



## COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Resolução nº 259/2024 - CIB Goiânia, 06 de novembro de 2024

Aprova a instituição da Rede Nascer em Goiás.

A Coordenação da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Goiás, no uso das atribuições regimentais que lhe foi conferida e considerando:

- 1 – A Constituição Federal de 1988, artigos 196 ao 200 que tratam do Sistema Único de Saúde – SUS;
- 2 – A Lei Federal nº 8.069, de 134 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências;
- 3 – A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
- 4 – A Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde/SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;
- 5 – O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;
- 6 – A Lei Nº 19.790, de 24 de julho de 2017 em que institui a Política Estadual de Prevenção à Violência Obstétrica no Estado de Goiás;
- 7 – A Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que determina a consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde;
- 8 – A Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde;
- 9 – A Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde;
- 10 – A Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, consolidação as normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde;
- 11 – A Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;
- 12 – A Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, consolidação as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;
- 13 – A Lei Estadual nº 20.072, de 09 de maio de 2018, que dispõe sobre a presença de doula durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, e estabelece outras providências;
- 14 – A Lei Estadual nº 21.676, de 9 de dezembro de 2022, que institui a Política Estadual pela Primeira Infância e dá outras providências;
- 15 – A Lei Estadual nº 22.304, de 3 de outubro de 2023 que institui a Política Estadual de Atenção à Saúde Materno Infantil;
- 16 – A Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023, que altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- 17 – A Lei Federal nº 1.604, de 18 de outubro de 2023 que institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde;
- 18 – A Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024, que institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017;
- 19 – A Portaria GM/MS nº 5.349, de 12 de setembro de 2024 que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento da Rede Alyne;
- 20 – A Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024 que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne;
- 21 – A necessidade de reestruturação da Rede Materno Infantil do Estado de Goiás;
- 22 – As discussões na reunião do Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde, da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, que aconteceu no dia 21 de outubro de 2024.

## RESOLVE:

Art. 1º Aprovar em Reunião Ordinária, do dia 23 de outubro de 2024, de forma online, a instituição da Rede Nascer em Goiás.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigência nesta data, revogando-se as disposições em contrário.

## REPRESENTAÇÃO ESTADUAL

RASÍVEL DOS REIS SANTOS JÚNIOR  
Secretário de Estado da Saúde

## REPRESENTAÇÃO MUNICIPAL

SIMONE ELIAS DA FONSECA  
Vice Presidente do COSEMS

**ANEXO**  
**REDE NASCER EM GOIÁS**

**Art. 1º** Estabelece diretrizes de implementação da Rede Nascer em Goiás:

**§1º** A Rede Nascer em Goiás constitui-se como uma política de Estado com caráter intersetorial, visando garantir a saúde e o bem-estar de gestantes, mães e crianças até os 2 anos de idade, focada na redução da morbimortalidade materno-infantil, no protagonismo da gestante, na garantia de ampla participação social e respeito às individualidades;

**§2º** Os componentes da Rede Nascer em Goiás terão abrangência Estadual e serão incrementados considerando priorização e ordem de implementação nas Macrorregiões de Saúde, respeitando-se o Plano de Diretor de Regionalização (PDR), critérios epidemiológicos, densidade populacional e capacidade instalada, devendo ser pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

**§3º** Todos pontos de atenção da rede de saúde do Estado de Goiás e demais áreas do governo Estadual deverão se comprometer com o estímulo para que todas gestantes, pessoas que gestam e crianças até dois anos sejam cadastradas e acompanhadas pela Rede Nascer em Goiás.

**§4º** As diretrizes devem ser seguidas por todos os serviços que ofertam cuidado a gestante/pessoa que gesta, puérpera/pessoa no puerpério e a criança de 0 a 2 anos, sejam eles públicos, filantrópicos e privados, sendo estes dois últimos contratualizados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

**Art. 2º** Constituem-se diretrizes da Rede Nascer em Goiás:

**I** – Assegurar que a agenda materno infantil constitua prioridade de governo, com garantia orçamentária para seu custeio e desenvolvimento;

**II** – Garantir a todas as gestantes, pessoas que gestam e crianças até dois anos de idade, meios de cadastramento e acompanhamento por meio de mecanismo tecnológico, disponível por multicanais e com retaguarda de profissionais de saúde, possibilitando ao usuário(a) do programa, acesso contínuo a informações sobre o seu pré-natal e cuidados com a criança;

**III** – Assegurar a identificação, busca ativa e acompanhamento individualizado das gestantes, pessoas que gestam e crianças até os dois anos de vida, por meio da integração da plataforma tecnológica em seus multicanais com os mecanismos de acompanhamento já existentes;

**IV** – Incentivar a participação da sociedade civil no incremento de ações de divulgação e mobilização social em favor da Rede Nascer;

**V** – Propiciar o acesso da mulher e pessoas que gestam às ações do planejamento reprodutivo;

**VI** – Realizar o acolhimento, confirmação diagnóstica e captação precoce de mulheres e pessoas que gestam, em idade fértil, com suspeita de gestação por atraso ou irregularidade menstrual e/ou manifestação clínica;

**VII** – Permitir e incentivar o protagonismo e respeito às individualidades das gestantes e pessoas que gestam, garantindo letramento e proteção às violências obstétricas;

**VIII** – Garantir a coleta precoce (1ª consulta) dos exames de Triagem Pré-natal (Teste da Mamãe) em todos os municípios do Estado;

**IX** – Realizar a avaliação e classificação de risco gestacional a cada consulta;

**X** – Garantir acesso a serviço adequado de atendimento ambulatorial especializado de referência para gestantes/pessoas que gestam e crianças de 0-2 anos, em condições de alto risco, em tempo oportuno, preferencialmente em cada região de saúde;

**XI** – Monitorar, mapear e incentivar, as unidades hospitalares que realizam parto de risco habitual e/ou de alto risco, para otimização da organização e melhoria dos fluxos assistenciais;

**XII** – Garantir a vinculação da gestante/pessoa que gesta à provável maternidade que assistirá o parto, observando-se a estratificação de risco gestacional, o perfil das unidades e o número de leitos, sendo priorizado o acesso oportuno na macrorregião;

**XIII** – Viabilizar o acesso da gestante/pessoa que gesta de risco habitual, às Casas da Rede Nascer em Goiás;

**XIV** – Viabilizar, em parceria com os municípios, o transporte seguro à maternidade vinculada para a assistência ao parto, de acordo com a definição do risco, e quando necessário, à unidade de terapia intensiva adulto e/ou neonatal, preferencialmente em cada macrorregião de saúde;

**XV** – Garantir o direito à presença de acompanhante de livre escolha para a parturiente, para os neonatos e para as crianças durante todo o período de internação hospitalar;

**XVI** – Promover a educação permanente e continuada, em parceria com os municípios, para todos trabalhadores envolvidos na assistência à gestante/pessoa que gesta e neonato, seja na Atenção Primária a Saúde, Atenção Especializada ou Sistema Logístico;

**XVII** – Estimular o acesso a Bancos de Leite Humano e a Postos de Coleta de Leite Humano;

**XVIII** – Apoiar o acompanhamento da puérpera/pessoa no puerpério e criança na Atenção Primária a Saúde, enfatizando a visita domiciliar na primeira semana após a alta hospitalar;

**XIX** – Garantir a realização dos exames de triagem neonatal em tempo oportuno;

**XX** – Promover ações estratégicas para incentivar o aleitamento materno e alimentação complementar saudável;

**XXI** – Estimular a busca ativa de crianças vulneráveis, orientando e incentivando o cuidado livre de todos os tipos de violência, com especial atenção às fragilidades socioeconômicas;

**XXII** – Incentivar o monitoramento da mortalidade materno-infantil e a investigação da causa do óbito nos municípios;

**XXIII** – Estimular a atualização periódica dos protocolos clínicos de atendimento materno-infantil;

**XXIV** – Promover discussões dos projetos arquitetônicos para construção e/ou reformas de unidades hospitalares da esfera Estadual que prestem atenção ao público materno-infantil, podendo quando demandado, apoiar estas discussões em unidades de outra esfera de gestão;

**XXV** – Fomentar a oferta dos cuidados paliativos de forma integral e transversal, sempre que necessário e em qualquer ponto da rede de atenção à saúde, considerando o Projeto Terapêutico Singular (PTS) construído para gestantes/pessoas que gestam, puérperas/pessoas no puerpério e crianças;

**XXVI** – Fomentar, por meio das práticas de gestão e educação permanente, a cultura antirracista nos serviços de referência para pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido e criança.

**XXVII** – Respeitar as identidades de gênero e orientações sexuais diversas, das mulheres/pessoas que gestam, no momento do acolhimento, acesso e permanência nos serviços de pré-natal, parto, puerpério, assistência ao recém-nascido e criança;

**XXVIII** – Respeitar as condições inter e multiculturais de mulheres/pessoas que gestam, sejam migrantes, indígenas, ciganos, quilombolas ou de outras comunidades tradicionais, no acesso e permanência nos serviços de pré-natal, parto e puerpério, assistência ao recém-nascido e criança.

**XXIX** – Garantir que, em gestações decorrentes de violência sexual, as pessoas gestantes sejam orientadas sobre seus direitos: realizar a interrupção legal da gestação ou realizar a entrega legal para adoção, conforme preconizado em legislação vigente.

**Art. 3º** A categorização das gestantes, segundo o nível de atenção, ao pré-natal e parto, será baseada na Nota Técnica de Estratificação de Risco Gestacional, publicada pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

## TÍTULO I

### DOS COMPONENTES DA REDE NASCER

#### CAPÍTULO I

##### PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE

**Art. 4º** A Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde tem como objetivo estimular e fomentar todos os municípios do Estado de Goiás a desenvolverem ações de saúde e de educação permanente e popular, voltadas para o planejamento reprodutivo, ciclo gravídico puerperal e cuidados às crianças nos primeiros 2 anos de vida, prevenindo agravos e violências mediante ações intersetoriais de participação e mobilização da sociedade.

**§ 1º** A Vigilância em Saúde atua identificando riscos/vulnerabilidades, por meio de ações multiprofissionais, intersetoriais num processo sistemático e contínuo de coleta, de análise, de interpretação e de disseminação de informação com a finalidade de recomendar e de adotar medidas de prevenção e de controle de agravos de saúde.

**§ 2º** Destaca-se as ações dos Comitês de Vigilância de Óbitos Maternos, Infantis e Fetais que visam analisar todos estes óbitos e apontar medidas de intervenção para a sua redução no Estado de Goiás e são instrumentos de gestão importantes, que permitem avaliar a qualidade da assistência e subsidiar as políticas públicas e as ações de intervenção.

#### CAPÍTULO II

##### ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**Art. 5º** A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada principal na organização da atenção materno-infantil e a responsável em gerir a assistência nas ações do planejamento reprodutivo, pré-natal, puerpério, promoção e manutenção da amamentação e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças.

#### SEÇÃO I

##### PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

**Art. 6º** Consiste no desenvolvimento de estratégias, por meio de ações educativas e atividades clínicas para que a população receba informações e possa escolher livremente métodos de contracepção.

**§ 1º** Ter acesso à investigação inicial e abordagem da infertilidade, acesso a tecnologias de reprodução assistida, bem como a esterilização cirúrgica voluntária, desde que respeitados os critérios da Lei do Planejamento Familiar.

**§ 2º** Uma das ações fundamentais do planejamento reprodutivo é o aconselhamento pré-concepcional, que deve ser oferecido para todas as mulheres/pessoas que desejam engravidar, com atenção especial para o grupo com comorbidades, propiciando o controle desses agravos e favorecendo a redução da ocorrência de gestações de risco.

#### SEÇÃO II

##### PRÉ-NATAL

**Art. 7º** É dever da Atenção Primária oferecer a todas as gestantes/pessoas que gestam consultas regulares, tanto médicas quanto de enfermagem, ao longo de toda a gravidez. Nos casos de perda gestacional, deve ser garantida consulta pós-evento obstétrico.

**Art. 8º** Recomenda-se a captação precoce, ou seja, que a primeira consulta pré-natal ocorra até a 12ª semana de gestação. Além disso, é necessário que sejam realizadas, no mínimo, sete consultas de acompanhamento pré-natal, sugerindo que sejam distribuídas da seguinte forma: uma no primeiro trimestre, três no segundo e três no terceiro trimestre da gestação. Essas consultas são essenciais para monitorar o progresso da gestação, esclarecer dúvidas e fornecer orientações adequadas.

**Art. 9º** Preconiza-se:

**I** - Realizar a busca ativa de gestantes para que o acompanhamento pré-natal se inicie o mais precocemente possível e observando a continuidade das consultas de pré-natal;

**II** - Propiciar cadastramento na plataforma Rede Nascer em Goiás;

**III** - Ofertar grupos de gestantes vinculados às consultas de pré-natal para socialização de informações e dúvidas;

**IV** - Ofertar consultas de pré-natal em quantidade e qualidade necessárias;

**V** - Realizar Estratificação de Risco Gestacional a cada consulta;

**VI** - Preencher a caderneta da gestante;

**VII** - Encaminhar e compartilhar do cuidado da gestante de alto risco com outros níveis de atenção;

**VIII** - Ofertar atenção às demandas pontuais e de urgência a gestantes e crianças durante todo o período de funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS);

**IX** - Realizar visita domiciliar à gestante, principalmente nos casos de maior vulnerabilidade;

**X** - Incluir, quando possível, o parceiro ou figura de confiança da gestante em todo o processo de acompanhamento pré-natal;

**XI** - Construir junto com gestante e família o Plano de Parto;

**XII** - Orientar sobre imunização;

**XIII** - Orientar sobre o agendamento da consulta de puerpério;

**XIV** - Orientar sobre o planejamento reprodutivo;

**XV** - Ofertar os exames de rotina;

**XVI** - Orientar sobre doação legal (quando for necessário);

**XVII** - Realizar acompanhamento conjunto com a Atenção Especializada em casos específicos;

**XVIII** - Realizar a vinculação, desde o início do pré-natal, das gestantes à maternidade provável para o parto;

**XIX** - Orientar sobre a importância do aleitamento materno;

**XX** - Identificar e ofertar acesso ao atendimento nas situações de violência;

**XXI** - Orientar a pessoa que gesta em decorrência da violência sexual quanto ao direito de realizar a Entrega Legal para Adoção, bem como a interrupção da gestação, conforme preconizado em legislação vigente. Realizar os devidos encaminhamentos, conforme decisão da gestante.

### SEÇÃO III

#### PUERPERÍO

**Art. 10.** A Atenção Primária à Saúde (APS) deve realizar, no mínimo, uma consulta durante o puerpério.

**Parágrafo único.** Recomenda-se que ocorra uma primeira consulta até uma semana após o parto, seguida de outra entre 30 e 42 dias após o nascimento, sendo importante:

**I** - Acolher com escuta qualificada;

**II** - Realizar avaliação global das condições físicas e mentais da puérpera/pessoa no puerpério e presença de sinais ou sintomas sugestivos de complicações. Referenciar, quando necessário, para atendimento na maternidade a qual a gestante está vinculada;

**III** - Orientar a mulher sobre os cuidados com o bebê;

**IV** - Avaliar a mamada, incentivar e apoiar a família para a amamentação exclusiva;

**V** - Identificar sinais de depressão puerperal;

**VI** - Orientar sobre o planejamento reprodutivo;

**VII** - Garantir o agendamento e acesso em serviço de colocação de DIU e/ou laqueadura tubária/vasectomia;

**VIII** - Orientar sobre imunização;

**IX** - Encaminhar ao serviço especializado em caso de necessidade;

**X** - Identificar e ofertar acesso ao atendimento nas situações de violências.

### SEÇÃO IV

#### ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

**Art. 11.** O Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil é uma estratégia da APS essencial para garantir o bem-estar e o desenvolvimento saudável das crianças que envolve uma série de ações sistemáticas que visam monitorar o crescimento físico, desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social das crianças e orienta-se:

**I** - Realizar visita domiciliar multiprofissional aos recém-nascidos na primeira semana pós alta hospitalar, marcar e orientar consultas médicas e de enfermagem;

**II** - Realizar busca ativa das crianças menores de dois anos no território;

**III** - Propiciar cadastramento na plataforma Rede Nascer em Goiás;

**IV** - Ofertar consultas de puericultura visando acompanhamento de eventos agudos, crônicos, acompanhamento do crescimento, desenvolvimento infantil e imunizações necessárias;

**V** - Encaminhar à atenção ambulatorial especializada em caso de necessidade;

**VI** - Realizar acompanhamento conjunto com a atenção ambulatorial especializada em casos específicos;

**VII** - Orientar sobre imunização;

**VIII** - Preencher a Caderneta da Criança;

**IX** - Orientar sobre os cuidados com a criança livre de qualquer tipo violência;

**X** - Identificar e ofertar acesso ao atendimento nas situações de violências.

### CAPÍTULO III

#### SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE E REGULAÇÃO

**Art. 12.** Os serviços de atendimento móvel pré-hospitalar secundário para transporte das gestantes, puérperas, neonatos e crianças, devem ser estruturados por macrorregiões de saúde, com a proposta de integrar, hierarquizar e aperfeiçoar o fluxo dos usuários na rede.

### SEÇÃO I

#### TRANSPORTE DE GESTANTES EM PERÍODO PERINATAL

**Art. 13.** Será de responsabilidade do município o componente móvel de transporte eletivo das gestantes para consultas ambulatoriais de Alto Risco, bem como das que não estão em trabalho de parto, para a Maternidade/Hospital de referência na assistência ao parto a que estão vinculadas.

### SEÇÃO II

#### TRANSPORTE EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA

**Art. 14.** O SAMU 192 é componente móvel da Rede de Atenção às Urgências e tem como objetivo a assistência pré-hospitalar rápida e transporte seguro secundário, nas situações de urgência para as gestantes, sendo acionado por uma Central de Regulação das Urgências que envia as Unidades de Suporte Básico (USB) ou Avançado (USA), de acordo com a complexidade do atendimento.

**Parágrafo único.** As USA devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais.

**Art. 15.** O Centro Estadual do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE) 193 é o serviço de atendimento pré-hospitalar de emergências clínicas e traumáticas, sendo acionado por uma Central de Regulação das Urgências. Atua com responsabilidade compartilhada entre Corpo de Bombeiro e SAMU e tem disponibilidade de Unidades de Suporte Avançado, Suporte Intermediário e Serviço Aeromédico.

## CAPÍTULO IV

### UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO E O CONJUNTO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA 24 HORAS

**Art. 16.** A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) oferece assistência em casos de urgência, com estrutura intermediária entre as unidades da APS e a Rede Hospitalar, com leitos de observação, serviço de diagnóstico de imagem e laboratorial.

**Parágrafo único.** Se necessário o paciente poderá ser encaminhado para um hospital da rede de saúde, para realização de procedimento de alta complexidade.

## CAPÍTULO V

### ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

**Art. 17.** A Atenção Ambulatorial Especializada é um serviço estratégico que oferta atendimento biopsicossocial especializado, de forma regionalizada e hierarquizada, sendo seu acesso via encaminhamento da APS. Possui importante papel na resolutividade de casos de maior complexidade, sendo necessário resposta de contrarreferência esclarecendo à demanda inicial ou orientando a busca de subespecialidades.

#### SEÇÃO I

##### PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

**Art. 18.** O Pré-natal de Alto Risco realiza o acompanhamento da gravidez de alto risco e consultas de risco intermediário, sempre com o cuidado compartilhado com a APS. Deve contar com equipe multiprofissional mínima composta por médico obstetra, psicóloga, fisioterapeuta, enfermeiro, nutricionista e assistente social.

#### SEÇÃO II

##### AMBULATÓRIO ALTO RISCO NEONATAL (EGRESSOS) E PEDIÁTRICO

**Art. 19.** O Ambulatório Alto Risco Neonatal (egressos) e Pediátrico atende prematuros egressos da unidade hospitalar e crianças encaminhadas pela APS, que necessitem de atendimento de pediatra e/ou equipe multidisciplinar para consulta única ou seguimento rotineiro e/ou de alto risco.

## CAPÍTULO VI

### COMPONENTE HOSPITALAR DE ATENÇÃO À GESTAÇÃO, PARTO, PUERPÉRIO E NEONATAL

**Art. 20.** O componente hospitalar deve ser pautado no modelo de assistência humanizada e com práticas baseadas em evidências científicas, visando um atendimento seguro e oportuno à gestante em trabalho de parto e/ou tratamento clínico, ao parto, puerpério e ao neonato.

§ 1º Também é atribuição destas unidades de saúde completar a Caderneta da Gestante, preencher a Caderneta de Saúde da Criança e realizar a alta segura.

§ 2º Antes da alta hospitalar, realizar as triagens neonatais preconizadas e em situações em que não for possível, encaminhar o neonato para a rede o mais breve possível.

#### SEÇÃO I

##### CENTRO DE PARTO NORMAL PERI-HOSPITALAR E INTRA-HOSPITALAR

**Art. 21.** São unidades de saúde destinadas à assistência ao parto de baixo risco, pertencentes ou vinculadas a um estabelecimento hospitalar, localizadas em suas dependências internas ou imediações, sendo necessário assistência de enfermeiro obstétrico ou obstetriz e técnicos de enfermagem.

#### SEÇÃO II

##### HOSPITAL DE PRIMEIRO ATENDIMENTO (HOSPITAL GERAL)

**Art. 22.** São hospitais de pequeno porte, entre 10 e 50 leitos, situados em áreas de vazios assistenciais que estejam acima de 60 minutos de uma referência hospitalar regional, responsável por atender intercorrências das gestantes e puérperas, bem como de recém-nascidos até 28 dias de vida. É necessário garantir assistência de médico e enfermeiros nas 24 horas do funcionamento do serviço, com registro no CNES.

#### SEÇÃO III

##### MATERNIDADE/HOSPITAL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO DE RISCO HABITUAL

**Art. 23.** É o serviço de referência para assistência imediata e qualificada ao parto de gestantes/pessoas que gestam de risco habitual e intermediário, vinculadas ou referenciadas ao serviço, bem como de puérperas e recém-nascidos até 28 dias de vida.

§ 1º É necessário garantir assistência 24 horas para atenção ao parto com médico obstetra, enfermeiros (preferencialmente com especialização em obstetrícia) pediatra e anestesiologista, devidamente cadastrados no CNES.

§ 2º É também de responsabilidade da unidade garantir primeiro atendimento em situações de urgências e emergências, com estabilização clínica e transporte seguro, quando indicada a transferência.

**Art. 24.** Para ser considerada uma Maternidade/Hospital de Assistência ao Parto de Risco Habitual este serviço deverá realizar no mínimo 300 partos/ano.

§ 1º A quantidade de partos poderá ser menor em casos de estabelecimentos localizados em regiões de vazios assistenciais.

§ 2º Nesta situação, deverão ser consideradas a análise de tendência dos últimos 10 anos de taxa de mortalidade materna e infantil da unidade hospitalar, número de nascidos vivos, quantitativo de partos realizados, número de gestantes e puérperas atendidas, condições relacionadas à área física, equipe técnica, condições sanitárias, tempo de acesso acima de 90 minutos de unidades de referência para assistência ao parto.

#### SEÇÃO IV

##### HOSPITAIS/MATERNIDADES DE ASSISTÊNCIA AO PARTO DE ALTO RISCO

**Art. 25.** É o serviço de referência para assistência imediata e qualificada ao parto de gestantes e puérperas de alto risco, vinculadas ou referenciadas ao serviço, bem como dos recém-nascidos até 28 dias de vida nascidos na unidade ou regulados pelo Complexo Regulador Estadual.

**Parágrafo único.** É necessário possuir leitos de UTI Adulto e UTI Neonatal, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), garantir assistência de obstetra, enfermeiro (preferencialmente com especialização em obstetrícia), pediatra (preferencialmente com especialização em neonatologia), intensivista e anestesiologista, nas 24 horas para atenção ao parto e garantir assistência dos demais especialistas, conforme legislação vigente, com todos os profissionais cadastrados no CNES.

## SEÇÃO V

### CASA DA GESTANTE BEBÊ E PUÉRPERA (CGBP)

**Art. 26.** É uma unidade de cuidados intermediários para gestantes, puérperas e bebês, pertencente a uma maternidade de referência ao alto risco que tem como função assegurar a assistência às gestantes, recém-nascidos e puérperas em regime de atenção intermediária entre o domicílio e o estabelecimento hospitalar de referência, contribuindo para um cuidado mais adequado à situação que demande vigilância e proximidade dos serviços de referência, embora não haja necessidade de internação hospitalar.

**Parágrafo único.** Em hospitais que além do alto risco, realizem também parto de risco habitual, esta unidade poderá também receber gestantes de risco baixo ou intermediário em espera do parto. É necessário disponibilizar enfermeiros e técnico de enfermagem nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana.

## SEÇÃO VI

### CASA REDE NASCER EM GOIÁS

**Art. 27.** São unidades de responsabilidade macrorregional que servirão de apoio e dormitório para gestantes que estejam fora do seu domicílio, a partir das 38 semanas, que ainda não necessitam de internação hospitalar.

§ 1º Devem estar vinculadas a Maternidade/Hospital de Assistência ao Parto de Risco Habitual e têm como objetivo facilitar o acesso da gestante ao serviço de referência para parto de risco habitual.

§ 2º Para apoiar seu funcionamento e continuidade, é fundamental contar com o apoio da sociedade civil, que pode contribuir com parcerias, doações e voluntariado.

## SEÇÃO VII

### BANCO DE LEITE

**Art. 28.** É uma unidade vinculada a um hospital/ maternidade, especializada em ações de coleta, processamento e distribuição de leite humano para bebês prematuros ou de baixo peso que não podem ser alimentados pelas próprias mães, além de prestar atendimento às nutrizes para apoio, promoção e orientação do aleitamento materno.

## SEÇÃO VIII

### POSTOS DE COLETA DE LEITE HUMANO

**Art. 29.** É unidade fixa ou móvel, intra ou extra-hospitalar, vinculada tecnicamente a um banco de leite humano e administrativamente a um serviço de saúde ou ao próprio banco.

## SEÇÃO IX

### HEMORREDE

**Art. 30.** Hemorrede é qualquer unidade de assistência à saúde que realize procedimentos obstétricos, deverá garantir assistência hemoterápica necessária, nos termos da legislação específica vigente.

## CAPÍTULO VII

### INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE PARA MONITORAMENTO, ORIENTAÇÕES E ATENDIMENTO À POPULAÇÃO

#### SEÇÃO I

##### TELEASSISTÊNCIA/TELESSAÚDE

**Art. 31.** A Teleassistência/telessaúde é um serviço de monitoramento e para orientações sobre condições de saúde realizadas através de centros de atendimento via telefone, whatsApp, aplicativo e/ou telemedicina.

**Art. 32.** Fazer uso das soluções de apoio à tomada de decisão no cuidado à gestante e ao recém-nascido, como a *Caren*, *Meu PEP* e o *Imuniza Goiás*, que já estão disponíveis, bem como qualquer outra tecnologia implementada pela SES que tenha o cuidado da gestante e da criança como objetivo.

## CAPÍTULO VIII

### COMPONENTE HOSPITALAR DE ATENÇÃO À CRIANÇA E TIPOLOGIA PORTAS DE ENTRADA HOSPITALARES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ESTRATÉGICAS

#### SEÇÃO I

##### PORAS DE ENTRADA HOSPITALARES DE URGÊNCIA

**Art. 33.** As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência são serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, cirúrgicas e/ou traumatológicas.

#### SEÇÃO II

##### HOSPITAL ESPECIALIZADO

**Art. 34.** O Hospital Especializado é o hospital de referência para uma ou mais regiões de saúde, conforme o Plano Diretor de Regionalização/PDR.

§ 1º Deve ter uma cobertura populacional acima de 200 mil habitantes.

§ 2º Deve possuir, no mínimo, um serviço de referência habilitado em alta complexidade, leitos de terapia intensiva pediátricos, para desempenhar seu papel na Linha de Cuidado Estadual da Criança e do Adolescente.

## TÍTULO II

### DOS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE E DO INCENTIVO FINANCEIRO COMPLEMENTAR

**Art. 35.** Buscando a racionalidade dos gastos e a eficiência da Rede Nascer em Goiás, os incentivos específicos serão pactuados junto à CIB e serão repassados do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.

**Art. 36.** Para fins do disposto no artigo anterior, os serviços da Rede Nascer em Goiás serão classificados conforme tipologias estabelecidas nesta Portaria, obedecendo ainda os seguintes critérios:

- I** - Município aderir à Rede Nascer em Goiás e às políticas de assistência materno-infantil do Estado e do Ministério da Saúde, implementando as diretrizes propostas e seguindo as portarias de organização da rede;
- II** - Atender ao pré-natal de risco habitual e/ou de alto risco da gestante/pessoas que gestam com exames clínicos, séricos e de imagem;
- III** - Ter os recursos tecnológicos de acordo com as tipologias estabelecidas nesta Portaria;
- IV** - Possuir habilitação junto ao Ministério da Saúde de acordo com as tipologias hospitalares previstas nesta norma;
- V** - Responder ao Complexo Regulador de acordo com a rede estabelecida e os fluxos pactuados.

**Art. 37.** Os municípios das unidades assistenciais eleitas receberão incentivos estaduais complementares a serem definidos em instrumento específico, posteriormente.

**§ 1º** As instituições só farão jus ao recebimento do incentivo estadual após atender as diretrizes e metas de produção e qualidade dispostas pela Política Estadual de Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.

**§ 2º** Nos casos de presença de não conformidades, o pagamento será suspenso.

**TÍTULO III**  
**DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA REDE NASCER EM GOIÁS**

**Art. 38.** O espaço formal para discussões sobre a Rede Nascer em Goiás ocorrerá nas Macrorregiões (Comitê Intergestores Macrorregionais - CIM), no que se refere às questões pertinentes aos cuidados assistenciais e logística.

**Art. 39.** O monitoramento global das respostas da Rede Nascer é de responsabilidade:

**I** - Da Superintendência de Políticas e Atenção Integral à Saúde/SES;

**II** - Da Superintendência de Regulação, Controle e Avaliação/SES;

**III** - Da Superintendência de Monitoramento dos Contratos de Gestão e Convênios, por meio da Gerência de Monitoramento e Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão;

**IV** - Da Gerência de Redes de Atenção;

**IV** - Da Comissão Intergestores Macrorregional - CIM.

**Art. 40.** Todos os repasses mensais ficarão condicionados ao cumprimento das metas estabelecidas, que serão monitoradas pelas áreas competentes da SES, por meio de relatórios dos indicadores de produção e qualidade da assistência, extraídos das plataformas nacionais e estaduais.

**Art. 41.** Os indicadores mínimos de qualidade para monitoramento da Rede Nascer em Goiás são:

**Quadro 1.** Painel de indicadores monitorados pela Câmara Técnica e metodologia de cálculo.

Indicador	Metodologia do cálculo	Fonte
Razão de mortalidade materna por Macrorregião de Saúde	Número de óbitos de mulheres residentes na macrorregião, por causas ligadas a gravidez, parto e puerpério, dividido por número de nascidos vivos de mães residentes. Resultado multiplica por 100.000	SIM/SINASC
Taxa de mortalidade neonatal precoce	Número de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de idade dividido por Número de nascidos vivos de mães residentes. Resultado multiplica por 1.000	SIM/SINASC
Proporção de gestantes do grupo 1 e 3 da Classificação de Robson submetidas a parto cesáreo em unidade hospitalar para parto de risco habitual	Número de partos de gestantes dos grupos 1 e 3 de Robson/Número total de partos com código de procedimento de parto cesáreo	Unidade Hospitalar pactuada a Rede Nascer
Proporção de gestantes do grupo 8 e 10 da Classificação de Robson submetidas a parto cesáreo em unidade hospitalar para parto de alto risco	Número de partos de gestantes dos grupos 8 e 10 de Robson/Número total de partos com código de procedimento de parto cesáreo	Unidade Hospitalar pactuada a Rede Nascer
Proporção de gestantes com primeiro atendimento de pré-natal até 12ª semana de gestação	Número de gestantes que no primeiro atendimento de pré-natal, realizado por médico ou enfermeiro, estavam com idade gestacional menor ou igual a 12 semanas (84 dias de gestação a partir da DUM)/Número total de gestantes	Ficha de atendimento individual (CDS), no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), Re Sistemas Próprios ou terceiros – devidamente e para o Sistema de Informação em Saúde para a Básica (SISAB/MS)

Número de consultas de pré-natal por gestante	Número de gestantes que ao final da gestação tiveram de 1 a 3 atendimentos, 4 a 5 atendimentos e 7 ou mais atendimentos.	Fonte: Ficha de atendimento individual (CDS), no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), Re Sistemas Próprios ou terceiros – devidamente e para o Sistema de Informação em Saúde para a Básica (SISAB/MS).
Taxa de prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses –	Número de crianças de 0 a 6 meses que se alimentam exclusivamente de leite materno/número total de crianças residentes, na idade x 100	Fonte: Ficha de atendimento individual (CDS), no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), Re Sistemas Próprios ou terceiros – devidamente e para o Sistema de Informação em Saúde para a Básica (SISAB/MS).
Percentual de casos de sífilis congênita em relação ao total de casos de sífilis em gestantes.	Número de casos de sífilis congênita em menores de um ano em determinado ano, segundo município de residência / Número de casos de sífilis em gestantes em determinado ano, segundo município de residência X 100	Sistema de Informação de Agravos de Notificação Sinan.
Média de atendimentos de puericultura por criança cadastrada	Número de atendimentos de puericultura (médico ou enfermeiro) para menores de dois anos / Número de menores de dois anos acompanhados no território.	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção (SISAB/MS).

**TÍTULO IV**  
**DAS COMPETÊNCIAS**  
**CAPÍTULO I**  
**SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE - SMS**

**Art. 42.** Compete às Secretarias Municipais de Saúde - SMS:

- I - Planejar, implantar em conjunto com o Estado as ações e políticas da Rede Nascer em Goiás;
- II - Acompanhar as metas e a qualidade da assistência da unidade sob sua Gestão, para controle interno;
- III - Formalizar os Termos de Compromisso com a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES/GO.

**CAPÍTULO II**  
**NÍVEL CENTRAL DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS**

**Art. 43.** Compete ao nível central da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás:

- I - Planejar, implantar as ações e políticas da Rede Nascer em Goiás;
- II - Ofertar capacitações periódicas para todos trabalhadores envolvidos na Rede Nascer em Goiás;
- III - Monitorar os relatórios de metas e indicadores de qualidade, emitidos pelas instâncias competentes da SES;
- IV - Receber, acompanhar e divulgar a execução dos termos pactuados com os municípios/unidades de saúde;
- V - Monitoramento e avaliação da Rede Nascer em Goiás Autorizar o repasse dos recursos financeiros fundo a fundo de acordo com as metas e indicadores de qualidade monitorados pelas instâncias responsáveis na SES.

**CAPÍTULO III**  
**COMITÊ GESTOR MACRORREGIONAL**

**Art. 44.** Compete ao Comitê Gestor Macrorregional em observância a Rede Nascer em Goiás.

- I- Emitir parecer, entre os representantes do Estado e dos Municípios, sobre assuntos referentes à Rede a fim de subsidiar as decisões da CIM nas discussões da atenção às gestantes e crianças até 2 anos de idade;
- II - Submeter seus pareceres à discussão e pactuação na CIM, quando solicitado;
- III - Realizar visitas técnicas, periódicas, para o acompanhamento e emissão de relatórios para validação da execução dos compromissos assumidos pelas instituições.

**Art. 45.** Para subsidiar suas decisões, o Comitê Gestor Macrorregional poderá constituir, mediante necessidade, câmaras temáticas de acordo com o perfil epidemiológico da região ou com as peculiaridades do parecer demandado.

**Art. 46.** A composição do Comitê Gestor Macrorregional, bem como seu Regimento Interno, será publicada posteriormente em Portaria Específica.

SES - COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, em GOIANIA - GO, aos 06 dias do mês de novembro de 2024.



Documento assinado eletronicamente por **Simone Elias da Fonseca, Usuário Externo**, em 06/11/2024, às 12:14, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



Documento assinado eletronicamente por **RASIVEL DOS REIS SANTOS JUNIOR, Secretário (a) de Estado**, em 18/11/2024, às 10:06, conforme art. 2º, § 2º, III, "b", da Lei 17.039/2010 e art. 3ºB, I, do Decreto nº 8.808/2016.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site [http://sei.go.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=1](http://sei.go.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=1) informando o código verificador **67008537** e o código CRC **632C4C76**.

Referência: Processo nº 202400010078695

SES - COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

NAO CADASTRADO, NAO CADASTRADO - Bairro NAO CADASTRADO - GOIANIA - GO - CEP 74000-000 - .



SEI 67008537