odontológica todos aqueles executados pelo cirurgião-dentista habilitado pelo conselho profissional, bem como os recursos, exames e técnicas auxiliares solicitados com a finalidade de complementar o diagnóstico do paciente, auxiliando o profissional no planejamento das ações necessárias ao diagnóstico, tratamento e ao estabelecimento do prognóstico odontológico.

CAPÍTULO III

DAS COBERTURAS ASSISTENCIAIS

Art. 6º As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão oferecer obrigatoriamente o plano-referência de que trata o artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998, podendo oferecer, alternativamente, planos Ambulatorial, Hospitalar, Hospitalar com Obstetrícia, Odontológico e suas combinações.



Art. 7º A participação de profissional médico anesthesiologista nos procedimentos listados no Anexo I desta Resolução terá sua cobertura assistencial obrigatória caso haja indicação clínica.

Art. 8º O tratamento da obesidade mórbida, por sua gravidade e risco à vida do paciente, demanda atendimento especial devendo ser assegurado e realizado, preferencialmente, por equipe multiprofissional, em nível ambulatorial.

Parágrafo único. Em caso de indicação médica, poderá ocorrer a internação em estabelecimentos médicos, tais como, hospitais e clínicas para tratamento médico, assim consideradas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES.

Art. 9º Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos, tais como, procedimentos estéticos, inseminação artificial, transplantes não cobertos, entre outros, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

Art. 10. O atendimento, dentro da segmentação e da área de abrangência estabelecida no contrato, deve ser assegurado independentemente do local de origem do evento.

Art 11. Nos contratos de planos coletivos, não é obrigatória a cobertura para os procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho e suas conseqüências, moléstias profissionais, assim como para os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional, sendo opcional à contratante, se assim desejar, estabelecer, no contrato com a operadora, cláusula específica para a cobertura desses casos.

Parágrafo único. Nos contratos de planos individuais é obrigatória a cobertura dos Procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

Art. 12. As operadoras de planos privados de assistência à



saúde poderão oferecer, por sua iniciativa, cobertura maior do que a mínima obrigatória prevista nesta Resolução Normativa e seus Anexos, dentre elas, atenção domiciliar e assistência farmacêutica, inclusive medicação de uso oral domiciliar que substitua a terapia em regime hospitalar ou ambulatorial de cobertura obrigatória.

Seção I

Do Plano-Referência

Art. 13. A cobertura assistencial de que trata o plano-referência compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, na forma estabelecida no artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998.

Parágrafo único. São permitidas as exclusões assistenciais previstas no artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998, observando-se as seguintes definições:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental: é aquele que emprega fármacos, vacinas, testes diagnósticos, aparelhos ou técnicas cuja segurança, eficácia e esquema de utilização ainda sejam objeto de pesquisas em fase I, II ou III, ou que utilizem medicamentos ou produtos para a saúde não registrados no país, bem como, aqueles considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina - CFM, ou o tratamento a base de medicamentos com indicações que não constem da bula registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (uso off-label).

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim: todo aquele que não visa restaurar função parcial ou total de órgão ou parte do corpo humano lesionada seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

III - inseminação artificial: técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;



IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética;

V - fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados: medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados são aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar: medicamentos para tratamento domiciliar são aqueles que não requerem administração assistida, ou seja, não necessitam de intervenção ou supervisão direta de profissional de saúde habilitado ou cujo uso não é exclusivamente hospitalar, podendo ser adquiridos por pessoas físicas em farmácias de acesso ao público e administrados em ambiente externo ao de unidade de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência);

VII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico: prótese como qualquer dispositivo permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido, e órtese qualquer dispositivo permanente ou transitório, incluindo materiais de osteossíntese, que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico aqueles dispositivos cuja colocação ou remoção não requeram a realização de ato cirúrgico;

VIII - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

IX - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente.

Seção II

Do Plano Ambulatorial

Art. 14. O Plano Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no



Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

I - cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas, inclusive obstétricas para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

II - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o caput deste artigo;

III - cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional de acordo com o número de sessões estabelecido no Anexo I desta Resolução, conforme indicação do médico assistente;

IV - cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Anexo I desta Resolução, que poderão ser realizados tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitado, de acordo com o artigo 5º desta resolução, conforme indicação do médico assistente;

V - cobertura dos procedimentos de fisioterapia listados no Anexo I, em número ilimitado de sessões por ano, que poderão ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, conforme indicação do médico assistente;

VI - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme Resolução específica vigente sobre o tema;

VII - cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando



caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação; e

VIII – cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial: aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes, conforme prescrição do médico assistente, que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica, necessitem ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro do estabelecimento de Unidades de Saúde, tais como, hospitais, clínicas, ambulatórios e urgência e emergência;
- c) radioterapia: todos os procedimentos descritos no Anexo I desta Resolução para a segmentação ambulatorial;
- d) procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais: aqueles que prescindem de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Anexo I desta Resolução Normativa;
- e) hemoterapia ambulatorial; e
- f) cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

Parágrafo único . Para fins de aplicação do art. 10 da Lei nº 9.656, de 1998 é permitida, para a segmentação ambulatorial, a exclusão de:

- I) procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- II) quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação;
- III) embolizações; e
- IV) radiologia intervencionista.



Seção III

Do Plano Hospitalar

Art. 15. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos em unidade hospitalar definidos na Lei 9.656, de 1998, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso V deste artigo e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, observadas as seguintes exigências:

I - cobertura de um acompanhante para crianças e adolescentes menores de 18 anos;

II - cobertura de um acompanhante para idosos a partir do 60 anos de idade, bem como para aqueles portadores de necessidades especiais, conforme indicação do médico assistente;

III - cobertura de cirurgias odontológicas buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar, realizadas por profissional habilitado pelo seu Conselho de Classe, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar;

IV - cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar; e

V - cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

- a) hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no Art. 14, inciso VIII, alínea b desta Resolução;
- c) radioterapia: todos os procedimentos descritos no anexo I desta Resolução para ambas as segmentações ambulatorial



- e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Anexo I desta Resolução Normativa;
- g) embolizações: aquelas listadas no anexo I desta Resolução Normativa;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de fisioterapia: aqueles listados no Anexo I desta Resolução Normativa;
- k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de rim e córnea, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

§ 1º O imperativo clínico, referido no inciso IV deste artigo, caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do doente.

§ 2º Em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao doente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados.

§ 3º Para fins de aplicação do caput deste artigo é permitida a exclusão, de acordo com o art. 10 da Lei 9656, de 1998, dos seguintes itens:

I - tratamentos para redução de peso em clínicas de emagrecimento, spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

II - clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

III - transplantes, à exceção de córnea, rim, bem como dos transplantes autólogos listados no Anexo I desta Resolução Normativa; e



IV - consultas ambulatoriais e domiciliares.

Seção IV

Do Plano Hospitalar com Obstetrícia

Art. 16. O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no Art. 15 desta Resolução, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

I – cobertura de um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;

II - cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto;

III – opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou adoção;

Parágrafo Único . Para fins de cobertura do parto normal listado no Anexo I, este procedimento poderá ser realizado por Enfermeiro Obstétrico, habilitado de acordo com as atribuições definidas pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que rege o exercício profissional do Enfermeiro, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, conforme disposto no artigo 5º desta Resolução Normativa.

Seção V

Do Plano Odontológico

Art. 17. O Plano Odontológico compreende todos os procedimentos listados no Rol Odontológico, publicado em resolução específica, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais



procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia.

§ 1º Os procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar não estão cobertos pelos planos odontológicos, porém têm cobertura obrigatória no plano de segmentação hospitalar e plano-referência.

§ 2º A estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, têm a cobertura garantida nos planos de segmentação hospitalar e referência, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrados durante o período de internação hospitalar.

§ 3º Os honorários e materiais utilizados pelo cirurgião-dentista não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência, a exceção dos procedimentos listados no Anexo I desta Resolução Normativa.

§ 4º Os exames complementares solicitados para internações hospitalares de natureza buco-maxilofacial ou para procedimentos odontológicos, que por imperativo clínico demandarem internação hospitalar, terão cobertura assegurada pelos planos de assistência à saúde da segmentação hospitalar e pelo plano-referência, inclusive quando solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.

Art. 18. O Rol de Procedimentos para os Planos Odontológicos encontra-se listado em Resolução específica.



CAPÍTULO IV

Das Disposições Finais

Art. 19. Esta Resolução Normativa, bem como seus Anexos estarão disponíveis para consulta e cópia na página da internet www.ans.gov.br.

Art. 20. Ficam revogados a Resolução CONSU nº 10, de 04 de novembro de 1998, inciso VI do art. 1º da Resolução CONSU nº 15, de 23 de março de 1999, a Resolução Normativa – RN nº 82, de 29 de setembro de 2004 e as disposições em contrário.

Art. 21. Esta Resolução entra em vigor no dia 02 (dois) de abril de 2008.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS
Diretor – Presidente





RESOLUÇÃO DA DIR. COLEGIADA - RDC Nº 167,
DE 03 DE JUNHO DE 2008

Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11 do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 29 de maio de 2008, e considerando as disposições constitucionais e a Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde como direito fundamental do ser humano;

Considerando o disposto na Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências, e que em seu artigo 7º, parágrafos II e XIV estabelece a competência da Anvisa para regulamentar, controlar e fiscalizar produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública;

Considerando a Lei n. 9656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e que, em seu Art. 17, § 3º, imputa responsabilidades às operadoras de planos de saúde nos casos de descumprimento das normas sanitárias em vigor por prestadores de serviço de saúde que façam parte de sua rede credenciada;

Considerando o lançamento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 08 de março de 2004, pela Presidência da República e o disposto na Portaria MS/GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova o Pacto pela Saúde



2006 e estabelece como metas a redução da mortalidade infantil e materna;

Considerando que parto e nascimento são acontecimentos de cunho familiar, social, cultural e preponderantemente fisiológico;

Considerando a Política de Humanização do Parto e Nascimento, instituída pela Portaria GM/MS n. 569, de 01 de junho de 2000, e a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde, implementada pelo Ministério da Saúde em 2003; Considerando o disposto na Portaria n. 1.067, de 04 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal;

Considerando a necessidade de instrumentalizar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e estabelecer parâmetros para funcionamento e avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal;

Considerando que as ações de vigilância sanitária são indelegáveis e intransferíveis, exercidas por autoridade sanitária Federal, do Distrito Federal, Estadual ou Municipal, que terá livre acesso aos estabelecimentos e aos ambientes sujeitos ao controle sanitário de que trata esse regulamento;

Considerando a Portaria Anvisa n. 26, de 12 de janeiro de 2007, que instituiu o Grupo de Trabalho para discussão e apresentação de propostas para o funcionamento dos Serviços de Atenção ao Parto e Nascimento e a publicação da Consulta Pública da Anvisa n. 109, de 14 de novembro de 2007, que definiu prazo de 90 dias para que fossem apresentadas críticas e sugestões relativas ao documento proposto;

Adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

110

Art. 1º Aprovar a Resolução que regulamenta o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e seu anexo.

Art. 2º Estabelecer que a construção, reforma ou adaptação na estrutura física dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal



deve ser precedida de avaliação e aprovação do projeto físico junto à autoridade sanitária local, em conformidade com a RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002, e RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003.

Art. 3º Estabelecer que todos os atos normativos mencionados neste regulamento, quando substituídos ou atualizados por novos atos, terão a referência automaticamente atualizada em relação ao ato de origem.

Art. 4º Estabelecer que todos os serviços em funcionamento, abrangidos por esta RDC, têm o prazo de 180 dias para se adequarem ao preconizado neste regulamento.

Parágrafo único. Os itens relativos à infra-estrutura física dos serviços de atenção obstétrica e neonatal devem ser atendidos quando forem realizadas reformas ou ampliações de serviços existentes e construções novas.

Art. 5º O descumprimento das determinações deste Regulamento Técnico constitui infração de natureza sanitária, sujeitando o infrator a processo e penalidades previstos na Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis.

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

DIRCEU RAPOSO DE MELLO



ANEXO I

REGULAMENTO TÉCNICO PARA FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL

1. OBJETIVO

Estabelecer padrões para o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente.

2. ABRANGÊNCIA

Este Regulamento Técnico se aplica a todo serviço de saúde no país que exerça atividade de atenção obstétrica e neonatal, seja ele público, privado, civil ou militar, funcionando como um serviço de saúde independente ou inserido em um hospital geral, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

3. DEFINIÇÕES

3.1 Acolhimento: é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários.

3.2 Ambiência: ambientes físico, social, profissional e de relações interpessoais que devem estar relacionados a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana.

3.3 Higienização das mãos: é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência. O termo engloba a higienização simples, a higienização anti-séptica, a fricção anti-séptica e a anti-sepsia cirúrgica das mãos.

3.4 Humanização da atenção e gestão da saúde: valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas, garantindo o acesso dos usuários às informações



sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha), e a valorização do trabalho e dos trabalhadores.

3.5 Método Canguru: modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção bio-psico-social. Inclui o contato pele-a-pele precoce e crescente, pelo tempo que a mãe e o bebê entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo uma maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais.

3.6 Quarto PPP: ambiente com capacidade para um ou dois leitos e banheiro anexo, destinado à assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (primeira hora após a dequitação).

3.7 Profissional legalmente habilitado: profissional com formação superior inscrito no respectivo Conselho de Classe, com suas competências atribuídas por Lei.

3.8 Relatório de transferência: documento que deve acompanhar a paciente e/ou o recém-nascido em caso de remoção para outro serviço, contendo minimamente a identificação da paciente e/ou do recém nascido, resumo clínico com dados que justifiquem a transferência e descrição ou cópia de laudos de exames realizados, quando existentes.

3.9 Responsável Técnico - RT: profissional legalmente habilitado, que assume perante a vigilância sanitária a responsabilidade técnica pelo serviço de saúde.

3.10 Usuário: envolve tanto a mulher e o recém-nascido, como seu acompanhante, seus familiares, visitantes (usuários externos), o trabalhador da instituição e o gestor do sistema (usuários internos).

4. CONDIÇÕES DE FUNCIONAMENTO

4.1 Organização

4.1.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve adotar as normas dispostas neste Regulamento Técnico.

4.1.2 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal com CNPJ próprio deve possuir alvará de licenciamento atualizado, expedido pelo órgão sanitário competente.

4.1.3 Todo Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal com



CNPJ próprio deve estar inscrito e manter seus dados atualizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

4.1.4 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve contar com infra-estrutura física, recursos humanos, equipamentos e materiais necessários à operacionalização do serviço, de acordo com a demanda e modalidade de assistência prestada.

4.1.5 A direção e o responsável técnico do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal têm a responsabilidade de planejar, implantar e garantir a qualidade dos processos e a continuidade da assistência.

4.1.6 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve implantar e manter em funcionamento comissões, comitês e programas definidos em normas pertinentes.

4.1.6.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve implantar e manter em funcionamento comissão ou comitê hospitalar de análise de óbitos maternos, fetais e neonatais.

4.1.7 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ter documento formal estabelecendo os serviços de referência e contra-referência, para garantir a continuidade da atenção.

4.1.7.1 As ocorrências relacionadas à referência e contra-referência devem ser registradas no prontuário de origem.

4.1.7.2 Os procedimentos de referência e contra-referência devem ser acompanhados por relatório de transferência, legível, com identificação e assinatura do profissional legalmente habilitado, que passará a integrar o prontuário no destino.

4.1.8 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve dispor de normas, protocolos e rotinas técnicas escritas e atualizadas, de fácil acesso a toda a equipe de saúde.

4.1.9 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve cumprir as normas pertinentes do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE).

4.1.10 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal que realiza partos cirúrgicos deve possuir estrutura e condições técnicas para realização de partos normais sem distócia, conforme descrito neste regulamento.



5.2 - Infra-estrutura Física

5.2.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve dispor de infra-estrutura física baseada na proposta assistencial, atribuições, atividades, complexidade, porte, grau de risco, com ambientes e instalações necessários à assistência e à realização dos procedimentos com segurança e qualidade.

5.2.2 A infra-estrutura física do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve atender aos requisitos constantes no Anexo II desta Resolução, que alteram a RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002.

5.3 RECURSOS HUMANOS

5.3.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ter equipe dimensionada, quantitativa e qualitativamente, atendendo as normatizações vigentes, e de acordo com a proposta assistencial e perfil de demanda.

5.3.2 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ter um responsável técnico (RT) e um substituto, legalmente habilitados pelo seu conselho de classe.

5.3.2.1 O órgão sanitário competente deve ser notificado sempre que houver alteração do RT ou de seu substituto.

5.3.3 A direção e o RT do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal têm a responsabilidade de planejar e adotar ações para garantir a qualidade dos processos, incluindo:

- a) coordenação da equipe técnica;
- b) adoção de ações e medidas de humanização;
- c) elaboração de protocolos institucionais em conformidade com normas vigentes e com base científica comprovada;
- d) supervisão do pessoal técnico por profissional de nível superior legalmente habilitado durante o seu período de funcionamento;
- e) avaliação dos indicadores do serviço;
- f) rastreabilidade de todos os seus processos.

5.3.4 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve garantir educação permanente para seus trabalhadores, priorizando o controle, prevenção e eliminação de riscos sanitários, em conformidade com as atividades desenvolvidas.

5.3.4.1 As ações de educação permanente devem ser registradas, contendo nome do responsável, especificação de conteúdo, lista de participantes assinada, data e tempo de duração das atividades.



5.3.5 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve garantir a proteção das informações confidenciais dos usuários.

5.3.6 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve dispor de profissionais legalmente habilitados, capacitados e responsáveis pelas seguintes atividades:

- a) atendimento humanizado e seguro às mulheres, recém-nascidos, acompanhantes, familiares e visitantes;
- b) indicação e realização de procedimentos de forma individualizada e baseada nos protocolos institucionais;
- c) identificação de complicações obstétricas e neonatais para a imediata assistência ou encaminhamento a serviço de referência;
- d) participação nas ações de educação permanente;
- e) atendimento às urgências e emergências.

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

5.4 Materiais e Equipamentos

5.4.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve possuir equipamentos, materiais e medicamentos de acordo com sua complexidade e necessidade de atendimento à demanda.

5.4.2 Os serviços que prestam assistência ao parto normal sem distócia devem ter disponíveis os seguintes equipamentos e materiais:

5.4.2.1 estetoscópio clínico;

5.4.2.2 esfigmomanômetro;

5.4.2.3 fita métrica;

5.4.2.4 estetoscópio de Pinard ou sonar (detector fetal);

5.4.2.5 amnioscópio;

5.4.2.6 mesa auxiliar;

5.4.2.7 foco de luz móvel;

5.4.2.8 instrumental para exame ginecológico incluindo espéculo vaginal e pinça de Cheron;

5.4.2.9 material necessário para alívio não farmacológico da dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto, tais como:

- a) barra fixa ou escada de Ling;



- b) bola de Bobat ou cavalinho;
- 5.4.2.10 instrumental para parto normal;
- 5.4.2.11 mesa para refeição;
- 5.4.2.12 camas hospitalares reguláveis ou cama para pré-parto, parto e pós-parto, 01 (uma) por parturiente;
- 5.4.2.13 poltrona removível destinada ao acompanhante, 01 (uma) para cada leito;
- 5.4.2.14 relógio de parede com marcador de segundos, 01 por ambiente de parto.

São equipamentos e materiais opcionais:

- 5.4.2.15 cardiocógrafa;
 - 5.4.2.16 mesa para exame ginecológico;
 - 5.4.2.17 escada com dois lances;
 - 5.4.2.18 mesa de cabeceira.
- 5.4.3 Os serviços que realizam assistência ao parto normal e cirúrgico, independente de sua complexidade, devem ter disponíveis, além dos equipamentos e materiais descritos no item 5.4.2:

- 5.4.3.1 glicosímetro;
- 5.4.3.2 material para cateterismo vesical;
- 5.4.3.3 instrumental para cesariana;
- 5.4.3.4 material para AMIU e curetagem uterina;
- 5.4.3.5 bisturi elétrico;
- 5.4.3.6 instrumental para histerectomia;
- 5.4.3.7 material anestésico;
- 5.4.3.8 oxímetro de pulso;
- 5.4.3.9 bomba de infusão;
- 5.4.3.10 monitor cardíaco;
- 5.4.3.11 aspirador;
- 5.4.3.12 mesa para parto cirúrgico;
- 5.4.3.13 foco cirúrgico de teto;
- 5.4.3.14 material de emergência para reanimação, composto por desfibrilador, carro ou maleta de emergência contendo medicamentos, ressuscitador manual com reservatório, máscaras, laringoscópio completo, tubos endotraqueais, conectores, cânulas de Guedel e fio guia estéril, 01 (um) para cada posto de enfermagem;
- 5.4.3.15 medicamentos para urgência e emergência clínica:
 - a) Antiarrítmico;
 - b) Antihipertensivo;



- c) Barbitúrico;
- d) Benzodiazepínico;
- e) Broncodilatador;
- f) Diurético;
- g) Drogas vasoativas, incluindo vasodilatador e vasoconstritor coronarianos;
- h) Glicose hipertônica e isotônica;
- i) Solução fisiológica;
- j) Água destilada.

5.4.3.16 medicamentos básicos para uso obstétrico:

- a) Ocitocina, misoprostol e uterotônicos;
- b) Inibidores da contratilidade uterina;
- c) Sulfato de magnésio 20% e 50%;
- d) Anti-hemorragico;
- e) Hidralazina 20 mg
- f) Nifedipina 10 mg;
- g) Aceleradores da maturidade pulmonar fetal
- h) Antibióticos;
- i) Anestésicos;
- j) Analgésicos.

São materiais opcionais:

5.4.3.17 instrumentos para parto vaginal operatório, incluindo fórceps de Simpson, Kjeelland e Piper de tamanhos variados e vácuo extrator.

5.4.4 O serviço deve dispor dos seguintes equipamentos, materiais e medicamentos para o atendimento imediato ao recém-nascido:

5.4.4.1 clampeador de cordão;

5.4.4.2 material para identificação da mãe e do recém-nascido;

5.4.4.3 balança para recém-nascido;

5.4.4.4 estetoscópio;

5.4.4.5 oxímetro de pulso;

5.4.4.6 mesa de três faces para reanimação com fonte de calor radiante;

5.4.4.7 material para aspiração: sondas traqueais sem válvula números 4, 6, 8, 10, 12 e 14; sondas de aspiração gástrica 6 e 8; dispositivo para a aspiração de mecônio na traquéia;

5.4.4.8 material para ventilação (balão auto-inflável de 500



e de 750 mL, reservatório de oxigênio aberto ou fechado, com válvula de segurança com escape entre 30-40 cm H₂O e/ou manômetro);

5.4.4.9 máscaras faciais para recém-nascidos a termo e pré-termo;

5.4.4.10 material para intubação: laringoscópio com lâminas retas tamanhos 0 e 1, cânulas traqueais de diâmetro uniforme sem balonete tamanhos 2,5 - 3,0 - 3,5 - 4,0 mm e fio guia estéril opcional;

5.4.4.11 material para cateterismo umbilical;

5.4.4.12 medicamentos:

a) Adrenalina diluída 1:10.000;

b) Solução fisiológica;

c) Bicarbonato de sódio 4,2%;

d) Hidrocloreto de Naloxona;

e) Vitamina K.

5.4.4.13 material para drenagem torácica e abdominal;

5.4.4.14 plástico protetor para evitar perda de calor.

5.4.4.15 Os serviços que prestam assistência exclusiva ao parto normal sem distócia devem ter disponíveis os equipamentos e materiais descritos nos itens 5.4.4.1, 5.4.4.2, 5.4.4.3, 5.4.4.4, 5.4.4.5, 5.4.4.6, 5.4.4.7, 5.4.4.8, 5.4.4.9 e 5.4.4.14.

5.4.5 O serviço deve dispor dos seguintes equipamentos, materiais e medicamentos para atendimento do recém-nascido no alojamento conjunto:

5.4.5.1 berço feito de material de fácil limpeza, desinfecção e que permita a visualização.

5.4.5.2 bandeja individualizada com termômetro, material de higiene e curativo umbilical;

5.4.5.3 estetoscópio;

5.4.5.4 balança para recém-nascido;

5.4.5.5 régua antropométrica e fita métrica de plástico;

5.4.5.6 aparelho de fototerapia, 01 (um) para cada 10 berços;

5.4.5.7 oftalmoscópio;

5.4.5.8 material de emergência para reanimação, 01 (um) para cada posto de enfermagem, composto por:

a) desfibrilador;

b) carro ou maleta contendo medicamentos, ressuscitador



manual com reservatório, máscaras, laringoscópio completo, tubos endotraqueais, conectores, cânulas de Guedel e fio guia estéril, apropriados para recém-nascido;

5.4.5.8.1 O carro ou maleta de emergência pode ser único para atendimento materno e ao recém-nascido.

5.4.5.9 aspirador com manômetro e oxigênio;

5.4.5.10 glicosímetro.

5.4.6 Os serviços que prestam assistência exclusiva ao parto normal sem distócia devem ter disponíveis os equipamentos e materiais descritos nos itens 5.4.5.1, 5.4.5.2, 5.4.5.3, 5.4.5.4 e 5.4.5.5, 5.4.5.9 e 5.4.5.10.

5.5 Acesso a Recursos Assistenciais

5.5.1 O serviço deve dispor ou garantir o acesso, em tempo integral, aos seguintes recursos assistenciais, diagnósticos e terapêuticos, de acordo com o perfil de demanda, tipo de atendimento e faixa etária:

5.5.1.1 Laboratório clínico;

5.5.1.2 Laboratório de anatomia patológica;

5.5.1.3 Serviço de ultrassonografia, incluindo Dopplerfluxometria;

5.5.1.4 Serviço de ecocardiografia;

5.5.1.5 Assistência hemoterápica.

5.5.1.5.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal que realiza mais de 60 (sessenta) transfusões por mês deve ter, no mínimo, uma agência transfusional em suas instalações.

5.5.1.6 Assistência clínica cardiológica;

5.5.1.7 Assistência clínica nefrológica;

5.5.1.8 Assistência clínica neurológica;

5.5.1.9 Assistência clínica geral;

5.5.1.10 Assistência clínica endocrinológica;

5.5.1.11 Assistência cirúrgica geral;

5.5.1.12 Unidades de Terapia Intensiva adulto e neonatal.

5.5.2 O serviço deve garantir acesso a Banco de Leite Humano, com disponibilidade de leite humano ordenhado pasteurizado - LHOP, conforme a RDC/ANVISA n. 171, de 04 de setembro de 2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano.

5.6 Processos Operacionais Assistenciais

5.6.1 O Serviço deve permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto,



parto e pós-parto imediato.

5.6.2 O Serviço deve promover ambiência acolhedora e ações de humanização da atenção à saúde.

5.6.3 A equipe do serviço de saúde deve estabelecer protocolos, normas e rotinas técnicas em conformidade com legislação vigente e base científica comprovada.

5.6.4 O serviço deve garantir a adoção de alojamento conjunto desde o nascimento.

5.6.5 Na recepção à mulher, o serviço deve garantir:

5.6.5.1 ambiente confortável para espera;

5.6.5.2 que toda mulher receba atendimento e orientação clara sobre sua condição e procedimentos a serem realizados;

5.6.5.3 avaliação inicial imediata da saúde materna e fetal, para definir atendimento prioritário;

5.6.5.4 avaliação do risco gestacional e definição do nível de assistência necessário na consulta inicial;

5.6.5.5 permanência da parturiente, quando necessária, em ambiente para observação e reavaliação;

5.6.5.6 transferência da mulher, em caso de necessidade, realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2048, de 05 de novembro de 2002.

5.6.6 Na assistência ao trabalho de parto, o serviço deve:

5.6.6.1 garantir a privacidade da parturiente e seu acompanhante;

5.6.6.2 proporcionar condições que permitam a deambulação e movimentação ativa da mulher, desde que não existam impedimentos clínicos;

5.6.6.3 proporcionar acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio à dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto;

5.6.6.4 possibilitar que os períodos clínicos do parto sejam assistidos no mesmo ambiente;

5.6.6.5 realizar ausculta fetal intermitente; controle dos sinais vitais da parturiente; avaliação da dinâmica uterina, da altura da apresentação, da variedade de posição, do estado das membranas, das características do líquido amniótico, da dilatação e do apagamento cervical, com registro dessa evolução em partograma;



5.6.6.6 garantir à mulher condições de escolha das diversas posições no trabalho de parto, desde que não existam impedimentos clínicos;

5.6.6.7 estimular que os procedimentos adotados sejam baseados na avaliação individualizada e nos protocolos institucionais.

5.6.7 Na assistência ao parto e pós-parto imediato, o serviço deve:

5.6.7.1 garantir à mulher condições de escolha das diversas posições durante o parto, desde que não existam impedimentos clínicos;

5.6.7.2 estimular que os procedimentos adotados sejam baseados na avaliação individualizada e nos protocolos institucionais;

5.6.7.3 estimular o contato imediato, pele-a-pele, da mãe com o recém-nascido, favorecendo vínculo e evitando perda de calor;

5.6.7.4 possibilitar o controle de luminosidade, de temperatura e de ruídos no ambiente;

5.6.7.5 estimular o aleitamento materno ainda no ambiente do parto;

5.6.7.6 garantir que o atendimento imediato ao recém-nascido seja realizado no mesmo ambiente do parto, sem interferir na interação mãe e filho, exceto em casos de impedimento clínico;

5.6.7.7 garantir que o recém-nascido não seja retirado do ambiente do parto sem identificação;

5.6.7.8 estimular que os procedimentos adotados nos cuidados com o recém-nascido sejam baseados na avaliação individualizada e nos protocolos institucionais;

5.6.7.9 garantir o monitoramento adequado da mulher e do recém-nascido, conforme protocolos institucionais, visando à detecção precoce de possíveis intercorrências;

5.6.7.10 garantir a realização de testes de triagem neonatal e imunização, conforme normas vigentes;

5.6.7.11 garantir que os partos cirúrgicos, quando realizados, ocorram em ambiente cirúrgico, sob assistência anestésica.

5.6.8 Na assistência ao puerpério, o serviço deve:

5.6.8.1 estimular o aleitamento materno sob livre demanda;



5.6.8.2 promover orientação e participação da mulher e família nos cuidados com o recém-nascido;

5.6.8.3 garantir a adoção de medidas imediatas no caso de intercorrências puerperais.

5.6.8.3.1 No caso de impossibilidade clínica da mulher de permanecer no alojamento conjunto, o recém-nascido sadio deve continuar nesse ambiente, com a garantia de permanência de seu acompanhante.

5.6.8.4 adotar o Método Canguru, quando indicado;

5.6.8.5 garantir que a mulher em uso de medicamentos ou portadora de patologias que possam interferir ou impedir a amamentação, tenha orientação clara e segura e apoio psicológico de acordo com as suas necessidades.

5.6.9 Na assistência à mulher gestante com intercorrências clínicas ou obstétricas, o serviço deve:

5.6.9.1 garantir a privacidade da gestante e seu acompanhante;

5.6.9.2 proporcionar condições que permitam a deambulação e movimentação ativa da mulher, desde que não existam impedimentos clínicos;

5.6.9.3 garantir o atendimento multiprofissional quando necessário;

5.6.9.4 garantir que a transferência da mulher, em caso de necessidade, seja realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2048, de 05 de novembro de 2002.

5.6.9.5 estimular que os procedimentos adotados sejam baseados na avaliação individualizada e nos protocolos institucionais.

5.7 Transporte de Pacientes

5.7.1 Em caso de transporte entre serviços de saúde, da mulher ou do recém-nascido, o mesmo deve ser acompanhado de relatório de transferência, a ser entregue no local de destino, e de profissional de saúde, conforme definido na Portaria GM/MS n. 2048, de 05 de novembro de 2002.

5.7.2 O serviço de saúde deve ter disponível, para o transporte da mulher ou do recém-nascido, os seguintes equipamentos, materiais e medicamentos:

5.7.2.1 maca para transporte, com grades laterais, suporte



para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio, exceto para os transporte de recém-nascidos;

5.7.2.2 incubadora para transporte de recém-nascidos;

5.7.2.3 cilindro transportável de oxigênio.

5.8 Higienização de Mãos, Limpeza, Desinfecção e Esterilização.

5.8.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve possuir normas e rotinas técnicas de limpeza, desinfecção e esterilização, quando aplicável, das superfícies, instalações, equipamentos e produtos para a saúde.

5.8.1.1 As normas e rotinas técnicas dos procedimentos devem estar registradas, atualizadas e disponíveis em locais de fácil acesso.

5.8.2 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve disponibilizar os insumos, produtos, equipamentos e instalações necessários para as práticas da higienização de mãos de profissionais de saúde, mulher, acompanhantes e visitantes.

5.8.2.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve possuir um lavatório/pia por quarto.

5.8.2.2 Os lavatórios para higienização das mãos podem ter formatos e dimensões variadas, porém a profundidade deve ser suficiente para que o profissional de saúde lave as mãos sem encostá-las nas paredes laterais ou bordas da peça e tampouco na torneira. 5.8.2.3 Os lavatórios para higienização das mãos devem possuir provisão de sabonete líquido, além de papel toalha que possua boa propriedade de secagem.

5.8.2.4 As preparações alcoólicas para higienização das mãos devem estar disponibilizadas na entrada da unidade, entre os berços e outros locais estratégicos definidos pelo Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde de forma complementar ao lavatório.

5.8.2.5 O RT do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve estimular a adesão às práticas de higienização das mãos pelos profissionais de saúde e demais usuários.

5.8.3 Os saneantes para uso hospitalar e os produtos usados nos processos de limpeza e desinfecção devem ser utilizados segundo as especificações do fabricante e estar regularizados junto a ANVISA, de acordo com a legislação vigente.

5.8.4 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve



cumprir as medidas de prevenção e controle de infecções definidas pelo Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde

5.8.5 A equipe do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve implantar e implementar ações de farmacovigilância, tecnovigilância, hemovigilância e vigilância do controle de infecção e de eventos adversos.

5.8.5.1 O serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve monitorar os eventos adversos ao uso de sangue e componentes em parceria e de acordo com o estabelecido pelo serviço de hemoterapia da instituição ou serviço fornecedor de sangue e hemocomponentes.

5.8.6 A equipe do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve notificar os casos suspeitos, surtos e eventos adversos graves à coordenação do Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde e à Vigilância Sanitária local no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas.

5.8.7 A equipe do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve colaborar com a equipe de Controle de Infecção em Serviços de Saúde e com a Vigilância Sanitária local, na investigação epidemiológica e na adoção de medidas de controle.

5.8.8 A equipe do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve orientar os familiares e acompanhantes dos pacientes sobre ações de controle de infecção e eventos adversos.

5.8.9 Os Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal que realizam processamento de produtos para a saúde devem atender às seguintes regulamentações:

a) RE/Anvisa n. 2.606/2006, que dispõe sobre as diretrizes para elaboração, validação e implantação de protocolos de reprocessamento de produtos médicos;

b) RE/Anvisa n. 2.605/2006, que estabelece a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único, proibidos de serem reprocessados;

c) RDC/Anvisa n. 156/2006, que dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos.

5.9 Descarte de Resíduos

5.9.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve implantar as ações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), atendendo aos requisitos da



RDC/Anvisa n. 306, de 07 de dezembro de 2004, e Resolução Conama n. 358, de 29 de abril de 2005.

5.10 Biossegurança

5.10.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve manter normas e rotinas técnicas escritas de biossegurança, atualizadas e disponíveis a todos os funcionários, contemplando os seguintes itens:

5.10.1.1 condutas de segurança biológica, química, física, ocupacional e ambiental;

5.10.1.2 instruções de uso para os equipamentos de proteção individual (EPI) e de proteção coletiva (EPC);

5.10.1.3 procedimentos em caso de acidentes;

5.10.1.4 manuseio e transporte de material e amostra biológica.

5.11 Avaliação

5.11.1 O responsável técnico deve implantar, implementar e manter registros de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento global do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal, buscando processo contínuo de melhoria da qualidade.

5.11.2 A avaliação deve ser realizada levando em conta os "Indicadores para a Avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal" e as demais disposições estabelecidas na Instrução Normativa (IN) n. 02, de 29 de maio de 2008, da Anvisa.

5.11.3 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve disponibilizar à Vigilância Sanitária as informações referentes ao monitoramento dos indicadores, durante o processo de inspeção sanitária ou de investigação de surtos e eventos adversos.

5.11.4 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve encaminhar à Vigilância Sanitária local o consolidado dos indicadores do semestre anterior, em todos os meses de janeiro e julho.

5.11.5 O consolidado do município deverá ser encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde e o consolidado dos estados à Anvisa.

5.12 Notificação de Eventos Adversos Graves

5.12.1 O coordenador pelo Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde deve notificar surtos e casos suspeitos de



eventos adversos graves à autoridade sanitária competente do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas.

5.12.2 A notificação não isenta o coordenador pelo Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde da investigação epidemiológica e da adoção de medidas de controle do evento.

ANEXO II

A RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002, passa a vigorar com a seguinte redação:

1. Unidade de Centro de Parto Normal:

1.1 Ambientes Fins

1.1.1 Sala de acolhimento da parturiente e seu acompanhante;

1.1.2 Sala de exames e admissão de parturientes;

1.1.3 Quarto PPP;

1.1.4 Banheiro para parturiente;

1.1.5 Área para deambulação (interna ou externa);

1.1.6 Posto de enfermagem;

1.1.7 Sala de serviço;

1.1.8 Área para higienização das mãos.

1.2 Ambientes de apoio

1.2.1 Sala de utilidades;

1.2.2 Sanitário para funcionários (masculino e feminino);

1.2.3 Rouparia;

1.2.4 Sala de estar e/ou reunião para acompanhantes, visitantes e familiares;

1.2.5 Depósito de material de limpeza;

1.2.6 Depósito de equipamentos e materiais;

1.2.7 Sala administrativa;

1.2.8 Copa;

*1.2.9 Sanitário para acompanhantes, visitantes e familiares (masculino e feminino);

*1.2.10 Área para guarda de macas e cadeiras de rodas;

*1.2.11 Sala de ultrassonografia.



Observações:

- Prever a instalação de barra fixa e/ou escada de Ling nos ambientes PPP.

- Os ambientes que estiverem assinalados com *não são obrigatórios, mas opcionais.

2. Unidade de Centro Obstétrico (partos cirúrgicos e normais)

2.1 Ambientes Fins

2.1.1 Sala de acolhimento da parturiente e seu acompanhante;

**2.1.2 Sala de exame e admissão de parturientes;

***2.1.3 Quarto PPP;

2.1.4 Banheiro para parturiente;

2.1.5 Área para deambulação (interna ou externa);

2.1.6 Posto de enfermagem;

2.1.7 Sala de serviço;

2.1.8 Área para prescrição médica;

2.1.9 Área para anti-sepsia cirúrgica das mãos e antebraços;

2.1.10 Sala de parto cirúrgico/curetagem;

2.1.11 Área de recuperação anestésica;

*2.1.12 Sala para AMIU;

*2.1.13 Área de indução anestésica;

2.2. Ambientes de apoio

2.2.1 Sala de utilidades;

2.2.2 Banheiros com vestiários para funcionários e acompanhantes (barreira);

2.2.3 Sala administrativa;

2.2.4 Rouparia;

2.2.5 Depósito de equipamentos e materiais;

2.2.6 Depósito de material de limpeza;

2.2.7 Agência transfusional, in loco ou não (em conformidade com o item 5.5.1.5.1 do Anexo);

*2.2.8 Sala de estar e/ou reunião para acompanhantes, visitantes e familiares;

*2.2.9 Sala de preparo de equipamentos/material;

*2.2.10 Copa;



- *2.2.11 Sala de estar para funcionários;
- *2.2.12 Sanitários para acompanhantes - anexo à sala de estar;
- *2.2.13 Área de guarda de pertences;
- *2.2.14 Área para guarda de macas e cadeiras de rodas.

Observações:

- Prever a instalação de barra fixa e/ou escada de Ling nos ambientes PPP.
- Os ambientes que estiverem assinalados com * não são obrigatórios, mas opcionais.
- ** Os ambientes de apoio e a sala de admissão podem ser compartilhados com os ambientes do centro de parto normal.
- *** O quarto PPP no centro obstétrico pode ser utilizado como pré-parto para as pacientes com possibilidade cirúrgica.

3. Internação Obstétrica (Puérpera ou gestantes com intercorrências)

3.1 Ambientes Fins

- 3.1.1 Quarto para alojamento conjunto ou internação de gestantes com intercorrências;
- 3.1.2 Banheiro (cada quarto deve ter acesso direto a um banheiro, podendo servir no máximo dois quartos);
- 3.1.3 Posto de enfermagem;
- 3.1.4 Sala de serviço;
- 3.1.5 Sala de exames e curativos (conforme descrito item 4.3.3 deste Apêndice).

3.2. Ambientes de apoio

- 3.2.1 Sala de utilidades;
- 3.2.2 Área para controle de entrada e saída de pacientes, acompanhantes e visitantes;
- 3.2.3 Quarto para plantonista (in loco ou não);
- 3.2.4 Sanitário para funcionários;
- 3.2.5 Depósito de equipamentos e materiais;
- 3.2.6 Depósito de material de limpeza;
- 3.2.7 Rouparia;



- *3.2.8 Área de cuidados e higienização de lactente;
- *3.2.9 Sala administrativa;
- *3.2.10 Área para guarda de macas e cadeiras de rodas;
- *3.2.11 Sala de reuniões com a família ou de trabalhos em grupo;
- *3.2.12 Sala de estar para familiares, visitantes e acompanhantes;
- *3.2.13 Sanitário para acompanhantes - anexo à sala de estar;
- *3.2.14 Copa.

Observação: Os ambientes que estiverem assinalados com * não são obrigatórios, mas opcionais.

4. Características dos ambientes

4.1 Centro de Parto Normal

4.1.1 Sala de acolhimento da parturiente e seu acompanhante: sala com área mínima de 2,00 m² por pessoa.

4.1.2 Sala de exame, admissão de parturientes: área mínima de 9,00 m² por leito de exame. Instalação de água fria e quente.

4.1.3 Quarto PPP: área mínima de 10,50 m² para 1 leito ou 14,00 m² para 02 leitos e dimensão mínima de 3,20 m, com previsão de poltrona de acompanhante, berço e área de 4,00 m² para cuidados de higienização do recém-nascido - bancada com pia. Prever instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem.

4.1.4 Banheiro do quarto PPP: O banheiro deve ter área mínima de 4,80 m², com dimensão mínima de 1,70m.

4.1.4.1 O box para chuveiro deve ter dimensão mínima de 0,90 x 1,10 m com instalação de barra de segurança.

4.1.4.2 O banheiro comum a dois quartos PPP deve ter um conjunto de bacia sanitária, pia e chuveiro a cada 04 leitos. Deve prever instalação de água fria e quente e sinalização de enfermagem.

4.1.4.3 Instalação opcional 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, não deve ser ativado o modo de



hidromassagem.

4.1.5 Área para deambulação: a área pode ser interna ou externa, preferencialmente coberta, a fim de ser utilizada em dias de chuva ou sol.

4.1.6 Posto de enfermagem: um a cada 30 leitos. Área mínima de 2,50 m², com instalações de água e elétrica de emergência.

4.1.7 Sala de serviço: uma sala de serviços a cada posto de enfermagem. Área mínima de 5,70 m², com instalações de água e elétrica de emergência.

4.1.8 Área para higienização das mãos: um lavatório a cada dois leitos. Área mínima de 0,90 m² com instalação de água fria e quente.

4.2 Unidade de Centro Obstétrico (partos cirúrgicos e normais)

4.2.1 Quarto PPP: segue as características descritas nos itens 4.1.3 e 4.1.4;

4.2.2 Posto de enfermagem e serviços: um a cada doze leitos de recuperação pós-anestésica com 6,00 m². Instalações de água fria e elétrica de emergência.

4.2.3 Área para prescrição profissional: área mínima de 2,00 m².

4.2.4 Área para anti-sepsia cirúrgica das mãos e antebraços: prever instalação de duas torneiras por sala de parto cirúrgico. Caso existam mais de duas salas cirúrgicas, prever duas torneiras a cada novo par de salas ou fração. Área de 1,10 m² por torneira com dimensão mínima de 1,00 m.

4.2.5 Sala de parto cirúrgico/curetagem: área mínima de 20,00 m² com dimensão mínima de 3,45m. Deve possuir uma mesa cirúrgica por sala. Instalações de oxigênio, óxido nítrico, ar comprimido medicinal, elétrica de emergência, vácuo clínico e climatização.

4.2.6 Área de recuperação pós-anestésica: ambiente com no mínimo duas macas, com distância entre estas de 0,80 m. Distância entre macas e paredes, exceto cabeceiras de 0,60m. Espaço, junto ao pé da maca para manobra, de no mínimo 1,20 m. O número de macas deve ser igual ao número de salas de parto cirúrgico. Instalações de água fria, oxigênio, ar comprimido medicinal, elétrica de emergência, vácuo e climatização.

4.2.7 Sala para AMIU: área mínima de 6,00m² com



instalações de oxigênio, ar comprimido medicinal, elétrica de emergência, vácuo clínico e climatização.

4.2.8 Área de indução anestésica: prever área para no mínimo duas macas, com distância entre estas de 0,80 m e entre as macas e as paredes de 0,60 m. Distância entre a cabeceira e a maca de 0,60 m. Espaço, junto ao pé da maca para manobra, de no mínimo 1,20 m. Instalações de oxigênio, óxido nitroso, ar comprimido medicinal, elétrica de emergência, vácuo clínico, elétrica diferenciada e climatização.

4.3 - Internação Obstétrica (Puérpera ou gestantes com intercorrências)

4.3.1 Quarto de alojamento conjunto: segue as características descritas nos itens 4.1.3 e 4.1.4, excluindo-se a área de 4,00 m² para cuidados de higienização do recém-nascido - bancada com pia.

4.3.2 Posto de enfermagem e prescrição profissional: Cada posto deve atender a no máximo 30 leitos, com a área mínima de 6,00 m² e com as instalações de água e elétrica de emergência.

4.3.3 Sala de exames e curativos: Quando existir enfermaria que não tenha subdivisão física dos leitos deve ser instalada uma sala a cada 30 leitos. Área mínima de 7,50 m² com instalações de água, ar comprimido medicinal e elétrica de emergência.

4.3.4 Área para controle de entrada e saída de pacientes, acompanhantes e visitantes. Área mínima de 5,00 m².





RESOLUÇÃO COFEN Nº 339-2008

Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e dá outras providências.

O Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, no uso de suas atribuições legais e regimentais, comandadas pela Lei nº 5.905/1973, e: CONSIDERANDO a deliberação do Plenário do COFEN em sua 365ª Reunião Ordinária de Plenário;

CONSIDERANDO o disposto nos Artigos 11 e 12 da Lei nº 7.498/86, e Artigos 8º e 9º do Decreto nº 94.406/87;

CONSIDERANDO o instituto da Responsabilidade Civil e da Obrigação de Indenizar por Danos a Terceiros, previstos no Artigo 927 e seguintes do Código Civil Brasileiro;

CONSIDERANDO a literal disposição do Artigo 5º, Inciso III, da Lei nº 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde;

CONSIDERANDO os mandamentos impostos na Resolução COFEN nº 223/1999, dispondo sobre a “atuação dos profissionais Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal”;

CONSIDERANDO o disposto na Portaria nº 985/GM, de 05/08/1999, que instituiu os Centros de Parto Normal no âmbito do SUS – Sistema Único de Saúde;

CONSIDERANDO o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, instituído pela Resolução COFEN nº 311/2007;

CONSIDERANDO ainda a Resolução COFEN nº 272/2002, que “dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, nas Instituições de Saúde Brasileiras”;



CONSIDERANDO o que fora contemplado no "Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal", firmado no ano de 2004;

CONSIDERANDO a RDC nº 36, de 03/06/2008, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que regulamenta o "Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal";

CONSIDERANDO a Resolução Normativa RN nº 167, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, de 09/01/2008, que demandou a "Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde em especial na Seção IV, do Plano Hospitalar com Obstetrícia, art. 16, Parágrafo único";

CONSIDERANDO por fim, todas as evidências científicas e os resultados dos estudos empreendidos pelo Grupo Técnico de Obstetrícia da Câmara Técnica de Assistência do COFEN,

RESOLVE:

Art. 1º - Normatizar a atuação dos profissionais Enfermeiros Obstetras e delimitar as suas responsabilidades no âmbito dos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Partos.

Parágrafo único. Os profissionais Enfermeiros deverão atuar nos estabelecimentos referidos no "caput" deste artigo, nos exatos termos do que dispõem os "Manuais e Informes Técnicos do Ministério da Saúde".

Art. 2º - Para os fins colimados no artigo anterior, são considerados "Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto, os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento à parturiente, ao recém-nascido, assim como aos seus familiares, no período gravídico-puerperal.

§ 1º. Nos estabelecimentos referidos nos artigos 1º e 2º desta Resolução, deverá ser prestado um atendimento humanizado e de qualidade, a fim de proporcionar um parto normal sem Distocia.

§ 2º. Tais Centros de Parto Normal e/ou Casa de Parto deverão compor a estrutura do Sistema de Saúde Local, atuando de forma



sintonizada e integrada às demais Unidades de Saúde existentes e deverão ser organizadas com o fim precípua de promoverem a ampliação do acesso da clientela, assim como do vínculo dos profissionais a estes, demandando-se um atendimento humanizado à parturiente, ao recém-nascido, assim como a seus familiares no período pré-natal, no parto e no puerpério.

§ 3º. Poderão, ainda, o Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto, atuar, fisicamente integrados a um Estabelecimento Assistencial de Saúde, Unidade Intra-Hospitalar, Peri-Hospitalar, Unidade Mista, ou como Estabelecimento Extra-Hospitalar.

Art. 3º - Os Profissionais Enfermeiros Obstetras deverão NOTIFICAR todos os óbitos maternos e neonatais aos Comitês de Mortalidade Materna e Infantil/Neonatal da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Saúde, em atendimento ao imperativo da Portaria GM/MS nº 1119, de 05/06/2008.

Art. 4º - Ao Profissional Enfermeiro Obstetra, atuando no Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto, ficam conferidas as seguintes atribuições:

I - Acolher a mulher e seus familiares no ciclo gravídico- puerperal e avaliar todas as condições de saúde materna, assim como a do feto;

II - Garantir o atendimento à mulher no pré-natal e puerpério por meio da consulta de enfermagem;

III - Desenvolver atividades sócio-educativas e de humanização, fundadas nos direitos sexuais, reprodutivos e de cidadania;

IV - Garantir a presença de acompanhante(s), da estrita escolha da mulher, desde o pré-natal, até a sua alta, ao final dos procedimentos;

V - Avaliar a evolução do trabalho de parto e as condições fetais, utilizando-se dos recursos do partograma e dos exames complementares;



VI – Priorizar a utilização de tecnologias apropriadas ao parto e nascimento, respeitando a individualidade da parturiente;

VII – Prestar assistência ao parto normal sem Distocia ao recém-nascido;

VIII – Assegurar a remoção da mulher no caso de eventual intercorrência do parto e do puerpério, em unidades de transporte adequados, no prazo máximo de 01 (uma) hora, acompanhando-a durante todo o percurso, até a ultimateiração de todos os procedimentos;

IX – Prestar assistência imediata ao recém-nascido que apresente intercorrência clínica e, quando necessário, garantir a sua remoção em unidades de transporte adequados, no prazo máximo de 01 (uma) hora, acompanhando-o durante todo o percurso, até a ultimateiração de todos os procedimentos;

X – Acompanhar a puérpera e seu recém-nascido por um período mínimo de 10 (dez) dias;

XI – Fazer registrar todas as ações assistenciais e procedimentais de Enfermagem, consoante normatização pertinente

Art. 5º - O Enfermeiro Responsável Técnico deverá garantir recursos humanos mínimos necessários ao funcionamento do Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto.

Art. 6º - O Enfermeiro Responsável Técnico pelo Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto deverá promover junto às Autoridades competentes todos os documentos legais à regularização do funcionamento de tais Unidades.

Art. 7º - Os Conselhos Regionais de Enfermagem, em suas respectivas Jurisdições, deverão promover uma ampla divulgação desta Resolução e zelar pelo seu cumprimento.

Art. 8º - Os casos omissos deverão ser resolvidos pelo COFEN.



Art. 9º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário, em especial a Resolução COFEN nº 308/2006.

Brasília, 23 de julho de 2008.

MANOEL CARLOS NÉRI DA SILVA
COREN-RO n.º 63.592
Presidente

CARLOS RINALDO NOGUEIRA MARTINS
COREN-AP n.º 49.733
Primeiro-Secretário
Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde





PORTARIA Nº 167,
DE 11 DE FEVEREIRO DE 2009

Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde.

O SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Decreto Nº 5.974, de 29 de novembro de 2006, e Considerando a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990 e suas alterações, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando o Decreto nº. 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria nº. 1.172/GM, de 15 de junho de 2004, que regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde e define a sistemática de financiamento;

Considerando a Portaria Nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº. 2.656/GM, de 17 de outubro de 2007, que dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas; e

Considerando a Resolução CFM nº. 1.779/2005, que



regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito, resolve:

CAPÍTULO I

Das Disposições Iniciais

Art. 1º O conjunto de ações relativas à coleta, codificação, processamento de dados, fluxo, consolidação, avaliação e divulgação de informações sobre os óbitos ocorridos no País compõe o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Art. 2º O conjunto de ações relativas à coleta, codificação, processamento de dados, fluxo, consolidação, avaliação e divulgação de informações sobre nascidos vivos ocorridos no País compõe o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

CAPÍTULO II

Das Competências

Art. 3º A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), como gestora nacional do SIM e do SINASC, tem as seguintes atribuições:

I - Estabelecer e divulgar diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas;

II - Consolidar e avaliar os dados processados e transferidos pelos Estados;

III - Estabelecer prazos para o envio de dados pelo nível Estadual;

IV- Desenvolver ações visando o aprimoramento da qualidade da informação;

V - Retroalimentar os dados para os integrantes do sistema; e



VI - Divulgar informações e análises epidemiológicas.

§ 1º Para cumprir o disposto na alínea V deste Artigo, a SVS/MS garantirá ferramentas que assegurem aos Gestores Estaduais/Distrito Federal, Municipais e aos Chefes de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, a retroalimentação automática dos dados de interesse transferidos ao módulo nacional do sistema.

§ 2º A SVS/MS é responsável pela geração e manutenção do cadastro de acesso dos Gestores Estaduais ao módulo nacional do sistema, de forma que possam utilizar o módulo de retroalimentação automática do sistema.

Art. 4º As Secretarias de Estado da Saúde, gestoras estaduais do SIM e do SINASC, em consonância com normas e diretrizes nacionais, têm as seguintes atribuições:

I - Criar e manter as condições necessárias à descentralização do sistema até o nível municipal;

II - Consolidar e avaliar os dados provenientes das unidades notificadoras no âmbito do seu território;

III - Estabelecer fluxos e prazos para o envio de dados pelo nível municipal e/ou regional;

IV - Remeter regularmente os dados ao nível nacional do sistema, dentro dos prazos estabelecidos nesta Portaria;

V - Desenvolver ações visando o aprimoramento da qualidade da informação;

VI - Retroalimentar os dados para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS);

VII - Divulgar informações e análises epidemiológicas; e

VIII - Estabelecer e divulgar diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito do Estado, em caráter complementar à atuação do nível Federal.



§ 1º Para cumprir o disposto na alínea V deste Artigo, o Gestor Estadual dos sistemas será responsável pela geração e manutenção do cadastro dos Gestores Municipais, de forma que possam utilizar o módulo de retroalimentação automática do sistema, garantido pela SVS/MS no módulo nacional do sistema.

§ 2º Os Gestores Municipais de localidades com a presença de população indígena aldeada em seu território, devem estabelecer pactuação com os Chefes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas referente à operacionalização do SIM e SINASC, na área de intersecção entre estes e o âmbito do Município.

Art. 5º As Secretarias Municipais de Saúde, gestoras do SIM e do SINASC no âmbito municipal, em consonância com normas e diretrizes nacionais e estaduais, têm as seguintes atribuições:

I - coletar, processar, consolidar e avaliar os dados provenientes das unidades notificantes;

II - transferir os dados em conformidade com os fluxos e prazos estabelecidos pelos níveis nacional e estadual;

III - desenvolver ações para o aprimoramento da qualidade da informação;

IV - retroalimentar os dados para as unidades notificadoras;

V - divulgar informações e análises epidemiológicas; e

VI - estabelecer e divulgar diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito do Município, em caráter complementar à atuação das esferas Federal e Estadual.

Art. 6º O órgão responsável pela Coordenação Nacional do Subsistema de Saúde Indígena no SUS, no Ministério da Saúde, terá as seguintes atribuições em relação à operacionalização do SIM e do SINASC:

I - Estabelecer parceria com a SVS/MS e pactuação com os



gestores estaduais e distritais indígenas, referente a operacionalização do SIM e SINASC na área de intersecção entre estes;

II - Gerar e manter o cadastro dos Chefes Distritais de Saúde Indígena, de forma que possam utilizar o módulo de retroalimentação automática do sistema, garantido pela SVS no módulo nacional do sistema;

III - Criar e manter as condições necessárias à descentralização do sistema até a esfera distrital do Subsistema de Saúde Indígena.

IV - Desenvolver ações, em parceria com a SVS/MS, visando o aprimoramento da qualidade da informação;

IV - Divulgar informações e análises epidemiológicas; e

V - Estabelecer e divulgar diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito dos distritos sanitários especiais indígenas, em consonância com as normas e diretrizes nacionais e estaduais.

Art. 7º Compete aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), enquanto coordenadores do SIM e do SINASC no recorte territorial de sua área de abrangência, em consonância com normas e diretrizes nacionais e estaduais:

I - Estabelecer pactuação com os gestores municipais para operacionalização do SIM e SINASC, na área de intersecção entre estes e o âmbito do Distrito;

II - coletar, processar e consolidar os dados provenientes dos eventos ocorridos em aldeias indígenas;

III - analisar os dados provenientes de eventos envolvendo indígenas, independente do local de ocorrência;

IV - transferir os dados, observados os fluxos e prazos estabelecidos pelos níveis nacional e estadual;



V - desenvolver ações para o aprimoramento da qualidade da informação;

VI - retroalimentar os dados para as unidades notificadoras;

VII - divulgar informações e análises epidemiológicas; e

VIII - estabelecer e divulgar diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito de seu território, em caráter complementar à atuação das esferas Federal e Estadual.

Paragrafo único. A competência dos DSEI no que se refere à alimentação de óbitos e nascimentos no SIM e SINASC, refere-se exclusivamente aos eventos ocorridos em aldeias indígenas, sendo que os eventos envolvendo indígenas, ocorridos fora destes territórios são de competência dos gestores Estaduais e Municipais do SUS, e seus registros nestes sistemas, estarão acessíveis aos DSEI por meio de retroalimentação.

Art. 8º Compete ao Distrito Federal, no que couberem, as atribuições referentes a estados e municípios.

CAPÍTULO III

Dos Sistemas e Documentos-padrão

Seção I

Do Sistema Informatizado

Art. 9º O Departamento de Análise da Situação de Saúde (DASIS/SVS/MS) é o responsável pela distribuição das versões atualizadas dos sistemas informatizados, necessários ao processamento dos dados coletados e registrados nos documentos-padrão, bem como a definição das estruturas responsáveis pelo treinamento e suporte técnico para implantação, operação, monitoramento e avaliação dos sistemas junto às Secretarias Estaduais de Saúde, que os repassarão para as Secretarias Municipais, de acordo com estratégias estabelecidas por cada



Unidade Federada.

§ 1º A distribuição de versões personalizadas do aplicativo informatizado para atender especificidades dos DSEI será realizada pelo DASIS/SVS/MS que as repassarão ao órgão responsável pela Coordenação Nacional do Subsistema de Saúde Indígena no SUS, no Ministério da Saúde, que as distribuirão para os DSEI.

Seção II

Dos Documentos-padrão

Art. 10. Deve ser utilizado o formulário da Declaração de Óbito (DO), constante no Anexo I desta Portaria, ou novos modelos que venham a ser distribuídos pelo Ministério da Saúde, como documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional, para a coleta dos dados sobre óbitos e considerado como o documento hábil para os fins do Art. 77, da Lei nº. 6.015/1973 para a lavratura da Certidão de Óbito, pelos Cartórios do Registro Civil.

Art. 11. Deve ser utilizado o formulário da Declaração de Nascidos Vivos (DN), constante do Anexo II desta Portaria, ou novos modelos que venham a ser distribuídos pelo Ministério da Saúde, como documento padrão de uso obrigatório em todo o território nacional, para a coleta dos dados sobre nascidos vivos, considerado como o documento hábil para os fins do inciso IV, Art. 10, da Lei nº. 8.069/1990, e do Art. 50, da Lei no 6.015/1973 para a lavratura da Certidão de Nascimento, pelos Cartórios do Registro Civil.

§ 1º A emissão da DN em caso de registro tardio, deve ser regulamentada pelas SES na área de sua competência, não podendo, entretanto, ocorrer para eventos anteriores à implantação do SINASC em cada Unidade Federada.

§ 2º O DASIS/SVS/MS elaborará e divulgará regularmente as rotinas e procedimentos operacionais necessários ao preenchimento da DO e da DN, bem como os conceitos, critérios e definições de cada campo das declarações.

Art. 12. A DO e a DN devem ter sua impressão, distribuição e



controle sob a responsabilidade da SVS/MS, que poderá delegá-las às Secretarias Estaduais de Saúde, mediante pactuação.

§ 1º A DO e a DN devem ser impressas com seqüência numérica única, em conjuntos de três vias autocopiativas, conforme fotolito padronizado pela SVS/MS que poderá ser fornecido às Secretarias Estaduais de Saúde, sempre que houver a pactuação prevista no caput deste Artigo.

§ 2º Cabe ao DASIS/SVS/MS, o controle da numeração que será utilizada nos formulários de ambos os sistemas.

§ 3º As Secretarias Estaduais de Saúde que pactuarem a delegação prevista no caput deste Artigo, deverão solicitar ao DASIS/SVS/MS, a faixa numérica a ser utilizada sempre que for necessária a impressão de novos formulários.

Art. 13. As Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis pela distribuição das DO e DN, diretamente ou por meio das suas instâncias regionais de saúde, às Secretarias Municipais de Saúde e aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, que estabelecerão controle sobre a distribuição e utilização de cada um dos documentos padrão, em sua esfera de gerenciamento dos sistemas.

§ 1º As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e os DSEI deverão informar e manter atualizado o módulo de distribuição de documentos-padrão, DO e DN, no aplicativo informatizado dos sistemas.

§ 2º A distribuição de DO e DN para DSEI cuja área de abrangência extrapole os limites de uma UF, será de responsabilidade do órgão responsável pela Coordenação Nacional do Subsistema de Saúde Indígena no SUS, no Ministério da Saúde, mediante pactuação com a SVS/MS.

§ 3º A SVS/MS deverá apresentar padrão para interoperabilidade entre o módulo de distribuição de documentos-padrão SIMSINASC e os sistemas informatizados de controle de documentos padrão das UF, que disponham de ferramenta mais completas e eficazes, permitindo que estas os utilizem em



substituição aos sistemas oficiais, após análise técnica e pactuação com o Ministério da Saúde.

§ 4º As Secretarias Municipais de Saúde deverão fornecer e controlar a utilização de formulários de DO para as seguintes unidades notificadoras e notificadores, que passarão a serem responsáveis solidárias pela série numérica recebida:

I - Estabelecimentos e Serviços de saúde, inclusive os de atendimento ou internação domiciliar;

II - Institutos Médicos Legais (IML);

III - Serviços de Verificação de Óbitos (SVO); e

IV - Médicos cadastrados pelas Secretarias Municipais de Saúde.

§ 5º É vedada a distribuição da DO às empresas funerárias.

§ 6º É permitida a distribuição de formulários de DO para cartórios de Registro Civil, somente em localidades onde não exista médico, salvo decisão em contrário do Gestor Municipal de Saúde a ser pactuada nas instâncias colegiadas do SUS com a Secretaria Estadual de Saúde, e em consonância com a Corregedoria de Justiça local.

§ 7º Os DSEI deverão fornecer e controlar a utilização de formulários de DO e DN para os profissionais de saúde cadastrados pelo órgão responsável pela Coordenação Nacional do Subsistema de Saúde Indígena no SUS, no Ministério da Saúde, que passarão a serem responsáveis solidários pela série numérica recebida.

§ 8º As Secretarias Municipais de Saúde deverão fornecer e controlar a utilização de formulários de DN para as seguintes unidades notificadoras e notificadores, que passarão a serem responsáveis solidárias pela série numérica recebida:

I - Estabelecimentos e Serviços de Saúde, onde possam ocorrer partos, inclusive os de atendimento ou internação domiciliar;



II - Médicos e enfermeiros, parteiras tradicionais reconhecidas e vinculadas a unidades de saúde, que atuem em partos domiciliares, cadastrados pelas Secretarias Municipais de Saúde; e

III - Cartórios de Registro Civil.

§9º A emissão indevida da DO e DN, quando conhecida, deve ser denunciada aos órgãos competentes pela instância que tinha a sua guarda, e pela instância que diretamente a distribuiu ao Notificador que tinha a última guarda.

Seção III

Do Processamento dos Dados

Art. 14. A SES deve organizar a logística de processamento de dados, cobrindo todo o território da UF, incluindo a definição do local onde serão processados os dados de eventos ocorridos em municípios que, por qualquer motivo, não assumam diretamente esta atribuição.

Parágrafo único. A ausência de condições em assumir o processamento de dados, não isenta o Município de todas as demais responsabilidades envolvidas na gestão do sistema, como distribuição e controle de documentos, coleta, busca ativa, aprimoramento da qualidade, investigação, etc.

Art. 15. A SES e a SMS devem manter equipes para manutenção dos sistemas de informação, composta dos profissionais necessários às várias funções assumidas, incluindo a codificação de causas de mortalidade.

Art. 16. Os dados constantes da DO e da DN deverão ser processados no Município onde ocorreu o evento.

§ 1º O processamento dos dados das DO emitidas pelos IML e SVO poderá, a critério da SES, ser realizado no Município que sedia o referido serviço e não no Município de ocorrência, de forma a assegurar o seu efetivo processamento.



§ 2º Além da retroalimentação de eventos de residentes ocorridos fora do Município ou UF, a SVS/MS disponibilizará meios para assegurar a retroalimentação aos municípios de ocorrência de dados de eventos processados em outros municípios ou UF.

§ 3º Os eventos ocorridos em aldeias indígenas, terão as DO e as DN processadas sob a responsabilidade do DSEI da área de abrangência correspondente, conforme lista constante do Anexo III.

§ 4º A SVS/MS disponibilizará meios para assegurar a retroalimentação dos dados de eventos ocorridos e processados nos DSEI, aos municípios e UF onde as aldeias estejam sediadas.

§ 5º A SVS/MS disponibilizará meios para assegurar que os dados de eventos ocorridos fora do Município de residência possam ter os dados de endereçamento qualificados no sistema informatizado, pelo Município de residência, após a retroalimentação, visando à busca ativa e vigilância a saúde do RN.

Seção IV

Das atribuições e responsabilidades dos médicos sobre a emissão da Declaração de Óbito

Art. 17. A emissão da DO é de competência do médico responsável pela assistência ao paciente, ou substitutos, excetuando-se apenas os casos confirmados ou suspeitos de morte por causas externas, quando a responsabilidade por este ato é atribuída ao médico do IML ou equivalente.

Art. 18. Os dados informados em todos os campos da DO são de responsabilidade do médico que atestou a morte, cabendo ao atestante preencher pessoalmente e revisar o documento antes de assiná-lo.

Art. 19. A competência para a emissão da DO será atribuída com base nos seguintes parâmetros:



I - Nos óbitos por causas naturais com assistência médica, a DO deverá ser fornecida, sempre que possível, pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente, ou de acordo com as seguintes orientações:

- a) A DO do paciente internado sob regime hospitalar deverá ser fornecida pelo médico assistente e, na sua ausência ou impedimento, pelo médico substituto, independente do tempo decorrido entre a admissão ou internação e o óbito;
- b) A DO do paciente em tratamento sob regime ambulatorial deverá ser fornecida por médico designado pela instituição que prestava assistência, ou pelo SVO;
- c) A DO do paciente em tratamento sob regime domiciliar na Estratégia Saúde da Família (ESF), internação domiciliar e outros deverá ser fornecida pelo médico pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, podendo ainda ser emitida pelo SVO, caso o médico não disponha de elementos para correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento registrado nos prontuários ou fichas médicas destas instituições; e
- d) Nas localidades sem SVO ou referência de SVO definida pela CIB, cabe ao médico da ESF ou da Unidade de Saúde mais próxima verificar a realidade da morte, identificar o falecido e emitir a DO, nos casos de óbitos de paciente em tratamento sob regime domiciliar, podendo registrar "morte com causa indeterminada" quando os registros em prontuários ou fichas médicas não ofereçam elementos para correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento que fazia. Se a causa da morte for desconhecida, poderá registrar "causa indeterminada" na Parte I do Atestado Médico da DO, devendo entretanto se tiver conhecimento, informar doenças pré-existentes na Parte II deste documento.

II -Nos óbitos por causas naturais, sem assistência médica durante a doença que ocasionou a morte:

- a) Nas localidades com SVO, a DO deverá ser emitida pelos médicos do SVO;
- b) Nas localidades sem SVO, a Declaração de Óbito deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento e, na sua ausência, por qualquer médico da localidade. Se a causa da morte



for desconhecida, poderá registrar “causa indeterminada” na Parte I do Atestado Médico da DO, devendo, entretanto se tiver conhecimento, informar doenças pré-existentes na Parte II deste documento.

III - Nos óbitos fetais, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a DO quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 (vinte) semanas, ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas, e/ou estatura igual ou superior a 25 (vinte e cinco) centímetros.

IV - Nos óbitos não fetais, de crianças que morreram pouco tempo após o nascimento, os médicos que prestaram assistência à mãe ou à criança, ou seus substitutos, ficam obrigados a fornecer a DO independente da duração da gestação, peso corporal ou estatura do recém-nascido, devendo ser assegurada neste caso também a emissão da Declaração de Nascidos Vivos pelo médico presente ou pelos demais profissionais de saúde.

V - Nas mortes por causas externas:

- a) Em localidade com IML de referência ou equivalente, a DO deverá, obrigatoriamente, ser emitida pelos médicos dos serviços médico-legais, qualquer que tenha sido o tempo decorrido entre o evento violento e a morte propriamente; e
- b) Em localidade sem IML de referência ou equivalente, a DO deverá ser emitida por qualquer médico da localidade, ou outro profissional investido pela autoridade judicial ou policial na função de perito legista eventual (ad hoc), qualquer que tenha sido o tempo decorrido entre o evento violento e a morte propriamente.

§ 6º Nos óbitos ocorridos em localidades onde exista apenas um médico, este é o responsável pela emissão da DO.

§ 7º Nos óbitos naturais ocorridos em localidades sem médico, a emissão das 3 (três) vias da DO deverá ser solicitada ao Cartório do Registro Civil de referência, pelo responsável pelo falecido, acompanhado de 2 (duas) testemunhas, em conformidade



com os fluxos acordados com as corregedorias de Justiça local.

§ 8º As Secretarias Municipais de Saúde deverão indicar o médico que emitirá a DO, de acordo com o preconizado acima, caso restem dúvidas sobre a atribuição.

§ 9º As Secretarias Municipais de Saúde deverão utilizar-se dos meios disponíveis na busca ativa de casos não notificados ao SIM.

Seção V

Do Fluxo da Declaração de Óbito

Art. 20. No caso de óbito natural ocorrido em estabelecimento de saúde, a DO emitida na Unidade Notificadora, terá a seguinte destinação:

I - 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;

II - 2ª via: representante/responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e

III - 3ª via: Unidade Notificadora, para arquivar no prontuário do falecido.

Art. 21. No caso de óbito natural ocorrido fora de estabelecimento de saúde e com assistência médica, a DO preenchida pelo médico responsável, conforme normatizado na Seção IV, terá a seguinte destinação:

I - 1ª e 3ª vias: Secretarias Municipais de Saúde; e

II - 2ª via: representante/responsável da família do falecido para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento.

Parágrafo único. No caso de óbito natural, sem assistência médica em localidades sem SVO, as vias da DO emitidas pelo médico



do Serviço de Saúde mais próximo, ou pelo médico designado pela Secretaria Municipal de Saúde, em conformidade com o § 8º do Art. 19 desta Portaria, deverão ter a mesma destinação disposta no caput deste Artigo.

Art. 22. No caso de óbito natural, sem assistência médica em localidades com SVO, a DO emitida pelo médico daquele Serviço, deverão ter a seguinte destinação:

I - 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;

II - 2ª via: representante/responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e

III - 3ª via: Serviço de Verificação de Óbitos.

Art. 23. No caso de óbito natural ocorrido em localidade sem médico, a DO preenchida pelo Cartório do Registro Civil terá a seguinte destinação:

I - 1ª e 3ª vias: Cartório de Registro Civil, para posterior coleta pela Secretaria Municipal de Saúde responsável pelo processamento dos dados; e

II - 2ª via: Cartório de Registro Civil, que emitirá a Certidão de Óbito a ser entregue ao representante/responsável pelo falecido.

§ 1º As Secretarias Municipais de Saúde deverão utilizar-se dos meios disponíveis na busca ativa de casos não notificados, valendo-se de todos os meios disponíveis para esta finalidade.

§ 2º No caso de óbito de indígena ocorrido em aldeia, nas condições do caput deste Artigo, a 1ª via será coletada pelo DSEI para processamento dos dados.

Art. 24. No caso de óbito natural ocorrido em aldeia indígena, com assistência médica, a DO emitida terá a seguinte destinação:

I - 1ª via: Distrito Sanitário Especial Indígena;



II - 2ª via: representante/responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e

III - 3ª via: Unidade Notificadora, para arquivar no prontuário do falecido.

Art. 25. Nos casos de óbitos por causas acidentais e/ou violentas, as três vias da DO, emitidas pelo médico do IML de referência, ou equivalente, deverão ter a seguinte destinação:

I - 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;

II - 2ª via: representante/responsável da família do falecido, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e

III - 3ª via: Instituto Médico Legal.

Art. 26. Nos casos de óbitos por causas acidentais e/ou violentas, nas localidades onde não exista IML de referência, ou equivalente, as três vias da DO, emitidas pelo perito designado pela autoridade judicial ou policial para tal finalidade, deverão ter a seguinte destinação:

I - 1ª e 3ª vias: Secretarias Municipais de Saúde; e

II - 2ª via: representante/responsável da família do falecido para ser utilizada na obtenção da Certidão de Óbito junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento.

Seção VI

Das atribuições e responsabilidades profissionais de saúde ou parteiras tradicionais sobre a emissão da Declaração de Nascido Vivo

Art. 27. A emissão da DN é de competência dos profissionais de saúde, ou parteiras tradicionais responsáveis pela assistência ao



parto ou ao recém-nascido (reconhecidas e vinculadas a unidades de Saúde), no caso dos partos hospitalares ou domiciliares com assistência.

§ 1º É obrigatória a emissão de DN para todo nascido vivo, independente da duração da gestação, peso e estatura do recém-nascido.

§ 2º Para o preenchimento da DN devem ser privilegiadas as informações prestadas pela puérpera, todos profissionais de saúde presentes em sala de parto, bem como todos os documentos disponíveis, como prontuários e anotações pertinentes.

Art. 28. Para partos domiciliares sem assistência de profissionais de saúde ou parteiras tradicionais, a DN deverá ser emitida pelo Cartório de Registro Civil, mediante autorização dada em provimento da Corregedoria de Justiça do Estado.

Art. 29. Os nascimentos sem assistência, ocorridos em famílias cadastradas na Estratégia de Saúde da Família ou no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a DN deverá ser emitida por um profissional de saúde devidamente habilitado, pertencente à equipe ou unidade a que a mãe da criança esteja vinculada.
Parágrafo único. As Secretarias Municipais de Saúde deverão utilizar-se dos meios disponíveis na busca ativa de casos não notificados ao SINASC.

Seção VII

Do Fluxo da Declaração de Nascido Vivo

Art. 30. Para os partos hospitalares, a DN preenchida pela Unidade Notificadora terá a seguinte destinação:

I - 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;

II - 2ª via: pai ou responsável legal, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Nascimento junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e



III -3ª via: arquivo da Unidade de Saúde junto a outros registros hospitalares da puérpera.

Art. 31. Para os partos domiciliares com assistência, a DN preenchida pelo profissional de saúde responsável pela assistência, deverá ter a seguinte destinação:

I - 1ª via: Secretaria Municipal de Saúde;

II -2ª via: pai ou responsável legal, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Nascimento junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e

III - 3ª via: pai ou responsável legal, para ser apresentada na primeira consulta em Unidade de Saúde.

Art. 32. Para os partos domiciliares sem assistência de qualquer profissional de saúde ou parteiras tradicionais - reconhecidas e vinculadas a unidades de saúde - a DN preenchida pelo Cartório de Registro Civil, mediante autorização dada em provimento da Corregedoria de Justiça do Estado terá a seguinte destinação:

I -1ª via: Cartório de Registro Civil, até ser recolhida pela Secretaria Municipal de Saúde;

II - 2ª via: Cartório de Registro Civil, que emitirá a Certidão de nascimento; e

III - 3ª via: pai ou responsável legal, para ser apresentada na primeira consulta na unidade de saúde.

Parágrafo único. As Secretarias Municipais de Saúde deverão utilizar-se dos meios disponíveis na busca ativa de casos não notificados, valendo-se inclusive, dos Agentes Comunitários de Saúde e parteiras tradicionais.

Art. 33. Para os partos domiciliares de indígenas em aldeias, com assistência, a DN preenchida pelo profissional de saúde ou parteira tradicional responsável pela assistência, deverá ter a seguinte destinação:



I - 1ª via: Distrito Sanitário Especial Indígena;

II - 2ª via: pai ou responsável legal, para ser utilizada na obtenção da Certidão de Nascimento junto ao Cartório do Registro Civil, o qual reterá o documento; e

III - 3ª via: pai ou responsável legal, para ser apresentada na primeira consulta em unidade de saúde.

CAPÍTULO IV

Da transferência dos dados, dos prazos e da regularidade

Art. 34. As Secretarias Estaduais de Saúde garantirão a transferência dos dados para o módulo nacional do Sistema, no prazo de até 60 (sessenta) dias após o encerramento do mês de ocorrência do nascimento ou óbito, no volume esperado, por meio eletrônico, via aplicativo, de modo contínuo, regular e automático, para alcançar as seguintes metas e prazos:

I - Os parâmetros adotados para estipular o volume de eventos esperados serão definidos com base nas coberturas (razão entre coletados e esperados) alcançadas por cada UF no último ano estatístico encerrado e publicado, conforme os seguintes estratos:

a) Para as UF com cobertura superior a 90%, será adotado como parâmetro para estipular óbitos e nascimentos esperados em cada mês, o número de registros informados pela UF por meio do próprio sistema de informação nos últimos 5 (cinco) anos.

b) Para as UF com cobertura igual ou inferior a 90%, será adotado como parâmetro para estipular óbitos e nascimentos esperados em cada mês, valor calculado a partir das estimativas adotadas pelo gestor nacional do sistema para o ano corrente, e na sua ausência, para o ano anterior.

II - O parâmetro adotado para monitorar o volume de eventos a serem transferidos no prazo de até 60 (sessenta) dias após o encerramento do mês de ocorrência será definido com base em um percentual pactuado anualmente, que deverá ser aplicado sobre a



cobertura alcançada por cada UF no último ano estatístico encerrado e publicado, conforme Anexo IV.

III - O Ministério da Saúde emitirá Nota Técnica anualmente apontando em que estrato se enquadra cada UF para as finalidades que preconizam os incisos I e II deste Artigo.

IV - O Ministério da Saúde emitirá Nota Técnica no prazo máximo de 90 (noventa) dias após a publicação desta Portaria, definindo normas, fluxos e instrumentos sobre a notificação negativa de óbitos e nascimentos por local de ocorrência, que passa a ser então obrigatória, sempre que não ocorram óbitos em um determinado mês.

V - A SVS/MS poderá, por meio de normas específicas definir prazos diferenciados para a digitação e envio de dados sobre eventos especiais, como óbitos infantis, maternos, e outros relacionados direta ou indiretamente a agravos de interesse epidemiológico.

Art. 35. As Secretarias Municipais de Saúde e os DSEI deverão disponibilizar os arquivos de transferência ao gestor estadual, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após o encerramento do mês de ocorrência, com o volume esperado de registros, segundo parâmetros a serem definidos pelo gestor estadual para viabilizar o alcance de suas metas junto ao gestor nacional.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde poderá indicar parâmetros para estimar volume esperado de nascimentos e óbitos por Município ou micro-regiões formadas por municípios de residência, como forma de apoiar o Gestor Estadual no acompanhamento do envio de dados pelos municípios de que trata o caput deste Artigo.

Art. 36. Os registros transferidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde ao módulo nacional do Sistema deverão ser avaliados quanto à qualidade, completude, consistência e integridade continuamente pelo Gestor Nacional dos sistemas.

§ 1º A qualidade, completude, consistência e integridade dos dados são de responsabilidade do nível de gestão do sistema



que o gerou, devendo ser revisado, atualizado e retransmitido por este até a consolidação do banco de dados, sempre que percebida a necessidade ou demandado pelos demais níveis de gestão do sistema, nos prazos definidos pelos gestores nacional e estadual.

§ 2º A consolidação do ano estatístico pela SVS/MS deverá ocorrer até o dia 30 de junho de cada ano, relativamente aos dados do ano anterior.

Art. 37. Os dados serão divulgados em caráter preliminar, e posteriormente em caráter definitivo, nos seguintes prazos:

I - Entre 30 de junho e 30 de agosto do ano subsequente ao ano de ocorrência, em caráter preliminar; e

II - Até 30 de dezembro do ano subsequente ao ano de ocorrência, em caráter oficial.

Art. 38. São responsabilidades dos gestores nas três esferas de governo a manutenção, integridade e confidencialidade das bases de dados do SIM e do SINASC.

CAPÍTULO V

Das Disposições Finais

Art. 39. As Secretarias Estaduais de Saúde poderão adotar, em sua jurisdição, fluxos alternativos aos definidos nos nesta Portaria, mediante pactuação na CIB referendada pela SVS/MS e:

I - Garantias de que não haja subnotificação dos eventos; e

II - Haja agilidade no sistema de informação, e o máximo de integração com o Sistema de Vigilância em Saúde local e nacional.

Art. 40. A SVS/MS emitirá norma complementar regulamentando o processo de investigação de óbitos e nascimentos, cujo registro na DO ou na DN tenha sido feito com qualidade inadequada aos padrões aceitáveis.



Parágrafo único. O resgate de registros de óbitos e nascimentos não documentados adequadamente por ocasião dos fatos será objeto desta normatização complementar, que tratará de instrumentos padrão e fluxos, com entrada identificada nos sistemas.

Art. 41. As Secretarias Estaduais de Saúde deverão normatizar, no âmbito do Estado, a guarda das Declarações de Óbito e Nascimento utilizadas para o processamento da informação, podendo destruí-los para descarte em seguida, desde que obedecidos os seguintes prazos e critérios mínimos:

I - 10 (dez) anos para a guarda do documento impresso não digitalizado;

II - 3 (três) anos para a guarda do documento impresso que tenha sido digitalizado ou microfilmado;

III - A destruição dos documentos originais que tenham sido cancelados por erro de preenchimento, poderá ser feita imediatamente após conferência e a digitação de seu cancelamento no módulo de distribuição de documentos-padrão no sistema informatizado; e

IV - A guarda da via do prontuário deverá durar o mesmo tempo que durar a guarda do próprio prontuário.

Art. 42. As Secretarias Municipais de Saúde deverão incentivar o Registro Civil de Nascimentos e de Óbitos por meio de integração com os cartórios e o encaminhamento, orientação e sensibilização aos familiares dos nascidos ou falecidos sobre a importância deste ato.

Art. 43. A falta de alimentação de dados no SIM e no SINASC, no volume esperado com base nos arts. 34 e 35 desta Portaria, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados no prazo de um ano, ensejará a suspensão das transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para os Estados, Distrito Federal e os Municípios, dos recursos do bloco da Atenção Básica, em conformidade com o Art. 37 da Portaria nº. 204/GM, de 29 de janeiro de 2007.



Parágrafo único. Os Estados, Distrito Federal e os Municípios têm um prazo máximo de 90 (noventa) dias após a publicação desta Portaria para se adaptarem às regras de regularidade, para as finalidades de que trata o caput deste Artigo.

Art. 44. O Ministério da Saúde têm um prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias, após a publicação desta Portaria, para disponibilizar as soluções de informática previstas nos compromissos assumidos com a retroalimentação por local de ocorrência, e 180 (cento e oitenta) dias para o desenvolvimento e implantação das soluções relacionadas aos aplicativos a serem distribuídos nas áreas indígenas, envolvendo aspectos relativos à sua territorialidade e questões étnicas específicas.

Art. 45. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 46. Fica revogada a Portaria nº. 20/SVS, de 3 de outubro de 2003, publicado no Diário Oficial da União nº. 194, Seção 1, pág. 50, de 7 de outubro de 2003 e republicada no Diário Oficial da União nº. 196, Seção 1, pág. 71, de 9 de outubro de 2003.

GERSON OLIVEIRA PENNA



Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. 2004, ano da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

BRENES, AC. História da Parturição no Brasil, século XIX. Cad. Saúde Pública 1991; 7(2): 135-49.

CAPES, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Mestrados/Doutorados reconhecidos: grande área da saúde. 2009.

Disponível em:

<http://www.capes.gov.br/avaliacao/cursos-recomendados-e-reconhecidos>. Acesso: 03 de setembro de 2009.

CASTRO, M G; Abramovay, M. Gênero e Meio Ambiente. 2ª ed. São Paulo: Cortez, UNESCO: UNICEF, 2005.

CNPq, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil.

Disponível em:

<http://dgp.cnpq.br/buscaoperacional/>
Acesso em: 06 de agosto de 2009.

ERDMANN, AL; MARZIALE, MHP; PEDREIRA, MLG et. al. A avaliação de periódicos científicos qualis e a produção brasileira de artigos da área de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 2009; 17(3): 403-409.



FNUAP, Fundo de População das Nações Unidas. Resumo do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. FUNAP. 1995.

Disponível em:

<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/conferencia.pdf>

GALLEGUILLOS, TGB; OLIVEIRA, MAC. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. Rev Esc Enf USP 2001; 35(1): 80-7.

MENDES, I A C. A saúde no Brasil e América Latina: as metas do milênio da ONU e o papel da enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2004; 12 (6): 845-850.

NASCIMENTO, E. (ed.). Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Informe da Atenção Básica, a. 5. n. 22; 2004.

Disponível em:

http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/periodicos/iab/04_0514_P.pdf

OMS, Organização Mundial de Saúde. Assistência ao Parto Normal: um guia prático. Genebra: OMS. Tradução para Português: Organização Panamericana de Saúde (OPAS), 1996.

OSAVA, RH. Assistência ao parto no Brasil: O lugar do não-médico [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1997.

PEREIRA, ALF. Atuação da enfermeira obstétrica na Política Pública de Humanização ao Parto no Rio de Janeiro. REME – Rev. Min. Enf. 2006; 10(3):233-239.

PROGIANTI, JM; MOUTA, RJO. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na Implantação de práticas do modelo humanizado em Maternidades. Rev. enferm. UERJ 2009; 17(2):165-9.



TYRREL, MAR; SANTOS, AEV; LUCAS, EAJCF. Ensino de Enfermagem Obstétrica no Brasil: (des) acertos 1972-1996. Rev Bras Enferm 2005; 58(6):677-81.

WHO, World Health Organization. Appropriate Technology for Birth. Lancet 1985; 2 (8452): 436-37.



