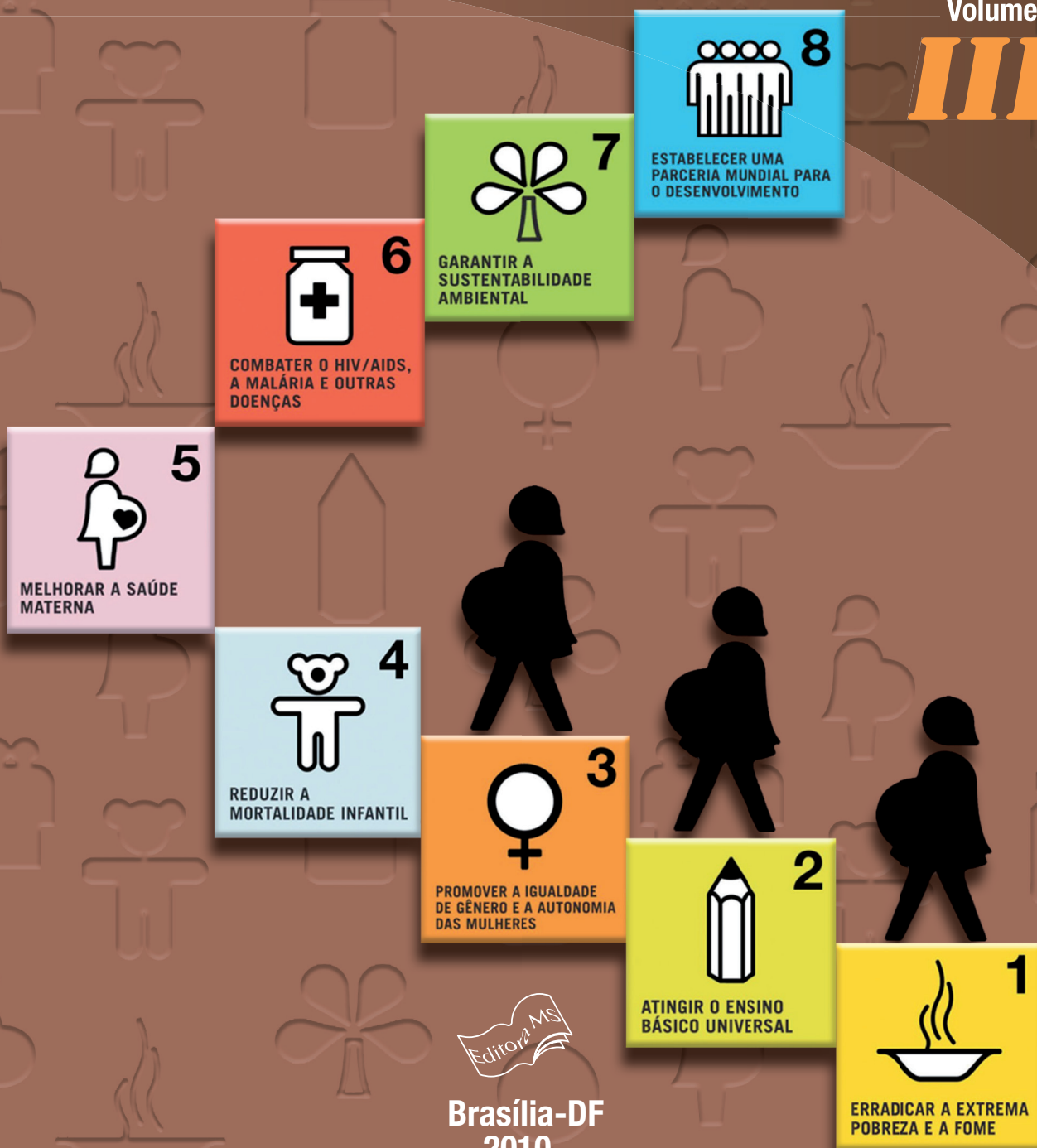


## Pacto pela Redução da Mortalidade

# Infantil no Nordeste e Amazônia Legal 2009 - 2010

ODM  
Saúde Brasil  
Volume



Brasília-DF  
2010

# Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal 2009 - 2010

ODM  
Saúde Brasil  
Volume  
**III**



Série B. Textos Básicos em Saúde

Série ODM Saúde Brasil, Volume III

© 2010 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>.

Série B. Textos Básicos em Saúde

Série ODM Saúde Brasil, v. III

Tiragem: 1ª edição – 2010 – 5.000 exemplares

**Elaboração:**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Ministro

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 5. Andar

CEP: 70058-900 – Brasília – DF

Home page: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

**Distribuição e informações:**

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

SAF Sul, Trecho 02, Bloco F, Torre II, Edifício Premium, Térreo, sala 18.

CEP: 70070-600 – Brasília – DF

Tel.: (61) 3306-8114

E-mail: [dapes@saude.gov.br](mailto:dapes@saude.gov.br)

Home page: [www.saude.gov.br/dapes](http://www.saude.gov.br/dapes)

**Organização:**

Adson França

Juan José Cortez Escalante

Luiza Beatriz Ribeiro Acioli de A. Silva

Raquel Benedetti (Presidência da República)

**Coordenação técnica:**

Adson França

José Luiz Telles

Otaliba Libânio de Moraes Neto

**Colaboradores desta publicação:**

Secretaria de Atenção à Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Secretaria Especial de Saúde Indígena

Adson França

Alessandra Duarte de Freitas Bandeira

Aline Costa

Ana Beatriz Vasconcellos

Ana Estela Haddad

Ana Paula Formiga

Andersom Messias Silva Fagundes

Andre Luis Bonifácio

André Vinicius Pires Guerrero

Anatália Gomes

Antonio Alves de Souza

Catia Paranhos

Cesar Dantas Guimarães

Clarice Ferraz

Cláudia Maria da Silva Marques

Cláudio Brasi

Claunara Schilling Mendonça

Clésio Mello de Castro

Cristiano Francisco da Silva

Dário Pasche

Deurides Ribeiro Navega Cruz

Eduardo Augusto Fernandes Nilson

Eliana de Souza Sardeiro

Elisabeth Susana Wartchow

Elsa Giugliani

Erly Catarina de Moura

Ester Vilela

Fernanda Peixoto Cordova

Fernanda Monteiro

Gilmara Cris Nascimento da Silva

Guadalupe Paranaguá de Santana

Irânia Maria da Silva Ferreira Marques

Isabel Senra

Jacinta de Fátima Senna da Silva

Jaqueline Silva Sousa

José Luiz Telles

Juan Cortez

Karla Larica Wanderley

Leonor Maria Pacheco Santos

Lilian Cordova do Espírito Santo

Luciana Bordinoski

Luiza Beatriz Acioli

Luzicléia Carolina de Moura e Silva

Marcella Distrutti

Maria Angélica Andrade

Maria Francisca Abritta Moro

Natali Pimentel Minóia

Nulvio Lermen Junior

Otaliba Libânio

Regina Viola

Renata Carla de Oliveira

Sigfredo Brenelli

Sonia Lansky

Sueli Moreira Rodrigues

Thereza de Lamare

Vera Figueiredo

Editora MS

Coordenação de Gestão Editorial

SIA, Trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774 / 2020

Fax: (61) 3233-9558

E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Normalização: Amanda Soares Moreira

Revisão: Mara Soares Pamplona e Júlio Maria Cerqueira

Capa, projeto gráfico e diagramação: Marcus Monici

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal : 2009–2010/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

184 p. : il. – (Série ODM Saúde Brasil, v. III) (Série B. Textos Básicos em Saúde)

ISBN 978-85-334-1784-7

1. Mortalidade infantil. 2. Política de saúde. 3. Promoção em saúde. I. Título. II. Série.

CDU 614.1-053.2

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2011/0082

**Títulos para indexação:**

Em inglês: Reduction pact infant mortality in the Northeast and Legal Amazon 2009–2010

Em espanhol: Pacto por la reducción de la mortalidad infantil en el Nordeste y el Amazonas Brasileño 2009-2010

## Lista de figuras

<b>Figura 1</b> - Assinatura do termo de compromisso no Piauí	11
<b>Figura 2</b> - Assinatura do termo de compromisso na Bahia	11
<b>Figura 3</b> - Assinatura do termo de compromisso em Pernambuco	11
<b>Figura 4</b> - Assinatura do termo de compromisso na Paraíba	12
<b>Figura 5</b> - Assinatura do termo de compromisso em Alagoas	12
<b>Figura 6</b> - Assinatura do termo de compromisso no Amazonas	12
<b>Figura 7</b> - Reunião quinzenal do Grupo Ministerial coordenado pelo Gabinete do Ministro com a presença de representantes do MS e da Fiocruz para monitoramento e avaliação da implantação do PRMI (total de reuniões: 32)	13

## Lista de gráficos

<b>Gráfico 1</b> - Evolução da taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos). Brasil e Regiões, 1990 a 2008* e projeção até 2015	18
<b>Gráfico 2</b> - Evolução da mortalidade infantil, neonatal precoce e tardia, e pós-neonatal, no Brasil, 1990 a 2008	18
<b>Gráfico 3</b> - Evolução da mortalidade infantil, neonatal precoce e tardia, e pós-neonatal, na Região Nordeste, 1990 a 2008	19
<b>Gráfico 4</b> - Evolução da mortalidade infantil, neonatal precoce e tardia, e pós-neonatal, na Região Norte, 1990 a 2008	19
<b>Gráfico 5</b> - Implantação de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), meta e avanços desde janeiro de 2009 até agosto de 2010. Unidades da Federação da Região Nordeste e Amazônia Legal	26
<b>Gráfico 6</b> - Percentual de alcance da meta de acompanhamento de Famílias com Perfil Saúde Beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica na 1ª vigência de 2010 entre os municípios pertencentes ao PRI	29
<b>Gráfico 7</b> - Percentual de alcance da meta de acompanhamento de Famílias com Perfil Saúde Beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica na 1ª vigência de 2010 entre os estados com municípios pertencentes ao PR	29
<b>Gráfico 8</b> - Implantação de Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família (Nasf), meta e avanços desde janeiro de 2009 até agosto de 2010. Unidades da Federação da Região Nordeste e Amazônia Legal	35
<b>Gráfico 9</b> - Estados com SAMU nos municípios prioritários, avanços na cobertura (%). Estados do Nordeste e Amazônia Legal, janeiro 2009 e junho de 2010	41
<b>Gráfico 10</b> - Número de bancos de leite humano, meta, adquiridos em 2009 e licitados em 2010. Estados da Região Nordeste e Amazônia Legal, janeiro 2009 e junho de 2010	43
<b>Gráfico 11</b> - Procedimentos adequados no pré-natal (dados preliminares)	74
<b>Gráfico 12</b> - Procedimentos adequados no parto (dados preliminares)	74
<b>Gráfico 13</b> - Taxa de mortalidade infantil (TMI) indígena por ano. Brasil, 2000–2009	92
<b>Gráfico 14</b> - Distribuição da TMI indígena por componentes, 2009	93

## Lista de Quadros

<b>Quadro 1</b> - Detalhamento das propostas de ambiência aprovadas, por estado	50
<b>Quadro 2</b> - Divisão por quadrimestres	87
<b>Quadro 3</b> - Avaliação dos avanços por maternidade e por eixo/diretriz	88
<b>Quadro 4</b> - Grupo de maternidades por avanços conquistados nas diretrizes do Plano	89
<b>Quadro 5</b> - Grupo de maternidades por avanços conquistados nas diretrizes do Plano	90

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b> - Número de óbitos neonatais e infantis que se espera reduzir por Unidade da Federação nos anos 2009 e 2010	14
<b>Tabela 2</b> - Situação da implementação da Enpacs nos estados do PRMI	28
<b>Tabela 3</b> - Número de crianças de 6 a 59 meses de idade e puérperas contempladas com o programa	28
<b>Tabela 4</b> - Número de equipamentos que foram entregues por UF	37
<b>Tabela 5</b> - Ações complementares de apoio à implementação	37
<b>Tabela 6</b> - Cursos de capacitação por Unidade da Federação	39
<b>Tabela 7</b> - Execução financeira SAMU	40
<b>Tabela 8</b> - Ventiladores neonatal destinados por UF, considerando até o mês de outubro de 2010	41
<b>Tabela 9</b> - Bomba de infusão destinadas por UF, considerando até o mês de outubro de 2010	41
<b>Tabela 10</b> - Distribuição financeira para investimento dos complexos reguladores – Região Nordeste e Amazônia Legal	52
<b>Tabela 11</b> - Distribuição (%) das mães segundo variáveis demográficas e de processos de assistência ao pré-natal, 2010 (resultados preliminares)	72

# Sumário

1 PRÓLOGO	7
2 APRESENTAÇÃO	15
3 INTRODUÇÃO	17
4 METODOLOGIA: MODELO DE GESTÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DO PRMI	21
5 PLANO DE TRABALHO	23
5.1 EIXO I – Qualificação da Atenção ao Pré-Natal, Parto e Recém-Nascido	23
5.2 EIXO II – Educação na Saúde	54
5.3 EIXO III – Gestão da Informação	64
5.4 EIXO IV – Vigilância do Óbito Infantil	65
5.5 EIXO V – Fortalecimento do Controle Social, Mobilização Social e Comunicação	66
5.6 EIXO VI – Produção de Conhecimento e Pesquisas	70
6 O PLANO DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL NAS MATERNIDADES PRIORITÁRIAS DO PACTO PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL	77
7 ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO NORDESTE E NA AMAZÔNIA LEGAL E O PACTO PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL	91
7.1 Panorama da Mortalidade Infantil Indígena	92
7.2 Ações Realizadas no PRMI e Situação Atual	93
7.3 Propostas de Apoio a Implementação do PRMI na Perspectiva da Saúde Indígena	93
8 DESAFIOS E PERSPECTIVAS	95
REFERÊNCIAS	97
ANEXOS	101
ANEXO A – Protocolo de Cooperação Federativa para Execuções de Ações Cooperadas e Solidárias com o Objetivo de Acelerar a Redução da Desigualdade no Nordeste	101
ANEXO B – Termo de Compromisso para Redução da Mortalidade Infantil	105
ANEXO C – Lista de Municípios Prioritários	108
ANEXO D – Portaria MS/GM nº 364, de 19 de fevereiro de 2009	110
ANEXO E – Relação das Oficinas de Trabalho entre Gestores Federais, Estaduais e Municipais e suas Equipes Dirigentes por UF para Construção do Plano Estadual	112
ANEXO F – Relação dos Interlocutores Dirigentes do MS para o PRMI	113
ANEXO G – Relação dos Coordenadores Estaduais do PRMI	114

ANEXO H – Síntese da Relatoria da Reunião de Monitoramento do PRMI de 2009	115
ANEXO I – Síntese da Relatoria da Reunião de Avaliação do PRMI – 2010	124
ANEXO J – Planilha de Monitoramento Gestor Federal	133
ANEXO K – Lista dos 60 Municípios Prioritários no Proesf	135
ANEXO L – Relação das Unidades Hospitalares que Fazem Parte do Projeto Hospitais de Excelência que Realizarão Curso de Especialização para Médicos e Enfermeiros (profissionais das UTIs) no Nordeste e na Amazônia Legal	137
ANEXO M – Planilha Contendo o Cruzamento dos Municípios Selecionados, Incluindo as Capitais, que Foram Contemplados com a Caderneta de Saúde de Adolescentes e Estão Inseridos no PSE e/ou SPE	138
ANEXO N – Lista das Maternidades em Fase de Implementação da IHAC	141
ANEXO O – Maternidades Prioritárias do Plano de Qualificação da Atenção Obstétrica e Neonatal no PRMI	143
ANEXO P – Resolução Anvisa nº 36, de 3 de junho de 2008	144
ANEXO Q – Relação da Direção, Apoio Institucional e Supervisão das Maternidades Prioritárias – Fase 1	163
ANEXO R – Relação das Ações do PRMI por Eixo e Execução Financeira 2009–2010	165
ANEXO S – Cartazes de: (1) Reanimação neonatal; (2) Hemorragia pós-parto; (3) Pré-eclâmpsia	167
COLABORADORES PRMI	170



# 1 PRÓLOGO

Estudos realizados pelo Ipea (ROCHA, 2008) e dados do IBGE demonstraram que as desigualdades regionais no território brasileiro poderiam ser superadas focando os investimentos em quatro problemas: taxa de mortalidade infantil, taxa de analfabetismo, precária estrutura para os agricultores familiares e falta do Registro Civil. Estes problemas, se trabalhados pelos diversos níveis de governo, poderiam contribuir fortemente para uma maior igualdade entre as diversas regiões do Brasil.

A partir destes estudos firmou-se o Protocolo de Cooperação Federativa (ANEXO A), que entre si celebraram a União, por intermédio dos ministérios da Educação, da Saúde e do Desenvolvimento Agrário, da Secretaria Especial dos Direitos Humanos, da Casa Civil e da Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República, e os estados das regiões Nordeste e Amazônia Legal, para execuções de ações cooperadas e solidárias com o objetivo de acelerar a redução da desigualdade nas regiões Nordeste e Amazônia Legal.

O referido protocolo tem por objeto estabelecer metas para acelerar a redução das desigualdades nas regiões Nordeste e Amazônia Legal, mediante ações cooperadas e solidárias entre a União e os estados federados, com a participação dos municípios, visando ao enfrentamento dos problemas do analfabetismo, da mortalidade infantil, do sub-registro civil e do baixo dinamismo econômico no meio rural na região, pactuando para isso as seguintes metas, até 2010:

- I) erradicar o índice de sub-registro civil de nascimento;
- II) reduzir em 5% ao ano a taxa de mortalidade infantil e do componente neonatal;
- III) ampliar a oferta e efetividade dos cursos de alfabetização de jovens, adultos e idosos, para atendimento de mais de 3,9 milhões de pessoas; e
- IV) ampliar a prestação de serviços de assistência técnica e extensão rural beneficiando mais de 600 mil famílias de agricultores familiares nos Territórios da Cidadania.

Como parte desse Protocolo, o Ministério da Saúde, em conjunto com os governos estaduais e assegurada a participação dos governos municipais, se comprometeu a reduzir em 5% ao ano, nos anos de 2009 e 2010, a taxa de mortalidade infantil e do componente neonatal. Deve-se destacar que a redução da mortalidade infantil é uma das prioridades sanitárias do Pacto Pela Saúde<sup>1</sup>, sendo um dos itens dos Termos de Compromisso de Gestão da União, Estados e Municípios.

Portanto, os gestores do SUS se comprometeram a promover ações integradas de suas secretarias de saúde, respeitando os atos normativos regulamentares e pactos preexistentes no SUS, voltadas para a redução da mortalidade infantil, com ênfase na redução da mortalidade neonatal. Considerando o maior percentual de óbitos infantis em determinadas localidades e suas referências de atenção ao nascimento, as ações estratégicas foram concentradas em 154 municípios prioritários em oito estados do Nordeste: Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe, e em 102 municípios prioritários da Amazônia Legal: Amapá, Acre, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Roraima, Rondônia e Tocantins (ANEXO C).

<sup>1</sup> Pacto pela Saúde, 2006. [www.saude.gov.br/dad](http://www.saude.gov.br/dad)



Destacam-se neste termo as responsabilidades e as ações propostas para atingir seu objetivo.

- Responsabilidades dos entes federados:

- a) Das atribuições e responsabilidades da União

- I. Normatizar as ações no âmbito federal por meio de portarias e elaboração de protocolos;
    - II. Apoiar tecnicamente, os estados e municípios no planejamento das ações para o alcance das metas de redução da mortalidade infantil;
    - III. Disponibilizar instrumentos e ferramentas adequadas para o alcance das metas de redução da mortalidade infantil;
    - IV. Apoiar financeiramente, dentro das capacidades orçamentárias, os estados e municípios na realização das ações de redução da mortalidade infantil;
    - V. Monitorar o desempenho dos estados e municípios prioritários.

- b) Das atribuições e responsabilidades do estado

- I. Normatizar as ações no âmbito do estado por meio de portarias e da elaboração de protocolos;
    - II. Planejar com os municípios as ações a serem implantadas para o alcance das metas;
    - III. Disponibilizar para os municípios instrumentos e ferramentas adequadas para o alcance das metas de redução da mortalidade infantil;
    - IV. Executar ações de redução da mortalidade infantil no âmbito dos serviços de saúde sob a sua gerência;
    - V. Executar ações de redução da mortalidade infantil de forma compartilhada com os municípios nos casos de municípios com baixa capacidade de execução das ações;
    - VI. Apoiar financeiramente, dentro das capacidades orçamentárias, os municípios na realização das ações de redução da mortalidade infantil;
    - VII. Monitorar o desempenho dos municípios prioritários;
    - VIII. Coordenar o processo de Educação Permanente no âmbito do estado.

- As ações propostas para atingir o objetivo estão dispostas nos seis eixos prioritários<sup>2</sup>:

- I. Qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido;
    - II. Educação na saúde;
    - III. Gestão da informação;
    - IV. Vigilância do óbito infantil;
    - V. Fortalecimento do Controle Social, Mobilização Social e Comunicação;
    - VI. Produção de conhecimento e pesquisas.

<sup>2</sup> A tabela com a relação das ações do PRMI por eixo e execução financeira 2009–2010 encontra-se no Anexo R.

## **Eixo I – Qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido**

Qualificar a atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido com reforço das ações de vigilância em saúde da gestante e do recém-nascido, a partir do acolhimento com classificação de risco e de maior vulnerabilidade. Ressalta-se a necessidade de aprimoramento de ações como: captação precoce, continuidade e integralidade do cuidado durante a gestação e intercorrências, incluindo a manutenção do acompanhamento de gestantes em pré-natal de alto risco, até a internação para o parto e após a alta hospitalar.

Para cada gestante e recém-nascido deve ser elaborado o Projeto Terapêutico, ou seja, o plano de cuidados pela equipe de saúde (ESF/atenção básica) envolvendo a usuária, com apoio da equipe interdisciplinar (Nasf, saúde bucal, saúde mental) e das equipes especializadas quando necessário. A gestão do cuidado é sempre de responsabilidade da ESF/atenção primária à saúde. Quando a gestante ou RN estiver sob cuidado especializado e/ou hospitalar, deve ser da articulação e corresponsabilização entre as equipes dos diversos pontos de atenção da rede a manutenção do cuidado integral. Portanto, a vigilância em saúde e o monitoramento das gestantes e do RN devem ser contemplados, em especial para aqueles de maior risco, além da vigilância dos óbitos.

A vinculação da gestante para o parto desde o pré-natal é parte integrante do projeto terapêutico, propiciando acolhimento na hora do parto e nas urgências durante a gravidez. O acolhimento com a classificação de risco (ACCR) é uma tecnologia que contribui para a qualificação do cuidado nas portas de entrada das maternidades/urgências e para reorganização dos processos de trabalho, possibilitando o fortalecimento do trabalho em equipe e a corresponsabilização entre os envolvidos. O acolhimento pressupõe também a participação da rede sociofamiliar da gestante no pré-natal e, em especial, no acompanhamento durante toda a internação para o parto.

## **Eixo II – Educação na Saúde**

Educação na Saúde mediante educação permanente em saúde dos profissionais da área. O processo de qualificação será direcionado para os profissionais de saúde das ESF, Nasf, maternidades/hospitais/UTIs neonatais e SAMU. Os temas a serem abordados vão desde a atenção pré-natal, atenção perinatal hospitalar (parto, atenção ao recém-nascido) até ao transporte à gestante e ao RN. Para dar suporte a esse processo serão estruturados os centros de apoio educacional (Telessaúde e laboratórios de habilidades clínico-procedimentais), que permitirão a implantação da educação a distância e o desenvolvimento de habilidades clínico-procedimentais essenciais para a aquisição das competências profissionais.

Com isso esperam-se como resultados, preparar os profissionais para uma prática efetiva para a redução da mortalidade infantil e a adoção de medidas, como o Método Canguru. Outro aspecto importante para melhorar a efetividade dos serviços de saúde é a segunda opinião formativa por meio do Telessaúde. Entretanto, não basta melhorar somente a assistência, mas sim a organização dos serviços de saúde, preparando os profissionais para analisar a situação de saúde com foco na mortalidade infantil e, principalmente, na codificação da causa básica de morte.

### **Eixo III – Gestão da informação**

Gestão da informação mediante o aprimoramento dos sistemas de informação de mortalidade (SIM) e nascidos vivos (Sinasc), objetivando o cálculo direto da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no estado, por meio da busca ativa dos óbitos e nascimentos e pesquisa para criação do fator de correção da TMI na Região Nordeste e na Amazônia Legal.

### **Eixo IV – Vigilância do óbito infantil**

Vigilância do óbito mediante estruturação das ações de vigilância dos óbitos maternos, fetais, infantis e de óbitos por causa mal definida nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e monitoramento contínuo da ocorrência desses óbitos no estado e nos municípios.

### **Eixo V – Fortalecimento do Controle Social, Mobilização Social e Comunicação**

Fortalecimento do Controle Social, Mobilização Social e Comunicação mediante a promoção de ações de controle social, mobilização social e comunicação, visando a uma atenção qualificada para as gestantes e os recém-nascidos, com especial atenção para a primeira semana de vida das crianças residentes no estado, sexo seguro e prevenção da gravidez não desejada na adolescência.

### **Eixo VI – Produção de conhecimento e pesquisas**

Produção de conhecimento e pesquisas mediante o fomento de pesquisas na Região Nordeste e na Amazônia Legal que mostrem o perfil do parto e nascimento, o diagnóstico do parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais e a avaliação da qualidade da atenção pré-natal e puerpério em municípios de pequeno porte; assim como a produção de revisões sistemáticas sobre efetividade das intervenções para redução da mortalidade neonatal em áreas marcadas pela pobreza e insuficiente rede de atenção.

Entre os meses de janeiro e abril de 2009 foram assinados os termos de compromisso para redução da mortalidade infantil.

**Assinaturas dos termos de compromisso em Piauí, Bahia, Pernambuco, Paraíba, Alagoas e Amazonas cuja caravana se estendeu as dezessete unidades federativas do Nordeste e da Amazônia legal, contando com a presença do ministro e/ou de secretários do Ministério da Saúde.**

## PIAUÍ

**Figura 1** - Assinatura do termo de compromisso no Piauí



## BAHIA

**Figura 2** - Assinatura do termo de compromisso na Bahia



## PERNAMBUCO

**Figura 3** - Assinatura do termo de compromisso em Pernambuco





## PARAÍBA

**Figura 4** - Assinatura do termo de compromisso na Paraíba



## ALAGOAS

**Figura 5** - Assinatura do termo de compromisso em Alagoas



## AMAZONAS

**Figura 6** - Assinatura do termo de compromisso no Amazonas



**Figura 7** - Reunião quinzenal do Grupo Ministerial coordenado pelo Gabinete do Ministro com a presença de representantes do MS e da Fiocruz para monitoramento e avaliação da implantação do PRMI (total de reuniões: 32).



Considerando a meta de redução de óbitos infantis e neonatais – 5% em cada grupo–, e as notificações de óbitos ao Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) foi estimado que deveriam ser evitados como mínimo um total de 1.452 e 1.321 óbitos neonatais em 2009 e 2010 respectivamente, e 2.133 e 1.938 óbitos infantis, nos mesmos anos. A quantidade de óbitos neonatais e infantis evitados, desagregado por Unidade da Federação da Região Nordeste e da Amazônia Legal, pode ser observada na Tabela 1.

**Tabela 1** - Número de óbitos neonatais e infantis que se espera reduzir por Unidade da Federação nos anos 2009 e 2010

	2009		2010		Monitoramento
	Neonatal	Infantil	Neonatal	Infantil	
Bahia	327	442	318	429	Relatório mensal, segundo notificações ao Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)
Pernambuco	163	252	130	201	
Ceará	137	204	124	184	
Alagoas	112	174	101	157	
Paraíba	80	111	77	108	
Piauí	74	102	67	92	
Rio Grande do Norte	60	87	49	73	
Sergipe	48	70	47	67	
Total	1.001	1.442	913	1.311	
Maranhão	167	254	143	218	
Pará	128	189	123	183	
Amazonas	51	86	47	78	
Mato Grosso	35	52	33	51	
Tocantins	23	38	19	31	
Rondônia	21	34	19	30	
Acre	14	23	13	22	
Amapá	9	10	8	9	
Roraima	3	5	3	5	
Total	451	691	408	627	



## 2 APRESENTAÇÃO

O direito à saúde, instituído na Constituição Federal transcende as fronteiras da atenção à saúde. O sistema sanitário é necessário, porém insuficiente para garantir níveis adequados de saúde para toda a população. Na própria Constituição Federal assume-se o conceito ampliado de saúde quando se afirma que o direito à saúde deve ser “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A mortalidade infantil, um dos indicadores clássicos da saúde pública, expressa muito bem a necessidade de articulação de distintas políticas setoriais. Não é à toa que é um indicador das condições de desenvolvimento de um determinado país ou território. Os esforços, portanto, para sua redução em níveis aceitáveis se impõem como política integrada de Estado.

Quando as Nações Unidas propõem aos seus Estados-Membros, dentre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e Metas, o compromisso de reduzir as taxas de mortalidade infantil, o que se delineia são esforços integrados nos quais a saúde assume papel relevante, seja pela sua capacidade de construir modelos de intervenção baseados nos determinantes sociais da saúde, seja pela responsabilidade de prestar atenção de qualidade àqueles que buscam assistência à saúde.

O presente volume traz o registro do trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde junto aos estados e municípios da Região Nordeste e da Amazônia Legal, a partir de proposta do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, pactuado com os governadores e as governadoras da Região Nordeste e da Amazônia legal, com o objetivo de reduzir as taxas de mortalidade infantil em seu componente neonatal.

Nesse contexto de diminuir as desigualdades regionais, prioridade assumida pelo Governo Federal no ano de 2009, o Pacto de Redução da Mortalidade Neonatal na Região Nordeste e na Amazônia Legal representou a conjunção de esforços de todas as secretarias, departamentos e coordenações de áreas técnicas do Ministério da Saúde junto às secretarias estaduais, municipais, Conass, Conasems, Cosems, entidades de profissionais de saúde, instituições do Movimento Feminista, conselhos estaduais e municipais de saúde, organismos internacionais do Sistema ONU, na relação com as Unidades Federadas e os 256 municípios prioritários das duas grandes regiões do país.

Ao longo dos anos de 2009 e 2010 foram implementadas ações e projetos específicos para o aperfeiçoamento da atenção prestada à gestação, ao parto e ao nascimento. Estruturado em seis eixos, o Pacto representou um avanço tanto no aperfeiçoamento da gestão intraministerial quanto na capacidade de articular ações no nível local que tiveram e terão impacto nas condições em que são atendidas mulheres e crianças nessas duas regiões.

O leitor, portanto, terá em mãos registros preciosos que atestam a capacidade de gestores e profissionais de saúde, quando comprometidos em resolver um problema de grande magnitude, de criar intervenções consistentes e coerentes com os princípios básicos que fundam os Direitos Humanos.



### 3 INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil tem sido, ao longo do tempo, utilizada como um bom indicador das condições de vida, refletindo o estado de saúde da parcela mais vulnerável da população: os menores de um ano. É definida pelo número de óbitos de menores de um ano de idade por mil nascidos vivos, em determinada área geográfica e período, e interpreta-se como a estimativa do risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida. Valores altos refletem, em geral, níveis precários de saúde, condições de vida e desenvolvimento socioeconômico.

De 1990 a 2008, a taxa de mortalidade infantil vem apresentando tendência contínua de queda no Brasil (de 47,1/1.000 para 19/1.000<sup>3</sup>), com uma redução média de 59,7% (Gráfico 1).

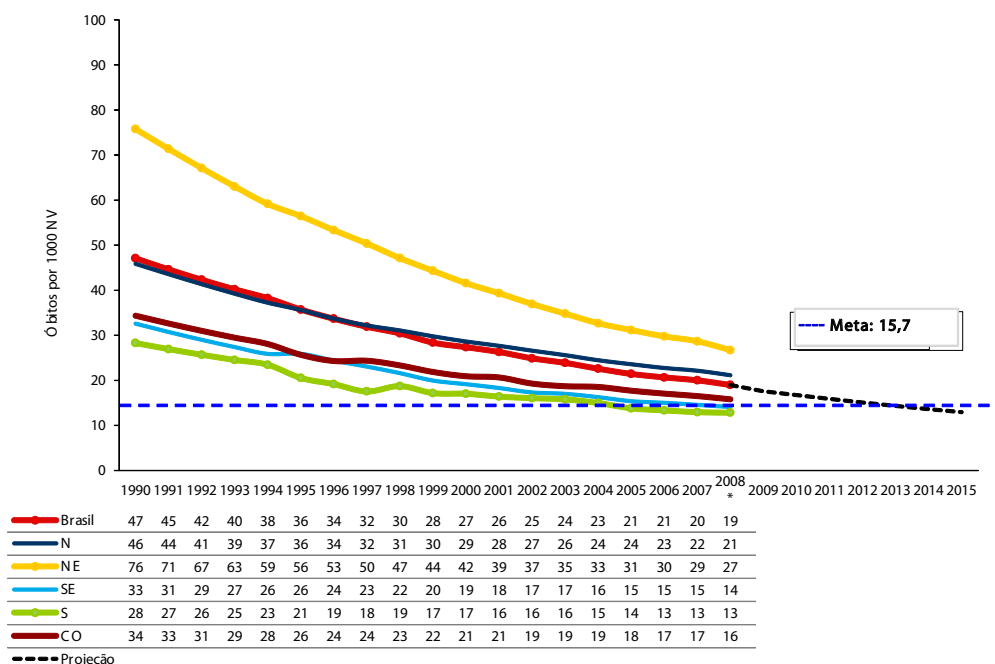
Mesmo com os avanços nas taxas de mortalidade infantil, essa taxa ainda é bastante alta, se comparada com a de países desenvolvidos (que estão no patamar de 4/1.000) e mesmo a de outros países em desenvolvimento como Chile, Argentina, Uruguai e Cuba (WHO, 2008).

As diferenças nas taxas entre as regiões, áreas de residência (maior mortalidade na área rural), escolaridade materna (BEZERRA FILHO; PONTES et al., 2007; JOBIM; AERTS, 2008) e renda (MACINKO; GUANAIS et al., 2006; BOING; BOING, 2008) revelam as desigualdades nas condições de vida da população brasileira.

Atualmente, a principal causa de óbitos em crianças menores de um ano são as afecções perinatais, que estão associadas às condições da criança no nascimento e à qualidade da assistência à gravidez, ao parto e ao recém-nascido (BEZERRA FILHO, KERR et al., 2007; DA SILVA GASTAUD; HONER et al., 2008; MATIJASEVICH; VICTORA et al., 2008; SANTOS; MENEZES et al., 2008). A taxa de mortalidade infantil tem caído mais significativamente no período pós-neonatal (entre 28 dias e 12 meses de idade). Em consequência, o maior desafio, agora, é reduzir significativamente a mortalidade neonatal (nos primeiros 27 dias de vida) (Gráficos 2, 3, 4).

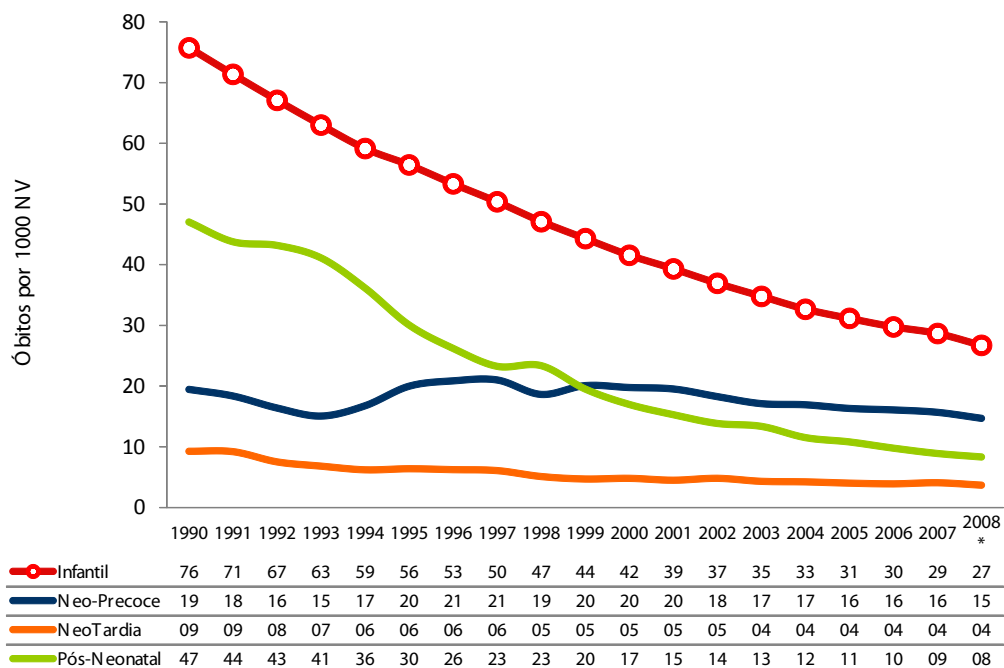
<sup>3</sup> Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS. A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) foi calculada utilizando metodologia Ripsa, que combina dados diretos do SIM/Sinasc dos estados com boa qualidade (ES, SP, RJ, PR, SC, RS, MS e DF) com estimativas dos estados com baixa qualidade. As taxas de 2008 são preliminares.

**Gráfico 1 - Evolução da taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos). Brasil e Regiões, 1990 a 2008\* e projeção até 2015**

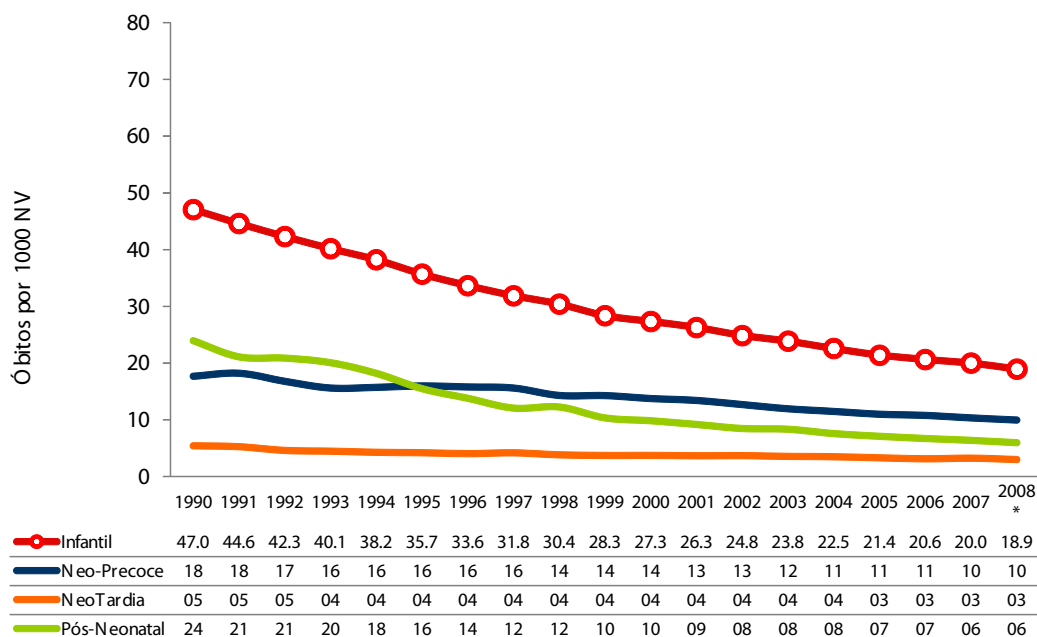


Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS

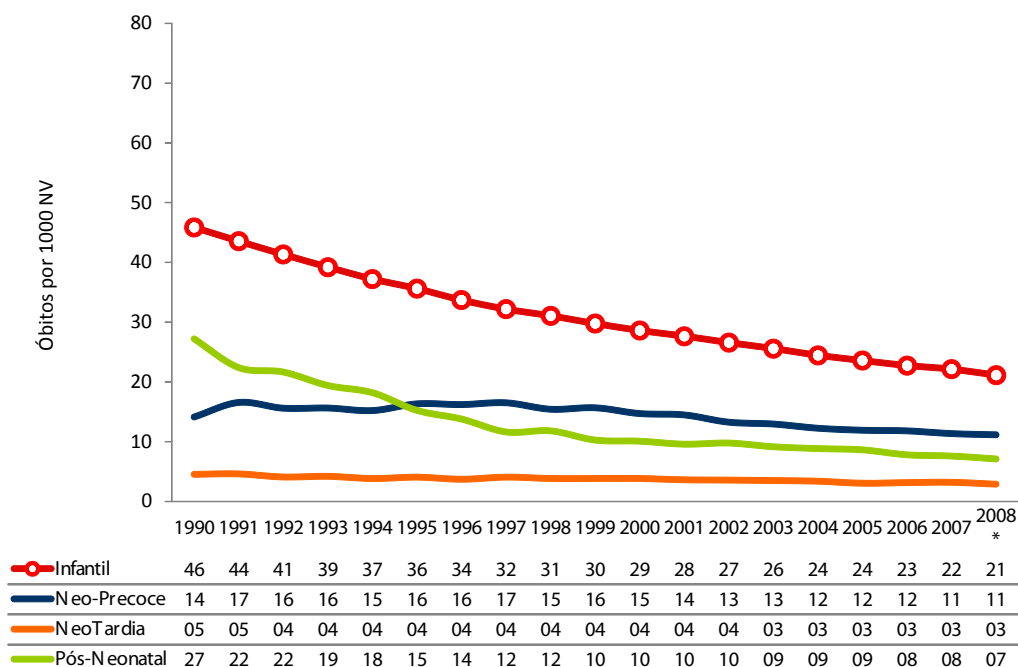
**Gráfico 2 - Evolução da mortalidade infantil, neonatal precoce e tardia, e pós-neonatal, no Brasil, 1990 a 2008**



Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS

**Gráfico 3 - Evolução da mortalidade infantil, neonatal precoce e tardia, e pós-neonatal, na Região Nordeste, 1990 a 2008.**

Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS

**Gráfico 4 - Evolução da mortalidade infantil, neonatal precoce e tardia, e pós-neonatal, na Região Norte, 1990 a 2008.**

Fonte: CGIAE/DASIS/SVS/MS

Embora a mortalidade infantil esteja diminuindo gradualmente no Brasil, regiões e Unidades Federadas, as taxas ainda são muito elevadas nas regiões Nordeste e Norte. Em 2008, a TMI da Região Nordeste era aproximadamente o dobro da Região Sul.

Na mortalidade infantil, o componente pós-neonatal vem diminuindo significativamente desde 1990 até 2007; enquanto que os componentes neonatais – precoce e tardio – não atingiram o mesmo ritmo de decréscimo.

## **4 METODOLOGIA: MODELO DE GESTÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DO PRMI**

A partir da publicação da Portaria MS/GM nº 364, de 19 de fevereiro de 2009 (ANEXO D), que instituiu o Grupo Ministerial com a finalidade de elaborar o plano de ação em parceria com os gestores do SUS, visando à redução da mortalidade infantil nos estados que compõem a Amazônia Legal e a Região Nordeste, bem como monitorar e avaliar a implementação das ações propostas, o Ministério da Saúde iniciou suas ações de integração das iniciativas intrainstitucionais em prol da Redução da Mortalidade Infantil.

Para permitir uma implementação flexível, integrada e cooperativa do conjunto das ações prioritárias do PRMI, o Gabinete do Ministro (GM), por intermédio do coordenador geral do PRMI, realizou no ano de 2009 encontros semanais com o grupo de dirigentes responsáveis pelo acompanhamento das ações sob suas gerências (GT). No primeiro semestre de 2010 essas reuniões passaram a ocorrer mensalmente e no segundo semestre de 2010 ocorreram de acordo com as demandas das áreas ou do próprio GM.

Boa parte das reuniões ocorreu com a participação dos dirigentes e técnicos responsáveis no apoio aos dirigentes, o que acabou definindo este GT como um Grupo de Trabalho Ampliado de caráter propositivo e operacional, permitindo agilidade nos encaminhamentos, compartilhamento das decisões e corresponsabilidade nas ações.

Para alcance da meta de Redução da Mortalidade Infantil, as ações estratégicas pactuadas no termo de compromisso foram analisadas e planejadas em oficinas de trabalho entre gestores federais, estaduais e municipais e suas equipes dirigentes que ocorreram no período de maio a julho de 2009. (ANEXO E).

Nestas oficinas foram acordados os pontos centrais para constar no plano de ação estadual do PRMI, o qual serviu como objeto de trabalho para monitoramento das ações em desenvolvimento.

Para facilitar o fluxo de comunicação entre as áreas do MS e destas com os estados foram definidos interlocutores do MS (ANEXO F) para acompanhamento e apoio aos estados, assim como os gestores estaduais definiram os coordenadores estaduais do PRMI (ANEXO G).

Além dessas ações, foram organizadas, por esse GT ampliado, as oficinas de monitoramento local do PRMI (no ano de 2009 pelo menos duas, em cada estado), a 1ª Reunião de Monitoramento Federal do PRMI em agosto de 2009 (ANEXO H) e a 1ª Reunião de Avaliação Geral em novembro de 2010 (ANEXO I). Também foram realizadas duas oficinas com as Sociedades Científicas e Profissionais no ano de 2009, uma em Belém com a região da Amazônia Legal e outra em Fortaleza com a Região Nordeste, com a principal finalidade de estabelecer um diálogo mais próximo e compartilhado entre os gestores e as respectivas sociedades científicas.

Como um dos resultados da oficina de monitoramento no âmbito da gestão federal foi validado um instrumento coletivo para monitoramento das ações de apoio à implementação do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil (ANEXO J). A sistematização desta planilha, sua coletivização e análise periódica permitiu maior sinergia de esforços para superação das dificuldades encontradas, assim como maior corresponsabilização entre os envolvidos.



O conjunto de atores envolvidos no processo de implementação do PRMI tomou como base alguns documentos: (1) Protocolo de Cooperação Federativa, onde foram definidas as quatro metas de ação (ANEXO A); (2) Termo de Compromisso para Redução da Mortalidade Infantil, onde se delimitou os principais eixos de atuação e responsabilidades das esferas de gestão (ANEXO B); (3) (Documento de Referência do PRMI, onde estão explicitados os objetivos, as justificativas e as metas nacionais e estaduais (ANEXO K)); (4) (Agenda de trabalho das ações estratégicas pactuadas nas Oficinas Estaduais, onde estão programadas as ações estratégicas prioritárias e as cooperações intergestores no setor Saúde de cada estado); (5) Planilha de monitoramento no âmbito da gestão federal (ANEXO J). Os documentos nº 3 e nº 4 foram periodicamente atualizados de acordo com as realidades locais e dinâmicas intraminsterial e intergestores do SUS.

Podemos destacar duas importantes dimensões que se complementam durante o processo de implementação do PRMI:

- I) Ampliação da capacidade instalada local para garantia do acesso por meio dos recursos financeiros e técnicos: aquisição/qualificação de equipamentos, qualificação dos profissionais e ofertas de cooperação técnica no âmbito da atenção e vigilância e no âmbito da gestão estratégica e participativa;
- II) Apoio à reorganização dos processos de trabalho: construção do Projeto de Qualificação da Atenção Obstétrica e Neonatal nas Maternidades Prioritárias.

## 5 PLANO DE TRABALHO

A cooperação técnica do MS ao PRMI se pautou na estrutura priorizada no Termo de Compromisso do PRMI e, nesse sentido, optaram-se pela apresentação das metas regionais pactuadas para cada eixo e ação estratégica.

### 5.1 EIXO I – Qualificação da Atenção ao Pré-Natal, Parto e Recém-Nascido

#### Ação 1. Expansão de Equipes da Estratégia Saúde da Família

O estudo “Uma avaliação do impacto do Programa Saúde da Família sobre a Mortalidade Infantil no Brasil” evidenciou que a cada 10% de aumento da cobertura da Saúde da Família nos estados foi observada uma redução de 4,6% na mortalidade infantil, um impacto mais significativo do que outras intervenções, como a ampliação do acesso à água (2,9%) ou ampliação de leitos hospitalares (1,3%) (MACINKO et al, 2006).

Outros autores que analisaram o impacto da Saúde da Família sobre a mortalidade infantil, mostraram que esse efeito foi mais forte nos municípios com mais baixos índices de desenvolvimento humano e maior cobertura da ESF, ratificando o potencial dessa estratégia para a redução das iniquidades sociais em saúde no Brasil. A redução da mortalidade infantil em municípios com altas coberturas da ESF (-22%) foi quase duas vezes maior do que nos municípios sem ESF ou com coberturas incipientes (-13%) (AQUINO, R; OLIVEIRA, N. F; BARRETO, M. L., 2008 et al, 2008).

O impacto da ESF sobre a saúde da população não se limita às regiões mais pobres. Seus resultados também têm sido evidenciados em estados como o Rio Grande do Sul, onde a taxa de mortalidade infantil é uma das menores do país. Um estudo recente demonstrou que 10% de acréscimo na cobertura da Saúde da Família esteve associado à redução de 1% na mortalidade infantil, de 1994 a 2004, nesse estado (ZANINI, 2009).

Uma análise dos impactos diretos e indiretos da Estratégia Saúde da Família no Brasil encontrou evidências de seu alto custo-efetividade (ROCHA; SOARES, 2009). A análise de dados secundários disponíveis no DATASUS e na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) apontou uma redução de 5,4% na mortalidade em menores de um ano, quando comparado a municípios sem ESF.

Já existem evidências de que a expansão da Estratégia Saúde da Família tem reduzido internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAB). Em 2008, o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, validou uma lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária, composta por 20 grupos de diagnósticos que, segundo Alfradique et al (2009), representavam 28,5% das hospitalizações realizadas pelo Sistema Único de Saúde em 2006, excluindo-se partos, totalizando cerca de 2,8 milhões de internações e uma taxa de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária de 149,6 por dez mil habitantes. Esse estudo aponta que, de 2000 a 2006, as ICSAB caíram 15,8% no país, uma redução maior do que as internações por condições não sensíveis à atenção primária (10,1%).

Perpetuo e Wong (2006), analisando a evolução dos Coeficientes de Internação Hospitalar por causas sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) para o estado de Minas Gerais, com

base nos dados de 1998–2004 do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), identificaram que as internações em menores de 5 anos por CSAA continuam tendo a maior participação relativa no total de internações do SUS, mas observa-se uma maior tendência de redução dessa participação nessa faixa etária do que nas outras: menores de 1 ano (-19,3%), 1 a 4 anos (-12,1%) e 5 a 14 anos (-21,8%). Em 2004, as Pneumonias Bacterianas continuavam sendo a principal causa de hospitalização em MG (38,74%), mas sua participação havia se reduzido a menos da metade do que representava em 1998 (80,45%).

Em função dessas evidências, o Departamento de Atenção Básica propõe aumentar em 10% o número de equipes de Saúde da Família nos municípios prioritários. Para os municípios com cobertura da Saúde da Família acima de 70%, propõe-se investimento em ações de qualificação das equipes e para aqueles com baixas coberturas propõe-se investimento na expansão da Estratégia Saúde da Família e também na qualificação das equipes.

### **AÇÕES COMPLEMENTARES DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO**

- Publicação da Portaria MS/GM nº 2.226, de 20 de novembro de 2009 – Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. Até 23/9/2010 foram 90 propostas aprovadas para a construção de UBS tipo I e 125 para UBS tipo II nos municípios prioritários (a lista de municípios contemplados por estado, até 23/9/2011, encontra-se anexada ao relatório de cada estado). Ainda estão em análise algumas propostas e os municípios contemplados serão informados mediante portaria específica. No próximo ano, será aberto um novo processo para cadastramento de projetos para a construção de UBS.
- Publicação da Portaria MS/GM nº 2.198, de 23 de dezembro de 2009 – Dispõe sobre a transferência fundo a fundo de recursos federais a estados, Distrito Federal e municípios, destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para o Programa de Atenção Básica de Saúde, da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada e da Segurança Transfusional e Qualidade do Sangue e Hemoderivados. Até 23/9/2010 foram 11 propostas aprovadas para aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a Atenção Básica nos municípios prioritários. A lista de municípios contemplados por estado, até 23/9/2011, encontra-se anexada ao relatório de cada estado.
- Publicação da Portaria MS/GM nº 2.191, de 3 de agosto de 2010 – Institui critérios diferenciados com vistas à implantação, ao financiamento e à manutenção da Estratégia Saúde da Família, para as populações ribeirinhas na Amazônia Legal e em Mato Grosso do Sul (Estratégia Saúde da Família Fluvial). (A portaria e o passo a passo para adesão encontram-se na nota informativa).
- Início da Fase II do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (Proesf), que tem como objetivo geral continuar a apoiar nos grandes centros urbanos brasileiros as iniciativas para a ampliação, consolidação e qualificação da estratégia Saúde da Família, entendida como eixo estruturante dos Sistemas Municipais de Saúde.
- Elaboração dos Cadernos de Atenção Básica de Pré-Natal e de Saúde da Criança. Previsão de publicação: março de 2011.

- Publicação dos materiais “Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde” e “O trabalho do Agente Comunitário de Saúde”. Acesso pelo *site* [www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab).
- Elaboração de manual de ações das equipes de SF relacionadas às causas evitáveis de mortalidade infantil.
- Realização de videoconferência sobre o Papel da Atenção Primária à Saúde no cuidado à gestante e ao recém-nascido. Data: 25/11/2010, das 15 às 18 horas. Conferencistas: Carlos Daniel Moutinho Junior (SMS de Florianópolis) e Ademar Cesar Volpi (SMS de Curitiba). Coordenação da mesa: Elisabeth Susana Wartchow. Esta videoconferência é parte integrante do projeto de qualificação das maternidades em rede.
- Curso de Educação a distância do projeto Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia Saúde da Família (EAD-AMQ) para os municípios prioritários. O curso foi realizado no período de novembro a dezembro de 2009. A lista de municípios participantes por estado encontra-se anexa ao relatório estadual.

**META:** 1.093 equipes

**SITUAÇÃO ATUAL:** 289 equipes

### **NÓS CRÍTICOS:**

- Dificuldade de expansão nos municípios com mais de 100 mil habitantes;
- Inexistência e/ou precariedade da estrutura física da rede de serviços da atenção básica;
- Limitação técnica dos municípios para acessar os recursos para a construção de novas UBS e de equipamentos;
- Redução do número de equipes de SF nos municípios prioritários dos estados de AM, AC, RN e RR (segundo competência agosto/2010);
- Dificuldade de acesso às populações ribeirinhas;
- Escassez de profissionais com formação em APS (médicos, enfermeiros, odontólogos, entre outros);
- Dificuldade de fixação dos profissionais, especialmente do médico;
- Ausência ou rigidez nas normas de contrapartida estadual no financiamento da APS em alguns estados.

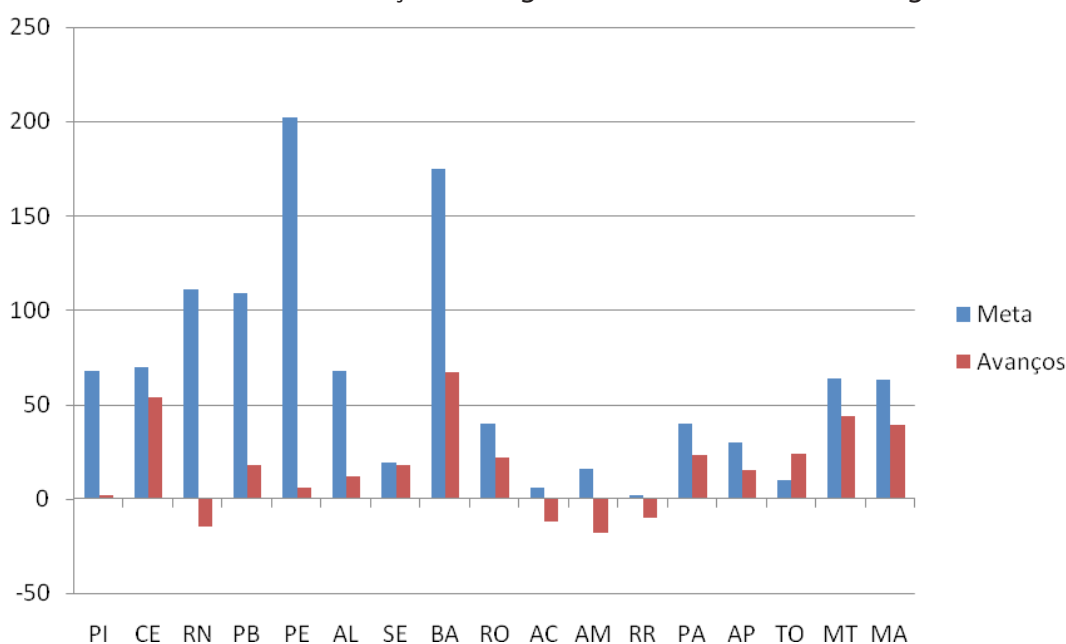
### **ENCAMINHAMENTOS:**

- I. Monitorar o processo de adesão dos municípios prioritários à fase II do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (Proesf) e suas metas de expansão (ANEXO K);
- II. Estimular estados e municípios prioritários para apresentação de projetos de construção de UBS (Portaria MS/GM nº 2.226, de 20 de novembro de 2009) e de aquisição de equipamentos (Portaria MS/GM nº 2.198, de 23 de dezembro de 2009);
- III. Apoio técnico do MS para a elaboração de projetos de captação de recursos assegurando participação da SES como, por exemplo, para a adesão à estratégia Saúde da Família Fluvial (Portaria MS/GM nº 2.191, de 3 de agosto de 2010);

- IV. Estabelecer parcerias e estratégias de apoio junto aos estados/municípios onde ocorreu diminuição de equipes de SF. Seguir realizando contato para verificar as causas na redução e oferecer cooperação técnica;
- V. Promover cooperação horizontal entre os estados e/ou municípios que apresentem experiências exitosas, no que se refere à fixação de profissionais;
- VI. Incentivar o estado para priorizar os municípios do pacto pela redução da MI na discussão das Compensações de Especificidades Regionais (CER), Nasf e Programa de Saúde na escola (PSE).

**EXECUÇÃO FINANCEIRA:** R\$ 31.297.000,00 – cálculo com base no que foi enviado de implantação e custeio até o momento.

**Gráfico 5** - Implantação de equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), meta e avanços desde janeiro de 2009 até agosto de 2010. Unidades da Federação da Região Nordeste e Amazônia Legal



### Ação 1.1 Fortalecimento de ações de alimentação e nutrição

- I. Ação "Implantar o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) em todas as Unidades Básicas de Saúde".
- II. Meta A: Aumentar em 100% a cobertura dos municípios do pacto (dobrar a cobertura do Sisvan).
- III. Ação "Implementar a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável".
- IV. Meta B: Realizar, pelo menos, uma oficina por estado e um terço dos municípios partícipes do PRMI capacitados em Alimentação Complementar (Enpacs).

- V. Ação “Garantir a suplementação de sulfato ferroso para todas as crianças até 18 meses de idade e gestantes, bem como a suplementação de vitamina A para crianças e mulheres no pós-parto das regiões Norte e Nordeste”.
- VI. Meta C: Aumentar em 100% o quantitativo de suplemento a ser encaminhado para cada município – Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF).
- VII. Meta D: Implantar o programa nos municípios do PRMI – Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNVA).
- VIII. Ação “Intensificar o acompanhamento de crianças e gestantes participantes do Programa Bolsa Família nos serviços de saúde e promover a articulação de programas e serviços para esse público”.
- IX. Meta E: Atingir as metas definidas no pacto pela saúde.

#### **AVANÇOS:**

- I. Envio de ofício com o diagnóstico da situação do município e com o Manual para o Planejamento das Ações de Alimentação e Nutrição nas Secretarias Municipais de Alimentação e Nutrição.
- II. Inclusão dos municípios prioritários nas Oficinas Estaduais da Enpacs.
- III. Finalização do material – Orientações para o Planejamento das Ações de Alimentação e Nutrição nas Secretarias Municipais de Alimentação e Nutrição.
- IV. Ampliação do Programa de Suplementação de Vitamina A para todas as crianças e puérperas dos municípios da Amazônia Legal em articulação com a Saúde Indígena.
- V. Ampliação do envio de suplementos de ferro para 60% de gestantes e crianças desses municípios.
- VI. Monitoramento trimestral das ações de alimentação e nutrição nesses municípios.

#### **SITUAÇÃO DA AÇÃO:**

- I. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
  - » Dos 256 municípios que compõem o pacto, 49 (19,1%) aumentaram o número de unidades básicas de saúde que realizaram registro no Sisvan do ano de 2009 para o ano de 2010.
  - » Dos 256 municípios que compõem o pacto, 154 (60,1%) aumentaram o número de registros no Sisvan do ano de 2009 para o ano de 2010.
- II. Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (Enpacs)
  - » Nos estados em que a estratégia foi implementada houve a priorização dos municípios pertencentes ao PRMI.

**Tabela 2** - Situação da implementação da Enpacs nos estados do PRMI

Realizada	Nordeste (7):	Amazônia Legal (7):
	Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte.	Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Pará, Roraima e Tocantins.

### Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A

No corrente ano, a Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN), implantou o referido programa para os municípios pertencentes ao PRMI dos estados do Acre, Amazonas, Amapá, Mato Grosso, Rondônia, Roraima e Tocantins.

No Estado de Roraima, o programa foi estendido para as crianças indígenas do Distrito Especial Sanitário Indígena (Dsei) leste e Yanomami, em função da mortalidade infantil indígena influenciar na MI estadual.

A meta de cobertura para esses municípios será a mesma da Região Nordeste, assim o programa contemplará 100% das crianças de 6 a 11 meses de idade, 60% das crianças de 12 a 59 meses e 60% das mulheres no pós-parto imediato – puérperas.

**Tabela 3** - Número de crianças de 6 a 59 meses de idade e puérperas contempladas com o programa

Estado	Número de crianças de 6 a 59 meses	Número de puérperas
AC	48.596	6.380
AM	224.276	32.302
AP	58.251	6.752
MT	130.313	16.184
PA	325.796	44.497
RO	61.236	7.042
RR	32.829	3.922
TO	58.298	7.651
DSEI Leste	6.069	0
DSEI Yanomami	4.100	0
<b>Total</b>	<b>949.764</b>	<b>124.730</b>

### O Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF)

Para os municípios pertencentes ao PRMI, a CGPAN irá suplementar 100% da população de crianças, gestantes e mulheres no pós-parto residentes nos municípios abaixo de 100.000 mil habitantes. Para os municípios acima de 100.000 mil habitantes, continuará sendo enviado para 15% da população.

Com o novo corte da população para os municípios pertencentes ao PRMI, o PNSF passará a suplementar 764.000 crianças (antes 311.700) e 341.240 gestantes (antes 110.204).

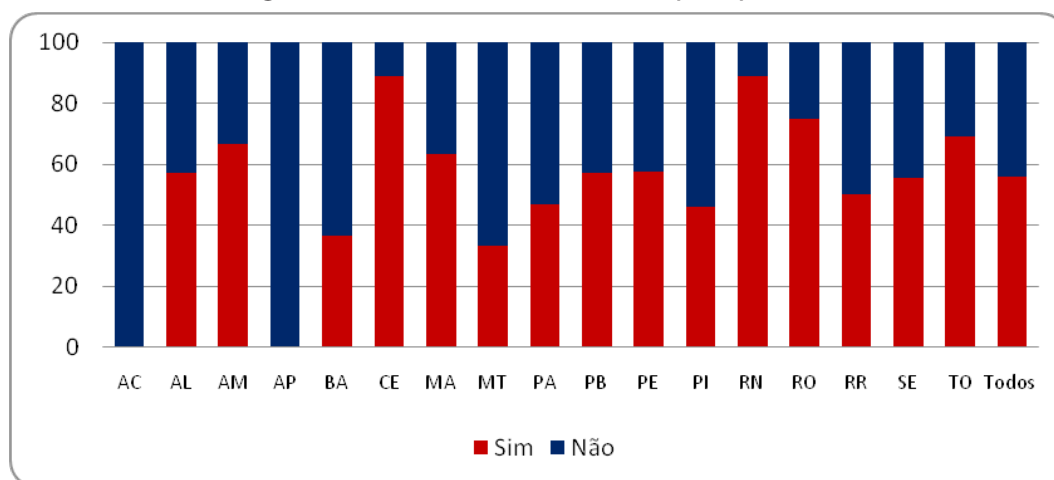


## Programa Bolsa Família

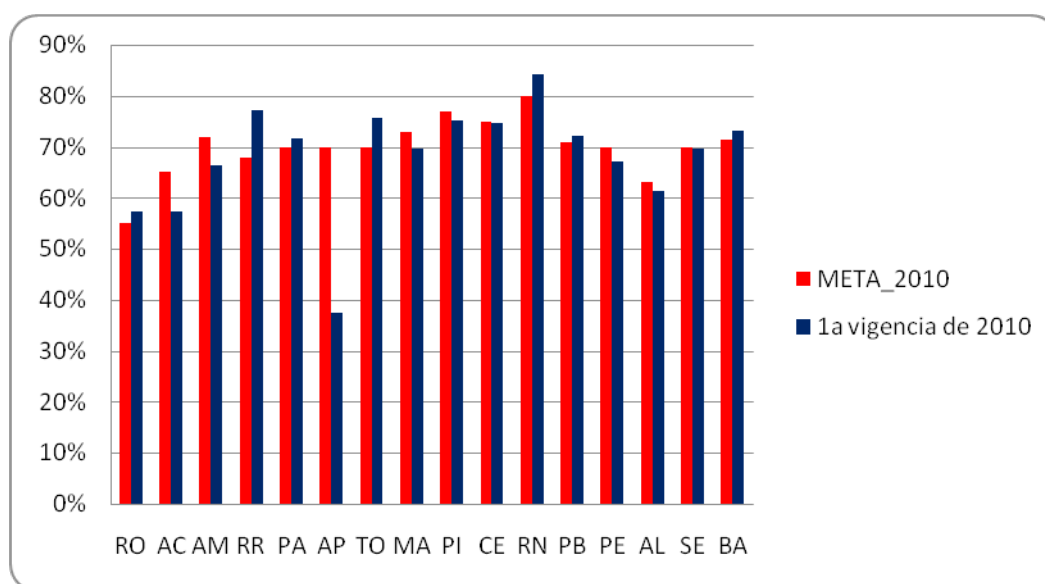
Para os municípios pertencentes ao PRMI a meta é atingir o que foi estabelecido no Pacto pela Saúde para o biênio 2010–2011.

A Figura 5 apresenta o percentual de municípios pertencentes ao PRMI que conseguiram atingir a meta pactuada pelo estado – Percentual de Famílias com Perfil Saúde Beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica.

**Gráfico 6** - Percentual de alcance da meta de acompanhamento de Famílias com Perfil Saúde Beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica na 1ª vigência de 2010 entre os municípios pertencentes ao PRI



**Gráfico 7** - Percentual de alcance da meta de acompanhamento de Famílias com Perfil Saúde Beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica na 1ª vigência de 2010 entre os estados com municípios pertencentes ao PR



## ENCAMINHAMENTOS:

- I. Garantir que todos os municípios do pacto participem da oficina da Enpacs e incorporem as ações da Enpacs na Atenção Básica.
- II. Garantir o estoque de insumos dos Programas de Suplementação de Ferro e de Vitamina A nos municípios pertencentes ao pacto.
- III. Capacitar os gestores locais para melhorar o desempenho do Sisvan e do Programa Bolsa Família nos municípios.

### **Ação 1.2 Fortalecimento das ações de Atenção à Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva das Adolescentes no “Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil”**

Para a redução da mortalidade materna e neonatal é de grande importância as ações que garantam a saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes.

Dentre estas estratégias destacam-se:

- **Combater DST/HIV/AIDS** – Mediante ações de (I) Produção e veiculação de campanha educativa para aumentar a cobertura de imunização de hepatite B para adolescentes; (II) Redução da transmissão vertical; e (III) Implementação de incentivo às casas de apoio.

- **Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE)** – Lançado em 2003, o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas resulta da parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e visa reduzir a vulnerabilidade dos adolescentes e jovens às doenças sexualmente transmissíveis, à infecção pelo HIV e à gravidez não planejada, com ênfase na promoção da saúde, por meio de ações educativas de prevenção e ampliação do acesso dessa população ao preservativo masculino. Nesta perspectiva, o Programa pretende reforçar a qualificação e a formação continuada de professores do ensino fundamental e médio nos temas acima referidos, prevendo disponibilização de preservativos masculinos a adolescentes e jovens de 13 a 24 anos, matriculados no ensino fundamental e médio da rede pública.

- **Programa Saúde na Escola (PSE)** – Programa instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Sua proposta é fruto de um trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, visando ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da Rede Pública de Ensino: Ensino Fundamental, Ensino Médio, rede federal de educação profissional e tecnológica, Educação de Jovens e Adultos (EJA). O PSE é um programa que atende crianças e adolescentes escolares, realizando o acompanhamento do C&D, saúde bucal e ocular. Constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica (Art. 3º do Decreto nº 6.286/2007). O objetivo geral do programa é assegurar às crianças, aos adolescentes e aos jovens o estatuído no artigo 227 da Constituição Brasileira:

o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

- **Implantação e implementação de serviços para atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual e doméstica** – Está sendo implementado projeto das

redes integradas de atenção à violência, uma parceria do Ministério da Saúde com a Secretaria Especial de Política para as Mulheres e a Secretaria Nacional de Segurança Pública, do Ministério da Justiça. O Ministério da Saúde apoiou, em 2004, por meio de convênios, 18 municípios com população maior que 100.000 habitantes para a formação de redes integradas de atenção a mulheres e adolescentes vítimas de violência doméstica e sexual.

### **Em relação aos Eixos de Pactuação:**

**“Ampliar o acesso aos serviços e ações de saúde”** – As adolescentes grávidas precisam ser um dos alvos prioritários de qualquer esforço nessa direção, uma vez que, devido aos preconceitos sociais, à inexperience de vida, à negação de sua própria sexualidade e à vergonha, elas têm as maiores dificuldades nesse acesso.

**Prevenção da segunda gravidez** – As adolescentes que já engravidaram deveriam receber uma atenção especial, por parte dos profissionais de saúde, no que se refere ao fortalecimento da autoestima, desenvolvimento do autocuidado em saúde e definição de um projeto de vida. Existe uma parcela de adolescentes que, ao chegar aos 20 anos de idade, já tem dois ou três filhos. Tudo indica que passaram pela primeira gestação e parto sem que lhes tenha sido dada a oportunidade de refletir sobre a sua experiência e decidir se desejam e têm condições de ter outro(s) filho(s) em um curto espaço de tempo.

**“Articulação intra e intersetorial”** – O Ministério da Educação (e, no âmbito dos estados e municípios, com as Secretarias de Educação), deve ser um importante parceiro pelo fato de que a maior parte dos/das adolescentes encontra-se em alguma escola. O apoio principal que a rede de ensino pode proporcionar, ao Pacto, seria assegurar apoio e encaminhamento da adolescente que se descobre grávida aos serviços de saúde, assim como garantir a permanência dessas meninas na escola. É sabido que, para muitas adolescentes, a primeira consequência ou reação à gravidez é a evasão escolar.

Outra articulação fundamental é com o sistema de garantia dos direitos da infância e adolescência (Conanda, Conselhos de Direitos e Conselhos Tutelares). De acordo com uma pesquisa feita no ABC paulista, em 2001, 90% das meninas com menos de 14 anos que estavam grávidas, haviam sido vítimas de incesto. Isso implica dizer que toda gravidez em menores de 14 anos deve ser acompanhada de perto e a paternidade deve ser investigada pelos profissionais de saúde. Se for resultante de incesto, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) exige medidas apropriadas. Por outro lado, se os conselheiros tutelares forem adequadamente orientados, deixarão de enxergar “meninas grávidas” como um dado “naturalizado” de suas comunidades, passando a ter uma postura mais atenta e ativa, conduzindo-as para o atendimento em saúde.

**“Ampliar a qualidade e o uso da informação”** – Disponibilizar materiais educativos apropriados a essa faixa etária.

A ASAJ já tem desenvolvido ações que promovem essa melhoria na atenção à saúde de adolescentes, tais como:

- Revisão, atualização e disponibilização do Manual Adolescente Grávida e os Serviços de Saúde no Município;
- Implantação da Caderneta de Saúde do Adolescente, a princípio pelos municípios com ESF e aderidos ao PSE;

- Produção e disponibilização de cartazes e pôsteres voltados para a Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de adolescentes, com orientações sobre a captação precoce de adolescentes grávidas; e
- Publicação das Diretrizes de Atenção Integral à saúde de Adolescentes.

Tendo em vista que a caderneta irá alcançar um número significativo de adolescentes por meio dos programas citados, a ASAJ considera que esta é uma forma eficaz de se trabalhar para a redução da mortalidade materna e infantil.

Para tanto, elaborou uma planilha contendo o cruzamento dos municípios selecionados, incluindo as capitais, que foram contemplados com a Caderneta de Saúde de Adolescentes e estão inseridos no PSE e/ou SPE (ANEXO N). Os municípios responsáveis por 50% dos óbitos em menores de 1 ano estão destacados em vermelho. Esta planilha será importante para o planejamento de ações voltadas para o pacto nos municípios onde já existe o desenvolvimento de ações que poderão ser monitoradas pela ASAJ, mas que já têm ações locais.

### **Análise dos municípios selecionados**

Foi realizado um recorte de 60 municípios presentes no Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil, a partir dos seguintes critérios:

- Municípios com maior número de nascidos vivos;
- Municípios responsáveis por 50% dos óbitos em menores de 1 ano definidos no pacto;
- Capitais;
- Municípios com maior número de adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos que não tiveram consultas de pré-natal;
- Municípios que receberam a Caderneta de Saúde de Adolescentes;
- Municípios que aderiram ao PSE e/ou SPE.

A análise se baseia nos dados que são importantes para visualização das condições de adolescentes referentes ao pacto, tais como: número de nascidos vivos, número de consultas de pré-natal e número de óbitos fetais, todos na faixa etária de 10 a 19 anos.

Dos 256 municípios constantes no pacto, um total de 60, incluindo as capitais, são responsáveis por 50% dos óbitos em menores de 1 ano. Desses 60 municípios, foram selecionados para análise aqueles contemplados com a Caderneta de Saúde de Adolescentes ou que tenham ações do SPE ou PSE, o que reduziu para um total de 40 municípios.

Foram acrescentados a esses 40, os municípios com maior número de nascidos vivos em 2007 e os municípios com maior número de adolescentes, de 10 a 19 anos, que não tiveram consultas de pré-natal no mesmo ano, e que também estão contemplados com a Caderneta, com PSE ou SPE, e obteve-se ao todo o número de 60 municípios. Do total de municípios constantes no pacto, 23,5% foram selecionados.

Em 2007, foram notificados ao Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) 2.891.328 nascidos vivos. Destes, 610.372 (21,1%) correspondem à faixa etária de 10 a 19 anos. Do total de registros nessa faixa etária, 14,6% correspondem aos municípios selecionados.

Do total de registros de nascidos vivos nos municípios selecionados na faixa etária de 10 a 19 anos, 3,7% não tiveram consultas de pré-natal.

Estes dados evidenciam a necessidade dos profissionais de saúde desenvolverem estratégias para apoiar, orientar e acolher adolescentes visando a inclusão precoce no pré-natal, considerando as demandas específicas desta população por meio de uma escuta aberta, livre de julgamentos e de preconceitos.

Essa atenção deve ser prestada independente de qualquer restrição relacionada ao território de residência.

Adolescentes e jovens devem ter facilidades na obtenção de informações qualificadas e acesso a procedimentos, exames e insumos, pautados em evidências científicas e normas editadas pelo Ministério da Saúde.

Outro dado importante aponta os óbitos fetais que, segundo o SIM 2007, apresentou um total de 32.165 registros. Desses, 5.348 correspondem aos óbitos fetais cujas mães se encontravam na faixa etária de 10 a 19 anos. Os municípios selecionados são responsáveis por 56,6% desse total. É clara, assim, a necessidade de ações nos municípios definidos no pacto.

Como citado acima, os profissionais poderão usar a caderneta para orientações referentes à SSR nos serviços de saúde e escolas.

O atendimento da adolescente grávida deve ser “diferenciado” por causa das características próprias do seu desenvolvimento, isto é, momento de grandes mudanças biológicas, psicológicas e sociais ainda não bem estruturadas.

## **Ação 2. Implantação de Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família**

A Saúde da Família caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema de saúde hierarquizado e regionalizado, o que vem provocando importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS (PNAB, 2006). Visando apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária, bem como sua resolutividade, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), com a Portaria MS/GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. O Nasf deve ser constituído por equipes de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF no qual o Nasf está inserido. Em Nota Informativa encontra-se um passo a passo sobre como implantar os Nasf.

A definição dos profissionais que irão compor a equipe dos Nasf é de responsabilidade dos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. O Nasf tem como responsabilidade central atuar e reforçar nove diretrizes na atenção à saúde, a saber: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização.

## AÇÕES COMPLEMENTARES DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO

- Publicação da Portaria MS/GM nº 2.843, de 20 de setembro de 2010 – Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Modalidade 3 – Nasf 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de *crack*, álcool e outras drogas.

**META:** 264 Nasf. Os estados do Rio Grande do Norte e Rondônia não propõem implantação de Nasf nos municípios prioritários. Os estados do Piauí, Pernambuco e Alagoas não definiram meta para implantação de Nasf nos municípios prioritários.

**SITUAÇÃO ATUAL:** 216 Nasf

**NÓS CRÍTICOS:** Ausência de pediatras nas regiões para fazerem matriciamento pelo Nasf.

### ENCAMINHAMENTO:

- Auxiliar na discussão sobre a contribuição dos outros profissionais do Nasf, além do pediatra, na redução do componente neonatal da MI. Elaboração de manual de ações do Nasf para o cuidado materno-infantil.
- Realização de oficinas de qualificação do Nasf com foco na redução da mortalidade infantil. Foram realizadas oficinas nos estados do Acre, Ceará, Pernambuco, Amapá, Bahia, Amazonas, Pará, Piauí, Tocantins, Mato Grosso, Paraíba, Maranhão e Rio Grande do Norte. Os estados de Alagoas, Roraima e Sergipe não confirmaram a realização de oficinas, porém ainda poderão solicitar apoio do DAB/Ministério da Saúde. O estado de Rondônia não possui Nasf nos municípios prioritários. Ao todo foram realizadas 47 oficinas. Na oficina são desenvolvidos projetos de intervenção por Nasf para a qualificação do cuidado materno-infantil e de multiplicação dos temas da oficina para todos os profissionais das equipes de Saúde da Família da área de abrangência dos Nasf. *Link:* [www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab).

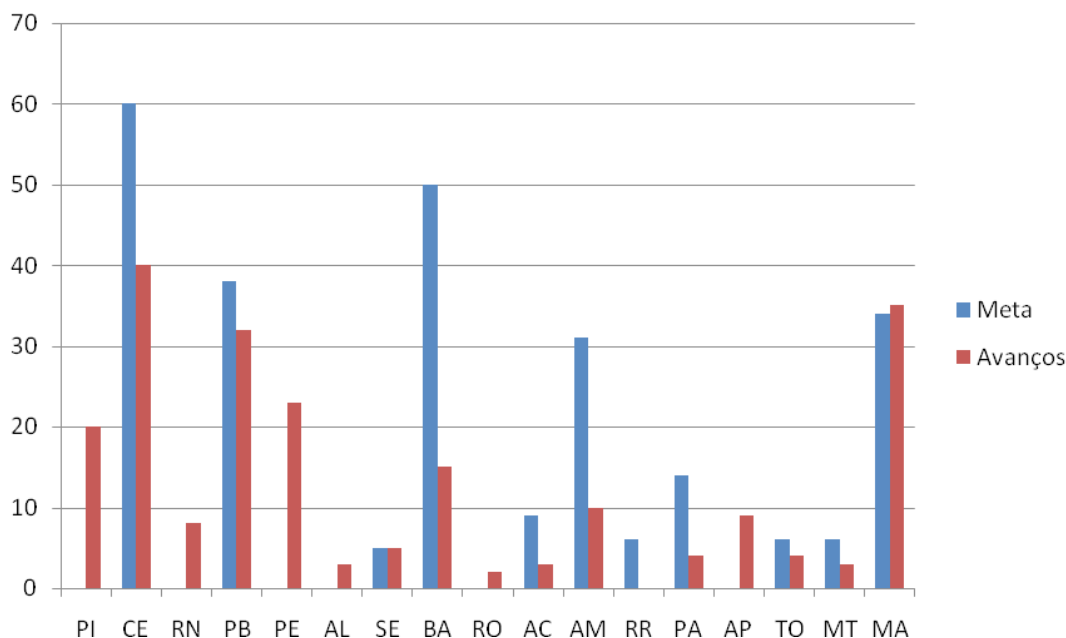
**EXECUÇÃO FINANCEIRA:** R\$ 51.920.000,00 – cálculo com base no que foi enviado de implantação e custeio até o momento.

O Departamento de Atenção Básica está monitorando o alcance das metas das ações 1 e 2 do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil realizando avaliação a cada quatro meses. A periodicidade da avaliação no ano de 2010 é a seguinte:

### Periodicidade de monitoramento – Quadrimestral:

<b>Período:</b> abr/10	<b>Meta:</b> Alcance de 33% da meta para os dois anos (total)
<b>Período:</b> ago/10	<b>Meta:</b> Alcance de 67% da meta para os dois anos (total)
<b>Período:</b> dez/10	<b>Meta:</b> Alcance de 100% da meta para os dois anos (total)

**Gráfico 8** - Implantação de Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família (Nasf), meta e avanços desde janeiro de 2009 até agosto de 2010. Unidades da Federação da Região Nordeste e Amazônia Legal



Nota: Nas metas não descreveram aumento de Nasf por município: PI, PE, AL.

Nas metas não propuseram implantação de Nasf: RN e RO.

RO não possui Nasf nos municípios prioritários.

### Ação 3 e Ação 4. Ampliação de Leitos de UTI e UCI – Neonatal

As Unidades de Terapia Intensiva são importantes recursos para o tratamento de pacientes graves ou potencialmente graves que necessitam de cuidados contínuos e especializados, em consequência de uma ampla variedade de alterações fisiopatológicas.

Embora a terapia intensiva neonatal tenha experimentado um grande desenvolvimento ao longo dos anos, acompanhando uma tendência mundial, este crescimento tem ocorrido, por diversos motivos, de forma desigual entre as regiões e Unidades Federadas (UF) do Brasil.

Assim, a partir da revisão bibliográfica e de consensos estabelecidos no âmbito do Ministério da Saúde, foi adotado como parâmetro de dimensionamento da necessidade de leitos de UTI/UCI – Neonatal a recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), ou seja, quatro leitos de terapia intensiva neonatal para cada 1.000 nascidos vivos (NV), sendo 25% em UTI Neo e 75% em UCI Neo.

Uma vez identificada a quantidade de leitos necessários, e consequentemente o déficit de leitos de UTI/UCI Neo, e considerando cada município referência para a internação em UTI /UCI Neo para os estados que integram o Pacto para Redução da Mortalidade Infantil na Região Nordeste e Amazônia Legal, o Ministério da Saúde adotou estratégias para viabilizar a ampliação/qualificação desses leitos, por meio de aquisição de equipamentos necessários para a ampliação/qualificação de leitos de UTI/UCI Neo em cada uma das unidades indicadas pelas SES dos estados integrantes do Plano de Redução da Mortalidade Infantil da Região Nordeste e Amazônia Legal. Deverá ser de responsabilidade de cada SES e instituição



hospitalar envolvida a garantia do cumprimento das condições e demais critérios necessários para a habilitação dos leitos de UTI/UCI Neo, tal como:

- Disponibilidade de recursos humanos necessários conforme portaria específica de habilitação – Portaria MS/GM nº 3.432/1998 e Portaria MS/GM nº 1.091/1999;
- Disponibilidade dos demais equipamentos e critérios relacionados na referida portaria.

**META:** Todos os equipamentos instalados e em funcionamento.

**SITUAÇÃO ATUAL:** Os 16 equipamentos licitados estão sendo entregues em cada unidade de saúde conforme indicação da SES e aprovação da CIB. Aguardando credenciamento dos leitos mediante solicitação dos gestores. A aquisição destes equipamentos permitirá a qualificação de 607 leitos de UTI e 1.279 leitos de UCI.

**NÓS CRÍTICOS:** Algumas SES solicitaram equipamentos mais que o necessário, outras solicitaram a alteração da unidade beneficiada após a conclusão do processo licitatório junto às empresas. As empresas tiveram dificuldades de distribuição dos equipamentos no Estado do Amazonas decorrente de acesso físico às unidades contempladas.

**ENCAMINHAMENTOS:** Aquisição de 16 equipamentos (UTI/UCI) por meio de pregões eletrônicos.

**EXECUÇÃO FINANCEIRA:** Total: R\$75.000.000,00.

### **Atividades programadas 2010**

Equipamentos a serem entregues para os 17 estados que estão no Pacto da Redução:

- Monitor multiparâmetro não invasivo;
- Monitor multiparâmetro invasivo;
- Ventilador pulmonar neonatal;
- Eletrocardiógrafo;
- Aspirador de secreções;
- Balança eletrônica;
- Berço aquecido;
- Berço com fototerapia;
- Berço para recém-nascido;
- Incubadora sem balança;
- Incubadora com balança;
- Aparelho de fototerapia;
- Berço com fototerapia reversa;
- Otoscópio;
- Oftalmoscópio;
- CPAP.



**Tabela 4** - Número de equipamentos que foram entregues por UF

UF	Monitor multiparâmetro não invasivo	Monitor multiparâmetro invasivo	ECG	Ventilador pulmonar	Berço Aquecido	Berço com Fototerapia	Otoscópio	Oftalmoscópio
AC	73	3	3	14	12	7	6	6
AL	94	4	-	16	21	11	14	14
AM	172	11	10		31	16	25	25
AP	34	1	1		6	3	3	3
BA	402	26	32	94	98	39	48	48
CE	15	3	4	2	3	2	2	2
MA	169	1	1		35	20	20	20
MT	62	9	9	35	1	1	10	10
PA	177	7	7	43	27	15	21	21
PB	99	7	7	29	18	10	15	15
PE	51	5	4		-	-	-	-
PI	126	5	5	29	19	12	15	15
RN	40	6	5	24	-	-	5	5
RO	29	4	4		4	1	4	4
RR	30	2	2	6	6	4	4	4
SE	90	3	3	27	17	12	15	15
TO	42	3	3	17	6	5	8	8
<b>TOTAL</b>	<b>1.705</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>336</b>	<b>304</b>	<b>158</b>	<b>215</b>	<b>215</b>

Observação: os demais equipamentos estão em processo de entrega.

**Tabela 5** - Ações complementares de apoio à implementação

	Situação	Nós Críticos	Encaminhamentos
<b>Visita aos 17 estados, com ênfase nas capitais e municípios sede de macrorregião.</b>	Foram visitados: - PB, PE, SE. - AC, AM, RR, PA.	Demora de resposta de algumas SES.	Realizar visitas no primeiro semestre de 2011 para: - PI, CE, RN, AL, BA. - RO, AP, TO, MT, MA
<b>Qualificação de equipe técnica para atendimento ao paciente crítico.</b>	Serão realizadas oficinas nos estados para apresentar o diagnóstico situacional das unidades. Realizado vídeo conferência no Estado de Roraima e por unidade hospitalar.	Dificuldade em envolver alguns gestores no projeto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Será realizado curso de especialização para médicos e enfermeiros (profissionais das UTI) das unidades hospitalares que fazem parte do projeto Hospitais de Excelência (ANEXO O);</li> <li>Especialização MBA em Gestão em Saúde nas unidades hospitalares;</li> <li>Formação profissional em medicina de urgência e emergência e medicina intensiva.</li> </ul>

## Ação 5. Implantação do SAMU em 100% dos municípios prioritários

O Programa Nacional SAMU 192, no âmbito das ações de apoio ao Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil, tem o objetivo de garantir ao neonato e à gestante um transporte e um atendimento seguro e de qualidade, com uma equipe treinada, e com equipamentos específicos. Desta forma, consegue-se melhorar a sobrevivência e qualidade de vida do paciente, diminuir a morbidade durante o transporte e os custos na internação. Para tanto, faz-se necessário também existir uma rede integrada com unidades de referência para o acolhimento destes usuários junto à maternidade vinculada.

**META NACIONAL:** Distribuição de 150 Unidades de Suporte Avançado Neonatal (USA – Neo) equipadas, para os 17 estados da Amazônia Legal e Região Nordeste.

### SITUAÇÃO ATUAL NACIONAL:

**2009:** Processo licitatório para aquisição das ambulâncias Unidades de Suporte Básico (USB) e Unidades de Suporte Avançado Neonatal (USA – Neo) e seus respectivos equipamentos.

**2010:** A distribuição dos veículos ultrapassou a meta inicial para 627 USB e 113 USA e 144 ambulâncias para renovação de frota nos SAMU já existentes, dentre os 17 estados prioritários, totalizando 884 ambulâncias no total, qualificadas.

### NÓS CRÍTICOS:

- I. Dificuldade dos estados e municípios encaminharem as documentações à Coordenação-Geral de Urgência e Emergência (CGUE) para os processos de habilitação das USB e USA entregues pelo MS em 2010 (seguro obrigatório das viaturas; contrato de manutenção preventiva e corretiva das ambulâncias; escala das equipes assistenciais; comprovação da existência do Tronco 192 (*link*) dos municípios contemplados interligados à Central de Regulação Médica das Urgências; compra dos uniformes das equipes assistenciais; capacitação das equipes técnicas assistenciais; fotografia da base descentralizada, constando endereço completo, padronização visual, devendo detalhar os espaços físicos).
- II. Em alguns estados e municípios as pactuações quanto à cobertura regionalizada de 100% do SAMU 192 está em andamento, e em alguns casos sem definições, o que dificulta o trabalho da CGUE no sentido de dar continuidade ao processo de habilitação tanto das USB e USA disponibilizadas em 2010, quanto para regionalizar as Centrais de Regulação do SAMU 192 nesses estados.

### ENCAMINHAMENTOS:

- I. Curso de Capacitação para profissionais do SAMU das regiões em Suporte Básico de Vida (realizado em quatro módulos, sendo um deles voltado para as urgências pediátricas, neonatológicas e obstétricas), Curso de Capacitação para Tutor em Regulação Médica e Tutor em Suporte Básico de Vida do SAMU.

2010: 143 profissionais já capacitados, dentre médicos e enfermeiros, como Tutores de Regulação Médica e Tutores de Suporte Básico de Vida; e 4.327 profissionais em capacitação no Curso de Suporte Básico de Vida, dentre eles técnicos de enfermagem, auxiliares e condutores.

O curso de Suporte Avançado de Vida terá início em 2011.

- II. Entre os dias 9 e 11 de novembro de 2010 foi realizado o III Congresso Nacional SAMU 192, em Brasília, com público-alvo de gestores, coordenadores do SAMU 192, equipes dos profissionais intervencionistas e reguladores do SAMU 192, diretores, coordenadores e técnicos do Ministério da Saúde e demais interessados no tema, onde teve um espaço específico, em uma oficina de trabalho, para se discutir o SAMU Neonatal e o SAMU Cegonha.
- III. Ademais, a CGUE presta auxílio técnico para a elaboração dos projetos de regionalização; realiza visitas técnicas; realiza oficinas de trabalho nos estados e municípios, muitas vezes participa como colaboradora dos estados nesses eventos.

**Tabela 6** - Cursos de capacitação por Unidade da Federação

UF	Cursos de Capacitação/Categorias Profissionais			Total
	Tutores em Suporte Básico de Vida	Tutores em Regulação Médica	Suporte Básico de Vida	
	Médicos e Enfermeiros	Médicos	Técnicos de enfermagem Auxiliares e Condutores	
AC	3	0	147	150
AP	2	0	20	22
RR	2	0	59	61
RO	2	0	53	55
AM	2	0	336	338
TO	6	0	119	125
PA	8	0	216	224
SE	5	1	458	464
PB	10	1	206	217
PE	4	0	224	228
CE	7	0	231	238
RN	6	1	144	151
MA	20	1	359	380
PI	10	0	120	130
BA	39	4	1.209	1.252
AL	4	0	263	267
MT	4	1	163	168
Total	134	9	4.327	4.470
Situação do término do curso	Capacitados	Capacitados	Estão em capacitação	

**EXECUÇÃO FINANCEIRA:** A seguir, os valores relativos à execução financeira considerando as USB, USA e a Renovação de frota com os equipamentos por estado.

USB: Oxímetro Portátil, Desfibrilador Externo Automático e Aspirador.

USA: Aspirador, Ventilador Pulmonar Adulto e Pediátrico, Monitor/Cardioversor, Oxímetro Portátil e Detector Fetal.

Renovação de Frota: Oxímetro Portátil e Desfibrilador Externo Automático.

Valores relativos à execução física e financeira por UF.

**Tabela 7 - Execução financeira SAMU**

AMBULÂNCIAS DESTINADAS								
UF	USA	TOTAL USA R\$	USB	TOTAL USB R\$	REN	TOTAL REN R\$	TOTAL AMB	TOTAL R\$
AC	2	R\$ 352.332,28	7	R\$ 859.225,36	0		9	R\$ 1.211.557,64
AL	14	R\$ 2.466.325,96	29	R\$ 3.559.647,92	0		43	R\$ 6.025.973,88
AM	0		6	R\$ 736.478,88	0		6	R\$ 736.478,88
AP	0		12	R\$ 1.472.957,76	0		12	R\$ 1.472.957,76
BA	24	R\$ 4.227.987,36	139	R\$ 17.061.760,72	41	R\$ 4.801.578,88	204	R\$ 26.091.326,96
CE	5	R\$ 880.830,70	24	R\$ 2.945.915,52	14	R\$ 1.639.563,52	43	R\$ 5.466.309,74
MA	5	R\$ 880.830,70	10	R\$ 1.227.464,80	21	R\$ 2.459.345,28	36	R\$ 4.567.640,78
MT	4	R\$ 704.664,56	27	R\$ 3.314.154,96	7	R\$ 819.781,76	38	R\$ 4.838.601,28
PA	0		106	R\$ 13.011.126,88	19	R\$ 2.225.121,92	125	R\$ 15.236.248,80
PB	32	R\$ 5.637.316,48	98	R\$ 12.029.155,04	10	R\$ 1.171.116,80	140	R\$ 18.837.588,32
PE	3	R\$ 528.498,42	37	R\$ 4.541.619,76	15	R\$ 1.756.675,20	55	R\$ 6.826.793,38
PI	13	R\$ 2.290.159,82	67	R\$ 8.224.014,16	0		80	R\$ 10.514.173,98
RN	5	R\$ 880.830,70	32	R\$ 3.927.887,36	11	R\$ 1.288.228,48	48	R\$ 6.096.946,54
RO	1	R\$ 176.166,14	3	R\$ 368.239,44	4	R\$ 468.446,72	8	R\$ 1.012.852,30
RR	0		16	R\$ 1.963.943,68	2	R\$ 234.223,36	18	R\$ 2.198.167,04
SE	3	R\$ 528.498,42	7	R\$ 859.225,36	0		10	R\$ 1.387.723,78
TO	2	R\$ 352.332,28	7	R\$ 859.225,36	0		9	R\$ 1.211.557,64
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>	<b>R\$ 19.906.773,82</b>	<b>627</b>	<b>R\$ 76.962.042,96</b>	<b>144</b>	<b>R\$ 16.864.081,92</b>	<b>884</b>	<b>R\$ 113.732.898,70</b>

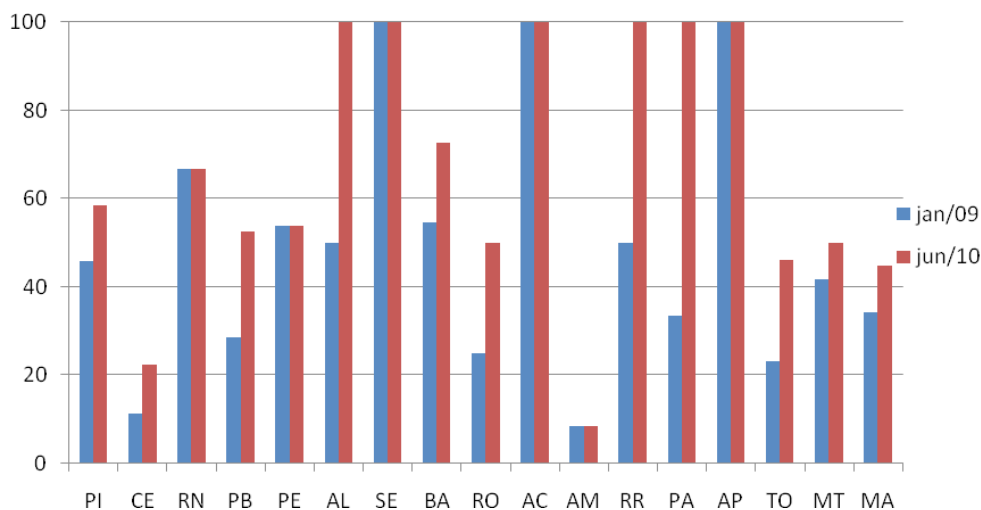
**Tabela 8** - Ventiladores neonatal destinados por UF, considerando até o mês de outubro de 2010

UF	Ventilador neonatal destinado
AC	2
AL	3
AM	5
AP	2
BA	22
CE	5
MA	12
MT	0
PA	7
PB	7
PE	9
PI	7
RN	6
RO	1
RR	1
SE	8
TO	3
Total de ventiladores	100
Valor	R\$ 4.100.000,00

**Tabela 9** - Bomba de infusão destinadas por UF, considerando até o mês de outubro de 2010

UF	BA	PI	Total	Valor R\$
Bomba de infusão	13	4	17	149.600,00

O valor total de investimento já executado pela CGUE com veículos e equipamentos do Programa Nacional SAMU 192 nos 17 estados prioritários (Amazônia Legal e Região Nordeste) corresponde a **R\$ 117.982.498,7**.

**Gráfico 9** - Estados com SAMU nos municípios prioritários, avanços na cobertura (%). Estados do Nordeste e Amazônia Legal, janeiro 2009 e junho de 2010

## Ação 6. Implantação de Bancos de Leite Humano (BLH)

Os benefícios resultantes do aleitamento materno (AM) para a criança e a mãe são conhecidos e comprovados cientificamente. O valor nutricional, a proteção imunológica e o menor risco de contaminação contribuem para a redução da morbimortalidade infantil por diarreia e por infecção respiratória; o AM diminui o risco de doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes, e reduz a chance de obesidade. A amamentação promove, ainda, adequado desenvolvimento da cavidade oral, resultado do exercício que a criança faz para retirar o leite da mama. Há também evidências de que a amamentação favorece o desenvolvimento cognitivo, em especial das crianças que nascem com baixo peso (GIUGLIANI, 2000). A mãe, ao amamentar, promove a aceleração da involução uterina, reduzindo o sangramento pós-parto; amplia o tempo entre as gestações e partos e reduz a probabilidade de alguns tipos de cânceres de mama e de ovário; como também o desenvolvimento de diabetes. Para a díade mãe-bebê, o AM configura-se como uma oportunidade de interação contribuindo para o estabelecimento de vínculos afetivos que resultam em maior segurança para a mãe e promoção do desenvolvimento afetivo-emocional e social da criança (BOWBLY, 1976).

O aleitamento materno pode reduzir em 13% as mortes de crianças menores de cinco anos por causas preveníveis em todo o mundo. No Brasil, em 14 municípios da Grande São Paulo, a estimativa média de impacto da amamentação sobre o Coeficiente de Mortalidade Infantil foi de 9,3%, com variações, segundo o município, entre 3,6% e 13%. Relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) revela que seis milhões de bebês estão sendo salvos a cada ano por causa do aumento das taxas de amamentação exclusiva.

As evidências sugerem que o Método Canguru é uma alternativa segura ao tratamento convencional e uma boa estratégia para a promoção do aleitamento materno.

**META:** 16 BLH

**SITUAÇÃO ATUAL:** Esta ação é implementada em parceria com o Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz/MS), sob responsabilidade do coordenador da REDEBLH. Visitas técnicas foram realizadas nos municípios com maior dificuldade de execução do projeto.

**2009:** 8 BLH e 10 Postos de Coleta de Leite Humano adquiridos.

**2010:** (i) 8 BLH em fase de licitação; (ii) programados cursos de processamento e controle de qualidade em BLH.

### NÓS CRÍTICOS:

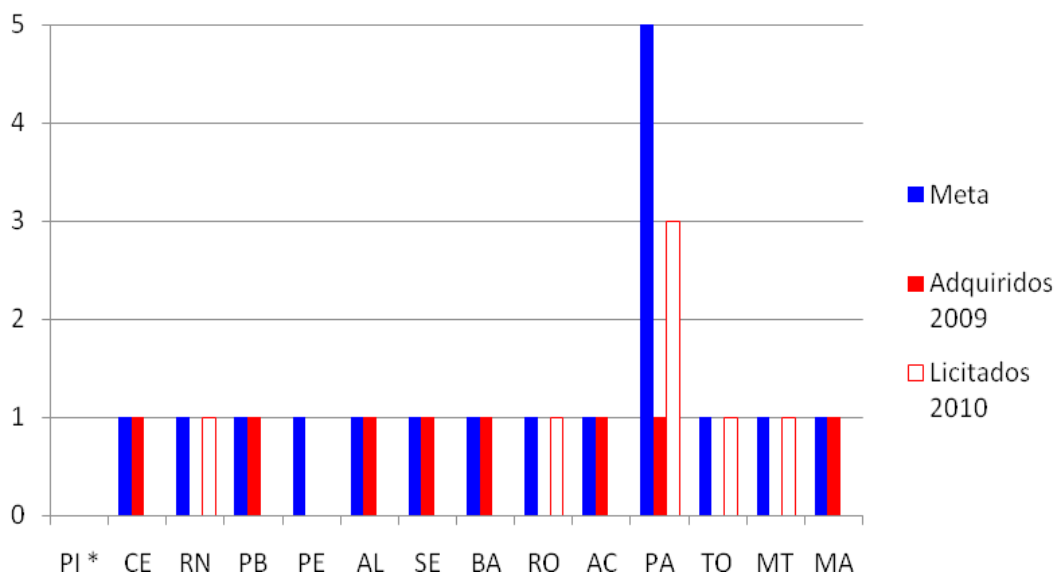
Dificuldade de alguns estados definirem o local de implantação do BLH acarretou em atraso na implantação.

### ENCAMINHAMENTOS:

Apoio Técnico do MS para agilidade na definição adequada do local e demais situações do projeto.

**EXECUÇÃO FINANCEIRA:** R\$ 1.124.880,00

**Gráfico 10** - Número de bancos de leite humano, meta, adquiridos em 2009 e licitados em 2010. Estados da Região Nordeste e Amazônia Legal, janeiro 2009 e junho de 2010



### Ação 7. Aumentar o número de Hospitais Amigos da Criança (IHAC)

O aleitamento materno na primeira hora de vida reduz o risco de mortalidade neonatal em 19% e 22%, segundo dois estudos (EDMOND et al, 2006;). A IHAC promove aumento das taxas de aleitamento materno (AM) na primeira hora de vida e aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo (AME).

A implementação da IHAC está associada a um incremento anual de 1,54% nas taxas de aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças menores de 2 meses e de 1,11% nas taxas de AME em crianças menores de 6 meses em 14 países em desenvolvimento (WABA RESEARCH TASK FORCE, 2010). A II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno (BRASIL, 2008) constatou que a duração mediana do AME entre as crianças que nasceram em hospitais amigos da criança (HAC) foi de 60,2 dias e entre aquelas que não nasceram em hospitais amigos da HAC foi de 48,1 dias; e que a prevalência das que mamaram na primeira hora foi de 72,9% nas nascidas em HAC e 67,9% nas nascidas em outros hospitais. Utilizando os dados dessa pesquisa, é possível estimar que se todas as maternidades brasileiras fossem credenciadas, teríamos no País, a cada ano, mais 207.000 crianças sendo amamentadas na primeira hora de vida e mais 300.000 menores de dois meses sendo amamentados exclusivamente.

**META:** 17 Oficinas de sensibilização dos gestores.

**SITUAÇÃO ATUAL:** Esta ação é implementada sob coordenação geral da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/DAPES, em parceria com as coordenações da área da criança dos estados, dos municípios e dos hospitais. Sua metodologia considera etapas incrementais a partir da sensibilização dos gestores, formação de avaliadores, capacitação dos profissionais das instituições hospitalares e adequação dos hospitais aos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” e demais critérios brasileiros, culminando com o processo de avaliação e posterior credenciamento.



**2009: Região Nordeste:** 233 gestores de 88 maternidades participaram da etapa de sensibilização à iniciativa.

**Amazônia Legal:** (i) 192 gestores de 59 maternidades participaram da etapa de sensibilização à iniciativa. (ii) 2 hospitais credenciados na Iniciativa.

**2010:** (i) 147 maternidades iniciadas no processo de sensibilização; (ii) 37 maternidades em fase de implementação; e (iii) 17 UF com 20 avaliadores preparados para o uso da ferramenta informatizada de avaliação da Iniciativa; (iv) 3 hospitais credenciados na Iniciativa.

### **NÓS CRÍTICOS:**

Dificuldade de resposta aos critérios da Iniciativa por parte do hospital. Processo lento de credenciamento, pois requer várias etapas que incluem mudança das práticas hospitalares e capacitação das equipes, todas anteriores à avaliação global coordenada pelo nível central.

### **ENCAMINHAMENTOS:**

(i) Agilizar as avaliações globais; (ii) Informatizar o processo de monitoramento e avaliação; e (iii) Realizar visitas técnicas às 37 maternidades em fase de implementação da Iniciativa (ANEXO N).

**EXECUÇÃO FINANCEIRA:** R\$ 40.000,00

## **Ação 8. Adesão das maternidades à Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal (Renospe).**

A Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal (Renospe) é constituída por um conjunto de unidades neonatais de médio e alto riscos integrantes do Sistema Único de Saúde dos estados das Regiões Norte e Nordeste, que trabalham de forma articulada, visando melhorar a qualidade dos serviços oferecidos às mulheres grávidas e aos recém-nascidos.

A Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal tem por objetivo aprimorar a competência do sistema público de saúde nas áreas de gestão, assistência, ensino e pesquisa perinatal, impactando favoravelmente o desempenho dos profissionais de saúde e a qualidade dos cuidados oferecidos às mães e aos seus recém-nascidos, contribuindo, assim, para a redução da morbimortalidade evitável na Região Norte-Nordeste do país. Para o alcance desses objetivos são utilizadas estratégias, tais como desenvolvimento de pesquisas, realização de atividades de instrutorias clínica, educacional e epidemiológica, e ações de acompanhamento, monitoramento e avaliação das atividades.

**META: Integrar à Renospe todos os hospitais com mais de 1.000 partos/ano.** NE: 23 hospitais. AL: 28 hospitais.

### **SITUAÇÃO ATUAL:**

**2009:** Realizado curso de Gestão Clínica para cinco profissionais de cada uma das 26 maternidades vinculadas ao projeto de qualificação das maternidades.

**2010:** Renovado convênio para realização de Cursos de Gestão de Unidades Neonatais que têm como propósito capacitar profissionais médicos e enfermeiros para a melhoria da qualidade gerencial das unidades neonatais. Serão realizados dois cursos de gestão de unidades neonatais com a participação de 45 profissionais médicos e enfermeiros da Região Nordeste e da Amazônia Legal.

**EXECUÇÃO FINANCEIRA:** R\$ 546.000,00

## **Ação 9. Ampliar o número de maternidades com o Método Canguru (MC).**

O Método Canguru é uma proposta de humanização da assistência neonatal baseada em quatro fundamentos básicos: acolhimento do bebê e da sua família, respeito às singularidades, promoção do contato pele a pele (posição canguru) e o envolvimento da mãe nos cuidados com o filho. Experiências com o método mostraram redução dos riscos de infecção hospitalar às 41 semanas de idade gestacional (IG) corrigida, e redução de doença grave principalmente do aparelho respiratório seis meses pós-alta. Observou-se também a redução do risco de insatisfação da mãe, de falha da amamentação exclusiva na alta e a melhora do ganho ponderal durante a internação.

Dois estudos brasileiros constataram que as unidades canguru tiveram desempenho superior em relação ao aleitamento materno exclusivo na alta (69,2 *versus* 23,8%,  $p=0,022$  e 82,6 *versus* 0%;  $p=0,00$ ) (LAMY et al, 2008). A amamentação exclusiva foi superior no grupo Canguru às 40 semanas de idade gestacional (73,9 *versus* 31,6%;  $p=0,01$ ), aos 3 meses (43,5 *versus* 5,0%;  $p=0,005$ ) e aos 6 meses (22,7 *versus* 5,9%;  $p=0,20$ ) de vida.

### **META:**

**2009:** (i) 17 Oficinas de sensibilização dos gestores (ii) Cinco Oficinas macrorregionais de capacitação dos profissionais.

**2010:** (i) 17 Cursos Estaduais de Capacitação dos tutores para o MC; (ii) Avaliação dos 17 serviços de referência indicados como Centro de Referência Estadual para o MC.

### **SITUAÇÃO ATUAL:**

**2009:** Realizadas cinco oficinas macrorregionais de capacitação dos profissionais:

**Região Nordeste:** 233 gestores de 88 maternidades participaram da etapa de sensibilização para implementação do MC.

**Amazônia Legal:** 192 gestores de 59 maternidades participaram da etapa de sensibilização para implementação do MC.

**PRODUTO:** Implantação e/ou qualificação de 17 Centros de Referência no MC na AL e NE.

**2010:** (i) 16 Cursos Estaduais de Capacitação de Tutores; (ii) Avaliação dos 16 serviços indicados como Centro de Referência Estadual para MC.

### **SEM NÓS CRÍTICOS E AÇÃO EM ANDAMENTO**

**EXECUÇÃO FINANCEIRA:** R\$ 922.520,00

## **Ação 10. Apoio institucional a maternidades, com foco na qualificação (1) do cuidado hospitalar ao parto e nascimento e (2) das Redes Perinatais (em resposta ao Direito ao Acompanhante; vínculo da gestante ao local de ocorrência do parto e regulação do leito obstétrico e neonatal)**

### **META**

Implementar em 26 maternidades (ANEXO Q) prioritárias das duas regiões as diretrizes de (1) cogestão e gestão participativa; (2) direito a acompanhante; (3) Acolhimento com Classificação de Risco e Ambiência e (4) vinculação da gestante em uma rede integrada de cuidados, em conformidade com as orientações das

áreas técnicas da Saúde da Criança (ATSC), da Saúde da Mulher (ATSM) e Política Nacional de Humanização (PNH).

### **SITUAÇÃO ATUAL:**

- As áreas técnicas do Ministério da Saúde, em conjunto com apoiadores e supervisores do Plano de Qualificação, realizam o acompanhamento avaliativo (BRASIL, 2009) das ações desenvolvidas nessas maternidades. De forma sintética, podemos distinguir os processos desencadeados nas maternidades em:
- Dez maternidades se destacam pelas mudanças produzidas na atenção e/ou na gestão, maior participação dos trabalhadores e usuários no cotidiano dos serviços e no fortalecimento de redes perinatais (1- Maternidade Bárbara Heliodora – AC; 2- Maternidade Ana Braga – AM; 3- Fundação Santa Casa de Misericórdia de Belém – PA; 4- Maternidade Cândida Vargas – PB; 5- Instituto Saúde Elpidio Almeida – PB; 6- Maternidade Marly Sarney – MA 7- Hospital Universitário da UFMA – MA; 8- Hospital Materno Infantil de Imperatriz – MA; 9- Hospital Barão de Lucena – PE; 10- Maternidade Januário Cicco – RN);
- Doze maternidades estão avançando e há indicativos de mudanças significativas até o final de 2010 (1- Maternidade Mãe Luzia – AP; 2- Hospital das Clínicas Gaspar Viana – PA; 3- Hospital Materno Infantil de Nossa Senhora de Nazaré – RR; 4- Hospital Dona Regina Siqueira Campos – TO; 5- Maternidade Nossa Senhora Lourdes – SE; 6- Maternidade Dona Evangelina Rosa – PI; 7- Hospital Regional de Arapiraca – AL; 8- Instituto de Perinatologia da Bahia – BA; 9- Hospital Cesar Cals – CE; 10- Maternidade Escola Assis Chateaubriand – CE; 11- Maternidade Balbina Mestrinho – AM; 12- Hospital de Base Ary Pinheiro – RO);
- Quatro maternidades apresentam situações complexas e/ou avanços ainda incipientes nas diretrizes do Plano de Qualificação (1- Maternidade Tysilla Balbino – BA; 2- Maternidade Beneficente Santa Helena – MT; 3- Maternidade Escola Santa Mônica – AL; 4- Hospital Regional Dom Malan – PE).

Para cada uma das maternidades:

- I. Oficina de adesão ao projeto para os gestores; realizada (nov-dez/2009);
- II. Curso de Gestão das UTIN realizado (nov-dez/2009);
- III. Foram selecionados 21 apoiadores institucionais (20 horas/semanais) nos planos de ação das 26 maternidades;
- IV. Diagnóstico situacional (linha de base) realizado pelos dirigentes e apoiadores do projeto;
- V. Plano de ação em fase de implementação das diretrizes priorizadas;
- VI. Plano avaliativo:

### **Fase 1 – Construção do plano avaliativo**

Planos avaliativos por maternidades, elaborados (jan/2010) e consensuados com os dirigentes das maternidades (março/2010);

## **Fase 2 – Acompanhamento**

Foi realizada oficina ampliada com supervisores, apoiadores e áreas técnicas do MS para definição das prioridades até dez/2010 e alinhamento conceitual-operativo sobre as diretrizes a serem apoiadas em sua implementação;

## **Fase 3 – Avaliação final**

Programada para os dias 1º a 3 dez/2010 a Oficina de avaliação dos resultados do projeto;

- I. Espaço coletivo local constituído para a condução do plano;
- II. Estágio curto sobre boas práticas em neonatologia realizado nos centros de referência nacional (matriciadores): Instituto Materno Infantil de Pernambuco (Imip); Instituto Fernandes Figueiras (IFF); Hospital Universitário de Ribeirão Preto (HURP);
- III. Visita aos centros de referência nacional programadas, jul-set/2010;
- IV. Visita técnica de quatro dirigentes/profissionais de cada maternidade à maternidade de referência em boas práticas de neonatologia e obstetrícia – Sofia Feldman – entre os meses de mar-jun/2010 – total de 150 gestores com visita a esta maternidade de referência;
- V. Incluídas 23 maternidades no banco de dados da Rede Nacional de Informações em Neonatologia: realizada capacitação das 26, porém três não realizaram a coleta, sem justificativa, até o momento; programada para o dia 11/8/2010 Oficina de “Análise e intervenção para melhoria do cuidado neonatal no Brasil”, cujo objetivo é apresentar os resultados da primeira etapa do projeto, bem como apresentar a intervenção a ser realizada na segunda etapa dele;
- VI. Onze maternidades com avanço no dispositivo da cogestão; 18 maternidades com avanço no direito ao acompanhante de livre escolha e 24 horas; 17 fóruns para discussão da rede perinatal; 12 maternidades com avanço no dispositivo ACCR.

## **NÓS CRÍTICOS:**

- I. Incipiente experimentação nas organizações de saúde da tecnologia do apoio institucional com vista à alteração da dinâmica de funcionamento das maternidades e da reorganização dos processos de trabalho;
- II. Dificuldade de pactuação do Plano de Ação com gestores, tanto das maternidades como dos estados e/ou municípios. Os apoiadores e supervisores enfrentaram, ao longo deste ano, diversas mudanças na gestão, como trocas de dirigentes, dificultando a continuidade das ações desenvolvidas;
- III. Baixo grau de articulação entre apoiadores, supervisores e representantes do Pacto nos estados, bem como relação frágil entre estados e municípios, que se revelam em dificuldades de ação comum e integrada;
- IV. Gestão centralizadora, fragilidade dos vínculos empregatícios (plantão/pagamento por procedimento), processos de trabalho organizado por catego-

rias profissionais, baixo grau de participação dos trabalhadores nas decisões institucionais, são algumas características comuns das maternidades apoiadas, e que se colocam como grandes desafios para o Plano de Qualificação;

- V. Excessiva medicalização do parto e nascimento (altos índices de cesarianas, desconhecimento das evidências científicas no que se referem às “boas práticas obstétricas”, com baixa utilização em tempo oportuno de recursos clínicos bem conhecidos e muitas vezes disponíveis, como por exemplo: partograma e uso de corticoide e surfactante para o prematuro, e do sulfato de magnésio para a mulher com eclâmpsia);
- VI. Incipiente participação de usuários e familiares, bem como de Conselhos de Saúde e movimentos sociais nas discussões referentes à qualificação e gestão do cuidado na rede SUS;
- VII. Hospitais universitários alheios e refratários à necessidade de mudança no campo da gestão e atenção obstétrica e neonatal, formando profissionais defasados em relação às evidências científicas neste campo;
- VIII. Experimentação, ainda inicial (em estágio de aprendizado institucional), de ação e condução integrada de projetos entre as Áreas Técnicas do Ministério da Saúde;
- IX. Falta de uniformidade no que se refere às bases conceituais e metodológicas, que orientam as ações do Plano de Qualificação entre as diferentes instituições, que são referência técnica do Plano;
- X. Necessidade de revisão de algumas normativas atinentes à regulação do cuidado em obstetrícia e neonatologia, a exemplo da observância de internação mínima de 48 horas para os recém-nascidos saudáveis;
- XI. Incertezas quanto à garantia de recursos, em 2011, para a manutenção da dinâmica de organização e funcionamento (manutenção de apoio e supervisão) do Plano de Qualificação.

## **ENCAMINHAMENTOS:**

- I. Definição política no Ministério da Saúde de continuidade do Plano em 2011. Necessidade de se criar estratégias para a inclusão dos hospitais universitários do país e das faculdades da área de saúde, neste Plano. Avaliar a possibilidade de Termo de Ajuste para a implementação das práticas baseadas em evidências científicas em obstetrícia e neonatologia para assegurar a formação adequada dos profissionais;
- II. Previsão de realização no primeiro semestre de 2011 de Oficina sobre Boas Práticas na Obstetrícia e Neonatologia com as equipes dos centros matricia-dores, com o objetivo de avançar na uniformidade conceitual e metodológica das diretrizes do Plano de Qualificação;
- III. Previsão de realização no primeiro semestre de 2011 de oficina de formação sobre Gestão do Cuidado para “profissionais horizontais” (diaristas) das UTI-UCI neonatais;

- IV. Realização de curso na modalidade intervenção para profissionais das UTIs neonatais, a partir das informações produzidas pela Rede Nacional de Informação sobre UTIs Neonatais;
- V. Realização de convênios com recursos da Área Técnica de Saúde da Mulher para a viabilização do Plano em 2011, garantindo a manutenção da dinâmica de apoio e supervisão;
- VI. Necessidade de construção de documento técnico sobre as evidências científicas para implementação do modelo de humanização do parto e nascimento (práticas baseadas em evidências científicas) no país;
- VII. Necessidade de subsídio técnico de planejamento para o estabelecimento de redes perinatais regionalizadas e hierarquizadas nos territórios, a partir das necessidades da população, promovendo acesso, integralidade e resolutividade do cuidado e equidade.

#### **EXECUÇÃO FINANCEIRA: 2009/2010 (26 maternidades).**

Fase 1: 26 maternidades R\$2.500.000,00 – Saúde da Criança.

Fase 2: R\$500.000,00 – Saúde da Mulher.

Este projeto será detalhado no capítulo 6 – Plano de Qualificação da Atenção Obstétrica e Neonatal nas maternidades prioritárias do PRMI.

#### **Ação 10.1. Incentivo financeiro para a adequação da ambiência de estabelecimentos de saúde para o parto e o nascimento humanizados**

Os padrões de funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal no que se referem à infraestrutura física e a processos operacionais assistenciais, incluindo a ambiência para o parto e o nascimento humanizados, estão estabelecidos na Resolução RDC nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). (ANEXO R).

As recomendações da RDC nº 36 sobre a ambiência para o parto e o nascimento humanizados basearam-se, entre outros, nas evidências contidas no Guia “Maternidade Segura. Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático” da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicado em 1996. Nele, estão classificadas como “práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas:”

- O respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto;
- O respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;
- Métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto;
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto;
- Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto e parto;
- Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto.

A maior parte dos projetos aprovados focou em adaptações no ambiente das maternidades para implementar as práticas mencionadas acima, como se pode observar no quadro 1.



**META:** Repassar o incentivo financeiro previsto na Portaria MS/GM nº 3.136/2008 aos 17 estados do NE e da AL para os mesmos auxiliarem maternidades de referência a se adequarem aos requisitos de ambiência e humanização do parto e do nascimento, de acordo com a RDC nº 36/2008 da Anvisa, até o final de 2010.

**SITUAÇÃO ATUAL:** O prazo para os estados enviarem propostas encerrou em outubro/2009. Todos os 17 estados do NE e da AL enviaram uma proposta:

Recurso liberado: AC, AL, AM, BA, CE, MA, MT, PA, PB, PE, PI, RN, RO, RR e TO.

Propostas não encaminhadas para pagamento por estarem incompletas: AP e SE.

**Quadro 1** - Detalhamento das propostas de ambiência aprovadas, por estado

UF	MUNICÍPIO	UNIDADE PROPONENTE	PROJETO	OBJETIVO ESPECÍFICO	(R\$) VALOR REPASSADO
AC	RIO BRANCO	MATERNIDADE E CLÍNICAS DE MULHERES HELIODORA	EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE	Adequação para ações na humanização do parto e nascimento com acompanhamento adequado no parto	18.304,24
AL	MACEIÓ	MATERNIDADE ESCOLA SANTA MÔNICA	EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE E CONSUMO	Ambiência para acomodação de acompanhantes na maternidade	78.677,50
AM	MANAUS	MATERNIDADE ANA BRAGA	EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE	Aquisição para ações na humanização do parto e nascimento	73.705,22
AP	MACAPÁ	HOSPITAL MATERNIDADE MÃE LUZIA	EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE	Incompleto	21.282,72
BA	SALVADOR	MATERNIDADE TSYLLA BALBINO	EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE	Aquisição para ações na humanização do parto e nascimento e Método Canguru	224.478,66
CE	BATURITÉ	HOSPITAL MATERNO JOSÉ PINTO DO CARMO	REFORMA	Ambiência para parto humanizado e acomodação de acompanhantes na maternidade	54.601,44
	CRATEÚS	HOSPITAL MATERNO SÃO LUCAS	EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE	Aquisição para ações na humanização do parto e nascimento com acompanhamento adequado no parto	54.601,43
	JUAZEIRO DO NORTE	HOSPITAL MUNICIPAL SÃO LUCAS	REFORMA	Ambiência para parto humanizado e acomodação de acompanhantes na maternidade	54.601,43
MA	SÃO LUÍS	MATERNIDADE BENEDITO LEITE	MATERIAL PERMANENTE E ADAPTAÇÃO	Aquisição para ações na humanização do parto e nascimento e material de divulgação aos profissionais e usuárias sobre o preparo para o parto normal	108.240,56

continua



continuação

UF	MUNICÍPIO	UNIDADE PROPONENTE	PROJETO	OBJETIVO ESPECÍFICO	(R\$) VALOR REPASSADO
MT	CÁCERES	HOSPITAL SÃO LUIZ	MATERIAL PERMANENTE	Aquisição para ações na humanização do parto e nascimento	28.812,34
PA	BELÉM	HOSPITAL GASPAR VIANNA	REFORMA E ADAPTAÇÃO DA CLÍNICA E CENTRO OBSTÉTRICO	Adequação para ações na humanização do parto e nascimento	128.709,48
PB	JOÃO PESSOA	INSTITUTO CÂNDIDA VARGAS	REFORMA, EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE	Projeto Bebê Canguru	62.348,74
PE	RECIFE	HOSPITAL BARÃO DE LUCENA	REFORMA DAS ENFERMARIAS	Adequação para ações na humanização do parto e nascimento	144.356,69
PI	PARNAÍBA	HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCO VERDE	AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS E REFORMA	Aquisição para ações na humanização do parto e nascimento	55.527,12
RN	NATAL	HOPITAL JOSÉ PEDRO BEZERRA	ADAPTAÇÃO E MATERIAL PERMANENTE	Aquisição para ações na humanização do parto e nascimento	51.411,37
RO	PORTO VELHO	MATERNIDADE MUNICIPAL MÃE ESPERANÇA	EQUIPAMENTO, MATERIAL PERMANENTE E CONSUMO	Aquisição para ações na humanização do parto e nascimento e material de divulgação aos profissionais e usuárias sobre o preparo para o parto normal	15.995,10
RR	BOA VISTA	HOSPITAL MATERNO INFANTIL NOSSA SENHORA DE NAZARETH	ADEQUAÇÃO, EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE	Aquisição para ações na humanização do parto e nascimento e Método Canguru	10.017,79
SE	ARACAJU	MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE LOURDES	REFORMA E ADAPTAÇÃO	Incompleto	56.845,47
TO	PALMAS	HOSPITAL MATERNIDADE DONA REGINA	EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE	Aquisição para ações na humanização do parto e nascimento	26.783,96
<b>TOTAL: 1.269.301,62</b>					

**NÓS CRÍTICOS:** Morosidade dos processos licitatórios, o que dificultou a execução dos recursos financeiros em estados e municípios. De acordo com a Portaria MS/GM nº 3.136/2008, os beneficiários tinham quatro meses para executar o projeto aprovado pela ATSM/DAPES/SAS, a contar da data de recebimento do recurso.

**ENCAMINHAMENTOS:** publicação de portaria no dia 11 de novembro de 2010 (Portaria MS/GM nº 3.441) com alteração do prazo de execução dos projetos para 720 dias da data de publicação da portaria.

**EXECUÇÃO FINANCEIRA:** Foram repassados para os estados: R\$ 1.269.301,62.

## Ação 10.2 Regulação dos leitos obstétricos e neonatais

Em 2006, o Ministério da Saúde realizou visitas técnicas em todos os estados para fomentar o desenvolvimento da Regulação por intermédio da implantação dos Complexos Reguladores e, para isso, cada estado elaborou um projeto.

Em 29 de junho de 2007, foi publicada a Portaria MS/GM nº 1.571, que estabeleceu incentivo financeiro para a implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores, baseada nos projetos que foram elaborados pelos estados.

O quadro abaixo lista todas as Unidades Federativas da Região Nordeste e Amazônia Legal que receberam recursos referente à Portaria MS/GM nº 1.571/2007.

**Tabela 10** - Distribuição financeira para investimento dos complexos reguladores – Região Nordeste e Amazônia Legal

	UF	População	Recursos Financeiros
1	AC	664.285	537.744
2	AL	3.025.073	947.527
3	AM	3.262.993	868.734
4	AP	600.158	487.744
5	BA	13.850.882	1.809.794
6	CE	8.128.868	1.509.507
7	MA	6.124.741	1.113.022
8	MT	2.817.441	924.428
9	PA	7.007.470	1.163.022
10	PB	3.603.092	1.020.626
11	PE	8.437.063	1.486.408
12	PI	3.014.639	1.020.626
13	RN	3.013.812	1.043.725
14	RO	1.541.931	657.041
15	RR	394.488	437.744
16	SE	1.976.479	878.230
17	TO	1.312.772	607.041

O Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC), por meio da Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação (CGRA) realiza o monitoramento do recurso referente à portaria supracitada. Além de transferir o recurso para os estados, esta Coordenação presta apoio técnico na implantação dos Complexos Reguladores.

Desde o fomento com investimento financeiro e a edição da Portaria da Política Nacional de Regulação<sup>4</sup> em 2008, a CGRA/DRAC tem apoiado tecnicamente e acompanhado o desenvol-

<sup>4</sup> Portaria MS/GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008.

vimento das ações de regulação aos estados e municípios; ações estas que incluem desde a atenção primária até a alta complexidade, observando o cuidado em rede.

Em virtude das diversidades regionais (contexto político, capacidade técnica gestora, etc.) identificamos várias realidades e diversos estágios diferenciados da regulação no Brasil. A atuação do Ministério da Saúde é, portanto, ainda condicionada a essas variáveis.

Em 2009, a CGRA/DRAC juntamente com outras áreas estratégicas do Ministério da Saúde, iniciou um trabalho convergente em busca da Redução da Mortalidade Materna e Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal.

Como meta para este Pacto, esta Coordenação intensificou o apoio desenvolvido a esses estados e municípios prioritários no fortalecimento das ações de regulação da atenção obstétrica e neonatal. Ações essas que são graduais e progressivas, e dependem de diversos aspectos já apontados anteriormente.

É importante ressaltar que existem diversos fatores intervenientes na ação finalística de se regular o leito ou até mesmo uma consulta.

Para que a regulação seja efetiva e resolutiva, vários instrumentos precisam ser implementados e alinhados como a contratação, protocolos, PPI, entre outros.

### **Ação 10.3. Garantir insumos (sulfato de magnésio, surfactante pulmonar, corticoide, nipedipina/hidralazina) para atenção obstétrica e neonatal**

#### **10.3.1 Sulfato de magnésio**

A eclâmpsia, definida como o surgimento de convulsão tônico-clônica em gestantes com pré-eclâmpsia (RUANO, 2004), é uma complicação obstétrica grave que constitui uma das principais causas de mortalidade materna em todo o mundo.

Historicamente, no início, a eclâmpsia foi tratada com a sangria materna, no intuito de eliminar a “toxina” presente na doença, e posteriormente com drogas anti-hipertensivas e anticonvulsivantes deixando, muitas vezes, o feto evoluir a óbito. Em seguida, com o aprofundamento dos conhecimentos fisiopatológicos referentes à má adaptação placentária, a interrupção da gravidez passou a ser o tratamento de escolha<sup>5</sup>.

O marco na prevenção e no tratamento das convulsões na eclâmpsia foi o uso do sulfato de magnésio ( $MgSO_4$ ), que provou ser mais eficiente que os anticonvulsivantes clássicos como a fenitoína e benzodiazepínicos, tanto na interrupção da crise convulsiva como na diminuição de suas recorrências. Um grande estudo mundial multicêntrico (“Magpie trial”) consolidou os benefícios do  $MgSO_4$  na eclâmpsia, além de demonstrar boa tolerância tanto materna como fetal (*The Magpie Trial Collaborative Group*)<sup>6</sup>.

No SUS, os municípios são responsáveis pelo financiamento dos medicamentos de uso interno das unidades de saúde, seja uma Unidade Básica de Saúde ou um hospital. O DAE/SAS do Ministério da Saúde financia alguns medicamentos, como os oncológicos, os de dispensação excepcional – para o tratamento de doenças específicas, que atingem um

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> Ibid.

número limitado de pacientes, como a Doença de Parkinson –, e os estratégicos, para o tratamento de endemias.

Uma investigação recente realizada pela Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPES/SAS com estabelecimentos de saúde de todo o país, mostrou que, na maior parte, o sulfato de magnésio está disponível. Desta forma, no contexto do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil na Região Nordeste e na Amazônia Legal, não foi considerada a compra centralizada do insumo.

No entanto, a ATSM/DAPES/SAS considera importante reforçar, para todos os profissionais de saúde, o esquema terapêutico do  $MgSO_4$  preconizado pelo Ministério da Saúde. O tema está incluído no curso ALSO, no “Manual da Gestação de Alto-Risco” e no cartaz “Avaliação e Manejo em Emergências Obstétricas – pr -eclâmpsia/eclâmpsia”, elaborados em 2010 com distribuição para o início de 2011.

**10.3.2 Surfactante pulmonar** – O surfactante é indicado nos casos de Doença da Membrana Hialina, especialmente para as crianças que nascem com peso abaixo de 1.250g (normalmente crianças até 30–32 semanas ao nascer). A medicação deve ser administrada em UTI Neonatal, do contrário seu uso não contribui para a redução da mortalidade neonatal. Levantamento realizado pela Rede Norte Nordeste de Saúde Perinatal constatou que não há falta de surfactante na maioria dos hospitais que possuem UTI Neonatal, e que, desde julho de 2007, sua utilização vem aumentando e, atualmente, ele tem sido utilizado em 71% dos casos de Doença da Membrana Hialina. Considerando o aumento de sua utilização e a necessidade de cadeia de frio adequada para seu transporte e armazenamento, a compra centralizada não parece ser o procedimento mais adequado. Sugere-se a compra descentralizada, além da capacitação das equipes das UTI Neonatais para a utilização do surfactante em tempo oportuno, quando indicado.

**10.3.3 Corticoide** – A administração de corticoide para a gestante, pode prevenir e modificar a evolução da síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido (SDR), aperfeiçoar os efeitos da terapêutica com o surfactante após o nascimento, e reduzir a incidência de hemorragia peri-intraventricular. Seu uso é indicado em gestantes entre 24 e 34 semanas de gestação com risco de parto prematuro, mesmo que o parto venha a ocorrer antes de 24 horas após sua administração. Sua administração reduz a mortalidade neonatal entre prematuros em pelo menos 31%. Relatório da Rede Norte Nordeste de Saúde Perinatal informa que 41% das gestantes recebe corticoide antenatal.

## 5.2 EIXO II – Educação na Saúde

### Ação 1. Qualificação dos profissionais das ESF e dos Nasf

#### METAS:

- **Curso de Aperfeiçoamento para Agentes Comunitários de Saúde**
  - » *Nordeste*: PI (3.874), CE (4.490), RN (1.753), PB (2.497), PE (3.330), AL (2.150), SE (1.771), BA (8.960).
  - » *Amazônia Legal*: RO (45), AC (650), AM (3.124), RR (90), PA (4.659), AP (800), TO (1.468), MT (1.996), MA (7.021).

- **Curso de Aperfeiçoamento para Auxiliares e Técnicos de Enfermagem em Atenção Básica**
  - » *Nordeste*: PI (474), CE (1.153), RN (277), PB (510), PE (810), AL (563), SE (410), BA (892)
  - » *Amazônia Legal*: RO (19), AC (100), AM (528), RR (56), PA (336), AP (330), TO (194), MT (802), MA (986).
- **Curso de Especialização em Saúde da Família – EAD**
  - » *Nordeste*: CE (1.000), BA (3500).
  - » *Amazônia Legal*: MA (1.000).

## AVANÇOS:

### 2009

- I. Elaboração das matrizes curriculares dos cursos de qualificação.
- II. Construção do Plano Sequenciado de Atividades.
- III. Elaboração e envio de CD com referências bibliográficas.
- IV. Licitação para contratação de instrutores para os cursos.
- V. Elaboração dos Planos de Educação Permanente priorizando as ações do EIXO II – Educação na Saúde.
- VI. Repactuação do recurso financeiro da Educação Permanente.
- VII. Início da execução dos cursos para ACS.
- VIII. Elaboração de dois módulos do curso de Saúde da Família para médicos e enfermeiros a ser viabilizado pela UnaSUS-UFMG.

Capacitações realizadas:

### Nordeste

- CE – Especialização em Enfermagem Obstétrica e Neonatal – início jul/2009 com 156 enfermeiros da ESF.
- PB – 220 técnicos de enfermagem da ESF iniciaram em out/2009 a capacitação em Atenção Primária em Saúde.
- PE – 32 auxiliares e técnicos de enfermagem – início do curso dez/2009 para maternidade – 180 horas.
- SE – 38 ACS iniciaram em nov/2009.

### Amazônia Legal:

- AC - 170 ACS capacitados – 60 horas.

**2010**

Capacitações realizadas:

**Nordeste**

- PI – Está em articulação.
- CE – 300 auxiliares e técnicos em enfermagem das maternidades iniciaram capacitação – Curso de Especialização em Saúde da Família EAD – 1.000 vagas (nível superior) – Data de início 18 de agosto de 2010.
- RN – 1.232 ACS já capacitados.
- PB – Início das turmas de ACS de jan-abril/2010 com 2.497 alunos, e APS de janeiro a maio com 510 alunos (nível médio).
- PE – Está sendo programado em articulação com a SES.
- AL – Previsão para o início dos cursos de ACS a partir de abr/2010 com 2.150 alunos e APS a partir de março com 563 alunos (nível médio).
- SE – Início das turmas de ACS de fev-mai/2010 com 1.950 alunos, e APS de fev-out/2010 com 410 alunos (nível médio).
- BA – Início das turmas de ACS de mar-jul/2010 com 8.960 alunos, e APS com 892 alunos (nível médio). Curso de Especialização em Saúde da Família EAD – 3.500 vagas (nível superior).

**Amazônia Legal**

- RO – Não há programação.
- AC – 650 ACS concluíram o curso de aperfeiçoamento – 60 horas, aperfeiçoamento para auxiliares e técnicos em enfermagem já concluíram: 74 a atenção básica; 75 das maternidades e 75 das UTINs.
- AM – Início das turmas de ACS de fev-jun/2010 com 3.124 alunos, e APS com 528 alunos (nível médio).
- RR – Aguardando o credenciamento dos docentes.
- PA – Início das turmas de ACS em abr/2010 com 4.924 alunos, e APS com 343 alunos (nível médio).
- AP – 303 auxiliar e técnico de enfermagem das maternidades, UTI e atenção primária concluíram o aperfeiçoamento 180 horas. Início das turmas de ACS em mar/2010 com 800 alunos, e APS com 330 alunos (nível médio).
- TO – Início das turmas de ACS de março a jun/2010 com 1.468 alunos, e APS de mar-abr/2010 com 194 alunos (nível médio).
- MT – Início das turmas de ACS a partir de mai/2010 com 1.996 alunos, e APS com 100 alunos (nível médio).
- MA – Início das turmas de ACS de fev-mar/2010 com 7.021 alunos, e APS em mar/2010 com 986 alunos (nível médio). Curso de Especialização em saúde da

Família EAD – 1.000 vagas. Curso de especialização em saúde materno-infantil – 600 vagas (nível superior). A aula inaugural do curso será em 12 de novembro – ambos os cursos de especialização da UFMA.

### **SITUAÇÃO DA AÇÃO**

Os estados estão cumprindo as agendas enviadas a partir da conclusão das seguintes ações: licitação para compra de materiais, edital para contratação docente, capacitação pedagógica, articulação com os gestores para liberação dos profissionais dos serviços.

#### **NÓS CRÍTICOS:**

- Material Didático.
- Docentes para os cursos.
- Espaço Físico.
- Os estados encontram dificuldades para executar os recursos financeiros repassados fundo a fundo, da Política Nacional de Educação Permanente.

### **Ação 2. 1. Qualificação dos profissionais das Maternidades, UTI Neonatal e SAMU (DEGES)**

#### **METAS:**

- Qualificação de 29.689 profissionais de maternidades, UTI-Neo e SAMU até dezembro/2010.
- Curso de Aperfeiçoamento para Auxiliares e Técnicos de Enfermagem em Maternidade.
- *Nordeste*: PI (210), CE (1.240), RN (241), PB (851), PE (1097), AL (462), SE (403), BA (4.351).
- *Amazônia Legal*: RO (11), AC (100), AM (1.232), RR (300), PA (336), AP (100), TO (182), MT (399), MA (1.142).
- Curso de Aperfeiçoamento para Auxiliares e Técnicos de Enfermagem em UTI.
- *Nordeste*: PI (0), CE (161), RN (90), PB (203), PE (238), AL (216), SE (162), BA (130).
- *Amazônia Legal*: RO (21), AC (100), AM (352), RR (67), PA (112), AP (50), TO (198), MT (285), MA (224).
- Curso de Especialização em Saúde Materno-Infantil: MA (600).

#### **AVANÇOS:**

##### **2009**

- Elaboração das matrizes curriculares.
- Construção do Plano Sequenciado de Atividades.
- Elaboração e envio de CD com referências bibliográficas.
- Licitação para contratação de instrutores para os cursos.
- Elaboração dos Planos de Educação Permanente priorizando as ações do EIXO II – Educação na Saúde.



- Repactuação do recurso financeiro da Educação Permanente, repassado fundo a fundo, do FNS para estados e municípios.
- Início da execução dos cursos para ACS.
- Início dos Ciclos de Debates para as Maternidades, UCI e UTI-Neo.
- Curso “Suporte Básico e Avançado” para as equipes do SAMU dos estados do Pará e Alagoas.

### **Nível Superior**

- Ciclos de Debates Temáticos:
  - 1º Ciclo: Uso de Terapias Medicamentosas na Gestação de Risco, Pré-Parto e no Parto – nov/2009.
  - 2º Ciclo: Identificação de risco   gestante no Pré-Parto e Sala de Parto – Nov/2009.
  - 3º Ciclo: Recepção do Recém-Nato – Dez/2009.
- Portaria Interministerial MS/MEC n  1.001/2009, que instituiu o Programa Nacional de Apoio   Formação de Médicos Especialistas em áreas Estratégicas para o SUS (PR -RESIDÊNCIA).

### **2010**

## **QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS MATERNIDADES – NÍVEL MÉDIO**

### **Nordeste**

- PI – 150 alunos a capacitar.
- CE – 300 alunos em turmas.
- RN – 241 alunos em turmas.
- PB – 60 alunos em turmas.
- PE – 485 alunos em turmas.
- AL – Aguardando liberação de recursos.
- SE – 72 alunos já concl  ram o curso e 609 iniciando até nov/2010.
- BA – 364 em capacitação e 900 alunos a capacitar.

### **Amazônia Legal**

- RO – Não há programação.
- AC – 40 alunos em turmas e 35 a capacitar.
- AM – 616 já concl  ram o curso, 120 estão em turmas e a capacitar 664.
- RR – Aguardando o credenciamento dos docentes.
- PA – 42 em turmas e 258 a capacitar.
- AP – 98 alunos em turmas.
- TO – 112 alunos a capacitar.
- MT – 399 aguardando formação de turmas.
- MA – Aguardando liberação de recurso financeiro.

## **QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS UTI-NEO – NÍVEL MÉDIO**

### **Nordeste**

- PI – 67 alunos já capacitados e 84 a capacitar.
- CE – 90 em turmas e 273 a capacitar.
- RN – 90 a capacitar.
- PB – Está sendo planejado.
- PE – Está sendo planejado.
- AL – Aguardando liberação de recursos.
- SE – 169 a capacitar.
- BA – 20 alunos em turma e 110 a capacitar.

### **Amazônia Legal**

- RO – Não há programação.
- AC – 40 alunos em turmas e 35 a capacitar.
- AM – Início das turmas de fev-jun/2010 com 352 alunos. 50 alunos em turmas e 350 a capacitar.
- RR – Não há programação.
- PA – Não há programação.
- AP – Não há programação.
- TO – 163 alunos a capacitar.
- MT – 17 alunos formados, 15 em turma e 253 a capacitar.
- MA – Aguardando liberação de recurso financeiro.

### **NÓS CRÍTICOS:**

- Articulação com gestores e gerentes de unidades de serviço.
- Morosidade na produção de material didático, a partir dos parâmetros produzidos pelo Ministério da Saúde (DEGES) e equipe, e enviados às ETSUS.
- Docentes para os cursos.
- Espaço físico.
- Os estados encontram dificuldades para executar o recurso financeiro repassado fundo a fundo, da Política Nacional de Educação Permanente.

### **SITUAÇÃO DA AÇÃO:**

Os estados estão cumprindo as agendas enviadas a partir da conclusão das seguintes ações:

- Licitação para compra de materiais.
- Edital para contratação docente.

- Capacitação pedagógica;
- Articulação com os gestores para liberação dos profissionais dos serviços;
- Alguns estados alteraram a previsão de início dos cursos em decorrência do período eleitoral.

## **ENCAMINHAMENTOS:**

### Nível Superior

- I. Cursos de Aperfeiçoamento (120 horas semipresencial):
  - Atenção ao Parto-Maternidades, sendo elaborado pela USP-Ribeirão Preto;
  - Atenção em Terapia Intensiva Neonatologia – elaboração negociada com a FM-Unicamp;
  - Gestão Hospitalar para Maternidades – parceria Rede Norte e Nordeste de Saúde Perinatal UFCE e SGTES para 25 maternidades – 125 alunos, diretores e gerentes de Centros Obstétricos e UTI-Neonatal.

## **Ação 12.2. ALSO**

O curso Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia (ALSO), destinado a médicos e enfermeiros que trabalham diretamente na assistência ao parto, oferece treinamento e padronização de condutas no atendimento de urgências e emergências obstétricas, aumentando a segurança e a qualidade dos procedimentos realizados e, em consequência, os indicadores de morbimortalidade materna e neonatal.

É importante lembrar que entre as principais causas do óbito infantil, destacam-se a atenção ao recém-nascido (31,5%), à mulher na gestação (13,2%), e à mulher no parto (10,8%).

O curso, baseado nas mais recentes evidências científicas, qualifica os profissionais de saúde em protocolos internacionalmente estabelecidos e promove a normatização de técnicas.

Os professores e instrutores do ALSO são médicos especialistas em obstetrícia e ginecologia com título de especialista em ginecologia e obstetrícia (Tego), reconhecido pela Febrasgo, aprovados pelo ALSO Brasil, após participação em curso de instrutores e avaliação prática em cursos de provedores.

O curso é mantido pela Academia Americana de Médicos de Família (AAFP na sigla em inglês), com apoio do Colegiado Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG na sigla em inglês).

### **META:**

- 2009: 329 vagas para profissionais do NE e da AL.
- 2010: 300 vagas para profissionais do NE e da AL.

### **SITUAÇÃO ATUAL:**

- **2009:** 324 profissionais qualificados. Destes, 20 profissionais de saúde também realizaram o curso de instrutores do ALSO.

- **2010:** 300 profissionais qualificados até o final do ano. Em setembro de 2010, já haviam sido qualificados 70 profissionais, em dois cursos realizados em Rio Branco/AC e em Manaus/AM, respectivamente. Programados mais seis cursos para 230 profissionais de saúde do NE e da AL até dezembro de 2010.

**NÓS CRÍTICOS:** Definição de uma metodologia de ensino para os profissionais de saúde qualificados no ALSO, repassar os conhecimentos e as práticas adquiridas aos demais médicos e enfermeiros dos estabelecimentos de saúde.

**ENCAMINHAMENTOS:** Elaboração de uma metodologia de ensino para os profissionais de saúde, em parceria com o Hospital Santa Marcelina/SP. A mesma deverá ser implementada nas unidades no ano de 2011.

**EXECUÇÃO FINANCEIRA:** R\$ 2.427.360,00.

### Ação 12.3. Qualificação das Parteiras Tradicionais

A qualificação de parteiras tradicionais insere-se entre as estratégias do Ministério da Saúde para a redução da morbimortalidade materna e neonatal. De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PAND, 2006), os partos assistidos por parteiras tradicionais nas regiões Norte e Nordeste representam, respectivamente, 5,8% e 3,6% dos nascidos vivos. Dados preliminares de 2008 (Sinasc) mostram que 30.959 partos ocorreram em domicílio, dos quais 16.432 na Região Norte e 10.536 na Região Nordeste. O principal objetivo desta ação é assegurar a qualidade e a segurança do parto e do nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais. Além disso, busca sensibilizar gestores e profissionais de saúde para que reconheçam as parteiras tradicionais como parceiras na atenção à saúde da comunidade e desenvolvam ações para valorizar, apoiar, qualificar e articular o seu trabalho ao Sistema Único de Saúde.

A estratégia foi definida a partir das evidências contidas no Guia “Maternidade Segura. Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático” da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicado em 1996. Nele, está classificado como “práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas”, como o fornecimento de assistência obstétrica, no nível mais periférico, onde o parto for viável e seguro e no local em que a mulher se sentir segura e confiante, além do respeito à escolha da mãe sobre o local do parto. O guia menciona, ainda, que “no caso de uma gestante de baixo risco, este local pode ser a sua casa, uma maternidade ou centro de parto de pequeno porte numa cidade, ou talvez a maternidade de um hospital de maior porte. Entretanto, deve ser um local onde toda a atenção e cuidados estejam concentrados em suas necessidades e segurança, o mais perto possível de sua casa e de sua própria cultura. Se o parto ocorrer no domicílio ou num centro de parto periférico pequeno, as providências pré-natais devem incluir planos de contingência para acesso a um centro de referência com uma equipe adequada”.

Por este motivo, um dos focos das qualificações promovidas pela ATSM/DAPES/SAS, em parceria com a ONG Curumim, é a aproximação e a articulação do trabalho desenvolvido pelas parteiras tradicionais às ações e aos serviços das Secretarias Municipais de Saúde.

No programa educativo da qualificação de parteiras tradicionais, também são estimuladas diversas práticas classificadas com evidências do “tipo A”, como o uso de materiais descartáveis, a descontaminação adequada de materiais reutilizáveis e o estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto e o parto, entre outras.

**META:** Executar os convênios para a qualificação de parteiras tradicionais do NE e da AL, até dezembro de 2010.

### **SITUAÇÃO ATUAL:**

#### **2009**

- AM – 14 parteiras e 23 profissionais (Manaus, 2009, Grupo Curumim).
- PA – 14 parteiras e 30 profissionais (Breves, 2009, Grupo Curumim).
- PA – 22 parteiras e 11 profissionais (Baião, 2009, Grupo Curumim).
- BA – 45 parteiras (Chapada Diamantina, 2009, Uneb).
- Formação de 26 instrutores para capacitação das parteiras em reanimação neonatal na Região Norte (AP, AM, AC, PA, RO, RR, TO) – ATSC.

#### **2010**

- PA – 12 parteiras e 19 profissionais (Belém, 2010, Grupo Curumim).
- RR – 24 parteiras e 34 profissionais (Boa Vista, 2010, Grupo Curumim).
- PB – 21 parteiras e 6 profissionais (Guarabira, 2010, Grupo Curumim).
- Realização de Encontro Nacional sobre a atuação de Parteiras Tradicionais, em Brasília, em agosto/2010 (Convênio Grupo Curumim)
- Propostas recebidas pelo Siconv: AM, PA, PB, PI e TO.
- Capacitação de 107 parteiras em reanimação neonatal na Região Norte (AP, AM, AC, RR) – ATSC.
- Capacitação de 31 facilitadores em reanimação neonatal (AC, AM, BA, PA, MA, MG, TO) para qualificação de parteiras tradicionais para assistência ao parto domiciliar e ao recém-nascido – ATSC.

### **NÓS CRÍTICOS:**

- Ausência de diretrizes publicadas pelo MS para atenção ao parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais atualizadas (a última publicação ocorreu em 1994). Esse “vazio” prejudica a continuidade e a sistematicidade de ações nos estados e municípios para que os partos domiciliares assistidos por parteiras tradicionais ocorram de forma segura.
- Ausência de financiamento específico para reposição dos materiais descartáveis dos *kits* das parteiras tradicionais.
- Ausência de informações precisas sobre o número de parteiras tradicionais atuantes nos estados e municípios.

### **ENCAMINHAMENTOS/PROPOSTAS DE CONSTRUÇÃO:**

- As diretrizes estão sendo atualizadas, em parceria com a ATSC e o DAB.
- Mapeamento das parteiras tradicionais atuantes em cada estado.

**EXECUÇÃO FINANCEIRA:** R\$ 1.353.287,00.

### **Ação 13. Qualificação dos profissionais da área de Informações e Vigilância em Saúde**

O Curso de Educação a Distância para profissionais de saúde da vigilância epidemiológica dos municípios e integrantes de Comitês de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal visa apoiar os esforços da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde para melhorar o registro dos óbitos e implementar o fluxo da vigilância epidemiológica das mortes materna, infantil e fetal em todo o país, além de fortalecer os Comitês de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal.

**META:** Qualificar 3.500 profissionais, 70% dos quais dos estados do NE e da AL, até o final de 2011 (2.450 profissionais qualificados no NE e AL).

**SITUAÇÃO ATUAL:** O Curso de Educação a Distância está sendo elaborado em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública e a Fiocruz, entre outros parceiros, como a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno e a Secretaria de Vigilância em Saúde/DASIS/CGIAE.

**NÓS CRÍTICOS:** Necessidade de adequação do projeto original, a partir das mudanças instituídas pela Portaria MS/GM nº 1.119/2008, que regulamenta a vigilância do óbito materno, e pela Portaria MS/GM nº 72/2010, que estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o SUS, o que acarretou um atraso no cronograma de execução.

**ENCAMINHAMENTOS/PROPOSTAS DE CONSTRUÇÃO:** As qualificações devem ser realizadas no segundo semestre de 2011.

**EXECUÇÃO FINANCEIRA:** R\$ 4.500.000,00 para qualificação de profissionais do NE e da AL.

### **Ação 14. Estruturação do Telessaúde (DEGES)**

#### **METAS:**

1.230 pontos

#### **AVANÇOS:**

- 11 dos 14 estados do PACTO-RMI, que não tinham ponto do Telessaúde, já receberam a visita da equipe técnica do DEGES/SGTES/MS: RN, PI, AL, MA, PB, TO, MT, RR, RO, AC, PA.
- Os equipamentos adquiridos pelo Ministério da Saúde para implantação dos pontos já estão sendo entregues nos estados.

#### **ENCAMINHAMENTOS:**

- Agilizar a readequação dos projetos e encaminhamento para financiamento.
- Articular com estados e municípios para agilizar a conectividade (contrapartida do estado).

#### **SITUAÇÃO DA AÇÃO:**

- Dos estados visitados somente o RN não enviou projeto para instalação do ponto. O restante está em fase de readequação dos projetos para aprovação.

- Compra de equipamentos para a implantação de novos pontos de Telessaúde (ainda em distribuição): R\$ 17,4 milhões, que beneficiam 256 municípios prioritários para o Pacto.

### 5.3 EIXO III – Gestão da Informação

#### **Ação 15. Estratégias para o aumento da cobertura e qualidade do SIM e Sinasc objetivando o cálculo direto da TMI**

Oportunidade, atualidade, disponibilidade e cobertura são parâmetros de qualidade importantes para que os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) cumpram a missão de subsidiar gestores na tomada de decisões de políticas públicas mais adequadas do setor Saúde.

Entre os SIS mais utilizados no Brasil, se destacam os Sistemas de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc) e sobre Mortalidade (SIM). Desde sua implantação, esses sistemas vêm aprimorando a qualidade de informação através de diversas estratégias que garantem maior cobertura, melhora do preenchimento das variáveis e a redução de notificações de óbitos com causas mal definidas, que, atualmente, se encontram em patamares internacionais. Entretanto, a análise da cobertura desagregada territorialmente mostra a existência e manutenção de desigualdades regionais importantes, fazendo da busca pela superação deste quadro um dos maiores desafios na gestão dos sistemas, e que demandam esforços ressoáveis pelos atores de todos os níveis de gestão do SUS.

Portanto, faz-se necessário a melhora da qualidade da informação nos estados da Região Nordeste e da Amazônia Legal, para assim garantir maiores e melhores subsídios para a tomada das mais adequadas políticas públicas para todos os estados do Pacto de Redução da Mortalidade Infantil.

#### **METAS:**

- - Fator de correção calculado para as 17 UF.
- - Ampliação das coberturas do SIM e Sinasc a  $> 90$ .
- - Redução das causas mal definidas  $< 10\%$ .

#### **AVANÇOS:**

Avanços das coberturas do SIM, Sinasc e percentual dos óbitos por causas mal definidas – 2008:

##### **Cobertura (%) do SIM**

- *Nordeste:* PI (75), CE (80), RN (75), PB (79), PE (84), AL (71), SE (85), BA (79).
- *Amazônia Legal:* RO (75), AC (85), AM (84), RR (63), PA (86), AP (61), TO (78), MT (92), MA (61).

##### **Cobertura (%) do Sinasc**

- *Nordeste:* PI (79), CE (87), RN (86), PB (89), PE (95), AL (75), SE (86), BA (78).
- *Amazônia Legal:* RO (86), AC (111), AM (107), RR (73), PA (109), AP (81), TO (99), MT (95), MA (95).



**Percentual (%) das Causas Mal Definidas**

- *Nordeste*: PI (3), CE (5), RN (3), PB (8), PE (5), AL (7), SE (7), BA (15).
- *Amazônia Legal*: RO (8), AC (12), AM (16), RR (3), PA (14), AP (14), TO (4), MT (3), MA (7).

**SITUAÇÃO DA AÇÃO:**

- Foi desenvolvida a pesquisa de “Busca ativa de óbitos e nascimentos” em 136 municípios dos estados da Região Nordeste e da Amazônia Legal, para propor Fatores de Correção que permitirão corrigir o número de óbitos e nascimentos nos estados e municípios de maior porte populacional e macrorregiões. Atualmente, a pesquisa se encontra em fase de fechamento das análises.
- Está-se institucionalizando a busca direcionada de óbitos fetais, infantis e maternos em todos os estados, especialmente nos municípios prioritários.
- Implantação da Declaração de Óbito (DO) e Declaração de Nascido Vivo (DN) epidemiológicas.
- Aprimoramento dos SIS: implantação do novo *software*, Sinasc, *on-line*.
- Novos modelos de DO e DN.
- Aprimoramento do *software* Seletor de Causa Básica de mortalidade (SCB).

**ENCAMINHAMENTOS:**

Continuação dos trabalhos de busca direcionada dos óbitos fetais, infantis e maternos em todos os estados.

**5.4 EIXO IV – Vigilância do Óbito Infantil****Ação 16. Estratégias para implantação da vigilância dos óbitos infantis, fetais e maternos**

A vigilância de óbitos compreende o conhecimento dos determinantes dos óbitos maternos, infantis, fetais e com causa mal definida e a proposição de medidas de prevenção e controle.

Para incorporar o uso da informação na adoção de medidas de prevenção dos óbitos evitáveis, por meio da melhoria da assistência, as ações de vigilância (identificar, investigar, analisar e monitorar os óbitos) devem ser implementadas.

**META:**

Investigação do óbito infantil, fetal e materno em todos os municípios prioritários.

**AVANÇOS:**

Em 2009, o percentual (%) de municípios prioritários investigados foi:

**Óbitos infantis e fetais**

- *Nordeste*: PI (79), CE (100), RN (78), PB (71), PE (85), AL (100), SE (100), BA (67).

- *Amazônia Legal*: RO (50), AC (75), AM (67), RR (\*), PA (73), AP (\*), TO (92), MT (100), MA (71).
- Sem dados disponíveis.

### **Óbitos de Mulheres em idade fértil (MIF)**

- *Nordeste*: PI (88), CE (100), RN (100), PB (90), PE (100), AL (100), SE (100), BA (76).
- *Amazônia Legal*: RO (100), AC (100), AM (67), RR (100), PA (80), AP (50), TO (100), MT (100), MA (66).

### **SITUAÇÃO DA AÇÃO:**

- SES e SMS com diferentes graus de estruturação das áreas de vigilância.
- Foram elaborados e impressos os instrumentos de coleta, manuais de preenchimento dos instrumentos de coleta e guias de vigilância do óbito.
- Publicação da Portaria MS/GM nº 72, de 11 de janeiro de 2010, que regula a vigilância do óbito fetal e infantil, e que estabelece prazos para o envio da informação.
- Todas as áreas de vigilância das SES foram capacitadas. Atualmente estão em fase de monitoramento.
- Implantação do módulo *on-line* da vigilância do óbito materno e infantil: o óbito será considerado investigado somente se a ficha síntese da investigação for registrada no módulo.
- Foram realizadas reuniões de monitoramento com os 17 estados da Região Nordeste e da Amazônia Legal nos meses de maio e novembro de 2010.
- Painéis de monitoramento dos óbitos infantis, fetais e maternos.  
(<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>)  
(<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>).

## **5.5 EIXO V – Fortalecimento do Controle Social, Mobilização Social e Comunicação**

### **META A**

Material com a temática da redução da mortalidade infantil a ser disponibilizado para os processos de formação dos conselheiros de Saúde.

**AVANÇOS:** Material produzido.

**SITUAÇÃO DA AÇÃO:** Material em fase de impressão.

### **ENCAMINHAMENTOS:**

- Disponibilizar o material em meio eletrônico e em papel;
- Orientar os estados para a reprodução local do material e utilização do mesmo no curso de capacitação de conselheiros de saúde.

**META B**

DIA D do Controle Social para a ampliação da consciência sanitária para o Combate à Mortalidade Infantil.

**AVANÇOS:** Qualificar os 17 apoiadores dos estados e equipe técnica da SGEP, para desenvolver trabalho de cooperação junto aos estados.

**SITUAÇÃO DA AÇÃO:** Agenda dos Conselhos Nacional, Municipais e Estaduais para a realização do processo de Mobilização.

**ENCAMINHAMENTO:**

- Incluir este tema na pauta do Conselho Nacional de Saúde em 2011, para garantir apoio em torno da mobilização nos 17 estados.
- Disponibilizar o material de divulgação do DIA D (cartazes e pôsteres)
- Promover reunião com o Conass e Conasems e incluir tema na pauta de reuniões da CIT, em 2011, para articular agenda comum.

**META C**

- Implantação do Sistema informatizado – Ouvidor SUS nível 1 – em 50% dos estados e capitais da Região Nordeste e da Amazônia Legal.
- Adesão de 100% dos municípios prioritários, exceto as capitais, ao sistema Informatizado Ouvidor SUS nível 2.

**AVANÇOS :**

Situação do Sistema Informatizado Ouvidor SUS nível 1

Implantados:

	Estados	Capitais
<i>Nordeste:</i>	(7): AL, BA, PB, PE, PI, RN, SE	(8): Maceió, Salvador, Fortaleza, João Pessoa, Recife, Teresina, Natal, Aracaju
<i>Amazônia Legal:</i>	(8): RR, AP, RO, AM, PA, MA, MT, TO	(6): Boa Vista, Rio Branco, Manaus, Belém, São Luís, Palmas

Em fase de implantação:

	Estados	Capitais
<i>Nordeste:</i>	CE	
<i>Amazônia Legal:</i>	AM	

Sistema Informatizado Ouvidor SUS Nível 2

- Acessam o nível 2 do Sistema Informatizado Ouvidor SUS 230 municípios, 96,2% da meta estabelecida (230/239 – sem as capitais).

**SITUAÇÃO DA AÇÃO:**

- Não houve manifestação para a adesão ao Sistema Informatizado Ouvidor SUS nível 1:
- Estados (1): AC; sendo que o estado ainda não tem Ouvidoria implantada.

- Capitais (3): Cuiabá, Macapá, Porto Velho; sendo que em Cuiabá a secretaria de saúde não tem ouvidoria, existe uma ouvidoria no Conselho Municipal de Saúde. Macapá e Porto Velho não possuem ouvidoria implantada na secretaria municipal de saúde.

**A meta estabelecida de 50% de implantação para estados e capitais foi alcançada**, pois temos 14 estados com o Sistema Informatizado OuvidorSUS em seu nível 1 implantado – 82,3% de implantação, 2 estados em fase de implantação com a capacitação agendada para novembro – 16 a 19/11/2010 Ceará e 29/11 a 3/12/2010 no Amazonas. O Estado do Acre realizará nos dias 17 e 18 de novembro o Seminário Estadual para discutir a implantação da ouvidoria com o Sistema Informatizado em seu nível 1. No que tange às capitais também alcançamos um índice de 82,3% de implantação, porém não há adesão e previsão de implantação do Sistema Informatizado OuvidorSUS em seu nível 1 em Cuiabá, Macapá e Porto Velho.

- Os municípios que não acessam ao Sistema Informatizado OuvidorSUS nível 2 estão distribuídos da seguinte forma: 9 municípios pertencem à Região Nordeste e 5 à Amazônia Legal. Nessa meta não estão incluídas as capitais, assim, são 233 municípios para cumprir o estabelecido, dos quais 219 estão cadastrados, ou seja, 93,9% da meta estabelecida.
- Temática da Mortalidade Infantil em todos os canais de comunicação disponíveis na ouvidoria:
  - O Banco e a mensagem eletrônica do Disque Saúde (Unidade de Resposta Audível – URA) estão em fase de conclusão.
  - A inclusão das informações sobre a MI no banco eletrônico do Disque Saúde, depende da articulação e da aprovação dos membros do GT. Contudo, por não obter uma posição das áreas envolvidas, o DOGES ainda não a incluiu na URA.
  - O Banco e a mensagem eletrônica do Disque Saúde serão encaminhados para validação. Por isso, ainda não está validado.

### **NÓS CRÍTICOS:**

- Sendo a implantação do Ouvidor SUS por adesão, é necessária uma decisão política local para a implantação do sistema.
- Não houve manifestação para a adesão ao Sistema Informatizado Ouvidor SUS nível I. Estados: AC; capitais: Cuiabá, Macapá e Porto Velho.

### **ENCAMINHAMENTOS:**

Adesão ao nível 1 do Sistema Informatizado OuvidorSUS:

- Visita técnica ao município de Cuiabá realizada em 24 de outubro. O DOGES aguarda posicionamento do gestor municipal, pois a ouvidoria está no Conselho Municipal de Saúde;
- Visita técnica ao município de Porto Velho agendada para 19 de novembro;
- Agendar visita técnica ao município de Macapá.

Adesão ao nível 2 do Sistema Informatizado OuvidorSUS:

#### **META D**

Temática da Mortalidade Infantil em todos os canais de comunicação disponíveis na ouvidoria.

**AVANÇOS:** O Banco e a mensagem eletrônica do Disque Saúde (Unidade de Resposta Audível – URA) estão em fase de conclusão.

**SITUAÇÃO DA AÇÃO:** A inclusão das informações sobre a MI no banco eletrônico do Disque Saúde, depende da articulação e da aprovação dos membros do GT. Contudo, por não obter uma posição das áreas envolvidas, o DOGES ainda não a incluiu na URA.

O conteúdo das mensagens não depende de ação do DOGES, depende das áreas técnicas do MS, envolvidas no Pacto de Redução da Mortalidade Infantil, para concluirmos esta ação.

**ENCAMINHAMENTOS:** Temática da Mortalidade Infantil em todos os canais de comunicação disponíveis na ouvidoria. O Banco e a mensagem eletrônica do Disque Saúde (URA) estão em fase de conclusão. A inclusão das informações sobre a MI no banco eletrônico do Disque Saúde, depende da articulação e da aprovação dos membros do GT. Contudo, por não obter uma posição das áreas envolvidas, o DOGES ainda não a incluiu na URA. O Banco e a mensagem eletrônica do Disque Saúde serão encaminhados para validação. Por isso, ainda não está validado.

#### **META E**

Disponibilização de ferramenta eletrônica de Apoio à construção do Relatório Anual de Gestão.

#### **AVANÇOS:**

- Realização de Oficina Nacional com o Conass, Conasems, técnicos e gestores estaduais e municipais e outras áreas do MS para discussão do protótipo desenvolvido.
- Realização da Oficina piloto com sete SES (AC, BA, MS, RJ, PR, RS, SC), capitais (Rio Branco, Salvador, Campo Grande, Rio de Janeiro e Curitiba) e nove municípios de médio e pequeno porte – municípios cujo secretário era o presidente do Cosems de cada UF participante do piloto – (Jordão, Nova Andradina, Areal, Terra Boa, Itapema, Maringá, São Bernardo do Campo, Diadema e Betim).
- Apresentação do Manual do Usuário e criação de fórum para a segunda fase do piloto, concluída em 8 de janeiro de 2010.

**SITUAÇÃO DA AÇÃO:** Lançamento da ferramenta, em 11 e 12 de março de 2010, com a participação de todos os estados, capitais e municípios que participaram do piloto, todos os Cosems, diversas áreas do Ministério da Saúde, incluindo os SEAUD/DIAUD, Conass, Conasems e Opas. Realização de oficinas estaduais para a implementação da mesma.

Os 17 estados da Região Nordeste e da Amazônia Legal têm acesso ao SARGSUS; dos 256 municípios prioritários para o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil, 128 já têm também acesso à ferramenta, possibilitando agilizar a construção dos seus Relatórios de Gestão Municipal.

Cinco estados do Nordeste e da Amazônia Legal têm o seu Relatório de Gestão Estadual aprovado no CES, são eles: Acre, Bahia, Ceará, Maranhão e Mato Grosso. 140 municípios prioritários têm também o seu Relatório de Gestão Municipal aprovado no CMS, sendo que 13 municípios o têm em apreciação.

40% dos municípios brasileiros estão cadastrados. Os 17 estados do NE e da AL estão cadastrados e 128 (50%) dos municípios prioritários já estão aptos a utilizar a ferramenta SARGSUS <http://189.28.128.97:8180/sargsus>.

### **ENCAMINHAMENTOS:**

Desenvolver ações para ampliar para 100% o percentual de municípios em condições de utilizar o SARGSUS.

Normatizar a utilização da ferramenta, por meio de portaria pactuada tripartite.

Organizar oficinas estaduais no intuito de ampliar o percentual de RAG aprovados: Brasil (72%), municípios prioritários (54%).

### **META F**

Verificar nas auditorias realizadas na Região Nordeste e na Amazônia Legal ações voltadas à redução da Mortalidade Infantil

**AVANÇOS:** Realizadas visitas técnicas em 8 dos 15 estados:

- *Nordeste (5):* CE, RN, PB, AL, SE.
- *Amazônia Legal (3):* AC, AM, RR.

**SITUAÇÃO DA AÇÃO:** No tocante ao DenaSUS, foi elaborado roteiro para auditoria quanto ao tema da RMMI. Tal roteiro foi testado no segundo semestre de 2009 em gestões estaduais e municipais (capitais) para os devidos ajustes.

- Realização de Auditorias de Gestão nos estados da AL e do NE.
- Visitas técnicas em 8 (CE,RN,PB,AL,SE,AC,AM e RR) dos 15 estados.

**ENCAMINHAMENTOS:** Estruturação de calendário com a programação das demais visitas e ampliação das ações para o conjunto de municípios prioritários.

Organização de Plano de Cooperação envolvendo as ações do DenaSUS junto às SMS\SES e respectivos conselhos de saúde.

## **5.6 EIXO VI – Produção de Conhecimento e Pesquisas**

**Pesquisa A: Condições de nascimento, de assistência ao parto e aos menores de um ano em uma amostra de municípios de médio e pequeno porte nas regiões Norte e Nordeste, e no Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais.**

**Coordenadora:** Maria do Carmo Leal

### **META:**

- Estudar uma amostra de 75 municípios da Região Nordeste, da Amazônia Legal e do Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais, para levantamento de informações sobre:

- Rede de assistência ao parto, perinatal e infantil da Secretaria Municipal de Saúde, por meio de entrevista pessoal a gestores de saúde dos municípios da amostra;
- Estrutura e processos de assistência ao parto, por meio de entrevista pessoal aos diretores dos estabelecimentos de saúde conveniados ao SUS que realizam partos;
- Características dos óbitos infantis registrados no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), por meio de entrevista domiciliar com as mães, dos óbitos localizados pela pesquisa “Estimativa da cobertura dos sistemas de informações sobre nascidos vivos (Sinasc) e sobre mortalidade (SIM) e da mortalidade infantil por Unidade da Federação”(2008).

### **AVANÇOS:**

O trabalho de campo iniciou-se em abril de 2010 e já foi finalizado em 36 municípios pertencentes a 10 estados. Até o final de setembro foram realizadas 1.285 visitas domiciliares, sendo aplicados 377 questionários em famílias de casos e 907 de controles, e resgatadas 126 (12,4%) fichas de investigação de óbitos. Não foram localizados 59 casos (4,6%). No total, 35 gestores municipais foram entrevistados e 34 estabelecimentos de saúde, que realizam partos, foram visitados. Foram digitados 706 questionários domiciliares, transcritos 77 Cartões da Gestante e 52 da Criança. Das entrevistas digitadas, 203 são referentes a casos e 503 a controles, ou seja, para cada óbito de menor de um ano encontrado, foi realizada 2,5 entrevistas com os controles. Foi observado que 62,1% (n=123) dos casos faleceram antes de completar um mês de vida. Foram investidos R\$ 1.100.000,00 nesta pesquisa.

### **SITUAÇÃO DA AÇÃO:**

Foram digitadas 55% do total das entrevistas realizadas, pertencentes aos estados de Alagoas, Amazonas, Ceará, Maranhão, Pará, Roraima, Sergipe e Tocantins. A Tabela 11 apresenta dados preliminares.



**Tabela 11** - Distribuição (%) das mães segundo variáveis demográficas e de processos de assistência ao pré-natal, 2010 (resultados preliminares)

VARIÁVEIS	Casos % (n)	Controles % (n)	Total % (n)
<b>Idade da mãe (anos)</b>			
10 a 19	18,0 (34)	15,5 (77)	16,2 (111)
20 a 34	68,8 (130)	72,8 (362)	71,7 (492)
35 ou mais	13,2 (25)	11,7 (58)	12,1 (83)
<b>Cor da pele</b>			
Branca	16,3 (33)	19,6 (98)	18,6 (131)
Preta	4,5 (9)	2,8 (14)	3,3 (23)
Parda	76,7 (155)	73,6 (369)	74,5 (524)
Amarela	1,5 (3)	3,0 (15)	2,6 (18)
Indígena	1,0 (2)	1,0 (5)	1,0 (7)
<b>Situação conjugal</b>			
Casada ou vive com companheiro	81,2 (164)	78,1 (392)	79,0 (556)
Tem companheiro, mas não vive com ele	3,5 (7)	7,8 (39)	6,5 (46)
Não tem companheiro	15,3 (31)	14,1 (71)	14,4 (102)
<b>Realização pré-natal</b>			
Não	4,9 (10)	2,6 (13)	3,3 (23)
<b>Início do pré-natal</b>			
4 meses ou mais	28,6 (58)	22,5 (113)	24,2 (171)
<b>Número de consultas pré-natal</b>			
Até 6 consultas	58,5 (113)	46,3 (227)	49,8 (340)
<b>Exame de sangue</b>			
Não	4,3 (8)	1,6 (8)	2,4 (16)
<b>Exame de urina</b>			
Não	4,3 (8)	2,5 (12)	3,0 (20)
<b>Aferição pressão arterial</b>			
Nunca	2,7 (5)	1,6 (8)	1,9 (13)
Às vezes	19,3 (35)	14,0 (68)	15,5 (104)
Sempre	78,1 (146)	84,4 (410)	82,6 (556)
<b>Peso ao nascer</b>			
< 1.500g	16,3 (33)	1,4 (7)	5,7 (40)
1.500-2.500g	19,2 (39)	8,5 (43)	11,6 (82)
> 2.500g	64,5 (131)	90,1 (453)	82,7 (584)
<b>Idade gestacional no nascimento</b>			
< 37 semanas	46,2 (92)	10,3 (51)	20,6 (143)
≥ 37 semanas	53,8 (107)	89,7 (445)	79,4 (552)
<b>TOTAL</b>	<b>203 (28,8)</b>	<b>503 (71,2)</b>	<b>706 (100)</b>

Quanto aos três indicadores do processo de atenção pré-natal, nota-se na tabela 11 que a aferição da pressão arterial, e a realização de exames de sangue e de urina são procedimentos praticamente universais, pois foram realizados em mais de 97% das mães entrevistadas. No entanto, o monitoramento da pressão arterial em todas as consultas foi declarado por 82,6% das mulheres. Esses indicadores também apresentaram menor cobertura entre as mães dos casos.

O parto cesáreo foi declarado por 35% das mães. A prevalência de baixo peso ao nascer foi maior entre os casos, bem como de idade gestacional inferior a 37 semanas.

O trabalho de campo está em andamento em 15 municípios localizados em seis estados, com previsão de término para a primeira quinzena de novembro no Acre (Cruzeiro do Sul), Amazonas (Anori), Maranhão (Altamira do Maranhão, Caxias e Zé Doca), Pará (Parauapebas), Pernambuco (Toritama, Igarassu, Escada Ibirajuba e Santa Cruz do Capiberibe), e Rondônia (Alto Paraíso, Ariquemes, Nova Brasilândia d'Oeste e Rolim de Moura).

### **ENCAMINHAMENTOS:**

Na segunda quinzena de novembro está previsto o início da última etapa do trabalho de campo, com término em janeiro de 2011, em 19 municípios de três estados: Amapá (Santana), Bahia (Brumado, Caetité, Camaçari, Canavieiras, Catolândia, Macaúbas, Porto Seguro, Santa Maria da Vitória, Uruçuca, Valença e Wagner) e Minas Gerais (Araçuaí, Felício dos Santos, Joáima, Jordânia, Novo Cruzeiro).

### **Pesquisa B. Chamada Neonatal: avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano na Região Nordeste e na Amazônia Legal.**

**Coordenadoras:** Maria do Carmo Leal e Leonor Maria Pacheco Santos.

### **META:**

Realização da pesquisa “Chamada Neonatal” visando obter informações sobre morbidade materna, morbidade infantil e sobre as ações do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil em uma amostra representativa de mães e crianças menores de um ano residentes nos 256 municípios incluídos no Pacto. Serão avaliados:

- A cobertura e a qualidade da atenção pré-natal, a atenção ao parto e puerpério e as condutas de referência e contrarreferência;
- Indicadores de morbidade materna grave com risco de vida, morbidade infantil grave e de depressão pós-parto;
- A prevalência de aleitamento materno exclusivo, predominante e total;
- O estado nutricional das crianças e o monitoramento do crescimento.

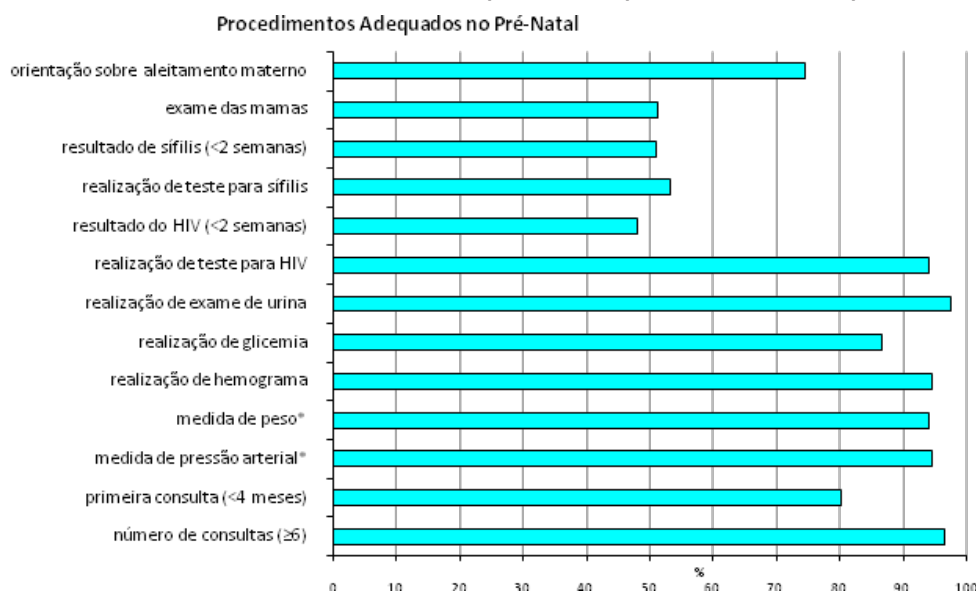
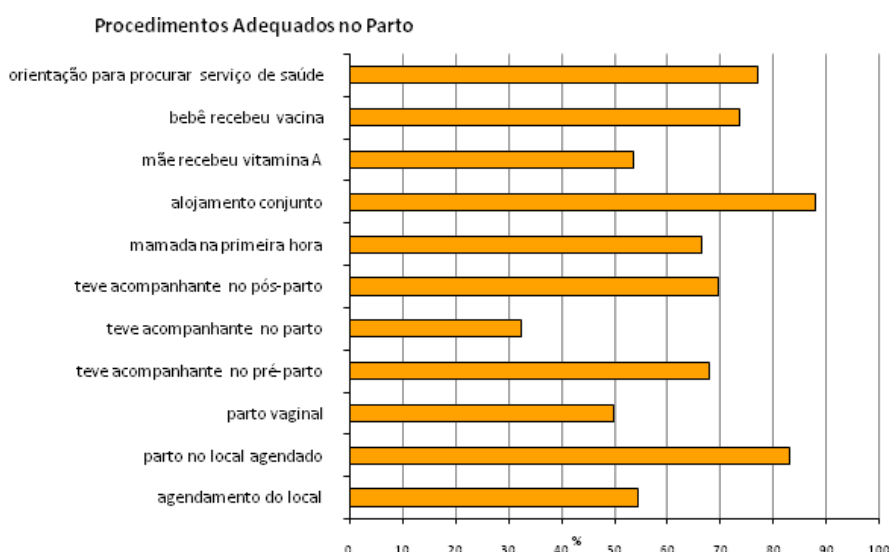
### **AVANÇOS:**

Foram entrevistados mais de 15 mil pares “mãe-criança menor de um ano de idade” em mais de 250 municípios prioritários. Investimento: R\$1.200.000,00.

### **SITUAÇÃO DA AÇÃO:**

Os dados se encontram em fase de digitalização, tendo sido concluídos até o momento mais de 10 mil questionários, representando 12 estados.

A divulgação dos resultados finais está prevista para o início de 2011; a seguir apresentam-se os resultados preliminares.

**Gráfico 11 - Procedimentos adequados no pré-natal (dados preliminares)****Gráfico 12 - Procedimentos adequados no parto (dados preliminares)**

## **Pesquisa C. Inquérito epidemiológico sobre as consequências da cesariana desnecessária no Brasil.**

### **META:**

Estimar a prevalência de partos cesarianos ocorridos em instituições públicas e privadas do Sistema de Saúde Brasileiro, segundo o nível de complexidade da instituição e a localização geográfica, além de descrever as complicações maternas e nos recém-nascidos por tipo de parto, bem como a análise das associações entre estas, controlado por variáveis intervenientes.

### **AVANÇOS:**

Detalhamento do desenho amostral do estudo multicêntrico de âmbito nacional e de base hospitalar, seguido de acompanhamento das puérperas a serem entre-

vistadas, 45 a 60 dias após o parto, com a participação de todas as Unidades da Federação. Foram investidos R\$ 3.000.000,00 neste projeto, em parceria com o CNPq.

### **SITUAÇÃO DA AÇÃO:**

Dados estão sendo coletados junto a 207 estabelecimentos de saúde, distribuídos em 37 estratos amostrais, 118 municípios (26 nas capitais e 92 nos municípios do interior), perfazendo um total de 22.200 pares de puérperas e seus conceitos.

### **ENCAMINHAMENTOS:**

O trabalho de campo terá início em janeiro de 2011, e se estenderá até julho do mesmo ano. Espera-se divulgar os resultados finais sobre a magnitude da cesariana desnecessária no Brasil, “*near miss*” materno e neonatal, prevalência da prematuridade e do baixo peso ao nascer, em outubro de 2011.



## 6 O PLANO DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL NAS MATERNIDADES PRIORITÁRIAS DO PACTO PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL

Entre as ações propostas no eixo de qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, encontra-se o **Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e da Amazônia Legal**, organizado e coordenado pela Política Nacional de Humanização (PNH) e o DAPES através das Áreas Técnicas de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM) e da Mulher (ATSM).

Este Plano tem por alvo aprimorar os processos de gestão e de cuidado nas principais maternidades da Amazônia Legal e do Nordeste, por meio da introdução de inovações na assistência e gestão do trabalho no cotidiano dos serviços. Além da qualificação das maternidades em si, o Plano tem por objetivo construir e/ou aprimorar redes de cuidados perinatais, articulando, entre outros, as maternidades do território, outros serviços de referência no cuidado materno-infantil e a Estratégia Saúde da Família (ESF).

As 26 maternidades incluídas no Plano de Qualificação foram selecionadas a partir de critérios técnicos, entre os quais: pertencer à rede SUS; estar localizada em municípios prioritários do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil (aqueles que concentram as maiores taxas de mortalidade infantil); realizar mais de 1.000 partos por ano; dispor de UTI neonatal; e, preferencialmente, já participar da Rede Norte Nordeste de Saúde Perinatal (Renospe). Além disso, o Plano deveria abranger maternidades de todos os 17 estados que compõem as duas regiões.

A partir da identificação das maternidades por estes critérios, a nominata construída foi apresentada aos gestores (estadual e/ou municipal, dependendo do caso), para a validação e/ou indicação de outras instituições segundo critérios técnico-políticos, uma vez que em várias capitais, sobretudo, os critérios construídos permitiam a indicação de outras maternidades. Em algumas situações as argumentações dos gestores foram acatadas pela coordenação do Plano, que alterou a composição do grupo de maternidades. Superada esta fase, iniciaram-se as tratativas de pactuação com as equipes gestoras das maternidades, processo que culminou com a realização de oficinas de trabalho nas duas regiões, realizadas em Fortaleza e Belém em dezembro de 2009. Nessas oficinas foram também incluídas as equipes técnicas das maternidades, às quais foram apresentadas e consensuadas diretrizes gerais do Plano, suas estratégias e modo de ação para cada uma das instituições e resultados esperados, apresentando-se como importante estratégia de pactuação.

Nesse momento, foi apresentada e discutida a *Função Apoio Institucional*, modalidade de trabalho que presidiu e orientou toda ação do Plano. Da mesma forma, nesse momento, foram apresentados os *apoiadores* e *supervisores* do Plano, equipe de profissionais selecionada, formada e contratada pelo Ministério da Saúde (MS), para conduzir os trabalhos no processo de qualificação das maternidades.

Essa equipe de apoiadores e supervisores foi composta por 27 profissionais (21 apoiadores e 6 supervisores), que, por sua vez, receberam suporte técnico e institucional da coordenação do projeto, e representantes de várias áreas técnicas do MS. Antes do início das atividades nas maternidades, que ocorreu no final de janeiro de 2010, este grupo se reuniu

várias vezes, sobretudo, para a (1) constituição de alinhamentos teóricos, conceituais e metodológicos, o que permitiu a construção de unidade de pensamento e ação entorno do plano e suas estratégias, e a (2) construção de um plano de ação considerando diretrizes e eixos de ação, a saber: gestão participativa e cogestão; acolhimento com classificação de risco; direito a acompanhante e ambiência; e a construção de redes de cuidados perinatais.

Para cada um desses eixos foram definidos objetivos, metas e produtos, o que permitiu ofertar de forma global às ações do Plano um olhar avaliativo e de acompanhamento, possibilitando verificar os *feitos* e os *efeitos* por *diretriz* em cada uma das maternidades, o que pode, então, ser acompanhado singularmente.

A escolha da tecnologia de trabalho do Apoio Institucional (PASCHE; PASSOS, 2010 [a];[b]) se deu, entre outras, em razão da complexidade das ações propostas e a natureza dos objetos eleitos para o Plano. Considerando o conceito de *paradoxo perinatal* (DINIZ, 2009), que expressa que o maior aporte de novas tecnologias na forma de equipamentos e insumos biomédicos nos serviços de saúde não garante, *per si*, melhores resultados, a questão desafiadora que orientou o Plano foi como superar esse paradoxal fenômeno. Até porque o Pacto da Redução da Mortalidade Infantil faz um importante investimento nessa direção, destinando recursos para aquisição de novos equipamentos e instalação de serviços, a exemplo da construção de novos leitos de UTI Neonatal.

Isto posto, de imediato se compreendeu que o acesso a insumos e equipamentos médicos, sempre necessário, para produzir melhores resultados em termos de saúde materno-infantil, deveria ser garantido *vis-à-vis* com a introdução de mudanças nos processos de trabalho. Assim, se fazia necessário repensar e reposicionar os trabalhadores no cotidiano do trabalho, desde a oferta e construção de novos valores e referenciais técnicos, que deveriam ser transformados em novas práticas de gestão e de cuidado, tarefa, sem dúvida, hercúlea.

É por esta razão que se lançou mão do apoio, pois se apresenta como uma tecnologia de ação institucional que propõe superar um *modo arcaico* e usual de intervenção nas organizações de saúde, que se dá pela contratação de assessores, consultores, especialistas em gestão, que *diagnosticam a organização* – às vezes utilizando sofisticadas estratégias de escuta e mobilização interna – e, a partir disso, prescrevem e/ou indicam medidas que devem ser tomadas para a melhoria na eficiência, foco principal ou mais importante foco da ação.

Principais dificuldades dessa forma (modo arcaico) de intervenção nos serviços de saúde:

- Baixo envolvimento de trabalhadores e usuários, utilizados como informantes e principais alvos das mudanças (apesar disso não ser explicitado claramente);
- Baixa capacidade de produção de consensos internos, pois a entrada desses agentes tende a ser vertical, ou seja, desde linhas hierárquicas de mando;
- Desconfiança e baixo investimento dos trabalhadores, que tendem a cooperar mais por medo do que, efetivamente, por vontade e interesse;
- Baixa sustentabilidade das proposições, que dependem muito da força de mando dos gestores e da capacidade de ação dos consultores;
- Manutenção e/ou pouca alteração dos modos de gestão, permanecendo inalteradas a hierarquização, o autoritarismo nas relações entre gestores, trabalhadores e usuários, o que não produz maior eficácia, nem maior eficiência.



Este modelo conservador de ação institucional tem sido gradualmente substituído no SUS por um modo inovador, o apoio institucional. O apoio busca ampliar a efetividade das ações, considerando tanto (a) as exigências éticas do trabalho cujas referências são as necessidades sociais de saúde, como (b) a autonomia e satisfação dos trabalhadores da saúde. Como esses dois campos são antinômicos (estão em oposição e interação constantes), e acioná-los, sem polarização, se faz necessário mediante a produção de uma ação política não prescritiva (que vem de fora), a partir da construção de consensos entre aqueles que compartilham situações de trabalho. A aposta é que essa ação mais interativa, desde interesses múltiplos dos sujeitos, faz com que as pessoas mudem não porque são compelidas ou forçadas a isso, mas porque estão convencidas de que esta mudança é melhor para os serviços, para os usuários, e para eles próprios.

Pressupostos básicos desta concepção/paradigma de intervenção são:

- As organizações de saúde têm finalidades que não se esgotam na realização de suas funções primárias (no valor de uso determinado pela sociedade às organizações de saúde). Além de produzir saúde, as organizações produzem sujeitos, apresentando-se, sempre, como espaços de subjetivação. Em outras palavras produzem gente. Isto indica que é necessário envolver e responsabilizar o conjunto dos trabalhadores na organização e gestão dos hospitais, permitindo a incorporação em sua lógica de funcionamento de interesses mais plurais e múltiplos;
- Conceito e modo de operar mais alargado de gestão, com a inclusão das ideias de cogestão e de gestão compartilhada. Isso indica a necessidade de se ampliar a experiência democrática nas organizações de saúde, o que ocorre com a inclusão de outros sujeitos nos processos de tomada de decisão.

Assim, as organizações de saúde são (a) espaços de produção de saúde, o que lhes confere valor social de uso (existem porque são úteis para a sociedade), mas (b) também produzem sujeitos, que têm distintos interesses e necessidades. Compatibilizar esses dois campos exige, necessariamente, o exercício mais compartilhado e responsabilizado do poder nas organizações de saúde, fazendo emergir uma nova ética no trabalho: trabalho como espaço de produção e realização de si e como espaço de acolhimento da alteridade, fazendo com que a organização do trabalho ocorra também em razão do outro, em nosso caso gestantes/parturientes.

Pode-se compreender então, que a função de apoio exige do apoiador alguns requisitos básicos, sobretudo, capacidade de construção de um campo de experimentação cuja dinâmica é essencialmente interativa: acompanhar processos, provocar discussões, fazer ofertas e construir junto com as equipes alternativas para a ação, superando aquilo que foi apontado como necessário para ser mudado. Essa interação, por sua vez, diferentemente de outras tecnologias, requisita *trabalho intensivo*. Esse tipo de trabalho é aquele que requisita contato frequente, trocas cotidianas, interação afetiva, o que permite fazer constituir do apoio uma referência para o serviço e seus trabalhadores. Assim, apoiar é estar presente para fazer análises coletivas (para se conhecer as forças que produzem os campos problemáticos) e produzir linhas de ação, as quais se imaginam potentes para mudar realidades institucionais e a qualidade das ações de cuidado.

Os apoiadores do Plano se fizeram presentes no cotidiano das maternidades e as linhas de ação se deram tanto por (a) atividades *in loco*: organização e participação de reuniões,

oficinas, grupos de trabalho, palestras, discussões de casos, discussões de protocolos; bem como (b) pela ação extramuros das maternidades, as quais permitiram, de um lado, realizar o propósito da construção de redes de cuidados perinatais no território, para o que foram iniciadas ações para a construção de fóruns perinatal (espaços técnico-políticos para a construção de consensos quanto ao cuidado integrado em rede), bem como a viabilização de um conjunto mais amplo de estratégias que foram agregadas ao Plano, como a realização de videoconferências; visitas técnicas à maternidade Sofia Feldman (Belo Horizonte), miniestágios em UTIs Neonatais de instituições referência (IMIP, IFF e HU/USP Ribeirão Preto); visitas técnicas de equipes dessas instituições de referência às 26 maternidades, entre outras.

A ação dos apoiadores, como pode ser visto acima, é ampla e complexa e envolve a articulação e coordenação de uma série de estratégias com as quais se busca alterar modos de gerir e de cuidar das maternidades. Estas ofertas alteram percepções dos trabalhadores e gestores sobre o trabalho feito em cada maternidade, o que produz tensionamentos. Para melhor compreender e lidar com essas situações conflitivas que são geradas nas maternidades e que, portanto, dizem respeito à interação apoiador-trabalhadores-gestores, o Plano construiu a *função supervisão*. Essa função correspondeu à ação político-institucional do Ministério da Saúde *in loco* e, portanto, com mandato institucional para intervir/interagir junto aos gestores, dirigentes e trabalhadores das maternidades, assumindo compromissos, construindo agendas e ação política. Além disso, a supervisão se constituiu como referência técnica, contribuindo diretamente com determinadas discussões e produção de consensos (clínicos e de gestão) nos temas atinentes aos objetos do Plano.

Para que as funções de apoio e supervisão efetivamente acontecessem, o Plano previu uma complexa dinâmica de trabalho entre estes agentes, que se valeram deste agendamento e realização de atividades *in loco* (supervisão direta nas maternidades; entrada em agendas produzidas pelos apoiadores; e ação política com gestores e diretores, etc.), como também da construção de linhas de comunicação utilizando-se, sobretudo, de recursos disponíveis na internet (*Skype*, lista de *e-mails*), bem como a realização de encontros avaliativos realizados conforme agenda programada e a realização de oficinas de acompanhamento e avaliação entre supervisores e coordenação do Plano; reuniões avaliativas envolvendo apoiadores, supervisores, áreas técnicas do MS e coordenação do Plano.

De outra parte, as diferentes equipes do Ministério da Saúde envolvidas no Plano também tiveram que construir uma dinâmica específica de trabalho, que exigiu a construção de vários *espaços coletivos*, desde rodas de natureza mais técnica, até espaços executivos de condução e tomada de decisão, em conexão com a condução geral do Pacto no Gabinete do Ministro da Saúde. Todavia, é mister destacar, a coordenação do Plano foi sempre interáreas/departamentos, com trocas muito solidárias, o que permitiu o compartilhamento de recursos orçamentários, a definição e articulação de agendas de trabalho, bem como a construção de modos de percepção da ação política do MS nos territórios e de atuação mais unificados, que pode ser traduzido como um rico processo de aprendizado institucional.

A construção e a organização desses processos de trabalho ofertaram coerência e organicidade ao Plano, sobretudo, às suas ofertas e apostas mais importantes, ou seja, às suas diretrizes de ação.

A escolha das diretrizes do Plano não foi aleatória, ao contrário, se deu por uma avaliação desde experiências acumuladas no SUS como um todo e na PNH em particular, e

considerou a capacidade delas produzirem mudanças tanto na gestão como na assistência obstétrica e neonatal. E foi por esta razão que o Plano foi organizado em quatro direções, as quais juntas aportam unicidade aos propósitos mudancistas que orientaram a ação nas 26 maternidades.

As mudanças desejadas deveriam impor alterações em diversos fatores relacionados diretamente à mortalidade materna e infantil, entre os quais cabe destacar:

- A baixa utilização em tempo oportuno de recursos clínicos bem conhecidos e disponíveis (partograma, corticoide, surfactante e sulfato de magnésio);
- Intensa medicalização do parto e nascimento com taxas elevadas e crescentes de cesarianas desnecessárias e outros procedimentos;
- Pouca articulação entre serviços da rede de cuidados perinatais e suas equipes;
- Não incorporação de práticas efetivas e recomendadas para o cuidado humanizado ao parto e nascimento;
- Não priorização dos casos mais graves nas portas de urgência das maternidades;
- Não utilização de abordagem não farmacológica da dor;
- Baixa inclusão do acompanhante e de doula, no momento do parto;
- Baixo protagonismo das mulheres e família, no processo de parto.

Essas situações revelam que várias práticas assistenciais frequentes nas maternidades necessitam ser revisadas e/ou abolidas e outras incorporadas ao cotidiano dos serviços, quer sejam como atitudes (pois informam uma nova ética no cuidado), quer sejam como novas práticas encarnadas em novos processos de trabalho.

É correto supor, todavia, que tais mudanças não se efetivam espontaneamente, fazendo-se necessária a organização e coordenação de várias frentes de ação simultâneas, as quais, obrigatoriamente, devem articular o campo da gestão e do cuidado, tornando-se no Plano como indissociáveis.

O Plano tomou, em primeiro lugar, o desafio de *alterar modos de gestão das maternidades*, apostando na direção da cogestão e gestão participativa. Essa direção apresenta como desafio a alteração nos *modos de comunicação e de interação dos agentes institucionais*, que em geral se encontram em situação de hierarquia, o que produz trocas e relações de saber e poder muito desiguais, que por sua vez atentam contra o trabalho em equipe e a produção de consensos internos na organização. Assim, uma aposta do Plano é que se pode melhorar o desempenho das maternidades se elas forem mais capazes de envolver e corresponsabilizar todos os seus integrantes nas decisões de gestão e na produção de consensos sobre os processos de trabalho e, por consequência, sobre os protocolos, procedimentos e rotinas.

*Participar é, efetivamente, ter um pedaço*, o que requer o reconhecimento de que há outros sujeitos analisando e tomando decisões, além dos já conhecidos mandantes institucionais investidos de cargos gerenciais. A maternidade, nessa direção, se transforma em uma grande roda, da qual participam todos os seus trabalhadores, que assim se apropriam do conjunto de seus problemas e desafios, bem como da realização de suas obras.

Essa linha de ação abre perspectivas de fundação de uma nova cultura nas maternidades, pois a interação mais coletiva entre os agentes passa a ser requisito mandatório do

trabalho, cujas definições decorrem de negociações e o estabelecimento de acordos que envolvem um conjunto mais amplo de pessoas. Isso permite, entre outros, pôr em análise os próprios arranjos de trabalho, tornando possível reconstruir processos de trabalho por definições não corporativas nem privadas ou por interesses mercantis, nem pela cultura institucional que tende a acomodar tudo isso, mas por um processo inovador de fazer política que é a construção de processos mais consensuados e coletivos. Esses processos passam a constituir arenas decisórias que definem de forma transparente quem faz o quê, para quê e quem e sob que condições, permitindo a construção de definições institucionais menos conflitivas, mais solidárias e corresponsabilizadas.

Esse processo todo permite retirar os trabalhadores de uma relação às vezes indolente e pouco responsabilizada com a gestão e o funcionamento das maternidades, o que efetivamente não compõe seu horizonte de trabalho. A nova cultura institucional produzida pelo apoio permitirá compreender que os modos de gestão influenciam sobremaneira os modos de cuidar e de fazer assistência e que, portanto, é necessário que os trabalhadores tomem a gestão como objeto de seu trabalho.

A construção de uma gestão mais democrática e participativa não pode ser romantizada, nem percebida como um processo que se faz sem disputas e tensionamentos e que, portanto, não pode considerar como certo resultados apriorísticos. Ao contrário, cogerir organizações de saúde é permitir dar vazão aos interesses e necessidades do conjunto de seus operadores, os quais passam a defender seus pontos de vista em espaços mais plurais e transparentes, buscando incluí-los na agenda institucional; ao mesmo tempo em que advogam por si, aprendem o exercício do desapego, cujo efeito esperado é o deslocamento de interesses mais imediatos na direção da construção de um projeto coletivo. Sem isso, não se produz um *campo ético e prático comum*, ou seja, não se define modos de fazer consensuados que permitam à maternidade funcionar com rigor ético e técnico considerando as diferenças entre seus sujeitos. Sem isso, o que vale é a força da cultura (conservadora e arcaica), o poder de mando dos gestores e a perpetuação de um estado de coisas que deve ser necessariamente alterado, mas que teimosamente se mantém. Ou seja, sem esse movimento de cogestão o que resta é a violência institucional. O Plano aposta que o antídoto disso é a política: a produção de espaços e processos de decisão mais plural, envolvendo e corresponsabilizando as pessoas.

Uma *segunda linha de ação do Plano* foi buscar efetivar a inclusão do acompanhante de livre escolha da mulher em todo o processo de parto. Essa é uma garantia assegurada em lei e que, portanto, deve ser observada em toda e qualquer maternidade. Todavia, são raras aquelas que garantem à mulher esse direito. Certamente a negativa desse direito revela um importante analisador dos valores que determinam os modos de funcionamento das maternidades: afinal de contas por é que se resiste tanto a essa prerrogativa da mulher? O que ela nos informa? A Política Nacional de Humanização justifica seu método da tríplice Inclusão (PASCHÉ; PASSOS, 2010), reconhecendo que as organizações de saúde, seus modos de gerir e de cuidar, acionam um movimento adjetivado de centrípeto, pois opera como força de exclusão. Ou seja, tudo aquilo que não é reconhecido como pertinente ao modo de gestão (em geral centralizador) e aos modos de cuidado (formulado e operado por agentes institucionais específicos desde a racionalidade biomédica) é excluído. Não é por outra razão que a maioria dos trabalhadores não decide sobre seu trabalho, e nem por outro motivo que as

famílias e redes sociais são excluídas das organizações de saúde e das maternidades, em particular, as famílias. Nessa lógica, as pessoas atrapalham, incomodam, são estorvos.

A PNH aponta como uma terceira inclusão exatamente a perturbação trazida pelo outro que se quer incluir na gestão e na clínica: trabalhadores e usuários e suas famílias. Assim, esse movimento produtor de ruídos e tensão, é intencionalmente incluído no cotidiano das práticas, pois esse outro é portador de outras percepções sem as quais (1) não são incluídos direitos de cidadania (à informação, ao compartilhamento da dor e da alegria que se produz na saúde com sua rede sociofamiliar, direitos garantidos em lei, etc.), e (2) pouco se avança na construção de maior responsabilidade dos usuários no cuidado de si e dos seus por ele.

Nessa medida, não é sem razão que as maternidades resistem à inclusão do acompanhante de livre escolha da mulher, pois ele vai interferir no cuidado, modificando-o. A simples presença desse outro produz novos encontros e influências sobre os trabalhadores das maternidades.

Há evidências científicas de que mulheres acompanhadas por familiares e/ou doulas têm trabalhos de parto mais curtos; apresentam menores taxas de cesarianas; demandam por menos analgesia; apresentam melhores condições de saúde do recém-nascido; e ficam mais satisfeitas com a experiência do parto (BRUGGEMANN, 2005; LEÃO, 2000). Assim, o acompanhante, de livre escolha, fortalece, protege e conforta a mulher nesse momento, e garante um nascimento que protege mais o recém-nascido.

Além da cogestão e da inclusão do acompanhante, o *Plano incluiu, como uma terceira linha de ação, a organização de uma rede de serviços*, buscando qualificar o cuidado e evitar um grande problema que é a ‘peregrinação’ da gestante e do recém-nascido por atendimento.

Em que pese os avanços da organização de uma rede SUS, que busca incluir de forma pactuada e contratualizada o conjunto de serviços e estratégias que compõem a política pública de saúde, são ainda tímidas as conquistas nessa direção como um todo, e em particular no que se refere aos cuidados perinatais. Uma das características do sistema de saúde do Brasil que o SUS toma como objeto de mudança, são a fragmentação e a segmentação do cuidado, o que produz perda de efetividade das práticas, aumento dos custos e iniquidades no acesso. Assim, um importante desafio é buscar agregar ao território locorregional o conjunto de serviços, estratégias e equipes que atuam na rede SUS no campo dos cuidados perinatais. Do contrário, não se garantirá à mulher e ao recém-nascido a integração das práticas entre os diversos níveis de atenção, requisito para uma atenção de qualidade.

Avanços significativos foram conquistados no cuidado perinatal e na redução da mortalidade materna e neonatal em Belo Horizonte/MG, quando a rede como um todo assumiu o compromisso ético de que a *gestante não peregrina* (LANKSY, 2006) e essa é uma referência importante para o *Plano de Qualificação*. A essa macro-orientação, o Plano agregou outras, como:

- Vinculação da gestante à maternidade de referência, que é um direito garantido em Lei. Assim, toda mulher deveria saber (e conhecer) a maternidade onde o parto ocorrerá, o que exige acordos e pactuações entre ESF e a maternidade;
- Melhorar a articulação entre Equipes de Saúde da Família (e de atenção básica) e a maternidade de referência. Para ser efetiva, a vinculação gestante-maternidade não pode ser burocrática (referência e contrarreferência sem a construção efetiva



de responsabilidades) e as equipes deveriam compartilhar de corresponsabilidades inequívocas no cuidado integral das gestantes, construindo linhas de cuidado e itinerários terapêuticos;

- Qualificação do pré-natal com a captação precoce da gestante;
- Construção de um espaço coletivo para a realização de discussões e pactuações de tarefas institucionais e indicadores de qualidade. A exemplo de Belo Horizonte, o Plano optou pela organização (em algumas situações pela qualificação) de Fóruns Perinatais, instrumento-chave para o fortalecimento de uma rede de cuidados perinatais.

A construção dos fóruns perinatais, a exemplo das medidas de cogestão, apresenta um modo inovador de ação política e institucional: envolver na roda o conjunto das instituições e dos atores que têm mandato social (incluindo redes e movimentos de usuários) para que juntos construam linhas de responsabilização, com a efetivação de contratos de ação, que estabelecem tarefas e encargos, os quais são objeto de regulação. Sem isso, a mulher corre o risco de peregrinar e/ou de não ter seguimento no seu plano de cuidado, o que impõe severas restrições à qualidade e à dignidade da atenção.

Por fim, o Plano estabeleceu uma quarta linha de ação que estabelece como diretriz o *Acolhimento com Classificação de Risco e a Ambiência*.

Ambiência é uma das diretrizes da PNH e indica a necessária associação entre processos de reforma e ampliação de ambientes, entre outros, e alterações na organização do trabalho, ou seja, as modificações no ambiente deveriam corresponder a mudanças nos processos de trabalho e vice-versa.

As alterações na ambiência das maternidades buscam garantir a privacidade e o conforto à mulher e permitir a inclusão do acompanhante, assegurando que todo o processo do parto (pré-parto, parto e pós-parto imediato) aconteça no mesmo espaço físico, a exemplo dos *Quartos PPP* – Pré-Parto, Parto e Pós-Parto Imediato. As discussões coletivas com vistas às mudanças na arquitetura das instituições, além de garantir o envolvimento de todos os trabalhadores, permitem a inclusão de medidas e procedimentos em conformidade com as evidências científicas, tais como o parto na posição vertical ou posição de escolha da mulher e o uso de abordagens não farmacológicas para o alívio da dor, bem como a retomada da mulher como protagonista nesse momento.

O *Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR)*, por sua vez, é um dispositivo que visa incluir a lógica do acolhimento (uma das diretrizes da PNH) e da classificação de risco nas “portas de emergência” das maternidades que compõem o Plano. Indica a necessidade de os serviços e suas equipes acolherem as mulheres, o que se faz pela introdução de novos valores, então produtores de uma nova ética no trabalho. Acolher indica atitude de tomar como importante e válido tudo aquilo que as gestantes trazem para o encontro que se estabelecerá com as equipes, tanto suas necessidades do ponto de vista biológico, como suas percepções, seus receios e medos, suas construções simbólicas advindas de suas práticas de vida. Acolher é uma atitude e se revela na delicadeza de uma fina mistura que envolve generosidade e o “oferecimento do corpo” para dar passagem àquilo que o outro traz para o encontro para, ao mesmo tempo, incluir ofertas cuja racionalidade, muitas vezes, exige distanciamento subjetivo e objetividade. Em geral, os serviços de saúde operam com força nesse segundo polo e o ACCR é um esforço para compatibilizar a acolhida com a objetividade da racionalidade médica.

Para que o ACCR se faça uma realidade nas maternidades é necessário (i) construir essa direção clínico-política com todos os trabalhadores; (ii) compreender que o ACCR necessita tanto de investimentos na porta de entrada, quanto em outros setores do hospital, como nos demais equipamentos da rede de saúde, pois em muitas situações as gestantes deverão continuar seu cuidado com ESF; e (iii) construir consensos clínicos os quais devem resultar (a) em novos processos de trabalho e (b) a introdução de novas condutas sustentadas em evidências e boas práticas.

Além disso, o ACCR exige, muitas vezes, reorganização dos ambientes de trabalho, pois como tecnologia de trabalho inovador requisita uma dinâmica de organização dos espaços, os quais devem ser favoráveis à experimentação de todos os fundamentos do cuidado humanizado e de qualidade. Assim o ACCR depende em muitas situações da experimentação da diretriz da ambiência.

Isso posto, pode-se perceber que as diretrizes e metas que orientam o trabalho dos Apoiadores Institucionais nas maternidades incluídas no *Plano de Qualificação*, entre as quais a (a) ampliação da participação dos trabalhadores na gestão das maternidades e promover a corresponsabilidade; (b) a garantia do direito ao acompanhante e a vinculação da gestante à maternidade de referência; (c) a promoção de alterações na ambiência e o fomento da utilização de “boas práticas”, estão respaldadas na literatura científica contemporânea (DINIZ, 2005, 2009; LANKSY, 2006; RATTNER, 2009; BRUGGEMANN, 2005; LEÃO, 2000; RATES; CAMPOS, 2008; BOARETTO, 2003) e estão em conformidade com as orientações da Organização Mundial da Saúde (1996).

O Plano de Qualificação das Maternidades inova quando (1) inclui todas essas diretrizes em um processo de intervenção em maternidades e (2) oferta um modo de ação cujo intento é fazer com que elas apareçam como resultante de discussões e acordos que envolvem todos os trabalhadores das maternidades e movimentos sociais. Esse modo de fazer é o próprio trabalho do apoiador institucional, sujeito-chave do processo.

O *Plano de Qualificação*, a partir da articulação dessas quatro linhas de ação e o conjunto das estratégias e ofertas que daí resulta, almeja também tornar boa parte das 26 maternidades selecionadas polos locais e/ou regionais-estaduais de atenção qualificada à mulher e ao recém-nascido, além de modelo e apoio para os demais serviços da rede. Esse intento é também uma aposta e um reconhecimento ao esforço e dedicação das equipes dirigentes e equipes técnicas, que em muitas situações têm tomado para si o desejo de transformar as maternidades em espaços de excelência técnica, referências éticas do cuidado a mulheres e crianças e como bons lugares para se trabalhar e se realizar profissionalmente.

### **AÇÕES COMPLEMENTARES DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO**

Ao longo do ano de 2010 diversas ações foram desenvolvidas visando (1) à qualificação dos apoiadores e supervisores; (2) maior aproximação dos dirigentes e/ou profissionais estratégicos nas discussões da humanização do parto e nascimento; (3) momentos de troca e compartilhamento das experiências e dos desafios enfrentados nas maternidades e redes perinatais. A seguir, as principais atividades realizadas:

- Oficina de Alinhamento conceitual e metodológico para equipes do Ministério da Saúde e apoiadores institucionais, 17 e 18 de novembro de 2009.



- Oficina de Sensibilização dos Gestores das Maternidades Prioritárias e Curso de Gestão de Unidades Neonatais, em Fortaleza, 1º a 4 de dezembro de 2009.
- Oficina de Sensibilização dos Gestores das Maternidades Prioritárias e Curso de Gestão de Unidades Neonatais na Região Norte, em Belém, 15 a 18 de dezembro de 2009.
- Trabalhadores das 26 maternidades apoiadas foram capacitados através das visitas técnicas ao Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte/MG, no período de março a junho de 2010. Total: 150 profissionais.
- Realizado intercâmbio de cinco dias com uma unidade neonatal matriciadora (Instituto Materno-Infantil de Pernambuco – Imip, Instituto Fernandes Figueiras – IFF e HU de Ribeirão Preto), totalizando 47 profissionais envolvidos. Ao final do estágio, foi traçado, em conjunto, um planejamento de ações a serem implementadas na maternidade visando ao enfrentamento de seus desafios. Posteriormente, 60 a 90 dias após o estágio, ocorreu a visita de dois representantes do hospital onde foi realizado o estágio, sendo um neonatologista e um enfermeiro.
- Oficina para elaboração do Plano de Ação e Acompanhamento Avaliativo com Apoia- dores, Supervisores e Áreas Técnicas do Ministério da Saúde, em Brasília, 28 e 29 de janeiro de 2010. Total: 35 profissionais.
- Capacitação de 26 maternidades no dia 10/2/2010 para início das coletas de dados da 1ª fase da Rede de Informações em Neonatologia.
- Reunião referente ao Projeto da Rede Nacional de Informação em Neonatologia para Acompanhamento dos Resultados, da Qualidade e da Efetividade do Cuidado Inten- sivo Neonatal no Brasil, 10 de fevereiro de 2010, em Brasília/DF.
- Reunião de trabalho com as Supervisoras e Áreas Técnicas para acompanhamento das ações do Plano de Qualificação, 12 de maio de 2010, em Belo Horizonte/MG. Total: 10 pessoas.
- Reunião para Acompanhamento Avaliativo do Plano de Qualificação com Apoia- dos, Supervisores e Áreas Técnicas, realizado em Brasília/DF, em 8 e 9 de junho de 2010. Total: 70 pessoas.
- Reunião com Supervisores e Áreas Técnicas para Acompanhamento Avaliativo do Plano de Qualificação, realizado em Brasília/DF, em 23 de junho de 2010. Total: 15 pessoas.
- Organização de um Ciclo de Debates para sensibilização dos profissionais e fortaleci- mento das discussões sobre as diretrizes do Plano de Qualificação. As temáticas abor- dadas nas videoconferências são: 1 – Comissão Perinatal e Regulação: a experiência de BH; 2 – Boas práticas na humanização do parto e nascimento; 3 – Acolhimento e Vinculação da Gestante e do RN; 4 – Cogestão nos serviços de saúde; 5 – Cuidados ao recém-nascido na UTI; 6 – Atenção Primária à Saúde.

O Ciclo de Debates teve início em agosto e será encerrado no final de novembro de 2010. Cada videoconferência mobiliza cerca de 200 trabalhadores nos 17 estados, além de Brasília/DF e Belo Horizonte/MG. Esta ação é realizada em parceria com a Rede Universitária de Telemedicina (Rute) e Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGETS).

- Reunião entre os Centros Matriciadores em Neonatologia (HU Ribeirão Preto, Imip e IFF) e Áreas Técnicas da Saúde da Mulher, Saúde da Criança e PNH para discussão dos resultados das visitas técnicas e alinhamento conceitual e metodológico, realizada em Recife/PE, dia 4 de setembro de 2010.
  - Incluídas as 26 maternidades no banco de dados da Rede Nacional de Informações em Neonatologia.
  - Oficina “Análise e intervenção para melhoria do cuidado neonatal no Brasil” cujo objetivo foi apresentar os resultados da primeira etapa do projeto Rede Nacional de Informações em Neonatologia, bem como apresentar a intervenção a ser realizada na segunda etapa do mesmo; 11 de agosto de 2010.
- Reunião com Supervisoras, Apoiadores e Áreas Técnicas para avaliação final da 1ª fase e definição das perspectivas para a 2ª fase (2011), realizada em Brasília/DF, 1º, 2 e 3 de dezembro de 2010. Total: 45 profissionais.

#### **META:**

Implementar em 26 maternidades (ANEXO L) prioritárias das duas regiões as diretrizes de (1) cogestão e gestão participativa; (2) direito a acompanhante; (3) Acolhimento com Classificação de Risco e Ambiente e (4) vinculação da gestante em uma rede integrada de cuidados, em conformidade com as orientações das áreas técnicas da Saúde da Criança (ATSC), da Saúde da Mulher (ATSM) e Política Nacional de Humanização (PNH).

### **ACOMPANHAMENTO AVALIATIVO E PRIMEIROS RESULTADOS**

As áreas técnicas do Ministério da Saúde em conjunto com apoiadores e supervisores do Plano de Qualificação realizaram o Acompanhamento Avaliativo das ações desenvolvidas nas maternidades.

A primeira fase (2010) foi então dividida em três quadrimestres com (1) a definição de expectativas de resultados para o trabalho do Apoiador e Supervisão e (2) a definição dos critérios para avaliação coletiva (apoiador, supervisor e trabalhadores das maternidades) das ações realizadas e dos efeitos/avanços conquistados a partir das diretrizes do Plano.

#### **Quadro 2 - Divisão por quadrimestres**

1º Quadrimestre: janeiro a abril	Construção das condições político-institucionais para a implementação do Plano e realização das primeiras iniciativas.
2º Quadrimestre: maio a agosto	Desenvolvimento e experimentação dos dispositivos <sup>1</sup> e produção de efeitos na gestão, no cuidado e na organização da rede perinatal.
3º Quadrimestre: setembro a dezembro	Aprofundamento, ampliação e consolidação das ações, com produção de relatórios avaliativos.

Definição dos critérios para avaliação coletiva (apoiador, supervisor e trabalhadores das maternidades) das ações realizadas e dos efeitos/avanços conquistados a partir das diretrizes do Plano. As cores (verde, amarelo e rosa) foram usadas para melhor a visualização do processo em questão.



**Avanços:** os resultados obtidos estão de acordo com o previsto para o quadrimestre e com o plano de ação;



**Poucos avanços:** avanços nítidos nos resultados, contudo eles estão aquém do esperado para o quadrimestre e o plano de ação;



**Não avançou:** não são percebidos resultados no que se refere aos eixos propostos, sendo que a realidade institucional permanece inalterada.

Ao longo da primeira fase o apoiador, a supervisão e os trabalhadores das maternidades prioritárias fizeram o exercício de avaliar o próprio trabalho por diretriz do Plano conforme demonstra o quadro a seguir: (quadro 3).

**Quadro 3** - Avaliação dos avanços por maternidade e por eixo/diretriz

REGIÃO	MATERNIDADES	COGESTÃO			ACOLHIMENTO						DIREITO AO ACOMPANHANTE E AMBIÊNCIA		
					ACOLHIMENTO EM REDE			ACCR					
		1º QUADRI	2º QUADRI	3º QUADRI	1º QUADRI	2º QUADRI	3º QUADRI	1º QUADRI	2º QUADRI	3º QUADRI	1º QUADRI	2º QUADRI	3º QUADRI
AMAZÔNIA LEGAL	1. AC – Bárbara Heliodora												
	2. AM – Ana Braga												
	3. AM – Bal. Mestrinho												
	4. AP – Mãe Luzia												
	5. MA – Imperatriz												
	6. MA – Marly Sarney												
	7. MA – HU												
	8. MT – Santa Helena												
	9. PA – Santa Casa												
	10. PA – HC Gaspar Viana												
	11. RO – Ary Pinheiro												
	12. RR – Nossa Sra Nazaré												
	13. TO – Dona Regina												

continua

continuação

continuação

REGIÃO	MATERNIDADES	COGESTÃO			ACOLHIMENTO						DIREITO AO ACOMPANHANTE E AMBIÊNCIA		
					ACOLHIMENTO EM REDE			ACCR					
		1º QUADRI	2º QUADRI	3º QUADRI	1º QUADRI	2º QUADRI	3º QUADRI	1º QUADRI	2º QUADRI	3º QUADRI	1º QUADRI	2º QUADRI	3º QUADRI
NORDESTE	1. AL – Santa Mônica												
	2. AL – Arapiraca												
	3. BA – Tysilla												
	4. BA – IPERBA												
	5. CE – Assis												
	6. CE – Cesar Cals												
	7. PB – Cândida Vargas												
	8. PB – Inst. Elp. Almeida												
	9. PE – Barão Lucena												
	10. PE – D. Malan												
	11. PI – Evangelina Rosa												
	12. RN – Januário Cicco												
	13. SE – Nossa Sra. Lourdes												

#### Quadro 4 - Grupo de maternidades por avanços conquistados nas diretrizes do Plano

Dez maternidades se destacam pelas mudanças produzidas na atenção e/ou gestão, maior participação de trabalhadores e usuário no cotidiano dos serviços e fortalecimento de redes perinatais

Maternidade Bárbara Heliodora – AC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Discussões para implantação de Colegiado Gestor (cinco maternidades) e em experimentação (três maternidades);</li> </ul>
Maternidade Ana Braga – AM	
Fundação Santa Casa de Misericórdia de Belém – PA	
Maternidade Cândida Vargas – PB	<ul style="list-style-type: none"> <li>ACCR em experimentação (nove maternidades) e discussões avançadas (maternidade);</li> </ul>
Instituto de Saúde Elpidio Almeida – PB	
Maternidade Marly Sarney – MA	
Hospital Universitário da UFMA – MA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fórum Perinatal constituído (dez locais) e discussões avançadas sobre a vinculação da gestante à maternidade de referência;</li> </ul>
Hospital Materno Infantil de Imperatriz – MA	
Maternidade Januário Cicco – RN	
Hospital Barão de Lucena – PE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direito ao acompanhante (10 maternidades);</li> <li>Alterações e/ou discussões coletivas sobre a ambiência e mudança no modelo assistencial (boas práticas) em todas as maternidades.</li> </ul>

**Quadro 5 - Grupo de maternidades por avanços conquistados nas diretrizes do Plano**  
Doze maternidades estão avançando e há indicativos de mudanças significativas

Maternidade Mãe Luzia – AP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliação do debate e/ou participação dos trabalhadores e usuários no cotidiano institucional;</li> <li>• Alterações e/ou avanços nas discussões coletivas sobre a ambiência e mudança no modelo assistencial (boas práticas);</li> <li>• Colegiado Gestor em experimentação (cinco maternidades);</li> <li>• ACCR em experimentação (1 maternidade) e discussões avançadas (6 maternidades);</li> <li>• Fórum Perinatal constituído (oito locais) e avanços significativos para organização (1 município);</li> <li>• Direito ao acompanhante garantido (seis maternidades) e avanços significativos (seis maternidades);</li> </ul>
Hospital das Clínicas Gaspar Viana – PA	
Hospital Materno Infantil de Nossa Sra. de Nazaré – RR	
Hospital Dona Regina Siqueira Campos – TO	
Maternidade Nossa Senhora Lourdes – SE	
Maternidade Dona Evangelina Rosa – PI	
Hospital Regional de Arapiraca – AL	
Instituto de Perinatologia da Bahia – BA	
Hospital Cesar Cals – CE	
Maternidade Escola Assis Chateaubriand – CE	
Maternidade Balbina Mestrinho – AM	
Hospital de Base Ary Pinheiro – RO	

A seguir, alguns indicativos que demonstram as mudanças na atenção e/ou gestão nas Maternidades e Redes Perinatais do Plano de Qualificação:

- Os apoiadores e supervisores produziram 1.853 encontros registrados (rodas, oficinas, reuniões, fóruns perinatais, seminários, etc.) entre os atores estratégicos para discussão, pactuação e implementação do Plano de Ação.
- Organização de 18 Fóruns Perinatais (municipal ou estadual) para discussão e pactuação das diretrizes do *Plano de Qualificação*. Além das maternidades apoiadas, os fóruns têm reunido os demais serviços da Rede SUS, maternidades conveniadas, sociedade civil, representação de classes e Ministério Público.
- O direito a acompanhante respeitado em 17 maternidades e maior participação do acompanhante em outras nove maternidades. Há indicativo de avanço para que o acompanhante seja de livre escolha da mulher conforme a legislação vigente (Lei nº 11.108/2005).
- Dispositivos para a democratização da gestão e inclusão dos trabalhadores nas decisões são experimentados em todas as 26 maternidades. Há um grupo estratégico responsável pelo Plano em todas as maternidades e colegiado gestor em experimentação em dez maternidades.
- O acolhimento com classificação de risco avançou em 19 maternidades. Já está implementado em 11 maternidades e nas demais se encontra em fase de discussão do protocolo e organização dos fluxos internos e externos.
- A vinculação da gestante (do pré-natal ao parto) garantia de vaga zero para acolhimento imediato da gestante e do recém-nascido, construção de mapa de vinculação e maior aproximação da maternidade com a atenção básica avançam em 17 maternidades.



## **7 ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO NORDESTE E NA AMAZÔNIA LEGAL E O PACTO PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL**

No Brasil pluriétnico, encontra-se uma diversidade cultural de cerca de 215 sociedades indígenas e cerca de 55 grupos de índios isolados, falam pelo menos 180 línguas que pertencem a mais de 30 famílias linguísticas diferentes. Cerca de 78% da população indígena habita as áreas compreendidas na Amazônia Legal e no Nordeste brasileiro de uma população que vem crescendo e que em 2010 totaliza 600.518 indígenas, distribuídos em 4.774 aldeias dentro ou fora dos limites de 615 terras indígenas, correspondendo a 448 municípios em 24 estados brasileiros. Municípios estes em que cerca de 50% têm menos de 20.000 habitantes.

No processo de mudança histórica e valorização desta identidade étnica nacional a Constituição de 1988 reconheceu a especificidade cultural e aboliu a distorcida e preconceituosa visão integralista, na qual estes irão integrar-se à sociedade com a sua “evolução”. A partir desta mudança e do processo de reforma sanitária, foram desenvolvidos marcos legais provindos das bandeiras defendidas nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena, culminando na Lei nº 9.836/1999 (Lei Arouca) que criou, no SUS, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, adicionando à letra da Lei nº 8.080/1990 e garantindo a estes povos os princípios de equidade, integralidade e regionalidade preceituados pelo SUS.

No desafio de estruturação, desenvolvimento e consolidação desta política, houve o fortalecimento e amadurecimento de movimentos estruturantes de pactuação nacional como o Fórum de Presidentes do Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi e a Comissão Intersectorial de Saúde Indígena do Conselho Nacional de Saúde (Cisi), culminando na transferência da gestão do Subsistema da Funasa para a Secretaria Especial de Saúde Indígena – Sesai – do Ministério da Saúde.

A Sesai foi criada pelo Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010, e com competências definidas pela Portaria MS/GM nº 3.965, de 15 de dezembro de 2010. Pautada por uma gestão democrática e participativa, possui em sua estrutura 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), que são unidades administrativo-sanitárias que têm responsabilidade sanitária na proteção, promoção e recuperação da saúde dos indígenas que habitam ou não em aldeias, abrangendo também os índios isolados. Respeitando a lógica da territorialidade destes povos, o âmbito de atuação dos Dsei é ligado às aldeias e ultrapassa os limites dos atuais 442 municípios e 24 estados brasileiros com terras indígenas.

A atenção básica é prestada por Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), que trabalham no âmbito de 358 polos-base, que em sua maioria estão situados próximos às comunidades indígenas e funcionam como apoio às EMSI para prestação de assistência às aldeias sob sua abrangência, articulando as ações com os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) – que nelas residem, além das parteiras tradicionais e outros profissionais indígenas. A incorporação da atenção à rede de referência do SUS, quando necessário, é articulada pelos Dsei e realizada através do acolhimento ao indígena e gerenciamento pelas Casai.

A gestão dos serviços de engenharia em saúde pública e o saneamento ambiental em saúde indígena são de responsabilidade direta da Sesai, tendo como competências a

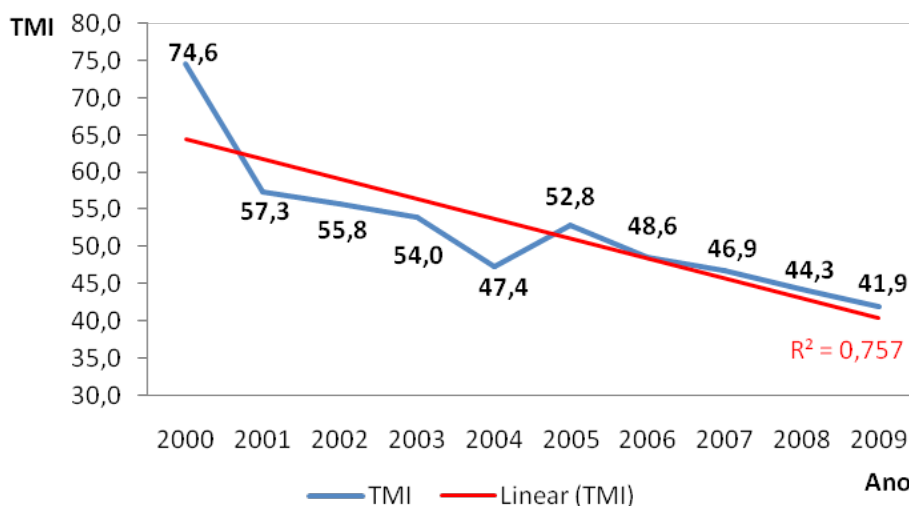


adequação à realidade indígena local as ações desta temática, além de propor estudos e pesquisas alternativas e modelos tecnológicos e executar diretamente, ou mediante parcerias, a operação e manutenção do saneamento ambiental, controle da qualidade da água e ações de hidrogeologia voltadas para o abastecimento de água. Há cobertura atualmente de 36,4% das aldeias com abastecimento de água, seja com atendimento domiciliar ou coletivo.

## 7.1 Panorama da Mortalidade Infantil Indígena

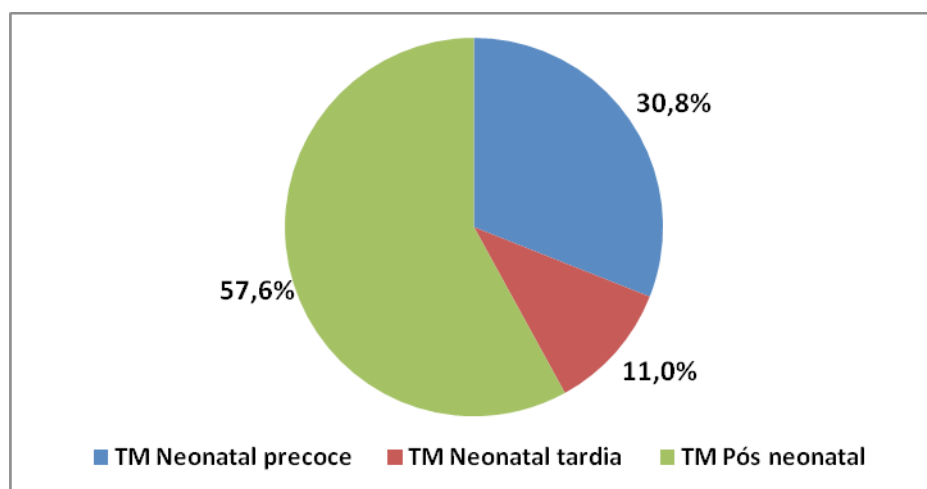
De acordo com a melhoria no processo de monitoramento da mortalidade infantil atingindo uma grande parcela dos 34 Dsei e analisando os dados diretos alimentados no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi), apesar do aumento de 11% no quantitativo de óbitos no período entre 2000 a 2009, verificou-se uma redução média na taxa de mortalidade infantil de 43,8% (Gráfico 13).

**Gráfico 13** - Taxa de mortalidade infantil (TMI) indígena por ano. Brasil, 2000–2009



Fonte: (BRASIL, 2009)

Em 2009, a mortalidade pós-neonatal (28 a 364 dias) representou 57,6% do total de óbitos infantis, seguido da mortalidade neonatal precoce (zero a seis dias) com 30,8%, e da neonatal tardia (sete a 27 dias) com 11,0% (Gráfico 14).

**Gráfico 14 - Distribuição da TMI indígena por componentes, 2009**

Fonte: (BRASIL, 2009)

Em relação às causas de óbitos em menores de um ano, em 2009, do total de causas definidas, as doenças do aparelho respiratório (33,8%) foram as principais causas de óbitos, seguidas pelas afecções perinatais (20,6%) e pelas doenças infecciosas e parasitárias (16,2%). A proporção de causas mal definidas correspondeu a 18,5% dos óbitos registrados.

## 7.2 Ações Realizadas no PRMI e Situação Atual

As ações realizadas na atenção a estes povos são transversais a todas as políticas e programas de ação do Ministério da Saúde. No processo de inserção da temática indígena no PRMI foi realizada uma teleconferência de sensibilização dos distritos e definição de interlocutores para a articulação local entre os planos estaduais e a saúde indígena.

As principais ações foram a realização de curso para a formação de multiplicadores da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), com as EMSI; intensificação das ações de atenção primária como imunização; participação de mulheres indígenas na elaboração das Diretrizes para Atenção à Saúde da Mulher e da Criança Indígena; estabelecimento em alguns distritos de Comissões Distritais de Investigação e Prevenção de Óbito Fetal e Infantil Indígena.

## 7.3 Propostas de Apoio a Implementação do PRMI na Perspectiva da Saúde Indígena

- Intensificação das ações de atenção primária que enfocam controle do pré-natal, parto e puerpério com a implementação dos testes rápidos de sífilis para todos os Dsei; prevenção do câncer de colo de útero e de mama; imunização, prevenção das DST/HIV/aids; atenção em planejamento reprodutivo, vigilância nutricional das gestantes;
- Valorização das práticas tradicionais, fortalecendo a parceria com os especialistas e cuidadores tradicionais indígenas, dentre eles as parteiras;
- Implementação em área indígena da Rede Amamenta nos Dsei, para promoção do aleitamento materno e amamentação exclusiva, e adaptação da estratégia de alimentação complementar à perspectiva indígena;

- Institucionalização das Declarações de Nascimento e Óbito pelas equipes Multidisciplinares de Saúde dos Dsei, no caso de nascimentos e óbitos ocorridos nas aldeias indígenas, e fortalecimento da cobertura SIM e Sinasc com a operacionalização das sedes dos Dsei, como unidade alimentadora destes sistemas, em cumprimento à Portaria MS/SVS nº 116/2009;
- Melhoria na oportunidade e qualidade dos dados coletados enfatizando a demografia, os óbitos e nascimentos no Siasi, e a adaptação dos sistemas para os processos de interoperabilidade entre este e os sistemas SIM e Sinasc. Execução de um *linkage* entre os bancos do Siasi e do SIM, intensificando o processo de avaliação do subsistema;
- Fortalecimento da política de investigação de óbitos, com assento nos comitês de óbitos estaduais de representantes da saúde indígena, e melhoria da qualificação dos dados e do processo de vigilância de óbitos, pela definição das competências e responsabilidades dos codificadores na CID-10, formados nos distritos, com foco na redução dos óbitos com causas mal definidas;
- Definição das Diretrizes da Saúde da Mulher e da Criança Indígena visando organizar a atenção desse grupo populacional de forma que contemple suas especificidades étnico-culturais;
- Inserção da perspectiva indígena no processo de adequação da ambiência de estabelecimentos de saúde para o parto e nascimento humanizado, através da articulação com a Rede HumanizaSUS, e estabelecimento de pactuação com hospitais de referência na saúde indígena;
- Divulgação dos resultados do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, em convênio com a Abrasco, e realização de seminários intersetoriais para a análise e definição de estratégias de intervenção;
- Estabelecimento de articulação com a média e alta complexidade na definição de aspectos específicos para o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena na regulação dos leitos obstétricos e neonatais;
- Realização de quatro seminários macrorregionais durante o ano de 2011;
- Implantação da autonomia administrativo-financeira nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas;
- Ampliação da rede de saneamento ambiental nas aldeias indígenas;
- Implantação de pontos de telessaúde em polos-base indígenas;
- Celebração de contrato de gestão com os Dsei, a fim de permitir a definição de ações e metas, priorizando a temática da redução da mortalidade infantil e a inclusão de informações específicas na confecção de relatório de gestão do distrito;
- Incorporação das metas de fortalecimento do controle social como:
  - Confecção de material específico sobre mortalidade infantil, para uso no processo de formação dos conselheiros dos Condisi;
  - Fortalecimento desta temática nas discussões para ampliação da consciência sanitária e combate à mortalidade infantil;
  - Implantação de ouvidorias nos Dsei e foco nesta temática.

## 8 DESAFIOS E PERSPECTIVAS

A atenção à saúde das mulheres e crianças tem verificado melhora contínua e sustentável. O esforço representado pelo Pacto de Redução da Mortalidade Infantil se, de um lado, trouxe a possibilidade de estabelecer ações estruturantes para a área, por outro evidenciou questões que merecem ser aprofundadas e incorporadas como desafios para o aperfeiçoamento do saber-fazer em saúde, no âmbito da gestão e do cuidado.

A primeira questão que emerge é a necessidade de construirmos práticas integradas, tanto entre as três esferas de gestão do SUS, quanto entre as diferentes áreas de conhecimento que se expressam na produção do cuidado nas políticas específicas para segmentos populacionais ou agravos específicos.

Na primeira dimensão, a consolidação das instâncias de pactuação, tanto na esfera federal – através da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), quanto na esfera estadual com as Comissões Intergestoras Bipartite (CIB), representa sinal claro de amadurecimento do SUS. Entretanto, estas se mostram insuficientes para que se tenha integração do cuidado no nível local. Nesse ponto, a gestão regionalizada e a incorporação da regulação como instrumento de gestão do cuidado acabam se tornando essenciais.

No que diz respeito à integração das políticas específicas, ficou clara a necessidade de estabelecer linhas de cuidado que ultrapassem as fronteiras das áreas de conhecimento. Nessa direção, a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis surge como possibilidade de inovação de gestão e cuidado. Partindo do pressuposto exatamente da indissociabilidade das diferentes práticas em saúde, do cuidado à promoção da saúde, a Estratégia assume o desafio de articular intra e intersetorialmente, políticas e ações que promovam a qualidade de vida da mulher e da criança, possibilitando intervenções que vão para além da simples sobrevivência.

Ainda na direção da integração das políticas, o Plano de Qualificação das Maternidades demonstrou o quão importante é estabelecer estratégias que visem modificações nos processos de trabalho. O conceito de gestão compartilhada e, por conseguinte, a incorporação de novas formas de produzir saúde emerge como fundamental para transformar as relações de poder historicamente instituídas. A instituição de *Fóruns Perinatais* em alguns estados das duas regiões, talvez melhor expresse o sentido prático do que se quer dizer com gestão compartilhada. O respeito ao outro, seja o trabalhador de saúde, ou os usuários e seus familiares, nessa dimensão, deixa de ser um princípio formal e a-histórico, para se constituir num elemento balizador das práticas cotidianas. O Plano de Qualificação das Maternidades, para além das metas alcançadas, mostrou o quão necessário é o apoio institucional por parte do Ministério da Saúde para que as resistências possam ser superadas. E não são poucas na medida em que a ação tem por foco mudanças de práticas “naturalizadas” e introjetadas nos profissionais de saúde.

Ambas as iniciativas aqui destacadas não se esgotam em si mesmas, mas abrem novas perspectivas para a construção de linhas de cuidado integral à criança e à mulher coerentes com o atual estágio de desenvolvimento institucional e humano do SUS.

O compromisso por parte dos estados e municípios prioritários em estabelecer as condições necessárias para que haja a continuidade das ações e estratégias traçadas representa

outro desafio. Este se impõe em função, principalmente, pela realização das eleições para os executivos federal e estaduais o que, por conseguinte, trouxe mudanças nas respectivas gestões. Portanto, uma repactuação em torno dos objetivos inicialmente propostos e outros que possam ser incorporados, deve estar na agenda do pacto logo no início do ano de 2011.

Por fim, e não menos importante, cabe salientar que muitas das conquistas e dos avanços verificados ao longo dos anos de 2009 e 2010 só foram possíveis pela construção de uma concertação social em torno da temática patrocinada pelo Ministério da Saúde em 2004, quando houve a instituição do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Este Pacto representou a intenção explícita de realizar um acordo entre o governo e diferentes atores sociais em torno da problemática nacional das mortalidades materna e neonatal. Nos anos que seguiram à formalização do Pacto foi possível construir canais de diálogo e de reconhecimento da complexidade que a temática traz para toda a sociedade.

Portanto, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal representou e representa a essência, ou para utilizar a expressão de algumas lideranças sanitárias, o DNA do SUS, qual seja, a construção democrática e participativa de estratégias políticas para a solução de problemas que atingem larga parcela da população brasileira. No caso, mulheres e crianças que tinham suas vidas interrompidas por problemas estruturais e/ou contingenciais de atenção adequada à saúde. O desafio que se configura é o de articular os dois Pactos de tal maneira que cada um possa contribuir em um movimento de sinergia recíproca, tanto na dimensão política quanto na dimensão das práticas em saúde.

Neste sentido, na 15ª Reunião de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, realizada no dia 9 de dezembro de 2010, foi validada pelos membros da Comissão de monitoramento e avaliação deste Pacto a incorporação do monitoramento e avaliação das ações do Pacto pela Redução da Mortalidade no Nordeste e Amazônia Legal. Um novo e promissor caminho para 2011!

# Referências

ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun, 2009.

AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazilian Municipalities. **American Journal of Public Health**, [S.l.], Nov. 13, 2008.

BEZERRA FILHO, J. G. et al. Infant mortality and sociodemographic conditions in Ceara, Brazil, 1991 and 2000. **Rev. Saúde Pública**, [S.l.], v. 41, n. 6, p. 1023-1031, 2007.

BEZERRA FILHO, J. G. et al. Distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil e principais determinantes no Ceará, Brasil, no período de 2000 a 2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1173-1185, 2007.

BOARETTO, MC. **Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro**. (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.

BOING, A. F.; BOING, A. C. Mortalidade infantil por causas evitáveis no Brasil: um estudo ecológico no período de 2000 - 2002 Infant mortality from preventable causes in Brazil: an ecological study in 2000-2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, v. 2, p. 447-455, 2008.

BOWBLY, J. **El vínculo afetivo**. Buenos Aires: Paidós, 1976.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção básica de diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde), (Cadernos de Atenção Básica, n. 27).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS**: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p. (Série E. Legislação de Saúde), (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: revisão da literatura. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, 2005.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de

saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out-dez, 1998.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

DINIZ, S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

EDMOND K.M. et al. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. **Pediatrics**, [S.l.], v. 117, n. 3, p. 380-386, 2006.

GASTAUD, A. L. da Silva; HONER, M. R.; CUNHA, R. V. da. Mortalidade infantil e evitabilidade em Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000-2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1631-1640, 2008.

GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, p. 238-52, 2000.

JOBIM, R.; AERTS, D. Mortalidade infantil evitável e fatores associados em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2000-2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 179-187, 2008.

LAMY et al. Avaliação dos resultados neonatais do Método Canguru no Brasil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 5, p. 428-435, 2008.

LANKSY, S. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a gestante e a criança no SUS – BH: a experiência da Comissão Perinatal. **Revista Saúde em Debate**, [S.l.], v. 36, p. 10-17, 2006.

LEÃO, M. **Tendo uma pessoa do lado, a gente fica muito mais forte... a dor até diminui**: estudo etnográfico sobre parturientes acompanhadas por “doulas”. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

MACINKO, J., F. C. et al. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **J. Epidemiol. Community Health**, London, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

MATIJASEVICH, V. et al. Widening ethnic disparities in infant mortality in southern Brazil: comparison of 3 birth cohorts. **Am. J. Public Health**, Washington, USA, v. 98, n. 4, p. 692-668, 2008.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Maternidade segura**: assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS, 1996.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde: aposta da Política de Humanização da Saúde. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, jul./set. 2010a.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo. O lugar do método na Política Nacional de Humanização: aposta para uma experimentação democrática radical. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, jul./set. 2010b.

PASCHE, D. F. Humanização nos hospitais: reforma na gestão e nas práticas de saúde no contexto de



produção de novos sujeitos. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 19, 4 Supl. 2, 2009.

PERPETUO, I. H. O.; WONG, L. R. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. In.: SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA, 12., 2006. [Anais...]. Diamantina: [s.n.], 2006.

RATES, S. M. M.; CAMPOS, G. W. S. Segredos e impasses na gestão de um hospital público. In: ARAÚJO, G. F.; RATES, S. M. M. **Co-gestão e humanização na saúde pública: experiências construídas no Hospital Municipal Odilon Behrens**. Belo Horizonte: Sigma, 2008.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Revista Interface** ☐ **Comunicação, Saúde e Educação**, [S.l.], v. 13, supl. I, p. 759 – 768, 2009.

ROCHA, R; SOARES, R. R. **Evaluating the impact of community based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program**. Bom: Institute for the Study of Labor, 2009. (IZA discsion paper, n. 4119).

ROCHA, Sonia Maria Rodrigues da. **O Brasil dividido: espacialização alternativa e pobreza**. Rio de Janeiro: Publit, 2008.

RUANO, Rodrigo; ALVES, Eliane A.; ZUGAIB, Marcelo. Sulfato de magnésio ( $MgSO_4$ ) no tratamento e prevenção da eclâmpsia: qual esquema adotar?. **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online], v. 50, n. 3, p. 241-242, 2004.

SANTOS, I. S. et al. Infant mortality in three population-based cohorts in Southern Brazil: trends and differentials. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Supl. 3, S451-S460, 2008.

WABA RESEARCH TASK FOORCE. **Exploring the impact of the Baby Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding**. e-newsletter, aug, 2010. Disponível em: <<http://www.waba.org.my/whatwedo/research/pdf/rtnl-aug10.pdf>>. Acesso em: 20 Dez. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2008**. Geneva, 2008.

ZANINI, Roselaine Ruviano et al. Tendência da mortalidade infantil no Rio Grande do Sul, Brasil, 1994-2004: numa análise multinível de fatores de risco individuais e contextuais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p.1-11, 2009.



# ANEXOS

## **ANEXO A - Protocolo de Cooperação Federativa para Execuções de Ações Cooperadas e Solidárias com o Objetivo de Acelerar a Redução da Desigualdade no Nordeste**

### **COMPROMISSO MAIS NORDESTE PELA CIDADANIA**

#### **PROTOCOLO DE COOPERAÇÃO FEDERATIVA Nº \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.**

Protocolo de cooperação federativa, QUE ENTRE SI CELEBRAM A UNIÃO, POR INTERMÉDIO DOS MINISTÉRIOS DA EDUCAÇÃO, DA SAÚDE E DO DESENVOLVIMENTO AGRÁRIO, DA SECRETARIA ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS, DA CASA CIVIL E DA SECRETARIA DE RELAÇÕES INSTITUCIONAIS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, E OS ESTADOS DE (...), PARA EXECUÇÕES DE AÇÕES COOPERADAS E SOLIDÁRIAS COM O OBJETIVO DE ACELERAR A REDUÇÃO DA DESIGUALDADE NO NORDESTE.

#### **1. PROCESSO Nº (...)**

De um lado, a União, representada pelos Ministérios da Educação, da Saúde, do Desenvolvimento Agrário, pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos, pela Casa Civil e pela Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República, neste ato representada por (...), e de outro, os Estados de (...), neste ato representados por (...), firmam o presente Protocolo de Cooperação Federativa mediante as cláusulas e condições seguintes:

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA – Do objeto**

O presente protocolo tem por objeto estabelecer metas para acelerar a redução das desigualdades na região Nordeste, mediante ações cooperadas e solidárias entre a União e os estados federados, com a participação dos municípios, visando o enfrentamento dos problemas do analfabetismo, da mortalidade infantil, do sub-registro civil e do baixo dinamismo econômico no meio rural na região, pactuando para isso as seguintes metas, até 2010:

- I) erradicar o índice de sub-registro civil de nascimento;
- II) reduzir em 5% ao ano a taxa de mortalidade infantil e do componente neonatal;
- III) ampliar a oferta e efetividade dos cursos de alfabetização de jovens, adultos e idosos, para atendimento de mais de 3,9 milhões de pessoas; e

- IV) ampliar a prestação de serviços de assistência técnica e extensão rural beneficiando mais de seiscentas mil famílias de agricultores familiares nos Territórios da Cidadania.

## **CLÁUSULA SEGUNDA – DAS AÇÕES COOPERADAS PARA CONSECUÇÃO DAS METAS**

O Governo Federal e os governos estaduais, assegurada a participação dos governos municipais, se comprometem a:

- I) erradicar o índice de sub-registro civil de nascimento, mediante:
  - a) fortalecimento da Declaração de Nascidos Vivos (DNV), utilizada pela rede de saúde de todo o país, garantindo as condições técnicas para aperfeiçoar o fluxo de informações das maternidades, unidades de saúde e outros locais de nascimento para a emissão da certidão de nascimento, com a implantação de 700 unidades interligadas, assim como permitir o acesso às políticas sociais;
  - b) realização de 250 mutirões e duas campanhas nacionais de mobilização com desdobramento regional-estadual, e orientação sobre o registro civil de nascimento em cidades da região Nordeste com maior incidência de sub-registro extemporâneo, com infraestrutura e recursos humanos necessários à emissão da certidão de nascimento;
  - c) fortalecimento do sistema nacional de registro civil de nascimento, com o aperfeiçoamento legislativo e dos fluxos de informações;
- II) reduzir em 5% ao ano a taxa de mortalidade infantil e do componente neonatal, mediante:
  - a) promoção de ações integradas de suas secretarias de saúde, respeitando os atos normativos regulamentares e pactos pré-existent no Sistema Único de Saúde (SUS), voltadas para a redução da mortalidade infantil nos nove estados federados da Região Nordeste, com ênfase na redução da mortalidade neonatal e prioridade para os 192 municípios com maior percentual de óbitos infantis;
  - b) qualificar a atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido; promover a qualificação dos profissionais de saúde; criar condições para a lotação e fixação dos profissionais de saúde nos municípios; aprimorar os sistemas de informação de mortalidade e nascidos vivos; estruturar as ações de vigilância epidemiológica dos óbitos infantis; e promover ações de educação em saúde e mobilização social, objetivando uma atenção qualificada para as gestantes e os recém-nascidos, com especial atenção para a primeira semana de vida das crianças residentes na Região Nordeste;
- III) ampliar a oferta e efetividade dos cursos de alfabetização de jovens, adultos e idosos, para atendimento de mais de 3,9 milhões de pessoas, mediante:
  - a) organização de turmas de alfabetização de jovens e adultos, executando as metas propostas pelas secretarias estaduais e municipais de educação, com vistas à realização de três edições em dois anos do Programa Brasil Alfabetizado;
  - b) integração das ações das diversas secretarias estaduais e municipais, com o objetivo de qualificar os cursos de alfabetização e garantir a permanência dos alunos ingressos nas turmas de alfabetização, bem como garantir vagas em cursos de

- Educação de Jovens e Adultos (EJA) para os egressos;
- IV) ampliar a prestação de serviços de assistência técnica e extensão rural beneficiando mais de seiscentas mil famílias de agricultores familiares nos Territórios da Cidadania, mediante:
- a) lotação de equipes técnicas nos locais da Região Nordeste identificados como Territórios da Cidadania, no âmbito do Programa criado pelo Decreto sem número de 25 de fevereiro de 2008 e executado em parceria pelos governos federal, estaduais e municipais;
  - b) atendimento a 616.867 agricultores familiares, para qualificação e acesso às políticas de desenvolvimento rural;
  - c) atendimento a 220.781 famílias no crédito rural do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf);
  - d) implementação do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), com recursos federais, no montante de R\$ 79.979.553,55 (setenta e nove milhões, novecentos e setenta e nove mil, quinhentos e cinquenta e três reais e cinquenta e cinco centavos);
  - e) atendimento a 12.000 novas famílias beneficiárias do Programa Nacional de Produção e Uso de Biodiesel (PNPB).

### **CLÁUSULA TERCEIRA – DOS TERMOS DE COMPROMISSOS ANEXOS**

Integram este protocolo os termos de compromisso anexos, que detalham as ações e metas de cada estado federado e, em conjunto, compõem o acordo regional estabelecido por intermédio deste instrumento.

### **CLÁUSULA QUARTA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS**

O presente protocolo não envolve a transferência de recursos financeiros.

As despesas necessárias à consecução do objeto deste protocolo serão assumidas pelos partícipes, dentro dos limites de suas respectivas atribuições.

### **CLÁUSULA QUINTA – DA VIGÊNCIA**

O presente protocolo terá vigência até 31 de dezembro de 2010, podendo ser prorrogado por igual período por proposta de um de seus signatários, com as devidas justificativas.

### **CLÁUSULA SEXTA – DAS ALTERAÇÕES**

As eventuais alterações ao presente instrumento serão implementadas por meio de Termo Aditivo firmado por todos os partícipes.

### **CLÁUSULA SÉTIMA – DA DENÚNCIA**

Qualquer um dos partícipes poderá denunciar, resolver ou resilir unilateralmente o presente protocolo, mediante comunicação escrita aos demais, com antecedência mínima de 60 dias.

No entanto, a denúncia, a resolução ou a rescisão não acarretarão quaisquer ônus para os partícipes, nem ensejarão direito à compensação ou indenização de qualquer natureza, bem como não representarão liberação dos compromissos assumidos, permanecendo em vigor até o término de todos e quaisquer programas e projetos, a eles vinculados, que estejam em andamento.

#### **CLÁUSULA OITAVA – DA PUBLICAÇÃO**

A Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República será responsável pela publicação do extrato do presente protocolo no Diário Oficial da União.

#### **CLÁUSULA NONA – DO FORO**

Para dirimir quaisquer questões decorrentes da execução deste protocolo, que não possam ser resolvidas pela mediação administrativa, as partes elegem como competente o foro da Justiça Federal, seção Judiciária do Distrito Federal.

E por estarem assim justos e de acordo, os partícipes firmam o presente instrumento em três vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo, para que produza os efeitos jurídicos e legais.

Local,                      de                      de 2009.

Assinaturas:

## ANEXO B - Termo de Compromisso para Redução da Mortalidade Infantil

Termo de Compromisso que firma o Governo do Estado de XXXXX, representado pelo seu Governador (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade nº....., expedida por....., e inscrito no CPF sob o nº....., (...), com o objetivo de pactuar metas e formalizar a assunção das responsabilidades expressas nas cláusulas seguintes:

### CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso formaliza o pacto para acelerar a redução da desigualdade no nordeste, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades e os indicadores de monitoramento e avaliação deste Pacto.

### CLÁUSULA SEGUNDA – DOS OBJETIVOS E METAS PACTUADAS

O Governo Federal e o governo estadual de XXXX, assegurada a participação dos governos municipais, se comprometem a reduzir em 5% ao ano a taxa de mortalidade infantil e do componente neonatal, mediante:

- I) promoção de ações integradas de suas secretarias de saúde, respeitando os atos normativos regulamentares e pactos pré-existent no Sistema Único de Saúde (SUS), voltadas para a redução da mortalidade infantil, com ênfase na redução da mortalidade neonatal e priorizando os XXX(XXXX) municípios com maior percentual de óbitos infantis: XXX;XXX;XXXX;
- II) qualificar a atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, mediante a expansão do número de Equipes de Saúde da Família (ESF) em municípios/áreas com vazios assistenciais, ampliação de leitos de UTI e UCI neonatais, regulação da atenção obstétrica e neonatal, adequação dos espaços físicos das maternidades/hospitais de referência para atenção obstétrica e neonatal, ampliação da Rede de Bancos de Leite Humano, garantir insumos (sulfato de magnésio, surfactante pulmonar, corticoide, nifedipina/hidralazina) para a atenção obstétrica e neonatal, atenção às urgências obstétricas e neonatais (SAMU), garantia de transporte seguro da gestante ou recém-nascido para Centros de Referência (SAMU), adesão das maternidades à Iniciativa “Hospital Amigo da Criança” e à Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal, garantia da presença do acompanhante da parturiente e garantir no pré-natal o vínculo do local de ocorrência do parto;
- III) promover a qualificação dos profissionais de saúde, mediante qualificação das ESF para a identificação e encaminhamento das gestantes e recém-nascidos de risco, qualificação dos médicos pediatras e ginecologistas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) no acompanhamento das gestantes e recém-nascidos de risco e educação permanente das ESF, qualificação dos profissionais de saúde que possam realizar o acompanhamento pré-natal e partos de baixo risco, qualificação para urgências e emergências obstétricas e neonatais para equipes de saúde das maternidades e UTIs neonatais e para os profissionais do SAMU – Curso de Atenção Perinatal, utilização do Telessaúde para apoiar as equipes de Atenção Básica e



Hospitalar, estruturação dos pontos de apoio educacional, qualificação dos profissionais de saúde para a adoção do Método Canguru nas maternidades, qualificação de profissionais para codificação de causa básica de morte e qualificação para análise de situação de saúde com foco na mortalidade infantil;

- IV) criar condições para a lotação e fixação dos profissionais de saúde nos municípios, mediante estratégias para fixação dos profissionais de saúde nos municípios do interior;
- V) aprimorar os sistemas de informação de mortalidade e nascidos vivos mediante estratégias para o aumento da cobertura e qualidade do SIM e Sinasc objetivando o cálculo direto da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), implantação do formulário “Autopsia Verbal” objetivando o esclarecimento da causa dos óbitos maternos e infantis nos óbitos com causa mal definida, preenchimento pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de planilhas com identificação de usuários sem Declaração de Nascimento ou Declaração de Óbito;
- VI) estruturar as ações de vigilância epidemiológica dos óbitos maternos, fetais e infantis na Secretaria Estadual de Saúde, e utilizar o monitoramento contínuo da ocorrência de óbitos maternos e infantis no estado e nos municípios;
- VII) promover ações de controle social, mobilização social e comunicação, visando a uma atenção qualificada para as gestantes e os recém-nascidos, com especial atenção para a primeira semana de vida das crianças residentes no estado.

### **CLÁUSULA TERCEIRA – DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DA UNIÃO**

- I) Normatização das ações no âmbito federal, através de portarias, e elaboração de protocolos;
- II) Disponibilização de instrumentos e ferramentas adequadas para o alcance das metas de redução da mortalidade infantil;
- III) Apoio financeiro, dentro das capacidades orçamentárias, aos estados e municípios, na realização das ações de redução da mortalidade infantil;
- IV) Monitorar o desempenho dos estados e municípios prioritários.

### **CLÁUSULA QUARTA – DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES DO ESTADO**

- I) Normatização das ações no âmbito do estado através de portarias e elaboração de protocolos;
- II) Disponibilização para os municípios instrumentos e ferramentas adequadas para o alcance das metas de redução da mortalidade infantil;
- III) Executar ações de redução da mortalidade infantil no âmbito dos serviços de saúde, sob a sua gerência;
- IV) Executar ações de redução da mortalidade infantil de forma compartilhada com os municípios, nos casos de baixa capacidade de execução das ações;

- V) Apoiar financeiramente os municípios, dentro das capacidades orçamentárias, na realização das ações de redução da mortalidade infantil;
- VI) Monitorar o desempenho dos municípios prioritários;
- VII) Coordenar o processo de Educação Permanente no âmbito do Estado.

E por estarem assim justos e de acordo, os partícipes firmam o presente instrumento.

Local,                      de                      de

Assinaturas:

## ANEXO C - Lista de Municípios Prioritários

Quadro 1 – Municípios prioritários (154) na redução da mortalidade infantil. Região Nordeste

Alagoas = 14	Bahia = 33	Ceará = 18	Paraíba = 21	Pernambuco = 26	Piauí = 24	Rio Grande do Norte = 9	Sergipe = 9
Maceió	Salvador	Fortaleza	João Pessoa	Recife	Teresina	Natal	Aracaju
Arapiraca	Feira de Santana	Juazeiro do Norte	Campina Grande	Jaboatão dos Guararapes	Parnaíba	Mossoró	Nossa Senhora do Socorro
Atalaia	Vitória da Conquista	Caucaia	Santa Rita	Petrolina	Picos	Parnamirim	Lagarto
Penedo	Juazeiro	Sobral	Patos	Olinda	Piripiri	Caicó	São Cristóvão
Palmeira dos Índios	Itabuna	Maracanaú	Bayeux	Caruaru	Barras	Ceará-Mirim	Itabaiana
Coruripe	Ilhéus	Itapipoca	Sapé	Garanhuns	Esperantina	Macaíba	Estância
Santana do Ipanema	Camaçari	Crato	Mamanguape	Paulista	Miguel Alves	Currais Novos	Capela
São Luís do Quitunde	Jequié	Tianguá	Cajazeiras	Arapirina	Pedro II	São Gonçalo do Amarante	Glória
União dos Palmares	Porto Seguro	Crateús	Monteiro	Cabo de Santo Agostinho	União	Pau dos Ferros	Propriá
Delmiro Gouveia	Barreiras	Icó	Guarabira	Serra Talhada	Altos		
Rio Largo	Paulo Afonso	Iguatu	Sousa	Buíque	Piracuruca		
Joaquim Gomes	Lauro de Freitas	Camocim	Cabedelo	Vitória de Santo Antão	Bom Jesus		
Marechal Deodoro	Alagoinhas	Quixadá	Queimadas	Belo Jardim	José de Freitas		
Teotônio Vilela	Eunápolis	Granja	Esperança	Arcoverde	Cocal		
	Simões Filho	São Benedito	Areia	Pesqueira	Castelo do Piauí		
	Teixeira de Freitas	Viçosa do Ceará	Alagoinha Grande	Ouricuri	Batalha		
	Itamaraju	Canindé	Princesa Isabel	Palmares	Luzilândia		
	Bom Jesus da Lapa	Barbalha	Taperoá	Camaragibe	Florianópolis		
	Valença		Itabaiana	Ipojuca	Corrente		
	Senhor do Bonfim		Alhandra	Santa Cruz do Capibaribe	São João do Piauí		
	Casa Nova		Juazeirinho	Salgueiro	São Raimundo Nonato		
	Itapetinga			Timbaúba	Valença do Piauí		
	Santo Antônio de Jesus			Bom Conselho	Oeiras		
	Jacobina			São Bento do Una	Paulistana		
	Itaberaba			Escada			
	Jaguaquara			São Lourenço da Mata			
	Ribeira do Pombal						
	Santo Amaro						
	Dias d'Ávila						
	Guanambi						
	Santa Maria da Vitória						
	Irecê						
	Serrinha						

Quadro 2 – Municípios prioritários (102) na redução da mortalidade infantil. Amazônia Legal

Roraima = 2	Amapá = 2	Acre = 3	Tocantins = 13	Rondônia = 4	Amazonas = 12	Pará = 15	Mato Grosso = 12	Maranhão = 38
Boa Vista	Macapá	Rio Branco	Palmas	Porto Velho	Manaus	Belém	Cuiabá	São Luís
Uiramutã	Santana	Cruzeiro do Sul	Araguaína	Ji-Paraná	Boca do Acre	Ananindeua	Várzea Grande	Imperatriz
		Brasiléia	Gurupi	Ariquemes	Borba	Marabá	Rondonópolis	Caxias
		Tarauacá	Porto Nacional	Cacoal	Coarí	Santarém	Cáceres	Codó
			Colinas do Tocantins		Itacoatiara	Parauapebas	Sinop	Timon
			Paraíso do Tocantins		Manacapuru	Itaituba	Barra do Garças	Açailândia
			Miracema do Tocantins		Maués	Altamira	Tangará da Serra	Bacabal
			Tocantinópolis		Parintins	Abaetetuba	Alta Floresta	Barra do Corda
			Augustinópolis		São Gabriel da Cachoeira	Paragominas	Juína	São José de Ribamar
			Araguatins		Tabatinga	Bragança	Poconé	Santa Inês
			Formoso do Araguaia		Tapauá	Castanhal	Sorriso	Chapadinha
			Dianópolis		Tefé	Cametá	Pontes e Lacerda	Santa Luzia
			Esperantina			Breves		Itapecuru Mirim
						Tucuruí		Coroatá
						Marituba		Coelho Neto
								Paço do Lumiar
								Vargem Grande
								Buriti
								Presidente Dutra
								Balsas
								Zé Doca
								Pinheiro
								Pedreiras
								Viana
								São João dos Patos
								Rosário
								Barreirinhas
								Estreito*
								Carolina*
								Porto Franco*
								Alcântara
								Raposa
								Gururupu
								Gov. Nunes Freire
								Lago da Pedra
								Colinas
								Tuntum
								Grajaú

## **ANEXO D - Portaria MS/GM nº 364, de 19 de fevereiro de 2009**

PORTARIA MS/GM Nº 364, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2009 – Constitui o grupo de trabalho do Ministério da Saúde no monitoramento e avaliação do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal

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, e

Considerando a importância de se dar prioridade à política de redução da mortalidade infantil junto aos estados que compõem a Amazônia Legal e Região Nordeste;

Considerando a meta de redução da mortalidade infantil de 5% ao ano, para os anos de 2009 e 2010, com foco no componente neonatal (0 a 27 dias de vida);

Considerando a necessidade de expansão e de qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto, ao recém-nascido e a puérpera; e

Considerando a necessidade de qualificação dos recursos humanos e de melhoria do Sistema de Informação de Mortalidade e Nascidos Vivos, entre outras ações e medidas legais, resolve:

Art. 1º Constituir Grupo Ministerial com a finalidade de elaborar plano de ação em parceria com os gestores do SUS, visando a redução da mortalidade infantil nos estados que compõem a Amazônia Legal e Região Nordeste, bem como monitorar e avaliar a implementação das ações propostas.

Art. 2º Designar, para compor este Grupo Ministerial, os representantes a seguir relacionados:

I – Secretaria-Executiva (SE)

a) titular: Márcia Bassit Lameiro da Costa Mazzoli;

b) suplente: Lúcia de Fátima Nascimento de Queiroz;

II – Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)

a) titular: Gerson Oliveira Penna;

b) suplente: Otaliba Libânio de Moraes Neto;

III – Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)

a) titular: Alberto Beltrame;

b) suplente: Karla Larica Wanderley;

IV – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

a) titular: Francisco Eduardo de Campos;

b) suplente: Maria Helena Machado de Souza;

V – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP)

a) titular: Antônio Alves de Souza;

b) suplente: Maria Natividade Gomes da Silva Teixeira Santana;

VI – Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE)

a) titular: Reinaldo Felipe Nery Guimarães;

b) suplente: Zich Moysés Júnior; e

VII – Assessoria Especial do Gabinete do Ministro (GM)

a) titular: Adson Roberto França dos Santos.

Art. 3º A Coordenação técnica do Grupo ficará a cargo do representante da Assessoria Especial do Gabinete do Ministro.

Art. 4º O Grupo poderá, caso necessário, convidar técnicos das Secretarias e órgãos do Ministério da Saúde, bem como de entidades que atuam na área de saúde pública com a finalidade de prestar assessoria a atividades específicas e participar de reuniões.

Parágrafo único. A participação no Grupo é considerada atividade de relevante interesse público e não será remunerada.

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

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

## ANEXO E - Relação das Oficinas de Trabalho entre Gestores Federais, Estaduais e Municipais e suas Equipes Dirigentes por UF para Construção do Plano Estadual

17 Oficinas estaduais para conclusão dos planos operativos

Maio		Junho		Julho	
18/05	PB	05/06	RN	02/07	AP
19/05	PI	08/06	MA		
20/05	AM	10/06	PE		
22/05	AC	15/06	AL		
25/05	MT	22/06	RO		
26/05	TO	22/06	RR		
28/05	SE	24/06	CE		
29/05	BA	30/06	PA		



## **ANEXO F - Relação dos Interlocutores Dirigentes do MS para o PRMI**

Lena Peres: RR e CE

Adail de Almeida Rollo: PE, PI e RN

Otaliba Libânio: TO, RO e SE

Vera Barea: AP, PA e AL

André Luis Bonifácio: AC, MT e BA

Elizabeth Wartschow: AM, PB e MA

## ANEXO G - Relação dos Coordenadores Estaduais do PRMI

<b>PB</b>	Contato: Juliana S. Soares Fones: (83) 3218-7442/9121-9330 E-mail: jusousasoes1@yahoo.com.br
<b>PI</b>	Contato: Christianne Macêdo da Rocha Leal Fones: (86)8802-4187/ (86) 3216-3122 E-mail: samuestadopi@hotmail.com
<b>AM</b>	Contato: Maristela Alecrim/ Katherine Fones: (92) 8122-2985/ 3643-6352 – Katherine: 92 9902-6442 E-mail: dabe@saude.am.gov.br /mristelaolazar@ibest.com.br
<b>AC</b>	Contato: Gerlivia Fones: (68) 9971-3126 /3223-8295/84012461 E-mail: maria.gerlivia@ac.gov.br ou marly.lima@ac.gov.br
<b>MT</b>	Contato: Valdelirio Venites Fones: (65) 3613-2323 E-mail: valdeliriovenites@ses.mt.gov.br
<b>TO</b>	Contato: Liana Bacelar Fones: (63) 9202-8937 E-mail: lianabacelar@bol.com.br
<b>SE</b>	Contatos: Dr. Rogério ou Aline Fones: (79) 3234-9580 / 8824-1873 / 8822-3131 E-mail: rogerio.carvalho@saude.se.gov.br ou aline.melo@saude.se.gov.br
<b>BA</b>	Contato: Débora Fones: (71) 3115-4284 / 3115-8390 / 9971-7819 E-mail: debora.carmo@saude.ba.gov.br / dgc.diretoria@gmail.com
<b>RN</b>	Contato: Celeste Fones: (84) 3232-2587/ 8839-8455 E-mail: celestemrm@gmail.com / cps@rn.gov.br
<b>MA</b>	Contato: Silvia Maria Costa Amorim Fones: (98)3218-8710 / 9606-0851 E-mail: silvia_amorim.amorim@hotmail.com
<b>PE</b>	Contato: Adriana da Silva Baltar Fones: (81) 3181-6471 E-mail: adriana-baltar@yahoo.com.br
<b>AL</b>	Contato: Sandra Canuto Fones: (82) 8833-4102/ 3315-1109 E-mail: sandravig@saude.al.gov.br
<b>RO</b>	Contato: Cristina Mabel do Nascimento Fones: (69) 3216-7388 E-mail: cris-mabel@hotmail.com
<b>RR</b>	Contato: Valentina de Araújo Vieira (Coord. Estadual de Ações Programáticas de Saúde da Criança) Fones: (95)2121-0531 / 9114-1581 E-mail: valentinna@bol.com.br
<b>CE</b>	Contato: Dra. Vera Coelho (secretária Sandra) Fones: (85) 3101-5177/ 8732-2019 E-mail: veram@saude.ce.gov.br / cleide@saude.ce.gov.br
<b>AP</b>	Contato: Ellen Maria Holanda Farias (Gerente Estadual de Atenção Básica) Fones: (96) 3312-1534 / 9902-9312 E-mail: fariasellen@hotmail.com/ atencaobasicasesa@hotmail.com
<b>PA</b>	Contatos: Ana Cristina Álvares Guzzo (Coordenadora da Saúde da Criança da SESPA) Fones: (91) 81161452 /3241-6984 E-mail: ana.cristina.guzzo@gmail.com/ dagp@crianca@yahoo.com.br

## **ANEXO H - Síntese da Relatoria da Reunião de Monitoramento do PRMI de 2009**

Oficina do Ministério da Saúde para o monitoramento das ações do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal

Relatório Consolidado

Período: 26 e 27 de agosto de 2009

Local: Brasília/DF

### **Participantes**

- Ministério da Saúde: SGTES, SVS, SAS, SGEP, SCTIE, Funasa.
- Coordenadores dos Planos Estaduais do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil: AC, AL, AM, AP, BA, CE, MA, MT, PA, PB, PE, PI, RN, RO, RR, SE, TO.
- Opas: representante da Unidade Técnica de Políticas de Recursos Humanos em Saúde.

### **Objetivos da Oficina**

- Apresentar e discutir o Plano de Ação elaborado pelo Ministério da Saúde para a redução da mortalidade infantil no Nordeste e na Amazônia Legal.
- Analisar os Planos de Ação Estaduais, a fim de compartilhar e sistematizar esforços e conhecimentos para o alcance dos objetivos do Pacto.

### **Desenvolvimento da oficina de trabalho**

O desenvolvimento da oficina teve como estratégia a organização de mesas-redondas para apresentação das ações desenvolvidas pelas Secretarias do MS e pela Funasa; debates em pequenos grupos e discussões em plenária. A metodologia utilizada foi construída de forma integrada, com participação de todas as Secretarias do MS.

O dia 27/08 foi inteiramente dedicado às discussões em pequenos grupos.

### **Abertura**

As autoridades que compuseram a mesa de Abertura da Oficina destacaram o importante papel da gestão federal de articular, de forma integrada, o acompanhamento aos estados, ressaltando que a redução da mortalidade infantil requer ações que transcendem ao Ministério da Saúde. Nesse sentido, torna-se fundamental ao setor consolidar alianças que possibilitem superar um dos maiores problemas sociais do País: a iniquidade.

Outro destaque foi em relação ao preparo dos profissionais de saúde (técnicos de nível médio e superior) que atuam diretamente no cuidado e na assistência ao pré-natal, ao parto e à neonatologia: a formação desses profissionais deve incorporar saberes e transversalidades, de forma integrada. Nesse particular, a SGTES assume liderança e suas ações incluem: articular a formação promovendo a integração de conteúdos; buscar reduzir a fragmentação

das ações de qualificação propostas pelas Secretarias do MS; envolver entidades (Conselhos e Associações de Categorias Profissionais, Federações, Sindicatos, outras) e demais atores, nas discussões e definições sobre as ações de educação profissional.

Na perspectiva de alcançar as metas estabelecidas pelo Plano de Ação do Ministério da Saúde foi salientado, ainda, um grande objetivo a ser alcançado: a integração entre os vários Programas e Projetos desenvolvidos pelas Secretarias do MS como questão essencial da regulação sob a ótica de redes temáticas. Assim, destacou-se ser impossível cuidar da mortalidade infantil sem cuidar do pré-natal, da urgência e da emergência; sem melhorar e adequar as condições do SAMU; sem qualificar a atenção básica para cuidados pré e pós-natal.

Foi grande o destaque dado à necessidade de construção da rede de cuidado para a mulher e criança, sendo este um problema a ser enfrentado pela gestão do SUS.

Houve também, durante as apresentações da mesa de abertura, destaque para a necessidade de qualificar os gestores municipais, levando-se em conta a perspectiva do tempo: os gestores municipais têm quatro anos para implementar ações integradas para a redução da mortalidade infantil; e o Ministério da Saúde deve apresentar propostas cabíveis nesse tempo. Assim, às Secretarias do Ministério da Saúde cabe planejar e agir na perspectiva de rede, pacto, articulação, foco e objetividade; na perspectiva de prazos, considerando todos os limites, principalmente o do tempo.

### **Apresentação da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS**

A SAS apresentou as ações que estão sendo propostas e ou desenvolvidas, salientando a importância das mesmas relativamente à sua especificidade e ao seu potencial de integração com as iniciativas das demais Secretarias do MS.

Em relação ao Departamento de Atenção Básica (DAB), por exemplo, foi salientado que um aumento de 10% das equipes de saúde da família reduz em 4,6% a mortalidade infantil. Atualmente estão implantados quase 700 núcleos de apoio à saúde da família (Nasf) estando prevista, também, a criação de núcleos intermunicipais.

As seguintes ações, em andamento, foram apontadas pelo DAB: articulação com a SG-TES (Telessaúde, Una-SUS, Escolas Técnicas do SUS, EAD) e com as demais áreas técnicas da SAS para discussão do processo de qualificação das equipes de saúde da família para atendimento do pré-natal; elaboração dos Cadernos de Atenção Básica da Criança e da Mulher; articulação do Projeto *Avaliação para Melhoria da Qualidade* com o *Pacto de Redução da Mortalidade*; introdução, no novo sistema de informação da Saúde da Família, de fatores de risco para a criança e a gestante; apoio à expansão das equipes de saúde da família e dos Nasf nos municípios prioritários.

As ações relacionadas à humanização do parto e do nascimento estão focadas em apoiar as equipes das maternidades na experimentação de dispositivos de humanização, tais como: espaços coletivos de fala e escuta; acolhimento com classificação de risco; ambiência e ampliação da inserção das maternidades na rede locorregional de saúde, sobretudo com as equipes de saúde da família.

Principais desafios apontados: enfrentamento do “núcleo duro” dos processos de trabalho; constituição e alinhamento conceitual e metodológico da equipe de apoiadores; provisão de recursos (em especial, os financeiros) para execução das atividades.

A Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação (DRAC/SAS), para cumprir o objetivo de apoiar tecnicamente a estruturação e o fortalecimento do processo de regulação, com prioridade para a organização de fluxos referentes à assistência obstétrica e neonatal, desenvolve as seguintes ações: fortalecimento das áreas de regulação assistencial, controle e avaliação; elaboração de fluxos assistenciais de referência para a atenção obstétrica e neonatal, a partir da atenção primária; elaboração e implantação de protocolos clínicos e diretrizes de regulação. Encaminhamento apontado: estabelecer agenda com os estados para reestruturar o processo de regulação, priorizando a assistência obstétrica e neonatal.

### **Questões debatidas em relação às apresentações anteriores**

- Escassez de leitos de UTI neonatal e de profissionais com formação nessa área.
- 56% das vagas de pediatria, no país, estão desocupadas: foi informado que a Portaria MS/GM nº 3.432/98 prevê a ampliação do número de leitos na UTI neonatal. Quanto à escassez de profissionais, foi informado que a Comissão Nacional de Residência Médica propôs a abertura de vagas em residência em pediatria e outras áreas prioritárias e que será publicada uma portaria para regulamentar esse assunto.
- Ampliação das equipes de saúde da família: necessidade de mapear vazios sanitários para planejar a expansão.
- Expansão do SAMU integrada ao complexo regulador: importância do financiamento estadual.
- Necessidade de o complexo regulador contemplar a central de urgência integrada ao SAMU.
- Necessidade de fortalecer as instâncias de cogestão e de participação no SUS: fortalecimento das câmaras técnicas.
- Estratégia do ALSO (Advanced Life Supports in Obstetrics): 1.000 vagas para todo o Brasil, com perspectiva de que o profissional formado seja multiplicador do processo. Foi informado que, no caso da enfermagem, os profissionais capacitados pelo ALSO serão instrutores nos módulos de capacitação dos profissionais de nível médio.

### **Apresentação da Fundação Nacional de Saúde – Funasa**

Foi apresentado um panorama da situação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: localização geográfica; a organização e o modelo assistencial adotado; distribuição da população indígena por Dsei (2007); distribuição da população indígena por estado e região (2008).

Também foi apresentada uma série histórica da taxa de mortalidade infantil em populações indígenas no Brasil e regiões Norte e Nordeste, entre os anos 2000 e 2007. No Brasil, houve redução de 74,63 para 46,86% por mil nascidos vivos; na Região Norte, de 62,29 para 57,59%; e na Região Nordeste, de 76,63 para 33,32%.

As seguintes ações prioritárias, visando à redução da mortalidade infantil nas populações indígenas, foram citadas: elaboração de diretrizes para a atenção integral à saúde

materno-infantil; fortalecimento do acompanhamento nutricional pelo Sisvan I, das crianças e gestantes; qualificação da vigilância alimentar e nutricional; implementação da “Rede Amamenta” nos Dsei; treinamento em AIDPI das equipes multiprofissionais de saúde indígena; imunização; investigação dos óbitos infantis e fetais indígenas.

Também foram apontadas algumas questões importantes a serem consideradas: necessidade de integração das ações, o que requer o apoio dos municípios; garantia do pré-natal para todas as gestantes, com implantação do teste HIV e sífilis; sensibilização dos profissionais médicos para priorização do incentivo ao aleitamento materno; necessidade de incorporação de profissionais de outras áreas para dar continuidade a outros projetos, tais como o da agricultura familiar; necessidade de maior interação com o trabalho do pajé, promovendo ações educativas que o instrumentalizem para o reconhecimento de sinais e sintomas de risco.

### **Apresentação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES**

As metas de qualificação profissional definidas para a SGTES até 2010 incluem, na área da assistência: qualificar equipes locais de saúde da família; qualificar pediatras, neonatologistas e obstetras das maternidades e UTI/UCI neonatais; e qualificar profissionais envolvidos no transporte e atendimento pré-hospitalar. Também incluem qualificação para trabalhadores da área de informação (capacitação de profissionais dos estados da Amazônia Legal e do Nordeste para utilização dos sistemas de informação, análise de situação de saúde e vigilância epidemiológica de óbitos).

Em relação à qualificação voltada para trabalhadores da assistência foram apontadas as seguintes dificuldades: limitada capacidade de identificação e de atenção/assistência às grávidas e aos recém-nascidos de risco; uso limitado das informações de vigilância na tomada de decisões de gestão.

Destaques apresentados:

- **Telessaúde:** estruturação de 300 pontos nos estados do Nordeste e Amazônia Legal, assim distribuídos: 100 pontos no CE; 100 pontos em PE e 100 pontos no AM. A meta de ampliação é atingir mais 786 pontos no NE (PI: 201; RN: 46; PB: 294; AL: 144; SE: 42; BA: 59) e mais 444 pontos na Amazônia Legal (RO: 8; AC: 28; RR: 14; PA: 104; AP: 1; TO: 28; MT: 24; MA: 237).
- **UNA-SUS:** desenvolvimento de ações educacionais junto à (i) Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) sobre os temas: assistência perinatal; uso de corticoide em trabalho de parto precoce; sala de parto (organização, infraestrutura mínima para atendimento, planejamento, equipe da sala de parto, materiais necessários para atendimento ao recém-nascido e à gestante); gestante de risco; (ii) Universidade Federal de Minas Gerais/Parceiros: curso com carga horária de 40 horas sobre Hipertensão Arterial Sistêmica na Gravidez: abordagem nas urgências (quatro unidades didáticas, sendo que duas já estão elaboradas). Processos em andamento junto à FMUSP, com meta de conclusão até setembro/outubro de 2009: elaboração de ações educacionais em relação aos temas: exame físico do RN; identificação do RN de risco; infecções congênitas e adquiridas; vacinação obrigatória no berçário; orientações básicas para a alta do RN. Também estão sendo elaborados pela FMUSP três cursos com carga horária

de 20 horas cada um sobre: (a) aleitamento materno; (b) reanimação neonatal e (c) identificação da gestante de alto risco.

- **Educação profissional técnica:** realização de oficina de trabalho com docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP e técnicos do DEGES, DAB e DAPES, no período de 27 a 30 de julho/09, para elaboração das matrizes de referência para organização dos cursos para auxiliares e técnicos de enfermagem que atuam na rede básica, na maternidade e na UTI neonatal, bem como para agentes comunitários de saúde. A elaboração dessas matrizes foi precedida pela identificação das competências profissionais que devem ser desenvolvidas por esses trabalhadores, etapa fundamental para subsidiar a elaboração dos currículos e planos de curso.

Finalmente, a SGTES/DEGES apresentou as seguintes ações que estão em andamento:

- (i) compra de equipamentos para instalação de 1.263 pontos do Telessaúde; (ii) elaboração de módulos para capacitação dos profissionais de saúde: equipes de saúde da família e núcleos de apoio; trabalhadores que atuam nas maternidades, nas UTI e UCI neonatais e no SAMU (foi informado que o primeiro módulo para capacitação na área de neonatologia está elaborado); (iii) estabelecimento de cooperação técnica com o Centro Colaborador da Opas/OMS da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP para produção de cursos presenciais e mediados por tecnologias interativas na área de enfermagem obstétrica e neonatal; (iv) articulação com as Escolas Técnicas do SUS, com a Associação Brasileira de Enfermagem e com a Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras – nacional e subseções estaduais para a execução dos cursos para profissionais de nível médio da enfermagem; (v) mobilização das Comissões de Integração Ensino-Serviço e dos Coordenadores do Pró-Saúde e do PET-Saúde para articular a rede colaborativa de oferta de cursos e certificação dos profissionais de nível superior.

## **Apresentação da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS**

Houve destaque para a importância da função da vigilância em saúde, como papel indelegável do Estado, bem como da importância da gestão da informação como insumo estratégico para a definição de políticas de saúde. O eixo de ação 3 da SVS – Gestão da Informação – contempla: analisar a situação de saúde – mortalidade infantil no Nordeste e na Amazônia Legal; aprimorar os sistemas de informação SIM e Sinasc; desenvolver projeto de busca ativa de óbitos e nascimentos na Região Nordeste e na Amazônia Legal; criar o Portal da Mortalidade Infantil e Materna – Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde. O Portal objetiva possibilitar o monitoramento da mortalidade infantil e materna, apontando tendências e desigualdades, e o processo de vigilância dos óbitos infantis e maternos. Para tanto, foram contratados dois consultores, tanto para a criação do Portal quanto para a elaboração dos fluxos de dados do SIM para o Portal.

O eixo 4 – Vigilância de Óbitos – contempla: implantar a vigilância de óbitos infantis, fetais e maternos nos estados e em 100% dos municípios prioritários; realizar investigação de óbitos com causa mal definida; implantar comitês de óbitos infantis e maternos nos estados e em 100% dos municípios prioritários.

Em relação à vigilância dos óbitos, foram citadas as seguintes ações, já desenvolvidas: publicação da Portaria de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal, pactuada na CIT em 30 de julho de 2009; produção dos instrumentos de investigação e do Manual de Investigação dos



Óbitos; realização de duas oficinas de implantação e monitoramento da vigilância do óbito materno, fetal e infantil; elaboração de aplicativo web para inserção dos resultados da investigação dos óbitos infantis e fetais; elaboração de Manuais de Vigilância dos Óbitos Infantil, Fetal e Materno: “A declaração do óbito”; “Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno”; “Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e de controle e prevenção do óbito infantil e fetal”; “Manual para investigação do óbito com causa mal definida”.

Foram contratados 12 consultores para acompanhar e monitorar as ações do projeto, assim distribuídos: nove para a Região Nordeste e três para a Amazônia Legal. O grupo de monitoramento da SVS também está envolvido com as ações de monitoramento.

### **Apresentação da Secretaria-Executiva**

Foi apresentado um panorama das ações que estão sendo desenvolvidas pelo Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada, especialmente em relação ao Pacto pela Saúde que, em conjunto com outros instrumentos, é orientador da gestão do SUS.

Uma breve análise resgatou a relação entre o Pacto pela Saúde e o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal. Assim, considerando as três dimensões do Pacto pela Saúde (Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão) o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil situa-se como prioridade III do Pacto pela Vida.

Foram apresentados os objetivos, as metas e os indicadores (principais e complementares) dessa prioridade. Os indicadores principais, cuja pactuação é obrigatória, são: proporção de investigação de óbitos infantis; proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados; coeficiente de mortalidade pós-natal.

O Sistema de Informação do Pacto pela Saúde (Sispacto) foi rapidamente apresentado, demonstrando a importância dessa ferramenta para a gestão federal, estadual e municipal.

Dentre as diretrizes do Pacto de Gestão, foi destacada a regionalização, que tem grande importância na consolidação das ações, uma vez que, dentre outras, busca romper com a lógica política administrativa, respeitar as realidades locais, favorecer o planejamento e a organização da rede de serviços a partir das necessidades de saúde da população, descentralizar para as CIBs o processo de credenciamento de serviços, implantar os Colegiados de Gestão Regional (CGR). Destaque: quatro dos sete estados da Região Norte ainda não constituíram CGR (AC, AM, RR e PA).

Em relação à adesão municipal ao Termo de Compromisso de Gestão nas regiões Nordeste e Amazônia Legal, os municípios dos estados de TO, AC, PB, BA, PE, MA, AP, PA, PI e SE são os que menos aderiram, sendo que não há adesão de nenhum município dos quatro últimos estados assinalados (ST/CIT, agosto/2009).

Outros destaques mencionados: (i) Grupo de Trabalho de Monitoramento: responsável pelo processo de pactuação unificada de indicadores e pelo monitoramento da implantação de indicadores do Pacto pela Saúde; (ii) nove publicações com diretrizes políticas e operacionais para a implementação da Política Nacional de Saúde; uma publicação com a Coletânea Série Pactos pela Saúde 2006.

## **Apresentação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP**

A atuação dessa Secretaria em relação ao Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil refere-se ao Eixo VI e inclui as seguintes atividades:

- Implementar as ações da Política ParticipaSUS: até o final de outubro de 2009.
- Orientar a inclusão da temática da redução da mortalidade infantil nos processos de formação dos conselheiros: até dezembro de 2009.
- Apoiar a adesão dos estados e capitais da Região Nordeste e Amazônia Legal ao ouvidor SUS – nível I; e dos 238 municípios ao nível II: até dezembro de 2009.
- Incluir a temática da mortalidade infantil em todos os canais de comunicação disponíveis na ouvidoria: até dezembro de 2009.
- Implementar a Ouvidoria Estadual e a Ouvidoria Municipal, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais. Estão previstas para serem implementadas até dezembro de 2009.
- Verificar, nas auditorias realizadas na Região Nordeste e na Amazônia Legal, ações voltadas para a redução da mortalidade infantil.
- Apoiar a implantação do SNA do SUS na Região Nordeste e na Amazônia Legal.
- Identificar as necessidades de cooperação/apoio, tendo em vista os Termos de compromisso de Gestão dos estados da Amazônia Legal e da Região Nordeste: atividade ainda não iniciada.
- Garantir, em 100% das auditorias de gestão, ações voltadas à redução da mortalidade infantil.
- Apoiar 100% dos componentes estaduais e municipais do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, visando à meta estabelecida para a redução da mortalidade infantil.
- Estimular a adesão ao Pacto pela Saúde.
- Apoiar estados e municípios para inclusão de suas ações no Plano de Saúde e inclusão da avaliação dos resultados no Relatório de Gestão.
- Publicizar, no Painel de Indicadores do SUS, os resultados do monitoramento e avaliação das ações governamentais voltadas para a redução da mortalidade infantil, especialmente nas regiões prioritárias.

## **Apresentação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE**

Desenvolvendo o eixo VI – Produção de conhecimento e pesquisa, a SCTIE apresentou o quadro das pesquisas já financiadas, entre 2003 e 2008, em estados participantes do Pacto pela Redução da Mortalidade. São eles: PE, PB (duas pesquisas financiadas), SE, AL, (duas pesquisas financiadas), RN, CE (duas pesquisas financiadas), PI, MA, AM e PA.

O número de pesquisas desenvolvidas é considerado baixo, sendo de caráter estadual e oriundas do Programa *Pesquisa para o SUS*.

Foi levantada a possibilidade de, a depender da existência de recursos, ser publicado um edital específico para o tema da mortalidade infantil.

Questões debatidas em relação às apresentações anteriores.

- Importância do desenvolvimento das ações propostas pelo pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e na Amazônia Legal na perspectiva do território, ou seja, a partir de uma visão integrada do território.
- Necessidade fundamental de qualificar os gestores, que na sua maioria não tem clareza sobre a importância do fortalecimento da atenção básica.
- Reconhecer e utilizar a AMQ (Avaliação para a Melhoria da Qualidade) como instrumento de organização da atenção básica.
- Importância de considerar a precarização dos vínculos como um fator que dificulta a expansão da atenção básica.
- Necessidade de debater a questão dos vínculos com as câmaras técnicas e com os colegiados de gestão – como essa discussão está sendo encaminhada nessas instâncias?
- Problemas relacionados à rotatividade de profissionais, segundo a lógica dos gestores.
- Grande dificuldade para acessar dados sobre a mortalidade infantil e materna. Quando os dados são obtidos, há grande dificuldade para compreendê-los devido à desarticulação entre os sistemas de informação (BA).
- Necessidade de estabelecer integração entre os sistemas de informação e facilitar o acesso aos dados relativos à população indígena (BA).
- Existência de indicadores de mortalidade infantil e materna diferenciados nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – necessidade de integrar esses indicadores.
- Informação de que, em alguns municípios, está em curso a construção de um pacto de notificação entre o chefe da Dsei e o gestor municipal.
- Funasa: dificuldade na qualificação dos dados, que são registrados de duas formas: por meio do Siasi (que é um sistema antigo) e das planilhas do Excel. Os municípios poderão solicitar diretamente à Funasa permissão para acessar os dados.
- SCTIE: execução da pesquisa sobre alimentação e nutrição indígena. Há dificuldades para a obtenção dos dados porque o IBGE não tem acesso às aldeias.
- SGES/DEGES: informa a existência do curso de Capacitação de Gestores e que os estados da Bahia e Ceará já pactuaram a realização desse curso. Salienta que a qualificação não é suficiente, pois nem sempre os processos de trabalho acolhem as mudanças propostas na formação. Há uma articulação entre a Rede Norte e Nordeste de Saúde Perinatal para promover um curso para gestor/administrador de hospitais/maternidades. Em relação à rotatividade de profissionais e vínculos precários, sugere o apoio da SGEP, a fim de ampliarem-se os processos de cogestão e de participação popular. Está em processo de discussão política, o plano da carreira civil para médicos e enfermeiros atuarem em áreas de difícil acesso.

### **Discussões em pequenos grupos**

No dia 27 de agosto, os participantes se reuniram em pequenos grupos para discussão e troca de experiências. Foram destacadas as maiores dificuldades encontradas pelos estados na implementação das ações do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil e as alternativas que estão sendo desenvolvidas para superá-las.

Os resultados das discussões dos grupos foram apresentados em plenária, porém não foram disponibilizados para consolidação nesse relatório.

## **Conclusões e recomendações**

Os grandes destaques dados à realização da oficina foram: oportunidade de troca de experiências, riqueza das discussões e entusiasmo dos participantes/atores envolvidos com a defesa da vida.

Na plenária final, as principais recomendações/sugestões são listadas a seguir:

- Importância de promover discussões sobre a gestão do trabalho nas maternidades, uma vez que é nesse espaço onde ocorre o maior número de mortes infantis e maternas.
- Necessidade de ampliar as equipes de trabalho, mas sem perder de vista a necessária qualificação dos profissionais que já estão nos serviços.
- Importância de reordenar os recursos existentes, buscando sinergia entre as ações.
- Possibilidade de, a partir da experiência de organização da unidade de cuidados progressivos ao paciente grave, organizar a atenção neonatal.
- Importância e necessidade de manter atualizados (semanalmente) os dados sobre a mortalidade infantil e disponibilizar essa informação para o gestor municipal.
- Importância de alimentar os sistemas de informação, especialmente o SIM, e promover a circulação das informações para todas as esferas de governo.
- Importância da articulação com os gestores locais a fim de diminuir as dificuldades para a implementação das ações do pacto.
- Importância do envolvimento das universidades, no sentido de adequarem a formação profissional às necessidades e demandas do SUS.
- Importância do papel regulador do SUS na formação profissional: ordenação da formação.
- Necessidade de enfrentamento dos nós críticos relacionados à formação, vínculo e fixação dos profissionais de saúde.

## ANEXO I - Síntese da Relatoria da Reunião de Avaliação do PRMI – 2010

Considerando o Compromisso pela Redução das Desigualdades Regionais no Nordeste e na Amazônia Legal<sup>1</sup>, previsto para os anos de 2009 e 2010, o Ministério da Saúde, enquanto gestor federal responsável pela coordenação geral do componente da Redução da Mortalidade Infantil, promoveu no dia 23 de novembro de 2010, em Brasília, a Reunião de Avaliação da Implementação do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal (PRMI).

Foram convidados os Secretários Estaduais de Saúde, Secretários Municipais de Saúde da Capital, os Presidentes do Cosems e o Coordenador Estadual do PRMI das 17 UF, além dos dirigentes e técnicos do Ministério da Saúde envolvidos diretamente com as ações do PRMI.

**Metodologia:** Painel de apresentações, trabalhos de grupo e plenária. As Unidades Federadas serão distribuídas em três grupos. Cada grupo contará com um facilitador definido previamente, além de um relator definido entre os representantes do estado ou município.

Na primeira parte da Reunião houve uma breve apresentação do MS a respeito das ações desenvolvidas no âmbito da gestão federal no apoio à implementação do PRMI, dirigentes da SAS, SVS, SGTES, SGEP e SESAI apresentaram suas principais atuações e resultados alcançados.

A segunda parte foi dedicada aos trabalhos de grupo e plenária. Os estados foram distribuídos em três grupos, compostos por, no máximo, seis estados com representantes da SES, SMS e Cosems.

O objetivo principal deste grupo foi permitir a troca de experiências entre os participantes, assim como destacar as principais estratégias de continuidade em prol da Redução da Mortalidade Infantil nas regiões.

Os trabalhos de grupo foram orientados pelas perguntas norteadoras enviadas previamente aos participantes para apresentação no pequeno grupo em 10 minutos, por UF.

**Perguntas Norteadoras para elaboração das falas dos estados nos pequenos grupos:**

- Como foi o processo de implementação do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no seu estado? Aponte até três aspectos facilitadores e até três aspectos dificultadores.
- Do ponto de vista da gestão estadual e da gestão municipal, quais as estratégias viáveis e propositivas a curto, médio e longo prazo, para a continuidade da Redução da Mortalidade Infantil na Região Nordeste e na Amazônia Legal?

Ao final do trabalho de grupo foram destacados os pontos centrais a serem apresentados na plenária pelo relator indicado pelo grupo.

<sup>1</sup> Componentes do Compromisso da Redução das Desigualdades Regionais: redução da mortalidade infantil, fomento à agricultura familiar; redução do analfabetismo de adultos e aumento do registro civil de nascimento.

## **PROGRAMAÇÃO**

8h30 – 9h

Credenciamento

9h – 9h30

Mesa de Abertura

MS, Conass e Conasems

Sociedades Científicas

9h30 – 9h45

Apresentação da Metodologia da Oficina

9h45 – 12h30

Painel de Apresentação das principais ações desenvolvidas na implementação do Pacto para a Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal.

14h – 16h

Trabalhos de Grupo

Grupo 1 – PE, PI, RN, CE, RR. Facilitador MS: Coordenadora da Área Técnica da Saúde da Mulher/DAPES: Thereza De Lamare

Grupo 2 – AC, BA, MT, AP, PA, AL. Facilitador Conass: Assessora Técnica Eliana Dourado

Grupo 3 – AM, MA, PB, RO, SE, TO. Facilitador Conasems: Assessor Técnico Rodrigo Cesar Faleiro de Lacerda

16h30 – 17h30: Plenária

Mesa de Coordenação da Plenária

17h30 – 18h: Mesa de Encerramento

MS, Conass e Conasems

18h: Coquetel de confraternização

## **DESENVOLVIMENTO DA REUNIÃO**

Apresentação do balanço das ações do PRMI segundo o gestor federal:

### **Apresentação dos avanços do Pacto pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS):**

Eixo I – Qualificação da atenção ao pré-natal, parto e recém-nascido: foram trabalhadas 15 ações estratégicas no período de 2009–2010: A análise dos trabalhos sob o gerenciamento da SAS destacou duas importantes dimensões que se complementam durante o processo de implementação do PRMI:

**1) Ampliação e fortalecimento da capacidade instalada local** para garantia do acesso por meio dos recursos financeiros e técnicos: aquisição de equipamentos, qualificação dos profissionais e ofertas de cooperação técnica no âmbito da atenção e vigilância e no âmbito da gestão estratégica e participativa.

- » Foram investidos muitos esforços técnicos, logísticos e financeiros. A priorização de uma imagem-objetivo comum a todas as áreas do MS facilitou várias tomadas de decisão. Em termos financeiros: Aproximadamente R\$295.000.000,00 distribuídos entre as ações diretamente vinculadas à assistência.
- » *No âmbito da gestão dos processos a SAS organizou o Grupo Integrado da SAS no PRMI.* Com participação de todas as áreas técnicas envolvidas: DAB, DAE (CGUE e CGHOSP), DRAC, PNH, ATSC, ATSM. O Departamento assumiu a coordenação do grupo A Saúde da Mulher e Saúde da Criança. Seu principal objetivo foi facilitar a integração das ações das áreas técnicas, permitir a análise coletiva das ações em desenvolvimento, assim como identificar estratégias de superação para as dificuldades encontradas.

**2) Apoio à reorganização dos processos de trabalho** para garantia da resolubilidade das ações de atenção obstétrica e neonatal: construção do Projeto de Qualificação da Atenção Obstétrica e Neonatal nas Maternidades Prioritárias.

## **Apresentação dos avanços do Pacto pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DEGES/SGTES/MS).**

### **EIXO II – Educação na Saúde – AÇÕES DE QUALIFICAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE**

#### **A – Nível Médio**

ACS – 60 horas

Auxiliares e Técnicos de Enfermagem

Curso de Aperfeiçoamento para Agentes Comunitários de Saúde

- Eixo trabalhado:
  - » Ações de promoção da saúde voltadas para a mulher no período gravídico puerperal, ao recém-nascido e aos familiares na comunidade, buscando prevenir riscos ou agravos à saúde.

Curso de Aperfeiçoamento para Auxiliares e Técnicos de Enfermagem que atuam na Atenção Básica

- Eixos trabalhados:
  - » Ações de enfermagem na linha de cuidado à mulher no período gravídico puerperal, ao recém-nascido e aos familiares na Atenção Primária à Saúde;
  - » Situações de urgência e emergência na linha de cuidado à mulher no período gravídico puerperal, ao recém-nascido e aos familiares na Atenção Primária à Saúde;
  - » Ações de promoção, proteção e apoio na amamentação.



Curso de Aperfeiçoamento para Auxiliares e Técnicos de Enfermagem que atuam em maternidade

- Eixos trabalhados:
  - » Síndromes hipertensivas e hemorrágicas no ciclo gravídico puerperal;
  - » Infecções obstétricas no ciclo gravídico puerperal;
  - » Urgências e emergências do recém-nascido no processo de nascimento;
  - » Puerpério e amamentação.

Curso de Aperfeiçoamento para Auxiliares e Técnicos de Enfermagem que atuam em UTI-Neonatal

- Eixos trabalhados:
  - » Admissão do recém-nascido (RN) de risco na UTIN;
  - » Cuidado desenvolvimental e humanizado ao recém-nascido de risco e sua família na UTIN;
  - » Monitorização do RN de risco em UTIN;
  - » Problemas respiratórios e oxigenoterapia do RN de risco;
  - » Terapia intravenosa em RN de risco;
  - » Alimentação e aleitamento materno.

## B – Nível Superior

- Ações Pró-Saúde e PET-Saúde
  - » Inclusão dos estudantes nos cenários de prática, contribuindo com o atendimento pré e pós-natal, bem como inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino;
  - » Acompanhamento dos projetos por meio de visitas *in loco*;
  - » Nos estados que compõem a Amazônia Legal e na Região Nordeste há proposta de trabalho conjunto com a Comissão Gestora Local (docentes, discentes, gestores, profissionais dos serviços e representantes dos Conselhos de Saúde) na implementação das ações do Pacto-RMI.
- Especializações: UNA-SUS – valor disponibilizado à Instituição para implementação de cursos: elaboração dos objetos de aprendizagem, que ficarão disponibilizados no acervo colaborativo da UNA-SUS e *site* da Instituição, e para pagamento dos tutores. Desde 11/11/2010 são 6.350 alunos cursando Especialização em Saúde da Família.
- Telessaúde: Valor de cada Núcleo: R\$ 47.000,00; Valor de Ponto Telessaúde: R\$ 4.500,00. 11 dos 14 estados do Pacto-RMI, que não tinham ponto do Telessaúde, já receberam a visita da equipe técnica do DEGES/SGTES/MS: RN, PI, AL, MA, PB, TO, MT, RR, RO, AC, PA.

- » Os equipamentos adquiridos pelo Ministério da Saúde para implantação dos novos pontos (1.230) já estão sendo entregues aos estados.
- Residências

## **Apresentação dos avanços do Pacto pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP**

Eixo V – Fortalecimento do Controle Social, Mobilização e Comunicação

Ação 17. Fortalecimento da Gestão Estratégica e Participativa nos seus componentes.

Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa – ParticipaSUS

- Produção de material com a temática da redução da MI a ser disponibilizado para os processos de formação dos conselheiros.
- Dia D do Controle Social – Ampliação da Consciência Sanitária para o combate a MI.
- Apoiar a adesão dos estados e capitais da Região Nordeste e estados e capitais da Amazônia Legal ao ouvidor SUS nível I e os demais municípios ao nível II.
- Incluir a temática da MI em todos os Canais de Comunicação disponíveis na Ouvidoria.
- Disponibilização de ferramenta eletrônica de apoio à construção do Relatório Anual de Gestão. SargSUS <http://189.28.128.97:8180/sargsus>.
- Verificar nas auditorias realizadas na Região Nordeste e na Amazônia Legal ações voltadas à redução da Mortalidade Infantil.

## **Apresentação dos avanços do Pacto pelo Departamento de Ciência e Tecnologia – DECIT/SCTIE**

Eixo VI – Produção de conhecimento e pesquisas como subsídio para a redução da Mortalidade Infantil

### **AÇÃO 1**

- Condições de nascimento, de assistência ao parto e aos menores de 1 ano em uma amostra de municípios de médio e pequeno porte nas regiões Norte, Nordeste do Brasil e no Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais.

### **AÇÃO 2**

- Chamada Neonatal: avaliação da atenção ao pré-natal e aos menores de um ano nas regiões Norte e Nordeste.

### **AÇÃO 3**

- Inquérito epidemiológico sobre as consequências da cesariana desnecessária no Brasil.

### **AÇÃO 4**

- Iniciativas Mundiais que Produzem Evidências Científicas para Qualificação do Processo de Gestão.

### **OBJETIVO**

Estabelecer mecanismos que facilitem a utilização do conhecimento científico na formulação e implementação de políticas de saúde (qualificação do processo de gestão).

## **ATIVIDADES EVIPNET BRASIL – 2009/2010**

- Curso de Capacitação (metodologia Evipnet Global);
- Disponibilização do Portal Evipnet Brasil;
- Implementação do Núcleo de Evidências e Estação BVS em Piripiri/PI;
- Seminário sobre uso de evidências (Piripiri /PI);
- Curso “Uso de Evidências na Gestão Municipal em Saúde” (XXVI Congresso Conasems);
- Livro “Ferramentas SUPPORT para Elaboração de Políticas de Saúde”;
- Oficina de trabalho entre as redes EviPNet Brasil e ePORTUGUÊSe.

## **IV – TRABALHOS DE GRUPO**

### **GRUPO 1: PI, PE, RN, RR, CE, Aben, SBP, MS, Cosems**

#### **PONTOS FACILITADORES**

- Estratégia dos Apoiadores do MS;
- Estratégia do fórum e do GT;
- Envolvimento da Universidade com a educação permanente;
- Plano estadual de saúde como política de Estado – para atender as metas do milênio;
- Melhora da relação entre as secretarias estaduais e os municípios prioritários e os Cosems;
- Avanços na área de Vigilância nos processos de trabalho (estrutura e inovações nos sistemas de registros);
- Avanços do SAMU (suporte tecnológico e capacitações).

#### **PONTOS DIFICULTADORES**

- Desarticulação entre os níveis de assistência;
- Falta de garantia de recursos financeiros para a implementação do Pacto;
- Falta de sensibilidade e competência cultural para lidar com a diversidade cultural;
- Carência de recursos humanos (neonatologista);
- Precarização do trabalho;
- Irregularidade no funcionamento dos fóruns e do GT;
- Ausência do envolvimento dos distritos sanitários;
- Baixo envolvimento intersetorial na implementação do plano.

#### **RECOMENDAÇÕES**

- Continuar com a estratégia de consultores e apoiadores pelo MS;
- Trazer o MEC para o Debate;
- Envolver apoiadores da Unicef, ação social e educação;

- Reformular os Pactos estaduais, com base nos avanços;
- Educação a distância;
- Incluir na formação superior em Saúde a problemática da diversidade cultural (índio, afrodescendentes, quilombolas, outros;
- Levar o tema para o Conselho Distrital Indígena;
- Envolver outras Secretarias de Estado e Municipais;
- Constituir um núcleo articulador em cada estado composto por técnicos do quadro permanente para garantir a sustentabilidade da gestão do Pacto;
- Instituir instrumentos que facilitem o automonitoramento dos serviços (exemplo AMQ) .

## **GRUPO 2: ACRE, AMAPÁ, ALAGOAS, BAHIA, MATO GROSSO, PARÁ**

### **PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO**

- Importância da iniciativa e apoio do MS: ação articulada entre as áreas;
- Pactuação com os mais diversos atores: municípios prioritários, Cosems, CES – facilitador para uns e dificultador para outros;
- Apoio nos processos de educação permanente;
- Especificidades locorregionais.

### **FACILITADORES**

- Apoio e investimento do MS;
- Especial destaque ao apoio institucional do plano de qualificação das maternidades;
- Dispositivo de ampliação da articulação intra e interinstitucional (conselhos, sociedades);
- Compromisso dos gestores municipais e Cosems.

### **DIFICULDADES**

- Baixa cobertura de atenção básica;
- Estruturas precárias das maternidades;
- Dificuldade de contratar e fixar profissionais;
- Falta de compromisso de alguns gestores.

### **PERSPECTIVAS E PROPOSTAS**

- Ampliar o monitoramento, avaliar os sistemas de informação;
- Fortalecer os processos de apoio institucional;
- Ampliar a implementação dos comitês;
- Implantação do Telessaúde (atrasada por dificuldade de acesso à banda larga);

- Investimento na qualificação;
- Saúde da população indígena: maior integração;
- Traçar planos estratégicos para 2011, incluindo ações no PPA, PDR e PDI;
- Fechar o fluxograma de vinculação;
- Capacitar protocolo para atenção básica;
- Expandir ações propostas pelo Pacto e expandir, a exemplo do plano de qualificação;
- Ampliar os recursos federais para a área de saúde da mulher e da criança, pois o Estado não tem dinheiro.

### **GRUPO 3: SE, RO, AM, PB, TO e MA**

#### **Facilitadores**

- Apoio/acompanhamento frequente do Ministério da Saúde;
- Articulação com as áreas técnicas;
- Articulação e envolvimento dos gestores, participando de todas as reuniões, liberando os profissionais de seus municípios para participarem de capacitações;
- Apoio/acompanhamento frequente dos técnicos do Ministério da Saúde;
- Muita evolução nas capacitações;
- Telessaúde;
- Plano de Qualificação das Maternidades;
- Melhoria da gestão de informação.

#### **Dificultadores**

- Carência de recursos humanos, principalmente o profissional médico;
- Fixação, formação e inserção do profissional médico no trabalho, por exemplo: em forma de cooperativas sem avaliação;
- Em alguns estados a baixa cobertura de ESF;
- Baixa cobertura do SIM/Sinasc e outros sistemas. Houve avanço, porém não o ideal. Grande rotatividade dos profissionais que atuam no sistema;
- Interrupção do processo devido à rotatividade de gestores;
- Estruturação no monitoramento do Plano;
- Baixo financiamento;
- Dificuldade de articulação com a Escola Técnica para a realização dos cursos de nível médio, em alguns estados;
- Reafirmar o compromisso com gestores;
- Ampliação do financiamento com ênfase na Atenção Básica;
- Qualificação dos profissionais da Rede Perinatal (APS, Maternidades, Regulação, entre outros);

- A partir de um diagnóstico da necessidade da população, planejar e estruturar as redes de Atenção Perinatal;
- Integral Regionalizadas, com estruturas físicas adequadas;
- Fortalecimento do Plano de Qualificação das Maternidades;
- Estruturação da Regulação;
- Estratégias de incentivo aos hospitais pequenos, que não se enquadram, por exemplo, em Portaria de incentivos para qualificação do serviço;
- Política Nacional de Formação de RH para o SUS, que abrange, por exemplo: formação, fixação;
- Criação de estratégia de formação e inserção da enfermagem obstétrica na rede perinatal (pré-natal e atenção ao parto);
- Revisão da Portaria do alojamento conjunto, por exemplo, com relação à orientação para alta do recém-nascido (48 horas rígidas);
- Implementação das Boas Práticas baseadas em evidências científicas em obstetrícia e neonatologia;
- Assegurar o acesso das populações ribeirinhas aos serviços de saúde;
- Discussão/revisão da admissão de pacientes externos nas unidades neonatais.

continuação

**ANEXO J - Planilha de Monitoramento Gestor Federal****PACTO PELA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NO NORDESTE E NA AMAZÔNIA LEGAL****PLANILHA PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DAS AÇÕES E METAS SOB RESPONSABILIDADE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

DATA DE ATUALIZAÇÃO:

Ministério da Saúde

Ação	METAS		Alcance das Metas (realizadas)		Atividades programadas 2010	Atores implicados¹	Área Responsável²	Situação da Ação	Nós críticos³	Encaminhamentos⁴	Fase da Atividade	
	TOTAL	Financeiras	Físicas									Financeiras
			2009	2010								
Ação 1. Implantação de Equipes da Estratégia Saúde da Família												
Ação 2. Implantação de Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família												
Ação 3. Ampliação de Leitos de UTI- Neonatal. Ação 4. Ampliação de Leitos de UCI-Neonatal.												
Ação 5. Implantação do SAMU em 100% dos municípios prioritários												
Ação 6. Implantação de Bancos de Leite Humano												
Ação 7. Aumentar o número de hospitais “Amigo da Criança”												
Ação 8. Adesão das maternidades à Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal												
Ação 9. Ampliar o número de maternidades com o Método Canguru												
Ação 10. Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste. Apoio institucional a maternidades para a qualificação do cuidado hospitalar ao parto e nascimento e qualificação da rede perinatal, atendendo as diretrizes da garantia do direito ao acompanhante; vínculo da gestante ao local de ocorrência do parto; acolhimento com classificação de risco; e regulação dos leitos obstétrico e neonatal												

continua



Ação	METAS		Alcance das Metas (realizadas)		Atividades programadas 2010	Atores implicados¹	Área Responsável²	Situação da Ação	Nós críticos³	Encaminhamentos⁴	Fase da Atividade	
	TOTAL	Financeiras	Físicas									Financeiras
			2009	2010								
Ação 10.1. Portaria MS/GM nº 3.136 (12/2008), que define o repasse de um incentivo financeiro para os estados auxiliarem os hospitais-maternidade de referência a se adequarem aos requisitos de ambiência e humanização para atenção ao parto e ao nascimento												
Ação 10.2. Regulação dos leitos obstétricos e neonatais												
Ação 11. Qualificação dos profissionais das ESF e Nasf												
Ação 12. 1. Qualificação dos profissionais das Maternidades – UTI Neonatal – SAMU				-								
Ação 12.2. Qualificação dos profissionais das Maternidades – ALSO												
Ação 12.3. Qualificação de parteiras tradicionais												
Ação 13. Qualificação dos profissionais da área de informações e Vigilância em Saúde												
Ação 14. Estruturação do Telessaúde												
Ação 15. Estratégias para o aumento da cobertura e qualidade do SIM e Sinasc objetivando o cálculo direto da TMI												
Ação 16. Estratégias para implantação da vigilância dos óbitos infantis, fetais e maternos												
Ação 17. Fortalecimento da Gestão Estratégica e Participativa nos seus componentes: Gestão Participativa, Ouvidoria, Auditoria, Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS												
Ação 18. Produção de conhecimento e pesquisas como subsídio para a redução da MI												

## Definições:

<sup>1</sup> Atores implicados: aqueles que controlam os recursos críticos e as articulações, intraMS, necessárias para o sucesso da ação.

<sup>2</sup> Área responsável pelo planejamento, monitoramento e encaminhamentos para a ação acontecer.

<sup>3</sup> Situação da Ação/Nós críticos: mapeamento do desenvolvimento da ação e as dificuldades encontradas durante o planejamento e a execução da ação.

<sup>4</sup> Encaminhamentos: decisões para bom desenvolvimento do alcance da meta.

continua

continuação

**ANEXO K - Lista dos 60 Municípios Prioritários no Proesf**

UF	Cód.	Municípios Prioritários e Proesf
RO	110012	Ji-Paraná
RO	110020	Porto Velho
AM	130260	Manaus
RR	140010	Boa Vista
PA	150010	Abaetetuba
PA	150080	Ananindeua
PA	150140	Belém
PA	150210	Cametá
PA	150240	Castanhal
PA	150680	Santarém
AP	160030	Macapá
TO	170210	Araguaína
TO	172100	Palmas
MA	210300	Caxias
MA	210330	Codó
MA	210530	Imperatriz
MA	211120	São José de Ribamar
MA	211130	São Luís
MA	211220	Timon
PI	220770	Parnaíba
PI	221100	Teresina
CE	230370	Caucaia
CE	230420	Crato
CE	230440	Fortaleza
CE	230730	Juazeiro do Norte
CE	230765	Maracanaú
CE	231290	Sobral
RN	240325	Parnamirim
RN	240800	Mossoró
RN	240810	Natal
PB	250400	Campina Grande
PB	250750	João Pessoa
PB	251370	Santa Rita

continua

UF	Cód.	Municípios Prioritários e Proesf
PE	260290	Cabo de Santo Agostinho
PE	260345	Camaragibe
PE	260600	Garanhuns
PE	260790	Jaboatão dos Guararapes
PE	260960	Olinda
PE	261070	Paulista
PE	261110	Petrolina
PE	261160	Recife
PE	261640	Vitória de Santo Antão
AL	270030	Arapiraca
AL	270430	Maceió
SE	280030	Aracaju
SE	280480	Nossa Senhora do Socorro
BA	290320	Barreiras
BA	290570	Camaçari
BA	291080	Feira de Santana
BA	291360	Ilhéus
BA	291480	Itabuna
BA	291800	Jequié
BA	291840	Juazeiro
BA	291920	Lauro de Freitas
BA	292740	Salvador
BA	293135	Teixeira de Freitas
BA	293330	Vitória da Conquista
MT	510340	Cuiabá
MT	510760	Rondonópolis
MT	510840	Várzea Grande

## **ANEXO L - Relação das Unidades Hospitalares que Fazem Parte do Projeto Hospitais de Excelência que Realizarão Curso de Especialização para Médicos e Enfermeiros (profissionais das UTIs) no Nordeste e na Amazônia Legal**

<b>UF</b>	<b>MUNICÍPIO</b>	<b>HOSPITAL</b>
AC	RIO BRANCO – PACTO MI	HOSPITAL GERAL DE CLÍNICAS DE RIO BRANCO
AM	MANAUS – PACTO MI	SES – MATERNIDADE DE REFERÊNCIA ANA BRAGA – ZONA LESTE
PI	TERESINA – PACTO MI	MATERNIDADE DONA EVANGELINA ROSA
PI	TERESINA – PACTO MI	HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
RO	PORTO VELHO – PACTO MI	HOSPITAL DE BASE ARY PINHEIRO
RR	BOA VISTA – PACTO MI	HOSPITAL MATERNO INFANTIL N. SRA. DE NAZARETH
AP	MACAPÁ – PACTO MI	HOSPITAL DA MULHER – SES/AP – PACTO MI
MA	SÃO LUÍS – PACTO MI	MATERNIDADE MARLY SARNEY – PACTO MI
MA	SÃO LUÍS – PACTO MI	MATERNIDADE BENEDITO LEITE – PACTO MI
MT	CUIABÁ – PACTO MI	FUND SAÚDE DE CUIABA – HOSP. MUN. PRONTO SOCORRO DE CUIABÁ
PA	BELÉM – PACTO MI	HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANA
RN	NATAL – PACTO MI	HOSPITAL JOSÉ PEDRO BEZERRA – Hosp. Sta. Catarina
TO	PALMAS – PACTO MI	HOSP. D REGINA/PRÓ-SAÚDE ASSIST B A S H S

continua

## ANEXO M - Planilha Contendo o Cruzamento dos Municípios Selecionados, Incluindo as Capitais, que Foram Contemplados com a Caderneta de Saúde de Adolescentes e Estão Inseridos no PSE e/ou SPE

continuação

### Municípios Selecionados

Período: 2007

UF	Municípios Selecionados do Pacto	Nascidos vivos de 10 a 19 anos - 2007 Total: 89.351	Óbitos fetais com mães de 10 a 19 anos, por UF - 2007 Total: 3.032	Nenhuma consulta de pré-natal de 10 a 19 anos - 2007 Total: 3.269	PSE	SPE	CADERNETA DE SAÚDE ADOLESCENTE
<b>Acre</b> – Total no Pacto: 4 Selecionado: 1	<b>Rio Branco</b>	1.780	41	61	sim	sim	sim
	<b>Maceió</b>	3.659	104	117	sim	sim	sim
<b>Alagoas</b> – Total no Pacto: 14 Selecionados: 4	<b>Arapiraca</b>	860		13		sim	sim
	Joaquim Gomes	178		19	sim		sim
	Palmeira dos Índios	345		19		sim	sim
<b>Amazonas</b> – Total no Pacto: 12 Selecionados: 4	<b>Manaus</b>	8.648	194	406	sim	sim	sim
	Maués	445		98		sim	
	Tefé	543		69		sim	sim
	Parintins	631		35		sim	sim
<b>Amapá</b> – Total no Pacto: 2 Selecionados: 2	<b>Macapá</b>	2.204	20	211	sim	sim	sim
	Santana	591		38	sim	sim	sim
<b>Bahia</b> – Total no Pacto: 33 Selecionados: 3	<b>Jequié</b>	629	540	22		sim	
	<b>Salvador</b>	6.112		608	sim		sim
	Itamaraju	395		11	sim		
<b>Ceará</b> – Total no Pacto: 18 Selecionados: 6	Caucaia	1.227	323	28	sim	sim	
	<b>Crato</b>	471				sim	sim
	<b>Fortaleza</b>	7.084		202			sim
	<b>Juazeiro do Norte</b>	921		11		sim	sim
	Maracanaú	809		7	sim	sim	sim
	<b>Sobral</b>	775		2		sim	sim

continua

continuação

UF	Municípios Selecionados do Pacto	Nascidos vivos de 10 a 19 anos - 2007 Total: 89.351	Óbitos fetais com mães de 10 a 19 anos, por UF - 2007 Total: 3.032	Nenhuma consulta de pré-natal de 10 a 19 anos - 2007 Total: 3.269	PSE	SPE	CADERNETA DE SAÚDE ADOLESCENTE
<b>Maranhão</b> – Total no Pacto: 38 Selecionados: 8	<b>Açailândia</b>	742	360	14			sim
	<b>Bacabal</b>	621		3	sim		sim
	<b>Caxias</b>	801		18	sim	sim	sim
	<b>Codó</b>	861		11			sim
	<b>Imperatriz</b>	1.156		15		sim	sim
	<b>São Luís</b>	3.796		110	sim	sim	sim
	<b>Timon</b>	787		24		sim	
	Barreirinhas	404		20			sim
<b>Mato Grosso</b> – Total no Pacto: 12 Selecionados: 5	<b>Cáceres</b>	430	117	16		sim	sim
	<b>Cuiabá</b>	1.866		25	sim	sim	sim
	<b>Rondonópolis</b>	769		4		sim	sim
	<b>Várzea Grande</b>	1.071		22		sim	sim
	Barra do Garças	225		19		sim	sim
<b>Pará</b> – Total no Pacto: 14 Selecionados: 5	<b>Belém</b>	5.304	446	196	sim		
	Altamira	636		19	sim		
	<b>Ananindeua</b>	2.220		48	sim		
	<b>Marabá</b>	1.382		46			sim
	Tucuruí	698		16		sim	
<b>Paraíba</b> – Total no Pacto: 21 Selecionados: 3	<b>João Pessoa</b>	2.138	92	71	sim	sim	
	<b>Campina Grande</b>	1.218		19		sim	
	Bayeux	356		10	sim	sim	sim

continua

continuação

UF	Municípios Selecionados do Pacto	Nascidos vivos de 10 a 19 anos - 2007 Total: 89.351	Óbitos fetais com mães de 10 a 19 anos, por UF - 2007 Total: 3.032	Nenhuma consulta de pré-natal de 10 a 19 anos - 2007 Total: 3.269	PSE	SPE	CADERNETA DE SAÚDE ADOLESCENTE
<b>Pernambuco</b> – Total no Pacto: 26 Selecionados: 6	<b>Caruaru</b>	1.209	337	15		sim	
	<b>Petrolina</b>	1.352		22		sim	
	<b>Jaboatão dos Guararapes</b>	1.936		73	sim		
	Olinda	1.294		33	sim		
	<b>Recife</b>	4.393		110	sim	sim	
	Paulista	639		17	sim		
<b>Piauí</b> – Total no Pacto: 24 Selecionados: 4	<b>Picos</b>	294	157		sim	sim	sim
	<b>Teresina</b>	2.755		26	sim		
	<b>Parnaíba</b>	648		7			sim
	Piripiri	214		6			sim
<b>Rio Grande do Norte</b> – Total no Pacto: 9 Selecionados: 3	<b>Mossoró</b>	865	115	1		sim	sim
	<b>Natal</b>	2.342		64	sim	sim	
	São Gonçalo do Amarante	462		8			sim
<b>Rondônia</b> – Total no Pacto: 4 Selecionados: 2	<b>Ji-Paraná</b>	503	20	7			sim
	<b>Porto Velho</b>	1.848		84	sim		sim
<b>Roraima</b> -- Total no Pacto: 2 selecionados: 1	<b>Boa Vista</b>	1.474	25	77	sim	sim	sim
<b>Sergipe</b> – Total no Pacto: 9 Selecionados: 2	Estância	294	70	5		sim	
	São Cristóvão	291		7		sim	
<b>Tocantins</b> – Total no Pacto: 13 Selecionados: 1	<b>Palmas</b>	750	71	4	sim	sim	sim
Total de municípios do Pacto: <b>255</b>							
Total de municípios selecionados: <b>60(23,5%)</b>							

continua



continuação

**ANEXO N - Lista das Maternidades em Fase de Implementação da IHAC**

UF/Município	Maternidade
<b>AP</b>	
Macapá	Hospital Escola São Camilo e São Luís
<b>AM</b>	
Parintins	Hospital Regional Dr. Jofre
<b>MA</b>	
Codó	Hospital Geral Municipal (Maternidade Mamãe)
<b>MT</b>	
Rondonópolis	Santa Casa
<b>PA</b>	
Ananindeua	Hospital Anita Gerosa
Santarém	Hospital Municipal de Santarém
Tucuruí	Hospital Regional de Tucuruí
<b>RO</b>	
Porto Velho	Maternidade Mãe Esperança
Porto Velho	Hospital Maternidade Ary Pinheiro
<b>RR</b>	
Boa Vista	Hospital Nossa Senhora de Nazareth
<b>AL</b>	
Maceió	Maternidade Escola Santa Mônica
Maceió	Hospital São Rafael
<b>BA</b>	
Alagoinhas	Maternidade de Alagoinhas
Itabuna	Maternidade Ester Gomes
Teixeira de Freitas	Unidade Municipal Materno Infantil
Salvador	Maternidade Tsylla Balbino
<b>CE</b>	
Fortaleza	Hospital Gonzaga Mota Messejana
Caucaia	Hospital Paulo Sarasate
<b>PB</b>	
Alagoa Grande	Hospital Sofia de Castro Costa
Cajazeiras	Hospital Regional de Cajazeiras
Juazeirinho	Fundação Hospitalar de Juazeirinho
Areia	Hospital Municipal Hercílio Rodrigues

UF/Município	Maternidade
Cabedelo	Hospital e Maternidade Municipal Padre Alfredo Barbosa
<b>PE</b>	
Jaboatão dos Guararapes	Hospital Memorial dos Guararapes
Camaragibe	Maternidade Amiga da Família de Camaragibe
Arcoverde	Hospital Regional Rui de Barros
Recife	APAMI
<b>SE</b>	
Lagarto	Maternidade Zacarias Júnior
Aracaju	Maternidade Nossa Senhora de Lourdes
<b>TO</b>	
Miracema	Hospital Regional de Miracema
Paraíso	Hospital Regional de Paraíso
Tocantinópolis	Hospital Municipal de Tocantinópolis
Colinas	Hospital Municipal de Colinas
Formoso do Araguaia	Hospital Municipal de Formoso do Araguaia
Araguatins	Hospital Municipal de Araguaatins
Dianópolis	Hospital Regional de Dianópolis
Gurupi	Hospital Regional de Gurupi

## ANEXO O - Maternidades Prioritárias do Plano de Qualificação da Atenção Obstétrica e Neonatal no PRMI

### Nordeste (13)

Piauí (1):	Maternidade Dona Evangelina Rosa
Ceará (2):	Maternidade Escola Assis Chateaubriand; Hospital César Cals
Rio Grande do Norte (1):	Maternidade Escola Januário Cicco
Paraíba (2):	Maternidade Cândida Vargas; Inst. Saúde Elpídio Almeida – Campina Grande
Pernambuco (2):	Hospital Barão de Lucena; Hospital Regional Dom Malan – Petrolina
Alagoas (2):	Maternidade Escola Santa Mônica; Hospital Regional de Arapiraca – Sociedade Beneficente Nossa Senhora do Bom Conselho
Sergipe (1):	Maternidade Nossa Senhora de Lourdes
Bahia (2):	Maternidade Tsylla Balbino, Instituto de Perinatologia da Bahia

### Amazônia Legal (13)

Rondônia (1):	Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro
Acre (1):	Hospital Maternidade Bárbara Heliodora
Amazonas (2):	Maternidade Ana Braga, Maternidade Balbina Mestrinho
Roraima (1):	Hospital Maternidade Inf. Nossa Sra. de Nazaré
Pará (2):	Fundação Santa Casa de Misericórdia de Belém; Hospital das Clínicas Gaspar Viana
Amapá (1)	SES – Hospital da Mulher Mãe Luiza
Tocantins (1):	Hospital Dona Regina Siqueira Campos
Mato Grosso (1):	Hospital Beneficente Santa Helena
Maranhão (3):	Hospital Materno Infantil de Imperatriz; Maternidade Marly Sarney; HU – Universidade Federal do Maranhão

## **ANEXO P - Resolução Anvisa nº 36, de 3 de junho de 2008**

### **DOU de 4.6.2008, republicado em 9.7.2008**

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

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11 do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354 da Anvisa, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 29 de maio de 2008, e

considerando as disposições constitucionais e a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde como direito fundamental do ser humano;

considerando o disposto na Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências, e que em seu artigo 7º, parágrafos II e XIV estabelece a competência da Anvisa para regulamentar, controlar e fiscalizar produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública;

considerando a Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e que, em seu Art. 17, § 3º, imputa responsabilidades às operadoras de planos de saúde, nos casos de descumprimento das normas sanitárias em vigor por prestadores de serviço de saúde, que façam parte de sua rede credenciada;

considerando o lançamento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 08 de março de 2004, pela Presidência da República e o disposto na Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova o Pacto pela Saúde 2006 e estabelece como metas a redução da mortalidade infantil e materna;

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

considerando a Política de Humanização do Parto e Nascimento, instituída pela Portaria GM/MS nº 569, de 1º de junho de 2000, e a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde, implementada pelo Ministério da Saúde em 2003;

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

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

considerando a Portaria Anvisa nº 26, de 12 de janeiro de 2007, que instituiu o Grupo de Trabalho para discussão e apresentação de propostas para o funcionamento dos Serviços de Atenção ao Parto e Nascimento e a publicação da Consulta Pública da Anvisa nº 109, de 14 de novembro de 2007, que definiu prazo de 90 dias para que fossem apresentadas críticas e sugestões relativas ao documento proposto, adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

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

Art. 2º Estabelecer que a construção, reforma ou adaptação na estrutura física dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ser precedida de avaliação e aprovação do projeto físico junto à autoridade sanitária local, em conformidade com a RDC/Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, e RDC/Anvisa nº 189, de 18 de julho de 2003.

Parágrafo único. Os itens da RDC/Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, referentes à atenção obstétrica e neonatal passam a vigorar conforme o Anexo II desta Resolução.

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

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

Parágrafo único. Os itens relativos à infraestrutura física dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal devem ser atendidos quando forem realizadas reformas ou ampliações de serviços existentes, construções novas ou quando determinado pela vigilância sanitária local.

Art. 5º O descumprimento das determinações deste Regulamento Técnico constitui infração de natureza sanitária, sujeitando o infrator a processo e penalidades previstos na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis.

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

DIRCEU RAPOSO DE MELLO – Diretor-Presidente

## **ANEXO I**

### **REGULAMENTO TÉCNICO PARA FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL**

#### **1. OBJETIVO**

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

#### **2. ABRANGÊNCIA**

Este Regulamento Técnico se aplica aos serviços de saúde no país que exercem atividades de atenção obstétrica e neonatal, sejam públicos, privados, civis ou militares, funcionan-

do como serviço de saúde independente ou inserido em hospital geral, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

### 3. DEFINIÇÕES

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

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

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

3.4 Humanização da atenção e gestão da saúde: valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas, garantindo o acesso dos usuários às informações sobre saúde, inclusive sobre os profissionais que cuidam de sua saúde, respeitando o direito a acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha), e a valorização do trabalho e dos trabalhadores.

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

3.6 Quarto PPP: ambiente com capacidade para 01 (hum) leito e banheiro anexo, destinado à assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (primeira hora após a dequitação).

3.7 Quarto de alojamento conjunto: ambiente destinado a assistência a puérpera e seu recém nascido, após a primeira hora de dequitação, com capacidade para 01(hum) ou 02 (dois) leitos e berços, com banheiro anexo.

3.8 Enfermaria de alojamento conjunto: ambiente destinado a assistência a puérpera e seu recém nascido, após a primeira hora de dequitação, com capacidade de 03 (três) a 06 (seis) leitos e berços, com banheiro anexo.

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

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

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

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

#### 4. CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS

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

4.2 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal com CNPJ próprio deve possuir alvará de licenciamento atualizado, expedido pela vigilância sanitária local.

4.3 Todo Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal com CNPJ próprio deve estar inscrito e manter seus dados atualizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

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

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

4.6 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve implantar e manter em funcionamento comissões, comitês e programas definidos em normas pertinentes, em especial a comissão ou comitê de análise de óbitos maternos, fetais e neonatais.

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

4.7.1 As ocorrências relacionadas à referência e contrarreferência devem ser registradas no prontuário de origem.

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

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

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

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

#### 5. INFRAESTRUTURA FÍSICA

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

5.2 A infraestrutura física do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve atender aos requisitos constantes no Anexo II desta Resolução, que alteram os itens referentes à atenção obstétrica e neonatal da RDC/Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.

## 6. RECURSOS HUMANOS

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

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

6.2.1 A vigilância sanitária local deve ser notificada sempre que houver alteração do RT ou de seu substituto.

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

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

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

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

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

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

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

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



## 7. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

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

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

7.2.1 estetoscópio clínico;

7.2.2 esfigmomanômetro;

7.2.3 fita métrica;

7.2.4 estetoscópio de Pinard ou sonar (detector fetal);

7.2.5 amnioscópio;

7.2.6 mesa auxiliar;

7.2.7 foco de luz móvel;

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

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

a) barra fixa ou escada de Ling;

b) bola de Bobat ou cavalinho;

7.2.10 instrumental para parto normal;

7.2.11 mesa para refeição;

7.2.12 camas hospitalares reguláveis ou cama para pré-parto, parto e pós-parto, 01 (uma) por parturiente;

7.2.13 poltrona removível destinada ao acompanhante, 01 (uma) para cada leito;

7.2.14 relógio de parede com marcador de segundos, 01 (um) por ambiente de parto.

7.3 Os serviços que prestam assistência ao parto normal sem distócia podem ter, como opcionais, os seguintes equipamentos e materiais:

7.3.1 cardiotocógrafo;

7.3.2 mesa para exame ginecológico;

7.3.3 escada com dois lances;

7.3.4 mesa de cabeceira.

7.4 Os serviços que realizam assistência ao parto normal e cirúrgico, independente de sua complexidade, devem ter disponíveis, além dos equipamentos e materiais descritos no item 7.2:

7.4.1 glicosímetro;

7.4.2 material para cateterismo vesical;

7.4.3 instrumental para cesariana;

7.4.4 material para AMIU e curetagem uterina;

7.4.5 bisturi elétrico;

7.4.6 instrumental para histerectomia;

7.4.7 material anestésico;

7.4.8 oxímetro de pulso;

7.4.9 bomba de infusão;

7.4.10 monitor cardíaco;

7.4.11 aspirador;

7.4.12 mesa para parto cirúrgico;

7.4.13 foco cirúrgico de teto;

7.4.14 material de emergência para reanimação, composto por desfibrilador, carro ou maleta de emergência contendo medicamentos, ressuscitador manual com reservatório, máscaras, laringoscópio completo, tubos endotraqueais, conectores, cânulas de Guedel e fio guia estéril, 01 (um) para cada posto de enfermagem.

7.4.15 medicamentos para urgência e emergência clínica:

a) Antiarrítmico;

b) Anti-hipertensivo;

c) Barbitúrico;

d) Benzodiazepínico;

e) Broncodilatador;

f) Diurético;

g) Drogas vasoativas, incluindo vasodilatador e vasoconstritor coronarianos;

h) Glicose hipertônica e isotônica;

i) Solução fisiológica;

j) Água destilada.

7.4.16 medicamentos básicos para uso obstétrico:

a) Ocitocina, misoprostol e uterotônicos;

b) Inibidores da contratilidade uterina;

c) Sulfato de magnésio 20% e 50%;

d) Anti-hemorrágico;

e) Hidralazina 20mg;

f) Nifedipina 10mg;

g) Aceleradores da maturidade pulmonar fetal;

- h) Antibióticos;
- i) Anestésicos;
- j) Analgésicos.

7.5 Os serviços que realizam assistência ao parto normal e cirúrgico, independente de sua complexidade, podem ter como opcionais os seguintes materiais:

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

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

7.6.1 clampeador de cordão;

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

7.6.3 balança para recém-nascido;

7.6.4 estetoscópio clínico;

7.6.5 oxímetro de pulso;

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

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

7.6.8 material para ventilação (balão auto-inflável de 500 e de 750mL, reservatório de oxigênio aberto ou fechado, com válvula de segurança com escape entre 30-40cm H<sub>2</sub>O ou manômetro);

7.6.9 máscaras faciais para recém-nascidos a termo e prétermo;

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

7.6.11 material para cateterismo umbilical;

7.6.12 medicamentos:

a) Adrenalina diluída 1:10.000;

b) Solução fisiológica;

c) Bicarbonato de sódio 4,2%;

d) Hidrocloreto de Naloxona;

e) Vitamina K.

7.6.13 material para drenagem torácica e abdominal;

7.6.14 plástico protetor para evitar perda de calor.

7.6.15 Os serviços que prestam assistência exclusiva ao parto normal sem distócia devem ter disponíveis os equipamentos e materiais descritos nos itens 7.6.1, 7.6.2, 7.6.3, 7.6.4, 7.6.5, 7.6.6, 7.6.7, 7.6.8, 7.6.9 e 7.6.14.

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

7.7.1 berço de material de fácil limpeza, desinfecção e que permita a visualização lateral.

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

7.7.3 estetoscópio clínico;

7.7.4 balança para recém-nascido;

7.7.5 régua antropométrica e fita métrica de plástico;

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

7.7.7 oftalmoscópio;

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

a) desfibrilador;

b) carro ou maleta contendo medicamentos, ressuscitador manual com reservatório, máscaras, laringoscópio completo, tubos endotraqueais, conectores, cânulas de Guedel e fio guia estéril, apropriados para adultos e recém-nascidos;

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

7.7.9 aspirador com manômetro e oxigênio;

7.7.10 glicosímetro.

7.8 Os serviços que prestam assistência exclusiva ao parto normal sem distócia devem ter disponíveis os equipamentos e materiais descritos nos itens 7.7.1, 7.7.2, 7.7.3, 7.7.4 e 7.7.5, 7.7.9 e 7.7.10.

## 8. ACESSO A RECURSOS ASSISTENCIAIS

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

8.1.1 Laboratório clínico;

8.1.2 Laboratório de anatomia patológica;

8.1.3 Serviço de ultrassonografia, incluindo Dopplerfluxometria;

8.1.4 Serviço de ecocardiografia;

8.1.5 Assistência hemoterápica.

8.1.5.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal que realiza mais de 60 (sessenta) transfusões por mês deve ter, no mínimo, uma agência transfusional em suas instalações, conforme disposto na RDC/Anvisa nº 153, de 14 de junho de 2004.

8.1.6 Assistência clínica cardiológica;

8.1.7 Assistência clínica nefrológica;

8.1.8 Assistência clínica neurológica;

8.1.9 Assistência clínica geral;

8.1.10 Assistência clínica endocrinológica;

8.1.11 Assistência cirúrgica geral;

8.1.12 Unidades de Terapia Intensiva adulto e neonatal.

8.2 O serviço deve garantir acesso a Banco de Leite Humano, com disponibilidade de leite humano ordenhado pasteurizado - LHOP, conforme a RDC/Anvisa n. 171, de 04 de setembro de 2006.

## 9. PROCESSOS OPERACIONAIS ASSISTENCIAIS

9.1 O Serviço deve permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

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

9.3 A equipe do serviço de saúde deve estabelecer protocolos, normas e rotinas técnicas em conformidade com legislação vigente e com evidências científicas.

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

9.5 Na recepção à mulher, o serviço deve garantir:

9.5.1 ambiente confortável para espera;

9.5.2 atendimento e orientação clara sobre sua condição e procedimentos a serem realizados;

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

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

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

9.5.6 transferência da mulher, em caso de necessidade, realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria MS/GM nº 2.048, de 05 de novembro de 2002.

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

9.6.1 garantir a privacidade da parturiente e seu acompanhante;

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

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

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

9.6.5 realizar ausculta fetal intermitente; controle dos sinais vitais da parturiente; ava-

liação da dinâmica uterina, da altura da apresentação, da variedade de posição, do estado das membranas, das características do líquido amniótico, da dilatação e do apagamento cervical, com registro dessa evolução em partograma;

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

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

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

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

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

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

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

9.7.5 estimular o aleitamento materno ainda no ambiente do parto;

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

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

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

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

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

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

9.7.12 garantir que a transferência da mulher ou do recém-nascido, em caso de necessidade, seja realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria MS/GM nº 2.048, de 5 de novembro de 2002.

9.8 Na assistência ao puerpério, o serviço deve:

9.8.1 estimular o aleitamento materno sob livre demanda;

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

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

9.8.3.1 No caso de impossibilidade clínica da mulher de permanecer no alojamento conjunto, o recém-nascido sadio deve continuar nesse ambiente, enquanto necessitar de internação, com a garantia de permanência de um acompanhante.

9.8.4 adotar o Método Canguru, quando indicado;

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

9.8.6 garantir que a transferência da mulher ou do recém-nascido, em caso de necessidade, seja realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria MS/GM nº 2.048, de 5 de novembro de 2002.

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

9.9.1 garantir a privacidade da gestante e seu acompanhante;

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

9.9.3 garantir o atendimento multiprofissional quando necessário;

9.9.4 garantir que a transferência da mulher, em caso de necessidade, seja realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria MS/GM nº 2.048, de 5 de novembro de 2002;

9.9.5 estimular que os procedimentos adotados sejam baseados em avaliação individualizada e nos protocolos institucionais.

## 10. TRANSPORTE DE PACIENTES

10.1 O transporte da mulher ou do recém-nascido entre serviços de saúde deve atender ao estabelecido na Portaria MS/GM nº 2.048, de 5 de novembro de 2002;

10.2 O relatório de transferência da mulher ou do recém-nascido deve ser entregue no local de destino;

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

10.3.1 maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio, exceto para o transporte de recém-nascidos;

10.3.2 incubadora para transporte de recém-nascidos;

10.3.3 cilindro transportável de oxigênio.

## 11. PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO

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

11.1.1 O manual de normas e rotinas técnicas dos procedimentos deve estar atualizado e disponível em local de fácil acesso.

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

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

11.2.2 Os lavatórios para higienização das mãos podem ter formatos e dimensões variadas, porém a profundidade deve ser suficiente para que se lavem as mãos sem encostá-las nas paredes laterais ou bordas da peça e tampouco na torneira.

11.2.3 Os lavatórios para higienização das mãos devem possuir provisão de sabonete líquido, além de papel toalha que possua boa propriedade de secagem.

11.2.4 As preparações alcoólicas para higienização das mãos devem estar disponibilizadas na entrada da unidade, entre os leitos e outros locais estratégicos definidos pelo Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde.

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

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

11.4 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve cumprir as medidas de prevenção e controle de infecções definidas pelo Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde.

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

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

a) RE/Anvisa nº 2.606/2006, que dispõe sobre as diretrizes para elaboração, validação e implantação de protocolos de reprocessamento de produtos médicos;

b) RE/Anvisa nº 2.605/2006, que estabelece a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único, proibidos de serem reprocessados;

c) RDC/Anvisa nº 156/2006, que dispõe sobre o registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos.

## 12. BIOSSEGURANÇA

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

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

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



12.1.3 procedimentos em caso de acidentes;

12.1.4 manuseio e transporte de material e amostra biológica.

### 13 NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS GRAVES

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

13.1.1 O monitoramento dos eventos adversos ao uso de sangue e componentes deve ser realizado em parceria e de acordo com o estabelecido pelo serviço de hemoterapia da instituição ou serviço fornecedor de sangue e hemocomponentes.

13.2 A equipe do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve notificar os casos suspeitos, surtos e eventos adversos graves à coordenação do Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde.

13.3 O coordenador do Programa de Controle de Infecção do serviço de saúde deve notificar surtos e casos suspeitos de eventos adversos graves à vigilância sanitária local, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas.

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

13.5 A equipe do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve colaborar com a equipe de Controle de Infecção em Serviços de Saúde e com a vigilância sanitária na investigação epidemiológica e na adoção de medidas de controle.

### 14. DESCARTE DE RESÍDUOS

14.1 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve implantar as ações do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), atendendo aos requisitos da RDC/Anvisa nº 306, de 7 de dezembro de 2004, e Resolução Conama nº 358, de 29 de abril de 2005.

### 15. AVALIAÇÃO

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

15.2 A avaliação deve ser realizada levando em conta os Indicadores para a Avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e as demais disposições estabelecidas na Instrução Normativa (IN) nº 02, de 3 de junho de 2008, da Anvisa.

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

15.4 O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve encaminhar à vigilância sanitária local o consolidado dos indicadores do semestre anterior, nos meses de janeiro e julho.

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

## ANEXO II

Os itens da RDC/Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, referentes à atenção obstétrica e neonatal passam a vigorar da seguinte forma:

### 1. Unidade de Centro de Parto Normal:

#### 1.1 Ambientes Fins;

##### 1.1.1 Sala de acolhimento da parturiente e seu acompanhante;

##### 1.1.2 Sala de exames e admissão de parturientes;

##### 1.1.3 Quarto PPP;

##### 1.1.3.1 Prever a instalação de barra fixa e/ou escada de Ling;

##### 1.1.4 Banheiro para parturiente;

##### 1.1.5 Quarto/enfermaria de alojamento conjunto;

##### 1.1.6 Área para deambulação (interna ou externa);

##### 1.1.7 Posto de enfermagem;

##### 1.1.8 Sala de serviço;

##### 1.1.9 Área para higienização das mãos.

#### 1.2 Ambientes de apoio

##### 1.2.1 Sala de utilidades;

##### 1.2.2 Sanitário para funcionários (masculino e feminino);

##### 1.2.3 Rouparia;

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

##### 1.2.5 Depósito de material de limpeza;

##### 1.2.6 Depósito de equipamentos e materiais;

##### 1.2.7 Sala administrativa;

##### 1.2.8 Copa;

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

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

##### 1.2.11 Sala de ultrassonografia;

1.3 Os ambientes descritos nos itens 1.2.9; 1.2.10 e 1.2.11 são opcionais, assim como o 1.1.5, caso a puerpera e o recém-nascido, permaneçam no quarto PPP, durante todo período de internação puerperal .

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

#### 2.1 Ambientes Fins;

##### 2.1.1 Sala de acolhimento da parturiente e seu acompanhante;

##### 2.1.2 Sala de exame e admissão de parturientes;

2.1.2.1 A sala de admissão e os ambientes de apoio podem ser compartilhados com os ambientes do centro de parto normal;

2.1.3 Quarto PPP;

2.1.3.1 Prever a instalação de barra fixa e/ou escada de Ling;

2.1.3.2 O quarto PPP no centro obstétrico pode ser utilizado como pré-parto para as pacientes com possibilidade cirúrgica;

2.1.4 Banheiro para parturiente;

2.1.5 Área para deambulação (interna ou externa);

2.1.6 Posto de enfermagem;

2.1.7 Sala de serviço;

2.1.8 Área para prescrição médica;

2.1.9 Área para antisepsia cirúrgica das mãos e antebraços;

2.1.10 Sala de parto cirúrgico/curetagem;

2.1.11 Área de recuperação anestésica;

2.1.12 Sala para AMIU;

2.1.13 Área de indução anestésica;

2.2. Ambientes de apoio

2.2.1 Sala de utilidades;

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

2.2.3 Sala administrativa;

2.2.4 Rouparia;

2.2.5 Depósito de equipamentos e materiais;

2.2.6 Depósito de material de limpeza;

2.2.7 Agência transfusional, *in loco* ou não (em conformidade com o item 8.1.5.1 do Anexo I);

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

2.2.9 Sala de preparo de equipamentos/material;

2.2.10 Copa;

2.2.11 Sala de estar para funcionários;

2.2.12 Sanitários para acompanhantes – anexo à sala de estar;

2.2.13 Área de guarda de pertences;

2.2.14 Área para guarda de macas e cadeiras de rodas;

2.3 Os ambientes descritos nos itens 2.1.12; 2.1.13 e nos itens 2.2.8; 2.2.9; 2.2.10; 2.2.11; 2.2.12; 2.2.13 e 2.2.14 são opcionais.

### 3. Internação Obstétrica (puérperas ou gestantes com intercorrências)

#### 3.1 Ambientes Fins;

3.1.1 Quarto/enfermaria para alojamento conjunto ou internação de gestantes com intercorrências;

3.1.2 Banheiro (cada quarto deve ter acesso direto a um banheiro, podendo servir no máximo dois quartos);

3.1.3 Posto de enfermagem;

3.1.4 Sala de serviço;

3.1.5 Sala de exames e curativos (conforme descrito item 4.3.3 deste Anexo II);

#### 3.2. Ambientes de apoio;

3.2.1 Sala de utilidades;

3.2.2 Área para controle de entrada e saída de pacientes, acompanhantes e visitantes;

3.2.3 Quarto para plantonista (*in loco* ou não);

3.2.4 Sanitário para funcionários;

3.2.5 Depósito de equipamentos e materiais;

3.2.6 Depósito de material de limpeza;

3.2.7 Rouparia;

3.2.8 Área de cuidados e higienização de lactente;

3.2.9 Sala administrativa;

3.2.10 Área para guarda de macas e cadeiras de rodas;

3.2.11 Sala de reuniões com a família ou de trabalhos em grupo;

3.2.12 Sala de estar para familiares, visitantes e acompanhantes;

3.2.13 Sanitário para acompanhantes – anexo à sala de estar;

3.2.14 Copa.

3.3 Os ambientes descritos nos itens 3.2.8; 3.2.9; 3.2.10; 3.2.11; 3.2.12; 3.2.13 e 3.2.14 são opcionais.

### 4. Características dos ambientes

#### 4.1 Centro de Parto Normal;

4.1.1 Sala de acolhimento da parturiente e seu acompanhante: sala com área mínima de 2,00m<sup>2</sup> por pessoa;

4.1.2 Sala de exame, admissão de parturientes: área mínima de 9,00m<sup>2</sup> por leito de exame. Instalação de água fria e quente;

4.1.3 Quarto PPP: área mínima de 10,50m<sup>2</sup> e dimensão mínima de 3,20m, com previsão de poltrona de acompanhante, berço e área de 4,00m<sup>2</sup> para cuidados de higienização do recém-nascido – bancada com pia. Prever instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem;

4.1.4 Banheiro do quarto PPP: O banheiro deve ter área mínima de  $4,80\text{m}^2$ , com dimensão mínima de  $1,70\text{m}$ ;

4.1.4.1 O box para chuveiro deve ter dimensão mínima de  $0,90 \times 1,10\text{m}$  com instalação de barra de segurança;

4.1.4.2 Instalação opcional de banheira com largura mínima de  $0,90\text{m}$  e com altura máxima de  $0,43\text{m}$ . No caso de utilização de banheira de hidromassagem, deve ser garantida a higienização da tubulação de recirculação da água. Quando isso não for possível, não deve ser ativado o modo de hidromassagem;

4.1.5 Quarto/enfermaria de alojamento conjunto, áreas mínimas: quarto de 01 leito,  $10,50\text{m}^2$ , quarto de 02 leitos,  $14,00\text{m}^2$  e enfermaria de 03 a 06 leitos,  $6,00\text{m}^2$  por leito. Todos os quartos/ enfermarias devem ter, ainda, área de  $4,00\text{m}^2$  para cuidados de higienização do recém-nascido – bancada com pia.

4.1.5.1 Previsão de berço e poltrona de acompanhante, para cada leito de puérpera;

4.1.5.2 O berço deve ficar ao lado do leito da mãe e afastado  $0,6\text{m}$  de outro berço;

4.1.5.3 Adotar medidas que garantam a privacidade visual de cada parturiente, seu recém-nascido e acompanhante, quando instalado ambiente de alojamento conjunto para mais de uma puérpera;

4.1.5.4 Prever instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem;

4.1.6 Banheiro do quarto/enfermaria de alojamento conjunto: pode ser compartilhado por até dois quartos de 02 leitos ou duas enfermarias de até 04 leitos cada.

4.1.6.1 O banheiro comum a dois quartos/enfermaria deve ter um conjunto de bacia sanitária, pia e chuveiro a cada 04 leitos, com dimensão mínima de  $1,7\text{m}$ . Deve prever instalação de água fria e quente e sinalização de enfermagem.

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

4.1.8 Posto de enfermagem: um a cada 30 leitos. Área mínima de  $2,50\text{m}^2$ , com instalações de água e elétrica de emergência;

4.1.9 Sala de serviço: uma sala de serviços a cada posto de enfermagem. Área mínima de  $5,70\text{m}^2$ , com instalações de água e elétrica de emergência.

4.1.10 Área para higienização das mãos: um lavatório a cada dois leitos. Área mínima de  $0,90\text{m}^2$  com instalação de água fria e quente.

4.2 Unidade de Centro Obstétrico (partos cirúrgicos e normais);

4.2.1 Quarto PPP: segue as características descritas nos itens

4.1.3 e 4.1.4;

4.2.2 Posto de enfermagem e serviços: um a cada doze leitos de recuperação pós-anes-tésica com  $6,00\text{m}^2$ . Instalações de água fria e elétrica de emergência;

4.2.3 Área para prescrição profissional: área mínima de  $2,00\text{m}^2$ ;

4.2.4 Área para antissepsia cirúrgica das mãos e antebraços: prever instalação de duas torneiras por sala de parto cirúrgico. Caso existam mais de duas salas cirúrgicas, prever duas

torneiras a cada novo par de salas ou fração. Área de 1,10m<sup>2</sup> por torneira com dimensão mínima de 1,00m;

4.2.5 Sala de parto cirúrgico/curetagem: área mínima de 20,00m<sup>2</sup> com dimensão mínima de 3,45m. Deve possuir uma mesa cirúrgica por sala. Instalações de oxigênio, óxido nitroso, ar comprimido medicinal, elétrica de emergência, vácuo clínico e climatização;

4.2.6 Área de recuperação pós-anestésica: ambiente com no mínimo duas macas, com distância entre estas de 0,80m. 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. Instalações de água fria, oxigênio, ar comprimido medicinal, elétrica de emergência, vácuo e climatização;

4.2.7 Sala para AMIU: área mínima de 6,00m<sup>2</sup> com instalações de oxigênio, ar comprimido medicinal, elétrica de emergência, vácuo clínico e climatização;

4.2.8 Área de indução anestésica: prever área para no mínimo duas macas, com distância entre estas de 0,80m e entre as macas e as paredes de 0,60m. Distância entre a cabeceira e a maca de 0,60m. Espaço, junto ao pé da maca para manobra, de no mínimo 1,20m. Instalações de oxigênio, óxido nitroso, ar comprimido medicinal, elétrica de emergência, vácuo clínico, elétrica diferenciada e climatização;

4.3. Internação Obstétrica (Puérpera ou gestantes com intercorrências);

4.3.1 Quarto/enfermaria de alojamento conjunto: segue as características descritas nos itens 4.1.5 e 4.1.6;

4.3.2 Posto de enfermagem e prescrição profissional: Cada posto deve atender a no máximo 30 leitos, com a área mínima de 6,00m<sup>2</sup> e com as instalações de água e elétrica de emergência;

4.3.3 Sala de exames e curativos: Quando existir enfermaria que não tenha subdivisão física dos leitos deve ser instalada uma sala a cada 30 leitos. Área mínima de 7,50m<sup>2</sup> com instalações de água, ar comprimido medicinal e elétrica de emergência;

4.3.4 Área para controle de entrada e saída de pacientes, acompanhantes e visitantes. Área mínima de 5,00m<sup>2</sup>.

(\*) Republicada por ter saído com incorreção no original, publicado no Diário Oficial da União nº 105, de 4 junho de 2008, Seção 1, pág. 50.

Dirceu Raposo de Mello

continuação

## ANEXO Q – Relação da Direção, Apoio Institucional e Supervisão das Maternidades Prioritárias – Fase 1

### MATERNIDADES PRIORITÁRIAS/SUPERVISÃO/APOIO – FASE 1

Regiões	Estados	Maternidades Seleccionadas	Apoiadores estaduais	Supervisores
Amazônia Legal	Acre	Hospital Maternidade Bárbara Heliodora Diretora: Lorena Elizabeth Rojas Seguel	Maria Gerlúvia de Melo Maia Angelim	Vera de Oliveira Nunes Figueiredo
	Amazonas	Maternidade Ana Braga Diretora: Adelaide Marques Setubal	Loiana Alencar de Melo	Sônia Lansky
		Maternidade Balbina Mestrinho Diretor: Marco Lourenço Silva		
	Amapá	SES – Hospital da Mulher Mãe Luiza Diretor: Dilson Ferreira da Silva	Jane Maria Tork de Moraes	Maria Esther de Albuquerque Vilela
	Roraima	Hospital Mat. Inf. N. Sra. de Nazaré Diretora: Ana Carolina Lima Lopes Brito	Wagner do Carmo Costa	Aline de Oliveira Costa
	Pará	Fund. Santa Casa de Misericórdia de Belém Diretora: Maurício César Soares Bezerra	Rita de Cássia de Sousa Vianna	Maria Esther de Albuquerque Vilela
		Hospital das Clínicas Gaspar Viana Diretora: Benedito Paulo Bezerra		
	Maranhão	Hospital Materno infantil de Imperatriz Diretor: Clidenor Simões Plácido Filho	Benta Lopes Silva	Annatália Meneses de Amorim Gomes
		Maternidade Marly Sarney Diretor: Luiz Carlos Muniz Cantanhede	Maria das Graças Lima Espindola	
		HU – Universidade Federal do Maranhão Diretor: Vinícius José da Silva Nina		
	Rondônia	Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro Diretor: Amado Rahhal	Patrícia Juliana dos Santos Nienow	Annatália Meneses de Amorim Gomes
	Mato Grosso	Hospital Beneficente Santa Helena Diretor: Hélio Marcelo Pesenti Sandrin	Noíse Pina Maciel	Maria Angélica Andrade
	Tocantins	Hospital Dona Regina Siqueira Campos Diretor: Paulo Lázaro de Freitas	Goiamara Borges dos Santos Rodrigues	Vera de Oliveira Nunes Figueiredo

continua

Regiões	Estados	Maternidades Seleccionadas	Apoiadores estaduais	Supervisores
Nordeste Amazônia Legal	Bahia	Maternidade Tsylla Balbino Diretor: Maria José Souza Silva	Analia Cunha Pupo	Vera de Oliveira Nunes Figueiredo
		Instituto de Perinatologia da Bahia Diretor: Dolores Fernandez Fernandez		
	Sergipe	Maternidade Nossa Senhora de Lourdes Diretor: Juan José Lôbo Rivas	Amanda Cruz Porto Pires	Aline de Oliveira Costa
	Alagoas	Maternidade Escola Santa Mônica Diretor: Telmo Henrique Barbosa	Petrúcia Barbosa Ferreira	Maria Angélica Andrade
		Hospital Regional de Arapiraca – Sociedade Beneficente Nossa Senhora do Bom Conselho Diretor: José Ulisses Pereira da Silva	Leopoldina da Graça Correia	
	Pernambuco	Hospital Barão de Lucena Diretora: Cláudia Roberta Miranda Pereira	Thatiane Cristhina de Oliveira Torres	Maria Esther de Albuquerque Vilela
		Hospital Regional Dom Malan- <b>Petrolina</b> Diretora: Anaísa Soares	Marta Baltazar dos Santos Cerqueira	
	Paraíba	Maternidade Cândida Vargas Diretora: Ana de Lourdes Vieira Fernandes	Aristides Vitorino de Oliveira Neto	Sônia Lansky
		Inst. Saúde Elpídio Almeida - Campina Grande Diretora: Francimar Maria José	Flávia Moura Leite de Sá Villa-Chan	
	Rio Grande do Norte	Mat. Escola Januário Cicco Diretor: Kleber Moraes	Acácia Marília Cândido	Sônia Lansky
	Ceará	Maternidade Escola Assis Chateaubriand Diretor: Zenilda Vieira Bruno	Adriana Lopes Lima Melo	Aline de Oliveira Costa
		Hospital César Cals Diretor: Valdir Ferreira de Meneses		
	Piauí	Maternidade Dona Evangelina Rosa Diretor: Francisco Passos Costa	Soraya Maria de Albuquerque Pessoa	Annatália Meneses de Amorim Gomes



continuação

## ANEXO R – Relação das Ações do PRMI por Eixo e Execução Financeira 2009–2010

EIXOS	AÇÕES	Gerente da Ação	Recursos Financeiros executados 2009/2010
I – Qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido	Ação 1. Implantação de Equipes da Estratégia Saúde da Família	SAS/DAB/Beth	R\$ 31.297.000,00
	Ação 2. Implantação de Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família		R\$ 51.920.000,00
	Ação 3. Ampliação de Leitos de UTI-Neonatal.	SAS/DAE/CGHOSP/ Karla Larica	R\$75.000.000,00
	Ação 4. Ampliação de Leitos de UCI-Neonatal.		
	Ação 5. Implantação do SAMU em 100% dos municípios prioritários (USA neonatal equipada com: ventilador pulmonar neonatal, cardioversor / monitor, incubadora para transporte neonatal, prancha de imobilização, oxímetro de pulso, bomba de infusão com equipamento universal).	SAS/DAE/CGUE/ Clésio	R\$ 117.982.498,7
	Ação 6. Implantação de Bancos de Leite Humano.	SAS/DAPES/ATSC/ Elsa	R\$ 1.124.880,00
	Ação 7. Aumentar o número de hospitais “Amigo da Criança”.		R\$ 40.000,00
	Ação 8. Adesão das maternidades à Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal.		R\$ 546.000,00
	Ação 9. Ampliar o número de maternidades com o Método Canguru		R\$ 922.520,00
	Ação 10. Apoio institucional a maternidades, com foco na qualificação (1) do cuidado hospitalar ao parto e nascimento e (2) das Redes Perinatais (em resposta ao Direito ao Acompanhante; vínculo da gestante ao local de ocorrência do parto e regulação do leito obstétrico e neonatal).	SAS/DAPES/ATSC/ Elsa SAS/DAPES/ATSM/ Lena SAS/PNH/Dario	R\$ 3.000.000,00
	Atividade 10.1. Portaria MS/GM nº 3.136 (12/2008), que define o repasse de um incentivo financeiro para os estados auxiliarem os hospitais maternidade de referência a se adequarem aos requisitos de ambiência e humanização para atenção ao parto e ao nascimento.	SAS/DAPES/ATSM/ Lena	R\$ 1.269.301,26
	Ação 10.2. Regulação dos leitos obstétricos e neonatais	SAS/DERAC/ Cláudio Brasil	
	Ação 10.3. Garantir Insumos (sulfato de magnésio, surfactante pulmonar, corticoide, nipedipina/hidralazina) para atenção obstétrica e neonatal. 10.3.1 Sulfato de magnésio 10.3.2 Surfactante pulmonar 10.3.3 corticoide		

continua

EIXOS	AÇÕES	Gerente da Ação	Recursos Financeiros executados 2009/2010
II – Educação na Saúde	Ação 11. Qualificação dos profissionais das ESF e Nasf	DEGES/SGETES: Ana Estela Haddad, Clarice Ferraz e Sigsfredo Brenelli. DAPES: José Luiz Telles	R\$ 1.029.724,00 R\$1.598.380,00
	Ação 12. Qualificação dos profissionais das Maternidades		R\$ 1.571.605,00
	Atividade 12. 1. Qualificação dos profissionais das Maternidades – UTI Neonatal		R\$ 304.444,00
	Atividade 12.2. Qualificação dos profissionais das Maternidades – ALSO		R\$ 2.427.360,00
	Atividade 12.3. Qualificação dos profissionais do SAMU		
	Atividade 12.4. Qualificação das parteiras tradicionais		R\$ 1.353.287,00 R\$ 301.356,00
	Ação 13. Qualificação dos profissionais da área de informações e Vigilância em Saúde		R\$4.200.00,00
	Ação 14. Estruturação do Telessaúde		R\$ 17.400.000,00
III – Gestão da informação	Ação 15. Estratégias para o aumento da cobertura e qualidade do SIM e Sinasc objetivando o cálculo direto da TMI	DASIS/SVS: Otaliba Libânio, Vera Barea e Juan Cortez	R\$15.433.395,68
IV – Vigilância do óbito infantil	Ação 16. Estratégias para implantação da vigilância dos óbitos infantis, fetais e maternos		
V – Fortalecimento do Controle Social, Mobilização Social e Comunicação	Ação 17. Fortalecimento da Gestão Estratégica e Participativa nos seus componentes: Gestão Participativa, Ouvidoria, Auditoria e Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS.	DMAGS/SGEP: Andre Luis Bonifácio e Isabel Senra	
VI – Produção de conhecimento e pesquisas	Ação 18. Produção de conhecimento e pesquisas como subsídio para a redução da MI	DECIT/SCTIE: Leonor Maria Pacheco Pesquisa A: R\$ 1.100.000,00 Pesquisa B: R\$ 1.200.000,00 Pesquisa C: R\$ 3.000.000,00	R\$5.300.000,00
<b>TOTAL</b>			<b>R\$329.388.355,96</b>

continua

# ANEXO S – Cartazes de: (1) Reanimação neonatal; (2) Hemorragia pós-parto; (3) Pré-eclâmpsia

## REANIMAÇÃO NEONATAL NA SALA DE PARTO



Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil e Neonatal  
Nordeste-Amazonia Legal  
Pelo Saúde

### M E D I C A Ç Õ E S

Medicação	Diluição	Preparo	Dose/Via	Peso (kg)	Dose Total (mL)	Velocidade/Precauções
<b>Adrenalina Endotraqueal</b>	1/10.000 1 mL adrenalina em 10 mL de SF 0,9%	5 mL	0,3 - 0,9 mL/kg	1 2 3 4	0,3 - 0,9 0,6 - 1,8 0,9 - 2,7 1,2 - 3,6	Infundir diretamente na via aérea com ventilação a seguir. USO ÚNICO
<b>Adrenalina Endovenosa</b>	1/10.000 1 mL adrenalina em 9 mL de SF 0,9%	1 mL	0,1 - 0,3 mL/kg	1 2 3 4	0,1 - 0,3 0,2 - 0,6 0,3 - 0,9 0,4 - 1,2	Infundir a adrenalina com ventilação e a seguir, infundir 0,5 - 1 mL de SF 0,9%
<b>Expansores de Volume</b>	SF 0,9% Ringer Lactato	2 Seringas de 20 mL	10 mL/kg EV	1 2 3 4	10 20 30 40	Infundir o expansor de volume na via umbilical lentamente, em 5 a 10 minutos
<b>*Bicarbonato de Sódio</b>	4,2% (0,5 mEq/mL) 10 mL de bicarbonato de sódio em 10 mL de água	1 seringa de 20 mL	2 mEq/kg EV	1 2 3 4	4 8 12 16	Infundir em, no máximo, 2 minutos. Só é indicado se ventilação e massagem cardíaca estiverem sendo realizadas e a adrenalina e expansor
<b>*Naloxone</b>	0,4 mg/mL	1 mL	0,1 mg/kg EV	1 2 3 4	0,25 0,50 0,75 1,00	Infundir EV rapidamente. Caso não haja resposta adequada e efetiva antes da indicação

\*A indicação de bicarbonato de sódio e naloxone na reanimação neonatal é excepcional

### Material Necessário na Sala de Parto

#### Mesa de Reanimação com acesso por 3 lados

- ✓ Fonte de calor radiante
- ✓ Fonte de oxigênio unificado com flúmetro
- ✓ Aspirador a vácuo com manômetro

#### Material para Aspiração

- ✓ Sondas traqueais N° 6, 8, 10
- ✓ Sondas gástricas curtas N° 6 e 8
- ✓ Dispositivo transparente para aspiração de mecônio
- ✓ Seringa de 20 mL

#### Material para Ventilação

- ✓ Reanimador manual neonatal - balão autoflável com volume máximo de 750 mL, reservatório de O<sub>2</sub> e dispositivo de segurança (válvula de escape com limite máximo de 30-40 cm H<sub>2</sub>O ou manômetro)
- ✓ Máscaras semitransparentes e acolchoadas para prematuros e recém-nascidos a termo

#### Material para Intubação Traqueal

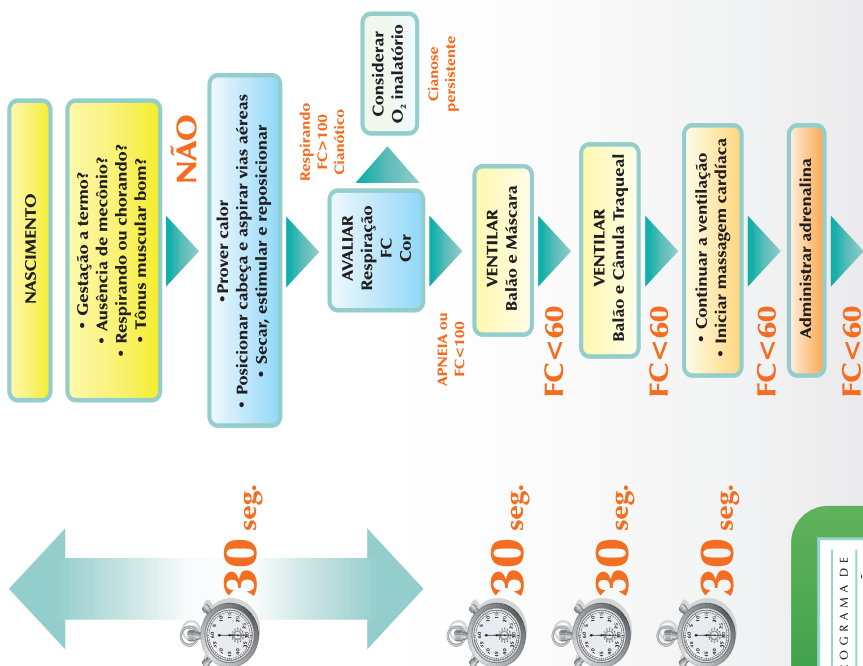
- ✓ Laringoscópio infantil com lâminas retas N° 00, 0 e 1
- ✓ Cânulas traqueais sem balonete, de diâmetro uniforme 2,5/3,0/3,5/4,0 mm
- ✓ Material para fixação da cânula
- ✓ Pilhas e lâmpadas sobressalentes

#### Medicações

- ✓ Adrenalina diluída em soro fisiológico 0,9% a 1/10.000 em 1 seringa de 5 mL para administração única endotraqueal
- ✓ Adrenalina diluída em soro fisiológico 0,9% a 1/10.000 em 1 ou mais seringas de 5 mL para administração única endovenosa
- ✓ Expansor de volume (SF 0,9% ou Ringer-lactato) em 3 seringas de 20 mL

• Verificar a efetividade de:  
ventilação, massagem, intubação e adrenalina  
• Considerar hipovolemia

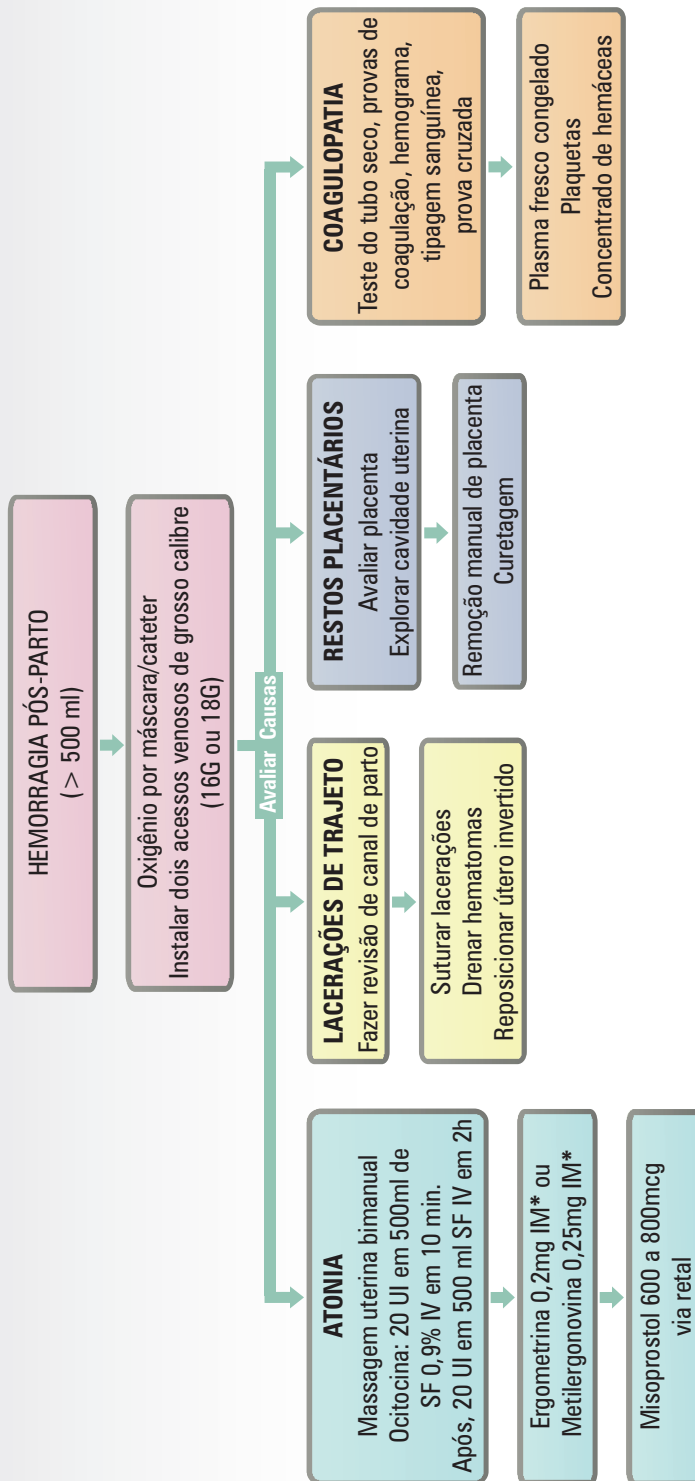
Modificado, Textbook of Neonatal Resuscitation 5ª Ed., AAP & AHA 2006



continuação

# AVALIAÇÃO E MANEJO EM EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

## HEMORRAGIA PÓS-PARTO



\* Derivados do Ergot são contraindicados em hipertensão arterial, cardiopatias, fenômeno de Raynaud e esclerodermia.

Se as medidas anteriores falharem, considerar tratamento cirúrgico: sutura compressiva, ligadura de artérias uterinas, histerectomia, encaminhar para UTI



PACTO NACIONAL PELA  
REDUÇÃO DA MORTALIDADE  
MATERNA E NEONATAL

Pacto pela Redução da  
Mortalidade Infantil  
Nordeste-Amazônia Legal  
Pela Saúde



Ministério  
da Saúde



# AVALIAÇÃO E MANEJO EM EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

## PRÉ-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA

**HIPERTENSÃO** (PA  $\geq$  140/90mmHg) +  
**PROTEINÚRIA** (1 + ou  $\geq$  300mg/24 horas)  
após 20 semanas de gestação

- PA  $\geq$  160/110mmHg ou
- Cefaléia intensa persistente ou
- Distúrbios visuais (escotomas, diplopia, amaurose etc.) ou
- Epigastralgia, náuseas, vômitos ou
- Diagnóstico de Síndrome Hellp

### ECLAMPSIA (Convulsões tônico-clônicas)

- Assegurar vias aéreas pervias
- Oxigênio
- Dois acessos venosos de grosso calibre

### DOSE DE ATAQUE

- IV Sulfato de Magnésio - 4g IV lento em 20min ou
- IM Sulfato de Magnésio - 4g IV lento em 20min. Após, 5g IM profundo em cada nádega a cada 4 horas
- Se tiver nova convulsão, repetir Sulfato de Magnésio - 2g a 20% IV lento (10ml do preparado de ataque)

### DOSE DE MANUTENÇÃO

- Sulfato de Magnésio 2g/hora [40ml a 50% + 460ml SG] Correr 50ml/hora IV (em Bomba de Infusão\*)
- Manter débito urinário  $>$  30ml/hora, verificar reflexos patelares, FR  $>$  16 ipm

### SE PA $\geq$ 160/110mmHg

- Hidralazina [1amp. em 19ml AD] 5ml IV a cada 20 min (máximo - 4 doses) ou
- Nifedipina - 10mg VO a cada 30min (máximo - 3 doses)

Parto pela via apropriada após condições maternas estáveis

\* Para transferência ou na ausência de bomba de infusão, a dose de manutenção do Sulfato de Magnésio é 5g(10 ml a 50%) IM profundo, alternando as nádegas a cada 4h.

- Anti-hipertensivo para manter PA entre 140/90 e 150/100mmHg
- O médico deve, obrigatoriamente, acompanhar a mulher na remoção
- Antídoto do Sulfato de Magnésio: Gluconato de Cálcio a 10% (1amp. IV)
- Lembrar de investigar a Síndrome Hellp com hemograma DHL, TGO, TGP, plaquetas, bilirrubinas totais e frações

## COLABORADORES PRMI

## I – PROJETO MATERNIDADES

Oficina para gestores e Curso de Gestão de Unidades Neonatais – dezembro/2009

continua

ALAGOAS				
UNIDADE: SAS/MS – RENOSPE – IFF		LOCAL E DATA: Fortaleza/CE, 1º a 4/12		
NOME	MATERNIDADE	CARGO		E-MAIL
Sandra Tenório Accioly Canuto	SES/AL	Coordenadora Estadual do Pacto		sandravig@saude.al.gov.br
Petrúcia Barbosa Ferreira		Apoiadora		petruciabf@hotmail.com
Leopoldina da Graça Correia		Apoiadora		leopoldinagraca@hotmail.com
Sandra Taveiros de Araújo	Santa Mônica	Enfermeira Gerente do setor de urgência obst.		sandrataveiros@yahoo.com.br
Maria Rejane Calheiros da Virgem	Santa Mônica	Enfermeira Gerente de Gestão Hospitalar		rejanecalheiros@yahoo.com.br
Rutiane Lima do Nascimento	Santa Mônica	Médica neonatal		rutianelima@hotmail.com
Mércia Lisieux Vaz da Costa	Santa Mônica	Enfermeira Coordenadora da UTI Neo		mercialisieux@gmail.com
Helvia Nascimento Santos	Santa Mônica	Enfermeira UTI Neo		helviasantos@ig.com.br
Valtenice de Melo Veloso Peixoto	Santa Mônica	Obstetra		
Cleildo Torres de Oliveira	Hospital Regional de Arapiraca	Pediatra		cleildooliveira@hotmail.com
Ronaldo Barbosa	Hospital Regional de Arapiraca	Pediatra		drnaldobarbosa@ig.com.br
Andréa de Lima Cavalcante	Hospital Regional de Arapiraca	Enfermeira		
Edjane Maria Bezerra	Hospital Regional de Arapiraca	Enfermeira		

continua

continuação

continuação

BAHIA				
NOME	MATERNIDADE	CARGO		E-MAIL
Anália Cunha Pupo		Apoiadora		acunhapupo@yahoo.com.br
Alzira Carla Fahel	IPERBA	Enfermeira coordenadora obst.		cafahel@hotmail.com
David da Costa Nunes Junior	IPERBA	Coordenador médico		dnunes21@uol.com.br
Miriam Cristina Dominguez Souza	IPERBA	Enfermeira assistencial		mina47dominguez@hotmail.com
José Luiz Brandão de Oliveira	Tsylla Albino	Coordenador médico		luibran@ig.com.br
Gessyara Paixão Pereira Silva	Tsylla Albino	Enfermeira assistencial		gessyarasilva@hotmail.com
Maria Lúcia Santos de Oliveira	Tsylla Albino	Enfermeira obst.		looliveira@ibest.com.br???
Ana Luiza Velloso da Paz Matos	IPERBA	Coordenadora Médica da UTI Neonatal		analuizapaz@yahoo.com.br
Márcia Cardoso Barros	IPERBA	Coordenadora Enf da UTI Neonatal		marcx.blue@hotmail.com
Simone Maria Figueiredo da Rocha	IPERBA	Coordenadora Médica da UTI Neonatal	(71) 3355-9625 / 3357-7156 / 8802-9682	simoneholom@gmail.com
Vera Lúcia Andrade Martinho	Tsylla Albino	Coordenadora Enf da UTI Neonatal		
Rita de Cássia C. Vieira Gramacho		Substituindo a coordenadora estadual do Pacto		
Soraya F. F. Caires	IPERBA	Enfermeira UTI Neo	(71) 8622-8654/ 3011-4668	Scaires99@hotmail.com

continua

continua

continuação

CEARÁ				
NOME	MATERNIDADE	CARGO	FONE	E-MAIL
Adriana Lopes Lima Melo		Apoiadora	(085) 9998-4255/3452-6604/32414567	adrianalimamelo@gmail.com
Ana Nery Melo Cavalcante	Hospital Geral César Cals	Médico Neonatologista	(85) 9976-7597	
Ângela Cristina Bonfim da Silveira	Hospital Geral César Cals	Enfermeira Obstetra	(85) 9969-3869/3101-5377	
Cláudia Maria Cavalcante Sampaio	Hospital Geral César Cals	Enfermeira Neonatologista	(85) 8888-3197	
Diva de Lourdes Azevedo Fernandes			(85) 8896-7333/3101-5193	
Eloah de P. P. Gurgel	Assis Chateaubriand	Enfermeira Neonatologista	(85) 8874-1266	
Eveline Campos Monteiro Castro	Assis Chateaubriand	Médico Neonatologista	(85) 9981-2757	
João Osmiro Barreto			(85) 9984-5092	
Luiz Carlos Batista de Sousa	Assis Chateaubriand	Médico Neonatologista	(85) 9982-3221	
Márcia Maria Tavares				
Maria P. Costa Vieira				
Maria Willzni Sales Rios	Hospital Geral César Cals	Médico Neonatologista	(85) 9981-2871	
Maria Zuleide da Silva Rabelo	Hospital Geral César Cals	Enfermeira Neonatologista	(85) 9995-1035	
Silvia Carlos R. de Freitas			(85) 9991-8781	
Maria Teresa Costa Vieira			(85) 8792-6727	
Maria Imaculada Ferreira da Fonseca		Coordenação da Atenção Primária do Estado do Ceará	(85) 3101-5191	

continua

continua



continuação

PARAÍBA				
NOME	MATERNIDADE	CARGO	FONE	E-MAIL
Francimar Maria José Ramos Victor	Inst. Saúde Elpídio Almeida – Campina Grande	Diretora	(83) 8831-4625	francimar.ramos@hotmail.com
Sandra Helena de Araujo Evangelista	Inst. Saúde Elpídio Almeida – Campina Grande	Obstetra – alto risco	(83) 9971-3677	rodrigo_eduardo_10@hotmail.com
Ana de Lourdes Vieira Fernandes	Candida Vargas	Diretora	(83) 9983-2022	anadelourdes@gmail.com
Kivania de Vasconcelos Oliveira	Inst. Saúde Elpídio Almeida – Campina Grande	Chefe da Enf. da Obstetrícia	(83) 8123-7766	kivania2002@yahoo.com.br
Áurea Inez Muniz Meireles				
Maria do Carmo de Oliveira	Candida Vargas	Chefe da Enf. da Obstetrícia	(83) 8826-3838	carminhaicv@gmail.com
Jaqueline Caroline De Albuquerque Diniz	Candida Vargas	Chefe da UTI Neo	(83) 9988-1390	jacdiniz@gmail.com
Cláudio Teixeira Regis	Candida Vargas	Chefe da UTI Neo	(83) 8888-0042	claudiotregis@gmail.com
Flávia Silva de Lima	Candida Vargas	Chefe da Enf. da UTI Neo	(83) 8818-7806	flaviafs@hotmail.com
Fernanda Cruz de Lira Albuquerque	Inst. Saúde Elpídio Almeida – Campina Grande	Pediatra – UTI Neo	(83) 9971-5195	mtex@oi.com.br
Tereza Raquel de B.F. D'Amorim	Inst. Saúde Elpídio Almeida – Campina Grande	Pediatra	(83) 9312 - 1045	
Elizabeth Trigueiro Maia	Inst. Saúde Elpídio Almeida – Campina Grande	Enfermeira da UTI Neo	(83) 3343-7266	elizabethmaia@hotmail.com
Maria do Socorro Dantas Barbosa	Inst. Saúde Elpídio Almeida – Campina Grande	Enfermeira Gerente	(83) 9971-8482	socorrodantas_2006@ig.com.br
Ana Patrícia Silva de Souto	Candida Vargas	Enfermeira UTI Neo	(83) 8843-8137	anapatriciasouto@hotmail.com
Juarez Alves Augusto	Candida Vargas	Chefe Obstetrícia	(83) 8670-5722	naugusto@hs24.com.br

continua

continua

continuação

PERNAMBUCO				
NOME	MATERNIDADE	CARGO	FONE	E-MAIL
Adriana da Silva Baltar	SES-PE	Coordenadora estadual do Pacto	(81) 3181-6471	adriana-baltar@yahoo.com.br
Thatiane Cristina de O. Torres		Apoiadora	(81) 9973-7444	thatianetorres@hotmail.com
Cláudia Roberta Miranda Pereira	Hospital Barão de Lucena	Direção Geral	(81) 9488-4228	claudiamiranda@hotmail.com
Joelma Arruda Gomes	Hospital Barão de Lucena	Gerente médica – UTI neonatal	(81) 9969-0886	jagallr@bol.com.br
Silvana Uchoa Maximo	Hospital Barão de Lucena	Médico - Neonatologista	(81) 9166-2154	uchoasilvana@hotmail.com
Maria Aparecida dos Santos	Hospital Barão de Lucena	Enfermeira Gerente – Neonatologia	(81) 9978-5953/ 3421-9330	santosaparecida@hotmail.com
Hadassa Tafne Lima de França	Hospital Barão de Lucena	Enfermeira assistente da UTI-neo	(81) 8838-4193	hadassatafnes@hotmail.com
Cynthia C. Medeiros de Carvalho	Hospital Barão de Lucena	Gerente – obstetrícia	(81) 9126-4761	cynthiaccoelho@ibest.com.br
Patrícia Maria Advíncula Uchoa	Hospital Barão de Lucena	Gerente COB	(81) 8881-6405	patriciaadvincula@hotmail.com
Érica cordeiro Lima	Hospital Dom Malan - Petrolina	Coordenação - enfermagem	(74) 9962-2111	ericalimavip@yahoo.com.br
Roseli Lyra	SES-PE	Coordenação materno infantil	(81) 3181-6406	roselyra@hotmail.com

PIAUÍ				
NOME	MATERNIDADE	CARGO	FONE	E-MAIL
Soraya Maria de Albuquerque Pessoa		Apoiadora	(86) 9984-3015/ 3235-1928	sora.maria@hotmail.com
Francisca Maria do Nascimento	Dona Evangelina	Coordenadora da Enf. da Obstetrícia	(86) 9935-5792	
Gilvan de Jesus Lima Malta	Dona Evangelina	Diretor Técnico da Obstetrícia	(86) 9462-9600	joacir@uol.com.br
Francisco Passos Costa	Dona Evangelina	Diretor Geral	(86) 9332-8888	fcopassos@uol.com.br
Mariza Fortes Cerqueira P. da Silva	Dona Evangelina	Coordenadora Médica da UTI	(86) 9981-5383	marizapsilva@gmail.com
Lilian Karla Moreira Gomes	Dona Evangelina	Coordenadora Médica da UTI	(86) 9482-4870	gomeslk@bol.com.br
Patrícia Sampaio Viana de Carvalho	Dona Evangelina	Coordenadora Médica da UTI	(86) 3232-9883	patriciasampaio13@gmail.com
Ozirina Maria da Costa	Dona Evangelina	Coordenadora Médica da UTI	(86) 3211-4926	ozirinaacosta@hotmail.com

continua

continua

continuação

RIO GRANDE DO NORTE				
NOME	MATERNIDADE	CARGO	FONE	E-MAIL
UNIDADE: SAS/MS – RENOSPE – IFF	LOCAL: Fortaleza/CE			
DATA: 1º/12/2009	HORÁRIO: 8 às 18h			
Patrícia Costa Fonseca Meireles	Januário Cicco	Chefe da Obstetrícia	(84) 9402-3007	patbejenna@yahoo.com.br
Acácia Marília Cândido		Apoiador	(084) 9917-9186/9979-9158/3641-2529/3232-3837	micussiped@ig.com.br
Brenda Joyce Fernandes de Menezes	Januário Cicco	Enfermeira Chefe da Obstetrícia	(84) 9991-0809	brendajoycenatal@hotmail.com
Sonia Maria de Medeiros Barreto	Januário Cicco	Diretor	(84) 3215-5970	soniabarreto@aet.fisi.br
Anina Augusta Gomes de Velasco Naylor	Januário Cicco	Enfermeira	(84) 9922-6256	anina.naylor@gmail.com
Joelma de Araujo Nunes Assunção	Januário Cicco	Médica Neonatal	(84) 3234-4969/ 9981-6544	joelma@digizap.com.br
Jussara Azevedo Bezerra de Nóbrega	Januário Cicco	Enfermeira da UTI Neonatal	(84) 9967-2710	jabnobrega@yahoo.com.br
Rosa Maria Vaz dos Santos	Januário Cicco	Enfermeira da UTI Neonatal	(84) 3231-4067	rosa-vazcc@bol.com.br

SERGIPE				
NOME	MATERNIDADE	CARGO	FONE	E-MAIL
Marcia de Oliveira Guimarães		Substituindo o Coordenador do Pacto no Estado	(79) 8816-6267	mog14@hotmail.com
Amanda Cruz Porto Pires		Apoiador	(79) 8814-4057/3259-6781	mandappires@hotmail.com
Andrea Carvalho	Nossa Senhora de Lourdes	Neonatalogista	(79) 9998-5526	deadea_carvalho@hotmail.com
Carline Rabelo de Oliveira	Nossa Senhora de Lourdes	Coordenadora da UTI		
Maria Aparecida Vieira Souza	Nossa Senhora de Lourdes	Enfermeira Chefe da UTI Neonatal		

continua

continua

continuação

ACRE				
UNIDADE: SAS/MS – RENOSPE – IFF		LOCAL E DATA: Belém/PA, 15 a 18/12		
NOME	MATERNIDADE	CARGO	FONE	E-MAIL
Márcia Helena Montenegro Pinheiro	Bárbara Heliodora	Médica UTI Neonatal	(68) 9985-8291	mmarciah@bol.com.br
Mirla Teodolina D'ávila Macedo	Bárbara Heliodora	Médica UTI Neonatal	(68) 8111-9879	mirlat@uol.com.br

AMAPÁ				
NOME	MATERNIDADE	CARGO	FONE	E-MAIL
Jane Maria Tork de Moraes		Apoiadora	(96) 8112-6234	janetork@hotmail.com
Acimor Coutinho	Hospital da Mulher Mãe Luzia	Gerente Médico da UTI	(96) 9981-0125	acimor@hotmail.com
Ivana Rovena Nunes de Souza	Hospital da Mulher Mãe Luzia	Coordenadora de Enfermagem da Obstetrícia	(96) 8124-7271	ivanababu65@hotmail.com
Maria Luiza Gomes da Cruz	Hospital da Mulher Mãe Luzia	Enfermeira – Obstetrícia	(96) 9971-9205	marialuizacruz@hotmail.com
Nádia Cecília Barros Tostes	Hospital da Mulher Mãe Luzia	Enfermeira – UTI	(96) 9141-3109	ncbtostes@yahoo.com.br

continua

continua

continuação

AMAZONAS				
NOME	MATERNIDADE	CARGO	FONE	E-MAIL
Maria Grasiela C. Leite	Ana Braga	Chefia / Coord. Médica da Obstetrícia	(92) 9984-4229	grasiela.leite@bol.com.br
Loiana Alencar de Melo		Apoiadora	(92) 9132-1767	loianamelo@uol.com.br
Maria Gracimar Oliveira Fecury da Gama	Ana Braga	Chefia/coord. Enfermagem da obstetrícia	(92) 8100-9773 / 8802-6809	mgracimar@terra.com.br/ mgracimar@gmail.com
Deuzeni Amorim de Oliveira	Ana Braga	Chefia/coord. Médica da obstetrícia	(92) 8802-3096	deuza.amorim@hotmail.com
Paula de Almeida Prado Gazzetti Fortes	Ana Braga	Coord. Enfermagem UTI Neonatal	(92) 9980-8070	paulafortes@maruaga.com.br
Erika Schramm	Balbina Mestrinho	Coord. Enfermagem Obstetrícia	(92) 9991-2627 / 3182-4534	erika-schramm@hotmail.com
Maristela Alecrim		Coordenadora Estadual do Pacto	(92) 8122-2985 / 3643-6352	dabe@saude.am.gov.br / mristelaolazar@ibest.com.br
Marco Lourenço Silva	Balbina Mestrinho	Diretor Geral – Médico		marcolourencosilva@yahoo.com.br

continua

continua

continuação

MARANHÃO				
NOME	MATERNIDADE	CARGO	FONE	E-MAIL
Silvia Maria Costa Amorim		Coordenadora Estadual do Pacto	(98)9606-0851/ 3218-8751	silvia_amorim.amorim@hotmail.com
Maria das Graças Espíndola		Apoiadora	(98) 9166-6388	gracaesp@oi.com.br
Marília da Glória Martins	HU - UFMA	Coordenação Médica da Obstetrícia	(98) 3248-4445	martinsm@elo.com.br
Maria Valneide Gomes Andrade	HU - UFMA	Coordenação de Enfermagem da Obstetrícia	(98) 3246-4309	valneideandrade@hotmail.com
Patrícia Franco Marques	HU - UFMA		(98) 8159-6393	patriciamarquesf@hotmail.com
Marynéa do Vale Nunes	HU - UFMA	Coordenação Médica da UTI Neonatal	(98) 8813-8344	maryneavale@yahoo.com.br
Frederico Vitorio Lopes Barroso	Marly Sarney	Chefia/Coordenação Médica da Obstetrícia	(98) 8414-1636	fredericobarroso@yahoo.com.br
Aristides Bogéa Bittencourt	Marly Sarney	Chefia/Coordenação Médica da UTI Neonatal	(98) 9971-9015	aristidesbogeas@uol.com.br
Luis Carlos M. Cantanhede	Marly Sarney	Diretor da Maternidade	(98) 8413 - 4529	lucaslz@terra.com.br
Paulo César Silva Ribeiro	Marly Sarney	Chefia/Coordenação de Enfermagem da Obstetrícia	(98) 8842-3500	enfpaulloribeiro@hotmail.com
Vanessa Benini dos Reis	Hospital Materno Infantil de Imperatriz	Coordenação de Enfermagem da UTI Neonatal	(99) 8111-4669	vbenini@hotmail.com
Tânia Mara Bezerra Nascimento Ayres	Hospital Materno Infantil de Imperatriz	Médica UTI Neonatal	(99) 8153-1277	tm_ayres@hotmail.com
Iracema Sousa Santos	Hospital Materno Infantil de Imperatriz	Coordenação de Enfermagem da UTI Neonatal	(99) 8119-4884	iracemasts@hotmail.com
Elizete Maria Araújo Diniz	Hospital Materno Infantil de Imperatriz	Coordenação de Enfermagem da Obstetrícia	(99) 8804-7494	heufrasio@hotmail.com
Benta Lopes Silva		Apoiadora	(99) 8151-7653	bentalopes@hotmail.com
Soelia Batista de O. Ferrante	Hospital Materno Infantil de Imperatriz	Médica UTI Neonatal	(99) 9132-4453	soelia_f@yahoo.com.br
Marcelo dos Santos Feitosa	Hospital Materno Infantil de Imperatriz	Coordenação Médica da Obstetrícia	(99) 9977-2870	marcelofeitosa@hotmail.com

continua

continua

continuação

MATO GROSSO				
NOME	MATERNIDADE	CARGO	FONE	E-MAIL
Evair Mendes da Costa Félfi		Apoiadora	(65) 3613-5350	em.felfi@uol.com.br
Valdelírio Venites		Coordenador Estadual Pacto	(65) 3613-2323	valdeliriovenites@ses.mt.gov.br
Isa Keila do A. V. P. Silva	Hospital Beneficente Santa Helena	Médica UTI Neonatal	(65) 9971-0431	isakeil@hotmail.com
André Luis da Silva Campos	Hospital Beneficente Santa Helena	Enfermeiro UTI Neonatal	(65) 2123-0300/ 8133-3063	andrecampos1@hotmail.com
Candice Castro de Barros Taques	Hospital Beneficente Santa Helena	Médica Obstetrícia	(65) 8402-4878	candibarrosh@hotmail.com
Vanusa Cristina Pinto	Hospital Beneficente Santa Helena	Enfermeira Obstetrícia	(65) 9982-6698	vanusacris@msn.com
Márcia Daniela Trentin	Hospital Beneficente Santa Helena	Enfermeira UTI Neonatal	(65) 9242-9183	marcia_dani1@hotmail.com

RONDÔNIA				
NOME	MATERNIDADE	CARGO	FONE	E-MAIL
Edilene Macedo Cordeiro	Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro	Enfermagem da UTI- Neonatal	(69) 3216-5715	edilenefigueiredo06@ibest.com.br
Eldya Flávia Ramos	Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro	Coordenadora de Enfermagem de Obstetrícia	(69) 3216-5716	eldyaflavia@hotmail.com
Cristina Mabel do Nascimento		Coordenadora Estadual do Pacto	(69) 3216-7388	cris-mabel@hotmail.com
Nilson Cardoso	Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro	Coordenador de Enfermagem de Obstetrícia	(69) 3216-5742	nilson_paniagua@hotmail.com
Rached Mohamoud Ali	Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro	Coordenador Médico de Obstetrícia	(69) 3216-5711/ 9971-7596	racheddal@hotmail.com

continua

continua

continuação

PARÁ				
NOME	MATERNIDADE	CARGO	FONE	E-MAIL
Ana Cristina Álvares Guzzo	SESPA/Saúde da Criança	Coordenadora Estadual do Pacto	(91) 8116-1452/ 3241-6984	ana.cristina.guzzo@gmail.com/ dagp@crianca@yahoo.com.br
Rita de Cássia de Sousa Vianna		Apoiadora	(91) 8151-9133	ritavianna@yahoo.com.br
Maria Aparecida da S. Mulatinho	SESPA/Saúde da Criança		(91) 8235-3904/ 4006-4305	cidamulatinho@gmail.com
Joelcilene Pinheiro Tavares	SESMA/Belém		(91) 9177-6635/ 3184-6146	rtsaudedamulher@yahoo.com.br/ thalenne@ig.com.br
Salenild Santos Rodrigues Pinheiro	SESMA/Belém		(91) 9147-4121/ 3184-6147	nildrodrigues@pop.com.br/ humanizacaosma@gmail.com
Odinéia Maria da Silva	SESMA/Belém		(91) 3184-6146/ 9984-4982	rtsaudedacrianca@gmail.com/ silva.odinea@gmail.com
Sebastião Guerra Matos	CMS/Belém		(91) 9177-2207	sebastiaoaguerra@yahoo.com.br
Luiz Guilherme N. Martins	SESPA/CEH		(91) 8178-5249	lgnmartins@gmail.com
Ana Cristina Soeiro Salgado	SESPA/CEH		(91) 9146-4641	acsalgado@uepa.br
Iracema Maria Rodrigues Barra	FUNASA		(91) 3202-3751	iracema.barra@funasa.gov.br
Lilian do Socorro C. Reça Carvalho	Hospital das Clínicas Gaspar Viana		(91) 8111-2209	lilian.caldas@oi.com.br
Michelle Gobitsch	Hospital das Clínicas Gaspar Viana		(91) 4005-2672	gobitschmello@ig.com.br
Auxiliadora Pantoja Ferreira	Santa Casa	Enfermeira Neonatologista	(91) 9137-9956	auxienfa@hotmail.com
Samantha Wiziak de Castro Cervantes	Santa Casa	Enfermeira Neonatologista	(91) 8139-0670/ 8412-7114	samanthawiziak@hotmail.com
Maria de Fátima Leite da Cruz	Santa Casa		(91) 8119-7319/ 3083-8839	fatimacruz2004@click21.com.br
Benedito da Costa Maués	Santa Casa	Pediatra	(91) 8121-8136	bmaues@uol.com.br
Antonio Sergio da S. Carvalho	Santa Casa		(91) 9138-8845	ascarva@uol.com.br
Carmem Angélica da Silva Peixoto	Santa Casa		(91) 8158-5028	carmemapeixoto@yahoo.com.br
Rosa Emilia Araújo	Santa Casa		(91) 9638-1197	

continua



## Visita técnica ao Hospital Sofia Feldman

- Equipe responsável do Hospital Sofia Feldman:

Dr. Ivo de Oliveira Lopes

Dra. Lélia Maria Madeira

Dra. Erika da Silva Dittz

Enfª Obstetra Vera Cristina A. M. Bonazzi

Dr. Lucas Barbosa da Silva

- Profissionais das maternidades:

Maternidade	Profissionais
Hospital Maternidade Bárbara Heliodora – AC (Ap. Gerlivia Sup. Vera)	<b>12 e 13/04</b> Médico-GO da assistência: Wellington Coord. Enfermagem Maria Soares Coord Obstetrícia: Edvaldo Amorim de Sousa Neo: Joseneide Maria
Maternidade Ana Braga – AM (Ap. Loiana Sup. Sônia)	<b>29 e 30/03</b> Coord. Enferm.: Deuzenir Coord. Obstet.: Antonio Medeiros Neo: Núria Diretora: Adelaide Marques Setubal
Maternidade Balbina Mestrinho – AM (Ap. Loiana Sup. Sônia)	<b>29 e 30/03</b> Coord. Obstet.: Lana Coord. Enferm.: Érika Diretor: Marco Lourenço Silva
SES – Hospital da Mulher Mãe Luiza – AP (Ap. Jane Sup. Esther)	<b>7 e 8/06</b> Diretor: Manoel Jerônimo da Silva Junior Diretora Clínica: Nirce Coord. de Enfermagem da Obst.: Ivana Médica Neo: Vera Samara
Hospital Mat. Inf. N. Sra. de Nazaré – RR (Ap. Wagner Sup. Aline)	<b>26 e 27/04</b> Diretora: Ana Carolina Lima Lopes Brito Coord. Médica Neo: Ana Paula Neo: Alexandre Enf.: Karla
Fund. Santa Casa de Misericórdia de Belém – PA (Ap. Rita Sup. Esther)	<b>10 e 11/05</b> Diretor: Maurício César Soares Bezerra Carmem Florentina Maria Helena
Hospital das Clínicas Gaspar Viana – PA (Ap. Rita Sup. Esther)	<b>10 e 11/05</b> Diretor: Benedito Paulo Bezerra Fabiola Yllen Tilza

continua

Maternidade	Profissionais
Maternidade Marly Sarney – MA (Ap. Graça Sup. Annatália)	<b>24 e 25/05</b> Diretor: Luiz Carlos Muniz Cantanhede Chefia/Coordenação Médica da Obstetrícia: Frederico Cleidimar Rozimélia
HU – Universidade Federal do Maranhão – MA (Ap. Graça Sup. Annatália)	<b>24 e 25/05</b> Coord. Médica da Obstetrícia: Marília da Glória Enfermeiro Coordenador do Centro Obstétrico: Edeilson Coordenação Médica UTI Neo: Marynéa do Vale Médica Obst. Chefe do Centro Obstétrico: Márcia
Hospital Materno Infantil de Imperatriz – MA (Ap. Benta Sup. Annatália)	<b>24 e 25/05</b> Diretor: Clidenor Simões Plácido Filho Enf.: Elizete Obstetra: Nicemar Neo: Rosália
Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro – RO (Ap. Patrícia Sup. Annatália)	<b>24 e 25/05</b> Hellen Alberto Liliane Coord. Obst.: Rached
Hospital Beneficente Santa Helena – MT (Ap. Noíse Sup. Angélica)	<b>7 e 8/06</b> Enfermeira Matern.: Vanusa Obst.: Candice Médica - UTI Neo: Carolina Médico - Diretor Téc.: Elton
Hospital Dona Regina Siqueira Campos – TO (Ap. Goiama Sup. Vera)	<b>12 e 13/04</b> Coord. Enfermagem: Andréia Cirurgiã pediatra: Lúcia Caetano Obst.: João de Deus Neo – UTI e UCI: Mariângela
Maternidade Tsylla Balbino – BA (Ap. Analia Sup. Vera)	<b>12 e 13/04</b> Diretor: Maria José Souza Silva Coord. Enfermagem: Ednair Pediatra: Steliza Obstetra: Zelda
Instituto de Perinatologia da Bahia – BA (Ap. Analia Sup. Vera)	<b>12 e 13/04</b> Diretor: Dolores Fernandez Obstetra: Henrique Enfermeira Coordenadora Obst.: Alzira Carla Neo: Simone Maria Figueiredo
Maternidade Nossa Senhora de Lourdes – SE (Ap. Amanda Sup. Aline)	<b>26 e 27/04</b> Diretor: Juan José Lôbo Rivas Gerente Enf.: Magaly Coord. Neo: Josileide Coord. Obst.: Alba
Maternidade Escola Santa Mônica – AL (Ap. Petrócia Sup. Angélica)	<b>7 e 8/06</b> Janaína Enf.: Sandra Maria de Lourdes

continua

continuação

<b>Maternidade</b>	<b>Profissionais</b>
Hospital Regional de Arapiraca – Sociedade Beneficente Nossa Senhora do Bom Conselho – AL (Ap. Leopoldina Sup. Angélica)	<b>7 e 8/06</b> Diretor: José Ulisses Pereira da Silva Enfermeira: Edjane Maria Nelva Andreia Marques
Hospital Barão de Lucena – PE (Ap. Thatiane Sup. Esther)	<b>10 e 11/05</b> Diretora: Cláudia Roberta Miranda Pereira Carolina Feitosa Fabiana Patrícia Carvalho
Hospital Regional Dom Malan-Petrolina – PE (Ap. Marta Sup. Esther)	<b>7 e 8/06</b> Jair Lília
Maternidade Cândida Vargas – PB (Ap. Aristides Sup. Sônia)	<b>29 e 30/03</b> Coord. Enferm.: Maria do Carmo Coord. Obstet.: Juarez Diretora: Ana de Lourdes Vieira Fernandes
Inst. Saúde Elpídio Almeida – Campina Grande – PB (Ap. Flávia Sup. Sônia)	<b>29 e 30/03</b> Diretora: Francimar Maria José Coord. Enf.: Maria do Socorro Coord. Obstet.: Sandra Neo: Fernanda
Mat. Escola Januário Cicco – RN (Ap. Acácia Sup. Sôia)	<b>29 e 30/03</b> Coord. Enferm.: Brenda Coord. Obstet.: Sônia Maria Neo: Viviane Diretora: Maria da Guia
Maternidade Escola Assis Chateaubriand – CE (Ap. Adriana Sup. Aline)	<b>26 e 27/04</b> Chefe Enf. Obst.: Rosilea Médico Neo: Luiz Carlos Batista Médico Obstet.: Flamarion
Hospital César Cals – CE (Ap. Adriana Sup. Aline)	<b>26 e 27/04</b> Diretor: Valdir Ferreira de Meneses Médico Neo: Maria Willzni Enfermeira Obstetra: Ângela Cristina Bonfim Obst.: Luiz Alexandre
Maternidade Dona Evangelina Rosa – PI (Ap. Soraya Sup. Annatália)	<b>24 e 25/05</b> Diretor: Francisco Passos Costa Coord. da Enferm. Obstetrícia: Francisca Luciana Coord. Médica da UTI: Mariza

Material atualizado em 26 de julho de 2010.

## Áreas técnicas do Ministério da Saúde

- Política Nacional de Humanização: Dário Frederico Pasche; Cátia Paranhos Martins; Renata Adjuto de Melo; Mariella Oliveira; Mirella Pessatti; Serafim Santos Filho;
- Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde: Ana Lúcia Gurgel;
- Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas: José Luiz Telles; Luiza Beatriz Acioli;
- Área Técnica da Saúde da Criança: Elsa Giugliani; Lilian Córdova; Fernanda Monteiro; Altiva Cristina da Silva; Cristiano Francisco da Silva; Gilmara Nascimento; Fernanda Cordova;
- Área Técnica da Saúde da Mulher: Thereza Da Lamare; Marcella Distrutti; Luciana Bordinoski; Luciana Fonseca;
- Área Técnica da Saúde do Adolescente: Ana Sudária Lemos Serra; Deurides Ribeiro;
- Departamento de Atenção Básica: Elisabeth Susana Wartchow; Natali Minóia; Gilmarra Santos;
- Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas: Luzicléia Carolina Silva;
- Coordenador da Rede Norte/Nordeste de Saúde Perinatal (Renospe): Álvaro Jorge Madeiro Leite;
- Instituto Fernandes Figueira (IFF): Carlos Cynthia Magluta, Maria Auxiliadora Gomes, Marcos Augusto Bastos Dias; João Henrique Almeida; Carlos Maurício Maciel.

## Conferencistas do Ciclo de Videoconferências

- I VC: Organização da Rede de Atenção Perinatal Integral no SUS-BH e a Regulação Assistencial: Construção da Linha de Cuidado Perinatal em BH – Comissão Perinatal; Regulação Assistencial – Ninon de Miranda Fortes; Central de Internação - Socorro / Roberto; Central de Marcação de Consultas – Zeila de Fátima Abrão Marques; Supervisão hospitalar – Ester; SAMU – Paula;
- II VC: “Atenção Obstétrica Neonatal”: João Batista de Castro Lima; Marcos Imayo; Míriam Rêgo de Castro Leão;
- III VC: “Acolhimento – Acolhimento com Classificação de Risco em obstetrícia; acolhimento em rede, vinculação da gestão do pré-natal ao parto; acolhimento ao recém-nascido”: Gisele Cordeiro Maciel; Adrinez Cançado e Nascimento;
- IV VC: “Cogestão e Participação Social: Ivo de Oliveira Lopes; Gislene Oliveira Nogueira; Júlia Cristina do Amaral; Maria Mazarelo; Romeu Pires de Araújo;
- V VC: “Unidades de Terapia Intensiva Neonatal”: Ivo de Oliveira Lopes; Francisco Eulógio Martinez;
- VI VC: “O Papel da Atenção Primária à Saúde no Cuidado da Gestante e do Recém-nascido”: Carlos Daniel Moutinho Junior; Ademar Cesar Volpi.

SAS E FIOCRUZ



Disque Saúde  
0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)



Ministério  
da Saúde

