



# PLANO DE AÇÃO DA REDE CEGONHA DO DISTRITO FEDERAL 2021-2023

BRASÍLIA  
2021

Secretaria  
de Saúde



## **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**

**Secretário de Saúde:** Osnei Okumoto

**Secretário Adjunto de Assistência à Saúde:** Petrus Leonardo Barron Sanchez

**Secretária-adjunta do Gabinete:** Beatris Gautério de Lima

**Secretário Adjunto de Gestão em Saúde:** Artur Felipe Siqueira de Brito

**Controladoria Setorial da Saúde:** Rodrigo Ramos Gonçalves

**Diretoria do Fundo de Saúde do Distrito Federal:** Everaldo de Melo Santos Santos

**Coordenação Especial de Tecnologia de Informação em Saúde:** Aluizio Stremel Filho

**Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde:** Alexandre Garcia Barbosa

**Subsecretaria de Administração Geral:** Cel. Sérgio Cordeiro

**Subsecretaria de Infraestrutura em Saúde:** Mário Furtado

**Subsecretaria de Logística em Saúde:** Rogéria de Oliveira Pinheiro Romanholo

**Subsecretaria de Gestão de Pessoas:** Silene Quitéria Almeida Dias

**Subsecretaria de Vigilância em Saúde:** Divino Valero Martins

**Subsecretária de Planejamento em Saúde:** Christiane Braga Martins de Brito

**Superintendência da Região de Saúde Central:** Paulo Roberto da Silva Junior

**Superintendência da Região de Saúde Centro Sul:** Flávia Oliveira Costa

**Superintendência da Região de Saúde Sul:** Lucimir Henrique Pessoa Maia

**Superintendência da Região de Saúde Norte:** Sabrina Irene Castro Gadelha

**Superintendência da Região de Saúde Leste:** Raquel Beviláqua Matias da Paz Medeiros Silva

**Superintendência da Região de Saúde Oeste:** Lucilene Maria Florêncio de Queiroz

**Superintendência da Região de Saúde Sudoeste:** Luciano Gomes Almeida

**Diretoria do Hospital Materno Infantil de Brasília:** Marina da Silveira de Araújo

**Diretoria do Hospital de Apoio de Brasília:** Alexandre Lyra de Aragão Lisboa

**ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO DO GRUPO CONDUTOR CENTRAL DA  
REDE CEGONHA DO DISTRITO FEDERAL**

André Albernaz Ferreira  
Arlene de Sousa Luís  
Bruno Santos de Assis  
Camila Carloni Gaspar  
Carina Leão de Matos  
Cláudio José Ferreira Lima Júnior  
Fabiana Macedo Cartapatti  
Fernanda Vieira de Souza Canuto  
Gabrielle Oliveira Medeiros de Mendonça  
Glydeane Cardoso Trindade  
Ivana Ribeiro Novaes  
Juliana de Vasconcelos Thomas  
Maria Leonor C. de M. Aragão Gois  
Marta de Betânia Rabelo Teixeira  
Miriam Oliveira dos Santos  
Priscila Litting Harchbar  
Ricardo Saraiva Aguiar  
Rosângela Maria Magalhães Ribeiro  
Virgínia Lira da Conceição  
Viviane Tobias Albuquerque

## SUMÁRIO

1. Introdução .....	5
2. Diagnóstico Situacional .....	7
3. Pré-natal, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança até 2 anos de idade .....	23
3.1 Plano de Ação: pré-natal .....	24
3.2 Plano de Ação: Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança até 2 anos de idade.....	31
4. Partos e Nascimentos .....	40
4.1 Partos ocorridos nos hospitais da rede pública de saúde do DF.....	40
4.2 Plano de ação: parto e nascimento - Obstetrícia .....	44
4.3 Vinculação da gestante desde o pré-natal, à sua maternidade de referência para o parto.....	48
4.4 Plano de ação Parto e Nascimento – Neonatologia.....	49
4.4 Plano de ação: parto e nascimento - Neonatologia.....	54
5. Centros de Parto Normal.....	59
5.1 Monitoramento da habilitação e da reforma dos Centros de Parto Normal .....	59
6. Região Integrada para o Desenvolvimento do Entorno e do Distrito Federal .....	61
7. Sistema Logístico: transporte sanitário e regulação .....	64
7.1 Sistema de Transporte Sanitário .....	64
7.2 Sistema de Regulação do Acesso à Assistência .....	65
8. Estratégia de Acompanhamento .....	69
9. Referências.....	70

## 1. Introdução

No Distrito Federal, a Secretaria de Estado de Saúde (SES-DF), no âmbito da política de desenvolvimento institucional, tem trabalhado no sentido de promover a melhoria na atenção materno-infantil. Para isso, se faz necessária a conformação de uma rede assistencial organizada e permeada por aspectos qualificadores que estejam em consonância com os princípios do SUS.

A estruturação desta linha de cuidado, por intermédio da adesão da SES-DF à Rede Cegonha do Ministério da Saúde, foi um instrumento potencializador promovendo uma nova dinâmica no funcionamento dos serviços de saúde no âmbito do cuidado da mãe e do bebê.

A Rede Cegonha é uma das redes temáticas de atenção à saúde, instituída em 2011, pela Portaria GM/MS nº 1.459/2011. Através dela adotou-se um conjunto de medidas para garantir aos homens e mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, o atendimento adequado, seguro e humanizado, a partir da confirmação da gravidez, na atenção ao pré-natal, no parto e no puerpério, incluindo a atenção à saúde da criança até os dois primeiros anos de vida.

A atual situação enfrentada pela rede pública do Distrito Federal (DF), além de complexa, traz desafios inadiáveis para a reorganização da linha de cuidado materno infantil, que envolve, necessariamente, a integração entre os vários níveis de atenção à saúde.

Ampliar o potencial de resolução dos serviços, por intermédio da estruturação e adequação física das unidades, aliadas à reorganização dos fluxos assistenciais (rede de referência e contra referência) e, também, às estratégias de capacitação dos servidores da SES-DF são aspectos que indicam a melhoria dos processos de gestão, ampliando acesso nesta área considerada ainda crítica. Para efeito de operacionalização das ações propostas pelas normativas referentes à Rede Cegonha, foi publicada na SES-DF, mediante a Portaria SES/DF N.º 236, de 14 de dezembro de 2011, republicada no Diário Oficial do Distrito Federal de 04 de julho de 2018 mediante Ordem de Serviço N.º 96 de 06 de julho de 2018 e atualizada pela Ordem de Serviço nº 162 de 26 de agosto de 2019,

o Grupo Condutor Central da Rede Cegonha (GCC-RC).

O Grupo Condutor Central da Rede Cegonha tem como um dos objetivos apresentar a revisão do Plano de Ação da Rede Cegonha no Distrito Federal. Ressalta-se, neste processo de elaboração, como produto das áreas técnicas representadas pelo Grupo Condutor Central, uma ação contínua e permanente de atenção materno-infantil desde o acolhimento do homem e da mulher em idade fértil na Atenção Primária à Saúde (APS), até a atenção puerperal, neonatal e da criança até 24 meses, incluindo todas as fases do cuidado à saúde. O Plano de ação busca traduzir os compromissos acima descritos, nortear as diversas etapas do processo e superar os desafios na organização e qualificação da atenção à saúde de adolescentes, homens e mulheres adultos na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e durante a gestação, o parto, o puerpério ou em situação de abortamento, e às crianças desde seu nascimento até o vigésimo quarto mês de vida.

Numa perspectiva da integralidade, equidade, responsabilização sanitária e garantia da atenção nos diferentes níveis de complexidade do sistema, inclui também as famílias em situação de vulnerabilidade ou de risco, nas suas especificidades, tais como, mulheres negras, indígenas, em situação de rua, adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, privadas de liberdade, entre outras.

Em relação às mulheres privadas de liberdade, tem-se um conjunto de legislações vigente que garantem o direito ao acesso à saúde, e proteção à maternidade e à infância, atendimento psicossocial e demais direitos humanos, sem distinção de cor/raça, religião ou condição social, em consonância à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP e sua Portaria de Adesão do DF Nº 1602 de 31 de julho de 2014, a Portaria Interministerial Nº 10, de 16 de janeiro de 2014, institui a Política Nacional Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, bem como, a Lei Distrital nº 5.969 de 16 de agosto de 2017, que institui o Código Penitenciário do Distrito Federal; e demais legislações.

Para o aprimoramento do processo de trabalho na rede de atenção à saúde na linha de cuidado materno-infantil, as análises feitas apontam para a atualização e melhor

qualificação dos profissionais de saúde com capacitações, apoio matricial e fomento à constituição de espaços coletivos de discussão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação.

Na relação entre o sistema e os profissionais de saúde com a população-alvo da Rede Cegonha, preconiza-se o papel ativo desta e também a responsabilidade pessoal e coletiva, buscando oferecer acesso e informação para contribuir com construção da autonomia dos sujeitos.

As Práticas Integrativas em Saúde (PIS), já bem difundidas no SUS-DF através da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde (PDPIS), são tecnologias leves que têm um grande potencial para promover saúde, melhorar o acesso da população aos serviços e desenvolver a responsabilidade pelo próprio cuidado. A inserção das Práticas Integrativas no fluxo de atendimento da Rede Cegonha no SUS-DF é uma estratégia importante na operacionalização do princípio de integralidade na atenção à saúde materno-infantil. Com essa iniciativa, busca-se promover o incremento do cuidado integral à saúde materno-infantil, bem como os Princípios e Diretrizes da Rede Cegonha.

Por fim, compreendendo os limites do setor saúde, este plano propõe ações de governo e de parceria com a sociedade civil, academia, sociedades científicas e demais setores relacionados para fortalecer a Rede Cegonha no âmbito do Distrito Federal.

## **2. Diagnóstico Situacional**

A população do Distrito Federal (DF), segundo estimativa do IBGE, quase atingiu a marca dos 3 milhões de habitantes no ano de 2017, evidenciando um crescimento demográfico muito superior ao projetado na ocasião de sua inauguração. Além desse crescimento populacional acima do esperado, o intenso movimento migratório para o DF e a fixação não planejada de pessoas, propiciou a formação de uma região populosa no entorno que passou a interagir de forma assimétrica com a estrutura e com os recursos concentrados no DF.

Diante do perfil geográfico e demográfico, foram criadas as superintendências regionais

de saúde para coordenar as ações de saúde no Distrito Federal. As regiões são determinadas de acordo com a territorialização do DF. As definições abaixo estão de acordo com o Decreto nº 38.982, de 10 de abril de 2018 e a Deliberação Nº14 de 22 de agosto de 2019 do Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal: **Superintendência da Região de Saúde Central:** Asa Norte, Lago Norte, Varjão, Cruzeiro, Sudoeste, Octogonal, Asa Sul; **Superintendência da Região de Saúde Centro-Sul:** Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I e II, Park Way, Candangolândia, Guará, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA), Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA) e Estrutural; **Superintendência da Região de Saúde Norte:** Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal; **Superintendência da Região de Saúde Sul:** Gama e Santa Maria; **Superintendência da Região de Saúde Leste:** Paranoá, Itapoã, Lago Sul, Jardim Botânico e São Sebastião; **Superintendência da Região de Saúde Oeste:** Ceilândia e Brazlândia; **Superintendência da Região de Saúde Sudoeste:** Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Recanto das Emas e Samambaia.

**Figura 1** - Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal, 2018.



Fonte/Extraído de: Plano Distrital de Saúde do Distrito Federal 2020-2023, SES-DF

Todas as regiões de saúde possuem uma rede de serviços organizada para oferecer um cuidado integral na linha materno-infantil. Este cuidado deve se iniciar na atenção primária, perpassar pelos serviços ambulatoriais especializados e culminar nas maternidades e centros de parto normal. A referência e contra referência entre todas as unidades citadas fortalecem o cuidado e qualifica a atenção ao binômio mãe e filho. É

importante evidenciar que, após o nascimento, a família deve retornar aos serviços de atenção primária do seu território para que sejam realizadas as consultas de puerpério e do recém-nascido.

O presente Plano de Ação prevê ações aplicáveis em todas as UBS das Regiões de Saúde do DF e também ações específicas à UBS Prisional, com possibilidade de intervenção em saúde qualificada às mulheres privadas de liberdade.

Ressalta-se a especificidade dos serviços de atenção primária na Unidade Básica de Saúde Prisional – UBSP, localizada na Região Administrativa do Gama e em funcionamento na Penitenciária Feminina do Distrito Federal (PFDf), considerada uma Unidade Prisional de segurança média, destinada ao recolhimento de custodiadas em cumprimento de pena privativa de liberdade em regime fechado e semiaberto, bem como, regime provisório (que aguardam julgamento pelo Poder Judiciário), que possui uma ala exclusiva para as internas gestantes e outra ala para lactantes com recém-nascidos até 6 meses de idade.

Considerando ainda a vulnerabilidade desta população feminina em privação de liberdade com perfil de baixa escolaridade, dependência química de substâncias psicoativas e outras drogas, especialmente alcoolistas e tabagistas, histórico de vivência de rua, grande incidência de doenças sexualmente transmissíveis como a sífilis. Em relação as mulheres gestantes, algumas chegam em uma idade gestacional avançada sem nenhuma consulta de pré-natal, em crises de abstinência muitas vezes. Agrava-se a esse quadro, a dupla vulnerabilidade de abandono do parceiro e da família.

Nesse sentido, as equipes da UBS na PFDf, além de ofertar assistência integral, humanizada e de qualidade durante gravidez, parto e puerpério, ainda se responsabilizam por ações de primeiro atendimento à urgências e emergências e ações estratégicas de educação em saúde para essa população, podendo minimizar danos e riscos, considerando os diversos fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, de forma intersetorial.

Para além dos aspectos já mencionados, acrescenta-se as particularidades da saúde

tendo em vista que o processo de trabalho é diferente em relação as ESF, principalmente a questão do vínculo mãe e bebê, uma vez que os bebês permanecem na companhia da mãe somente até os 6 (seis) meses.

Uma forma de monitorar e qualificar o processo de trabalho junto às superintendências regionais de saúde é por meio dos indicadores de saúde que são pactuados pela Rede Cegonha do DF. São eles:

1. Proporção de parto normal nos serviços de saúde do SUS
2. Taxa de Mortalidade Infantil por ano
3. Proporção de óbitos infantis investigados por ano
4. Razão de mortalidade materna por ano
5. Proporção de óbitos maternos investigados por ano
6. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados por ano
7. Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19anos por ano
8. Números de casos de sífilis congênita em menores de 1 ano notificados por ano
9. Número de recém-nascidos que recebem leite materno doado nos hospitais públicos do DF
10. Volume de leite humano coletado pelos Bancos de Leite Humano DF

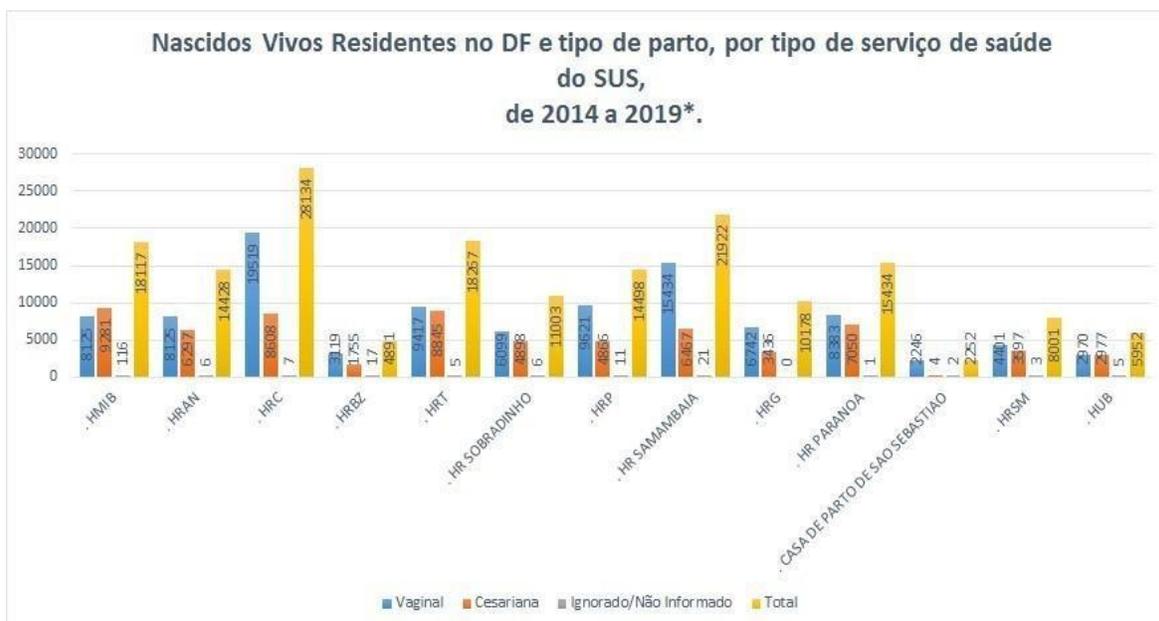
**Tabela 1** - Número de Nascidos vivos por ocorrência no DF em Hospitais Públicos de 2014 a 2019\*

	2014			2015			2016			2017			2018			2019*			TOTAL
	PV	C	NI																
Estab Publ/Priv																			
01 Estab Públicos-SES-DF	26.113	15.919	77	25.673	14.701	89	23.952	14.421	4	24.254	14.752	18	24.023	15.011	1	22.858	14.996	74	236.936
HDF	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
HMIB	2.264	2.510	31	1.938	1.812	52	1.971	1.956	3	1.572	1.852	4	1.725	1.986	1	1.600	2.010	51	23.338
HRAN	1.455	1.027	1	1.539	1.205	3	1.569	1.164	0	1.668	1.282	0	1.412	1.181	0	1.209	1.128	3	15.846
HRC	4.512	1.976	3	4.662	1.851	6	4.493	1.828	0	4.600	1.907	0	4.615	2.002	0	3.380	1.549	2	37.386
HRBZ	1.032	504	6	1.111	493	12	1.024	420	0	1.026	496	7	939	416	0	746	484	3	8.719
HRT	1.943	1.782	2	1.640	1.519	2	1.784	1.710	0	1.758	1.576	0	1.729	1.659	0	2.400	1.780	2	21.286
HRS	1.375	1.030	2	1.158	1.019	3	1.108	885	0	1.089	916	0	1.100	1.001	0	1.344	1.174	2	13.206
HRP	2.217	1.082	10	2.080	1.026	2	1.846	1.005	0	2.002	1.080	0	1.967	1.052	0	1.673	965	1	18.008
HRGU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	4
HRSAM	3.175	1.241	17	3.308	1.340	5	2.782	1.141	0	3.286	1.192	0	3.128	1.366	0	2.876	1.356	4	26.217
HRG	3.434	1.866	0	4.757	2.257	2	3.668	1.874	1	4.590	2.087	6	3.893	1.479	0	3.409	1.451	4	34.778
HR PARANOIA	1.674	1.324	0	1.785	1.374	1	1.570	1.200	0	1.455	1.427	0	1.316	1.272	0	1.495	1.302	0	17.195
CPNSS	421	0	1	429	1	0	390	3	0	397	0	0	382	0	0	394	0	1	2.419
HRSM	2.611	1.576	4	1.266	803	1	1.747	1.235	0	811	936	1	1.815	1.595	0	2.332	1.797	1	18.531
02 Outros Estab. Públicos -DF	484	573	6	924	758	0	646	684	0	615	651	0	535	614	0	937	778	1	8.206

PV: Parto Vaginal C: Cesária NI: Não Informado Fonte: SINASC - TQWIN 11.03.2020 \*Dados parciais e provisórios

Segundo os dados de nascidos vivos por ocorrência nas maternidades públicas do Distrito Federal e o tipo de parto nos anos de 2014 a 2019 extraídos do SINASC, o número de partos normais é maior que o de cesarianas em todos anos considerando o número total (Tabela 1). Entretanto, a partir de 2017, existe no HMIB um aumento das cesarianas talvez associado ao perfil de referência de alta complexidade em obstetrícia e neonatologia da rede.

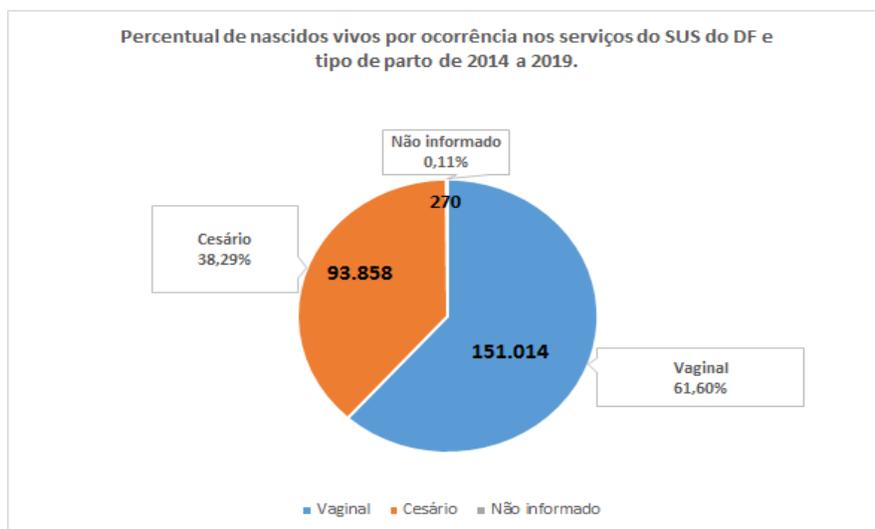
**Figura 2** - Percentual de Nascidos Vivos residentes no DF e via de nascimento, por serviço do SUS, de 2014 a 2019.



Fonte: SINASC/TABWIN Dados retirados em 11.03.2020. Dados parciais e provisórios.

Nota-se na Figura 2 que, entre os hospitais públicos do DF, o Hospital Regional de Samambaia (HRSam) apresentou o menor percentual de cesariana da série histórica de 2014 a 2019. Já o Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), que é referência para gestação de alto risco na rede SES/DF, apresentou a maior taxa de cesarianas nos anos descritos.

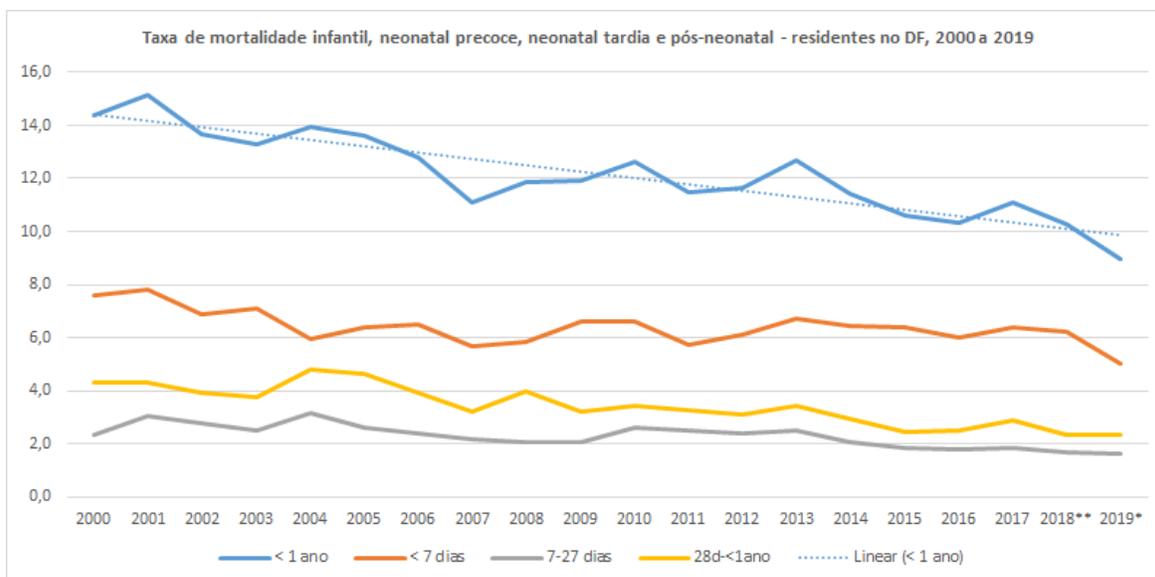
**Figura 3 -** Percentual de nascidos vivos por ocorrência nos serviços do SUS do DF e tipo de parto de 2014 a 2019.



Fonte: SINASC/TABWIN Dados retirados em 11.03.2020. Dados parciais e provisórios.

A Figura 3 também evidencia que 61,60% dos nascimentos que ocorreram nos serviços públicos de saúde no Distrito Federal, de 2014 a 2019, ocorreram através de partos normais.

**Figura 4 -** Taxa de mortalidade infantil, neonatal precoce, neonatal tardia e pós-neonatal por ano no Distrito Federal de 2000 a 2019.



\*dados parciais e provisórios \*\*dados preliminares

Fonte: SINASC - GIASS/DIVEP/SVS/SESDF

A “Taxa de Mortalidade Infantil” é um bom indicador do nível de saúde de uma população, porque é sensível às condições socioeconômicas e às intervenções de saúde. A Figura 4 mostra que a taxa de mortalidade infantil no DF estava apresentando tendência de queda na série histórica de 2000 a 2019, mas apresentou um aumento no ano de 2017 (11,1) em comparação aos anos de 2016 (10,3) e 2015 (10,6). Nota-se, ainda, que o componente neonatal precoce ainda é o mais preponderante na taxa total. No ano de 2017, a taxa de mortalidade neonatal precoce foi de 6,4, a pós neonatal foi de 2,9 e a neonatal tardia foi de 1,8. É importante ressaltar que a efetividade e a qualidade do pré-natal e da atenção ao parto e nascimento têm grande influência na redução da taxa de mortalidade infantil, principalmente no componente neonatal precoce e tardio. No ano de 2018 (10,3) e 2019 (9,0), voltamos para a tendência de queda. Importante salientar que os dados do ano de 2018 (10,3) são preliminares e os 2019 (9,0) são parciais e provisórios, entretanto, é a primeira vez que o Distrito Federal alcança o patamar de 1 dígito de mortalidade infantil. Tal decréscimo pode justificar-se pela implantação e consolidação da Estratégia Saúde da Família como forma definitiva de organização dos serviços da atenção primária no Distrito Federal.

A principal causa de mortalidade infantil no ano de 2017 foram as afecções perinatais, responsáveis por mais da metade de todos os óbitos (274 óbitos – 55,6%), principalmente no período neonatal. A segunda causa mais frequente de morte infantil foram as malformações congênitas (145 óbitos – 29,4%), principalmente do aparelho circulatório. Em relação aos óbitos causados por doenças infecciosas e parasitárias, vale ressaltar a ocorrência de 6 óbitos por diarreia.

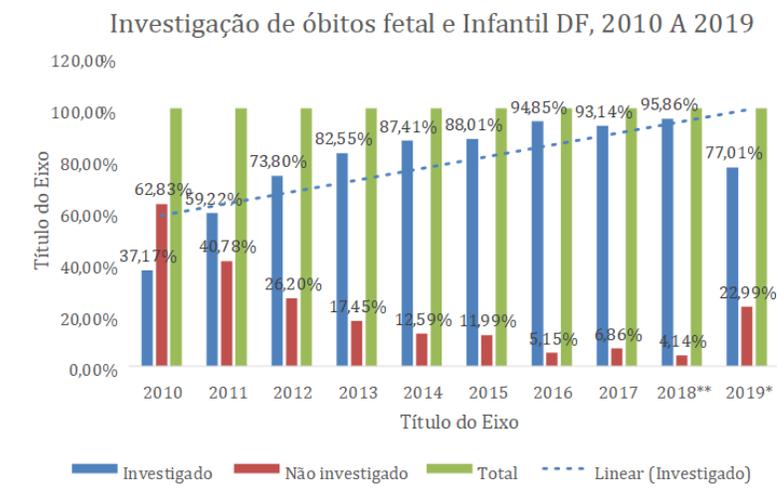
Em relação ao número de óbitos e as regiões de saúde, nota-se que a maior taxa de mortalidade infantil no ano de 2019 aconteceu na região de saúde Sudoeste (104 óbitos), seguida da região de saúde Oeste (75 óbitos). Essas duas regiões de saúde são as mais populosas do Distrito Federal e necessitam de qualificação no atendimento materno-infantil a fim de que se reduza a taxa de mortalidade infantil nas mesmas. Já a região de saúde Central é a que menos apresentou óbitos infantis (21 óbitos) no Distrito Federal.

A principal causa de mortalidade infantil no ano de 2019 foram as afecções perinatais, responsáveis por mais da metade de todos os óbitos (212 óbitos – 58,2%), principalmente no período neonatal. A segunda causa mais frequente de morte infantil

foram as malformações congênitas (90 óbitos – 24,7%), principalmente do aparelho circulatório. Em relação aos óbitos causados por doenças infecciosas e parasitárias, vale ressaltar a ocorrência de 2 óbitos por sífilis. Estes dados ainda são parciais e provisórios. O indicador Proporção de Óbitos Infantis investigados por ano é monitorado pelo Comitê Central de Prevenção e Controle dos Óbitos Materno, Fetal e Infantil do DF (CCPCOMFI/DF) e pelos Comitês Regionais de Prevenção e Controle dos Óbitos Materno, Fetal e Infantil do DF (CCPCOMFI/DF). A coleta de dados para que a investigação aconteça é feita por meio de visita domiciliar, revisão de prontuários hospitalar e ambulatorial, revisão do cartão da gestante e laudo de necropsia da anatomia patológica ou do Instituto Médico Legal (IML).

A análise das informações coletadas permite avaliar a causa básica do óbito, situações adversas ou eventuais falhas no sistema que possam ter contribuído para o desfecho fatal. Desde a publicação da Portaria nº 72 de 11 de janeiro de 2010, do Ministério da Saúde, que estabelece a obrigatoriedade da vigilância do óbito infantil e fetal nos serviços públicos e privados que integram o SUS, o percentual de investigação dos óbitos infantis no DF aumentou, apresentando, em 2018 um percentual de 96,7% de investigação. A taxa de investigação dos óbitos fetais foi de 94,9% no ano de 2018. Os dados de 2019 são parciais e provisórios e temos até 30 de abril para fazer a investigação oportuna destes óbitos.

**Figura 5 - Taxa de investigação de óbitos infantis no DF de 2010 a 2019**



Fonte: SIM – GIASS/DIVEP/SVS

Fonte: SIM – GIASS/DIVEP/SVS

\*\* Dados preliminares \* Dados parciais e provisórios

A Figura 5 apresenta a evolução da investigação dos óbitos fetais e infantis desde 2010. A investigação dos óbitos fetais tem aumentado nos últimos anos e atingiu a maior taxa em 2018 (95,9%). A investigação dos óbitos infantis e fetais acontece na própria região de saúde, pelos comitês de prevenção e investigação de óbitos materno, fetal e infantil da região.

Na Tabela 2 nota-se que as afecções originadas no período perinatal seguidas por malformações congênitas e deformidades e anomalias cromossômicas são as principais causas de mortalidade infantil no Distrito Federal.

**Tabela 2** - Principais causas de óbitos infantis no ano de 2013 a 2019.

<b>Causas de óbito</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018**</b>	<b>2019*</b>
<b>01 Afecções perinatais</b>	<b>334</b>	<b>301</b>	<b>304</b>	<b>296</b>	<b>270</b>	<b>250</b>	<b>212</b>
Prematuridade/Peso baixo	33	19	16	25	12	7	18
Hipoxia intra-uterina/asfixia nascer	19	5	14	9	15	4	6
Doença da membrana hialina	29	17	20	20	14	12	13
Transtornos maternos hipertensivos	30	33	34	49	37	32	23
Doenças maternas renais e das vias urinárias	23	16	14	12	15	25	12
Outras afecções maternas	9	11	7	6	10	20	13
Incompetência do colo uterino	7	13	26	18	19	20	7
Ruptura prematura de membranas	18	18	17	16	16	13	15
Oligohidrânio	2	3	1	5	3	0	1
Descolamento prematuro de placenta	13	11	11	5	8	14	6
Corioamnionite	8	21	16	24	19	18	10
Pneumonia congênita	6	4	7	3	3	5	1
Síndrome de aspiração neonatal	13	10	14	10	7	8	7
Hemorragia pulmonar período perinatal	8	5	9	7	13	6	6
Atelectasia primária do RN	7	11	7	3	5	2	2
Septicemia bacter RN/Infecção perinatal	43	33	32	29	22	20	26
Enterite necrotizante do feto e RN	14	12	9	12	4	5	3
Gravidez múltipla	3	13	6	9	8	4	0
Outras afecções perinatais	49	46	44	34	40	35	43

(Continua)

(Continuação)

<b>02 Malformações congênitas, deform e anom crom</b>	<b>157</b>	<b>136</b>	<b>127</b>	<b>93</b>	<b>157</b>	<b>145</b>	<b>90</b>
Malformacoes do sistema nervoso	28	19	21	13	12	21	11
Malformacoes congenitas do ap circulatorio	55	53	57	39	70	56	27
Malformacoes congenitas do ap respiratório	12	4	7	6	6	7	9
Malformacoes congenitas do ap digestivo	15	11	2	3	9	5	7
Malformacoes congenitas do ap urinario	8	13	2	7	6	9	2
Malformacoes congenitas do ap osteomuscular	21	14	17	13	23	20	7
Anomalias cromossomicas	8	5	11	4	15	15	17
Demais malformacoes congenitas	10	17	10	8	16	12	10
<b>03 Causas externas (acidentes/violências)</b>	<b>20</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>4</b>
Acidente de transporte	5	3	2	1	3	0	0
Inalação conteúdo gástrico, alimentos, objetos	10	5	2	5	4	4	3
Demais causas externas	5	6	4	4	6	6	1
<b>04 Doenças do Aparelho respiratório</b>	<b>15</b>	<b>19</b>	<b>23</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>8</b>
Pneumonia	8	12	11	4	2	5	3
Pneumonite dev solidos e liq (exclui neonatal)	4	1	1	3	2	0	1
Demais doencas do aparelho respiratorio	3	6	11	4	7	5	4
<b>05 Doenças Infecciosas e Parasitárias</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>14</b>
Septicemias (exclui neonatal)	9	3	4	5	2	8	10
Diarreia origem infecciosa presumivel	2	1	2	1	6	2	0
Coqueluche	3	4	1	0	0	1	0
Sífilis congênita	0	3	2	5	3	3	2
Demais DIP	1	2	3	4	4	2	2
<b>06 Demais causas de morte</b>	<b>23</b>	<b>28</b>	<b>13</b>	<b>22</b>	<b>28</b>	<b>22</b>	<b>36</b>
<b>Total</b>	<b>564</b>	<b>511</b>	<b>487</b>	<b>447</b>	<b>494</b>	<b>456</b>	<b>364</b>

Fonte: SIM/SINASC \*dados parciais e provisórios \*\*dados preliminares

Outros indicadores priorizados no plano de operacionalização da Rede Cegonha são a Razão de Mortalidade Materna (RMM) por ano, a Proporção de Óbitos Maternos investigados por ano e a Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados por ano, por causas presumíveis. Para monitorar a mortalidade materna é usado a Razão de Mortalidade Materna (RMM) por ano, que estima o risco de morte de mulheres durante a gravidez, o aborto, o parto e o puerpério até 42 dias após o parto. Em

países desenvolvidos, a razão de mortalidade materna geralmente é baixa, atingindo 10 óbitos por 100 mil nascidos vivos (SOUZA, 2013). No Distrito Federal, após elevação em 2013 (47,2 óbitos por 100 mil nascidos vivos), a RMM caiu nos dois anos seguintes, atingindo, em 2015, o menor patamar desde 2006, com 26,2 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Porém, em 2016, a RMM voltou a elevar-se e alcançou o valor de 48,6 óbitos/100 mil nascidos vivos. Em 2017, houve queda relevante, com o valor de 34,5 óbitos/100 mil nascidos vivos (Tabela 3).

**Tabela 3** - Número de óbitos maternos e razão de mortalidade materna, no Distrito Federal de 2006 a 2017.

<b>Ano</b>	<b>Nº de Óbitos Maternos</b>	<b>Razão</b>
2006	21	46,5
2007	17	38,6
2008	25	56,7
2009	22	50,1
2010	17	38,4
2011	17	39,1
2012	18	41,4
2013	21	47,2
2014	17	38,0
2015	12	26,0
2016	21	48,6
2017	15	34,5
2018	21	47,6
2019*	9	21,3

Fonte: SIM/SINASC - GIASS/DIVEP/SVS/SESDF 2019 \* - dados parciais e provisórios

**Tabela 4** - Número de óbitos maternos por tipo de estabelecimento, local e região de saúde de ocorrência, no Distrito Federal de 2011 a 2016.

<b>Região de Saúde, Local e Tipo de Estabelecimento</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>TOTAL N°</b>	<b>TOTAL %</b>
<b>Região Norte</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>7,0</b>
. Planaltina	2	1	1	1	1	3	9	5,7
.. Públicos	2	1	1	1	1	3	9	5,7
. Sobradinho	1	1	-	-	-	-	2	1,3
.. Públicos	1	1	-	-	-	-	2	1,3
<b>Região Sul</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>35</b>	<b>22,3</b>
. Gama	1	4	1	4	2	3	15	9,6
.. Públicos	1	3	1	4	2	2	13	8,3
.. Privados	-	1	-	-	-	1	2	1,3
. Santa Maria	4	5	4	3	1	3	20	12,7
.. Públicos	4	5	4	3	1	3	20	12,7
<b>Região Leste</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>6</b>	<b>3,8</b>
. Paranoá	2	-	2	2	-	-	6	3,8
.. Públicos	2	-	2	2	-	-	6	3,8
. Ignorados/ Em branco	1	2	1	-	1	-	5	3,2
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>30</b>	<b>26</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>30</b>	<b>157</b>	<b>100,0</b>
. Subtotal Públicos	18	22	18	17	13	25	113	72,0
. Subtotal Privados	6	6	7	7	8	5	39	24,8

Fonte: SIM – GIASS/DIVEP/SVS/SES

As regiões administrativas com as maiores RMM no período de 2011 a 2016 foram, em

ordem decrescente, Park Way, Planaltina, Itapoã, Brazlândia e Paranoá.

Conforme apresentado na Tabela 4, no Distrito Federal, a maior parte dos óbitos maternos ocorreu nos hospitais públicos: 72% dos óbitos maternos registrados no período de 2011 a 2016

**Tabela 5** - Situação da investigação de óbitos de mulheres em idade fértil no Distrito Federal de 2010 a 2016.

Ano do Óbito	Investigação Encerrada Oportunamente <sup>2</sup>		Investigação Encerrada Tardiamente <sup>3</sup>		Total Investigado		Não investigado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2010	287	37,6	365	47,8	652	85,3	112	14,7	764	100
2011	306	35,9	281	32,9	587	68,8	266	31,2	853	100
2012	346	44,4	343	44	689	88,4	90	11,6	779	100
2013	497	61,7	228	28,3	725	90,1	80	9,9	805	100
2014	457	58,3	223	28,4	680	86,7	104	13,3	784	100
2015	293	39,3	320	42,9	613	82,2	133	17,8	746	100
2016	247	31,1	325	41	572	72,1	221	27,9	793	100

Fonte: SIM/SINASC

**Tabela 6 - Número de óbitos maternos por Região de Saúde e Tipo de Estabelecimento de Ocorrência no Distrito Federal de 2017 a 2019\***

	2017	2018	2019*
<b>Região Central</b>	<b>11</b>	<b>17</b>	<b>5</b>
. Públicos	9	10	5
. Privados	2	7	0
<b>Região Centro Sul</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
. Públicos	1	0	0
<b>Região Leste</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
. Públicos	0	1	1
<b>Região Norte</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
. Públicos	1	1	1
<b>Região Oeste</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
. Públicos	3	0	1
. Privados	1	2	0
<b>Região Sudoeste</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>3</b>
. Públicos	1	4	3
. Privados	2	3	0
<b>Região Sul</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
. Públicos	4	3	4
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>31</b>	<b>15</b>
<b>Subtotal Públicos</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>15</b>
<b>Subtotal Privados</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>0</b>

\*2019 - dados parciais e provisórios  
 Fonte: SIM - Giass/DIVEP/SVS/SESDF

**Tabela 7 - Situação de Investigação dos óbitos de Mulheres em Idade Fértil residentes no Distrito Federal de 2017 a 2019.**

Ano do Óbito	Oportuna		Tardia		Total Investigado		Não investigado		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
<b>2017</b>	157	27,9	406	72,1	563	80,3	138	19,7	701	100,0
<b>2018</b>	380	56,6	291	43,4	671	86,8	102	13,2	773	100,0
<b>2019*</b>	431	76,8	130	23,2	561	78,4	155	21,6	716	100,0

\*2019 - dados parciais e provisórios  
 Fonte: SIM - Giass/DIVEP/SVS/SESDF

Uma das estratégias para a ampliação da captação (notificação) de óbitos é a investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos), com o intuito de resgatar mortes maternas não declaradas. A meta do Brasil é investigar 85% de óbitos de mulheres e idade fértil (BRASIL, 2016). A partir de 2010, foi implantado um módulo específico no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) para registro das investigações epidemiológicas de mulheres em idade fértil. Naquele ano, a proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados foi superior a 85%, mas, em 2011, foi de apenas 68,8% (Tabela 7). De 2012 a 2014, elevou-se, ultrapassando 85%, porém, em 2015 e em 2016, a meta não foi alcançada, sendo registrados os valores de 82,2% e 72,1%, respectivamente, como visualizado na Tabela 6. Nos sete anos avaliados, foram baixos os percentuais de óbitos cuja investigação foi encerrada oportunamente em até

120 dias após o óbito.

**Tabela 8** – Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos, por ano, no Distrito Federal.

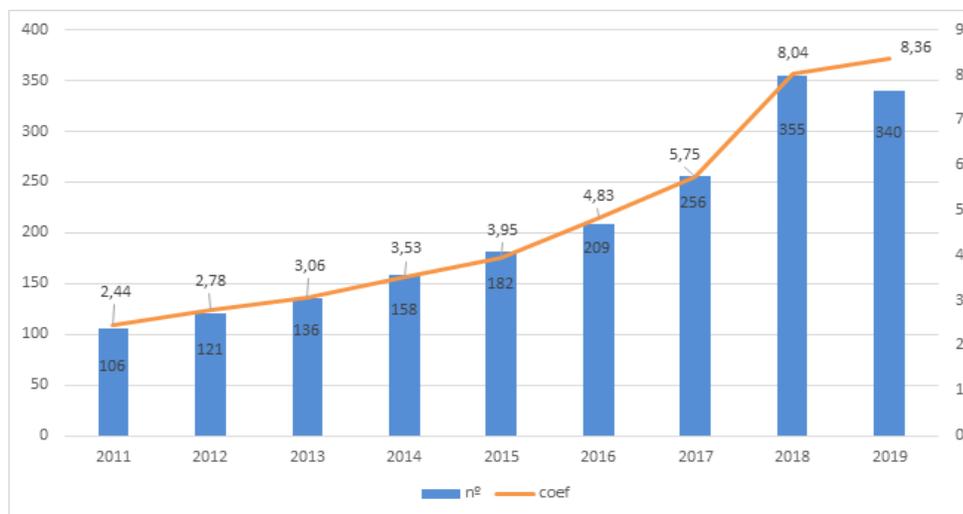
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019 *
13,61	13,37	13,21	12,32	11,91	11,13	10,73	10,32

Fonte SINASC. \* Dados parciais e provisórios

Em relação à Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos por ano, no Distrito Federal, 10,32% dos nascidos vivos em 2019 foram de mães com idade entre 10 a 19 anos (Tabela 8). Esse indicador comporta-se de maneira heterogênea nas regiões de saúde do DF. Observa-se que as áreas mais carentes economicamente tiveram maior proporção de mães adolescentes, enquanto que nas áreas economicamente mais favoráveis, o indicador demonstrou uma maior proporção de mães acima de 35 anos. Existe uma queda ao longo dos anos, entretanto, se faz necessário intensificar as ações nas regiões de maiores vulnerabilidades.

A ocorrência de sífilis congênita é reconhecida como um indicador sensível de avaliação da qualidade de assistência pré-natal, posto que evidencia deficiências tanto estruturais como técnicas dos serviços de saúde. Atualmente a sífilis congênita se apresenta como um grande desafio a ser vencido tanto no Brasil como no Distrito Federal.

**Figura 6** - Casos de sífilis congênita notificados (número, coeficiente de detecção por 1.000 nascidos vivos), por ano diagnóstico no Distrito Federal, de 2011 a 2019.



Fonte: Sinan e Sinasc. Data de extração: 05/02/2020. Dados parciais e provisórios  
No Distrito Federal, conforme figura 6, observa-se um crescimento dos casos de sífilis

congênita nos últimos anos. Em 2011, foram registrados 106 casos e coeficiente de detecção de 2,44 por mil nascidos vivos. Em 2011, foram 121 casos, coeficiente de 2,78. Os casos de sífilis congênita vêm aumentando progressivamente, atingindo em 2019 um número de 340 casos de sífilis congênita, que corresponde ao coeficiente de 8,36 casos para cada 1.000 nascidos vivos.

**Tabela 9** - Volume de leite humano coletado, número de atendimentos individuais e número de receptores nos Bancos de Leite Humano no Distrito Federal de 2012 a 2019.

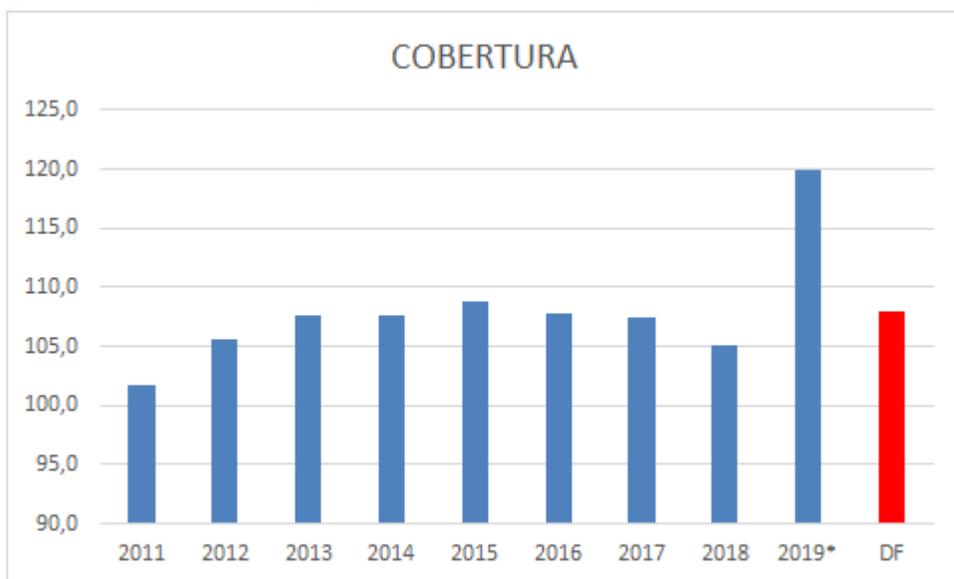
<i>Ano</i>	<i>Volume coletado (Litros)</i>	<i>Atendimentos individuais</i>	<i>Receptores</i>
2012	17.138	171.452	12.291
2013	17.356	152.139	11.287
2014	17.562	160.623	10.711
2015	16.453	87.031	9.593
2016	15.940	116.658	9.138
2017	16.393	114.866	10.546
2018	18.904	116.377	10.555
2019	17.003	129.758	14.274

Fonte: site da Rede BLH - FIOCRUZ

Ao analisar a Tabela 9, nota-se um volume significativo de leite doado nos bancos de leite humano do DF, com um número expressivo de crianças que recebem esse leite. No ano de 2017, foram coletados 16.393 litros de leite humano, realizados 114.866 atendimentos individuais e contemplados 10.546 receptores, revelando um aumento do volume de litros coletados e também do número de receptores em relação ao ano de 2016.

A utilização do leite humano, coletado nas unidades de terapia intensiva neonatais do DF, corrobora para a redução da mortalidade infantil principalmente do componente neonatal.

**Figura 7 - Cobertura da triagem neonatal do Distrito Federal de 2011 a 2019.**



Dados provisórios

Outra ação capitaneada pela Rede Cegonha é a triagem neonatal biológica. Conhecida como teste do pezinho, a triagem neonatal é ação de extrema importância na diminuição da mortalidade infantil e na prevenção de agravos durante a infância, a medida que o diagnóstico precoce de patologias graves previne não só o óbito mas também as morbidades das doenças. A triagem neonatal do Distrito Federal tria atualmente, 30 doenças com projeto recente de ampliação para 37.

Desde 2011, a coleta de todos os recém-nascidos na rede pública é garantida, antes da alta hospitalar com 97% das coletas antes do 5º dia de vida. A coleta ocorre em todas as maternidades (96% das amostras) e nas unidades da Atenção Primária à Saúde.

**Tabela 10** - Número de pacientes atendidos pelo Palivizumabe no Distrito Federal de 2014 a 2019.

<b>Ano</b>	<b>Pacientes</b>
2014	250
2015	429
2016	465
2017	641
2018	523
2019	574
<b>TOTAL</b>	<b>2882</b>

Ainda como parte das ações oferecidas às crianças menores de 2 anos de idade, temos o Palivizumabe. Trata-se de anticorpo monoclonal, indicado para a prevenção de doença grave do trato respiratório inferior, causada pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR). As doenças respiratórias são relevantes causa de óbito em menores de 2 anos, principalmente nas crianças com alguma susceptibilidade a infecções mais graves, que são as crianças prematuras (idade gestacional < de 35 semanas), crianças portadoras de doença pulmonar crônica da prematuridade e portadores de cardiopatia congênita hemodinamicamente significativa. Dessa forma, o medicamento é oferecido a esses grupos de risco, pela SES, desde 2014. Trata-se de ação da Rede Cegonha em parceria com Diretoria de Assistência Farmacêutica da SES-DF e as regiões de Saúde.

### **3. Pré-natal, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança até 2 anos de idade**

O plano de ação para os componentes pré-natal, puerpério e atenção integral à saúde da criança até 2 anos de idade foi elaborado com base na análise situacional dos cuidados materno-infantis do Distrito Federal no período de 2012 a 2018. Tem como finalidades definir as ações para a Rede Cegonha no Distrito Federal no período de 2020 a 2021, realizar o monitoramento e avaliação das ações previstas. Os indicadores utilizados para o monitoramento e avaliação das ações e das metas pactuadas são baseados nos

apresentados no capítulo anterior.

### **3.1 Plano de Ação: pré-natal**

O componente do plano de ação relacionado ao pré-natal tem como foco as seguintes ações:

1. Realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção
2. Acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade na Estratégia de Saúde da Família (ESF)
3. Acesso ao pré-natal de alto de risco seguindo os critérios de risco obstétrico e o fluxo estabelecido para esses ambulatórios
4. Realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco, e acesso aos resultados em até sete dias
5. Vinculação da gestante, já no pré-natal, ao local em que ocorrerá o parto
6. Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva
7. Prevenção e tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), HIV/AIDS e Hepatites; e enfrentamento das outras doenças congênitas
8. Acesso aos serviços de Práticas Integrativas em Saúde disponíveis na rede voltados para a saúde integral da gestante, do futuro bebê e de seu núcleo familiar: Acupuntura, Arteterapia, Automassagem, Ayurveda, Antroposofia, Fitoterapia, Homeopatia, Lian Gong em 18 terapias, Meditação, Musicoterapia, Reiki, Shantala, Tai Chi Chuan, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga.

No Quadro 1 está especificado o Plano de Ação para o componente do Pré-Natal.

**Quadro 1 - Plano de Ação Componente Pré-natal.**

<b>Problemas priorizados (Nós críticos)</b>	<b>Ações Propostas</b>	<b>Prazo</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>1. Abordagem da família na escolha do método contraceptivo</b>	1. Inserir grupos de Planejamento Reprodutivo (PR) na rotina das equipes;	03/2021 a 12/2021	DIRAPS/SRS DESF/COAPS/ SAIS
	2. Elaborar Protocolo sobre planejamento reprodutivo que inclua a ofertados diferentes métodos disponíveis, com priorização de método reversível e de longa duração - DIU T Cu 380A (de intervalo, pós-parto e abortamento imediato) além dos métodos definitivos (vasectomia/histerectomia e seus fluxos);	06/2021 a 12/2021	DESF/ DIRORGS/ COAPS/SAIS DAEAP/ COAPS/SAIS GCCRC/ARAS
	3. Realizar fluxos com DIASF e Farmácias Regionais para o controle de prazos de solicitação e dispensação dos métodos contraceptivos;	06/2021 a 12/2021	DESF/COAPS/ DAEAP/COAPS/ GCCRC/ARAS DIASF/CATES
	4. Realizar Termo de Cooperação Internacional junto ao UNFPA ou de Termo de referência para aquisição de implante hormonal subdérmico para população feminina em situação de vulnerabilidade;	06/2021 a 12/2022	DESF/COAPS/SAIS DAEAP/COAPS/ DIRAPS/SRS/
	5. Elaborar Protocolo para utilização dos implantes hormonais subdérmicos para população feminina em situação de vulnerabilidade.	06/2021 a 12/2022	DESF/COAPS/SAIS DAEAP/COAPS/ SAIS GCCRC/ ARAS

(continua)

**Quadro 1 - Plano de Ação Componente Pré-natal.**

(Continuação)

<b>Problemas priorizados (Nós críticos)</b>	<b>Ações Propostas</b>	<b>Prazo</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>2. Deficiência das ações de PR voltadas para adolescência</b>	1. Criar espaços (nas consultas, grupos, oficinas) para que adolescentes de ambos os sexos tenham informação e discussão sobre métodos contraceptivos;	06/2021 a 12/2021	DESF/COAPS/SAIS DAEAP/COAPS/ SAIS DIRAPS/SRS
	2. Utilizar a caderneta do (a) adolescente como ferramenta de divulgação dos métodos contraceptivos na APS e na Atenção Secundária;	06/2021 a 12/2021	DESF/COAPS/SAIS DAEAP/COAPS/ SAIS DIRAPS/SRS
	3. Fomentar a discussão junto às Equipes de Saúde da Família (eSF) sobre a dispensação, de anticoncepção de emergência para adolescentes seguida de agendamento de consulta imediata para o planejamento reprodutivo, inclusive com oferta de DIU.	06/2021 a 12/2021	DESF/COAPS/ SAIS DAEAP/COAPS/ SAIS GCCRC/ARAS DIRAPS/SRS
<b>3. Início tardio do pré-natal</b>	1. Estabelecer estratégias locais para melhoria do acolhimento à gestante na APS, manutenção das agendas abertas para realização de pré-natal bem como a conscientização de todos os membros da equipe em realizar a busca ativa de gestantes;	06/2021 a 12/2021	DIRAPS/SRS COAPS/SAIS
	2. Divulgar e implantar o Protocolo de Atenção ao Pré-natal, puerpério e cuidados ao recém-nascido.	06/2021 a 12/2021	DIRAPS/ SRS COAPS/ NASF

**Quadro 1 - Plano de Ação Componente Pré-natal.**

(continuação)

<b>Problemas prioritizados (Nós críticos)</b>	<b>Ações Propostas</b>	<b>Prazo</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>4. Dificuldade na realização de exames preconizados no pré-natal</b>	1. Garantir a realização dos exames laboratoriais preconizados no pré- natal junto aos setores responsáveis;	06/2021 a 12/2022	DESF/COAPS/ SAIS GCCRC/ARAS GEDIAG/CATES
	2. Priorizar o atendimento às gestantes para realização de exames laboratoriais e de imagem.	06/2020 a 12/2022	DESF/COAPS/ SAIS GCCRC/ARAS GEDIAG/CATES
<b>5. Baixa qualidade do pré-natal</b>	1. Fortalecer junto às regiões a distribuição e utilização dos cartões / cadernetas de gestantes no âmbito da APS;	06/2021 a 12/2022	DIRAPS/SRS/ DESF/ COAPS/SAIS GCCRC/ARAS
	2. Implantar o Pré-Natal do parceiro no âmbito da SES/DF;	06/2021 a 12/2022	DIRAPS/SRS GCCRC/ARAS NASF/SRS
	3. Realizar treinamento junto à SVS em parceria com as vigilâncias epidemiológicas da APS sobre infecções congênitas (diagnóstico, notificação, tratamento e acompanhamento);	06/2021 a 12/2022	DIRAPS/SRS NASF/SRS DESF/COAPS/ SAIS GCCRC/ARAS SVS

(Continua)

**Quadro 1 - Plano de Ação Componente Pré-natal.**

(continuação)

<b>Problemas priorizados (Nós críticos)</b>	<b>Ações Propostas</b>	<b>Prazo</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>5. Baixa qualidade do pré-natal</b>	4. Assegurar a disponibilidade de medicamentos que são utilizados pelas gestantes em acompanhamento pré-natal para parâmetro de programação anual;	06/2021 a 12/2022	SULOG
	5. Elaborar e confeccionar materiais educativos que abordem toda linha de cuidados materno-infantil;	06/2021 a 12/2022	DESF/COAPS/SAIS GCCRC/ARAS ASCOM
	6. Monitorar o cadastramento das gestantes vulneráveis no bolsa família;	06/2021 a 12/2022	DAEAP/COAPS/ SAIS
	7. Elaborar protocolos específicos e materiais educativos que contemplem orientações para o momento da separação do binômio de maneira segura para o público da PFDf;	01/2021 a 12/2022	DAEAP/COAPS/SAIS ASCOM
	8. Inclusão em atendimento coletivo de grupo de gestantes e preparação para o parto; e grupo de prevenção à depressão pós-parto na PFDf.	01/2021 a 12/2022	DAEAP/COAPS/SAIS DIRAPS/SRS/

(Continua)

**Quadro 1 - Plano de Ação Componente Pré-natal.**

(continuação)

<b>Problemas priorizados (Nós críticos)</b>	<b>Ações Propostas</b>	<b>Prazo</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>6. Dificuldades na realização do pré-natal de alto risco</b>	1. Implementar a Nota Técnica de fluxo para o pré-natal de alto risco;	06/2021 a 12/2022	DIRAPS/SRS/ DIRASE/SRS COAPS/SAIS e COASIS/SAIS
	2. Disponibilizar atualização científica aos profissionais que atuam no pré-natal de alto risco, em consonância com os protocolos e notas técnicas da SES;	06/2021 a 12/2022	DIRAPS e DIRASE/SRS/DESF COAPS e COASIS/SAIS GCCRC/ARAS
	3. Habilitar novos leitos de gestação de alto risco e garantir a manutenção dos leitos habilitados conforme organização da Rede SES;	06/2021 a 12/2021	ARAS/SAIS SUPLANS DIVISA/SVS
	4. Assegurar o vínculo entre a APS e a gestante quando esta for encaminhada ao ambulatório de alto risco (AR).	06/2021 a 12/2022	DIRAPS e DIRASE/SRS GCCRC/ARAS

(Continua)

**Quadro 1 - Plano de Ação Componente Pré-natal.**

(continuação)

<b>Problemas priorizados</b> (Nós críticos)	<b>Ações Propostas</b>	<b>Prazo</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>7. Dificuldades na Gravidez na Adolescência</b>	1. Reforçar as parcerias entre saúde e educação (escolas) a fim de captar precocemente as adolescentes gestantes;	06/2021 a 12/2022	DIRAPS/SRS DESF/COAPS GCCRC/ARAS NASF/SRS
	2. Fomentar junto as equipes de saúde a importância da busca ativa de adolescentes gestantes na comunidade e/ou em abordagem oportunista;	06/2021 a 12/2022	DIRAPS/SRS NASF/SRS
	3. Organizar o fluxo de encaminhamento ao pré-natal de alto risco às adolescentes gestantes que tiverem indicação para este;	06/2021 a 12/2022	DIRAPS e DIRASE/SRS CRDF
	4. Garantir a notificação de violência sexual e as orientações quanto a interrupção legal da gravidez em menores de 14 anos;	06/2021 a 12/2022	DIRAPS e COAPS/ GCCRC/ARAS GVDANTPS/DIVEP
	5. Realizar ações de promoção, prevenção, proteção e assistência adequada aos pais adolescentes voltadas à sua saúde e à redução de danos familiares, sociais e educacionais;	06/2020 a 12/2021	DIRAPS DIRASE GCCRC/ARAS GVDANTPS/DIVEP

(Continua)

**Quadro 1 - Plano de Ação Componente Pré-natal.**

(continuação)

<b>Problemas priorizados (Nós críticos)</b>	<b>Ações Propostas</b>	<b>Prazo</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>7. Dificuldades na Gravidez na Adolescência</b>	6. Referenciar as adolescentes gestantes para os serviços de Práticas Integrativas em Saúde: Acupuntura, Arteterapia, Automassagem, Ayurveda, Antroposofia, Fitoterapia, Homeopatia, Lian Gong em 18 terapias, Meditação, Musicoterapia, Reiki, Shantala, Tai Chi Chuan, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga.	06/2021 a 12/2023	GERPIS/COAPS/SAIS

(conclusão)

**3.2 Plano de Ação: Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança até 2 anos de idade**

O componente do Plano de Ação relacionado ao puerpério e atenção integral à saúde da criança até 2 anos de idade tem como foco as seguintes ações:

1. Promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável;
2. Acompanhamento da puérpera e da criança na atenção primária com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento;
3. Busca ativa de famílias vulneráveis;
4. Implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
5. Prevenção e tratamento das IST/HIV/Aids e Hepatites; e enfrentamento das outras doenças congênitas;
6. Orientação e oferta de métodos contraceptivos;
7. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças até 24 meses na Atenção Primária à Saúde;
8. Acompanhamento na APS e fluxo para os ambulatórios especializados das

crianças notificadas com STORCH-Z (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirose, herpes e Zika vírus congênitos);

9. Acesso aos serviços de Práticas Integrativas em Saúde disponíveis na rede voltados para a saúde integral da puérpera, do bebê e de seu núcleo familiar: Acupuntura, Arteterapia, Automassagem, Ayurveda, Antroposofia, Fitoterapia, Homeopatia, Lian Gong em 18 terapias, Meditação, Musicoterapia, Reiki, Shantala, Tai Chi Chuan, Técnica de Redução de Estresse, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga.

No Quadro 2 estão expostas as ações propostas para o Componente Puerpério e Saúde da Criança até 2 anos de idade.

**Quadro 2 - Plano de ação Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança até 2 anos.**

<b>Problemas priorizados (Nós críticos)</b>	<b>Ações Propostas</b>	<b>Prazo</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>1. Chegada tardia para consulta no puerpério</b>	1. Estimular a abordagem durante o pré-natal da importância do retorno puerperal para mãe e bebê;	06/2021 a 12/2021	COAPS/ARAS/ DIENF CATES/SRS/ DIRAPS
	2. Implementar o Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher no Pré-Natal, Puerpério e Cuidados ao RN na APS;	06/2021 a 12/2021	COAPS/ARAS/ DIENF CATES/SRS/ DIRAPS
	3 Estimular a vinculação da consulta da puérpera à primeira consulta do bebê;	06/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/ DIENF CATES/SRS/ DIRAPS
	4 Trabalhar com as maternidades a organização da Alta Segura e Vinculada;	06/2021 a 12/2021	COAPS/ARAS/ DIENF CATES/SRS/ DIRAPS
	5 Estimular a inclusão do (a) companheiro (a) na consulta puerperal;	06/2021 a 12/2021	COAPS/ARAS/ DIENF CATES/SRS/ DIRAPS

(continua)

**Quadro 2** - Plano de ação Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança até 2 anos.

(continuação)

<b>Problemas priorizados (Nós críticos)</b>	<b>Ações Propostas</b>	<b>Prazo</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>1. Chegada tardia para consulta no puerpério</b>	6 Estimular as equipes à Avaliação e acompanhamento das dificuldades e necessidades das adolescentes e seus companheiros (as) no período puerperal, auxiliando na elaboração e execução de seus projetos de vida, na construção dos vínculos familiares, no planejamento familiar, IST/Aids e outros aspectos.	06/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/DIENF CATES/SRS/DIRAPS/DH
<b>2. Deficiência na promoção, proteção e o apoio ao aleitamento materno e as práticas da alimentação complementar Saudável</b>	1 Implementar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil na Atenção Primária;	06/2021 a 12/2021	COAPS/ARAS/DIENF CATES/SRS/DIRAPS
	2 Estimular o planejamento de ações na comunidade ligadas à prática do aleitamento materno, da alimentação complementar saudável e doação de leite;	06/2021 a 12/2021	COAPS/ARAS/ COASIS CATES/SRS/ DIRAPS

(continua)

**Quadro 2 - Plano de ação Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança até 2 anos.**

(continuação)

<b>Problemas priorizados (Nós críticos)</b>	<b>Ações Propostas</b>	<b>Prazo</b>	<b>Responsáveis</b>
<p><b>2. Deficiência na promoção, proteção e o apoio ao aleitamento materno e as práticas da alimentação complementar saudável</b></p>	<p>3 Implementar educação continuada das equipes de saúde da família no Manejo da Amamentação no âmbito da Atenção Primária;</p>	<p>06/2021 a 12/2021</p>	<p>COAPS/ARAS/ COASIS CATES/SRS/DIRAPS</p>
	<p>4 Monitorar as práticas de aleitamento materno e da alimentação complementar saudável em criança de zero a 2 anos através do SISVAN Web – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e do E- SUS;</p>	<p>06/2021 a 12/2021</p>	<p>COAPS/ARAS /COASIS CTINF CATES/SRS/DIRAPS</p>
	<p>5 Capacitar as equipes da PFDF no que tange ao Acompanhamento à mãe para entrega do bebê no contexto da PFDF;</p>	<p>06/2021 a 12/2021</p>	<p>COAPS/ARAS/COASIS</p>

(continua)

**Quadro 2 - Plano de ação Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança até 2 anos.**

(continuação)

<b>Problemas prioritizados (Nós críticos)</b>	<b>Ações Propostas</b>	<b>Prazo</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>2. Deficiência na promoção, proteção e o apoio ao aleitamento materno e as práticas da alimentação complementar saudável</b>	6 Realização do grupo de preparação para separação mãe/ bebê; atendimento individual a mãe após a saída do bebê (psicólogo); entrega do bebê à família ou abrigo;	06/2021 a 12/2021	COAPS/ARAS/COASIS
	7 Referenciar as puérperas para os serviços de Práticas Integrativas em Saúde: Acupuntura, Yoga, Reiki , Arteterapia, Automassagem, Ayurveda, Fitoterapia Antroposofia, Homeopatia, Lian Gong , Meditação, Reiki, Shantala, Técnica de Redução de Estresse, Terapia Comunitária Integrativa.	06/2021 a 12/2021	COAPS/ARAS/COASIS
<b>3. Não agendamento de crianças vulneráveis após alta da maternidade ou unidade neonatal</b>	1 Estimular a identificação ainda na maternidade ou unidade neonatal das crianças vulneráveis (vulnerabilidade clínica e social) e trabalhar com esses setores a organização da alta e vinculada;	06/2021 a 12/2021	COAPS /ARAS/ COASIS/CATES/SRS/DI RAPS

(continua)

**Quadro 2 - Plano de ação Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança até 2 anos.**

(continuação)

<b>Problemas priorizados (Nós críticos)</b>	<b>Ações Propostas</b>	<b>Prazo</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>4. Não agendamento dos RN egressos das maternidades</b>	1. Assegurar junto ao setor responsável no hospital, a alta segura e vinculada das famílias, seguindo a atual portaria Nº 1321/2018;	06/2021 a 12/2021	COAPS/ARAS/ DIENF CATES/SRS/DIR APS
	2. Fomentar junto às Equipes de Estratégia de Saúde da Família, busca ativa para as crianças de mães que não realizaram o pré-natal na UBS de referência e/ou faltosos;	06/2021 a 12/2021	COAPS/ARAS/ DIENF CATES/SRS/DIR APS
	3. Garantir na agenda da unidade básica de saúde (UBS) atendimento das consultas programadas para esta faixa etária. Na ausência de médico, o enfermeiro poderá realizar a avaliação na primeira semana de vida e encaminhar para a atenção especializada se houver necessidade.	06/2021 a 12/2021	COAPS/ARAS/DIENF CATES/SRS/DIRAPS

(continua)

**Quadro 2 - Plano de ação Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança até 2 anos.**  
(continuação)

<b>Problemas priorizados (Nós críticos)</b>	<b>Ações Propostas</b>	<b>Prazo</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>4. Não agendamento dos RN egressos das maternidades</b>	4. Orientar sobre a verificação e o acompanhamento dos testes de triagem neonatal e garantia do seguimento necessário, no caso de alterações e/ou ausência de algum teste (triagem biológica, testada orelhinha, do coraçãozinho, da linguinha e do olhinho).	06/2021 a 12/2021	COAPS/ARAS/ DIENF CATES/SRS/DH/DI RAPS
<b>5. Dificuldades no acompanhamento integral do crescimento e desenvolvimento (CD)</b>	1. Estimular o cumprimento do calendário vacinal preconizado;	06/2021 a 12/2021	COAPS/ARAS/ DIENF SVS
	2. Estimular o acompanhamento de saúde bucal das crianças na APS;	06/2021 a 12/2021	COAPS/ARAS/ CATES/SRS/ DIRAPS NASF/COASIS
	3. Identificar a necessidade de acompanhamento integral (atenção primária e especializadas) para os pacientes notificados com STORCH-Z na gestação, no parto ou no seguimento da criança.	06/2021 a 12/2021	COAPS/ARAS/ DIENF CATES/SRS/ DIRAPS COASIS/DIRASE

(continua)

**Quadro 2 - Plano de ação Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança até 2 anos.**

(continuação)

<b>Problemas priorizados (Nós críticos)</b>	<b>Ações Propostas</b>	<b>Prazo</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>5. Dificuldades no acompanhamento integral do crescimento e desenvolvimento (CD)</b>	4 Orientar quanto a utilização da caderneta da criança como instrumento de avaliação da vigilância e do desenvolvimento;	06/2021 a 12/2021	COAPS/ ARAS/ COASIS/DIR ASE CATES/ SRS/DIRAPS
	5. Garantir o acompanhamento das crianças dentro das linhas cuidado das deficiências, atrasos de desenvolvimento e obesidade.	06/2022 a 12/2021	COAPS ARAS/ CATES/SRS/ COASIS/ DIRASE
<b>6. Dificuldade na implementação de ações para prevenção de acidentes na infância.</b>	1. Implantar ações junto às equipes de saúde da família (eSF) para prevenção de acidentes e violências e reconhecimento da exposição a situações de violência e maus-tratos;	06/2022 a 12/2021	COAPS/ ARAS/ CATES/SRS/ DIRAPS SVS/ DIRASE
	2 Implementar o uso da ficha de notificação de violência como instrumento de vigilância.	06/2021 a 12/2021	COAPS/ARAS/DIENF CATES/SRS/DIRAPS SVS/DIRASE

(Conclusão)

## 4. Partos e Nascimentos

### 4.1 Partos ocorridos nos hospitais da rede pública de saúde do DF

O Distrito Federal possui unidades públicas e privadas para atendimento ao parto e nascimento. Dentre as unidades públicas tem-se onze hospitais na rede SES-DF, um centro de parto normal peri-hospitalar, além de um hospital público federal, distribuídos por regiões de saúde conforme o que se segue:

- Superintendência da Região de Saúde Central  
Hospital Regional da Asa Norte (HRAN)  
Hospital Materno-Infantil de Brasília (HMIB\*)
- Superintendência da Região de Saúde Leste  
Hospital Regional Leste/Paranoá (HRL)  
Casa de Parto de São Sebastião (CPSS)
- Superintendência da Região de Saúde Norte  
Hospital Regional de Planaltina (HRPL)  
Hospital Regional de Sobradinho (HRS)
- Superintendência da Região de Saúde Oeste  
Hospital Regional de Ceilândia (HRC)  
Hospital Regional de Brazlândia (HRBz)
- Superintendência da Região de Saúde Sudoeste  
Hospital Regional de Samambaia (HRSAM)  
Hospital Regional de Taguatinga (HRT)
- Superintendência da Região de Saúde Sul  
Hospital Regional do Gama (HRG)  
Hospital Regional de Santa Maria (HRSM)
- Hospital Universitário de Brasília (HUB) – Asa Norte

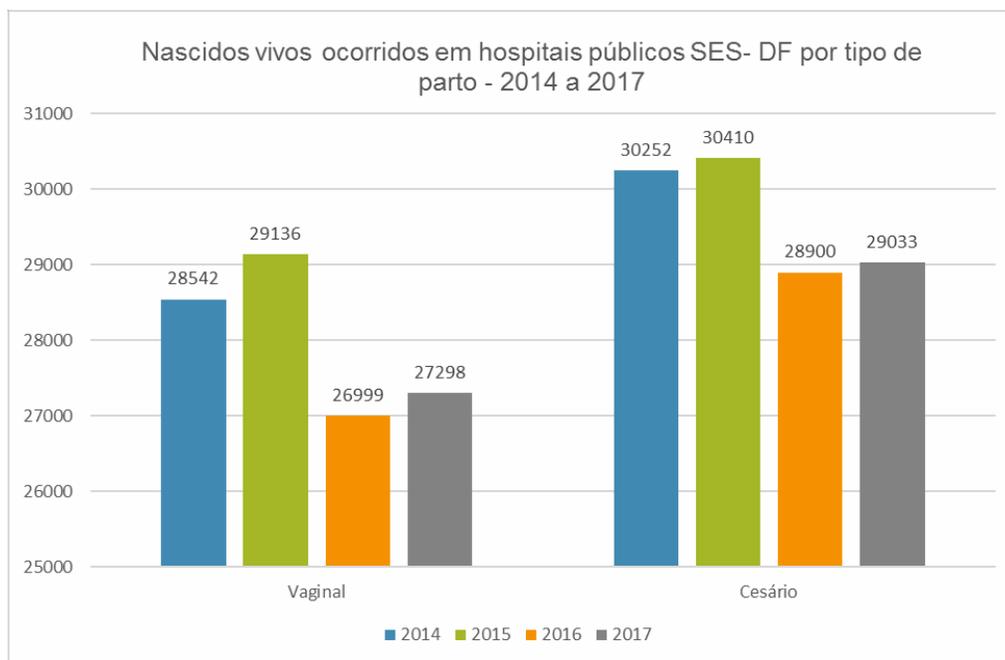
\*Atualmente o HMIB é considerado uma Unidade de Referência Distrital (URD) e passou a ser referência para todo o DF para os casos de alta complexidade relacionados à pediatria e à ginecologia/obstetrícia.

Nas unidades públicas do DF, conforme demonstrado na Tabela 1, foram realizados no ano de 2017, 40.864 partos sendo que deste, 6.683 e 6.521 foram realizados no Hospital

Regional do Gama e de Ceilândia, respectivamente.

Abaixo, os dados sobre o número absoluto de partos e tipo de parto de 2014 a 2017 ocorridos no DF.

**Figura 7** - Número absoluto de nascidos vivos em hospitais públicos e casa de parto do Distrito Federal de 2014 a 2017.



Fonte: SINASC

O número de partos realizados em cada uma das unidades de assistência obstétrica públicas do DF (hospitais da rede SES-DF e Casa de Parto de São Sebastião-CPSS), considerando o local de residência da gestante – Distrito Federal e Entorno, analisado em conjunto com a avaliação da capacidade instalada de cada hospital, aliada ao planejamento para expansão de leitos, possibilitou a definição da vinculação das gestantes pela Portaria 47 da SES-DF de 13 de março de 2014.

Atualmente, após análise do período de implantação dessa Portaria de vinculação, de 2014 a 2017, e considerando os novos dados de partos de ocorrência e residência nesse período, observou-se a necessidade de readequação de algumas vinculações propostas, a fim de se minimizar problemas de superlotação em algumas unidades de saúde de atenção obstétrica.

O trabalho de análise e interpretação dos dados referentes aos partos de 2014 a 2018,

incluiu também a avaliação da capacidade instalada de cada serviço de Obstetrícia da rede SESDF e foi realizado de abril a novembro de 2018. A nova portaria de vinculação da gestante, Nº 1321, publicada em 18 de dezembro de 2018, tem como principais objetivos: resolver o problema da superlotação de alguns hospitais; reformular outras vinculações para adequação à nova distribuição das superintendências regionais de saúde; estabelecer um fluxo para a alta segura e vinculada dos recém-nascidos, puérperas e mulheres pós-abortamento, além de criar um fluxo para os casos de malformações congênitas e de definir critérios de monitoramento da vinculação das gestantes no DF.

**Tabela 11** – Distribuição de leitos obstétricos da Rede SES/DF, no ano de 2020

UNIDADE	LEITOS				
	INTERNAÇÃO OBSTÉTRICA	ALTO RISCO	UTIN	UCINCo	UCINCa
<b>IHBDF</b> - INSTITUTO HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL	0	0	0	0	0
<b>HRAN</b> - HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE	29	0	0	12	03
<b>HRGu</b> - HOSPITAL REGIONAL DO GUARÁ	0	0	0	0	0
<b>HRT</b> - HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA	50	04	08	10	05
<b>HRSAM</b> - HOSPITAL REGIONAL DE SAMAMBAIA	46	0	0	0	0
<b>HRC</b> – HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA	37	04	10	10	06
<b>HRBZ</b> - HOSPITAL REGIONAL DE BRAZLÂNDIA	21	0	0	0	0
<b>HRSM</b> - HOSPITAL REGIONAL DE	66	10	20	10	05

SANTA MARIA					
<b>HRG</b> - HOSPITAL REGIONAL DO GAMA	62	0	0	0	0
<b>HRL</b> - HOSPITAL DA REGIÃO LESTE	34	0	0	12	03
<b>HRPL</b> - HOSPITAL REGIONAL DE PLANALTINA	45	0	0	12	03
<b>HRS</b> - HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO	48	04	10	12	03
<b>HSVP</b> - HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO	0	0	0	0	0
<b>HAB</b> - HOSPITAL DE APOIO DE BRASÍLIA	0	0	0	0	0
<b>HMIB</b> - HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA	89	30	30	15	15
<b>HCB</b> - HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA	0	0	0	0	0
CENTRO DE PARTO NORMAL DE SÃO SEBASTIÃO	3	0	0	0	0

## 4.2 Plano de ação: parto e nascimento - Obstetrícia

**Quadro 3** - Plano de ação Componente Parto e Nascimento: Situações relacionadas à assistência ao parto

<b>Problemas priorizados (Nós críticos)</b>	<b>Ações Propostas</b>	<b>Prazo</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>1. Baixa qualificação nos processos assistenciais</b>	1. Apoiar a Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia da SESDF na continuidade da elaboração dos Protocolos Assistenciais.	06/2021 a 12/2021	ARAS/ COASIS CATES/SRS
	2. Colaborar com a área técnica da Ginecologia e Obstetrícia da SESDF na divulgação e implementação dos Protocolos Assistenciais já publicados.	06/2021 a 12/2021	ARAS/ CATES/SRS
	3. Fomentar e participar da capacitação em Emergências Obstétricas, para os profissionais que atuam na assistência materno-fetal da atenção hospitalar, de todas as regiões de saúde;	06/2021 a 12/2022	ARAS/COASIS CATES/SRS
	4. Fomentar as discussões conjuntas, dos casos investigados de óbitos maternos e fetais, entre a Câmara Técnica de Ginecologia e Obstetrícia da SESDF e os Comitês Central e Regionais de Prevenção e Controle dos Óbitos Materno, Fetal	06/2021 a 12/2023	ARAS/COASIS CATES/SRS
	5. Implementar o acolhimento e classificação de risco obstétrico nos prontos socorros de Ginecologia e Obstetrícia da rede;	06/2021 a 12/2023	COAPS/ARAS/DIENF CATES/SRS

(continuação)

**Quadro 3 - Plano de ação Componente Parto e Nascimento: Situações relacionadas à assistência ao parto**

(continuação)

<b>Problemas priorizados (Nós críticos)</b>	<b>Ações Propostas</b>	<b>Prazo</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>2. Baixa vinculação da gestante e do RN</b>	1. Divulgar e implementar nas maternidades, o fluxo e critérios de alta segura e vinculada do recém-nascido e da puérpera;	06/2021 a 12/2023	COAPS/ARAS/ COASIS CATES/SRS/
	2. Aprimorar e ampliar o número de ambulatórios de seguimento de puérperas de alto risco.	06/2021 a 12/2023	ARAS/ COASISCATES/ SRS
	3. Reforçar com a equipe da APS a necessidade de informar à gestante desde a 1ª consulta do pré-natal sobre sua vinculação ao hospital de referência;	06/2021 a 12/2023	COAPS/ARAS/ COASIS/ CATES/SRS/ DIRAPS DH
	4. Garantir a toda gestante e seu acompanhante, durante o acompanhamento pré-natal, pelo menos 01 (uma) visita de vinculação obstétrica à maternidade de referência.	06/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/ COASIS/ CATES/SRS/ DIRAPS DH

(continuação)

**Quadro 3 - Plano de ação Componente Parto e Nascimento: Situações relacionadas à assistência ao parto**

(continuação)

<b>Problemas priorizados (Nós críticos)</b>	<b>Ações Propostas</b>	<b>Prazo</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>3. Fragilidade na humanização da assistência ao parto e nascimento</b>	1. Fomentar a realização anual do “Fórum de Boas Práticas de Atenção ao Parto e nascimento do DF”;	06/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/DIENF CATES/SRS/DIRAPS
	2. Matriciar periodicamente as equipes de assistência materna e neonatal na aplicação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento em todas as maternidades e CPN do DF;	06/2021 a 12/2021	COAPS/ARAS/DIENF CATES/SRS/DIRAPS
	3. Promover espaços dentro dos grupos condutores regionais da rede cegonha em conjunto com o GCC/RC para discussão com os profissionais da assistência materna e neonatal sobre as dificuldades para prestação de assistência dentro das políticas;	06/2021 a 12/2021	COAPS/ARAS/ DIENF CATES/SRS/ DIRAPS

**Quadro 3 - Plano de ação Componente Parto e Nascimento: Situações relacionadas à assistência ao parto**

(continuação)

<b>Problemas priorizados (Nós críticos)</b>	<b>Ações Propostas</b>	<b>Prazo</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>3. Fragilidade na humanização da assistência ao parto e nascimento</b>	4. Incluir a enfermagem obstétrica na atenção ao parto em todas as maternidades da rede;	06/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/DIENF CATES/SRS/DIRAPS
	5. Fomentar as adequações de ambiência necessárias em cada maternidade da rede para fortalecer o processo de humanização do parto;	06/2022 a 12/2023	COAPS/ARAS/DIENF CATES/SRS/DIRAPS
	6. Apoiar a manutenção e habilitação de novos serviços na Iniciativa Hospital Amigo da Criança em todos os serviços de maternidade da SESDF.	06/2022 a 12/2023	COAPS/ARAS/DIENF CATES/SRS/DIRAPS SUPLANS
<b>4. Sobrecarga de serviço em algumas maternidades</b>	1. Fomentar medidas para a adequação dos recursos humanos nos serviços de Obstetrícia e Neonatologia da rede SES, especialmente com a inclusão da enfermagem obstétrica na atenção ao parto e ao nascimento de risco habitual;	06/2022 a 12/2023	COAPS/ARAS/DIENF CATES/SRS/DIRAPS SUGEP
	2. Ofertar treinamentos em Reanimação Neonatal, transporte do recém-nascido e AIDPI Neo para os enfermeiros, pediatras de todos os níveis de atenção, incluindo as equipes da UBS prisional.	06/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/DIENF CATES/SRS/DIRAPS NASF

(continua)

**Quadro 3 - Plano de ação Componente Parto e Nascimento: Situações relacionadas à assistência ao parto**

(continuação)

<b>Problemas priorizados (Nós críticos)</b>	<b>Ações Propostas</b>	<b>Prazo</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>4. Sobrecarga de serviço em algumas maternidades</b>	3. Fomentar a elaboração de fluxos emergenciais intra e inter regiões de saúde para situações de interrupção temporária de algum dos serviços de assistência obstétrica e neonatal da rede SESDF;	01/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/ DIENF CATES/SRS
	4. Implantar a Ala de segurança no Hospital Regional do Gama - HRG, conforme previsto na portaria Portaria Conjunta nº 03, de 03 de abril de 2014, com implantação de 06 leitos em enfermaria adaptada pela SESIPE/SSP com equipe de segurança nas 24h.	01/2021 a 12/2023	GCCRC/ARAS DAEAP/COAPS/ SAIS SINFRA
<b>5. Registros precários nos instrumentos de acompanhamento do trabalho de parto, do parto e do cartão da gestante</b>	1. Fomentar o preenchimento do cartão da gestante, do partograma e dos formulários e evoluções do prontuário eletrônico referentes ao trabalho de parto e parto.	01/2021 a 12/2023	COAPS/ARAS/ DIENF CATES/CTINF/SR S DIRAPS
<b>6. Fragilidade dos grupos condutores regionais da RC</b>	1. Fomentar a reformulação dos grupos condutores regionais da Rede Cegonha e republicação dos mesmos e a partir destes a criação de colegiados locais envolvidos com as práticas diárias de cada serviço de Obstetrícia e Neonatologia.	01/2021 a 12/2023	COAPS/ARAS/ DIENF CATES/SRS/DIRA PS

### **4.3 Vinculação da gestante desde o pré-natal, à sua maternidade de referência para o parto**

O Distrito Federal, em sua rede de atenção à saúde, conta com 11 hospitais regionais e 1 hospital federal (Hospital Universitário de Brasília) que prestam assistência ao parto.

A vinculação das gestantes aos hospitais para a realização do parto foi normatizada pela Portaria Nº 1.321, de 31 de dezembro de 2018, da SES-DF.

A Portaria nº 1.321 define o mapa de Vinculação do Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha no DF, os critérios de admissão hospitalar, encaminhamento e remoção das mulheres gestantes no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Reformula alguns locais de vinculação de acordo com as regiões administrativas e as novas regiões de saúde do DF e também altera alguns pontos de vinculação de pacientes da RIDE. Além disso, pretende instituir a alta segura e vinculada do recém-nascido, da puérpera e da mulher pós-abortamento e também organizar o fluxo das cardiopatias congênitas críticas e outras malformações.

Na primeira consulta do pré-natal a gestante já deve ser informada de sua vinculação ao hospital de referência. A vinculação da gestante ao seu hospital deve ser, obrigatoriamente, anotada na abertura de seu cartão de pré-natal e reforçada em todos os atendimentos no pré-natal e em cada palestra educativa deste período de assistência. Deverá ainda ser garantida pelo menos 01 (uma) visita de vinculação obstétrica à maternidade de referência a toda gestante e seu acompanhante durante o acompanhamento pré-natal.

Segue abaixo o plano de ação relacionado à vinculação da gestante à maternidade onde será realizado parto.

**Quadro 4 - Plano de ação relacionado à vinculação da gestante à maternidade onde será realizado o seu parto, desde o início do pré-natal.**

<b>Problemas priorizados (Nós críticos)</b>	<b>Ações Propostas</b>	<b>Prazo</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>1. Fragilidade na vinculação das gestantes ao local do parto.</b>	1. Divulgar continuamente aos profissionais da SES, envolvidos no cuidado às gestantes, o conteúdo da portaria de vinculação atualizada do componenteparto e nascimento na rede SESDF;	06/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/ DIENF CATES/SRS/ DIRAPS
	2. Divulgar a portaria de vinculação 1.321 atualizada para outras instituições como Corpo de Bombeiros e hospitais privados do DF;	06/2021 a 12/2023	COAPS/ARAS/ DIENF CATES/SRS/ DIRAPS
	3. Monitorar o cumprimento da portaria de vinculação da gestante ao local do parto através de indicadores previamente estabelecidos.	06/2021 a 12/2023	COAPS/ARAS/ DIENF CATES/SRS/ DIRAPS

#### **4.4 Plano de ação Parto e Nascimento – Neonatologia**

Mesmo com todas as melhorias e compromissos políticos, sociais e econômicos demandados, a mortalidade infantil mundial dos menores de 5 anos foi reduzida em 53% entre os anos de 1990 e 2015, e não os dois terços preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O componente neonatal desta taxa (0 a 28 dias de vida), ainda que tenha apresentado 47% de redução, continua sendo o principal responsável pela mortalidade nesta faixa etária, chegando a representar 45% dos óbitos em 2015, 5% a mais do que em 1990 (WHO,2015).

Portanto é no período neonatal que se concentra hoje boa parte dos óbitos na infância com taxas de mortalidade que são o dobro das taxas de países desenvolvidos.

Acredita-se que a mortalidade neonatal brasileira seja responsável por cerca de 70% das mortes no primeiro ano de vida, tornando-a um desafio para reduzir consideravelmente a mortalidade infantil no país (BRASIL, 2011). E como principais causas de óbito neste período, no Brasil, encontramos a prematuridade, malformações, as infecções, as asfixias e as relacionadas fatores maternos (LANSKY et al, 2014), sendo que o baixo peso ao nascer (<2.500g) é o fator de risco isolado mais importante para a mortalidade infantil. Uma das estratégias para a redução da mortalidade neonatal adotada pelo governo brasileiro como política pública, incorporada às ações do Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, e que integra a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) do Ministério da Saúde, é o Método Canguru de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, sendo definido como Modelo de Assistência Perinatal.

Os recém-nascidos de alto risco (RNR) destacam-se como detentores das maiores taxas de morbimortalidade e dos maiores riscos de desenvolvimento de sequelas incapacitantes durante a vida (FARIA et al, 2014), tais como as sequelas neurosensoriais com comprometimento da visão (cegueira) e audição (surdez), neuromotoras (Paralisias Cerebrais), pulmonares (Displasia Bronco Pulmonar), nutricionais (déficits de crescimento), intelectuais ou distúrbios do comportamento. Na maioria das vezes, são reforçados pelo contexto social, que envolve desde fatores políticos, socioeconômicos, ambientais e culturais quanto familiares, cujo efeito é somatório.

A responsabilidade dos serviços de saúde é ofertar assistência oportuna, resolutiva, segura, humanizada ao paciente no seu tratamento, agregando valor e dignidade, que não necessariamente requer maiores níveis de complexidade ou densidade tecnológica na assistência, mas deve ser, prioritariamente, direcionada à integralidade da assistência com foco na necessidade real de suporte ao paciente crítico.

Neste patamar, o entendimento do perfil de suporte deve compreender que há uma linha de assistência ao paciente neonatal, em que a assistência pode variar desde a necessidade de acesso a um leito de terapia intensiva de alta complexidade, de acesso a um leito de cuidado intermediário, como também a possibilidade de acesso a um leito de internação domiciliar de alta complexidade como forma de continuidade de seus

cuidados. A integralidade, portanto, não depende única e exclusivamente da oferta de leitos convencionais de UTI, mas de um racional de saúde que possa perceber o paciente dentro de suas necessidades.

Nesta medida, a Portaria GM/MS Nº 1631/2015, ao apresentar os parâmetros de infraestrutura para assistência da Rede de Atenção Materno- Infantil (Capítulo 1, Seção I: Atenção à gravidez, parto e puerpério – Rede de Atenção Materno-Infantil), utiliza como referência para o cálculo do quantitativo de leitos de UTI Neonatal (UTIN) a Portaria GM/MS No 930/2012 e ser estimado pelo disposto no Art. 7º, da referida Portaria, transcrito *in verbis*:

(...) Art. 7º O número de leitos de Unidades Neonatal atenderá ao seguinte parâmetro de necessidade populacional: para cada 1000 (mil) nascidos vivos poderão ser contratados 2(dois) leitos de UTIN.

Como registrado no SINASC, o total de ocorrências de nascidos vivos em 2017 no Distrito Federal (DF) foi de 56.000, porém, nasceram na rede SUS 40.100 e é sobre esse quantitativo que o cálculo da necessidade de leitos de UTIN SUS deve ser realizado. Neste diapasão, para o quantitativo de 40.100 nascidos vivos no SUS do DF, seriam necessários 80 leitos de UTIN.

O diagnóstico conduzido pela Rede Cegonha, em conjunto com a Neonatologia, identificou os seguintes desafios:

1. Promoção de uma atenção humanizada e qualificada ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido;
2. Implantação do acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade para crianças até 2 anos de idade;
3. Redução da incidência da sífilis congênita;
4. Redução da proporção de óbitos maternos, fetais, neonatais e infantis;
5. Ampliação da vinculação do recém-nascido à equipe da ESF e manutenção concomitante dos recém-nascidos prematuros aos ambulatórios especializados.
6. Realização das triagens universais em todos os recém-nascidos (teste do pezinho, olhinho, do coraçãozinho e da orelhinha).
7. Elaboração do protocolo do componente transporte sanitário para

- gestantes, puérperas e bebês;
8. Implantação da regulação efetiva dos leitos obstétricos e ampliação da regulação dos leitos neonatais.
  9. Monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança a partir do acompanhamento na APS desde o nascimento;
  10. Apoio, promoção e proteção ao aleitamento materno;
  11. Promoção da oferta de leite humano pasteurizado a todos os recém-nascidos;
  12. Ampliação das discussões sobre as boas práticas obstétricas e neonatais com a inclusão das tecnologias leves durante o trabalho de parto.

As ações planejadas para melhoria do acesso aos serviços especializados na neonatologia e na integralidade do cuidado são:

1. Fomentar o cuidado progressivo ao recém-nascido com o uso racional dos leitos de UTIN; UCINCo, UCINCa;
2. Monitorar o desbloqueio de leitos de UTI Neonatal;
3. Elaborar, pactuar e monitorar com a Central de Regulação de Leitos da SESDF, o fluxo para o acesso de prematuros extremos e/ou com patologias cirúrgicas para que tenham acesso à UTI neonatal no momento do nascimento;
4. Aprimorar e ampliar os ambulatórios de neonatologia para o seguimento de prematuros;
5. Elaborar e implantar o fluxo de atendimento das cardiopatias congênitas;
6. Elaborar e implantar o fluxo de atendimento a recém-nascidos que necessitem de terapia renal substitutiva.

É importante salientar ainda que, a médio prazo, há possibilidade de abertura do seguinte quantitativo de leitos:

- a) 02 leitos na UTIN do HRSM, que já se encontram operacionais, mas ainda não estão sinalizados no Portal da Transparência pois estão em fase de adequação para cadastramento junto à Central de Regulação de Leitos (CERIH/DIRAAH/CRDF);
- b) 02 leitos na UTIN do HRT, totalizando 10 leitos na unidade, que também já se

encontram operacionais, mas não estão sinalizados no Portal da Transparência pois estão em fase de adequação para cadastramento junto à CERIH/DIRAAH;

- c) 02 leitos na UTIN do HRC, totalizando 10 leitos na unidade: necessitam de adequações de espaço físico, recursos humanos e equipamentos, desta maneira só serão viáveis para o ano de 2019;
- d) 04 leitos na UTIN do HCB, que estão previstos para abertura até dezembro de 2018;
- e) 05 leitos na UTIN do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) que podem ser desbloqueados e adicionalmente, 05 leitos novos que podem ser abertos, totalizando 30 leitos neste serviço. Entretanto, para tal, serão necessários equipamentos e recursos humanos, portanto, estes leitos só poderiam ser abertos e desbloqueados ao longo do ano de 2019.

#### 4.4 Plano de ação: parto e nascimento - Neonatologia

**Quadro 5** - Plano de Ação Componente Parto e Nascimento: Situações relacionadas à assistência neonatal.

<b>Problemas priorizados (Nós críticos)</b>	<b>Ações Propostas</b>	<b>Prazo</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>1. Baixa qualificação nos processos assistenciais</b>	1 Ampliar a vinculação do recém-nascido à equipe da ESF e quando prematuro manutenção do cuidado nos ambulatórios especializados em neonatologia;	06/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/DIENF CATES/SRS/DIRAPS
	2 Apoiar a realização das triagens neonatais universais em todos os recém-nascidos (testes do pezinho, olhinho, coraçãozinho, linguinha e orelhinha);	06/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/DIENF CATES/SRS/DIRAPS CATES/SAIS/SRS
	3 Elaborar, pactuar e monitorar junto ao CRDF o fluxo para o acesso de prematuros extremos e com patologias cirúrgicas complexas, à UTI neonatal no momento do nascimento;	06/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/DIENF CATES/SRS/DIRAPS CATES/SAIS/SRS/ CRDF
	4 Aprimorar e ampliar os ambulatórios de seguimento de prematuros;	06/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/DIENF CATES/SRS/DIRAPS CATES/SAIS/SRS

(continua)

**Quadro 5** - Plano de Ação Componente Parto e Nascimento: Situações relacionadas à assistência neonatal.

(continuação)

<b>Problemas prioritizados (Nós críticos)</b>	<b>Ações Propostas</b>	<b>Prazo</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>1. Baixa qualificação nos processos assistenciais</b>	5 Elaborar e implantar o fluxo de atendimento de cardiopatias congênitas críticas no DF;	06/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/DIENF CATES/SRS/DIRAPS CATES/SAIS/SRS
	6 Elaborar o fluxo, implantar e organizar o atendimento a recém-nascido que necessitem de terapia renal substitutiva;	06/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/DIENF CATES/SRS/DIRAPS CATES/SAIS/SRS
	7 Monitorar a adesão das equipes aos processos estabelecidos;	06/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/DIENF CATES/SRS/DIRAPS CATES/SAIS/SRS
	8 Habilitar novos leitos UCINca no âmbito do DF.	06/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/ CATES/SRS/ CATES/ SAIS/SRS
<b>2. Fragilidade no processo do contato pele a pele.</b>	1. Implementar o contato pele a pele no parto normal e cesariana.	06/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/DIENF CATES/SRS/DIRAPS CATES/SAIS/SRS
<b>3. Ausência de leitos de assistência neurológica complexa na UTIN</b>	1. Avaliar a possibilidade de criação de leitos de assistência neurológica complexa, com equipamentos específicos na UTIN no HMIB.	06/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/DIENF CATES/SAIS/SRS/ CRDF/

## **5. Centros de Parto Normal**

Em 1999, por meio da Portaria GM/MS nº 985/1999, o Ministério da Saúde formalizou a implantação dos Centros de Parto Normal (CPN) no Brasil. Posteriormente, em 2015, a normativa foi reformulada de acordo com as diretrizes e princípios da Rede Cegonha e republicada em 2017 por meio da Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017. Por meio desta normativa, o CPN é definido como unidade de saúde destinada à assistência ao parto de baixo risco pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizada em suas dependências internas ou imediações. O modelo de atendimento proposto pelos Centros de Parto Normal enfatiza o respeito aos direitos das mulheres, à fisiologia do corpo da mulher e é pautado em Boas Práticas Obstétricas e Neonatais. No CPN, a condução da assistência ao parto de baixo risco, puerpério fisiológico e cuidados com o recém-nascido sadio, da admissão à alta é realizado por obstetrix ou enfermeira obstetra.

Em alguns hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) a assistência ao parto e nascimento é prestada também por enfermeiros obstetras e residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Enfermagem Obstétrica.

No Distrito Federal a Casa de Parto de São Sebastião funciona conforme modelo previsto para o Centro de Parto Normal desde o ano de 2009, tendo sido habilitada como Centro de Parto Normal Peri-hospitalar, pelo Ministério da Saúde, no ano de 2015, atingindo o objetivo proposto no primeiro Plano de Ação da Rede Cegonha do Distrito Federal.

### **5.1 Monitoramento da habilitação e da reforma dos Centros de Parto Normal**

Em relação à Casa de Parto de São Sebastião, atualmente, se fazem necessárias ações de monitoramento para garantir a manutenção da habilitação e o recurso correspondente. A adequação da estrutura física da Casa de Parto também necessita ser realizada. Já foram realizados os projetos complementares, aguardando apenas a licitação.

Visando o aumento do número de leitos PPPs (pré-parto, parto e puerpério) na rede SESDF, bem como o aumento do percentual de partos normais por meio da inserção das enfermeiras obstetras atuando diretamente na assistência ao parto normal de risco

habitual, iniciou-se a elaboração de 03 projetos para implantação/construção de 03 novos CPNs no DF, nos seguintes serviços: Hospital Regional da Ceilândia, Hospital Regional do Gama e Hospital Materno Infantil.

A organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) prevê a assistência por profissional de enfermagem, preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal, no período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe, ou à Unidade Neonatal (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional ou da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru), ou ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto, parto e puerpério (PPP). Nesse último caso, deve ser mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo PPP. A atuação do enfermeiro obstetra em Centros de Parto Normal (CPN) prevê ainda a realização de cuidados ao RN da admissão à alta, com garantia do fornecimento do relatório de alta e orientações pós-alta, de forma a promover a continuidade do cuidado pela equipe da Atenção Primária em Saúde.

**Quadro 6** - Plano de Ação Centro de Parto Normal.

<b>Problemas prioritizados (Nós críticos)</b>	<b>Ações Propostas</b>	<b>Prazo</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>1. Dificuldade na execução das obras do Centro de Parto Normal</b>	1 Acompanhar e monitorar os projetos, a licitação e a obra dos 3 CPNS PREVISTOS: Hospital Materno Infantil (HMIB), Hospital Regional de Ceilândia (HRC) e no Hospital Regional do Gama (HRG).	06/2021 a 12/2021	SES/GCCRC/ ARAS DIENF/COASIS/ SAIS/ SINFRA
<b>2. Implantação dos 7 CPN nas sete regiões de saúde do DF</b>	1 Elaborar plano para implantação dos 7 CPN nas sete regiões de saúde do DF, conforme aprovação pela Câmara Legislativa do Distrito Federal (CLDF).	01/2022 a 03/2023	SES/GCCRC/ ARAS DIENF/COASIS/ SAIS/ SINFRA

## **6. Região Integrada para o Desenvolvimento do Entorno e do Distrito Federal**

Em 2018, a Região Integrada para o Desenvolvimento do Entorno e Distrito Federal (RIDE) completa 20 anos de atuação. No decorrer desses anos, várias discussões em torno do assunto surgiram de forma a se buscar um conjunto de ações e medidas que impactassem de maneira pró ativa nos principais indicadores de saúde, tentando reverter situações difíceis diagnosticadas. Mais recentemente o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede Atenção à Saúde – QualiSUS-Rede - traz uma proposta de intervenção para apoio à organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no Brasil. Trata-se de um projeto de cooperação entre o Banco Mundial e o Ministério da Saúde que visa somar-se aos esforços permanentes de consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS. Os recursos disponibilizados no Qualisus Rede, embora insuficientes, são bastante relevantes para apoiar a macro-organização na área da saúde desta região, ainda bastante dependente da rede de saúde do Distrito Federal.

Os municípios do entorno do DF, que hoje somam mais de 1.300.000 habitantes (IBGE 2017), passaram por um processo diferenciado de desenvolvimento, muitas vezes influenciados por fatores históricos, econômicos, sociais, culturais e políticos. Os serviços públicos prestados pelo conjunto desses municípios são precários ou mesmo insuficientes para suas populações, perpetuando um ciclo de dependência com o DF que se expressam em diversas áreas setoriais. Esta relação fica ainda mais evidente na área da saúde. Há áreas de vazios assistenciais em diversos componentes da rede - da atenção primária à especializada.

No que se refere à atenção obstétrica, 28% dos partos, nas unidades hospitalares públicas do Distrito Federal, foram de mulheres residentes em municípios de Goiás e Minas Gerais, que compõe o Entorno do DF. Dessa forma, se faz necessário um planejamento em prol da melhoria dos serviços prestados à população materno infantil da RIDE em consonância com o que é ofertado pela rede SESDF.

Abaixo segue o plano de ação do Grupo Condutor Central da Rede Cegonha da SESDF objetivando uma atenção ao parto mais qualificada para a RIDE.

**Quadro 7** - Plano de ação relacionado à assistência materno-infantil para a Região Integrada para o Desenvolvimento do Entorno e Distrito Federal.

<b>Problemas priorizados (Nós críticos)</b>	<b>Ações Propostas</b>	<b>Prazo</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>1. Dificuldade de Vinculação da gestante e alta segura com a RIDE</b>	1. Discutir com a Secretaria Municipal da RIDE MELHORIAS na vinculação da gestante e da alta segura.	06/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/DIENF CATES/SRS/DIRAPS
<b>2. Baixa qualidade do pré-natal das pacientes residentes nos municípios da RIDE, admitidas nas maternidades do DF para o parto.</b>	1. Articular com a área técnica da saúde da mulher e da criança da Secretaria de Estado de Saúde da RIDE a participação de profissionais nas capacitações realizadas para a APS no Distrito Federal;	06/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/ DIENF CATES/SRS/ DIRAPS
	2. Apoiar o enfrentamento à sífilis no período pré- natal, parto e nascimento nos municípios da RIDE.	06/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/DIENF CATES/SRS/DIRAPS
<b>3. Insuficiência de ambulatórios para atendimento ao pré-natal de alto risco para as pacientes dos municípios da RIDE.</b>	1. Apoiar a implantação e o fortalecimento dos ambulatórios para assistência ao pré-natal de alto risco nos municípios da RIDE.	12/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/DIENF CATES/SRS/DIRAPS

<p><b>4. Falta de articulação entre os comitês de investigação e prevenção do óbito materno, fetal e infantil dos estados de Minas Gerais, Goiás e Distrito Federal.</b></p>	<p>1. Promover encontros quadrimestrais entre os comitês de investigação e prevenção de óbito materno, fetal e infantil dos estados de Minas Gerais, Goiás e Distrito Federal, na tentativa de reduzir os óbitos maternos, fetais e infantis de ocorrência nesses estados.</p>	<p>06/2021 a 12/2022</p>	<p>COAPS/ARAS/DIENF CATES/SRS/DIRAPS/COMITÊS DE PREVENÇÃO E INVESTIGAÇÃO DOS ÓBITOS MATERNOS, INFANTIS E FETAIS REGIONAIS E CENTRAL.</p>
--	--	----------------------------------	--

## **7. Sistema Logístico: transporte sanitário e regulação**

### **7.1 Sistema de Transporte Sanitário**

O transporte sanitário no âmbito da Rede Cegonha é aquele destinado ao deslocamento programado de pessoas para realizar procedimentos de caráter eletivo, regulados e agendados, sem urgência, em situações previsíveis de atenção programada, no próprio município de residência ou em outro município nas regiões de saúde de referência, conforme pactuação. Ele deve acontecer, preferencialmente, por veículo destinado ao transporte por condição de caráter temporário ou permanente, em decúbito horizontal, de pacientes que não apresentem risco de vida, para remoção simples e de caráter eletivo.

O transporte de caráter urgente e emergencial, dentro do Distrito Federal e Entorno, considerado de maior complexidade deve ser previamente pactuado, com fluxo e mecanismos de transferência claros, mediados pela Central de Regulação, é, atualmente, responsabilidade do SAMU-DF.

O transporte inter-hospitalar se refere à transferência de pacientes gestante, puérpera e recém-nato entre unidades não hospitalares ou hospitalares de atendimento às urgências e emergências, unidades de diagnóstico, terapêutica ou outras unidades de saúde que funcionem como bases de estabilização para pacientes graves, como também centros de referência de maior complexidade para unidades de menor complexidade, seja para elucidação diagnóstica, internação clínica, cirúrgica ou em unidade de terapia intensiva, seja em seus municípios de residência ou não, para conclusão do tratamento, sempre que a condição clínica do paciente e a estrutura da unidade de menor complexidade assim o permitirem.

Neste diapasão, as ações planejadas pelo Grupo Condutor Central da Rede Cegonha envolveram pactuações com o Complexo Regulador de Saúde do Distrito Federal – CRDF, a Referência técnica Distrital de Neonatologia/GESTI/DSINT/CATES/SAIS, e a Referência técnica Distrital de Ginecologia-Obstetrícia/DUAEC/CATES/SAIS cujas negociações entregaram os seguintes produtos:

1. Projeto Básico para contratação de motoristas/condutores que integrarão as

- equipes das ambulâncias Tipo A que tem a incumbência do transporte sanitário eletivo, SEI 00060- 00228403/2017-54, supervisionado pela Central de Regulação de Transporte Sanitário/DIRAAH/CRDF a nível Central e operacionalizado pelo Núcleo de Apoio à Remoção de Pacientes -NARP/GIR de cada unidade hospitalar;
2. Elaboração do Projeto Transporte do Paciente Neonatal de Baixo Risco pela equipe da Coordenação de Neonatologia/GESTI/DSINT/CATES/SAIS, SEI 00060-00357098/2018-98;
  3. Transporte de puérperas, quando da superlotação dos CO e ALCON, para Regiões de Saúde que disponibilizaram vagas.

### **7.1 Sistema de Regulação do Acesso à Assistência**

A regulação do acesso à assistência, também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, para os sujeitos e seus respectivos gestores públicos. É estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais, e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 2º, III).

A regulação assistencial no âmbito da Rede Cegonha está voltada para a garantia de acesso aos diversos serviços de saúde focados na atenção à gestante e ao recém-nascido.

Nesse contexto, estão a implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames).

Atualmente estão sob regulação, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, os leitos de terapia intensiva adulto e neonatal, e em fase de planejamento para início da regulação estão os leitos de cuidados intermediários neonatais. No contexto da regulação de internações o transporte do paciente é garantido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, que deve ser acionado pela Unidade de Saúde.

O cronograma de implantação das ações de regulação para o atendimento integral à gestante e ao recém-nascido prevê que todas as ações necessárias estejam reguladas ainda no ano de 2012,

com ações de aprimoramento e implementação nos anos subsequentes. Além dos leitos de terapia intensiva adulto e neonatal, já regulados, estão previstas a regulação dos leitos de cuidados intermediários neonatais, já em fase de planejamento, dos leitos obstétricos e das internações de urgência. Os procedimentos ambulatoriais (consultas e exames) serão absorvidos pela regulação ao longo do ano corrente à medida do planejamento conjunto e das pactuações entre a Diretoria de Regulação e as coordenações das especialidades.

Neste patamar, o planejamento das ações relacionadas à regulação da média e baixa complexidade no cuidado materno-infantil resultou em:

#### REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES CRÍTICOS

- a) A manutenção da regulação dos leitos de UTI MATERNA e UTI NEONATAL- UTIN, está sob a responsabilidade, monitoramento e avaliação da Central de Regulação da Internação Hospitalar - CERIH/CRDF
- b) A regulação das Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais - UCIN Convencional e Canguru está sob a responsabilidade da Gerência Interna de Regulação (GIR) e monitoramento da CERIH/CRDF

#### REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE MÉDIA COMPLEXIDADE, BAIXA COMPLEXIDADE E INTERNAÇÃO HOSPITALAR

- a) O CRDF juntamente com a Coordenação Especial de Tecnologia de Informação em Saúde-CTINF/SES desenvolveu sistema de informação, denominado SISLEITOS, para regular a internação de todas as especialidades. Atualmente, estão sendo implantados por blocos de especialidades, sendo previsto para o 1º semestre de 2020 a regulação dos serviços de Ginecologia e Obstetrícia.

**Quadro 8 - Plano de Ação - Sistema de Transporte Sanitário.**

<b>Problemas priorizados (Nós críticos)</b>	<b>Ações Propostas</b>	<b>Prazo</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>1. Núcleo de Apoio e Remoção de Pacientes - NARP pouco resolutivos por deficiência de ambulâncias e Recursos humanos</b>	1 Priorizar a lotações de profissionais de Enfermagem (técnicos de enfermagem e enfermeiros) nos NARPS.	06/2021 a 12/2022	DIENF/COASIS SAIS/ SUGEP
	2 Elaborar protocolos de transportinter-hospitalar, de priorização e de fluxos de transferência de pacientes.	12/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/DIENF CATES/SRS/DIRAPS CRDF
	3 Divulgar, após aprovação, na intranet e por outros meios de comunicação os protocolos elaborados.	12/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/DIENF CATES/SRS/DIRAPS
	4 Treinar as equipes envolvidas no processo do transporte sanitário, desde a solicitação até a entrega deste paciente ao serviço enviado.	12/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/DIENF CATES/SRS/DIRAPS
	5 Acompanhar o processo de Contratação de Motoristas/Condutores juntamente com Central de Regulação de Transporte Sanitário/DIRAAH/CRDF	12/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/DIENF CATES/SRS/DIRAPS

**Quadro 9 - Plano de Ação – Sistema de Regulação do acesso à assistência.**

<b>Problemas priorizados (Nós críticos)</b>	<b>Ações Propostas</b>	<b>Prazo</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>1. Baixa adesão à portaria que estabelece a priorização para o acesso aos leitos de UTIN</b>	1 Monitorar o o cumprimento da portaria nº 200 de agosto de 2015, que estabelece a priorização do acesso à UTI, os critérios de alta da UTI e os critérios dos cuidados progressivos ao RN;	12/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/ DIENF/ CATES/ SRS/DIRAPS/
	2 Elaborar e revisar os fluxos com destaque para os processos de trabalhos, focado na necessidade do RN, respeitando o estabelecido na portaria 200/2015;	12/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/ DIENF CATES/SRS/ DIRAPS
	3 Treinar, após divulgação dos novos fluxos, as equipes envolvidas no componente nascimento e parto e no cuidado integral ao RN com ênfase nas boas práticas estimulando o cuidado progressivo ao RN.	12/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/ DIENF CATES/SRS/ DIRAPS
	4 Matriciar as equipes para a implantação destes cuidados progressivos de forma segura, oportuna e resolutiva.	12/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/ DIENF CATES/SRS/ DIRAPS
	5 Monitorar a adesão das equipes aos processos estabelecidos.	12/2021 a 12/2022	COAPS/ARAS/ DIENF CATES/SRS/ DIRAPS

(continuação)

<b>2. Ausência de regulação dos leitos obstétricos na rede</b>	1. Apoiar o CRFD na implantação da regulação de leitos hospitalares da Ginecologia e Obstetrícia.	12/2021 a 04/2022	COAPS/ARAS/DIENF CATES/SRS/DIRAPS/ SRS
--	---	----------------------	--

## 8. Estratégia de Acompanhamento

O acompanhamento, monitoramento e avaliação da assistência prestada às gestantes e crianças até os dois anos de vida, ocorrerá a partir dos indicadores indicados na Portaria GM/MS 650/2011 e segundo os registros efetuados no e-SUS, SINASC, SIH-SAI/SUS, SESPLAN e demais sistemas de informação oficiais. Alguns indicadores pactuados já foram apresentados no início desse plano de ação, e servem como ferramenta para acompanhar se as ações propostas foram eficazes ou se necessitam ser aperfeiçoadas. Vale a pena citar que outros indicadores relacionados à essa temática podem ser propostos e estabelecidos durante a vigência desse plano de ação.

## 9. Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2017;
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. 1ª edição – 2017;
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.219, de 13 de junho de 2012. Aprova Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha do Distrito Federal e aloca recursos financeiros para sua implementação. Brasília. Ministério da Saúde, 2012;
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 5.534, de 28 de agosto de 2015. Institui o Estatuto do Parto Humanizado no Distrito Federal e dá outras providências. Brasília. Câmara Legislativa do Distrito Federal, 2015;
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde (SUS);
5. Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal. Portaria conjunta nº 74, de 14 de dezembro de 2014. Acrescenta ao Anexo II da Portaria Conjunta SGA/SES Nº 08, de 18 de julho de 2006, as especialidades de Enfermeiro Obstetra e Enfermeiro de Família e Comunidade, no cargo de Enfermeiro e a especialidade de Medicina Paliativa, no cargo de Médico;
6. CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_DiretrizPartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_DiretrizPartoNormal_CP.pdf). Acesso em: 14/12/2019.
7. SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos;
8. Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal. Sala de Situação. Disponível em: <http://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/nascidos-vivos-por-estabelecimento-de-saude-do-df/> . Acesso em: 22/01/2020.