

ALTERA A PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO GM/MS Nº 3, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, E A PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO GM/MS Nº 6, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, PARA DISPOR SOBRE A HABILITAÇÃO E O FINANCIAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO MATERNA E INFANTIL (RAMI).

O ANEXO II DA PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO GM/MS Nº 3, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, PASSA A VIGORAR COM AS SEGUINTE ALTERAÇÕES:


DA HABILITAÇÃO DOS SERVIÇOS QUE COMPÕEM A REDE DE ATENÇÃO MATERNA E INFANTIL (RAMI)* (NR)

- *PARA OS FINS DESTES TÍTULOS, CONSIDERA-SE:
 - ALOJAMENTO CONJUNTO:** UNIDADE DE CUIDADOS HOSPITALARES EM QUE O RECÉM NASCIDO SADIO, LOGO APÓS O NASCIMENTO, PERMANECE AO LADO DA MÃE, 24 (VINTE E QUATRO) HORAS POR DIA, NO MESMO AMBIENTE, ATÉ A ALTA HOSPITALAR;
 - ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO E NASCIMENTO:** RESPEITO AO PARTO COMO EXPERIÊNCIA PESSOAL, CULTURAL E FAMILIAR, FUNDAMENTADA NA SEGURANÇA DO BINÔMIO MÃE E FILHO E NO PROTAGONISMO DA MULHER;
 - QUARTO PRÉ-PARTO, PARTO E PUERPÉRIO (PPP):** ESPAÇO DESTINADO AO PRÉ-PARTO, PARTO E PUERPÉRIO, PRIVATIVO PARA CADA MULHER E SEU ACOMPANHANTE, EM QUE A ATENÇÃO AOS PERÍODOS CLÍNICOS DO PARTO E DO NASCIMENTO OCORRE NO MESMO AMBIENTE, DA INTERNAÇÃO À ALTA, COM AMBIÊNCIA ADEQUADA À RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA (RDC) DA ANVISA Nº 36, DE 3 DE JUNHO DE 2008, QUE DISPÕE SOBRE REGULAMENTO TÉCNICO PARA FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL, OU OUTRA QUE VENHA A SUBSTITUÍ-LA;
 - GESTÃO DE BAIXO RISCO:** GRAVIDEZ EM QUE, APÓS AVALIAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL IDENTIFICAR NENHUM FATOR ACRESCIDO DE MORBIMORTALIDADE MATERNA, FETAL OU NEONATAL, A NÃO SER O PRÓPRIO ESTADO GRAVÍDICO;
 - SEGUIMENTO DO RECÉM-NASCIDO E DA CRIANÇA EGRESSOS DE UNIDADES NEONATAIS (ANEQ):** ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (AEE) E INTEGRAL AO RECÉM-NASCIDO, À CRIANÇA E À SUA FAMÍLIA, POR MEIO DE AVALIAÇÃO, DIAGNÓSTICO, TERAPÊUTICA E ORIENTAÇÃO NO PERÍODO POSTERIOR À INTERNAÇÃO EM UNIDADE NEONATAL, DE MANEIRA A PROMOVER SEU CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO ADEQUADOS, BEM COMO MINIMIZAR DANOS ADVINDOS DAS CONDIÇÕES QUE JUSTIFICARAM A INTERNAÇÃO.* (NR)

DO PROCEDIMENTO DE HABILITAÇÃO

- MEDIANTE SOLICITAÇÃO DOS GESTORES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS, ESTADOS E DISTRITO FEDERAL, PODERÃO SER HABILITADOS NOVOS SERVIÇOS QUE COMPÕEM A RAMI, NOS TERMOS DO ART. 24 DESTES ANEXOS, EXCETO AQUELES PREVISTOS NOS INCISOS VI, VIII, XIII E XIV. ...
- *PARA FINS DO DISPOSTO NO CAPUT, OS GESTORES DE SAÚDE DEVERÃO ENCAMINHAR A SOLICITAÇÃO DE HABILITAÇÃO POR MEIO DO SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE (SAIPS), ACOMPANHADA DOS SEGUINTE DOCUMENTOS:
 - I - OFÍCIO DO GESTOR MUNICIPAL, ESTADUAL OU DISTRITAL DE SAÚDE SOLICITANDO A HABILITAÇÃO PLEITEADA;
 - II - **PLANO MACRORREGIONAL DA RAMI**, APROVADO PELA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB) OU PELO COLEGIADO DE GESTÃO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (CGSES/DF);
 - III - RESOLUÇÃO DA CIB OU CGSES/DF QUE APROVE A SOLICITAÇÃO DE HABILITAÇÃO DO SERVIÇO;
 - IV - FORMULÁRIO DE INSPEÇÃO COM PARECER FAVORÁVEL DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA (VISA), DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO ESTABELECIDOS PARA A HABILITAÇÃO PLEITEADA;
 - V - FORMULÁRIO DA VISITA TÉCNICA ASSINADO PELO GESTOR LOCAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO, ESTADO OU DISTRITO FEDERAL, DE ACORDO COM A HABILITAÇÃO PLEITEADA, CONFORME ESTABELECIDO NOS FORMULÁRIOS DO SAIPS; E
 - VI - DEMAIS DOCUMENTOS QUE COMPROVEM O CUMPRIMENTO DOS CRITÉRIOS ESPECÍFICOS PARA CADA SERVIÇO, NOS TERMOS DO CAPÍTULO IV DESTES ANEXOS.

O PLANO MACRORREGIONAL DE QUE TRATA O INCISO II DEVERÁ OBSERVAR OS PARÂMETROS DO ART. 15 E DO ANEXO 2 DESTES ANEXOS.

AS SOLICITAÇÕES DE HABILITAÇÃO DOS SERVIÇOS QUE COMPÕEM A RAMI SERÃO AVALIADAS:

- I - **PELA SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (SAES/MS), EM RELAÇÃO AOS SEGUINTE SERVIÇOS:**
 - A) UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL (UTIN) TIPOS II E III;
 - B) UNIDADE DE CUIDADO INTERMEDIÁRIO NEONATAL CONVENCIONAL (UCINCO);
 - C) UNIDADE DE CUIDADO INTERMEDIÁRIO NEONATAL CANGURU (UCINCA);
- II - **PELA SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (SAPS/MS), EM RELAÇÃO AOS DEMAIS SERVIÇOS. A AVALIAÇÃO DE QUE TRATA O CAPUT SERÁ REALIZADA DE ACORDO COM OS SEGUINTE CRITÉRIOS:**
 - I - ADEQUAÇÃO ÀS REGRAS DESTES ANEXOS;
 - II - CONGRUÊNCIA COM OS DADOS CONSTANTES NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SUS;
 - III - DISPONIBILIDADE FINANCEIRO-ORÇAMENTÁRIA.

CASO NECESSÁRIO, PODERÁ SER REALIZADA VISITA TÉCNICA IN LOCO PARA VERIFICAÇÃO DO CUMPRIMENTO DOS CRITÉRIOS NECESSÁRIOS À HABILITAÇÃO.

DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DA RAMI
CONSTITUEM SERVIÇOS DA ATENÇÃO A GESTANTE DE BAIXO RISCO NO ÂMBITO DA RAMI:

- I - MATERNIDADE DE BAIXO RISCO (MAB);
- II - CENTRO DE PARTO NORMAL INTRA-HOSPITALAR (CPNI) TIPOS I E II;
- III - CENTRO DE PARTO NORMAL PERI-HOSPITALAR (CPNP);
- IV - CASA DA GESTANTE BEBÊ E PUÉRPERA (CGBP);
- V - UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS).

CONSTITUEM SERVIÇOS DE ATENÇÃO A GESTANTE DE ALTO RISCO NO ÂMBITO DA RAMI:

- I-AMBULATORIO ESPECIALIZADO DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO (AGAR);
- II - SERVIÇO DE REFERÊNCIA À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO (GAR) TIPO I;
- III - SERVIÇO DE REFERÊNCIA À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO (GAR) TIPO II;
- IV - CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUÉRPERA (CGBP);
- V-REFERÊNCIA HOSPITALAR EM ATENDIMENTO SECUNDÁRIO A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO;
- VI-REFERÊNCIA HOSPITALAR EM ATENDIMENTO TERCIÁRIO A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO.

CONSTITUEM SERVIÇOS DE ATENÇÃO INFANTIL NO ÂMBITO DA RAMI :

- I- ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA AO SEGUIMENTO DO RECÉM-NASCIDO E CRIANÇA EGRESSOS DE UNIDADE NEONATAL (ANEQ);
- II - UTIN TIPOS II E III;
- III - UCINCO;
- IV - UCINCA.* (NR)

DOS CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DA RAMI :
SERVIÇOS DE ATENÇÃO À GESTAÇÃO DE BAIXO RISCO:

- I- OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À GESTAÇÃO DE BAIXO RISCO SÃO VOLTADOS AO ATENDIMENTO A GESTANTES, PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS ESTRATIFICADOS, DURANTE TODA A GESTAÇÃO ESTRATIFICADA COMO DE BAIXO RISCO.
- II-OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À GESTAÇÃO DE BAIXO RISCO DEVERÃO OBSERVAR, NO ÂMBITO DE SUAS ATIVIDADES:
 - I - A GARANTIA DA CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA À GESTANTE DE BAIXO RISCO, AO PUERPÉRIO E AO RECÉM-NASCIDO SADIO, DA ADMISSÃO À ALTA, POR EQUIPE ASSISTENCIAL COMPLETA;
 - II - A GARANTIA DA ASSISTÊNCIA IMEDIATA À GESTANTE, À PUÉRPERA E AO RECÉMNASCIDO NAS INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS E NEONATAIS POR MÉDICOS OBSTETRAS E PEDIATRAS;
 - III - A OFERTA DE ORIENTAÇÕES PARA O PLANEJAMENTO FAMILIAR APÓS O PARTO, COM PROMOÇÃO DA CONTINUIDADE DAS AÇÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS);
 - IV - A GARANTIA DO FORNECIMENTO DE RELATÓRIO DE ALTA E DE ORIENTAÇÕES PÓS-ALTA, DE FORMA A PROMOVER A CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA PELA EQUIPE DA APS.
- MATERNIDADE DE BAIXO RISCO (MAB):** A MATERNIDADE DE BAIXO RISCO (MAB) É RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO A GESTANTES DE BAIXO RISCO, SENDO MATERNIDADE OU HOSPITAL GERAL COM LEITOS OBSTÉTRICOS E PRODUÇÃO ACIMA DE 500 (QUINHENTOS) PARTOS POR ANO.
- PODERÁ SER HABILITADO COMO MAB I:** O ESTABELECIMENTO QUE APRESENTE PRODUÇÃO INFERIOR A 500 (QUINHENTOS) PARTOS POR ANO E QUE ESTEJA EM LOCALIDADE COM VAZIO ASSISTENCIAL, DESDE QUE FACTUADO NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE E QUE ATENDA AOS DEMAIS CRITÉRIOS DESTA SUBSEÇÃO.

OS SERVIÇOS HABILITADOS COMO MAB DEVERÃO, NO ÂMBITO DE SUAS ATIVIDADES:

- I - PROPICIAR A PERMANÊNCIA DE 1 (UM) ACOMPANHANTE DE LIVRE ESCOLHA DA MULHER DURANTE O PERÍODO DE TRABALHO DE PARTO, PARTO E PUERPÉRIO;
 - II - DISPOR DE AMBIENTE ÚNICO PARA O PARTO, DE MODO A POSSIBILITAR LIBERDADE DE MOVIMENTOS E PROPORCIONAR MAIOR CONFORTO À MULHER;
 - III - DISPONIBILIZAR AMBIENTE PARA O PARTO, COM ACOMODAÇÃO ADEQUADA, CASO SEJA ESCOLHA DA GESTANTE TER UM ACOMPANHANTE DO SEXO MASCULINO;
 - IV - FORNECER HIDRATAÇÃO E ALIMENTAÇÃO ADEQUADAS E FREQUENTES À GESTANTE, DURANTE TODA A INTERNAÇÃO, COM ATENÇÃO ESPECIAL AO PERÍODO DE TRABALHO DE PARTO;
 - V - DISPOR DE ESTRUTURA E EQUIPE ADEQUADAS PARA PARTO VAGINAL E PARTO CESARIANO SEGUROS, SEJAM ELETIVOS OU IMEDIATOS;
 - VI - ASSEGURAR ACOLOHIMENTO ADEQUADO PARA AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE PERDA GESTACIONAL E ÓBITO FETAL, COM AMBIÊNCIA DIFERENCIADA DAS DEMAIS GESTANTES E PUÉRPERAS;
 - VII - PROMOVER, PROTEGER E APOIAR O ALEITAMENTO MATERNO, COM ATENÇÃO DIFERENCIADA PARA ADOLESCENTES;
 - VIII - ORIENTAR O ACESSO AOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS, ESPECIALMENTE OS DE LONGA DURAÇÃO;
 - IX - ARTICULAR COM A APS O AGENDAMENTO DA PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR E/OU CONSULTA NA PRÓPRIA APS, NO MÁXIMO, ATÉ O 7º DIA APÓS A ALTA, COM ÊNFASE NA PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE DE COMPLICAÇÕES E NA PROMOÇÃO DA SAÚDE;
 - X - UTILIZAR METODOLOGIAS QUE GARANTAM ASSISTÊNCIA SEGURA À PERDA GESTACIONAL;
 - XI - IMPLEMENTAR PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA AS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS, POR INICIATIVA PRÓPRIA OU POR MEIO DE COOPERAÇÃO.
- A MAB É CLASSIFICADA CONFORME A PRODUÇÃO ANUAL DE PARTOS:**
- I - **MAB I:** SERVIÇOS COM PRODUÇÃO DE 500 (QUINHENTOS) A 1.200 (MIL E DUZENTOS) PARTOS/ANO;
 - II - **MAB II:** SERVIÇOS COM PRODUÇÃO DE 1.201 (MIL DUZENTOS E UM) A 2.400 (DOIS MIL E QUATROCENTOS) PARTOS/ANO;
 - III - **MAB III:** SERVIÇOS COM PRODUÇÃO ACIMA DE 2.401 (DOIS MIL E QUATROCENTOS E UM) PARTOS/ANO.

SÃO CRITÉRIOS PARA HABILITAÇÃO COMO MAB:
I - EM RELAÇÃO À AMBIÊNCIA E INFRAESTRUTURA:

- A) ATENDER ÀS MEDIDAS SANITÁRIAS VIGENTES, EM CONFORMIDADE COM A RDC Nº 36, DE 3 DE JUNHO 2008, QUE DISPÕE SOBRE REGULAMENTO TÉCNICO PARA FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL, E A RDC Nº 50, DE 2002, QUE DISPÕE SOBRE REGULAMENTO TÉCNICO PARA PLANEJAMENTO, PROGRAMAÇÃO, ELABORAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROJETOS FÍSICOS DE ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE, AMBAS DA ANVISA, OU DE ACORDO COM OUTRAS QUE VENHAM A SUBSTITUÍ-LAS;
- B) CONTER LEITOS OBSTÉTRICOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, DE ACORDO COM AS NECESSIDADES E REFERÊNCIAS MACRORREGIONAIS;
- C) CONTER ÁREA PARA DEAMBULAÇÃO DURANTE O TRABALHO DE PARTO;
- D) CONTER ALOJAMENTO CONJUNTO, POSSIBILITANDO AO NEONATO A PERMANÊNCIA JUNTO À MÃE, SEMPRE QUE POSSÍVEL;
- E) CONTER LEITO EQUIPADO PARA ESTABILIZAÇÃO DA GESTANTE, PUÉRPERA E RECÉMNASCIDO ATÉ TRANSFERÊNCIA PARA SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE, DE ACORDO COM A NECESSIDADE;

II - TER PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS:

- A) DE ACOLOHIMENTO E COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (ACCR);
- B) DE MONITORIZAÇÃO MATERNA E FETAL EFETIVA;
- C) DE PRÁTICAS SEGURAS NA ATENÇÃO À GESTAÇÃO, AO PARTO, AO NASCIMENTO, AO PUERPÉRIO, À PERDA GESTACIONAL E AO RECÉM-NASCIDO;
- D) DE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO DA DOR;

III - DISPOR DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA AS SEGUINTE SITUAÇÕES:

- A) ALÍVIO DA DOR;
- B) USO ROTINEIRO E DE EMERGÊNCIA PARA REANIMAÇÃO DE GESTANTES, PUÉRPERAS E NEONATOS;
- C) TRATAMENTO DE INTERCORRÊNCIAS HEMORRÁGICAS, HIPERTENSIVAS E INFECÇÕES;

IV - DISPOR DOS SEGUINTE EQUIPAMENTOS:

- A) DE USO ROTINEIRO E DE EMERGÊNCIA PARA REANIMAÇÃO DE GESTANTES, PUÉRPERAS E NEONATOS;
- B) SONAR (DETECTOR FETAL);
- C) CARDIOTOCÓGRAFO;
- D) FOCO DE LUZ MÓVEL;
- E) MESA E INSTRUMENTAL PARA EXAME GINECOLÓGICO;
- F) CAMAS HOSPITALARES REGULÁVEIS OU CAMA PARA PPP, SENDO 1 (UMA) POR PARTURIENTE;
- G) MATERIAL PARA ESVAZIAMENTO UTERINO;
- H) INSTRUMENTAL PARA HISTERECTOMIA;
- I) MESA PARA PARTO CIRÚRGICO;
- J) BERÇO AQUECIDO DE CALOR RADIANTE PARA REANIMAÇÃO NEONATAL;
- K) BERÇO DE ACRÍLICO;
- L) INCUBADORA DE TRANSPORTE;
- M) CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE (CPAP); E
- N) CARRINHO DE PARADA COMPLETO PARA REANIMAÇÃO DE ADULTO E RECÉM-NASCIDO;
- V - DISPOR DE CENTRO CIRÚRGICO OU OBSTÉTRICO COM INSTRUMENTAIS E EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS À REALIZAÇÃO DE PARTO VAGINAL E CESÁREO, COM FUNCIONAMENTO 24 (VINTE E QUATRO) HORAS POR DIA, NOS 7 (SETE) DIAS DA SEMANA;5,5**

ALTERA A PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO GM/MS Nº 3, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, E A PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO GM/MS Nº 6, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, PARA DISPOR SOBRE A HABILITAÇÃO E O FINANCIAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO MATERNA E INFANTIL (RAMI).

O ANEXO II DA PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO GM/MS Nº 3, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, PASSA A VIGORAR COM AS SEGUINTE ALTERAÇÕES:

APÓS O DEFERIMENTO DAS SOLICITAÇÕES, O MINISTÉRIO DA SAÚDE PUBLICARÁ PORTARIA DE HABILITAÇÃO E DE FINANCIAMENTO NO DIÁRIO OFICIAL DE UNIÃO (DOU).
 O FINANCIAMENTO DOS SERVIÇOS DA RAMI OBSERVARÁ O DISPOSTO NO CAPÍTULO I DO TÍTULO VIII DA PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO GM/MS Nº 6, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017." (NR)

DA REDE DE ATENÇÃO MATERNA E INFANTIL (RAMI)

A REDE DE ATENÇÃO MATERNA E INFANTIL (RAMI) SERÁ FINANCIADA COM RECURSOS DA UNIÃO, DOS ESTADOS, DO DISTRITO FEDERAL E DOS MUNICÍPIOS. CABERÁ À UNIÃO, POR MEIO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, A TRANSFERÊNCIA DOS RECURSOS DA SEGUINTE FORMA:

I - RECURSOS DE CUSTEIO:

- A) POR PRODUÇÃO;
- B) GLOBAL AO SERVIÇO HABILITADO;

II - RECURSOS DE INVESTIMENTO:

- A) PARA AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE;
- B) PARA A REALIZAÇÃO DE OBRAS.

DO FINANCIAMENTO DAS DESPESAS DE CUSTEIO NA RAMI: DOS RECURSOS DE CUSTEIO POR PRODUÇÃO

O FINANCIAMENTO POR PRODUÇÃO CONTEMPLA INCENTIVOS FINANCEIROS PARA OS SEGUINTE PROCEDIMENTOS:

I - TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ; E

II - EXAMES RELACIONADOS AO PRÉ-NATAL.

O INCENTIVO FINANCEIRO RELATIVO AO TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ SERÁ REPASSADO AOS MUNICÍPIOS EM PARCELA ÚNICA ANUAL, NA MODALIDADE FUNDO A FUNDO, CALCULADO MEDIANTE A MULTIPLICAÇÃO DOS SEGUINTE VALORES:

I - NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS DO ÚLTIMO ANO POR MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA, ACRESCIDO DE 20% (VINTE POR CENTO); E

II - R\$ 1,68 (UM REAL E SESSENTA E OITO CENTAVOS), REFERENTE AO INCENTIVO RAMI.

*PARA FINS DO DISPOSTO NO CAPUT, SERÃO UTILIZADOS OS DADOS CONSTANTES NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC).

*PARA OS MUNICÍPIOS QUE APRESENTAREM NO SINASC REGISTROS INFERIORES A 100 (CEM) NASCIMENTOS, SERÁ CONSIDERADO O VALOR REFERENTE A 100 (CEM) TESTES.

*O MONITORAMENTO CONFORME DISPOSTO NO INCISO III DO ART. 26 DESTA ANEXO SERÁ FEITO MEDIANTE ACOMPANHAMENTO DOS REGISTROS DO PROCEDIMENTO 02.14.01.006-6 - TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ.

*O REPASSE DOS RECURSOS DESTINADOS AOS MUNICÍPIOS SERÁ FEITO POR MEIO DE PUBLICAÇÃO DE PORTARIA ESPECÍFICA, ANUALMENTE, DE ACORDO COM A DISPONIBILIDADE ORÇAMENTÁRIA DA FUNCIONAL PROGRAMÁTICA 10.301.5019.21CE.00.

*O INCENTIVO FINANCEIRO CONCERNENTE AOS EXAMES RELATIVOS AO PRÉ-NATAL SERÁ REPASSADO AOS MUNICÍPIOS EM PARCELA ÚNICA, NA MODALIDADE FUNDO A FUNDO, NO VALOR DE R\$ 49,86 (QUARENTA E NOVE REAIS E OITENTA E SEIS CENTAVOS), POR GESTANTE.

PARA MATERNIDADE E HOSPITAL GERAL COM LEITOS OBSTÉTRICOS, CIRÚRGICOS E CLÍNICOS COM HABILITAÇÃO EM GESTAÇÃO DE BAIXO RISCO (MAB) I, II E III, O INCENTIVO FINANCEIRO DE CUSTEIO CONSIDERARÁ O VOLUME ANUAL DE PARTOS REGISTRADOS NO SIH-SUS, DA SEGUINTE FORMA:

I - MAB I COM PRODUÇÃO DE 500 A 1.200 PARTOS POR ANO: R\$ 70.000,00 (SETENTA MIL REAIS) POR MÊS;

II - MAB II COM PRODUÇÃO DE 1.201 A 2.400 PARTOS POR ANO: R\$ 85.000,00 (OITENTA E CINCO MIL REAIS) POR MÊS; E

III - MAB III COM PRODUÇÃO ACIMA DE 2.401 PARTOS POR ANO: R\$ 100.000,00 (CEM MIL REAIS) POR MÊS.

FINANCIAMENTO RAMI

DOS RECURSOS DE CUSTEIO GLOBAL AO SERVIÇO HABILITADO

OS SERVIÇOS HABILITADOS NA RAMI CONTARÃO COM INCENTIVO FINANCEIRO DE CUSTEIO GLOBAL, ESPECÍFICOS PARA CADA CATEGORIA, NOS TERMOS DESTA SUBSEÇÃO.

ART. 812. PARA MATERNIDADE E HOSPITAL GERAL COM LEITOS OBSTÉTRICOS, CIRÚRGICOS E CLÍNICOS COM HABILITAÇÃO EM GESTAÇÃO DE BAIXO RISCO (MAB) I, II E III, O INCENTIVO FINANCEIRO DE CUSTEIO CONSIDERARÁ O VOLUME ANUAL DE PARTOS REGISTRADOS NO SIH-SUS, DA SEGUINTE FORMA:

I - MAB I COM PRODUÇÃO DE 500 A 1.200 PARTOS POR ANO: R\$ 70.000,00 (SETENTA MIL REAIS) POR MÊS;

II - MAB II COM PRODUÇÃO DE 1.201 A 2.400 PARTOS POR ANO: R\$ 85.000,00 (OITENTA E CINCO MIL REAIS) POR MÊS; E

III - MAB III COM PRODUÇÃO ACIMA DE 2.401 PARTOS POR ANO: R\$ 100.000,00 (CEM MIL REAIS) POR MÊS.

DO BLOCO DE ESTRUTURAÇÃO NA RAMI

OS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE QUE COMPÕEM A RAMI PODERÃO RECEBER RECURSO FINANCEIRO DE INVESTIMENTO DO BLOCO DE ESTRUTURAÇÃO DE QUE DISPÕE O ART. 3º DESTA PORTARIA, PARA:

I - AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PERMANENTES; E

II - CONSTRUÇÃO, REFORMA E AMPLIAÇÃO.

PARA SOLICITAR O REPASSE DE RECURSO FINANCEIRO DE INVESTIMENTO DO BLOCO DE ESTRUTURAÇÃO, O INTERESSADO DEVERÁ CADASTRAR PROPOSTA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE, POR MEIO:

I - DO SÍTIO ELETRÔNICO DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (FNS); OU

II - DA PLATAFORMA +BRASIL, EM CASO DE TED.

DE OBRAS DE CONSTRUÇÃO, REFORMA E AMPLIAÇÃO NA RAMI

PARA O FINANCIAMENTO DE OBRAS DE CONSTRUÇÃO, REFORMA E AMPLIAÇÃO, O INTERESSADO DEVERÁ CADASTRAR A PROPOSTA DE QUE TRATA O ART. 826, ACOMPANHADA DOS SEGUINTE DOCUMENTOS:

I - PLANO DE AÇÃO MACROREGIONAL DA RAMI, APROVADO PELA CIB OU PELO CGSES/DF;

II - LOCALIZAÇÃO GEORREFERENCIADA DO ESTABELECIMENTO NO QUAL OCORRERÁ A CONSTRUÇÃO, REFORMA OU AMPLIAÇÃO, COM ENDEREÇO COMPLETO E FOTOGRAFIA DO TERRENO E/OU DA ÁREA DE REFORMA;

III - CERTIDÃO DE REGISTRO EMITIDA PELO CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS COMPETENTE OU, ALTERNATIVAMENTE, TERMO DE DOAÇÃO DE FORMA IRRETRATÁVEL E IRREVOGÁVEL POR, NO MÍNIMO, 20 (VINTE) ANOS AO MUNICÍPIO, ESTADO OU DISTRITO FEDERAL, CONFORME DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA EM LEI COMO HÁBIL À PROVA DE PROPRIEDADE E OCUPAÇÃO REGULAR DO IMÓVEL, OU AINDA, MEDIANTE DECLARAÇÃO COMPROBATÓRIA DA CONDIÇÃO DE TERRENO PÚBLICO;

IV - JUSTIFICATIVA TÉCNICA QUE DEMONSTRE A RELEVÂNCIA DA CONSTRUÇÃO, REFORMA OU AMPLIAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE;

V - PLANTA DE LOCAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO ESTABELECIMENTO NO TERRENO DO ENDEREÇO INFORMADO NA PROPOSTA, CONFORME NORMAS (NBR ABNT 6492);

VI - ESTUDO PRELIMINAR DO PROJETO DE ARQUITETURA DE ACORDO COM O ANEXO DE INFRAESTRUTURA DESTA PORTARIA E, COMPLEMENTARMENTE, NO QUE COUBER, NORMAS E RESOLUÇÕES DA ANVISA VIGENTES PARA ASSISTÊNCIA E INFRAESTRUTURA HOSPITALAR E NORMAS BRASILEIRAS DE ACESSIBILIDADE (NBR ABNT 9050);

VII - TERMO DE COMPROMISSO, ASSINADO PELO GESTOR LOCAL, CONTENDO INFORMAÇÕES ACERCA DA GARANTIA DA EQUIPE MÍNIMA PARA FUNCIONALIDADE DO SERVIÇO APÓS A OBRA;

VIII - DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE TÉCNICA E GERENCIAL DO PROPONENTE PARA EXECUÇÃO DO OBJETO; E

IX - TERMO DE COMPROMISSO, ASSINADO PELO GESTOR LOCAL, EM QUE ASSUME A OBRIGAÇÃO DE CUMPRIR OS CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO DO COMPONENTE DA RAMI A SER FINANCIADO E DE SOLICITAR A HABILITAÇÃO OU QUALIFICAÇÃO DO SERVIÇO EM ATÉ 180 (CENTO E OITENTA) DIAS APÓS A CONCLUSÃO, GARANTINDO QUE FICA RESPONSÁVEL PELO EVENTUAL COFINANCIAMENTO NECESSÁRIO AO CUSTEIO DA UNIDADE EM FUNCIONAMENTO.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 01/07/2022 | Edição: 123-D | Seção: 1 - Extra D | Página: 1

Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro

PORTARIA GM/MS Nº 2.228, DE 1º DE JULHO DE 2022

Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a habilitação e o financiamento da Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, resolve:

Art. 1º O Anexo II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"TÍTULO II

DA HABILITAÇÃO DOS SERVIÇOS QUE COMPÕEM A REDE DE ATENÇÃO MATERNA E INFANTIL (RAMI)" (NR)

"CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 39. Este Título dispõe sobre a habilitação e a implantação dos serviços da Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 40. Para os fins deste Título, considera-se:

I - alojamento conjunto: unidade de cuidados hospitalares em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 (vinte e quatro) horas por dia, no mesmo ambiente, até a alta hospitalar;

II - atenção humanizada ao parto e nascimento: respeito ao parto como experiência pessoal, cultural e familiar, fundamentada na segurança do binômio mãe e filho e no protagonismo da mulher;

III - quarto pré-parto, parto e puerpério (PPP): espaço destinado ao pré-parto, parto e puerpério, privativo para cada mulher e seu acompanhante, em que a atenção aos períodos clínicos do parto e do nascimento ocorre no mesmo ambiente, da internação à alta, com ambiência adequada à Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Anvisa nº 36, de 3 de junho de 2008, que dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, ou outra que venha a substituí-la;

IV - gestação de baixo risco: gravidez em que, após avaliação, não é possível identificar nenhum fator acrescido de morbimortalidade materna, fetal ou neonatal, a não ser o próprio estado gravídico; e

V - seguimento do recém-nascido e da criança egressos de unidades neonatais (ANEQ): Atenção Ambulatorial Especializada (AEE) e integral ao recém-nascido, à criança e à sua família, por meio de avaliação, diagnóstico, terapêutica e orientação no período posterior à internação em unidade neonatal, de maneira a promover seu crescimento e desenvolvimento adequados, bem como minimizar danos advindos das condições que justificaram a internação." (NR)

"CAPÍTULO II

DO PROCEDIMENTO DE HABILITAÇÃO

Art. 41. Mediante solicitação dos gestores de saúde dos municípios, estados e Distrito Federal, poderão ser habilitados novos serviços que compõem a RAMI, nos termos do art. 24 deste Anexo, exceto aqueles previstos nos incisos VI, VIII, XIII e XIV.

§ 1º Para fins do disposto no caput, os gestores de saúde deverão encaminhar a solicitação de habilitação por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), acompanhada dos seguintes documentos:

I - ofício do gestor municipal, estadual ou distrital de saúde solicitando a habilitação pleiteada;

II - plano macrorregional da RAMI, aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF);

III - resolução da CIB ou CGSES/DF que aprove a solicitação de habilitação do serviço;

IV - formulário de inspeção com parecer favorável da vigilância sanitária (Visa), de acordo com os critérios de habilitação estabelecidos para a habilitação pleiteada;

V - formulário da visita técnica assinado pelo gestor local de saúde do município, estado ou Distrito Federal, de acordo com a habilitação pleiteada, conforme estabelecido nos formulários do SAIPS; e

VI - demais documentos que comprovem o cumprimento dos critérios específicos para cada serviço, nos termos do Capítulo IV deste Anexo.

§ 2º O plano macrorregional de que trata o inciso II deverá observar os parâmetros do art. 15 e do Anexo 2 deste Anexo.

Art. 42. As solicitações de habilitação dos serviços que compõem a RAMI serão avaliadas:

I - pela Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde (SAES/MS), em relação aos seguintes serviços:

a) Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) tipos II e III;

b) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); e

c) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa); e

II - pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (SAPS/MS), em relação aos demais serviços.

§ 1º A avaliação de que trata o caput será realizada de acordo com os seguintes critérios:

I - adequação às regras deste Anexo;

II - congruência com os dados constantes nos sistemas de informação do SUS; e

III - disponibilidade financeiro-orçamentária.

§ 2º Caso necessário, poderá ser realizada visita técnica in loco para verificação do cumprimento dos critérios necessários à habilitação.

§ 3º Após o deferimento das solicitações, o Ministério da Saúde publicará portaria de habilitação e de financiamento no Diário Oficial de União (DOU).

§ 4º O financiamento dos serviços da RAMI observará o disposto no Capítulo I do Título VIII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017." (NR)

"CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DA RAMI

Art. 43. Constituem serviços da atenção a gestante de baixo risco no âmbito da RAMI:

I - Maternidade de Baixo Risco (MAB);

II - Centro de Parto Normal Intra-Hospitalar (CPNi) tipos I e II;

III - Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar (CPNp);

IV - Casa da Gestante Bebê e Puérpera (CGBP); e

V - Unidade Básica de Saúde (UBS).

Art. 44. Constituem serviços de atenção a gestante de alto risco no âmbito da RAMI:

I - Ambulatório Especializado de Gestação de Alto Risco (AGAR);

II - Serviço de Referência à Gestação de Alto Risco (GAR) tipo I;

III - Serviço de Referência à Gestação de Alto Risco (GAR) tipo II;

IV - Casa da gestante, bebê e puérpera (CGBP);

V - referência hospitalar em atendimento secundário a gestação de alto risco; e

VI - referência hospitalar em atendimento terciário a gestação de alto risco.

Art. 45. Constituem serviços de atenção infantil no âmbito da RAMI :

I - Atenção Ambulatorial Especializada ao Seguimento do Recém-nascido e Criança Egressos de Unidade Neonatal (ANEQ);

II - UTIN tipos II e III;

III - UCINCo; e

IV - UCINCa." (NR)

"CAPÍTULO IV

DOS CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DA RAMI

Seção I

Serviços de atenção à gestação de baixo risco

Art. 46. Os serviços de atenção à gestação de baixo risco são voltados ao atendimento a gestantes, puérperas e recém-nascidos estratificados, durante toda a gestação estratificada como de baixo risco.

Art. 47. Os serviços de atenção à gestação de baixo risco deverão observar, no âmbito de suas atividades:

I - a garantia da continuidade da assistência à gestante de baixo risco, ao puerpério e ao recém-nascido sadio, da admissão à alta, por equipe assistencial completa;

II - a garantia da assistência imediata à gestante, à puérpera e ao recém-nascido nas intercorrências obstétricas e neonatais por médicos obstetras e pediatras;

III - a oferta de orientações para o planejamento familiar após o parto, com promoção da continuidade das ações na Atenção Primária à Saúde (APS); e

IV - a garantia do fornecimento de relatório de alta e de orientações pós-alta, de forma a promover a continuidade da assistência pela equipe da APS.

Subseção I

Maternidade de Baixo Risco (MAB)

Art. 48. A Maternidade de Baixo Risco (MAB) é responsável pelo atendimento a gestantes de baixo risco, sendo maternidade ou hospital geral com leitos obstétricos e produção acima de 500 (quinhentos) partos por ano.

Parágrafo único. Poderá ser habilitado como MAB I o estabelecimento que apresente produção inferior a 500 (quinhentos) partos por ano e que esteja em localidade com vazio assistencial, desde que pactuado na macrorregião de saúde e que atenda aos demais critérios desta Subseção.

Art. 49. Os serviços habilitados como MAB deverão, no âmbito de suas atividades:

I - propiciar a permanência de 1 (um) acompanhante de livre escolha da mulher durante o período de trabalho de parto, parto e puerpério;

II - dispor de ambiente único para o parto, de modo a possibilitar liberdade de movimentos e proporcionar maior conforto à mulher;

III - disponibilizar ambiente para o parto, com acomodação adequada, caso seja escolhida a gestante ter um acompanhante do sexo masculino;

IV - fornecer hidratação e alimentação adequadas e frequentes à gestante, durante toda a internação, com atenção especial ao período de trabalho de parto;

V - dispor de estrutura e equipe adequadas para parto vaginal e parto cesariano seguros, sejam eletivos ou imediatos;

VI - assegurar acolhimento adequado para as mulheres em situação de perda gestacional e óbito fetal, com ambiência diferenciada das demais gestantes e puérperas;

VII - promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, com atenção diferenciada para adolescentes;

VIII - orientar o acesso aos métodos contraceptivos, especialmente os de longa duração;

IX - articular com a APS o agendamento da primeira visita domiciliar e/ou consulta na própria APS, no máximo, até o 7º dia após a alta, com ênfase na prevenção e detecção precoce de complicações e na promoção da saúde;

X - utilizar metodologias que garantam assistência segura à perda gestacional; e

XI - implementar programa de educação permanente para as equipes multiprofissionais, por iniciativa própria ou por meio de cooperação.

Art. 50. A MAB é classificada conforme a produção anual de partos:

I - MAB I: serviços com produção de 500 (quinhentos) a 1.200 (mil e duzentos) partos/ano;

II - MAB II: serviços com produção de 1.201 (mil duzentos e um) a 2.400 (dois mil e quatrocentos) partos/ano; e

III - MAB III: serviços com produção acima de 2.401 (dois mil e quatrocentos e um) partos/ano.

Art. 51. São critérios para habilitação como MAB:

I - em relação à ambiência e infraestrutura:

a) atender às medidas sanitárias vigentes, em conformidade com a RDC nº 36, de 3 de junho 2008, que dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, e a RDC nº 50, de 2002, que dispõe sobre regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, ambas da Anvisa, ou de acordo com outras que venham a substituí-las;

b) conter leitos obstétricos clínicos ou cirúrgicos, de acordo com as necessidades e referências macrorregionais;

c) conter área para deambulação durante o trabalho de parto;

d) conter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe, sempre que possível; e

e) conter leito equipado para estabilização da gestante, puérpera e recém-nascido até transferência para serviço de maior complexidade, de acordo com a necessidade;

II - ter protocolos assistenciais:

a) de acolhimento e com classificação de risco (Accr);

b) de monitorização materna e fetal efetiva;

c) de práticas seguras na atenção à gestação, ao parto, ao nascimento, ao puerpério, à perda gestacional e ao recém-nascido; e

d) de métodos não farmacológicos de alívio da dor;

III - dispor de medicamentos e insumos para as seguintes situações:

a) alívio da dor;

b) uso rotineiro e de emergência para reanimação de gestantes, puérperas e neonatos; e

c) tratamento de intercorrências hemorrágicas, hipertensivas e infecções;

IV - dispor dos seguintes equipamentos:

a) de uso rotineiro e de emergência para reanimação de gestantes, puérperas e neonatos;

b) sonar (detector fetal);

- c) cardiocógrafa;
- d) foco de luz móvel;
- e) mesa e instrumental para exame ginecológico;
- f) camas hospitalares reguláveis ou cama para PPP, sendo 1 (uma) por parturiente;
- g) material para esvaziamento uterino;
- h) instrumental para histerectomia;
- i) mesa para parto cirúrgico;
- j) berço aquecido de calor radiante para reanimação neonatal;
- k) berço de acrílico;
- l) incubadora de transporte;
- m) Continuous Positive Airway Pressure (CPAP); e
- n) carrinho de parada completo para reanimação de adulto e recém-nascido;

V - dispor de centro cirúrgico ou obstétrico com instrumentais e equipamentos necessários à realização de parto vaginal e cesáreo, com funcionamento 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana;

VI - prover acesso aos serviços de:

- a) laboratório de análises clínicas;
- b) ultrassonografia;
- c) unidades de terapia intensiva adulto e neonatal;
- d) transporte regulado e seguro aos serviços de atenção obstétrica e neonatal de maior complexidade, em tempo oportuno; e
- e) tratamento hemoterápico oportuno em casos de complicações hemorrágicas;

VII - para MAB I, dispor de equipe multiprofissional, com:

- a) médico obstetra, 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, podendo ser por escala de sobreaviso;
- b) médico pediatra ou neonatologista, 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, podendo ser por escala de sobreaviso;
- c) médico anestesiológico, 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, podendo ser por escala de sobreaviso;
- d) enfermeiro, preferencialmente obstétrico ou obstetriz, em tempo integral, 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, de acordo com o quantitativo de leitos obstétricos;
- e) técnicos de enfermagem em tempo integral, 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, de acordo com o quantitativo de leitos obstétricos;

VIII - para MAB II e III, dispor de equipe multiprofissional, com:

- a) médico obstetra em tempo integral, 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana;
- b) médico pediatra ou neonatologista em tempo integral, 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana;
- c) médico anestesiológico em tempo integral, 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana;
- d) enfermeiro, preferencialmente obstétrico ou obstetriz, em tempo integral, 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, de acordo com o quantitativo de leitos obstétricos; e
- e) técnicos de enfermagem em tempo integral, 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, de acordo com o quantitativo de leitos obstétricos; e

IX - ter acesso a equipe com:

a) médicos especialistas em clínica geral e cirurgia geral; e

b) profissionais de fisioterapia, psicologia, nutrição, fonoaudiologia, assistência social e de farmacêutica, de acordo com as necessidades clínicas da gestante e do recém-nascido.

Art. 52. A MAB deve apresentar a seguinte produção mínima no Sistema de Informação Hospitalar (SIH), vinculada ao tipo:

I - MAB I: produção mínima de 804 (oitocentos e quatro) procedimentos anuais e média de 67 (sessenta e sete) procedimentos mensais;

II - MAB II: produção mínima de 1.500 (mil e quinhentos) procedimentos anuais e média de 125 (cento e vinte e cinco) procedimentos mensais; e

III - MAB III: produção mínima de 3.396 (três mil e trezentos e noventa e seis) procedimentos anuais e média de 283 (duzentos e oitenta e três) procedimentos mensais.

§ 1º Para fins de monitoramento da MAB, conforme disposto no inciso III do art. 26. do Título I do Anexo II desta Portaria, será considerada a produção, devidamente registrada na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), constante da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, dos seguintes procedimentos:

I - 03.10.01.003-9, Parto normal;

II - 03.10.01.004-7, Parto normal em gestação de alto risco;

III - 03.10.01.005-5, Parto normal em CPN;

IV - 04.11.01.003-4, Parto cesariano;

V - 04.11.01.002-6, Parto cesariano em gestação de alto risco;

VI - 04.11.01.004-2, Parto cesariano com laqueadura tubária;

VII - 04.11.02.004-8, Tratamento cirúrgico de gravidez ectópica;

VIII - 04.09.06.005-4, Curetagem uterina em mola hidatiforme;

IX - 04.11.02.001-3, Curetagem pós-abortamento/puerperal; e

X - 04.09.06.007-0, Esvaziamento de útero pós-aborto por aspiração manual intrauterina (AMIU).

§ 2º A produção de procedimentos anuais de que trata o caput será acompanhada periodicamente pelo gestor local de saúde e pelo Ministério da Saúde.

Art. 53. É vedado aos estabelecimentos de saúde:

I - ter mais de uma habilitação em MAB; e

II - habilitado como MAB I ser habilitado como CPNi.

Subseção II

Centro de Parto Normal Intra-Hospitalar (CPNi)

Art. 54. O Centro de Parto Normal Intra-hospitalar (CPNi) é a unidade responsável pela assistência à gestante de baixo risco em trabalho de parto, devendo estar localizada no interior de um hospital ou maternidade.

Art. 55. O CPNi é classificado em:

I - CPNi tipo I 3 PPP;

II - CPNi tipo I 5 PPP;

III - CPNi tipo II 3 PPP; e

IV - CPNi tipo II 5 PPP.

Parágrafo único. São critérios para classificação em CPNi tipo I:

I - dispor de ambientes fins exclusivos da unidade, tais como recepção e sala de exames, quartos PPP, área de deambulação, posto médico e de enfermagem e sala de serviço, sendo possível compartilhar os ambientes de apoio; e

II - ter capacidade para garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP, da admissão à alta.

Art. 56. São critérios específicos para classificação em CPNi tipo II:

I - dispor de ambientes compartilhados com o restante da maternidade, como recepção, sala de exames, posto médico e de enfermagem, sala de serviço e outros ambientes de apoio; e

II - ter capacidade para garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP durante o trabalho de parto e parto, podendo, após o puerpério imediato, serem transferidos para o alojamento conjunto.

Art. 57. São critérios gerais para habilitação como CPNi:

I - em relação à ambiência e infraestrutura:

a) atender às medidas sanitárias vigentes, em conformidade com a RDC nº 36, de 2008, que dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, e a RDC nº 50, de 2002, que dispõe sobre regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, ambas da Anvisa, ou de acordo com outras que venham a substituí-las;

b) ser adequada para a mulher durante o período de trabalho de parto, parto e puerpério, com privacidade e controle de iluminação, climatização e ruídos;

c) ter a planta baixa do projeto arquitetônico do estabelecimento de saúde aprovado pelo órgão de vigilância sanitária local, com a identificação dos espaços físicos, inclusive indicando os ambientes de apoio, conforme disposto na RDC nº 36, de 2008, da Anvisa;

d) ser adequada para a permanência de um acompanhante de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; e

e) ser adequada para a deambulação durante o trabalho de parto;

II - ter protocolos assistenciais e rotinas:

a) de admissão no CPNi e de assistência ao trabalho de parto, parto, puerpério e de cuidados com o recém-nascido;

b) de orientação à linha de cuidado materna e infantil e outros protocolos que promovam a prática segura, de qualidade e humanizada; e

c) que favoreçam a proteção do período sensível e o contato pele a pele imediato e ininterrupto entre a mãe e o recém-nascido, de forma a promover o vínculo, com a participação de acompanhante, quando couber; e

d) com métodos não farmacológicos para alívio da dor;

III - prover medicamentos e insumos:

a) para alívio da dor;

b) de uso rotineiro e de emergência para reanimação de gestantes, puérperas e neonatos; e

c) para cateterismo umbilical;

IV - dispor dos seguintes equipamentos:

a) de uso rotineiro e de emergência para reanimação de gestantes, puérperas e neonatos;

b) sonar (detector fetal);

c) cardiotocógrafo;

d) foco de luz móvel;

e) mesa e instrumental para exame ginecológico;

- f) camas hospitalares reguláveis ou cama para PPP, sendo 1 (uma) por parturiente;
 - g) carrinho de parada completo para reanimação de adulto e recém-nascido;
 - h) barra fixa ou escada de Ling;
 - i) bola de fisioterapia e cavalinho obstétrico;
 - j) arco de suporte (acoplável e removível na cama de alvenaria) que possibilite a adoção da posição de cócoras pela mulher;
 - k) perneira para adoção da posição ginecológica pela mulher;
 - l) banquetas e/ou cadeiras para parto vertical;
 - m) berço aquecido de calor radiante para reanimação neonatal;
 - n) berço de acrílico, sendo 1 (um) por quarto PPP;
 - o) poltrona reclinável para acompanhante;
 - p) mesa de cabeceira; e
 - q) equipamento audiovisual;
- V - dispor de serviços:
- a) laboratoriais de análises clínicas;
 - b) de ultrassonografia; e
 - c) de acesso à transporte regulado e seguro e aos serviços de atenção obstétrica e neonatal de maior complexidade, em tempo oportuno;
- VI - dispor de equipe mínima conforme art. 58 deste Título; e
- VII - possuir habilitação em MAB II ou III ou GAR II.

Parágrafo único. O serviço já habilitado como CPNi pela Rede Cegonha não tem a obrigatoriedade de ser habilitado nos serviços dispostos no inciso VII.

Art. 58. São critérios em relação à equipe multiprofissional de cada CPNi:

- I - CPNi tipo I e tipo II, com 3 (três) PPP:
- a) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetrix, com carga horária semanal de 40 (quarenta) horas de trabalho, 8 (oito) horas por dia;
 - b) 1 (um) médico obstetra, disponível no estabelecimento, em casos de intercorrências obstétricas, 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana;
 - c) 1 (um) médico pediatra, disponível no estabelecimento, em casos de intercorrências neonatais, 24 (vinte e quatro) horas, nos 7 (sete) dias da semana;
 - d) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetrix, disponível nas 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana;
 - e) 1 (um) técnico de enfermagem, disponível 24 (vinte e quatro) horas, nos 7 (sete) dias da semana; e
 - f) 1 (um) auxiliar de serviços gerais, disponível 24 (vinte e quatro) horas, nos 7 (sete) dias da semana; e
- II - CPNi tipo I e tipo II, com 5 (cinco) PPP:
- a) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetrix, com carga horária semanal de 40 (quarenta) horas de trabalho, 8 (oito) horas por dia;
 - b) 1 (um) médico obstetra, disponível no estabelecimento, em casos de intercorrências obstétricas, 24 (vinte e quatro) horas, nos 7 (sete) dias da semana;
 - c) 1 (um) médico pediatra, disponível no estabelecimento, em casos de intercorrências neonatais, 24 (vinte e quatro) horas, nos 7 (sete) dias da semana;

d) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetriz, disponível 24 (vinte e quatro) horas, nos 7 (sete) dias da semana;

e) 2 (dois) técnicos de enfermagem, disponíveis 24 (vinte e quatro) horas, nos 7 (sete) dias da semana; e

f) 1 (um) auxiliar de serviços gerais, disponível 24 (vinte e quatro) horas, nos 7 (sete) dias da semana.

Art. 59. O CPNi deve apresentar a seguinte produção mínima no SIH, vinculada ao quantitativo de PPP:

I - 3 (três) PPP: produção mínima de 480 (quatrocentos e oitenta) partos anuais e média de 40 (quarenta) partos mensais; e

II - 5 (cinco) PPP: produção mínima de 840 (oitocentos e quarenta) partos anuais e média de 70 (setenta) partos mensais.

Parágrafo único. A produção de partos anuais de que trata o caput será acompanhada periodicamente pelo gestor local de saúde e pelo Ministério da Saúde.

Art. 60. Para fins de monitoramento do CPNi, conforme disposto no inciso III do art. 26 do Título I do Anexo II desta Portaria, será considerada a produção, devidamente registrada na AIH, constante da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, do procedimento 03.10.01.005-5 - Parto normal em CPN.

Art. 61. Fica vedada a habilitação de mais de uma unidade de CPNi por estabelecimento hospitalar.

Subseção III

Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar (CPNp)

Art. 62. O Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar (CPNp) é a unidade responsável pela assistência à gestante de baixo risco em trabalho de parto, devendo estar localizada fora de ambiente hospitalar.

Parágrafo único. Não será permitida nova habilitação desse serviço.

Art. 63. O CPNp é classificado segundo os quantitativos a seguir:

I - 3 (três) quartos PPP, com produção mínima de 480 (quatrocentos e oitenta) partos anuais e média de 40 (quarenta) partos mensais; e

II - 5 (cinco) quartos PPP, com produção mínima de 840 (oitocentos e quarenta) partos anuais e média de 70 (setenta) partos mensais.

Art. 64. Para a manutenção de serviço de CPNp habilitado pela Rede Cegonha, é necessário que este:

I - atenda aos critérios gerais e de equipe multiprofissional dispostos nos arts. 57 e 58 deste Anexo;

II - esteja localizado nas imediações do estabelecimento hospitalar de referência, a uma distância que possa ser percorrida em tempo inferior a 20 (vinte) minutos do respectivo estabelecimento, em unidades de transporte adequadas;

III - garanta a transferência da mulher e do recém-nascido para o estabelecimento hospitalar de referência, em caso de eventuais riscos ou intercorrências, em unidades de transporte adequadas, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana;

IV - garanta a equipe mínima do CPNp com 3 (três) quartos PPP e com:

a) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetriz, responsável técnico pelo CPN, com carga horária semanal de trabalho de 40 (quarenta) horas, 8 (oito) horas por dia;

b) enfermeiro obstétrico ou obstetriz, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, nas seguintes quantidades mínimas:

1. 1 (um) durante a presença do responsável técnico de que trata a alínea "a"; e

2. 2 (dois) durante as escalas noturnas, de finais de semana e feriados, bem como nas ausências prolongadas do responsável técnico de que trata a alínea "a";

c) 1 (um) técnico de enfermagem 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e

d) 1 (um) auxiliar de serviços gerais, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e

V - garanta a equipe mínima do CPNp com 5 (cinco) quartos PPP e com:

a) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetriz responsável técnico pelo CPNp, com carga horária semanal de trabalho de 40 (quarenta) horas, 8 (oito) horas por dia;

b) 2 (dois) enfermeiros obstétricos ou obstetrizes, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana;

c) 1 (um) técnico de enfermagem, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e

d) 1 (um) auxiliar de serviços gerais, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana.

§ 1º O enfermeiro obstétrico ou obstetriz coordenador do cuidado também deverá exercer as atividades de assistência relativas ao cuidado materno e neonatal.

§ 2º Os enfermeiros obstétricos que atuam nos CPNp deverão apresentar certificado de especialista na área de enfermagem obstétrica, consubstanciado em especialização lato sensu ou programa de residência.

Art. 65. Os serviços habilitados como CPNp devem ter a seguinte produção mínima, a ser apresentada por meio do SIH:

I - 3 (três) quartos PPP: 480 (quatrocentos e oitenta) partos anuais e média de 40 (quarenta) partos mensais; e

II - 5 (cinco) quartos PPP: 840 (oitocentos e quarenta) partos anuais e média de 70 (setenta) partos mensais.

Parágrafo único. A produção de partos anuais de que trata o caput será acompanhada periodicamente pelo gestor local de saúde e pelo Ministério da Saúde.

Subseção IV

Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP)

Art. 66. A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) é uma residência provisória de cuidado à gestação, ao puerpério e ao recém-nascido, destinada às usuárias que necessitem de vigilância e que estejam em situação de risco ou vulnerabilidade, identificadas pela atenção primária ou especializada.

Art. 67. Para habilitação como CGBP, o estabelecimento deve:

I - ter capacidade de acolhimento para 10 (dez), 15 (quinze) ou 20 (vinte) vagas, entre gestantes, puérperas com recém-nascidos e puérperas sem recém-nascidos;

II - ser vinculado a um estabelecimento hospitalar de referência em GAR II ou MAB II e III;

III - situar-se preferencialmente, nas imediações do estabelecimento hospitalar ao qual pertence, em um raio igual ou inferior a 5 (cinco) quilômetros do estabelecimento ao qual esteja vinculado; e

IV - dispor de ambientes específicos, tais como dormitório, banheiro, sala e cozinha, todos separados entre si e adequados ao número de mulheres e recém-nascidos.

Art. 68. A CGBP, no âmbito de suas atividades, deverá:

I - garantir acolhimento, orientação, hospedagem e alimentação às gestantes, às puérperas e aos recém-nascidos em situação de risco que necessitem de acompanhamento supervisionado pela equipe de referência do estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada;

II - realizar acompanhamento diário pela equipe de enfermagem;

III - prestar assistência à saúde garantida pelo estabelecimento hospitalar durante a permanência na CGBP, de acordo com as necessidades clínicas dos usuários;

IV - possibilitar visita aberta, com horários ampliados e flexíveis;

V - prestar cuidados na prevenção e no tratamento da infecção puerperal e ter ações da primeira semana direcionadas a puérpera e recém-nascidos;

VI - disponibilizar insumos, materiais, suprimentos e limpeza.

Art. 69. A CGBP deve ter a seguinte equipe mínima:

I - 1 (um) coordenador técnico-administrativo;

II - enfermeiro responsável pela CGBP, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana;

III - técnico de enfermagem, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e

IV - auxiliar de limpeza nos 7 (sete) dias da semana.

Parágrafo único. O enfermeiro responsável pela CGBP poderá acumular a função de coordenador técnico-administrativo.

Art. 70. A responsabilidade técnica e administrativa pela CGBP é do estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada, incluindo o transporte para gestante, recém-nascido e puérpera para atendimento imediato às intercorrências, de acordo com a necessidade clínica.

Art. 71. A CGBP poderá, excepcionalmente, ser instalada a uma distância superior a 5 (cinco) quilômetros do estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada, desde que pertença ao mesmo município do estabelecimento hospitalar de referência.

Art. 72. A inclusão da gestante, do recém-nascido e da puérpera na CGBP deve ser realizada pelo estabelecimento hospitalar ao qual estejam vinculados, observando os seguintes critérios:

I - para a gestante:

a) necessidade de atenção diária pela equipe de saúde, por apresentar situação de risco e vulnerabilidade; e

b) vigilância mais frequente de suas condições de saúde, em regime ambulatorial, acompanhada de dificuldade de deslocamento;

II - para o recém-nascido:

a) estar em recuperação nutricional, necessitando de atenção diária da equipe de saúde; e

b) necessidade de adaptação de seus cuidadores no manejo de cuidados específicos que serão realizados, posteriormente, no domicílio; e

III - para a puérpera:

a) atenção à saúde, sem exigência de vigilância constante em ambiente hospitalar; e

b) quando o recém-nascido se encontrar internado em UTIN ou em UCINCo no estabelecimento hospitalar e houver dificuldade para o deslocamento frequente da mãe.

Parágrafo único. Preferencialmente, as vagas para as puérperas que necessitem permanecer na CGBP em razão de internação do recém-nascido na UTIN ou UCINCo não devem ultrapassar 30% (trinta por cento) da capacidade de ocupação da CGBP, sendo necessário garantir a disponibilidade da permanência da mãe ao lado do recém-nascido em período integral durante a internação.

Art. 73. A CGBP somente admitirá gestantes e puérperas que se enquadrem nas situações descritas no art. 72 não se confundindo com abrigo, albergue ou casa de passagem.

Art. 74. Para fins de monitoramento, conforme disposto no inciso III do art. 26 do Título I do Anexo II desta Portaria, para o serviço de CGBP, será considerada a produção registrada, constante da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, dos seguintes procedimentos:

I - 03.01.01.032-3, Avaliação diária de gestante na CGBP;

II - 03.01.01.033-1, Avaliação diária de puérpera na CGBP;

III - 03.01.01.034-0, Avaliação diária de puérpera com recém-nascidos internados em unidades neonatais na CGBP; e

IV - 03.01.01.035-8, Avaliação diária de recém-nascidos ou crianças na CGBP.

Art. 75. A CGBP deve apresentar a seguinte produção mínima no SIH, vinculada ao quantitativo de camas:

I - 10 (dez) camas: produção mínima de 2.916 (dois mil e novecentos e dezesseis) procedimentos anuais e média de 243 (duzentos e quarenta e três) mensais;

II - 15 (quinze) camas: produção mínima de 4.380 (quatro mil e trezentos e oitenta) procedimentos anuais e média de 365 (trezentos e sessenta e cinco) mensais; e

III - 20 (vinte) camas: produção mínima de 5.832 (cinco mil e oitocentos e trinta e dois) procedimentos anuais e média de 486 (quatrocentos e oitenta e seis) mensais.

§ 1º A produção mínima estabelecida pelo caput considera a taxa de ocupação de 80% (oitenta por cento) de camas.

§ 2º A produção de procedimentos vinculados à CGBP de que trata o caput será acompanhada periodicamente pelo gestor local de saúde e pelo Ministério da Saúde.

Subseção V

Unidade Básica de Saúde (UBS)

Art. 76. A habilitação e a qualificação da Unidade Básica de Saúde (UBS) observarão o regramento geral já previsto na Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017.

Seção II

Atenção à gestação de alto risco

Art. 77. A organização da atenção à saúde, na gestação de alto risco, contemplará todos os níveis de complexidade, com definição dos pontos de atenção e competências correspondentes, considerando a importância da abordagem integral às gestantes, conforme suas especificidades relacionadas às condições clínicas, socioeconômicas e demográficas.

Art. 78. A atenção ao pré-natal de alto risco será realizada de acordo com as singularidades de cada gestante e puérpera, com a integração à APS, à qual cabe a coordenação do cuidado, com garantia de atenção à saúde progressiva, continuada e acessível.

§ 1º O encaminhamento ao pré-natal de alto risco será realizado, prioritariamente, pela APS, que deverá assegurar o cuidado da gestante até sua vinculação ao serviço referenciado para alto risco.

§ 2º O acompanhamento do pré-natal da gestante de alto risco deve ser realizado de forma compartilhada entre a AAE e a APS.

Subseção I

Atenção ambulatorial especializada à gestação de alto risco

Art. 79. O Ambulatório Especializado de Gestação de Alto Risco (AGAR) deve garantir o acesso aos recursos assistenciais, bem como aos exames laboratoriais, gráficos, de imagem, terapêuticos e de apoio, de acordo com o perfil de demanda e o caráter eletivo do atendimento.

Art. 80. O AGAR compreende o acompanhamento anual de 825 (oitocentos e vinte e cinco) gestantes de alto risco, considerando uma cobertura total de 5.500 (cinco mil e quinhentas) gestantes na macrorregião.

Art. 81. São critérios para habilitação como AGAR:

I - atender às medidas sanitárias vigentes, em conformidade com a RDC nº 36, de 2008, e a RDC nº 50, de 2002, ambas da Anvisa, ou de acordo com outras que venham a substituí-las;

II - ser vinculado à unidade hospitalar ou maternidade habilitada em serviço de referência à gestação de alto risco tipo II, devido à especialidade de profissionais e à oferta de exames laboratoriais, gráficos e de imagem;

III - dispor de serviço de diagnóstico ultrassonográfico e de seguimento em medicina fetal e cardiotocografia;

IV - ter acesso regulado e pactuado com a gestão da APS para oferta do Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG), exames diagnósticos de gravidade de pré-eclâmpsia e urocultura com antibiograma;

V - dispor de equipe multiprofissional especializada para a atenção à gestante de alto risco, com:

a) profissional responsável técnico médico obstetra com experiência em gestação de alto risco;

b) médicos obstetras com residência médica em ginecologia e obstetrícia reconhecida pelo Ministério da Educação, ou com título de especialista em ginecologia e obstetrícia reconhecido pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia junto à Associação Médica Brasileira (AMB), garantindo, no mínimo, carga horária de 80 (oitenta) horas semanais;

c) médico ultrassonografista com residência médica em ultrassonografia reconhecida pelo Ministério da Educação, ou com título de especialista em ultrassonografia reconhecido pelo Colégio Brasileiro de Radiologia junto à AMB, ou médico fetal com residência médica em medicina fetal reconhecida pelo Ministério da Educação ou com título de especialista reconhecido pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia junto à AMB, com, no mínimo, carga horária de 20 (vinte) horas semanais;

d) enfermeiros garantindo, no mínimo, carga horária de 80 (oitenta) horas semanais;

e) médico clínico, nutricionista, psicólogo e assistente social próprios ou por meio do hospital ou maternidade de referência de alto risco; e

VI - acesso regulado às especialidades, de acordo com as necessidades de cada gestante:

a) assistência clínica vascular e cardiovascular;

b) assistência clínica neurológica;

c) assistência clínica gastroenterológica;

d) assistência clínica nefrológica;

e) assistência clínica hematológica;

f) assistência clínica oftalmológica;

g) assistência clínica otorrinolaringológica;

h) assistência clínica de infectologia;

i) assistência clínica cirúrgica;

j) assistência clínica endocrinológica; e

k) assistência clínica urológica.

Art. 82. O AGAR deverá garantir acesso regulado à maternidade de referência com leitos para gestação de alto risco, que realizará seus partos ou atendimentos em caso de intercorrências.

Art. 83. O AGAR deverá realizar, no mínimo, 9.900 (nove mil e novecentas) consultas por ano, pelo médico obstetra, com acesso regulado, sendo 83 (oitenta e três) consultas de primeira vez e 742 (setecentos e quarenta e duas) consultas de acompanhamento por mês.

Art. 84. Para fins de monitoramento, conforme disposto no inciso III do art. 26 do Título I do Anexo II desta Portaria, para o serviço de AGAR, será considerada a produção do procedimento 03.01.01.036-6 - Consulta pré-natal de alto risco no AGAR, constante da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

Subseção II

Serviço de Referência à Gestação de Alto Risco (GAR)

Art. 85. O GAR é responsável pelos serviços que abrangem a atenção à gestante de alto risco, ao recém-nascido de risco e à puérpera de risco.

Art. 86. O serviço de GAR tipo II, habilitado à RAMI, deve garantir:

I - vagas à gestante vinculada pela atenção primária ou àquelas encaminhadas pela Central de Regulação para atender as intercorrências durante a gestação e a realização de parto;

II - retaguarda às urgências e emergências obstétricas e neonatais atendidas pelos outros serviços de menor complexidade que compõem a RAMI em sua macrorregião de saúde, garantindo o encaminhamento responsável;

III - permissão para a presença de acompanhante de livre escolha da mulher em todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério;

IV - ambiência adequada à mulher durante o período de trabalho de parto, parto e puerpério, com privacidade e controle de iluminação, climatização e ruídos;

V - metodologias de assistência segura na perda gestacional;

VI - realização do parto em um único ambiente que possibilite a liberdade de movimentos pela mulher com maior conforto, resguardada a possibilidade de transferência da puérpera para o alojamento conjunto no pós-parto;

VII - apoio e promoção ao aleitamento materno;

VIII - ações e serviços de orientação de planejamento familiar pós-parto e pós-perda gestacional à puérpera no momento da alta hospitalar, assim como encaminhamento para consulta de puerpério e puericultura após a alta hospitalar;

IX - apoio à vigilância e investigação do óbito materno, fetal e infantil nos territórios;

X - acesso às especialidades médicas de apoio e demais procedimentos diagnósticos, de acordo com a necessidade da gestante;

XI - articulação com a APS para agendamento da primeira visita domiciliar e/ou consulta na própria APS, no máximo, até o 7º dia após a alta, com ênfase na prevenção e detecção precoce de complicações e na promoção da saúde; e

XII - realização de consultas de acompanhamento de pré-natal de alto risco.

Art. 87. São critérios para habilitação como GAR tipo II:

I - em relação às instalações físicas:

a) atender às medidas sanitárias vigentes, em conformidade com a RDC nº 36, de 2008, que dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, e a RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, ambas da Anvisa, ou de acordo com outras que venham a substituí-las;

b) conter área para deambulação durante o trabalho de parto;

c) conter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe, sempre que possível; e

d) conter leito equipado para a estabilização da gestante ou puérpera até a transferência para a UTI adulto de referência;

II - ter protocolos assistenciais e clínicos relativos:

a) à monitorização materna e fetal efetiva;

b) ao acolhimento com classificação de risco no atendimento às urgências obstétrica, ginecológica e neonatal;

c) ao manejo das principais intercorrências obstétricas, tais como pré-eclâmpsia, hemorragia e sepse;

d) a métodos não farmacológicos de alívio da dor;

III - comissões obrigatórias pertinentes aos estabelecimentos hospitalares constituídas e em permanente funcionamento;

IV - dispor de medicamentos, insumos e equipamentos para as seguintes situações:

a) alívio da dor;

b) de uso rotineiro e de emergência para reanimação de gestantes, puérperas e neonatos, conforme Anexo 3 do Anexo II desta Portaria;

c) ocitocina, derivados da ergotamina, misoprostol e ácido tranexâmico para o tratamento de intercorrências hemorrágicas;

d) nifedipina, hidralazina, sulfato de magnésio e gluconato de cálcio para intercorrências hipertensivas;

e) antibióticos de acordo com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e diretrizes nacionais para o tratamento de infecções;

f) anticoagulantes, anestésicos e analgésicos;

g) aceleradores de maturidade pulmonar fetal;

h) surfactante pulmonar;

i) prostaglandina E2; e

j) medicações para urgência e emergência clínica;

V - ofertar os seguintes serviços em período integral, 24 (vinte e quatro) horas por dia, durante os 7 (sete) dias da semana:

a) ultrassonografia, incluindo Dopplerfluxometria;

b) laboratório de análises clínicas;

c) cardiotocografia;

d) radiologia;

e) eletrocardiografia;

f) hemoterapia;

g) Banco de Leite Humano (BLH) ou posto de coleta com referência pactuada a um BLH;

h) transporte seguro e regulado de urgência para os serviços de atenção obstétrica de maior complexidade, em tempo oportuno;

i) de urgência e emergência obstétrica;

j) centro cirúrgico ou obstétrico com instrumentais e equipamentos necessários à realização de parto vaginal e cesáreo;

k) leitos habilitados como unidade neonatal; e

VI - dispor dos seguintes equipamentos em período integral, 24 (vinte e quatro) horas por dia, durante os 7 (sete) dias da semana:

a) sonar (detector fetal) em cada ambiente (admissão, pré-parto, enfermaria de gestante e centro obstétrico);

b) cardiotocógrafo;

c) foco de luz móvel;

d) mesa e instrumental para exame ginecológico;

e) camas hospitalares reguláveis ou cama para PPP, sendo 1 (uma) por parturiente;

f) material para esvaziamento uterino;

g) instrumental para histerectomia;

h) mesa para parto cirúrgico;

i) berço aquecido de calor radiante para reanimação neonatal;

j) berço de acrílico;

k) incubadora de transporte;

l) Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) e

m) carrinho de parada completo para reanimação de adulto e recém-nascido;

VII - acesso regulado a leito de UTI adulto e neonatal; e

VIII - ter uma equipe de profissionais para atenção à gestante, à puérpera e ao recém-nascido composta por:

a) profissional responsável técnico pela habilitação, no caso, médico obstetra;

b) médico obstetra;

c) médico neonatologista ou intensivista pediatria;

d) médico pediatria;

e) médico anesthesiologista;

f) médico clínico geral;

g) enfermeiro;

h) técnico de enfermagem;

i) assistente social;

j) fisioterapeuta;

k) fonoaudiólogo;

l) nutricionista;

m) psicólogo; e

n) farmacêutico.

§ 1º O acesso às especialidades médicas de cardiologia, nefrologia, neurologia, endocrinologia ou outras deve ocorrer de acordo com a necessidade e o quadro clínico do usuário.

§ 2º O médico anesthesiologista, o médico clínico, o médico obstetra, o médico neonatologista ou intensivista pediatria, o médico pediatria, o enfermeiro e o técnico de enfermagem deverão estar disponíveis nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana.

Art. 88. Serão mantidos os serviços habilitados pela Rede Cegonha como GAR tipo I, desde que atendam aos critérios dispostos no art. 87 com exceção das alíneas "c", "f", "j" e "k" do inciso VII.

Art. 89. Para fins de monitoramento do serviço de GAR, conforme disposto no inciso III do art. 26 do Título I deste Anexo, será considerada a produção registrada no SIH dos seguintes procedimentos, constantes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS:

I - 03.03.10.002-8, Tratamento de eclâmpsia;

II - 03.03.10.003-6, Tratamento de edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério;

III - 03.03.10.004-4, Tratamento de intercorrências clínicas na gravidez;

IV - 03.03.16.003-9, Tratamento de outros transtornos originados no período perinatal;

V - 03.10.01.004-7, Parto normal em gestação de alto risco;

VI - 04.11.01.002-6, Parto cesariano em gestação de alto risco;

VII - 04.11.02.004-8, Tratamento cirúrgico de gravidez ectópica;

VIII - 04.09.06.005-4, Curetagem uterina em mola hidatiforme;

IX - 04.11.02.001-3, Curetagem pós-abortamento/puerperal;

X - 04.09.06.007-0, Esvaziamento de útero pós-aborto por aspiração manual intrauterina (AMIU); e

XI - 04.11.01.004-2, Parto cesariano com laqueadura tubária.

Art. 90. O GAR I e o GAR II têm exigência mínima, por leito habilitado, de produção de 96 (noventa e seis) procedimentos anuais e média de 8 (oito) mensais.

Parágrafo único. A produção de procedimentos vinculados ao GAR de que trata o caput será acompanhada periodicamente pelo gestor local de saúde e pelo Ministério da Saúde.

Subseção III

Referência hospitalar em atendimento a gestação de alto risco

Art. 91. A referência hospitalar em atendimento a gestação de alto risco é classificada em:

I - referência hospitalar em atendimento secundário a gestação de alto risco; e

II - referência hospitalar em atendimento terciário a gestação de alto risco.

Art. 92. Serão mantidos os estabelecimentos habilitados pela Rede Cegonha para os serviços dispostos nesta subseção, até a competência de julho de 2024.

§ 1º Caberá aos gestores estaduais e municipais solicitar a alteração da habilitação para MAB ou GAR II.

§ 2º A solicitação para alteração de habilitação deve seguir todos os critérios estabelecidos nesta Portaria, de acordo com o serviço para o qual será pleiteada a alteração de habilitação.

§ 3º Os gestores estaduais e municipais que não tiverem interesse em alterar a habilitação poderão solicitar a desabilitação do serviço.

§ 4º Após o prazo disposto no caput, o estabelecimento que não alterar a habilitação será desabilitado por meio de portaria específica publicada no DOU.

Art. 93. Para manter a habilitação no prazo indicado no art. 92, os serviços de referência hospitalar em atendimento secundário a gestação de alto risco deverão:

I - manter todos os leitos cadastrados no SUS disponíveis para centrais de vagas ou regulação, de acordo com a organização do sistema (municipal ou estadual);

II - dispor de infraestrutura para unidade de assistência neonatal, com os seguintes equipamentos mínimos definidos, de acordo com as normas e os regulamentos aplicáveis:

a) incubadora com parede dupla;

b) berço aquecido;

c) berço comum;

d) fototerapia;

e) ventilador neonatal;

f) ressuscitador manual com máscara; e

g) incubadora de transporte;

III - dispor de infraestrutura física para atendimento de emergência em obstetrícia e neonatologia nas 24 (vinte e quatro) horas do dia;

IV - dispor de serviços próprios de diagnóstico e terapia, com:

a) ultrassonografia;

b) laboratório clínico (no mínimo, hematologia, bioquímica e gasometria);

c) cardiotocografia;

d) eletrocardiografia;

e) agência transfusional; e

f) radiologia;

V - garantir acesso a serviços de atenção terciária a gestante de alto risco; e

VI - contar com equipe mínima permanente de assistência a gestante, composta por:

a) obstetra;

- b) anestesiológico;
- c) neonatológico;
- d) clínico geral;
- e) enfermeira;
- f) nutricionista; e
- g) assistente social.

Art. 94. Para manter a habilitação no prazo indicado no art. 92, os serviços de referência hospitalar em atendimento terciário a gestação de alto risco deverão:

I - manter todos os leitos cadastrados no SUS disponíveis para as centrais de vagas ou regulação, de acordo com a organização do sistema (municipal ou estadual);

II - manter serviço de assistência pré-natal e de planejamento familiar a gestante de alto risco;

III - dispor de infraestrutura física para atendimento a gestante de alto risco, com:

a) isolamento para infecção pós-parto e pós-curetagem e outras doenças infectocontagiosas;

b) BHL;

c) UTI adulto (6% dos leitos em relação ao total de leitos existentes); e

d) UTI neonatal (5% dos leitos em relação ao total de leitos obstétricos);

IV - dispor de serviços próprios de diagnóstico e terapia nas 24 (vinte e quatro) horas do dia,

com:

a) ultrassonografia com Doppler;

b) radiologia;

c) eletrocardiografia;

d) cardiotocografia;

e) serviço de avaliação de maturidade pulmonar fetal;

f) laboratório clínico (no mínimo, hematologia, bioquímica, gasometria, sorologia); e

g) agência transfusional;

V - garantir o acesso a serviços de:

a) tomografia computadorizada;

b) ecocardiografia;

c) laboratório de dosagem hormonal (no mínimo, beta HCG, Prolactina, T3, T4 e TSH);

d) laboratório de citogenética;

e) anatomia patológica;

f) UTI adulto; e

g) UTI neonatal; e

VI - dispor de equipe técnica para atendimento resolutivo em:

a) clínica médica;

b) ginecologia/obstetrícia;

c) neonatologia;

d) neurologia;

e) cardiologia;

f) endocrinologia;

g) nefrologia;

- h) cirurgia geral;
- i) ultrassonografia;
- j) enfermagem;
- k) assistência social
- l) farmácia;
- m) psicologia;
- n) nutrição; e
- o) neurocirurgia.

Art. 95. Para fins de monitoramento, conforme disposto no inciso III do art. 26 do Título I do Anexo II desta Portaria, será considerada a produção registrada no SIH dos procedimentos estabelecidos no art. 89 desta Portaria, constantes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

Art. 96. Os serviços de referência hospitalar em atendimento secundário e terciário a gestação de alto risco têm a exigência mínima de produção, por leito habilitado, de 96 (noventa e seis) procedimentos anuais e média de 8 (oito) procedimentos mensais.

Parágrafo único. A produção de procedimentos de que trata o caput será acompanhada periodicamente pelo gestor local de saúde e pelo Ministério da Saúde.

Seção III

Atenção infantil no âmbito da RAMI

Subseção I

Atenção ambulatorial especializada do seguimento do recém-nascido e criança, prioritariamente egressos da unidade neonatal (ANEQ)

Art. 97. O ambulatório especializado como ANEQ tem por objetivo garantir o acompanhamento qualificado do recém-nascido e da criança após a alta hospitalar.

Art. 98. O ANEQ deverá funcionar, preferencialmente, junto a hospital ou maternidade de alta complexidade ou de referência regional para atendimento ao recém-nascido e criança de risco ou, na impossibilidade dessa estrutura, deverá estar localizado de forma intra-hospitalar, com garantia de local para funcionamento desse seguimento ambulatorial.

§ 1º Fica estabelecido que, para garantir o acesso ao ANEQ, os gestores municipais e estaduais, em pactuação bipartite, e do Distrito Federal deverão organizar as suas redes de serviço.

§ 2º Compete ao gestor do estabelecimento de saúde em que funciona o ANEQ apresentar os resultados encontrados nesse seguimento aos gestores e às equipes da unidade neonatal, visando à melhoria contínua do processo de trabalho.

Art. 99. São critérios para habilitação como ANEQ:

I - ser vinculado a estabelecimento de saúde (hospital/maternidade) com serviço de alta complexidade ou de referência regional neonatal;

II - disponibilizar vagas para atendimento a recém-nascidos e crianças em até 30 (trinta) dias após a alta da unidade neonatal;

III - ofertar acesso regulado a recursos assistenciais, diagnósticos e terapêuticos de apoio, de acordo com o perfil de demanda e o caráter eletivo do atendimento, incluindo os recursos previstos nos programas de triagem neonatal do Ministério da Saúde;

IV - estabelecer fluxo de referência e contrarreferência junto à APS, garantindo a integralidade das informações;

V - atender às medidas sanitárias vigentes, em conformidade com a RDC nº 50, de 2002, da Anvisa, ou de acordo com outras que venham a substituí-las;

VI - dispor dos seguintes serviços:

- a) ecografia cerebral;
- b) exame de fundo de olho;
- c) exame de potencial evocado do tronco encefálico (BERA); e
- d) exames laboratoriais e de imagem (com acesso até quinze dias após indicação clínica);

VII - dispor dos seguintes equipamentos:

- a) balança profissional para lactentes e balança profissional para crianças;
- b) antropômetro e fita métrica de plástico;
- c) termômetro digital;
- d) oftalmoscópio; e
- e) otoscópio; e

VIII - dispor de equipe multiprofissional especializada, com carga horária mínima de 40 (quarenta) horas semanais, composta por:

- a) responsável técnico pela habilitação do serviço, que deverá ser um médico pediatra;
- b) médicos pediatras com residência médica em pediatria reconhecida pelo Ministério da Educação ou com título de especialista em pediatria reconhecido pela SBP junto à AMB;
- c) enfermeiro;
- d) assistente social;
- e) fisioterapeuta; e
- f) fonoaudiólogo.

Parágrafo único. O serviço deverá garantir o acesso às subespecialidades pediátricas (neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, genética médica, cardiologia, pneumologia, gastroenterologia, ortopedia, cirurgia pediátrica, terapia ocupacional, nutrição e psicologia), de acordo com o encaminhamento médico de cada criança e a pactuação regional.

Art. 100. Os requisitos prioritários de encaminhamento para atendimento de recém-nascidos e crianças egressos de unidades neonatais no ANEO são:

- I - ter idade gestacional inferior a 34 (trinta e quatro) semanas;
- II - apresentar peso, ao nascer, inferior a 1.500 (mil e quinhentos) gramas;
- III - apresentar displasia broncopulmonar moderada-grave;
- IV - ter o diagnóstico de retinopatia da prematuridade (RDP);
- V - ser considerada pequena, ao nascer, para idade gestacional, abaixo do score Z-2;
- VI - apresentar infecção congênita com comprometimento sistêmico;
- VII - apresentar alteração de neuroimagem;
- VIII - apresentar convulsões;
- IX - ter o diagnóstico de meningite;
- X - ter apresentado asfixia perinatal;
- XI - apresentar alterações neurológicas; e
- XII - ter o diagnóstico de aumento anormal do perímetro cefálico.

Art. 101. O ANEO localizado nas dependências de unidade hospitalar ou de maternidade deve atender os recém-nascidos e as crianças, prioritariamente, egressos da unidade neonatal do estabelecimento e de outras unidades neonatais definidas por meio de pactuação regional.

Art. 102. A responsabilidade pelo transporte do recém-nascido e crianças, prioritariamente, egressos de unidades ao ANEO deve ser definida pelos gestores municipais ou estaduais, garantido o acesso no tempo oportuno.

Art. 103. O ANEO deverá realizar, no mínimo, 4.200 (quatro mil e duzentas) consultas por ano pelo médico pediátrica, com acesso regulado, sendo 350 (trezentos e cinquenta) consultas de acompanhamento por mês.

Art. 104. Para fins de monitoramento, conforme disposto no inciso III do art. 26 do Título I do Anexo II desta Portaria, para o serviço de ANEO, será considerado o registro do procedimento 03.01.01.037-4 - Consulta de acompanhamento de recém-nascidos e criança egressa de unidade neonatal no SIH.

Parágrafo único. A produção de procedimentos vinculados ao ANEO de que trata o caput será acompanhada periodicamente pelo gestor local de saúde e pelo Ministério da Saúde.

Subseção II

Da organização da unidade neonatal (UNEO)

Art. 105. A unidade neonatal (UNEO) é o serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotada de estruturas assistenciais com condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos.

Art. 106. Os serviços habilitados em UNEO deverão, no âmbito de suas atividades garantir:

I - o atendimento ao modelo de atenção proposto para o cuidado neonatal seguro, de qualidade e humanizado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção ao Recém-Nascido "Método Canguru", com objetivo de promover o cuidado individualizado do recém-nascido e de sua família com base nas melhores evidências científicas disponíveis;

II - a assistência à criança que necessite de internação em UTI pediátrica deverá estar prevista no desenho da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE);

III - o atendimento às urgências extra-hospitalares dos recém-nascidos deverá ser bem estabelecido dentro da rede de saúde, incluindo os pontos de atenção de urgência e emergência e o sistema de regulação e transporte, de maneira a direcionar o paciente de forma adequada e em tempo oportuno para o local de atenção compatível com a necessidade;

IV - a admissão na UNEO deve ser limitada a crianças com até 28 (vinte e oito) dias de vida, podendo esta permanecer internada na unidade até a idade de 180 (cento e oitenta) dias; e

V - a racionalização na implantação e ocupação dos leitos neonatais intensivos e intermediários é fundamental para a sua efetividade, bem como para a garantia do acesso pelos recém-nascidos que necessitem de cuidados de maior complexidade.

Art. 107. A UNEO é subdividida de acordo com as necessidades do cuidado em:

I - UTIN;

II - UCINCo; e

III - UCINCa.

§ 1º A UNEO é composta por leitos de UTIN, UCINCo e UCINCa.

§ 2º A UNEO deverá articular o cuidado progressivo entre as suas subdivisões, de modo a possibilitar a adequação entre a capacidade instalada e a condição clínica do recém-nascido.

Art. 108. A quantidade de leitos neonatais necessários para cada macrorregião será dimensionada de acordo com o número de nascidos vivos SUS dependentes, considerando, para cada 1.000 (mil) nascidos vivos, 5 (cinco) leitos neonatais, sendo 2 (dois) de UTIN, 2 (dois) de UCINCo e 1 (um) de UCINCa.

Parágrafo único. Para o levantamento do número de nascidos vivos SUS dependentes, deve-se considerar o último relatório do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) fechado.

Art. 109. Os recém-nascidos que necessitem de assistência neonatal e que se encontrem em locais que não disponham desse serviço deverão receber os cuidados necessários até a transferência para a UNEO.

Parágrafo único. A transferência deverá ser feita após a estabilização do recém-nascido, com transporte adequado realizado por profissional habilitado e regulação de urgência.

Subseção III

Da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)

Art. 110. A UTIN é o serviço hospitalar destinado ao atendimento de recém-nascidos em estado grave ou com risco de morte, considerando os seguintes parâmetros:

I - recém-nascido de qualquer idade gestacional que necessite de ventilação mecânica ou em insuficiência respiratória com Fração Inspirada de Oxigênio (FiO₂) maior que 30% (trinta por cento);

II - recém-nascido com menos de 30 (trinta) semanas de idade gestacional ou com peso de nascimento igual ou inferior a 1.000 (mil) gramas;

III - recém-nascido que necessite de suporte para procedimento cirúrgico de pequeno, médio ou grande porte;

IV - recém-nascido que necessite de nutrição parenteral; e

V - recém-nascido que necessite de cuidados especializados, tais como uso de cateter venoso central, drogas vasoativas, prostaglandina, uso de antibiótico para tratamento de infecção grave, uso de ventilação não invasiva com FiO₂ maior que 30% (trinta por cento), exsanguíneotransfusão ou transfusão de hemoderivados por quadros hemolíticos agudos ou distúrbios de coagulação.

Art. 111. A UTIN deverá garantir:

I - controle de ruídos;

II - controle de iluminação;

III - controle de climatização;

IV - iluminação natural para as novas unidades;

V - livre acesso e permanência da mãe ou do pai;

VI - visitas programadas dos familiares; e

VII - informações da evolução do recém-nascido aos familiares, sendo fornecidas pela equipe médica, no mínimo, uma vez ao dia.

Art. 112. Nos hospitais ou maternidades que tenham UTIN, é obrigatória a existência de alojamento para as mães cujos recém-nascidos estiverem internados.

Art. 113. A UTIN é classificada em:

I - UTIN tipo II; e

II - UTIN tipo III.

Art. 114. Para habilitação como UTIN tipo II, o serviço hospitalar deverá:

I - ser cadastrado no SCNES e dispor de, no mínimo, 80 (oitenta) leitos gerais, sendo 20 (vinte) leitos obstétricos, com a seguinte estrutura mínima:

a) centro cirúrgico;

b) serviço radiológico convencional;

c) serviço de ecodopplercardiografia;

d) hemogasômetro 24 (vinte e quatro) horas; e

e) BHL ou posto de coleta;

II - dispor de ambiência e estrutura física que atendam às normas sanitárias vigentes estabelecidas pela Anvisa;

III - dispor dos seguintes materiais e equipamentos:

a) material e equipamento para reanimação: 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos;

b) monitor multiparamétrico: 1 (um) por leito, com módulos para monitorização contínua de frequência cardíaca, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva, frequência respiratória e temperatura;

c) ventilador pulmonar mecânico microprocessado: 1 (um) para cada 2 (dois) leitos, com reserva operacional de 1 (um) equipamento para cada 5 (cinco) leitos, devendo cada equipamento conter, no mínimo, 2 (dois) circuitos completos;

d) ventilador pulmonar específico para transporte, com bateria: 1 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

e) bomba de infusão contínua e controlada de fluidos: 3 (três) equipamentos por leito, com reserva operacional de 1 (um) equipamento para cada 3 (três) leitos;

f) conjunto de nebulização, em máscara: 1 (um) para cada leito;

g) conjunto padronizado de beira de leito, contendo estetoscópio, fita métrica e ressuscitador manual tipo balão autoinflável com máscara e reservatório: 1 (um) conjunto para cada leito, com reserva operacional de 1 (um) conjunto para cada 2 (dois) leitos;

h) bandejas contendo material apropriado para os seguintes procedimentos: punção lombar, drenagem líquórica em sistema fechado, diálise peritoneal, drenagem torácica com sistema fechado, traqueostomia, acesso venoso profundo, incluindo cateterização venosa central de inserção periférica (PICC), flebotomia, cateterismo de veia e artéria umbilical, exsanguíneotransfusão, punção pericárdica, cateterismo vesical de demora em sistema fechado e curativos em geral;

i) eletrocardiógrafo portátil disponível: 1 (um) equipamento por unidade;

j) materiais e equipamentos para monitorização de pressão arterial invasiva;

k) oftalmoscópio e otoscópio: 2 (dois) equipamentos por unidade;

l) negatoscópio, foco auxiliar portátil e aspirador cirúrgico portátil: 1 (um) equipamento por unidade;

m) glicosímetro específico para uso hospitalar: 1 (um) equipamento para cada 5 (cinco) leitos ou fração;

n) pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;

o) equipamento para ventilação pulmonar não invasiva: 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não invasiva;

p) materiais de interface facial para ventilação pulmonar não invasiva (máscara ou pronga): 1 (um) por leito, devendo a UTIN dispor dos tamanhos 00, 0, 1, 2, 3 e 4;

q) aparelho de fototerapia, capacete ou capuz de acrílico e tenda para oxigenoterapia: 1 (um) para cada 3 (três) leitos ou fração, com reserva operacional de 1 (um) equipamento para cada 5 (cinco) leitos;

r) incubadora estacionária com parede dupla: 1 (uma) por paciente de UTIN, devendo ser reservados, no mínimo, 10% (dez por cento) dos leitos totais para berços aquecidos de terapia intensiva;

s) incubadora para transporte completa, com monitorização contínua, suporte para bomba de infusão, bateria e cilindro transportável de oxigênio com suporte e kit (maleta) para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento a emergências: 1 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

t) balança eletrônica portátil: 1 (uma) para cada 10 (dez) leitos;

u) poltrona removível, com revestimento impermeável, para acompanhante: 1 (uma) para cada leito;

v) refrigerador com temperatura interna de 2 a 8 °C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos, com conferência e registro de temperatura a intervalos máximos de 24 (vinte e quatro) horas: 1 (um) por unidade; e

x) material para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado;

IV - garantir os seguintes serviços à beira do leito, prestados por meios próprios ou por terceirizados:

a) assistência nutricional;

b) terapia nutricional, incluindo enteral e parenteral;

c) assistência farmacêutica;

d) assistência clínica vascular e cardiovascular;

e) assistência clínica neurológica;

f) assistência clínica ortopédica;

g) assistência clínica urológica;

h) assistência clínica gastroenterológica;

i) assistência clínica nefrológica, incluindo terapia renal substitutiva;

j) assistência clínica hematológica;

k) assistência clínica hemoterápica;

l) assistência clínica oftalmológica;

m) assistência clínica otorrinolaringológica;

n) assistência clínica de infectologia;

o) assistência clínica cirúrgica pediátrica;

p) assistência psicológica;

q) assistência endocrinológica;

r) serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia e hemogasometria;

s) serviço de radiografia móvel;

t) serviço de ultrassonografia portátil, incluindo avaliação transfontanelar e ecocardiografia neonatal;

u) serviço de endoscopia digestiva alta e baixa;

v) serviço de fibrobroncoscopia;

w) serviço de eletroencefalografia;

x) serviço de assistência social; e

y) serviço de diagnóstico e notificação de morte encefálica;

V - garantir o acesso, no próprio estabelecimento hospitalar ou em outro com acesso formalizado, aos seguintes serviços de diagnóstico e terapêutica:

a) cirurgia cardiovascular;

b) cirurgia vascular;

c) cirurgia neurológica;

d) cirurgia ortopédica;

e) cirurgia urológica;

f) ressonância magnética;

g) tomografia computadorizada;

h) anatomia patológica;

i) agência transfusional, disponível 24 (vinte e quatro) horas por dia; e

j) assistência de genética clínica; e

VI - dispor de equipe mínima composta nos seguintes termos:

a) 1 (um) médico responsável técnico para jornada mínima de 4 (quatro) horas diárias, com certificado de atuação em neonatologia ou título de especialista em medicina intensiva pediátrica, fornecido pela SBP junto à AMB, ou com residência médica em neonatologia ou medicina intensiva pediátrica, reconhecida pelo Ministério da Educação;

b) 1 (um) médico para jornada horizontal mínima de 4 (quatro) horas diárias, com certificado de atuação em neonatologia ou título de especialista em pediatria ou neonatologia, fornecido pela SBP junto à AMB, ou com residência médica em medicina intensiva pediátrica ou pediatria, reconhecida pelo Ministério da Educação, para cada 10 (dez) leitos ou fração;

c) 1 (um) médico plantonista com título de especialista em pediatria e certificado de atuação em neonatologia ou título de especialista em pediatria, fornecido pela SBP junto à AMB, ou com residência médica em medicina intensiva pediátrica, neonatologia ou pediatria, reconhecida pelo Ministério da Educação, para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno;

d) 1 (um) enfermeiro coordenador para jornada horizontal de 8 (oito) horas diárias, com especialização em neonatologia ou, no mínimo, 2 (dois) anos de experiência profissional comprovada em terapia intensiva pediátrica ou neonatal;

e) 1 (um) enfermeiro assistencial para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno;

f) 1 (um) fisioterapeuta exclusivo para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno;

g) 1 (um) fisioterapeuta coordenador com, no mínimo, 2 (dois) anos de experiência profissional comprovada em UTI pediátrica ou neonatal, para jornada horizontal mínima de 6 (seis) horas diárias;

h) técnicos de enfermagem, sendo, no mínimo, 1 (um) para cada 2 (dois) leitos, em cada turno;

i) 1 (um) funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza em cada turno; e

j) 1 (um) fonoaudiólogo disponível para a unidade.

§ 1º O profissional médico poderá acumular, na mesma UTIN, a responsabilidade técnica e o papel de médico, com jornada horizontal de 4 (quatro) horas diárias.

§ 2º O coordenador de fisioterapia poderá ser um dos fisioterapeutas assistenciais.

Art. 115. A seguinte proporção deverá ser obedecida para a qualificação dos leitos de UTIN na RAMI:

I - 25 (vinte e cinco) leitos, sendo 10 (dez) leitos UTIN, 10 (dez) leitos UCINCo e 5 (cinco) leitos UCINCa, quando estiver localizada em hospital ou maternidade que seja referência macrorregional para atenção neonatal para um mínimo de 2.000 (dois mil) nascimentos por ano; ou

II - 10 (dez) leitos, sendo 4 (quatro) leitos UTIN, 4 (quatro) leitos UCINCo e 2 (dois) leitos UCINCa, quando estiver localizada em hospital ou maternidade que seja referência macrorregional para atenção neonatal para um mínimo de 1.000 (mil) nascimentos por ano.

Parágrafo único. A UNEO configurada nos termos do inciso II do caput deverá funcionar no mesmo ambiente da UTIN, devendo a equipe da UTIN ser responsável por todos os leitos.

Art. 116. Para habilitação como UTIN tipo III, o serviço hospitalar deverá atender aos critérios previstos no art. 114 desta Portaria e às seguintes especificações:

I - 50% (cinquenta por cento) dos plantonistas devem ter certificado de atuação em neonatologia ou título de especialista em medicina intensiva pediátrica, fornecido pela SBP junto à AMB, ou residência médica em neonatologia ou medicina intensiva pediátrica, reconhecida pelo Ministério da Educação;

II - o enfermeiro coordenador deve ter título de especialização em terapia intensiva ou terapia intensiva neonatal, reconhecido pelo Ministério da Educação, ou residência em enfermagem neonatal ou, no mínimo, 5 (cinco) anos de experiência profissional comprovada na área;

III - 1 (um) enfermeiro plantonista assistencial deve atuar por turno, exclusivo da unidade, para cada 5 (cinco) leitos ou fração;

IV - o coordenador de fisioterapia deve ter título de especialização em terapia intensiva pediátrica ou neonatal, reconhecido pelo Ministério da Educação, ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave;

V - 4 (quatro) bombas de infusão devem estar disponíveis por leito ou fração; e

VI - 1 (um) ventilador mecânico microprocessado deve estar disponível para cada leito.

Art. 117. Para fins de monitoramento, conforme disposto no inciso III do art. 26 do Título I do Anexo II desta Portaria, para a UTIN, será considerada a produção registrada no SIH dos seguintes procedimentos, constantes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS:

I - 08.02.01.012-1, Diária de unidade de terapia intensiva neonatal - UTIN (tipo II); e

II - 08.02.01.013-0, Diária de unidade de terapia intensiva neonatal - UTIN (tipo II).

Art. 118. A UTIN tipo II e a UTIN tipo III têm a exigência mínima de produção, por leito habilitado, de 324 (trezentos e vinte e quatro) procedimentos anuais e média de 27 (vinte setes) mensais.

Parágrafo único. A opção de procedimentos vinculados à UTIN de que trata o caput será acompanhada periodicamente pelo gestor local de saúde e pelo Ministério da Saúde.

Subseção IV

Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo)

Art. 119. A UCINCo, também conhecida como unidade semi-intensiva, é o serviço hospitalar destinado ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade que na UTIN.

Parágrafo único. A UCINCo poderá configurar-se como unidade de suporte à UTIN ou de forma independente, obedecendo à configuração de cada serviço.

Art. 120. A UCINCo será responsável pelo cuidado do recém-nascido:

I - que, após a alta da UTIN, ainda necessite de cuidados complementares;

II - com desconforto respiratório leve e necessidade de assistência ventilatória não invasiva com FiO₂ máxima de 30% (trinta por cento);

III - com peso superior a 1.000 (mil) e inferior a 1.500 (mil e quinhentos) gramas, quando estável, sem acesso venoso central e em nutrição enteral, para acompanhamento clínico e ganho de peso;

IV - com peso superior a 1.500 (mil e quinhentos) gramas que necessite de hidratação venosa ou alimentação por sonda, ou em uso de antibióticos com quadro infeccioso estável;

V - submetido a procedimento de exsanguíneotransfusão, após tempo mínimo de observação em UTIN, com níveis de bilirrubina descendentes e equilíbrio hemodinâmico; e

VI - submetido a cirurgia de médio porte e estável após o procedimento imediato em UTIN.

Art. 121. A UCINCo deverá garantir:

I - controle de ruídos;

II - controle de iluminação;

III - controle de climatização;

IV - iluminação natural para as novas unidades;

V - livre acesso e permanência da mãe ou do pai;

VI - visitas programadas dos familiares; e

VII - informações da evolução dos recém-nascidos aos familiares, sendo fornecidas pela equipe médica, no mínimo, uma vez ao dia.

Art. 122. Nos hospitais ou maternidades que tenham UCINCo, é obrigatória a existência de alojamento para as mães cujos recém-nascidos estiverem internados.

Art. 123. Para habilitação como UCINCo, o serviço hospitalar deverá:

I - ser cadastrado no SCNES, com garantia de referência para serviços de maior complexidade e para atendimento de recém-nascido que necessite de cuidados de tratamento intensivo e cirurgia pediátrica;

II - dispor de ambiência e estrutura física que atendam às normas sanitárias vigentes estabelecidas pela Anvisa;

III - ter BLH ou posto de coleta;

IV - dispor dos seguintes materiais e equipamentos:

a) berço de calor radiante em, no mínimo, 10% (dez por cento) dos leitos;

b) incubadoras estacionárias com parede dupla em, no mínimo, 60% (sessenta por cento) dos leitos;

c) berços de acrílico em, no mínimo, 30% (trinta por cento) dos leitos;

d) monitor multiparamétrico, 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos ou fração;

e) ressuscitador manual tipo balão autoinflável com reservatório e válvula e máscaras para prematuros e recém-nascido a termo, 1 (um) para cada 3 (três) leitos ou fração;

f) capacetes/capuz para oxigênio, 1 (um) para cada 4 (quatro) leitos ou fração;

g) termômetro digital individual, 1 (um) para cada leito;

h) estetoscópio individual, 1 (um) para cada leito;

i) esfigmomanômetro, 1 (um) para 15 (quinze) leitos ou fração;

j) otoscópio e oftalmoscópio, 1 (um) para 15 (quinze) leitos ou fração;

k) material e equipamento para reanimação, 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos.

l) conjunto de nebulizador e máscara, 1 (um) para cada 4 (quatro) leitos ou fração;

m) aspirador portátil, 1 (um) por unidade;

n) bomba de infusão, 1 (uma) para cada leito;

o) aparelhos de fototerapia, 1 (um) para cada 4 (quatro) leitos ou fração;

p) balança eletrônica, 1 (uma) para cada 15 (quinze) leitos ou fração;

q) negatoscópio ou sistema informatizado para visualizar raio X, 1 (um) por unidade;

r) relógios e calendário de parede visíveis;

s) poltronas removíveis, com revestimento impermeável, 1 (uma) por leito, para realização de contato pele a pele/posição canguru);

t) oxímetro de pulso, 1 (um) para cada leito; e

u) termômetro, 1 (um) para cada leito; e

V - dispor de equipe mínima composta nos seguintes termos:

a) 1 (um) responsável técnico para jornada mínima de 4 (quatro) horas diárias, com certificado de atuação em neonatologia ou título de especialista em pediatria, fornecido pela SBP junto à AMB, ou com residência médica em neonatologia ou pediatria, reconhecida pelo Ministério da Educação, podendo acumular responsabilidade técnica ou coordenação, no máximo, em duas unidades (como UCINCo e UCINCa ou UTIN), bem como a função de médico, com jornada horizontal;

b) 1 (um) médico para jornada horizontal mínima de 4 (quatro) horas diárias, preferencialmente com título de especialista em neonatologia ou pediatria, fornecido pela SBP junto à AMB, ou com residência médica em neonatologia ou pediatria, reconhecida pelo Ministério da Educação, para cada 15 (quinze) leitos ou fração;

c) 1 (um) médico plantonista com atuação em neonatologia ou título de especialista em pediatria, fornecido pela SBP junto à AMB, ou com residência médica em neonatologia ou pediatria, reconhecida pelo Ministério da Educação, para cada 15 (quinze) leitos ou fração, em cada turno;

d) 1 (um) enfermeiro coordenador, preferencialmente com especialização em neonatologia, reconhecida pelo Ministério da Educação, ou com residência em neonatologia ou, no mínimo, 2 (dois) anos de experiência profissional comprovada na área, para jornada horizontal mínima de 4 (quatro) horas diárias, podendo acumular responsabilidade técnica ou coordenação de, no máximo, duas unidades (como UCINCo e UCINCa;

e) 1 (um) enfermeiro assistencial para cada 15 (quinze) leitos ou fração, em cada turno;

f) 1 (um) técnico de enfermagem para cada 5 (cinco) leitos, em cada turno;

g) 1 (um) fisioterapeuta para cada 15 (quinze) leitos ou fração, em cada turno;

h) 1 (um) fonoaudiólogo disponível para a unidade; e

i) 1 (um) funcionário responsável pela limpeza em cada turno.

Parágrafo único. Em unidades hospitalares que disponham de UCINCo e UTIN, o responsável técnico médico e o enfermeiro coordenador responderão pelas duas unidades, favorecendo o cuidado progressivo.

Art. 124. Quando não fizer parte de uma unidade neonatal com UTIN, a UCINCo deverá contar, além dos equipamentos descritos no inciso IV do art. 123, com:

I - ventilador pulmonar microprocessado: 1 (um) para 15 (quinze) leitos ou fração;

II - bandejas para procedimentos de punção lombar, drenagem torácica, curativos, flebotomia, acesso venoso, sondagem vesical e traqueostomia;

III - incubadora de transporte com cilindro de oxigênio e ar comprimido;

IV - equipamento para ventilação pulmonar não invasiva: 1 (um) para 15 (quinze) leitos ou fração, quando o ventilador pulmonar microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não invasiva;

V - materiais de interface facial para ventilação pulmonar não invasiva (máscara ou pronga): 1 (um) por leito, devendo a UCINCo dispor dos tamanhos 00, 0, 1, 2, 3 e 4;

VI - garantia de acesso aos seguintes serviços à beira do leito, prestados por meios próprios ou terceirizados:

a) assistência nutricional;

b) terapia nutricional, incluindo enteral e parenteral;

c) assistência farmacêutica;

d) assistência clínica vascular e cardiovascular;

e) assistência clínica neurológica;

f) assistência clínica ortopédica;

g) assistência clínica a urológica;

h) assistência clínica gastroenterológica;

i) assistência clínica nefrológica, incluindo hemodiálise;

j) assistência clínica hematológica;

k) assistência clínica hemoterápica;

l) assistência clínica oftalmológica;

m) assistência clínica otorrinolaringológica;

n) assistência clínica de infectologia;

o) assistência clínica cirúrgica pediátrica;

p) assistência psicológica;

q) assistência endocrinológica;

r) serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia e hemogasometria;

- s) serviço de radiografia móvel;
- t) serviço de ultrassonografia portátil;
- u) serviço de endoscopia digestiva alta e baixa;
- v) serviço de fibrobroncoscopia;
- w) serviço de eletroencefalografia;
- x) serviço de assistência social; e
- y) serviço de diagnóstico e notificação de morte encefálica; e

VII - garantia de acesso, no próprio estabelecimento hospitalar ou em outro com acesso formalizado, aos seguintes serviços de diagnóstico e terapêutica:

- a) cirurgia cardiovascular;
- b) cirurgia vascular;
- c) cirurgia neurológica;
- d) cirurgia ortopédica;
- e) cirurgia urológica;
- f) ressonância magnética;
- g) tomografia computadorizada;
- h) anatomia patológica;
- i) agência transfusional, disponível 24 (vinte e quatro) horas por dia; e
- j) assistência de genética clínica.

Art. 125. A seguinte proporção deverá ser obedecida para a qualificação dos leitos de UCINCo na RAMI:

I - 25 (vinte e cinco) leitos, sendo 10 (dez) leitos UTIN, 10 (dez) leitos UCINCo e 5 (cinco) leitos UCINCa, quando estiver localizada em hospital ou maternidade que seja referência macrorregional para atenção neonatal para um mínimo de 2.000 (dois mil) nascimentos por ano;

II - 10 (dez) leitos, sendo 4 (quatro) leitos UTIN, 4 (quatro) leitos UCINCo e 2 (dois) leitos UCINCa, quando estiver localizada em hospital ou maternidade que seja referência macrorregional para atenção neonatal para um mínimo de 1.000 (mil) nascimentos por ano; ou

III - 10 (dez) leitos, sendo 6 (seis) leitos UCINCo e 4 (quatro) leitos UCINCa, quando estiver localizada em hospital ou maternidade que seja referência macrorregional para atenção neonatal para um mínimo de 1.000 (mil) nascimentos por ano.

Parágrafo único. A UNEO configurada nos termos do inciso II do caput deverá funcionar no mesmo ambiente da UTIN, devendo a equipe da UTIN ser responsável por todos os leitos.

Art. 126. Para fins de monitoramento, conforme disposto no inciso III do art. 26 do Título I do Anexo II desta Portaria, para a UCINCo, será considerada a produção registrada no SIH do procedimento 08.02.01.023-7 - Diária de unidade de cuidados intermediários neonatais convencional UCINCo, constante da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

Art. 127. A UCINCo tem sua exigência mínima de produção, por leito habilitado, de 324 (trezentos e vinte e quatro) procedimentos anuais e média de 27 (vinte e sete) mensais.

Parágrafo único. A produção de procedimentos vinculados à UCINCo de que trata o caput será acompanhada periodicamente pelo gestor local de saúde e pelo Ministério da Saúde.

Subseção V

Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)

Art. 128. A Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) abrange os serviços em unidades hospitalares cuja infraestrutura física e material permita acolher mãe e filho para prática do método canguru, para repouso e permanência no mesmo ambiente nas 24 (vinte e quatro) horas do dia até

a alta hospitalar.

Parágrafo único. A UCINCa terá suporte assistencial por meio de equipe de saúde adequadamente treinada, de modo a possibilitar a prestação de todos os cuidados assistenciais e a orientação à mãe sobre sua saúde e a do recém-nascido.

Art. 129. A UCINCa é responsável pelo cuidado do recém-nascidos com peso superior a 1.250 (mil e duzentos e cinquenta) gramas, clinicamente estáveis, em nutrição enteral plena, cujas mães manifestem o desejo de participar do cuidado e tenham disponibilidade de tempo.

Art. 130. A UCINCa somente funcionará em unidade hospitalar que conte com UCINCo.

Art. 131. A UCINCa deverá garantir:

I - controle de ruídos;

II - controle de iluminação;

III - controle de climatização;

IV - iluminação natural para as novas unidades;

V - livre acesso e permanência da mãe ou do pai;

VI - visitas programadas dos familiares; e

VII - informações da evolução dos recém-nascidos aos familiares, sendo fornecidas pela equipe médica, no mínimo, uma vez ao dia.

Art. 132. Para habilitação como UCINCa, a unidade hospitalar deverá:

I - ser cadastrada no SCNES, com garantia de referência para serviços de maior complexidade e para atendimento de recém-nascido que necessite de cuidados de tratamento intensivo e cirurgia pediátrica;

II - dispor de ambiência e estrutura física que atendam às normas sanitárias vigentes estabelecidas pela Anvisa;

III - ter BLH ou posto de coleta de leite humano;

IV - dispor de leitos de UCINCo; e

V - garantir a disponibilidade dos seguintes materiais e equipamentos:

a) incubadoras estacionárias com parede dupla em, pelo menos, 20% (vinte por cento) dos leitos;

b) berços de acrílico em, pelo menos, 80% (oitenta por cento) dos leitos;

c) ressuscitador manual tipo balão autoinflável com reservatório e válvula e máscaras para prematuros e recém-nascido a termo, 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos ou fração;

d) termômetro digital individual, 1 (um) para cada leito;

e) estetoscópio individual, 1 (um) para cada leito;

f) material e equipamento para reanimação, 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos ou fração;

g) aspirador portátil, 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos ou fração;

h) balança eletrônica, 1 (uma) para cada 15 (quinze) leitos ou fração;

i) relógios e calendários de parede visíveis;

j) poltronas removíveis, com revestimento impermeável, 1 (uma) por leito; e

k) incubadora de transporte, esfigmomanômetro, otoscópio, oftalmoscópio e conjunto de nebulizador e máscara, podendo ser compartilhados entre as UCINCos e UCINCas, guardada a devida proporção em relação ao número de leitos;

§ 1º O atendimento na UCINCa será feito pela equipe responsável pela UCINCo, conforme disposto no art. 124 desta Portaria.

§ 2º Para fins de formação da equipe mínima da UCINCo, serão somados os leitos de UCINCo e de UCINCa disponíveis na mesma unidade hospitalar.

Art. 133. Para fins de monitoramento, conforme disposto no inciso III do art. 26 do Título I do Anexo II desta Portaria, para a UCINCa, será considerada a produção registrada no SIH do procedimento 08.02.01.024-5 - Diária de unidade de cuidados intermediários neonatais canguru UCINCa, constante da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

Art. 134. A UCINCa tem a exigência mínima de produção, por leito habilitado, de 324 (trezentos e vinte e quatro) procedimentos anuais e média de 27 (vinte e sete) mensais.

Parágrafo único. A produção de procedimentos vinculados à UCINCa de que trata o caput será acompanhada periodicamente pelo gestor local de saúde e pelo Ministério da Saúde." (NR)

Art. 2º O Capítulo I do Título VIII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"TÍTULO VIII

CAPÍTULO I

DO FINANCIAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO MATERNA E INFANTIL (RAMI)

Art. 807. A Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI) será financiada com recursos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

Parágrafo único. Para fins do disposto no caput, caberá à União, por meio do Ministério da Saúde, a transferência dos recursos da seguinte forma:

I - recursos de custeio:

a) por produção; e

b) global ao serviço habilitado; e

II - recursos de investimento:

a) para aquisição de equipamentos e material permanente; e

b) para a realização de obras.

Seção I

Do financiamento das despesas de custeio na RAMI

Subseção I

Dos recursos de custeio por produção

Art. 808. O financiamento por produção contempla incentivos financeiros para os seguintes procedimentos:

I - teste rápido de gravidez; e

II - exames relacionados ao pré-natal.

Art. 809. O incentivo financeiro relativo ao teste rápido de gravidez será repassado aos municípios em parcela única anual, na modalidade fundo a fundo, calculado mediante a multiplicação dos seguintes valores:

I - número de nascidos vivos do último ano por município de residência, acrescido de 20% (vinte por cento); e

II - R\$ 1,68 (um real e sessenta e oito centavos), referente ao incentivo RAMI.

§ 1º Para fins do disposto no caput, serão utilizados os dados constantes no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC).

§ 2º Para os municípios que apresentarem no SINASC registros inferiores a 100 (cem) nascimentos, será considerado o valor referente a 100 (cem) testes.

§ 3º O monitoramento conforme disposto no inciso III do art. 26 deste Anexo será feito mediante acompanhamento dos registros do procedimento 02.14.01.006-6 - Teste rápido de gravidez.

§ 4º O repasse dos recursos destinados aos municípios será feito por meio de publicação de portaria específica, anualmente, de acordo com a disponibilidade orçamentária da Funcional Programática 10.301.5019.21CE.00.

Art. 810. O incentivo financeiro concernente aos exames relativos ao pré-natal será repassado aos municípios em parcela única, na modalidade fundo a fundo, no valor de R\$ 49,86 (quarenta e nove reais e oitenta e seis centavos), por gestante.

§ 1º Para fins do disposto no caput, serão considerados os registros dos seguintes procedimentos, constantes no sistema e-SUSAB, realizados em gestantes até a 20ª semana de gestação:

I - código 02.14.01.008-2 - teste rápido para sífilis em gestante ou pai/parceiro ou 02.02.03.117-9 - teste não treponêmico para detecção de sífilis em gestante;

II - código 02.14.01.004-0 - teste rápido para detecção de HIV em gestante ou pai/parceiro ou 02.02.03.030-0 - pesquisa de anticorpos anti-HIV-1 + HIV-2;

III - código 02.14.01.001-5 - glicemia capilar ou 02.02.01.047-3 - dosagem de glicose;

IV - código 02.02.02.038-0 - hemograma completo;

V - código 02.02.08.008-0 - cultura de bactérias para identificação ou 02.02.05.001-7 - análise de caracteres físicos, elementos e sedimento da urina; e

VI - código 02.05.02.014-3 - ultrassonografia obstétrica.

§ 2º Os municípios que não apresentarem o registro de gestantes com exames avaliados até a 20ª semana no e-SUS AB não serão elegíveis para o recebimento do recurso de incentivo.

§ 3º Os municípios deverão observar o cronograma de apresentação, de acordo com a competência de atendimento/registo, data de início, fechamento do sistema e data-limite para envio dos dados à base do SISAB, que será publicado, anualmente, por meio de portaria específica.

§ 4º O monitoramento de que trata o inciso III do art. 26 deste Anexo será feito mediante acompanhamento dos registros dos procedimentos elencados no caput.

§ 5º O repasse do recurso destinado aos municípios será realizado por meio de publicação de portaria específica, anualmente, de acordo com a disponibilidade orçamentária da Funcional Programática 10.301.5019.21CE.001.

Subseção II

Dos recursos de custeio global ao serviço habilitado

Art. 811. Os serviços habilitados na RAMI contarão com incentivo financeiro de custeio global, específicos para cada categoria, nos termos desta Subseção.

Art. 812. Para maternidade e hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos com habilitação em gestação de baixo risco (MAB) I, II e III, o incentivo financeiro de custeio considerará o volume anual de partos registrados no SIH-SUS, da seguinte forma:

I - MAB I com produção de 500 a 1.200 partos por ano: R\$ 70.000,00 (setenta mil reais) por mês;

II - MAB II com produção de 1.201 a 2.400 partos por ano: R\$ 85.000,00 (oitenta e cinco mil reais) por mês; e

III - MAB III com produção acima de 2.401 partos por ano: R\$ 100.000,00 (cem mil reais) por mês.

§ 1º Para fins do disposto no caput, a aferição da produção considerará a série histórica de produção no sistema SIH-SUS dos últimos 3 (três) anos.

§ 2º O repasse do recurso destinado aos entes federativos será realizado em parcela mensal, na modalidade fundo a fundo, mediante publicação de portaria específica, de acordo com a disponibilidade orçamentária da Funcional Programática 10.302.5018.8585.0000.

Art. 813. O incentivo financeiro de custeio do Centro de Parto Normal Intra-Hospitalar (CPNi) tipos I e II será da seguinte forma:

- I - CPNi tipo I com 3 (três) quartos PPP: R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) ao mês;
- II - CPNi tipo II com 3 (três) quartos PPP: R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) ao mês;
- III - CPNi tipo I com 5 (cinco) quartos PPP: R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) ao mês; e
- IV - CPNi tipo II com 5 (cinco) quartos PPP: R\$ 70.000,00 (setenta mil reais) ao mês.

Parágrafo único. O repasse dos recursos destinados aos entes federativos será realizado em parcela mensal, na modalidade fundo a fundo, mediante publicação de portaria específica, de acordo com a disponibilidade orçamentária da Funcional Programática 10.302.5018.8585.0000.

Art. 814. O incentivo financeiro de custeio do Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar (CPNp) será da seguinte forma:

- I - CPNp com 3 (três) quartos PPP: R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais) ao mês; e
- II - CPNp com 5 (cinco) quartos PPP: R\$ 100.000,00 (cem mil reais) ao mês.

Parágrafo único. O repasse dos recursos destinados aos entes federativos será realizado em parcela mensal, na modalidade fundo a fundo, mediante publicação de portaria específica, de acordo com a disponibilidade orçamentária da Funcional Programática 10.302.5018.8585.0000.

Art. 815. O incentivo financeiro de custeio da Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) será da seguinte forma:

- I - CGBP com 10 (dez) camas: R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) ao mês;
- II - CCBP com 15 (quinze) camas: R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) ao mês; e
- III - CGPB com 20 (vinte) camas: R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais) ao mês.

Parágrafo único. O repasse dos recursos destinados aos entes federativos será realizado em parcela mensal, na modalidade fundo a fundo, mediante publicação de portaria específica, de acordo com a disponibilidade orçamentária da Funcional Programática 10.302.5018.8585.0000.

Art. 816. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) terão financiamento de custeio no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), conforme regramento próprio.

Art. 817. O incentivo financeiro de custeio do Serviço de Atenção Ambulatorial Especializada à Gestação de Alto Risco (AGAR) será de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) por mês.

Parágrafo único. O repasse dos recursos destinados aos entes federativos será feito em parcela mensal, na modalidade fundo a fundo, mediante publicação de portaria específica, de acordo com a disponibilidade orçamentária da Funcional Programática 10.302.5018.8585.0000.

Art. 818. O incentivo financeiro de custeio do GAR tipo I já habilitado pela Rede Cegonha será mantido no valor estipulado pela portaria de habilitação de cada estabelecimento.

Art. 819. O incentivo financeiro de custeio do serviço de atenção hospitalar de referência à gestação de alto risco tipo II terá seu valor calculado mediante a multiplicação dos seguintes valores:

- I - número de leitos incentivados;
- II - 365 (trezentos e sessenta e cinco), referente aos dias do ano;
- III - R\$ 480,00 (quatrocentos e oitenta), referente ao incentivo RAMI; e
- IV - 0,85 (oitenta e cinco centésimos), referente a 85% (oitenta e cinco por cento) de taxa de ocupação do leito.

§ 1º Para fins do disposto no caput, a AIH deverá ser processada e faturada pelo sistema SIH-SUS.

§ 2º O repasse dos recursos destinados aos entes federativos será feito em parcela mensal, na modalidade fundo a fundo, mediante publicação de portaria específica, de acordo com a disponibilidade orçamentária da Funcional Programática 10.302.5018.8585.0000.

Art. 820. O incentivo financeiro de custeio dos serviços de referência hospitalar em atendimento secundário e terciário à gestação de alto risco será mantido no valor estipulado pela portaria de habilitação de cada estabelecimento.

Parágrafo único. O repasse dos recursos destinados aos entes federativos será feito em parcela mensal, na modalidade fundo a fundo, mediante publicação de portaria específica, de acordo com a disponibilidade orçamentária da Funcional Programática 10.302.5018.8585.0000.

Art. 821. O incentivo financeiro de custeio do serviço de atenção ambulatorial especializada do seguimento do recém-nascido e da criança egressos da unidade neonatal (ANEO) será de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) por mês.

Parágrafo único. O repasse dos recursos destinados aos entes federativos será feito em parcela mensal, na modalidade fundo a fundo, mediante publicação de portaria específica, de acordo com a disponibilidade orçamentária da Funcional Programática 10.302.5018.8585.0000.

Art. 822. O incentivo financeiro de custeio referente à qualificação das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) tipos II e III será calculado mediante a multiplicação dos seguintes valores:

I - UTIN tipo II:

a) número de leitos a serem qualificados;

b) R\$ 321,28 (trezentos e vinte e um reais e vinte e oito centavos), referente ao incentivo RAMI;

c) 0,90 (noventa centésimos), referente a 90% (noventa por cento) da taxa de ocupação do leito;

d) 365 (trezentos e sessenta e cinco), referente aos dias do ano; e

II - UTIN tipo III:

a) número de leitos a serem qualificados;

b) R\$ 291,37 (duzentos e noventa e um reais e trinta e sete centavos), referente ao incentivo RAMI;

c) 0,90 (noventa centésimos), referente a 90% (noventa por cento) da taxa de ocupação do leito; e

d) 365 (trezentos e sessenta e cinco), referente aos dias do ano.

Parágrafo único. O repasse dos recursos destinados aos entes federativos será feito em parcela mensal, na modalidade fundo a fundo, mediante publicação de portaria específica, de acordo com a disponibilidade orçamentária da Funcional Programática 10.302.5018.8585.0000.

Art. 823. O incentivo financeiro de custeio referente à qualificação da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo) terá seu valor calculado mediante a multiplicação dos seguintes valores:

I - número de leitos a serem qualificados;

II - R\$ 100,00 (cem reais), referente ao incentivo RAMI;

III - 0,90 (noventa centésimos), referente a 90% (noventa por cento) da taxa de ocupação do leito; e

IV - 365 (trezentos e sessenta e cinco), referente aos dias do ano.

Parágrafo único. O repasse de recursos dos incentivos destinados aos entes federativos será realizado em parcela mensal, na modalidade fundo a fundo, mediante publicação de portaria específica, de acordo com a disponibilidade orçamentária da Funcional Programática 10.302.5018.8585.0000.

Art. 824. A Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) terá incentivo financeiro de custeio específico no âmbito da atenção especializada, conforme regramento próprio.

Seção II

Do financiamento do Bloco de Estruturação na RAMI

Art. 825. Os estabelecimentos de saúde que compõem a RAMI poderão receber recurso financeiro de investimento do Bloco de Estruturação de que dispõe o art. 3º desta Portaria, para:

I - aquisição de equipamentos e materiais permanentes; e

II - construção, reforma e ampliação.

Parágrafo único. Para fins do disposto no caput, deverão ser observados:

I - os requisitos dispostos no Título VII desta Portaria, para a transferência na modalidade fundo a fundo;

II - o disposto na Portaria Interministerial nº 424, de 30 de dezembro de 2016, para o financiamento por convênio; e

III - o disposto no Decreto nº 10.426, de 16 de julho de 2020, para o financiamento por meio de Termo de Execução Descentralizada (TED).

Art. 826. Para solicitar o repasse de recurso financeiro de investimento do Bloco de Estruturação, o interessado deverá cadastrar proposta junto ao Ministério da Saúde, por meio:

I - do sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde (FNS); ou

II - da Plataforma +Brasil, em caso de TED.

§ 1º A aprovação da proposta dependerá de análise técnica, de forma que o mero cadastramento não gera ao interessado quaisquer direitos de recebimento de recursos.

§ 2º As solicitações de que trata o caput deverão observar a seguinte classificação de componentes de investimento da RAMI:

I - Centro de Parto Normal (CPN);

II - ambiência de serviços de atenção ao parto e nascimento, como:

a) porta de entrada;

b) centro obstétrico; e

c) alojamento conjunto;

III - Casa da Gestante Bebê e Puérpera (CGBP);

IV - Unidade neonatal (UNEO):

a) UTIN;

b) UCINCo; e

c) UCINCa;

V - Banco de Leite Humano (BLH);

VI - maternidade;

VII - AGAR; e

VIII - ANEO.

§ 3º Para fins do disposto no caput, devem ser observadas, no que couber, as Resoluções da Diretoria Colegiada da Anvisa (RDC) aplicáveis a cada componente.

Art. 827. A análise técnica das propostas de que trata o art. 826 desta Portaria será realizada pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (SAPS/MS).

Parágrafo único. Para análise, priorização e aprovação das propostas, serão considerados:

I - o atendimento às regras e aos requisitos da RAMI;

II - o preenchimento dos requisitos constantes nas Subseções I e II desta Seção;

III - os critérios epidemiológicos, como taxa de mortalidade materna e infantil, a densidade populacional e a oferta de serviços; e

VI - a disponibilidade financeiro-orçamentária.

Art. 828. Sem prejuízo do regramento específico aplicável a cada modalidade de repasse, o monitoramento da aplicação de recurso financeiro de investimento da RAMI do Bloco de Estruturação será realizado pela SAPS/MS, mediante as seguintes atividades:

I - análise das informações constantes nos sistemas de informação do SUS;

II - solicitação de informações e documentos acerca da execução dos recursos, com informações físicas e financeiras; e

III - realização de verificação in loco, quando necessário.

Subseção I

Do financiamento de equipamentos e materiais permanentes na RAMI

Art. 829. Para o financiamento de equipamentos e materiais permanentes, o interessado deverá cadastrar a proposta de que trata o art. 826, acompanhada dos seguintes documentos:

I - plano de ação macrorregional da RAMI, aprovado pela CIB ou pelo CGSES/DF;

II - justificativa técnica que demonstre a relevância da aquisição;

III - declaração de capacidade técnica do corpo clínico que fará a assistência no estabelecimento que receberá recurso, com informações acerca da capacidade técnica e gerencial do proponente para execução da proposta; e

IV - declaração assinada pelo gestor, com o ateste de que o ambiente e as instalações são adequados à alocação, à instalação, à manutenção e ao funcionamento dos equipamentos.

Art. 830. O repasse de recursos de que trata esta Subseção será feito pelo FNS, de acordo com a disponibilidade orçamentária da Funcional Programática 10.302.5018.8535.0000.

Subseção II

Do financiamento de obras de construção, reforma e ampliação na RAMI

Art. 831. Para o financiamento de obras de construção, reforma e ampliação, o interessado deverá cadastrar a proposta de que trata o art. 826, acompanhada dos seguintes documentos:

I - plano de ação macrorregional da RAMI, aprovado pela CIB ou pelo CGSES/DF;

II - localização georreferenciada do estabelecimento no qual ocorrerá a construção, reforma ou ampliação, com endereço completo e fotografia do terreno e/ou da área de reforma;

III - certidão de registro emitida pelo cartório de registro de imóveis competente ou, alternativamente, termo de doação de forma irrevogável e irretroatável por, no mínimo, 20 (vinte) anos ao município, estado ou Distrito Federal, conforme documentação exigida em lei como hábil à prova de propriedade e ocupação regular do imóvel, ou ainda, mediante declaração comprobatória da condição de terreno público;

IV - justificativa técnica que demonstre a relevância da construção, reforma ou ampliação da unidade de saúde;

V - planta de locação e implantação do estabelecimento no terreno do endereço informado na proposta, conforme normas (NBR ABNT 6492);

VI - estudo preliminar do projeto de arquitetura de acordo com o Anexo de infraestrutura desta Portaria e, complementarmente, no que couber, normas e resoluções da Anvisa vigentes para assistência e infraestrutura hospitalar e normas brasileiras de acessibilidade (NBR ABNT 9050);

VII - termo de compromisso, assinado pelo gestor local, contendo informações acerca da garantia da equipe mínima para funcionalidade do serviço após a obra;

VIII - declaração de capacidade técnica e gerencial do proponente para execução do objeto; e

IX - termo de compromisso, assinado pelo gestor local, em que assume a obrigação de cumprir os critérios de habilitação do componente da RAMI a ser financiado e de solicitar a habilitação ou qualificação do serviço em até 180 (cento e oitenta) dias após a conclusão, garantindo que fica responsável pelo eventual cofinanciamento necessário ao custeio da unidade em funcionamento.

Art. 832. As informações e orientações complementares para apresentação de propostas para o repasse de recursos para a realização de obras serão disponibilizadas em cartilha constante no sítio eletrônico do FNS.

Art. 833. Caso o custo final da obra seja inferior ao incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença de valores deverá ser restituída ao erário.

Art. 834. Caso o custo final da construção, ampliação ou reforma seja superior ao incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença de valores deverá ser custeada pelo ente federativo proponente, conforme pactuação na CIB, o proponente deve anexar declaração firmada pelo gestor se comprometendo a concluir a obra.

Art. 835. O repasse de recursos de que trata esta Subseção será feito pelo FNS, de acordo com a disponibilidade orçamentária da Funcional Programática 10.302.5018.8535.0000." (NR)

Art. 3º O Anexo 2 do Anexo II da Portaria de Consolidação nº 3, de 2017, passa a vigorar na forma do Anexo I desta Portaria.

Art. 4º O Anexo LVIII da Portaria de Consolidação nº 6, de 2017, passa a vigorar na forma do Anexo II desta Portaria.

Art. 5º Ficam revogados:

I - da Portaria de Consolidação nº 3, de 2017:

- a) o Título III do Anexo II;
- b) o Título IV do Anexo II;
- c) o Título V do Anexo II;
- d) o Título VI do Anexo II;
- e) o Anexo 3 do Anexo II;
- f) o Anexo 4 do Anexo II;
- g) o Anexo 5 do Anexo II;
- h) o Anexo 6 do Anexo II;
- i) o Anexo 7 do Anexo II;
- j) o Anexo 8 do Anexo II;
- k) o Anexo 9 do Anexo II; e
- l) o Anexo 12 do Anexo II; e

II - da Portaria de Consolidação nº 6, de 2017:

- a) os arts. 836 a 857; e
- b) o Anexo LXII.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos operacionais nos sistemas de informação a partir da competência de 2022.

MARCELO ANTÔNIO CARTAXO QUEIROGA LOPES

ANEXO I

01 - Cálculo da estimativa das gestantes em determinado território no ano: número de nascidos vivos no ano anterior +10% (dez por cento);

02 - Cálculo de gestantes de baixo risco: 85% (oitenta e cinco por cento) das gestantes estimadas;

03 - Cálculo de gestantes de alto risco: 15% (quinze por cento) das gestantes estimadas;

04 - Número de consultas preconizadas para todas as gestantes:

| | |
|------------------------|---|
| Pré-natal baixo risco* | 85% (oitenta e cinco por cento) das gestantes |
| Ações | Parâmetros |
| Consulta médica | 3 (três) consultas/gestante |
| Consulta enfermagem | 3 (três) consultas/gestante |
| Consulta de puerpério | 1 (uma) consulta/gestante |
| Consulta odontológica | 1 (uma) consulta |

05 - Exames preconizados para 100% (cem por cento) das gestantes, sendo para cada gestante:

| Todas as gestantes* | |
|---|--|
| Ações | Parâmetros |
| Reuniões educativas. unid./gestante | 4 (quatro) reuniões/gestante |
| ABO | 1 (um) exame/gestante |
| Fator RH | 1 (um) exame/gestante |
| Teste Coombs indireto para RH- | 1 (um) exame para 30% (trinta por cento) do total de gestantes |
| EAS | 2 (dois) exames/gestante |
| Glicemias | 2 (dois) exames/gestante |
| Dosagem de Proteinúria-fita reagente | 1 (um) exame para 30% (trinta por cento) do total de gestantes |
| VDRL | 2 (dois) exames/gestante |
| Hematócrito | 2 (dois) exames/gestante |
| Hemoglobina | 2 (dois) exames/gestante |
| Sorologia para toxoplasmose (IGM) | 1 (um) exame/gestante |
| HBsAg | 1 (um) exame/gestante |
| Anti-HIV1 e anti-HIV2 | 2 (dois) exames/gestante |
| Eletroforese de hemoglobina | 1 (um) exame/gestante |
| Ultrassom obstétrico | 1 (um) exame/gestante |
| Citopatológico cérvico-vaginal | 1 (um) exame/gestante |
| Cultura de Bactérias com antibiograma (urina) | 1 (um) exame |

06 - Exames adicionais preconizados para as gestantes de alto risco, sendo para cada gestante:

| Pré-natal alto risco* | |
|--|--|
| Ações | Parâmetros |
| Cons. Especializadas | 15% (quinze por cento) das gestantes |
| Teste de tolerância à glicose | 12 (doze) consultas/gestante de alto risco |
| Ultrassom obstétrico | 1 (um) teste/gestante de alto risco |
| ECG | 2 (dois) exames/gestante de alto risco |
| US Obstétrico com Doppler | 1 (um) exame para 30% (trinta por cento) do total de gestantes de alto risco |
| Toco cardiografia ante parto | 1 (um) exame/gestante de alto risco |
| Contagem de Plaquetas | 1 (um) exame/gestante de alto risco |
| Creatinina | 1 (um) exame para 30% (trinta por cento) do total de gestantes de alto risco |
| Consulta Psicossocial | 1 (um) exame/gestante de alto risco |
| Dosagem de proteína-urina 24h (vinte e quatro horas) | 1 (um) exame/gestante de alto risco |

07 - Consultas e exames preconizados para 100% (cem por cento) das crianças de 0 (zero) a 12 (doze) meses, sendo para cada criança:

| | | |
|--|--|--------------------------|
| Visita domiciliar ao RN na primeira semana | 1 (uma) visita na 1ª (primeira) semana de vida | |
| RN com peso ³ 2.500g (92% da população alvo) | Consulta médica | 3 (três) consultas/ano |
| | Consulta enfermagem | 4 (quatro) consultas/ano |
| RN com peso < 2.500g (8% da população alvo) | Consulta médica | 7 (sete) consultas/ano |
| | Consulta enfermagem | 6 (seis) consultas/ano |
| Acompanhamento específico do RN de até 24 (vinte e quatro) meses egressos de UTI | De acordo com necessidade | |
| Vacinação básica | De acordo com protocolo de vacinação | |

| | |
|--|---|
| Teste do pezinho | 1 (um) exame até o 7º (sétimo) dia |
| Teste da orelhinha | 1 (um) exame. Dependendo do diagnóstico, pré-teste com especialista |
| Teste do olhinho | 4º (quarto), 6º (sexto), 12º (décimo segundo) e 25º (vigésimo quinto) meses. Lembrar que o 1º (primeiro) teste deve ser realizado logo após o nascimento. |
| Teste do coraçãozinho | 1 exame até 48h de vida. |
| Sulfato ferroso | Profilaxia dos 6 (seis) aos 18 (dezoito) meses |
| Vitamina A | Em áreas endêmicas |
| Consulta odontológica | 2 (duas) consultas/ano - a partir do 1º (primeiro) dente e aos 12 (doze) meses |
| Consultas de especialidades | De acordo com diagnóstico e necessidade |
| Exames (apoio diagnóstico e terapêutico) | De acordo com diagnóstico e necessidade |
| Consultas/atendimentos de reabilitação | De acordo com diagnóstico e necessidade |
| Atividade educativa em grupo nas unidades básicas de saúde para mães de crianças menores de 1 (um) ano | 2 (duas) a.e./população coberta/ano |

08 - Consultas e exames preconizados para 100% (cem por cento) das crianças de 12 (doze) a 24 (vinte e quatro) meses, sendo para cada criança:

| | |
|--|---|
| Consulta médica | 2 (duas) consultas/ano |
| Consulta enfermagem | 1 (uma) consulta/ano |
| Consultas de especialidades | De acordo com diagnóstico e necessidade |
| Atividade educativa em grupo nas unidades básicas de saúde para mães de crianças de 1 (um) a 10 (dez) anos | 1 (uma) a.e./população coberta/ano |
| Vacinação | De acordo com protocolo de vacinação |
| Exames (apoio diagnóstico e terapêutico) | De acordo com diagnóstico e necessidade |
| Consultas/atendimentos de reabilitação | De acordo com diagnóstico e necessidade |

09 - Centros de Parto Normal: parâmetro populacional (a ser modelado de acordo com as necessidades locais):

| PARÂMETRO | |
|---|-----|
| Município | CPN |
| De 100 (cem) a 350 (trezentos e cinquenta) mil hab | 1 |
| De 350 (trezentos e cinquenta) a 1 (um) milhão de hab | 2 |
| Maior de 1 (um) milhão de hab. | 3 |
| Maior de 2 (dois) milhões de hab. | 4 |
| Maior de 6 (seis) milhões de hab. | 5 |
| Maior de 10 (dez) milhões de hab. | 6 |

10- Casas de Gestante, Bebê e Puérpera: vinculação aos hospitais/maternidades habilitados nos serviços de GAR II, MABs porte II e III.

11- Parâmetro populacional para leitos (a ser modulado de acordo com as necessidades locais):

- Leitos obstétricos necessários = 0,28 leitos por 1000 (mil) habitantes SUS dependentes (média de 75% da população total);

- UTI adulto: 6% (seis por cento) dos leitos obstétricos necessários na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço;

- UTI neonatal: 2 (dois) leitos de UTI neonatal para cada 1.000 (mil) nascidos vivos na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço;

- Leitos GAR (Gestação de Alto-Risco): 15% (quinze por cento) do total de leitos obstétricos necessários, na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço;

- UCI neonatal: 3 (três) leitos de UCI para cada 1.000 (mil) nascidos vivos na região, sendo 2 (dois) leitos de UCINCo e 1 (um) de UCINCa devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço; e

ANEXO II

(Anexo LVIII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 2017)

LISTA DE AMBIENTE PARA ESTRUTURA FÍSICA DOS COMPONENTES DE INFRAESTRUTURA DA RAMI

I - CENTRO DE PARTO NORMAL

| CENTRO DE PARTO NORMAL | | |
|---|---------------------|----------------------------------|
| AMBIENTES | QUANTIFICAÇÃO (min) | ÁREA MÍNIMA (m ²) |
| AMBIENTES FINIS | | |
| Sala de registro e recepção para acolhimento da parturiente e seu acompanhante; | 1 | 12 |
| Sala de exames e admissão de parturientes; | 1 | 9 |
| Sanitário anexo à sala de exames; | 1 | 3,2 com dimensão mínima de 1,70m |
| Quartos para pré-parto/parto/pós-parto - PPP; | 3 | 14,5 |
| Banheiro anexo ao quarto PPP; | 1 | 4,8 com dimensão mínima de 1,70m |
| Área para deambulação (varanda/solário) - interna e/ou externa; | 1 | 20 |
| Posto de enfermagem; e | 1 | 2,5 |
| Sala de serviço. | 1 | 5,7 |
| AMBIENTES DE APOIO | | |
| Sala de utilidades | 1 | 6 |
| Quarto de plantão para funcionários | 1 | 5 |
| Banheiro anexo ao quarto de plantão | 2 | 4,8 com dimensão mínima de 1,70m |
| Rouparia | | |
| Depósito de material de limpeza | 1 | 2 |
| Depósito de equipamentos e materiais | 1 | 3,5 |
| Copa | 1 | 4 |
| Refeitório | 1 | 12 |
| Área para guarda de macas e cadeiras de rodas (ambiente opcional) | | |

II- AMBIÊNCIA DOS SERVIÇOS QUE REALIZAM PARTO

| ESTRUTURAÇÃO MATERNIDADE - AMBIÊNCIA DOS SERVIÇOS QUE REALIZAM PARTOS | | |
|---|---------------------|---|
| PORTA DE ENTRADA | | |
| AMBIENTES | QUANTIFICAÇÃO (min) | ÁREA MÍNIMA (m ²) |
| Sala de registro e recepção para acolhimento da parturiente e seu acompanhante; | 1 | 12 |
| Sala de exames e admissão de parturientes; | 1 | 9 |
| Sanitário para paciente, doador e público - anexo à sala de exames; | 1 | Individual: 1,6 m ² com dimensão mínima = 1,2 m Individual p/ deficientes: 3,2m ² com dimensão mínima = 1,7 m Coletivo: 1 bacia sanitária e 1 lavatório para cada grupo de 6 pessoas. Dimensão mínima = 1,7 m |

CENTRO OBSTÉTRICO

| AMBIENTES | QUANTIFICAÇÃO (min) | ÁREA MÍNIMA (m ²) |
|---|---------------------|--|
| Quartos para pré-parto/parto/pós-parto - PPP; | 3 | 14,5 |
| Banheiro anexo ao quarto PPP; | 1 | 4,8 |
| Área para deambulação (varanda/solário) - interna e/ou externa; | 1 | 20 |
| Posto de enfermagem; e | 1 | 2,5 |
| Sala de serviço. | 1 | 5,7 |
| Depósito de material de limpeza (DML) | 1 | 2 |
| Área de recepção de paciente; | 1 | Suficiente para o recebimento de uma maca. |
| Sala de guarda e preparo de anestésicos; | 1 | 4 |
| Área de antissepsia cirúrgica das mãos e antebraços; | | Duas torneiras por sala de parto cirúrgico. Mais de duas salas cirúrgicas, prever duas torneiras a cada novo par de salas ou fração. Área de 1,10m ² por torneira com dimensão mínima de 1,00m. |
| Sala de parto cirúrgico/curetagem; | | 20 |
| Área para prescrição médica; | | 2 |
| Área de recuperação pós-anestésica; | | Mín. 2 macas, com distância entre estas de 0,80m. Distância entre macas e paredes, exceto cabeceiras de 0,60m. Espaço, junto ao pé da maca para manobra, de no mínimo 1,20m. O número de macas deve ser igual ao número de salas de parto cirúrgico. |
| Sala de utilidades | 1 | 6 |
| Banheiros com vestiários para funcionários (barreira); | 2 | 3 |
| Quarto de plantão para funcionários | 1 | 5 |
| Banheiro anexo ao quarto de plantão | 2 | 2,5 |
| Sala de distribuição de hemocomponentes ("in loco" ou não); e | 1 | 12 |
| Depósito de equipamentos e materiais | 1 | 3,5 |
| Área para guarda de macas e cadeiras de rodas (ambiente opcional) | | |

ALOJAMENTO CONJUNTO

| AMBIENTES | QUANTIFICAÇÃO (min) | ÁREA MÍNIMA (m ²) |
|--|--|--|
| Quarto/enfermagem para Alojamento Conjunto; | A depender da necessidade de leitos do estabelecimento | Quarto de 01 leito, 10,50 m ² , de 02 leitos, 14,00 m ² e enfermagem de 03 a 06 leitos, 6,00 m ² por leito. Todos os quartos/enfermarias devem ter, ainda, área de 4,00m ² para cuidados do recém-nascido - bancada com pia. |
| Área de para cuidados do RN com bancada, água quente e fria, contígua ao alojamento conjunto.; | | Não está vigente nas legislações |

| | | |
|---|--|--|
| Banheiro anexo quarto/enfermarias para Alojamento Conjunto; | Conjunto de bacia sanitária, pia e chuveiro a cada 04 leitos | Individual: 3,6 m ² com dimensão mínima = 1,7 m Individual p/ deficientes: 4,8 m ² com dimensão mínima = 1,7 m Box chuveiro: dimensões mínimas = 0,8m x 1,0 m Box chuveiro p/ deficientes: dimensões mínimas = 0,9m x 1,1 m Coletivo: 1 bacia sanitária, 1 lavatório e 1 chuveiro para cada 6 leitos. Dimensão mínima = 1,7 m. |
| Posto de enfermagem; e | 1 posto a cada 30 leitos | 2,5 |
| Sala de serviços. | 1 sala p/ cada posto de enfermagem | 5,7 |

III - DA GESTANTE BEBE E PUÉRPERA (10, 15 ou 20 usuárias)

| CASA DE GESTANTE BEBÊ E PUÉRPERA | | |
|---|--------------------------------------|--|
| AMBIENTES | QUANTIFICAÇÃO (min) | ÁREA MÍNIMA (m ²) |
| Área de estar para paciente interno, acompanhante de paciente e visitante de paciente (Espaço de estar, multiuso das usuárias); | 1 | 1,5 m ² por usuária |
| Área para preparo de alimentos (Cozinha/copa); | 1 | 1,2 m ² por usuária |
| Quartos para alojamento (enfermaria adulto); | no máximo 5 usuárias por quarto | 6,0 m ² por usuária |
| Consultório indeiferenciado (Sala de atendimento multiprofissional) | 1 | 12 |
| Área de serviço; | 1 | 15 |
| Banheiro para paciente interno (Banheiro para gestantes e puérperas); | a depender da quantidade de usuárias | 4,8 com dimensão mínima de 1,7 m |
| Sanitário para visitantes e funcionários; | 2 (fem. e masc.) | 3,2 m ² e dimensão mínima de 1,7 m |
| Quarto de Plantão para funcionários e alunos (Quarto de plantão); | 1 | 5 |
| Banheiro anexo ao quarto de plantão; e | 2 (fem. e masc.) | 4,8 m ² com dimensão mínima = 1,7 m |
| Área de lazer (externa e/ou interna). | | |

IV-UNIDADE NEONATAL

| UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL - UTIN | | |
|--|---------------------|--|
| AMBIENTES | QUANTIFICAÇÃO (min) | ÁREA MÍNIMA (m ²) |
| Área de Tratamento Coletiva; | | 6,5 (ideal 7 m ²) |
| Posto de enfermagem/Prescrição médica; | 1 a cada 10 leitos | 6 |
| Área de serviço de enfermagem; | 1 a cada 10 leitos | 6 |
| Sala de atividades; | 1 | 9 |
| Quarto de plantão; | 1 | 10 |
| Banheiro para quarto de plantão; | 1 | Individual: 3,6 m ² com dimensão mínima = 1,7 m |
| Sanitário para funcionários; | 2 | Individual: 1,6 m ² com dimensão mínima = 1,2 m Individual p/ deficientes: 3,6m ² com dimensão mínima = 1,7 m |
| Depósito para material de limpeza; | 1 | 2 |
| Sala de Higienização e preparo para equipamentos/material; | 1 | 4 |
| Sala de utilidades (expurgo); | 1 | 6 |

| | | |
|---|---|-----------------|
| Sala de espera para acompanhantes e visitantes; | 1 | 6 |
| Sala administrativa; | 1 | 6 |
| Área registro paciente; e | 1 | 4 |
| Sala para ordenha. | 1 | 1,5 por cadeira |

| UNIDADE DE CUIDADO INTERMEDIÁRIO NEONATAL CONVENCIONAL - UCINCo | | |
|---|---------------------|--|
| AMBIENTES | QUANTIFICAÇÃO (min) | ÁREA MÍNIMA (m ²) |
| Área de Tratamento Coletiva; | | 6,5 (ideal 7 m ²) |
| Posto de enfermagem/Prescrição médica; | 1 a cada 10 leitos | 6 |
| Área de serviço de enfermagem; | 1 a cada 10 leitos | 6 |
| Sala de atividades; | 1 | 9 |
| Quarto de plantão; | 1 | 10 |
| Banheiro para quarto de plantão; | 1 | Individual: 3,6 m ² com dimensão mínima = 1,7 m |
| Sanitário para funcionários; | 2 | Individual: 1,6 m ² com dimensão mínima = 1,2 m Individual p/ deficientes: 3,6m ² com dimensão mínima = 1,7 m |
| Depósito para material de limpeza; | 1 | 2 |
| Sala de Higienização e preparo para equipamentos/material; | 1 | 4 |
| Sala de utilidades (expurgo); | 1 | 6 |
| Sala de espera para acompanhantes e visitantes; | 1 | 6 |
| Sala administrativa; | 1 | 6 |
| Área registro paciente; e | 1 | 4 |
| Sala para ordenha. | 1 | 1,5 por cadeira |

| UNIDADE DE CUIDADO INTERMEDIÁRIO NEONATAL CANGURU - UCINCa | | |
|---|---------------------|-------------------------------|
| AMBIENTES | QUANTIFICAÇÃO (min) | ÁREA MÍNIMA (m ²) |
| Área de Tratamento Coletiva; | | 4,5 (ideal 9 m ²) |
| Posto de enfermagem/Prescrição médica; | 1 a cada 15 leitos | 6 |
| Área de serviço de enfermagem; | 1 | 6 |
| Sala de atividades; | 1 | 9 |
| Quarto de plantão; | 1 | 10 |
| Banheiro para quarto de plantão; | 1 | 3,6 |
| Sanitário para funcionários; | 1 | 2 |
| Depósito para material de limpeza; | 1 | 4 |
| Sala de Higienização e preparo para equipamentos/material; | 1 | 6 |
| Sala de utilidades (expurgo); | 1 | 6 |
| Sala de espera para acompanhantes e visitantes; | 1 | |
| Sala administrativa; | 1 | 6 |
| Área registro paciente; | 1 | 4 |
| Estar e copa mãe UCINCa (Proporcionar um ambiente que permita a mãe ou acompanhante receber visita, descansar fora do leito e fazer suas refeições fora das dependências da área de tratamento coletivo); | 1 | 10 |
| Banheiro mãe UCINCa (Oferecer banheiro exclusivo para as mães da UCINCa); | 1 | 3,6 |
| Lavanderia mãe UCINCa (Garantir que as mães tenham um espaço para poder lavar suas roupas); | 1 | 2 |
| Convivência mãe UCINCa; e | 1 | 6 |

V- BANCO DE LEITE HUMANO

| BANCO DE LEITE HUMANO - BLH | | |
|---|---------------------|-------------------------------|
| AMBIENTES | QUANTIFICAÇÃO (min) | ÁREA MÍNIMA (m ²) |
| Sala para recepção, registro e triagem de doadoras | 1 | 7,5 |
| Área para estocagem de leite cru coletado | 1 | 4 |
| Área de recepção de coleta externa | 1 | 3 |
| Arquivo de doadoras (pode ser em uma sala exclusiva ou na sala de recepção e registro de doadoras); | 1 | a depender da necessidade |
| Vestiário de barreira | 1 | 3 |
| Sala de ordenha | 1 | 1,5/ cadeira |
| Sala para processamento, estocagem e distribuição de leite | 1 | 15 |
| Laboratório de controle de qualidade | 1 | 6 |

1.1. Os ambientes deverão ser planejados e dimensionados de acordo com as normativas vigentes acerca da infraestrutura de estabelecimentos assistenciais de saúde como: Resolução Diretoria Colegiada Anvisa nº 36, de 3 de junho de 2008, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal; Resolução Diretoria Colegiada Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde; Resolução Diretoria Colegiada Anvisa nº 171, de 4 de setembro de 2006 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano; NBR Abnt 9050/2020 que trata da Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos; e entre outras que porventura possam complementar, atualizar ou substituir o citado.

1.2. Para o dimensionamento dos ambientes de atenção ao parto e nascimento ressalta-se a importância de prever área e equipamentos adequados a receber acompanhantes de parturientes e puérperas."(NR)

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.