

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA**

**CAMPUS JOINVILLE
CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA
EM GESTÃO HOSPITALAR**

**CHRISTINA MAIA
ROSIMEIRE APARECIDA ALVES**

**AVALIAÇÃO DA CAPTAÇÃO DE RECURSOS DO
COMPONENTE I DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO
PRÉ-NATAL E NASCIMENTO EM UM MUNICÍPIO DE SANTA
CATARINA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**CHRISTINA MAIA
ROSIMEIRE APARECIDA ALVES**

**AVALIAÇÃO DA CAPTAÇÃO DE RECURSOS DO
COMPONENTE I DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO
PRÉ-NATAL E NASCIMENTO EM UM MUNICÍPIO DE SANTA
CATARINA**

JOINVILLE, 2014

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA.
CAMPUS JOINVILLE
CURSO GESTÃO HOSPITALAR**

**CHRISTINA MAIA
ROSIMEIRE APARECIDA ALVES**

**AVALIAÇÃO DA CAPTAÇÃO DE RECURSOS DO
COMPONENTE I DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO
PRÉ-NATAL E NASCIMENTO EM UM MUNICÍPIO DE SANTA
CATARINA**

**Submetido ao Instituto Federal
de Educação, Ciência e Tecno-
logia de Santa Catarina como
parte dos requisitos de obtenção
do título de Tecnólogo em
Gestão Hospitalar.**

**Orientadora: Anna Geny Batalha
Kipel.**

JOINVILLE, 2014

Alves, Rosimeire. Maia, Christina.

Avaliação da Captação de Recursos do Componente I do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento em um município de Santa Catarina/ Alves, Rosimeire. Maia, Christina – Joinville: Instituto Federal de Santa Catarina, 2014. 96 f.

Trabalho de Conclusão de Curso - Instituto Federal de Santa Catarina, 2014. Graduação. Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar. Modalidade: Presencial.

Orientador: Anna Geny Batalha Kipel.

1. Programa de Humanização no Pré-Natal
2. Avaliação da Captação
3. Componente I PHPN

**AVALIAÇÃO DA CAPTAÇÃO DE RECURSOS DO
COMPONENTE I DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO
PRÉ-NATAL E NASCIMENTO EM UM MUNICÍPIO DE SANTA
CATARINA**

**CHRISTINA MAIA
ROSIMEIRE APARECIDA ALVES**

**Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título de
Tecnólogo em Gestão Hospitalar e aprovado na sua forma
final pela banca examinadora do Curso Gestão Hospitalar do
Instituto Federal de Educação, ciência e Tecnologia de Santa
Catarina.**

Joinville, 01 de Dezembro de 2014.

Banca Examinadora:

**Prof.^a Anna Geny Batalha Kipel
Orientadora**

**Sra. Maria Marlete Reinert Brittes
Avaliadora**

**Prof.^a Juraci Maria Tischer
Avaliadora**

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida e por me capacitar a cada dia permitindo com que eu seguisse este caminho.

A minha família que concedeu apoio, compreensão e palavras de incentivo durante o período de aprendizagem.

Christina Maia

Agradeço a Deus por ter me mantido com determinação, saúde e força, para assim hoje poder completar esta etapa.

Agradeço a minha mãe e meus amigos pelo apoio e compreensão.

Agradeço a pessoa responsável por eu estar aqui hoje, que me apresentou o IFSC e o Curso Tecnologia em Gestão Hospitalar, me incentivou sempre... Minha filha Priscila.

Rosimeire Aparecida Alves

A nossa orientadora Anna Geny Batalha Kipel pela atenção, compreensão e sabedoria, dispensada a nós durante o período de elaboração deste trabalho.

A Secretaria de Municipal de Saúde de Joinville que nos permitiu utilizar os dados para a realização do trabalho.

A senhora coordenadora do setor de Controle, Avaliação e Auditoria, Sra. Maria Marlete Reinert Brittes, que nos apoiou no desenvolvimento desse trabalho.

Ao professor Jorge Cunha, coordenador do Curso de Gestão Hospitalar, pela atenção, apoio e motivação ao longo do curso e da realização desse trabalho.

Enfim a todos que de forma direta ou indiretamente contribuíram para a que a conclusão desse trabalho fosse possível.

“Se eu encontro em mim um desejo que nenhuma experiência neste mundo pode satisfazer, a explicação mais provável é que eu fui feito para outro mundo.”

C.S. Lewis

Christina Maia

"Nascer, morrer, renascer ainda, progredir sempre, tal é a Lei."

Allan Kardec

Rosimeire Aparecida Alves

RESUMO

Este estudo objetiva avaliar a captação de recursos do componente I do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que visa à realização do acompanhamento da gestante, por meio da conclusão de um elenco de exames e consultas dentro de um calendário programado. Para o acompanhamento do programa foi criado, o sistema SISPRENATAL, ferramenta fundamental para implementação e avaliação do programa. Averiguou-se a efetividade do processo destinado à captação do incentivo, avaliando os quantitativos entre as gestantes que aderiram ao pré-natal e o concluíram. Realizou-se uma pesquisa documental e bibliográfica referente aos motivos que levaram a elaboração do programa pelo Ministério da Saúde, e sua importância a fim de reduzir os índices de morbimortalidade materna e perinatal. O estudo é caracterizado como quantitativo e exploratório, com a questão de pesquisa referente a captação de recurso ao repasse do Componente I do PHPN em um município de Santa Catarina. A avaliação dos dados entre 2008 a 2012 mostrou que 15.881 gestantes aderiram ao programa e 21,3% o concluíram. Os resultados podem estar relacionados ao não cumprimento de procedimentos do elenco, a não digitação das informações no SISPRENATAL dentro do prazo, a indisponibilidade de computador, ausência de profissionais responsáveis pela digitação, tecnologias ultrapassadas como a baixa velocidade de internet e configurações incompatíveis. Sugere-se a revisão e o acompanhamento nas etapas que compõem a captação para o efetivo recebimento do incentivo. Espera-se que os resultados deste estudo proporcione melhorias para o município, e que contribua para o desenvolvimento de novos estudos acerca da captação do incentivo financeiro do PHPN.

Palavras-chave: Programa de Humanização no Pré-Natal. Avaliação da Captação. Componente I PHPN.

ABSTRACT

This study aims to evaluate the inflow of component resources and the Humanization Program of Prenatal Care and Birth, that aims at realization of monitoring of pregnant women, through the conclusion of some tests and consultations within a programmed calendar. For the monitoring of the program was created, the SISPRENATAL system, fundamental tool for implementation and evaluation of the programme. It was noted the effectiveness of the process for the capture of encouragement, quantitative assessment among pregnant women who joined to the Prenatal Care and concluded. There was a documentary and bibliographic research about the reasons that led the elaboration of the program by Ministry of Health, and its importance to reduce the indices of maternal and perinatal mortality. The study is characterized as quantitative and exploratory, with the question of the the capture the onlending to the transfer of Component I of PHPN in a municipality of Santa Catarina. Evaluation of data from 2008-2012 showed that 15 881 pregnant women have joined the program and 21.3% concluded. The results may be related to non-compliance with cast procedures, not entering the information in SISPRENATAL on time, the computer unavailability, lack of professionals responsible for typing, outdated technologies such as low internet speed and incompatible configurations. It is suggested to review and follow up on the steps that make up the catchment for the actual receipt of the incentive. It is expected that the results of this study provide improvements for the city, and contributes to the development of new studies on the uptake of the financial incentive of PHPN.

Keywords: Humanization Program in Pre-Natal. Transfer of evaluation. Component I PHPN.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - TABWIN passo 1 da tabulação	12
FIGURA 2 - TABWIN passo 2 da tabulação	13
FIGURA 3 - TABWIN passo 3 da tabulação	14
FIGURA 4 - TABWIN passo 4 da tabulação	15
FIGURA 5 - TABWIN passo 5 da tabulação	16
FIGURA 6 - TABWIN passo 6 da tabulação	17
FIGURA 7 - TABWIN passo 7 da tabulação	18
FIGURA 8 - Gráfico Taxa de Mortalidade Perinatal	30
FIGURA 9 – Gráfico Adesão Conclusão.....	31
FIGURA 10 – Gráfico Taxa de Mortalidade Materna	32
FIGURA 11 - Gráfico Adesão e Conclusão por Regional.....	33
FIGURA 12 - Fluxo do Repasse do Componente I	35
FIGURA 13 - Valor não Arrecadado por Regional	36
FIGURA 14 - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio	38

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Regional A	20
TABELA 2 - Regional B	21
TABELA 3 - Regional C	22
TABELA 4 - Regional D	23
TABELA 5 - Regional E	24
TABELA 6 - Regional F.....	24
TABELA 7 - Regional G	25
TABELA 8 - Regional H	26
TABELA 9 - Regional I.....	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica
ABO - Exame para Tipagem Sanguínea
ACS – Agente Comunitária de Saúde
BPA – Boletim de Produção Ambulatorial
ESF – Estratégia de Saúde da Família
GUAB – Gerencia da Unidade de Atenção Básica
MS - Ministério da Saúde
PHPN - Programa de Humanização do Parto e Nascimento
SAS - Secretaria de Atenção à Saúde
SES – Secretaria do Estado de Saúde
SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUS - Sistema único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
VDRL - Exame de sangue para o diagnóstico de sífilis
WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
1.1. JUSTIFICATIVA.....	2
1.2. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	3
1.3. OBJETIVO GERAL	3
1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	4
2.1. HISTÓRICO DA ASSISTENCIA A GESTANTE.....	4
2.2. O PROGRAMA PHPN	6
2.3. O SISTEMA DE INFORMAÇÃO SISPRENATAL.....	7
2.4. O COMPONENTE I.....	8
3. METODOLOGIA	10
3.1. CARACTERISTICAS DA PESQUISA.....	10
3.2. LOCAL DA PESQUISA	11
3.3. PROCEDIMENTOS PARA CAPTAÇÃO DE DADOS .	12
4. ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	19
4.1 DADOS COLETADOS	19
4.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5. CONCLUSÃO	39
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
7. ANEXOS	43
ANEXO 1 - FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE	43
ANEXO 2 - FICHA DE ATENDIMENTO DIÁRIO	44
ANEXO 3 - FICHA DE INTERRUPÇÃO DO ACOMPANHAMENTO	45
ANEXO 4 - AUTORIZAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA	46

ANEXO 5– NOTICIA AUDITORIA NAS UBS	47
ANEXO 6– PORTARIA Nº 569 DE 2000.....	48
ANEXO 7– PORTARIA Nº 570 DE 2000.....	66
ANEXO 8– PORTARIA Nº 571 DE 2000.....	79
ANEXO 9– PORTARIA Nº 572 DE 2000.....	83

1 INTRODUÇÃO

Diferentes significados foram atribuídos à gestação e ao parto. Muitos destes significados trazem aspectos contraditórios e antagônicos, tais como, alegria e dor, esperança e medo, renovação e morte. (DINIZ, 1996).

Para que a gravidez transcorra com segurança, são necessários cuidados da própria gestante, do parceiro, da família e especialmente dos profissionais de saúde. Assim o Ministério da Saúde (MS), diz que a atenção efetiva e o direito de acesso à saúde, podem contribuir para redução da mortalidade materna e perinatal, já que o diagnóstico precoce e o acompanhamento durante a gestação são de fundamental importância para a manutenção de uma gravidez saudável (BRASIL, 2006).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PHPN, foi instituído pelo MS em 2000 e tem como objetivo principal atender às necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto. Com essa iniciativa o MS busca a redução das altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, procurando assegurar o acesso, a melhoria da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é estruturado com três componentes. O primeiro trata da assistência pré-natal; o segundo componente apresenta as questões relativas à organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal na área hospitalar; e o terceiro componente instituiu sistemática de pagamento da assistência ao parto.

Para o acompanhamento do programa foi criado pelo MS em 2000, o SISPRENATAL. Esse sistema tem como finalidade permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no PHPN e servir de instrumento para a gestão.

A avaliação proposta neste estudo estará dirigida ao componente I do PHPN, que visa à realização do acompanhamento da gestante desde o resultado positivo de gravidez até o puerpério, por meio da conclusão de um elenco de exames e consultas dentro de um calendário programado.

Para incentivar a adesão ao programa o PHPN por meio do componente I, viabiliza um incentivo financeiro de R\$ 10,00 por

gestante cadastrada no SISPRENATAL e R\$ 40,00 por gestante que concluir o rol de procedimentos no prazo previsto.

A captação dos dados para o estudo foi extraída por meio de tabulações no sistema TABWIN (aplicativo desenvolvido pelo DATASUS/MS que permite às equipes técnicas do MS, Secretaria do Estado da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde a tabulação rápida das produções apresentadas no SIS/SUS pelas Unidades Básicas de Saúde), no período de 2008 a 2012.

Essa produção é um extrato da produção apresentada pela UBS ao SIA/SUS, aprovada pelo Ministério da Saúde e disponibilizada às equipes técnicas das SMS.

Por meio da produção extraída, observou-se que há uma diferença numérica significativa entre a quantidade de gestantes que aderem ao PHPN e a quantidade de gestantes que o concluem. Tendo em vista que o componente I do PHPN subsidia um incentivo financeiro, o não cumprimento do mesmo significa uma perda significativa para o município.

O trabalho visa identificar por meio de um estudo quantitativo e exploratório, os possíveis motivos para essa diferença, por meio de indicadores de gestão e relatórios de auditorias realizadas nas UBS pela SMS.

1.1.JUSTIFICATIVA

A conclusão do pré-natal componente I do PHPN dá direito ao município de receber o repasse do incentivo no valor de R\$40,00.

O estudo é de fundamental importância uma vez que por meio da análise da produção poderá ser identificada a diferença entre o número de gestantes que aderem e concluem o programa, que por sua vez influencia na taxa de mortalidade materna e perinatal.

1.2.DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Qual a captação de recurso referente ao repasse do Componente I do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento em Santa Catarina?

1.3.OBJETIVO GERAL

Partindo do princípio de que a avaliação é um meio de aperfeiçoar e conduzir mudanças na estrutura e nos processos e alcançar resultados eficientes e eficazes, o trabalho busca avaliar a captação de recursos do componente I do programa de humanização no pré-natal e nascimento em um município de Santa Catarina, entre os anos de 2008 e 2012.

1.4.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Tabular a produção apresentada pelas UBS referente ao número de gestantes que aderiram e concluíram o pré-natal entre 2008 e 2012.
- Comparar os números de adesão e conclusão do componente I apresentados pelas UBS no SIA/SUS.
- Verificar as causas pelas quais os registros de conclusão do acompanhamento a gestante no sistema SISPRENATAL não são realizados.
- Identificar os valores relacionados ao componente I não captados pelas UBS.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Para obter as informações acerca da temática, realizou-se uma busca bibliográfica na base de dados científica SCIELO, em 23 de julho de 2014, utilizando-se da palavra chave: Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Foram selecionados trinta e nove artigos que abordavam o tema investigado.

Utilizou-se também para a construção deste trabalho, teses, dissertações, publicações do MS, portarias e leis referentes ao tema. Após a seleção e leitura crítica, apresenta-se a seguir a revisão da literatura.

2.1.HISTÓRICO DA ASSISTENCIA A GESTANTE

Historicamente inúmeros registros confirmam a importância da gestação como evento social mobilizador (MURPHY-LAWLEES, 1998). Entretanto, até meados do século XIX, estar grávida e parir eram acontecimentos exclusivamente da esfera feminina. Porém com passar dos anos novos atores foram introduzidos à cena, os médicos. Com essa importante mudança, ocorreu uma profunda medicalização do parto e da gestação, transformando-a em objeto do conhecimento e da prática médica (FOUCAULT, 1996). As normas médicas vieram regular comportamentos, estabelecer padrões e principalmente afirmar a autoridade médica, em nome da ciência.

Mais recentemente, ocorreram duas mudanças significativas, a mudança do local do parto, deixando de ser realizado no domicílio da gestante e passando ao ambiente hospitalar, aliado a participação dos profissionais de saúde. A razão principal para a ocorrência destas mudanças foi a alta mortalidade materna e perinatal (WHO, 1996). À medida que as técnicas médicas foram sendo incorporadas, a mortalidade de mulheres e recém-nascidos caiu significativamente e hoje, em países desenvolvidos, a ocorrência de óbitos maternos é baixa e incomum (ALLEYNE, 2002).

Melhorar a saúde materna e impedir mortes evitáveis é um dos objetivos de maior interesse nacional e internacional no

campo da saúde. No Brasil, a assistência a gestante era inicialmente apenas através da assistência hospitalar ao parto. Nos anos 70, a população reivindicou a criação de um sistema único de saúde, público com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade. A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e da promulgação da Constituinte, em 1988, o direito à saúde estaria garantido por lei e um sistema único de saúde deveria ser implantado de forma descentralizada e com instâncias de controle social (MEDICI, 1999).

Em 1983, o Ministério da Saúde lançou as bases programáticas do PAISM, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher que representa, até o momento, um paradigma na atenção à saúde da mulher. O PAISM apresentou um deslocamento de olhar na atenção à saúde da mulher, obrigando os gestores a pensarem de forma mais ampla sobre a questão.

O PAISM deveria prover ações relacionadas à gravidez, contracepção, esterilidade, prevenção de câncer ginecológico, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, sexualidade, adolescência e climatério. Apesar de ter representado um avanço significativo em termos de direitos para as mulheres brasileiras, sua implementação sofreu dificuldades políticas, financeiras e operacionais, o que impediu na prática que o programa fosse bem executado.

A implantação do PAISM foi diferenciada em todo o país, refletindo os diferentes graus de compromisso político dos governantes com a questão da mulher. No final dos anos 90, o Ministério da Saúde havia definido a saúde da mulher como prioritária e sistematizou, a partir de três linhas, ações e projetos a fim de melhorar a saúde e reduzir a mortalidade por causas evitáveis (BRASIL, 2005).

Na primeira, aumentou a remuneração ao parto normal e instituiu um limite percentual máximo para pagamento de cesáreas por hospital através da portaria MS/GM 2.816, de 29 de maio de 1998, além de incluir a remuneração aos procedimentos referentes à analgesia de parto e ao parto realizado por enfermeira obstétrica.

Na segunda, foi instituído o Programa de Apoio à Implantação de Sistema Estadual de Referência Hospitalar para a gestação de alto risco, com a finalidade de organizar e melhorar a assistência às mulheres com maior risco obstétrico.

A terceira etapa tratava especificamente da atenção no pré-natal e ao parto, enfocando a qualidade da assistência, o acesso, também considerado como um indicador da qualidade da atenção e a humanização da atenção (CARDOSO, 2007).

Essas ações tinham como objetivo de diminuir a morbimortalidade materna e melhorar os resultados perinatais, com a perspectiva de humanização no processo.

2.2.O PROGRAMA PHPN

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde a fim de propor mudanças no modelo assistencial, onde a questão da humanização e dos direitos aparecesse como o princípio estruturador.

A principal estratégia do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O Programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais. O primeiro, diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com

frequência, acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2000).

O Programa, instituído através das Portarias GM nº 569, GM nº 570, GM nº 571 e GM nº 572 de 2000, apresentava como objetivo principal concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, com enfoque na necessidade de ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas, promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto (BRASIL, 2000).

O PHPN apresenta uma estruturação com três componentes: o primeiro trata da assistência pré-natal; o segundo componente apresenta as questões relativas à organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal na área hospitalar; e o terceiro componente instituiu sistemática de pagamento da assistência ao parto. Esta estratégia deve ser compreendida dentro de um projeto de aprimoramento da assistência obstétrica, com o objetivo de contemplar integralmente as instâncias da gestão indispensáveis para alcançar estes objetivos.

O PHPN instituiu uma série de medidas, como estabelecimento de critérios mínimos e pagamento de incentivos, com o objetivo principal de melhorar a qualidade da assistência a gestante.

2.3.O SISTEMA DE INFORMAÇÃO SISPRENATAL

A criação de um sistema informatizado, o SISPRENATAL, foi considerada como medida fundamental do Programa. Esse sistema foi criado pelo Ministério da Saúde e é disponibilizado para download através do site do DATASUS. O sistema deveria se constituir como um instrumento capaz de fornecer um conjunto de relatórios e indicadores para monitorar a atenção a gestante e melhorar a gestão dos serviços.

O relatório de indicadores é especialmente útil, tanto em nível local como nacional, pois calcula o percentual de gestantes que realizaram os procedimentos preconizados.

Até a instituição do Programa, no SUS, os dados referentes à assistência Pré-natal restringiam-se à cobertura e ao número absoluto de consultas, não permitindo avaliações mais detalhadas da qualidade do cuidado pré-natal (NOVAES, 2000).

O SISPRENATAL gera três tipos de relatórios: de gestantes, auxiliares e gerenciais. Os relatórios de gestantes relacionam-se ao cadastro, à falta de documentação, à movimentação da gestante, e às gestantes que são atendidas ou que são residentes fora do município. Os relatórios auxiliares fornecem informações cadastrais das unidades prestadoras de serviço, das fichas de registro de atendimento, de gestantes cadastradas em outra unidade e exibem relatórios previamente salvos. Por sua vez, os relatórios gerenciais são em maior número e foram planejados para que o gestor obtivesse informações do processo da atenção, aumentando a capacidade de intervenção na assistência.

2.4.O COMPONENTE I

O componente I é o primeiro dos três incentivos do PHPN. Esse objetiva estimular estados e municípios a realizarem o acompanhamento pré-natal adequado e o cadastramento das gestantes, de acordo com os princípios e critérios estabelecidos, instituindo incentivos financeiros.

No cadastramento da gestante para cada município será definida uma série numérica de identificação das gestantes no Programa, através do SISPRENATAL. A série numérica de cada município é definida pelo Ministério da Saúde. O município, por sua vez, deverá definir a série numérica destinada a cada unidade, de acordo com a média de atendimentos esperados.

Cada gestante, identificada pelo seu número, deve ser cadastrada na primeira consulta, através do preenchimento da Ficha de Cadastramento da Gestante, que deve ocorrer até o quarto mês de gravidez. As informações constantes da ficha devem ser digitadas no SISPRENATAL. A cada mês, o SISPRENATAL gerará um BPA para importação no SIA/SUS. Este BPA possibilitará o faturamento do incentivo de R\$ 10,00 por gestante cadastrada.

Os retornos da gestante à unidade, para consulta, assim como os exames realizados no pré-natal devem ser registrados na Ficha de Acompanhamento Diário das Gestantes e digitadas no SISPRENATAL, dentro dos prazos estabelecidos. A não alimentação do SISPRENATAL implicará na impossibilidade do faturamento do incentivo.

A conclusão da assistência pré-natal será considerada quando tiverem sido realizadas e registradas no SISPRENATAL, 6 consultas de pré-natal, todos os exames obrigatórios, sendo eles 1 ABO-Rh, 2 VDRL, 2 urina, 2 glicemia de jejum, 1 Hemoglobina e 1 Hematócrito, a imunização antitetânica, a realização do parto e a consulta de puerpério.

Ao término do pré-natal, após o parto e a consulta de puerpério é encerrado o ciclo de atenção à gestante. O cumprimento do elenco de procedimentos previstos no programa, e a devida alimentação do SISPRENATAL, gerará automaticamente o BPA para o SIA/SUS, com o código 07.071.03.5 permitindo o pagamento de R\$ 40,00 por gestante.

Estes incentivos serão pagos com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação do Ministério da Saúde FAEC, e o depósito é feito na conta do Fundo Municipal de Saúde.

2.5.ROTINA DO SISPRENATAL

De posse do resultado positivo do teste de gravidez o profissional de saúde médico ou enfermeiro deve iniciar o pré-natal. Neste momento será aberto o Cartão da Gestante com o número do SISPRENATAL, também é o momento da solicitação dos exames preconizados como rotina do pré-natal. Após a consulta o profissional de saúde deve encaminhar a Ficha de Cadastro da Gestante para o digitador alimentar no sistema.

É realizado o agendamento das consultas subsequentes das gestantes, lembrando que é considerado consulta válida para o sistema as que tiverem intervalos acima de 15 dias. Quando as gestantes retornarem com os resultados dos exames, para as consultas subsequentes essas informações deverão ser

registradas na Ficha de Registro Diário dos Atendimentos das Gestantes do SISPRENATAL.

É direito da gestante ser atendida em qualquer Unidade de Saúde do Município seja ela UBS ou ESF, de acordo com o zoneamento a qual a gestante pertença.

Até o quinto dia útil, os dados devem ser digitados no sistema SISPRENATAL. Na apresentação das conclusões ao SIS/SUS será gerado o BPA e enviado para o DATASUS.

O número do SISPRENATAL é a identificação da gestante, durante a sua gravidez, portanto, ele não pode ser encerrado quando a mesma muda de unidade de saúde, cidade ou estado. As únicas exceções são em casos de aborto, óbito ou quando a gestante adere a rede privada.

3. METODOLOGIA

A metodologia da pesquisa foi conduzida por meio de uma abordagem quantitativa e exploratória, com objetivo de avaliar a captação de recursos do componente I do programa de humanização no pré-natal e nascimento em um município de Santa Catarina, entre os anos de 2008 e 2012.

3.1. CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA

As informações foram extraídas do TABWIN, a fim de verificar a quantidade de gestantes que aderiram ao PHPN e o concluíram.

A partir dos dados obtidos foram levantadas as eventuais falhas no processo de adesão e conclusão ao programa, e confrontadas com os relatórios de auditoria e gestão do município. O projeto de pesquisa busca nortear a gestão da SMS para eventuais revisões do processo.

3.2.LOCAL DA PESQUISA

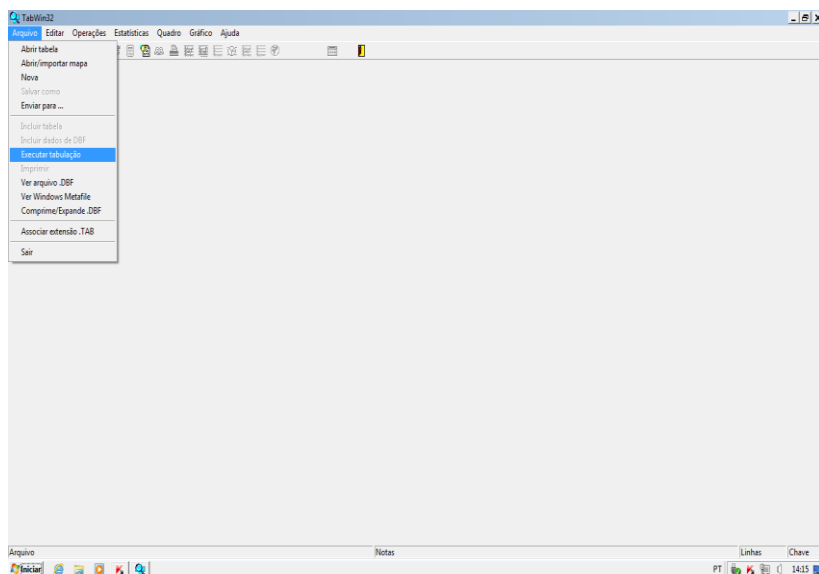
O município está situado no estado de Santa Catarina. Segundo o IBGE a população do município em 2012 era de 526.338 mil habitantes, sendo 50,4% do sexo feminino e 49,6% do sexo masculino. A cidade possui um dos mais altos índices de desenvolvimento humano (0,809) entre os municípios brasileiros, ocupando a 21ª posição no ranking nacional sendo considerado um pólo industrial e cultural.

No âmbito da saúde possui uma rede básica municipal constituída por 53 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que funcionam segundo estratégias distintas e se distribuem em nove regionais de saúde.

3.3.PROCEDIMENTOS PARA CAPTAÇÃO DE DADOS

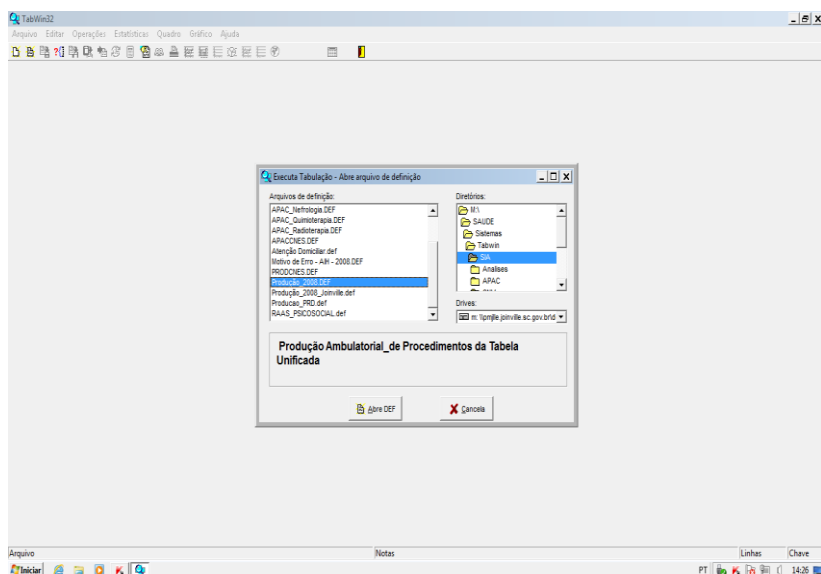
A avaliação iniciou-se pela captação dos dados através do sistema TABWIN que tabula as informações contidas no SIA/SUS. Deve-se abrir o sistema e selecionar o item *arquivo* e posteriormente selecionar o item *executar tabulação*.

FIGURA 1 - TABWIN passo 1 da tabulação



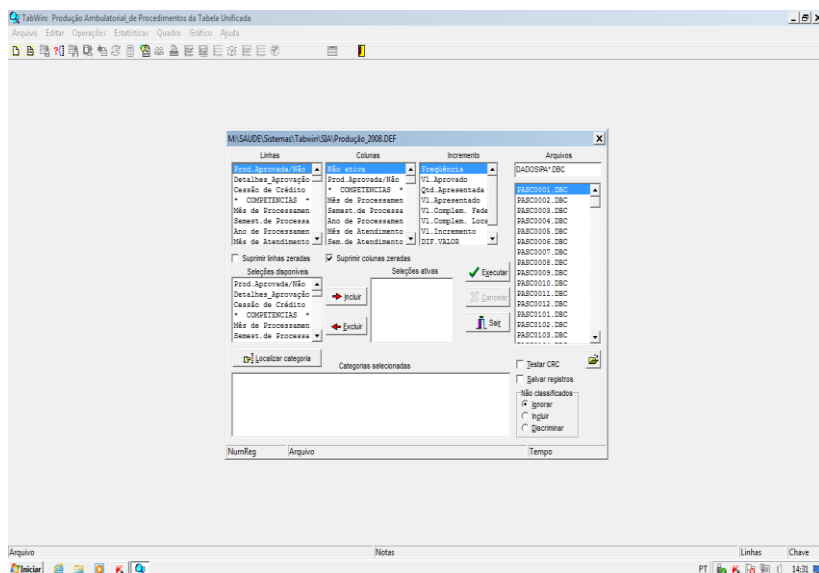
É necessário selecionar a pasta de produções SIA e clicar em *abrir DEF* para que o sistema carregue os arquivos DEF importados do DATASUS.

FIGURA 2 - TABWIN passo 2 da tabulação



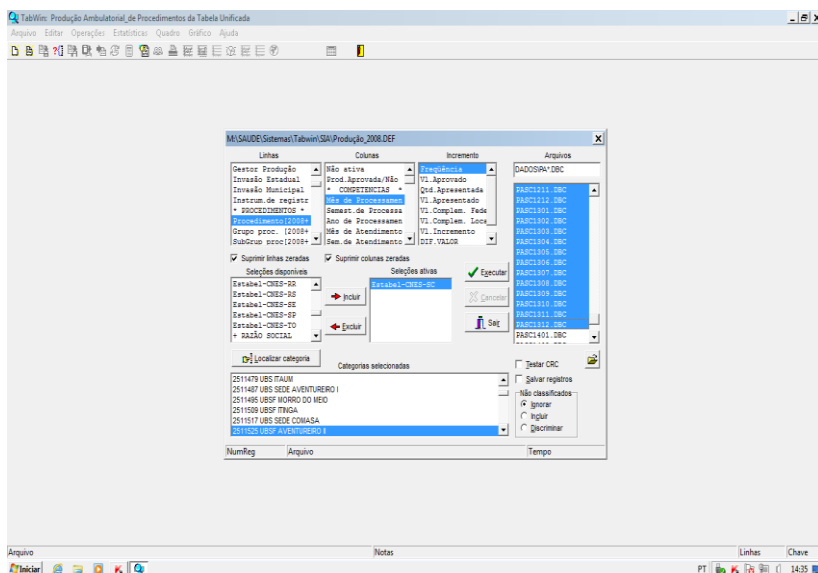
Para tabulação deverão ser selecionado nas colunas e linhas opções como *CNES*, selecionar a unidade *mês de processamento e procedimentos 2008*, selecionar *suprimir linhas zeradas*, e o período a ser tabulado.

FIGURA 3 - TABWIN passo 3 da tabulação



Após realização da seleção dos itens clicar em *executar* para gerar os dados da tabulação, aguardar o aparecimento da planilha de resultados na tela com os códigos e nomes dos procedimentos, as quantidades realizadas mensais, e total apurado do período selecionado.

FIGURA 4 - TABWIN passo 4 da tabulação



Uma janela abre e mostra a seleção que foi feita e que originou a planilha de resultados.

FIGURA 5 - TABWIN passo 5 da tabulação

Produção Ambulatorial de Procedimentos da Tabela Unificada

Arquivo Editar Visualizar Estatísticas Opções Ferramentas Ajuda

Tela: Produção Ambulatorial de Procedimentos da Tabela Unificada Substitui: Frequência por Mês de Processamento segundo Procedimento2009

Procedimento2009	Jan/2009	Fev/2009	Mar/2009	Abr/2009	Mai/2009	Jun/2009	Jul/2009	Ago/2009	Sep/2009	Out/2009	Nov/2009
010101018 ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA	775	886	4.494	5.511	5.340	8.238	2.466	2.699	95	331	1.248
010102018 VISITA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO	0	0	218	0	1.659	4.224	4.171	1.526	0	0	620
020102013 COLETA DE MATERIAL PARA EXATAMENTO DO COLELITÍRICO	0	19	49	14	61	100	46	96	1	0	20
020102018 COLETA DE SANGUE INTRADEMI NEONATAL	0	0	0	9	2	3	4	2	0	0	0
021401011 SUCESSE CARIAS	0	56	140	109	127	110	128	19	0	89	10
030101013 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO)	237	118	282	230	303	695	471	216	1	0	88
030101018 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
030101018 CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	417	292	574	607	660	1.021	1.170	788	2	0	231
030101018 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
030101018 CONSULTA PRE-NATAL	0	16	29	21	19	68	20	29	0	0	0
030101018 CONSULTA NEONATAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
030101018 CONSULTA TACITAMENTO DOMICILIAR	33	15	41	60	36	114	37	30	0	0	10
030101018 ASSISTÊNCIA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO	9	4	2	1	2	0	15	0	0	0	0
030101018 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA	0	2	0	0	2	2	2	0	0	0	1
030101018 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM ATENÇÃO BÁSICA (POR PACIENTE)	33	18	46	25	30	23	68	43	4	68	5
030101018 ATENÇÃO DE PRELÂSIA MÉDICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
030101018 REALIZAÇÃO DE CURSOS BÁSICOS (POR PACIENTE)	6	0	12	9	26	39	108	50	1	71	0
040101013 CURATIVO GRÁFI (C/OU SEM DESDENTAMENTO)	0	117	87	109	148	89	128	50	10	84	14
040101013 APLICAR A ASSISTÊNCIA PRE-NATAL INICIAÇÃO PARA COMPONENTE B	0	2	16	5	0	6	0	0	0	18	0
040101013 CONCLUSÃO DA ASSISTÊNCIA PRE-NATAL (INICIAÇÃO)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Log

[Copiar]

DEFINIR: USUÁRIO: [Sistema]: Tabwin\STA\Produção_2009_DEF

BAT=GAO01.01A - DBC

USUÁRIO=Exatamento2009

ColumnMód de Processamento

Incremento=Exatamento

Routine_Link=Exatamento

Routine_Column=Exatamento

Não_Classificado=0

(Exatamento_Routine)

Exatamento-COEF-BC: 0511020 UNF AVERTIMENTO II

(Exatamento)

PARC001.DBC

PARC002.DBC

PARC003.DBC

PARC004.DBC

PARC005.DBC

Parâmetros para abrir tabela

Copiar para clipboard

Restaurar conteúdo

Fechar

Linhas: 21

Chaves: 10

PT

14:40

FIGURA 7 - TABWIN passo 7 da tabulação

[illegible]

4. ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os dados coletados em duas etapas distintas. Na primeira serão demonstradas as tabelas referentes aos quantitativos em número de adesão e conclusão do pré-natal, extraídos do TABWIN. A segunda etapa apresenta gráficos das taxas de mortalidade perinatal e materna extraídas do RIPS/SC.

As taxas de mortalidade perinatal e materna foram relacionadas aos números de adesão e conclusão dos pré-natais.

Embora o número de gestantes que concluíram o pré-natal seja baixo, comparado ao número de adesões, os indicadores de mortalidade perinatal e materna do município sugerem a efetividade da assistência prestada à gestante.

4.1 DADOS COLETADOS

Os dados coletados foram distribuídos em nove tabelas. Cada tabela é referente à produção das regionais de saúde, de acordo com o número de gestantes que aderiram ao PHPN e as que o concluíram. Os dados extraídos do TABWIN são apresentados por unidade básica de saúde e correspondem ao período de 2008 a 2012.

A tabela abaixo apresenta os resultados da produção extraída do TABWIN no período de 2008 a 2012 referentes a REGIONAL A.

TABELA 1- Números de gestantes que aderiram e concluíram o pré-natal na Regional A

REGIONAL A							
	UNIDADE	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
ADESÃO	UBS SEDE A1	65	69	53	67	50	304
CONCLUSÃO		10	11	11	15	5	52
ADESÃO	UBS A2	76	110	111	91	66	454
CONCLUSÃO		9	9	24	8	0	50
ADESÃO	UBS A3	126	158	143	172	97	696
CONCLUSÃO		29	56	52	78	25	240
ADESÃO	UBS A4	43	63	51	71	37	265
CONCLUSÃO		6	11	21	3	5	46
ADESÃO	UBSF A5	47	42	62	54	26	231
CONCLUSÃO		1	8	12	15	13	49
ADESÃO	UBSF A6	41	35	34	18	11	139
CONCLUSÃO		7	24	16	11	6	64
ADESÃO	UBSF A7	32	32	32	42	11	149
CONCLUSÃO		9	5	8	14	5	41
ADESÃO	UBSF A8	25	34	24	30	20	133
CONCLUSÃO		8	16	15	14	7	60

Nesta primeira tabela evidencia-se o número significativo de gestantes que aderiram ao programa, entretanto não o concluíram.

A tabela 2 apresenta os resultados da produção extraída do TABWIN no período de 2008 a 2012 e são referentes a REGIONAL B.

TABELA 2 - Números de gestantes que aderiram e concluíram o pré-natal na Regional B

REGIONAL B							
	UNIDADE	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
ADESÃO	POLICLÍNICA B1	64	65	60	80	42	311
CONCLUSÃO		3	17	17	13	16	66
ADESÃO	UBSF B2	47	65	43	61	21	237
CONCLUSÃO		6	29	33	30	10	108
ADESÃO	UBSF B3	60	63	58	44	26	251
CONCLUSÃO		9	16	24	21	13	83
ADESÃO	UBSF B4	51	77	52	86	48	314
CONCLUSÃO		8	28	35	22	13	106
ADESÃO	UBSF B5	37	25	29	26	23	140
CONCLUSÃO		0	3	1	2	1	7

Ao ser verificada a produção apresentada pela REGIONAL B na TABELA 2 observa-se a disparidade entre a quantidade de gestantes que aderiram e concluíram o programa

A tabela 3 apresenta os resultados da produção extraída do TABWIN no período de 2008 a 2012 e são referentes a REGIONAL C.

TABELA 3 - Números de gestantes que aderiram e concluíram o pré-natal na Regional C

REGIONAL C							
	UNIDADE	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
ADESÃO	UBS C1	102	106	107	84	66	465
CONCLUSÃO		2	30	37	24	0	93
ADESÃO	UBS C2	81	66	59	67	89	362
CONCLUSÃO		1	9	6	2	1	19
ADESÃO	UBS C3	113	143	144	150	112	662
CONCLUSÃO		1	18	18	11	2	50
ADESÃO	UBS C4	35	54	38	29	20	176
CONCLUSÃO		4	25	5	10	5	49
ADESÃO	UBS C5	22	36	37	31	5	131
CONCLUSÃO		2	12	15	8	0	37
ADESÃO	UBS C6	40	38	21	22	10	131
CONCLUSÃO		3	8	10	4	0	25
ADESÃO	UBS C7	38	31	31	35	8	143
CONCLUSÃO		0	1	2	0	0	3

A REGIONAL C também apresenta a disparidade entre a adesão e conclusão.

A tabela abaixo apresenta os resultados da produção extraída do TABWIN no período de 2008 a 2012 e são referentes a REGIONAL D.

TABELA 4 - Números de gestantes que aderiram e concluíram o pré-natal na Regional D

REGIONAL D							
	UNIDADE	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
ADESÃO	SEDE D1	106	112	121	141	119	599
CONCLUSÃO		4	1	14	34	15	68
ADESÃO	UBS D2	46	80	72	76	37	311
CONCLUSÃO		1	6	16	9	13	45
ADESÃO	UBSF D3	64	99	73	84	39	359
CONCLUSÃO		16	8	7	21	7	59
ADESÃO	UBSF D4	26	42	42	50	26	186
CONCLUSÃO		2	3	11	5	1	22
ADESÃO	UBSF D5	34	33	36	38	18	159
CONCLUSÃO		1	14	15	12	16	58
ADESÃO	UBSF D6	41	69	70	70	39	289
CONCLUSÃO		1	16	18	26	7	68
ADESÃO	UBSF D7	34	34	22	35	18	143
CONCLUSÃO		11	21	5	6	1	44
ADESÃO	UBSF D8	16	20	26	17	9	88
CONCLUSÃO		0	1	3	1	3	8

Pelos números apresentados pela REGIONAL D verifica-se também a discrepância entre adesão e conclusão do pré-natal.

Abaixo na tabela 5 estão dispostos os resultados da produção extraída do TABWIN no período de 2008 a 2012 e são referentes a REGIONAL E.

TABELA 5 - Números de gestantes que aderiram e concluíram o pré-natal na Regional E

REGIONAL E							
	UNIDADE	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
ADESÃO	UBS E1	127	168	151	183	120	749
CONCLUSÃO		7	29	36	53	30	155
ADESÃO	UBS E2	89	74	73	83	68	387
CONCLUSÃO		20	21	23	6	10	80
ADESÃO	UBS E3	165	161	130	179	141	776
CONCLUSÃO		5	72	11	43	33	164
ADESÃO	UBS E4	197	244	199	221	133	994
CONCLUSÃO		31	68	45	38	23	205

Com a análise da TABELA E e considerando que o município em questão tem 9 REGIONAIS, podemos verificar que em mais de 50% das REGIONAIS há dessemelhança entre a quantidade de gestantes que aderem ao pré-natal e o concluem.

Abaixo na tabela 6 estão dispostos os resultados da produção extraída do TABWIN no período de 2008 a 2012 e são referentes a REGIONAL F.

TABELA 6 - Números de gestantes que aderiram e concluíram o pré-natal na Regional F

REGIONAL F							
	UNIDADE	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
ADESÃO	UBSF F1	45	62	50	53	26	236
CONCLUSÃO		3	11	12	13	7	46
ADESÃO	UBSF F2	58	67	55	48	28	256
CONCLUSÃO		10	23	24	12	11	80
ADESÃO	UBSF F3	26	22	30	28	9	115
CONCLUSÃO		2	0	10	5	0	17
ADESÃO	UBSF F4	24	32	24	24	21	125
CONCLUSÃO		3	15	13	2	3	36
ADESÃO	UBSF F5	16	32	22	27	19	116
CONCLUSÃO		5	15	13	3	0	36
ADESÃO	UBSF F6	65	67	45	54	22	253
CONCLUSÃO		6	26	12	3	2	49

Observa-se que em todos os anos de 2008 a 2012 existe a desigualdade entre os quantitativos de adesão e conclusão de pré-natal.

Abaixo na tabela 7 estão dispostos os resultados da produção extraída do TABWIN no período de 2008 a 2012 e são referentes a REGIONAL G.

TABELA 7 - Números de gestantes que aderiram e concluíram o pré-natal na Regional G

REGIONAL G							
	UNIDADE	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
ADESÃO	UBSF G1	97	99	91	112	54	453
CONCLUSÃO		12	24	32	17	4	89
ADESÃO	UBSF G2	0	0	105	139	70	314
CONCLUSÃO		0	0	43	40	19	102
ADESÃO	UBSF G3	0	0	75	65	45	185
CONCLUSÃO		0	0	17	17	7	41
ADESÃO	UBSF G4	0	0	103	74	43	220
CONCLUSÃO		0	0	23	14	6	43
ADESÃO	UBSF SEDE G5	170	256	203	236	112	977
CONCLUSÃO		2	2	45	35	30	114

Na análise até aqui apresentada, evidencia-se o desnivelamento entre os quantitativos apresentados na apuração das produções de 7 das 9 Regionais de Saúde.

Abaixo na tabela 8 estão dispostos os resultados da produção extraída do TABWIN no período de 2008 a 2012 e são referentes a REGIONAL H.

TABELA 8 - Números de gestantes que aderiram e concluíram o pré-natal na Regional H

REGIONAL H							
	UNIDADE	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
ADESÃO	UBS H1	107	127	108	127	60	529
CONCLUSÃO		37	60	46	31	13	187
ADESÃO	UBSF H2	16	21	19	36	23	115
CONCLUSÃO		6	7	8	11	8	40
ADESÃO	UBSF H3	17	22	34	29	11	113
CONCLUSÃO		8	9	3	12	6	38
ADESÃO	UBSF H4	12	14	12	18	15	71
CONCLUSÃO		4	9	6	8	4	31

A tabela 8 apresenta a mesma defasagem das quantidades entre adesão e conclusão de pré-natal.

Abaixo na tabela 9 estão dispostos os resultados da produção extraída do TABWIN no período de 2008 a 2012 e são referentes a REGIONAL I.

TABELA 9 - Números de gestantes que aderiram e concluíram o pré-natal na Regional I

REGIONAL I							
	UNIDADE	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
ADESÃO	UBSF I1	17	25	32	33	20	127
CONCLUSÃO		4	8	9	9	5	35
ADESÃO	UBS I2	13	16	16	21	17	83
CONCLUSÃO		1	2	7	5	6	21
ADESÃO	UBS I3	168	162	177	185	148	840
CONCLUSÃO		34	5	26	57	37	159
ADESÃO	UBSF I4	5	3	6	3	2	19
CONCLUSÃO		3	1	4	1	0	9

Na análise permitida por meio das informações expressas nas 9 TABELAS entre os anos de 2008 e 2012, percebe-se que a disparidade entre o número de gestante que faz adesão ao pré-natal e o número de gestantes que concluem o pré-natal é evidenciada em todas as 9 REGIONAIS DE SAÚDE deste município.

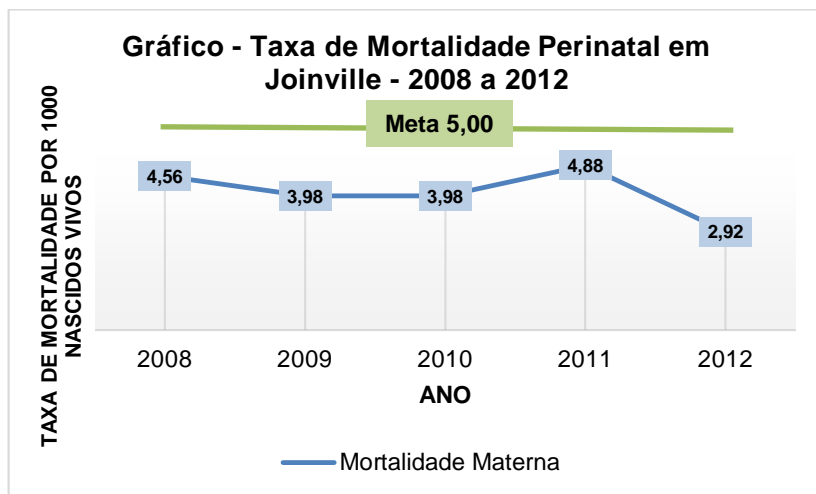
4.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

O município em questão iniciou em outubro de 2012 o projeto de uma auditoria com o objetivo de fazer um levantamento para conhecer a real situação do atendimento nas UBS. Na ocasião foi desenvolvido um *checklist* contendo perguntas para a coleta dos dados. O questionário foi desenvolvido em blocos abordando a estrutura, equipamento, equipe técnica, regularidade sanitária e fornecimento do rol de medicamentos. No mês de maio de 2013 o município recebeu notificação do Ministério Público para que fosse realizada uma auditoria nas UBS com o intuito de informar a regularidade sanitária e as condições de acessibilidade.

Conforme dados preliminares da auditoria que está em andamento, verificou-se que a assistência a gestante está sendo realizada, porém, os números apurados na tabulação dessas produções não expressam o que de fato ocorre, levando-nos a inferir que o real problema não está na assistência, mas no processo de transmissão das informações referentes ao atendimento prestado às gestantes, na alimentação do sistema SISPRENATAL.

Conforme a análise do gráfico a seguir, verifica-se que, apesar da diferença entre a adesão e a conclusão os índices de mortalidade perinatal mantém-se abaixo do pactuado pelo município, que é de 5 a cada 1000 nascidos vivos (Plano de Gestão, 2013). Quando comparados o número de adesão e conclusão do PHPN e da taxa de mortalidade perinatal, observou-se que nos anos em que o número de adesão e conclusão diminuiu a taxa de mortalidade também diminuiu.

FIGURA 8 - Gráfico Taxa de Mortalidade Perinatal de 2008 a 2012 em Joinville

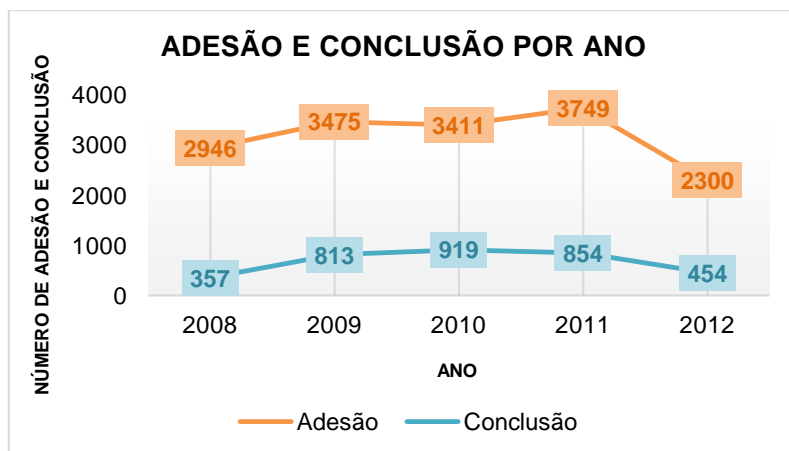


Fonte: SIM, 2013.

Conforme a análise dos números apresentado no gráfico 8 verifica-se que apesar da diferença entre a adesão e a conclusão, os indicadores de mortalidade perinatal mantêm-se abaixo do pactuado pelo município.

No gráfico 9 abaixo apresentamos os números anuais de gestantes que aderiram ao programa e o número de gestantes que o concluíram.

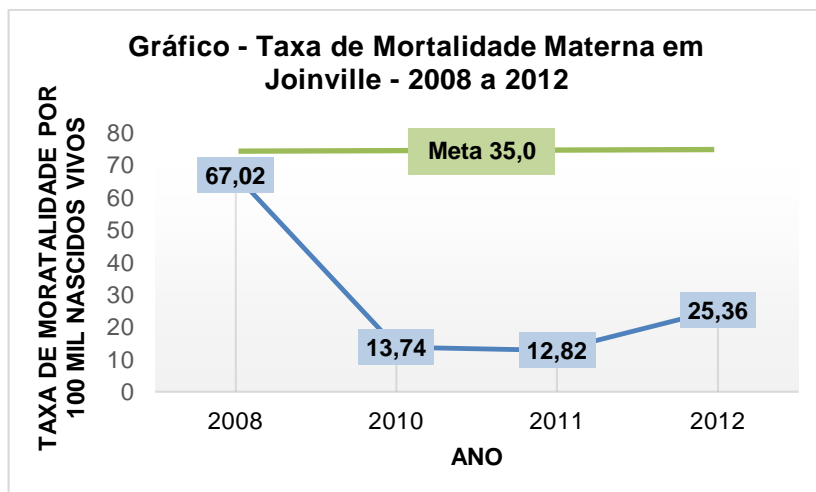
FIGURA 9 – Gráfico Adesão Conclusão de 2008 a 2012



Na análise do gráfico 9 evidencia-se a discrepância entre o número de gestantes que aderem ao programa e o número de gestantes que o concluiu. Os resultados podem estar relacionados ao não cumprimento de algum procedimento do elenco, a não digitação das informações no SISPRENATAL dentro do prazo estabelecido pelo PHPN, a não alimentação do sistema por ausência do digitador, a indisponibilidade de computador, a ausência de alimentação do sistema pelo profissional responsável por essa atividade, ou ainda, a falta de condições geradas por tecnologias insuficientes, tais como a velocidade baixa de internet, equipamento com configuração incompatível para suportar o sistema SISPRENATAL.

Na figura 10 abaixo apresentamos a Taxa de Mortalidade Materna em Joinville divulgada pela RIPSA/SC entre os anos de 2008 e 2012 a meta estabelecida pela SMS e OMS, é de 35 para cada 100.000 nascidos vivos.

FIGURA 10 – Gráfico Taxa de Mortalidade Materna de 2008 a 2012 em Joinville

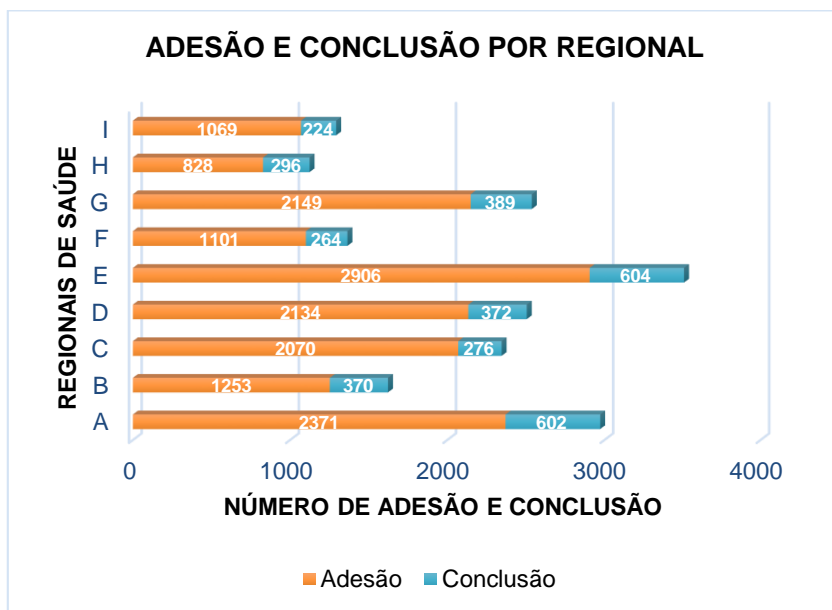


Fonte: RIPSA/SC, 2013.

Comparando a taxa de mortalidade materna e o número de adesão ao PHPN nos anos de 2008 a 2012, evidencia-se que nos anos que a adesão diminuiu a taxa de mortalidade materna aumentou. Tais constatações nos levam a concluir que nos anos de 2008 e 2012 o número de gestantes que realizaram o pré-natal foi menor, levando a complicações no período gestacional e puerpério, aumentando assim a mortalidade materna.

Abaixo a figura 11 apresenta o quantitativo de gestantes que aderiram e concluíram o pré-natal apurado por Regional de Saúde. Os números apresentados são resultados da somatória produzida das respectivas UBS pertencentes a cada Regional.

FIGURA 11 - Gráfico Adesão e Conclusão por Regional



Verifica-se que a problemática não é específica de uma regional de saúde deste município, pois nas nove regionais de saúde, o número de gestantes que concluíram o pré-natal é muito abaixo comparado ao número de gestantes que aderiram ao PHPN.

O médico obstetra e a enfermeira deverão cumprir as normativas do MS preenchendo todos os campos dos formulários, registrando fidedignamente todas as informações solicitadas para que sejam digitadas no SISPRENATAL.

A enfermeira ou coordenadora da UBS deverá encaminhar os formulários referentes às informações do acompanhamento a gestante devidamente preenchido para a SMS, semanalmente.

Sugere-se a importância da equipe da UBS estar atenta a gestante que não comparece no dia da consulta e de imediato fazer a busca ativa na residência por meio das ACS's.

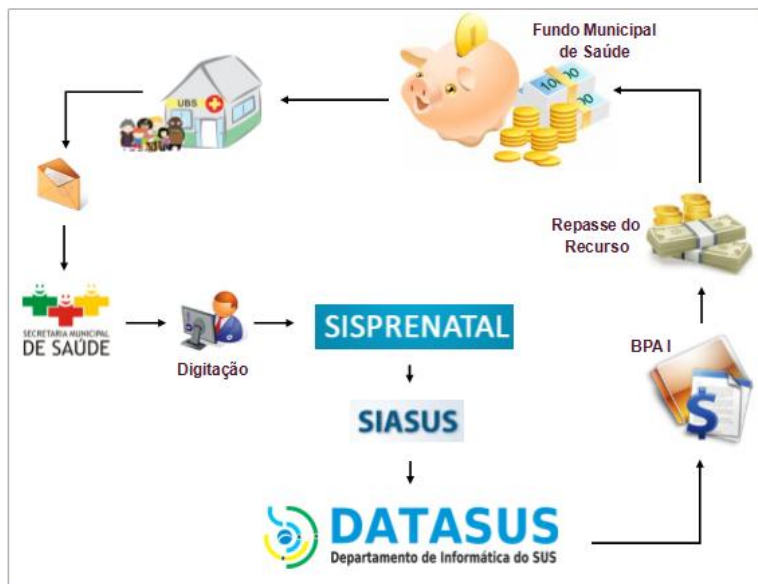
O médico obstetra e a enfermeira deverão cumprir as normativas do MS preenchendo todos os campos dos formulários, registrando fidedignamente todas as informações solicitadas para que sejam digitadas no SISPRENATAL.

A SMS é responsável pela disponibilização de insumos e profissional para a digitação da produção no SISPRENATAL.

Recomenda-se que seja atribuído ao setor de Controle e Avaliação o acompanhamento mensal da produção apresentada no SIA/SUS e gere relatório para devolutiva às UBS, Gerência da Unidade de Atenção Básica (GUAB) e a gestão, norteador a tomada de decisão e subsidiando a elaboração de planos estratégicos para o alcance das metas.

A figura 12 abaixo exemplifica de forma sucinta o fluxo do da captação do repasse do componente I.

FIGURA 12 - Fluxo do Repasse do Componente I

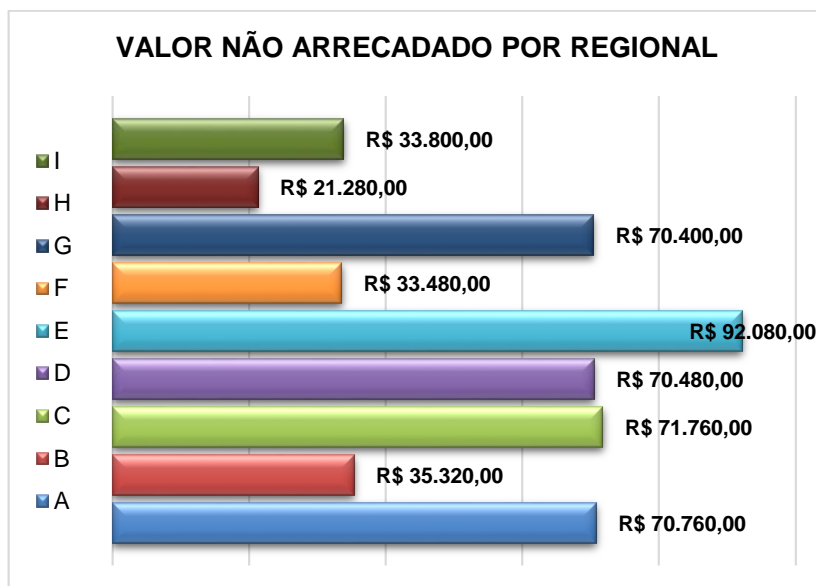


O fluxo que integra os componentes do PHPN visa assegurar a saúde da mãe e do bebê com acompanhamento durante toda a gravidez, parto e puerpério. Para isso apresenta um elenco elaborado pelo MS de consultas, exames e vacinas. O fluxo prevê um calendário programático que contempla a conclusão deste elenco.

Parte do fluxo acima consiste em transferir as informações para alimentar os Sistemas de Informações do SUS garantindo não só o cumprimento do elenco, mas o recebimento do incentivo do componente I.

O gráfico abaixo é resultado do cálculo realizado com o número de gestantes que não concluiu o pré-natal, multiplicado pelo valor estipulado para a conclusão do PHPN (R\$40,00). O montante não arrecadado gera em torno de R\$ 500.000,00.

FIGURA 13 - Valor não Arrecadado por Regional



Conforme a missão da UBS,

A Unidade Básica de Saúde é a porta de entrada para a inclusão e início de tratamento do SUS. A partir do conceito de Atenção Básica pode-se considerar que a missão da Unidade Básica de Saúde (UBS), independentemente da estratégia de sua organização, é desenvolver ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de modo a intervir no processo de saúde doença da população respeitando os princípios de integralidade, equidade e

universalidade, ampliando a participação e o controle social com vistas à Vigilância à Saúde na defesa da qualidade de vida.(Série Pactos Pela Saúde, 2006)

Esses valores poderiam ser empregados na compra de equipamentos, qualificação permanente aos profissionais envolvidos, ações de promoção a saúde, tais como palestras sobre aleitamento e cuidados com o bebê e formação de grupos de gestantes. Poderiam também ser convertidos em programas de incentivo a adesão do acompanhamento a gestante, tais como fornecimento de um kit composto por bolsa de bebe, fraldas descartáveis, produtos de higiene, considerando que o investimento é livre de licitação.

O trabalho sugere que os gestores revisem o processo desde a captação da gestante, sensibilizando-a sobre a necessidade do cumprimento de todo o elenco exigido pelo PHPN dentro dos prazos estabelecidos.

Esse trabalho abre, também, uma discussão com o intuito de instigar a realização de novos estudos. Sugere-se a revisão de todas as etapas do processo desde o direcionamento da gestante no momento que recebe o teste positivo de gravidez, pelo laboratório da rede municipal.

A arrecadação do valor integral referente à conclusão do pré-natal são de suma importância na implementação da assistência a gestante, ao recém-nascido e a cidadania. Contempla a redução dos índices de mortalidade materna e perinatal estabelecidos pelo MS conforme as diretrizes firmadas no Pacto Pela Saúde de 2006, e pela WHO, nas metas do milênio em 2000, com o apoio de 191 nações que ficaram conhecidas como os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

A figura 14 traz uma ilustração dos 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

FIGURA 14 - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio



Fonte: WHO, 2000.

Dentre os objetivos pactuados estão a redução da mortalidade infantil e a melhoria da saúde das gestantes.

É de vital importância que os gestores tenham um olhar mais crítico quanto a qualidade da assistência prestada e revejam os fluxos para que o município possa resgatar na esfera federal o valor integral do incentivo.

5. CONCLUSÃO

Neste trabalho avaliou-se a efetividade do processo para captação do incentivo do programa PHPN por meio da diferença. Constata-se a elevada discrepância nas UBSs do município, entre o número de gestantes que aderiram ao PHPN e o número de gestantes que o concluíram, culminando para a não captação do valor máximo possível do incentivo.

Os sistemas de informação TABWIN, RIPS/SC foram determinantes para que pudéssemos conhecer a produção das UBS e os indicadores do município. Igualmente importante, foram os relatórios preliminares da auditoria na atenção básica de saúde.

Evidencia-se que entre os anos de 2008 a 2012, 15.881 gestantes aderiram ao programa PHPN e apenas 3.397 o concluíram, ou seja, aproximado de 21,3%.

Verificou-se que a assistência à gestante está sendo realizada, porém, os números apurados na tabulação dessas produções não expressavam o que de fato estava ocorrendo, levando-nos a inferir que o real problema não estava na assistência, mas no processo de alimentação do SISPRENATAL e transmissão das informações referentes a assistência prestada às gestantes.

Verificou-se que apesar de uma minoria das gestantes que aderiram ao programa o concluírem, os índices de mortalidade perinatal mantiveram-se abaixo do pactuado pelo município.

Os resultados poderiam estar relacionados ao não cumprimento de algum procedimento do elenco, a não digitação das informações no SISPRENATAL dentro do prazo estabelecido pelo PHPN, a não alimentação do sistema por ausência do digitador, a indisponibilidade de computador, a ausência de alimentação do sistema pelo profissional responsável por essa atividade, ou ainda, a falta de condições geradas por tecnologias insuficientes, tais como a velocidade baixa de internet, equipamento com configuração incompatível para suportar o sistema SISPRENATAL.

Sugerimos que a equipe da UBS esteja atenta a gestante que não comparece no dia da consulta e de imediato realize a busca ativa na residência por meio da ACS. Que o valor arrecadado com o incentivo seja revertido na compra de equipamentos, qualificação permanente aos profissionais envolvidos, ações de promoção a saúde, tais como palestras sobre aleitamento e cuidados com o bebê e formação de grupos de gestantes. Poderiam também ser convertidos em programas de incentivo a adesão do acompanhamento a gestante, tais como fornecimento de um kit composto por bolsa de bebe, fraldas descartáveis, produtos de higiene, considerando que o investimento é livre de licitação.

O trabalho pode nortear futuros processos de revisão do processo desde a captação da gestante, sensibilizando-a sobre a necessidade do cumprimento de todo o elenco exigido pelo PHPN dentro dos prazos estabelecidos.

Sugerimos ainda, que seja desenvolvido novos estudos acerca da captação do incentivo financeiro do PHPN.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLEYNE, G.A. **Overview of social inequalities in health in the Region of the Americas, using various methodological approaches.**2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. **PAISM Programa de assistência integral à saúde da mulher.** Brasília, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério. Assistência humanizada à mulher.** Brasília, 2001

BRASIL. Ministério da saúde. **PHPN. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Cartilha de Informações para Gestores e Técnicos.** Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Série Pactos pela Saúde. Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2006.

CARDOSO. R.**Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento: Avaliando e Construindo para Avançar.** São Paulo, 2007.

DINIZ, C.S.G. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social.** São Paulo, 1996.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro, 1996.

MEDICI, A. C. **Uma década de SUS, progressos e desafios.Saúde sexual e reprodutiva no Brasil.** São Paulo, 1999.

MURPHY-LAWLEES, J. **A History of obstetric thinking**. Indiana, 1998.


NOVAES, H.M.D. **Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde**. São Paulo, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in normal birth; A practical guide - maternal and Newborn Health/ Safe Motherhood Unit**. World Health Organization. Geneva, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The 8 Millennium Development Goals**. Geneva, 2000.

7. ANEXOS

ANEXO 1 - FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

 MINISTÉRIO DA SAÚDE PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO COMPONENTE I - INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE			
1. Nome do Estabelecimento Assistencial de Saúde		2. Código do Estabelec. no CNES	
3. Nome do Município		4. Código do Município no IBGE	
IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE			
5. Número da Gestação no SISPRENATAL		6. Gestante acompanhada pelo PSF	
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>		<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	
7. Nome da Gestante		8. Data de nascimento	
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>		<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	
9. Nome da Mãe da Gestante		10. Raça/Cor	
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>		<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	
11. Nacionalidade		12. Etnia (caso seja índia e brasileira)	
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>		<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	
13. Endereço Residencial			
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>			
Número	Complemento	Bairro	
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	
Município	CEP	Telefone	
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	
Preencher com apenas um dos seguintes documentos			
14. Nº do Cartão SUS		15. Nº do CPF	
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>		<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	
16. Certidão de Nascimento ou Casamento			
Nome do Cartório		Livro	Folha
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>		<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>
17. Identidade			
Número		Órgão Emissor	
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>		<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	
18. Carteira de Trabalho			
Número		Série	UF
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>		<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>
19. Data da 1ª Consulta de Pré-natal		20. Data da Última Menstruação	
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>		<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	
21. Assinatura e Carimbo do responsável pela primeira consulta de Pré-natal		22. Código Brasileiro Ocupacional do resp. pela 1ª consulta	
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>		<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	
		23. Cartão Nacional de Saúde do resp. pela 1ª consulta	
		<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	

* Preencher no campo 22 o CBO do profissional do responsável pela primeira consulta, conforme tabela:
 22505 - Enfermeira; 22512 - Médico da EGP; 22517 - Médico Generalista; 22525 - Enfermeira da EGP; 22528 - Ginecologista Obstetriz; 22545 - Enfermeira Obstetriz.

* No campo 23 a raça/cor, conforme tabela:
 1 - Branco; 2 - Preto; 3 - Amarelo;
 4 - Pardo; 5 - Indígena.

ANEXO 3 - FICHA DE INTERRUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO
COMPONENTE I - INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

FICHA DE CADASTRAMENTO DA INTERRUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE

1. Nome do Estabelecimento Assistencial de Saúde	2. Código do Estabelec. no CNES
3. Nome do Município	4. Código do Município no IBGE
5. Sigla da UF	6. Código da UF no IBGE

IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

7. Número da Gestação no SISPRENATAL	8. Gestante acompanhada pelo PSF
	Código da Área Microárea
9. Nome da Gestante	10. Data de nascimento
	/ / /

MOTIVO DA INTERRUÇÃO DO ACOMPANHAMENTO DA GESTAÇÃO

11. Data da Interrupção	12. Selecione o motivo da Interrupção	
	<input type="checkbox"/> Abortamento <input type="checkbox"/> Optou por convênio particular <input type="checkbox"/> Mudança de Domicílio <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Outros motivos - (Favor preencher Observações)	
13. Observações		
14. Assinatura e Carimbo do responsável pela informação da Interrupção do Pré-natal	15. Código Brasileiro Ocupacional do resp. pela inf. Interrupção	16. Cartão Nacional de Saúde do resp. pela inf. Interrupção

• Preencher no campo 15 o CBO do profissional do responsável pela primeira consulta, conforme tabela:

- 223505 - Enfermeira;
- 225125 - Clínica Geral;
- 225250 - Ginecologia/Obstetrícia;
- 225142 - Médico da ESF;
- 223565 - Enfermeira da ESF;
- 223545 - Enfermeira Obstetra;
- 225170 - Médico Generalista.

ANEXO 4 - AUTORIZAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA

DOCUMENTO PARA AUTORIZAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA

A:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOINVILLE/SC.

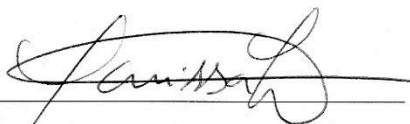
Ilma Senhora SECRETÁRIA DE SAÚDE - Dra. LARISSA GRUN BRANDÃO NASCIMENTO

Joinville, 28 de Agosto de 2014.

Declaro que tenho conhecimento do teor do Projeto de Pesquisa intitulado **AValiação DO REPASSE DO COMPONENTE I – INCENTIVO A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO EM JOINVILLE/SC** e autorizo seu desenvolvimento, proposto pelos acadêmicos Christina Maia e Rosimeire Aparecida Alves, sob orientação da Professora Anna Geny Batalha Kipel.

O projeto é parte integrante dos requisitos para conclusão do Curso de Tecnologia em Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Santa Catarina – Campus Joinville, e será desenvolvido mediante levantamento de dados dos Sistemas de Informações do Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde no período de 28/08/2014 à 30/11/2014.

Atenciosamente,



Larissa Grun Brandão Nascimento
Secretária de Saúde

ANEXO 5– NOTICIA AUDITORIA NAS UBS




Conheça a rede de proteção

[A Notícia](#)
[Notícias](#)
[Joinville](#)
[AN Jaraguá](#)
[Anexo](#)
[Esportes](#)
[Negócios&Cia.](#)

[Plantão](#)
[Blog](#)
[Obituario](#)
[Serviços](#)
[Participar](#)


Geral

[A Notícia](#)
[Geral](#)
[Notícias](#)

Explicações 09/05/2014 | 09h02

Justiça faz cobrança aos postos de saúde de Joinville

Em liminar ao MP, Judiciário dá prazos para Prefeitura de Joinville informar se estrutura nas unidades básicas atende ao previsto em portaria






26 3 8+1 1

Jefferson Saavedra
jefferson.saavedra@an.com.br

Depois da fila das consultas, melhorias em postos de saúde deverão ganhar atenção extra da **Prefeitura de Joinville**. Em liminar concedida ontem ao **Ministério Público**, a Justiça determinou que o município informe se as unidades básicas de saúde, os populares postinhos, estão atendendo a portarias de atendimento, como a quantidade de profissionais.

A decisão também obriga a Prefeitura informar se estão sendo oferecidos todos os medicamentos da lista de assistência básica, a realizar vistorias para identificar a necessidade de adequações sanitárias e a comprovar a acessibilidade aos prédios, entre outras determinações.

Para cada um dos itens, há prazos entre 60 e 120 dias, com possibilidade de serem estendidos. Esse tipo de decisão também abre a possibilidade para que Prefeitura e MP cheguem a acordo para cumprimento de metas, exatamente como houve nas consultas. Cabe recurso à liminar dada em primeira instância.

A decisão alega que quando os postos funcionam bem, os PAs e hospitais deixam de ser sobrecarregados. Caso não encontre atendimento nas unidades básicas, o cidadão acaba deixando de ir atrás de ajuda médica, correndo o risco de retornar ao SUS para tratamento de emergência, bem mais caro. Para o MP, o atendimento nos postinhos é deficitário, com falta de pessoal e problemas nos imóveis.

A Secretaria de Saúde de Joinville garante que as equipes de profissionais estão completas e o elenco básico de medicamentos está sendo oferecido.

Os problemas seriam pontuais, como na saída de profissionais - as vagas seriam logo preenchidas - e na reposição dos estoques de remédios, mas sempre com manutenção da oferta.

Quanto às deficiências sanitárias, estão sendo adotados procedimentos para regularização. Mais manifestações só depois da notificação judicial.

ANEXO 6– PORTARIA Nº 569 DE 2000

Portaria n.º 569/GM Em 1 de junho de 2000.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania;

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

Considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal;

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

Considerando a necessidade de prosseguir na política de estimular o aprimoramento do sistema de assistência à saúde da gestante, integrando e regulando o atendimento à gestação e ao parto nos níveis ambulatorial básico e especializado, o acompanhamento pré-natal, o atendimento pré e inter-hospitalar, o atendimento hospitalar e ainda o controle de leitos obstétricos, como forma de garantir a integralidade assistencial;

Considerando a necessidade de adotar medidas que possibilitem o avanço da organização e regulação do sistema de assistência à gestação e ao parto, estabelecendo ações que integrem todos os níveis desta assistência, definindo mecanismos

de regulação e criando os fluxos de referência e contra-referência que garantam o adequado atendimento à gestante, ao parto e ao recém-nascido;

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

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

Parágrafo único. O Programa objeto deste Artigo será executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento:

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

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

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

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

todo recém-nascido tem direito à adequada assistência neonatal;

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

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

Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal;

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

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

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

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

criação de condições técnicas, financeiras e operacionais que permitam o desenvolvimento de mecanismos destinados à organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal

por meio do estabelecimento de protocolos de regulação, da estruturação de Centrais de Regulação e estruturação de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares, e

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

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

alteração do valor e forma de remuneração da assistência ao parto, e

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

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

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

R\$ 123.000.000,00 (cento e vinte três milhões de reais) anuais, oriundos do Orçamento do Ministério da Saúde,

destinados ao custeio do Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal, adicionais aos recursos já dispendidos nesta assistência;

R\$ 134.038.000,00 (cento e trinta e quatro milhões e trinta e oito mil reais) a serem investidos no primeiro ano de implantação do Programa, sendo:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

elaborar, em articulação com as respectivas Secretarias Municipais de Saúde e como condição indispensável à implantação do Programa Nacional, os Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, organizando seus sistemas estaduais/regionais de assistência obstétrica e neonatal que contemplem ações voltadas para a atenção básica, o apoio laboratorial, a atenção ambulatorial especializada e a assistência hospitalar obstétrica e neonatal, explicitando as unidades de referência para o diagnóstico, a atenção ambulatorial à gestação de alto risco e a assistência ao parto de baixo e alto risco;

coordenar e executar, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde, a programação física e financeira da assistência obstétrica e neonatal;

estruturar e garantir o funcionamento das Centrais Estaduais de Regulação Obstétrica e Neonatal;

assessorar os municípios na estruturação de suas respectivas Centrais Municipais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento;

assessorar os municípios no processo de implementação do Programa e seus respectivos componentes e no desenvolvimento de mecanismos destinados a seu controle, avaliação e acompanhamento;

alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa;

monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de

indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal, no âmbito estadual;

manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade – SIM, SINASC, SIPAC.

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

participar da elaboração do Programa Estadual de Humanização no Pré-natal e Nascimento;

estruturar e garantir o funcionamento da Central Municipal de Regulação Obstétrica e Neonatal, naqueles municípios que cumpram os critérios de elegibilidade estabelecidos;

estruturar e garantir o funcionamento do sistema móvel de atendimento pré e inter-hospitalar, naqueles municípios que cumpram os critérios de elegibilidade estabelecidos;

garantir o atendimento pré-natal e do puerpério em seu próprio território e realizar o cadastro de suas gestantes;

identificar laboratórios e garantir a realização dos exames básicos e o acesso aos exames de seguimento do pré-natal, em seu próprio território ou em outro município, mediante programação regional;

estabelecer a referência para a assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco, em seu próprio território ou em outro município, mediante programação regional;

alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa;

monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados mediante o acompanhamento de indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal, no âmbito municipal;

manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade – SIM, SINASC, SIPAC.

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

JOSÉ SERRA

ANEXO I

PRINCÍPIOS GERAIS E CONDIÇÕES PARA O ADEQUADO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

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

I – Atividades

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

Garantir os seguintes procedimentos:

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

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

Realização dos seguintes exames laboratoriais:

ABO-Rh, na primeira consulta;

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

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

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

HB/Ht, na primeira consulta.

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

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

Realização de atividades educativas;

Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes;

Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

II – Área Física, Materiais e Equipamentos

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

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

Materiais e Equipamentos (mínimos):

Mesa e cadeiras para a realização das entrevistas;

Mesa ginecológica;

Escada de dois degraus;

Foco de luz;

Balança antropométrica para adultos (peso/altura);

Esfigmomanômetro(aparelho de pressão arterial);

Estetoscópio clínico;

Estetoscópio de Pinard;

Fita métrica flexível e inelástica;

Espéculos;

Pinças de Cheron;

Material para coleta de material para exame colpocitológico;

Gestograma ou disco obstétrico;

Sonar Doppler (se possível).

III- Recursos Humanos

A unidade deverá contar com:

Médico ou Enfermeiro;

Pessoal de apoio suficiente para o atendimento da demanda.

IV – Registros

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

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

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

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

V- Medicamentos Essenciais

Analgésicos;

Antiácidos;

Antibióticos;

Sulfato ferroso com ácido fólico;

Supositórios de glicerina;

Cremes para tratamento de infecções vaginais.

VI – Avaliação da Assistência Pré-natal

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

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

Indicadores de Processo

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

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

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

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

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

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

Percentual de mulheres inscritas que realizaram o teste anti-HIV

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

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

Indicadores de Resultados

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

Percentual de gestantes com Anti-HIV positivo dentre aquelas que realizaram o exame;

Percentual de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita;

Percentual de recém-nascidos com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos;

Taxa de letalidade materna no parto entre as mulheres inscritas no programa

Indicadores de Impacto

Coeficiente de incidência de sífilis congênita

Coeficiente de incidência de tétano neonatal

Razão de mortalidade materna no município;

Coeficiente de mortalidade neonatal total, precoce e tardia no município.

ANEXO II

PRINCÍPIOS GERAIS E CONDIÇÕES PARA A ADEQUADA ASSISTÊNCIA AO PARTO

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

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

- 1.atender a todas as gestantes que as procurem;
2. garantir a internação de todas as gestantes atendidas e que dela necessitem;

3. estar vinculada à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal de modo a garantir a internação da parturiente nos casos de demanda excedente;

4. transferir a gestante e ou o neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário;

5. estar vinculada a uma ou mais unidades que prestam assistência pré-natal, conforme determinação do gestor local;

6. garantir a presença de pediatra na sala de parto;

7. realizar o exame de VDRL na mãe;

8. admitir a visita do pai sem restrição de horário;

9. garantir a realização das atividades e dispor dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos abaixo enunciados.

A. Atividades

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

recepcionar e examinar as parturientes;

assistir as parturientes em trabalho de parto;

assegurar a execução dos procedimentos pré-anestésicos e anestésicos;

proceder à lavagem e antisepsia cirúrgica das mãos;

assistir a partos normais;

realizar partos cirúrgicos;

assegurar condições para que as parturientes tenham direito a acompanhante durante a internação, desde que a estrutura física assim permita;

assistir ao abortamento incompleto, utilizando, preferencialmente, aspiração manual intrauterina (AMIU);

prestar assistência médica e de enfermagem ao recém-nascido;

elaborar relatórios médico e enfermagem e fazer registro de parto;

registrar a evolução do trabalho de parto em partograma;

proporcionar cuidados no pós-anestésico e no pós-parto;

garantir o apoio diagnóstico necessário.

B. Recursos humanos

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

obstetra;

pediatra/neonatologista;

clínico geral;

enfermeiro (preferencialmente com especialização em obstetrícia);

auxiliar de enfermagem;

auxiliar de serviços gerais.

C. Estrutura física

Características físicas mínimas das Unidades para a realização de parto:

sala de exame e admissão da parturiente;

sala de pré-parto, parto e pós-parto;

alojamento conjunto, conforme estabelecido na Portaria GM/MS N° 1.016, de 26 de agosto de 1993;

área de lavagem das mãos;

área de prescrição;

área de assistência ao recém-nascido;
banheiro para parturiente, com lavatório, bacia sanitária e chuveiro;
sanitário para funcionários e acompanhantes;
armário/rouparia;
copa/cozinha;
depósito para material de limpeza;
depósito para equipamento e material de consumo;
sala de administração;
central de esterilização;
expurgo.

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

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

centro Obstétrico;
sala de recuperação anestésica.

D. Equipamentos

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

mesa para exame ginecológico;
mesa auxiliar;
berço;
berço aquecido;

balança;

relógio de parede;

camas hospitalares reguláveis ou cama para pré parto, parto e pós-parto;

cadeira para acompanhante;

mesa de reanimação e fonte de calor radiante;

fita métrica;

escada com dois lances;

estetoscópio de Pinard;

estetoscópio clínico;

esfigmomanômetro;

materiais para exames;

amnioscópio;

sonar doppler;

aspirador de secreções;

fonte de oxigênio;

balão auto-inflável com reservatório de oxigênio e válvula de segurança para o recém-nascido e para adultos;

máscara para neonato (números 0 e 1) e para adultos;

laringoscópio;

lâminas de laringoscópio retas para neonato (0 e 1) e adulto;

cânulas orotraqueais para neonato (2, 2.5, 3.5) e adulto;

extensões de silicone;

sonda de aspiração traqueal para o neonato (6,8 e 10) e adulto;

fonte de oxigênio em viatura;

incubadora de transporte;

gerador (para unidades que realizam parto cesariana);

ambulância (ou acesso);

hamper;

foco de luz pescoço de ganso;

instrumental para parto e cesariana;

espéculos.

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

ANEXO 7– PORTARIA Nº 570 DE 2000

Portaria nº 570/GM Em 1 de junho de 2000.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, e,

Considerando a Portaria GM/MS nº 569/GM, de 1º de junho de 2000, que estabelece o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento;

Considerando a necessidade de estabelecer mecanismos que viabilizem a melhoria do acesso, a ampliação da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal e a realização do cadastramento das gestantes, resolve:

Art. 1º Instituir o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. O Componente objeto deste Artigo tem o objetivo de estimular os estados e municípios a incrementar a qualidade do acompanhamento pré-natal que prestam às suas gestantes, promovendo o cadastramento destas, organizando seus sistemas assistências municipais e estaduais, garantindo a realização de acompanhamento pré-natal completo e a articulação deste com a assistência ao parto e puerpério.

Art. 2º Estabelecer que os recursos necessários ao desenvolvimento do Componente de que trata esta Portaria correrão à conta das dotações orçamentárias destinadas ao Sistema Único de Saúde e são adicionais aos já destinados a esta modalidade assistencial.

Art. 3º Definir que o Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal será executado mediante adesão, pelos municípios que sejam habilitados na forma da Norma Operacional Básica – NOB/96 e que comprovem o cumprimento dos requisitos estabelecidos no Artigo 4º desta Portaria.

Parágrafo único. Nos municípios não habilitados em qualquer das condições de gestão estabelecidas pela NOB/96, o Componente poderá ser executado pela respectiva Secretaria Estadual de Saúde.

Art. 4º Estabelecer que a adesão ao Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal será condicionada ao cumprimento, pelos municípios pleiteantes, dos seguintes requisitos:

a - dispor de sistema de assistência pré-natal, ao parto, puerpério e neonatal devidamente organizado, com definição de unidades de referência para o diagnóstico, assistência ambulatorial e hospitalar;

b - dispor de rede ambulatorial para realização do pré-natal e consulta no puerpério;

c - dispor de laboratórios vinculados à sua rede para realização dos exames básicos ou garantir acesso;

d - dispor de Unidade (s) de Referência para o Atendimento Ambulatorial e Hospitalar à Gestante de Alto Risco ou garantir acesso;

e - estabelecer mecanismos de vinculação pré-natal/parto;

f - estabelecer mecanismos de cadastramento no pré-natal das gestantes até o 4º mês da gestação e garantir, de acordo com os princípios gerais e condições para o acompanhamento pré-natal estabelecidos no Anexo I da Portaria GM/MS nº 569/GM, de 1º de junho de 2000, a realização dos seguintes procedimentos:

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

Garantir os seguintes procedimentos:

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

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

Realização dos seguintes exames laboratoriais:

ABO-Rh, na primeira consulta;

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

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

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

HB/Ht, na primeira consulta.

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

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

Realização de atividades educativas;

Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes;

Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.

Parágrafo único. Para ser incluído no Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal, o município pleiteante deverá comprovar junto à respectiva Secretaria Estadual de Saúde/SES o cumprimento dos requisitos constantes deste Artigo, sendo que a SES homologará esta condição mediante a realização de vistoria "in loco" e encaminhará à Secretaria de Políticas de Saúde a relação dos municípios habilitados, para fins de publicação.

Art. 5º Estabelecer que o incentivo do Ministério da Saúde aos municípios ou estados, quando for o caso, que aderirem ao Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal, será operacionalizado da seguinte forma:

1 – O município cadastra as gestantes na 1ª consulta (1º trimestre de gravidez), por meio da Ficha de Acompanhamento à Gestante do Componente I - Incentivo a Assistência Pré-natal, constante do Anexo desta Portaria, disponibilizada pelo do programa SISPRENATAL, fornecido pelo Departamento de Informática do SUS/DATASUS, que conterá os seguintes dados de alimentação obrigatória:

I - Dados de Cadastramento:

1 - Número de Identificação (novo ou existente no município):

2 - UF

3 - Código IBGE do Município

4 - Código IBGE do Estado

5 - Código do Órgão Emissor:

Identificação da gestante:

6 - Nome

7 - Data do Início da Gravidez:

8 - Nº do Cartão SUS

9 - Data de nascimento

10 - Nome da Mãe

11 - Nacionalidade

12 – CPF

13 - Logradouro

- 14 - Complemento
- 15 - Município
- 16 - Estado
- 17 - CEP
- 18 – Certidão Tipo
- 19 – Nome do cartório
- 20 – Livro
- 21 – Fls.
- 22 – Termo
- 23 – Data da Emissão
- 24 – Nº Identidade
- 25 – UF
- 26 – Órgão Emissor
- 27 – Data da Emissão
- 28 – Carteira de Trabalho
- 29 – Série
- 30 – UF
- 31 – Data da Emissão
- Identificação da Unidade:
- 32 - CNPJ
- 33 - Código da Unidade
- 34 - Logradouro
- 35 - Nº
- 36 - Complemento

37 - Código IBGE do município

38 - Código IBGE do estado

39 - CEP

II - Dados da Assistência Pré-natal:

40- Data da 1ª consulta pré-natal: (abaixo ou até a 13ª semana)

41 - CRM/COREN

42 - Código da Unidade

43 - Data da 2ª consulta pré-natal *

44 - CRM/COREN

45 - Código da Unidade

46 - Data da 3ª consulta pré-natal *

47 - CRM/COREN

48 - Código da Unidade

49 - Data da 4ª consulta pré-natal *

50 - CRM/COREN

51 - Código da Unidade

52- Data da 5ª consulta pré-natal *

53- CRM/COREN

54 - Código da Unidade

55 - Data da 6ª consulta pré-natal *

56 - CRM/COREN

57 - Código da Unidade

* O intervalo das consultas deverá ser de 04 semanas, sendo que a partir da 36ª semana, poderá ser de 15 em 15 dias.

58 - Data da Consulta do puerpério – a 1ª consulta após o parto.

59 - CRM/COREN

60 – Código da Unidade

Identificação do Laboratório:

72 - CNPJ

73 – Código da unidade

74 - Logradouro

75 - Nº

76 - Complemento

77 - Código IBGE do município

78 - Código IBGE do estado

79 - CEP

Resultados de Exame:

Obrigatórios:

80 -ABO – RH - deverá ser solicitado na 1ª consulta

81 – Código da Unidade

83 - 1º VDRL – deverá ser solicitado na 1ª consulta

84 – Código da Unidade

85- 2º VDRL – deverá ser realizado na 30ª semana

86 – Código da Unidade

87 - 1ª Urina rotina – deverá ser solicitado na 1ª consulta

88 – Código da Unidade

89 - 2ª Urina rotina - deverá ser realizado na 30ª semana

90 – Código da Unidade

91 - 1ª Glicemia de jejum - deverá ser solicitado na 1ª consulta

92 – Código da Unidade

92 – 2ª Glicemia de jejum - 30ª semana

94 – Código da Unidade

Seguimento:

95 - HB/HT - deverá ser solicitado na 1ª consulta

96 - Código da Unidade

97 - 1º- HIV (Elisa/W Blot) - deverá ser solicitado na 1ª consulta

98 – Código da Unidade

99- Coombs Indireto – deverá ser realizado mensalmente a partir da 24ª semana de gestação, se a gestante for RH negativo.

100 – Código da Unidade

101 - 1ª Curva Glicêmica – deverá ser realizado quando a glicemia de jejum ou o teste de tolerância à glicose estiver alterado

102 – Código da Unidade

103 - 2ª Curva Glicêmica – deverá ser realizado quando a glicemia de jejum ou o teste de tolerância à glicose estiver alterado

104 - Código da Unidade

105 - FTA/ABS – deverá ser realizado a partir da 30ª semana se o VDRL for positivo.

106 – Código da Unidade

Vacina Antitetânica

107 - 1ª Dose: após o 4º mês de gestação

108 - 2ª Dose: no 7º mês

109 – Dose de reforço

110 - Imune

Unidade de Referência para Assistência ao Parto:

111 - CNPJ

112- Código da Unidade

113- Logradouro

114 - Nº

115- Complemento

116- Código IBGE do município

117- Código IBGE do estado

118- CEP

119- Nº. da AIH emitida para realização do parto

120- Nº. da APAC Parto

121- Assinatura e Carimbo do Responsável : Médico ou Enfermeiro Obstetra

– A Ficha de Acompanhamento à Gestante do Componente I - Incentivo a Assistência Pré-natal será emitida em 02 (duas) vias, devendo 01 (uma) via ficar arquivada, na Secretaria Municipal de Saúde e 01 (uma) na Secretaria Estadual de Saúde.

2 – Após o preenchimento do cadastro da gestante, a Secretaria Municipal de Saúde lançará em BPA magnético específico, gerado pelo Programa SISPRENATAL o código de procedimento 07.071.02.7 – Adesão ao Componente I - Incentivo a Assistência Pré Natal, que passa a integrar a Tabela do SIA-

SUS no Sub-Grupo 07.070.00.4 – Procedimento de Assistência Pré Natal,

Nível de Hierarquia: 01,02,03,04,05,06,07,08

Serviço/classificação: 00/000

Atividade profissional: 00

Tipo de Prestador: 05, 15

Tipo de Atendimento: 00

Grupo de Atendimento: 00

Faixa Etária: 00

Valor: 10,00

2.1 – Descrição do procedimento: é considerado executado o procedimento SUS– 07.071.02.7 - Adesão ao Componente I - Incentivo a Assistência Pré-natal quando realizado o preenchimento dos quadros de identificação da gestante, identificação da unidade, identificação do laboratório e campos 69 a 73, 76 e 77, 80 e 81, 84 e 85 da Ficha de Acompanhamento à Gestante – Componente I - Incentivo a Assistência Pré-Natal.

2.2 - O pagamento deste procedimento será efetuado pelo Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde e será custeado pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – FAEC.

3 – Até o dia 15 de cada mês, os dados do programa SISPRENATAL deverão ser apresentados pelas Secretarias Municipais de Saúde, por meio magnético, com a evolução dos atendimentos à Secretaria Estadual de Saúde/SES para transmissão ao DATASUS, na área de conferência 38.

4 – O DATASUS remeterá a SES o recibo de entrada dos dados na Base Nacional SISPRENATAL.

5 – O DATASUS atualizará a Base Nacional do SISPRENATAL, até o 5º dia útil, a contar da data de transferência dos dados pela SES.

6 – No término do pré-natal, após a realização do parto e da consulta do puerpério, a ficha de cadastro da gestante será encerrada e a Secretaria Municipal de Saúde deverá lançar em BPA magnético específico, gerado pelo programa SISPRENATAL o código de procedimento que passa a integrar a Tabela do SIA-SUS 07.071.03.5 – Conclusão da Assistência Pré-natal

Nível de Hierarquia: 01,02,03,04,05,06,07,08

Serviço/classificação: 00/000

Tipo de Prestador: 05, 15

Atividade profissional: 00

Tipo de Atendimento: 00

Grupo de Atendimento: 00

Faixa Etária: 00

Valor: 40,00

6.1 - Descrição do procedimento: é considerada Conclusão da Assistência Pré-natal a realização de todas as consultas de pré-natal, de todos os exames obrigatórios e os de seguimento quando for o caso, a realização do parto e da consulta do puerpério.

Art. 6º Determinar que as Secretarias Municipais de Saúde informem às Secretarias Estaduais de Saúde a relação de Unidades Hospitalares integradas ao Componente I - Incentivo a Assistência Pré-natal, para homologação.

Art. 7º Definir que as Unidades Hospitalares poderão lançar o seguinte procedimento, no campo serviços profissionais da AIH de parto, que passa a integrar a Tabela do SIH-SUS:

95.002.01.4 – Incentivo ao Parto Componente I - Incentivo a Assistência Pré-natal

Tipo:25

Tipo de Ato: 37

Limite: 01

CNPJ Unidade:

Valor: 40,00

Art. 8º Definir que as Unidades do SIA-SUS poderão lançar o seguinte procedimento 07.071.04.3 - Incentivo ao Parto do Componente I - Incentivo a Assistência Pré-natal por meio de APAC – Parto.

Nível de Hierarquia: 01,02,03,04,05,06,07,08

Serviço/classificação: 00/000

Atividade profissional: 00

Tipo de Prestador: 01,02,03,04,05,06,07,08,09,
11,12,13,14,15,16,17,18,19

Tipo de Atendimento: 00

Grupo de Atendimento: 00

Faixa Etária: 00

Valor: 40,00

Parágrafo único. Deverão ser lançados na APAC–Parto os códigos específicos da Tabela do SIA-SUS dos procedimentos de parto que podem ser : Assistência ao Parto Domiciliar sem Distócia por médico do PSF e Assistência ao Parto sem Distócia por enfermeiro obstetra.

Art. 9º Estabelecer que o pagamento dos procedimentos 07.071.02.7, 07.071.03.5, 07.071.04.3 e 95.002.01.4, constantes desta Portaria, serão efetuados pelo Fundo Nacional de Saúde às Unidades de Saúde e custeados pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – FAEC.

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

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

JOSÉ SERRA

ANEXO 8– PORTARIA Nº 571 DE 2000

Portaria nº 571/GM Em 1 de junho de 2000.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, e,

Considerando a Portaria GM/MS nº 569/GM, de 1º de junho de 2000, que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento;

Considerando a necessidade de viabilizar a estruturação de Centrais de Regulação Obstétrica, a implantação de sistemas de atendimento móvel às gestantes, nas modalidades pré e inter-hospitalares e a capacitação de recursos humanos que irão operar estes dispositivos;

Considerando a necessidade de qualificar os hospitais públicos e filantrópicos, integrantes do Sistema Único de Saúde, que prestam atendimento obstétrico e neonatal, possibilitando o incremento de suas capacidades técnicas, operacionais e de equipamentos em seus centros obstétricos, leitos de internação e UTIs neonatais, resolve:

Art. 1º Instituir o Componente II do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. o Componente objeto deste Artigo será responsável pela adoção das medidas necessárias à organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal e à realização de investimentos nesta área assistencial, viabilizando, em parceria com as Secretarias de Saúde de estados, municípios e do Distrito Federal e unidades hospitalares que realizem atendimento obstétrico e neonatal no Sistema Único de Saúde, as seguintes atividades:

implantar Centrais Estaduais de Regulação Obstétrica e Neonatal;

implantar Centrais Municipais de Regulação Obstétrica e Neonatal;

implantar sistemas móveis de atendimento às gestantes nas modalidades pré e inter-hospitalares;

adquirir equipamentos para o aparelhamento de Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal e de unidades integrantes do Sistema de Referência Hospitalar para a Gestação de Alto Risco;

viabilizar o incremento técnico, operacional e de equipamentos aos hospitais públicos e filantrópicos integrantes do Sistema Único de Saúde, que realizem assistência obstétrica e neonatal.

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

§ 1º Os recursos destinados ao financiamento da implantação das Centrais Estaduais de Regulação Obstétrica e suas respectivas Centrais Regionais, quando for o caso, serão repassados, mediante convênio específico, às Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal, que cumprirem os requisitos estabelecidos e assumirem o compromisso de implantar plenamente o componente proposto;

§ 2º Os recursos destinados ao financiamento da implantação das Centrais Municipais de Regulação Obstétrica e seus respectivos sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares, serão repassados, mediante convênio específico, às Secretarias Municipais de Saúde que cumprirem com os requisitos de elegibilidade estabelecidos e assumirem o compromisso de implantar plenamente o componente proposto, sendo que aquelas que, mesmo cumprindo com estes critérios, não se encontrem na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, terão os

recursos a ela destinados repassados à respectiva Secretaria Estadual de Saúde que se encarregará da implantação da Central e dos sistemas móveis de atendimento;

§ 3º Os recursos destinados à aquisição de equipamentos para o aparelhamento de Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal e de hospitais integrantes do Sistema Estadual de Referência Hospitalar no Atendimento da Gestante de Alto Risco, serão alocados para o REFORSUS, que providenciará esta aquisição na forma de conjuntos já estabelecidos e com destinação às unidades hospitalares já pactuadas com os gestores estaduais do SUS;

§ 4º Os recursos destinados ao financiamento do incremento técnico, operacional e de equipamentos para os hospitais filantrópicos serão repassados aos próprios hospitais, mediante convênio específico, e para os hospitais públicos, conforme o caso, às respectivas Secretarias Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, devendo todos os hospitais cumprir com os requisitos de elegibilidade estabelecidos, apresentar projeto de investimento com respectivo plano de trabalho e cronograma de desembolso e assumir o compromisso de implantar plenamente o componente proposto;

Art. 3º Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde estabeleça os requisitos para a participação de estados, municípios e Distrito Federal no componente de que trata esta Portaria, os critérios de elegibilidade de municípios e hospitais a serem contemplados, os quantitativos de recursos do montante global a serem destinados a cada atividade, os componentes de despesa que serão autorizados para cada tipo de atividade, bem como adote as demais medidas necessárias ao fiel cumprimento da presente Portaria.

Parágrafo único. As Secretarias de Saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal e os hospitais que cumprirem com os requisitos e critérios estabelecidos, deverão elaborar projeto de investimentos específico, plano de trabalho e cronograma de desembolso a serem submetidos à apreciação da Secretaria de

Assistência à Saúde, que, após aprovação, os enviará à Secretaria Executiva para a celebração dos respectivos convênios.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

ANEXO 9– PORTARIA Nº 572 DE 2000

Portaria nº 572/GM Em 1 de junho de 2000.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a Portaria GM/MS nº 569/GM, de 1º de junho de 2000, que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, e

Considerando a necessidade de estabelecer novos mecanismos de custeio da assistência ao parto que permitam o incremento da qualidade do acompanhamento integral e integrado da gestante durante o pré-natal, o parto, o puerpério e a adequada assistência ao recém-nascido, resolve:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1 – Serviços Hospitalares

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

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

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

– O Órgão Emissor da Ficha de Acompanhamento à Gestante fornecerá o número e a data da inclusão da gestante no Componente, para lançamento na AIH.

– Serviços Profissionais:

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

Atendimento ao Recém Nato da Sala de Parto: o pagamento do pediatra/neonatologista não entrará no rateio de pontos e será efetuado, quando efetivamente realizado, em conformidade com a Portaria SAS/MS Nº 96, 14 de junho de 1994, mediante o

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

Ato: 95.001.01.8 – Atendimento ao RN em Sala de Parto

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

Tipo de Ato: 20

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

CNPJ/CPF:

Valor: R\$ 20,00

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

Ato: 95.003.01.8 – Analgesia Obstétrica realizada por anestesia

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

Tipo de Ato: 35

Quantidade de Ato: 01

CNPJ/CPF:

Valor: R\$ 30,00

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

Ato: 95.004.01.7 – Pediatra 1ª Consulta

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

Tipo de Ato: 36

Quantidade de Ato: 01

CNPJ/CPF:

Valor: R\$ 5,00

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

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

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

1 – Serviços Hospitalares

1.1 – SH Padrão (diária, taxas, materiais e medicamentos) : R\$ 230,00 – o hospital receberá este valor quando da realização do parto.

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

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

1.4– O Órgão Emissor da Ficha de Acompanhamento à Gestante fornecerá o número e de data da inclusão da gestante no Componente, para lançamento na AIH.

2– Serviços Profissionais:

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

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

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

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

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

1 – Serviços Hospitalares

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

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

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

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

1.4– O Órgão Emissor da Ficha de Acompanhamento à Gestante fornecerá o número e a data da inclusão da gestante no Componente, para lançamento na AIH.

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

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

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

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

1 – Serviços Hospitalares

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

1.2- SH Incentivo ao Parto do Componente I – Incentivo à Assistência Pré-natal: R\$ 40,00 –para o recebimento desta remuneração será necessário o lançamento, em campo específico

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

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

1.4– O Órgão Emissor da Ficha de Acompanhamento à Gestante fornecerá o número e a data da inclusão da gestante no Componente, para lançamento na AIH.

2– Serviços Profissionais:

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

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

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

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

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

1 – Serviços Hospitalares

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

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

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

1.4– O Órgão Emissor da Ficha de Acompanhamento à Gestante fornecerá o número e a data da inclusão da gestante no Componente, para lançamento na AIH.

2– Serviços Profissionais:

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

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

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

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

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

1 – Serviços Hospitalares

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

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

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

1.4– O Órgão Emissor da Ficha de Acompanhamento à Gestante fornecerá o número e a data da inclusão da gestante no Componente, para lançamento na AIH.

2– Serviços Profissionais:

2.1– SP Padrão : R\$ 165,00 - o obstetra, auxiliar (es) ou outro profissional necessário ao atendimento da parturiente

receberão este valor quando da realização do parto, mediante rateio de pontos.

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

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

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

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

1 – Serviços Hospitalares

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

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

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

1.4– O Órgão Emissor da Ficha de Acompanhamento à Gestante fornecerá o número e a data da inclusão da gestante no Componente, para lançamento na AIH.

2– Serviços Profissionais:

2.1– SP Padrão : R\$ 179,00 - o obstetra, auxiliar (es) ou outro profissional necessário ao atendimento da parturiente receberão este valor quando da realização do parto, mediante rateio de pontos.

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

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

35.100.04.4 – Cirurgia Obstétrica IV

35.021.01.2 – Parto normal com atendimento ao RN em Sala de Parto

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

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

35.100.05.2 – Cirurgia Obstétrica V

35.022.01.9 – Cesariana com atendimento ao RN em Sala de Parto

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

Art. 5º Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde priorize o envio de cartas, às pacientes submetidas aos procedimentos de parto nas Unidades prestadoras de serviços do SUS, com questionário de avaliação das condições e da qualidade do atendimento prestado.

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

Art. 7º Estabelecer que o não acompanhamento pelo gestor dos relatórios, de que trata o Artigo 6º, poderá acarretar a suspensão dos pagamentos de incentivos previstos na Portaria GM/MS nº 569/GM , de 1º de junho de 2000.

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

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

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

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

JOSÉ SERRA