

GESTÃO DE ALTO RISCO - GAR

Conjunto de ações e serviços que abrange a atenção humanizada à gestante de alto risco, ao recém-nascido de risco e à puérpera de risco, ofertando atenção integral e em tempo oportuno, considerando as condições clínicas, socioeconômicas e demográficas envolvidas, bem como as especificidades loco-regionais da rede de saúde.

FLUXO DE HABILITAÇÃO DE GESTÃO DE ALTO RISCO

Fluxo para municípios de Gestão Plena:

- 1) O Gestor de Saúde municipal para requerer, seja habilitação GAR Tipo I seja Tipo II, deverá atender a todos requisitos e critérios dos artigos 47 (estrutura e organização) e 48 (estrutura, equipe e apoio e diagnóstico) constantes na PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017.
 - a. Para serem habilitados como estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 2, além dos critérios previstos no art. 47(estrutura e organização), os estabelecimentos hospitalares de saúde deverão cumprir também os requisitos do artigo 49 (taxa de cesariana e composição de equipe além de médico obstetra e enfermeiros etc)
 - b. Compete ao município à inserção, o monitoramento/acompanhamento do processo junto ao SAIPS - SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE.

Atenção: Para a inserção dos documentos no SAIPS, nos casos de municípios que possuem menos de 300 mil habitantes há a necessidade de solicitar a liberação do acesso para a Rede Cegonha no SAIPS (saips@saude.gov.br).

- **ATENÇÃO:** Conforme orientações do Ministério da Saúde, informamos que toda documentação anexada às propostas SAIPS deve ter data máxima de até 06 meses para ser válida para aprovação.
- **Toda** proposta cadastrada, caso haja diligência tem ate 90 dias para adequação, caso contrario será necessário novo cadastro de proposta com documentação dentro da validade.

- c. Compete também ao município o encaminhamento da solicitação de habilitação de GAR à Coordenação de Atenção à Saúde – CAS, que encaminha para ciência da Coordenação Materno Infantil - CMI o status do processo, uma vez que todo tramite é feito entre o gestor municipal e Ministério da Saúde via SAIPS .
- 2) Conforme o artigo 50 da portaria de consolidação nº 3, a solicitação de habilitação será encaminhada à Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres (CGSM/DAPES/SAS/MS) pelo gestor de saúde municipal, acompanhada dos seguintes documentos descritos abaixo. Frisamos que todas as informações necessárias estão disponíveis no site do SAIPS - SISTEMA DE APOIO À IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE, para acesso, visite o site (<https://www.saude.gov.br/repasses-financeiros/saips/areas-tecnicas>). Os formulários também estão anexos a este documento.
- a. O cadastrador da proposta deverá solicitar ao Gestor municipal sua liberação para acesso ao SAIPS. As orientações para solicitar acesso ao cadastrador estão na página nº4 do manual SAIPS.
 - b. **Senha de Acesso do Gestor** é a obtida na **Divisão de Convênio – DICON do MS** (mesma senha utilizada para acessar o sistema de cadastro de proposta do Fundo Nacional de Saúde); caso tenha esquecido a senha, entre em contato com a DICON de seu estado.

Dos documentos à anexar

- a. Ofício de solicitação para solicitação de habilitação do estabelecimento hospitalar de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 1 ou Tipo 2;
- b. Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que contemple a inclusão do estabelecimento hospitalar na Rede Cegonha e pactuação de atendimento em UTI Adulto, quando necessária;
- c. Declaração do gestor de saúde Municipal que ateste a existência dos recursos humanos e da infraestrutura para o funcionamento do serviço hospitalar de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco solicitado, de acordo com os critérios de habilitação previstos.

- d. Relatório de vistoria realizada in loco pela Vigilância Sanitária local.
- Atenção ao prazo de validade do documento.
- e. Anexar declaração assinada contendo o total de partos cesáreos e normais realizados nos últimos 02 anos (conforme SIH e com seus respectivos desfechos).

Observação nº 1: Atenção especial para as páginas 13 a 18 do manual do SAIPS em que são apresentadas as questões específicas de cada tipo de habilitação GAR (Tipo I ou II; estrutura do serviço, não havendo hierarquização entre eles).

Observação nº 2: A CGSM/DAPES/SAS/MS emitirá parecer conclusivo sobre a solicitação de habilitação encaminhada. A habilitação dos estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco poderá ser cancelada ou suspensa a qualquer momento se descumprido qualquer requisito previsto.

Observação nº 3: O passo a passo para o cadastro da proposta de habilitação no SAIPS está disponível no manual do SAIPS, anexo a este documento.

Observação nº 4: Atentar para a RESOLUÇÃO SES/MG Nº 6.818, DE 21 DE AGOSTO DE 2019 que Redefine as diretrizes de custeio diferenciado do componente Parto e Nascimento do Programa Rede Cegonha, no âmbito do Estado de Minas Gerais.

Demais Dúvidas e mais informações deverão ser enviadas por e-mail para:
saude.mulher@saude.gov.br

No campo Assunto deverá ser colocado: **Dúvidas e Informações SAIPS/GAR**

Fluxo para municípios de Gestão Estadual:

- 1) O Gestor de Saúde municipal para requerer, seja habilitação GAR Tipo I seja Tipo II, deverá atender a todos os requisitos e critérios dos artigos 47 (estrutura e organização) e 48 (estrutura, equipe e apoio e diagnóstico) constantes na PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017.
 - a) Para serem habilitados como estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 2, além dos critérios previstos no art. 47(estrutura e organização), os estabelecimentos hospitalares de saúde deverão cumprir também os requisitos do artigo 49 (taxa de cesariana e composição de equipe além de médico obstetra e enfermeiros etc)
 - b) Compete ao CMI a inserção, o monitoramento/acompanhamento do processo junto ao SAIPS - SISTEMA DE APOIO   IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE após o recebimento de toda documentação do município/instituição pleiteante.
 - **ATENÇÃO:** Conforme orientações do Ministério da Saúde, informamos que toda documentação anexada às propostas SAIPS deve ter data máxima de até 06 meses para ser válida para aprovação.
 - **Toda** proposta cadastrada, caso haja diligência tem ate 90 dias para adequação, caso contrario será necessário novo cadastro de proposta com documentação dentro da validade.
- 2) Conforme o artigo 50 da portaria de consolidação n  3 (página 26), a solicitação de habilitação será encaminhada à Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres(CGSM/DAPES/SAS/MS) pelo gestor de saúde estadual, acompanhada dos seguintes documentos descritos abaixo. Frisamos que todas as informações necessárias estão disponíveis no site do SAIPS - SISTEMA DE APOIO   IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS EM SAÚDE, para acesso, visite o site (<https://www.saude.gov.br/repasses-financeiros/saips/areas-tecnicas>). Os formulários também estão anexos a este documento.

- a) O cadastrador da proposta deverá solicitar ao Gestor sua liberação para acesso ao SAIPS. As orientações para solicitar acesso ao cadastrador estão na página nº4 do manual SAIPS.
- b) **Senha de Acesso do Gestor** é a obtida na **Divisão de Convênio – DICON do MS** (mesma senha utilizada para acessar o sistema de cadastro de proposta do Fundo Nacional de Saúde); caso tenha esquecido a senha, entre em contato com a DICON de seu estado.

Dos documentos à anexar

- a. Ofício de solicitação para solicitação de habilitação do estabelecimento hospitalar de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 1 ou Tipo 2;
- b. Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que contemple a inclusão do estabelecimento hospitalar na Rede Cegonha e pactuação de atendimento em UTI Adulto, quando necessária;
- c. Declaração do gestor de saúde estadual ou Municipal que ateste a existência dos recursos humanos e da infraestrutura para o funcionamento do serviço hospitalar de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco solicitado, de acordo com os critérios de habilitação previstos
- d. Relatório de vistoria realizada in loco pela Vigilância Sanitária local.
 - Atenção ao prazo de validade do documento.
- e. Anexar declaração assinada contendo o total de partos cesáreos e normais realizados nos últimos 02 anos (conforme SIH e com seus respectivos desfechos).

Observação nº 1: Atenção especial para as páginas 13 a 18 do manual do SAIPS em que são apresentadas as questões específicas de cada tipo de habilitação GAR (Tipo I ou II; estrutura do serviço, não havendo hierarquização entre eles).

Observação nº 2: A CGSM/DAPES/SAS/MS emitirá parecer conclusivo sobre a solicitação de habilitação encaminhada. A habilitação dos estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco poderá ser cancelada ou suspensa a qualquer momento se descumprido qualquer requisito previsto.

Observação nº 3: O passo a passo para o cadastro da proposta de habilitação no SAIPS está disponível no manual do SAIPS, anexo a este documento.

Observação nº 4: Atentar para a RESOLUÇÃO SES/MG Nº 6.818, DE 21 DE AGOSTO DE 2019 que Redefine as diretrizes de custeio diferenciado do componente Parto e Nascimento do Programa Rede Cegonha, no âmbito do Estado de Minas Gerais.

Base legal

- **PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017 (Origem: PRT MS/GM 1020/2013)**

Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.

Seção II Da Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência à Gestação de Alto Risco (página 24)

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html

- **PORTARIA Nº 1.020 DE 29 DE MAIO DE 2013**

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html



SAÚDE



**MINAS
GERAIS**

GOVERNO
DIFERENTE.
ESTADO
EFICIENTE.

ANEXOS

(Estes arquivos estão disponíveis no site da SES no formato editável)

Papel Timbrado

SECRETARIA DE SAÚDE
(ESTADUAL, MUNICIPAL ou DF)

Ofício nº _____

Local/Data

À Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres – CGSMU/DAPES/SAS/MS

Senhora Coordenadora,

Solicitamos a habilitação do(a) _____ (*nome do hospital/maternidade*), CNES nº _____, Unidade sob gestão _____ (*estadual ou municipal*), como Serviço de Referência na Atenção à Saúde em Gestação de Alto Risco (GAR), Tipo ____ (*1 ou 2*), em conformidade com o Anexo II, Título III da Portaria de Consolidação/GM/MS nº 3, de 28/09/2017.

Informamos que a referida unidade hospitalar integra o Plano de Ação Regional da Rede Cegonha (PAR-RC) da _____ (*nome da região de saúde*), contemplada pela Portaria GM/MS nº ____, de __/__/__, conforme Deliberação CIB nº ____, de __/__/__.

Atenciosamente,

SECRETÁRIO DE SAÚDE
(estado, município ou do DF)

Papel Timbrado

SECRETARIA DE SAÚDE
(ESTADUAL, MUNICIPAL ou DF)

DECLARAÇÃO
HABILITAÇÃO EM GAR TIPO __ (1 ou 2)

Declaro, para fins de habilitação do(a) _____ (*nome do hospital/maternidade*), CNES nº _____, como Serviço de Referência na Atenção à Saúde em Gestação de Alto Risco (GAR), tipo __ (*1 ou 2*) que o estabelecimento cumpre integralmente os requisitos exigidos no Anexo II, Título III da Portaria de Consolidação/GM/MS nº 3, de 28/09/2017.

Local/Data,

SECRETÁRIO DE SAÚDE
(estado, município ou do DF)

Papel Timbrado

SECRETARIA DE SAÚDE
(ESTADUAL, MUNICIPAL ou DF)

DECLARAÇÃO
GARANTIA DE FORNECIMENTO DE HEMOCOMPONENTES

Declaro, para fins de cumprimento do requisito documental a que se refere no Anexo II, Título III da Portaria de Consolidação/GM/MS nº 3, de 28/09/2017, que o(a) _____ (*nome do hospital/maternidade*), CNES nº _____, disponibiliza hemocomponentes 24h/dia nos 07 dias da semana. (*informar se os hemocomponentes são fornecidos pelo próprio estabelecimento ou informar os dados do documento de formalização de seu fornecimento nos termos da Portaria nº 1.353/GM/MS, de 13 de junho de 2011 e da Resolução da Diretoria Colegiada nº 151, de 21 de agosto de 2011 da ANVISA*).

Local/Data,

SECRETÁRIO DE SAÚDE
(estado, município ou do DF)

Papel Timbrado

SECRETARIA DE SAÚDE
(ESTADUAL, MUNICIPAL ou DF)

DECLARAÇÃO

**POSTO DE LEITE PRÓPRIO COM PACTUAÇÃO A BANCO DE LEITE
(SOMENTE PARA HABILITAÇÃO EM GAR TIPO 2)**

Declaro, para fins de cumprimento do requisito a que se refere o Anexo II, Título III, Portaria de Consolidação/GM/MS nº 3, de 28/09/2017 para habilitação como Serviço de Referência no Atendimento à Gestação de Alto Risco Tipo 2, que o(a) _____ (*nome do hospital/maternidade*), CNES nº _____, possui Posto de Coleta de Leite Humano próprio, em funcionamento, com fluxos e rotinas aprovadas pela Vigilância Sanitária local e referência pactuada ao Banco de Leite Humano situado no _____ (*nome do hospital/maternidade com pactuação, município/cidade*).

Local/Data,

SECRETÁRIO DE SAÚDE
(estado, município ou do DF)

Papel Timbrado

SECRETARIA DE SAÚDE
(ESTADUAL, MUNICIPAL ou DF)

PLANO DE REDUÇÃO DE PARTOS CESÁREOS
HABILITAÇÃO EM GAR TIPO 1

Declaro, para fins de habilitação do(a) _____ (*nome do hospital/maternidade*), CNES nº _____, como Serviço de Referência no Atendimento à Gestação de Alto Risco Tipo 1, que a instituição praticou nos últimos 02 (dois) anos, a taxa de ____% de partos cesáreos.

Pactua-se, dessa forma, o compromisso de Redução de Partos Cesáreos de 10%/ano a fim de que a taxa de 30% seja alcançada até _____ (*ano*), nos termos Anexo II, Título III, Portaria de Consolidação/GM/MS nº 3, de 28/09/2017.

Para tanto, apresentamos a seguir o **Plano de Redução de Partos Cesáreos**: (*detalhar todo o plano proposto pelo estabelecimento de saúde com descrição das atividades propostas, profissionais envolvidos, prazos para o alcance da taxa estabelecida de 30%...*).

Local/Data,

SECRETÁRIO DE SAÚDE
(estado, município ou do DF)

Papel Timbrado

SECRETARIA DE SAÚDE
(ESTADUAL, MUNICIPAL ou DF)

PLANO DE REDUÇÃO DE PARTOS CESÁREOS
HABILITAÇÃO EM GAR TIPO 2

Declaro, para fins de habilitação do(a) _____ (*nome do hospital/maternidade*), CNES nº _____, como Serviço de Referência no Atendimento à Gestação de Alto Risco Tipo 2, que a instituição praticou nos últimos 02 (dois) anos, a taxa de ____% de partos cesáreos.

Pactua-se, dessa forma, o compromisso de Redução de Partos Cesáreos de 10%/ano a fim de que a taxa de 35% seja alcançada até _____ (*ano*), nos termos Anexo II, Título III, Portaria de Consolidação/GM/MS nº 3, de 28/09/2017.

Para tanto, apresentamos a seguir o **Plano de Redução de Partos Cesáreos**: (*detalhar todo o plano proposto pelo estabelecimento de saúde com descrição das atividades propostas, profissionais envolvidos, prazos para o alcance da taxa estabelecida de 35%...*).

Local/Data,

SECRETÁRIO DE SAÚDE
(estado, município ou do DF)

Papel Timbrado

SECRETARIA DE SAÚDE
(ESTADUAL, MUNICIPAL ou DF)

DECLARAÇÃO
DISPONIBILIZAÇÃO DE UCINCO
(SOMENTE PARA HABILITAÇÃO EM GAR TIPO 1)

Declaro, em conformidade com o que estabelece o Anexo II, Título III da Portaria de Consolidação/GM/MS nº 3, de 28/09/2017, que será disponibilizada Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCO) própria no prazo máximo de até 01 (um) ano da data de habilitação do(a) _____
(nome do hospital/maternidade), CNES nº _____ como Referência no Atendimento à Gestação de Alto Risco Tipo 1.

Local/Data,

SECRETÁRIO DE SAÚDE
(estado, município ou do DF)

Papel Timbrado

SECRETARIA DE SAÚDE
(ESTADUAL, MUNICIPAL ou DF)

DECLARAÇÃO

**DISPONIBILIZAÇÃO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL – UTIN
(SOMENTE PARA HABILITAÇÃO EM GAR TIPO 2)**

Declaro, em conformidade com o que estabelece o Anexo II, Título III da Portaria de Consolidação/GM/MS nº 3, de 28/09/2017, que será disponibilizada Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) própria no prazo máximo de até 01 (um) ano da data de habilitação do(a) _____ (*nome do hospital/maternidade*), CNES nº _____ como Serviço de Referência no Atendimento à Gestação de Alto Risco Tipo 2.

Local/Data,

SECRETÁRIO DE SAÚDE
(estado, município ou do DF)