



PLANO DE AÇÃO ESTADUAL DA REDE CEGONHA



Comitê Estadual
de Prevenção da Mortalidade
Materna e Infantil

Sumário

I - Identificação das Comissões Intergestoras Regionais (CIR) com municípios componentes e população:	6
II. Consolidação da programação da atenção integral à saúde materna e infantil.....	8
III. Programação da atenção à saúde materna e infantil.....	11
I - Componente PRÉ-NATAL:	11
II - Componente PARTO E NASCIMENTO:	13
III - Componente PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA:	15
IV - Componente SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO:	16
ANEXO I - Rede Cegonha Macrorregião de Campo Grande	17
I a) Plano de Ação Microrregião de Aquidauana	23
I b) Plano de Ação Microrregião de Campo Grande.....	26
I c) Plano de Ação Microrregião de Coxim	30
I d) Plano de Ação Microrregião de Jardim	32
ANEXO II - Rede Cegonha Macrorregião de Dourados	34
II a) Plano de Ação Microrregião de Dourados	39
II b) Plano de Ação Microrregião de Naviraí.....	42
II c) Plano de Ação Microrregião de Nova Andradina	44
II d) Plano de Ação Regional de Ponta Porã.....	47
ANEXO III - Rede Cegonha Macrorregião de Três Lagoas	50
III a) Plano de Ação Microrregião de Paranaíba.....	54
III b) Plano de Ação Microrregião de Três Lagoas.....	56
ANEXO IV - Rede Cegonha Macrorregião de Corumbá	58

Plano de Ação Regional da Rede Cegonha de Mato Grosso do Sul

Atualização em dezembro de 2018

Considerando:

- Portaria de Consolidação nº 03/GM/MS, de 28/09/2017; Anexo II - Rede Cegonha (Origem: PRT MS/GM 1459/2011);
- Portaria 650 de 05/10/2011 - Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha, que são os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da rede, assim como para o repasse dos recursos, o monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha;
- Resolução N.018/CIB/SES/MS de 30/06/2016 - Aprova o Protocolo de Atendimento à Gestante, Puérpera e Recém Nascido em Mato Grosso do Sul;
- Resolução N.026/CIB/SES/MS de 30/06/2016 - Aprova a atualização do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha de Mato Grosso do Sul
- Resolução CIB 021/CIB/SES/MS de 03/07/2017 – Aprova a composição do grupo condutor regional das redes de atenção à saúde;
- Port. 2866 de 02/01/2011 - Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta - Promover a saúde das populações do campo e da floresta por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual, visando ao acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida.
- PORTARIA Nº 2.836, 02/12/11 - Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Atenção especificamente ao Art 2º, incisos XI - oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT nas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), especialmente com relação ao HIV, à AIDS e às hepatites virais; XII - prevenir novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado; e XIV - garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS; XIX - promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS;
- PORTARIA nº 254 de 31/01/02 - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e PORTARIA Nº 2.656, DE 17/10/07 - Responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas. A Secretaria de Estado de Saúde deve atuar de forma complementar na execução das ações de saúde indígena, prestar apoio técnico aos municípios, às Coordenações Regionais da FUNASA e aos DSEI;
- PORTARIA Nº 3.265, de 01/12/2017 - Dispõe sobre a ampliação do acesso ao Dispositivo Intrauterino Tcu 380 (DIU de cobre) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Portaria nº 1.130 de 05/08/2015 que Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

- Portaria nº 930 de 10/05/2012 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 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- PORTARIA Nº 1.020, de 29/05/2013 - 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.
- PORTARIA Nº 11, de 07/01/2015 - Redefine as 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.
- PORTARIA Nº 1.153, de 22/05/2014 - Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Lei nº 5.217 de 26/06/2018 - Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências.
- Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
- Política Nacional de Humanização em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Ministério da Saúde, 2003.

Conforme estabelecido na Consolidação nº 03/GM/MS, de 28/09/2017; Anexo II - Rede Cegonha, Art 4º: “A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território (região de saúde), mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde a partir das seguintes diretrizes:

- I - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
- II - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- III - garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- IV - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e
- V - garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

Princípios da Rede Cegonha:

- I** - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
- II** - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
- III** - a promoção da equidade;
- IV** - o enfoque de gênero;
- V** - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
- VI** - a participação e a mobilização social; e
- VII** - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento no Estado.

Objetivos da Rede Cegonha:

- I** - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
- II** - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e
- III** - reduzir a mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal.

I - Identificação das Comissões Intergestoras Regionais (CIR) com municípios componentes e população:

(Resolução CIB Plano Diretor de Regionalização 122/2015)

REGIÃO DE CAMPO GRANDE (34 MUNICÍPIOS)

MUNICÍPIO	Nascidos Vivos 2016	População Existente IBGE 2016
ALCINÓPOLIS	42	5.114
ANASTÁCIO	371	24.852
AQUIDAUANA	720	47.323
BANDEIRANTES	71	6.783
BELA VISTA	418	24.223
BODOQUENA	106	7.859
BONITO	347	21.267
CAMAPUÁ	203	13.712
CAMPO GRANDE	13.675	863.982
CARACOL	71	5.906
CHAPADAO DO SUL	426	23.284
CORGUINHO	38	5.622
COSTA RICA	433	19.835
COXIM	493	33.231
DOIS IRMÃOS BURITI	151	11.049
FIGUEIRÃO	31	3.020
GUIA LOPES DA LAGUNA	126	10.063
JARAGUARI	56	6.940
JARDIM	400	25.617
MARACAJU	720	44.042
MIRANDA	519	27.316
NIOAQUE	161	14.162
NOVA ALVORADA DO SUL	283	20.217
PARAÍSO DAS ÁGUAS	41	5.251
PEDRO GOMES	79	7.738
PORTO MURTINHO	213	16.686
RIBAS DO RIO PARDO	318	23.526
RIO NEGRO	55	4.871
RIO VERDE DE MT	294	19.515
ROCHEDO	45	5.300
SÃO GABRIEL DO OESTE	490	25.443
SIDROLÂNDIA	656	52.975
SONORA	206	17.941
TERENOS	198	20.387
TOTAL	22.456	1.465.052

REGIÃO DE CORUMBÁ (2 MUNICÍPIOS)

MUNICÍPIO	Nascidos Vivos 2016	População Existente IBGE 2016
CORUMBÁ	1.854	109.294
LADÁRIO	377	22.228
TOTAL	2.231	131.522

**REGIÃO DE DOURADOS
(33 MUNICÍPIOS)**

MUNICÍPIO	Nascidos Vivos 2016	População Existente IBGE 2016
AMAMBAI	654	38.030
ANAURILÂNDIA	56	8.885
ANGÉLICA	185	10.304
ANTONIO JOÃO	160	8.744
ARAL MOREIRA	173	11.586
BATAYPORÁ	152	11.228
CAARAPÓ	532	28.867
CORONEL SAPUCAIA	341	14.916
DEODÁPOLIS	142	12.712
DOURADINA	74	5.775
DOURADOS	3.830	215.486
ELDORADO	191	12.176
FÁTIMA DO SUL	288	19.200
GLÓRIA DE DOURADOS	125	9.976
IGUATEMI	250	15.738
ITAPORÁ	245	23.220
ITAQUIRAÍ	253	20.401
IVINHEMA	373	22.975
JAPORÁ	164	8.702
JATEÍ	45	4.031
JUTI	115	6.476
LAGUNA CARAPÃ	110	7.097
MUNDO NOVO	297	17.994
NAVIRAÍ	951	52.367
NOVA ANDRADINA	694	51.764
NOVO HORIZONTE DO SUL	74	4.173
PARANHOS	280	13.674
PONTA PORÁ	1.534	88.164
RIO BRILHANTE	639	35.465
SETE QUEDAS	117	10.811
TACURU	180	11.160
TAQUARUSSU	49	3.570
VICENTINA	79	6.034
TOTAL	13.352	811.701

**REGIÃO DE TRÊS LAGOAS
(10 MUNICÍPIOS)**

MUNICÍPIO	Nascidos Vivos 2016	População Existente IBGE 2016
ÁGUA CLARA	218	14.734
APARECIDA DO TABOADO	256	24.745
BATAGUASSU	377	22.084
BRASILÂNDIA	163	11.884
CASSILÂNDIA	286	21.685
INOCÊNCIA	118	7.641
PARANAÍBA	523	41.626
SANTA RITA DO PARDO	11	7.682
SELVÍRIA	38	6.469
TRÊS LAGOAS	1.876	115.561
TOTAL	3.866	274.111

II. Consolidação da programação da atenção integral à saúde materna e infantil

ATIVIDADES:	MUNICÍPIO OU REGIÃO:	META:	MEIO DE VERIFICAÇÃO:	DIMENSIONAMENTO DA OFERTA/ANO: (calcular o quantitativo físico e financeiro, seguindo os parâmetros)		
Composição e atuação do grupo condutor municipal	Todos os municípios	Publicação no plano de ação municipal da Rede Cegonha	Plano de ação municipal	-		
Protocolo de transporte seguro de gestantes para consultas ambulatoriais de alto risco				Série histórica últimos 12 meses		
Protocolo de transporte seguro de gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de urgência (Rede de Urgências e Emergências)				Série histórica últimos 12 meses		
Implantação do modelo "Vaga sempre" em todas as maternidades que realizam partos				Equipe de plantão 24 horas, 7 dias por semana		
Protocolo de vinculação da gestante à maternidade durante o pré-natal				30% das gestantes com ações de vinculação		
Protocolo de acesso às internações clínicas em hospitais de alto risco	Campo Grande e Dourados	Protocolo publicado com resolução CIB	Grupo Condutor Estadual de Redes (registro de ata)	15% do total de leitos obstétricos necessários na região		
Protocolos de acesso para cuidado compartilhado em gestação de alto risco na Rede de Atenção às Doenças Crônicas				1 consulta por gestante de alto risco		
Protocolos de acesso para cuidado compartilhado em gestação de alto risco na Rede de Atenção Psico-Social				1 consulta por gestante de alto risco		
Protocolos de acesso para cuidado compartilhado em gestação de alto risco na Rede de Atenção à Pessoa Com Deficiência				1 consulta por gestante de alto risco		
Protocolo de acesso aos exames mínimos de gestação de alto risco com fluxo regional	Municípios sede de microrregião			cálculo dos exames conforme protocolo		
Protocolo de acesso às consultas com médico obstetra em ambulatorios de alto risco com fluxo regional				5 consultas por gestante de alto risco		
Ampliação do acesso à inserção de LARC ambulatorial				mínimo 1 serviço de referência por município		
Ampliação do acesso à inserção de LARC pós-parto e pós-aborto				Aumento de 5% ao ano até chegar à meta de 30% dos partos e abortos com inserção da LARC		
Habilitação da maternidade na Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Port. 1153/2014				Campo Grande, Dourados, Três Lagoas,	Envio da solicitação de habilitação para o Ministério da Saúde	Grupo Condutor Estadual de Redes (registro de ata)

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE ATENÇÃO À SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO BÁSICA

	Paranaíba, Ponta Porã, Corumbá			
Habilitação de Casa da Gestante, Bebê e Puérpera. Port. 1020/2013	Dourados (HU-UFGD)	Habilitação da CGBP do HU-UFGD		01 CPN para municípios de 100 a 350 mil hab.
Implantação de Casa da Gestante, Bebê e Puérpera. Port. 1020/2013	Campo Grande (HUMAP)	Ampliação do HUMAP para implantação da CGBP		CGBP com 20 leitos vinculada à hospital de Alto Risco
Implantação de Centro de Parto Normal. Port. 11/2015		Ampliação do HUMAP para implantação do CPN		02 CPN para municípios de 350 a 1 milhão de hab.
Habilitação de serviço hospitalar de referência de Gestação de Alto Risco Port. 1020/2014	Campo Grande (HRMS)	Publicação da portaria de habilitação pelo Ministério da Saúde		15% do total de leitos obstétricos necessários na região
Habilitação de leitos da linha de cuidado neonatal Habilit. Port 930/2012	Campo Grande (AAMI)	Habilitação de 20 leitos na linha de cuidado neonatal		02 leitos de UTIN + 03 leitos de UCINCo + 01 leito UCINCa para cada 1.000 nascidos vivos na região
Habilitação de leitos da linha de cuidado neonatal Habilit. Port 930/2012	Corumbá (Santa Casa)	Estruturação de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal com 10 leitos.	Plano de ação municipal	03 leitos de UCI neo + 01 leito Canguru para cada 1.000 nascidos vivos na região
Habilitação de leitos da linha de cuidado neonatal Habilit. Port 930/2012	Ponta Porã (Hospital Regional José S. Neto)	Estruturação de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal com 10 leitos.		
Habilitação de serviço hospitalar de referência de Gestação de Alto Risco Port. 1020/2013		Plano de ação para atender às normas para habilitação em alto risco Tipo 1		15% do total de leitos obstétricos necessários na região
Implantação de Centro de Parto Normal. Port. 11/2015	Campo Grande (Hospital da Mulher Vó Honória)	Centro de referência para partos de risco habitual		02 CPN para municípios de 350 a 1 milhão de hab.
Estruturação dos ambulatórios de alto risco regionais	Municípios sede de microrregião	Oferta de 100% exames mínimos de alto risco com resultado em tempo oportuno na região de saúde		1 ambulatório de referência para cada região
Estruturação do seguimento das triagens auditivas neonatais		Protocolo municipal de triagem auditiva neonatal	100% dos RN de risco com Triagem Auditiva Neonatal até 30 dias de vida	

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE ATENÇÃO À SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Protocolo de registro e triagens neonatais Cartório de registro de nascimento na maternidade Teste do pezinho Teste da orelhinha Teste do olhinho Teste da linguinha	Todos os serviços de referência para partos (maternidades) conforme plano de ação microrregional	Registro de nascimento e triagens neonatais para 100% dos nascidos nas maternidades	Plano de Ação Municipal	100% dos recém-nascidos
Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto para Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia (ACRO)		100% dos profissionais do pronto atendimento capacitados com protocolos ativos na maternidade	Grupo Condutor Estadual de Redes (registro de ata)	Todos os profissionais atuantes no pronto atendimento capacitados. Protocolos ativos nos serviços
Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto para Atendimento de Urgências e Emergências Obstétricas e Neonatais, em parceria com a Escola de Saúde Pública		100% dos profissionais de sala de partos capacitados com protocolos ativos na maternidade	Grupo Condutor Estadual de Redes (registro de ata)	Todos os profissionais atuantes em sala de parto capacitados. Protocolos ativos nos serviços.
Monitorar notificação de infecções cirúrgicas relacionadas às cesáreas no Formsus em parceria com a Vigilância Sanitária		Monitoramento de 100% das infecções cirúrgicas relacionadas à cesáreas	Relatório VISA	
Monitorar a implantação dos protocolos de segurança do paciente e boas práticas de atenção ao parto e recém-nascido em parceria com a Vigilância Sanitária		Todas as maternidades com protocolos de segurança do paciente ativos	Relatório VISA	
Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto o Manejo Clínico do Aleitamento Materno, em parceria com a Escola de Saúde Pública		100% dos profissionais do alojamento conjunto capacitados com protocolos ativos na maternidade	Grupo Condutor Estadual de Redes (registro de ata)	Todos os profissionais atuantes em sala de parto e alojamento conjunto capacitados. Protocolos ativos nos serviços

III. Programação da atenção à saúde materna e infantil

A implantação e implementação da Rede Cegonha no estado de Mato Grosso do Sul, será norteada e executada pelo trabalho articulado entre os Grupos Condutores Municipais no âmbito regional, com apoio técnico e coordenação da Secretaria Estadual de Saúde.

A programação descreve a consolidação da programação da atenção integral à saúde materna e infantil dos municípios, incluindo as atribuições e responsabilidades pactuadas.

I - Componente PRÉ-NATAL:

- a) Todos os municípios do estado de Mato Grosso do Sul devem responsabilizar-se pela realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS), orientando-se pelo Protocolo da Atenção Básica – Saúde das Mulheres, Ministério da Saúde (2016)⁽¹⁾;
- b) Todos os municípios do estado de Mato Grosso do Sul devem oferecer os exames mínimos de pré-natal de risco habitual conforme Portaria SAS 650/2011;

Quadro 1 – Exames de pré-natal de risco habitual	
Exame	Quando
Tipo sanguíneo e Fator RH	1º consulta
Teste Coombs indireto para RH-	A partir de 24º semana
Glicemia de jejum	1º consulta e 3º trimestre (28 semanas)
Teste rápido para Sífilis ou VDRL	
Hematócrito	
Hemoglobina	
Anti-HIV1 e anti-HIV2*	
Urina tipo 1 / Urocultura e antibiograma	
Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG)*	1º consulta e 3º trimestre (se negativos no 1º exame)
Eletroforese de hemoglobina*	1º consulta (Iped)
Sorologia Hepatite B (HBsAg)*	1º consulta e 3º trimestre (Iped)
Ultrassom obstétrico	1º trimestre e 2º trimestre (até 24 semanas) ou seguimento conforme caso
Teste rápido de Proteinúria - fita reagente	Mulheres com hipertensão na gravidez
Programa de proteção à gestante	1º consulta e 28º semana

*Testes realizados no Programa Estadual de Proteção à Gestante – IPED/APAE

- c) Programa de proteção à gestante: Todas as gestantes do estado de Mato Grosso do Sul devem realizar a coleta do exame em papel filtro para triagens para doenças de transmissão vertical, realizados pelo laboratório do Iped/Apae.

Quadro 2 – Exames do Programa Estadual de Proteção à Gestante	
Exame	Quando
Variante de Hemoglobinas	1º trimestre
Rubéola IgG e IgM	
Toxoplasmose IgG e IgM	
Citomegalovírus IgG e IgM	
Anti HIV 1 e 2	
Anti Trypanosoma Cruzi	
Anti HBc e HBsAG	
Anti-HCV	
HTLV 1 e 2	
TSH	
Anti-teponema Pallidum (Sífilis)	

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE ATENÇÃO À SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO BÁSICA**

Toxoplasmose IgM	3º trimestre
Anti-teponema Pallidum (Sífilis)	
Anti-HIV 1 e 2	

- d) Todos os municípios do estado de Mato Grosso do Sul devem elaborar seu protocolo de referências para acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, conforme classificação disponível no Manual Técnico do Alto Risco ⁽²⁾ e no Protocolo Estadual de Atendimento à Gestante, Puérpera e Recém-nascido ⁽³⁾;
- e) Os municípios definidos no Plano Diretor de Regionalização (Resolução n° 04/SES/MS de 26/02/2013 como sedes de microrregião (Campo Grande, Aquidauana, Corumbá, Coxim, Jardim, Três Lagoas, Paranaíba, Dourados, Naviraí, Nova Andradina e Ponta Porã) serão referências regionais para o cuidado especializado. Compete à Secretaria Estadual de Saúde às Secretarias Municipais de Saúde a estruturação dos centros de atenção especializada em saúde da mulher para o acesso aos exames e consultas necessárias para o pré-natal de alto de risco, garantindo acesso em tempo oportuno e contra-referência para a atenção básica;
- f) Os Centros de Atenção Especializada em Saúde da Mulher devem oferecer os exames mínimos de gestação de alto risco, bem como o planejamento de referências para outras especialidades e contra-referência para a atenção básica com os resultados em tempo oportuno;

Quadro 3 – Exames mínimos para o serviço de pré-natal de alto risco
Teste de tolerância à glicose
Ultrassom obstétrico
Eletrocardiograma
Ultrason Obstétrico com Doppler
Tocardiografia ante-parto
Contagem de Plaquetas
Dosagem de Ureia, Creatinina e Ac. Úrico
Dosagem de proteínas - urina

- g) A vinculação da gestante à sua maternidade de referência deve ser planejada desde o pré-natal. A orientação sobre o serviço de referência deve ser discutida com a gestante durante a consulta e registrada na caderneta da gestante. São estratégias de vinculação da gestante:
- i) Visita orientada à maternidade (principal)
 - ii) Ações promovidas na maternidade com profissionais e gestantes das UBS
 - iii) Ações de educação promovidas na UBS com profissionais da maternidade
- h) Os profissionais da atenção básica deverão registrar todos os atendimentos feitos às gestantes no e-SUS. Os profissionais da atenção especializada e saúde indígena deverão registrar os atendimentos feitos às gestantes no Sis prenatal Web, sendo necessários protocolos municipais bem claros de fluxos e processo para a adequada alimentação do sistema;
- i) Todos os municípios deverão promover ações de saúde sexual e saúde reprodutiva que contemplem, minimamente:

- i) Protocolos de acesso e ambulatorios de referência para populações vulneráveis conforme realidade local (população de rua, população de fronteira, população rural, população ribeirinha, pessoas com deficiência)
 - ii) Ações específicas para a saúde do homem, com acolhimento, triagem de ISTs, distribuição de métodos de barreira e processos para métodos definitivos;
 - iii) Ações específicas para a população LGBT, focados no acolhimento, triagem de ISTs, distribuição de métodos de barreira;
 - iv) Ações específicas para adolescentes. Recomenda-se ações em parceria com Programa Saúde na Escola, com os Centros de Referência em Assistência Social ou outras entidades afins;
- j) Todos os municípios devem promover para as gestantes de seu território as seguintes ações de prevenção e tratamento das IST/HIV/Aids e Hepatites:
- i) Testagem de sífilis, HIV e Hepatites na gestante e parcerias
 - ii) Tratamento de sífilis na atenção básica
 - iii) notificação dos casos de acordo com a Portaria de Consolidação PRC n4 de 28 de setembro de 2017, que define as doenças e agravos de notificação compulsória no Brasil. Inserir as notificações no SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.
 - iv) Protocolo de encaminhamento para os serviços de referência regionais

II - Componente PARTO E NASCIMENTO:

- a. Os leitos obstétricos de referência para gestantes de risco habitual e gestantes de alto risco em Mato Grosso do Sul estão descritos por região de saúde nos anexos I a IV. Todos os serviços hospitalares com leitos obstétricos cadastrados no CNES em Mato Grosso do Sul devem estabelecer fluxos e protocolos para atender este perfil de população (gestantes, puérperas, recém-nascidos e bebês até 24 meses de idade).
- b. Quando não houver capacidade de manter a equipe obstétrica continuamente disponível para urgências obstétricas, o serviço não será referência para partos, e deve ter protocolos de referência bem estabelecidos e manter leitos de retaguarda para tratamento clínico para gestantes e bebês até 24 meses de idade. Neste plano de ação os serviços de referência para partos serão denominados “Maternidade”. É indispensável que no registro de nascimento e na declaração de nascido vivo seja expressamente registrada a cidade de origem dos pais;
- c. As maternidades devem possuir infra-estrutura física, recursos humanos, materiais e equipamentos, recursos assistenciais, processos assistenciais, transporte de pacientes, prevenção e controle de infecção, biossegurança e notificação de eventos adversos grave conforme determinado pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- d. As maternidades devem manter Classificação de Risco em Obstetrícia na porta de entrada 24 horas por dia todos os dias da semana, com o modelo “vaga sempre”, de acordo com o Manual de Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia⁽⁴⁾;

- e. As maternidades devem garantir a presença de acompanhante de livre escolha da parturiente durante todo o tempo de internação. Recomenda-se implantar visita ampliada para gestantes em internações clínicas e situações de abortamento;
- f. As maternidades deverão implementar protocolos institucionais de proteção contra a violência obstétrica, conforme disposto no Art. 3º da Lei nº 5217 de 26 de junho de 2018;
- g. As maternidades devem possuir protocolos assistenciais locais baseados nos documentos publicados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC): “Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana” (2015) e “Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal” (2016);
- h. As maternidades devem instituir protocolos da atenção integral e humanizada ao recém-nascido, com equipe capacitada para reanimação neonatal e boas práticas de atenção ao recém-nascido conforme estabelecido na Portaria 371 de 07/05/2014;
- i. As maternidades devem desenvolver estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, conforme disposto na portaria 1.153 de 22/05/2014 que redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC);
- j. A assistência ao parto nos serviços hospitalares deve ser prestada prioritariamente por equipes horizontais de cuidado, com a inclusão de enfermeiros obstetras na assistência direta à parturiente em colaboração com o médico obstetra e pediatra. É recomendada a inclusão de doulas no processo de cuidado quando for desejo da parturiente;
- k. Os profissionais da equipe multiprofissional de assistência obstétrica e neonatal devem compor o “Colegiado Gestor” nas maternidades, onde serão desenvolvidos o planejamento, monitoramento e avaliação dos protocolos assistenciais acima elencados de acordo com a diretriz co-gestão da Política Nacional de Humanização;
- l. As maternidades devem desenvolver estratégias de ampliação do acesso ao DIU de Cobre com inserção imediata no período pós-parto (normal e cesariana) e abortamento. O controle de inserção dos DIU deverá ser informado na AIH como procedimento secundário aos procedimentos de parto normal, cesariana, curetagem e AMIU com registro do código "03.01.04.002-8 – ATENDIMENTO CLÍNICO P/ INDICACAO, FORNECIMENTO E INSERCAO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)", conforme disposto na Portaria Nº 3.265 de 01/12/2017, bem como na planilha de controle padronizada que será disponibilizada e monitorada periodicamente pela Secretaria Estadual de Saúde;
- m. Todas as maternidades devem adotar preferencialmente a Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) como método de escolha para a assistência ao abortamento em gestações com menos de 12 semanas e abortamento legal. A AMIU é o procedimento de escolha para tratamento do abortamento, sendo recomendada pela Organização Mundial da Saúde e pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo), de acordo com a Nota Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde;
- n. As maternidades devem elaborar protocolos de alta responsável da mãe e do RN que deve conter, minimamente: tempo de internação, tipo de parto, APGAR e recepção do RN,

aleitamento materno, eventuais intercorrências e registro das triagens neonatais (teste do olhinho, teste da orelhinha, teste do coraçãozinho, teste do pezinho), com encaminhamento para seguimento, quando necessário;

o. As maternidades deverão providenciar o registro do RN antes da alta, conforme estabelecido pela Portaria BM/MS 938 de 20 de maio de 2002, com registro na AIH do código 99.085.01-1

p. As necessidades de investimentos em reformas, ampliações, equipamentos e recursos humanos devem basear-se nas portarias especificadas neste PAR e devem ser incluídas no plano de ação municipal pelo Grupo Condutor Municipal.

III - Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança:

a) Todos os municípios devem compor o Comitê Municipal de Estímulo ao Aleitamento Materno, como instância interinstitucional, multiprofissional, com objetivo de articular e interagir com diversos órgãos governamentais e não governamentais gestores e executores de ações de promoção e proteção ao aleitamento materno no âmbito municipal

b) Todos os municípios devem implementar na atenção básica a estratégia “5º dia de saúde integral”, com realização de visita domiciliar para acompanhamento da puérpera e da criança após o nascimento. As orientações para esta ação estão disponíveis em na Portaria nº 1.130 de 05/08/2015 que Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

c) Todos os municípios devem oferecer as consultas e exames mínimos preconizados para 100% das crianças de 0 a 12 meses, conforme disposto no quadro abaixo:

Quadro 4 – Cuidados mínimos preconizados para crianças de 0 a 12 meses		
Ação	Quando	
Visita domiciliar ao RN na primeira semana	Estratégia 5º dia de saúde integral Ou 1º visita em até 7 dias	
Registro do RN na maternidade	Antes da alta	
RN com peso \geq 2.500g (92% da população alvo)	Consulta médica	3 consultas/ano
	Consulta enfermagem	4 consultas/ano
RN com peso $<$ 2.500g (8% da população alvo)	Consulta médica	7 consultas/ano
	Consulta enfermagem	6 consultas/ano
Acompanhamento específico do RN de até 24 meses egressos de UTI	De acordo com necessidade	
Vacinação básica	De acordo com calendário de vacinação do Ministério da Saúde	
Teste do pezinho	1º exame até o 5º dia	
Teste da orelhinha	1º exame e re-teste na maternidade. Seguimento com especialista se necessário.	
Teste do olhinho	1º teste na maternidade. Seguimento no 4º, 6º, 12º e 25º meses na atenção básica.	

Suplementação com Sulfato Ferroso	Profilaxia dos 3 aos 18 meses
Suplementação com Vitamina A	Crianças de 06 a 59 meses
Consulta odontológica	2 consultas/ano - a partir do 1º dente e aos 12 meses
Consultas de especialidades	De acordo com diagnóstico e necessidade
Exames (apoio diagnóstico e terapêutico)	De acordo com diagnóstico e necessidade
Consultas/atendimentos de reabilitação	De acordo com diagnóstico e necessidade
Atividade educativa em grupo nas unidades básicas de saúde para mães de crianças menores de 1 ano	Mínimo 2 atividades educativas por ano

- c) Todos os municípios devem implementar protocolo de referências e plano de ação conjunto com Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Distrito Sanitário Indígena (DSEI), Conselho Tutelar e outros parceiros, conforme realidade local, para a busca ativa de crianças vulneráveis e acompanhamento do desenvolvimento na atenção básica e encaminhamentos para a rede secundária se necessário;
- d) Todos os municípios devem implementar estratégias de ampliação do acesso às ações de saúde sexual e saúde reprodutiva específicas para o período do puerpério, incluindo: prescrição e dispensação de métodos contraceptivos, seguimento da inserção do DIU no período pós-parto e pós-aborto;
- e) Todos os municípios devem implementar estratégias de ampliação às ações saúde mental específicas para o período do puerpério, incluindo ações desenvolvidas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) ou instituições parceiras, em interlocução com a Rede de Atenção Psico-Social (RAPS);

IV - Componente SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO:

- a) Todos os municípios devem implementar protocolos de transporte sanitário das gestantes para os serviços de referência para consultas ambulatoriais fora do domicílio, considerando os critérios de encaminhamento e regulação, o número de consultas preconizados e a necessidade de acompanhante para as consultas.
- b) Todos os municípios devem implementar protocolos de transporte seguro nas situações de urgência para as gestantes, puérperas e recém nascidos de alto risco, por meio ambulâncias de suporte avançado devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;
- c) Todos os serviços hospitalares de referência para o parto devem implantar o modelo “Vaga Sempre”, com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante à maternidade, acolhimento com classificação e risco em obstetrícia; e
- d) Todos os serviços ambulatoriais de referência devem dispor, no Plano de Ação Municipal, as especialidades ofertadas, com número de vagas e protocolo de acesso para o SISREG estadual.

ANEXO I - Rede Cegonha Macrorregião de Campo Grande

A Macrorregião de Campo Grande é composta de 34 municípios e concentra o maior número de leitos e serviços obstétricos do estado. Estima-se que somados todos os municípios desta região existam 20.159 gestantes dependentes do atendimento do SUS. Considerando a estimativa de 15% de gestantes de alto risco, o número de gestantes que dependem de cuidados especializados é aproximadamente 3.000 ao ano. A Tabela 1 apresenta os parâmetros de cálculos para a macrorregião. O detalhamento do cálculo de leitos por microrregião e município poderá ser acessado na página da rede cegonha no link: <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/redes-de-atencao-a-saude/rede-cegonha/>

Tabela 1. INFORMAÇÕES BÁSICAS PARA CÁLCULO DOS PARÂMETROS REGIÃO DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE

(1)	POPULAÇÃO REGIONAL (PES 2016-2019)	1.447.248
(2)	POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA DE PLANO DE SAÚDE (ANS, 2016)	312.248
(3)	POPULAÇÃO COBERTA EXCLUSIVAMENTE PELO SUS ((1) - (2))	1.135.000
(4)	TAXA DE COBERTURA SUS ((3) / (1) * 100%)	78,42%
(5)	Nº DE NASCIDOS VIVOS (SINASC, 2017)	23.495
(6)	Nº DE NASCIDOS VIVOS NO SUS ((5) * (4))	18.426
(7)	ESTIMATIVA DE GESTANTES SUS ((6) + 10%)	20.268
(8)	ESTIMATIVA DE GESTANTES DE RISCO HABITUAL (85%)	17.135
(9)	ESTIMATIVA DE GESTANTES DE ALTO RISCO (15%)	3.024

Serviços obstétricos na macrorregião de Campo Grande

Existem cadastrados no CNES nesta macrorregião vinte cinco serviços hospitalares com leitos obstétricos. Apesar disso, 68% dos partos desta população acontecem nas maternidades de Campo Grande, outros 10% ocorrem na sedes de micro-região (Aquidauana, Coxim e Jardim). Os grupos condutores municipais devem se aprofundar na discussão do papel destes leitos, atentos aos critérios dispostos no Art. II parágrafos b, c, e d. e do Plano de Ação Estadual da Rede Cegonha e definir o perfil assistencial destes leitos obstétricos disponíveis no município. É preciso aperfeiçoar a utilização de leitos hospitalares e a capacidade instalada de equipamentos e recursos humanos de forma a garantir acesso, segurança e qualidade para o atendimento ao parto, com referências, transporte e regulação pactuados.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE ATENÇÃO À SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Quadro 1 - Distribuição dos leitos obstétricos em hospitais dos municípios da Macrorregião de Campo Grande.					
<i>Município</i>	<i>CNES</i>	<i>Estabelecimento</i>	<i>Leitos Obstétricos Total</i>	<i>NV por ocorrência 2017</i>	<i>Taxa de cesariana 2017</i>
Alcinópolis				4	
Anastácio	2620111	Abramastacio	8	28	86%
Aquidauana	2659417	Associação Aquidauanense de Assistência Hospitalar	21	1323	43%
Bandeirantes	2371138	Unidade Mista João Carneiro Mendonça	2	2	
Bela Vista	2376458	Hospital São Vicente de Paula	6	418	80%
Bodoquena	2375990	Hospital Municipal Francisco Sales	2	124	50%
Bonito	2376474	Hospital João Bigaton	4	336	59%
Camapuã	2536587	Sociedade de Proteção à Maternidade e Infância de Camapuã	6	59	32%
Campo Grande	9768	Associação de Amparo à Maternidade e Infância - AAMI	48	9.234	69%
	9709	Hospital Universitário Maria Ap. Pedrossian - HUMAP	32	2.173	56%
	9725	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul - HRMS	30	1.621	55%
	9717	Santa Casa de Campo Grande	27	2.981	53%
Caracol	2599996	Hospital Beneficente Rita Antonia Maciel Godoy	1	54	41%
Chapadao do Sul	2536293	Hospital Municipal de Chapadão do Sul	8	331	71%
Corguinho	-	-	0	2	
Costa Rica	2375826	Fundação Hospitalar de Costa Rica	6	539	86%
Coxim	6426190	Hospital Regional Dr. Álvaro Fontoura Silva	9	673	89%
Dois Irmãos Buriti	2375966	Unidade Mista de Dois Irmãos de Buriti	2	69	49%
Figueirão	7814860	Hospital Municipal Marina Silveria	2	12	33%
Guia Lopes da Laguna	3249336	Hospital Edelmira Nunes de Oliveira	2	38	39%
Jaraguari	-	-	0	2	
Jardim	2558289	Hospital Marechal Rondon	8	445	70%
Maracaju	2646943	Hospital Soriano Correa da Silva	12	682	50%
Miranda	3569543	Hospital Municipal Renato Albuquerque Filho	5	466	42%
Nioaque	-	-	0	8	

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE ATENÇÃO À SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO BÁSICA**

Nova Alvorada do Sul	2558262	Hospital Municipal Francisca Ortega	6	213	52%
Paraíso das Águas	-	-	0	0	
Pedro Gomes	2376946	Hospital Municipal de Pedro Gomes	2	15	47%
Porto Murtinho	2710447	Hospital Municipal Oscar Ramires Pereira	5	211	66%
Ribas do Rio Pardo	2536935	Hospital 19 de Março	2	155	24%
Rio Negro	2710455	Hospital e Maternidade Idimaque Paes Ferreira	2	24	33%
Rio Verde de MT	2374439	Hospital Geral Paulino Alves da Cunha	3	186	54%
Rochedo	2376075	Unidade Mista de Saúde Bom Jesus da Lapa	2	6	
São Gabriel do Oeste	2659603	Hospital Municipal José Valdir Antunes de Oliveira	4	501	76%
Sidrolândia	2370816	Sociedade Beneficente Dona Elmíria Silvério Barbosa	3	361	18%
Sonora	2361027	Hospital Rachid Saldanha Derzi	2	185	62%
Terenos	-	-	0	6	
	total		275	23.495	55%

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Acesso em 08/11/2018.

Dos 37 serviços com leitos obstétricos cadastrados no CNES, quatorze (40%) apresentam taxas de cesarianas entre 50% e 89%. Evidências mostram que a prevalência maior de cesarianas demonstra falta de assistência adequada ao parto normal e elevam os riscos de morbidades relacionadas à gestação, inclusive mortalidade materna e perinatal, mas também maiores riscos de infecções, internações prolongadas, prematuridade tardia, dificuldades na amamentação e prejuízos à saúde e ao desenvolvimento da criança. Recomenda-se como estratégia para a efetiva redução da taxa de cesarianas, a adoção de protocolos de boas práticas de assistência ao parto e protocolos de segurança do paciente, bem como a organização da rotina do serviço da maternidade para que profissionais e pacientes sintam-se seguros em relação à assistência ao parto normal.

O município de Campo Grande possui a maior rede de atenção especializada do estado. As quatro maternidades localizadas na capital possuem corpo técnico especializado e atividades de ensino em obstetria e neonatologia. As unidades de referência hospitalar para gestantes e neonatos de risco são referências para atendimento da população das regiões de Campo Grande, Corumbá e Três Lagoas. As tabelas 2 e 3 apresentam o cálculo de leitos existentes e necessários para a população de referência.

Município	CNES	Estabelecimento	GAR	UTIN	UCINCo	UCINCa
Campo Grande	9768	Associação de Amparo à Maternidade e Infância - AAMI	0	20	10	4
	9709	Hospital Universitário Maria Ap. Pedrossian - HUMAP	13	6	6	0
	9725	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul - HRMS	30*	10	20	5
	9717	Santa Casa de Campo Grande	26	8	11	4
Total de leitos de alto risco			56	44	47	13

GAR = Leitos obstétricos habilitados para gestação de Alto Risco / UTIN = Unidade de Terapia Intensiva Neonatal / UCINCo = Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional / UCINCa = Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (os leitos de UTIN, UCINCo e UCINCa formam a linha de cuidado do neonato grave e devem ser somados para o cálculo de leitos neonatais disponíveis)

*Necessita habilitação

	Leitos existentes	Necessidade de leitos Risco Habitual (0,28/1000Hab (85% dos leitos obstétricos))	Necessidade de leitos Alto Risco (15% dos leitos de obstétricos)	Necessidade de leitos de UTI Adulto Obstétrico (6% dos leitos obstétricos)	Necessidade de leitos de UTI Neonatal (02/1.000 NV)	Necessidade de leitos de UCI Convencional (03/1.000 NV)	Necessidade de leitos de UCI Canguru (01/1.000 NV)
Microrregião de Aquidauana	38	28	5	2	4	6	2
Microrregião de Campo Grande	195	206	36	14	27	40	13
Microrregião de Coxim	16	17	3	1	2	3	1
Microrregião de Jardim	26	23	4	2	3	4	1
Macrorregião de Campo Grande	275	274	48	19	35	52	17
Macrorregião de Corumbá	24	31	5	2	4	5	1
Macrorregião de Três Lagoas	61	50	27	11	6	9	3

A análise dos leitos existentes demonstra que:

- a) Há leitos obstétricos suficientes para atender a população da microrregião. Porém, é frequente observar a superlotação dos leitos obstétricos em Campo Grande, o que indica uma migração da população para centros maiores mesmo para partos de risco habitual.
- b) Há leitos suficientes habilitados na linha de cuidado neonatal para atender a Região de Campo Grande. É necessário adequar o Hospital Regional de Mato Grosso do Sul para habilitação como serviço de referência em gestação de alto risco, segundo Portaria 1020/2013.
- c) Os leitos de Campo Grande são referenciados para as gestantes de alto risco da macrorregiões de Corumbá e Três Lagoas, conforme Plano de Ação Regional correspondente. Para atender as três regiões referenciadas há um déficit de 24 leitos de gestação de alto risco e 28 leitos

da linha de cuidado neonatal, incluindo UTI, UCINCo e UCINCa.

d) Faltam leitos habilitados para o cuidado continuado do RN de risco, denominado Unidades de Cuidados Intermediários Canguru. Conforme estabelecido na Portaria 930/2012 habilitação de novos leitos de UTI Neonatal necessita incluir esta unidade.

Plano da ação regional para qualificação e ampliação da Rede Cegonha na macrorregião de Campo Grande, em consonância com o Plano Estadual de Saúde 2016-2019:

As ações do Plano Estadual de Saúde que norteiam este Plano de Ação Regional da Rede Cegonha são:

- Promover a atenção materna infantil qualificada e humanizada
- Apoiar a implantação da classificação de risco na atenção básica, incluindo a gestacional
- Fortalecer as ações de promoção à saúde e políticas intersetoriais
- Qualificar as ações e serviços da assistência especializada:
- Garantir à população acesso e qualidade nos serviços especializados com demanda reprimida
- Garantir o atendimento pré-hospitalar e as urgências através da articulação entre a gestão municipal e estadual
- Implementar as Redes de Atenção à Saúde (Rede Cegonha)
- Fomentar, através das ações de vigilância sanitária a Política Nacional de Segurança do Paciente
- Apoiar técnica e financeiramente as unidades de saúde para que cumpram seu papel na rede de assistência

Alinhado com a Programação Anual de Saúde, as principais metas programadas para o ano 2019 referentes a este plano de ação são:

- Reduzir em 0,15% a taxa de mortalidade infantil em menores de 1 ano;
- Aumentar em 2% a realização do pré-natal do parceiro;
- Redução da mortalidade materna para 69,9/100.000 nascidos vivos;
- Aumento da investigação de óbito de mulheres em idade fértil;
- Aumento de 2% da prevalência do aleitamento materno exclusivo até 6 meses de idade e continuado até os 2 anos;
- Estruturar os Centros de Atendimento à Mulher e à Criança das 11 sedes de microrregião para promoção de assistência de acordo com o protocolo estadual;
- Executar ações estratégicas objetivando a redução da demanda reprimida e ampliação do atendimento na assistência especializada nas regiões de saúde;
- Monitorar 30% dos hospitais que realizam partos quanto à notificação de infecções cirúrgicas relacionadas às cesáreas no Formsus
- Monitorar a implantação de 40% dos hospitais na implantação dos protocolos de segurança do paciente e boas práticas

- 70% dos hospitais com leitos de UTIN notificando infecções relacionadas à assistência à saúde, com regularidade de 10 a 12 meses ao ano.
- Co-financiar os hospitais de pequeno porte públicos e filantrópicos das regiões de saúde para inserção nas políticas nacional e estadual de atenção hospitalar
- Garantir a aplicação dos recursos da Rede Cegonha, utilizando-os para a garantia de insumos, aperfeiçoamento da equipe e incorporação tecnológica
- Aperfeiçoar a gestão da Regulação Estadual, operacionalizando os complexos reguladores, definindo grades de referência e contra-referência, estabelecendo referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade segundo fluxos e protocolos pactuados.
- Pactuação dos protocolos de regulação de acordo com as realidades locoregionais, considerando a oferta de serviços locais, fluxos pré-existentes e a inserção de novos serviços e os critérios de priorização do acesso e gestão das listas de acesso unificadas.
- Coordenar e executar ações no âmbito estadual, buscando fortalecer a cogestão e facilitando a harmonia entre os principais instrumentos de planejamento.

I a) Plano de Ação Microrregião de Aquidauana

Município	Referência para partos	Estabelecimento	TOTAL Leitos obstétricos	Nascidos vivos por ocorrência 2017	Taxa de cesariana 2017
Anastácio	Não	Abramastacio	8	28	86%
Aquidauana	Sim	Associação Aquidauanense de Assistência Hospitalar	21	1323	43%
Bodoquena	Não	Hospital Municipal Francisco Sales	2	124	50%
Dois Irmãos Buriti	Não	UNIDADE MISTA DE DOIS IRMAOS DO BURITI	2	69	49%
Miranda	Sim	Hospital Municipal Renato Albuquerque Filho	5	466	42%
Nioaque	não		0	8	0%
TOTAL Microrregião de Aquidauana			38	2018	45%

AÇÕES	Responsáveis
<p>1) Composição e atuação do grupo condutor municipal Levantamento da oferta municipal de cobertura de pré-natal na atenção básica Qualificação do planejamento reprodutivo Qualificação do pré-natal Protocolo de atendimento ao pré-natal de risco habitual</p>	<p>Todos os municípios devem elaborar seu Plano de Ação Municipal pelo trabalho colegiado do Grupo Condutor Municipal</p> <p>O instrutivo para elaboração do plano de ação municipal da Rede Cegonha Disponível em: http://www.sgas.saude.ms.gov.br/redes-de-atencao-a-saude/rede-cegonha/</p>
<p>2) Protocolo de transporte seguro para consultas ambulatoriais de alto risco Referências ambulatoriais para gestação alto risco Transporte sanitário Acompanhante Tratamento fora de domicílio</p>	
<p>3) Protocolo de transporte seguro de gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de urgência (Rede de Urgências e Emergências) Acolhimento com classificação de risco obstétrico SAMU Ambulância Protocolos de transporte para gestantes Protocolos de transporte para gestantes em trabalho de parto Protocolo de transporte para recém-nascidos</p>	
<p>4) Protocolo de vinculação da gestante à maternidade durante o pré-natal Registro na caderneta, orientação no pré-natal e visita ao serviço de referência para o parto mais próximo.</p>	
<p>5) Implantação do modelo "Vaga sempre" em todas as maternidades que realizam partos. As maternidades de referência para partos deverão possuir equipe mínima para funcionamento 24 horas, 7 dias por semana</p>	
<p>6) Protocolo de acesso aos exames mínimos de gestação de alto risco com fluxo regional</p>	

<p>7) Protocolo de acesso às consultas com médico obstetra em ambulatórios de alto risco com fluxo regional</p> <p>Definir fluxo de atendimento à gestantes de alto risco com as referências; Definição de equipe multiprofissional de apoio na atenção básica; Protocolo de referência e contra-referência Seguimento das pacientes conforme Manual Técnico da Gestação de Alto</p>	<p>Os municípios devem estabelecer o seu próprio fluxo, incluindo a remoção, quando é necessário o encaminhamento para outros municípios, garantindo o atendimento continuado da gestante e transporte adequado para assisti-la no trabalho de parto e em outras intercorrências.</p>
<p>8) Ampliação do acesso à inserção de Métodos Anticoncepcionais de Longa Duração e Reversíveis (LARC) ambulatorial: DIU de Cobre, DIU Hormonal, Implante Subcutâneo</p> <p>Protocolos de acesso e ambulatórios de referência: Mulheres em idade fértil; Adolescentes; Moradoras de rua; Mulheres da fronteira; População rural; Mulheres ribeirinhas; Mulheres com deficiência. Se não houver serviço no município, deve ser planejado o encaminhamento para referência regional com protocolo de acesso Os procedimentos devem ser registrados na planilha de controle de LARCs padronizada pela SES</p>	<p>Todos os municípios devem ter ao menos 1 serviço de referência para implantação e seguimento de LARCs e outros métodos de planejamento reprodutivo</p>
<p>9) Ampliação do acesso à inserção de LARC pós-parto e pós-aborto</p> <p>Os procedimentos devem ser registrados na AIH como procedimento secundário aos procedimentos de parto normal, cesariana, curetagem e AMIU com o registro do cógico 03.01.04.002-8, bem como na planilha de controle de LARCs padronizada pela SES</p>	
<p>10) Protocolo de registro e triagens neonatais</p> <p>Cartório de registro de nascimento na maternidade Teste do pezinho Teste da orelhinha Teste do olhinho Teste da linguinha</p>	
<p>11) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto para Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia</p>	<p>Aquidauana - Associação Aquidauanense de Assistência Hospitalar</p>
<p>12) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto para Atendimento de Urgências e Emergências Obstétricas e Neonatais, em parceria com a Escola de Saúde Pública</p>	<p>Miranda - Hospital Municipal Renato Albuquerque Filho</p>
<p>13) Monitorar notificação de infecções cirúrgicas relacionadas às cesáreas no Formsus em parceria com a Vigilância Sanitária</p>	
<p>14) Monitorar a implantação dos protocolos de segurança do paciente e boas práticas de atenção ao parto e recém-nascido em parceria com a Vigilância Sanitária</p>	
<p>15) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto o Manejo Clínico do Aleitamento Materno, em parceria com a Escola de Saúde Pública</p>	
<p>16) Revalidação da habilitação da maternidade na Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Port. 1153/2014</p>	<p>Aquidauana - Associação Aquidauanense de Assistência Hospitalar</p>
<p>17) Executar ações estratégicas para atendimento na</p>	<p>Núcleo Regional de Saúde</p>

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE ATENÇÃO À SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO BÁSICA

assistência especializada nas regiões de saúde Estruturação dos ambulatórios de alto risco regionais	Centro de Atendimento à Mulher Aquidauana
18) Estruturação do seguimento das triagens auditivas neonatais de acordo com as “Diretrizes de Atenção à Triagem Auditiva Neonatal” (2012)	Fundação para o Estudo e Tratamento de Deformidades Craniofaciais (FUNCRAF)
19) Protocolo de retaguarda para tratamento clínico de gestantes e bebês até 24 meses nos leitos obstétricos que <u>não são</u> referências para partos	Abramastacio, Hospital Municipal Francisco Sales, Unidade mista de Dois Irmãos do Buriti,

I b) Plano de Ação Microrregião de Campo Grande

Município	Referência para partos	Estabelecimento	Leitos obstétricos	Nascidos vivos por ocorrência 2017	Taxa de cesariana 2017
Bandeirantes	Não	UNIDADE MISTA JOAO CARNEIRO MENDONCA	2	2	
Camapuã	Não	Sociedade de Proteção à Maternidade e Infância de Camapuã	6	59	32%
Campo Grande	Sim	Associação de Amparo à Maternidade e Infância - AAMI	48	9.234	69%
	A definir	Hospital da Mulher Vó Honória Martins Pereira	12	8	
	Sim	Hospital Universitário Maria Ap. Pedrossian - HUMAP	23	2.173	56%
	Sim	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul - HRMS	30	1.621	55%
	Sim	Santa Casa de Campo Grande	27	2.981	53%
Chapadão do Sul	Não	Hospital Municipal de Chapadão do Sul	8	331	71%
Corguinho	Não		0	2	
Costa Rica	Sim	Fundação Hospitalar de Costa Rica	6	539	86%
Figueirão	Não	Hospital Municipal Marina Silveria	2	12	33%
Jaraguari	Não		0	2	
Maracaju	Sim	Hospital Soriano Correa da Silva	12	682	50%
Nova Alvorada do Sul	Não	Hospital Municipal Francisca Ortega	6	213	52%
Paraíso das Águas	Não		0	0	
Ribas do Rio Pardo	Não	Hospital 19 de Março	2	155	24%
Rio Negro	Não	Hospital e Maternidade Idimaque Paes Ferreira	2	24	33%
Rochedo	Não	UNIDADE MISTA DE SAUDE SENHOR BOM JESUS DA LAPA	2	6	
São Gabriel do Oeste	Sim	Hospital Municipal José Valdir Antunes de Oliveira	4	501	76%
Sidrolândia	Sim	Sociedade Beneficente Dona Elmíria Silvério Barbosa	3	361	18%
Terenos	Não		0	6	
TOTAL Microrregião de Campo Grande			195	18912	51%

AÇÕES	Responsáveis
<p>1) Composição do grupo condutor municipal Levantamento da oferta municipal de cobertura de pré-natal na atenção básica Qualificação do planejamento reprodutivo Qualificação do pré-natal Protocolo de atendimento ao pré-natal de risco habitual</p>	
<p>2) Protocolo de transporte seguro para consultas ambulatoriais de alto risco Referências ambulatoriais para gestação alto risco Transporte sanitário Acompanhante Tratamento fora de domicílio</p>	<p>Todos os municípios devem elaborar seu Plano de Ação Municipal pelo trabalho colegiado do Grupo Condutor Municipal</p>
<p>3) Protocolo de transporte seguro de gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de urgência (Rede de Urgências e Emergências) Acolhimento com classificação de risco obstétrico SAMU Ambulância Protocolos de transporte para gestantes Protocolos de transporte para gestantes em trabalho de parto Protocolo de transporte para recém-nascidos</p>	<p>O instrutivo para elaboração do plano de ação municipal da Rede Cegonha Disponível em: http://www.sgas.saude.ms.gov.br/redes-de-atencao-a-saude/rede-cegonha/</p>
<p>4) Protocolo de vinculação da gestante à maternidade durante o pré-natal Registro na caderneta, orientação no pré-natal e visita ao serviço de referência para o parto mais próximo.</p>	
<p>5) Implantação do modelo "Vaga sempre" em todas as maternidades que realizam partos. As maternidades de referência para partos deverão possuir equipe mínima para funcionamento 24 horas, 7 dias por semana</p>	<p>Associação de Amparo à Maternidade e Infância - AAMI Hospital Universitário Maria Ap. Pedrossian - HUMAP Hospital Regional de Mato Grosso do Sul - HRMS Santa Casa de Campo Grande Fundação Hospitalar de Costa Rica Hospital Soriano Correa da Silva Hospital Municipal José Valdir Antunes de Oliveira Sociedade Beneficente Dona Elmíria Silvério Barbosa</p>
<p>6) Protocolo de acesso aos exames mínimos de gestação de alto risco com fluxo regional</p>	<p>Os municípios devem estabelecer o seu próprio fluxo de realização de exames de alto risco, incluindo a remoção, quando é necessário o encaminhamento para outro município.</p>
<p>7) Protocolo de acesso às consultas com médico obstetra em ambulatórios de alto risco com fluxo regional Definir fluxo de atendimento a gestantes de alto risco com as referências; Definição de equipe multiprofissional de apoio na atenção básica; Protocolo de referência e contra-referência Seguimento da pacientes conforme Manual Técnico da Gestação</p>	<p>Os municípios devem estabelecer o seu próprio fluxo, incluindo a remoção, quando é necessário o encaminhamento para outros municípios, garantindo o atendimento continuado da gestante e transporte</p>

de Alto	adequado para assisti-la no trabalho de parto e em outras intercorrências.	
<p>8) Ampliação do acesso à inserção de Métodos Anticoncepcionais de Longa Duração e Reversíveis (LARC) ambulatorial: DIU de Cobre, DIU Hormonal, Implante Subcutâneo</p> <p>Protocolos de acesso e ambulatorios de referência: Mulheres em idade fértil, Adolescentes, Moradoras de rua, Mulheres da fronteira, população rural, Mulheres ribeirinhas, Mulheres com deficiência</p> <p>Se não houver serviço no município, deve ser planejado o encaminhamento para referência regional com protocolo de acesso.</p> <p>Os procedimentos devem ser registrados na planilha de controle de LARCs padronizada pela SES</p>	Todos os municípios devem ter ao menos 1 serviço de referência para implantação e seguimento de LARCs e outros métodos de planejamento reprodutivo	
<p>9) Ampliação do acesso à inserção de LARC pós-parto e pós-aborto</p>	<p>Associação de Amparo à Maternidade e Infância - AAMI Hospital Universitário Maria Ap. Pedrossian - HUMAP Hospital Regional de Mato Grosso do Sul - HRMS Santa Casa de Campo Grande Fundação Hospitalar de Costa Rica Hospital Soriano Correa da Silva Hospital Municipal José Valdir Antunes de Oliveira Sociedade Beneficente Dona Elmíria Silvério Barbosa</p>	
<p>10) Protocolo de registro e triagens neonatais</p> <p>Cartório de registro de nascimento na maternidade Teste do pezinho Teste da orelhinha Teste do olhinho Teste da linguinha</p>		
<p>11) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto para Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia</p>		
<p>12) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto para Atendimento de Urgências e Emergências Obstétricas e Neonatais, em parceria com a Escola de Saúde Pública</p>		
<p>13) Monitorar notificação de infecções cirúrgicas relacionadas às cesáreas no Formsus em parceria com a Vigilância Sanitária</p>		
<p>14) Monitorar a implantação dos protocolos de segurança do paciente e boas práticas de atenção ao parto e recém-nascido em parceria com a Vigilância Sanitária</p>		
<p>15) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto o Manejo Clínico do Aleitamento Materno, em parceria com a Escola de Saúde Pública</p>		
<p>16) Revalidação da habilitação da maternidade na Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Port. 1153/2014</p>		Hospital Regional de Mato Grosso do Sul - HRMS
<p>17) Avaliação global e habilitação na maternidade na Iniciativa Hospital Amigo da Criança</p>		Hospital Universitário Maria Ap. Pedrossian - HUMAP
<p>18) Implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (Port. 11/2015)</p>		Hospital Universitário Maria Ap. Pedrossian - HUMAP Hospital da Mulher Vó Honória Martins Pereira
<p>19) Implantação e habilitação de Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (Port. 1.020/2013)</p>	Hospital Universitário Maria Ap. Pedrossian - HUMAP	
<p>20) Executar ações estratégicas para atendimento na</p>	Definir perfil assistencial,	

assistência especializada à gestante e recém-nascido nas regiões de saúde Estruturação dos ambulatórios de alto risco regionais	protocolo de acesso e número de vagas dos ambulatórios de referência para GAR e neonatologia: Clínica da Mulher Santa Casa de CG HUMAP HRMS
21) Estruturação do seguimento das triagens auditivas neonatais de acordo com as “Diretrizes de Atenção à Triagem Auditiva Neonatal” (2012)	Fundação para o Estudo e Tratamento de Deformidades Craniofaciais (FUNCRAF)
22) Protocolo de retaguarda para tratamento clínico de gestantes e bebês até 24 meses nos leitos obstétricos que não são referências para partos	Unidade Mista João Carneiro Mendonça; Sociedade de Proteção à Maternidade e Infância de Camapuã; Hospital Municipal de Chapadão do Sul; Hospital Municipal Marina Silveria; Hospital Municipal Francisca Ortega; Hospital 19 de Março; Hospital e Maternidade Idimaque Paes Ferreira; Unidade Mista de Saúde Senhor Bom Jesus da Lapa.

I c) Plano de Ação Microrregião de Coxim

Município	Referência para partos	Estabelecimento	Leitos obstétricos	Nascidos vivos por ocorrência 2017	Taxa de cesariana 2017
Alcinópolis	Não			4	0%
Coxim	Sim	Hospital Regional Dr. Álvaro Fontoura Silva	9	673	89%
Pedro Gomes	Não	Hospital Municipal de Pedro Gomes	2	15	47%
Rio Verde de MT	Não	Hospital Geral Paulino Alves da Cunha	3	186	54%
Sonora	Não	Hospital Rachid Saldanha Derzi	2	185	62%
TOTAL Microrregião de Coxim			16	1063	63%

AÇÕES	Responsável
<p>1) Composição do grupo condutor municipal Levantamento da oferta municipal de cobertura de pré-natal na atenção básica Qualificação do planejamento reprodutivo Qualificação do pré-natal Protocolo de atendimento ao pré-natal de risco habitual</p>	<p>Todos os municípios devem elaborar seu Plano de Ação Municipal pelo trabalho colegiado do Grupo Condutor Municipal</p> <p>O instrutivo para elaboração do plano de ação municipal da Rede Cegonha Disponível em: http://www.sgas.saude.ms.gov.br/redes-de-atencao-a-saude/rede-cegonha/</p>
<p>2) Protocolo de transporte seguro para consultas ambulatoriais de alto risco Referências ambulatoriais para gestação alto risco Transporte sanitário Acompanhante Tratamento fora de domicílio</p>	
<p>3) Protocolo de transporte seguro de gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de urgência (Rede de Urgências e Emergências) Acolhimento com classificação de risco obstétrico SAMU Ambulância Protocolos de transporte para gestantes Protocolos de transporte para gestantes em trabalho de parto Protocolo de transporte para recém-nascidos</p>	
<p>4) Protocolo de vinculação da gestante à maternidade durante o pré-natal Registro na caderneta, orientação no pré-natal e visita ao serviço de referência para o parto mais próximo.</p>	
<p>5) Implantação do modelo "Vaga sempre" em todas as maternidades que realizam partos. As maternidades de referência para partos deverão possuir equipe mínima para funcionamento 24 horas, 7 dias por semana</p>	<p>Coxim - Hospital Regional Dr. Álvaro Fontoura Silva</p>
<p>6) Protocolo de acesso aos exames mínimos de gestação de alto risco com fluxo regional</p>	<p>Núcleo Regional de Saúde Centro de Atendimento à Mulher Coxim</p>
<p>7) Protocolo de acesso às consultas com médico obstetra em ambulatórios de alto risco com fluxo regional Definir fluxo de atendimento à gestantes de alto risco com as</p>	<p>Os municípios devem estabelecer o seu próprio fluxo, incluindo a remoção, quando é necessário o encaminhamento para outros</p>

<p>referências; Definição de equipe multiprofissional de apoio na atenção básica; Protocolo de referência e contra-referência Seguimento da pacientes conforme Manual Técnico da Gestação de Alto</p>	<p>municípios, garantindo o atendimento continuado da gestante e transporte adequado para assisti-la no trabalho de parto e em outras intercorrências.</p>
<p>8) Amplia�o do acesso � inser�o de Métodos Anticoncepcionais de Longa Dura�o e Reversíveis (LARC) ambulatorial: DIU de Cobre, DIU Hormonal, Implante Subcutâneo Protocolos de acesso e ambulatórios de referência: Mulheres em idade fértil, Adolescentes, Moradoras de rua, Mulheres da fronteira, popula�o rural, Mulheres ribeirinhas, Mulheres com deficiência. Se não houver serviço no município, deve ser planejado o encaminhamento para referência regional com protocolo de acesso. Os procedimentos devem ser registrados na planilha de controle de LARCs padronizada pela SES</p>	<p>Todos os municípios devem ter ao menos 1 serviço de referência para implanta�o e seguimento de LARCs e outros métodos de planejamento reprodutivo</p>
<p>9) Amplia�o do acesso � inser�o de LARC pós-parto e p�s-aborto</p>	<p>Coxim - Hospital Regional Dr. �lvaro Fontoura Silva</p>
<p>10) Protocolo de registro e triagens neonatais Cartório de registro de nascimento na maternidade Teste do pezinho Teste da orelhinha Teste do olhinho Teste da linguinha</p>	
<p>11) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto para Acolhimento e Classifica�o de Risco em Obstetrícia</p>	
<p>12) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto para Atendimento de Urgências e Emergências Obstétricas e Neonatais, em parceria com a Escola de Saúde Pública</p>	
<p>13) Monitorar notifica�o de infec�es cirúrgicas relacionadas às cesáreas no Formsus em parceria com a Vigilância Sanitária</p>	
<p>14) Monitorar a implanta�o dos protocolos de segurança do paciente e boas práticas de aten�o ao parto e recém-nascido em parceria com a Vigilância Sanitária</p>	
<p>15) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto o Manejo Clínico do Aleitamento Materno, em parceria com a Escola de Saúde Pública</p>	<p>Núcleo Regional de Saúde Centro de Atendimento � Mulher Coxim</p>
<p>16) Executar a�es estratégicas para atendimento na assistência especializada nas regiões de saúde Estrutura�o dos ambulatórios de alto risco regionais</p>	
<p>17) Estrutura�o do seguimento das triagens auditivas neonatais de acordo com as "Diretrizes de Aten�o � Triagem Auditiva Neonatal" (2012)</p>	<p>Funda�o para o Estudo e Tratamento de Deformidades Craniofaciais (FUNCRAF)</p>
<p>18) Protocolo de retaguarda para tratamento clínico de gestantes e bebês até 24 meses nos leitos obstétricos que <u>não são</u> referências para partos</p>	<p>Hospital Municipal de Pedro Gomes Hospital Geral Paulino Alves da Cunha Hospital Rachid Saldanha Derzi</p>

I d) Plano de Ação Microrregião de Jardim

Município	Referência para partos	Estabelecimento	Leitos Obstétricos	Nascidos vivos por ocorrência 2017	Taxa de cesariana 2017
Bela Vista	Sim	Hospital São Vicente de Paula	6	418	80%
Bonito	Sim	Hospital João Bigaton	4	336	59%
Caracol	Não	Hospital Beneficente Rita Antonia Maciel Godoy	1	54	41%
Guia Lopes da Laguna	Não	Hospital Edelmira Nunes de Oliveira	2	38	39%
Jardim	Sim	Hospital Marechal Rondon	8	445	70%
Porto Murtinho	Não	Hospital Municipal Oscar Ramires Pereira	5	211	66%
TOTAL Microrregião de Jardim			26	1502	59%

AÇÕES	Responsável
<p>1) Composição do grupo condutor municipal Levantamento da oferta municipal de cobertura de pré-natal na atenção básica Qualificação do planejamento reprodutivo Qualificação do pré-natal Protocolo de atendimento ao pré-natal de risco habitual</p>	<p>Todos os municípios devem elaborar seu Plano de Ação Municipal pelo trabalho colegiado do Grupo Condutor Municipal</p> <p>O instrutivo para elaboração do plano de ação municipal da Rede Cegonha Disponível em: http://www.sgas.saude.ms.gov.br/re-des-de-atencao-a-saude/rede-cegonha/</p>
<p>2) Protocolo de transporte seguro para consultas ambulatoriais de alto risco Referências ambulatoriais para gestação alto risco Transporte sanitário Acompanhante Tratamento fora de domicílio</p>	
<p>3) Protocolo de transporte seguro de gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de urgência (Rede de Urgências e Emergências) Acolhimento com classificação de risco obstétrico SAMU Ambulância Protocolos de transporte para gestantes Protocolos de transporte para gestantes em trabalho de parto Protocolo de transporte para recém-nascidos</p>	
<p>4) Protocolo de vinculação da gestante à maternidade durante o pré-natal Registro na caderneta, orientação no pré-natal e visita ao serviço de referência para o parto mais próximo.</p>	
<p>5) Implantação do modelo "Vaga sempre" em todas as maternidades que realizam partos. As maternidades de referência para partos deverão possuir equipe mínima para funcionamento 24 horas, 7 dias por semana</p>	
<p>6) Protocolo de acesso aos exames mínimos de gestação de</p>	
	<p>Bela Vista - Hospital São Vicente de Paula Bonito - Hospital João Bigaton Jardim - Hospital Marechal Rondon</p>
	Núcleo Regional de Saúde

alto risco com fluxo regional	Centro de Atendimento à Mulher Jardim
<p>7) Protocolo de acesso às consultas com médico obstetra em ambulatórios de alto risco com fluxo regional</p> <p>Definir fluxo de atendimento à gestantes de alto risco com as referências; Definição de equipe multiprofissional de apoio na atenção básica; Protocolo de referência e contra-referência Seguimento das pacientes conforme Manual Técnico da Gestaçã de Alto</p>	Os municípios devem estabelecer o seu próprio fluxo, incluindo a remoção, quando é necessário o encaminhamento para outros municípios, garantindo o atendimento continuado da gestante e transporte adequado para assisti-la no trabalho de parto e em outras intercorrências.
<p>8) Ampliação do acesso à inserção de Métodos Anticoncepcionais de Longa Duração e Reversíveis (LARC) ambulatorial: DIU de Cobre, DIU Hormonal, Implante Subcutâneo</p> <p>Protocolos de acesso e ambulatórios de referência: Mulheres em idade fértil; Adolescentes; Moradoras de rua; Mulheres da fronteira; população rural; Mulheres ribeirinhas; Mulheres com deficiência. Se não houver serviço no município, deve ser planejado o encaminhamento para referência regional com protocolo de acesso. Os procedimentos devem ser registrados na planilha de controle de LARCs padronizada pela SES</p>	Todos os municípios devem ter ao menos 1 serviço de referência para implantação e seguimento de LARCs e outros métodos de planejamento reprodutivo
<p>9) Ampliação do acesso à inserção de LARC pós-parto e pós-aborto</p>	Bela Vista - Hospital São Vicente de Paula Bonito - Hospital João Bigaton Jardim - Hospital Marechal Rondon
<p>10) Protocolo de registro e triagens neonatais</p> <p>Cartório de registro de nascimento na maternidade Teste do pezinho Teste da orelhinha Teste do olhinho Teste da linguinha</p>	
<p>11) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto para Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia</p>	
<p>12) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto para Atendimento de Urgências e Emergências Obstétricas e Neonatais, em parceria com a Escola de Saúde Pública</p>	
<p>13) Monitorar notificação de infecções cirúrgicas relacionadas às cesáreas no Formsus em parceria com a Vigilância Sanitária</p>	
<p>14) Monitorar a implantação dos protocolos de segurança do paciente e boas práticas de atenção ao parto e recém-nascido em parceria com a Vigilância Sanitária</p>	
<p>15) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto o Manejo Clínico do Aleitamento Materno, em parceria com a Escola de Saúde Pública</p>	
<p>16) Executar ações estratégicas para atendimento na assistência especializada nas regiões de saúde</p> <p>Estruturação dos ambulatórios de alto risco regionais</p>	Núcleo Regional de Saúde Centro de Atendimento à Mulher Jardim
<p>17) Estruturação do seguimento das triagens auditivas neonatais de acordo com as “Diretrizes de Atenção à Triagem Auditiva Neonatal” (2012)</p>	Fundação para o Estudo e Tratamento de Deformidades Craniofaciais (FUNCRAF)
<p>18) Protocolo de retaguarda para tratamento clínico de gestantes e bebês até 24 meses nos leitos obstétricos que <u>não são</u> referências para partos</p>	Caracol - Hospital Beneficente Rita Antônia Maciel Godoy Guia Lopes da Laguna - Hospital Edelmira Nunes de Oliveira Porto Murtinho - Hospital Municipal Oscar Ramires Pereira

ANEXO II - Rede Cegonha Macrorregião de Dourados

A Macrorregião de Dourados é composta de 33 municípios do cone sul de Mato Grosso do Sul, com extensa área indígena e fronteira com o Paraguai. Estima-se que somados todos os municípios desta região existam 11.884 gestantes dep

endentes do atendimento do SUS por ano. Considerando a estimativa de 15% de gestantes de alto risco, o número estimado de gestantes que dependem de cuidados especializados é aproximadamente 1.782 ao ano. A Tabela 1 apresenta os parâmetros de cálculos para a macrorregião. O detalhamento do cálculo de leitos por microrregião e município poderá ser acessado na página da rede cegonha no link: <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/redes-de-atencao-a-saude/rede-cegonha/>

TABELA 1 - INFORMAÇÕES BÁSICAS PARA CÁLCULO DOS PARÂMETROS REGIÃO DE SAÚDE DE DOURADOS

(1)	POPULAÇÃO REGIONAL (IBGE, CENSO 2016)	811.701
(2)	POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA DE PLANO DE SAÚDE (ANS, 2016)	154.907
(3)	POPULAÇÃO COBERTA EXCLUSIVAMENTE PELO SUS ((1) - (2))	656.794
(4)	TAXA DE COBERTURA SUS ((3) / (1) * 100%)	80,92%
(5)	Nº DE NASCIDOS VIVOS (SINASC, 2016)	13.352
(6)	Nº DE NASCIDOS VIVOS NO SUS ((5) * (4))	10.804
(7)	ESTIMATIVA DE GESTANTES SUS ((6) + 10%)	11.884

Serviços obstétricos na macrorregião de Dourados

Existem cadastrados no CNES nesta macrorregião trinta e dois serviços hospitalares com leitos obstétricos. Apesar disso, 39% dos partos desta população acontecem na maternidade do HU-UFGD de Dourados, maternidades de Campo Grande, outros 26% ocorrem na sedes de micro-região (Nova Andradina, Naviraí e Ponta Porã). Os grupos condutores municipais devem se aprofundar na discussão do papel destes leitos, atentos aos critérios dispostos no Art. II parágrafos b, c, e d. e do Plano de Ação Estadual da Rede Cegonha e definir o perfil assistencial destes leitos obstétricos disponíveis no município. É preciso aperfeiçoar a utilização de leitos hospitalares e a capacidade instalada de equipamentos e recursos humanos de forma a garantir acesso, segurança e qualidade para o atendimento ao parto, com referências, transporte e regulação pactuados.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE ATENÇÃO À SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Quadro 2 - Distribuição dos leitos obstétricos em hospitais dos municípios da Macrorregião de Dourados					
Município	CNES	Estabelecimento	leitos obstétricos	NV por ocorrência 2017	Taxa de cesariana 2017
Amambai	2558459	Hospital Regional Amambai	10	677	59%
Anaurilândia	2376652	Hospital Sagrado Coração de Jesus	2	57	45%
Angélica	2376598	Associação Beneficente de Angélica	1	67	72%
Antonio João	2376806	Hospital Municipal de Antonio João	2	103	51%
Aral Moreira	2558300	Hospital Municipal Santa Luzia	4	106	19%
Batayporã	2376768	Sociedade Hospitalar São Lucas	3	1	
Caarapó	2376091	Hospital Beneficente São Mateus	5	426	55%
Coronel Sapucaia	2376776	Hospital Municipal Aparício Vidal Garcia	3	249	18%
Deodápolis	2558580	Hospital Municipal Cristo Rei	5	36	
Douradina			0	1	
Dourados	2710935	Hospital Universitário - UFGD	33	5.470	65%
Eldorado	2376288	UNIDADE MISTA DE SAUDE DR FERNANDO CONTE	1	108	89%
Fátima do Sul	2558610	Hospital SIAS - Sociedade Integrada de Assistência Social	5	297	83%
Glória de Dourados	2591340	Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Glória	2	104	48%
Iguatemi	2374226	Hospital São Judas Tadeu	5	354	49%
Itaporã	2651505	Hospital Municipal Lourival Nascimento da Silva	3	140	79%
Itaquiraí	2536838	Hospital São Francisco de Itaquiraí	3	219	53%
Ivinhema	2371197	Hospital Municipal de Ivinhema	5	231	74%
	2676575	Hospital Santa Maria	3	70	74%
Japorã			0	2	91%
Jateí	2558408	Hospital Santa Catarina	4	2	
Juti	2374366	Hospital Municipal Santa Luzia	1	25	
Laguna Carapã	2482525	Hospital Municipal de Laguna Carapã	2	95	
Mundo Novo	2536862	Hospital Beneficente Dr. Bezerra de Menezes	10	349	34%
Naviraí	2710498	Hospital Municipal de Naviraí	14	1.005	64%
Nova Andradina	2371243	Hospital Reigonal de Nova Andradina	20	1.045	71%

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE ATENÇÃO À SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO BÁSICA**

Novo Horizonte do Sul	3250415	Hospital e Maternidade Novo Horizonte	2	51	71%
Paranhos	2710463	Hospital Municipal Nossa Senhora da Conceição	2	245	63%
Ponta Porã	2651610	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	18	1.657	22%
Rio Brillhante	4068823	Hospital e Maternidade de Rio Brillhante	11	588	51%
Sete Quedas	2558327	Hospital Municipal de Sete Quedas	3	110	55%
Tacuru	2376873	Hospital Municipal São Sebastião	1	180	31%
Taquarussu	2376547	UNIDADE MISTA SAGRADO CORACAO DE JESUS	1	7	35%
Vicentina	2558351	Hospital Municipal Maria dos Santos Bastos	1	51	
TOTAL REGIÃO DE SAÚDE DOURADOS			185	14128	56%

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

1 – Total de nascidos vivos por ocorrência dividido pelo total de partos na região. Foram registradas as proporções apenas dos serviços que realizam no mínimo 350 partos/ano.

Dos 33 serviços com leitos obstétricos cadastrados no CNES, quatorze (40%) apresentam taxas de cesarianas entre 50% e 89%. Evidências mostram que a prevalência maior de cesarianas demonstra falta de assistência adequada ao parto normal e elevam os riscos de morbidades relacionadas à gestação, inclusive mortalidade materna e perinatal, mas também maiores riscos de infecções, internações prolongadas, prematuridade tardia, dificuldades na amamentação e prejuízos à saúde e ao desenvolvimento da criança. Recomenda-se como estratégia para a efetiva redução da taxa de cesarianas, a adoção de protocolos de boas práticas de assistência ao parto e protocolos de segurança do paciente, bem como a organização da rotina do serviço da maternidade para que profissionais e pacientes sintam-se seguros em relação à assistência ao parto normal.

Todos os municípios da região de Dourados contam com um único hospital com leitos de alto risco obstétrico e neonatal. As tabelas 2 e 3 apresentam o cálculo de leitos existentes e necessários para a população de referência.

Tabela 2 - Leitos hospitalares existentes de referência para gestantes e neonatos de risco regiões de Dourados						
Município	CNES	Estabelecimento	GAR	UTIN	UCINCo	UCINCa
Dourados	2710935	Hospital Universitário - UFGD	15	10	15	0

GAR = Leitos obstétricos habilitados para gestação de Alto Risco / UTIN = Unidade de Terapia Intensiva Neonatal / UCINCo = Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional / UCINCa = Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (os leitos de UTIN, UCINCo e UCINCa formam a linha de cuidado do neonato grave e devem ser somados para o cálculo de leitos neonatais disponíveis)

Tabela 3 – Cálculo de necessidade de leitos hospitalares de referência para gestantes e neonatos de risco na região de Dourados

	Leitos existentes	Necessidade de leitos Risco Habitual (85% dos leitos obstétricos)	Necessidade de leitos Alto Risco (15% dos leitos de obstétricos)	Necessidade de leitos de UTI Adulto Obstétrico (6% dos leitos obstétricos)	Necessidade de leitos de UTI Neonatal (02/1.000 NV)	Necessidade de leitos de UCI Convencional (03/1.000 NV)	Necessidade de leitos de UCI Canguru (01/1.000 NV)
Microrregião de Dourados	71	64	11	1	9	13	4
Microrregião de Naviraí	34	28	5	2	4	6	2
Microrregião de Nova Andradina	37	21	4	1	2	4	1
Microrregião de Ponta Porã	43	43	8	3	6	9	3
Macrorregião de Dourados	185	156	28	7	21	32	10

A análise dos leitos existentes demonstra que:

- a) Há leitos obstétricos excedentes na região, muitos deles com baixa ocupação e baixa resolutividade no atendimento aos partos do município. É frequente observar a superlotação dos leitos obstétricos em Dourados, o que indica uma migração da população para centros maiores mesmo para partos de risco habitual.
- b) Faltam leitos para o cuidado em Gestação de Alto Risco. Há um déficit de 12 leitos que atendam internações clínicas de gestantes de risco. Para internações em UTI Adulto, a referência é o HU-UFGD, que tem 14 leitos habilitados pela Rede de Urgências e Emergências.
- c) Há déficit importante de leitos na linha de cuidado neonatal para atender a Região de Dourados. É urgente que se planejem investimentos para aumento dos leitos de cuidados ao recém-nascido de risco nesta região. São necessários mais 38 leitos incluindo UTIN, UCINCo e UCINCa.

Plano da ação regional para qualificação e ampliação da Rede Cegonha na macrorregião de Dourados, em consonância com o Plano Estadual de Saúde 2016-2019:

As ações do Plano Estadual de Saúde que norteiam este Plano de Ação Regional da Rede Cegonha são:

- Promover a atenção materna infantil qualificada e humanizada
- Apoiar a implantação da classificação de risco na atenção básica, incluindo a gestacional
- Fortalecer as ações de promoção à saúde e políticas intersetoriais
- Qualificar as ações e serviços da assistência especializada:
- Garantir à população acesso e qualidade nos serviços especializados com demanda reprimida
- Garantir o atendimento pré-hospitalar e as urgências através da articulação entre a gestão municipal e estadual
- Implementar as Redes de Atenção à Saúde (Rede Cegonha)
- Fomentar, através das ações de vigilância sanitária a Política Nacional de Segurança do Paciente

- Apoiar técnica e financeiramente as unidades de saúde para que cumpram seu papel na rede de assistência

Alinhado com a Programação Anual de Saúde, as principais metas programadas para o ano 2019 referentes a este plano de ação são:

- Reduzir em 0,15% a taxa de mortalidade infantil em menores de 1 ano;
- Aumentar em 2% a realização do pré-natal do parceiro;
- Redução da mortalidade materna para 69,9/100.000 nascidos vivos;
- Aumento da investigação de óbito de mulheres em idade fértil;
- Aumento de 2% da prevalência do aleitamento materno exclusivo até 6 meses de idade e continuado até os 2 anos;
- Estruturar os Centros de Atendimento à Mulher e à Criança das 11 sedes de microrregião para promoção de assistência de acordo com o protocolo estadual;
- Executar ações estratégicas objetivando a redução da demanda reprimida e ampliação do atendimento na assistência especializada nas regiões de saúde;
- Monitorar 30% dos hospitais que realizam partos quanto à notificação de infecções cirúrgicas relacionadas às cesáreas no Formsus
- Monitorar a implantação de 40% dos hospitais na implantação dos protocolos de segurança do paciente e boas práticas
- 70% dos hospitais com leitos de UTIN notificando infecções relacionadas à assistência à saúde, com regularidade de 10 a 12 meses ao ano.
- Co-financiar os hospitais de pequeno porte públicos e filantrópicos das regiões de saúde para inserção nas políticas nacional e estadual de atenção hospitalar
- Garantir a aplicação dos recursos da Rede Cegonha, utilizando-os para a garantia de insumos, aperfeiçoamento da equipe e incorporação tecnológica
- Aperfeiçoar a gestão da Regulação Estadual, operacionalizando os complexos reguladores, definindo grades de referência e contra-referência, estabelecendo referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade segundo fluxos e protocolos pactuados.
- Pactuação dos protocolos de regulação de acordo com as realidades locoregionais, considerando a oferta de serviços locais, fluxos pré-existentes e a inserção de novos serviços e os critérios de priorização do acesso e gestão das listas de acesso unificadas.
- Coordenar e executar ações no âmbito estadual, buscando fortalecer a cogestão e facilitando a harmonia entre os principais instrumentos de planejamento.

II a) Plano de Ação Microrregião de Dourados

Município	Referência para partos	Estabelecimento	Leitos obstétricos	Nascidos vivos por ocorrência 2017	Taxa de cesariana 2017
Caarapó	Não	Hospital Beneficente São Mateus	5	426	55%
Deodópolis	Não	Hospital Municipal Cristo Rei	5	36	0
Douradina	Não		0	1	0
Dourados	Sim	Hospital Universitário - UFGD	33	5.470	65%
Fátima do Sul	Sim	Hospital SIAS - Sociedade Integrada de Assistência Social	5	297	83%
Glória de Dourados	Não	Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Glória	2	104	48%
Itaporã	Não	Hospital Municipal Lourival Nascimento da Silva	3	140	79%
Jateí	Não	Hospital Santa Catarina	4	2	0
Laguna Carapã	Não	Hospital Municipal de Laguna Carapã	2	95	34%
Rio Brillhante	Sim	Hospital e Maternidade de Rio Brillhante	11	588	55%
Vicentina	Não	Hospital Municipal Maria dos Santos Bastos	1	51	61%
Total Região Dourados			71	7210	59%

AÇÕES	Responsáveis
<p>1) Composição do grupo condutor municipal Levantamento da oferta municipal de cobertura de pré-natal na atenção básica Qualificação do planejamento reprodutivo Qualificação do pré-natal Protocolo de atendimento ao pré-natal de risco habitual</p>	<p>Todos os municípios devem elaborar seu Plano de Ação Municipal pelo trabalho colegiado do Grupo Condutor Municipal</p> <p>O instrutivo para elaboração do plano de ação municipal da Rede Cegonha Disponível em: http://www.sgas.saude.ms.gov.br/redes-de-atencao-a-saude/rede-cegonha/</p>
<p>2) Protocolo de transporte seguro para consultas ambulatoriais de alto risco Referências ambulatoriais para gestação alto risco Transporte sanitário Acompanhante Tratamento fora de domicílio</p>	
<p>3) Protocolo de transporte seguro de gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de urgência (Rede de Urgências e Emergências) Acolhimento com classificação de risco obstétrico SAMU Ambulância Protocolos de transporte para gestantes Protocolos de transporte para gestantes em trabalho de parto Protocolo de transporte para recém-nascidos</p>	

<p>4) Protocolo de vinculação da gestante à maternidade durante o pré-natal Registro na caderneta, orientação no pré-natal e visita ao serviço de referência para o parto mais próximo.</p>	
<p>5) Implantação do modelo "Vaga sempre" em todas as maternidades que realizam partos. As maternidades de referência para partos deverão possuir equipe mínima para funcionamento 24 horas, 7 dias por semana</p>	<p>Hospital Universitário - UFGD Hospital SIAS - Sociedade Integrada de Assistência Social Hospital e Maternidade de Rio Brillhante</p>
<p>6) Protocolo de acesso aos exames mínimos de gestação de alto risco com fluxo regional</p>	<p>Os municípios devem estabelecer o seu próprio fluxo de realização de exames de alto risco, incluindo a remoção, quando é necessário o encaminhamento para outro município.</p>
<p>7) Protocolo de acesso às consultas com médico obstetra em ambulatórios de alto risco com fluxo regional Definir fluxo de atendimento a gestantes de alto risco com as referências; Definição de equipe multiprofissional de apoio na atenção básica; Protocolo de referência e contra-referência Seguimento da pacientes conforme Manual Técnico da Gestação de Alto</p>	<p>Os municípios devem estabelecer o seu próprio fluxo, incluindo a remoção, quando é necessário o encaminhamento para outros municípios, garantindo o atendimento continuado da gestante e transporte adequado para assisti-la no trabalho de parto e em outras intercorrências.</p>
<p>8) Ampliação do acesso à inserção de Métodos Anticoncepcionais de Longa Duração e Reversíveis (LARC) ambulatorial: DIU de Cobre, DIU Hormonal, Implante Subcutâneo Protocolos de acesso e ambulatórios de referência: Mulheres em idade fértil, Adolescentes, Moradoras de rua, Mulheres da fronteira, população rural, Mulheres ribeirinhas, Mulheres com deficiência Se não houver serviço no município, deve ser planejado o encaminhamento para referência regional com protocolo de acesso. Os procedimentos devem ser registrados na planilha de controle de LARCs padronizada pela SES</p>	<p>Todos os municípios devem ter ao menos 1 serviço de referência para implantação e seguimento de LARCs e outros métodos de planejamento reprodutivo</p>
<p>9) Ampliação do acesso à inserção de LARC pós-parto e pós-aborto</p>	
<p>10) Protocolo de registro e triagens neonatais Cartório de registro de nascimento na maternidade Teste do pezinho Teste da orelhinha Teste do olhinho Teste da linguinha</p>	
<p>11) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto para Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia</p>	<p>Hospital Universitário – UFGD</p>
<p>12) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto para Atendimento de Urgências e Emergências Obstétricas e Neonatais, em parceria com a Escola de Saúde Pública</p>	<p>Hospital SIAS - Sociedade Integrada de Assistência Social Hospital e Maternidade de Rio Brillhante</p>
<p>13) Monitorar notificação de infecções cirúrgicas relacionadas às cesáreas no Formsus em parceria com a Vigilância Sanitária</p>	
<p>14) Monitorar a implantação dos protocolos de segurança do paciente e boas práticas de atenção ao parto e recém-nascido em parceria com a Vigilância Sanitária</p>	
<p>15) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto o Manejo Clínico do Aleitamento Materno, em parceria com a Escola de Saúde Pública</p>	

<p>16) Avaliação global e habilitação da maternidade na Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Port. 1153/2014</p>	<p>Hospital Universitário da UFGD</p>
<p>17) Implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (Port. 11/2015)</p>	<p>Hospital Universitário da UFGD</p>
<p>18) Habilitação de Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (Port. 1.020/2013)</p>	<p>Hospital Universitário da UFGD</p>
<p>19) Habilitação Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Port 1153/2014</p>	<p>Hospital Universitário da UFGD</p>
<p>20) Executar ações estratégicas para atendimento na assistência especializada à gestante e recém-nascido nas regiões de saúde Estruturação dos ambulatórios de alto risco regionais</p>	<p>Definir perfil assistencial, protocolo de acesso e número de vagas dos ambulatórios de referência para GAR e neonatologia: Clínica da Mulher Enf^o Ana Maria Carneiro – Dourados Hospital Universitário da UFGD</p>
<p>21) Estruturação do seguimento das triagens auditivas neonatais de acordo com as “Diretrizes de Atenção à Triagem Auditiva Neonatal” (2012)</p>	<p>Definir referência</p>
<p>22) Protocolo de retaguarda para tratamento clínico de gestantes e bebês até 24 meses nos leitos obstétricos que não são referências para partos</p>	<p>Hospital Beneficente São Mateus Hospital Municipal Cristo Rei Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Glória Hospital Municipal Lourival Nascimento da Silva Hospital Santa Catarina Hospital Municipal de Laguna Carapã Hospital Municipal Maria dos Santos Bastos</p>

II b) Plano de Ação Microrregião de Naviraí

Município	Referência para partos	Estabelecimento	Leitos obstétricos	Nascidos vivos por ocorrência 2017	Taxa de cesariana 2017
Eldorado	Não	Unidade Mista de Saúde Dr. Fernando Conde	1	108	89%
Iguatemi	Sim	Hospital São Judas Tadeu	5	354	49%
Itaquiraí	Não	Hospital São Francisco de Itaquiraí	3	219	53%
Japorã	Não		0	2	0
Juti	Não	Hospital Municipal Santa Luzia	1	25	0
Mundo Novo	Sim	Hospital Beneficente Dr. Bezerra de Menezes	10	349	64%
Naviraí	Sim	Hospital Municipal de Naviraí	14	1.005	71%
Total Região de Naviraí			34	2062	65%

AÇÕES	Responsável
<p>19) Composição do grupo condutor municipal Levantamento da oferta municipal de cobertura de pré-natal na atenção básica Qualificação do planejamento reprodutivo Qualificação do pré-natal Protocolo de atendimento ao pré-natal de risco habitual</p>	<p>Todos os municípios devem elaborar seu Plano de Ação Municipal pelo trabalho colegiado do Grupo Condutor Municipal</p> <p>O instrutivo para elaboração do plano de ação municipal da Rede Cegonha Disponível em: http://www.sgas.saude.ms.gov.br/redes-de-atencao-a-saude/rede-cegonha/</p>
<p>20) Protocolo de transporte seguro para consultas ambulatoriais de alto risco Referências ambulatoriais para gestação alto risco Transporte sanitário Acompanhante Tratamento fora de domicílio</p>	
<p>21) Protocolo de transporte seguro de gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de urgência (Rede de Urgências e Emergências) Acolhimento com classificação de risco obstétrico SAMU Ambulância Protocolos de transporte para gestantes Protocolos de transporte para gestantes em trabalho de parto Protocolo de transporte para recém-nascidos</p>	
<p>22) Protocolo de vinculação da gestante à maternidade durante o pré-natal Registro na caderneta, orientação no pré-natal e visita ao serviço de referência para o parto mais próximo.</p>	
<p>23) Implantação do modelo "Vaga sempre" em todas as maternidades que realizam partos. As maternidades de referência para partos deverão possuir equipe</p>	<p>Iguatemi - Hospital São Judas Tadeu Mundo Novo - Hospital Beneficente Dr. Bezerra de Menezes</p>

mínima para funcionamento 24 horas, 7 dias por semana	Naviraí - Hospital Municipal de Naviraí
24) Protocolo de acesso aos exames mínimos de gestação de alto risco com fluxo regional	Núcleo Regional de Saúde Centro de Saúde de Naviraí
25) Protocolo de acesso às consultas com médico obstetra em ambulatórios de alto risco com fluxo regional Definir fluxo de atendimento à gestantes de alto risco com as referências; Definição de equipe multiprofissional de apoio na atenção básica; Protocolo de referência e contra-referência Seguimento da pacientes conforme Manual Técnico da Gestaçã de Alto	Os municípios devem estabelecer o seu próprio fluxo, incluindo a remoção, quando é necessário o encaminhamento para outros municípios, garantindo o atendimento continuado da gestante e transporte adequado para assisti-la no trabalho de parto e em outras intercorrências.
26) Ampliação do acesso à inserção de Métodos Anticoncepcionais de Longa Duração e Reversíveis (LARC) ambulatorial: DIU de Cobre, DIU Hormonal, Implante Subcutâneo Protocolos de acesso e ambulatórios de referência: Mulheres em idade fértil, Adolescentes, Moradoras de rua, Mulheres da fronteira, população rural, Mulheres ribeirinhas, Mulheres com deficiência. Se não houver serviço no município, deve ser planejado o encaminhamento para referência regional com protocolo de acesso. Os procedimentos devem ser registrados na planilha de controle de LARCs padronizada pela SES	Todos os municípios devem ter ao menos 1 serviço de referência para implantação e seguimento de LARCs e outros métodos de planejamento reprodutivo
27) Ampliação do acesso à inserção de LARC pós-parto e pós-aborto	Iguatemi - Hospital São Judas Tadeu Mundo Novo - Hospital Beneficente Dr. Bezerra de Menezes Naviraí - Hospital Municipal de Naviraí
28) Protocolo de registro e triagens neonatais Cartório de registro de nascimento na maternidade Teste do pezinho Teste da orelhinha Teste do olhinho Teste da linguinha	
29) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto para Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia	
30) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto para Atendimento de Urgências e Emergências Obstétricas e Neonatais, em parceria com a Escola de Saúde Pública	
31) Monitorar notificação de infecções cirúrgicas relacionadas às cesáreas no Formsus em parceria com a Vigilância Sanitária	
32) Monitorar a implantação dos protocolos de segurança do paciente e boas práticas de atenção ao parto e recém-nascido em parceria com a Vigilância Sanitária	
33) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto o Manejo Clínico do Aleitamento Materno, em parceria com a Escola de Saúde Pública	
34) Executar ações estratégicas para atendimento na assistência especializada nas regiões de saúde Estruturação dos ambulatórios de alto risco regionais	Núcleo Regional de Saúde Centro de Saúde de Naviraí
35) Estruturação do seguimento das triagens auditivas neonatais de acordo com as “Diretrizes de Atenção à Triagem Auditiva Neonatal” (2012)	Definir referência
36) Protocolo de retaguarda para tratamento clínico de gestantes e bebês até 24 meses nos leitos obstétricos que <u>não são</u> referências para partos	Eldorado - Unidade Mista de Saúde Dr. Fernando Conde Itaquiraí - Hospital São Francisco de Itaquiraí Juti - Hospital Municipal Santa Luzia

II c) Plano de Ação Microrregião de Nova Andradina

Município	Referência para partos	Estabelecimento	Leitos obstétricos	Nascidos vivos por ocorrência 2017	Taxa de cesariana 2017
Anaurilândia	Não	Hospital Sagrado Coração de Jesus	2	57	72%
Angélica	Não	Associação Beneficente de Angélica	1	67	51%
Batayporã	Não	Sociedade Hospitalar São Lucas	3	1	0
Ivinhema	Sim	Hospital Municipal de Ivinhema	5	231	74%
Ivinhema	Não	Hospital Santa Maria	3	70	91%
Nova Andradina	Sim	Hospital Regional de Nova Andradina	20	1.045	71%
Novo Horizonte do Sul	Não	Hospital e Maternidade Novo Horizonte	2	51	63%
Taquarussu	Não	Unidade Mista Sagrado Coração de Jesus	1	7	0
TOTAL Microrregião de Nova Andradina			37	1529	70%

AÇÕES	Responsáveis
<p>20) Composição e atuação do grupo condutor municipal Levantamento da oferta municipal de cobertura de pré-natal na atenção básica Qualificação do planejamento reprodutivo Qualificação do pré-natal Protocolo de atendimento ao pré-natal de risco habitual</p>	<p>Todos os municípios devem elaborar seu Plano de Ação Municipal pelo trabalho colegiado do Grupo Condutor Municipal</p> <p>O instrutivo para elaboração do plano de ação municipal da Rede Cegonha Disponível em: http://www.sgas.saude.ms.gov.br/redes-de-atencao-a-saude/rede-cegonha/</p>
<p>21) Protocolo de transporte seguro para consultas ambulatoriais de alto risco Referências ambulatoriais para gestação alto risco Transporte sanitário Acompanhante Tratamento fora de domicílio</p>	
<p>22) Protocolo de transporte seguro de gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de urgência (Rede de Urgências e Emergências) Acolhimento com classificação de risco obstétrico SAMU Ambulância Protocolos de transporte para gestantes Protocolos de transporte para gestantes em trabalho de parto Protocolo de transporte para recém-nascidos</p>	
<p>23) Protocolo de vinculação da gestante à maternidade durante o pré-natal Registro na caderneta, orientação no pré-natal e visita ao serviço de referência para o parto mais próximo.</p>	
<p>24) Implantação do modelo "Vaga sempre" em todas as maternidades que realizam partos.</p>	

As maternidades de referência para partos deverão possuir equipe mínima para funcionamento 24 horas, 7 dias por semana	Andradina
25) Protocolo de acesso aos exames mínimos de gestação de alto risco com fluxo regional	Núcleo Regional de Saúde Centro de Atendimento à Mulher Nova Andradina
26) Protocolo de acesso às consultas com médico obstetra em ambulatórios de alto risco com fluxo regional Definir fluxo de atendimento à gestantes de alto risco com as referências; Definição de equipe multiprofissional de apoio na atenção básica; Protocolo de referência e contra-referência Seguimento das pacientes conforme Manual Técnico da Gestação de Alto	Os municípios devem estabelecer o seu próprio fluxo, incluindo a remoção, quando é necessário o encaminhamento para outros municípios, garantindo o atendimento continuado da gestante e transporte adequado para assisti-la no trabalho de parto e em outras intercorrências.
27) Ampliação do acesso à inserção de Métodos Anticoncepcionais de Longa Duração e Reversíveis (LARC) ambulatorial: DIU de Cobre, DIU Hormonal, Implante Subcutâneo Protocolos de acesso e ambulatórios de referência: Mulheres em idade fértil; Adolescentes; Moradoras de rua; Mulheres da fronteira; População rural; Mulheres ribeirinhas; Mulheres com deficiência. Se não houver serviço no município, deve ser planejado o encaminhamento para referência regional com protocolo de acesso Os procedimentos devem ser registrados na planilha de controle de LARCs padronizada pela SES	Todos os municípios devem ter ao menos 1 serviço de referência para implantação e seguimento de LARCs e outros métodos de planejamento reprodutivo
28) Ampliação do acesso à inserção de LARC pós-parto e pós-aborto Os procedimentos devem ser registrados na AIH como procedimento secundário aos procedimentos de parto normal, cesariana, curetagem e AMIU com o registro do código 03.01.04.002-8, bem como na planilha de controle de LARCs padronizada pela SES	Ivinhema - Hospital Municipal de Ivinhema Nova Andradina - Hospital Regional de Nova Andradina
29) Protocolo de registro e triagens neonatais Cartório de registro de nascimento na maternidade Teste do pezinho Teste da orelhinha Teste do olhinho Teste da linguinha	
30) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto para Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetria	
31) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto para Atendimento de Urgências e Emergências Obstétricas e Neonatais, em parceria com a Escola de Saúde Pública	
32) Monitorar notificação de infecções cirúrgicas relacionadas às cesáreas no Formsus em parceria com a Vigilância Sanitária	
33) Monitorar a implantação dos protocolos de segurança do paciente e boas práticas de atenção ao parto e recém-nascido em parceria com a Vigilância Sanitária	
34) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto o Manejo Clínico do Aleitamento Materno, em parceria com a Escola de Saúde Pública	
35) Executar ações estratégicas para atendimento na assistência especializada nas regiões de saúde Estruturação dos ambulatórios de alto risco regionais	

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE ATENÇÃO À SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO BÁSICA

36) Estruturação do seguimento das triagens auditivas neonatais de acordo com as “Diretrizes de Atenção à Triagem Auditiva Neonatal” (2012)	<i>Definir referência regional</i>
37) Protocolo de retaguarda para tratamento clínico de gestantes e bebês até 24 meses nos leitos obstétricos que <u>não são</u> referências para partos	Hospital Sagrado Coração de Jesus Associação Beneficente de Angélica Sociedade Hospitalar São Lucas Hospital Santa Maria Hospital e Maternidade Novo Horizonte Unidade Mista Sagrado Coração de Jesus

II d) Plano de Ação Regional de Ponta Porã

Município	Referência para partos	Estabelecimento	Leitos Obstétricos	Nascidos vivos por ocorrência 2017	Taxa de cesariana 2017
Amambai	Sim	Hospital Regional Amambai	10	677	59%
Antonio João	Não	Hospital Municipal de Antonio João	2	103	51%
Aral Moreira	Não	Hospital Municipal Santa Luzia	4	106	19%
Coronel Sapucaia	Não	Hospital Municipal Aparício Vidal Garcia	3	249	18%
Paranhos	Não	Hospital Municipal Nossa Senhora da Conceição	2	245	63%
Ponta Porã	Sim	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto	18	1.657	22%
Sete Quedas	Não	Hospital Municipal de Sete Quedas	3	110	55%
Tacuru	Não	Hospital Municipal São Sebastião	1	180	31%
TOTAL Microrregião de Ponta Porã			43	3227	40%

AÇÕES	Responsável
<p>19) Composição do grupo condutor municipal Levantamento da oferta municipal de cobertura de pré-natal na atenção básica Qualificação do planejamento reprodutivo Qualificação do pré-natal Protocolo de atendimento ao pré-natal de risco habitual</p>	<p>Todos os municípios devem elaborar seu Plano de Ação Municipal pelo trabalho colegiado do Grupo Condutor Municipal</p> <p>O instrutivo para elaboração do plano de ação municipal da Rede Cegonha Disponível em: http://www.sgas.saude.ms.gov.br/redes-de-atencao-a-saude/rede-cegonha/</p>
<p>20) Protocolo de transporte seguro para consultas ambulatoriais de alto risco Referências ambulatoriais para gestação alto risco Transporte sanitário Acompanhante Tratamento fora de domicílio</p>	
<p>21) Protocolo de transporte seguro de gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de urgência (Rede de Urgências e Emergências) Acolhimento com classificação de risco obstétrico SAMU Ambulância Protocolos de transporte para gestantes Protocolos de transporte para gestantes em trabalho de parto Protocolo de transporte para recém-nascidos</p>	
<p>22) Protocolo de vinculação da gestante à maternidade durante o pré-natal Registro na caderneta, orientação no pré-natal e visita ao serviço de referência para o parto mais próximo.</p>	
<p>23) Implantação do modelo "Vaga sempre" em todas as maternidades que realizam partos. As maternidades de referência para partos deverão possuir equipe mínima para funcionamento 24 horas, 7 dias por semana</p>	<p>Amambai - Hospital Regional Amambai</p> <p>Ponta Porã - Hospital Regional Dr.</p>

	José de Simone Netto
24) Protocolo de acesso aos exames mínimos de gestação de alto risco com fluxo regional	Núcleo Regional de Saúde Centro Regional de Especialidades João Kayatt Ponta Porã
25) Protocolo de acesso às consultas com médico obstetra em ambulatorios de alto risco com fluxo regional Definir fluxo de atendimento à gestantes de alto risco com as referências; Definição de equipe multiprofissional de apoio na atenção básica; Protocolo de referência e contra-referência Seguimento das pacientes conforme Manual Técnico da Gestação de Alto Risco	Os municípios devem estabelecer o seu próprio fluxo, incluindo a remoção, quando é necessário o encaminhamento para outros municípios, garantindo o atendimento continuado da gestante e transporte adequado para assisti-la no trabalho de parto e em outras intercorrências.
26) Ampliação do acesso à inserção de Métodos Anticoncepcionais de Longa Duração e Reversíveis (LARC) ambulatorial: DIU de Cobre, DIU Hormonal, Implante Subcutâneo Protocolos de acesso e ambulatorios de referência: Mulheres em idade fértil; Adolescentes; Moradoras de rua; Mulheres da fronteira; população rural; Mulheres ribeirinhas; Mulheres com deficiência. Se não houver serviço no município, deve ser planejado o encaminhamento para referência regional com protocolo de acesso. Os procedimentos devem ser registrados na planilha de controle de LARCs padronizada pela SES	Todos os municípios devem ter ao menos 1 serviço de referência para implantação e seguimento de LARCs e outros métodos de planejamento reprodutivo
27) Ampliação do acesso à inserção de LARC pós-parto e pós-aborto	Amambai - Hospital Regional Amambai Ponta Porã - Hospital Regional Dr. José de Simone Netto
28) Protocolo de registro e triagens neonatais Cartório de registro de nascimento na maternidade Teste do pezinho Teste da orelhinha Teste do olhinho Teste da linguinha	
29) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto para Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia	
30) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto para Atendimento de Urgências e Emergências Obstétricas e Neonatais, em parceria com a Escola de Saúde Pública	
31) Monitorar notificação de infecções cirúrgicas relacionadas às cesáreas no Formsus em parceria com a Vigilância Sanitária	
32) Monitorar a implantação dos protocolos de segurança do paciente e boas práticas de atenção ao parto e recém-nascido em parceria com a Vigilância Sanitária	
33) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto o Manejo Clínico do Aleitamento Materno, em parceria com a Escola de Saúde Pública	
34) Habilitação da maternidade na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Port. 1153/2014)	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto
35) Habilitação de leitos da linha de cuidado neonatal. (Port. 930/2012)	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto
36) Habilitação de serviço hospitalar de referência à gestação de alto risco. (Port. 1020/2013)	Hospital Regional Dr. José de Simone Netto
37) Executar ações estratégicas para atendimento na assistência especializada nas regiões de saúde Estruturação dos ambulatorios de alto risco regionais	Núcleo Regional de Saúde Centro Regional de Especialidades João Kayatt Ponta Porã

38) Estruturação do seguimento das triagens auditivas neonatais de acordo com as “Diretrizes de Atenção à Triagem Auditiva Neonatal” (2012)	Definir referência
39) Protocolo de retaguarda para tratamento clínico de gestantes e bebês até 24 meses nos leitos obstétricos que <u>não são</u> referências para partos	Antonio João: Hospital Municipal de Antonio João Aral Moreira: Hospital Municipal Santa Luzia Coronel Sapucaia: Hospital Municipal Aparício Vidal Garcia Paranhos: Hospital Municipal Nossa Senhora da Conceição Sete Quedas: Hospital Municipal de Sete Quedas Tacuru: Hospital Municipal São Sebastião

ANEXO III - Rede Cegonha Macrorregião de Três Lagoas

A Macrorregião de Três Lagoas é composta de 10 municípios na costa leste do estado. Estima-se que somados todos os municípios desta região existam 3.264 gestantes dependentes do atendimento do SUS por ano. Considerando a estimativa de 15% de gestantes de alto risco, o número estimado de gestantes que dependem de cuidados especializados é aproximadamente 490 ao ano. A Tabela 1 apresenta os parâmetros de cálculos para a macrorregião. O detalhamento do cálculo de leitos por microrregião e município poderá ser acessado na página da rede cegonha no link: <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/redes-de-atencao-a-saude/rede-cegonha/>

TABELA 1 - INFORMAÇÕES BÁSICAS PARA CÁLCULO DOS PARÂMETROS REGIÃO DE SAÚDE DE TRÊS LAGOAS

(1)	POPULAÇÃO REGIONAL (IBGE, CENSO 2016)	274.111
(2)	POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA DE PLANO DE SAÚDE (ANS, 2016)	63.730
(3)	POPULAÇÃO COBERTA EXCLUSIVAMENTE PELO SUS ((1) - (2))	210.381
(4)	TAXA DE COBERTURA SUS ((3) / (1) * 100%)	76,75%
(5)	Nº DE NASCIDOS VIVOS (SINASC, 2016)	3.866
(6)	Nº DE NASCIDOS VIVOS NO SUS ((5) * (4))	2.967
(7)	ESTIMATIVA DE GESTANTES SUS ((6) + 10%)	3.264

Serviços obstétricos na macrorregião de Três Lagoas

Existem cadastrados no CNES nesta macrorregião nove serviços hospitalares com leitos obstétricos. Apesar disso, 47% dos partos desta população acontecem nas No Hospital Nossa Senhora Auxiliadora, e outros 17% ocorrem na Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba. Os grupos condutores municipais devem se aprofundar na discussão do papel destes leitos, atentos aos critérios dispostos no Art. II parágrafos b, c, e d. e do Plano de Ação Estadual da Rede Cegonha e definir o perfil assistencial destes leitos obstétricos disponíveis no município. É preciso aperfeiçoar a utilização de leitos hospitalares e a capacidade instalada de equipamentos e recursos humanos de forma a garantir acesso, segurança e qualidade para o atendimento ao parto, com referências, transporte e regulação pactuados.

Quadro 3 - Distribuição dos leitos obstétricos em hospitais dos municípios da Macrorregião de Três Lagoas					
Município	CNES	Estabelecimento	leitos obstétricos	NV por ocorrência 2017	Taxa de cesariana 2017
Água Clara	2371618	Hospital Municipal Nossa Senhora Aparecida	4	254	67%
Aparecida do Taboado	7456530	Fundação Hospitalar Enf. Pedro Francisco Soares	8	182	66%
Bataguassu	2371782	Santa Casa de Bataguassu	4	389	78%
Brasilândia	2371065	Hospital Júlio Maia	3	83	77%
Cassilândia	2375680	Santa Casa de Cassilândia	10	262	62%
Inocência	2536781	Hospital e Maternidade de Inocência	1	92	68%
Paranaíba	2375850	Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba	10	607	78%
Santa Rita do Pardo	2375958	Unidade Mista de Saúde NSPerpetuo Socorro	1	1	0
Selvíria	-	-	0	0	0
Três Lagoas	2756951	Hospital Nossa Senhora Auxiliadora	20	1.673	62%
TOTAL REGIÃO DE SAÚDE TRÊS LAGOAS			61	3543	69%

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

1 – Total de nascidos vivos por ocorrência dividido pelo total de partos na região. Foram registradas as proporções apenas dos serviços que realizam no mínimo 250 partos/ano.

Todos os nove serviços com leitos obstétricos cadastrados no CNES, apresentam taxas de cesarianas entre 50% e 78%. Evidências mostram que a prevalência maior de cesarianas demonstra falta de assistência adequada ao parto normal e elevam os riscos de morbidades relacionadas à gestação, inclusive mortalidade materna e perinatal, mas também maiores riscos de infecções, internações prolongadas, prematuridade tardia, dificuldades na amamentação e prejuízos à saúde e ao desenvolvimento da criança. Recomenda-se como estratégia para a efetiva redução da taxa de cesarianas, a adoção de protocolos de boas práticas de assistência ao parto e protocolos de segurança do paciente, bem como a organização da rotina do serviço da maternidade para que profissionais e pacientes sintam-se seguros em relação à assistência ao parto normal.

Todos os municípios da região de Três Lagoas contam com os leitos de alto risco obstétrico e neonatal localizados nas maternidades de Campo Grande, pois estes leitos não estão disponíveis na região. A tabela 2 apresenta o cálculo de leitos existentes e necessários para a população de referência.

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE ATENÇÃO À SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO BÁSICA**

Tabela 2 – Cálculo de necessidade de leitos hospitalares de referência para gestantes e neonatos de risco na região de Três Lagoas

	Leitos existentes	Necessidade de leitos Risco Habitual (85% dos leitos obstétricos)	Necessidade de leitos Alto Risco (15% dos leitos de obstétricos)	Necessidade de leitos de UTI Adulto Obstétrico (6% dos leitos obstétricos)	Necessidade de leitos de UTI Neonatal (02/1.000 NV)	Necessidade de leitos de UCI Convencional (03/1.000 NV)	Necessidade de leitos de UCI Canguru (01/1.000 NV)
Microrregião de Paranaíba	29	19	10	4	2	3	1,0
Microrregião de Três Lagoas	32	31	17	7	4	6	2,0
Macrorregião de Três Lagoas	61	50	27	11	6	9	3

A análise dos leitos existentes demonstra que:

- a) Há leitos obstétricos excedentes na região, muitos deles com baixa ocupação e baixa resolutividade no atendimento aos partos do município. É frequente observar a migração da população para centros maiores mesmo para partos de risco habitual.
- b) Faltam leitos para o cuidado em Gestação de Alto Risco. Há um déficit de 27 leitos que atendam internac es clínicas de gestantes de risco. Para internac es em UTI Adulto, a referência   a Santa Casa de Campo Grande, que tem leitos habilitados pela Rede de Urgências e Emergências.
- c) Há déficit importante de leitos na linha de cuidado neonatal para atender a Região de Três Lagoas. Todos os recém-nascidos de alto risco têm como referência as maternidades de Campo Grande.   urgente que se planejem investimentos para aumento dos leitos de cuidados ao recém-nascido de risco nesta região.

Plano da a o regional para qualifica o e amplia o da Rede Cegonha na macrorregião de Três Lagoas, em consonância com o Plano Estadual de Saúde 2016-2019:

As a es do Plano Estadual de Saúde que norteiam este Plano de A o Regional da Rede Cegonha são:

- Promover a aten o materna infantil qualificada e humanizada
- Apoiar a implanta o da classifica o de risco na aten o básica, incluindo a gestacional
- Fortalecer as a es de promo o   saúde e políticas intersetoriais
- Qualificar as a es e serviços da assistência especializada:
- Garantir   popula o acesso e qualidade nos serviços especializados com demanda reprimida
- Garantir o atendimento pré-hospitalar e as urgências através da articula o entre a gestão municipal e estadual
- Implementar as Redes de Aten o   Saúde (Rede Cegonha)
- Fomentar, através das a es de vigilância sanitária a Política Nacional de Segurança do Paciente
- Apoiar técnica e financeiramente as unidades de saúde para que cumpram seu papel na rede de assistência

Alinhado com a Programação Anual de Saúde, as principais metas programadas para o ano 2019 referentes a este plano de ação são:

- Reduzir em 0,15% a taxa de mortalidade infantil em menores de 1 ano;
- Aumentar em 2% a realização do pré-natal do parceiro;
- Redução da mortalidade materna para 69,9/100.000 nascidos vivos;
- Aumento da investigação de óbito de mulheres em idade fértil;
- Aumento de 2% da prevalência do aleitamento materno exclusivo até 6 meses de idade e continuado até os 2 anos;
- Estruturar os Centros de Atendimento à Mulher e à Criança das 11 sedes de microrregião para promoção de assistência de acordo com o protocolo estadual;
- Executar ações estratégicas objetivando a redução da demanda reprimida e ampliação do atendimento na assistência especializada nas regiões de saúde;
- Monitorar 30% dos hospitais que realizam partos quanto à notificação de infecções cirúrgicas relacionadas às cesáreas no Formsus
- Monitorar a implantação de 40% dos hospitais na implantação dos protocolos de segurança do paciente e boas práticas
- 70% dos hospitais com leitos de UTIN notificando infecções relacionadas à assistência à saúde, com regularidade de 10 a 12 meses ao ano.
- Co-financiar os hospitais de pequeno porte públicos e filantrópicos das regiões de saúde para inserção nas políticas nacional e estadual de atenção hospitalar
- Garantir a aplicação dos recursos da Rede Cegonha, utilizando-os para a garantia de insumos, aperfeiçoamento da equipe e incorporação tecnológica
- Aperfeiçoar a gestão da Regulação Estadual, operacionalizando os complexos reguladores, definindo grades de referência e contra-referência, estabelecendo referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade segundo fluxos e protocolos pactuados.
- Pactuação dos protocolos de regulação de acordo com as realidades locoregionais, considerando a oferta de serviços locais, fluxos pré-existentes e a inserção de novos serviços e os critérios de priorização do acesso e gestão das listas de acesso unificadas.
- Coordenar e executar ações no âmbito estadual, buscando fortalecer a cogestão e facilitando a harmonia entre os principais instrumentos de planejamento.

III a) Plano de Ação Microrregião de Paranaíba

Município	Referência para partos	Estabelecimento	Leitos obstétricos	Nascidos vivos por ocorrência 2017	Taxa de cesariana 2017
Aparecida do Taboado	Não	Fundação Hospitalar Enf. Pedro Francisco Soares	8	182	66%
Cassilândia	Sim	Santa Casa de Cassilândia	10	262	62%
Inocência	Não	Hospital e Maternidade de Inocência	1	92	68%
Paranaíba	Sim	Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba	10	607	78%
Total Região Paranaíba			29	1143	69%

AÇÕES	Responsáveis
<p>1) Composição do grupo condutor municipal Levantamento da oferta municipal de cobertura de pré-natal na atenção básica Qualificação do planejamento reprodutivo Qualificação do pré-natal Protocolo de atendimento ao pré-natal de risco habitual</p>	<p>Todos os municípios devem elaborar seu Plano de Ação Municipal pelo trabalho colegiado do Grupo Condutor Municipal</p> <p>O instrutivo para elaboração do plano de ação municipal da Rede Cegonha Disponível em: http://www.sgas.saude.ms.gov.br/rede-des-de-atencao-a-saude/rede-cegonha/</p>
<p>2) Protocolo de transporte seguro para consultas ambulatoriais de alto risco Referências ambulatoriais para gestação alto risco Transporte sanitário Acompanhante Tratamento fora de domicílio</p>	
<p>3) Protocolo de transporte seguro de gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de urgência (Rede de Urgências e Emergências) Acolhimento com classificação de risco obstétrico SAMU Ambulância Protocolos de transporte para gestantes Protocolos de transporte para gestantes em trabalho de parto Protocolo de transporte para recém-nascidos</p>	
<p>4) Protocolo de vinculação da gestante à maternidade durante o pré-natal Registro na caderneta, orientação no pré-natal e visita ao serviço de referência para o parto mais próximo.</p>	
<p>5) Implantação do modelo "Vaga sempre" em todas as maternidades que realizam partos. As maternidades de referência para partos deverão possuir equipe mínima para funcionamento 24 horas, 7 dias por semana</p>	
<p>6) Protocolo de acesso aos exames mínimos de gestação de alto risco com fluxo regional</p>	
<p>7) Protocolo de acesso às consultas com médico obstetra em ambulatórios de alto risco com fluxo regional Definir fluxo de atendimento a gestantes de alto risco com as referências;</p>	

Definição de equipe multiprofissional de apoio na atenção básica; Protocolo de referência e contra-referência Seguimento da pacientes conforme Manual Técnico da Gestão de Alto	municípios, garantindo o atendimento continuado da gestante e transporte adequado para assisti-la no trabalho de parto e em outras intercorrências.
8) Ampliação do acesso à inserção de Métodos Anticoncepcionais de Longa Duração e Reversíveis (LARC) ambulatorial: DIU de Cobre, DIU Hormonal, Implante Subcutâneo Protocolos de acesso e ambulatoriais de referência: Mulheres em idade fértil, Adolescentes, Moradoras de rua, Mulheres da fronteira, população rural, Mulheres ribeirinhas, Mulheres com deficiência Se não houver serviço no município, deve ser planejado o encaminhamento para referência regional com protocolo de acesso. Os procedimentos devem ser registrados na planilha de controle de LARCs padronizada pela SES	Todos os municípios devem ter ao menos 1 serviço de referência para implantação e seguimento de LARCs e outros métodos de planejamento reprodutivo
9) Ampliação do acesso à inserção de LARC pós-parto e pós-aborto	Santa Casa de Cassilândia Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba
10) Protocolo de registro e triagens neonatais Cartório de registro de nascimento na maternidade Teste do pezinho Teste da orelhinha Teste do olhinho Teste da linguinha	
11) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto para Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetria	
12) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto para Atendimento de Urgências e Emergências Obstétricas e Neonatais, em parceria com a Escola de Saúde Pública	
13) Monitorar notificação de infecções cirúrgicas relacionadas às cesáreas no Formsus em parceria com a Vigilância Sanitária	
14) Monitorar a implantação dos protocolos de segurança do paciente e boas práticas de atenção ao parto e recém-nascido em parceria com a Vigilância Sanitária	
15) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto o Manejo Clínico do Aleitamento Materno, em parceria com a Escola de Saúde Pública	
16) Executar ações estratégicas para atendimento na assistência especializada à gestante e recém-nascido nas regiões de saúde Estruturação dos ambulatoriais de alto risco regionais	Definir perfil assistencial, protocolo de acesso e número de vagas dos ambulatoriais de referência para GAR e neonatologia: Centro de Especialidades da Saúde da Mulher
17) Estruturação do seguimento das triagens auditivas neonatais de acordo com as “Diretrizes de Atenção à Triagem Auditiva Neonatal” (2012)	Definir referência
18) Protocolo de retaguarda para tratamento clínico de gestantes e bebês até 24 meses nos leitos obstétricos que não são referências para partos	Fundação Hospitalar Enf. Pedro Francisco Soares Hospital e Maternidade de Inocência

III b) Plano de Ação Microrregião de Três Lagoas

Município	Referência para partos	Estabelecimento	Leitos obstétricos	Nascidos vivos por ocorrência 2017	Taxa de cesariana 2017
Água Clara	Não	Hospital Municipal Nossa Senhora Aparecida	4	254	67%
Bataguassu	Sim	Santa Casa de Bataguassu	4	389	78%
Brasilândia	Não	Hospital Julio Maia	3	83	77%
Santa Rita do Pardo	Não	Unidade Mista NS Perpetuo Socorro	1	1	0
Selvíria	Não	-	0	0	0
Três Lagoas	Sim	Hospital Nossa Senhora Auxiliadora	20	1.673	62%
Total Microrregião Três Lagoas			32	2400	71%

ACÕES	Responsável
<p>1) Composição do grupo condutor municipal Levantamento da oferta municipal de cobertura de pré-natal na atenção básica Qualificação do planejamento reprodutivo Qualificação do pré-natal Protocolo de atendimento ao pré-natal de risco habitual</p>	<p>Todos os municípios devem elaborar seu Plano de Ação Municipal pelo trabalho colegiado do Grupo Condutor Municipal</p> <p>O instrutivo para elaboração do plano de ação municipal da Rede Cegonha Disponível em: http://www.sgas.saude.ms.gov.br/redes-de-atencao-a-saude/rede-cegonha/</p>
<p>2) Protocolo de transporte seguro para consultas ambulatoriais de alto risco Referências ambulatoriais para gestação alto risco Transporte sanitário Acompanhante Tratamento fora de domicílio</p>	
<p>3) Protocolo de transporte seguro de gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de urgência (Rede de Urgências e Emergências) Acolhimento com classificação de risco obstétrico SAMU Ambulância Protocolos de transporte para gestantes Protocolos de transporte para gestantes em trabalho de parto Protocolo de transporte para recém-nascidos</p>	
<p>4) Protocolo de vinculação da gestante à maternidade durante o pré-natal Registro na caderneta, orientação no pré-natal e visita ao serviço de referência para o parto mais próximo.</p>	
<p>5) Implantação do modelo "Vaga sempre" em todas as maternidades que realizam partos. As maternidades de referência para partos deverão possuir equipe mínima para funcionamento 24 horas, 7 dias por semana</p>	<p>Bataguassu - Santa Casa de Bataguassu</p> <p>Três Lagoas - Hospital Nossa Senhora Auxiliadora</p>
<p>6) Protocolo de acesso aos exames mínimos de gestação de alto risco com fluxo regional</p>	<p>Núcleo Regional de Saúde Clínica da Mulher de Três Lagoas</p>

<p>7) Protocolo de acesso às consultas com médico obstetra em ambulatórios de alto risco com fluxo regional Definir fluxo de atendimento à gestantes de alto risco com as referências; Definição de equipe multiprofissional de apoio na atenção básica; Protocolo de referência e contra-referência Seguimento da pacientes conforme Manual Técnico da Gestaçao de Alto</p>	<p>Os municípios devem estabelecer o seu próprio fluxo, incluindo a remoção, quando é necessário o encaminhamento para outros municípios, garantindo o atendimento continuado da gestante e transporte adequado para assisti-la no trabalho de parto e em outras intercorrências.</p>
<p>8) Ampliação do acesso à inserção de Métodos Anticoncepcionais de Longa Duração e Reversíveis (LARC) ambulatorial: DIU de Cobre, DIU Hormonal, Implante Subcutâneo Protocolos de acesso e ambulatórios de referência: Mulheres em idade fértil, Adolescentes, Moradoras de rua, Mulheres da fronteira, população rural, Mulheres ribeirinhas, Mulheres com deficiência. Se não houver serviço no município, deve ser planejado o encaminhamento para referência regional com protocolo de acesso. Os procedimentos devem ser registrados na planilha de controle de LARCs padronizada pela SES</p>	<p>Todos os municípios devem ter ao menos 1 serviço de referência para implantação e seguimento de LARCs e outros métodos de planejamento reprodutivo</p>
<p>9) Ampliação do acesso à inserção de LARC pós-parto e pós-aborto</p>	
<p>10) Protocolo de registro e triagens neonatais Cartório de registro de nascimento na maternidade Teste do pezinho Teste da orelhinha Teste do olhinho Teste da linguinha</p>	
<p>11) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto para Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetria</p>	<p>Bataguassu - Santa Casa de Bataguassu</p>
<p>12) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto para Atendimento de Urgências e Emergências Obstétricas e Neonatais, em parceria com a Escola de Saúde Pública</p>	<p>Três Lagoas - Hospital Nossa Senhora Auxiliadora</p>
<p>13) Monitorar notificação de infecções cirúrgicas relacionadas às cesáreas no Formsus em parceria com a Vigilância Sanitária</p>	
<p>14) Monitorar a implantação dos protocolos de segurança do paciente e boas práticas de atenção ao parto e recém-nascido em parceria com a Vigilância Sanitária</p>	
<p>15) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto o Manejo Clínico do Aleitamento Materno, em parceria com a Escola de Saúde Pública</p>	
<p>16) Executar ações estratégicas para atendimento na assistência especializada nas regiões de saúde Estruturação dos ambulatórios de alto risco regionais</p>	<p>Núcleo Regional de Saúde Clínica da Mulher de Três Lagoas</p>
<p>17) Estruturação do seguimento das triagens auditivas neonatais de acordo com as “Diretrizes de Atenção à Triagem Auditiva Neonatal” (2012)</p>	<p>Definir referência</p>
<p>18) Protocolo de retaguarda para tratamento clínico de gestantes e bebês até 24 meses nos leitos obstétricos que <u>não são</u> referências para partos</p>	<p>Água Clara - Hospital Municipal Nossa Senhora Aparecida Brasilândia - Hospital Julio Maia Santa Rita do Pardo - Unidade Mista NS Perpetuo Socorro</p>

ANEXO IV - Rede Cegonha Macrorregião de Corumbá

A Macrorregião de Corumbá é composta de 2 municípios na costa oeste do estado, na fronteira com a Bolívia. Estima-se que somados todos os municípios desta região existam 2.073 gestantes dependentes do atendimento do SUS por ano. Considerando a estimativa de 15% de gestantes de alto risco, o número estimado de gestantes que dependem de cuidados especializados é aproximadamente 310 ao ano. A Tabela 1 apresenta os parâmetros de cálculos para a macrorregião. O detalhamento do cálculo de leitos por microrregião e município poderá ser acessado na página da rede cegonha no link: <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/redes-de-atencao-a-saude/rede-cegonha/>

TABELA 1 - INFORMAÇÕES BÁSICAS PARA CÁLCULO DOS PARÂMETROS REGIÃO DE SAÚDE DE CORUMBÁ

(1)	POPULAÇÃO REGIONAL (IBGE, CENSO 2016)	131.522
(2)	POPULAÇÃO BENEFICIÁRIA DE PLANO DE SAÚDE (ANS, 2016)	20.419
(3)	POPULAÇÃO COBERTA EXCLUSIVAMENTE PELO SUS ((1) - (2))	111.103
(4)	TAXA DE COBERTURA SUS ((3) / (1) * 100%)	84,47%
(5)	Nº DE NASCIDOS VIVOS (SINASC, 2016)	2.231
(6)	Nº DE NASCIDOS VIVOS NO SUS ((5) * (4))	1.885
(7)	ESTIMATIVA DE GESTANTES SUS ((6) + 10%)	2.073

Serviços obstétricos na macrorregião de Corumbá

Esta pequena região tem dois municípios e conta com apenas um serviço de referência para obstetrícia da população SUS. Considerando a distância e as dificuldades de transportes e logística, o plano de ação deve focar na suficiência de oferta assistencial para a maior parte das gestantes do SUS. Os grupos condutores municipais devem se aprofundar na discussão do papel destes leitos, atentos aos critérios dispostos no Art. II parágrafos b, c, e d. e do Plano de Ação Estadual da Rede Cegonha e definir o perfil assistencial destes leitos obstétricos disponíveis no município. É preciso aperfeiçoar a utilização de leitos hospitalares e a capacidade instalada de equipamentos e recursos humanos de forma a garantir acesso, segurança e qualidade para o atendimento ao parto, com referências, transporte e regulação pactuados.

Quadro 4 - Distribuição dos leitos obstétricos em hospitais dos municípios da Macrorregião de Corumbá						
Município	CNES	Estabelecimento	leitos obstétricos	NV por ocorrência 2017	Taxa de cesariana 2017	Taxa de cesariana 2017
Corumbá	2376334	Santa Casa de Corumbá	24	2227	70%	

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

O único serviço de referência da região apresenta taxa de cesariana muito elevada. Evidências mostram que a prevalência maior de cesarianas demonstra falta de assistência adequada ao parto normal e elevam os riscos de morbidades relacionadas à gestação, inclusive mortalidade materna e perinatal, mas também maiores riscos de infecções, internações prolongadas, prematuridade tardia, dificuldades na amamentação e prejuízos à saúde e ao desenvolvimento da criança. Recomenda-se como estratégia para a efetiva redução da taxa de cesarianas, a adoção de protocolos de boas práticas de assistência ao parto e protocolos de segurança do paciente, bem como a organização da rotina do serviço da maternidade para que profissionais e pacientes sintam-se seguros em relação à assistência ao parto normal.

Todos os municípios da região de Corumbá contam com os leitos de alto risco obstétrico e neonatal localizados nas maternidades de Campo Grande, pois estes leitos não estão disponíveis na região. A tabela 2 apresenta o cálculo de leitos existentes e necessários para a população de referência.

Quadro 5 - Cálculo de necessidade de leitos hospitalares de referência para gestantes e neonatos de risco na região de Corumbá							
	Leitos existentes	Necessidade de leitos Risco Habitual (85% dos leitos obstétricos)	Necessidade de leitos Alto Risco (15% dos leitos de obstétricos)	Necessidade de leitos de UTI Adulto Obstétrico (6% dos leitos obstétricos)	Necessidade de leitos de UTI Neonatal (02/1.000 NV)	Necessidade de leitos de UCI Convencion al (03/1.000 NV)	Necessidade de leitos de UCI Canguru (01/1.000 NV)
Macrorregião de Corumbá	24	31	5	2	4	5	1

A análise dos leitos existentes demonstra que:

- a) Faltam leitos obstétricos na região, considerando o calculo proposto pelo Ministério da Saúde.
- b) Faltam leitos para o cuidado em Gestação de Alto Risco. Há um déficit de 5 leitos que atendam internações clínicas de gestantes de risco. Para internações em UTI Adulto, a referência é a Santa Casa de Campo Grande, que tem leitos habilitados pela Rede Urgências e Emergências.
- c) Há déficit importante de leitos na linha de cuidado neonatal para atender a Região de Corumbá. Todos os recém-nascidos de alto risco têm como referência as maternidades de Campo Grande. É urgente que se planejem investimentos para aumento dos leitos de cuidados ao recém-nascido de risco nesta região.

Plano da ação regional para qualificação e ampliação da Rede Cegonha na macrorregião de Corumbá, em consonância com o Plano Estadual de Saúde 2016-2019:

As ações do Plano Estadual de Saúde que norteiam este Plano de Ação Regional da Rede

Cegonha são:

- Promover a atenção materna infantil qualificada e humanizada
- Apoiar a implantação da classificação de risco na atenção básica, incluindo a gestacional
- Fortalecer as ações de promoção à saúde e políticas intersetoriais
- Qualificar as ações e serviços da assistência especializada:
- Garantir à população acesso e qualidade nos serviços especializados com demanda reprimida
- Garantir o atendimento pré-hospitalar e as urgências através da articulação entre a gestão municipal e estadual
- Implementar as Redes de Atenção à Saúde (Rede Cegonha)
- Fomentar, através das ações de vigilância sanitária a Política Nacional de Segurança do Paciente
- Apoiar técnica e financeiramente as unidades de saúde para que cumpram seu papel na rede de assistência

Alinhado com a Programação Anual de Saúde, as principais metas programadas para o ano 2019 referentes a este plano de ação são:

- Reduzir em 0,15% a taxa de mortalidade infantil em menores de 1 ano;
- Aumentar em 2% a realização do pré-natal do parceiro;
- Redução da mortalidade materna para 69,9/100.000 nascidos vivos;
- Aumento da investigação de óbito de mulheres em idade fértil;
- Aumento de 2% da prevalência do aleitamento materno exclusivo até 6 meses de idade e continuado até os 2 anos;
- Estruturar os Centros de Atendimento à Mulher e à Criança das 11 sedes de microrregião para promoção de assistência de acordo com o protocolo estadual;
- Executar ações estratégicas objetivando a redução da demanda reprimida e ampliação do atendimento na assistência especializada nas regiões de saúde;
- Monitorar 30% dos hospitais que realizam partos quanto à notificação de infecções cirúrgicas relacionadas às cesáreas no Formsus
- Monitorar a implantação de 40% dos hospitais na implantação dos protocolos de segurança do paciente e boas práticas
- 70% dos hospitais com leitos de UTIN notificando infecções relacionadas à assistência à saúde, com regularidade de 10 a 12 meses ao ano.
- Co-financiar os hospitais de pequeno porte públicos e filantrópicos das regiões de saúde para inserção nas políticas nacional e estadual de atenção hospitalar
- Garantir a aplicação dos recursos da Rede Cegonha, utilizando-os para a garantia de insumos, aperfeiçoamento da equipe e incorporação tecnológica

- Aperfeiçoar a gestão da Regulação Estadual, operacionalizando os complexos reguladores, definindo grades de referência e contra-referência, estabelecendo referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade segundo fluxos e protocolos pactuados.
- Pactuação dos protocolos de regulação de acordo com as realidades locoregionais, considerando a oferta de serviços locais, fluxos pré-existentes e a inserção de novos serviços e os critérios de priorização do acesso e gestão das listas de acesso unificadas.
- Coordenar e executar ações no âmbito estadual, buscando fortalecer a cogestão e facilitando a harmonia entre os principais instrumentos de planejamento.

AÇÕES	Responsáveis
<p>1) Composição do grupo condutor municipal Levantamento da oferta municipal de cobertura de pré-natal na atenção básica Qualificação do planejamento reprodutivo Qualificação do pré-natal Protocolo de atendimento ao pré-natal de risco habitual</p>	<p>Todos os municípios devem elaborar seu Plano de Ação Municipal pelo trabalho colegiado do Grupo Condutor Municipal</p> <p>O instrutivo para elaboração do plano de ação municipal da Rede Cegonha Disponível em: http://www.sgas.saude.ms.gov.br/redes-de-atencao-a-saude/rede-cegonha/</p>
<p>2) Protocolo de transporte seguro para consultas ambulatoriais de alto risco Referências ambulatoriais para gestação alto risco Transporte sanitário Acompanhante Tratamento fora de domicílio</p>	
<p>3) Protocolo de transporte seguro de gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de urgência (Rede de Urgências e Emergências) Acolhimento com classificação de risco obstétrico SAMU Ambulância Protocolos de transporte para gestantes Protocolos de transporte para gestantes em trabalho de parto Protocolo de transporte para recém-nascidos</p>	
<p>4) Protocolo de vinculação da gestante à maternidade durante o pré-natal Registro na caderneta, orientação no pré-natal e visita ao serviço de referência para o parto mais próximo.</p>	
<p>5) Implantação do modelo "Vaga sempre" em todas as maternidades que realizam partos. As maternidades de referência para partos deverão possuir equipe mínima para funcionamento 24 horas, 7 dias por semana</p>	Santa Casa de Corumbá
<p>6) Protocolo de acesso aos exames mínimos de gestação de alto risco com fluxo regional</p>	Os municípios devem estabelecer o seu próprio fluxo de realização de exames de alto risco, incluindo a remoção, quando é necessário o encaminhamento para outro município.
<p>7) Protocolo de acesso às consultas com médico obstetra em ambulatórios de alto risco com fluxo regional Definir fluxo de atendimento a gestantes de alto risco com as referências; Definição de equipe multiprofissional de apoio na atenção básica; Protocolo de referência e contra-referência Seguimento da pacientes conforme Manual Técnico da Gestação de Alto</p>	Os municípios devem estabelecer o seu próprio fluxo, incluindo a remoção, quando é necessário o encaminhamento para outros municípios, garantindo o atendimento continuado da gestante e transporte adequado para assisti-la no trabalho de parto e em outras intercorrências.

<p>8) Ampliação do acesso à inserção de Métodos Anticoncepcionais de Longa Duração e Reversíveis (LARC) ambulatorial: DIU de Cobre, DIU Hormonal, Implante Subcutâneo</p> <p>Protocolos de acesso e ambulatorios de referência: Mulheres em idade fértil, Adolescentes, Moradoras de rua, Mulheres da fronteira, população rural, Mulheres ribeirinhas, Mulheres com deficiência</p> <p>Se não houver serviço no município, deve ser planejado o encaminhamento para referência regional com protocolo de acesso. Os procedimentos devem ser registrados na planilha de controle de LARCs padronizada pela SES</p>	<p>Todos os municípios devem ter ao menos 1 serviço de referência para implantação e seguimento de LARCs e outros métodos de planejamento reprodutivo</p>
<p>9) Ampliação do acesso à inserção de LARC pós-parto e pós-aborto</p>	<p>Santa Casa de Corumbá</p>
<p>10) Protocolo de registro e triagens neonatais</p> <p>Cartório de registro de nascimento na maternidade Teste do pezinho Teste da orelhinha Teste do olhinho Teste da linguinha</p>	
<p>11) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto para Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia</p>	
<p>12) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto para Atendimento de Urgências e Emergências Obstétricas e Neonatais, em parceria com a Escola de Saúde Pública</p>	
<p>13) Monitorar notificação de infecções cirúrgicas relacionadas às cesáreas no Formsus em parceria com a Vigilância Sanitária</p>	
<p>14) Monitorar a implantação dos protocolos de segurança do paciente e boas práticas de atenção ao parto e recém-nascido em parceria com a Vigilância Sanitária</p>	
<p>15) Capacitar, implementar e monitorar os serviços que realizam parto o Manejo Clínico do Aleitamento Materno, em parceria com a Escola de Saúde Pública</p>	
<p>16) Executar ações estratégicas para atendimento na assistência especializada à gestante e recém-nascido nas regiões de saúde</p> <p>Estruturação dos ambulatorios de alto risco regionais</p>	<p>Definir perfil assistencial, protocolo de acesso e número de vagas dos ambulatorios de referência para GAR e neonatologia: Centro de Saúde da Mulher</p>
<p>17) Estruturação do seguimento das triagens auditivas neonatais de acordo com as “Diretrizes de Atenção à Triagem Auditiva Neonatal” (2012)</p>	<p>Definir referência</p>
<p>18) Habilitação de leitos da linha de cuidado neonatal. (Port. 930/2012)</p>	<p>Santa Casa de Corumbá</p>