

ATA DA 1ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DA CIB/RJ

Aos 21 dias do mês de julho de 2011, reuniu-se às 14 horas, no auditório da SES no 11º andar, sala 1.120, localizado na Rua México, nº 128, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB/RJ) constituída pelos seguintes membros efetivos e suplentes da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (**SES**): Dra Monique Fazzi (Subsecretária Geral); Dr.ª Olinda Fabiani Cardoso Gil (Assessoria Parlamentar); Ana Paula Liberal (Chefe Técnica da Subsecretaria Geral); Dr.ª Natália Dias da Costa Alves (Superintendente de Vigilância Sanitária); Dra Marília Monteiro Alvim (Chefe de Departamento); Dra Mônica Morrissy Martins Almeida (Superintendente de Atenção Básica); Dr.ª Luzia Lamosa Arantes (Superintendente de Atenção Especializada, Controle e Avaliação); Mônica Clemente Machado (Assessora Chefe de Integração Regional); Dr.ª Andréia Cristina de Farias Mello (Coordenadora Geral de Educação em Saúde e Gestão Participativa); Alexandre – Madastavicius (Coordenador Estadual de Regulação); Carolina Lazzarotto, (Superintendente de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos); Hellen Harumi Miyamoto (Subsecretária de Vigilância em Saúde) e Dra Márcia Regina da Silva Freitas (Assessora da Subsecretaria de Atenção à Saúde). Membros efetivos e suplentes do COSEMS: Dra Maria Juraci Andrade Dutra (SMS de Rio Bonito); Dr.ª Maria da Conceição Souza Rocha (SMS de Piraí); Dr.ª Suely das Graças Alves Pinto (Secretária Municipal de Saúde de Volta Redonda); Anamaria Carvalho Schneider (Subsecretária Geral do Município do Rio de Janeiro); Fábio Volnei Stasiaki (SMS de Japeri); Marcelli Mollin Goulart (SMS de Itaocara) e Maricelma Datore (Secretária Municipal de Saúde de Angra dos Reis).

I – Apresentação – 1. Apresentação e análise da Matriz Diagnóstica do Estado elaborada de acordo com Matriz Diagnóstica (Anexo I da Portaria 1.459) Dr. Alfredo Scaff iniciou dizendo que a Matriz Diagnóstica consiste em quatro grupos de indicadores dos quais fazem parte: Mortalidade e Morbidade, Atenção, Situação da capacidade hospitalar instalada e de Gestão. Falou que a planilha de distribuição destes e outros indicadores foram encaminhados aos CGR's para que os municípios, tendo uma contraposição destas informações, possam incorporar a esta planilha. Lembrou que o Ministério da Saúde utilizará as mesmas planilhas desta forma, ao serem constatadas diferenças em seus indicadores os municípios deverão ao mesmo tempo em que alterar as planilhas, justificar junto ao Ministério da Saúde as alterações, tendo em vista as fontes de dados utilizadas por cada município. Expôs que os indicadores apresentados nesta reunião foram construídos por regiões e com base nos dados do CNES, mas as planilhas

35 distribuídas aos CGR's estão agregadas por município e seguindo a sequência da Matriz
36 Diagnóstica. Dr. Alfredo chamou atenção à constante necessidade de atualização do
37 CNES visto que esta é a fonte utilizada pelo Ministério. As tabelas de distribuição de
38 indicadores e de capacidade hospitalar instalada encontram-se no Anexo II e III desta Ata.
39 O Senhor Luiz Alberto, do município de Três Rios perguntou se as regiões terão autonomia
40 de construir sua Rede e encaminhá-la à Secretaria Estadual de Saúde. Dr. Alfredo Scaff
41 esclareceu a prioridade é a agilização do encaminhamento dos Projetos ao Ministério da
42 Saúde e na sequência aguardar resposta do Ministério da Saúde com relação à
43 capacidade financeira para custeio da rede de todas ou de algumas regiões. Em relação
44 ao fluxo Dr. Alfredo mencionou que, segundo a Portaria, será através das CGR's, CIB e
45 Ministério da Saúde para posterior apresentação à CIT que homologará sobre o assunto.
46 Dra Maria Juraci disse que todo o processo será construído juntamente com o
47 COSEMS/RJ e que a questão do recurso pode ser flexibilizada de acordo com a
48 determinação da área técnica financeira, mas uma vez que as duas regiões incluindo a
49 Capital representam 75% (setenta e cinco por cento) de população e 75% (setenta e cinco
50 por cento) do conjunto de recurso a ser empreendido, o quesito financeiro pode ser
51 construído politicamente e o desafio dos Secretários Municipais de Saúde, dos CGR's e
52 dos técnicos é elaborar planos consistentes que possam ser aprovados na CIB e na CIT e
53 trabalhar para que nas próximas CIBs se possa aprovar os planos regionais e encaminhar
54 este pleito ao Ministério da Saúde. Acrescentou que o volume de trabalho precisa ser
55 considerado haja vista que estes planos precisam passar pelo Grupo Condutor, grupo este
56 que, segundo Dra Maria Juraci, tem uma representação quase que Tripartite, pois conta-se
57 com um apoiador do Ministério da Saúde **II – Pactuação 1) Rede Cegonha (00:10)** – Dr.
58 Alfredo lembrou que o Ministério da Saúde está utilizando a estratégia de Redes de
59 Atenção como uma forma de priorização dos investimentos de 2011 e acrescentou que
60 haverá diferenciais muito importantes em relação à financiamento, exemplificando que ao
61 invés de alocar os recursos em todas as UTI's o Ministério da Saúde beneficiará as UTI's
62 que fizerem parte das Redes. Disse que houve um grande esforço do Estado no sentido de
63 formatar um projeto para apresentá-lo o mais rapidamente ao Ministério da Saúde e que
64 por este motivo houve a necessidade da realização desta Reunião Extraordinária. Dr.
65 Alfredo explicou que a Rede Cegonha visa trabalhar com o momento da gestação, do
66 puerpério e da atenção à criança até os vinte e quatro meses, ou seja, desde o momento
67 da concepção, nascimento e acompanhamento pediátrico até 2 anos de idade. Expôs que
68 pela Portaria 1.459, a Rede Cegonha traz uma implementação progressiva no território

69 nacional até 2014. Como critério para definição de prioridade para implementação desta
70 rede, Dr. Alfredo citou três indicadores: mortalidade materna, taxa de mortalidade infantil e
71 densidade populacional. Explicou que na construção dos planos da rede deverão ser
72 contemplados quatro componentes que são: o pré – natal, o parto e nascimento, puerpério e
73 e atenção integral á saúde da criança e Sistema Logístico: Transporte Sanitário e
74 Regulação. Em relação ao sistema logístico, chamado de transporte sanitário, Dr. Alfredo
75 chamou atenção para a necessidade de investir na regulação, pois é fundamental para a
76 transparência das referências e contra-referências. Sobre a operacionalização, citou as
77 cinco fases da estrutura: fase da adesão e diagnóstico, desenho Regional da Rede
78 Cegonha, contratualização dos pontos de atenção, qualificação dos componentes e
79 certificação. Acrescentou que o Ministério da Saúde prevê a publicação de um conjunto de
80 portarias e/ou de normatizações especificando cada uma destas áreas e complementando
81 lacunas existentes na Portaria 1.459/2011. Expôs que a portaria também prevê a
82 institucionalização de um Grupo Condutor da Rede Cegonha composto por membros da
83 Secretaria Estadual de Saúde, do COSEMS e de um apoiador do Ministério da Saúde,
84 grupo este que já foi apresentado e pactuado na 6º Reunião da CIB deste ano. Explicou
85 que o Ministério da Saúde propõe que a Rede Cegonha seja desenhada e implementada a
86 partir da capacidade instalada real e a partir disto todos os investimentos programados
87 devem ser apontados em função do desenho de rede. Dr. Alfredo destacou que todos os
88 pontos de atenção, mesmo os não habilitados e credenciados ao SUS, estão passíveis de
89 serem financiados pela Rede. Falou que a Matriz Diagnóstica é composta por indicadores
90 distribuídos por quatro grupos que são: mortalidade materna, morbidade infantil,
91 capacidade instalada e indicadores de gestão. Como memória de cálculos, ou seja, a
92 estimativa de custeio presente na portaria foi permitido inserir recursos para investimentos
93 de construção, ampliação, reforma e aquisição de equipamentos. Disse que um conjunto
94 de exames novos de pré-natal será incorporado á esta rede bem como kits para Unidade
95 Básica de Saúde e para gestantes que serão distribuídos aos municípios que iniciarem a
96 construção da Rede Cegonha. Expôs que nas últimas semanas vem ocorrendo a
97 intensificação dos trabalhos em reuniões do Grupo Condutor e nos CGR's para levar a esta
98 presente Reunião resultados concretos deste processo. A CIB pactuou o item acima
99 mencionado. **1.1 Homologação da Rede Inicial de implementação da Rede Cegonha.**
100 Dr. Alfredo Scaff disse que diferentemente de outras políticas em que se abrange o país
101 inteiro, o Ministério da Saúde trabalhará com uma lógica de inicialização desta rede por
102 algumas Regiões a qual tem como critérios de definição os já mencionados: densidade

103 demográfica, mortalidade infantil e mortalidade materna. As regiões em que estes
104 indicadores têm uma expressão mais significativa são Capital, Metropolitana I e
105 Metropolitana II as quais terão o processo de implementação inicializado, e posteriormente
106 as outras regiões do Estado. O quadro de distribuição dos indicadores por região
107 apresentado, encontra-se no Anexo I da presente Ata. **(16:43)** A CIB pactuou a
108 homologação da Rede inicial de implementação da Rede Cegonha. **2 Homologação da**
109 **adesão do Estado do Rio de Janeiro (SES e SMS's) à Rede Cegonha.** Dr. Alfredo
110 explicou que o Estado do Rio de Janeiro e as Secretarias Municipais realizaram uma pré-
111 adesão no site do Ministério da Saúde que consistia basicamente no preenchimento de um
112 formulário, porém a adesão de fato se dará através da pactuação na CIB. **3. Homologação**
113 **do desenho inicial da Rede Cegonha para as regiões iniciais de implementação**
114 **(avaliação e pactuação).** Com relação ao desenho inicial Dr. Alfredo Scaff disse que a
115 base diagnóstica da capacidade instalada e dos indicadores foram apresentadas com
116 intuito de iniciar a construção de uma rede que venha atender a atenção à gestação, ao
117 parto e ao puerpério. Disse ainda que já existia nas Regiões da Metropolitana I, Capital e a
118 Metropolitana II um trabalho neste sentido mas que necessita de aprimoramento.
119 Representando a Metropolitana I, Dra Mônica Morrissy expôs que este foi um trabalho em
120 parceria com o Consórcio da Baixada Fluminense, CGR Metro I e Câmaras Técnicas
121 Materno-infantis dos municípios que já vinham trabalhando desde a sinalização da
122 Portaria. Disse que houve um avanço do trabalho em relação à Matriz Diagnóstica,
123 baseado nos elementos que se constitui como financiamento, investimento e custeio da
124 Rede Cegonha e foi questionado na Baixada Fluminense quais seriam os equipamentos,
125 dentro dos citados na Portaria, que complementariam ou qualificariam a Rede Materno-
126 infantil desta Região. Acrescentou que algumas questões precisam ainda ser esclarecidas
127 como quantos Centros de Parto Normal cada município teria direito de acordo com sua
128 faixa populacional bem como a ajuda de custo para deslocamento tanto para o pré-natal
129 tanto para o parto, sendo este fluxo de repasse ainda não regulamentado pelo Ministério
130 da Saúde. Representando a Capital Dra Anamaria Schneider expôs que os dados
131 apresentados pelo Dr. Alfredo também foram discutidos no CGR da Capital e que o
132 município já tinha um trabalho anterior chamado Cegonha Carioca previsto para ser
133 implantado no ano passado, mas que em virtude de recursos indisponíveis no orçamento
134 de 2010, foi transferido para este ano. Falou que o trabalho iniciou-se em duas regiões do
135 município escolhidas por serem áreas com atenção primária mais estruturada que são: AP
136 5.3 que mantém 90%(noventa por cento) de cobertura de Equipe de Saúde da Família, por

137 exemplo, a Roçinha mantém 100% (cem por cento) desta cobertura. Explicou que este
138 projeto da Prefeitura do Rio de Janeiro tem três pilares parecidos com os componentes da
139 Rede Cegonha sendo o primeiro deles o pré-natal e a referência da gestante com a
140 maternidade. Disse ainda que as duzentos e cinco unidades de saúde que realizam o pré-
141 natal juntamente com os Centros de Parto estão vinculadas a doze maternidades sendo
142 elas sete municipais, duas estaduais, duas universitárias e uma federal. O segundo pilar é
143 o acolhimento com classificação de risco e um programa de qualificação em 100%(cem por
144 cento) das maternidades para implantação de programa de humanização no parto e
145 nascimento. Por último a logística que oferece a garantia de transporte através de uma
146 central de Tele atendimento. Dra Anamaria declarou que este trabalho foi intensificado
147 devido o fechamento da Promatre e o fechamento temporário do Pedro II para obras o que
148 superlotou as maternidades e que a prioridade no recebimento de novos recursos quando
149 disponíveis será na construção de Casas de Gestante e Puérpera. Representando a
150 Região Metropolitana II, Dra Hellen Miyamoto declarou que o que há no conjunto dos
151 municípios da Região Metropolitana II, é uma concentração de prestação de serviços no
152 município de Niterói com a UTI Neonatal do Hospital Azevedo Lima e do Hospital
153 Universitário Antônio Pedro e que na proposta da Rede será feita a descentralização dos
154 serviços avaliando principalmente as vias de acesso e o tempo de chegada da paciente na
155 unidade. Acrescentou que constituirão centros de referência os municípios de Rio Bonito e
156 Maricá e suprindo os municípios maiores estarão Niterói, São Gonçalo e Itaboraí para
157 garantir a suficiência de leitos dentro deste perímetro, considerando a situação de São
158 Gonçalo que tem uma densidade populacional muito grande e uma capacidade de oferta
159 inferior ao necessitado. Disse que os municípios de Tanguá e Silva Jardim não têm
160 unidade hospitalar, a proposta é que a referência seja no município de Rio Bonito que
161 constituirá uma unidade de cuidados intensivos, tanto materno quanto neonatal além do
162 parto de baixo risco programado. Dra Hellen declarou que a preocupação é a avaliação
163 desde a atenção básica até a complexidade da linha de cuidados por isso a necessidade
164 de incluir nos Planos, além do que está sendo proposto dentro da Portaria, as propostas do
165 próprio município e do Estado em termos de investimento para ampliação da capacidade
166 instalada com o intuito de atingir a suficiência de leitos dentro dos próximos anos,
167 prevendo a migração que ocorrerá para Itaboraí com a chegada do Complexo
168 Petroquímico. Dra Maria Juraci disse que desde a apresentação da Rede uma das falhas
169 identificadas foi a cobertura de pré-natal de alto risco uma vez que não há financiamento e
170 que quando as Regiões estiverem elaborando seus Planos este componente deverá ser

171 levado em conta. Na política da Rede, segundo Dra Maria Juraci, somente estão
172 apontadas identificação de quantidade de exames de alto risco que o número de gestantes
173 demandará, mas quanto à organização de serviços ainda não há uma definição. Baseada
174 no fato de que o Plano tem a dimensão regional e municipal e que foi construída uma
175 Matriz Diagnóstica padronizada Dra Maria Juraci sugeriu que o roteiro dos Planos também
176 fosse padronizado. Dra Hellen Miyamoto disse que tanto o índice, o roteiro para construção
177 do plano municipal e os parâmetros devem ser emanados do Grupo Condutor para que se
178 obtenha uma rede parametrizada afim de que não haja diferenças significativas no que
179 concerne a prestação de serviços e pontos de atenção. Dr. Alfredo falou que no dia
180 seguinte seriam encaminhados volumes grandes de documentos para o Ministério da
181 Saúde e esclareceu que, quanto à formatação dos Planos de Ação, a proposta do
182 Ministério é de que seja construído um índice com parâmetros para a homogeneização
183 deste. Disse que a Portaria preconiza a instituição de um Fórum da Rede Cegonha com
184 outros atores da sociedade, porém este item será contemplado somente em Agosto.
185 **(01:10:07)** A CIB pactuou a homologação do desenho inicial da Rede Cegonha para as
186 regiões iniciais de implementação. **III – Informes – 1.Cobertura Vacinal do Sarampo.** Dra
187 Hellen Miyamoto declarou que na sexta-feira dia 15 de julho o Ministério da Saúde lançou
188 o balanço da situação da vacinação da Campanha de seguimento do Sarampo nos sete
189 Estados prioritários os quais deveriam adiantar suas Campanhas inicialmente em Agosto e
190 disse que o Estado do Rio de Janeiro ficou em último lugar, com a menor cobertura, o que
191 trouxe uma demanda da imprensa a qual solicitou esclarecimento a respeito de quais
192 municípios estariam com a pior cobertura. Falou que foi encaminhado um comunicado aos
193 municípios solicitando que no dia 30 de julho seja realizado o dia “D” onde todas as
194 unidades realizem a vacinação para que seja alcançada a cobertura preconizada nesta
195 campanha de seguimento. Citou que após inúmeras reuniões com as Coordenações de
196 Humanização dos municípios, as mesmas apontaram muitas dificuldades em relação à
197 logística e declarou que será colocado à disposição os transportes que se encontram na
198 Secretaria Estadual de Saúde, mas que necessita de um empenho dos Secretários
199 Municipais para que seja realizado este dia “D”. A reunião foi encerrada às 15h e 30m.
200 Esta ata vai assinada por Monique Fazzi, Presidente em Exercício, e por mim, Elaine
201 Santiago Simmer, Secretária Executiva da CIB/RJ.

202

203

204

205 **Anexo I**

206

REGIÕES DE SAÚDE	DENSIDADE DEMOGRÁFICA	MORTALIDADE INFANTIL - 2009	MORTALIDADE MATERNA - 2009
Baía da Ilha Grande	115,62	11,43	28,55
Baixada Litorânea	250,93	12,41	81,78
Capital	5269,2	13,8	79,32
Centro-Sul	99,14	12,84	98,02
Médio Paraíba	138,21	13,34	99,85
Metropolitana I	1567,53	15,94	113,23
Metropolitana II	714,74	14,45	89,5
Noroeste	55,95	12,52	148,63
Norte	90,75	14,9	152,55
Serrana	110,39	14,93	57,77
Estado	365,32	14,46	93,71

início da
Implementação

METRO I + CAPITAL

METRO II

NORTE

MP

SERRANA

BL

NOROESTE

CENTRO SUL

BIG

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224 **Anexo II**

Regiões de Saúde	Nº de óbitos neonatal	Nº de óbitos (28 dias a 1 ano de vida)	Nº de nascidos vivos	Nº de óbitos maternos	% de partos normais	% de cesáreas
Baia da Ilha Grande	23	17	140	-	40,48	59,41
Baixada Litorânea	90	32	247	2	38,28	61,52
Capital	736	428	2891	21	44,77	55,11
Centro Sul	38	14	121	-	44,11	55,84
Médio Paraíba	100	47	412	4	33,14	66,75
Metrol I	550	286	1993	16	46,70	53,18
Metrol II	243	96	660	7	32,14	67,74
Noroeste	38	11	131	1	18,01	81,82
Norte	102	66	430	11	35,38	64,55
Serrana	135	46	383	1	37,77	62,10
Estado	2077	1046	7368	63	41,54	58,34

225

Regiões de Saúde	Proporção de 7 ou mais consultas de prenatal = 2009	Cobertura de ESF	% de cesárea em primípara	Cobertura vacinal com 3ª dose da vacina tetravalente em < de 1 ano	% de crianças com as vacinas de rotina - SIAB 2010
Baia da Ilha Grande	76,49	77,18	47,09	97,54	97,49
Baixada Litorânea	53,70	54,20	44,82	100,04	98,74
Capital	65,83	19,35	38,89	55,95	51,33
Centro Sul	59,39	100,00	48,84	104,90	96,95
Médio Paraíba	80,22	66,76	50,98	96,24	97,56
Metro I	46,51	27,85	38,53	91,75	98,70
Metro II	71,82	66,82	47,24	70,14	95,59
Noroeste	63,50	89,60	47,84	113,63	98,12
Norte	74,40	20,81	40,98	100,70	97,91
Serrana	69,76	46,37	36,98	100,36	42,30
Estado	62,64	35,80	41,4	78,04	86,57

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245 **Anexo III**

REGIÕES	Nº LEITOS OBSTÉTRICOS		MATER DE ALTO RISCO	UTINEONATAL TIPO I - Nº LEITOS		UTINEONATAL TIPO II - Nº LEITOS		UTINEONATAL TIPO III - Nº LEITOS		UTINEONATAL Nº DE LEITOS		UTI ADULTO EXISTENTE EM HOSPITAIS QUE REALIZAM PARTO		UTI PEDIÁTRICA TIPO I		UTI PEDIÁTRICA TIPO II		UTI PEDIÁTRICA TIPO III	
	EXI	SUS		EXI	SUS	EXI	SUS	EXI	SUS	EXI	SUS	EXI	SUS	EXI	SUS	EXI	SUS	EXI	SUS
BIG	61	47	02	6	0	4	4	0	0	7	7	8	4	0	0	0	0	0	0
B. L.	261	173	05	0	0	3	3	0	0	14	14	41	20	0	0	3	30	0	0
CAPITAL	1.791	1.125	28	263	31	117	75	105	17	285	225	784	181	82	4	14	11	20	4
C. SUL	127	119	02	0	0	6	6	6	6	8	8	29	22	0	0	0	0	0	0
M. PARAIBA	112	49	07	12	0	31	10	0	0	9	7	78	22	1	0	12	0	0	0
METRO I	406	304	10	35	0	25	25	20	0	64	62	111	11	31	0	0	0	0	0
METRO II	529	319	05	0	0	8	6	0	0	7	5	73	56	3	0	0	0	0	0
NOROESTE	158	115	04	0	0	8	6	0	0	7	5	73	56	3	0	0	0	0	0
NORTE	276	222	05	28	0	22	10	10	0	47	36	130	58	4	0	17	8	0	0
SERRANA	263	221	06	4	0	8	8	0	0	11	10	43	18	2	0	0	0	0	0
ESTADO	3984	2694	74	392	31	224	147	141	23	479	395	1458	442	123	4	46	22	20	4

246

247