DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 13/09/2024 | Edição: 178 | Seção: 1 | Página: 90

Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete da Ministra

PORTARIA GM/MS Nº 5.350, DE 12 DE SETEMBRO DE 2024

Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne.

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

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

"Art. 3º São Redes Temáticas de Atenção à Saúde:

I - Rede Alyne, na forma do Anexo II;

....."(NR)

Art. 2º O Anexo II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 2º .....

.....

III - a promoção da equidade, observando as iniquidades étnico-raciais;

.....

VII - a proteção e a promoção do vínculo da família e bebê, em especial para pessoas em situação de rua;

VIII - a adoção de práticas baseadas em evidências na rede de atenção à saúde; e

IX - a garantia de acompanhante de livre escolha da mulher nos serviços de saúde." (NR)

"Art. 3º .....

.....

III - reduzir a morbimortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal, sobretudo da população negra e indígena." (NR)

"Art. 4º A Rede Alyne deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e do sistema de governança da rede de atenção à saúde em consonância com o Planejamento Regional Integrado - PRI, a partir das seguintes diretrizes:

....." (NR)

"Art. 5º A Rede Alyne deve ser integrada ao Planejamento Regional Integrado - PRI para organização de forma ascendente e considerando as especificidades, o perfil epidemiológico e a capacidade instalada nos diferentes territórios." (NR)

"Art. 6º A Rede Alyne organiza-se a partir dos seguintes componentes:

I - pré-natal;

II - parto e nascimento;

III - puerpério e atenção integral à saúde da criança;

IV - sistema logístico;

V - sistema de apoio; e

VI - sistema de governança." (NR)

"Art. 7º O componente pré-natal será organizado em diferentes níveis de atenção à saúde e é constituído pelos seguintes pontos de atenção:

I - Unidade Básica de Saúde - UBS;

II - Ambulatório especializado, e

III - Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco - AGPAR.

§ 1º O componente pré-natal compreende as seguintes ações de atenção à saúde:

I - realização de pré-natal na UBS, com captação oportuna (até 12 semanas) da gestante e, no mínimo, sete consultas intercaladas entre enfermeiros e médicos;

II - realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco, e acesso aos resultados em tempo oportuno;

III - acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação, estratificação e classificação de risco e vulnerabilidade;

IV - acesso ao cuidado compartilhado entre atenção primária e atenção especializada ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno, por meio de referência vinculada à atenção especializada, seja por equipe multiprofissional, ambulatório especializado ou ambulatório de gestação e puerpério de alto risco;

V - vinculação da gestante, desde o pré-natal, ao local em que será realizado o parto e o atendimento das eventuais intercorrências na gestação; e o estímulo, no último trimestre gestacional, às ações de vínculo entre a gestante e a maternidade de referência do território;

VI - a garantia ao cuidado integral à saúde bucal da gestante;

VII - o acesso ao rastreamento e tratamento de sífilis, HIV, hepatites e as demais doenças infectocontagiosas incorporadas pelas Diretrizes Clínicas vigentes do Ministério da Saúde;

VIII - a atualização do calendário vacinal da gestante;

IX - o estímulo à participação de acompanhante gestacional no pré-natal e às abordagens voltadas aos temas parentalidade responsável e saúde integral do homem;

X - a oferta de grupos de gestantes visando a preparação para o parto, puerpério, amamentação e cuidado da criança;

XI - a promoção da equidade, respeitando-se a diversidade e as características sociais, culturais, étnico-raciais e de gênero;

XII - qualificação do sistema e da gestão da informação;

XIII - implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva.

§ 2º O atendimento às mulheres privadas de liberdade e egressas do sistema prisional deverá ser realizado, prioritariamente, pelas Equipes de Atenção Primária Prisional e, na ausência destas, por outro tipo de equipe de referência, garantido o acesso a todos os serviços da rede e observadas as diretrizes da política.

§ 3º O atendimento a gestantes em situação de rua e acompanhantes gestacionais deverá ser ofertado, prioritariamente, pelas Equipes de Consultório na Rua e, na ausência destas, por outro tipo de equipe de referência, garantido o acesso a todos os serviços da rede e observadas as diretrizes da política.

"Art. 7ºA. O componente parto e nascimento é constituído pelos seguintes pontos de atenção:

I - Centro de Parto Normal intra-hospitalar - CPNi e Centro de Parto Normal peri-hospitalar - CPNp;

II - maternidade ou hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos;

III - maternidade ou hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos com habilitação em gestação de alto risco;

IV - unidades de cuidado neonatal; e

V - Casa da Gestante, Bebê e Puérpera - CGBP.

§ 1º O CPNi e o CPNp são unidades de saúde destinadas à assistência ao parto de risco habitual, pertencentes ou vinculadas, respectivamente, a um estabelecimento hospitalar, localizadas em suas dependências internas ou imediações.

§ 2º A maternidade ou hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos é responsável pelo acompanhamento e pelas ações de saúde na gestação de risco habitual, devendo ter equipe qualificada e instalações adequadas para atendimentos de intercorrências ou situações de alto risco até sua estabilização e transferência segura, quando necessário.

§ 3º A maternidade ou hospital geral com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos com habilitação em gestação de alto risco é responsável pelo acompanhamento e pelas ações de saúde na gestação de alto risco que necessitam de atenção especializada e acesso a recursos hospitalares de média e alta complexidade.

§ 4º As unidades de cuidado neonatal são serviços hospitalares responsáveis pela atenção à saúde de recém-nascidos de alto risco que necessitem de suporte intensivo ou intermediário de saúde.

§ 5º A CGBP é uma residência provisória de cuidado destinada a gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de vulnerabilidade ou risco." (NR)

"Art. 7ºB. O componente puerpério e atenção integral à saúde da criança é constituído pelos seguintes pontos de atenção:

I - Unidade Básica de Saúde - UBS para atenção à saúde da puérpera, do recém-nascido e da criança na APS;

II - Ambulatório de Seguimento do recém-nascido e da criança - A-SEG; e

III - Banco de Leite Humano - BLH.

§ 1º No componente de que trata o caput as equipes de atenção primária deverão:

I - orientar e promover o aleitamento materno e a alimentação complementar saudável;

II - realizar o acompanhamento da puérpera e da criança, incluindo visita domiciliar regular até o 7º (sétimo) dia após o parto e nascimento; e

III - realizar a busca ativa e acompanhamento longitudinal da mulher e da criança até os 2 (dois) anos de vida.

§ 2º O A-SEG é responsável pelo acompanhamento de crianças de alto risco, prioritariamente as egressas de unidades de terapia intensiva e cuidados intermediários neonatais, observados o perfil epidemiológico, a pactuação regional, a densidade populacional e a distância para deslocamentos.

§ 3º O BLH é o local de referência em amamentação que reúne ações de coleta, processamento e distribuição de leite humano para bebês prematuros ou de baixo peso internados em unidades neonatais e que não podem ser alimentados pelas próprias mães, além de atendimento para apoio e orientação sobre aleitamento materno." (NR)

"Art. 7ºC. O sistema logístico compreende a regulação e o transporte inter-hospitalar, sendo responsável por produzir soluções em saúde, com base em tecnologias da informação e comunicação, a fim de fortalecer a integração entre os diferentes pontos de atenção à saúde da Rede Alyne.

§ 1º O sistema logístico de que trata o caput deverá:

I - nortear suas ações e atividades com base na Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde e na Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES);

II - promover a articulação entre os estados, municípios e Distrito Federal visando garantir acesso equânime, integral e universal aos diversos pontos de atenção à saúde para gestantes, puérperas e recém-nascidos;

III - utilizar a regra "Vaga Sempre" de modo que toda gestante, em qualquer idade gestacional, toda puérpera com critério de admissão hospitalar e todo recém-nascido grave ou potencialmente grave, tenha sua vaga de internação garantida, considerando a vinculação aos pontos de atenção e a garantia de

transferência segura na impossibilidade de internação na unidade em que foi vinculada;

IV - seguir pactuações elaboradas pelos mecanismos de gestão da rede e protocolos com fluxos específicos para acesso e vinculação de gestantes, puérperas e recém-nascidos, de forma integrada entre os componentes com regulação hospitalar e ambulatorial que garanta acesso e resolutividade;

V - instituir grades de referência, em nível macrorregional e coordenadas pelos estados em articulação com os municípios, para gestantes, puérperas e recém-nascidos; e

VI - promover a articulação e pactuação para o transporte inter-hospitalar de gestantes, puérperas e recém-nascidos que necessitem de cuidados intensivos, de forma regionalizada, a fim de ampliar o acesso em todo o território nacional.

§ 2º São ações estratégicas do componente do sistema logístico:

I - estruturar equipes especializadas em atendimento materno e infantil, com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, no Complexo Regulador, preferencialmente na Central de Regulação de Internações Hospitalares, para regular a oferta de serviços de saúde, de forma regionalizada nas macrorregiões de saúde, priorizando os atendimentos conforme o grau de complexidade, tanto os ambulatoriais quanto os hospitalares; e

II - garantir transporte inter-hospitalar com equipe qualificada para gestante, puérpera e recém-nascido que necessite de cuidados de maior complexidade ou intensidade." (NR)

§ 3º Compete aos estados:

I - elaborar, pactuar e implementar com os municípios plano de regulação assistencial para gestantes, puérperas e recém-nascidos, considerando necessidade, demanda e oferta de ações, serviços de saúde e pactuação regional;

II - acompanhar e avaliar as ações de regulação assistencial no âmbito estadual;

III - monitorar as taxas de ocupação das maternidades, UTIN, UCINCo e UCINCa, assim como os partos por local de ocorrência e vinculação sob sua gestão;

IV - monitorar junto aos municípios os indicadores das maternidades sob gestão municipal;

V - apoiar tecnicamente os municípios na elaboração dos planos municipais de controle, regulação e avaliação da rede;

VI - identificar os pontos críticos na assistência à saúde no âmbito da Rede Alyne; e

VII - discutir, no colegiado estadual de regulação, quando implantado, os processos regulatórios com os gestores das centrais macrorregionais e interestaduais e da Superintendência do Complexo Regulador - SCR, visando agilizar e aprimorar os fluxos." (NR)

§ 4º Compete aos municípios:

I - elaborar, pactuar e implementar, com o apoio do estado respectivo, plano de regulação assistencial para gestantes, puérperas e recém-nascidos, considerando necessidade, demanda e oferta de ações, serviços de saúde e pactuação regional;

II - monitorar e avaliar quadrimestralmente os atendimentos a gestantes, recém-nascidos e puérperas e discutir resultados no grupo condutor da Rede Alyne;

III - promover a interlocução do Complexo Regulador e/ou regional, se houver, quando os fluxos pactuados não forem suficientes para garantir o acesso das gestantes, puérperas e recém-nascidos aos serviços em seu território; e

IV - monitorar as taxas de ocupação das maternidades, UTIN, UCINCo e UCINCa, assim como os partos por local de ocorrência e vinculação sob sua gestão." (NR)

"Art. 7ºD. O sistema de apoio é formado pelo apoio diagnóstico e terapêutico, pela assistência farmacêutica e pelo sistema de informação em saúde, visando a promoção das seguintes ações:

I - apoio diagnóstico e terapêutico de todos os pontos de atenção da rede, de acordo com as pactuações locais ou regionais definidas com base nos protocolos e nas diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local e regional;

II - assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico das gestantes, puérperas, lactantes, recém-nascidos e crianças, considerando-se a forma de organização da gestão local e regional, as necessidades de saúde locais e a Relação Nacional de Medicamentos - RENAME; e

III - produção de informação em saúde para subsidiar o monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Alyne a partir dos indicadores de saúde a serem pactuados de forma tripartite." (NR)

"Art. 7ºE. O componente de Sistema de Governança compreende o conjunto de estratégias que visa monitorar, avaliar e direcionar a gestão compartilhada da rede:

§ 1º São ações do componente de Governança:

I - fomentar a qualificação do cuidado no ciclo gravídico puerperal, ao recém-nascido e à criança;

II - incentivar a construção do modelo de cuidado humanizado, considerando a autonomia e as necessidades das mulheres, crianças e famílias;

III - apoiar tecnicamente estados, municípios e Distrito Federal, na implementação da Rede Alyne; e

IV - acompanhar e avaliar a implementação da rede, considerando necessidade, demanda e oferta de ações, serviços de saúde e pactuação regional.

§ 2º Integra o componente de governança o Incentivo de Qualificação da Rede Alyne direcionado aos municípios, para a melhoria da qualidade da assistência às gestantes, parturientes, recém-nascidos e puérperas." (NR)

§ 3º No âmbito do Sistema de Governança as competências dos entes federativos são:

I - Ministério da Saúde - MS:

a) propor a política norteadora do cuidado nos diferentes cenários;

b) apoiar a implementação da Rede Alyne nos territórios;

c) homologar os estabelecimentos de saúde elegíveis nos termos dos componentes da rede;

d) cofinanciar, monitorar e avaliar a rede em todo o território nacional;

e) cooperar tecnicamente com os entes federados para o fortalecimento do monitoramento e da avaliação dos serviços prestados no âmbito da Rede Alyne; e

f) participar do comitê gestor das macrorregiões de saúde para elaboração do PRI.

II - Estados e Distrito Federal:

a) implementar em conjunto com os municípios a Rede Alyne;

b) cofinanciar, monitorar e avaliar a rede no âmbito de suas competências;

c) contratualizar os pontos de atenção à saúde sob sua gestão;

d) planejar e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite - CIB ou, no caso do Distrito Federal, no Colegiado de Gestão SES-DF, em conjunto com os gestores municipais e estaduais, o Plano de Ação Regional, utilizando o processo de PRI;

e) credenciar e habilitar os serviços em conformidade com as normativas vigentes dos serviços e componentes da Rede Alyne, obrigatoriamente após pactuação em CIB ou CGSES-DF;

f) implementar Grupo Condutor Estadual vinculado à CIB ou ao CGSES-DF, ao qual caberá, de forma articulada e com o apoio dos Comitês Executivos de Governança da RAS; e

g) coordenar, monitorar e propor soluções para o adequado funcionamento da Rede Alyne e contribuir para a efetivação dos acordos pactuados em CIR e CIB.

III - Municípios e Distrito Federal:

a) implementar em conjunto com os estados a Rede Alyne;

b) cofinanciar, monitorar e avaliar a rede, no âmbito de suas competências;

c) contratualizar os pontos de atenção à saúde sob sua gestão; e

d) solicitar habilitação, alteração de habilitação ou desabilitação de estabelecimentos sob sua gestão." (NR)

"Art. 8º. A operacionalização da Rede Alyne se dará pela execução das seguintes fases:

I - fase 1: instituição de Grupos Condutores e análise de situação de saúde, incluindo perfil epidemiológico e capacidade instalada de ações e serviços de saúde;

II - fase 2: contratualização dos pontos de atenção; e

III - fase 3: monitoramento." (NR)

"Art. 8ºA. São ações da fase 1:

I - instituir Grupos Condutores Macrorregionais e Grupo Condutor Estadual da Rede Alyne, formado por estados, municípios e Ministério da Saúde, sendo vinculados ao Comitê de Governança da RAS, que terá como atribuições:

a) incentivar a construção da Rede Alyne, envolvendo os gestores, profissionais de saúde e usuários;

b) analisar a situação da saúde das mulheres, das crianças e das famílias, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e pontos críticos com apontamento de soluções;

c) elaborar proposta do Plano de Ação Regional com a programação da atenção integral à saúde materna e infantil, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo estado, pelo Distrito Federal e pelos municípios envolvidos;

d) estimular a instituição do Fórum Perinatal com finalidade de construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos para participação cidadã na construção de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, para o acompanhamento da implementação da Rede Alyne na Região; e

e) fomentar a atuação do Comitê Estadual de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal." (NR)

"Art. 8º B São ações da fase 2:

I - contratualizar os pontos de atenção da Rede Alyne que seguirá as seguintes etapas:

a) contratualização dos pontos de atenção da rede pelos estados, Distrito Federal ou municípios, observadas as responsabilidades definidas para cada componente; e

b) homologação pelo Ministério da Saúde do serviço habilitado e pactuado na CIB e previsto no Planejamento Regional Integrado.

§ 1º Para os fins desta Portaria, considera-se:

I - habilitação: ato do gestor estadual ou distrital que atesta o cumprimento dos requisitos de funcionamento dos serviços, permitindo o seu cadastramento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e o respectivo registro de sua produção no sistema estabelecido para essa finalidade; e

II - homologação: ato do gestor federal que ratifica a habilitação no CNES realizada pelo gestor estadual ou distrital, vinculando recursos financeiros." (NR)

§ 2º A proposta de habilitação dos serviços deverá contemplar os seguintes requisitos:

I - pactuação em CIB ou CIR, em conjunto com os gestores municipais e demais gestores estaduais, a necessidade do território de leitos e serviços, dentro da concepção do Planejamento Regional Integrado - PRI; e

II - especificação e descrição do serviço, observados os critérios e prazos descritos neste Anexo por componentes e demais normativas correlatas, incluindo os territórios de abrangência e sua inserção na RAS." (NR)

§ 3º O processo de habilitação dos serviços ficará sob responsabilidade da gestão de saúde estadual ou distrital e obedecerá ao seguinte rito:

I - solicitação pelo proponente municipal, estadual ou distrital, acompanhada dos documentos que comprovem o cumprimento dos requisitos específicos de que trata cada componente da Rede Alyne;

II - verificação pela gestão de saúde estadual ou distrital do cumprimento dos requisitos específicos de que trata cada componente da Rede Alyne;

III - publicação da portaria de habilitação pela gestão estadual ou distrital; e

IV - cadastramento das equipes no CNES pelo proponente municipal, estadual ou distrital.

§ 4º A gestão local será responsável pelo preenchimento adequado dos sistemas de informação e monitoramento dos indicadores, bem como pela conferência da validação dos dados na base federal.

§ 5º O processo de homologação de habilitação dos serviços ficará sob responsabilidade da gestão federal e obedecerá ao seguinte rito:

I - solicitação pela gestão de saúde estadual ou distrital, por meio do SAIPS, ou outro sistema vigente para essa finalidade, acompanhada dos documentos que comprovem o cumprimento dos específicos de que trata cada componente da Rede Alyne;

II - verificação pelo Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde do cumprimento dos requisitos específicos de que trata cada componente da Rede Alyne; e

III - publicação da portaria de homologação pelo Ministério da Saúde.

§ 6˚ A homologação está condicionada à disponibilidade de recursos financeiros do Ministério da Saúde.

§ 7º O recebimento do incentivo de custeio, de forma regular e automática, para manutenção dos serviços implantados, ocorrerá somente após a publicação da portaria de homologação pelo Ministério da Saúde.

§ 8º Na homologação dos estabelecimentos e equipamentos no âmbito da Rede Alyne não será aceita a pactuação em CIB/CGSES-DF na modalidade ad referendum.

§ 9º O Ministério da Saúde poderá, a qualquer tempo, realizar vistoria in loco ou virtual no estabelecimento para avaliar o cumprimento dos critérios de habilitação.

§ 10. O gestor municipal, estadual ou distrital do SUS deve ter em posse, e disponível a qualquer tempo, as documentações relacionadas aos processos de credenciamento e habilitação dos seus respectivos serviços, sobretudo na realização da supervisão e auditoria por parte do Ministério da Saúde e órgão de controle, incluindo o relatório de vistoria da Vigilância Sanitária com a avaliação das condições de funcionamento dos serviços.

§ 11. As homologações poderão ser suspensas a qualquer tempo pelo Ministério da Saúde no caso de descumprimento dos requisitos e critérios previstos.

§ 12. A Rede Alyne contará com documento orientador para a sua implementação a ser disponibilizado no endereço eletrônico do Ministério da Saúde" (NR)

Art. 8ºC São ações da fase 3:

I - acompanhar a implementação e a operacionalização das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede Alyne;

II - avaliar o cumprimento das metas relacionadas às ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede Alyne, que serão acompanhadas conforme os indicadores constantes do PRI; e

III - monitorar os indicadores de saúde da Rede Alyne, definidos e pactuados no âmbito tripartite, que devem nortear a implementação e operacionalização das ações e serviços de saúde, visando a indução do modelo de cuidado integral centrado na saúde da mulher e da criança.

Parágrafo único. O PRI será o documento orientador para a execução das fases de implementação e operacionalização da Rede Alyne, assim como para o repasse dos recursos, o monitoramento e a avaliação da implementação da rede." (NR)

"Art. 9º O monitoramento deverá ser executado de forma compartilhada, regular e contínua entre os entes federativos.

§ 1º O acompanhamento, implementação e operacionalização da Rede Alyne nos Estados, Municípios e Distrito Federal será de responsabilidade do Ministério da Saúde, no âmbito da Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS e da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES.

§ 2º O monitoramento da execução das ações da Rede Alyne e seus impactos na condição da saúde materna e infantil será realizado pelo Ministério da Saúde, Estados, Municípios e Distrito Federal, por meio da definição e pactuação no âmbito da CIT dos indicadores de saúde que orientam a indução do modelo de cuidado integral.

§ 3º Os indicadores de que trata o § 2º serão pactuados e publicados em ato da Ministra da Saúde.

§ 4º No monitoramento da Rede Alyne poderão ser utilizadas as estratégias abaixo elencadas, dentre outras:

I - acompanhamento e verificação da execução do PRI;

II - consulta nos sistemas de informação do SUS de dados sobre produção assistencial, com a atualização cadastral dos estabelecimentos e outros que se fizerem necessários;

III - acompanhamento e avaliação in loco realizados por meio de seus sistemas de supervisão e auditoria de estabelecimentos de saúde; e

IV - acompanhamento dos indicadores da rede;

§ 4º Para fins de transparência do monitoramento da Rede Alyne, a publicidade do conjunto de dados e informações ocorrerá através:

I - do monitoramento realizado pelo grupo condutor da Rede Alyne, com avaliação quadrimestral;

II - dos instrumentos de gestão do SUS, como o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior - RDQA e o Relatório Anual de Gestão - RAG;

III - do monitoramento mensal realizado pelo Conselho Estadual ou Distrital de Saúde e discutidas, caso necessário; e

IV - dos relatórios publicados em canal próprio e oficial da Secretaria Estadual de Saúde." (NR)

"Art. 10. No âmbito do Ministério da Saúde a coordenação da Rede Alyne cabe à Secretaria de Atenção Primária à Saúde e à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde."(NR)

"Art. 12.....

.....

III - gestação de risco habitual: gestação na qual os fatores de risco indicam que a morbimortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral, sem necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica;

IV - parto de risco habitual: parturiente com gestação atual considerada de baixo risco e história reprodutiva sem fatores de risco materno e fetal, com avaliação obstétrica no momento da admissão que evidencie um trabalho de parto eutócico;

.....

VI - quarto pré-parto, parto e puerpério - PPP: espaço destinado ao pré-parto, parto e puerpério, privativo à parturiente e acompanhante de livre escolha, em que a atenção aos períodos clínicos do trabalho de parto, parto e nascimento ocorre no mesmo ambiente, da internação à alta, com ambiência adequada à Resolução da Diretoria Colegiada - RDC da ANVISA, que disponha sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal ou a que a substituir." (NR)

"Art. 14.....

.....

XIII - possuir protocolos de admissão no CPN e de assistência ao trabalho de parto, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido por enfermeiro obstétrico ou obstetriz e atualizá-los periodicamente junto às equipes de atenção obstétrica e neonatal do estabelecimento hospitalar de

referência;

XIV - cumprir as exigências técnicas relativas a segregação, descarte, acondicionamento, coleta, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos sólidos de serviços de saúde, nos termos da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC ANVISA nº222, de 28 de março de 2018 ou a que a substituir; e

XV - garantir o transporte seguro e adequado da gestante e do recém-nascido nos casos de urgência e emergência 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana ....." (NR)

"Art. 15. A estrutura física do CPN deverá atender o disposto na Resolução ANVISA nº 36, de 3 de junho de 2008, ou a que a substituir, no que se refere às finalidades e dimensões mínimas necessárias para cada ambiente, e quanto aos equipamentos mínimos necessários para seu funcionamento adequado." (NR)

"Art. 16.....

I - CPNi:

a) estar localizado nas dependências internas do estabelecimento hospitalar;

b) no caso de CPNi tipo I, possuir ambientes fins exclusivos da unidade, tais como recepção, sala de exames, quartos PPP, área de deambulação, posto de enfermagem e sala de serviço, podendo compartilhar os ambientes de apoio;

c) no caso de CPNi tipo II, possuir quartos PPP, área de deambulação, posto de enfermagem e sala de serviço, podendo compartilhar os demais ambientes com o restante da maternidade;

d) ter capacidade para garantir a permanência da gestante ou puérpera 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; e

e) garantir a permanência do acompanhante de livre escolha da gestante, da admissão à alta.

II - CPNp:

a) estar localizado nas imediações do estabelecimento hospitalar de referência a uma distância que consiga garantir intervenção oportuna, em um prazo de até 30 (trinta) minutos entre a percepção da necessidade e o início do atendimento no referido estabelecimento;

b) garantir a transferência da gestante ou puérpera e do recém-nascido com transporte seguro e adequado nos casos de urgência e emergência nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana para o estabelecimento hospitalar de referência;

c) ter como referência os serviços de apoio do estabelecimento ao qual pertence ou está vinculado;

d) garantir a permanência da gestante/puérpera e do recém-nascido no quarto PPP, da admissão à alta; e

e) garantir a permanência do acompanhante de livre escolha da gestante, da admissão à alta.

Parágrafo único. Excepcionalmente, o CPNp poderá ser vinculado à Secretaria de Saúde estadual, distrital ou municipal, desde que com referência hospitalar estabelecida, nos termos deste Anexo" (NR)

"Art. 17.....

I - CPNi:

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

b) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetriz, com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana;

c) 2 (dois) técnicos de enfermagem, com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e

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

II - CPNp:

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

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

c) 2 (dois) técnicos de enfermagem, com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e

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

.....

§ 3º O enfermeiro obstétrico ou obstetriz deverá dar continuidade aos cuidados materno e infantil das puérperas e recém-nascidos assistidos no CPNp, bem como alta hospitalar no puerpério fisiológico e recém-nascidos sadios.

....." (NR)

"Art. 19. Poderão ser habilitados os CPN que cumpram os requisitos de que trata este Título e o Art. 15 desta Portaria.

§ 1º Não serão realizadas novas habilitações de CPN com menos de 5 (cinco) quartos PPP e/ou de intra-hospitalar tipo I.

§ 2º Os estabelecimentos de saúde já habilitados continuarão recebendo os incentivos de acordo com a sua classificação, incluindo os com os códigos 14.10 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar tipo I 3PPP, 14.11 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar tipo I 5PPP, 14.17 Unidade de Centro de Parto Normal peri-hospitalar 3PPP e 14.18 Unidade de Centro de Parto Normal intra-hospitalar tipo II 3PPP.

§ 3º O procedimento 03.10.01.005-5 Parto normal em Centro de Parto Normal, constante da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, será utilizado para registro das ações realizadas pelo CPN no âmbito da Rede Alyne. (NR)

"TÍTULO III

DAS DIRETRIZES DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO DE ALTO RISCO" (NR)

"Art. 36. Ficam instituídos os princípios e as diretrizes para a organização da atenção à saúde na gestação e no puerpério de alto risco, além dos critérios para implantação e habilitação dos serviços de referência para este fim, incluída a CGBP." (NR)

"Art. 37.....

.....

VI - encaminhamento responsável na gestação e no puerpério de alto risco: processo pelo qual a gestante ou puérpera de alto risco é encaminhada a um serviço de referência, tendo o cuidado garantido no estabelecimento de origem até o momento do encaminhamento, com o trânsito facilitado entre os serviços de saúde de forma a ter assegurado o atendimento adequado; e

....." (NR)

"Art. 38. A atenção à saúde na gestação e no puerpério de alto risco observará os seguintes princípios e diretrizes:

.....

III - atenção à saúde baseada nos direitos sexuais e reprodutivos, em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral da Saúde da Mulher (PNAISM) e com a Política Nacional de Humanização (PNH), e com as recomendações atualizadas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e por este Ministério; (NR)

.....

V - regionalização da atenção à saúde, com articulação entre os diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde - RAS, conforme o PRI;

....." (NR)

"Art. 39. A organização da Atenção à Saúde na Gestação e no Puerpério de Alto Risco deve contemplar todos os níveis de complexidade, com definição dos pontos de atenção e competências correspondentes, considerando a importância da abordagem integral às gestantes e puérperas conforme suas especificidades relacionadas às condições clínicas, socioeconômicas e demográficas." (NR)

"CAPÍTULO II

DO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

"Art. 40.....

.....

§ 2º A equipe de atenção primária deverá realizar o acompanhamento em conjunto com a equipe que realiza o pré-natal de alto risco, garantindo a continuidade do cuidado integral.

§ 3º O acompanhamento pós-parto de puérperas de alto risco será realizado em conjunto com a equipe de atenção especializada, quando necessário." (NR)

"Art. 41. O serviço de pré-natal de alto risco deverá manter formalizada a referência da maternidade que fará o atendimento da gestante de alto risco sob sua responsabilidade na hora do parto ou em intercorrências durante a gestação.

Parágrafo único. A gestante deverá estar vinculada e informada quanto à maternidade que realizará seu parto ou em que será atendida em intercorrências durante a gestação, de modo a evitar peregrinação."(NR)

"Art. 43.....

I - Unidade Básica de Saúde - UBS, quando houver equipe especializada ou matriciamento;

II - Ambulatório especializado, vinculado ou não a um hospital ou maternidade; e

III - Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco - AGPAR." (NR)

"Art. 44.....

I - acolher e atender a gestante e a puérpera de alto risco referenciada;

II - elaborar e atualizar, por meio de equipe multiprofissional, o Projeto Terapêutico Singular e o Plano de Parto, segundo evidências científicas;

III - garantir maior frequência nas consultas de pré-natal para maior controle dos riscos, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde vigentes sobre o tema;

.....

VIII - assegurar o encaminhamento, quando for o caso, ao centro de referência para atendimento à gestante vivendo com HIV/Aids; e

....." (NR)

"Art. 44-A. O ambulatório de gestação e puerpério de alto risco - AGPAR possui as seguintes atribuições:

I - ofertar acompanhamento para gestantes e puérperas de alto risco;

II - garantir o acesso regulado da gestante e da puérpera de alto risco, quando indicado, a hospital ou maternidade equipada com leitos de gestação de alto risco e continuidade da atenção perinatal, conforme critérios clínicos e estratificação de risco;

III - realizar o acompanhamento da gestante, garantindo o mínimo de doze consultas pré-natal por equipe especialista e multiprofissional, distribuídas durante os trimestres da gestação e ampliadas conforme a necessidade da gestante e do quadro clínico;

IV - garantir o acesso regulado a exames laboratoriais, gráficos, de imagem e terapêuticos de apoio, conforme a necessidade da gestante e da puérpera, de acordo com a pactuação com o gestor da atenção primária;

V - desenvolver estratégias de articulação e de comunicação efetiva entre os pontos de atenção responsáveis pela realização do parto e do nascimento, com ênfase na vinculação das gestantes às maternidades de referência em gestação de alto risco;

VI - utilizar a caderneta da gestante e a ficha perinatal como instrumentos para o registro adequado das informações relativas ao cuidado compartilhado;

VII - utilizar os serviços de telessaúde, teleinterconsulta e/ou teleorientação, quando disponíveis;

VIII - estabelecer mecanismos que promovam a transição do cuidado adequado após o parto, garantindo a vinculação e a continuidade do cuidado na atenção primária e demais pontos da Rede Alyne, quando necessário;

IX - acompanhar o puerpério articulado com a APS das gestantes de alto risco, sempre que necessário;

X - realizar ações e serviços de vigilância e investigação de óbito materno, fetal e infantil; e

XI - estar integrado a um comitê de mortalidade materna e infantil local e regional.

§ 1º O ambulatório de gestação e puerpério de alto risco será regionalizado com cobertura assistencial para 5.000 (cinco mil) nascidos vivos e capacidade instalada para atendimento anual de 1.500 (mil e quinhentas) gestantes de alto risco." (NR), exceto para os estados da Região Norte, cuja cobertura assistencial é de 4.000 (quatro mil) nascidos vivos e capacidade instalada para atendimento anual de 1.200 (mil e duzentos) gestantes de alto risco;

§ 2º. Para os estados das Regiões Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul, no caso de serem configurados ambulatórios de gestação e puerpério de alto risco com cobertura populacional entre 4.000 (quatro mil) e 5.000 (cinco mil) habitantes, a CIB deve encaminhar ao MS justificativa contendo os critérios adotados para análise e parecer.

"Art. 44-B. São critérios para habilitação como ambulatório de gestação e puerpério de alto risco:

I - atender às normativas sanitárias vigentes da ANVISA;

II - possuir uma unidade hospitalar ou maternidade habilitada de referência em gestação de alto risco;

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

VI - ter acesso regulado e pactuado com a gestão da atenção primária para a oferta de Teste Oral de Tolerância à Glicose - TOTG, exames diagnósticos de gravidade de pré-eclâmpsia, urocultura com antibiograma e sorologias para pesquisa de infecções na gestação;

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

a) profissional responsável técnico pelo serviço;

b) médico com residência concluída em ginecologia e obstetrícia reconhecida pelo Ministério da Educação ou com título de especialista em ginecologia obstetrícia reconhecido pelo Conselho de Classe, garantindo, no mínimo, carga horária de quarenta horas semanais;

c) médico ultrassonografista ou médico ginecologista e obstetra devidamente reconhecido pelo Conselho de Classe, com atuação em medicina fetal ou ultrassonografia em ginecologia e obstetrícia, garantindo, no mínimo, carga horária de vinte horas semanais;

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

e) nutricionista, psicólogo e assistente social, garantindo, no mínimo, carga horária de 90 (noventa) horas semanais; e

VI - dispor de acesso regulado às seguintes 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;

k) assistência clínica urológica; e

l) assistência em saúde mental.

§ 1° O ambulatório de gestação e puerpério de alto risco deverá compor a grade de referência de vinculação da gestante e garantir acesso regulado à maternidade de referência equipada com leitos de gestação de alto risco, que realizará seus partos ou atendimentos em caso de intercorrências, quando indicado.

§ 2° Com base no parâmetro de cobertura de 1 (um) serviço para cada 5.000 (cinco mil) nascidos vivos e na disponibilidade da equipe mínima, conforme definido no Art.40, o ambulatório de gestação e puerpério de alto risco deverá ter como meta a realização de 10.000 (dez mil) consultas anuais com acesso regulado, sendo destas 4.500 (quatro mil e quinhentas) consultas realizadas pelo médico obstetra.

§ 3° Para os estados da Região Norte a cobertura assistencial poderá ser de 4.000 (quatro mil) nascidos vivos com capacidade instalada para atendimento anual de 1.200 (mil e duzentas) gestantes de alto risco, e meta de realização de 8.000 (oito mil) consultas anuais com acesso regulado, sendo destas 3.600 (três mil e seiscentas) consultas realizadas pelo médico obstetra.

§ 4° Para fins de monitoramento do serviço de A-SEG, será considerado o registro do procedimento 03.01.01.036-6 - consulta de pré-natal de gestante alto risco no SIA." (NR)

"CAPÍTULO III

DOS SERVIÇOS HOSPITALARES DE REFERÊNCIA À GESTAÇÃO E AO PUERPÉRIO DE ALTO RISCO"

Art. 45. São atribuições dos serviços hospitalares de referência à Gestação e ao Puerpério de Alto Risco:

I- cumprir os requisitos vigentes da PNAES e para a atenção hospitalar.

.....

III - receber todas as gestantes e as puérperas vinculadas pela atenção primária e aquelas encaminhadas pela Central de Regulação, ou conforme pactuação local, a demanda espontânea para atender às intercorrências durante a gestação e realização de parto, procedendo a transferência segura e responsável, considerando a vinculação quando necessário;

.....

V - adotar boas práticas de atenção ao parto e nascimento, segundo as recomendações do Ministério da Saúde sobre a temática e os protocolos de atenção à gestante e ao puerpério de risco, contemplando o Plano de Parto elaborado pela mulher e a estratificação de risco;

.....

IX - apresentar, considerando as recomendações da Organização Mundial da Saúde, do Ministério da Saúde e do Programa Nacional de Segurança do Paciente, planos de adequação de índices de cesarianas, do uso de ocitocina e de realização de episiotomia, conforme evidências e protocolos científicos.

.....

XIV - apoiar e promover o aleitamento materno, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde;

XV - possuir colegiado gestor de atenção à saúde materna e infantil;

.....

XVIII - possuir Comissão ou Comitê Hospitalar de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, com realização de ações de vigilância e investigação do óbito integrado aos respectivos comitês de mortalidade materna, infantil e fetal locais e regionais;

.....

§ 1° São considerados estabelecimentos hospitalares de referência em gestação e puerpério de alto risco aqueles habilitados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e com leitos de referência à gestação e ao puerpério de alto risco.

§ 2° Os leitos de que tratam o caput são destinados à internação de gestantes e puérperas classificadas como de alto risco, conforme critérios clínicos" (NR)

"Seção II

Da Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência à Gestação e ao Puerpério de Alto Risco - HGPAR

Art. 46. Os procedimentos a seguir são restritos aos Serviços Hospitalares de Referência à Gestação e ao Puerpério de alto risco habilitados:

I - 03.10.01.004-7 Parto normal em gestação de alto risco;

II - 04.11.01.002-6 Parto cesariano em gestação de alto risco;

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

IV - 03.03.10.001-0 Tratamento de complicações relacionadas predominantemente ao puerpério." (NR)

"Art. 47. Para habilitação de Serviços Hospitalares de Referência à Gestação e ao Puerpério de alto risco, são necessárias a pactuação em CIB ou CGSES-DF e a inclusão no Plano de Ação da grade de referência regionalizada dos leitos, devendo ainda o estabelecimento cumprir os seguintes requisitos:

.....

XIV - disponibilizar hemocomponentes nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana, com apresentação do documento de formalização de seu fornecimento, conforme normativas do Ministério da Saúde sobre a temática e resoluções da ANVISA;

XV - apresentar o número total de partos realizados nos últimos 2 (dois) anos, conforme Banco de Dados Nacional do Sistema de Informação Hospitalar - SIH-SUS, com seus respectivos desfechos;

.....

XVII - constituir e manter em funcionamento o Núcleo Interno de Regulação - NIR;

XVIII - informar taxa de cirurgia cesariana e apresentar plano de redução das taxas de cirurgias cesarianas em 10% (dez por cento) ao ano, tendo como valor de referência de meta uma taxa menor ou igual a 35% (trinta e cinco por cento);

XIX - manter quantidade de leitos de gestação de alto risco para atendimento ao SUS, conforme necessidade estabelecida pela programação da Rede Alyne e contemplada no Plano de Ação Regional;

XX - disponibilizar UCINCo e UCINCa;

XXI - garantir acesso à UTIN, por meio de referência pactuada, caso não possua em seu estabelecimento;

XXII - dispor de leito equipado para estabilização da gestante ou puérpera até transferência para UTI Adulto de referência, pactuada em outro estabelecimento, quando não contar com UTI Adulto própria;

XXIII - dispor da seguinte infraestrutura para exames e serviços no estabelecimento hospitalar em período integral, nas vinte e quatro horas por dia e nos sete dias por semana:

a) ultrassonografia com doppler;

b) eletrocardiografia;

c) cardiotocografia;

d) serviço de radiologia;

e) laboratório clínico; e

f) BLH, ou posto de coleta com referência pactuada a um BLH, com fluxos e rotinas de encaminhamentos descritos e aprovados pela Vigilância Sanitária local.

XXIV - dispor de equipe para atenção à gestação e ao puerpério de alto risco composta pelos seguintes profissionais:

a) assistente social;

b) enfermeiro, de preferência enfermeiro obstetra;

c) médico anestesiologista;

d) médico obstetra;

e) médico pediatra;

f) nutricionista;

g) psicólogo;

h) farmacêutico;

i) técnico de enfermagem;

j) médico neonatologista ou intensivista pediatra nas unidades que tiverem UTIN;

k) fisioterapeuta nas unidades que tiverem UTIN; e

l) fonoaudiólogo nas unidades que tiverem UTIN.

XXV - garantir acesso nas especialidades médicas, outros profissionais de saúde e demais procedimentos diagnósticos de acordo com a necessidade e o quadro clínico da usuária.

§ 1º Excepcionalmente, em situações nas quais a maternidade se configura como a única referência regional para gestação de alto risco, a redução anual prevista no Plano de Redução de Cirurgias Cesarianas poderá ser ajustada para 5% (cinco por cento) ao ano, desde que pactuado com o gestor de saúde local.

§ 2º A critério do gestor de saúde local, o Plano de Redução de Cirurgias Cesarianas poderá contemplar também o acompanhamento das taxas municipais e regionais, além das taxas específicas por estabelecimento.

§ 3º Os profissionais enfermeiro, médico anestesiologista, médico obstetra, médico pediatra e técnico de enfermagem deverão estar disponíveis nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana.

§ 4º O número de leitos de referência em maternidades habilitadas para gestação de alto risco, por macrorregião de saúde, poderá corresponder a, no máximo, 30% (trinta por cento) de todos os leitos obstétricos SUS." (NR)

"Art. 50. A homologação das habilitações dos leitos de gestação de alto risco serão encaminhadas ao Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência.

"Art. 51. A habilitação dos estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação e ao Puerpério de Alto Risco poderá ser cancelada ou suspensa a qualquer momento se descumprido qualquer requisito previsto neste Título." (NR)

"CAPÍTULO IV

DA CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUERPERA (CGBP)

Art. 52. A CGBP é uma residência provisória de cuidado destinada a gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de vulnerabilidade ou risco, identificadas pela Atenção Básica ou Especializada, tendo as seguintes características:

.....

II - vinculação a um estabelecimento hospitalar de referência em Atenção à Gestação e ao Puerpério de Alto Risco ; e

.....

§ 2º .....

III - encaminhamento para homologação do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência.

....." (NR)

"Art. 72. Serão homologadas pelo Ministério da Saúde as novas unidades neonatais, bem como as já existentes que se adequarem aos requisitos deste Capítulo." (NR)

"Art. 76.....

.....

III.....

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

....." (NR)

"Art. 80..... .

.....

III.....

k) material e equipamento para reanimação: 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos;

....." (NR)

"Art. 86.....

§ 1º .....

VI - material e equipamento para reanimação: 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos;

....." (NR)

"CAPÍTULO III

DO AMBULATÓRIO DE SEGUIMENTO DO RECÉM-NASCIDO E DA CRIANÇA EGRESSOS DE UNIDADE NEONATAL - A-SEG

Art. 89 O ambulatório de seguimento do recém-nascido e da criança egressos de unidade neonatal - A-SEG deverá:

I - ofertar atenção ambulatorial especializada para recém-nascidos e crianças que necessitem de cuidados especializados, com foco prioritário nos egressos de unidade neonatal, considerando a organização regional, a densidade populacional e a distância para deslocamentos;

II - disponibilizar o acesso regulado de recém-nascidos e crianças egressos de unidade neonatal, quando necessário, à maternidade ou hospital equipado com leitos obstétricos, cirúrgicos e clínicos com habilitação em gestação de alto risco, conforme critérios clínicos e estratificação de risco;

III - prover atenção integral a recém-nascidos e crianças egressos de unidade neonatal e suas famílias, por meio de ações de promoção, prevenção, avaliação, diagnóstico e apoio terapêutico, no período posterior à internação em unidade neonatal, com equipe especializada e multiprofissional, de forma a promover o crescimento e desenvolvimento adequados e a minimizar danos advindos das condições que justificaram a internação;

IV - participar ativamente de articulações e comunicações efetivas entre os pontos de atenção responsáveis pelo cuidado ao recém-nascido e à criança egressos de unidade neonatal, com ênfase no acompanhamento de puericultura de forma compartilhada com a atenção primária, segundo as diretrizes clínicas e normativas do Ministério da Saúde;

V - utilizar e atualizar a caderneta da criança com as informações relativas ao seguimento de recém-nascidos e crianças egressos de unidade neonatal;

VI - promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, incluindo o manejo de complicações e o aconselhamento em alimentação complementar saudável;

VII - utilizar serviços de telessaúde, teleinterconsulta e teleorientação, quando disponíveis;

VIII - realizar atividades de matriciamento, apoiando outros pontos de atenção da rede, com foco na atenção primária, ampliando a resolubilidade do cuidado; e

IX - registrar os procedimentos realizados no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA.

Parágrafo único. O ambulatório especializado como A-SEG tem por objetivos garantir o acompanhamento qualificado e dar suporte ao recém-nascido, à criança e às famílias egressos de UTIN." (NR)

"Art. 89-A. O A-SEG deverá funcionar, preferencialmente, em hospital ou maternidade de alta complexidade ou de referência regional em atendimento a recém-nascido e criança de risco ou, na impossibilidade dessa estrutura, estar localizado em uma unidade de atenção especializada com garantia de local para funcionamento desse seguimento ambulatorial.

§ 1º Os gestores municipais e estaduais, em pactuação bipartite, e do Distrito Federal deverão organizar as suas redes de serviço para garantir o acesso ao A-SEG.

§ 2º Os indicadores e resultados assistenciais do A-SEG deverão ser compartilhados e discutidos com as equipes das unidades neonatais de referência, visando à melhoria contínua do processo de trabalho e da atenção à saúde." (NR)

"Art. 89-B. São critérios para habilitação como ambulatório de de seguimento do RN (A-SEG:

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

II - disponibilizar vagas para atendimento a recém-nascidos e crianças de acordo com a necessidade e em tempo oportuno;

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 e as ações de matriciamento;

V - atender às medidas sanitárias vigentes, em conformidade com a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, ou outra que venha a substituí-la;

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.

VIII - dispor de equipe multiprofissional especializada, nos seguintes termos:

a) profissional responsável técnico pelo serviço;

b) médico com residência concluída em pediatria reconhecida pelo Ministério da Educação ou com título de especialista em pediatria reconhecido pela SBPC, garantindo, no mínimo, carga horária de 40 (quarenta) horas semanais;

c) enfermeiros, de preferência com especialização em pediatria ou neonatologia, e ou com experiência em assistência à saúde da criança, garantindo, no mínimo, carga horária de 80 (oitenta) horas semanais;

d) equipe multiprofissional com, pelo menos, três categorias diferentes, sendo, preferencialmente, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional e/ou fonoaudiólogo, garantindo, no mínimo, carga horária de 90 (noventa) horas semanais.

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

"Art. 89-C. O A-SEG comporá a grade de vinculação de pré-natal, nascimento e puerpério, devendo atender recém-nascidos regulados de acordo com a pactuação regional." (NR)

"Art. 89-D. A responsabilidade pelo transporte de recém-nascidos e crianças egressos de unidade neonatal para o A-SEG deverá ser pactuada pelos gestores municipais ou estaduais, garantido o acesso em tempo oportuno." (NR)

"Art. 89-E. O A-SEG será regionalizado com parâmetro de cobertura de um serviço para cada 5.000 (cinco mil) nascidos vivos e com capacidade instalada para um atendimento anual de, pelo menos, 1.360 (mil trezentos e sessenta) crianças no primeiro e segundo anos de vida.

§ 1º Com base no parâmetro de cobertura assistencial para 5.000 (cinco mil) nascidos vivos e a disponibilidade de equipe, conforme o art. 89 B deste Anexo, o A-SEG deverá ter como meta a realização de 10 (dez mil) consultas anuais com acesso regulado, sendo destas 4.500 (quatro mil e quinhentas) consultas realizadas pelo médico pediatra. Exceto para os estados da Região Norte cuja cobertura assistencial é de 4.000 (quatro mil) nascidos vivos e capacidade instalada para atendimento anual de 1.200 (mil e duzentos) gestantes de alto risco;

§ 2º Para os estados das Regiões Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul, no caso de serem configurados ambulatórios de seguimento de recém-nascido com cobertura populacional entre 4.000 (quatro mil) e 5.000 (cinco mil) habitantes, a CIB deve encaminhar à CIT justificativa contendo os critérios adotados, para análise e parecer.

§ 3º O A-SEG poderá, excepcionalmente, acompanhar crianças com mais de 2 (dois) anos de idade, de acordo com protocolos locais específicos.

§ 4º Para fins de monitoramento do serviço de A-SEG, será considerado o registro do procedimento 03.01.01.037-4 - Consulta de acompanhamento de recém-nascido e criança egressa de unidade neonatal no SIA." (NR)

"CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 90. As Secretarias de Saúde dos estados, em conjunto com as Secretarias de Saúde municipais e do Distrito Federal, estabelecerão, por meio do PRI, estratégias para incrementar, quantitativa e qualitativamente, o acesso dos pacientes usuários do SUS à atenção em terapia intensiva e cuidados intermediários neonatais." (NR)

"Art. 91. Para novas habilitações, será necessário respeitar a proporção de 2 (dois) leitos de UCINCo e 1 (um) leito de UCINCa para cada 2 (dois) leitos de UTIN tipo II e III na macrorregião, favorecendo a continuidade e a progressão do cuidado." (NR)

"TÍTULO V

DO ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO E EM CONSULTAS, PROCEDIMENTOS E EXAMES" (NR)

"Art. 92. Este Título regulamenta, em conformidade com a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, e a Lei nº 14.737, de 27 de novembro de 2023, a presença de acompanhante de livre escolha durante a admissão, internação e alta, assim como em consultas, exames e procedimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados.

.....

§ 4º O direito a acompanhante de livre escolha está assegurado inclusive às adolescentes, respeitando-se o seu direito de indicar a pessoa de sua preferência, em conformidade com o art. 8º, § 6º, da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

§ 5º No caso de atendimento realizado em centro cirúrgico ou unidade de terapia intensiva com restrições relacionadas à segurança ou à saúde dos pacientes a restrição da presença de acompanhante de livre escolha apenas poderá ocorrer em situações de risco à saúde, como doenças infectocontagiosas e outras situações de comprometimento imunológico que requeiram restrição de contato ou isolamento" (NR)

Anexo 2 do ANEXO II

EXAMES DE PRÉ-NATAL COFINANCIADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Teste rápido de gravidez

Teste rápido de sífilis

Teste rápido de HIV

Cultura de bactérias para identificação (urina)

Acréscimo de mais um exame de hematócrito, hemoglobina

Ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes

Proteinúria (teste rápido)

Teste indireto de antiglobulina humana (TIA) para gestantes que apresentarem RH negativo

Teste rápido para Hepatite B

Teste rápido para Hepatite C

Teste para HTLV

Exames adicionais para gestantes de alto-risco:

Contagem de plaquetas

Dosagem de proteínas (urina 24 horas)

Dosagens de uréia, creatinina e ácido úrico

Eletrocardiograma Ultrassom obstétrico com Doppler

Cardiotocografia ante-parto

(NR)

Anexo 5 do ANEXO II

KIT PARA AS PARTEIRAS TRADICIONAIS

.....

Art. 2º A partir da entrada em vigor desta portaria, fica a Rede Cegonha transformada na Rede Alyne.

Art. 3º As solicitações já registradas no SAIPS serão automaticamente anuladas a partir da data de publicação da Portaria, sendo necessário o registro de novas propostas considerando o novo regramento desta Rede.

Art. 4º Ficam revogados os seguintes dispositivos do Anexo II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017:

I - art. 20 ao art. 35

II - art. 48 e 49

III - art. 60 ao art. 63

IV - art. 93 ao art. 95

V - Anexos 1, 3, 4, 6, 7, 9 e 10

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

NÍSIA TRINDADE LIMA

Este conteúdo não substitui o publicado na versão certificada.