



DIÁRIO OFICIAL

D O D I S T R I T O F E D E R A L

ANO XLVII EDIÇÃO EXTRA Nº 88 BRASÍLIA - DF, TERÇA-FEIRA, 18 DE DEZEMBRO DE 2018

SUMÁRIO

	SEÇÃO I PÁG.
Poder Executivo	1
Secretaria de Estado de Saúde	1

SEÇÃO I

PODER EXECUTIVO

DECRETO Nº 39.532, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2018

Decreta, a partir desta data, luto oficial por 03 (três) dias no Distrito Federal, em virtude do falecimento de GERALDO CAMPOS.

O GOVERNADOR DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 100, incisos VII e XXVI, da Lei Orgânica do Distrito Federal, e considerando o sentimento de luto e pesar pelo falecimento de GERALDO CAMPOS, DECRETA:

Art. 1º Fica decretado, a partir desta data, luto oficial por 03 (três) dias no Distrito Federal, em virtude do falecimento de GERALDO CAMPOS.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 18 de dezembro de 2018.

131ª da República e 59ª de Brasília

RODRIGO ROLLEMBERG

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

PORTARIA Nº 1.321, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2018

Institui a Vinculação do Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha e normatiza os critérios de admissão hospitalar, encaminhamento e remoção das mulheres gestantes no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, Substituto, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos II e X do artigo 448 do Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, aprovado pelo Decreto nº 34.213, de 14 de março de 2013, publicado no DODF nº 54, de 15 de março de 2013, e

CONSIDERANDO a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); CONSIDERANDO a Lei nº 12.895, de 18 de dezembro de 2013, que altera a Lei 8.080/1990, obrigando os hospitais de todo país a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito da parturiente a acompanhante;

CONSIDERANDO a Lei Complementar nº 163, de 14 junho de 2018, que institui como municípios da RIDE do Distrito Federal;

CONSIDERANDO o Decreto nº 38.017, de 21 de fevereiro de 2017, que aprova o Regimento Interno das Superintendências das Regiões de Saúde, das Unidades de Referência Assistencial e das Unidades de Referência Distrital da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF);

CONSIDERANDO a Portaria SAS/MS nº 356, de 22 de setembro de 2000, que estabelece os recursos financeiros, por estado e Distrito Federal, destinados à implementação do Componente II do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal;

CONSIDERANDO a Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação do SUS;

CONSIDERANDO a Portaria GM/MS de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde; CONSIDERANDO a Portaria GM/MS de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as redes do SUS;

CONSIDERANDO a Portaria SES-DF nº 189, de 07 de outubro de 2009, que implanta o Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal (CRDF) no âmbito da SES-DF e o Decreto nº 38.488, de 13 de setembro de 2017, do Distrito Federal, que altera a estrutura do CRDF;

CONSIDERANDO a Portaria SES-DF nº 287, de 02 de dezembro de 2016, que aprova o Protocolo de Atenção à Saúde da Criança;

CONSIDERANDO a Portaria SES-DF nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal;

CONSIDERANDO a Portaria SES-DF nº 564, de 14 de junho de 2018, que define critérios para implantação, implementação e monitoramento dos Protocolos de Acolhimento e Classificação de Risco da SES-DF nas Portas Fixas de Urgência e Emergência da Rede de Saúde do Distrito Federal;

CONSIDERANDO a Portaria SES-DF nº 556, de 11 de junho de 2018, que determina que todas as solicitações de internação em leitos de enfermagem de todas as unidades hospitalares no âmbito do SUS no Distrito Federal deverão ser feitas obrigatoriamente por meio de sistema informacional;

CONSIDERANDO a adesão do Distrito Federal à Rede Cegonha, de acordo com seu Plano de Ação e as Portarias GM/MS nº 1459/2011 e 650/2011;

CONSIDERANDO a necessidade de reduzir a mortalidade e morbidade materno-infantil no DF;

CONSIDERANDO a necessidade de organizar a Rede Cegonha em todas as Regiões de Saúde da SES-DF, a partir da implementação de seus componentes;

CONSIDERANDO a adoção da Linha de Cuidado Materno-infantil como diretriz ordenadora dos fluxos na Rede Cegonha no DF;

CONSIDERANDO a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso e da qualidade da assistência ao parto e puerpério, bem como ao recém-nascido;

CONSIDERANDO a necessidade de que o acesso das gestantes às unidades de atendimento obstétrico hospitalares seja equitativo, respeitando especificidade desses serviços;

CONSIDERANDO a necessidade de fortalecer as ações das autoridades Gestoras de Leitos Hospitalares, no sentido de otimizar a utilização dos leitos e reduzir a super lotação das emergências, bem como visando a institucionalização do conceito de Rede de Atenção à Saúde e de seus fluxos de referência e contra referência, permitindo a visão do cuidado integral ao paciente e de seus mecanismos de gestão, RESOLVE:

Art. 1º Instituir, no âmbito da Rede Cegonha do Distrito Federal:

§1º A Vinculação do Componente Parto, Nascimento, Alta Segura e Vinculada da puérpera, do recém-nascido e da mulher pós-abortamento moradores do Distrito Federal para os serviços de atenção à saúde da SES-DF, constantes dos Anexos I e IV desta Portaria;

§2º A orientação para o atendimento do Componente Parto e Nascimento para as Gestantes da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE);

§3º Dispor sobre as normas regulamentadoras do processo de admissão hospitalar, encaminhamento e remoção de gestantes entre as unidades vinculadas à rede de atenção à saúde da SES-DF, constante do Anexo II desta portaria.

Art. 2º Definir a Vinculação do Componente Parto e Nascimento, como ordenador do fluxo de referência de gestantes para o parto, para situações que exijam assistência durante a gestação e intercorrências clínicas cuja relevância exija atendimento de urgência e/ou emergência em nível hospitalar.

Art. 3º Na primeira consulta do pré-natal a gestante deve ser informada de sua vinculação ao hospital de referência e sobre seus direitos e deveres durante o ciclo de gestação, parto, nascimento e puerpério:

§1º Deve ser ressaltada a importância da participação do parceiro/pai em todo o processo;

§2º A vinculação da gestante ao seu hospital deve ser obrigatoriamente anotada na abertura de seu cartão de pré-natal, reforçada em todos os atendimentos no pré-natal e em cada palestra educativa deste período de assistência;

§3º Deverá ser garantida pelo menos 01 (uma) Visita de Vinculação Obstétrica à maternidade de referência a toda gestante durante o acompanhamento pré-natal.

I - Define-se como Visita de Vinculação Obstétrica o momento educativo e de acolhimento, proporcionado pelo serviço obstétrico de referência, a fim de promover o conhecimento e a vinculação das gestantes e seus respectivos acompanhantes.

II - Durante a visita, a gestante receberá informações sobre seus direitos e deveres, sobre a assistência prestada durante o parto e nascimento naquela unidade, tais como: processo administrativo de admissão, cenários de parto normal e cesáreo, alojamento conjunto, garantia do direito ao acompanhante, bem como das rotinas obstétricas e neonatais.

§ 4º Compete à Unidade de Ginecologia e Obstetrícia de cada hospital assegurar pelo menos 01 (uma) Visita de Vinculação Obstétrica por mês, divulgando esta agenda para as unidades de atenção primária vinculadas ao respectivo hospital.

Art. 4º A Vinculação do Componente Parto e Nascimento deve ser amplamente divulgada em todos os níveis de atenção à saúde.

§1º Compete à Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde -SAIS/SES-DF a divulgação da Vinculação do Componente Parto e Nascimento e do conteúdo desta portaria para toda a rede SES/DF:

I - A divulgação para as unidades básicas de saúde é de responsabilidade das Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde;

II - A divulgação para os serviços de atenção hospitalar é de responsabilidade dos Diretores de Hospitais Regionais ou Diretores Gerais das Unidades de Referência Distrital (URD);

III - A divulgação para os serviços de atenção secundária, incluindo as UPAs, é de responsabilidade dos Diretores Regionais de Atenção Secundária das Regiões de Saúde;

IV - A divulgação para o Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU é de responsabilidade do Diretor Geral do Complexo Regulador.

§2º Compete ao GAB/SES a divulgação do conteúdo dessa portaria entre os agentes públicos como bombeiros, policiais militares e civis, que podem ocasionalmente prestar serviço de assistência ao parto ou de transporte de gestantes.

§3º Compete ao GAB/SES a divulgação do conteúdo dessa portaria entre os municípios da RIDE.

Art. 5º Sobre o processo de vinculação entre a gestante/parturiente de risco habitual e seu hospital de referência, admite-se que:

I - A vinculação deve ocorrer prioritariamente a partir do local em que essa realizou o pré-natal;

II - Em situações em que a gestante realizou pré-natal em região de saúde que não seja a da sua residência ou tenha feito pré-natal em mais de uma unidade de saúde, a vinculação ocorrerá preferencialmente a partir daquela unidade em que ela tenha feito o maior número de consultas de pré-natal e, excepcionalmente, no hospital de referência da sua residência;

III - Na ausência de realização de pré-natal, no pré-natal realizado na rede privada de saúde, ou na impossibilidade de identificar o local de realização do pré-natal, a vinculação ocorre a partir do seu local de residência.

Art. 6º Sobre o processo de vinculação entre a gestante/parturiente que realizou o pré natal no serviço de alto risco e seu hospital de referência para o parto, admite-se que:

I - Sempre deverá ser mantido o acompanhamento pré natal e dos serviços relacionados a este contexto, como visitas domiciliares entre outros, na UBS de referência do território mesmo quando a paciente for encaminhada para realização do pré natal concomitantemente no serviço de alto risco;

II - Em situações em que a gestante realizou pré-natal de alto risco em região de saúde que não seja a da sua residência, a vinculação para o parto ocorrerá a partir da UBS em que ela tenha feito o maior número de consultas de pré-natal ou, excepcionalmente, no hospital de referência da sua residência;

III - A vinculação ao hospital onde a gestante/parturiente realizou o pré natal de alto risco só poderá ocorrer mediante indicação formal do referido serviço.

Art.7º Com relação à admissão de gestantes/parturientes em serviços hospitalares de obstetrícia, admite-se como norma o Vaga Sempre, definido como:

I - Toda gestante, em qualquer idade gestacional, que tenha critério de admissão hospitalar, deverá ter sua vaga de internação garantida, obrigatoriamente, na unidade hospitalar de referência, conforme descrito nos anexos de Vinculação do Componente Parto e Nascimento;

II - Na necessidade de referenciamento para outro serviço assistencial ou de liberação por alta, a gestante/parturiente deverá ser antes atendida por médico(a) ou enfermeiro(a);

III - Após a admissão, a responsabilidade de remoção da gestante/parturiente para seu hospital de referência é da unidade hospitalar que a assistiu e identificou os critérios de admissão e se dará de acordo com a Vinculação do Componente Parto e Nascimento.

Art. 8º Sobre a regulação de leitos obstétricos:

§1º No caso de uma paciente gestante/parturiente ser atendida em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), e necessitar de internação hospitalar, essa deverá ter seu nome inserido no Sistema de Regulação de Leitos Gerais para o Hospital de referência conforme a vinculação definida por esta portaria;

§2º No caso de uma gestante/parturiente ser atendida em uma unidade hospitalar que não seja a de sua referência de vinculação, essa deverá ser examinada, internada e a seguir, ter seu nome inserido no Sistema de Regulação de Leitos gerais para o Hospital de referência

conforme a vinculação definida por esta portaria, a fim de que se possa fazer a remoção da paciente;

§3º Em caso da necessidade de internação no próprio hospital de referência de sua vinculação, a gestante/parturiente deverá ter seu nome inserido no Sistema de Regulação de Leitos Gerais a fim de que a disponibilidade de leitos para internação seja atualizada e visualizada por todo o sistema de regulação de leitos.

Art. 9º Sobre a movimentação por remoção da gestante/parturiente entre unidades hospitalares:

I - A remoção deverá acontecer com responsabilidade e segurança, cabendo à equipe obstétrica assistente avaliar se a gestante está em condição de remoção, tanto no momento de sua solicitação como na ocasião do transporte;

II - A movimentação por remoção de gestantes apenas será admitida mediante contato prévio, acompanhado de relatório clínico e por meio de transporte sanitário, não sendo permitido que a mesma seja movimentada em transporte próprio ou de seus responsáveis;

III - A responsabilidade pela identificação de vaga em outra unidade da rede, a que se refere o Art. 8º, é da Gerência Interna de Regulação (GIR) conforme a Portaria GAB/SES nº 556, de 11 de junho de 2018;

IV - As remoções não efetivadas por falha na comunicação, no transporte sanitário e/ou recusa da unidade receptora deverão ser registradas no prontuário eletrônico da paciente, para fins de monitoramento e aperfeiçoamento do processo;

V - Fica a critério da equipe obstétrica assistente a indicação deacompanhamento da gestante por médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem durante o transporte sanitário.

Art. 10 Sobre a movimentação de pacientes por meio de encaminhamento:

§1º Define-se como movimentação por meio de encaminhamento a orientação dada à gestante/parturiente para que a mesma procure outra unidade de atendimento obstétrico para sua assistência em transporte próprio ou de seus responsáveis;

§2º Toda gestante/parturiente deverá receber o primeiro atendimento pelo médico(a) ou enfermeiro(a) antes de ser referenciada para outro serviço assistencial;

§3º O processo de movimentação de gestante/parturiente sem critérios de internação entre unidades de atendimento obstétrico deve ocorrer na condição de encaminhamento, com referência ou contrarreferência, com relatório detalhado, contendo assinatura e registro no Conselho de Classe do médico(a) ou enfermeiro(a), sempreobservando o Mapa de Vinculação do Componente Parto e Nascimento.

Art. 11 Sobre a alta das pacientes pós abortamento, das puérperas e dos recém nascidos para a Atenção Primária à Saúde:

§1º A alta das pacientes pós abortamento, das puérperas e dos recém nascidos para a Atenção Primária à Saúde deverá ser segura e vinculada;

§2º Por ocasião da alta, a gestante e o recém-nascido deverão receber a caderneta da gestante e da criança devidamente preenchidas com dados do parto e nascimento, bem como a marcação da data do retorno na Unidade Básica de Saúde (UBS), obedecendo aos seguintes critérios:

I - Puérperas e recém-nascidos deverão ser atendidos na UBS do 5º ao 7º dia pós alta hospitalar;

II - Recém-nascidos de risco, de acordo com definição do Protocolo de Atenção à Saúde da Criança, deverão ser atendidos até o 3º dia pós-alta hospitalar;

III - Mulheres após abortamento deverão ser atendidas até o 10º dia pós-alta hospitalar.

§3º A marcação da data do atendimento das pacientes pós-abortamento, das puérperas e dos recém-nascidos nas UBS deverá ser realizada pelo Núcleo de Gestão de Internação (NGINT) de cada unidade hospitalar, no momento da alta da paciente, preferencialmente de segunda a sexta-feira no período da manhã;

I - O NGINT deverá enviar o relatório contendo os dados das famílias que receberam alta na maternidade para as GSAP/DIRAPS das Regiões de Saúde com a finalidade de realizar busca ativa dos pacientes faltosos nas consultas de retorno;

II - O relatório deverá conter os dados de indentificação incluindo o número do Cartão Nacional do SUS, endereço completo e telefone;

III - As famílias que receberem alta no final de semana e feriados deverão ter a data da consulta de retorno na UBS marcada pelo enfermeiro(a) responsável pelo plantão da maternidade sob as orientações do NGINT de cada hospital.

§4º Em casos de morte materna, fetal e infantil é necessário incluir os familiares no ato da Alta Segura e Vinculada, agendando a consulta de retorno na UBS mais próxima de sua

DIÁRIO OFICIAL DO DISTRITO FEDERAL

Redação e Administração:
Anexo do Palácio do Buriti, Sala 111, Térreo.
CEP: 70075-900, Brasília - DF
Telefones: (0XX61) 3961.4502 - 3961.4503
Editoração e impressão: Imprensa Nacional

RODRIGO ROLLEMBERG
Governador

RENATO SANTANA
Vice-Governador

SÉRGIO SAMPAIO CONTREIRAS DE ALMEIDA
Secretário de Estado da Casa Civil,
Relações Institucionais e Sociais

residência, para os familiares e informando-os acerca da investigação do óbito e da importância da consulta precoce da puérpera no UBS.

Art. 12 Sobre o atendimento a gestantes com intercorrências clínicas/ginecológicas em qualquer idade gestacional; gestantes com idade gestacional abaixo de 24 semanas com intercorrências obstétricas; e puérperas com qualquer intercorrência:

§1º Os casos de urgência/emergência identificados a partir das unidades da atenção primária, secundária ou UPAs, devem ser encaminhadas para o hospital mais próximo.

I - Casos instáveis clínico-hemodinamicamente devem ser conduzidos no hospital mais próximo até a estabilização e apenas após, deverão ser referenciados ao hospital referência da paciente via transporte sanitário, segundo o constante no Anexo IV e V desta portaria;

II - Casos estáveis clínico-hemodinamicamente deverão ser referenciados ao hospital referenciado via transporte sanitário, segundo o constante no Anexo IV e V desta portaria.

§2º Todos os casos de encaminhamento de pacientes referenciadas para outra unidade de saúde (hospital mais próximo e/ou referência) devem estar acompanhados de relatório médico sucinto contendo data/hora, assinatura e número de registro no Conselho Regional de Medicina.

I. Unidades de saúde onde não houver o médico, o relatório deverá ser confeccionado pelo profissional responsável, seguindo as mesmas orientações, porém com número de registro em seu órgão de classe.

Art. 13 Sobre o local de parto de gestantes/parturientes cujos fetos foram diagnosticados com malformações congênitas:

I - Parturientes ou gestantes que tiverem indicação de interrupção da gravidez cujos fetos apresentem diagnóstico intraútero confirmado de gastrosquise, onfalocele, hérnia diafragmática, atresia de esôfago e atresia intestinal devem ser preferencialmente removidas para o Hospital Materno Infantil (HMIB);

II - Parturientes ou gestantes que tiverem indicação de interrupção da gravidez cujos fetos apresentem diagnóstico intraútero confirmado de meningomielocoele e malformações neurológicas deverão ter seus partos realizados em seus hospitais de referência para alto risco, conforme fluxos descritos na Vinculação do Componente Parto e Nascimento e deverão ter seus recém-nascidos regulados para UTI neonatal, se necessário.

III - Parturientes ou gestantes que tiverem indicação de interrupção da gravidez cujos fetos apresentem diagnóstico intraútero confirmado de cardiopatia congênita crítica segundo anexo VI desta portaria, deverão ter seus partos realizados preferencialmente nos hospitais de referência para alto risco, conforme fluxos descritos na Vinculação do Componente Parto e Nascimento e deverão ter seus recém-nascidos regulados para UTI neonatal, se necessário.

Art. 14 Serão considerados como critérios de monitoramento para avaliar o satisfatório funcionamento do processo de trabalho no que tange à portaria, as seguintes informações:

§1º Vinculação adequada das pacientes gestantes admitidas nos serviços hospitalares definidos nesta portaria;

§2º Transferência, de gestantes internadas, entre os serviços hospitalares definidos nesta portaria;

§3º Estas informações deverão ser acompanhadas mensalmente pelos RTAs da Ginecologia/Obstetria e Chefias de enfermagem dos Centros Obstétricos e enviadas, via SEI, para a REDE CEGONHA. Obrigatória a avaliação primária da informação colhida em cada unidade;

§ 4º A cada 4 meses, a REDE CEGONHA, consolidará estes dados, promovendo a avaliação secundária, divulgando o resultado em reunião ordinária propondo ações corretivas caso julgue pertinente;

§ 5º A cada dois (2) anos esta portaria deverá ser reavaliada e revisada ou a qualquer momento em que se fizer necessário.

Art. 15 Fica revogada a Portaria 47/2014 SES-DF, de 13 de março de 2014, publicada no Diário Oficial do Distrito Federal nº 53, de 14 de março de 2014.

Art. 16 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO EDUARDO GUEDES SELLERA

ANEXO I VINCULAÇÃO DO COMPONENTE PARTO E NASCIMENTO PARA AS MULHERES GESTANTES DO DISTRITO FEDERAL

Regiões Administrativas do DF	Hospital de Referência			
	Idade Gestacional			
	≥ 37s de gestação	32s a 36s+6 dias de gestação	≤ 31s +6dias a 24s de gestação	
REGIÃO DE SAÚDE NORTE				
Sobradinho I	HRS	HRS	HRS	
Sobradinho II	HRS	HRS	HRS	
Fercal	HRS	HRS	HRS	
Planaltina	HRPL	HRPL	HRS	
REGIÃO DE SAÚDE SUL				
Gama	HRG	HRG	HRSM	
Santa Maria	HRSM	HRSM	HRSM	
REGIÃO DE SAÚDE OESTE				
Brazlândia	HRBZ	HRC	HRC	
Ceilândia	HRC	HRC	HRC	
REGIÃO DE SAÚDE SUDOESTE				
Taguatinga	HRT	HRT	HRT	
Vicente Pires	HRT	HRT	HRT	
Agua Clara	HRT	HRT	HRT	
Samambaia	HRSAM	HRT	HRT	

	HRSAM	HRT	HRT
Recanto das Emas			
REGIÃO DE SAÚDE LESTE			
Paranoá	HRL/CPNSS	HRL	HMIB/HUB
Itapoã	HRL/CPNSS	HRL	HMIB/HUB
São Sebastião	HRL/CPNSS	HRL	HMIB/HUB
Jardim Botânico	HRL/CPNSS	HRL	HMIB/HUB
REGIÃO DE SAÚDE CENTRO SUL			
Núcleo Bandeirante	HRAN	HRAN	HMIB
Riacho Fundo	HMIB	HMIB	HMIB
Riacho Fundo II	HMIB	HMIB	HMIB
Candagolândia	HRAN	HRAN	HMIB
Park Way	HRAN	HRAN	HMIB
Guará	HMIB	HMIB	HMIB
Guará II	HMIB	HMIB	HMIB
SIA - Setor de Indústria e Abastecimento	HRAN	HRAN	HMIB
Estrutural (SCIA - Setor Complementar de Indústria e Abastecimento)	HRAN	HRAN	HMIB
REGIÃO DE SAÚDE CENTRAL			
Asa Norte	HRAN	HRAN	HMIB
Lago Norte	HRAN	HRAN	HMIB
Varjão	HRAN	HRAN	HMIB
Cruzeiro	HRAN	HRAN	HMIB
Sudoeste/Octogonal	HRAN	HRAN	HMIB
Asa Sul	HRAN	HRAN	HMIB
Lago Sul	HRAN	HRAN	HMIB
Asa Norte	HRAN	HRAN	HMIB
Lago Norte	HRAN	HRAN	HMIB

ANEXO II

VINCULAÇÃO DO COMPONENTE PARTO E NASCIMENTO PARA AS MULHERES GESTANTES DA REGIÃO INTEGRADA DE DESENVOLVIMENTO DO DISTRITO FEDERAL E ENTORNO - RIDE/DF

Municípios da RIDE (Goiás e Minas Gerais)	Hospital de Referência		
	Idade Gestacional		
	≥ 37s de gestação	32s a 36s+6 dias de gestação	≤ 31s +6dias a 24s de gestação
MUNICIPIOS DE MINAS GERAIS			
Arinos	HRS	HRS	HRS
Buritiz	HRL	HRL	HRL
Cabeceira grande	HRL	HRL	HMIB
Unaí	HRL	HRL	HMIB
MUNICIPIOS DE GOIÁS			
Abadiânia	HRG	HRSM	HRSM
Água Fria de Goiás	HRPL	HRPL	HRS
Águas Lindas de Goiás	HRT/HUB	HMIB	HMIB
Alexânia	HRSM	HRSM	HRSM
Alto Paraíso de Goiás	HRPL	HRPL	HRS
Alvorada do Norte	HRS	HRS	HRS
Barro Alto	HRBZ	HRC	HRC
Cabeceiras	HRPL	HRPL	HRS
Cavalcante	HRPL	HRPL	HRS
Cidade Ocidental	HRG	HRSM	HRSM
Cidade Ocidental/ Pq América e Jd ABC	HRL	HRL	HMIB
Cocalzinho de Goiás	HRBZ	HMIB	HMIB
Corumbá de Goiás	HRBZ	HMIB	HMIB
Cristalina	HRG	HRSM	HRSM
Cristalina/ Marajó	HRL	HRL	HMIB
Flores de Goiás	HRPL	HRPL	HRS
Formosa	HRS	HRS	HRS
Goianésia	HRT	HRT	HRT
Luziânia	HRG	HRSM	HRSM
Mimoso de Goiás	HRBZ	HRC	HRC
Niquelândia	HRBZ	HMIB	HMIB
Novo Gama	HRSM	HRSM	HRSM
Padre Bernardo	HRBZ	HMIB	HMIB
Pirenópolis	HRC	HRC	HRC
Planaltina de Goiás	HRS	HRS	HRS
Santo Antônio de Descoberto	HRSAM	HRT	HRT
São João da Aliança	HRPL	HRPL	HRS
Simolândia	HRS	HRS	HRS
Valparaíso de Goiás	HRG	HRSM	HRSM
Vila Boa	HRPL	HRPL	HRS
Vila Propício	HRBZ	HMIB	HMIB

ANEXO III

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO DE GESTANTES PARA ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Definição de casos:

1 - Trabalho de parto: Dilatação cervical de 4 cm ou mais em gestante com atividade uterina de pelo menos 2 contrações em 10 minutos;

2 - Amniorrexe: Toda ocorrência de rotura de bolsa amniótica confirmada deve ser internada independente da idade gestacional;

3 - Distúrbio Hipertensivo:

3.1 - Gestante de qualquer idade gestacional com pressão arterial maior ou igual a 140 x 90 mmHg ou com 30% acima da pressão arterial sistólica prévia ou 15 a 20% acima da pressão arterial diastólica prévia, medidas em ambos os membros, por 2 vezes, com intervalo de 20 minutos entre as medidas, tendo a paciente permanecido em decúbito lateral esquerdo;

3.2 - Sinais de iminência de eclâmpsia, tais como: cefaléia, alterações visuais, epigastralgia, náuseas ou vômitos;

4 - Sangramento de origem uterina: Gestante com idade gestacional acima de 24 semanas com sangramento de origem uterina.

5 - Hipertonia ou hiperssistolia Uterina: mudança da qualidade ou das características habituais da dinâmica uterina.

6 - Vitalidade fetal potencialmente comprometida:

6.1 - Bradicardia fetal persistente (período maior que 3 minutos)

6.2 - Taquicardia fetal persistente (período maior que 3 minutos)

6.3 - Desacelerações cardíacas fetais durante o trabalho de parto

6.4 - Fetos não-reativos ao TESS (Teste de Estimulo Sonoro Simplificado) ou Estimulo Mecânico

6.5 - Cardiotocografia de padrão não tranquilizador

6.6 - Feto centralizado à avaliação dopplervelocimétrica

6.7 - Oligoâmnio severo (Índice de Líquido Amniótico abaixo de 5);

7 - Gestação Prolongada: Todas as gestantes com idade gestacional igual ou superior a 41 semanas devem ser internadas para interrupção da gestação, com via de parto a critério da equipe médica de plantão.

8 - Trabalho de Parto Prematuro: todas as gestantes com idade gestacional entre 24 e 36 semanas e 6 dias com dilatação cervical de 2cm ou mais associadas a dinâmica uterina.

9 - Prolapso de cordão umbilical;

10 - Incompetência istmo-cervical;

11 - Placenta prévia;

12 - Situações clínicas não contempladas neste anexo mas que coloquem em risco a integridade do binômio materno-fetal.

ANEXO IV

FLUXO DE ATENDIMENTO DE MULHERES EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DE CAUSA GINECO-OBSTÉTRICA DO DF

Regiões do DF	Administrativas	Hospital de Referência		
		< 24 semanas	Abortamento	Intercorrências clínicas ou ginecológicas em gestantes em qualquer idade gestacional
REGIAO DE SAÚDE NORTE				
Sobradinho I		HRS	HRS	HRS
Sobradinho II		HRS	HRS	HRS
Fercal		HRS	HRS	HRS
Planaltina		HRPL	HRPL	HRPL
REGIAO DE SAÚDE SUL				
Gama		HRG	HRG	HRG
Santa Maria		HRSM	HRSM	HRSM
REGIAO DE SAÚDE OESTE				
Brazlândia		HRBZ	HRBZ	HRBZ
Ceilândia		HRC	HRC	HRC
REGIOES DE SAÚDE SUDOESTE				
Taguatinga		HRT	HRT	HRT
Vicente Pires		HRT	HRT	HRT
Aguaes Claras		HRT	HRT	HRT
Samambaia		HRSAM	HRSAM	HRSAM
Recanto das Emas		HRSAM	HRSAM	HRSAM
REGIAO DE SAÚDE LESTE				
Paranoá		HRL	HRL	HRL
Itapoã		HRL	HRL	HRL
Jardim Botânico		HRL	HRL	HRL
REGIAO DE SAÚDE CENTRO SUL				
Núcleo Bandeirante		HRAN	HRAN	HRAN
Riacho Fundo		HMIB	HMIB	HMIB
Riacho Fundo II		HMIB	HMIB	HMIB
Candagolândia		HRAN	HRAN	HRAN
Park Way		HRAN	HRAN	HRAN
Guará		HMIB	HMIB	HMIB
SIA - Setor de Indústria e Abastecimento		HRAN	HRAN	HRAN
Estrutural (SCIA)		HRAN	HRAN	HRAN

REGIAO DE SAÚDE CENTRAL			
Asa Norte		HRAN	HRAN
Lago Norte		HRAN	HRAN
Varjão		HRAN	HRAN
Cruzeiro		HRAN	HRAN
Sudoeste/Octogonal		HRAN	HRAN
Asa Sul		HRAN	HRAN

Lago Sul		HRAN	HRAN
Asa Norte		HRAN	HRAN
Lago Norte		HRAN	HRAN

ANEXO V

FLUXO DE ATENDIMENTO DE MULHERES PROVENIENTE DA RIDE/DF EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DE CAUSA GINECO-OBSTÉTRICA

Municípios da RIDE (Goiás e Minas Gerais)	Hospital de Referência		
	< 24 semanas	Abortamento	Ginecologia em gestante
MUNICIPIOS DE MINAS GERAIS			
Arinos	HRS	HRS	HRS
Buritiz	HRL	HRL	HRL
Cabeceira grande	HRL	HRL	HRL
Unaí	HRL	HRL	HRL
MUNICIPIOS DE GOIÁS			
Abadiânia	HRSM	HRSM	HRSM
Água Fria de Goiás	HRPL	HRPL	HPL
Águas Lindas de Goiás	HUB	HUB	HUB
Alexânia	HRSM	HRSM	HRSM
Alto Paraíso de Goiás	HRPL	HRPL	HPL
Alvorada do Norte	HRS	HRS	HRS
Barro Alto	HRBZ	HRBZ	HRBZ
Cabeceiras	HRPL	HRPL	HRPL
Cavalcante	HRPL	HRPL	HRPL
Cidade Ocidental	HRSM	HRSM	HRSM
Cidade Ocidental/ Pq América e Jd ABC.	HRL	HRL	HRL
Cocalzinho de Goiás	HRBZ	HRBZ	HRBZ
Corumbá de Goiás	HRBZ	HRBZ	HRBZ
Cristalina	HRG	HRG	HRG
Flores de Goiás	HRPL	HRPL	HPL
Formosa	HRS	HRS	HRS
Goianésia	HRT	HRT	HRT
Luziânia	HRG	HRG	HRG
Mimoso de Goiás	HRBZ	HRBZ	HRBZ
Niquelândia	HRPL	HRPL	HRPL
Novo Gama	HRSM	HRSM	HRSM
Padre Bernardo	HRBZ	HRBZ	HRBZ
Pirenópolis	HRT	HRT	HRT
Planaltina de Goiás	HRS	HRS	HRS
Santo Antônio de Descoberto	HRSAM	HRSAM	HRSAM
São João da Aliança	HRPL	HRPL	HRPL
Simolândia	HRS	HRS	HRS
Valparaíso de Goiás	HRG	HRG	HRG
Vila Boa	HRPL	HRPL	HRPL
Vila Propício	HRBZ	HRBZ	HRBZ

ANEXO VI

FLUXO DE ATENDIMENTO DE PARTURIENTES OU GESTANTES QUE TIVEREM INDICAÇÃO DE INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ CUJOS FETOS APRESENTEM DIAGNÓSTICO INTRAÚTERO CONFIRMADO DE CARDIOPATIA CONGÊNITA CRÍTICA

I - Cardiopatias com fluxo pulmonar dependente do canal arterial (cardiopatias com atresia pulmonar ou estenose pulmonar acentuada)

a) Atresia pulmonar com septo ventricular íntegro

b) Atresia pulmonar com CIV

c) Tetralogia de Fallot com atresia pulmonar ou estenose pulmonar crítica

d) Estenose pulmonar crítica

e) Dupla via de saída de ventrículo direito com estenose pulmonar crítica

f) Ventrículo único funcional com atresia pulmonar ou estenose pulmonar crítica

II - Cardiopatias com fluxo sistêmico dependente do canal arterial (cardiopatias com atresia aórtica ou estenose aórtica acentuada ou obstruções no arco aórtico)

a) Síndrome de hipoplasia do coração esquerdo

b) Interrupção do arco aórtico ou coarctação de aorta crítica

c) Estenose aórtica crítica

d) Ventrículo único funcional com coarctação de aorta crítica ou interrupção do arco aórtico.

III - Cardiopatias com circulação em paralelo

a) Transposição das grandes artérias

b) Conexão anômala total de veias pulmonares forma obstrutiva

IV - Cardiopatias com shunt misto e insuficiência cardíaca

a) Tronco arterial comum

b) Ventrículo único funcional sem estenose pulmonar

V - Arritmias cardíacas graves

a) Bloqueio atrioventricular total congênito

b) Taquicardia supraventricular ou ventricular ou incessante.