



Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção Primária à Saúde  
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas  
Coordenação-Geral de Ciclos da Vida  
Coordenação de Saúde das Mulheres

NOTA INFORMATIVA Nº 3/2022-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Informações sobre a construção da Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). A Rami foi construída baseada na necessidade de atualização e ampliação da rede existente, trazendo os preceitos de segurança e qualidade como pilares inerentes à humanização. Os dados epidemiológicos históricos no Brasil já indicavam a necessidade de elaborar diferentes estratégias de enfrentamento da mortalidade materna e infantil em um país de dimensões continentais.

2. **ANÁLISE**

2.1. A política de rede que já fomentava a humanização, necessitava, em sua implementação, ampliar suas ações na garantia de serviços essenciais que ainda estavam ausentes, além de fortalecer os serviços já existentes e que se mostraram eficazes, de boa aceitação nos territórios e custo-eficazes ao recurso público.

2.2. Durante a construção da Rami, houve alinhamento entre as áreas técnicas do Ministério da Saúde e a área técnica dos Conselhos Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Nacional de Secretários de Saúde (Conass). As justificativas para as propostas trazidas pela Rami são baseadas em dados epidemiológicos e evidências científicas e são embasadas, também, nas informações obtidas das próprias bases do Ministério da Saúde sobre o cenário atual da rede materna e infantil do País.

2.3. A Portaria GM/MS nº 715, publicada no DOU, dia 4 de abril de 2022, é a primeira de duas portarias. Ela institui a rede, trazendo o entendimento de que a Rami mantém e fortalece os serviços existentes, além de ampliar o cuidado a novos serviços. A primeira normativa contém, de forma atualizada, os princípios, as diretrizes, os objetivos, as ações estratégicas a serem desenvolvidas por cada componente, a competência dos entes, os serviços que constituem a rede e o monitoramento. O artigo 24 da mesma portaria traz todos os serviços da Rede cegonha e os incorpora na Rami.

2.4. A segunda portaria contará com os critérios de habilitação dos serviços e o financiamento. Nesse momento, o Ministério da Saúde ainda se mostra disponível para receber contribuições e pactuar com os conselhos. Solicita-se que esse assunto seja avaliado com a urgência que lhe cabe e como pactuado em agosto de 2021.

2.5. Ademais, esclarecemos que nenhuma classe profissional terá o seu cenário de trabalho restringido. Pelo contrário, o foco está no estímulo à equipe multiprofissional, com base nas claras evidências científicas de que este modelo é o que fornece maior segurança, qualidade e humanização à assistência e fomenta a cultura da paz.

2.6. Os centros de parto normal intra-hospitalares continuam com toda a equipe de enfermeiros e técnicos necessários ao cuidado. No entanto, contarão agora com o apoio do médico, estratégia que fomenta a importância e a segurança da equipe multiprofissional completa e vinte e quatro horas disponível e o envolvimento de todas as classes profissionais no estímulo à cultura da paz no cenário de parto e nascimento.

2.7. Sobre os centros de parto peri-hospitalares, o cenário apresentado, para a decisão regulatória de não fomentar novas habilitações, foi baseado em dados nacionais do Ministério da Saúde:

2.7.1. 87% dos recursos federais destinados às obras foram devolvidos à União.

2.7.2. Dos serviços habilitados, mais de 70% não cumprem com todos os requisitos mínimos para manutenção da habilitação. A portaria mantém a habilitação desses serviços e a área técnica visa oferecer apoio para regularização e manutenção da assistência.

2.7.3. Existência de processos jurídicos que expõem definições inseguras sobre o tema.

2.8. **Há dois pontos que não chegaram ao alinhamento completo das áreas técnicas:**

2.8.1. A idade da população infantil para ações da Rede: o Ministério justificou que a estratégia utilizada para construção da Rami foi baseada em dados epidemiológicos que mostram que a maior mortalidade infantil se concentra nos primeiros anos de vida e, por isso, manteve a idade de enfoque já trabalhada na Rede cegonha. Outros pontos abordados:

2.8.1.1. 25% dos óbitos infantis ocorrem nas primeiras 24 horas de vida;

2.8.1.2. 54% dos óbitos infantis ocorrem até os primeiros 6 dias de vida;

2.8.1.3. 52% dos óbitos infantis são derivados de fatores maternos e perinatais.

2.8.2. Fonte das diretrizes do cuidado: o Ministério avaliou a sugestão de utilizar protocolos locais de orientação do cuidado materno e infantil. A pasta, porém, decidiu permanecer com as diretrizes federais, com base no compromisso que assume em atualizar seus manuais e notas técnicas de forma célere, e também, com base em sua responsabilidade de ser a indutora de políticas públicas brasileiras.

2.9. **Outros pontos sugeridos pelos entes que foram incluídos na Rami:**

2.9.1. **Inclusão do Aneo:** Ambulatório Especializado para Recém-Nascidos e Crianças egressos da Unidade Neonatal

2.9.2. Com base em dados epidemiológicos, esse componente se mostrou necessário para a integralidade do cuidado infantil, em que bebês prematuros necessitam de serviços que ofereçam cuidados multiprofissionais e especializados, de forma ágil e oportuna.

2.9.3. Estima-se que de 11 a 15% da população de nascidos vivos necessitam desse cuidado, sendo esse o público de maior mortalidade infantil.

2.9.4. A Rami disponibilizará incentivo financeiro federal para o Aneo, ação que visa fortalecer estratégias bem desenvolvidas para combater a mortalidade infantil, como o Método Canguru.

2.9.5. A proposta é de 600 mil reais/ano para custeio.

2.9.6. Dentre os critérios essenciais para recebimento de recurso é o oferecimento de serviço especializado, contendo, entre outros profissionais, médicos e enfermeiros que trabalham em conjunto.

2.10. **Incentivo financeiro federal para Ambulatórios de Alto Risco Gestacional (Agar)**

2.10.1. Essa estratégia visa fomentar a integralidade do cuidado à gestante. A literatura indica que, pelo menos 15% das gestantes, de um território, necessitam de cuidados especializados, evidenciado claramente risco de mortalidade desse binômio materno e fetal.

2.10.2. Os dados epidemiológicos corroboram a alta taxa de morte fetal do País. Infelizmente, esses dados ainda são subnotificados.

2.10.3. A proposta é de destinar R\$ 1,2 milhão/ano para o custeio desses serviços.

2.10.4. Os critérios essenciais para recebimento de recurso é o oferecimento de serviço especializado, contendo, entre outros profissionais, médicos e enfermeiros que trabalham em conjunto.

2.11. **Ampliação do componente CGBP (Casa de Gestante Bebê e Puérpera)**

2.11.1. A Rede Cegonha disponibilizava a habilitação CGBP apenas a maternidades de alto risco gestacional.

2.11.2. A Rami considera os diversos territórios e as diversas realidades e amplia a disponibilização da habilitação para maternidades de baixo risco.

2.11.3. Baseado no desenho macrorregional das redes de saúde, esse serviço mostra-se de grande importância no apoio à permanência extradomiciliar do público materno e infantil quando necessitar de assistência hospitalar qualificada.

2.12. **Outras melhorias propostas:**

2.12.1. **Incentivo financeiro federal para qualificar maternidades com produção acima de 500 partos/ano**

2.12.1.1. Essa estratégia visa auxiliar mais de 700 serviços já existentes, de forma ágil, a conseguirem implementar ou manter critérios de segurança, qualidade e humanização para gestantes, puérperas e recém-nascidos.

2.12.1.2. Baseado em evidência científica, o modelo fomenta a organização dos serviços que apresentam produção de pelo menos de 1 a 2 partos diários, justificando esse corte como o mínimo necessário ao desenvolvimento de expertises necessárias ao cuidado seguro e de qualidade no cenário de parto e nascimento.

2.12.1.3. A amplitude da estratégia é de qualificar mais de 80% dos partos que ocorrem no País.

2.12.2. Exemplo de critérios solicitados:

2.12.2.1. Presença de equipe multiprofissional completa e 24h nas dependências do hospital, contendo minimamente: médico obstetra, pediatra, anestesiológico, enfermeiro obstetra, técnicos de enfermagem.

2.12.2.2. Insumos mínimos necessários a intercorrências relacionadas às principais causas de morte materna e infantil: anti-hipertensivos, antibióticos, ocitocina, anestésicos, analgésicos, acelerados de maturidade pulmonar;

2.12.2.3. Ambiência adequada para o parto com área de deambulação e instrumentos de monitorização do bebê, estrutura para acompanhante, estrutura para alojamento conjunto, leito de estabilização de intercorrência à mulher e à criança.

2.12.2.4. Protocolos de risco implantados, serviço de laboratório, serviço de ultrassonografia, centros cirúrgicos equipados.

2.12.3. Os incentivos propostos são divididos em 3 portes baseados na produção de partos anuais, sendo estes vaginais e cesarianos.

2.12.3.1. MAB porte I - Produção acima de 500 partos, disponível custeio de 500 mil/ano;

2.12.3.2. MAB porte II – Produção acima de 1.200 partos, disponível custeio de 700 mil/ano;

2.12.3.3. MAB porte III – Produção acima de 2.400 partos, disponível custeio de 1 milhão/ano;

2.13. **Aumento em 3x o incentivo federal de custeio aos testes rápidos de gravidez (TRG)**

2.13.1. Importância da estratégia como marco do início da política: identificar a gestante e avaliar o risco para desfechos graves durante todo o pré-natal.

2.13.2. Estratégia fortalece o conceito da identificação precoce das gestantes e permite o acompanhamento, de forma mais segura, em toda a rede de saúde.

2.14. **Componentes mantidos:**

2.14.1. Leitos de UTIN, UCINCO E UCINCA

2.14.2. Leitos GAR

2.14.3. CGBP

2.14.4. CPN intra-hospitalar

2.15. **Monitoramento Rami**

2.15.1. É responsabilidade do Ministério da saúde a de acompanhar a produção dos serviços por meio dos dados que eles produzem a fim de subsidiar decisões estratégicas de apoio aos entes subnacionais.

2.15.2. O monitoramento proposto foi desenhado com base no estudo das informações de mais de onze anos da Rede cegonha.

2.15.3. Quinze indicadores foram selecionados para auxiliar a produção de dados e informações que embasarão novas ações estratégicas que visem à ampliação e ao fortalecimento da Rami.

2.15.4. Quatro indicadores são do Programa Previne Brasil, relacionados à saúde materna e infantil e que fortalecem a importância da identificação e captação precoce das gestantes do território; à frequência e manutenção das consultas de pré-natal; à identificação precoce e ao tratamento de sífilis e HIV; e ao e pré-natal odontológico.

2.15.5. Criação de procedimentos para monitoramento da produção de serviços, objetivando o estudo da regionalização de saúde e produção de informação para apoio estratégico aos entes subnacionais.

## 2.16. **Criação da Câmara Técnica Assessora**

2.16.1. Estratégia proposta para prestar apoio frequente aos entes subnacionais e realizar debate oportuno dos novos desafios advindos da ampliação da rede.

2.16.2. A pasta visa cumprir seu papel de indutora de políticas de forma democrática, ágil e oportuna.

## 2.17. **Sem disponibilidade de novas habilitações**

### 2.17.1. **CPNp – (Centros de Parto Normal peri-hospitalar):**

2.17.1.1. Baseado em dados nacionais, segue informações que apoiaram a decisão regulatória:

- 87% dos recursos federais destinados às obras foram devolvidos à União.
- Dos serviços habilitados, mais de 70% não cumpriam com todos os requisitos mínimos para manutenção da habilitação. A pasta visa oferecer apoio para regularização desses serviços e manutenção da assistência.
- Existência de processos jurídicos que expõem definições inseguras sobre o tema.

### 2.17.2. **Leitos GAR tipo I- (leitos de gestação de alto risco tipo I)**

- Os leitos de gestação de alto risco tipo I (GAR I) não apresentavam critérios para habilitação e monitoramento, como quantidade mínima de procedimentos a serem realizados anualmente. Sendo assim, esse serviço era uma maneira de repasse de recursos para as instituições sem regulamentação federal.
- O leito GAR tipo II atende as necessidades das gestantes e puérperas nesse tipo de assistência e, sendo assim, manteve-se apenas essa possibilidade de habilitação para maternidades que atendem as gestantes de alto risco.

## 2.18. **Benefícios à enfermagem:**

2.18.1. A classe profissional da enfermagem foi ampliada com a atuação nos seguintes serviços da Rami:

2.18.1.1. Expansão das CGBP (Casa de Gestante Bebê e Puérpera) para maternidades de baixo risco gestacional: serviço que conta com a expertise da enfermagem em monitorar mães e bebês.

2.18.1.2. Criação do Ambulatório de Alto Risco Gestacional (Agar): serviço que deve disponibilizar a expertise de médicos e enfermeiros no cuidado a gestantes de alto risco gestacional.

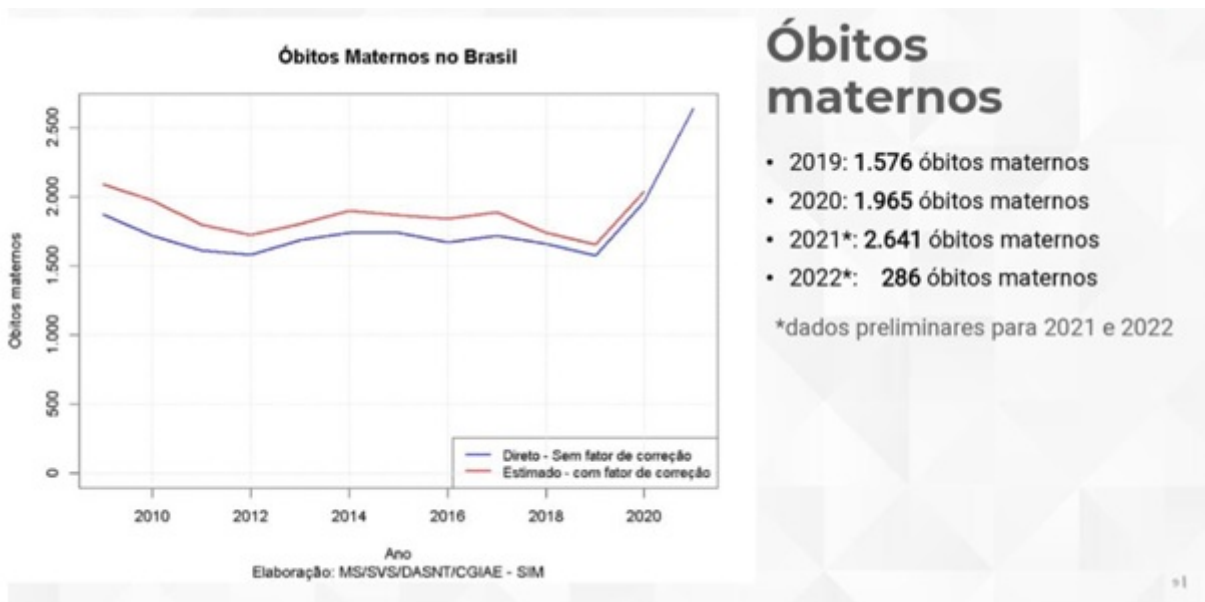
2.18.1.3. Criação do Ambulatório Especializado para Recém-Nascido e Criança Egressos da Unidade Neonatal (Aneo): serviço que deve disponibilizar a expertise de médicos e enfermeiros no cuidado às

crianças que necessitaram de serviços especializados.

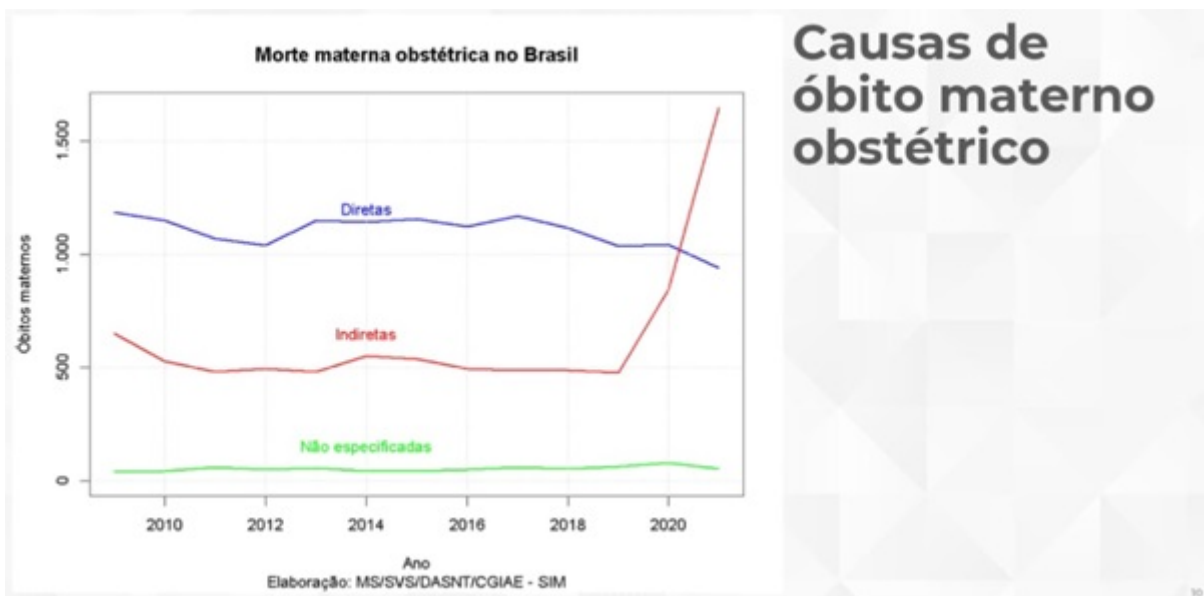
2.18.1.4. Manutenção da atuação da enfermagem nos centros de parto normal (CPNi) como coordenadora do cuidado, tendo o médico obstetra e pediatra como apoio nos casos de intercorrências obstétricas e neonatais.

### 3. CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

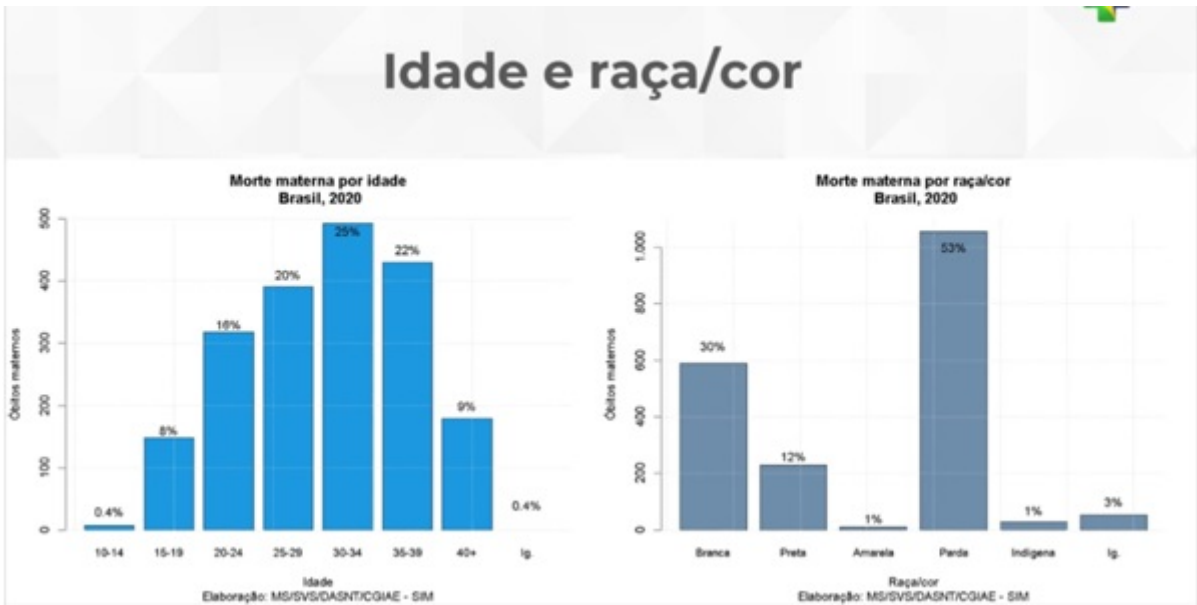
3.1. Os índices de óbitos maternos não diminuíram durante os onze anos da Rede cegonha; esses dados impulsionaram a ampliação da Rede para novos serviços fundamentais e fortalecimento dos já existentes que obtiveram bons resultados.



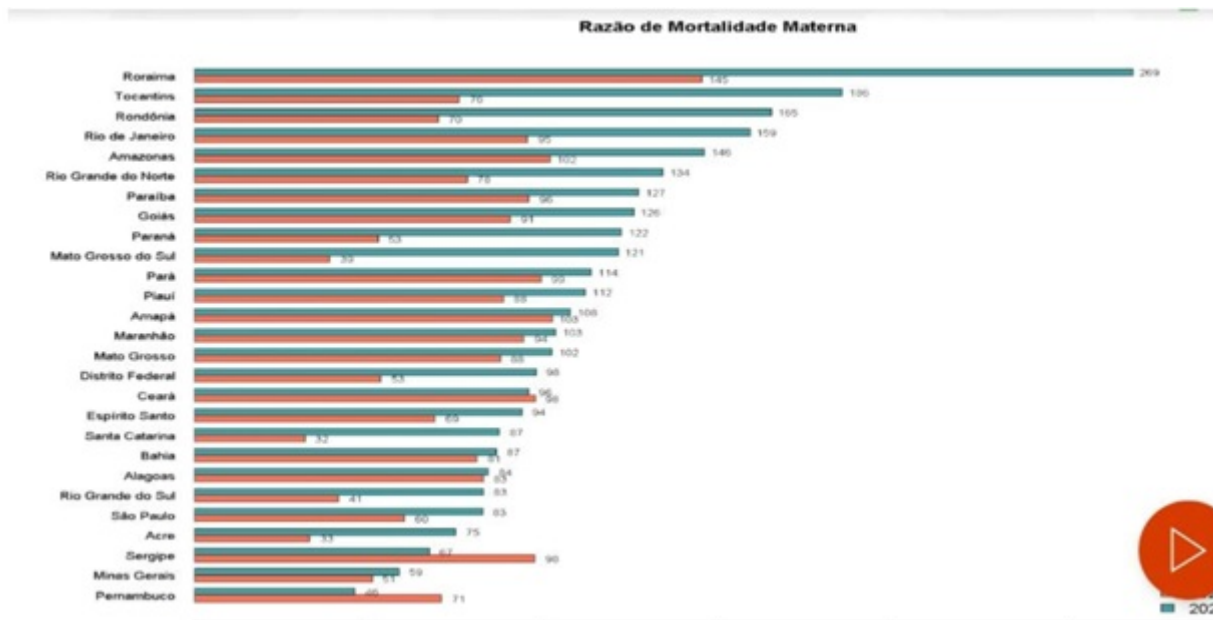
3.2. As causas diretas permanecem como as que mais matam, evidenciando que a assistência sempre deve ser segura e de qualidade.



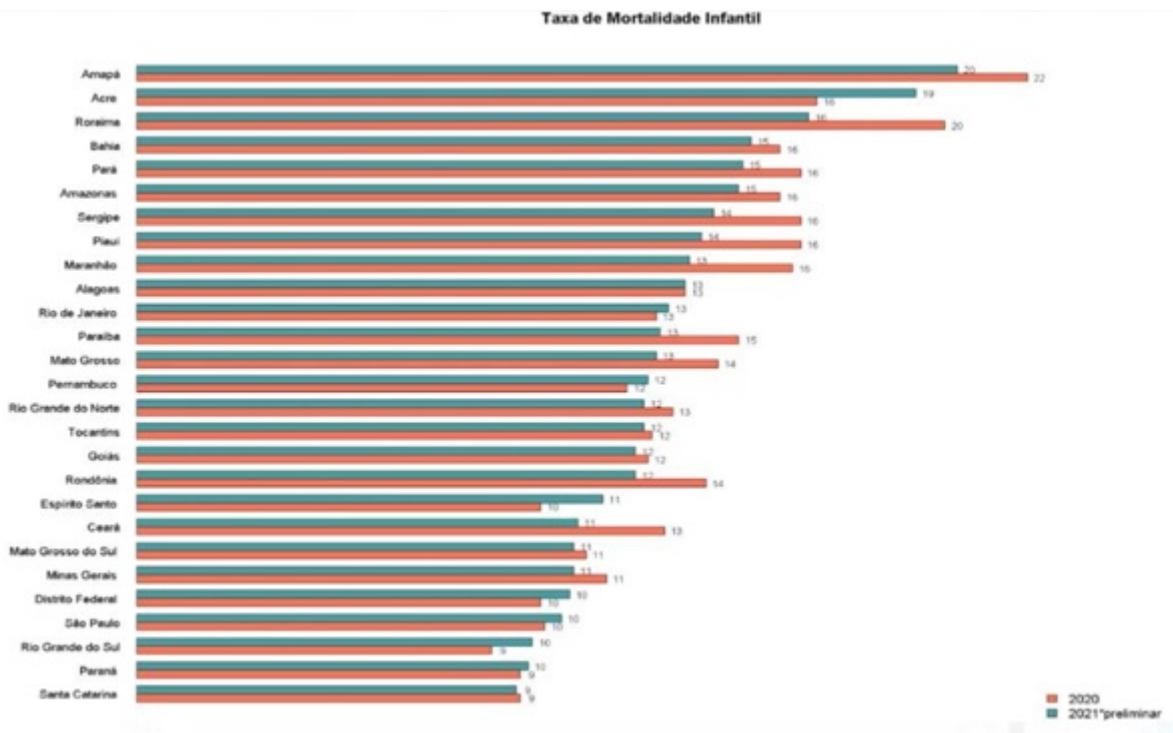
3.3. A mortalidade materna é mais prevalente em mulheres pardas de 30 a 34 anos.



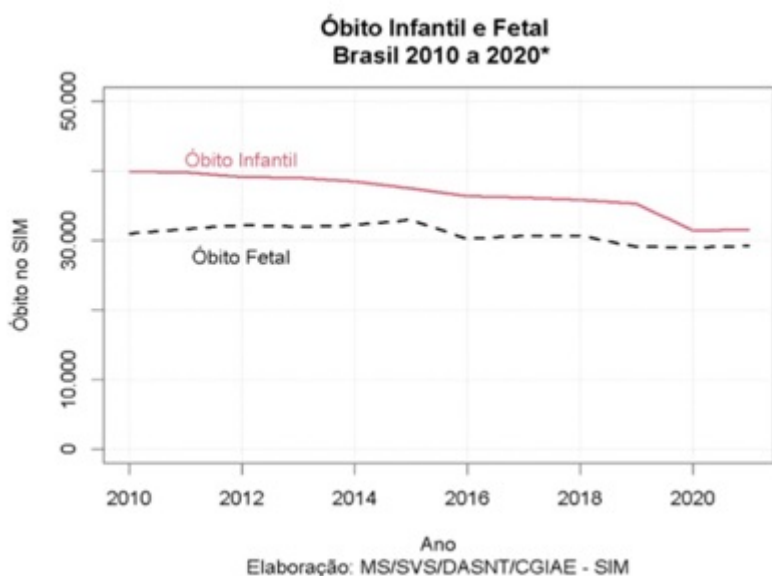
3.4. Altas razões de mortalidade materna (dados preliminares) justificam ações estratégicas oportunas, como criação do Agar e MAB.



3.5. Aumento das taxas de mortalidade infantil (dados preliminares) justificam ações estratégicas oportunas, como criação do Aneo e MAB.



3.6. Dado demonstra que os números de óbitos fetais, no Brasil, são significativos, porém não são incluídos no cálculo da taxa de mortalidade infantil. Esses dados impulsionaram a criação do Ambulatório de Gestão de Alto Risco (AGAR).



Slide 2

## Óbito no SIM em 2020:

Infantil: 31.439  
Fetal: 28.993

## Óbito no SIM em 2021\*:

Infantil: 31.558  
Fetal: 29.171

\*dados preliminares para 2021

3.7. Taxas de mortalidades brasileiras em comparação com as metas pactuadas na agenda 2030.

Indicadores Pactuados	2015	2019	2020	2030 Meta Brasil	2030 Meta Mundial
Mortalidade Materna	62	57,9	74,7	30	70
Mortalidade Neonatal	9,4	9,2	8,8	5	12
Mortalidade na Infância (menos de 5 anos)	15,8	14,4	14	8	25

#### 4. CONCLUSÃO

4.1. As informações e dados apresentados apontam a necessidade de reestruturar a rede de atenção materna e infantil do País, sendo esta a iniciativa que vem ao encontro da urgente necessidade de estabelecer **novas ações e serviços que reduzam, de forma mais ágil, os óbitos maternos e infantis do Brasil.**

4.2. O Ministério da Saúde **aportou recursos no valor de R\$ 624 milhões** ao financiamento anterior de R\$ 977 milhões, para **qualificação de serviços existentes** e, sobretudo, aportando recursos **em serviços que não estavam contemplados na rede.**

4.3. **O Ministério da Saúde do Brasil informa que reorganiza a Rede de Atenção Materna e Infantil com o objetivo de reduzir as mortalidades materna e infantil enquanto compromisso desta uma nação.**



Documento assinado eletronicamente por **Lana de Lourdes Aguiar Lima, Diretor(a) do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas substituto(a)**, em 12/04/2022, às 19:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Raphael Camara Medeiros Parente, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 12/04/2022, às 21:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0026369042** e o código CRC **6EA0DB44**.

Brasília, 12 de abril de 2022.