

ROTEIRO PARA ATUAÇÃO MINISTERIAL

Atenção Perinatal

Não deixe morrer
o meu direito de
nascer saudável!

2012

SUMÁRIO

1. Introdução	página 03
2. Índice de legislação	página 04
3. Antecedentes Históricos	página 05
3.1. Objetivos do Milênio	página 05
3.2. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal	página 05
3.3. Pactos pela Saúde	página 05
3.4. Pacto pela Redução das Desigualdades - Nordeste e Amazônia Legal	página 06
3.5. Planos Operativos Estaduais para a Redução da Mortalidade Infantil	página 06
3.6. Planos Operativos Municipais para Redução da Mortalidade Infantil	página 07
3.7. Rede Cegonha	página 07
4. Números da mortalidade materna e neonatal	página 08
5. Parâmetros da atenção	página 09
5.1. Atenção ao pré-natal e ao puerpério	página 09
5.2. Atenção ao parto	página 12
5.3. Atenção ao recém-nascido	página 13
6. Vigilância e investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais	página 16
7. Orientações para a atuação ministerial	página 17
8. Minutas de peças	página 19

1. INTRODUÇÃO

A redução da mortalidade infantil e a melhoria da saúde das gestantes constituem dois dos oito objetivos do milênio estabelecidos em 2000 pela ONU, a qual preconiza uma redução da mortalidade em 15% até 2015. Por outro lado, a redução da mortalidade infantil e materna está entre as prioridades e objetivos do Pacto pela Saúde de 2006 (precisamente do seu componente “Pacto pela Vida”), consistindo ainda objeto do Pacto pela Redução das Desigualdades, celebrado pelos governadores do Nordeste e Amazônia Legal em 2009.

Apesar de se observar, no âmbito nacional, uma progressiva redução das taxas de mortalidade materna e infantil nos últimos anos, os números que se apresentam ainda não são aceitáveis, considerando-se que aproximadamente 70% dos óbitos de recém-nascidos e 90% dos óbitos maternos ocorrem por **CAUSAS EVITÁVEIS, em sua maioria relacionadas à falta de atenção adequada à mulher durante a gestação, no parto e também ao feto e ao bebê.**

A legislação estruturante do SUS disciplina parâmetros para a atenção na gestação e períodos perinatal e neonatal que não vem sendo adequadamente observados, notadamente pelas direções municipais do sistema.

Faz-se necessário, assim, que o Ministério Público conheça a realidade dessa atenção em todos os Municípios e estructure uma atuação uniforme e articulada, visando ao cumprimento da legislação aplicável e à melhoria dessa rede de atendimento e, como consequência, à redução dos índices de morbimortalidade materna e neonatal.

O presente roteiro, embora limitado e sem qualquer pretensão de esgotar o tema e seus diversos aspectos, se presta a auxiliar e subsidiar a atuação ministerial, fornecendo informações, dados, diretrizes e instrumental úteis na busca pela efetivação de uma atenção perinatal de qualidade e humanizada.

2. ÍNDICE DE LEGISLAÇÃO – tutela jurídica do direito de parir e nascer com dignidade

- **CF/88**: arts. 196 a 200 e 227;
- **Lei 8.069/90**: arts. 7º a 10 e art. 229 (direito à vida e à saúde; assistência à gestante, parturiente, puérpera e nutriz; teste do pezinho, etc.);
- **Lei 8.080/90 e Decreto 7.508/11**: divisão de responsabilidades sanitárias entre os entes da Federação;
- **Lei 9.263/96**: planejamento familiar;
- **Portaria MS 1.399/99**: competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças;
- **Portaria MS 569/2000**: Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento;
- **Portaria MS 693/2000**: norma de orientação para implantação do Método Canguru;
- **Resolução CFM 1.601/2000**: responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito;
- **Portaria MS 822/2001**: Programa Nacional de Triagem Neonatal;
- **Portaria MS 653/2003**: notificação compulsória do óbito materno;
- **Lei 11.108/2005 e Portaria MS 2.418/2005**: garantia da gestante à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, o parto e o pós parto imediato;
- **Portaria 1.067/2005**: Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal;
- **Lei 11.634/2007**: direito da gestante ao conhecimento e vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde;
- **RDC ANVISA Nº 36/2008**: Regulamento Técnico dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal;
- **Portaria MS 1.119/2008**: vigilância do óbito materno;
- **Portaria MS 2.800/2008**: Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal;
- **Portaria SVS 116/2009**: coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde;
- **Lei Federal 12.303/2010**: teste da orelhinha (exame de emissões otoacústicas evocadas);
- **Portaria MS 72/2010**: vigilância do óbito infantil e fetal;
- **Portaria MS 1.459/2011**: institui a Rede Cegonha;
- **Portaria MS 68/2011**: institui benefício financeiro para apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto;
- **Portaria SAS 80/2011**: estabelece normas para o processo de credenciamento, renovação de credenciamento, monitoramento e descredenciamento do Hospital Amigo da Criança integrante do Sistema Único de Saúde – SUS;
- **Portaria SAS 101/2012**: inclui, na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS o teste rápido de gravidez.

3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DO ENFRENTAMENTO À MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL

3.1. Objetivos do Milênio:

Em 2000, a ONU – Organização das Nações Unidas, ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu 8 Objetivos do Milênio – ODM, que no Brasil são chamados de **8 Jeitos de Mudar o Mundo**. Entre esses objetivos estão a REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL e a MELHORIA DA SAÚDE DAS GESTANTES (www.objetivosdomilenio.org.br).

3.2. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal:

Lançado pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em 2004, o Pacto promove a melhoria da atenção obstétrica e neonatal através da mobilização e da participação de gestores das esferas Federal, Estadual e Municipal e da sociedade civil organizada — universidades, sociedades médicas e ONGs — em um amplo diálogo social, que objetiva, entre outros, a promoção e o monitoramento das ações realizadas pelo Ministério da Saúde para a redução da mortalidade materna e neonatal. A Organização das Nações Unidas (ONU) considera a iniciativa um modelo de mobilização social e diálogo para a promoção dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs). Atualmente, o Pacto tem a adesão das 27 Unidades Federadas. Foi aprovado na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde.

3.3. Pactos pela Saúde:

A Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, com a consolidação do SUS em seus três componentes: **Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão**. A Portaria nº 699/GM, de 30.03.2006, regulamenta a Portaria nº 399/2006.

Na perspectiva de superar as dificuldades, os gestores do SUS assumiram o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas.

A dimensão do Pacto pela Vida está constituída por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados, derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais e que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados. As prioridades regionais e estaduais devem estar agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local.

As prioridades e objetivos do Pacto pela vida são: A) a saúde do idoso; B) o controle do câncer de colo de útero e de mama; **C) a redução da mortalidade infantil e materna**; D) o fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; E) a promoção a saúde; e F) o fortalecimento da Atenção Básica, consolidando e qualificando a estratégia da saúde da família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

3.4. Pacto pela Redução das Desigualdades - Nordeste e Amazônia Legal:

Firmado em março/2009, o Pacto é um compromisso do governo federal para acelerar a redução das desigualdades no Nordeste e na Amazônia Legal (cujos óbitos maternos e infantis somam cerca de 50% do total nacional), visando garantir o cumprimento dos objetivos do milênio. Preconiza 04 metas: 1) erradicação do sub-registro de nascimento; 2) redução da mortalidade infantil (crianças menores de um ano de idade) em, no mínimo, 5% ao ano, especialmente o componente neonatal (até 27 dias de nascido), nos anos de 2009 e 2010; 3) redução do analfabetismo; 4) propiciar mais dinamismo econômico no meio rural.

As ações a serem desenvolvidas estão concentradas em 250 cidades. São 154 municípios prioritários em oito Estados do Nordeste: Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe; e em 96 municípios prioritários distribuídos em nove Estados da Amazônia Legal: Amapá, Acre, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Roraima, Rondônia e Tocantins.

O Pacto em referência, assinado pelos Governadores dos respectivos Estados, contempla as seguintes metas:

- a) Ampliação em 10% do número de equipes de Saúde da Família e qualificação dos profissionais para identificação e acompanhamento das gestantes e recém-nascidos de risco;
- b) Ampliação de leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e Unidade de Cuidados Intermediários (UCI);
- c) Ampliação da Rede de Bancos de Leite Humano;
- d) Qualificação para urgências e emergências obstétricas e neonatais nos estabelecimentos de saúde e no SAMU;
- e) Garantia de insumos com comprovada eficácia que podem contribuir para a redução da morte materna e neonatal: sulfato de magnésio, surfactante pulmonar e corticóide;
- f) Garantia de transporte seguro do recém-nascido para centros de referência;
- g) Adesão das maternidades à Iniciativa Hospital Amigo da Criança;
- h) Realização de cursos de especialização, aperfeiçoamento e atualização para profissionais das equipes de saúde da família, atenção ao parto e ao recém-nascido e equipes do SAMU;
- i) Qualificação dos profissionais de saúde para a adoção do Método Canguru nas maternidades;
- j) Melhoria da qualidade e cobertura dos sistemas de informação de mortalidade e nascidos vivos;
- l) Vigilância dos óbitos infantis e monitorar a ocorrência dos óbitos periodicamente.

3.5. Planos Operativos Estaduais para a Redução da Mortalidade Infantil:

Orientados e impulsionados pelo Ministério da Saúde, os Estados signatários do Pacto pela Redução das Desigualdades elaboraram e editaram os seus Planos Operativos, contemplando várias ações estratégicas a serem adotadas nos anos de 2009 e 2010, para a redução da mortalidade infantil, sendo essas ações distribuídas em diferentes eixos, que vão desde a qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém nascido, até a educação na saúde, a gestão do trabalho e da informação, a vigilância do óbito infantil, o fortalecimento do controle social, mobilização e comunicação, e a produção de conhecimento e pesquisas, dentre outros aspectos.

Pela sua importância e abrangência, tais planos deverão ter sido deliberados/aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite.

3.6. Planos Operativos Municipais para Redução da Mortalidade Infantil:

No Plano Operativo elaborado por cada Estado, foram identificados municípios prioritários, assim considerados em razão do seu impacto no fenômeno da mortalidade materna e neonatal, os quais, por essa razão, foram orientados e incentivados pelas Secretarias Estaduais de Saúde a elaborar e editar os Planos Operativos Municipais para a redução da mortalidade infantil, os quais deverão ser submetidos aos Conselhos Municipais de Saúde.

3.7. Rede Cegonha:

A **Rede Cegonha** é uma estratégia do Ministério da Saúde (MS), operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e assistência, onde se pretende de que mulheres, recém-nascidos e crianças tenham direito a: a) *Ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal*; b) *Transporte tanto para o pré-natal quanto para o parto*; c) *Vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto*; d) *Realização de parto e nascimento seguros, por meio de boas práticas de atenção*; e) *Acompanhante no parto, de livre escolha da gestante*; f) *Atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade*; g) *Acesso ao planejamento reprodutivo*.

Para facilitar e instrumentalizar, no âmbito dos entes federativos, a implementação da Rede e das ações necessárias ao alcance de seus objetivos, o Ministério da Saúde editou portarias, manuais e roteiros, além de haver disponibilizado significativos recursos aos Entes que satisfaçam os requisitos e apresentem os documentos, informações e projetos exigidos pela normativa vigente, disciplinadora dessa estratégia.

A Rede Cegonha foi instituída pela **Portaria MS/GM 1.459/2011**, a qual prevê, de forma detalhada, a operacionalização necessária para sua implementação e a forma de captação dos recursos, com os meios necessários ao seu recebimento. Organiza-se a partir de 04 (quatro) componentes: I – Pré-natal; II – Parto e Nascimento; III – Puerpério e Atenção Integral à saúde da criança; IV – Sistema Logístico: transporte sanitário e regulação. Para cada componente é estabelecida uma série de ações para as quais o Ministério disponibilizará recursos, desde que cumpridos os respectivos requisitos.

Segundo o art. 8º da Portaria 1.459/2011, a implementação da rede será dividida em fases bem distintas: I - Adesão e diagnóstico; II - Desenho Regional da Rede Cegonha; III - Contratualização dos Pontos de Atenção; IV - Qualificação dos componentes; e V – Certificação.

Dada a importância dos recursos da Rede Cegonha para a (re)organização da rede de atenção ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido, afigura-se de extrema relevância a atuação do Ministério Público, no sentido de fiscalizar e exigir que Estados e Municípios cumpram as responsabilidades que lhes cabem, na captação e aplicação daqueles nas finalidades a que se destinam.

4. NÚMEROS DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL

No BRASIL, a taxa de mortalidade no primeiro ano de vida é de 19,3 para cada 1.000 nascidos vivos (dados de 2007). A meta para 2015 (ONU – Objetivos do Milênio) é de 15,7 óbitos por 1000 NV. A razão de mortalidade materna nacional é de 75 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos (dados de 2007), sendo que a meta a ser alcançada até 2015 é que a RMM seja igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil NV, o que corresponde a uma redução de três quartos em relação ao valor estimado para 1990, valendo salientar que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, a razão de mortalidade materna considerada aceitável para os países em desenvolvimento é de 20 óbitos por cada 100 mil NV.

Aproximadamente 70% das mortes de recém-nascidos no Brasil ocorrem por **CAUSAS EVITÁVEIS, entre elas, falta de atenção adequada à mulher durante a gestação, no parto e também ao feto e ao bebê.** Além desses fatores, a mortalidade infantil também está associada à educação, ao padrão de renda familiar, ao acesso aos serviços de saúde, à oferta de água tratada e esgoto e ao grau de informação das mães.

Por força do Pacto pela Redução das Desigualdades, os Estados se comprometeram a reduzir em 5% em 2009 a taxa de mortalidade infantil e do componente neonatal (até 27 dias de nascido), bem como 5% em 2010. De acordo com os Objetivos do Milênio, estabelecidos pela ONU, o Brasil deve reduzir 15% até 2015.

Segundo dados do Ministério da Saúde, cerca de **80% dos óbitos maternos decorrem de CAUSAS EVITÁVEIS**, entre as quais se destacam: hipertensão, hemorragia, infecção puerperal e abortamento.

A legislação estruturante do SUS disciplina parâmetros para a atenção na gestação e períodos perinatal e neonatal que não vem sendo adequadamente observados, notadamente pelas direções municipais do sistema.

Faz-se necessário, assim, que o Ministério Público conheça a realidade dessa atenção em todos os Estados e Municípios e estructure uma atuação uniforme e articulada, visando ao cumprimento da legislação aplicável e à melhoria dessa rede de atendimento e, como consequência, à redução dos índices de morbimortalidade materna e neonatal.

5. PARÂMETROS DA ATENÇÃO PERINATAL: O QUE O MINISTÉRIO PÚBLICO PODE EXIGIR NO ÂMBITO DOS MUNICÍPIOS:

5.1 ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL E AO PUERPÉRIO:

Estados e municípios, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, devem garantir atenção pré-natal e puerperal realizada de conformidade com os parâmetros estabelecidos a seguir:

*** Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação:**

Ressalta-se, quanto a este ponto, a especial importância de que se reveste a atuação dos agentes comunitários de saúde e demais integrantes da Estratégia de Saúde da Família, no sentido de identificar e captar precocemente as gestantes para acompanhamento pré-natal, no primeiro trimestre da gravidez, visando a intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas, sejam terapêuticas. Deve-se garantir às mulheres a realização do teste de gravidez na unidade de saúde sempre que necessário. O início precoce da atenção pré-natal e sua continuidade requer cuidado permanente com o vínculo entre os profissionais e a gestante, assim como com a qualidade técnica da atenção;

*** Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação:**

Normalmente, a primeira consulta é feita por enfermeiro(a). A partir daí, as consultas costumam ser intercaladas: uma com médico, outra com enfermeiro e assim sucessivamente. O enfermeiro pode realizar exames e prescrever medicamentos, desde que previstos nos protocolos SUS. De acordo com a Lei de Exercício Profissional de Enfermagem – Decreto n.º 94.406/87 –, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo(a) enfermeiro(a). A partir da 38ª semana, a gestante tem que ter acompanhamento semanal e, a partir da 40ª semana, já tem que ser acompanhada no hospital onde vai parir. Se, ao longo das consultas, for detectado fator de risco, a gestante deve ser encaminhada para o pré-natal de alto risco (referência), sem prejuízo do acompanhamento concomitante pela equipe de saúde comum (contra-referência).

*** Desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal:**

- **Escuta da mulher** e de seus(suas) acompanhantes, esclarecendo dúvidas (alimentação, higiene, atividade sexual, atividade física, etc) e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas;
- **Atividades educativas** a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias;
- **Estímulo ao parto normal** e resgate do parto como ato fisiológico;
- **Anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante;**

- Exames laboratoriais obrigatórios:

- **ABO-Rh**, na primeira consulta – dependendo do resultado (mãe negativa + bebê positivo), será necessário administrar a imunoglobulina (ROGAN), para evitar problemas para outros bebês dessa mulher (gestações futuras);
- **Dosagem de Hemoglobina (Hb) e Hematócrito (HT)**, na primeira consulta;
- **Glicemia de jejum**, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação – se der igual ou maior que 85 e/ou tiver histórico de diabetes na família, deve fazer o Teste de Tolerância à Glicose (TTG), para rastreamento da diabetes gestacional;
- **VDRL**, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação – exame importantíssimo, pois evita a sífilis congênita;
- **Urina tipo 1**, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação;
- **Testagem anti-HIV**, com um exame na primeira consulta – de extrema importância, pois evita a transmissão vertical (na hora do parto) em 98%; além disso, o Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e o “Projeto Nascer”, do Ministério da Saúde (2002), recomendam que seja feita a testagem rápida de HIV também no momento do parto;
- **Sorologia para hepatite B (HBsAg)**, com um exame, de preferência, próximo à 30ª semana de gestação;
- **Sorologia para toxoplasmose (IgM)**, na primeira consulta (se disponível).

- **Exames de imagem:** os protocolos do SUS não preveem a **ultrassonografia** como exame obrigatório, a não ser em caso de gestação de risco. Mas é salutar que seja feita pelo menos uma no 2º trimestre. Na prática, os municípios tem disponibilizado esse exames em suas redes. Nada obstante, os médicos esclarecem que existe uma banalização do ultrassom, que não substitui os exames laboratoriais, os quais dão o diagnóstico de doenças importantes, que não são detectadas por meio dos exames de imagem (ex: hipertensão, diabetes, sífilis, HIV, etc).

- **Imunização antitetânica:** aplicação de vacina dupla tipo adulto até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;

- **Avaliação do estado nutricional** da gestante e monitoramento por meio do SISVAN (Sistema de Vigilância em Alimentação e Nutrição);

- **Prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais;**

- **Prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama;**

- **Tratamento das intercorrências da gestação;**

- **Classificação de risco gestacional**, a ser realizada na primeira consulta e nas subseqüentes; diagnosticar precocemente a gestante de risco e proporcionar o encaminhamento adequado por meio do sistema de referência e contra-referência é o que se espera do nível básico de assistência, com base na própria integralidade proposta pelo SUS no Brasil;

- **Atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado** (onde a mesma deve ser acompanhada por equipe multiprofissional, formada por médicos de várias especialidades, por ex., endocrinologistas, cardiologistas, etc) – o município que não faz pré-natal de alto risco tem que pactuar (por meio da PPI) com outro que faz, mas é preciso atentar para a “contra-referência”, ou seja, o acompanhamento de alto risco é feito na unidade especializada, mas a unidade básica de saúde permanece incumbida das ações e exames básicos, que estão inseridos no pré-natal comum;

- **Registro em prontuário e cartão da gestante**, inclusive registro de intercorrências/urgências que requeiram avaliação hospitalar em situações que não necessitem de internação.

*** Atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana após o parto (VISITA DOMICILIAR), com realização das ações da “Primeira Semana de Saúde Integral” e realização da consulta puerperal (entre 30 e 42 dias após o parto) na unidade de saúde** – É preciso que os agentes comunitários de saúde façam busca ativa para trazer à unidade de saúde as mulheres que não se apresentaram para a consulta puerperal.

*** Requisitos para o desenvolvimento das ações da atenção pré-natal:**

- **Disponibilidade de recursos humanos** que possam acompanhar a gestante segundo os princípios e diretrizes da política nacional de atenção integral à saúde da mulher adulta e adolescente, no seu contexto familiar e social;

- **Área física adequada** para atendimento à gestante e familiares, na unidade de saúde, com boas condições de higiene e ventilação, sendo fundamental garantir a privacidade nas consultas e exames clínicos ou ginecológicos;

- **Equipamentos e instrumentais mínimos:**

- mesa e cadeiras (para entrevista);
- mesa de exame ginecológico;
- escada de dois degraus;
- foco de luz;
- balança para adultos (peso/altura);
- esfigmomanômetro (aparelho de pressão);
- estetoscópio clínico;
- estetoscópio de Pinard ou Sonar (para fazer a ausculta do bebê);
- fita métrica flexível e inelástica;
- espéculos;
- pinças de Cheron;
- material para coleta de exame colpocitológico;
- gestograma ou disco obstétrico (para calcular a idade gestacional);
- disco para IMC (Índice de Massa Corporal).

- **Apoio laboratorial para a unidade básica de saúde**, garantindo a realização dos exames de rotina, acima elencados;

- **Instrumentos de registro, processamento e análise dos dados disponíveis:**

- cartão da gestante;
- ficha perinatal (prontuário);
- ficha de cadastramento de gestante (inclusão no sis prenatal);
- mapa de registro diário;

* **Medicamentos essenciais (não podem faltar nas unidades de saúde que fazem atenção pré-natal):** antiácidos (contra azia), antieméticos (contra vômitos e náuseas), sulfato ferroso (para anemia), ácido fólico (evita má formação do bebê), dimeticona (= Luftal, para gases), supositório de glicerina (para prisão de ventre), hioscina (= Buscopam simples, para cólicas), analgésicos (não pode ser dipirona), antibióticos, anti-hipertensivos, anticonvulsivantes, cremes vaginais.

5.2 ATENÇÃO AO PARTO

* **Garantia do direito da gestante a presença de acompanhante** durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (período compreendido nos 10 dias posteriores ao parto) – Lei nº 11.108/2005, Portaria MS 2.418/2005 e item 9.1 da RDC 36 da ANVISA. É flagrantemente descumprida no país, não só em razão da falta de espaço físico nas maternidades, como também e sobretudo pela resistência dos próprios profissionais de saúde. De acordo com estudos científicos nacionais e internacionais, as gestantes ficam mais seguras durante o parto, quando acompanhadas por alguém de sua confiança. As pesquisas mostram que essa presença pode significar uma redução nas medicações para alívio da dor, na duração do trabalho de parto, no número de cesáreas e nos casos de depressão pós-parto.

* **Garantia do direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade** onde receberá assistência no âmbito do SUS – Lei nº 11.634/2007. Essa garantia deve ser assegurada mediante pactuação entre os Municípios através da PPI e através de regulação obstétrica. Mulheres e recém-nascidos não podem ser recusados nos serviços e tampouco “peregrinar” em busca de assistência. Caso a unidade não seja adequada para o tipo de atendimento necessário, a gestante deverá ser assistida até que seja garantido o transporte seguro e a transferência para outra unidade de maior complexidade, capaz de atender suas necessidades.

* **UTI's neonatais:** o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) preconiza que deve haver 01 leito de UTI Neo para cada 1.000 nascidos vivos. Para cada leito de UTI Neo, deve haver 03 leitos de UCI (unidade de cuidados intermediários). É preciso observar, contudo, que nenhum aumento da cobertura de UTI neonatal será suficiente se os níveis de complexidade anteriores (atenção básica e média complexidade) não funcionarem a contento.

* **Medicamentos essenciais relacionados ao parto:** A) **SULFATO DE MAGNÉSIO** - usado para diminuir o risco de crises convulsivas no caso de eclampsia e na crise hipertensiva no pré-natal. A medicação é feita por via injetável e com controle da equipe de saúde; B) **CORTICÓIDE** - é indicado no trabalho de parto prematuro para prevenção da imaturidade pulmonar (é usado para evitar a síndrome da membrana hialina); C) **SURFACTANTE PULMONAR** - é um líquido que reduz a tensão superficial dentro do alvéolo pulmonar e é indicado para o recém-nascido com imaturidade pulmonar e com deficiência do surfactante (usado quando o bebê nasce prematuro, para prevenir a síndrome da membrana hialina); D) **HIDRALAZINA** – hipotensor, usado na crise hipertensiva durante o trabalho de parto; E) **METILDOPA** – hipotensor, para manutenção

após o uso da hidralazina; F) **NIFEDIPINA**; G) **VITAMINA K** – previne doença hemorrágica no recém nascido.

* **Exames obrigatórios na hora do parto:** a) **HIV e VDRL** (testagens rápidas devem ser feitas na hora, mesmo que tenham sido feitos no pré-natal); b) se no pré-natal tiver se constatado **RH negativo** da mãe, o exame de classificação deve ser repetido na maternidade para confirmação; caso confirmado, fazer o exame no bebê para checar se é positivo e, caso o bebê seja positivo, deverá ser aplicada a imunoglobulina anti RH na mãe até 72h depois do parto.

* **Equipe multiprofissional para o parto:** doulas (voluntárias que dão apoio/suporte físico e psicológico à gestante, etc), obstetra, enfermeiro(a) obstétrico(a), pediatra ou profissional capacitado em reanimação neonatal.

* **RDC 36 da ANVISA: Regulamento Técnico dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal** – discrimina de forma minuciosa todos os requisitos desses serviços (estrutura física, recursos humanos, equipamentos, materiais, medicamentos, etc). Faz-se necessário que os Promotores de Justiça requisitem ao órgão da Vigilância Sanitária a realização de inspeção em todos os serviços de atenção obstétrica e neonatal de sua Comarca, para fins de verificação da conformidade dos serviços com esse regulamento.

5.3. ATENÇÃO AO RECÉM-NASCIDO

* **Presença obrigatória de pediatra ou de outro profissional capacitado em reanimação neonatal na sala de parto**

* **Teste do pezinho (triagem neonatal):** exame de realização obrigatória, nos termos do art. 10 c/c o art. 229, da Lei nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), é fundamental para o diagnóstico precoce de várias doenças, tais como a fenilcetonúria, o hipotireoidismo, a anemia falciforme e a fibrose cística, que podem ser tratadas, minimizando sua repercussão sobre a saúde da criança. Deve ser realizado a partir do 5º dia de vida. As equipes de saúde devem estar atentas às crianças que não comparecerem à Unidade de Saúde na 1ª semana de vida. Neste caso, os Agentes Comunitários de Saúde deverão fazer visita domiciliar e encaminhar a criança e a mãe à Unidade de Saúde.

* **Teste do olhinho (teste do reflexo vermelho):** – garantido em algumas leis estaduais, deve ser feito após 30 dias do nascimento. É rápido, indolor, simples e de baixo custo. Entre as principais doenças passíveis de diagnóstico pelo teste do reflexo vermelho estão a catarata congênita (que atinge uma média de 0,4% dos recém-nascidos); glaucoma congênito (incidência de um em cada 10 mil bebês); retinoblastoma (60% dos casos desse tumor maligno são detectados tardiamente e pode levar à morte); retinopatia na prematuridade e outras.

* **Teste da orelhinha (triagem auditiva neonatal ou emissões otoacústicas evocadas):** garantido pela Lei Federal nº 12.303/2010. Deve ser feito a partir de 48 horas, ainda na maternidade. Permite o diagnóstico precoce da surdez, facilitando o tratamento adequado e possibilitando uma melhor inserção da criança na família e na comunidade

* **Alojamento conjunto mãe/bebê:** A RDC 36 da ANVISA prevê no seu item 9.4 que todo serviço de atenção obstétrica e neonatal deve garantir a adoção de alojamento conjunto (mãe + bebê) desde o nascimento.

* **Método Canguru:** técnica que valoriza o contato pele a pele entre a mãe e o bebê, é indicada em caso de parto prematuro e criança com baixo peso. O contato começa com o toque, evoluindo até a posição canguru, na qual o recém-nascido fica na posição vertical junto ao tórax dos pais ou de outros familiares. O contato inicia-se de forma precoce e crescente, por livre escolha da família, pelo tempo que os envolvidos entenderem ser prazeroso e suficiente. O método deve ser realizado de maneira orientada, segura e acompanhada por uma equipe adequadamente treinada. Entre as principais vantagens do Método Canguru destacam-se o aumento do vínculo mãe-filho; o estímulo ao aleitamento materno; a maior confiança dos pais no manuseio de seu filho de baixo peso, mesmo após a alta hospitalar; e a menor permanência no hospital. A RDC 36 da ANVISA prevê, em seu Item 9.8, que *“Na assistência ao puerpério, o serviço deve: (...) 9.8.4 - adotar o Método Canguru, quando indicado”*.

* **Aleitamento materno:** deve ser iniciado ainda na primeira hora de vida e mantido exclusivo até o sexto mês. Depois disso, o bebê deve continuar tomando leite materno, junto a outros alimentos, até os dois anos ou mais de idade. Deve ser estimulado pelas equipes de atenção básica, durante o acompanhamento pré-natal, na sala de parto e após a alta da maternidade.

Segundo relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (Florença, novembro de 2005), seis milhões de bebês são salvos a cada ano por causa do aumento das taxas de amamentação exclusiva. Há evidências de que o aleitamento materno é a estratégia isolada de maior impacto na mortalidade na infância, com capacidade de reduzir em 13% as mortes de crianças menores de cinco anos por causas preveníveis em todo o mundo. O aleitamento materno tem influência direta ou indiretamente no controle de doenças como hipertensão, diabetes e obesidade (saúde do idoso); controle do câncer de mama (estima-se que haja uma redução de 4,3% no risco de contrair câncer de mama por cada ano de lactação); redução da mortalidade infantil e promoção da saúde física e mental.

* **Banco de leite:** A RDC 36 da ANVISA prevê em seu item 8.2 que o serviço de atenção obstétrica e neonatal deve garantir acesso a Banco de Leite Humano, com disponibilidade de leite humano ordenhado pasteurizado - LHOP, conforme a RDC/Anvisa n. 171, de 04 de setembro de 2006.

* **Vacinas:** a) antes de sair da maternidade, o bebê deve tomar a **BCG, para neurotuberculose**, e a **Anti Hepatite B (1ª dose)**; b) com 1 mês de idade, toma a **2ª dose da Anti Hepatite**; c) aos 6 meses, a **3ª dose da Anti Hepatite**; d) os **demais esquemas de vacinação** são iniciados aos 2 meses de vida na unidade de saúde (poliomielite, tétano, coqueluche, difteria, tetravalente e tríplice viral).

* **Neonato e HIV:** O recém-nascido de mãe soropositiva deve receber quimioprofilaxia imediatamente após o nascimento e durante as seis primeiras semanas de vida (42 dias). O aleitamento materno é contra-indicado e o SUS deve garantir o suprimento da fórmula láctea infantil por seis meses. A mãe deverá receber inibidores de lactação (Portaria GM/ MS n.º 2.104, de 19 de novembro de 2002). Deve ser assegurado o acompanhamento da criança em serviço de saúde especializado para crianças expostas ao HIV. O bebê deve ter alta da maternidade com consulta agendada nesse serviço, onde será seguido o fluxograma para utilização de testes de acordo com orientação do Ministério da Saúde. É direito de toda criança soropositiva ter acesso ao tratamento com anti-retrovirais. O uso desses medicamentos tem prolongado significativamente a sobrevida e diminuído o desenvolvimento clássico da AIDS. Todo ato de discriminação deve ser veementemente repellido e denunciado.

* **Cartão da Criança e a Declaração de Nascido Vivo:** o bebê deve sair da maternidade com esses dois

documentos. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança (0 a 6 anos), que envolve o registro, no Cartão da Criança, de avaliação do peso, altura, desenvolvimento, vacinação e intercorrências, o estado nutricional, bem como orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, vacinação e estimulação) em todo atendimento. Toda a equipe de saúde deve estar preparada para esse acompanhamento, identificando crianças de risco, fazendo busca ativa de crianças faltosas ao calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, detectando e abordando adequadamente as alterações na curva de peso e no desenvolvimento neuro-psicomotor da criança.

6. VIGILÂNCIA E INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS MATERNOS, INFANTIS E FETAIS

No Brasil, dois fatores dificultam o real monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna: a subinformação e o sub-registro das declarações das causas de óbito. A subinformação resulta do preenchimento incorreto das declarações de óbito, quando se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério. Isso ocorre pelo desconhecimento dos médicos quanto ao correto preenchimento da declaração de óbito e quanto à relevância desse documento como fonte de dados de saúde. Já o sub-registro é a omissão do registro do óbito em cartório, freqüente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, seja pela dificuldade de acesso aos cartórios, pela existência de cemitérios irregulares/clandestinos ou à falta de informação da população quanto à importância da declaração de óbito como instrumento de cidadania.

Os **óbitos maternos** e os **óbitos de mulheres em idade fértil**, independentemente da causa declarada, são considerados **eventos de investigação obrigatória**, com o objetivo de levantar fatores determinantes, suas possíveis causas, assim como de subsidiar a adoção de medidas que possam evitar a sua reincidência.

Para fins de investigação, é considerado **óbito materno a morte de mulher, ocorrida durante a gestação ou até um ano após o seu término**, devida a quaisquer causas relacionadas com o seu desenvolvimento ou agravada no seu curso, inclusive por medidas adotadas durante a gravidez, independentemente de sua duração ou da localização, excluídas as acidentais ou incidentais. **Para cômputo da razão de mortalidade materna, serão excluídos os casos de óbitos ocorridos após quarenta e dois dias do término da gestação, mas todos devem ser investigados**, inclusive para se certificar das datas do término da gestação e do óbito.

Para fins de investigação, são considerados **óbitos de mulheres em idade fértil (MIF)** aqueles ocorridos em mulheres de 10 a 49 anos de idade.

A Portaria nº 72/2010 estabelece a obrigatoriedade da vigilância do óbito infantil (do nascimento até 364 dias de vida) **e fetal** (produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, com peso ao nascer igual ou superior a 500 gramas).

A responsabilidade pela investigação desses óbitos é da vigilância epidemiológica municipal, de acordo com o art. 3º, XIII e XIV, da Portaria GM 1.399/1999. É fundamental para o levantamento dos possíveis problemas que envolveram a morte de uma mulher e de uma criança por causa evitável na sua área de responsabilidade – **evento-sentinela** – o que possibilita a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde e redução da mortalidade materna, infantil e fetal.

A investigação dos óbitos maternos proporciona informações sobre os problemas que contribuíram para essas ocorrências e serve de guia para o desenvolvimento de intervenções voltadas para prevenção desse tipo de morte no futuro. Ela deve ser iniciada pelos profissionais que digitam os dados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e/ou realizada pelos setores de vigilância epidemiológica ou pelos comitês de mortalidade, dependendo da demanda local.

7. ORIENTAÇÕES PARA A ATUAÇÃO MINISTERIAL

Sugere-se a instauração de Inquérito Civil Público, conforme minuta de portaria constante do item 8, a seguir, tendo por objetivo apurar a realidade da atenção ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao recém nascido, e também da estruturação da vigilância e investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais, no âmbito de cada Município, bem como colher elementos para a promoção das medidas judiciais e extrajudiciais cabíveis e necessárias, visando ao cumprimento da legislação pertinente e das metas e ações estabelecidas nos Planos Operativos Estadual e Municipal para a Redução da Mortalidade Infantil.

Pretende-se, com a investigação, conhecer a realidade local, a rede e a qualidade da atenção prestada no município e o fluxo assistencial por ele adotado, visando, com isso, assegurar/implementar, no mínimo:

- a) Pré-natal com o número mínimo de 06 consultas (a primeira delas nos primeiros cento e vinte dias de gestação), acesso aos exames obrigatórios e aos medicamentos essenciais do pré-natal, conforme preconizado nos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;
- b) Respeito à garantia da presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- c) Respeito à garantia de prévio conhecimento e vinculação da gestante à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS;
- d) Garantia de referência, contra-referência e transporte seguro da gestante e/ou do bebê para outros serviços, quando necessário;
- e) Garantia de equipe multiprofissional para o parto, da presença de pediatra ou outro profissional capacitado em reanimação neonatal na sala de parto e dos medicamentos essenciais para o parto;
- f) Garantia de alojamento conjunto para a mãe e o bebê, de acesso a banco de leite humano e realização de ações de incentivo ao aleitamento materno ;
- g) Garantia de acesso do bebê aos exames conhecidos como “teste do pezinho”, “teste da orelhinha” e “teste do olhinho”, bem como aos esquemas de vacinação preconizados pelo Ministério da Saúde, à quimioprofilaxia para o bebê filho de mãe soropositiva e aos medicamentos anti-retrovirais para as crianças soropositivas;
- h) Garantia de realização das ações da Primeira Semana de Saúde Integral e da consulta puerperal;
- i) Estruturação de serviço ou equipe encarregado(a) da vigilância e investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais, no âmbito do município;
- j) Criação e regular funcionamento dos Comitês Municipais de Mortalidade Materna e Infantil;

Para tanto, propõe-se que o membro do Ministério Público:

I) requisite informações e documentos à gestão municipal do SUS, consoante elenco constante da minuta de portaria de instauração, constante do item 8, a seguir;

II) realize pessoalmente inspeções nos estabelecimentos de saúde do município que fazem atendimento ambulatorial de pré-natal, conforme minuta de *check list* constante do item 8;

III) requisite ao órgão competente da vigilância sanitária, ou à Central de Perícias porventura existente no âmbito do próprio MP, a realização de inspeções/perícias nos serviços de atenção obstétrica e neonatal existentes no município, visando aferir a adequação destes ao disposto na RDC 36/2008 da ANVISA;

IV) monitore o cumprimento das metas e ações do Plano Operativo Municipal para Redução da

Mortalidade Infantil (onde houver) e, para tanto, provoque também a atuação do controle social (Conselho Municipal de Saúde, ONG's, etc);

V) fiscalize se o município adotou ou está adotando as providências necessárias para a adesão à Rede Cegonha e captação dos respectivos recursos federais;

VI) expeça recomendação aos gestores municipais do SUS, nos termos da minuta constante do item 8;

VI) face aos elementos colhidos durante a investigação, e considerando os itens da recomendação supra que não tenham sido cumpridos, busque, pela via extrajudicial (TAC) ou judicial (ACP) a implementação das medidas necessárias à adequação da atenção ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido prestada pelo município ao disposto na legislação vigente e nos protocolos do Ministério da Saúde, bem como à efetivação e qualificação da investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais, consoante orientações contidas nos itens 5 e 6, supra.

8. MINUTAS DE PEÇAS

8.1. PORTARIA DE INSTAURAÇÃO DE INQUÉRITO CIVIL

PORTARIA Nº ____/201_

O **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO xxx**, por seu representante em exercício na Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da Comarca de _____, com fundamento no artigo 129, inciso III, da Constituição Federal, no artigo 6º, inciso VII, da Lei Complementar Federal nº 75/1993, no artigo 26, inciso I, da Lei nº 8.625/93, e nos artigos xxx da Lei Orgânica do Ministério Público do Estado xxx;

Considerando que incumbe ao Ministério Público a defesa da ordem jurídica e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, na forma do artigo 127, *caput*, e do artigo 129, inciso III, da Constituição Federal;

Considerando que, nos termos do artigo 196 da Constituição Federal, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;

Considerando que, dentre os oito “objetivos do milênio” estabelecidos no ano 2000 pela Organização das Nações Unidas (ONU), estão a REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL em pelo menos 15% até 2015 e a MELHORIA DA SAUDE DAS GESTANTES;

Considerando o objeto do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 2004, e aprovado na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde, visando à promoção da melhoria da atenção obstétrica e neonatal através da mobilização e da participação de gestores das esferas Federal, Estadual e Municipal e da sociedade civil organizada;

Considerando que o Pacto pela Saúde, aprovado pela Portaria MS-GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, tem entre as prioridades e objetivos, estabelecidos na Portaria 2.669/2009, previstos em seu componente “Pacto pela Vida”, a redução da mortalidade infantil e materna;

Considerando que, em março de 2009, os Governadores dos Estados do Nordeste e da Amazônia Legal, visando garantir o cumprimento dos objetivos do milênio estabelecidos pela ONU, firmaram um compromisso para acelerar a redução das desigualdades nessas duas regiões, tendo pactuado, para tanto, quatro metas, dentre as quais estão a redução da mortalidade infantil (crianças menores de um ano de idade) em, no mínimo, 5% ao ano, especialmente o componente neonatal (até 27 dias de nascido), nos anos de 2009 e 2010;

Considerando que aproximadamente 70% das mortes de recém-nascidos e 80% das mortes maternas ocorrem por CAUSAS EVITÁVEIS, em sua maioria relacionadas à falta de atenção adequada à mulher durante a gestação, no parto e também ao feto e ao bebê;

Considerando que o Ministério da Saúde, lançou em junho de 2011, a **Rede Cegonha**, através da Portaria MS-GM 1.459, de 24.06.2011, que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada, à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, estabelecendo, em seu artigo 3º os seguintes objetivos: I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.;

Considerando que os óbitos maternos, os óbitos de mulheres em idade fértil, e os óbitos infantis e fetais são considerados eventos de investigação obrigatória, nos termos da Portaria MS 1.119/2008 e da Portaria MS 72/2010, com o objetivo de levantar fatores determinantes, suas possíveis causas, assim como subsidiar a adoção de medidas que possam evitar a sua reincidência, cabendo aos municípios proceder à busca ativa, à notificação e à investigação desses óbitos, na forma da Portaria MS nº 1.172/2004 e da Portaria MS nº 1.119/2008, e ainda realizar a vigilância permanente dos nascimentos e óbitos, gerindo e alimentando o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), observados os fluxos estabelecidos na Portaria SVS/MS 116/2009, o que não vem sendo feito de forma satisfatória em grande parte do Estado;

Considerando que a descentralização é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (artigo 198, *caput*, inciso I, da Constituição Federal), competindo à direção municipal do SUS o planejamento, a organização, o controle, a avaliação, a gestão e a execução dos serviços públicos de saúde, nos termos do artigo 18, inciso I, da Lei nº 8.080/90;

Considerando que a legislação estruturante do SUS disciplina parâmetros para a atenção ao pré-natal, parto e período puerperal e para a atenção ao recém-nascido, que não vem sendo adequadamente observados, notadamente pelas direções municipais do sistema;

Considerando a necessidade de o Ministério Público conhecer a realidade dessa atenção nos

municípios do Estado xxxxxxxx, e buscar, através dos instrumentos jurídico-legais disponíveis, promover a adequação dessa realidade aos parâmetros estabelecidos na legislação pertinente e o cumprimento do disposto nos planos operativos editados pelos Entes federativos (Estado e Municípios);

RESOLVE instaurar o presente INQUÉRITO CIVIL PÚBLICO, de registro cronológico nº ____/201_, com o objetivo de apurar a realidade da atenção pré-natal, obstétrica, puerperal e neonatal no âmbito do Município _____ e colher elementos para a promoção das medidas judiciais e extrajudiciais cabíveis e necessárias, visando ao cumprimento da legislação pertinente e das metas e ações estabelecidas no Plano Operativo Estadual para a Redução da Mortalidade Infantil e na estratégia denominada “Rede Cegonha”, determinando, para tanto, as seguintes diligências iniciais:

a) a atuação e registro desta Portaria no livro de registro de inquérito civil desta Promotoria de Justiça;

b) expedição de Ofício ao Exmo(a). Sr(a). Secretário Municipal de Saúde de _____, requisitando que, no prazo de 15 (quinze) dias, informe a esta Promotoria de Justiça:

b.1) quais as unidades de saúde que realizam atenção pré-natal e puerperal no município, indicando os endereços dessas unidades, nomes dos profissionais de saúde que nelas se encontram lotados, cargos por eles exercidos, natureza do vínculo funcional e forma de admissão dos mesmos, apresentando ainda a escala (dias e horários) de trabalho desses profissionais;

b.2) se o município realiza atenção ao pré-natal de alto risco e, em caso negativo, para onde este serviço está referenciado e de que forma é garantido o vínculo e o acesso da gestante à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado;

b.3) qual o suporte/estrutura de que dispõe o Município para a realização dos exames laboratoriais obrigatórios no pré-natal (ABO-Rh; dosagem de hemoglobina e hematócrito; glicemia de jejum; VDRL; urina tipo 1; urocultura; testagem anti-HIV; sorologia para hepatite B; sorologia para toxoplasmose) e para a realização dos exames de imagem (ultrassonografia), da triagem neonatal (teste do pezinho), do teste do reflexo vermelho (teste do olhinho) e do exame de emissões otoacústicas evocadas (teste da orelhinha);

b.4) se o município dispõe de serviços de atenção obstétrica e neonatal, se dispõe de leitos de UTI e UCI neonatal (indicando quantitativos e se estão efetivamente funcionando), esclarecendo se realiza parto normal, cirúrgico, de baixo e/ou alto risco, ou, se for o caso, para quais municípios esses partos estão referenciados, e de que forma é garantido à gestante o transporte seguro à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado;

b.5) de que forma é garantido o direito da gestante ao conhecimento e vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS e à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nos termos das Leis nºs 11.108/2005 e 11.634/2007;

b.6) caso disponha de serviços de atenção obstétrica e neonatal, informar os nomes dos profissionais de saúde que se encontram lotados nos estabelecimentos de saúde em que tal serviço é prestado (obstetras, neonatologistas, anesthesiologistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, etc), cargos por eles exercidos, natureza do vínculo funcional e forma de admissão dos mesmos, apresentando ainda a escala (dias e horários) de trabalho desses profissionais;

b.7) quem são os profissionais responsáveis, no âmbito do município, pelo cadastramento e alimentação dos sistemas **SISPRENATAL, SIM e SINASC e SISPART**, bem como pela vigilância e investigação dos óbitos maternos, dos óbitos de mulheres em idade fértil e dos óbitos infantil e fetal;

b.8) se o município possui Comitês de Mortalidade Materna e Infantil instituídos e se estão em efetivo funcionamento, devendo, em caso positivo, encaminhar cópias dos atos que os instituíram e que designaram seus membros e informar as datas, horários e locais das reuniões ordinárias;

b.9) se o município já captou recursos federais provenientes da estratégia denominada “Rede Cegonha” e/ou que providências vem sendo adotadas neste sentido;

b.10) outras requisições necessárias, em função da realidade local;

c) expedição de Recomendação ao Prefeito Municipal de ao Secretário Municipal de Saúde de _____;

d) expedição de ofício ao Conselho Municipal de Saúde de _____, encaminhando cópia do Plano Operativo Estadual **(e Municipal, onde houver)** para a Redução da Mortalidade Infantil, para conhecimento e acompanhamento, SOLICITANDO ainda que promova a necessária fiscalização e acompanhamento da qualidade dos serviços de atenção ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido, no âmbito do município de xxx, bem como que fiscalize a captação e aplicação dos recursos federais provenientes da Rede Cegonha, noticiando ao Ministério Público as irregularidades e fragilidades porventura encontradas;

e) solicitação à Central de Perícias do Ministério Público **(ou requisição ao órgão da vigilância sanitária)**, para que, no prazo de 30 (trinta) dias, realize inspeção nos serviços de atenção obstétrica e neonatal existentes no município de _____ **(este item só se aplica aos municípios onde existam maternidades ou estabelecimentos de saúde onde sejam realizados partos)**, com a finalidade de verificar a sua adequação aos parâmetros estabelecidos na RDC 36/2008 da ANVISA (Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de

Atenção Obstétrica e Neonatal) e nas demais normas sanitárias aplicáveis, devendo encaminhar a esta Promotoria de Justiça relatório pormenorizado contendo a descrição das irregularidades porventura constatadas e das medidas adotadas no exercício do poder de polícia sanitário;

f) a comunicação da instauração deste Inquérito Civil ao Centro de Apoio Operacional xxxxxxxxxxxx;

g) a publicação da presente portaria no Diário Oficial do Estado e no quadro de avisos deste Órgão

Ministerial.

Cumpra-se.

_____/RN, ___ de _____ de 201_.

Promotor(a) de Justiça

8.2. MINUTA DE RECOMENDAÇÃO

RECOMENDAÇÃO Nº ____/201__

O MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO XX, por seu representante em exercício na Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da Comarca de _____, com fundamento no artigo 129, inciso II, da Constituição Federal, no artigo 6º, inciso XX, da Lei Complementar Federal nº 75/1993, no artigo 27, parágrafo único, inciso IV, da Lei nº 8.625/93, e nos artigos xxx da Lei Orgânica do Ministério Público do Estado xxx;

Considerando que incumbe ao Ministério Público a defesa da ordem jurídica e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, na forma dos artigos 127 e 129, da Constituição Federal;

Considerando que, nos termos do artigo 196 da Constituição Federal, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;

Considerando que o Ministério da Saúde, lançou em junho de 2011, a **Rede Cegonha**, através da Portaria MS-GM n.1.459, de 24.06.2011, que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada, à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, estabelecendo, em seu artigo 3º os seguintes objetivos: *I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal;*

Considerando que a garantia das parturientes à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, está insculpida na Lei n.11.108/2005, diploma este regulamentado pela Portaria MS n.2.418/2005, a qual, além de autorizar ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, mediante Autorização de Internação Hospitalar - AIH, ainda determinou que os hospitais públicos e conveniados com o SUS tinham prazo de 6 (seis) meses, a partir da sua edição, para tomar as providências necessárias ao atendimento das previsões nela contidas;

Considerando que a Lei n.11.634/2007 preconiza em seu artigo 1º que *“Toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde - SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à: I - maternidade na qual será realizado seu parto; II - maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal”*, estabelecendo ainda que essa vinculação é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde e dar-se-á no ato da inscrição da gestante no programa de assistência pré-natal (§ 1º);

Considerando que a atenção ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido deve obedecer as diretrizes estabelecidas na Portaria MS-GM 1.459/2011 (Rede Cegonha), e nos demais diplomas legais e infralegais aplicáveis, cabendo aos Estados e aos Municípios dispor de uma rede de serviços organizada para realizar essa atenção, com mecanismos estabelecidos de referência e contra-referência;

Considerando que a Lei Federal nº 8.069/90 (artigo 10), a Lei Complementar Estadual nº 398/2009, a Lei Estadual nº 8.863/2006 e a Lei Federal nº 12.303/2010 determinam a obrigatoriedade de realização, nos primeiros dias de vida, dos exames denominados triagem neonatal (teste do pezinho), teste do reflexo vermelho (teste do olhinho) e triagem auditiva neonatal ou emissões otoacústicas evocadas (teste da orelhinha), fundamentais para o diagnóstico precoce de diversas doenças;

Considerando que, dentre os oito “objetivos do milênio” estabelecidos no ano 2000 pela Organização das Nações Unidas (ONU), estão a REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL em pelo menos 15% até 2015 e a MELHORIA DA SAUDE DAS GESTANTES;

Considerando o objeto do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 2004, e aprovado na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde, visando à promoção da melhoria da atenção obstétrica e neonatal através da mobilização e da participação de gestores das esferas Federal, Estadual e Municipal e da sociedade civil organizada;

Considerando que o Pacto pela Saúde, aprovado pela Portaria MS-GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, tem entre as prioridades e objetivos, estabelecidos na Portaria 2.669, de 03.nov.2009, previstos em seu componente “Pacto pela Vida”, a redução da mortalidade infantil e materna;

Considerando que, em março de 2009, os Governadores dos Estados do Nordeste e da Amazônia Legal, visando garantir o cumprimento dos objetivos do milênio estabelecidos pela ONU, firmaram um compromisso para acelerar a redução das desigualdades nessas duas regiões, tendo pactuado, para tanto, quatro metas, dentre as quais estão a redução da mortalidade infantil (crianças menores de um ano de idade) em, no mínimo, 5% ao ano, especialmente o componente neonatal (até 27 dias de nascido), nos anos de 2009 e 2010;

Considerando que aproximadamente 70% das mortes de recém-nascidos e 80% das mortes maternas decorrem de CAUSAS EVITÁVEIS, em sua maioria relacionadas à falta de atenção adequada à mulher durante a gestação, no parto e também ao feto e ao bebê;

Considerando que os óbitos maternos, os óbitos de mulheres em idade fértil, e os óbitos infantis e fetais são considerados eventos de investigação obrigatória, nos termos da Portaria MS 1.119/2008 e da Portaria MS 72/2010, com o objetivo de levantar fatores determinantes, suas possíveis causas, assim como subsidiar a adoção de medidas que possam evitar a sua reincidência, cabendo aos municípios proceder à busca ativa, à notificação e à investigação desses óbitos, na forma da Portaria MS nº 1.172/2004 e da Portaria MS nº 1.119/2008, e ainda realizar a vigilância permanente dos nascimentos e óbitos, gerindo e alimentando o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), observados os fluxos estabelecidos na Portaria SVS/MS 116/2009, o que não vem sendo feito de forma satisfatória em grande parte do Estado;

Considerando que a descentralização é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (artigo 198, *caput*, inciso I, da Constituição Federal), competindo à direção municipal do SUS o planejamento, a organização, o controle, a avaliação, a gestão e a execução dos serviços públicos de saúde, nos termos do artigo 18, inciso I, da Lei nº 8.080/90;

Considerando que a legislação estruturante do SUS disciplina parâmetros para a atenção ao pré-natal, parto e período puerperal e para a atenção ao recém-nascido, que não vem sendo adequadamente observados, notadamente pelas direções municipais do sistema;

RESOLVE RECOMENDAR a(o) Prefeito(a) Municipal e a(o) Secretário(a) Municipal de Saúde de xxxxx que:

a) Estruturem a rede de serviços de saúde do município para cadastramento e alimentação periódica dos sistemas de informação, SISPRENATAL, SISPART, SIM e SINASC e prestar, diretamente e/ou mediante mecanismos estabelecidos de referência e contra-referência, a atenção ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Portaria GM-MS 1.459/2011 (Rede Cegonha), e demais diplomas legais e infralegais aplicáveis, observando rigorosamente, dentre outras exigências, o seguinte:

a.1) Na atenção ao pré-natal:

- Captação precoce das gestantes, com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias de gestação, procedendo-se ao necessário cadastramento e alimentação regular do SISPRENATAL (sistema de acompanhamento do programa de humanização no pré-natal e nascimento) e SISPART, devendo os agentes comunitários de saúde e as equipes de saúde da família, para tanto, realizar busca ativa permanente dessa população gestante;

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

- Estímulo ao parto normal e resgate do parto como ato fisiológico;

- Oferta dos exames laboratoriais obrigatórios, cujos resultados devem ser disponibilizados em tempo hábil para permitir a adoção eficaz dos procedimentos/tratamentos necessários: Teste rápido de gravidez; ABO-Rh (na primeira consulta); Dosagem de Hemoglobina e Hematócrito (um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação); Glicemia de Jejum (um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação); Teste de Tolerância à Glicose (caso necessário); VDRL (um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação); Urina tipo 1; Urocultura (se necessário); Testagem anti-HIV (um exame na primeira consulta, sem prejuízo da testagem rápida no momento do parto); Sorologia para hepatite B (próximo à 30ª semana de gestação); Sorologia para toxoplasmose (na primeira consulta); Proteinúria (teste rápido); teste indireto de antioglobulina humana (TIA) para gestantes que apresentarem RH negativo;

- Oferta de Ultrassonografias obstétricas para 100% das gestantes;

- Oferta de exames adicionais para gestantes de alto-risco: contagem de plaquetas; dosagem de proteínas (urina 24h); dosagens de ureia, creatinina e ácido úrico; eletrocardiograma; ultrassom obstétrico com Doppler; Cardiotocografia ante-parto;

- Oferta de imunização antitetânica, com aplicação de vacina dupla tipo adulto até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;

- Classificação de risco gestacional, na primeira consulta e nas subsequentes, diagnosticando precocemente a gestante de risco, proporcionando a ela o encaminhamento adequado por meio do sistema de referência e contra-referência, e garantindo vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado;

- Registro de todas as consultas, exames e procedimentos realizados em prontuário, no cartão da gestante e no SISPRENATAL;

- Garantia de recursos humanos, físicos, materiais e técnicos para acompanhamento da gestante segundo os princípios e diretrizes da política nacional de atenção integral à saúde da mulher, no seu contexto familiar e social, com estruturação das unidades de saúde que realizam a atenção ao pré-natal, dotando-as de área física

adequada para atendimento à gestante e familiares, com boas condições de higiene, ventilação e privacidade, equipamentos e instrumentais necessários para o desenvolvimento das ações da atenção pré-natal e mantendo-as permanentemente abastecidas com os medicamentos essenciais (antiácidos, antieméticos, sulfato ferroso, ácido fólico, dimeticona, supositório de glicerina, hioscina, analgésicos, antibióticos, anti-hipertensivos, anticonvulsivantes e cremes vaginais);

- Estrita e rigorosa observância da garantia do **direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS, nos termos da Lei nº 11.634/2007**, pondo fim, de forma definitiva, à desumana e até o momento recorrente peregrinação de mulheres pelos serviços de saúde em busca de assistência, devendo a direção municipal do SUS, caso a unidade de saúde não seja adequada para o tipo de atendimento necessário, responsabilizar-se pela assistência à gestante até que seja garantido o transporte seguro e a transferência para outra unidade de maior complexidade;

a.2) Na atenção ao parto:

- Estrita e rigorosa observância da **garantia do direito da gestante a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato**, nos termos da Lei nº 11.108/2005, da Portaria MS 2.418/2005, e do item 9.1 da RDC n. 36/2008 da ANVISA;

- Adequação dos serviços de atenção obstétrica e neonatal sob gestão municipal aos parâmetros estabelecidos RDC n. 36/2008 da ANVISA (Regulamento Técnico dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal), destacando-se que o artigo 4º da referida norma fixou o prazo de 180 dias para que todos os serviços em funcionamento, por ela abrangidos, se adequassem ao preconizado naquele Regulamento;

- Garantia dos medicamentos essenciais para o atendimento das situações normais e das principais intercorrências do parto, dentre os quais se destacam: A) sulfato de magnésio; B) corticóide; C) surfactante pulmonar; D) hidralazina; E) metildopa; F) nifedipina; G) vitamina K;

- Garantia de realização, no momento do parto, das testagens rápidas de HIV e VDRL (essenciais para se evitar a transmissão vertical do HIV e da sífilis); e de administração da imunoglobulina anti-Rh às mulheres isoimunizadas (mãe com fator Rh negativo e feto com fator Rh positivo);

- Transferência da gestante e/ou do neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário;

a.3) Na atenção ao recém nascido:

- Presença obrigatória de pediatra ou de outro profissional capacitado em reanimação neonatal na sala de parto;

- Oferta, nos prazos preconizados nos protocolos do SUS, do Teste do pezinho (triagem neonatal), do Teste do olhinho (teste do reflexo vermelho) e do Teste da orelhinha (triagem auditiva neonatal ou emissões otoacústicas evocadas), nos termos da Lei nº 8.069/90 (artigo 10), da Lei Complementar Estadual nº 398/2009, da Lei Estadual nº 8.863/2006 e da Lei Federal nº 12.303/2010;

- Estímulo à amamentação e garantia do seu início na sala de parto, bem como de alojamento conjunto para a mãe e o recém nascido saudável desde o nascimento, favorecendo o vínculo mãe / bebê;

- Garantia da presença de acompanhante ao recém nascido, quando este necessitar de internação, nos termos do artigo 12 da Lei n. 8.069/90;

- Garantia de acesso a todos os níveis de assistência, incluindo UCI e UTI neonatal, quando o recém nascido necessitar;

- Garantia de transporte adequado ao recém nascido quando necessário;

- Garantia, ao recém nascido, da primeira dose da vacina contra a hepatite B nas primeiras 12 horas de vida (e duas doses posteriores, nos prazos próprios), da vacina BCG ainda na maternidade, da imunoglobulina anti-hepatite B aos recém nascidos filhos de mães HbsAg positivas, e da quimioprofilaxia imediatamente após o nascimento e durante as seis primeiras semanas de vida (42 dias) aos recém-nascidos de mãe soropositivas, sem prejuízo dos demais esquemas vacinais, nos prazos próprios (poliomielite, tétano, coqueluche, difteria, tetravalente e tríplice viral).

- Garantia da abertura e do preenchimento da Caderneta de Saúde ou Cartão da Criança e de entrega da Declaração de Nascido Vivo, na maternidade;

a.4) Na atenção ao puerpério:

- Atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana após o parto (VISITA DOMICILIAR), com realização das ações da "Primeira Semana de Saúde Integral" e realização da consulta puerperal (entre a 30ª e 42ª semanas pós-parto), devendo os agentes comunitários de saúde e as equipes de saúde da família proceder a permanente busca ativa para identificar as mulheres que não fizeram a consulta puerperal.

b) Designem profissional /equipe para ficar responsável/incumbida, no âmbito do município, pelo cadastramento e alimentação dos sistemas SISPRENATAL, SIM, SINASC e SISPART, bem como pela vigilância e investigação dos óbitos maternos, dos óbitos de mulheres em idade fértil e dos óbitos infantil e fetal;

c) outras recomendações necessárias, em função da realidade local;

Fixo o prazo de 30 (trinta) dias para que as autoridades destinatárias informem a esta Promotoria de Justiça quais as providências tomadas em cumprimento à presente recomendação, sob pena de adoção das medidas

judiciais cabíveis.

Publique-se no Diário Oficial do Estado e no quadro de avisos desta Promotoria de Justiça, remetendo-se também cópia da mesma ao Centro de Apoio Operacional xxxxxxxxx.

_____/RN, ____ de _____ de 201_.

Promotor(a) de Justiça

8.3. MINUTA DE OFÍCIO AO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Ofício nº ____/201_

(Local), xx de xxx de 201_.

A(o) Ilustríssimo(a) Senhor(a)

XXXXXXXXXX

Presidente do Conselho Municipal de Saúde de xxxxxxxxxxxx

Assunto: Solicita atuação do controle social na fiscalização e acompanhamento da qualidade da atenção ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido, no âmbito do município de xxx

Senhor(a) Presidente,

A redução da mortalidade infantil e a melhoria da saúde das gestantes constituem dois dos oito objetivos do milênio estabelecidos no ano 2000 pela ONU, que preconiza uma redução da mortalidade em 15% até 2015. Por outro lado, a redução da mortalidade infantil e materna está entre as prioridades e objetivos do Pacto pela Saúde de 2006 (precisamente do seu componente “Pacto pela Vida”), consistindo ainda em objeto do Pacto pela Redução das Desigualdades, celebrado pelos governadores do Nordeste e Amazônia Legal em 2009 (os quais se comprometeram a reduzir os índices em 5% em 2009 e 5% em 2010).

Apesar de se observar, no âmbito nacional, uma progressiva redução das taxas de mortalidade materna e infantil nos últimos anos, os números que se apresentam ainda não são aceitáveis, considerando-se que aproximadamente 70% dos óbitos de recém-nascidos e 80% dos óbitos maternos ocorrem por **CAUSAS EVITÁVEIS, em sua maioria relacionadas à falta de atenção adequada à mulher durante a gestação, no parto e também ao feto e ao bebê.**

No período de xxx a xxx, xx crianças menores de um ano de idade morreram no Estado xxx. Levando-se em conta que aproximadamente 70% dos óbitos decorrem de causas evitáveis, que poderiam ser afastadas com ações de atenção básica, é possível concluir que mais de xxxx crianças poderiam não ter morrido.

A razão de mortalidade materna no Estado xxxx encontra-se no patamar de xxxx, índice que está muito acima da taxa recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para países em desenvolvimento, que é de 20 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos.

A legislação estruturante do SUS disciplina parâmetros para a atenção na gestação e períodos perinatal e neonatal que não vem sendo adequadamente observados, notadamente pelas direções municipais do sistema.

Em face desse panorama, o Estado xxx e o Município xxx editaram, em 200x, Planos Operativos para a redução da mortalidade infantil, cujo cumprimento precisa ser adequadamente acompanhado pelo controle social, visando ao cumprimento da legislação aplicável e à melhoria dessa rede de atenção e, como consequência, à redução dos índices de morbimortalidade materna e neonatal.

Assim, encaminho a esse Conselho Municipal cópia do Plano Operativo Estadual e do Plano Operativo Municipal para a redução da mortalidade infantil, para conhecimento e acompanhamento, SOLICITANDO ainda que promova a necessária fiscalização e acompanhamento da qualidade dos serviços de atenção ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido, no âmbito do município de xxx, noticiando ao Ministério Público as irregularidades e fragilidades porventura encontradas.

Respeitosamente,

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Promotor(a) de Justiça

8.4. MINUTA DE CHECK LIST PARA VISITA A ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (ATENDIMENTO AMBULATORIAL DE PRÉ-NATAL)

FORMULÁRIO DE INSPEÇÃO MINISTERIAL – SAÚDE MATERNO-INFANTIL				
Estabelecimento de Saúde:				
Endereço:				
Telefone:				
Diretor/coord.:				
Responsável Técnico:				
Horário de funcionamento:				
Nº de famílias atendidas/mês:		Qtde. média de atendimentos/dia:		
Atendimento:	<input type="checkbox"/> atendimento ambulatorial <input type="checkbox"/> internação <input type="checkbox"/> exames básicos <input type="checkbox"/> exames especializados <input type="checkbox"/> outros:			
<i>Número de Profissionais:</i>		<i>Médicos:</i>	<i>Enfermeiros:</i>	
<i>Téc/aux. Enfermagem:</i>		<i>Psicólogos:</i>	<i>Assist. sociais:</i>	
<i>Farmacêuticos:</i>		<i>Outros:</i>		
<p><i>Escala dos profissionais (dias e horários de atendimento dos profissionais lotados no estabelecimento): verificar se a escala está em local visível do estabelecimento e solicitar cópia da escala para anexar ao presente formulário)</i></p>				
<i>PROGRAMAS DESENVOLVIDOS NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</i>				
QUESITO	RESPOSTA <i>Legenda S = SIM N = NÃO</i>			OBSERVAÇÕES
Agentes Comunitários - PACS				<i>Quantidade de ACS:</i>
Estratégia Saúde da Família - ESF				<i>Quantidade de equipes:</i>
Saúde da Mulher				
Controle das DSTs/AIDS				
Distribuição de Preservativos				
Ações Educativas				
Prevenção de Câncer do Colo do Útero e de Mama				

Atenção ao pré natal, parto e nascimento					
Planejamento Familiar					
Programa de incentivo ao aleitamento materno					
<i>Obs. Complem.:</i>					
<i>SERVIÇOS OFERTADOS NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</i>					
<i>QUESITO</i>	<i>RESPOSTA</i> <i>Legenda S = SIM N = NÃO</i>				<i>OBSERVAÇÃO</i>
Consultas Médicas					
Acompanhamento do pré-natal de baixo risco (chegar se é feito apenas por enfermeiro/a ou alternadamente por médico/a)					
Acompanhamento do pré-natal de alto risco (feito exclusivamente por médico? Se a unidade não faz, referencia para onde?)					
Gestantes realizam mínimo de 6 consultas de pré-natal?					
Equipe multiprofissional					
Cadastramento de gestantes no SISPRENATAL					
Mapa de registro diário (ficha perinatal)					
Registro em prontuário e cartão da gestante					
Registro no cartão da criança/bebê					
Avaliação do estado nutricional da gestante					
Avaliação do estado nutricional do recém-nascido					
Atividades educativas do pré-natal					

Imunização (gestante): k) Antitetânica l) Imunoglobulina Anti Rh				
Imunização (criança): 1. Anti-hepatite (2ª dose) 2. Anti-hepatite (3ª dose) 3. Demais vacinas (poliomielite; difteria; tétano; coqueluche; tetravalente; tríplice viral)				
Exames Laboratoriais do pré-natal: 9. ABO-Rh 10. Dosagem de hemoglobina (Hb) e Hematócrito (HT) 11. Glicemia em jejum 12. VDRL (Sorologia para sífilis) 13. Urina – tipo 1 14. Urocultura 15. Testagem anti-HIV 16. Sorologia para Hepatite B 17. Sorologia para toxoplasmose				
Exames de imagem (ultrassonografia) – se não faz, encaminha para onde?				
Coleta – Teste do Pezinho (triagem neonatal)				
Teste do olhinho (reflexo vermelho)				
Emissões otoacústicas evocadas (teste da orelhinha)				
Visita Domiciliar (pós-parto) “Primeira Semana de Saúde Integral”				
Realização de consulta puerperal				
Busca ativa das grávidas no 1º trimestre para início do pré-natal				
Busca ativa de mulheres para a consulta puerperal				
Busca ativa de crianças p/ o calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento				
Retirada de Pontos				

Adm./Dispensação de Medicamentos essenciais à gestante: 6 Antiácidos 7 Antieméticos 8 Sulfato ferroso 9 Ácido fólico 10 Dimeticona 11 Supositório de glicerina 12 Hioscina 13 Analgésicos 14 Antibióticos 15 Anti-hipertensivos 16 Anticonvulsivantes 17 Cremes vaginais				
<i>*Obs. Complem.:</i>				
<i>ROTINA DE FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO</i>				
<i>QUESITO</i>	<i>RESPOSTA (S OU N)</i>			<i>OBSERVAÇÃO</i>
Há reclamações quanto à marcação de consultas?				<i>Tempo médio entre a procura da paciente e a efetiva realização da consulta:</i>
Há reclamações quanto à marcação de exames?				<i>Tempo médio entre a procura da paciente, a realização do exame e a entrega do resultado:</i>
Há referenciamento dos serviços de atenção ao pré-natal que não são prestados no estabelecimento?				
As gestantes tem garantido o direito ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberão assistência no âmbito do SUS? De que forma?				

*Obs. Complem.:

EQUIPAMENTOS E INSTRUMENTAIS BÁSICOS DISPONÍVEIS				
QUESITO	RESPOSTA			OBSERVAÇÃO (quantidade, estado de conservação, condição de funcionamento, etc)
Termômetro				
Tensiômetro				
Balança				
Estetoscópio clínico				
Estetoscópio de Pinar ou Sonar (p/ ausculta do bebê)				
Mesas e cadeiras (para entrevista)				
Foco de luz nos consultórios				
Mesa de exame ginecológico				
Fita métrica flexível e inelástica				
Pinças de Cheron				
Gestograma ou disco obstétrico (p/ calcular a idade gestacional)				
Disco para IMC				
Autoclave/estufa				
Espéculos				
Material para coleta de exame colpocitológico				
Material Educativo				
Televisão (para atividades educativas)				
Vídeo-cassete/DVD (idem)				
Computadores				
Impressoras				
Material de expediente				
ESTRUTURA FÍSICA E DE SEGURANÇA DO ESTABELECIMENTO				
Sala de Espera dos Usuários				
Sala da direção				

Consultórios médicos					
Consultórios ginecológicos/obstétricos					
Sala de preparo dos pacientes					
Farmácia					
Sala de imunização					
Sala de curativos					
Sala de enfermagem					
Sala dos ACS					
Copa					
Almoxarifado					
Banheiros usuários (M/F)					
Banheiros servidores (M/F)					
Organização administrativa					
Normas e rotinas técnicas de limpeza					
Central de esterilização de materiais					
Lavatórios					
Saneantes					
Higienização dos ambientes					
Descarte do lixo comum / contaminado					
Acondicionamento do lixo comum / contaminado					
Vazamentos e outras avarias					
Adequação do piso					
Acessibilidade à pessoa com deficiência					

DEFICIÊNCIAS TÉCNICAS E MATERIAIS (descrever eventuais carências de equipamentos técnicos e de materiais):

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

DEFICIÊNCIAS ESTRUTURAIS
(descrever eventuais carências na estrutura física do estabelecimento):

DEFICIÊNCIAS DE PESSOAL *(descrever eventuais carências de recursos humanos):*

MEDICAMENTOS, VACINAS E OUTROS INSUMOS EM FALTA:

PROVIDÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
(descrever eventuais medidas administrativas que estejam sendo tomadas para solucionar os problemas anteriormente relacionados):

***OUTRAS OBSERVAÇÕES:**

