



NOTA TÉCNICA

05 /2014

---

**Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Qualificação da Gestão e da Atenção ao Parto e Nascimento (PMAQ-Maternidades) e o respectivo incentivo financeiro.**

## **INTRODUÇÃO**

O Ministério da Saúde, através da área técnica da Saúde da Mulher/DAPES/SAS, apresenta uma minuta de portaria que “Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Qualificação da Gestão e da Atenção ao Parto e Nascimento (PMAQ-Maternidades) e o respectivo incentivo financeiro”.

Por meio da estratégia da Rede Cegonha (RC), lançada em 2011, o Ministério da Saúde vem induzindo o reforço das ações para intensificar e qualificar a assistência integral à saúde de mulheres e crianças, desde o planejamento reprodutivo, passando pela confirmação da gravidez, pré-natal, parto, pós-parto, até o segundo ano de vida da criança.

A redução da mortalidade materna e infantil continua sendo um grande desafio para o Brasil. É evidente a necessidade de intensificar os esforços para atingir a meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio para a redução em três quartos da razão da mortalidade materna em 2015 – atingindo um valor igual ou inferior a 35 óbitos maternos por grupos de 100 mil nascidos vivos. Em relação à mortalidade infantil a meta é diminuir em 2/3, o que corresponde a 15,7 óbitos para os grupos de 1000 nascidos vivos.

Atualmente são 3.480 serviços de saúde realizam partos pelo SUS, sendo que o número de partos por ano varia de 01 a 11.339 entre os serviços. São 1.574 estabelecimentos que realizam 200 ou mais partos por ano e que se responsabilizam por 94% dos partos registrados no país, no âmbito do SUS. Na perspectiva de ampliar a efetividade da Rede Cegonha, o MS apresenta então, o Programa de Qualificação da Gestão e da Atenção ao Parto e Nascimento, destinado às maternidades de risco habitual que realizam 50 ou mais partos por ano pelo SUS, segundo a produção informada no Sistema de Internação Hospitalar (SIH/DATASUS).

Serão abertos quatro períodos para adesão, sendo que as maternidades serão agrupadas pelos seguintes critérios:

- ✓ 1º período de adesão: maternidades com duzentos ou mais partos por ano, em regiões de saúde com Plano de Ação Regional (PAR) da RC aprovado por meio de Portaria do Ministério da Saúde e que não estão recebendo

incentivo financeiro da RC, por não possuírem leitos para Gestantes de Alto Risco (Leitos GAR), de Unidade de Terapia Neonatal (UTIN), e de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN);

✓ 2º período de adesão: maternidades com duzentos ou mais partos por ano em região de saúde ainda sem PAR da RC, publicado pelo MS;

✓ 3º período de adesão: maternidades com duzentos ou mais partos por ano, em regiões de saúde com Plano de Ação Regional (PAR) da RC aprovado por meio de Portaria do Ministério da Saúde, e contempladas com recursos da RC relativos à UTIN, UCIN e GAR.

✓ 4º período de adesão: maternidades que realizam mais de cinquenta e menos de duzentos partos por ano, desde que tenham cinquenta ou mais leitos.

As maternidades que atendem aos critérios relativos ao 1º, 2º e 3º períodos de adesão e que não aderirem no prazo definido poderão aderir no 4º período.

## **OBJETIVOS DA PROPOSTA**

Incentivar medidas de melhoria do acesso e da qualidade do cuidado, com vistas a ampliar a efetividade da atenção obstétrica e neonatal nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) que realizam 50 ou mais partos por ano.

## **DIRETRIZES E BOAS PRÁTICAS**

O PMAQ-Maternidades toma como base um conjunto de **Diretrizes** e de condutas ou procedimentos compreendidos como **Boas Práticas**. Tais Diretrizes e Boas Práticas são norteadas pela Política Nacional de Humanização e pelas Portarias que regulamentam a Rede Cegonha.

## **RESPONSABILIDADES DAS SES**

- Aderir ao Programa juntamente com as maternidades sob sua gestão;
- Enviar o Termo de Adesão e Compromisso, assinado em conjunto com a maternidade sob sua gestão, ao MS por meio do sistema eletrônico do Programa, no prazo definido;
- Incentivar as SMS e respectivas maternidades a aderirem ao Programa;

- Fomentar a inclusão do PMAQ-Maternidades nas pautas da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Conselho Estadual de Saúde (CES) para divulgação, orientação e apoio técnico;
- Prover apoio às SMS na implantação do Programa;
- Atualizar os contratos das maternidades sob sua gestão, de acordo com as diretrizes e boas práticas do Programa, respeitando o disposto na Portaria nº 3410 de 30 de dezembro de 2013;
- Promover processos de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde da SES, SMS e maternidades sob sua gestão para operacionalização do Programa;
- Promover espaços de discussão e trocas de experiências a partir da colaboração horizontal entre serviços e gestores;
- Repassar imediatamente os recursos recebidos pelo FES do FNS às maternidades sob sua gestão, que aderiram ao Programa;
- Apoiar a implementação de guias e manuais do Programa pelas maternidades; e
- Monitorar, em conjunto com o Ministério da Saúde e com as SMS, a execução do Programa, a implementação das diretrizes e boas práticas;
- Elaborar, pactuar e adotar estratégias para garantir a organização regional da atenção obstétrica e neonatal, seguindo as normativas vigentes, priorizando as regiões identificadas com vazio assistencial.

### **DA ORGANIZAÇÃO EM ETAPAS E CICLOS**

- Etapa I - adesão ao Programa - Termo de Adesão e Compromisso.
- Etapa II – auto avaliação e elaboração de plano de ação para implementação das ações - A auto avaliação deverá ser realizada no prazo máximo de dois meses, após o término do período de adesão, utilizando modelo de roteiro autoavaliativo disponibilizado pelo Programa.
- Etapa III - avaliação externa por meio de aferição local de desempenho - inicia-se seis meses após o prazo final do período de autoavaliação e será realizada pelo Ministério da Saúde, por meio de avaliadores/aferidores externos, que irão aferir o desenvolvimento de processos e

produtos/resultados compatíveis com as diretrizes e boas práticas contempladas no PMAQ-Maternidades.

- Etapa IV – elaboração de novo plano de ação e respectiva implementação das ações a partir dos resultados da aferição do desempenho, realizada na avaliação externa, e repasse de incentivos.

<b>Desempenho alcançado na Avaliação Externa</b>	<b>Incentivo a receber</b>
0 a 20% dos pontos	Não receberá incentivo
21% a 40% dos pontos	40% do incentivo
41% a 60% dos pontos	60% do incentivo
61% a 80% dos pontos	80% do incentivo
81% a 100% dos pontos	100% do incentivo

A realização das etapas I a IV configura-se um ciclo. O Programa compõe-se de três ciclos avaliativos.

## **FINANCIAMENTO**

O incentivo financeiro do Programa será repassado em 4 parcelas, sendo que as duas primeiras serão calculadas considerando os partos normais e cesarianos realizados no período de doze meses anteriores à adesão ao programa, de acordo com a produção informada no Sistema de Informações , hospitalares/SIH/ DATASUS/MS, e as duas últimas, considerando os partos normais e cesarianos realizados no período de doze meses anteriores à segunda avaliação externa.

- Primeira parcela: trinta por cento na auto avaliação
- Segunda parcela: até setenta por cento após a primeira avaliação externa, de acordo com os resultados.
- Terceira parcela: até cinquenta por cento após a segunda avaliação externa
- Quarta parcela: até cinquenta por cento após a terceira avaliação externa

O cálculo do valor do incentivo financeiro será de R\$120,00 por procedimento de parto normal e R\$80,00 por procedimento de cesariana.

O Incentivo do Programa será repassado pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e/ou Municipais de Saúde, que aderirem ao PMAQ-Maternidades, cabendo ao gestor de saúde responsável o repasse dos recursos à maternidade, de acordo com a legislação vigente.

O incentivo deve ser utilizado integralmente na qualificação da maternidade, e poderá ser empregado em custeio e/ou em investimentos para a qualificação da atenção obstétrica e neonatal.

### **CRITÉRIOS DE DESLIGAMENTO DO PROGRAMA**

- Não informar a realização da auto avaliação em até dois meses, contados da adesão;
- Apresentar requerimento de desligamento ao Gestor Municipal/Estadual/Distrital e este, por sua vez, apresentá-lo ao Ministério da Saúde, poderá desistir de participar do Programa, devendo ressarcir ao MS os recursos recebidos;
- Após a 1ª avaliação externa, a Maternidade poderá se desligar do Programa sem a obrigação de devolver os recursos financeiros recebidos, desde que sua pontuação não tenha sido inferior a quarenta e um por cento.

A maternidade poderá realizar nova adesão ao Programa no 4º período de adesão.

A maternidade será avaliada semestralmente, após o primeiro ciclo avaliativo, até que se completem três ciclos.

### **CERTIFICAÇÃO**

A maternidade que ao final da realização dos três ciclos avaliativos obtiver na terceira avaliação externa score igual ou superior a oitenta por cento dos pontos totais, será certificada com o “**Selo PMAQ-REDE CEGONHA**” e

passará a contar com incentivos agregados ao valor dos procedimentos de parto.

### **OBSERVAÇÕES**

A despeito das questões relacionadas a redação, a proposta de minuta não tem problemas ao que se propõe.

O Ministério continua apresentando propostas desarticuladas do contexto das Redes e, nesse caso específico, descolada da discussão da PNHOSP e dos hospitais de pequeno porte, além do selo amigo da Criança.

Além disso, o DAB não tem participado das discussões no GT nos temas diretamente relacionados as Redes de Atenção.

No termo de adesão está escrito que o Programa é destinado às maternidades de risco habitual, mas na verdade é para as de alto risco também.

**MINUTA**

Ministério da Saúde

Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº , DE DE 2014.

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Qualificação da Gestão e da Atenção ao Parto e Nascimento (PMAQ-Maternidades) e o respectivo incentivo financeiro.

**O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o parágrafo único do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as ações de saúde destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social;

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

Considerando a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS;

Considerando a Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e sua regulamentação;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde -SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

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

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

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

Considerando a Portaria nº 529/GM/MS, de 01 de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);

Considerando a Portaria nº 1.020/GM/MS, de 29 de maio de 2013, que 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 serviços de referência   Atenção   Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha.

Considerando a Portaria nº 3.390/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP no âmbito do SUS, estabelecendo as diretrizes para a reorganização do componente hospitalar da Rede de Atenção   Saúde – RAS;

Considerando a Portaria nº 650/GM/MS, de 5 de outubro de 2011, que dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha;

Considerando a Portaria nº 3.410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema  nico de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

Considerando a Política Nacional de Atenção Integral   Saúde da Mulher (PNAISM), de 2011;

Considerando o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 08 de març o de 2004, que visa a monitorar a implementação de ações de proteção   saúde da crianç a e da mulher;

Considerando o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, de 2005, da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Presidência da República;



Considerando a Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) - RDC Nº 36, de 25 de Julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências;

Considerando a necessidade de adequação das práticas do cuidado obstétrico e neonatal, baseadas em evidências científicas, nos termos do documento "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento", da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 1996, referenciadas também pela Organização Pan-Americana da Saúde/OPAS e Ministério da Saúde do Brasil;

Considerando os princípios, diretrizes e dispositivos para humanização da atenção e da gestão no SUS, previstos na Política Nacional de Humanização;

Considerando o compromisso internacional assumido pelo Brasil de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), em especial os ODM 4, de redução da mortalidade infantil, e 5, de melhoria da saúde materna;

Considerando a necessidade de redução da taxa de cesarianas; e

Considerando a diretriz do Governo Federal de qualificar a gestão pública por resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção, resolve:

### **CAPÍTULO 1 – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 1º Fica instituído, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Qualificação da Gestão e da Atenção ao Parto e Nascimento (PMAQ-Maternidades) e o respectivo Incentivo Financeiro.

Art. 2º O PMAQ-Maternidades faz parte das iniciativas de ampliação da cobertura e qualificação das ações dos serviços que realizam partos no âmbito do SUS, expandindo o alcance da Rede Cegonha (RC).

Art. 3º O PMAQ-Maternidades tem como objetivo geral incentivar medidas de melhoria do acesso e da qualidade do cuidado, com vistas a ampliar a efetividade da atenção obstétrica e neonatal nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS), que realizam 50 ou mais partos.

Parágrafo Único – Para efeitos do PMAQ-Maternidades, todos os EAS participantes do Programa serão nomeados como Maternidades.

Art. 4º São objetivos específicos do PMAQ-Maternidades:

I - Instituir mecanismos de fomento de mudanças do modelo de gestão e de atenção obstétrica e neonatal, visando a ampliação e a qualificação do acesso, o aumento de resolubilidade e o fortalecimento dos processos participativos de inclusão e corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores;

II - fomentar a adoção das Boas Práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento" (anexo I), garantindo a segurança da gestante e do recém-nascido e a atenção humanizada.

### **CAPÍTULO 2 – DAS DIRETRIZES E BOAS PRÁTICAS**

Art. 5º O PMAQ-Maternidades toma como base um conjunto de **Diretrizes** e de condutas ou procedimentos compreendidos como **Boas Práticas**. Tais Diretrizes e Boas Práticas são norteadas pela Política Nacional de Humanização e pelas Portarias que regulamentam a RC e são as seguintes:

I – Diretrizes:

a) Acolhimento das necessidades de saúde da mulher/criança no momento de busca do serviço, com a finalidade da prestação de um cuidado resolutivo e humanizado;

b) classificação de Risco, seguindo critérios de priorização do atendimento com base na complexidade das necessidades e demandas;

c) direito a acompanhante de livre escolha para a mulher durante toda a internação para o parto e para o recém-nascido de risco, durante a internação;

d) vigilância e monitoramento da qualidade da atenção e das condições de saúde, por meio de indicadores de morbimortalidade materno-neonatal;

e) valorização da ambiência, segundo as normas e legislação vigentes; e

f) gestão participativa e compartilhada na maternidade, buscando aumentar o grau de corresponsabilização entre usuários/acompanhantes, trabalhadores e gestores.

II – Boas Práticas, baseadas no documento da OMS, citado na alínea II do artigo 4º:

- a) Oferta à mulher e ao acompanhante de informações e orientações relacionadas ao processo de parto;
- b) utilização do partograma para monitoramento cuidadoso do trabalho de parto;
- c) oferta de suporte físico e emocional contínuo para a mulher no trabalho de parto e parto, por profissional de saúde, doulas e/ou acompanhantes;
- d) oferta de líquidos via oral durante o trabalho de parto e parto;
- e) oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto;
- f) respeito à liberdade de movimento e encorajamento da posição não supina durante o trabalho de parto e parto;
- g) restrição do uso rotineiro de amniotomia, ocitocina ou misoprostol para aceleração do trabalho de parto e restrição da realização rotineira da episiotomia;
- h) restrição do uso rotineiro de aspiração da orofaringe e da nasofaringe do recém-nascido;
- i) contato pele-a-pele imediato e ininterrupto entre a mãe e o bebê e estímulo ao aleitamento na 1ª hora de vida;
- j) clameamento oportuno do cordão umbilical, isto é, após parada dos batimentos, salvo contraindicações; e
- l) vigilância do terceiro período do parto.

§ 1º As diretrizes e as boas práticas estão especificadas no documento-base do PMAQ-Maternidades e em seus instrumentos avaliativos, disponibilizados na página eletrônica da RC, no site do Ministério da Saúde.

§ 2º Nas especificações das diretrizes e boas práticas agregam-se dispositivos e ferramentas capazes de contribuir para sua implementação e também são destacados os aspectos a serem considerados nos processos avaliativos.

### **CAPÍTULO 3 – DA ORGANIZAÇÃO EM ETAPAS E CICLOS**

Art. 6º O Programa está organizado em quatro etapas complementares, que compõem um ciclo:

Etapa I - adesão ao Programa;

Etapa II – autoavaliação e elaboração de plano de ação para implementação das ações;

Etapa III - avaliação externa por meio de aferição local de desempenho; e

Etapa IV – elaboração de novo plano de ação e respectiva implementação das ações a partir dos resultados da aferição do desempenho, realizada na avaliação externa, e repasse de incentivos.

Parágrafo Único. A realização das etapas I a IV configura-se um ciclo. O Programa compõe-se de três ciclos avaliativos.

Art.7º A etapa I, de adesão ao Programa, ocorre mediante a assinatura do Termo de Adesão e Compromisso (anexo II) a ser firmado entre os gestores estaduais/Distrito Federal ou municipais e diretores das maternidades e envio ao Ministério da Saúde (MS), por via eletrônica.

Art. 8º Poderão aderir ao Programa, as maternidades que possuem serviço de parto e nascimento, e que realizam cinquenta ou mais partos ao ano, segundo a produção informada no Sistema de Internação Hospitalar (SIH/DATASUS).

§ 1º Serão abertos quatro períodos para adesão, sendo que as maternidades serão agrupadas pelos seguintes critérios:

I – 1º período de adesão: maternidades com duzentos ou mais partos por ano, em regiões de saúde com Plano de Ação Regional (PAR) da RC aprovado por meio de Portaria do Ministério da Saúde e que não estão recebendo incentivo financeiro da RC, por não possuírem leitos para Gestantes de Alto Risco (Leitos GAR), de Unidade de Terapia Neonatal (UTIN), e de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN);

II – 2º período de adesão: maternidades com duzentos ou mais partos por ano em região de saúde ainda sem PAR da RC, publicado pelo MS; e

III – 3º período de adesão: maternidades com duzentos ou mais partos por ano, em regiões de saúde com Plano de Ação Regional (PAR) da RC aprovado por meio de Portaria do Ministério da Saúde, e contempladas com recursos da RC relativos à UTIN, UCIN e GAR.

IV – 4º período de adesão: maternidades que realizam mais de cinquenta e menos de duzentos partos por ano, desde que tenham cinquenta ou mais leitos.

§ 2º As maternidades que atendem aos critérios relativos ao 1º, 2º e 3º períodos de adesão e que não aderirem no prazo definido poderão aderir no 4º período.

§ 3º O Ministério da Saúde divulgará no período anterior ao prazo de adesão os Estabelecimentos de Saúde que poderão aderir ao Programa.

Art. 9º Para a adesão devem ser observados os seguintes procedimentos:

I - o Gestor Municipal/Estadual ou do Distrito Federal adere ao PMAQ- Maternidades em conjunto com as maternidades sob sua gestão, por meio do Termo de Compromisso e Adesão (TAC) (anexo II), disponibilizado pelo sistema eletrônico do PMAQ-Maternidades;

II - o Gestor Municipal/Estadual ou do Distrito Federal, após pactuar a adesão com as maternidades sob sua gestão, envia o TAC ao MS, assinado por ele e pelo Diretor da Maternidade, no prazo de até dois meses após abertura do sistema.

III - o gestor informa à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e à Comissão Intergestores Regional (CIR) as adesões das maternidades; e

IV - o gestor informa ao Conselho Municipal/Estadual/Distrital de Saúde sobre as adesões das maternidades ao Programa.

Parágrafo Único. Para os fins do disposto no inciso IV deste artigo, o Distrito Federal deve encaminhar informação sobre a adesão ao respectivo Conselho de Saúde.

Art. 10. A etapa II do Programa constitui-se no processo de autoavaliação pela Maternidade e elaboração do Plano de Ação para implementação das ações.

Art. 11. A autoavaliação deverá ser realizada no prazo máximo de dois meses, após o término do período de adesão, utilizando modelo de roteiro autoavaliativo disponibilizado pelo Programa (anexo III).

§ 1º O processo de autoavaliação na maternidade deve-se constituir como um espaço de reflexão e discussão, pela equipe, sobre a realidade local e deve ser entendido como uma ferramenta diagnóstica, cujas análises, realizadas de forma coletiva, serão insumos para a elaboração do Plano de Ação (anexo IV).

§ 2º A maternidade deve implementar as ações planejadas de acordo com o Plano de Ação, de forma a se preparar para a etapa III, de avaliação externa.

Art. 12. A etapa III, de avaliação externa, inicia-se seis meses após o prazo final do período de autoavaliação e será realizada pelo Ministério da Saúde, por meio de avaliadores/aferidores externos, que irão aferir o desenvolvimento de processos e produtos/resultados compatíveis com as diretrizes e boas práticas contempladas no PMAQ-Maternidades.

§ 1º A avaliação externa será realizada com base em um roteiro (anexo V) que contempla aspectos relacionados às diretrizes e boas práticas.

§ 2º Na primeira avaliação externa serão aferidos aspectos referentes à implementação das seguintes diretrizes e boas práticas priorizadas conforme segue:

I – Diretrizes priorizadas para o primeiro ciclo:

a) Acolhimento das necessidades de saúde da mulher/criança no momento de busca do serviço, com a finalidade da prestação de um cuidado resolutivo e humanizado;

b) classificação de Risco, seguindo critérios de priorização do atendimento com base na complexidade das necessidades e demandas; e

c) direito a acompanhante de livre escolha para a mulher durante toda a internação para o parto e para o recém-nascido, de risco, durante a internação.

II – Boas práticas priorizadas para o primeiro ciclo:

a) contato pele-a-pele imediato e ininterrupto entre a mãe e o bebê e estímulo ao aleitamento na primeira hora de vida; e

b) respeito à liberdade de movimento e encorajamento da posição não supina durante o trabalho de parto e parto.

§ 3º As maternidades na segunda e terceira avaliação externa serão avaliadas quanto a implementação e melhoria do desempenho relativo às diretrizes e boas práticas priorizadas, citadas no parágrafo 2º deste artigo, e, também, no que diz respeito a demais diretrizes e boas práticas especificadas no artigo 5º, incisos I e II.

§ 4º A proposta da priorização de diretrizes e boas práticas tem como objetivo imprimir um caráter incremental ao Programa e ao mesmo tempo dar possibilidade aos gestores e maternidades de gradualmente implementá-las.

§ 5º O Programa valorizará os esforços parciais empreendidos pelo serviço na implementação das mudanças em seu modelo de gestão e atenção, considerando e pontuando os resultados alcançados.

Art. 13. A etapa IV é o momento em que a maternidade receberá o resultado da aferição da avaliação externa, dependendo do desempenho alcançado, conforme os seguintes parâmetros:

<b>Desempenho alcançado na Avaliação Externa</b>	<b>Incentivo a receber</b>
0 a 20% dos pontos	Não receberá incentivo
21% a 40% dos pontos	40% do incentivo
41% a 60% dos pontos	60% do incentivo
61% a 80% dos pontos	80% do incentivo
81% a 100% dos pontos	100% do incentivo

§ 1º Na etapa IV a devolutiva do resultado ocorrerá via sistema eletrônico e, além de subsidiar informação para o incentivo financeiro, deve fomentar a elaboração de um novo Plano de Ação, dando início ao 2º ciclo do Programa, e assim, sucessivamente.

§ 2º A maternidade terá até cinco dias úteis para enviar recurso ao Ministério da Saúde, na eventualidade de discordância de alguma pontuação da aferição.

§ 3º A maternidade será avaliada semestralmente, após o primeiro ciclo avaliativo, até que se completarem três ciclos.

Art. 14. A maternidade que ao final da realização dos três ciclos avaliativos obtiver na terceira avaliação externa escore igual ou superior a oitenta por cento dos pontos totais, será certificada com o “Selo PMAQ-REDE CEGONHA” e passará a contar com incentivos agregados ao valor dos procedimentos de parto.

§ 1º A manutenção do referido Selo e dos incentivos estará condicionada aos resultados de avaliações bianuais.

§ 2º A maternidade que ao final da realização dos três ciclos avaliativos obtiver na terceira avaliação externa escore menor que oitenta por cento dos pontos totais, poderá solicitar processo de avaliação, nos períodos de avaliação das maternidades referidas no parágrafo primeiro deste artigo.

#### **CAPÍTULO 4 – DOS CRITÉRIOS DE DESLIGAMENTO DO PROGRAMA**

Art. 15. Os critérios para desligamento do Programa são:

§ 1º A maternidade que não informar a realização da autoavaliação em até dois meses, contados da adesão, será considerada automaticamente desligada do PMAQ-Maternidades.

§ 2º A maternidade que após a autoavaliação e recebimento dos trinta por cento do incentivo, apresentar requerimento de desligamento ao Gestor Municipal/Estadual/Distrital e este, por sua vez, apresentá-lo ao Ministério da Saúde, poderá desistir de participar do Programa, devendo ressarcir ao MS os recursos recebidos.

I - A maternidade poderá realizar nova adesão ao Programa no 4º período de adesão;

§ 3º A maternidade após a 1ª avaliação externa poderá se desligar do Programa sem a obrigação de devolver os recursos financeiros recebidos, desde que sua pontuação não tenha sido inferior a quarenta e um por cento.

§4º A maternidade que pertence à esfera administrativa Federal deverá apresentar o requerimento de desligamento ao seu respectivo gestor.

#### **CAPÍTULO 5 – DAS RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO**

Art. 16. As responsabilidades dos Entes Federativos em relação ao PMAQ-Maternidades são:

I - Responsabilidades do Ministério da Saúde:

- a) Disponibilizar os aplicativos informatizados para adesão, autoavaliação e avaliação externa;
- b) elaborar e apoiar a implementação de guias e manuais do Programa;
- c) contratar as Instituições de Ensino Superior para realização da avaliação externa;
- d) repassar os incentivos financeiros aos Fundos Municipais e Estaduais de Saúde;
- e) promover processos de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde das SES para operacionalização do Programa;
- f) desenvolver plataforma informatizada para fomentar espaços coletivos de discussão e trocas de experiências a partir da colaboração horizontal entre serviços;
- g) elaborar ferramentas de Educação à Distância (EAD), que instrumentalizem as equipes das gestões municipais e estaduais e gerentes e profissionais das maternidades para implantação das diretrizes e boas práticas, com gradual mudança dos modelos de gestão e atenção ao parto e nascimento;
- h) apoiar tecnicamente às SMS e SES no processo de implantação do Programa;
- i) informar às SMS e SES em tempo hábil o resultado das avaliações externas com os respectivos valores dos incentivos financeiros;
- j) monitorar, em conjunto com as SES e SMS, a execução do Programa, a implementação das diretrizes e boas práticas; e
- l) coordenar o processo de avaliação do Programa.

II - Responsabilidades das Secretarias Estaduais de Saúde (SES):

- a) Aderir ao Programa juntamente com as maternidades sob sua gestão;
- b) enviar o Termo de Adesão e Compromisso, assinado em conjunto com a maternidade sob sua gestão, ao MS por meio do sistema eletrônico do Programa, no prazo definido;
- c) incentivar as SMS e respectivas maternidades a aderirem ao Programa;
- d) fomentar a inclusão do PMAQ-Maternidades nas pautas da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Conselho Estadual de Saúde (CES) para divulgação, orientação e apoio técnico;
- e) prover apoio às SMS na implantação do Programa;
- f) atualizar os contratos das maternidades sob sua gestão, de acordo com as diretrizes e boas práticas do Programa, respeitando o disposto na Portaria nº 3410 de 30 de dezembro de 2013;
- g) promover processos de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde da SES, SMS e maternidades sob sua gestão para operacionalização do Programa;
- h) promover espaços de discussão e trocas de experiências a partir da colaboração horizontal entre serviços e gestores;
- i) repassar imediatamente os recursos recebidos pelo FES do FNS às maternidades sob sua gestão, que aderiram ao Programa;
- j) apoiar a implementação de guias e manuais do Programa pelas maternidades; e
- k) monitorar, em conjunto com o Ministério da Saúde e com as SMS, a execução do Programa, a implementação das diretrizes e boas práticas; e
- l) elaborar, pactuar e adotar estratégias para garantir a organização regional da atenção obstétrica e neonatal, seguindo as normativas vigentes, priorizando as regiões identificadas com vazio assistencial.

III - Responsabilidades das Secretarias Municipais de Saúde (SMS):

- a) Aderir ao Programa juntamente com as maternidades sob sua gestão;
- b) enviar o Termo de Adesão e Compromisso, assinado em conjunto com a maternidade sob sua gestão, ao MS por meio do sistema eletrônico do Programa, no prazo definido;
- c) incentivar as maternidades sob sua gestão a aderirem ao Programa;
- d) atualizar os contratos de gestão das maternidades sob sua gestão, de acordo com as diretrizes e boas práticas do Programa, respeitando o disposto na Portaria nº 3410 de 30 de dezembro de 2013;
- e) fomentar a inclusão do PMAQ-Maternidades nas pautas do Conselho Municipal de Saúde (CMS) para divulgação, orientação e apoio técnico;
- f) prover apoio às maternidades sob sua gestão na implantação do Programa;
- g) promover processos de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde da Secretaria e das maternidades para operacionalização do Programa;
- h) promover espaços de discussão e trocas de experiências a partir da colaboração horizontal entre serviços e gestores;

- i) repassar imediatamente os recursos recebidos, pelo FMS do FNS, às maternidades sob sua gestão, que aderiram ao Programa;
- j) apoiar a implementação de guias e manuais do Programa pelas maternidades; e
- k) monitorar, em conjunto com o Ministério da Saúde e com a respectiva SES, a execução do Programa, a implementação das diretrizes e boas práticas.

## **CAPÍTULO 6 – DOS INCENTIVOS FINANCEIROS**

Art. 17. Para implementação do Programa fica instituído o incentivo Financeiro do PMAQ-Maternidades.

§ 1º O incentivo financeiro do Programa será repassado em 4 parcelas:

I – as duas primeiras parcelas serão calculadas considerando os partos normais e cesarianos realizados no período de doze meses anteriores à adesão ao programa, de acordo com a produção informada no Sistema de Informações Hospitalares/SIH/DATASUS/MS:

- a) primeira parcela: trinta por cento na autoavaliação, de acordo com o disposto no artigo 11; e
- b) segunda parcela: até setenta por cento após a primeira avaliação externa, de acordo com os resultados, segundo o disposto no artigo 13.

II – as duas últimas parcelas serão calculadas considerando os partos normais e cesarianos realizados no período de doze meses anteriores à segunda avaliação externa, de acordo com a produção informada no Sistema de Informações Hospitalares/SIH/DATASUS/MS:

- a) terceira parcela: até cinquenta por cento após a segunda avaliação externa, de acordo com os resultados, segundo o disposto no artigo 13; e
- b) quarta parcela: até cinquenta por cento após a terceira avaliação externa, de acordo com os resultados, segundo o disposto no artigo 13.

§ 2º O cálculo do valor do incentivo financeiro será de R\$120,00 por procedimento de parto normal (código do procedimento: 0310010039) e R\$80,00 por procedimento de cesariana (código do procedimento: 0411010034).

§ 3º A diferença entre os valores do parto normal e da cesariana é utilizada pelo Programa como um indutor da redução da taxa de cirurgia cesariana.

Art. 18. O Incentivo do Programa será repassado pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e/ou Municipais de Saúde, que aderirem ao PMAQ-Maternidades, cabendo ao gestor de saúde responsável o repasse dos recursos à maternidade, de acordo com a legislação vigente.

Parágrafo Único. O incentivo financeiro de que trata esta Portaria poderá ser empregado em custeio e/ou em investimentos para a qualificação da atenção obstétrica e neonatal.

## **CAPÍTULO 7 – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Art. 19. As maternidades que aderirem ao Programa terão acesso à espaços coletivos de discussão e de trocas de experiências a partir da colaboração horizontal entre serviços, fomentado pelo Ministério da Saúde, bem como a ferramentas de Educação à Distância (EAD), entre outras estratégias de apoio a serem definidas e implementadas.

Art. 20. O Ministério da Saúde irá desenvolver uma sistemática de monitoramento da implementação do Programa, articulando análises dos dados coletados nos sistemas informatizados específicos do PMAQ-Maternidades e dos relatórios provenientes das avaliações externas. Além disso, serão monitorados indicadores de saúde com base nos sistemas do DATASUS vigentes.

Parágrafo Único. O Monitoramento terá como objetivo subsidiar ajustes e correções na implementação do Programa.

Art. 21. Os recursos orçamentários de que trata esta Portaria são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 - PO – 0004 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade – MAC.

Art. 22. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ARTHUR CHIORO

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS EM SAÚDE**

**Programa de Qualificação da Gestão e da Atenção ao Parto e Nascimento - PMAQ –  
Maternidades**

**ANEXO V**

**TERMO DE ADESÃO E COMPROMISSO (TAC)**

**PMAQ Maternidades no Contexto da Rede Cegonha**

A redução da mortalidade materna e infantil continua sendo um grande desafio para o Brasil, notadamente para o SUS. É evidente a necessidade de intensificar os esforços para atingir a meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio para a redução em três quartos da razão da mortalidade materna em 2015 – atingindo um valor igual ou inferior a 35 óbitos maternos por grupos de 100 mil nascidos vivos. Em relação à mortalidade infantil a meta é diminuir em 2/3, o que corresponde a 15,7 óbitos para os grupos de 1000 nascidos vivos.

Por meio da estratégia da Rede Cegonha, lançada em 2011, o Ministério da Saúde vem reforçando as ações para intensificar e qualificar a assistência integral à saúde de mulheres e crianças, desde o planejamento reprodutivo, passando pela confirmação da gravidez, pré-natal, parto, pós-parto, até o segundo ano de vida da criança.

Instituída pela portaria nº 1459/GM/MS/2011, a Rede Cegonha apresenta quatro componentes: Pré-natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção à Saúde da Criança e Sistema Logístico. Por meio desses componentes, as maternidades de alto risco das regiões de saúde, recebem custeio para ampliação e qualificação de leitos para as gestantes de alto risco “GAR”, para unidades de terapia intensiva neonatal “UTIN”, unidade de cuidado intermediário convencional “UCINco” e canguru “UCINca”, como também a disponibilização de recursos para adequação de ambiência dos locais de parto, implantação e custeio de Centro de Parto Normal “CPN” e Casa de Gestante, Bebê e Puérpera “CGBP”.

A Rede Cegonha também tem como uma de suas ações estimular o intercâmbio de conhecimento de experiências consideradas exitosas na humanização do parto e nascimento. Neste sentido, investe na implementação de Centros de Apoio ao Desenvolvimento de Boas Práticas na Atenção Obstétrica e Neonatal para contribuir na qualificação de outros serviços.

Os investimentos da Rede Cegonha, num primeiro momento, se concentraram em maternidades de alto risco. No entanto, 3.337 serviços de saúde realizam partos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), atualmente, sendo que o número de partos por ano varia de 01 a 10.108 entre os serviços. Destes, são 1.416 estabelecimentos que realizam 200 ou mais partos por ano, que se responsabilizam por 93% dos partos registrados no país, e 253 estabelecimentos que realizam 50 a 199 partos e possuem 50 ou mais leitos, o que corresponde a 8%.

Esses serviços em sua maioria são responsáveis por partos de risco habitual, estão dispersos no território nacional e apresentam grandes diversidades como: estabelecimentos que são hospitais gerais, maternidades ou unidades mistas; variando de pequeno à grande porte; a gestão podendo ser municipal, estadual, federal ou dupla; variadas naturezas jurídicas e características específicas por região ou por estado.

Para efeito deste Programa de Qualificação da Gestão e Atenção ao Parto e Nascimento, todos esses estabelecimentos serão nomeados como maternidades.

Na perspectiva de ampliar sua efetividade, a Rede Cegonha apresenta então, o Programa de Qualificação da Gestão e da Atenção ao Parto e Nascimento. Esse programa é destinado às maternidades de risco habitual que realizam 50 ou mais partos por ano pelo SUS.

O Programa propõe incentivos financeiros a essas maternidades, mediante adesão voluntária e pactuação de compromissos. O incentivo será no valor de R\$120,00 por procedimento (código do procedimento: 0310010039) e R\$80,00 por procedimento de cesariana (código do procedimento: 0411010034), calculado a partir da produção do ano anterior (fonte: Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS/DATASUS).

O incentivo deve ser utilizado integralmente na qualificação da maternidade. A diferença entre os valores do parto normal e da cesariana é utilizada pelo Programa como indutor da redução da taxa de cirurgia cesariana.

Este programa, como parte da Rede Cegonha, visa à qualificação da gestão e da atenção ao parto e nascimento e tem como objetivo geral incentivar medidas de melhoria do acesso e da qualidade do cuidado, com vistas a ampliar a efetividade da atenção obstétrica e neonatal nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) que realizam 50 ou mais partos por ano. Visa, então, implementar estratégias de melhoria do acesso e da qualidade do cuidado, buscando ampliar a efetividade da atenção obstétrica e neonatal e como objetivos específicos:

- Instituir mecanismos de fomento de mudanças do modelo de gestão e de atenção obstétrica e neonatal, visando a ampliação e a qualificação do acesso, o aumento de resolubilidade e o fortalecimento dos processos participativos de inclusão e corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomentar a adoção das Boas Práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento" (anexo I), garantindo a segurança da gestante e do recém-nascido e a atenção humanizada.

O PMAQ-Maternidades toma como base um conjunto de **Diretrizes** e de condutas ou procedimentos compreendidos como **Boas Práticas**. Tais Diretrizes e Boas Práticas são norteadas pela Política Nacional de Humanização e pelas Portarias que regulamentam a RC.

Diretrizes:

- a) Acolhimento das necessidades de saúde da mulher/criança no momento de busca do serviço, com a finalidade da prestação de um cuidado resolutivo e humanizado;
- b) classificação de Risco, seguindo critérios de priorização do atendimento com base na complexidade das necessidades e demandas;
- c) direito a acompanhante de livre escolha para a mulher durante toda a internação para o parto e para o recém-nascido de risco, durante a internação;
- d) vigilância e monitoramento da qualidade da atenção e das condições de saúde, por meio de indicadores de morbimortalidade materno-neonatal;
- e) valorização da ambiência, segundo as normas e legislação vigentes; e
- f) gestão participativa e compartilhada na maternidade, buscando aumentar o grau de corresponsabilização entre usuários/acompanhantes, trabalhadores e gestores.

Boas Práticas, baseadas no documento da OMS:

- a) Oferta à mulher e ao acompanhante de informações e orientações relacionadas ao processo de parto;
- b) utilização do partograma para monitoramento cuidadoso do trabalho de parto;
- c) oferta de suporte físico e emocional contínuo para a mulher no trabalho de parto e parto, por profissional de saúde, doulas e/ou acompanhantes;
- d) oferta de líquidos via oral durante o trabalho de parto e parto;
- e) oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto;
- f) respeito à liberdade de movimento e encorajamento da posição não supina durante o trabalho de parto e parto;
- g) restrição do uso rotineiro de amniotomia, ocitocina ou misoprostol para aceleração do trabalho de parto e restrição da realização rotineira da episiotomia;



- h) restrição do uso rotineiro de aspiração da orofaringe e da nasofaringe do recém-nascido;
- i) contato pele-a-pele imediato e ininterrupto entre a mãe e o bebê e estímulo ao aleitamento na 1ª hora de vida;
- j) clampeamento oportuno do cordão umbilical, isto é, após parada dos batimentos, salvo contraindicações; e
- l) vigilância do terceiro período do parto.

*Para maiores informações acessar: [www.saude.gov/redecegonha](http://www.saude.gov/redecegonha)*

Neste Termo de Adesão e Compromisso e nos instrumentos executivos que compõe o Programa, essas diretrizes encontram-se detalhadas, buscando-se explicitar os compromissos a elas associadas.

O processo de adesão terá os seguintes passos:

- I - O Gestor Municipal/Estadual do Distrito Federal adere ao PMAQ Maternidades em conjunto com as maternidades sob sua gestão, por meio do Termo de Compromisso e Adesão, disponibilizado pelo Sistema eletrônico do PMAQ Maternidades.
- II - O Gestor Municipal/Estadual/ Distrito Federal, após pactuar com os EAS sob sua gestão, e coletar as assinaturas dos Diretores desses Estabelecimentos, enviará por via eletrônica ao Ministério da Saúde (MS) o Termo de Compromisso e Adesão (TAC), conforme modelo disponibilizado, devidamente assinado e no prazo estabelecido;
- III - O gestor informa a CIB (Comissão Intergestores Bipartite) CIB e a Comissão Intergestores Regional - CIR as adesões dos EAS.
- IV - O gestor informa ao Conselho Municipal/Estadual/Distrital ou Nacional de Saúde sobre as adesões dos EAS ao Programa.

**TERMO DE ADESÃO E COMPROMISSO (TAC)**

**GESTOR DE SAÚDE - Municipal/Estadual/Distrito Federal**

UF: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Código do IBGE: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

O Secretário (Municipal/Estadual/Distrito Federal) de Saúde do (nome do município/estado) \_\_\_\_\_

Senhor(a) \_\_\_\_\_,

CPF: \_\_\_\_\_, firma o presente Termo de Adesão e Compromisso, com vistas à realização de ações descritas a seguir.

O gestor Municipal/Estadual ou do Distrito Federal de Saúde autoriza a(s) maternidade (s) sob sua responsabilidade a aderirem ao PMAQ –Maternidades.

No ato da adesão o gestor de saúde assume em conjunto com a(s) maternidade(s) os compromissos para desenvolvimento de processos de qualificação da atenção e gestão do parto e nascimento.

O gestor de saúde compromete-se a incentivar e apoiar a(s) maternidade(s) em seu processo de qualificação e articular as ações que necessitam do trabalho em rede.

O gestor de saúde compromete e se responsabiliza a repassar os incentivos financeiros destinados a cada maternidade de acordo com valor referido em portaria específica.

Relação de Maternidades vinculadas e com perfil (Risco habitual e Produção anual de partos/ano igual ou maior 50) pra adesão.

**TERMO DE ADESÃO E COMPROMISSO**

**Gestor(a) /Diretor(a) da Maternidade**

UF: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
 Código do IBGE: \_\_\_\_\_  
 CNPJ: \_\_\_\_\_.

O(a) Diretor(a) da Maternidade \_\_\_\_\_,  
 Senhor(a) \_\_\_\_\_,  
 CPF: \_\_\_\_\_ firma o presente Termo de Adesão e compromisso, com vistas à realização de ações para Qualificação da Gestão e da Atenção ao Parto e Nascimento.

Ao aderir ao programa, a Maternidade se compromete a constituir um Colegiado Gestor ou outro dispositivo de gestão colegiada da Maternidade que será responsável pela construção, condução e acompanhamento avaliativo de um Plano de Ação para operacionalização das responsabilidades assumidas neste Termo de Adesão e Compromisso e enumeradas no Anexo a este Termo.

Após a adesão, a Maternidade terá até dois meses para elaborar um diagnóstico a respeito das fragilidades e potencialidades da maternidade em relação às 5 diretrizes, dispositivos e Boas Práticas do PMAQ Maternidades, orientando-se pelo “Instrumento de Auto Avaliação”. Com a realização desta etapa e inserção no sistema, a maternidade fará jus a 30% do incentivo previsto. Em seguida, o serviço deverá elaborar o seu Planejamento conforme o “Instrumento de Plano de Ação” (Anexo IV do documento base do Programa).

Após 8 (oito) meses da assinatura deste Termo ocorrerá a primeira Avaliação Externa, realizada pelo Ministério da Saúde, em parceria com Instituições de Ensino Superior, na maternidade, quando será analisado o desenvolvimento do Plano de Ação e os resultados de desempenho alcançados, tomando por base as diretrizes e metas estipuladas nesse Termo de Adesão e Compromisso. A metodologia de análise da avaliação externa tem como objetivo valorizar todo o esforço empreendido pelo serviço no processo de mudança do modelo de gestão e atenção. Neste sentido, serão considerados os resultados parciais alcançados. Após a Avaliação Externa a Maternidade fará jus ao restante do incentivo (70%), dependendo do desempenho alcançado, conforme parâmetros descritos no quadro seguinte:

<b>Desempenho alcançado na Avaliação Externa</b>	<b>Incentivo a receber</b>
0 a 20% dos pontos	Não receberá incentivo
21% a 40% dos pontos	40% do incentivo
41% a 60% dos pontos	60% do incentivo
61% a 80% dos pontos	80% do incentivo
81% a 100% dos pontos	100% do incentivo

## **ANEXO AO TAC COMPROMISSOS ASSUMIDOS**

COMPROMETE-SE a Maternidade e o Município/Estado/Distrito Federal, subscritos acima, com o desenvolvimento de processos para a Qualificação da Gestão e da Atenção ao Parto e Nascimento, a partir da assinatura deste Termo de Adesão e Compromisso, iniciando a implantação das seguintes ações que refletem as diretrizes deste Programa:

I. Elaboração do Plano de Ação a partir da auto avaliação da Maternidade, da análise da oferta de serviços e necessidades de saúde do território e das portarias que regulamentam a Rede Cegonha. (Ver Instrumentos de Auto-Avaliação e Plano de Ação elaborados para este Programa)

II. Constituição de mecanismos de gestão participativa, garantindo o funcionamento do:

- Colegiado Gestor ou outro dispositivo de gestão colegiada da Maternidade, que será responsável pela construção, condução e acompanhamento avaliativo do Plano de Ação.
- Conselho Local de Saúde ou o acompanhamento, na Maternidade, de um representante do Conselho Municipal de Saúde.
- Mecanismos de escuta das usuárias e dos trabalhadores, como: ouvidoria, caixas de sugestões e pesquisas de satisfação dentre outras.

III. Organização coletiva dos processos de trabalho a partir da elaboração, com toda a equipe envolvida, dos Contratos Internos de Gestão ou outro dispositivo de contratualização interna que considere os objetivos e metas a serem alcançadas em cada setor da Maternidade.

IV. Acolhimento das gestantes e realização de classificação de risco e vulnerabilidade;

V. Participação de gestores e equipes da Maternidade na definição do Mapa de Vinculação da gestante (entre os serviços de pré-natal e de referência para o parto), assegurando que as mulheres sejam informadas no pré-natal sobre a maternidade de referência/vinculação para o parto.

VI. Organização do serviço para realização da visita da gestante, antes do parto, à Maternidade, articulado com a atenção básica.

VII. Efetivação da gestão de leitos através da organização dos processos de trabalho que visem à otimização do uso dos leitos de internação, com a realização da alta no momento correto e seguindo prazos protocolados para garantia de “Vaga Sempre” para a gestante e bebê;

VIII. Encaminhamento responsável da gestante e/ou recém-nascido, caso não haja vaga na Maternidade, depois de realizado o primeiro atendimento e/ou em caso de necessidade de transferência para serviço de maior complexidade (conforme apontado pela classificação de risco obstétrico, realizada);

IX. Incentivo e garantia, durante todo o período da internação para o parto, da presença de acompanhante de livre escolha da mulher;

X. Garantia, durante todo o período da internação, da presença de acompanhante para o recém-nascido nos períodos de internação para tratamento.

XI. Atuação em consonância com o que vem sendo definido como Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, a partir dos referenciais da Organização Mundial de Saúde/OMS1, Organização Pan-Americana da Saúde/OPAS2 e Ministério da Saúde do Brasil, especialmente pela Rede Cegonha e Política Nacional de Humanização, garantindo dentre outros:

- Oferta à mulher e ao acompanhante de todas as informações que solicitarem e orientações necessárias para a boa compreensão do processo do parto, de maneira respeitosa e empática;
- Acompanhamento do bem estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto e parto;
- Utilização do partograma para acompanhar o trabalho de parto;
- Acompanhamento de doulas às gestantes durante o trabalho de parto e parto;

- Oferta de líquidos via oral durante o trabalho de parto e parto;
- Oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto;
- Respeito à liberdade de movimento e encorajamento da posição não supina durante o trabalho de parto e parto;
- Restrição do uso rotineiro de amniotomia, ocitocina ou misoprostol para aceleração do trabalho de parto e restrição da realização rotineira da episiotomia;
- Garantia de intervenções (fórceps, vácuo extrator e analgesia), caso seja necessário, avaliando os riscos e benefícios e informando a mulher e seu acompanhante;
- Restrição do uso rotineiro de aspiração da orofaringe e da nasofaringe do recém-nascido;
- Contato pele a pele imediato e ininterrupto entre a mãe e o bebê, mantendo o recém-nascido sempre seco e aquecido e realizando as avaliações e os procedimentos necessários sem interferir neste contato;
- Estímulo ao aleitamento na 1ª hora de vida;
- Clampeamento tardio do cordão umbilical, isto é, após parada dos batimentos das artérias umbilicais;
- Vigilância do terceiro período do parto.

XII. Capacitação dos trabalhadores em Boas Práticas de Atenção ao Parto Nascimento, considerando metodologias propícias como: rodas de estudos, seminários, reuniões clínicas e tele- educação.

XIII. Análises enfocando os tipos de parto realizados na Maternidade e criação de mecanismos para redução dos índices de cesarianas consideradas desnecessárias, seguindo-se indicações clínicas.

XIV. Assegurar a alta hospitalar responsável articulada com a atenção básica da área de abrangência, considerando:

- Comunicação do parto para a Unidade Básica de referência da puérpera antes da alta;
- Sumário/relatório de alta completo entregue à puérpera;
- Referenciamento para atenção básica;
- Referenciamento para consulta especializada e exames complementares, quando necessário para a mulher e o bebê;
- Receituário e medicamentos, se necessários, até a 1ª consulta de pós-parto na atenção básica.

XV. Elaboração coletiva do projeto de qualificação da ambiência apropriada para o parto e nascimento, conforme a RDC 36.

XVI. Organização de mecanismos de discussão dos agravos relacionados ao parto e nascimento, com rotinas de notificação para análise e tomada de decisões corretivas.

#### ANEXO IV – PLANO DE AÇÃO

Nome da Maternidade: \_\_\_\_\_  
CNES: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Data da elaboração : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Nome e categoria/função dos profissionais que participam da elaboração deste Plano de Ação.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Seguindo os princípios gerais da Rede Cegonha, o planejamento de ações para a Qualificação da Gestão e Atenção ao Parto e Nascimento deve ser uma atividade desenvolvida coletivamente, buscando a corresponsabilização entre gestores e trabalhadores dos serviços. Nesse sentido, reafirma-se a perspectiva do Colegiado Gestor da Maternidade ou outro dispositivo de gestão colegiado materno infantil com a atribuição de articular e conduzir as avaliações e planejamentos.

Na composição do Plano de Ação neste Programa de Qualificação da Gestão e Atenção ao Parto e Nascimento recomenda-se o uso do roteiro descrito adiante, devendo-se considerar a análise do contexto da Maternidade e sua inserção no território, na região de saúde e na Rede Cegonha e o diagnóstico situacional da atenção ao parto e nascimento, tomando como base as diretrizes e dispositivos prioritizados no “Instrumento de Auto-Avaliação da Maternidade”.

Recomendam-se alguns passos para o planejamento das ações. Para cada dispositivo analisado:

- Elencar os principais problemas identificados na sua implantação ou aprimoramento.
- Selecionar os problemas prioritários a serem enfrentados.
- Mapear as causas dos problemas selecionados para potencializar a proposição de ações.
- Elaborar o plano de ação, com base no Roteiro apresentado a seguir, identificando as ações estratégicas para superação dos problemas prioritários, os responsáveis e prazos de execução.
- Ampliar a pactuação do plano de ação com as equipes dos diferentes setores do Serviço.
- Definir as estratégias de monitoramento e avaliação das ações a serem implantadas.

#### PLANO DE AÇÃO

Diretrizes e Dispositivos	Ações	Responsável	Cronograma
1-Acolhimento das necessidades de saúde da mulher/criança no momento de busca do serviço, com afinidade da prestação de um cuidado resolutivo e humanizado 1.1 Acolhimento com classificação de risco			
2- Classificação de risco, seguindo critérios de priorização do atendimento com base na complexidade das necessidades e demandas			
3- Direito a acompanhante de livre escolha para a mulher durante toda a internação para o parto e para o recém-nascido de risco, durante a internação			
4- Vigilância e monitoramento da qualidade da atenção e das condições de saúde, por meio de indicadores de morbimortalidade materno- neonatal. 4.1: Monitoramento de indicadores da qualidade da atenção ao parto nascimento;			
5-Valorização da ambiência, segundo as normas e legislação vigentes 5.1-Ambiência adequada às boas práticas de atenção ao parto e nascimento			

Diretrizes e Dispositivos	Ações	Responsável	Cronograma
6- Gestão participativa e compartilhada na maternidade, buscando aumentar o grau de corresponsabilização entre usuários/acompanhantes, trabalhadores e gestores. 6.1- Colegiado Gestor da Maternidade ou da unidade e/ou outros dispositivos de gestão colegiada. 6.2- Mecanismos de escuta das usuárias e dos trabalhadores			
Boas Práticas	Ações	Responsável	Cronograma
<b>Boas Práticas</b> na atenção ao parto e nascimento 1: Boas práticas na atenção à mulher no trabalho de parto, parto e pós-parto e ao recém-nascido			