



**PROJETO DE IMPLANTAÇÃO
DA REDE CEGONHA**

**REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE
TRIÂNGULO DO NORTE**

ABRIL/2014

Sumário

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 4 |
| 2. OBJETIVO GERAL | 5 |
| 2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 5 |
| 3. REGIÕES DE SAÚDE DE MINAS GERAIS E A PROPOSTA DE REDE VIVA VIDA/CEGONHA | 5 |
| Figura 1 - Minas Gerais: Divisão Assistencial por Macrorregião | 6 |
| Figura 2 – Municípios da Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte | 7 |
| Tabela 1 - Relação de Regiões de Saúde da Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte. | 8 |
| Tabela 2: Lógica para constituição da Rede Viva Vida | 9 |
| Tabela 5 - Relação de maternidades de risco habitual e alto risco por Regiões de Saúde da Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte. | 13 |
| Tabela 6 - Relação de locais para realização de pré-natal de alto risco das Regiões de Saúde da Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte. | 15 |
| 4 - FASES DE IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA | 17 |
| 5 - ORGANIZAÇÃO DA REDE CEGONHA | 17 |
| 5.1 - COMPONENTE PRÉ-NATAL | 17 |
| 5.2 - COMPONENTE PARTO E NASCIMENTO | 18 |
| 5.3 - COMPONENTE PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA. | 18 |
| 5.4 - COMPONENTE SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO | 19 |
| 6 - REGULAÇÃO DO ACESSO DOS PACIENTES DE ALTO RISCO | 19 |
| 6.1 - FLUXO DE ATENDIMENTO DA GESTANTE | 21 |
| 6.2 - FLUXO DE ATENDIMENTO DE GESTAÇÃO DE RISCO HABITUAL | 22 |
| 6.3- FLUXO DE ATENDIMENTO DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO | 23 |
| 6.4 - FLUXO GERAL | 24 |
| 7. DIAGNÓSTICO ATUAL (MATRIZ) | 28 |
| 7.1 INDICADORES DE MORTALIDADE E MORBIDADE | 28 |
| Tabela 9 - Indicadores de Morbidade e Mortalidade para cada município que constitui a Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte. | 29 |
| 7.2 INDICADORES DE ATENÇÃO | 32 |
| Tabela 10 - Indicadores relacionados à atenção à saúde de cada município que constitui a Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte. | 32 |
| Tabela 11- Coberturas Vacinais para os menores de 01 ano e 01 ano, por município que constitui a Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte, ano 2012. | 35 |
| Tabela 11- Coberturas Vacinais para os menores de 01 ano e 01 ano, por município que constitui a Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte, ano 2012.(cont.) | 36 |
| 7.3 INDICADORES DE GESTÃO | 37 |
| 7.3.1 - PDR atualizado | 37 |
| 7.3.2 - PPI atualizada | 40 |
| 7.3.3 - Implantação de ouvidorias do SUS no estado e capital | 41 |

| | |
|---|---------------------|
| 8. PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA NA MICRORREGIÃO | 42 |
| <i>Tabela 12 - Proposta de Vinculação entre Maternidades de referência para Alto Risco na Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte</i> | 43 |
| <i>Tabela 13 - Proposta de Vinculação entre Maternidades de referência para Risco Habitual na Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte</i> | 44 |
| <i>Tabela 14 - Pontos de Atenção à Saúde Materno Infantil da Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte, 2013.</i> | 46 |
| 9. PRÁTICAS DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS: CATEGORIA A | Erro! Indica |
| 9.1- Para as Instituições: Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e Hospital e Maternidade Municipal de Uberlândia | |
| 9.2- Para a Instituição: Santa Casa de Misericórdia de Patrocínio | |
| 9.3- Para a Instituição: Santa Casa de Misericórdia de Araguari | |
| REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA | 533 |
| Anexo I Relatório analítico do fluxo de gestantes e recém nascidos para a Região Ampliada Triângulo Norte | |
| Anexo II – Planilha de Investimento | |
| <i>Anexo III –Plano de ação Rede Viva Vida / Rede Cegonha da Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte</i> | |

1. INTRODUÇÃO

A redução da mortalidade materna e infantil é um dos maiores desafios que se coloca aos países em desenvolvimento. No Brasil, as políticas públicas em saúde têm reduzido estes índices, especialmente nas duas últimas décadas. Entretanto, novos desafios são colocados para que se possa reduzir ainda mais a mortalidade materno-infantil.

Nos avanços ocorridos o acesso ao pré-natal atinge grande maioria das gestantes no País, porém a qualidade dessa atenção ainda não é satisfatória. Os serviços de apoio diagnóstico ainda necessitam de melhoria para constituição de uma rede que garanta acesso e resultados em tempo oportuno.

As mulheres ainda peregrinam em busca do local para realizarem o parto e muitos serviços ainda não utilizam as boas práticas para assistência ao parto e nascimento preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1996.

Dentro desse contexto e, considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e da assistência à criança, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM nº. 1.459 de 24 de junho de 2011, que institui a **Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)** estabelecendo diretrizes para implantação e organização desta rede.

O Estado de Minas possui como rede prioritária a Rede Viva Vida que propõe a organização da rede de atenção em processos descentralizados, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas distribuídas de forma a resultar em eficiência, efetividade e qualidade dos serviços. Economia de escala, grau de escassez de recursos e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde determinam a organização racional desta rede.

Neste contexto em cada um dos territórios de saúde (município, microrregião e macrorregião), conforme o Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG 2003 - 2006), os pontos de atenção serão distribuídos de acordo com a densidade tecnológica de cada nível de atenção.

O projeto de organização da Rede Cegonha na Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte visa constituir a linha atenção às gestantes e crianças até dois anos promovendo a integralidade do cuidado nos diversos pontos de atenção que constituem esta rede.

Apresentaremos a seguir o diagnóstico situacional da atenção à mulher e à criança na Região Ampliada de Saúde de Triângulo do Norte e a proposta de reestruturação desta rede na região de saúde tendo como norteador as diretrizes da Rede Viva Vida/Rede Cegonha, dentre elas a proposta de mudança deste modelo de atenção, buscando impactar numa mudança da cultura em nossa região que possibilite à mulher e à família vivenciar a experiência do parto e do nascimento como um momento de extrema beleza e de forma segura.

2. OBJETIVO GERAL

Implantar e implementar a Rede Cegonha no Estado de Minas Gerais na Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reorganizar a rede de atenção à saúde da mulher e da criança na Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte segundo diretrizes da Rede Viva Vida/Rede Cegonha;
- Garantir vinculação da gestante, puérpera e criança de zero a vinte e quatro meses aos níveis de atenção;
- Reduzir a mortalidade materna e infantil.

3. REGIÕES DE SAÚDE DE MINAS GERAIS E A PROPOSTA DE REDE VIVA VIDA/CEGONHA

O Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG 2011) dividiu o Estado de Minas Gerais em 13 Macrorregiões e 77 Microrregiões (Figura 1). A Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte é constituída em sua área de abrangência por 27 municípios (PDR/MG 2013) totalizando **1.200.794 habitantes** (IBGE 2012) representando 6% da população de Minas Gerais, agrupados em 03 Regiões de Saúde. São elas: Uberlândia/Araguari, Patrocínio/Monte Carmelo e Ituiutaba, sendo os municípios de

Uberlândia, Patrocínio e Ituiutaba definidos como pólo da região de saúde (Figura 2). Cada Região de Saúde possui um município pólo, descritos na Tabela 1.

Fiaura 1 - Minas Gerais: Divisão Assistencial por Macrorregião



3.1- A REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE TRIÂNGULO DO NORTE

Figura 2 – Municípios da Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte

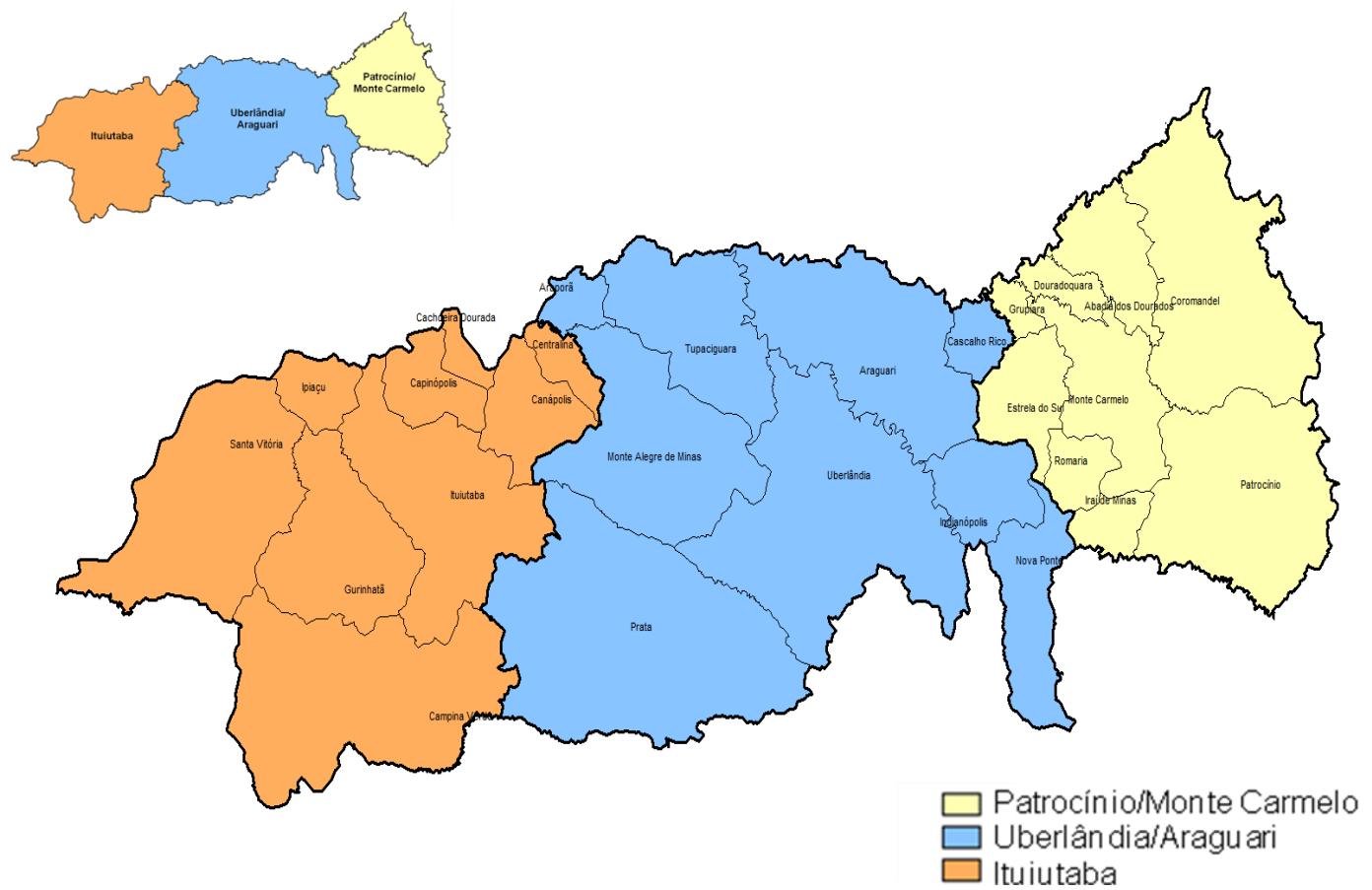


Tabela 1 - Relação de Regiões de Saúde da Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte.

| Região de Saúde | Municípios | Municípios | População (IBGE, 2012) | Nascidos Vivos (SINASC 2012) |
|--------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|------------------------|------------------------------|
| | Sede | | | |
| Uberlândia/ Araguari | Araguari e Uberlândia | Araguari | 110.983 | 1.425 |
| | | Araporã | 6.271 | 96 |
| | | Cascalho Rico | 2.893 | 23 |
| | | Indianópolis | 6.312 | 66 |
| | | Monte Alegre de Minas | 19.863 | 240 |
| | | Nova Ponte | 13.314 | 174 |
| | | Prata | 26.139 | 325 |
| | | Tupaciguara | 24.350 | 178 |
| | | Uberlândia | 619.536 | 8.825 |
| | | Total Uberlândia/Araguari | 864.599 | 11.352 |
| Patrocínio/ Monte Carmelo | Monte Carmelo e Patrocínio | Abadia dos Dourados | 6.743 | 68 |
| | | Coromandel | 27.562 | 283 |
| | | Douradoquara | 1.850 | 16 |
| | | Estrela do Sul | 7.532 | 92 |
| | | Grupiara | 1.373 | 11 |
| | | Iraí de Minas | 6.553 | 94 |
| | | Monte Carmelo | 46.055 | 597 |
| | | Patrocínio | 83.882 | 1.186 |
| | | Romaria | 3.575 | 38 |
| | | Total Patrocínio/Monte Carmelo | 191.731 | 2.385 |
| Ituiutaba | Ituiutaba | Cachoeira Dourada | 2.536 | 26 |
| | | Campina Verde | 19.358 | 194 |
| | | Canápolis | 11.476 | 128 |
| | | Capinópolis | 15.424 | 164 |
| | | Centralina | 10.271 | 19 |
| | | Gurinhatã | 6.025 | 39 |
| | | Ipiaçu | 4.120 | 41 |
| | | Ituiutaba | 98.392 | 1.230 |
| | | Santa Vitória | 18.406 | 252 |
| | | Total Ituiutaba | 192.533 | 2.093 |
| Triângulo do Norte | Triângulo do Norte | Total | 1.248.863 | 15.830 |

Fonte – PDR-MG/2011.

As microrregiões e macrorregiões constituem os territórios sanitários onde a rede integrada deve ser constituída promovendo resolutividade para os níveis de atenção secundária e terciária, respectivamente nesses territórios, segundo a proposta do PDR. A atenção à saúde da mulher e da criança a Rede Viva Vida foi constituída nesta lógica da territorialização com objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil em Minas Gerais.

Tabela 2: Lógica para constituição da Rede Viva Vida

| Nível de Atenção | Pontos de Atenção à saúde | | | Território Sanitário |
|----------------------------|--------------------------------------|------------------|---|----------------------|
| Atenção Terciária à Saúde | Maternidade de alto Risco terciária | Casa da Gestante | Unidade de Internação Pediátrica de Nível Terciário | Macrorregião |
| Atenção Secundária à Saúde | Maternidade de Alto Risco Secundária | Centro Viva Vida | Unidade de Internação Pediátrica | Microrregião |
| | Maternidade de Risco Habitual | | | Município |
| Atenção Primária à Saúde | Parteira Tradicional | | | Município |
| | Unidade Básica /Equipe ESF | | | Área de abrangência |
| | Agente Comunitário de Saúde | | | Micro-área |

Fonte: Manual do Plano Diretor da Atenção Primária /SES-MG

Tabela 3: Pontos de atenção ambulatoriais e hospitalares que devem ser referência para o pré-natal e o parto nos diversos estratos de risco da gestação

| Estrato de Risco Gestacional | Pré-Natal | Parto |
|-------------------------------------|---|---------------------------------|
| Risco Habitual | Unidade básica de saúde | Maternidade de Risco Habitual |
| Risco Médio | Unidade Básica de Saúde | Maternidade de Risco Habitual |
| Alto Risco | Unidade Básica de Saúde + Centro de Referência me Atenção Secundária/Serviços de Referência para Gestação de Alto Risco | Maternidade de Alto Risco |
| Muito Alto Risco | Unidade Básica de Saúde + Centro de Referência me Atenção Secundária/Serviços de Referência para Gestação de Alto Risco + Serviço de Medicina Fetal | Maternidade de Muito Alto Risco |

A tipologia das maternidades ou das unidades perinatais e suas respectivas competências estão descritas na tabela 4, e seguem os mesmos critérios de estratificação de risco que definem os pontos de atenção à saúde e os fluxos assistenciais para o parto.

Tabela 4: Tipologia das unidades perinatais

| Tipologia | Descrição |
|-------------------------------------|--|
| Maternidade de Risco Habitual (MRH) | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vigilância e cuidado a todas as gestantes admitidas, segundo os protocolos clínicos implantados na instituição <input type="checkbox"/> Realização de acolhimento e classificação de risco da gestante <input type="checkbox"/> Identificação das gestantes com maior nível de gravidez, estabilização e transferência para maternidade de maior complexidade <input type="checkbox"/> Utilização do partograma para monitoramento do trabalho de parto <input type="checkbox"/> Prestação de assistência à parturiente com problemas não previsíveis que ocorrem durante o parto e o nascimento <input type="checkbox"/> Capacidade para realização de cesárea após 30 minutos da indicação médica <input type="checkbox"/> Disponibilidade de anestesia, radiologia, ultrassonografia, laboratório e serviço de banco de sangue 24 horas <input type="checkbox"/> Assistência às condições pós-parto <input type="checkbox"/> Assistência neonatal ao nascimento com um profissional capaz dos procedimentos de reanimação e um profissional facilmente alcançável, competente para todos os procedimentos de reanimação <input type="checkbox"/> Ressuscitação e estabilização de todos os recém-nascidos <input type="checkbox"/> Alojamento conjunto para todas as mães e os recém-nascidos clinicamente estáveis <input type="checkbox"/> Disponibilização de leitos neonatais de apoio para assistir e estabilizar recém-nascidos prematuros ou doentes antes da transferência para uma Unidade Neonatal <input type="checkbox"/> Regulação e transferência do neonato prematuro ou doente para a UNN <input type="checkbox"/> Registro de dados e monitoramento da assistência <input type="checkbox"/> Programas de melhoria da qualidade incluindo medidas de segurança do paciente <input type="checkbox"/> Observação: poderão ser selecionadas, após avaliação, algumas maternidades de risco habitual que tenham capacidade para atendimento de neonatos prematuros tardios, entre 34 e 36 semanas |
| Maternidade de Alto Risco | <p>Todas as competências da Maternidade de Risco Habitual, acrescidas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Assistência às gestantes de alto risco admitidas e transferidas de outras maternidades <input type="checkbox"/> Estabilização de parturientes/puerperas e recém-nascidos malformados severamente doentes e assistência até transferência para unidades de maior complexidade <input type="checkbox"/> Assistência às gestantes e aos recém-nascidos de risco resultado de complicações clínicas anteriores à gestação atual e complicações obstétricas da gestação atual <input type="checkbox"/> Obs.: Essas maternidades deverão ser as habilitadas para assistência às gestantes e ao RN de risco, segundo portarias ministeriais com garantia de estrutura física, recursos humanos e equipamentos, incluindo unidade neonatal de cuidados progressivos. |

Tabela 4: Tipologia das unidades perinatais (cont.)

| Tipologia | Descrição |
|---|---|
| Maternidade de Muito Alto Risco | <p>Todas as competências da Maternidade de Alto Risco, acrescidas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Assistência perinatal abrangente para todas as parturientes e os recém-nascidos, de todos os níveis de risco: gestantes com doenças clínicas e obstétricas não controladas e severamente doentes que demandam cuidado subespecializado: cardiopatias graves, nefropatias graves, doenças sistêmicas – lúpus eritematoso, câncer e outras especificadas em protocolo; RN prematuros extremos e alguns tipos de malformação congênita <input type="checkbox"/> Obs.: Maternidades habilitadas para assistência de risco (portarias ministeriais) com características gerenciais e assistenciais que possam garantir a demanda clínica acima especificada. |
| Maternidade de Muito Alto Risco para fluxos especiais | <p>Todas as competências da Maternidade de Muito Alto Risco acrescidas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> RN polimalformado e RN com malformações específicas: gastosquise, onfalocele, cardiopatias que exigem abordagem complexa <input type="checkbox"/> Obs.: Maternidades habilitadas para assistência à população de risco e identificadas para responderem aos fluxos especiais. |

A lógica para a constituição desta rede, quando se considera o maior nível de especialização e densidade tecnológica, é através da oferta de serviços concentrados nas regiões de saúde de forma que se beneficiam de economias de escala, dado que os recursos são mais escassos e a distância tem menor impacto sobre o acesso (Mendes, 2001).

Na Região Ampliada Triângulo do Norte os serviços de atenção à gestação, parto, nascimento e puerpério secundários e terciários estão distribuídos em 20 maternidades de risco habitual e 02 de alto risco, listadas na Tabela 5. O pré-natal de alto risco será realizado nas instituições listadas na Tabela 6.

O alinhamento conceitual e operacional da Rede Cegonha entre os municípios da Região Ampliada do Triângulo Norte conforme as diretrizes nacionais e as ações desenvolvidas do Estado para que os pontos de atenção da rede assistencial hajam de forma integrativa e compreenda o desenvolvimento de cada componente da rede mediante as ações descritas na Portaria GM 1.459/2011 e programadas no plano de ação regional.

Tabela 5 - Relação de maternidades de risco habitual e alto risco por Regiões de Saúde da Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte.

| Região de Saúde | Município | Nome Instituição | N. partos (2012) | N. leitos obstétricos | | N. de leitos pediátricos | | Realiza cesárea? (Sim/Não) | Carga horária pediatra semanal | | Carga horária cirurgião pediatra semanal |
|--------------------------------------|-----------------------|---|------------------|-----------------------|----------|--------------------------|----------|-------------------------------|--------------------------------|------|--|
| | | | SUS | SUS | Não SUS | SUS | Não SUS | | Hosp. | Amb. | |
| Uberlândia/ Araguari | Araguari | Santa Casa de Misericórdia de Araguari | 661 | 14 | 4 | 12 | 1 | Sim | 74 | 0 | 0 |
| | Araporã | Hospital João Paulo II | 109 | 3 | 0 | 2 | 0 | Sim | 3 | 5 | 0 |
| | Monte Alegre de Minas | Santa Casa de Monte Alegre de Minas | 235 | 4 | 1 | 2 | 0 | Sim | 10 | 0 | 0 |
| | Nova Ponte | Hospital Municipal de Nova Ponte | 102 | 4 | 0 | 3 | 0 | Sim | 12 | 20 | 0 |
| | Prata | Hospital e Maternidade Renascer | 239 | 7 | 2 | 3 | 0 | Sim | 5 | 0 | 0 |
| | Tupaciguara | Casa de Saúde São Lucas | 89 | 3 | 1 | 2 | 1 | Sim | 8 | 0 | 0 |
| | Uberlândia | Hospital de Clínicas de Uberlândia | 2.368 | 37 | 0 | 45 | 0 | Sim | 922 | 747 | 12 |
| | Uberlândia | Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro | 2.658 | 33 | 0 | 3 | 0 | Sim | 801 | 4 | 12 |
| | Total | | 6.461 | 105 | 8 | 72 | 2 | | | | |
| Patrocínio/ Monte Carmelo | Abadia dos Dourados | Santa Casa de Abadia dos Dourados | 61 | 3 | 1 | 1 | 1 | Sim | 0 | 0 | 0 |
| | Coromandel | Santa Casa de Misericórdia de Coromandel | 208 | 7 | 0 | 4 | 0 | Sim | 36 | 16 | 0 |
| | Monte Carmelo | Hospital e Maternidade Vírgilio Rosa Ltda | 341 | 9 | 2 | 9 | 2 | Sim | 18 | 0 | 0 |
| | Monte Carmelo | Hospital Santa Terezinha | 251 | 7 | 2 | 6 | 1 | Sim | 19 | 13 | 0 |
| | Patrocínio | Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora do Patrocínio | 889 | 10 | 7 | 4 | 6 | Sim | 53 | 23 | 0 |

| | Total | | 1.750 | 36 | 12 | 25 | 10 | | | | |
|---------------------------|---------------|---|---------------|------------|-----------|------------|-----------|-----|----|----|---|
| Ituiutaba | Campina Verde | Hospital São Vicente de Paulo | 188 | 5 | 3 | 3 | 2 | Sim | 11 | 1 | 0 |
| | Canápolis | Hospital Sebastião Paes de Almeida | 63 | 5 | 0 | 3 | 1 | Sim | 12 | 12 | 0 |
| | Capinópolis | Hospital Municipal de Capinópolis | 117 | 7 | 0 | 3 | 0 | Sim | 2 | 6 | 0 |
| | Gurinhatã | Hospital Municipal Dona Amélia Maria de Souza | 16 | 4 | 0 | 8 | 0 | Sim | 0 | 0 | 0 |
| | Ituiutaba | Hospital São José | 1357 | 12 | 7 | 16 | 11 | Sim | 79 | 0 | 0 |
| | Santa Vitória | Hospital Genésio Franco de Moraes | 222 | 4 | 1 | 4 | 0 | Sim | 4 | 4 | 0 |
| | Total | | 1.757 | 41 | 11 | 37 | 14 | | | | |
| Triângulo do Norte | | | 10.174 | 181 | 31 | 134 | 26 | | | | |

Fonte: DATASUS-SIH e CNES

Tabela 6 - Relação de locais para realização de pré-natal de alto risco das Regiões de Saúde da Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte.

| Região de Saúde | Municípios | Nome Instituição | Realiza Exames? (Sim/Não) | Quais? |
|-------------------------|------------|---|------------------------------|---|
| | Sede | | | |
| Uberlândia/ Araguari | Araguari | CEAMI | SIM | <p>Triagem da toxoplasmose congênita, triagem neo-natal, papanicolaou.</p> <p>O restante dos exames são feitos por laboratórios conveniados com o município</p> |
| | Uberlândia | Hospital de Clínicas de Uberlândia | SIM | <p>Triagem Sanguínea e fator RH, Coombs indireto se necessário, Hemograma completo, EAS, Urocultura, Colpocitologia oncótica, Parasitológico de fezes, TSH, IFTC (Chagas), Sorologias para Sífilis, Toxoplasmose, rubéola, HIV, hepatite B, Glicemia em jejum e com 2 hs após 75g de bícrose, Pesquisa para estreptococo β-hemolítico do grupo-B, Eletroforese HG, além dos exames físicos e antecedentes clínicos</p> <p>Obs.: os exames de VDRL, urocultura e as sorologias negativas deverão ser repetidas trimestralmente.</p> |
| | Uberlândia | Hospital e Maternidade Municipal Odelmo Leão Carneiro | SIM | <p>Triagem Sanguínea e fator RH, Coombs indireto se necessário, Hemograma completo, EAS, Urocultura, Colpocitologia oncótica, Parasitológico de fezes, TSH, IFTC (Chagas), Sorologias para Sífilis, Toxoplasmose, rubéola, HIV, hepatite B, Glicemia em jejum e com 2 hs após 75g de bícrose, Pesquisa para estreptococo β-hemolítico do grupo-B, além dos exames físicos e antecedentes clínicos</p> <p>Obs.: os exames de VDRL, urocultura e as sorologias negativas deverão ser repetidas trimestralmente.</p> |

| | | | | |
|--------------------------------------|------------|--------------------------------------|-------------------------|---|
| Patrocínio/ Monte Carmelo | Patrocínio | Centro Viva Vida Dona Lica | SIM | Sangue: Hemograma, ABO/ RH, VDRL, FTA-ABS, Glicemia jejum e pós prandial, Anti HIV, HBs Ag, Anti HBs, Toxoplasmose IgG e IgM, TGO, TGP, DHL, TAP, Gama GT, Bilirrubinas – direta, indireta e total, Coombs indireto, Ácido úrico, FA, Uréia, Creatinina, Na ⁺ , Anti HCV, TSH, T4 livre, Hb glicada, Curva glicêmica, Proteínas totais e frações, Desidrogenase Láctea, Beta HCG. Imagen: Cardiotocografia, USG obstétrico, morfológico, Citologia, Biopsia, MMG, USG mamas, Amniocentese, RX tórax, USG com Doppler, USG Pélvico, Endovaginal e parede. Urina: Rotina, Urocultura, Proteinúria 24 h, Albuminúria, Clearance de Creatinina. (CAAF, Colposcopia, Cauterização elétrica e química, Exerese de pólipos). |
| Ituiutaba | Ituiutaba | Unidade Mista de Saúde Pelina Novaes | NÃO, somente terceiriza | Terceirizados: Ultrassonografia, Tomografia, Citologia e anatomia patológica, bioquímica, sorologia, microbiologia, análises clínicas, parasitologia, urinálise, microbiologia, fezes e urina. |

4 - FASES DE IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA

I - FASE 1: Adesão e Diagnóstico;

II - FASE 2: Desenho Regional da Rede Cegonha;

III - FASE 3: Contratualização dos Pontos de Atenção;

IV - FASE 4: Qualificação dos componentes;

V - FASE 5: Certificação, que será concedida pelo Ministério da Saúde

5 - ORGANIZAÇÃO DA REDE CEGONHA

Considerando a Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011, a Portaria 650, de 05 de outubro de 2011 e a Portaria 930, de 10 de maio de 2012 a Rede Cegonha na Região Triângulo do Norte compreenderá ações nos 4 componentes, a saber:

- Pré-Natal;
- Parto e Nascimento;
- Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e
- Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação.

5.1 - COMPONENTE PRÉ-NATAL

- a. Realização de pré-natal na UBS com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- b. Acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- c. Acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;
- d. Realização dos Exames de Pré-Natal de Risco Habitual e de Alto Risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- e. Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- f. Qualificação do sistema e da gestão da informação;
- g. Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- h. Promoção, prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites;

- i. Orientação e oferta de métodos contraceptivos, incluindo a anticoncepção de emergência.

5.2 - COMPONENTE PARTO E NASCIMENTO

- a. Suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com a necessidade locorregionais;
- b. Ambiência das maternidades orientadas pela RDC Nº 36/2008 da ANVISA;
- c. Práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas: “boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”
- d. Garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- e. Realização de Acolhimento com Classificação de Risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- f. Estimular a implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- g. Estimular a Implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização.

5.3 - COMPONENTE PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA.

- a. Promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;
- b. Acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;
- c. Busca ativa de crianças vulneráveis;
- d. Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- e. Promoção, prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites;
- f. Orientação e oferta de métodos contraceptivos, incluindo a anticoncepção de emergência.

5.4 - COMPONENTE SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO

- a. Transporte seguro: SAMU – ambulâncias de suporte avançado com incubadoras e ventiladores neonatais;
- b. Vaga sempre: elaboração e implementação, nas regiões de saúde, do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto;

6 - REGULAÇÃO DO ACESSO DOS PACIENTES DE ALTO RISCO

A regulação dos usuários de urgência/emergência será efetivada por meio de regulação municipal e Regional via SUSFácil. Neste contexto está previsto o fortalecimento das ações de regulação entre os municípios, iniciando-se com acesso aos leitos habituais e leitos de UTI através da central de regulação de leitos gerenciada pelo Estado.

A vinculação da gestante iniciada na unidade básica de sua área de abrangência, devendo esta unidade garantir o acesso a outros níveis de atenção em casos eletivos, como exames complementares, consultas especializadas, inserção no pré-natal de alto risco, entre outros. O processo regulatório inicia-se no acolhimento da gestante, quando quem acolhe já avalia a data mais adequada para a continuidade do pré-natal. Após a inserção no pré-natal, a Equipe de Saúde da Família ou outros profissionais da atenção básica passarão a ser responsáveis pela gestante, garantindo o cumprimento do protocolo.

Os acompanhamentos das gestantes de alto risco que serão encaminhadas para os atendimentos rotineiros às unidades de referência, como o Centro Viva Vida e os hospitais de atendimento especializado, será regulado entre as Secretarias Municipais de Saúde com as demais centrais de marcações para dos municípios executores, conforme será descrito no item 6.4 sobre o fluxo geral.

O transporte das gestantes será definido através de:

- 1 – Apoio financeiro ao deslocamento das gestantes para a realização das consultas de pré-natal via TFD (Tratamento Fora do Domicílio) quando necessário;

2 – Apoio financeiro ao deslocamento das gestantes para o local em que será realizado o parto (TFD).

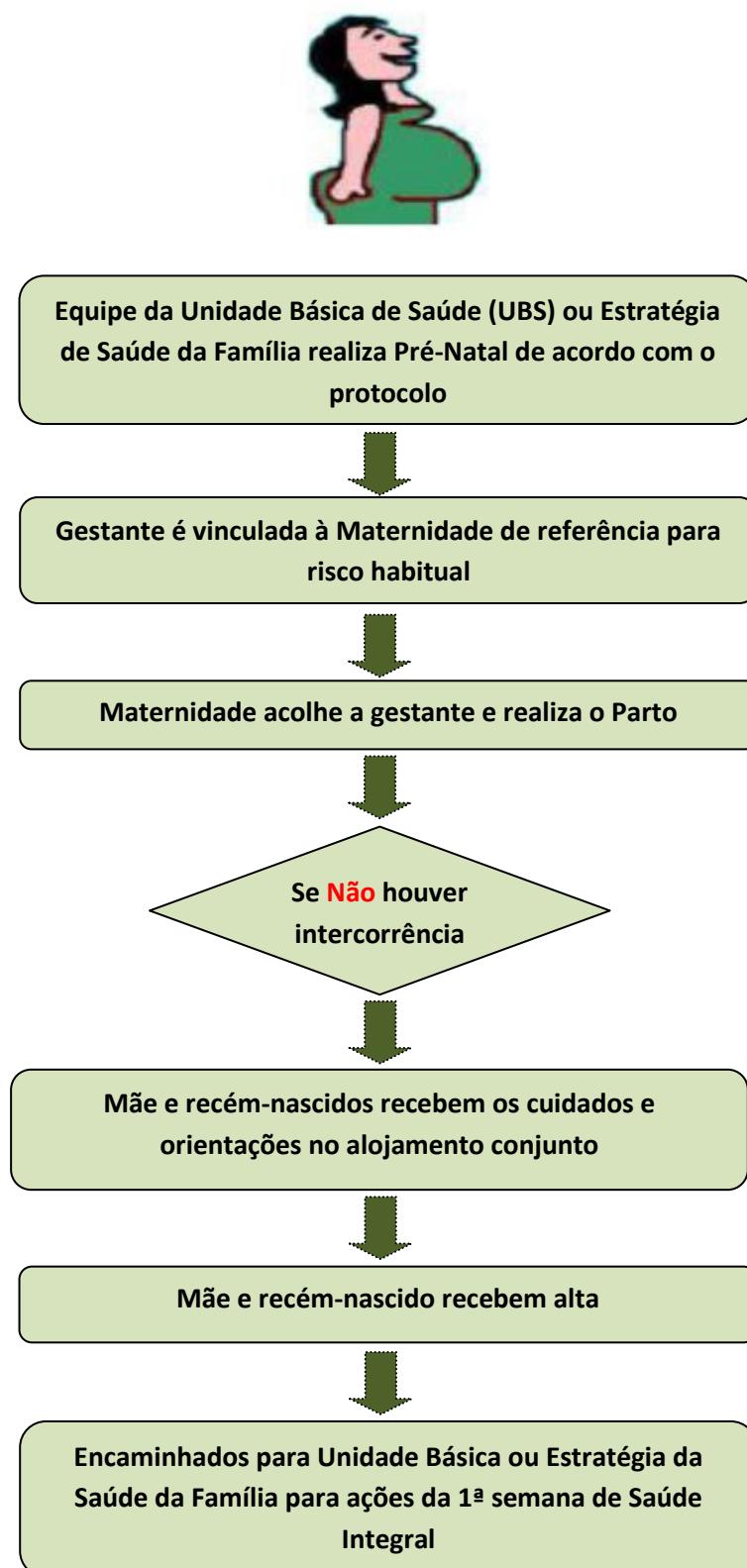
3 – Transporte sanitário – transporte inter-unidades, em caso da gestante estar em condição de utilizar esse tipo de transporte.

4 – SAMU/UTI móvel – em casos de emergência ou situação clínica que o exija condições especiais de atendimento.

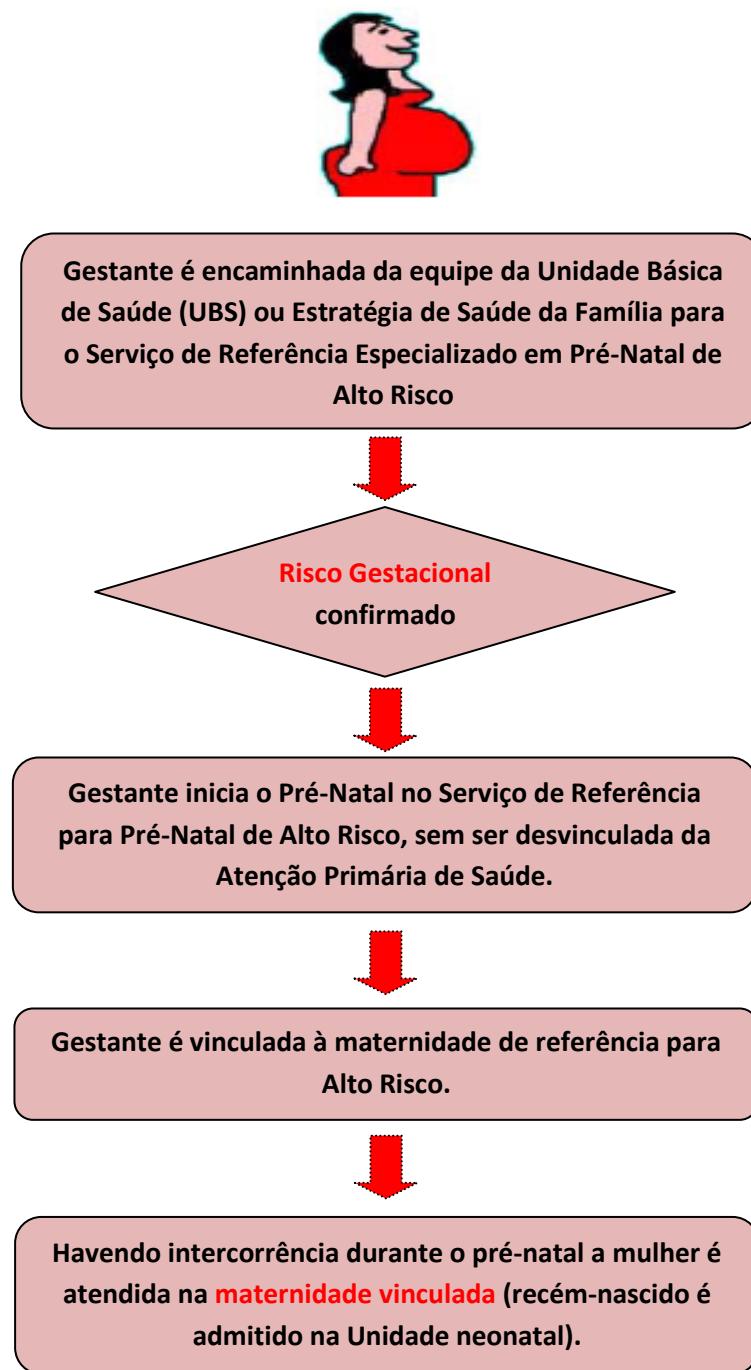
6.1 - FLUXO DE ATENDIMENTO DA GESTANTE



6.2 - FLUXO DE ATENDIMENTO DE GESTAÇÃO DE RISCO HABITUAL



6.3- FLUXO DE ATENDIMENTO DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO



6.4 - FLUXO GERAL

Nessa perspectiva existem vários aspectos a serem observados para considerar o pré-natal qualificado. Esses aspectos complementam e representam marcadores de qualidade, que deverão ser buscados por todos no âmbito da Rede Cegonha. Primeiramente, é necessário que a gestante confirme a gravidez e tenha acesso aos cuidados pré-natais antes de completar 12 semanas de gestação: é a captação precoce da gestante.

Uma vez que iniciou o pré-natal de risco habitual na UBS, a gestante deve realizar os exames e ter os resultados em tempo oportuno, outro aspecto importante da Rede Cegonha. Com base no exame clínico e nos resultados desses exames de rotina, deve ser avaliado se a gestação é de alto risco, quando deverá ser garantido o encaminhamento e o acompanhamento pré-natal de alto risco em um serviço especializado. No entanto, a equipe de atenção básica deve continuar acompanhando essa gestante, de modo que se mantenha o vínculo e possa se prestar cuidado integral à gestante e sua família.

Para induzir as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, a Rede Cegonha também propõe a instituição de um novo dispositivo de atenção à saúde materna e infantil, qual seja, as Casas de Gestante, Bebê e Puérpera. Além disso, investe na implementação de Centros de Parto Normal Intra e Peri-hospitalares.

A Casa de Gestante, Bebê e Puérpera é uma unidade de cuidado peri-hospitalar que acolhe, orienta, cuida e acompanha: (i) gestantes, puérperas e recém-nascidos de risco que demandam atenção diária em serviço de saúde de alta complexidade mas não exigem vigilância constante em ambiente hospitalar (internação); (ii) gestantes, puérperas e recém-nascidos que, pela natureza dos agravos apresentados e pela distância do local de residência não possam retornar ao domicílio no momento de pré-alta; e (iii) puérperas com bebê internado na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal do serviço de saúde e/ou que necessitam de informação, orientação e treinamento em cuidados especiais com seu bebê.

Essa estrutura deve estar vinculada à maternidade ou hospital de referência em gestação, parto, nascimento e puerpério de alto risco. A unidade deve oferecer condições de permanência, alimentação e acompanhamento pela equipe de referência, com especial

empenho pela manutenção da autonomia da mulher e a visita aberta, sendo fundamental manter o modo de co-gestão para as decisões da casa e uma ambiência humanizada. Na Região de Ampliada de Saúde Triângulo do Norte o município de Uberlândia foi contemplado através do Estado de Minas Gerais com Casa de Apoio à Gestante de Alto Risco e à Puérpera (CAGEP) em 2013 que estará vinculada ao Hospital de Clínicas de Uberlândia, conforme Deliberação CIB/SUS-MG nº 1.532, 21/08/2013. Contudo está em fase de implantação sem previsão de inauguração.

Tabela 7 – Estimativas de Gestantes por município de residência, Região Ampliada Triângulo do Norte

| Região de Saúde | Municípios | População (IBGE, 2012) | Estimativa de Gestantes | Estimativa de Gestante Risco Habitual | Estimativa de Gestante Alto Risco |
|------------------------------|--|------------------------|-------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Uberlândia/ Araguari | Araguari | 110.983 | 1.568 | 1.332 | 235 |
| | Araporã | 6.271 | 106 | 90 | 16 |
| | Cascalho Rico | 2.893 | 25 | 22 | 4 |
| | Indianópolis | 6.312 | 73 | 62 | 11 |
| | Monte Alegre de Minas | 19.863 | 264 | 224 | 40 |
| | Nova Ponte | 13.314 | 191 | 163 | 29 |
| | Prata | 26.139 | 358 | 304 | 54 |
| | Tupaciguara | 24.350 | 196 | 166 | 29 |
| | Uberlândia | 619.536 | 9.708 | 8.251 | 1.456 |
| | Total Uberlândia/ Araguari | 864.599 | 12.488 | 10.614 | 1.874 |
| Patrocínio/ Monte Carmelo | Abadia dos Dourados | 6.743 | 75 | 64 | 11 |
| | Coromandel | 27.562 | 311 | 265 | 47 |
| | Douradoquara | 1.850 | 18 | 15 | 3 |
| | Estrela do Sul | 7.532 | 101 | 86 | 15 |
| | Grupiara | 1.373 | 12 | 10 | 2 |
| | Iraí de Minas | 6.553 | 103 | 88 | 16 |
| | Monte Carmelo | 46.055 | 657 | 558 | 99 |
| | Patrocínio | 83.882 | 1.305 | 1.109 | 196 |
| | Romaria | 3.575 | 42 | 36 | 6 |
| | Total Patrocínio/ Monte Carmelo | 191.731 | 2.626 | 2.231 | 395 |
| Ituiutaba | Cachoeira Dourada | 2.536 | 35 | 30 | 5 |
| | Campina Verde | 19.358 | 215 | 182 | 32 |
| | Canápolis | 11.476 | 155 | 132 | 23 |
| | Capinópolis | 15.424 | 182 | 154 | 27 |
| | Centralina | 10.271 | 89 | 76 | 13 |
| | Gurinhatã | 6.025 | 43 | 36 | 6 |
| | Ipiaçu | 4.120 | 45 | 38 | 7 |
| | Ituiutaba | 98.392 | 1.359 | 1.155 | 204 |
| | Santa Vitória | 18.406 | 281 | 238 | 42 |
| | Total Ituiutaba | 192.533 | 2.400 | 2.041 | 359 |
| Total | Triângulo do Norte | 1.248.863 | 17.513 | 14.886 | 2.627 |

Pactuado na CIBs de 07/07/10, e em vigor até presente data segue descrição do fluxo para o agendamento e atendimento do Pré-Natal de Alto Risco na Região Ampliada Triângulo do Norte.

Região Patrocínio/Monte Carmelo: a referência para o atendimento é o Centro Viva Vida de Patrocínio. Portanto, as gestantes devem ser encaminhadas para este, inicialmente e, quando necessário, os profissionais deste Centro tomarão a decisão de encaminhamento para o HC/UFU. O agendamento deverá ser feito pelo próprio Centro Viva Vida junto à Regulação Municipal de Uberlândia.

Região Uberlândia/Araguari: após triagem da gestante pela equipe local de saúde, o Município deverá enviar formulário por e-mail para o Núcleo de Redes e Atenção à Saúde/SRS de Uberlândia, com as informações sobre a gestante. O NRAS/SRS se encarregará de agendar junto à Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia e retornará esta informação ao Município.

Região Ituiutaba: após triagem da gestante pela equipe local de saúde, o Município deverá enviar um ofício para o Núcleo de Regulação/GRS de Ituiutaba, com as informações sobre a gestante. A responsável se encarregará de fazer o devido agendamento junto à Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia através de ofício e retornará esta informação ao Município.

O número de novas vagas anuais para cada Região de Saúde segue a estratificação da tabela 8, definida pelo critério populacional.

Tabela 8 – Número de novas vagas anuais para pré-natal de alto risco no HC/UFU, por município de residência, Região Ampliada Triângulo do Norte.

| Patrocínio/M. Carmelo | Vagas/Ano |
|-----------------------|-----------|
| Abadia dos Dourados | 03 |
| Coromandel | 11 |
| Douradoquara | 01 |
| Estrela do Sul | 03 |
| Grupiara | 01 |
| Iraí de Minas | 03 |
| Monte Carmelo | 18 |
| Patrocínio | 35 |
| Romaria | 02 |
| Total | 77 |

| Uberlândia/Araguari | Vagas/Ano |
|----------------------------|------------------|
| Araguari | 44 |
| Araporã | 3 |
| Cascalho Rico | 1 |
| Indianópolis | 3 |
| Monte Alegre | 7 |
| Nova Ponte | 5 |
| Prata | 11 |
| Tupaciguara | 9 |
| Uberlândia | 248 |
| Total | 331 |

| Ituiutaba | Vagas/Ano |
|-------------------|------------------|
| Cachoeira Dourada | 1 |
| Campina Verde | 8 |
| Canápolis | 5 |
| Capinópolis | 6 |
| Centralina | 4 |
| Gurinhatã | 2 |
| Ipiaçu | 2 |
| Ituiutaba | 38 |
| Santa Vitória | 6 |
| Total | 72 |

Desde a implantação desse fluxo até a presente data esse tem funcionado adequadamente, o retorno de agendamento da Secretaria de Saúde de Uberlândia via SRS/Uberlândia aos municípios geralmente são no mesmo dia. A dificuldade para pré-natal de alto risco está no agendamento da primeira consulta da gestante de alto risco no Hospital de Clínicas de Uberlândia, pois a gestante tem aguardar em média 45 dias da data que solicita o agendamento ao dia da consulta.

Ressaltamos que a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) deve manter o vínculo com a gestante, manter a vigilância sobre a gestante, realizando visitas domiciliares, atividades domiciliares e assegurando que ela compareça a todas as consultas agendadas. Portanto, é de suma importância o acompanhamento por parte ESF de todas as gestantes do seu município. Um pré-natal de qualidade poderá interferir nos indicadores de mortalidade neonatal.

7. DIAGNÓSTICO ATUAL (MATRIZ)

7.1 INDICADORES DE MORTALIDADE E MORBIDADE

A seguir poderão ser observados nas tabelas os indicadores de Morbidade e Mortalidade para cada município que constitui a Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte.

Tabela 9 - Indicadores de Morbidade e Mortalidade para cada município que constitui a Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte.

| Região de Saúde | Municípios | Incidência de sífilis congênita (2012) | N. óbitos infantis (2012) | %óbitos infantis investigados (2012) | N. óbitos neonatais (2012) | N. óbitos maternos (2012) | % óbitos maternos Investigados (2012) |
|------------------------------|-----------------------|--|---------------------------|--------------------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| Uberlândia/ Araguari | Araguari | 2,80 | 19 | 79 | 16 | 0 | 0 |
| | Araporã | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | Cascalho Rico | 0 | 1 | 100 | 1 | 0 | 0 |
| | Indianópolis | 0 | 2 | 100 | 1 | 0 | 0 |
| | Monte Alegre de Minas | 0 | 3 | 33 | 1 | 0 | 0 |
| | Nova Ponte | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | Prata | 0 | 5 | 40 | 5 | 0 | 0 |
| | Tupaciguara | 11,23 | 5 | 20 | 5 | 0 | 0 |
| | Uberlândia | 2,15 | 76 | 97 | 64 | 0 | 0 |
| | Total | 2,20 | 113 | 85 | 95 | 0 | 0 |
| Patrocínio/ Monte Carmelo | Abadia dos Dourados | 0 | 1 | 100 | 1 | 0 | 0 |
| | Coromandel | 0 | 6 | 83 | 5 | 0 | 0 |
| | Douradoquara | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Estrela do Sul | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | Grupiara | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Iraí de Minas | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| | Monte Carmelo | 0 | 7 | 71 | 5 | 0 | 0 |
| | Patrocínio | 0,84 | 12 | 92 | 9 | 1 | 100 |
| | Romaria | 0 | 3 | 67 | 67 | 0 | 0 |
| | Total | 0,41 | 31 | 77 | 89 | 1 | 100 |
| Ituiutaba | Cachoeira Dourada | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Campina Verde | 0 | 2 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| | Canápolis | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Capinópolis | 0 | 1 | 100 | 1 | 0 | 0 |
| | Centralina | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Gurinhatã | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| | Ipiaçu | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Ituiutaba | 3,34 | 17 | 100 | 5 | 0 | 0 |
| | Santa Vitória | 0 | 5 | 100 | 1 | 0 | 0 |

| | | | | | | | |
|---------------------------|--------------|-------------|------------|-----------|------------|----------|------------|
| | Total | 3,34 | 26 | 100 | 7 | 0 | 0 |
| Triângulo do Norte | Total | 2,08 | 170 | 86 | 191 | 1 | 100 |

Fonte: SIM/SRS/Uberlândia, de 08/01/2014

Ao analisarmos o indicador de número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade do Pacto pela Saúde, 2012 concluímos que está acima do pactuado, indicando que precisamos fortalecer e qualificar a prestação da assistência ao pré-natal e parto; visto que quando diagnosticada esta doença existe duas oportunidades de tratamento: durante o pré-natal e parto.

Ressaltamos que temos população flutuante na região ampliada de saúde, significando que muitas gestantes chegam no município já no terceiro trimestre de gestação e com diagnóstico tardio da doença.

As principais ações a serem implementadas para o seu controle dizem respeito à normatização de condutas com discussão e implementação de protocolos de diagnóstico precoce, assistência, incluído o tratamento para a paciente e parceiro e seguimento das crianças, programas e ações de educação permanente e melhoria da vigilância epidemiológica e sistemas de informação.

Outro aspecto a ser considerado na melhoria da saúde infantil na região é o controle sobre os óbitos infantis e neonatais.

Suas causas estão relacionadas na sua maioria à assistência durante o pré-natal, parto e ao recém-nascido.

Algumas ações já estão sendo implementadas pelo Comitê Regional de Prevenção de Mortalidade Materna e Infantil, como orientações aos municípios referente aos óbitos que foram considerados evitáveis; tais como melhorar a assistência no pré-natal e parto; captação precoce da gestante; planejamento familiar; disponibilidade de recursos humanos; encaminhamento de gestantes conforme estratificação ao pré-natal de alto risco; melhorar a assistência para as portadoras de DHEG, Diabetes (pré-natal de alto risco) e infecções maternas.

É necessário implementar os funcionamentos dos Comitês de Prevenção de Mortalidade Materna e Infantil nos municípios, para melhoria na investigação dos óbitos na região ampliada de saúde Triângulo do Norte. Os comitês são fundamentais para qualificação da assistência prestada à mulher, gestante e ao recém-nascido, considerando que sua função é de compreensão das circunstâncias das ocorrências dos óbitos e identificação dos fatores de risco.

7.2 INDICADORES DE ATENÇÃO

Tabela 10 - Indicadores relacionados à atenção à saúde de cada município que constitui a Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte.

| Região de Saúde | Municípios | N. nascidos vivos (2012) | % nascidos vivos com 7 ou + consultas de pré-natal (2012) | % Cesária (2012) | % cobertura PSF (2013) |
|------------------------------|-----------------------|--------------------------|---|------------------|------------------------|
| Uberlândia/ Araguari | Araguari | 1.425 | 76 | 74 | 52,2 |
| | Araporã | 96 | 64 | 88 | 100 |
| | Cascalho Rico | 23 | 87 | 87 | 100 |
| | Indianópolis | 66 | 88 | 76 | 91,4 |
| | Monte Alegre de Minas | 240 | 82 | 69 | 87,4 |
| | Nova Ponte | 174 | 93 | 72 | 64,3 |
| | Prata | 325 | 82 | 89 | 55,3 |
| | Tupaciguara | 178 | 58 | 78 | 59,6 |
| | Uberlândia | 8.825 | 84 | 82 | 28,3 |
| | Total | 11.352 | | 81 | 33,3 |
| Patrocínio/ Monte Carmelo | Abadia dos Dourados | 68 | 76 | 66 | 86,1 |
| | Coromandel | 283 | 78 | 90 | 52,8 |
| | Douradoquara | 16 | 75 | 50 | 100 |
| | Estrela do Sul | 92 | 75 | 70 | 76,9 |
| | Grupiara | 11 | 100 | 73 | 100 |
| | Iraí de Minas | 94 | 51 | 65 | 88,3 |
| | Monte Carmelo | 597 | 76 | 72 | 75,6 |
| | Patrocínio | 1.186 | 79 | 61 | 65,4 |
| | Romaria | 38 | 84 | 76 | 81,7 |
| | Total | 2.385 | | 68 | 72,9 |
| Ituiutaba | Cachoeira Dourada | 26 | 81 | 81 | 100 |
| | Campina Verde | 194 | 92 | 96 | 89 |
| | Canápolis | 128 | 88 | 73 | 100 |
| | Capinópolis | 164 | 85 | 79 | 95 |
| | Centralina | 19 | 47 | 68 | 88 |
| | Gurinhatã | 39 | 54 | 77 | 99 |
| | Ipiaçu | 41 | 71 | 83 | 73 |
| | Ituiutaba | 1.230 | 61 | 82 | 54 |

| | | | | | |
|--|---------------|--------------|----|-----------|-------------|
| | Santa Vitória | 252 | 73 | 93 | 84 |
| | Total | 2.093 | | 84 | 59,9 |

Fonte: SINASC/SRS/Uberlândia, de 08/01/2014

A porcentagem de nascidos vivos com sete ou mais consultas de pré-natal contribui para análise das condições de acesso da assistência pré-natal e qualidade em associação com outros indicadores, tais como mortalidade materna e infantil e o número de casos de sífilis congênita. Porém, ainda há preenchimento incorreto na Declaração de Nascidos Vivos (DNV), os municípios não realizam busca ativa e a análise da DNV antes da inserção no SINASC.

Devemos realizar algumas ações para ampliar o número de consultas de pré-natal como captar as gestantes no primeiro trimestre de gravidez e monitoramento pelas ACS de todas as gestantes encaminhando-as mensalmente para as consultas e se necessário para exames especializados.

Os partos cesáreos predominam na região. e esse indicador pode ser modificado com a realização de pré-natal qualificado por parte das Equipes de Atenção Básica, ampliação da busca ativa das gestantes e a orientação e o acompanhamento. Faz-se necessário uma discussão com os profissionais de saúde e gestores quanto aos fatores que estão direcionando estes números na região; Discussão no Planejamento Familiar sobre os benefícios do Parto Vaginal e malefícios e dificuldades no pós operatório da cesariana; Inserção nos grupos de gestantes, assuntos relacionados ao Parto Vaginal com exercícios físicos e de respiração, para que a mulher comece a ter consciência do seu corpo.

‘

A Estratégia Saúde da Família compreendida como um novo modelo de atenção à saúde, mais próxima da comunidade e dos usuários, pode contribuir para melhoria de todos os indicadores de atenção e também de prevenção de doenças e promoção à saúde influenciando assim a alteração dos indicadores de mortalidade e morbidade, no que se refere aos componentes do pré-natal e pós-parto da Rede Cegonha. Dessa forma torna-se fundamental para os municípios a ampliação de número de equipes de saúde da família, bem como a qualificação das já existentes.

Tabela 11- Coberturas Vacinais para os menores de 01 ano e 01 ano, por município que constitui a Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte, ano 2012.

| Região de Saúde | Municípios | META | BCG+BCG COM | | HEP+PENTA+HEXA | | ESQ VIP/VOP | | PENTA+HEXA | | ROTAVIRUS - VORH | |
|---------------------------|-----------------------|---------------|-------------|-----------|----------------|----------|-------------|-----------|------------|-----------|------------------|-----------|
| | | (Pop. SINASC) | 1a. Dose | Cobert. % | 3a. Dose | Cobert.% | 3a. Dose | Cobert. % | 3a. Dose | Cobert. % | 2a. Dose | Cobert. % |
| Uberlândia/ Araguari | Araguari | 1.354 | 1.408 | 103,99 | 1.208 | 89,22 | 1254 | 92,61 | 1.258 | 92,91 | 1.262 | 93,21 |
| | Araporã | 107 | 103 | 96,26 | 86 | 80,37 | 97 | 90,65 | 93 | 86,92 | 89 | 83,18 |
| | Cascalho Rico | 18 | 1 | 5,56 | 27 | 150 | 33 | 183,33 | 27 | 150,00 | 26 | 144,44 |
| | Indianópolis | 82 | 7 | 8,54 | 92 | 112,2 | 96 | 117,07 | 96 | 117,07 | 85 | 103,66 |
| | Monte Alegre de Minas | 249 | 199 | 79,92 | 220 | 88,35 | 204 | 81,93 | 188 | 75,50 | 241 | 96,79 |
| | Nova Ponte | 166 | 136 | 81,93 | 150 | 90,36 | 185 | 111,45 | 178 | 107,23 | 174 | 104,82 |
| | Prata | 362 | 250 | 69,06 | 388 | 107,18 | 346 | 95,58 | 375 | 103,59 | 293 | 80,94 |
| | Tupaciguara | 210 | 97 | 46,19 | 230 | 109,52 | 224 | 106,67 | 222 | 105,71 | 194 | 92,38 |
| | Uberlândia | 8.595 | 8.422 | 97,99 | 8.909 | 103,65 | 8.630 | 100,41 | 8.541 | 99,37 | 7.552 | 87,87 |
| Patrocínio/ Monte Carmelo | Abadia dos Dourados | 77 | 53 | 68,83 | 65 | 84,42 | 69 | 89,61 | 67 | 87,01 | 67 | 87,01 |
| | Coromandel | 242 | 254 | 104,96 | 249 | 102,89 | 268 | 110,74 | 269 | 111,16 | 233 | 96,28 |
| | Douradoquara | 13 | 1 | 7,69 | 15 | 115,38 | 14 | 107,69 | 13 | 100,00 | 11 | 84,62 |
| | Estrela do Sul | 91 | 5 | 5,49 | 96 | 105,49 | 83 | 91,21 | 73 | 80,22 | 83 | 91,21 |
| | Grupiara | 13 | 2 | 15,38 | 12 | 92,31 | 10 | 76,92 | 10 | 76,92 | 9 | 69,23 |
| | Iraí de Minas | 98 | 10 | 10,2 | 105 | 107,14 | 110 | 112,24 | 104 | 106,12 | 95 | 96,94 |
| | Monte Carmelo | 554 | 748 | 135,02 | 590 | 106,5 | 572 | 103,25 | 573 | 103,43 | 560 | 101,08 |
| | Patrocínio | 1.150 | 1.226 | 106,61 | 1.159 | 100,78 | 1.140 | 99,13 | 1.145 | 99,57 | 1.111 | 96,61 |
| | Romaria | 35 | 0 | 0 | 33 | 94,29 | 37 | 105,71 | 35 | 100 | 27 | 77,14 |
| Ituiutaba | Cachoeira Dourada | 27 | 1 | 3,70 | 34 | 125,93 | 33 | 122,22 | 34 | 125,93 | 41 | 151,85 |
| | Campina Verde | 217 | 189 | 87,10 | 194 | 89,40 | 231 | 106,45 | 211 | 97,24 | 181 | 83,41 |
| | Canápolis | 136 | 112 | 82,35 | 137 | 100,74 | 167 | 122,80 | 133 | 97,80 | 149 | 109,56 |
| | Capinópolis | 184 | 131 | 71,20 | 141 | 76,63 | 211 | 114,68 | 152 | 82,61 | 147 | 79,89 |
| | Centralina | 70 | 46 | 65,71 | 94 | 134,29 | 115 | 164,29 | 95 | 135,72 | 101 | 144,29 |
| | Gurinhatã | 44 | 16 | 36,36 | 43 | 97,73 | 66 | 150,00 | 53 | 120,46 | 44 | 100,00 |
| | Ipiaçu | 43 | 0 | 0,00 | 41 | 95,35 | 54 | 125,58 | 41 | 95,35 | 42 | 97,67 |
| | Ituiutaba | 1.185 | 1.275 | 107,59 | 1.142 | 96,37 | 1435 | 121,10 | 1136 | 95,87 | 1.107 | 93,42 |
| | Santa Vitória | 197 | 265 | 134,52 | 247 | 125,38 | 342 | 173,60 | 261 | 132,49 | 244 | 123,86 |

Fonte: SI-API

Tabela 11- Coberturas Vacinais para os menores de 01 ano e 01 ano, por município que constitui a Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte, ano 2012.(cont.)

| Região de Saúde | Municípios | META | FEBRE AMARELA | | MENINGO CONJ | | PNEUMO 10+13 | | TRÍPLICE VIRAL | |
|------------------------------|-----------------------|---------------|---------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|----------------|----------|
| | | (Pop. SINASC) | 1a. Dose | Cobert. % | 2a. Dose | Cobert. % | 3a. Dose | Cobert. % | Doses | Cobert.% |
| Uberlândia/ Araguari | Araguari | 1.354 | 1.234 | 91,14 | 1.340 | 98,97 | 1.228 | 90,69 | 1.272 | 93,94 |
| | Araporã | 107 | 89 | 83,18 | 119 | 111,21 | 70 | 65,42 | 75 | 70,09 |
| | Cascalho Rico | 18 | 26 | 144,44 | 27 | 150 | 32 | 177,78 | 28 | 155,56 |
| | Indianópolis | 82 | 82 | 100 | 80 | 97,56 | 91 | 110,98 | 99 | 120,73 |
| | Monte Alegre de Minas | 249 | 256 | 102,81 | 257 | 103,21 | 237 | 95,18 | 204 | 81,93 |
| | Nova Ponte | 166 | 173 | 104,22 | 191 | 115,06 | 190 | 114,46 | 154 | 92,77 |
| | Prata | 362 | 336 | 92,82 | 321 | 88,67 | 302 | 83,43 | 321 | 88,67 |
| | Tupaciguara | 210 | 210 | 100 | 221 | 105,24 | 212 | 100,95 | 253 | 120,48 |
| | Uberlândia | 8.595 | 7.878 | 91,66 | 8.275 | 96,28 | 7.834 | 91,15 | 8.054 | 93,71 |
| Patrocínio/ Monte Carmelo | Abadia dos Dourados | 77 | 64 | 83,12 | 70 | 90,91 | 64 | 83,12 | 63 | 81,82 |
| | Coromandel | 242 | 228 | 94,21 | 256 | 105,79 | 255 | 105,37 | 273 | 112,81 |
| | Douradoquara | 13 | 11 | 84,62 | 11 | 84,62 | 13 | 100 | 15 | 115,38 |
| | Estrela do Sul | 91 | 110 | 120,88 | 99 | 108,79 | 85 | 93,41 | 67 | 73,63 |
| | Grupiara | 13 | 10 | 76,92 | 12 | 92,31 | 10 | 76,92 | 14 | 107,69 |
| | Iraí de Minas | 98 | 116 | 118,37 | 103 | 105,1 | 113 | 115,31 | 92 | 93,88 |
| | Monte Carmelo | 554 | 542 | 97,83 | 595 | 107,4 | 578 | 104,33 | 541 | 97,65 |
| | Patrocínio | 1.150 | 1.175 | 102,17 | 1.158 | 100,7 | 1.066 | 92,7 | 1.146 | 99,65 |
| | Romaria | 35 | 33 | 94,29 | 26 | 74,29 | 32 | 91,43 | 19 | 54,29 |
| Ituiutaba | Cachoeira Dourada | 27 | 38 | 140,74 | 39 | 144,44 | 33 | 122,22 | 27 | 100,00 |
| | Campina Verde | 217 | 200 | 92,17 | 206 | 94,93 | 221 | 101,84 | 207 | 95,39 |
| | Canápolis | 136 | 132 | 97,06 | 136 | 100,00 | 136 | 100,00 | 139 | 102,21 |
| | Capinópolis | 184 | 164 | 89,13 | 141 | 76,63 | 150 | 81,52 | 187 | 101,63 |
| | Centralina | 70 | 107 | 152,86 | 112 | 160,00 | 102 | 145,71 | 106 | 151,43 |
| | Gurinhatã | 44 | 50 | 113,64 | 43 | 97,73 | 52 | 118,18 | 51 | 115,91 |
| | Ipiacu | 43 | 42 | 97,67 | 40 | 93,02 | 41 | 95,35 | 52 | 120,93 |
| | Ituiutaba | 1.185 | 1.070 | 90,30 | 1.145 | 96,62 | 1.098 | 92,66 | 1.024 | 86,41 |
| | Santa Vitória | 197 | 248 | 125,89 | 245 | 124,37 | 264 | 134,01 | 252 | 127,92 |

Fonte: SI-API

A região de maneira geral apresenta boas coberturas vacinais, exceto para a vacina contra BCG, porque essa é realizada no hospital logo que criança nasce e nos municípios que não possuem maternidade posuem baixa cobertura visto que bebê recebe alta com a dose já administrada.

Para as baixas coberturas propomos que os agentes comunitários façam a busca ativa através da ficha C – Cartão Espelho da Criança, para um melhor controle da cobertura de vacinação.

7.3 INDICADORES DE GESTÃO

7.3.1 - PDR atualizado

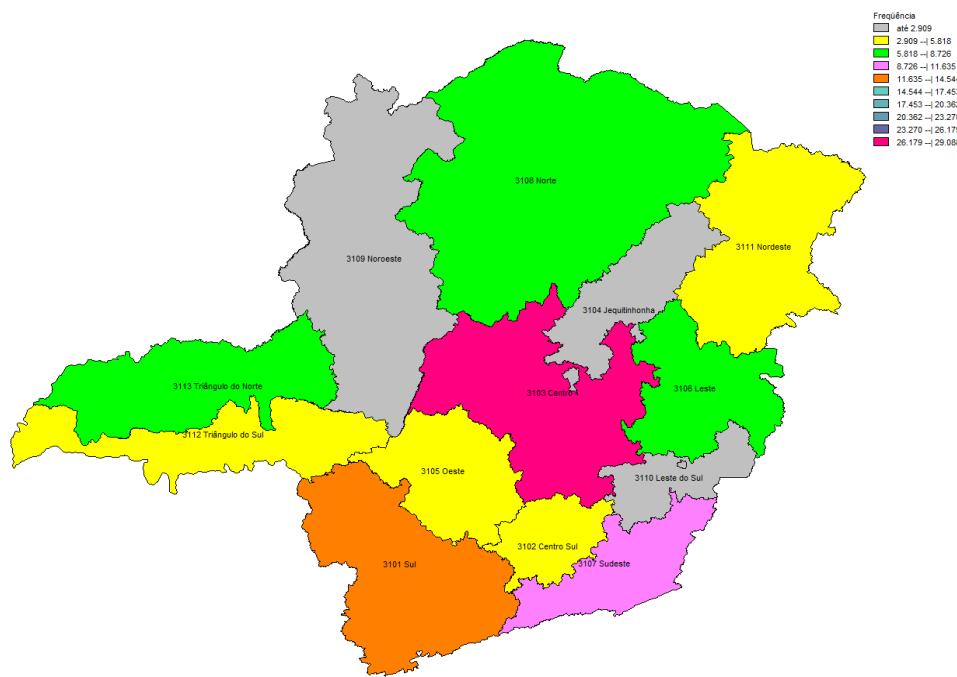
O Estado de Minas Gerais é subdivido em 13 Regiões Ampliadas de Saúde, compostas por 77 Regiões de Saúde. O município de Uberlândia está localizado na Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte, com uma população de 1.200.794 habitantes (IBGE 2012). Entre as 13 Regiões Ampliadas de Saúde Mineiras, está na 6^a posição entre as mais populosas, correspondendo a 6% do total da população do Estado. É composta por 27 municípios e subdividida em 3 Regiões de Saúde: a Região de Ituiutaba, composta por 09¹ municípios com 186.008 habitantes; a Região de Saúde: Uberlândia/Araguari, composta por 09² municípios com 829.661 habitantes e, por fim, a Região de Saúde: Patrocínio/Monte Carmelo, também composta por 09³ municípios com 185.125 habitantes. Abaixo segue mapa que apresenta as 13 Regiões Ampliadas de Saúde e as 77 Regiões de Saúde de Minas Gerais.

¹ Cachoeira Dourada, Campina Verde, Canápolis, Capinópolis, Centralina, Gurinhatã, Ipiaçu, Ituiutaba e Santa Vitória

¹ Araguari, Araporã, Cascalho Rico, Indianópolis, Monte Alegre de Minas, Nova Ponte, Prata, Tupaciguara e Uberlândia

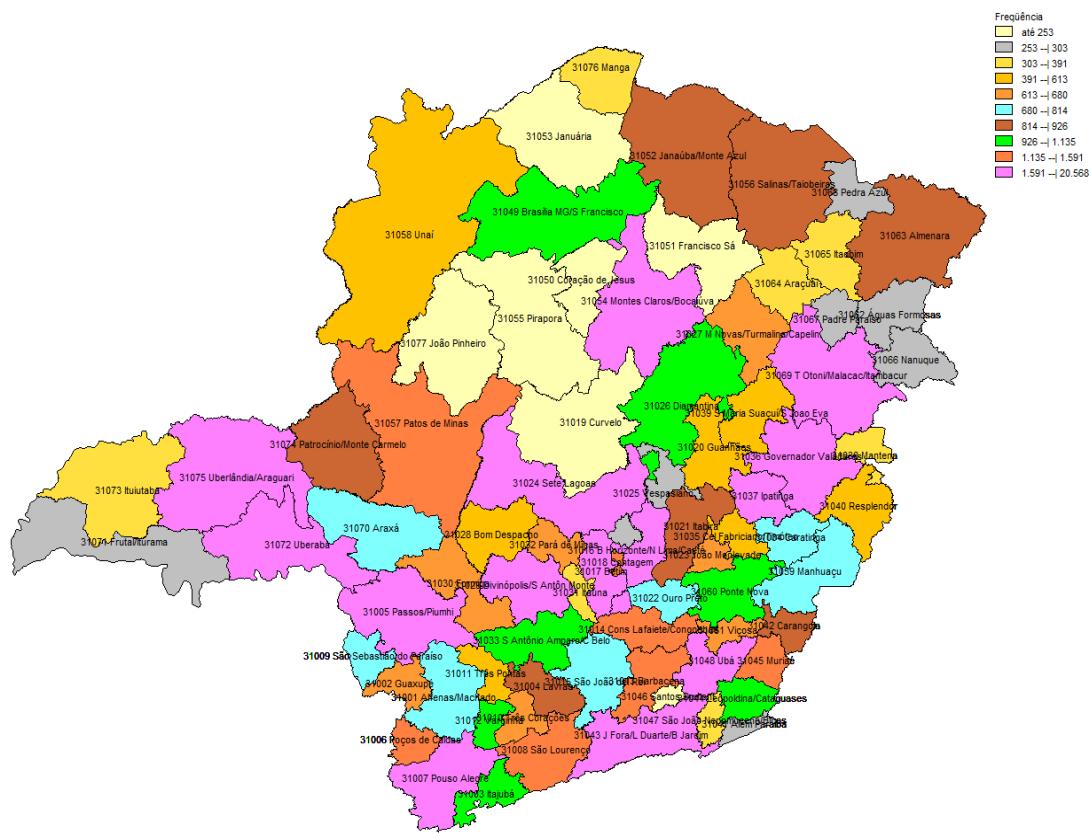
¹ Abadia dos Dourados, Coromandel, Estrela do Sul, Grupiara, Iraí de Minas, Monte Carmelo, Patrocínio e Romaria

Figura 3: 13 Regiões Ampliadas de Saúde de Minas Gerais



Fonte: PDR/2012

Figura 4: 77 Regiões de Saúde de Minas Gerais



Fonte: PDR/2012

A Região Ampliada Triângulo do Norte pertence à mesorregião geográfica do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, sua área total corresponde a 42.783,7 km², com densidade demográfica de 27,4 Hab/Km² (SES/MG). A população flutuante nesta macrorregião é expressiva, com características distintas em cada Região de Saúde.

A rede de atenção à saúde da Região Ampliada Triângulo do Norte é composta por 2.067 estabelecimentos de saúde, destes 516 estabelecimentos de saúde que prestam atendimento ao SUS cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A Região Ampliada Triângulo do Norte conta em seus cadastros CNES 197 Unidades Básicas de Saúde, possui 167 Equipes de Saúde da Família e 72 Equipes de Saúde Bucal, destas, 51 da Modalidade I e 21 da Modalidade II (DATASUS, 2013).

A Região conta ainda com 2.415 leitos gerais, considerando estabelecimentos públicos e privados, e deste total, 1.683 (70%) são disponibilizados aos usuários do SUS (DATASUS, 2013). No total, somam-se 20 hospitais privados, 09 hospitais filantrópicos e 07 públicos.

O Hospital de Ensino, o único da região ampliada, vinculado à Universidade Federal de Uberlândia, que se destaca pela maior infraestrutura e complexidade em comparação aos demais das regiões. Este hospital dispõe de 526 leitos dos quais 61 leitos são de UTI, sendo referência macrorregional para atendimento de atenção secundária e terciária à saúde (MINISTERO DA SAÚDE). Vale ressaltar que a Região Ampliada conta ainda com o Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro, com 265 leitos gerais e, destes, 78 são leitos de UTI. Este hospital ainda não está operando com sua capacidade máxima, pois vários serviços tanto de média quanto de alta complexidade estão em fase de credenciamento. O total de Leitos Complementares (UTI) cadastrados da Região Ampliada Triângulo do Norte somam 431 leitos e destes 265 são disponibilizados para atendimento ao SUS. (DATASUS/CNES 2013).

7.3.2 - PPI atualizada

A PPI no Estado de Minas Gerais é realizada semestralmente, com a participação da Região Ampliada durante todo o processo de negociação até a finalização da pacificação via sistema de informação SUSFácil. As negociações intergestoras ocorrem com análise de acordo com a série histórica de produção de determinados procedimentos para análise

e discussão dos possíveis remanejamentos, considerando a necessidade de promover a melhoria no atendimento e referenciamento dos procedimentos.

7.3.3 - Implantação de ouvidorias do SUS no estado e capital

No que se refere ao Sistema Único de Saúde, a participação da sociedade é uma prerrogativa estabelecida desde a Constituição. Esta prerrogativa encontra-se reforçada na Lei 8.142/1990, uma das leis basilares do SUS. Nela, são previstas como formas de participação as Conferências de Saúde e os Conselhos.

Todavia, ao longo dos anos, novos mecanismos vêm sendo construídos, visando fortalecer a cidadania. As ouvidorias fortalecem o SUS e a defesa do direito à saúde da população por meio do incentivo à participação popular e da inclusão do cidadão no controle social. São também ferramentas estratégicas de promoção da cidadania em saúde e produção de informações que subsidiam as tomadas de decisão. A instância da Ouvidoria de Saúde é um dos órgãos institucionais mais inovadores, permitindo aos cidadãos se envolverem diretamente nas questões públicas. Possui um caráter mediador entre o cidadão e as diversas instituições que prestam serviços de saúde pública.

O espaço da ouvidoria é uma oportunidade para promoção de *accountability* (responsabilização) societária e horizontal, através de distribuição de autoridade, poder e recursos. Assim, atua como um importante mediador entre os entes envolvidos (cidadão, órgãos e serviços do SUS) que ao encaminhar os problemas apresentados e procurar soluções, atua como um dispositivo que auxilia a subsidiar as políticas públicas de saúde.

Quando um cidadão se manifesta através do canal da Ouvidoria de Saúde, seja por demanda de serviços de saúde, reclamações ou sugestões está contribuindo para o aprimoramento do sistema. Não há políticas públicas se não existir participação ativa da sociedade civil, como sujeito coletivo que aglutine de forma organizada as diferentes representações dos interesses sociais no campo da saúde pública.

De maneira inovadora, Minas Gerais instituiu em 2010 uma Rede Estadual de Ouvidorias do SUS. Muitos esforços vêm sendo empreendidos no fortalecimento desta Rede, destacando-se um grande número de ações educacionais como os Cursos de Ouvidoria realizados para profissionais de todo o Estado, através do Canal Minas Saúde.

Não obstante os avanços já obtidos, caminhamos em 2013 com ainda mais força, através da instituição – de forma pioneira para o país – de um incentivo financeiro para a implantação e o funcionamento das Ouvidorias de Saúde com função regional.

Em 2013 foram pactuadas duas ouvidorias com função regional, uma em Uberlândia para os municípios da Região de saúde de Uberlândia/Araguari e outra em Patrocínio para os municípios da região de saúde de Patrocínio/Monte Carmelo. No desenho concebido, caberá as Ouvidorias de Saúde com função regional acolher as demandas, analisá-las, tratá-las, e enviar para a rede, trabalhando conjuntamente com as referências indicadas pelos demais municípios da região para construir a resposta para o cidadão.

8. PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA NA MICRORREGIÃO

São apresentados na tabela do Anexo I o cálculo das necessidades de leitos para implantação da Rede na Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte considerando necessidade de leitos obstétricos de risco habitual, leitos de alto risco, de UTI neonatal e de unidade de cuidados intermediários, a partir dos parâmetros do Ministério da Saúde – Portaria 1.459 de junho de 2011 que institui a Rede Cegonha e Portaria 1111 (2001, Ministério da Saúde).

Na Tabela 12 apresentamos a proposta de vinculação das maternidades de alto risco da Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte, nesta primeira fase, sendo que o fluxo para acesso ao parto será pelas Centrais Reguladoras. Temos que avançar na proposta de vinculação de forma a garantir o acesso da parturiente de forma ágil e segura.

Além disso, estamos propondo novas capacitações aos profissionais de saúde dos municípios que recebem as gestantes da região, no que diz respeito ao melhor acolhimento e vinculação dessa gestante à unidade de saúde que fará seu parto.

São objetivos da vinculação da gestante:

- Integrar os níveis de atenção, garantindo a continuidade do cuidado;
- Garantir acolhimento imediato da gestante em trabalho de parto, da gestante com queixas ou intercorrências durante o período de gestação, da puérpera e recém nascido em busca de assistência;

- Evitar a peregrinação das gestantes por diversas maternidades, diminuindo sofrimento desnecessário e risco de morbidade e mortalidade materna e neonatal;
- Referenciar e garantir transporte seguro caso a unidade não seja adequada ou não tenha, no momento, condições para prestar o tipo de atendimento necessário.

São competências dos serviços que realizam partos (hospitais/maternidades) no âmbito da vinculação da gestante:

- Receber gestantes e acompanhantes para uma visita antecipada, orientando e prestando informações sobre a maternidade e o processo de pré-parto, parto e puerpério;
- Acolher e atender a gestante nas intercorrências da gestação e por ocasião do parto;
- Em caso de lotação da unidade hospitalar ou de intercorrências que inviabilizem o atendimento/internação, a maternidade deve iniciar a assistência e acionar a Central de Regulação. A Maternidade de origem deve garantir a continuidade da assistência até a transferência definitiva da gestante;
- Comunicar sistematicamente às UBS ou UBSF sobre as puérperas e RNs de alta, para seguimento na Rede Básica.

No caso da gestante não desejar ser vinculada à maternidade indicada pela equipe da Unidade de Saúde, o profissional deverá tentar sensibilizá-la. Mantendo-se a resistência, o desejo da gestante deverá ser respeitado quanto ao local do parto. Dessa forma, a equipe deverá vincular a gestante a outra maternidade que faça parte da rede.

Tabela 12 - Proposta de Vinculação entre Maternidades de referência para Alto Risco na Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte

| Região de Saúde | Município a ser atendido | Nome da maternidade de alto risco |
|----------------------------------|--------------------------|---|
| Uberlândia/ Araguari | Araguari | Santa Casa de Misericórdia de Araguari Hospital de Clínicas de Uberlândia Hospital e Maternidade Municipal Odelmo Leão Carneiro |
| | Araporã | |
| | Cascalho Rico | |
| | Indianópolis | |
| | Monte Alegre de Minas | |
| | Nova Ponte | |
| | Prata | |
| | Tupaciguara | |
| | Uberlândia | |
| Patrocínio/ Monte Carmelo | Abadia dos Dourados | Santa Casa de Misericórdia de Patrocínio |
| | Coromandel | |
| | Douradoquara | |
| | Estrela do Sul | |

| | | |
|------------------|-------------------|--|
| | Grupiara | |
| | Iraí de Minas | |
| | Monte Carmelo | |
| | Patrocínio | |
| | Romaria | |
| Ituiutaba | Cachoeira Dourada | |
| | Campina Verde | |
| | Canápolis | |
| | Capinópolis | |
| | Centralina | |
| | Gurinhatã | |
| | Ipiaçu | |
| | Ituiutaba | |
| | Santa Vitória | |

Na tabela 13 apresentamos a proposta de vinculação da gestantes de risco habitual à maternidades

Tabela 13 - Proposta de Vinculação entre Maternidades de referência para Risco Habitual na Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte

| Região de Saúde | Município a ser atendido | Nome da maternidade de risco habitual |
|----------------------------------|--------------------------|---|
| Uberlândia/ Araguari | Araguari | Santa Casa de Misericórdia de Araguari |
| | Araporã | Hospital João Paulo II |
| | Cascalho Rico | Santa Casa de Misericórdia de Araguari |
| | Indianópolis | Santa Casa de Misericórdia de Araguari |
| | Monte Alegre de Minas | Santa Casa de Monte Alegre de Minas |
| | Nova Ponte | Hospital Municipal de Nova Ponte |
| | Prata | Hospital e Maternidade Renascer |
| | Tupaciguara | Casa de Saúde São Lucas |
| | Uberlândia | Hospital de Clínicas de Uberlândia Hospital e Maternidade Municipal Odelmo Leão Carneiro |
| Patrocínio/ Monte Carmelo | Abadia dos Dourados | Santa Casa de Abadia dos Dourados |
| | Coromandel | Santa Casa de Misericórdia de Coromandel |
| | Douradoquara | Hospital e Maternidade Virgílio Rosa |
| | Estrela do Sul | Hospital e Maternidade Virgílio Rosa |
| | Grupiara | Hospital e Maternidade Virgílio Rosa |
| | Iraí de Minas | Hospital e Maternidade Virgílio Rosa |
| | Monte Carmelo | Hospital e Maternidade Virgílio Rosa |
| | Patrocínio | Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora do Patrocínio |
| | Romaria | Hospital e Maternidade Virgílio Rosa |
| Ituiutaba | Cachoeira Dourada | Hospital São José |
| | Campina Verde | Hospital São Vicente de Paulo |
| | Canápolis | Hospital Sebastião Paes de Almeida |
| | Capinópolis | Hospital Municipal de Capinópolis |
| | Centralina | Hospital São José |
| | Gurinhatã | Hospital Municipal D. Amélia Maria de Souza |
| | Ipiaçu | Hospital São José |
| | Ituiutaba | Hospital São José |
| | Santa Vitória | Hospital Genésio Franco de Moraes |

Lembramos que é obrigado por lei que os hospitais e maternidades permitam a presença de um acompanhante indicado pela gestante durante o trabalho de parto, o parto e pós-parto. Isso para todos os hospitais, seja particular ou público. É importante deixar claro que fica a critério exclusivo da parturiente a escolha do acompanhante para o momento do parto e outras atividades relacionadas ao período de parto. Uma pessoa de confiança dará a mulher muito mais tranquilidade e atenção na hora do parto. Esse carinho recebido é muito importante. Com a grávida mais tranquila e se sentindo segura ao lado de uma pessoa conhecida, o parto pode ser mais curto e menos traumático, evitando uso de medicamento. O medo de entrar numa sala sem alguém conhecido faz com que muitas mulheres programem seus partos (cesarianas).

Os pontos de atenção à Saúde Materno Infantil da Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte podem ser caracterizadas conforme consta na tabela 14, bem como interesse na ampliação da mesma que será melhor detalhada no anexo II.

Tabela 14 - Pontos de Atenção à Saúde Materno Infantil da Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte, 2013.

| Descrição | Oferta | Descrição do local e quantidade | Necessidade (Portaria 1020/2013) | Previsto para implantação | Deficit | Manifestação de Interesse para investimento |
|---|--------|---|----------------------------------|--|---------|--|
| Casa de Gestante, bebê e Puérperas | 0 | | | 01 Casa de Apoio a Gestante de Alto Risco e à Puérpera - HCU | | Hospital Odelmo Leão – Tipo I Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora do Patrocínio – Tipo I |
| Centros de Partos Normal Peri ou Intra-Hospitalares | 0 | | | | | Hospital Odelmo Leão – Tipo I |
| UTI Neonatal | 48 | HCU - 20 leitos Hosp. Odelmo Leão - 10 leitos Sta Casa Araguari - 08 leitos Sta Casa Patrocínio*- 10 | 32 | | 0 | 05 leitos Hospital Odelmo Leão – Tipo II |

| | | leitos | | | | |
|---------------|-----|--|-----|----------------------------------|----|--|
| UTI Adulto | 113 | HCU - 30 leitos Hosp. Odelmo Leão - 40 leitos Santa Catarina - 04 leitos Santa Marta - 05 leitos Santa Casa de Araguari - 10 leitos Santo Antônio Araguari - 04 leitos Hospital São José - 10 leitos | 151 | 10 leitos Santa Casa de Araguari | 31 | 02 leitos - Hospital Odelmo Leão - Tipo II 03 leitos - Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora do Patrocínio – Tipo II |
| UCI Neonatal | 15 | Hosp. Odelmo Leão - 15 leitos | 48 | | 33 | |
| Leito Ganguru | 0 | | 16 | | 16 | 05 leitos – Hospital Odelmo Leão 03 leitos - Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora do Patrocínio |

| | | | | | | |
|-------------------------------|---|-----|----|--------------------------|----|--|
| Leitos Gestação de Alto Risco | 0 | | 38 | | 38 | 15 leitos – Hospital Odelmo Leão 07 leitos - Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora do Patrocínio |
| Banco de Leite Humano | 1 | HCU | | 01 Hospital Odelmo Leão | | |
| Posto de Coleta Leite Humano | 0 | | | 01 Santa Casa Araguari | | |
| | | | | 01 Santa Casa Patrocínio | | |

9. PRÁTICAS DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS: CATEGORIA A

9.1- Para as Instituições: Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e Hospital e Maternidade Municipal de Uberlândia:

- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;
- Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e Parto;
- Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem;
- Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto;
- Monitoramento fetal por meio de auscultação intermitente;

- Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS;
- Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto;
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
- Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto;
- Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue;
- Condições estéreis ao cortar o cordão;
- Prevenção da hipotermia do bebê;
- Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.

9.2- Para a Instituição: Santa Casa de Misericórdia de Patrocínio:

- Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto;
- Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante;
- Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;
- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;
- Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e

Parto ;

- Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem;
- Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto;
- Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente;
- Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS;
- Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento;
- Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue;
- Condições estéreis ao cortar o cordão;
- Prevenção da hipotermia do bebê;
- Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno;
- Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares;

9.3 - Para a Instituição: Santa Casa de Misericórdia de Araguari:

- Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto;
- Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante;
- Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;
- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;
- Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e Parto;
- Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem;
- Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto;
- Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente;
- Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS;
- Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento;
- Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto;
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;

- Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto;
- Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue;
- Condições estéreis ao cortar o cordão;
- Prevenção da hipotermia do bebê;
- Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno;
- Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares;

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.108, de 07de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2005.
- 2- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Gerais e Operacionais da Rede Cegonha. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082. Acesso em 16 de novembro de 2011.
- 3- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010.
- 4- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Brasília, 2011.
- 5- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida. 2 ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006. 84 p.
- 6- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.351, de 05 de outubro de 2011.Que altera a portaria 1.459 de junho de 2011.
- 7- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 650, de 05 de outubro de 2011. Que dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipais da Rede Cegonha.
- 8- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal noâmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2012.
- 9- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 904, de 29 de maio de 2013. Estabelece diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília, 2013.
- 10-BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Brasília, 2013.
- 11- MENDES, Eugênio Vilaça. In As Redes de Atenção à Saúde – 2ª Edição – 2011 - Brasília, DF.

Anexo I

RELATÓRIO ANALÍTICO DO FLUXO DE GESTANTES E RECÉM NASCIDOS PARA A REGIÃO AMPLIADA TRIÂNGULO DO NORTE (12)

LEGENDA DA TABELA

- Não existe
 - ... Não se aplica

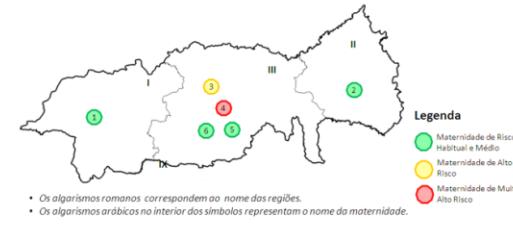
Não foi possível localizar na própria região ampliada a demanda de gestantes e os recém-nascidos

Foi possível localizar parte da demanda de gestantes e recém-nascidos na própria região ampliada

Foi possível localizar toda a demanda de gestantes e os recém-nascidos na própria região ampliada

Em verde claro, maternidades classificadas como referência para RHM. Em amarelo claro, maternidades classificadas como referência para AR. Em vermelho claro, maternidades classificadas como referência para MAR.

Mapa de Orientação



BALANCE

LEITOS UNN CUIDADOS

| | | |
|---|----|----|
| Leitos UNN necessários em Mat. MAR | 22 | |
| Leitos UNN disponíveis em Mat. MAR | 20 | |
| Déficit / superávit Mat. MAR | | -2 |
| Gestantes MAR a serem encaminhadas no caso de falta de leitos ou acolhidas no caso de sobra de leitos | | |

| | | |
|--|----|-----|
| Leitos UNN necessários em Mat. AR para RN nascidos na própria maternidade de AR | 27 | |
| Leitos UNN disponíveis em Mat. AR | 8 | |
| Leitos UNN necessários em Mat. AR para RN nascidos em Mat. RHM | 13 | |
| Déficit / superavit Mat. AR | | -19 |
| Gestantes AR a serem encaminhadas no caso de falta de leitos ou acolhidas no caso de excesso de leitos | | -32 |
| Neonatos nascidos em Mat. RHM a serem encaminhados no caso de falta de leitos | | |

ENCAMINHAR

| | |
|---------------------------------------|--|
| ENCAMINHAR / ACOLHER | OBSERVAÇÕES |
| <p>72</p> | <p>A Região Ampliada Triângulo Norte não é capaz de atender as GMAR residentes no território. São necessários mais 2 leitos neonatal, o que corresponde aproximadamente a 372 g.</p> |

HIPÓTESE

| ITEM | QUANT. | OB SERVAÇÃO |
|---|--------|---|
| Leitos disponíveis em outra região ampliada | 0 | |
| Leitos na Região Ampliada potencialmente disponíveis no sistema privado | 21 | Os leitos privados na Região Ampliada Triângulo do Norte estão distribuídos em 6 hospitais, sendo que 4 destes não são credenciados ao SUS. |
| Leitos de UTI não contabilizados em Mat. MAR na Região Ampliada | - | |
| Leitos de UCI não contabilizados em Mat. MAR na Região Ampliada | - | |
| Leitos de UTI não contabilizados em Mat. AR na Região Ampliada | - | |
| Leitos de UCI não contabilizados em Mat. AR na Região Ampliada | - | |
| Leitos de UCI potencialmente ampliáveis em Mat. MAR na Região Ampliada | - | |
| Leitos de UCI potencialmente ampliáveis em Mat. AR na Região Ampliada | - | |
| Leitos de UCI potencialmente ampliáveis em Mat. RHM na Região Ampliada | - | |
| Leitos de UTI previstos no Cegonha na Região Ampliada | - | |
| Leitos de UCI previstos no Cegonha na Região Ampliada | - | |
| Leitos de UTI previstos no Edital SES na Região Ampliada | - | |
| Leitos de UCI previstos no Edital SES na Região Ampliada | - | |

*Anexo II**Planilha de Investimento*

Anexo III

Plano de ação Rede Viva Vida/ Rede Cegonha da Região Ampliada de Saúde Triângulo do Norte

1. COMPONENTE PRÉ-NATAL

AÇÃO GLOBAL: Realizar pré natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) de boa qualidade, com captação precoce da gestante e acompanhamento da gestação visando parto seguro e humanizado.

| FRAGILIDADE | PROPOSTA AÇÃO | ATIVIDADE | PROONENTE |
|--|---|--|------------------------------------|
| Infra-estrutura (física, materiais, insumos e equipamentos) insuficiente e/ou inadequada das UBS. | Adequação da infraestrutura para o atendimento às consultas de pré-natal. | <input type="checkbox"/> Abastecer as UBS com materiais, insumos e equipamentos (sonar, fita métrica, gestograma, balança, etc) <input type="checkbox"/> Fornecer Kit para as gestantes (1 bolsa Rede Cegonha); <input type="checkbox"/> Reformar UBS. | Gestão – União, Estado e Município |
| Cota limitada e incerta de exames laboratoriais e de imagem. | Ampliação e/ou ajuste da oferta de exames laboratoriais e de imagem. | <input type="checkbox"/> Articular com SES. | Gestão – Estado e Município |
| Dificuldade no acompanhamento e monitoramento das gestantes no território frente ao número insuficiente de | Ampliar equipes de atenção básica parametrizada e/ou de saúde da família. | <input type="checkbox"/> Reorganização das equipes e recursos humanos existentes e/ou ampliação do número de profissionais. | Gestão – Município |

| | | | |
|---|---|--|--|
| equipes de Atenção básica e/ou de saúde da família. | | | |
| Sistema de Informação deficiente, particularmente o SISPRENATAL. | Ação Nacional: melhorar o Sistema para que possa fornecer relatórios para gestão. | <input type="checkbox"/> Capacitar para o uso do sistema. | Gestão – União, Estado e Município |
| Deficiente utilização sobre os dados do SINASC/SIM. | Qualificar as equipes envolvidas com planejamento para a análise dos dados SINASC/SIM. | <input type="checkbox"/> Capacitar para o uso das Bases SINASC/SIM. | Gestão – Município |
| Profissionais com Conhecimento científico e técnico desatualizados. | Desenvolvimento de processos de educação permanente; Implantação de estratégia de matriciamento/apoio às equipes da Atenção Básica. | <input type="checkbox"/> Realizar discussões de casos, utilização de protocolos de atenção das UBS com as equipes de referência e as de matriciamento/apoio; <input type="checkbox"/> Realizar reuniões sistemáticas de capacitação técnica de GO, generalistas, enfermeiros e equipes multiprofissionais das UBS e equipes de apoio. | Gestão/Assistência – Estado e Município |
| Dificuldade das equipes de saúde para identificação e | Atuação das equipes de saúde em relação à saúde | <input type="checkbox"/> Capacitar as UBS para a identificação de problemas | Gestão/Assistência – União, Estado e Município |

| | | | |
|---|---|---|--|
| <p>acompanhamento das gestantes em relação a deficiências alimentares e nutricionais.</p> | <p>nutricional da gestante; Implementação de tratamento de problemas nutricionais.</p> | <p>nutricionais; <input type="checkbox"/> Instituir e/ou implementar o monitoramento da assistência nutricional nas UBS para atendimento às gestantes;</p> <p><input type="checkbox"/> Garantir insumos para suplementação de ferro.</p> | |
| <p>Ações das equipes de Saúde Bucal não particuladas às demais equipes de saúde.</p> | <p>Atuação da equipe de saúde bucal em relação à saúde bucal da gestante; Implementação de diagnósticos e tratamento de problemas de saúde e bucal da gestante.</p> | <p><input type="checkbox"/> Capacitar as UBS para a identificação de problemas bucais;</p> <p><input type="checkbox"/> Instituir e/ou implementar o monitoramento da assistência bucal nas UBS para atendimento às gestantes;</p> <p><input type="checkbox"/> Realizar consultas odontológicas para todas as gestantes.</p> | <p>Gestão/Assistência – Município</p> |
| <p>Deficiência na gestão da atenção à Saúde Materno Infantil, no âmbito municipal.</p> | <p>Promoção de encontros sistemáticos com coordenadores e gerentes para monitoramento e avaliação do programa.</p> | <p><input type="checkbox"/> Analisar os dados de produção e atendimentos que subsidiem planejamento e avaliação;</p> <p><input type="checkbox"/> Acompanhar os</p> | <p>Gestão/Assistência - Estado e Município</p> |

| | | | |
|--|--|--|--------------------------------|
| | | <p>indicadores selecionados para avaliação das ações;</p> <p><input type="checkbox"/>Articular com a Educação Permanente da região para qualificação da gestão dos coordenadores da Atenção à Saúde da Mulher e da Criança.</p> | |
| Deficiente diagnóstico de sífilis e tratamento oportuno durante o pré-natal; Incipiente busca ativa do parceiro para investigação e tratamento. | <p>Realização do diagnóstico e tratamento de sífilis na gestação em tempo oportuno;</p> <p>Realização do diagnóstico e tratamento do parceiro sexual;</p> <p>Notificação e investigação dos casos.</p> | <p><input type="checkbox"/>Pactuar e utilizar os protocolos de assistência;</p> <p><input type="checkbox"/>Capacitar a APS para realização dos testes rápidos para sífilis;</p> <p><input type="checkbox"/>Disponibilizar testes rápidos para sífilis nas UBS;</p> <p><input type="checkbox"/>Ampliar oferta de exames laboratoriais para detecção de sífilis (1º. e 3º. Trimestres gestação);</p> <p><input type="checkbox"/>Acompanhar gestantes pós tratamento;</p> <p><input type="checkbox"/>Realizar a abordagem consentida para tratamento quando</p> | Gestão/Assistência - Município |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | | <p>do resultado positivo sífilis;</p> <p><input type="checkbox"/>Acompanhar tratamento gestante e companheiro sexual.</p> | |
| Diagnóstico deficitário de intercorrências no pré-natal: dificuldade no diagnóstico de infecções, doenças prevalentes na gravidez e outras patologias associadas; encaminhamentos equivocados de diagnósticos às referências; Dificuldade no manejo de parto; Falta de referência para pré-natal de alto risco de alta complexidade; Dificuldade de internação de gestantes com intercorrências obstétricas graves; Dificuldade na realização de | <p>Realização de diagnósticos corretos e encaminhamentos adequados às referências quando necessário; Garantia de acesso ao pré-natal de alto-risco de baixa e média complexidade; Garantia acesso ao prénatal de alto-risco de alta complexidade; Garantia consultas em serviços especializados; Garantia internação de gestantes com intercorrências obstétricas graves; Garantia às gestantes</p> | <p><input type="checkbox"/>Capacitar os profissionais para o diagnóstico e manejo adequado das intercorrências e urgências obstétricas;</p> <p><input type="checkbox"/>Elaborar e pactuar protocolos clínicos de referência e contrareferência;</p> <p><input type="checkbox"/>Pactuar protocolos de classificação de risco;</p> <p><input type="checkbox"/>Capacitar os profissionais da Atenção Básica para o atendimento de parto de urgências;</p> <p><input type="checkbox"/>Aprimorar os instrumentos de comunicação para retorno das informações da referência para UBS (contrareferência);</p> <p><input type="checkbox"/>Articular com o Complexo Regulador.</p> | Gestão/Assistência – Estado e Município |

| | | | |
|---|--|---|---|
| exames de gestantes de alto risco (Doppler, morfológico e cardiotopo). | acesso prioritário a exames laboratoriais e ultrassonografia obstétrica, morfológico e cardiotopo, pela Central de Regulação. | | |
| Dificuldade na execução das ações dos Comitês de Mortalidade Materna (poucos profissionais, alta rotatividade); Morosidade na investigação dos óbitos maternos; Subnotificação dos óbitos; Dificuldades no manuseio do Sistema de Informação. | Incentivar a constituição e manutenção de Comitês de Mortalidade Materna com pessoal suficiente e qualificado, conforme Resolução SES/MG nº4.031, de 19/11/13. Promover ações conjuntas envolvendo os Comitês, a atenção básica, as referências hospitalares e o Grupo de Vigilância à Saúde; Notificar óbitos maternos no SINAN-Net conforme Resolução SES/MG | <input type="checkbox"/> Investigação dos casos; <input type="checkbox"/> Elaboração de boletins de informação; <input type="checkbox"/> Qualificação dos Comitês de Mortalidade Materna para potencializar a capacidade de análise dos eventos; <input type="checkbox"/> Promoção de discussão entre o Comitê e os trabalhadores da Atenção Básica sobre os casos a serem investigados e com as referências hospitalares. | Gestão/Assistência – Estado e Município |

| | | | |
|---|--|--|---|
| | nº3.999, de 31/10/13. | | |
| Inexistentes ações de promoção de práticas corporais e atividade física para gestantes. | Realizar ações de promoção de práticas corporais e atividade física para gestantes. | <input type="checkbox"/> Capacitar equipes para a realização de práticas corporais com o apoio das equipes matriciais; <input type="checkbox"/> Desenvolver grupos de práticas corporais. | Gestão/Assistência - Estado e Município |
| Diversidade de condutas no acompanhamento do pré-natal; Preenchimento inadequado do cartão da gestante. | Ampliar a utilização de protocolo técnico da LC Saúde Materno Infantil pelos profissionais; Promover a utilização e preenchimento correto do cartão da gestante Qualificar profissionais da saúde para preenchimento correto de nascidos vivos com 7 ou mais consultas. | <input type="checkbox"/> Promover reuniões para implementação da LC Saúde Materno Infantil na região Triângulo do Norte; <input type="checkbox"/> Reunião com médicos e enfermeiros das unidades e assessoria da área de saúde da mulher para capacitação/discussão e revisão de protocolos e processos de trabalho | Gestão / Assistência - Estado e Município |
| Ingresso tardio da gestante no pré-natal. | Identificar precocemente a ocorrência de gravidez (até a 12ª semana) | <input type="checkbox"/> Captar mulheres com atraso menstrual; <input type="checkbox"/> Ampliar a oferta de testes de gravidez; | Assistência - Estado e Município |

| | | | |
|--|--|---|----------------------------|
| | de gestação) nas UBS e UBSF. | <input type="checkbox"/> Captar imediatamente no pré- natal, oferecendo no mínimo 7 consultas, com busca ativa de gestantes no território e na UBS e UBSF; <input type="checkbox"/> Envolver equipe multiprofissional na identificação e captação precoce da gestante; <input type="checkbox"/> Acompanhar gestantes atendidas pela saúde suplementar através dos ACS. | |
| Dificuldades na manutenção da adesão ao pré-natal. | Promover adesão da gestante ao pré-natal e parto. | <input type="checkbox"/> Identificação rede familiar e social para suporte e apoio durante a gestação; <input type="checkbox"/> Incentivo a participação do genitor no acompanhamento do pré-natal; <input type="checkbox"/> Identificação gestantes faltosas e realização de busca ativa; <input type="checkbox"/> Oferecimento visita à referência | Assistência - Município |

| | | | |
|---|---|--|-------------------------|
| | | para parto. | |
| Melhorar a adesão aos exames para detecção de DST/HIV dos parceiros sexuais das gestantes; Incipientes ações de acompanhamento dos casos. | Realizar diagnóstico e tratamento das Doenças Sexualmente transmissíveis (DST/HIV); Descentralização de Kits de exames de testes rápidos. | <input type="checkbox"/> Pactuação de protocolos de assistência; <input type="checkbox"/> Acompanhamento das gestantes e companheiros sexuais pós-tratamento; <input type="checkbox"/> Realização abordagem consentida para tratamento quando do resultado positivo de DST/HIV. | Assistência - Município |
| Dificuldade no controle dos resultados de exames laboratoriais (dificuldade no fluxo de acompanhamento dos exames laboratoriais pedidos, realizados e seus resultados). | Criar e/ou implementação do fluxo de acompanhamento dos exames laboratoriais pedidos, realizados e seus resultados). | <input type="checkbox"/> Realização de reuniões com grupos e profissionais envolvidos para criação e/ou implementação do fluxo de acompanhamento dos exames laboratoriais pedidos, realizados e seus resultados <input type="checkbox"/> Monitoramento e avaliação os exames laboratoriais, segundo fluxo implementado. | Assistência - Município |
| Demora na primeira consulta das | Ampliação dos locais para realizarem pré- | <input type="checkbox"/> Pactuar em CIR; <input type="checkbox"/> Qualificar os | Gestão / Assistência - |

| | | | |
|---|----------------------|--|--------------------|
| gestantes de alto risco devido a falta de local de referência para pré-natal de alto risco. | natal de alto risco. | profissionais para atendimento ao pré-natal de alto risco. | Estado e Município |
|---|----------------------|--|--------------------|

2. COMPONENTE PARTO E NASCIMENTO

AÇÃO GLOBAL: Assegurar acesso à referência para realização de parto de baixo e alto risco, de boa qualidade, seguro e humanizado.

| FRAGILIDADE | PROPOSTA AÇÃO | ATIVIDADE | PROONENTE |
|---|---|--|------------------------------------|
| Dificuldade de acesso a referências para parto de alto risco de alta complexidade devido a quantidade de leitos existentes. | Discutir a quantidade de leitos existentes e utilização adequada. | <input type="checkbox"/> Avaliar possibilidades de ampliação dos leitos; <input type="checkbox"/> Revisar e contratualizar serviços. | Gestão - Estado e Município |
| Restrição de leito obstétrico de alto risco. | Aprimorar o Sistema de Regulação dos leitos. | <input type="checkbox"/> Avaliar necessidade de adequadar estrutura e infra-estrutura (equipamentos, recursos humanos, materiais e insumos) nas referências para credenciamento de leito obstétrico de alto risco; <input type="checkbox"/> Habilitação de serviço de partos de | Gestão - União, Estado e Município |

| | | | |
|---|---|---|------------------------------------|
| | | <p>alto risco do Hospital Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro;</p> <p><input type="checkbox"/> Ampliação de leitos obstétricos na Santa Casa de Araguari.</p> | |
| Restrição de leitos UTI e UCI neonatal. | Ampliação do número de leitos de UTI, UTI neonatal e UCI neonatal. | <input type="checkbox"/> Ampliação de leitos: leitos de UTI neonatal e leitos de UCI na Santa Casa de Misericórdia de Patrocínio. | Gestão - União, Estado e Município |
| Dificuldade na execução das ações dos Comitês de Prevenção de Mortalidade Infantil. | <p>Incentivar a constituição e manutenção de Comitês de Mortalidade com pessoal suficiente e qualificado, conforme Resolução SES/MG nº4.031, de 19/11/13;</p> <p>Promover ações conjuntas envolvendo os Comitês, a atenção básica, as referências hospitalares e o Grupo de Vigilância à Saúde;</p> <p>Notificar óbitos maternos no SINAN-Net conforme Resolução SES/MG</p> | <input type="checkbox"/> Capacitar e/ou qualificar os comitês municipais para investigações dos óbitos e ainda para retorno a assistência e melhoria das ações. | Gestão - Estado e Município |

| | | | |
|-----------------------------------|---|---|-----------------------------|
| | nº3.999, de 31/10/13. | | |
| Implementar ações de humanização. | Revisar ações de humanização nos processos de trabalho. | <p><input type="checkbox"/> Implementar ações que permitam e garantam à presença de acompanhante durante o parto com mínimo de conforto;</p> <p><input type="checkbox"/> Promoção de ações de aleitamento;</p> <p><input type="checkbox"/> Promoção de ações de educação permanente para desenvolvimento de ações de humanização do parto</p> <p><input type="checkbox"/> Estímulo a adesão ao Parto Normal;</p> <p><input type="checkbox"/> Implementar as maternidades/hospital com vistas a melhoria da ambência adequada para mulher e familiares, gestão compartilhada da clínica e participação do usuário.</p> | Gestão - Estado e Município |

3. COMPONENTE PUERPÉRIO E INFANCIA

AÇÃO GLOBAL: Assegurar acompanhamento de qualidade durante o período puerperal e promover o desenvolvimento e crescimento da criança, particularmente nos primeiros 2 anos de vida.

| FRAGILIDADE | PROPOSTA AÇÃO | ATIVIDADE | PROONENTE |
|--|--|--|--|
| Dificuldade das equipes de saúde para identificação e acompanhamento das puérperas em relação a deficiências/problemas alimentares e nutricionais. | Potencializar a atuação das equipes de saúde em relação à saúde nutricional da puérpera e criança; Promover diagnósticos e tratamento de problemas nutricionais. | <input type="checkbox"/> Capacitação das UBS para a identificação de problemas/deficiências nutricionais; <input type="checkbox"/> Instituição e/ou monitoramento da assistência nutricional nas UBS e UBSF para atendimento às puérperas e crianças. | Gestão / Assistência - Estado e Município |
| Ações das equipes de Saúde Bucal não articuladas às demais equipes de saúde. | Potencializar a atuação das equipes de saúde em relação à saúde bucal da puérpera e criança; Promover diagnósticos e tratamento de problemas bucais; | <input type="checkbox"/> Capacitação das UBS para a identificação de problemas/deficiências bucais; <input type="checkbox"/> Instituição e/ou monitoramento da assistência bucal nas UBS e UBSF para atendimento às puérperas e crianças; | Gestão / Assistência - Estado e Município |
| Ações insipientes de | Desenvolver ações | <input type="checkbox"/> Incentivo à | Gestão / |

| | | | |
|---|---|---|----------------------------------|
| saúde sexual e planejamento reprodutivo. | de saúde sexual e planejamento reprodutivo. Implementar ações para abordar os adolescentes em relação a sexualidade e saúde sexual e reprodutiva. | <p>participação no programa de planejamento reprodutivo;</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ampliação do acesso à insumos de métodos contraceptivos, insumos de prevenção de DST/HIV e materiais educativos; <input type="checkbox"/> Revisar protocolos de planejamento reprodutivo; <input type="checkbox"/> Capacitação dos profissionais para trabalhos educativos sobre saúde sexual e planejamento reprodutivo. | Assistência - Estado e Município |
| Descontinuidade as ações pré-natal - parto e puerpério; Demora do retorno da mulher e criança à UBS e UBSF. | Garantir a contrarreferência. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitoramento das mulheres e dos recém-nascidos com visita domiciliaria e consultas de retorno do parto; <input type="checkbox"/> Realização de busca ativa de mulheres e crianças pós-parto. <input type="checkbox"/> Implantar a alta responsável nos hospitais e maternidades. | Assistência - Município |

| | | | |
|---|--|--|-------------------------|
| Baixas taxas de aleitamento materno. | Aumentar a cobertura de aleitamento materno. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Estimulação do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e complementar até os 2 anos de idade e estimular a implantação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; <input type="checkbox"/> Avaliação e monitoramento da cobertura de aleitamento materno; <input type="checkbox"/> Realização grupos de Gestantes com orientações sobre importância da alimentação e do aleitamento materno. | Assistência - Município |
| Deficiência na avaliação e monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança. | Promover ações de estímulo ao desenvolvimento da infância e às ações de monitoramento e avaliação. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Avaliação e monitoramento das condições nutricionais das crianças; <input type="checkbox"/> Monitoramento do crescimento e desenvolvimento, segundo protocolo, em especial crianças egressas da UTI; <input type="checkbox"/> Avaliação e monitoramento de situações e condições | Assistência - Município |

| | | | |
|---|---|--|-------------------------|
| | | <p>que indicam famílias em vulnerabilidade social;</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identificar rede familiar e social de apoio à infância. | |
| Baixas coberturas vacinais. | Aumentar a cobertura de vacinação. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Avaliação e monitoramento das crianças em relação as vacinas; <input type="checkbox"/> Identificação de crianças em atraso ou faltosas e busca ativa; <input type="checkbox"/> Busca ativa por parte dos agentes comunitários através da ficha C – Cartão Espelho da Criança. | Assistência - Município |
| Dificuldade no acompanhamento dos casos de transmissão vertical pelo HIV e sífilis. | Ampliar formas de comunicação entre as referências e as UBS para o acompanhamento das crianças. | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Incentivar a realização da Abordagem Consentida. <input type="checkbox"/> Realizar visitas domiciliares para o acompanhamento dos casos em ações conjuntas com as referência. | Assistência - Município |

4 COMPONENTE LOGÍSTICO

AÇÃO GLOBAL: Promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para gestantes, puérperas e recém-nascidos de alto risco. Implementação da Regulação de leitos obstétricos, neonatais e urgências e implantação da Regulação ambulatorial (consultas e exames).

| FRAGILIDADE | PROPOSTA AÇÃO | ATIVIDADE | PROPONENTE |
|--|--|---|-----------------------------|
| Dificuldade de meios de locomoção para ida ao pré-natal, parto e/ou procedimentos referenciados. | Criação de programa com incentivos para realização do pré-natal, com garantia de transporte. | <input type="checkbox"/> Implantação de transporte seguro à gestante, puérpera e RN afinada com a pactuação da Rede de Urgência e Emergência. | Gestão - Estado e Município |
| Dificuldade na regulação dos leitos obstétricos e de UTI neonatais. | Promover regulação eficiente dos leitos obstétricos e de UTI. | <input type="checkbox"/> Prover de pessoal e equipamentos a Regulação; <input type="checkbox"/> Discutir com a SES sobre a efetividade da Regulação, considerando as questões da região e dos leitos relacionados à Obstetrícia. | Gestão - Estado e Município |

1 Cachoeira Dourada, Campina Verde, Canápolis, Capinópolis, Centralina, Gurinhatã, Ipiaçu, Ituiutaba e Santa Vitória

1 Araguari, Araporã, Cascalho Rico, Indianópolis, Monte Alegre de Minas, Nova Ponte, Prata, Tupaciguara e Uberlândia

1 Abadia dos Dourados, Coromandel, Estrela do Sul, Grupiara, Iraí de Minas, Monte Carmelo, Patrocínio e Romaria