
ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União

**Ministério da Saúde**
Gabinete do Ministro**PORTARIA Nº 1.020, DE 29 DE MAIO DE 2013**

Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviç os de referência   Atenção   Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha.

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

Considerando a Lei n  8.080, de 19 de setembro de 1990, cujo art.15, inciso V, item "d", atribui à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a atribuição para elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência   saúde;

Considerando a Lei n  11.108, de 7 de abril de 2005, que garante às parturientes o direito   presenç a de acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério no âmbito do Sistema  nico de Saúde (SUS);

Considerando o Decreto n  7.508, de 28 de junho de 2011, cujo artigo 20 dispõe acerca da integralidade da assistência   saúde;

Considerando a Portaria n  1.119/GM/MS, de 5 de junho de 2008, que regulamenta a vigilância de óbitos maternos;

Considerando a Portaria n  72/GM/MS, de 11 de janeiro de 2010, que estabelece a obrigatoriedade da vigilância do óbito infantil e fetal nos serviç os de saúde públicos e privados que integram o SUS;

Considerando a Portaria n  4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção   Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria n  1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria n  1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção  s Urgências e institui a Rede de Atenção  s Urgências no SUS;

Considerando as recomendações do Ministério da Saúde no que se refere à tecnologia apropriada ao parto e nascimento e, especialmente, em relação às boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento; e

Considerando a necessidade de organização e melhoria da qualidade de atenção   saúde na gestação de alto risco objetivando a redução da morbimortalidade materna e neonatal, resolve:

Art.1  Ficam instituídos os princípios e diretrizes para a organização da Atenção   Saúde na Gestação de Alto Risco e definidos os critérios para a implantação e habilitação dos serviç os de referência   Atenção   Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha, instituída pela Portaria n  1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011.

Parágrafo  nico. A Atenção   Saúde na Gestação de Alto Risco deve ser compreendida como o conjunto de ações e serviç os que abrange a atenção   gestante de alto risco, ao recém-nascido de risco e   puérpera de risco.

CAPÍTULO I**DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 2  Para os fins desta Portaria, serão consideradas as seguintes definições:

I - gestação, parto e nascimento: fenômenos fisiológicos que devem ser parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional;

II - gestação, parto e puerpério de risco: situações nas quais a saúde da mulher apresenta complicações no seu estado de saúde por doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez no parto ou puerpério, geradas tanto por fatores orgânicos quanto por fatores socioeconômicos e demográficos desfavoráveis;

III - risco materno: risco avaliado a partir das probabilidades de repercussões desfavoráveis no organismo da mulher em consequência das condições identificadas no inciso II do "caput" deste artigo;

IV - risco fetal: risco avaliado a partir das condições de risco materno e da pesquisa de vitalidade, maturidade, desenvolvimento e crescimento fetal;

V - risco neonatal: risco avaliado a partir da conjugação de situações de riscos sociais e pessoais maternos com as condições do recém-nascido, com maior risco de evolução desfavorável de sua saúde;

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

VII - acolhimento: processo constitutivo das práticas que implicam a responsabilização da equipe de saúde pela gestante, puérpera, e pelo recém-nascido, desde a chegada ao estabelecimento de saúde até a sua alta, garantindo bem estar e inclusão.

Art. 3º A Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco deverá observar os seguintes princípios e diretrizes:

I - universalidade, equidade e integralidade;

II - humanização da atenção, ofertando atenção adequada, em tempo oportuno na gestação de acordo com suas necessidades e condições clínicas;

III - atenção à saúde baseada nos direitos sexuais e reprodutivos, em consonância com a Política de Atenção Integral da Saúde da Mulher (PNAISM) e com a Política Nacional de Humanização (PNH), ambas disponíveis no sítio eletrônico www.saude.gov.br, e com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) previstas no documento "Assistência ao parto normal: um guia prático - 1996";

IV - acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade em todos os pontos de atenção;

V - regionalização da atenção à saúde, com articulação entre os diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme pactuação local;

VI - atenção multiprofissional e interdisciplinar, com práticas clínicas compartilhadas e baseadas em evidências;

VII - regulação de acesso; e

VIII - controle social.

Art. 4º A organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco deve contemplar todos os níveis de complexidade, com definição dos pontos de atenção e competências correspondentes, considerando a importância da abordagem integral às gestantes conforme suas especificidades relacionadas às condições clínicas, socioeconômicas e demográficas.

CAPÍTULO II

DO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

Art. 5º A atenção ao pré-natal de alto risco será realizada de acordo com as singularidades de cada usuária, com integração à atenção básica, a qual cabe a coordenação do cuidado, com garantia de atenção à saúde progressiva, continuada e acessível a todas as mulheres.

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

§ 2º A equipe de atenção básica deverá realizar o monitoramento da efetiva realização do pré-natal de alto risco no estabelecimento referenciado.

Art. 6º O serviço de pré-natal deverá manter formalizada a referência da maternidade que fará o atendimento da gestante de alto risco sob sua responsabilidade na hora do parto.

Parágrafo único. A gestante deverá estar vinculada e informada quanto à maternidade que realizará seu parto, de modo a evitar peregrinação.

Art. 7º São atribuições da atenção básica no pré-natal de alto risco:

- I - captação precoce da gestante de alto risco, com busca ativa das gestantes;
- II - estratificação de risco;
- III - visitas domiciliares às gestantes de sua população adscrita;
- IV - acolhimento e encaminhamento responsável ao estabelecimento que realiza o pré-natal de alto risco, por meio da regulação;
- V - acolhimento e encaminhamento responsável de urgências e emergências obstétricas e neonatais;
- VI - vinculação da gestante ao pré-natal de alto risco;
- VII - coordenação e continuidade do cuidado; e
- VIII - acompanhamento do plano de cuidados elaborado pela equipe multiprofissional do estabelecimento que realiza o pré-natal de alto risco.

§ 1º Uma vez encaminhada para o acompanhamento em serviço ambulatorial especializado em pré-natal de alto risco, a gestante será orientada a não perder o vínculo com a equipe de atenção básica que iniciou o seu acompanhamento.

§ 2º O serviço ambulatorial especializado em pré-natal de alto risco manterá a equipe da atenção básica informada acerca da evolução da gravidez e dos cuidados à gestante encaminhada.

Art. 8º O pré-natal de alto risco poderá ser realizado nos seguintes estabelecimentos:

- I - Unidade Básica de Saúde (UBS), quando houver equipe especializada ou matriciamento; e
- II - ambulatórios especializados, vinculados ou não a um hospital ou maternidade.

Parágrafo único. A organização da atenção referente ao pré-natal de alto risco em cada um dos estabelecimentos previstos nos incisos do caput, com fluxos, regulação e financiamento, será objeto de portaria específica.

Art. 9º Os estabelecimentos de saúde que realizam pré-natal de alto risco deverão:

- I - acolher e atender a gestante de alto risco referenciada;
- II - elaborar e atualizar, por meio de equipe multiprofissional, o Projeto Terapêutico Singular e o Plano de Parto, segundo protocolo específico a ser instituído por cada estabelecimento;
- III - garantir maior frequência nas consultas de pré-natal para maior controle dos riscos, de acordo com Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde, disponível no sítio eletrônico www.saude.gov.br/sas;
- IV - realizar atividades coletivas vinculadas à consulta individual para trocas de experiências com outras gestantes e acompanhantes;
- V - garantir a realiza o dos exames complementares de acordo com evidências científicas e parâmetros estabelecidos na Portaria n  650/GM/MS, de 5 de outubro de 2011, incluindo exames específicos para o pai, quando necessário;
- VI - garantir o acesso aos medicamentos necessários, procedimentos diagnósticos e internaa o, de acordo com a necessidade clínica de cada gestante e com diretrizes clínicas baseadas em evidências em saúde;
- VII - manter as vagas de consultas de pré-natal disponíveis para regula o pelas Centrais de Regula o;
- VIII - assegurar o encaminhamento, quando for o caso, ao centro de referência para atendimento   gestante portadora de HIV/Aids; e
- IX - alimentar os sistemas de informa o disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

CAPÍTULO III

DOS SERVIÇOS HOSPITALARES DE REFERÊNCIA   GESTA O DE ALTO RISCO

Se o I

Disposi es Gerais

Art. 10. São atribui es dos serviços hospitalares de referência   Aten o   Gesta o de Alto Risco:

- I - cumprir os requisitos vigentes para a atenção hospitalar;
- II - adequar a ambiência da maternidade às normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- III - receber todas as gestantes vinculadas pela atenção básica e/ou aquelas encaminhadas pela Central de Regulação para atender as intercorrências durante a gestação e realização de parto;
- IV - implantar o acolhimento com classificação de risco (ACCR);
- V - adotar boas práticas de atenção ao parto e nascimento, segundo as recomendações do Manual Técnico publicado pelo Ministério da Saúde, disponível no sítio eletrônico www.saude.gov.br/sas, e protocolos para a atenção à gestante de risco, contemplando Plano de Parto, de acordo com a estratificação de risco;
- VI - estimular a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor;
- VII - disponibilizar métodos farmacológicos de alívio da dor;
- VIII - permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher em todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério;
- IX - apresentar planos de adequação aos índices de cesariana, episiotomia e ocitocina recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no documento "Assistência ao parto normal: um guia prático -1996", e definidos nesta Portaria;
- X - garantir a privacidade da mulher durante o período de trabalho de parto e parto;
- XI - estimular a realização do parto, em todas as suas fases, quais sejam pré-parto, parto e puerpério imediato, em um único ambiente, com opção de adoção de posições que proporcionem maior conforto para a mulher, resguardada a possibilidade de transferência da puérpera para alojamento conjunto no pós-parto;
- XII - disponibilizar área para deambulação durante o trabalho de parto;
- XIII - utilizar metodologias que garantam assistência segura no aborto espontâneo, incluindo-se o Método de Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU) até a 12ª semana;
- XIV - apoiar e promover o aleitamento materno, com adoção dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" do Ministério da Saúde;
- XV - estimular a constituição de Colegiado Gestor Materno- Infantil, conforme previsto na Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011;
- XVI - desenvolver atividades de educação permanente para as equipes multiprofissionais, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;
- XVII - fornecer ações e serviços de orientação de planejamento reprodutivo pós-parto e pós-abortamento à puérpera no momento da alta hospitalar, assim como encaminhamento para consulta de puerpério e puericultura após a alta hospitalar;
- XVIII - realizar ações e serviços de vigilância e investigação do óbito materno, fetal e infantil;
- XIX - alimentar e atualizar os sistemas de informação obrigatórios do SUS; e
- XX - realizar pesquisas de satisfação da usuária, abordando, entre outros temas, a violência institucional.

Seção II

Da Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência à Gestação de Alto Risco

Art. 11. Considerada a capacidade tecnológica e o perfil de recursos humanos dos serviços de Atenção à Gestação de Alto Risco, e em conformidade com os critérios dispostos nesta Portaria, os estabelecimentos de saúde de referência na Atenção à Gestação de Alto Risco classificam-se como:

I - Tipo 1; e

II - Tipo 2.

Parágrafo único. A classificação em Tipo 1 ou Tipo 2 refere-se exclusivamente à estrutura do serviço, não havendo hierarquização entre eles.

Art. 12. São critérios para habilitação de estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco, independentemente da classificação:

I - apresentar relatório de vistoria realizada in loco pela Vigilância Sanitária local, com avaliação das condições de funcionamento do estabelecimento hospitalar;

II - ter constituídas e em permanente funcionamento as comissões obrigatórias pertinentes aos estabelecimentos hospitalares;

III - realizar atendimento em urgência e emergência obstétrica nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana;

IV - fornecer retaguarda às urgências e emergências obstétricas e neonatais atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede Cegonha em sua Região de Saúde e garantir o encaminhamento responsável;

V - implantar protocolo de acolhimento com classificação de risco no atendimento às urgências obstétricas, ginecológicas e neonatal;

VI - estruturar equipe horizontal gestora do cuidado em obstetrícia e neonatologia, com, no mínimo, médico obstetra, enfermeiro e médico pediatra;

VII - manter todos os leitos cadastrados no Sistema Único de Saúde (SUS) disponíveis para regulação pelas Centrais de Regulação;

VIII - alimentar e atualizar os sistemas de informação obrigatórios do SUS;

IX - garantir vinculação de vaga para gestante, recém-nascido e puérpera de risco, com estabelecimento de fluxo e encaminhamento responsável;

X - implantar Método Canguru, nos termos das Portarias nº 1.683/GM/MS, de 13 de julho de 2007, e nº 930/GM/MS, de 10 de maio de 2012;

XI - manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe, sempre que possível;

XII - proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável nos casos de internação, inclusive nas hipóteses de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo);

XIII - manter taxa de ocupação mínima de oitenta e cinco por cento para os leitos obstétricos e noventa por cento para os leitos de UTI, UCI Neonatal Convencional e UCI Neonatal Canguru (UCINCa);

XIV - disponibilizar hemocomponentes nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana, com apresentação do documento de formalização de seu fornecimento, nos termos da Portaria nº 1.353/GM/MS, de 13 de junho de 2011, e da Resolução da Diretoria Colegiada nº 151, de 21 de agosto de 2001, da ANVISA;

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

XVI - constituir e manter em funcionamento o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, nos termos das normas de vigilância em saúde vigentes;

Art. 13. Para serem habilitados como estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 1, além dos critérios previstos no art. 12, os estabelecimentos hospitalares deverão cumprir os seguintes requisitos:

I - comprovar taxa de cirurgia cesariana menor ou igual a trinta por cento ou apresentar um plano de redução das taxas de cirurgias cesarianas em dez por cento ao ano até atingir a taxa estabelecida;

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

III - disponibilizar Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), nos termos da Portaria nº 930/GM/MS, de 10 de maio de 2012, no prazo de até um ano da data da habilitação do estabelecimento hospitalar;

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

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

a) ultrassonografia;

b) eletrocardiografia;

- c) cardiocardiografia;
- d) serviço de radiologia;
- e) laboratório clínico; e
- f) posto de coleta de leite humano;

VI - garantir o acesso à ultrassonografia com "doppler", caso necessário;

VII - dispor de equipe para a atenção à Gestação de Alto Risco composta pelos seguintes profissionais:

- a) assistente social;
- b) enfermeiro, de preferência enfermeiro obstetra;
- c) médico anesthesiologista;
- d) médico obstetra;
- e) médico pediatra;
- f) nutricionista;
- g) psicólogo;
- h) farmacêutico; e
- i) técnico de enfermagem;

VIII - garantir acesso nas especialidades médicas e demais procedimentos diagnósticos de acordo com a necessidade e quadro clínico da usuária.

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

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

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

Art. 14. Para serem habilitados como estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 2, além dos critérios previstos no art. 12, os estabelecimentos hospitalares de saúde deverão cumprir os seguintes requisitos:

I - comprovar taxa de cirurgia cesariana menor ou igual a trinta e cinco por cento ou apresentar um plano de redução das taxas de cirurgias cesarianas em dez por cento ao ano até atingir a taxa estabelecida;

II - dispor de equipe para a atenção à gestante, à puérpera e ao recém-nascido, composta pelos seguintes profissionais:

- a) assistente social;
- b) enfermeiro obstetra;
- c) fisioterapeuta;
- d) fonoaudiólogo;
- e) médico anesthesiologista;
- f) médico clínico geral;
- g) médico obstetra;
- h) médico neonatologista ou intensivista pediatra;
- i) médico pediatra;
- j) nutricionista;
- k) farmacêutico;

l) psicólogo; e

m) técnico de enfermagem;

III - dispor da seguinte infraestrutura para exames e serviços no estabelecimento em período integral de vinte e quatro horas durante sete dias da semana:

a) ultrassonografia com doppler;

b) eletrocardiografia;

c) cardiotocografia;

d) serviço de radiologia;

e) laboratório clínico;e

f) Banco de Leite Humano, ou posto de coleta com referência pactuada a um Banco de Leite Humano, com fluxos e rotinas de encaminhamentos descritos e aprovados pela Vigilância Sanitária local;

IV - garantir acesso de apoio nas especialidades médicas e demais procedimentos diagnósticos de acordo com a necessidade e quadro clínico da usuária;

V - disponibilizar UTIN, nos termos da Portaria nº 930/GM/MS, de 10 de maio de 2012, no prazo de até doze meses, contado da data de habilitação do estabelecimento hospitalar.

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

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

§ 3º Os profissionais enfermeiro, médico anesthesiologista, médico clínico geral, médico obstetra, médico neonatologista ou intensivista pediatra, médico pediatra e técnico de enfermagem deverão estar disponíveis nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana.

Art. 15. A solicitação de habilitação será encaminhada à Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar (CGHOSP/DAE/SAS/MS) pelo gestor de saúde estadual, do Distrito Federal ou municipal, acompanhada dos seguintes documentos:

I - ofício de solicitação, cujo modelo de formulário para solicitação de habilitação do estabelecimento hospitalar de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 1 ou Tipo 2 será disponibilizados no sítio eletrônico do Ministério da Saúde, em [http:// portal. saude. gov. br/ portal/ saude/ Gestor/ area. cfm? id_ area= 1747](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1747).

II - resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), que contemple a inclusão do estabelecimento hospitalar na Rede Cegonha e pactuação de atendimento em UTI Adulto, quando necessária;

III - declaração do gestor de saúde estadual, do Distrito Federal ou Municipal que ateste a existência dos recursos humanos e da infraestrutura para o funcionamento do serviço hospitalar de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco solicitado, de acordo com os critérios de habilitação previstos nesta Portaria;e

IV - relatório de vistoria realizada in loco pela Vigilância Sanitária local.

Parágrafo único. A CGHOSP/DAE/SAS/MS emitirá parecer conclusivo sobre a solicitação de habilitação encaminhada.

Art. 16. A habilitação dos estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco poderá ser cancelada ou suspensa a qualquer momento se descumprido qualquer requisito previsto nesta Portaria.

CAPÍTULO IV

DA CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUERPERA (CGBP)

Art. 17. A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) é uma residência provisória de cuidado à gestação de alto risco para usuárias em situação de risco, identificadas pela Atenção Básica ou Especializada, e terá as seguintes características:

I - capacidade para acolhimento de dez, quinze ou vinte usuárias, entre gestantes, puérperas com recém-nascidos e puérperas sem recém-nascidos;

II - vinculação a um estabelecimento hospitalar de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo1 ou Tipo 2; e

III - Situar-se preferencialmente nas imediações do estabelecimento hospitalar ao qual pertence, em um raio igual ou inferior a cinco quilômetros do estabelecimento ao qual esteja vinculada § 1º A responsabilidade técnica e administrativa pela CGBP é do estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada, incluindo o transporte para a gestante, recém-nascido e puérpera para atendimento imediato às intercorrências, de acordo com a necessidade clínica.

§ 2º Excepcionalmente, a CGBP poderá ser instalada a uma distância superior a cinco quilômetros do estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada, desde que observados os seguintes requisitos:

I - localização no mesmo Município do estabelecimento hospitalar de referência;

II - justificativa e pactuação prévia na CIB; e

III - encaminhamento para conhecimento da CGHOSP/DAE/SAS/MS.

§ 3º A CGBP deverá dispor de ambientes específicos, tais como dormitório, banheiro, sala e cozinha, todos separados entre si, adequados ao número de usuários previsto.

Art. 18. A CGBP tem como objetivo apoiar o cuidado às gestantes, recém-nascidos e puérperas em situação de risco, contribuindo para um cuidado adequado às situações que demandem vigilância e proximidade dos serviços hospitalares de referência, embora não haja necessidade de internação hospitalar.

§ 1º A CGBP deve contribuir para a utilização racional dos leitos hospitalares obstétricos e neonatais nos estabelecimentos hospitalares de referência à Gestação de Alto Risco ao qual estejam vinculadas, com vistas à redução da morbimortalidade materna e perinatal.

§ 2º A CGBP somente admitirá usuários que se enquadrem nas situações descritas no caput, não se confundindo com Abrigo, Albergue ou Casa de Passagem.

Art. 19. A CGBP deverá garantir:

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

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

III - visita aberta, com horários ampliados e flexíveis;

IV - acompanhamento por enfermeiro de segunda à sexta-feira, em regime de quarenta horas semanais;

V - acompanhamento por técnico de enfermagem nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana;

VI - cuidados na prevenção e tratamento da infecção puerperal e ações da primeira semana direcionadas à puérpera e recém-nascidos;

VII- insumos, materiais, suprimentos e limpeza da CGBP; e

VIII - manutenção da estrutura física e dos equipamentos.

Art. 20. A equipe da CGBP deverá ser composta, no mínimo, por:

I - um coordenador técnico-administrativo;

II - enfermeiro responsável disponível de segunda a sexta-feira, com supervisão do enfermeiro do hospital de referência no final de semana e no período da noite;

III - técnico de enfermagem disponível nas vinte e quatro horas do dia durante os sete dias da semana;

IV - auxiliar de limpeza durante sete dias da semana;e

V - visita médica, de acordo com o quadro clínico, segundo o plano de cuidados, ou quando solicitada pela equipe de enfermagem.

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

Art. 21. A inclusão da gestante, do recém-nascido e da puérpera na CGBP será feita pelo estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada, a partir de demanda da Atenção Básica ou da Atenção Especializada, de acordo com os critérios de regulação estabelecidos pelo gestor de saúde local, observando os seguintes critérios:

I - para a gestante:

- a) necessitar de atenção diária pela equipe de saúde, por apresentar situação de vulnerabilidade; e
- b) necessitar de vigilância mais frequente de suas condições de saúde em regime ambulatorial, acompanhada de dificuldade de deslocamento frequente em decorrência de distância e/ou outros obstáculos ao deslocamento;

II - para o recém-nascido clinicamente estável:

- a) estar em recuperação nutricional, necessitando de atenção diária da equipe de saúde, embora sem exigência de vigilância constante em ambiente hospitalar; e
- b) necessitar de adaptação de seus cuidadores no manejo de cuidados específicos que serão realizados, posteriormente, no domicílio; e

III - para a puérpera:

- a) necessitar de atenção diária à saúde, sem exigência de vigilância constante em ambiente hospitalar; e
- b) quando o recém-nascido encontrar-se internado em UTIN ou UCIN no estabelecimento hospitalar e houver dificuldade para o deslocamento frequente da mãe.

Parágrafo único. Preferencialmente, as vagas para as puérperas que necessitem permanecer na CGBP em razão de internação do recém-nascido na UTIN ou na UCINCo não ultrapassarão trinta por cento da capacidade de ocupação da CGBP, devendo-se garantir a disponibilidade da permanência da mãe ao lado do recém-nascido em período integral durante a internação.

Art. 22. O estabelecimento hospitalar responsável pela CGBP deverá registrar e atualizar as seguintes informações das gestantes, bebês e puérperas:

- I - nome;
- II - endereço completo, incluindo o Município de origem;
- III - motivo da admissão;
- IV - taxa de ocupação;
- V - tempo médio de permanência; e
- VI - média de ganho de peso diário do bebê durante a permanência na CGBP.

Art. 23. O gestor de saúde responsável solicitará à CGHOSP/DAE/MS pedido de habilitação da CGBP, com o encaminhamento dos seguintes documentos:

- I - comprovação dos requisitos previstos nos arts. 17 e 20; e
- II - Declaração do gestor de saúde acerca do cumprimento dos requisitos previstos no art. 19.

CAPÍTULO V

DOS INCENTIVOS FINANCEIROS

Seção I

Das Disposições Gerais

Art. 24. As novas construções ou reformas de estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco no âmbito do SUS com financiamento pelo Ministério da Saúde, nos termos deste Capítulo, ficam condicionadas ao cumprimento dos seguintes requisitos:

- I - implantação da CGBP, conforme regras estabelecidas nesta Portaria;
- II - implantação do Centro de Parto Normal (CPN) conforme diretrizes da Rede Cegonha, instituída pela Portaria nº 1459/GM/MS, de 24 de junho de 2011.

Parágrafo único. Os estabelecimentos hospitalares com projetos de construção concluídos ou construções ainda não finalizadas até a data de publicação desta Portaria não terão a obrigatoriedade de contar com CGBP e CPN para solicitação de habilitação como estabelecimento de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 1 ou Tipo 2.

Art. 25. No caso de CGBP já existente e que solicite apenas o repasse do incentivo financeiro de custeio mensal, as condições de estrutura física serão avaliadas individualmente pela CGHOSP/DAE/SAS/MS.

Seção II

Do Incentivo Financeiro de Investimento

Art. 26. Fica instituído incentivo financeiro de investimento para ampliação de CGBP nos seguintes valores:

I - ampliação de CGBP para dez usuárias: R\$ 238.500,00 (duzentos e trinta e oito mil e quinhentos reais);

II - ampliação de CGBP para quinze usuárias: R\$ 343.125,00 (trezentos e quarenta e três mil cento e vinte e cinco reais); e

III - ampliação de CGBP para vinte usuárias: R\$ 447.750,00 (quatrocentos e quarenta e sete mil setecentos e cinquenta reais).

Parágrafo único. O incentivo financeiro de investimento de que trata este artigo será repassado na forma do § 3º do art. 10 da Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011 da Rede Cegonha.

Art. 27. Fica redefinido o incentivo financeiro de investimento para aquisição de equipamentos e materiais permanentes para CGBP, nos seguintes valores:

I - CGBP com quinze ou dez camas: R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais); e

II - CGBP com vinte camas: R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais).

Parágrafo único. O incentivo financeiro de investimento de que trata este artigo será repassado em parcela única, após aprovação pela CGHOSP/DAE/SAS/MS do projeto encaminhado pelo gestor de saúde interessado.

Seção III

Dos Incentivos Financeiros de Custeio

Subseção I

Do Incentivo Financeiro de Custeio para Reforma

Art. 28. Fica redefinido o incentivo financeiro de custeio destinado à reforma de CGBP, nos seguintes valores:

I - reforma de CGBP para dez usuárias: R\$ 143.100,00 (cento e quarenta e três mil e cem reais);

II - reforma de CGBP para quinze usuárias: R\$ 205.875,00 (duzentos e cinco mil oitocentos e setenta e cinco reais); e

III - reforma de CGBP para vinte usuárias: R\$ 268.650,00 (duzentos e sessenta e oito milseiscentos e cinquenta reais).

Parágrafo único. O incentivo financeiro de custeio de que trata este artigo será repassado em parcela única, após aprovação pela CGHOSP/DAE/SAS/MS do projeto encaminhado pelo gestor de saúde interessado.

Subseção II

Do Incentivo Financeiro de Custeio Mensal

Art. 29. Fica instituído incentivo financeiro de custeio para estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco habilitados nos Tipos 1 e 2, na forma de custeio diferenciado para os seguintes procedimentos:

I - parto normal em gestação de alto risco;

II - parto cesariano em gestação de alto risco;

III - tratamento de intercorrências clínicas na gravidez; e

IV - tratamento de complicações relacionadas predominantemente ao puerpério.

Parágrafo único. O valor do custeio diferenciado está definido no Anexo I a esta Portaria.

Art. 30. O incentivo financeiro de custeio referente aos leitos obstétricos para gestação de alto risco seguirá a previsão dos itens Q e R do Anexo II a esta Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que tratam, respectivamente, do custeio de novos leitos para gestantes de alto risco e do custeio de leitos para gestantes de alto risco já existentes.

Parágrafo único. Os leitos obstétricos para gestação de alto risco deverão ser alocados nos estabelecimentos hospitalares habilitados como referência em Atenção à Gestação de Alto Risco.

Art. 31. O incentivo financeiro de custeio mensal para CGBP habilitada fica redefinido conforme os seguintes valores:

- I - CGBP com dez camas (dois ou três quartos): R\$ 20.000,00 (vinte mil reais);
- II - CGBP com quinze camas (três ou quatro quartos): R\$ 30.000,00 (trinta mil reais); e
- III - CGBP com vinte camas (quatro ou cinco quartos): R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais).

§ 1º O incentivo de custeio redefinido neste artigo poderá ser utilizado para o pagamento de locação de imóvel para o funcionamento da CGBP.

§ 2º Após cento e oitenta dias de funcionamento, a CGBP deverá contar com ocupação média mensal superior a cinquenta por cento de sua capacidade, sob pena do valor do incentivo financeiro de custeio mensal ser reduzido em trinta por cento.

§ 3º O repasse do incentivo financeiro de custeio mensal será suspenso se a ocupação média mensal se mantiver inferior a cinquenta por cento da capacidade da CGBP nos três meses subsequentes à efetivação da redução de que trata o § 2º.

§ 4º O repasse do incentivo de custeio redefinido neste artigo será suspenso caso a CGBP não cumpra o estabelecido nesta Portaria ou quando o gestor de saúde local não repasse os recursos relativos à CGBP ao estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada.

Seção IV

Do Monitoramento e Avaliação

Art. 32. Para fins de acompanhamento e controle da aplicação dos recursos repassados por meio do Fundo Nacional de Saúde, ficam estabelecidos os seguintes prazos máximos a serem cumpridos pelos entes federativos beneficiários:

I - 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da liberação do incentivo financeiro, para conclusão da reforma e/ou ampliação da CGBP e para aquisição de equipamentos; e

II - 90 (noventa) dias após a conclusão da reforma e/ou ampliação para início do efetivo funcionamento da CGBP reformada e/ou ampliada.

§ 1º Caso sejam descumpridos quaisquer dos prazos definidos neste artigo, os entes federativos beneficiários deverão encaminhar, no prazo de 30 (trinta) dias do término dos citados prazos, as justificativas ao Ministério da Saúde, especialmente à CGHOSP/DAE/SAS/MS, para análise.

§ 2º Caso aceitas as justificativas, o Ministério da Saúde poderá prorrogar o prazo de que trata o inciso I do caput por até cento e oitenta dias e o prazo de que trata o inciso II do caput por até 90 (noventa) dias.

§ 3º Caso não haja apresentação de justificativas pelos entes federativos beneficiários ou o Ministério da Saúde não aceite as que forem apresentadas, o ente federativo beneficiário estará sujeito, no que for pertinente, à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, ou ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012.

§ 4º O monitoramento de que trata este artigo não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG).

Art. 33. Além do disposto no art. 32, caberá aos órgãos de controle interno, especialmente ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA), o monitoramento da correta aplicação dos recursos oriundos dos incentivos financeiros previstos nesta Portaria.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 34. Cada Unidade da Federação deverá pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) a implantação de pelo menos um serviço de atenção às mulheres em situação de violência sexual, incluindo-se a interrupção da gravidez prevista em lei, observadas as seguintes regras:

I - Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento e Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, do Ministério da Saúde, disponível no sítio eletrônico www.saude.gov.br/sas; e

II - Portaria nº 1.508/GM/MS, de 1º de setembro de 2005, que dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS.

Art. 35. Fica incluída a classificação 006 - Casa da Gestante, Bebê e Puérpera no serviço especializado 112 - Serviço de Atenção ao Pré-Natal, Parto e Nascimento - da tabela de serviço especializado/ classificação/CBO do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Art. 36. Os recursos financeiros para a execução do disposto nesta Portaria são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade;e

II - 10.302.2015.20R4 - Apoio à Implementação da Rede Cegonha.

Art. 37. Os estabelecimentos hospitalares de referência em Gestação de Alto Risco habilitados na vigência da Portaria n  3.477/GM/MS, de 20 de agosto de 1998, deverão se adequar aos critérios estabelecidos nesta Portaria no prazo máximo de doze meses a contar da data de sua publica o.

Parágrafo  nico. A não adequa o dos estabelecimentos hospitalares de referência em Gesta o de Alto Risco habilitados na vigência da Portaria n  3.477/GM/MS, de 20 de agosto de 1998, no prazo estabelecido no caput deste artigo implicará na perda da habilita o.

Art. 38. O Ministério da Saúde publicará um modelo de Plano de A o para redu o de taxas de cirurgias cesarianas.

Art. 39. O modelo de formulário para solicita o de habilita o do estabelecimento hospitalar de referência em Aten o   Gesta o de Alto Risco Tipo 1 ou Tipo 2 será disponibilizado no sítio eletrônico do Ministério da Saúde: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1747.

Art. 40. Ficam revogados:

I - a Portaria n  3.477/GM/MS, de 20 de agosto de 1998, publicada no Diário Oficial da União n  160, Se o 1, de 21 de agosto de 1998, página 55; e

II - os itens D, E, F e H do Anexo II a esta Portaria n 2.351/GM/MS de 5 de outubro de 2011, que alterou a Portaria n  1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, publicada no Diário Oficial da União n  121, Se o 1, de 27 de junho de 2011, página 109.

Art. 41. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publica o.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

[ANEXOS](#)

Saúde Legis - Sistema de Legisla o da Saúde
