

PLANO DE AÇÃO DA REDE CEGONHA
- REGIÃO METROPOLITANA I DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO -



GRUPO CONDUTOR REGIONAL DA REDE CEGONHA –
REGIÃO METROPOLITANA I

RIO DE JANEIRO

2017– 2019

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pelo Programa Rede Cegonha – Coordenadoria do Programa Saúde da Mulher/SES

©reprodução autorizada pelo autor, desde que citada a fonte.

Rio de Janeiro- RJ. Secretaria Estadual de Saúde. Coordenadoria de Programa Rede Cegonha e de Atenção Integrada a Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (PAISMCA).

Assessoria Técnica em Saúde da Mulher em SES-RJ.

Plano de Ação do Programa Rede Cegonha no SUS – RJ: manual técnico de ação integrada a saúde da gestante, puérpera e recém nascido / organizado por Grupo Condutor da Rede Cegonha da Região

Metropolitana I

Metropolitana I – Rio de Janeiro: SMS/RJ, 2017.

xxp. : il.

Vários colaboradores

Créditos

Créditos institucionais:

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado da Saúde
Secretaria Municipal de Saúde de Belford Roxo
Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias
Secretaria Municipal de Saúde de Itaguaí
Secretaria Municipal de Saúde de Japeri
Secretaria Municipal de Saúde de Magé
Secretaria Municipal de Saúde de Mesquita
Secretaria Municipal de Saúde de Nilópolis
Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu
Secretaria Municipal de Saúde de Queimados
Secretaria Municipal de Saúde de Rio de Janeiro
Secretaria Municipal de Saúde de São João de Meriti
Secretaria Municipal de Saúde de Seropédica
Coordenação do Programa de Atenção a Saúde da Mulher, Criança e Adolescente SES/RJ
Assessoria Técnica em Saúde da Mulher

Autores:

Secretaria de Estado da Saúde
Secretaria Municipal de Saúde de Belford Roxo
Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias
Secretaria Municipal de Saúde de Itaguaí
Secretaria Municipal de Saúde de Japeri
Secretaria Municipal de Saúde de Magé
Secretaria Municipal de Saúde de Mesquita
Secretaria Municipal de Saúde de Nilópolis
Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu
Secretaria Municipal de Saúde de Queimados
Secretaria Municipal de Saúde de Rio de Janeiro
Secretaria Municipal de Saúde de São João de Meriti
Secretaria Municipal de Saúde de Seropédica
Coordenação do Programa de Atenção a Saúde da Mulher, Criança e Adolescente SES/RJ

Organização e revisão literária:

Alícia dos Santos–SMS Nova Iguaçu
Flavia Amaral – SMS Magé
Leila Adesse – SES RJ
Margareth Magalhães – SES RJ
Rita Padilha - SES RJ

Apoio: Área Técnica Saúde da Mulher MS

Sumário:

Capítulo	Página	
I	Introdução	5
II	Contextualização do processo de organização da Rede Cegonha na Região Metropolitana I	6
III	Características sócio demográficas do Estado do Rio de Janeiro	9
IV	Características sócio demográficas da Região Metropolitana I	11
V	Característica de População de Materno Infantil na Região Metropolitana I	16
VI	Diagnóstico de Saude Materno Infantil na Região Metropolitana I	19
	Eixo 1 – Nascidos Vivos e Indicadores relacionados	19
	Eixo 2 – Indicadores de Mortalidade	22
	Eixo 3 – Indicadores relacionados ao Pre-natal	38
	Eixo 4 – Indicadores relacionados ao Parto e Nascimento	56
	Eixo 5 – Indicadores relacionados a Saúde da Criança	69
	Eixo 6 – Indicadores de Gestão	79
VII	Necessidades de Estruturação da Rede para qualificação das ações na linha de cuidado materno infantil	81
VIII	Propostas para organição e foratalecimento da Linha Materno Infantil	102
IX	<u>Sintese Conclusiva</u>	109
X	Referencia Bibliográfica	110

I. Introdução.

Em 27 de junho de 2011 foi publicada no Diário Oficial da União a Portaria nº 1.459 que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha.

A Rede Cegonha consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Um dos objetivos é dar mais qualidade aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) na área de atenção à saúde das mulheres e crianças – da confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal e o parto, até os dois primeiros anos de vida do bebê.

A Rede deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde.

A estratégia para o início da implantação da Rede no Brasil e no estado do Rio de Janeiro obedeceu a critérios epidemiológicos (altas Taxas de Mortalidade Infantil e de Razão de Mortalidade Materna) e de densidade populacional.

Para a Região Metropolitana I, por se tratar de uma área de grande extensão geográfica dentro do estado do Rio de Janeiro com complexo hospitalar próprio, fez-se necessário à criação de um plano de ação próprio, onde podemos demonstrar a atual cobertura do sistema de saúde oferecida às usuárias, bem como suas necessidades de melhorias.

Esta Atualização do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha da Região Metropolitana I é fruto das discussões e do trabalho do Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha desta região e tem por objetivo atualizar o diagnóstico da situação de saúde materno-infantil nos doze municípios que compõem a Região e consolidar propostas para melhoria da rede de atenção voltada para esta população.

II. Contextualização do processo de organização da Rede Cegonha na Região Metropolitana I.

Desde o ano de 2011, quando a Rede Cegonha foi instituída pelo Ministério da Saúde (MS) e a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) aderiu a esta iniciativa, ocorreram encontros e eventos importantes que marcaram o processo de implementação desta Rede na Região Metropolitana I. Neste ano foi feito o primeiro Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado do Rio de Janeiro, que contemplava além da região metropolitana I, a região Metropolitana II.

Em 2016 foi iniciado o processo de atualização do PAR da rede Cegonha da região, desta vez de forma separada da região Metropolitana II. Cabe destacar que a Rede Cegonha é uma iniciativa fundamental para a região, tendo como um de seus frutos a construção do Fórum Perinatal, que vem ocorrendo desde 2015 e sendo palco de discussões importantes sobre a atenção materno-infantil na região.

O Fórum Perinatal é um espaço de encontro entre movimentos sociais, usuários e usuárias, gestoras e gestores, trabalhadores e trabalhadoras da saúde para a análise e tomada de decisão sobre temas relevantes com relação à atenção à saúde de mulheres, homens, crianças, desde o planejamento reprodutivo, passando pela gestação e parto, até o nascimento e crescimento do bebê.

Nesse espaço, são trabalhados temas como a mortalidade materna e infantil, a garantia de direitos de mulheres e crianças e são construídas propostas e estratégias de ação com o objetivo de responder à necessidade de adequação dos modelos de atenção e gestão no âmbito da rede perinatal.

Na região Metropolitana I, o Fórum Perinatal foi instituído em maio 1 Disponível em: 2 de 2015 e oficializado por meio da Deliberação CIB-RJ nº 3.621 de 17/12/2015², e seu regimento aprovado na Deliberação CIB-RJ nº 3.622 de 17/12/2015

Desde então até a presente data, foram constituídos 5 (cinco) Grupos de Trabalho, no caso: GT Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico, GT Fortalecimento dos Comitês de Mortalidade Materna, GT Enfermagem Obstétrica, GT Aborto e GT Saúde Mental Perinatal. O GT Acolhimento e Classificação de Risco Obstétrico, iniciado no período da 4ª Reunião do Fórum Perinatal da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro (21/10/2015), teve como produto a realização de 2 (duas) oficinas sobre Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia para as Maternidades da Região Metropolitana I, ocorridas em 17 e 18/11 no Hospital Federal dos Servidores do Estado (46 participantes) e em 07 e 08/12 na Universidade Veiga de Almeida (130 participantes), com a finalidade de qualificar o cuidado e impactar na redução da peregrinação da paciente pela rede SUS. Foram convidados integrantes das secretarias municipais de saúde e de todas as maternidades da

Região Metropolitana I do Rio de Janeiro. Com a realização das oficinas, o GT encerrou suas atividades.

O GT Fortalecimento dos Comitês de Mortalidade Materna também teve início no período da 4ª Reunião do Fórum Perinatal da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro (21/10/2015). Principais desdobramentos foram: 1) Elaboração de um instrumento para a realização do mapeamento dos Comitês existentes; 2) Entrevistas realizadas pelo Comitê Estadual de Mortalidade Materna com o apoio do Grupo de Trabalho junto às municipalidades que integram a Região Metropolitana I; 3) Realização da análise situacional dos Comitês de Mortalidade Materna da Região Metropolitana I; 4) Elaboração de documento constando análise com proposta de encaminhamentos desta; 5) Proposta de realização do "Curso de Vigilância do Óbito Materno e Fetal e de atuação em Comitês de Mortalidade 2 Disponível em: 3 Disponível em: 3 Materna/EAD/FIOCRUZ". Teve como produto a produção do documento "Análise Situacional Dos Comitês De Mortalidade Materna Da Região Metropolitana I" (Anexo 1), aprovado pelo Fórum Perinatal na 5ª Reunião do Fórum Perinatal. Atualmente, o GT acompanha os encaminhamentos propostos, já tendo sido publicada Resolução SES-RJ nº 1459 de 29 de novembro de 2016, sobre Investigação de Óbitos Fetais, Infantis, Mulheres em Idade Fértil e Maternos Declarados e expedido Of. Circular SES GS nº 003/16, de 22/06/2016, pelo Secretário de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, para encaminhar a "Análise Situacional Dos Comitês De Mortalidade Materna Da Região Metropolitana I" a todas as secretarias municipais de saúde da Região Metropolitana I e a diversas entidades profissionais, universitárias e da sociedade civil.

O GT Enfermagem Obstétrica, iniciado no período da 5ª Reunião do Fórum Perinatal da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, teve como objetivo realizar o diagnóstico, mapeamento das unidades de saúde em que há atuação da Enfermagem Obstétrica na região para fortalecer a prática da enfermagem obstétrica nas unidades de saúde e redução da mortalidade materna. Considerando que as reuniões do GT em questão têm contado com a participação de mais de 50 integrantes, o GT inaugurou na 11ª Reunião do Fórum Perinatal, em 16/12/2016, o Fórum Permanente de Enfermagem Obstétrica, ligado à Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstétricos – ABENFO, que passa a ter atuação independente do presente fórum, tornando-se esteum de seus produtos (Anexo 2).

O GT Aborto, iniciado no período da 5ª Reunião do Fórum Perinatal da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro (16/12/2015), tem como produtos: 1) levantamento de informações sobre a situação das unidades de saúde em relação ao atendimento às mulheres em situação de abortamento e

aborto legal; 2) realização do "1º Seminário do GT Aborto: rompendo barreiras e construindo cuidado no SUS", em 15/12/2016. Os convites foram encaminhados a integrantes das secretarias municipais de saúde e maternidades da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, organizações da sociedade civil, instituições de ensino e participantes do Fórum Perinatal da Metropolitana I do Rio de Janeiro.

O GT Saúde Mental Perinatal, iniciado no período da 10ª Reunião do Fórum Perinatal da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, realizou duas reuniões e fixou como objetivo geral ampliar e qualificar a rede de atenção à saúde mental perinatal. Como produtos previstos estão: 1) Elaboração de um texto que busque conceitualizar o campo teórico e de assistência para divulgação à sociedade; 2) Realização de mapeamento da rede de saúde mental ligada aos aspectos da perinatalidade; 3) Organização e realização de duas oficinas/seminários sobre estas temáticas no ano de 2017.

Na 6ª Reunião do Fórum Perinatal da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro (24/02/2016), foi assinada pelos integrantes do fórum Moção de Repúdio ao Projeto de Lei da Câmara dos Deputados nº 5.069/20134, posteriormente encaminhada ao Secretário Geral da Mesa diretora da Câmara dos Deputados.

Na 10ª Reunião do Fórum Perinatal da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, foi divulgado trabalho interinstitucional realizado por servidoras da Divisão de Auditoria do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro – DIAUD/RJ/DENASUS, membros dos Ministérios Públicos Federal e do Estado do Rio de Janeiro e da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, com o escopo de verificar o cumprimento da Lei nº 11.108/20055 (direito a acompanhante de livre escolha da gestante) nas maternidades da Região Metropolitana I, que levou à expedição de recomendações a quase todas as maternidades para cumprimento da referida lei.

Outros temas foram levantados por integrantes nas reuniões do Fórum Perinatal desde a 1ª Reunião em maio de 2015 como: a qualificação do pré-natal, atenção às mulheres em situação de violência, formação dos profissionais de saúde para a mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento, inserção das doulas nas maternidades, violência obstétrica e direitos sexuais e reprodutivos, entre outros.

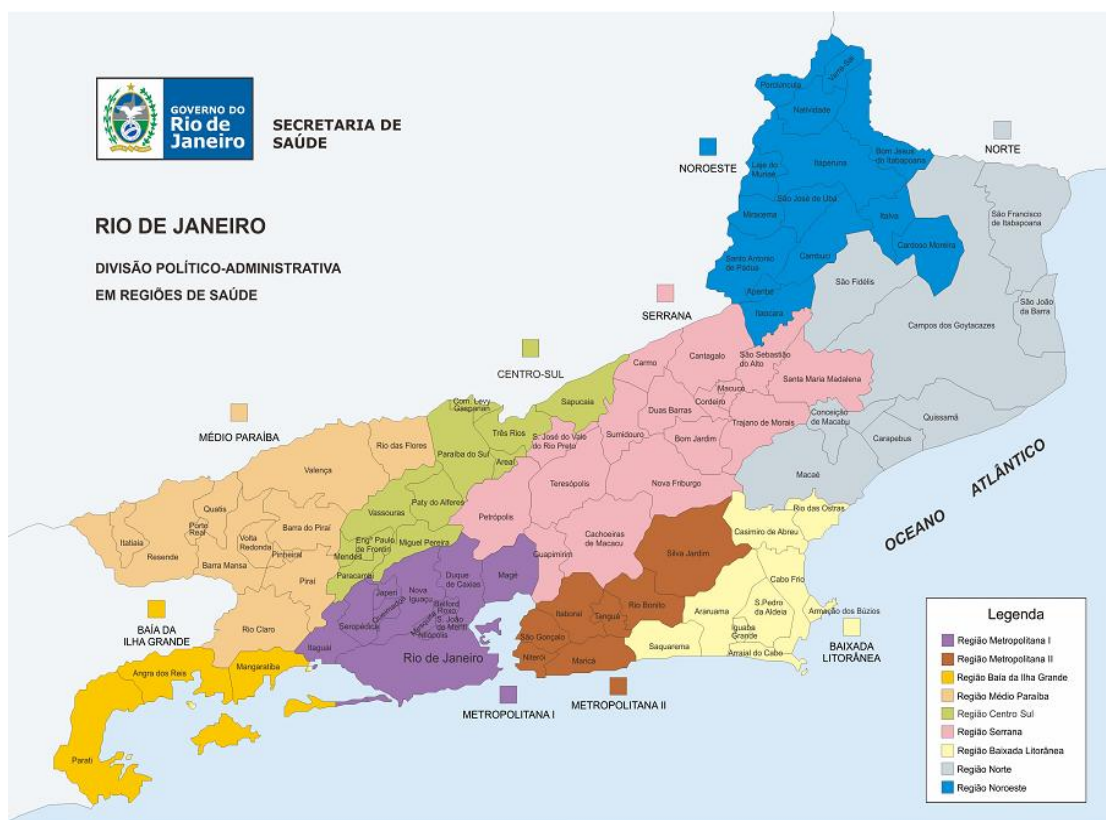
Tais pautas poderão orientar a formação de novos Grupos de Trabalho, entre outros encaminhamentos buscando sempre a participação dos municípios que compõem o fórum.

III. Características Sócio demográficas do Estado do Rio de Janeiro.

O estado do Rio de Janeiro localiza-se na região sudeste do país, limita-se com os estados de Minas Gerais, São Paulo e Espírito Santo. Uma das menores unidades da federação, com área total de 43.766,6 km², sendo o terceiro mais populoso do país, com 96% de sua população em áreas urbanas, concentrada principalmente no município do Rio de Janeiro, capital (segunda maior metrópole do país). No ano de 2009, a densidade demográfica estimada foi de 365,81 hab./km². Na região Metropolitana I, no entanto, este indicador chegou a mais de 5.000 hab./km².

O estado do Rio de Janeiro é composto por 92 municípios, distribuídos em 09 Regiões de Saúde determinadas por um conjunto de fatores que refletem em seu desenho final, o processo de pactuação entre os gestores, sendo a base territorial para as redes de Atenção à Saúde.

Figura 01 – Mapa do estado do Rio de Janeiro por Região de Saúde.



Fonte: SES-RJ.

Tabela01- Dados Demográficos Selecionados por Região de Saúde. Rio de Janeiro, 2016.

Região de Saúde	População		Área da unidade territorial 2015 (Km ²) IBGE		Densidade demográfica estimada (hab/Km ²)	Nº municípios
	Nº estimado IBGE 2016	% Estado	Número	% Estado		
Baía da Ilha Grande	274.036	1,65	2.106,88	4,81	130,07	3
Baixada Litorânea	784.423	4,72	2.707,12	6,18	289,76	9
Centro-Sul	329.003	1,98	3.222,05	7,36	102,11	11
Médio Paraíba	882.668	5,31	6.187,74	14,13	142,65	12
Metropolitana I (sem a Capital)	3.654.301	21,97	2.264,93	5,17	1.613,43	11
Capital	6.498.837	39,06	1.200,18	2,74	5.414,89	1
Metropolitana I	10.153.138	61,03	3.465,11	7,91	2.930,11	12
Metropolitana II	2.034.548	12,23	2.714,08	6,20	749,63	7
Noroeste	337.428	2,03	5.897,25	13,47	57,22	14
Norte	901.210	5,42	9.220,86	21,06	97,74	8
Serrana	939.542	5,65	8.260,55	18,87	113,74	16
Estado	16.635.996	100	43.781,64	100,00	379,98	92

Fonte: IBGE(*) Estimativa da população. (**) Cálculo: A/B.

A Capital e as Regiões Metropolitana I e Metropolitana II concentram o maior número de habitantes, totalizando respectivamente, 21,97%(sem a capital) e 12,23% da população total do Estado. Nesta Macro Região Metropolitana estão localizados os municípios mais populosos: Rio de Janeiro, São Gonçalo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Niterói.

O acompanhamento da evolução dos indicadores aplicados a esse segmento populacional é essencial para avaliar o impacto de mudanças sociais e econômicas, assim como de avanços ou eventuais retrocessos na disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde.

IV. Características Sociodemográficas da Região Metropolitana I.

Limitada pelas regiões da Baía da Ilha Grande, Centro Sul, Médio Paraíba, Serrana e Metropolitana II, a Região Metropolitana I representa 7,9% da área do Estado e é composta por doze municípios de características bastante diversas entre si. Os municípios que compõem a Região são: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti e Seropédica. Nesta Região, vive aproximadamente 61% da população total do Estado do Rio de Janeiro.

Com altíssimas densidades demográficas líquidas, constitui-se em espaço de pressão social em virtude de um crescimento econômico nem sempre acompanhado pelo atendimento das necessidades básicas da população. A distribuição desigual dos serviços e equipamentos urbanos, a crescente demanda por habitações, acompanhadas do aumento de submoradias e da expansão de favelas, a intensa degradação ambiental e o esgotamento dos recursos naturais, a marginalidade, o desemprego e a exclusão social são características deste processo.

Na região, a situação do município do Rio de Janeiro merece destaque, considerando que este ocupa 30,66% da área da região e concentra 64,01% de sua população, o que corresponde a 39,06% da população do Estado, de acordo com estimativas do IBGE para o ano de 2016. Este município possui ainda localização geográfica privilegiada, fazendo com que o turismo seja um ponto forte.

A região possui infraestrutura portuária próxima aos centros de produção e consumo e a disponibilidade de malha viária federal e estadual possibilita um fluxo intenso de transporte dos bens e produtos produzidos no Estado, uma vez que possui um complexo industrial desenvolvido, bem como a chegada de bens e produtos importados de outras localidades.

O Produto Interno Bruto (PIB) per capita da Região Metropolitana I, excluída a Capital, supera a média estadual, mas existe uma clara concentração do PIB entre os municípios de Duque de Caxias e Itaguaí. No caso de Japeri, que aparece como o município mais crítico da região, o PIB é equivalente a cerca de 1/5 da média regional e 1/8 do PIB de Duque de Caxias. Conquanto as proporções de pobres apresentem significativas variações intra-regionais, alguns municípios como Japeri, Queimados e Belford Roxo se destacam negativamente nesse quesito, com uma alta correlação entre pobreza e taxa de desemprego, relação esta que não se evidencia em outros municípios e regiões do Estado, dada a existência de fontes alternativas de subsistência.

Com relação aos indicadores de educação, a região Metropolitana I não se afasta significativamente das médias observadas para o Estado, mas pode ser percebida uma grande

variação intermunicipal. A região também possui um complexo universitário gerador de ciência e tecnologia, o que disponibiliza mão-de-obra de diferentes níveis de escolaridade e qualificação.

Considerando as altas densidades demográficas (tanto brutas quanto líquidas) e os expressivos percentuais de área efetivamente urbanizada presentes na Metropolitana I, o crescimento populacional excessivo acarretaria problemas ainda mais sérios que aqueles atualmente observados em diversos municípios da região. As taxas migratórias e de crescimento são, no entanto, relativamente baixas, sugerindo a saturação da região e a busca de alternativas de residência mais afastadas dos grandes centros urbanos. A população residente em favelas se concentra principalmente nos municípios do Rio de Janeiro, Magé e Duque de Caxias.

A instalação sanitária de rede de esgoto ainda é muito precária nos municípios de Japeri (26,7%), Magé (28,8%), e Seropédica com apenas 11%. Entretanto, a média da região (46,99%) fica acima da média estadual (44,6%). A região apresenta um percentual de 76,93% de abastecimento de água e rede geral, um pouco superior à média estadual.

Figura 02- Mapa da Região Metropolitana I.



Fonte: SES/RJ

Tabela 02 - Dados demográficos selecionados por Município da Região Metropolitana I - 2012.

Região de Saúde/Município	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
Metropolitana I	128.296	485.268	677.076	808.244	786.347	1.672.720	1.571.280	1.381.720	1.144.984	709.915	416.114	200.919	9.982.883
Belford Roxo	7.087	26.372	37.971	46.758	43.440	79.042	75.661	65.499	47.596	27.045	13.279	4.846	474.596
Duque de Caxias	12.717	47.180	66.944	81.603	76.034	146.958	138.213	119.682	90.345	51.261	26.075	10.055	867.067
Itaguaí	1.711	6.434	8.995	10.589	9.513	19.811	18.730	15.037	11.630	6.473	3.097	1.162	113.182
Japeri	1.505	5.815	8.204	9.730	9.463	17.980	15.762	12.177	8.300	4.954	2.493	954	97.337
Magé	3.457	12.964	18.333	22.203	21.129	37.816	35.195	30.964	23.488	14.566	7.477	2.976	230.568
Mesquita	2.373	8.764	12.292	14.975	14.271	27.574	26.378	24.182	19.055	11.370	5.900	2.403	169.537
Nilópolis	1.891	7.495	10.675	12.502	12.181	25.723	24.624	22.570	19.345	11.606	6.528	2.846	157.986
Nova Iguaçu	11.306	42.814	61.968	75.940	71.753	132.275	126.281	111.380	83.323	49.396	25.387	9.923	801.746
Queimados	2.163	8.080	11.446	13.903	13.150	23.708	22.471	18.651	13.603	7.761	3.859	1.579	140.374
Rio de Janeiro	76.756	291.300	400.133	471.722	469.279	1.071.521	1.003.958	886.173	768.200	490.688	303.601	156.959	6.390.290
São João de Meriti	6.212	23.758	34.004	40.904	38.690	76.125	71.854	64.698	51.602	30.142	15.902	6.171	460.062
Seropédica	1.118	4.292	6.111	7.415	7.444	14.187	12.153	10.707	8.497	4.653	2.516	1.045	80.138

Fontes: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/DATASUS, de acordo com os resultados do Censo de 2010. Versão de 27/06/2013.

Em relação à densidade demográfica, verificamos que a mesma oscila entre extremos nos municípios da região. Em média, a concentração da população no território da Metropolitana I supera a média estadual.

Tabela 03–População Residente no Estado do Rio de Janeiro / População residente por região de Saúde/Município/ 60anos ou +- 2012.

Região de Saúde/Município	População 60 anos ou +	População Total	% pop idosa
Metropolitana I	1.326.948	9.982.883	13,3
Belford Roxo	45.170	474.596	9,5
Duque de Caxias	87.391	867.067	10,1
Itaguaí	10.732	113.182	9,5
Japeri	8.401	97.337	8,6
Magé	25.019	230.568	10,9
Mesquita	19.673	169.537	11,6
Nilópolis	20.980	157.986	13,3
Nova Iguaçu	84.706	801.746	10,6
Queimados	13.199	140.374	9,4
Rio de Janeiro	951.248	6.390.290	14,9
São João de Meriti	52.215	460.062	11,3
Seropédica	8.214	80.138	10,2
Estado do Rio de Janeiro	2.110.043	16.231.365	13,0

Fonte: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/DATASUS de acordo com os resultados do Censo de 2010. Versão de 27/06/2013.

No município do Rio de Janeiro, a densidade demográfica é de 5.211,09 habitantes por quilômetro quadrado, com razão de sexos bastante baixa – 88 homens para cada 100 mulheres. Sua pirâmide etária é característica de uma estrutura demográfica idosa, evidenciada por uma proporção de menores de cinco anos muito mais baixa que a proporção de idosos, alto índice de envelhecimento e baixa razão de dependência. A proporção de idosos na população em geral é de 13,3%, a maior na região e a 13ª do Estado. Apresenta uma das mais baixas taxas de fecundidade do Estado, a terceira menor taxa de crescimento anual e uma das menores taxas líquidas migratórias, caracterizando um reduzido potencial de incremento populacional.

Tabela 04: População residente nos municípios da Metropolitana I por sexo – ano de 2010.

Região de Saúde/Município	Masculino	Feminino	Razão de Sexos	Total
Metropolitana I	4.720.855	5.262.028	89,72	9.982.883
Belford Roxo	229.302	245.294	93,48	474.596
Duque de Caxias	416.852	450.215	92,59	867.067
Itaguaí	56.451	56.731	99,51	113.182
Japeri	49.009	48.328	101,41	97.337
Magé	112.155	118.413	94,72	230.568
Mesquita	80.342	89.195	90,07	169.537
Nilópolis	73.935	84.051	87,96	157.986
Nova Iguaçu	384.383	417.363	92,10	801.746
Queimados	67.749	72.625	93,29	140.374
Rio de Janeiro	2.992.522	3.397.768	88,07	6.390.290
São João de Meriti	218.765	241.297	90,66	460.062
Seropédica	39.390	40.748	96,67	80.138

Fonte: IBGE - Estimativas populacionais 2012 enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus, de acordo com os resultados do Censo de 2010. Versão de 27/06/2013.

Conforme vemos na tabela acima, existe uma variabilidade intermunicipal considerável na estrutura demográfica, com tendência para predomínio da população feminina em todos os municípios da região.

V. Características da população materno infantil na Região Metropolitana I.

O segmento materno-infantil representa, demograficamente, o principal componente da população brasileira. Em conjunto, crianças, adolescentes e mulheres no período reprodutivo somam aproximadamente 63% do atual efetivo demográfico do país.

O acompanhamento da evolução dos indicadores aplicados a esse segmento populacional é essencial para avaliar o impacto de mudanças sociais e econômicas, assim como de avanços ou eventuais retrocessos na disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde.

Tabela 05 – População infantil residente na Região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, segundo faixa etária de 0 - 1 ano e 1 – 4 anos.

Região de Saúde/Município	Menor 1 ano	1 a 4 anos	Total
Metropolitana I	128.296	485.268	613.564
Belford Roxo	7.087	26.372	33.459
Duque de Caxias	12.717	47.180	59.897
Itaguaí	1.711	6.434	8.145
Japeri	1.505	5.815	7.320
Magé	3.457	12.964	16.421
Mesquita	2.373	8.764	11.137
Nilópolis	1.891	7.495	9.386
Nova Iguaçu	11.306	42.814	54.120
Queimados	2.163	8.080	10.243
Rio de Janeiro	76.756	291.300	368.056
São João de Meriti	6.212	23.758	29.970
Seropédica	1.118	4.292	5.410

Fonte: IBGE - Estimativas populacionais enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus, de acordo com os resultados do Censo de 2010. Versão de 27/06/2013.

Na tabela acima, verifica-se que 20,9% da população infantil encontra-se no primeiro ano de vida, e 79,1% na faixa de 1- 4 anos. Se compararmos o número de nascidos vivos com o número de óbitos em menores de um ano por causas mal definidas ou evitáveis, na região Metropolitana, percebe-se a necessidade de investimento na linha de cuidado da saúde da criança, em ações tais como:

- Melhoria na assistência pré-natal de baixo risco;
- Garantia de referência em tempo oportuno para o pré-natal de alto risco;
- Garantia de acesso do RN aos testes de triagem neonatal;
- Incentivo ao aleitamento materno;
- Aumento da oferta de consultas de puericultura;
- Garantia da vacinação infantil.

Tabela 06 – Quantidade de mulheres em idade fértil residentes naMetropolitana I, segundo faixa etária - 2012

Região de Saúde/Município	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	Mulheres em Idade Fértil (MIF)
Metropolitana I	398.430	390.794	849.527	821.775	736.156	3.196.682
Belford Roxo	22.865	21.682	40.429	39.453	34.423	158.852
Duque de Caxias	40.405	37.701	75.217	72.390	62.623	288.336
Itaguaí	5.282	4.705	9.868	9.325	7.586	36.766
Japeri	4.830	4.573	8.390	7.849	6.176	31.818
Magé	10.971	10.428	19.129	18.375	16.059	74.962
Mesquita	7.302	7.105	14.152	13.922	12.963	55.444
Nilópolis	6.132	6.051	13.187	13.076	12.140	50.586
Nova Iguaçu	37.552	35.889	67.580	66.077	58.809	265.907
Queimados	6.895	6.510	12.110	11.854	9.756	47.125
Rio de Janeiro	232.364	233.130	543.278	525.484	475.679	2.009.935
São João de Meriti	20.279	19.277	39.092	37.745	34.373	150.766
Seropédica	3.553	3.743	7.095	6.225	5.569	26.185

Fonte: IBGE - Estimativas populacionais 2012 enviadas para o TCU, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SGEP/Datasus, de acordo com os resultados do Censo de 2010. Versão de 27/06/2013.

A tabela anterior nos aponta que 75,31% das mulheres em idade fértil, encontram-se na faixa entre 20 e 49 anos. No entanto vale ressaltar que 24,68% desse contingente da população feminina encontra-se na adolescência, com idades entre 10 e 19 anos. Em face dessa constatação as ações inerentes à promoção a saúde da adolescente necessitam ser intensificadas na atenção básica, com garantia de acesso aos serviços e qualidade da assistência oferecida. As ações intersetoriais entre a educação, saúde e assistência social, também se tornam de grande relevância para o atendimento humanizado.

Cabe aos Municípios estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento reprodutivo, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde abrangendo, desenvolvendo as seguintes ações:

- Ampliar o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos contraceptivos;
- Ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo incluindo reprodução assistida;
- Garantir a oferta de métodos contraceptivos para a população em idade reprodutiva;
- Estimular a participação e inclusão da população do sexo masculino e de adolescentes nas ações de planejamento reprodutivo;
- Garantir o fornecimento de preservativos e contraceptivos para adolescentes;
- Elaborar e/ou revisar, imprimir e distribuir material técnico e educativo sobre a saúde da mulher, incluindo as adolescentes e jovens;
- Reduzir a morbimortalidade por câncer de mama e colo de útero na população feminina;
- Aumentar a cobertura de exames colpocitológicos para as mulheres na faixa etária prioritária;
- Prevenir e tratar as ISTs na população sexualmente ativa;
- Fomentar a implantação dos comitês de mortalidade materna.

VI. Diagnóstico da Saúde Materno-Infantil na Região Metropolitana I.

Considerando a importância do diagnóstico da situação de saúde materno-infantil da população dos municípios da Região Metropolitana I, os participantes do Grupo Condutor da Rede Cegonha (CGR) desta região vem trabalhando, com apoio da Secretária de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), na atualização dos indicadores referentes à Rede Cegonha, tendo como base as Portarias GM/MS nº 1459 e nº 650/2011 em que constam os grupos de indicadores que devem ser levantados e monitorados.

Para fins de organização deste Plano de Ação Regional da Rede Cegonha, separamos os indicadores em alguns eixos:

1. Nascidos Vivos e Indicadores Relacionados;
2. Indicadores de Mortalidade;
3. Indicadores Relacionados ao Pré-Natal;
4. Indicadores Relacionados ao Parto e Nascimento;
5. Indicadores Relacionados à Saúde da Criança;
6. Indicadores de Gestão.

Eixo 1 - NASCIDOS VIVOS E INDICADORES RELACIONADOS

Iniciamos a apresentação dos indicadores com o número total de nascidos vivos nos municípios da Região Metropolitana I, bem como o número de nascidos vivos na população SUS dependente e a estimativa de gestantes SUS dependentes para o ano de 2015.

Tabela 07- Nascidos Vivos por local de residência da mãe no ano de 2015/ Percentual de População SUS Dependente 2015/ Nascidos Vivos da População SUS Dependente/ Estimativa de Gestantes SUS Dependentes para o ano de 2015-2016.

Região de Saúde/Município	Cobertura de Saúde Suplementar 2015 (%)	% População SUS dependente 2015	Nascidos Vivos 2015	Estimativa de Gestantes 2016 (NV 2015+10%)	Estimativa de Gestantes SUS Dependentes 2016
Metropolitana I	34,92	65,08	147.349	162.084	105.484
Belford Roxo	16,91	83,09	7.646	8.411	6.988
Duque de Caxias	20,68	79,32	14.303	15.733	12.480
Itaguaí	25,31	74,69	1.897	2.087	1.559
Japeri	7,87	92,13	1.623	1.785	1.645

Magé	10,14	89,86	3.633	3.996	3.591
Mesquita	18,83	81,17	2.613	2.874	2.333
Nilópolis	26,24	73,76	2.110	2.321	1.712
Nova Iguaçu	20,57	79,43	12.384	13.622	10.820
Queimados	17,54	82,46	2.387	2.626	2.165
Rio de Janeiro	43,82	56,18	90.674	99.741	56.035
São João de Meriti	20,77	79,23	6.937	7.631	6.046
Seropédica	10,89	89,11	1.142	1.256	1.119

Fontes: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS/Sistema de Informações sobre beneficiários - SIB. Data de geração das informações: 29/04/2016.

Observa-se na tabela que a maioria dos municípios possui em média mais de 70% de população SUS dependentes, apenas o município do Rio de Janeiro possui percentual bem abaixo (56,18%), isto se justifica pelo maior poder aquisitivo de sua população, mais acesso a postos de trabalho e em consequência mais acesso à saúde suplementar. No entanto, sabe-se que este dado vem se alterando devido ao crescente desemprego e crise que o País e estado se encontram, fazendo com que a população esteja cada vez mais dependente do SUS.

Tabela 08 - Nascidos Vivos (NV) por idade da mãe, por município de residência da Região Metropolitana I, no ano de 2015.

Região de Saúde/ Município residência	Menor de 16 anos		16 a 19 anos		20 a 34 anos		35 anos e mais	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Metropolitana I	3.441	2,3	21.720	14,7	99.961	67,8	22.226	15,1
Belford Roxo	187	2,4	1.316	17,2	5.340	69,8	803	10,5
Duque de Caxias	421	2,9	2.559	17,9	9.628	67,3	1.695	11,9
Itaguaí	52	2,7	326	17,2	1.344	70,8	175	9,2
Japeri	52	3,2	343	21,1	1.098	67,7	130	8,0
Magé	107	2,9	591	16,3	2.537	69,8	398	11,0
Mesquita	44	1,7	438	16,8	1.813	69,4	318	12,2
Nilópolis	48	2,3	297	14,1	1.455	69,0	310	14,7
Nova Iguaçu	319	2,6	2.117	17,1	8.446	68,2	1.502	12,1
Queimados	65	2,7	464	19,4	1.587	66,5	271	11,4
Rio de Janeiro	1.933	2,1	11.920	13,1	61.210	67,5	15.610	17,2
São João de Meriti	184	2,7	1.158	16,7	4.718	68,0	877	12,6
Seropédica	29	2,5	191	16,7	785	68,7	137	12,0

Fontes: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

Conforme observado na tabela 07, a maioria dos nascimentos ocorre na faixa etária de 20 a 34 anos. No entanto, chama a atenção o quantitativo de mulheres que se tornaram mães

antes dos 16 anos, apontando para a necessidade de qualificação e fortalecimento das ações de planejamento reprodutivo para esta população.

O percentual de nascidos vivos de mães adolescentes (menores de 16 e entre 16 e 19 anos) corresponde a aproximadamente a 17% do total de nascimentos. A adolescência por si só, não é fator de risco para a gestação, porém quando há possibilidade de risco psicossocial, associado à aceitação ou não da gravidez, com reflexos sobre a vida da gestante e sobre o acompanhamento pré-natal, esta deve ser acompanhada com cautela.

Vale destacar o maior risco de mortalidade perinatal, baixo peso ao nascer e índice de prematuridade das crianças de mães na faixa de 10 a 14 anos, quando comparado com o de mulheres entre 15 e 19 anos.

O Programa Saúde do Adolescente tem empenhado esforços para melhorar este cenário, através da criação e distribuição das Cadernetas de Saúde do Adolescente em parceria com o Programa Saúde na Escola (PSE) e treinamentos com os profissionais de saúde para capacitá-los a criar um ambiente acolhedor nas Unidades de Saúde.

Contudo, ainda esbarramos no preconceito em relação às ações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva com adolescentes como, por exemplo, a dificuldade de aceitação das cadernetas e da construção de um diálogo aberto com os adolescentes. Desta forma, apresenta-se como alternativa para mudança neste cenário a construção de ações educativas voltadas para os adolescentes e também familiares, para que o profissional de saúde amplie e aproxime pais e filhos no diálogo das questões pertinentes a esta população, o que aproximaria também os adolescentes dos profissionais de saúde.

Observa-se também, que o número de adolescentes grávidas (17,1%) supera o número de mulheres com gestação tardia (15,1%), o que também reforça a necessidade de atividades educativas com adolescentes em relação ao planejamento reprodutivo.

Chama atenção também a proporção de nascimentos ocorridos de mulheres com 35 anos ou mais, em especial no município do Rio de Janeiro. A gestação tardia cursa com importantes complicações, necessitando acompanhamento cuidadoso, visando minimizar as complicações obstétricas e o risco de morbimortalidade materna. Tais gestantes devem receber orientação quanto às possíveis intercorrências e cuidados necessários, além de ter seus anseios e dúvidas minimizados pela adequada atenção dos profissionais de saúde.

Eixo 2 - INDICADORES DE MORTALIDADE.

Considerando os desafios para melhorar a saúde das gestantes e crianças, a prevenção de óbitos é uma ação essencial e deve ser fortalecida a partir da qualificação das investigações dos óbitos ocorridos. Neste sentido, é fundamental a constituição e o fortalecimento dos Comitês de Investigação e Prevenção dos Óbitos Maternos e Infantis - (CIPOMI), entendendo que estes comitês devem se voltar para identificação e aprofundamento dos nós críticos e qualificação da gestão e da assistência ao pré-natal, parto e puerpério e não devem ter caráter punitivo. O CIPOMI tem o intuito de recomendar mudanças das ações, no processo do cuidado e de gestão colaborando para a redução da incidência de óbitos. Para qualificar a investigação dos óbitos e a produção de recomendações para a rede de serviços de saúde, é necessário investir em agilidade e articulação entre os diferentes profissionais e setores da saúde e sociedade civil.

Com a Rede Cegonha, estão sendo desenvolvidas ações para reativação e fortalecimento dos Comitês, com objetivo de reunir movimentos sociais, gestores e profissionais, para discutir os óbitos maternos a fim de qualificar a investigação e as recomendações a serem produzidas e seguidas pelos serviços.

Atualmente existem comitês instituídos formalmente nos municípios de Nova Iguaçu, Mesquita, Itaguaí, São João de Meriti, Belfort Roxo, Duque de Caxias, Magé e Rio de Janeiro. No entanto, segundo o documento Análise Situacional dos Comitês de Mortalidade Materna da Região Metropolitana I, produzido pelo Fórum Perinatal desta região, isso não implica necessariamente em uma atuação efetiva dos mesmos. Entre os desafios apontados estão: a insuficiência de recursos humanos; a fragilidade dos vínculos empregatícios que acarreta a rotatividade de funcionários e, conseqüentemente, a descontinuidade das ações; a falta de qualificação adequada para atuação nos Comitês; a insuficiência de uma infraestrutura que possibilite espaço físico adequado, equipamentos, mobiliários, rede telefônica, internet, viaturas e outros itens mínimos para a realização das atividades de um Comitê, a insuficiência de dados e informações que viabilizem um monitoramento de indicadores; dentre outros.

Tabela 09 -Indicadores de mortalidade / Taxas de mortalidade infantil / Rio de Janeiro - Taxa de mortalidade infantil - Óbitos infantis por Região de Saúde/Município – 2015

Região de Saúde/Município	Óbitos infantis	Taxa Mortalidade Infantil
Metropolitana I	1.899	12,9
Belford Roxo	104	13,6
Duque de Caxias	185	12,9
Itaguaí	28	14,8
Japeri	27	16,6
Magé	53	14,6
Mesquita	47	18
Nilópolis	27	12,8
Nova Iguaçu	168	13,6
Queimados	34	14,2
Rio de Janeiro	1.096	12,1
São João de Meriti	115	16,6
Seropédica	15	13,1

Fonte: TabnetSecretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro.

Tabela 10 – Número de Óbitos Infantis por município de residência da Região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, nos anos de 2008 a 2015.

Região de Saúde/Município	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	Taxa de Mortalidade Infantil	Número óbitos infantis	Taxa de Mortalidade Infantil	Número óbitos infantis	Taxa de Mortalidade Infantil	Número óbitos infantis	Taxa de Mortalidade Infantil	Número óbitos infantis	Taxa de Mortalidade Infantil	Número óbitos infantis	Taxa de Mortalidade Infantil	Número óbitos infantis	Taxa de Mortalidade Infantil	Número óbitos infantis	Taxa de Mortalidade Infantil	Número óbitos infantis
Metropolitana I	14,36	1.947	14,54	1.998	13,88	1.878	14,08	1.973	14,22	2.007	13,34	1.883	12,57	1.834	12,88	1.899
Belford Roxo	16,17	115	15,68	114	12,76	91	14,92	110	14,7	111	14,03	103	13,85	106	13,78	104
Duque de Caxias	14,28	189	16,53	216	14,63	183	16,94	222	17,49	232	13,88	181	14,13	195	12,96	185
Japeri	16,31	25	14,63	23	...	21	...	28	...	31	...	31	...	21	...	27
Itaguaí	10,73	19	13,23	23	17,61	31	13,18	25	10,12	19	10,48	20	11,03	20	14,77	28
Magé	16,18	56	12,57	42	11,99	39	16,59	57	16,6	59	16,01	54	17,09	61	14,58	53
Mesquita	12,65	31	16,05	37	13,33	31	16,2	37	14,57	36	14,17	37	8,78	23	18,04	47
Nilópolis	16,66	36	18,51	40	15,43	32	10,86	23	13,01	27	11,85	24	14,22	30	12,79	27
Nova Iguaçu	15,37	177	15,9	183	18,02	209	19,24	230	18,04	211	14,51	167	15,16	183	13,49	168
Queimados	20,45	48	20,26	49	15,17	35	18,56	45	15,2	37	18,92	45	14,26	35	14,35	34
Rio de Janeiro	13,75	1.132	13,86	1.171	13,18	1.097	12,62	1.087	12,95	1.122	12,74	1.117	11,35	1.022	12,05	1096
S.J. Meriti	16,27	107	13,64	89	14,34	94	13,74	95	16,33	115	14,13	96	17,98	126	16,6	115
Seropédica	...	12	...	11	...	15	...	14	...	7	...	8	...	12	...	15

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informações de Mortalidade. Obs.: Os dados de 2015 são preliminares

Tabela 11 - Mortalidade Infantil, ano 2008 a 2018

Mortalidade Infantil															
Taxa de óbitos infantis															
Pactuação Interfederativa 2017-2021															
Região de Saúde/Município	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017			2018		
										Nascidos Vivos	Óbito de <1ano	TMI	Nascidos Vivos	Óbito de <1ano	TMI
Estado do Rio de Janeiro	14,39	14,44	13,96	13,93	13,81	13,12	12,70	12,56	13,64	222858	2759	12,38	215731	2726	12,64
Metropolitana I	14,36	14,54	13,88	14,08	14,22	13,34	12,57	12,84	13,81	138887	1765	12,71	132726	1737	13,09
Belford Roxo	16,17	15,68	12,76	14,92	14,70	14,03	13,85	13,37	16,63	7097	92	12,96	6547	93	14,20
Duque de Caxias	14,28	16,53	14,63	16,94	17,49	13,88	14,13	12,90	15,68	13586	195	14,35	12008	193	16,07
Itaguaí	10,73	13,23	17,61	13,18	10,12	10,48	11,03	14,60	17,10	1892	30	15,86	1739	32	18,40
Japeri	16,31	14,63	21	28	31	31	21	16,40	8,77	1415	23	16,25	1275	17	13,33
Magé	16,18	12,57	11,99	16,59	16,60	16,01	17,09	14,54	20,27	3697	49	13,25	3618	63	17,41
Mesquita	12,65	16,05	13,33	16,20	14,57	14,17	8,78	17,81	16,24	2400	32	13,33	2273	31	13,64
Nilópolis	16,66	18,51	15,43	10,86	13,01	11,85	14,22	12,72	18,24	1832	40	21,83	1766	23	13,02
Nova Iguaçu	15,37	15,90	18,02	19,24	18,04	14,51	15,16	13,38	13,09	12489	187	14,97	11952	178	14,89
Queimados	20,45	20,26	15,17	18,56	15,20	18,92	14,26	14,13	18,44	2407	46	19,11	2234	49	21,93
Rio de Janeiro	13,75	13,86	13,18	12,62	12,95	12,74	11,35	12,08	12,83	84462	946	11,20	82151	952	11,59
São João de Meriti	16,27	13,64	14,34	13,74	16,33	14,13	17,98	16,40	13,04	6545	110	16,81	6003	87	14,49
Seropédica	12	11	15	14	7	8	12	15	18	1065	15	14,08	1160	19	16,38

Nota:

Indicador do rol nacional para 2017. Método de cálculo determinado pela "Ficha de Indicadores da Pactuação Interfederativa 2017-2021".

De acordo com o porte do município, será utilizada a Taxa de Mortalidade (TM) para populações superiores a 100 mil habitantes ou Número Absoluto (NO) para municípios com populações inferiores.

Legenda:

... Não houve casos

Indicativo de meta:

Redução em relação à série histórica.

Fontes: SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE - SIM

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS - Sinasc

Base do SIM atualizada de 2016 e 2107 em 6/02/2019

2017 - Dado preliminar

Em relação à média da taxa de mortalidade infantil estadual no ano de 2015, a região metropolitana I, está acima comparado a média estadual. As taxas de mortalidade infantil são apresentadas por 1.000 nascidos vivos, e não são corrigidas por subnumeração de óbitos e de nascimentos. Para municípios de pequeno porte (menos de 100.000 habitantes), as taxas podem flutuar muito, devido ao pequeno número de ocorrências de óbitos e nascimentos. Recomenda-se, nestes casos, analisá-las agregando-se vários anos e/ou segundo o número absoluto de óbitos.

Em relação às taxas de mortalidade infantil, a razão de prevalência entre países menos desenvolvidos e países industrializados é de 18,2 vezes mais óbitos nos países em desenvolvimento. Este fato também demonstra a importância da mortalidade infantil como fator fundamental de distinção de níveis de saúde entre povos e regiões.

A constituição de Comitês de Investigação do Óbito Infantil e Fetal é uma importante estratégia para a redução da mortalidade nesta faixa etária, que possibilita a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde. Tem sido estimuladas ações de mobilização das equipes de saúde para a identificação do óbito infantil e fetal, qualificação das informações, investigação e análise de evitabilidade dos óbitos e identificação das medidas necessárias para a prevenção de novas ocorrências.

Recomenda-se a criação e fortalecimento dos Comitês Estaduais e Municipais de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal como importante estratégia de melhoria na organização da assistência de saúde para a redução das mortes preveníveis, bem como a melhoria dos registros sobre a mortalidade. O grupo condutor regional (GCR) vem encorajando a importância dos municípios em manter ativos os comitês municipais reforçando a relevância em manter os óbitos 100% investigados. Em municípios que não possuem os comitês instituídos, o GCR tem destacado a importância da construção do mesmo.

Tabela 12 - Número de óbitos infantis por componente, segundo Município de residência da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, 2015

Região de Saúde/Município	Número Óbitos Infantis	Óbitos Neonatais	Óbitos Neonatais Precoces	Óbitos Neonatais Tardios	Óbitos Pós-Neonatais
Metropolitana I	1.899	1.249	889	360	650
Belford Roxo	104	66	45	21	38
Duque de Caxias	185	126	90	36	59
Itaguaí	28	24	21	3	4
Japeri	27	16	13	3	11
Magé	53	32	19	13	21
Mesquita	47	26	15	11	21
Nilópolis	27	20	11	9	7
Nova Iguaçu	168	117	88	29	51
Queimados	34	15	9	6	19
Rio de Janeiro	1.096	719	519	200	377
São João de Meriti	115	79	51	28	36
Seropédica	15	9	8	1	6

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro.

Tabela 13 - Taxa de Óbitos Infantis por faixa etária, por Município de residência da Região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, 2015.

Região de Saúde/Município	TMI	Componente neonatal	Componente neonatal precoce	Componente neonatal tardio	Componente pós-neonatal
Metropolitana I	12,9	8,5	6	2,4	4,4
Belford Roxo	13,6	8,6	5,9	2,7	5
Duque de Caxias	12,9	8,8	6,3	2,5	4,1
Itaguaí	14,8	12,7	11,1	1,6	2,1
Japeri	16,6	9,9	8	1,8	6,8
Magé	14,6	8,8	5,2	3,6	5,8
Mesquita	18	10	5,7	4,2	8
Nilópolis	12,8	9,5	5,2	4,3	3,3
Nova Iguaçu	13,6	9,4	7,1	2,3	4,1
Queimados	14,2	6,3	3,8	2,5	8
Rio de Janeiro	12,1	7,9	5,7	2,2	4,2
São João de Meriti	16,6	11,4	7,4	4	5,2
Seropédica	13,1	7,9	7	0,9	5,3

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro.

Tabela 14 – Taxa de mortalidade infantil e componentes neonatal precoce, neonatal tardia e pós neonatal. Estado do Rio de Janeiro, Região e municípios da Região Metropolitana I, 2011 – 2015.

Região de Saúde/Município	2011				2012				2013				2014				2015			
	TMI	Neonatal precoce	Neonatal tardio	Pós-neonatal	TMI	Neonatal precoce	Neonatal tardio	Pós-neonatal	TMI	Neonatal precoce	Neonatal tardio	Pós-neonatal	TMI	Neonatal precoce	Neonatal tardio	Pós-neonatal	TMI	Neonatal precoce	Neonatal tardio	Pós-neonatal
Metropolitana I	14,1	6,7	2,2	5,2	14,2	6,4	2,8	5,1	13,3	6,3	2,3	4,8	12,6	6,2	2,3	4,1	12,9	6,0	2,4	4,4
Belford Roxo	14,9	6,9	2,3	5,7	14,7	7,0	2,3	5,4	14,0	6,0	2,5	5,6	13,8	5,7	2,4	5,7	13,6	5,9	2,7	5,0
Duque de Caxias	16,9	8,0	2,7	6,2	17,5	7,3	3,6	6,6	13,9	5,8	1,9	6,2	14,1	7,2	3,0	3,8	12,9	6,3	2,5	4,1
Itaguaí	13,2	7,4	1,6	4,2	10,1	3,2	3,2	3,7	10,5	5,8	0,5	4,2	11,0	8,8	0,6	1,7	14,8	11,1	1,6	2,1
Japeri	19,2	8,2	5,5	5,5	20,7	8,7	5,4	6,7	20,4	11,9	3,3	5,3	13,0	6,2	1,9	4,9	16,6	8,0	1,8	6,8
Magé	16,6	8,7	2,3	5,5	16,6	8,2	3,1	5,3	16,0	7,4	1,8	6,8	17,1	7,8	3,4	5,9	14,6	5,2	3,6	5,8
Mesquita	16,2	7,9	3,1	5,2	14,6	7,3	2,0	5,3	14,2	5,7	2,7	5,7	8,8	3,8	1,5	3,4	18,0	5,7	4,2	8,0
Nilópolis	10,9	6,6	2,4	1,9	13,0	5,3	2,4	5,3	11,8	5,9	3,5	2,5	14,2	8,5	2,8	2,8	12,8	5,2	4,3	3,3
Nova Iguaçu	19,2	10,0	2,6	6,7	18,1	7,6	4,6	5,9	14,5	7,0	2,4	5,0	15,1	7,7	2,6	4,9	13,6	7,1	2,3	4,1
Queimados	18,6	9,9	2,9	5,8	15,2	7,0	1,6	6,6	18,9	8,0	2,9	8,0	14,3	6,1	3,7	4,5	14,2	3,8	2,5	8,0
Rio de Janeiro	12,6	5,8	2,0	4,9	13,0	6,0	2,3	4,7	12,7	6,1	2,3	4,3	11,4	5,5	2,0	3,8	12,1	5,7	2,2	4,2
S.J.Meriti	13,7	6,4	1,9	5,5	16,3	7,2	4,3	4,8	14,1	6,2	2,8	5,2	18,0	9,8	2,7	5,4	16,6	7,4	4,0	5,2
Seropédica	12,9	5,5	4,6	2,8	7,0	2,0	2,0	3,0	7,8	4,9	-	2,9	10,5	7,0	2,6	0,9	13,1	7,0	0,9	5,3

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro.

A série histórica exibida na Tabela 14 aponta para uma tendência à redução da mortalidade infantil na região e no estado, em todos os componentes. Vale destacar que a mesma tendência aparece de forma distinta entre os municípios da região, conferindo ao monitoramento deste indicador importância fundamental, assim como à investigação dos óbitos infantis, a fim de que sejam identificadas as ações a serem implementadas para que novos óbitos sejam evitados,

Tabela 15– Proporção de óbitos infantis e fetais investigados, por município de residência da Região Metropolitana I, no ano de 2010 a 2018.

Proporção de óbitos infantis e fetais investigados									
% de óbitos infantis-fetais investigados									
Pactuação Interfederativa 2017-2021									
Região de Saúde/Município	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Estado do Rio de Janeiro	52,71	58,05	70,96	70,39	69,04	73,93	71,45	70,61	73,56
Metropolitana I	51,30	57,09	71,45	68,06	68,40	71,35	66,77	61,99	71,69
Belford Roxo	35,86	38,31	40,07	38,05	43,44	48,95	50,00	40,34	83,33
Duque de Caxias	81,21	73,11	80,14	72,64	71,29	89,14	89,45	69,89	73,44
Itaguaí	11,32	35,00	14,58	37,50	38,30	80,36	98,04	94,12	92,73
Japeri	42,22	60,42	50,00	49,06	56,25	61,90	43,90	21,62	28,57
Magé	43,53	73,39	76,07	78,43	77,78	63,11	73,98	72,97	67,21
Mesquita	33,33	28,38	41,33	64,29	20,31	97,85	100,00	100,00	100,00
Nilópolis	25,76	42,00	58,82	34,62	26,67	72,58	58,46	68,00	70,37
Nova Iguaçu	34,39	44,39	33,16	35,98	34,52	44,31	26,35	23,53	15,83
Queimados	20,78	37,66	61,25	64,00	63,53	45,90	47,62	47,73	29,41
Rio de Janeiro	56,90	62,44	85,97	83,52	83,24	79,23	71,06	70,69	80,55
São João de Meriti	27,42	30,77	55,83	36,73	49,58	31,91	51,67	48,23	83,62
Seropédica	55,17	95,00	88,89	42,11	50,00	90,32	100,00	85,19	73,53

Fontes:

2016: Sistema de Informação sobre Mortalidade -módulo de investigação. Consulta ao módulo on line em 07/03/2018

2017 e 2018 - CONSULTA AO MÓDULO DE INVESTIGAÇÃO DO SIMWEB EM 05/02/2019

A vigilância e a investigação das mortes é uma importante estratégia de redução da mortalidade infantil e fetal, contribuindo para a melhoria do registro dos óbitos e possibilitando a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde. Demanda a análise crítica e criteriosa dos problemas sociais, assistenciais e de evitabilidade. Atua visando a correção e qualificação de dados, o que implica no retorno às equipes, na co-responsabilização e na mobilização social para mudanças. A vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde públicos e privados, conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº72, de 11 de janeiro de 2010.

Nesse sentido, observa-se, segundo os valores apresentados na Tabela 15, que a investigação de óbitos infantis e fetais, na maioria dos municípios da região, é um problema a ser enfrentado. Vale destacar que as dificuldades já apresentadas no que se refere à investigação da morte materna são as mesmas, repercutindo ainda mais no óbito fetal e infantil, numericamente maior que os óbitos maternos. Importante visualizar que o município de Mesquita, mesmo enfrentando as dificuldades, conseguiu manter a taxa de 100% de óbitos infantis investigados.

O quadro a seguir demonstra as ações desenvolvidas e metas pactuadas para redução da mortalidade infantil de cada município:

adro 1: Ações e metas para o enfrentamento da mortalidade infantil

Mortalidade Infantil		
Municípios	Ações desenvolvidas / Metas	
Belford Roxo	ações desenvolvidas	Treinamento dos profissionais em Triagem Neonatal. <i>Incentivo ao aleitamento Materno.</i>
	metas	Diminuir a mortalidade infantil; Ampliar a oferta do Teste do Pezinho em 6 unidades; Treinamento de 50% das equipes em saúde da criança; Implementar a Primeira Semana de Saúde Integral da Criança em 100% das USF; Implementação da Puericultura em 100% das USF.
Duque de Caxias	ações desenvolvidas	Investigação dos óbitos pelos NVHs, ESF e PAISC; Implantação do Programa da Saúde do Adolescente; Implantação do Comitê de Mortalidade infantil e fetal; Acesso a Puericultura das crianças de 100%; Garantia de vagas em Unidades de Terapia Intensiva neonatal; Garantir a continuidade do Programa do adolescente nas UPHs e CRAESM e CEATA.
	metas	Reduzir a mortalidade infantil; Implantação do Programa da Saúde do Adolescente em 100% das equipes da ESF; Aumentar a cobertura da ESF para 55%; Capacitar 100% da ESF no acolhimento mãe – bebê na primeira semana; Garantir o recebimento e distribuição de 100% da Caderneta da Criança; Implantar o IUBAM em pelo menos 03 UBS
Itaguaí	ações desenvolvidas	Boas práticas de humanização na assistência ao parto; Ações de incentivo ao aleitamento materno; Acolhimento mãe-bebê nas unidades básicas, com estímulo à primeira consulta no 7º dia de vida e em livre demanda; Visitas domiciliares aos recém-nascidos, nas áreas de ESF; Oferta de puericultura nas unidades básicas
	metas	Implementação de todos os componentes da Rede Cegonha a nível municipal; Estender os grupos de gestante a toda Rede Municipal; Implantar o acolhimento e a classificação de risco na maternidade municipal; Manter e estimular o alojamento conjunto e aleitamento materno
Magé	ações desenvolvidas	Renomeação dos membros do comitê de óbitos infantil, fetal, materno e mulheres em idade fértil e causas indeterminadas, investigação de óbitos, educação permanente para os profissionais, início da obra da Rede Cegonha.
	metas	Aumentar o número de nascidos vivos de mães com no mínimo de 7 consultas de pré-natal, Redução dos casos de mortalidade. Melhoria na qualidade do atendimento.
Mesquita	ações desenvolvidas	Reuniões bimestrais do Comitê de Mortalidade, com investigações dos casos; educação permanente aos profissionais da rede; Incentivo ao aleitamento materno exclusivo; ampliação da oferta da Triagem Neonatal – teste do pezinho em todas as unidades básicas de saúde
	metas	Redução dos casos de Mortalidade Infantil

Nilópolis	ações desenvolvidas	Implantação do comitê de mortalidade, com atuação da ESF, Epidemiologia; Parcerias com a Pastoral da criança, CREAS e CRAS; Incentivo ao aleitamento materno exclusivo e complementar; Referência de consulta pediátrica para as equipes de ESF na própria Unidade de Saúde;
	metas	Capacitação das equipes ESF e UBS para apoio e incentivo ao aleitamento materno (90% 2018); Disponibilização de veículo para busca ativa de familiares para investigação dos casos de mortalidade; Capacitação dos médicos da ESF para a realização de puericultura; Reconstrução e implantação do Centro Obstétrico no novo Hospital Municipal.
Nova Iguaçu	ações desenvolvidas	Investigação dos óbitos infantil; educação permanente aos profissionais; Incentivo ao aleitamento materno exclusivo; educação permanente aos profissionais da rede para acolhimento mãe-bebe.
	metas	Redução da mortalidade infantil; incentivo ao aleitamento materno exclusivo nos 6 primeiros meses; Implantação do IUBAAM em UBS/ESF/CF (5 unidades)
Rio de Janeiro	ações desenvolvidas	Atualização de protocolos clínicos de Pneumonia , Bronquiolite e Broncoaspiração; Realização de Oficinas de Apoio Institucional nas Unidades de Saúde, com discussão de protocolos clínicos das principais causas de óbitos infantis; Monitoramento dos casos de síndrome congênita pelo Vírus Zika; Fortalecimento da EMAC (Estratégia de Atenção às Mães Adolescentes , Suas Crianças e Suas Famílias) nas 10 Áreas Programáticas da Cidade do RJ.
	metas	Atingir Taxa de MI inferior a 12%.
São João de Meriti	ações desenvolvidas	Realização de Campanhas de Vacinação e cobertura vacinal de rotina >95%, para menores de 1 ano de idade; Incentivo à intersectorialidade a fim de ampliar o escopo das ações de vigilância às doenças prevalentes na infância, incentivo ao aleitamento materno e alimentação adequada; Garantia a assistência no parto e pós parto a 100% dos recém nascidos; Incentivo o Aleitamento Materno Exclusivo até os 6 meses de idade; Planejamento e programação da visita domiciliar das equipes de saúde da na 1ª semana de vida do recém nascido e em áreas não cobertas pela ESF, garantia do “acolhimento mãe-pai-bebê” por livre demanda; Ampliação da oferta de consultas pré-natais na rede básica de saúde municipal; Qualificação da atenção ao pré-natal de baixo risco nas unidades básicas de saúde e garantir retaguarda assistencial para o pré-natal de alto risco; Investimento na Educação Permanente e Educação continuada específica na Linha de Cuidado da Saúde da Criança e Saúde da Mulher;
	metas	Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas pré-natais; Investigar óbitos infantis e fetais; Reduzir a Mortalidade Infantil
Seropédica	ações desenvolvidas	Acompanhamento do pré-natal ao puerpério às gestantes cadastradas na rede de serviços, conforme protocolo estabelecido pela REDE CEGONHA/ MS; Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 7 consultas de pré-natal; Aumentar o percentual de parto normal; Incentivo a Amamentação; Regulação para referência em caso de risco fetal; Apoio nas investigações de óbitos
	metas	Intensificar busca ativa/ visitas domiciliares da ESF as gestantes faltosas no pré-natal; Diagnóstico e tratamento oportuno de gestantes exames reativos; Redução da mortalidade infantil

Japeri	ações desenvolvidas	Investigação de mortes de infantis; Alimentação do sistema de informação SIM; Discussões dos casos de Morte Infantil no Grupo de Trabalho de Óbitos;
	metas	Investigar 70% dos casos; Capacitar equipe; Implantação de Comitê de Mortalidade Infantil;
Queimados	ações desenvolvidas	Instituição e formalização do “Comitê Municipal de Investigação e Prevenção de mortalidade materno-infantil”
	metas	Redução de mortalidade infantil; Fortalecer e garantir acesso a puericultura

Tabela 16–Número de óbitos maternos por faixa etária, por município de residência da Região Metropolitana I, no ano de 2014.

Região de Saúde/Município de Residência	15 a 24 anos	25 a 34 anos	35 a 44 anos	45 a 54 anos	Total
Metropolitana I	33	38	24	2	97
Belford Roxo	-	2	-	-	2
que de Caxias	6	4	2	-	12
Japeri	-	1	-	-	1
Magé	1	1	-	-	2
Mesquita	2	1	-	-	3
Nova Iguaçu	2	1	2	-	5
Queimados	1	2	1	-	4
Rio de Janeiro	20	24	18	2	64
São João de Meriti	1	1	1	-	3
Seropédica	-	1	-	-	1

Fontes: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade

Tabela 17– Número de óbitos maternos, por município de residência da Região Metropolitana I, nos anos de 2008 a 2018.

Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência											
Número absoluto de óbitos maternos por Município											
Pactuação Interfederativa 2017-2021											
Região de Saúde/Município	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Estado do Rio de Janeiro	150	203	180	161	180	180	165	150	157	160	122
Metropolitana I	103	127	106	102	116	116	107	100	94	113	85
Belford Roxo	7	7	6	4	9	5	7	2	5	6	3
Duque de Caxias	13	16	9	7	8	11	15	13	13	17	12
Japeri	3	2	2	4	1	4	3	1	3	1	3
Itaguaí	1	3	3	-	2	3	1	-	1	-	1
Magé	1	1	2	2	2	2	1	3	3	2	2
Mesquita	3	2	4	3	2	3	-	2	1	-	1
Nilópolis	2	-	2	1	3	4	2	-	1	1	1
Nova Iguaçu	8	17	7	12	15	11	10	6	4	7	8
Queimados	2	3	2	1	4	2	1	4	-	2	2
Rio de Janeiro	54	67	64	60	59	67	64	65	62	71	50
São João de Meriti	9	6	4	8	9	4	3	3	1	5	1
Seropédica	-	3	1	-	2	-	-	1	-	1	1

Fontes:

2008-2014: Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro/Ministério da Saúde. Informações geradas em 21/03/2016

2015:SIMWEB - Consulta em 14/02/2017

2016: Consulta ao módulo on line em 06/03/2018.

2017*: Consulta ao módulo on line em 08/03/2018 (dados preliminares).

Tabela 18 - Razão da Mortalidade Materna. Região Metropolitana I, 2015.

Município/Região de Saúde	Nasc.Vivos	Óbitos mat.	Razão de MM
METROPOLITAN A I	147.349	99	67,19
Belford Roxo	7.646	2	26,16
Duque de Caxias	14.303	13	90,89
Itaguaí	1.897	-	0,00
Japeri	1.623	1	61,61
Magé	3.633	3	82,58
Mesquita	2.613	2	76,54
Nilópolis	2.110	-	0,00
Nova Iguaçu	12.384	5	40,37
Queimados	2.387	4	167,57
Rio de Janeiro	90.674	65	71,69
São João de Meriti	6.937	3	43,25
Seropédica	1.142	1	87,57
Estado		147	

Fonte: SIM-módulo de investigação.

* Referente ao primeiro semestre de 2016 (Janeiro a Junho)

BASES ATUALIZADAS EM 31/08/2016.

Tabela 19 - Razão da Mortalidade Materna. Região Metropolitana I, 2011-2015.

Razão da Mortalidade Materna. Região Metropolitana I, 2011-2015

Município	2011			2012			2013			2014			2015		
	Nasc vivos	Óbitos Maternos	Razão MM	Nasc vivos	Óbitos Maternos	Razão MM	Nasc vivos	Óbitos Maternos	Razão MM	Nasc vivos	Óbitos Maternos	Razão MM	Nasc vivos	Óbitos Maternos	Razão MM
Metrop I	140.189	102	72,8	140.976	116	82,3	141.188	116	82,2	145.945	107	73,3	147.349	99	67,19
Belford Roxo	7.374	4	54,2	7.552	9	119,2	7.340	5	68,1	7.655	7	91,4	7.646	2	26,16
Duque de Caxias	13.106	7	53,4	13.267	8	60,3	13.038	11	84,4	13.808	15	108,6	14.303	13	90,89
Japeri	1.896	4	211,0	1.880	1	53,2	1.908	4	209,6	1.815	3	165,3	1.897	-	0,00
Itaguaí	1.458	-	-	1.494	2	133,9	1.517	3	197,8	1.617	1	61,8	1.623	1	61,61
Magé	3.439	2	58,2	3.555	2	56,3	3.373	2	59,3	3.569	1	28,0	3.633	3	82,58
Mesquita	2.286	3	131,2	2.473	2	80,9	2.611	3	114,9	2.620	-	-	2.613	2	76,54
Nilópolis	2.119	1	47,2	2.075	3	144,6	2.026	4	197,4	2.110	2	94,8	2.110	-	0,00
Nova Iguaçu	11.955	12	100,4	11.645	15	128,8	11.512	11	95,6	12.143	10	82,4	12.384	5	40,37
Queimados	2.424	1	41,3	2.435	4	164,3	2.378	2	84,1	2.456	1	40,7	2.387	4	167,57
Rio de Janeiro	86.131	60	69,7	86.550	59	68,2	87.665	67	76,4	89.997	64	71,1	90.674	65	71,69
São J de Meriti	6.916	8	115,7	7.044	9	127,8	6.794	4	58,9	7.010	3	42,8	6.937	3	43,25
Seropédica	1.085	-	-	1.006	2	198,8	1.026	-	-	1.145	-	-	1.142	1	87,57
RJ	220.756	161	72,9	222.844	180	80,8	224.111	180	80,3	233.641	165	70,6	236.239	147	66,22

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Tabela 20 - Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados, por município de residência da Região Metropolitana I, nos anos de 2010 a 2018.

Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados		Óbitos de mulheres em idade fértil totais (exceto maternos declarados)								
% de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis investigados										
Região de Saúde/Município	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Estado do Rio de Janeiro	76,51	81,89	77,14	82,25	86,83	83,81	82,60	86,72	85,23	
Metropolitana I	70,38	79,81	74,69	79,88	86,68	82,73	80,54	86,27	86,20	
Belford Roxo	41,23	65,95	44,72	66,67	56,25	46,23	31,90	55,10	93,39	
Duque de Caxias	77,32	76,55	78,68	83,17	99,75	100,00	98,94	85,79	80,15	
Itaguaí	68,29	82,35	32,76	46,81	74,07	100,00	100,00	98,81	90,91	
Japeri	81,82	85,42	97,73	100,00	100,00	100,00	67,65	62,50	48,78	
Magé	39,13	41,84	55,34	78,95	84,62	73,58	91,74	82,08	74,11	
Mesquita	88,17	95,06	89,86	91,67	73,26	98,61	100,00	100,00	100,00	
Nilópolis	63,16	80,46	57,53	73,17	53,68	75,00	66,25	77,05	59,42	
Nova Iguaçu	83,03	80,45	70,71	67,46	66,85	63,10	51,07	52,19	62,96	
Queimados	55,84	73,08	61,76	66,67	79,71	56,76	81,40	67,16	44,32	
Rio de Janeiro	72,62	83,56	79,67	84,01	93,43	89,14	87,96	93,54	92,31	
São João de Meriti	46,34	69,36	70,39	66,82	75,56	46,52	53,13	95,85	97,98	
Seropédica	89,66	85,71	93,75	92,59	82,50	97,37	100,00	100,00	96,15	

Fontes:

SIM-módulo de investigação

1. Até 2015: Informações geradas em 21/03/2016.
2. 2015: Consulta ao módulo on line em 25/01/2017.
3. 2016: Consulta ao módulo on line em 06/03/2018.
4. 2017 E 2018 Fonte: SIM-módulo de investigação. Consulta ao módulo on line em 06/02/2019

Diante da existência de Comitê de Mortalidade Materna em grande parte dos municípios da Região e da importância da investigação dos óbitos ocorridos nos municípios, pode-se destacar como causas para os números de óbitos investigados, apresentados na tabela acima: a falta de viatura e quantitativo de funcionários para investigação; informações de endereços falsos nos dados hospitalares; discrepância entre dados lançados para abastecimento do sistema pelos Municípios e os dados apresentados pelo Ministério da Saúde; falta de adesão de alguns setores ao Comitê de Mortalidade.

Compreende-se a necessidade de fortalecimento dos Comitês Municipais através de ações voltadas para seu melhor funcionamento, buscando investigar 100% dos óbitos e levantar ações para evitar novos óbitos da sua população. Contudo é preciso salientar que sem intervenções dos gestores Municipais, Estaduais, Federais, e de setores como regulação obstétrica dificilmente será possível alcançar a redução da mortalidade materna.

Mas, vale enfatizar que mesmo com todas as dificuldades enfrentadas pelos Comitês, grande parte dos municípios mantém o índice de 100% de investigação de óbitos maternos.

A seguir tem-se o quadro demonstrativo das ações desenvolvidas e metas pactuadas para o indicador de mortalidade materna:

Quadro 2: Ações e metas para o enfrentamento da mortalidade materna

Mortalidade Materna		
Municípios	Ações desenvolvidas / Metas	
Belford Roxo	ações desenvolvidas	Treinamento das equipes em Pré-Natal. Identificação das unidades que realizam pré-natal e dos profissionais. Atualização do SISPRENATAL WEB. Monitoramento do cadastro e acompanhamento no sistema e distribuição das cadernetas. Vigilância dos óbitos maternos com avaliação dos casos.
	metas	Diminuir a mortalidade materna do município; Reativar o Comitê Municipal De Vigilância ao Óbito Materno-Infantil.; Estabelecer em médio prazo referencias em 3 regiões municipais com médicos obstetras para acompanhamento de médio risco; Restituir a referência da Clínica da Mulher em pré-natal de alto risco(para iniciar o acompanhamento da gestante até a regulação em maternidade de Alto risco); Estabelecer a prioridade dos exames do pré-natal.
Duque de Caxias	ações desenvolvidas	Capacitação da ESF e AB em pré-natal de risco habitual; Investigação de 100% dos óbitos maternos pelos NVHs, ESF e PAISM; Capacitação às ações do Planejamento Reprodutivo em 100%; Aumentar o acesso aos métodos de contraceptivos pelo Planejamento Reprodutivo inclusive métodos irreversíveis; Garantir a utilização do protocolo de emergências obstétricas nas UPHs E UPA
	metas	Aumentar a Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica em 55%; Aumento da cobertura de assistência ao pré-natal no município em 63%; Aumentar para 100 o número de leitos obstétricos; Implementar protocolos de assistência obstétrica, para garantir as boas práticas ao parto e nascimento na maternidade do HMRRRC; Atualizar os protocolos de rotina da maternidade; Garantir insumos essenciais para adequada assistência obstétrica e neonatal
Itaguaí	ações desenvolvidas	Captação precoce das gestantes através da oferta do TIG nas unidades básicas; Consultas de pré-natal nas Esf e Ubs, pelo médico e enfermeiro; Garantia dos exames complementares de pré-natal; Ambulatório médico de triagem de gravidez de alto risco; Inserção no SISREG das gestantes de alto risco, garantindo o acesso ao pré-natal e parto nos hospitais de referência
	metas	Implementação de todos os componentes da Rede Cegonha a nível municipal; Redução dos casos dos casos de óbitos maternos conforme pactuação; Investigação de 100% dos casos
Magé	ações desenvolvidas	Renomeação dos membros comitê de óbitos infantil, fetal, materno e mulheres em idade fértil e causas indeterminadas. Captação precoce das gestantes com oferta de TIG nas USFs. Obras para melhorias e ambiência no Hospital Municipal Vereador Hugo Braga (H.M. de Piabetá-Maternidade), incentivo ao parto normal e educação permanente para os profissionais.
	metas	Incentivar o parto natural, garantir 100% de partos de risco habitual e partos de média complexidade, melhorar o fluxo de acolhimento de gestantes de alto risco e contratualizar maior número de leitos em unidades de referência conveniados nos municípios da região metropolitana I, reduzir

		índices de mortalidade materno infantil com a melhoria da intervenção no pré-natal. Descentralização do lançamento de dados de acompanhamento de pré-natal de risco habitual (e-SUSAB). Fortalecer o ambulatório de Pré-Natal de risco habitual com suporte do NASF AB.
Mesquita	ações desenvolvidas	Reuniões bimestrais do Comitê de Mortalidade, com investigações dos casos; educação permanente aos profissionais da rede
	metas	Redução dos casos de Mortalidade Materna;
Nova Iguaçu	ações desenvolvidas	Investigação dos óbitos maternos; educação permanente aos profissionais;
	metas	Redução da mortalidade materna; redução do índice de cesariana
Nilópolis	ações desenvolvidas	Implantação do comitê de mortalidade materna, incluindo ESF para investigação dos casos e tratativa dos agravos; Realização de pré-natal em todas as UBS E ESF;
	metas	Capacitação 100% da equipe ESF 2018; Disponibilização de veículo para busca ativa de familiares para investigação dos óbitos (50% 2018); Ampliar o acesso aos exames durante pré-natal (90% 2018); Captação precoce da gestante no primeiro trimestre; Implantação do TIG em todos os Postos de Saúde; Reconstrução e implantação do Centro Obstétrico no novo Hospital Municipal.
Rio de Janeiro	ações desenvolvidas	Monitoramento das Recomendações de Óbitos Maternos: a) avaliar a implementação das recomendações realizadas nas Comissões Regionais de Óbitos Maternos e Comitê Municipal de Óbito Materno para as Unidades e equipes de saúde onde estes óbitos ocorreram; b) Avaliação dos protocolos de pré-natal nas Unidades de Saúde, a partir da avaliação de prontuário das gestantes em acompanhamento nas equipes onde ocorreram óbitos maternos; c) Suporte às equipes de Saúde e Diretoria de Áreas Programáticas para discussão e implementação dos protocolos existentes; Realização de Oficinas de Apoio Instituição, com discussão de protocolos de Pré-Natal, nas Unidades de Saúde em que ocorreram óbitos maternos; Apoio específico às Áreas Programáticas para seguimento e implementação dos protocolos de pré-natal; Reforçar e intensificar nas Áreas o Planejamento Reprodutivo; Qualificar a regulação para o pré-natal de alto risco.
	metas	Manter razão de MM inferior à 70/100.000 NV.
São João de Meriti	ações desenvolvidas	Ampliação da oferta de consultas pré-natais na rede básica de saúde municipal à partir da expansão das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF); Contratação de recursos humanos para atenção ao pré-natal em áreas sem cobertura de ESF; Qualificação da atenção ao pré-natal de baixo risco nas unidades básicas de saúde e garantir retaguarda assistencial para o pré-natal de alto risco; Investimento na Educação Permanente e Educação continuada; Estímulo a assistência integral das mães desde o planejamento reprodutivo, evitando óbitos decorrentes de abortos provocados; Garantia assistência no pós-parto;
	metas	Reduzir em 50% a Razão de Mortalidade Materna até 2021; Garantir o acompanhamento pré-natal em 7 consultas ou mais e consulta puerperal; Ampliar o acesso a exames complementares da rotina pré-natal e liberação de resultados em tempo oportuno; Ampliar o percentual do parto normal e humanizado; Fortalecer a vigilância epidemiológica dos óbitos maternos no Comitê de Mortalidade Materna e Infantil.

Seropédica	ações desenvolvidas	Educação permanente; Acompanhamento do pré-natal ao puerpério às gestantes cadastradas na rede de serviços, conforme protocolo estabelecido pela REDE CEGONHA/ MS; Oferta de exames laboratoriais e de imagem no pré-natal; Incentivo ao parto normal; Regulação para referência em caso de alto risco da gestante; Apoio nas investigações de óbitos
	metas	100% das Equipes treinadas ; Aumento do número de gestantes que realizam parto normal; Redução do número de óbitos maternos
Japeri	ações desenvolvidas	Investigação de mortes de mulheres em idade fértil e mortes maternas; Alimentação do sistema de informação SIM; Envio ao Comitê Estadual dos casos confirmados e investigados de Morte Materna; Discussões dos casos de Morte Materna no Grupo de Trabalho de Óbitos;
	metas	Investigar 100% dos casos; Capacitar equipe; Implantação de Comitê de Mortalidade Materna;
Queimados	ações desenvolvidas	Instituição e formalização do “Comitê Municipal de Investigação e Prevenção de Mortalidade Materno-Infantil”.
	metas	Redução de mortalidade Materno por causas evitáveis e previsíveis. Com investigação de 100% dos casos apresentados.

Eixo 3 - INDICADORES RELACIONADOS AO PRÉ-NATAL.

O objetivo do pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação e garantir um parto saudável, sem impacto para a saúde materno-infantil. Este acompanhamento deve abordar aspectos psicossociais e atividades educativas e preventivas, iniciadas o mais precoce possível e sem data de término, já que não existe alta do pré-natal. Desta maneira, estados e municípios necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal, com mecanismos estabelecidos de referência e contra-referência.

A Política Nacional de Humanização toma o acolhimento como postura prática nas ações de atenção e gestão das unidades de saúde, o que corrobora com os compromissos firmados pela Rede Cegonha no intuito de melhorar a qualidade da assistência à mulher e à criança, garantindo seus direitos. Para sua validação, alguns indicadores são avaliados através do SISPRENATALWeb, que vem sendo utilizado desde 2013,2000 porém necessita de ajustes para seu bom funcionamento.

Como colocado, uma das estratégias da Rede Cegonha é que todas as Unidades Básicas de Saúde realizem com qualidade o pré-natal de risco habitual, e que existam fluxos na rede municipal e/ou regional para o atendimento do pré-natal de alto risco. Toda gestante ao receber o diagnóstico de gravidez deve ser cadastrada no SISPRENATAL Web (até o ano de 2017) e e-sus (a partir de 2017) e durante todo o pré-natal esse sistema deve ser

informado da realização de consultas, exames, vacinas, parto, puerpério. Esse sistema é uma ferramenta importante para monitorar o acompanhamento das gestantes por suas equipes.

Na Região Metropolitana I, ainda é muito baixo o número de gestantes cadastradas pelo SISPRENATAL Web, conforme demonstrado na tabela 22, o que mostra a necessidade de sensibilizar os profissionais para a importância desse instrumento no processo de trabalho das equipes.

Inserido na Rede Cegonha, o SISPRENATAL Web é um sistema online que permite o cadastro de gestantes e acompanhamento do pré-natal, permitindo assim o monitoramento e avaliação da atenção ao pré-natal e ao puerpério prestadas pelos serviços de saúde a cada gestante, desde o primeiro atendimento nas Unidades de Saúde na Atenção Básica até a alta complexidade. Esse sistema contribui ainda para promover a segurança da saúde e qualidade de vida da mãe e da criança, auxiliando na identificação de agravos responsáveis pelas principais causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal. Sendo assim, torna-se necessário capacitar permanentemente os profissionais envolvidos com o registro desses dados. O sistema e-sus, a partir de novembro de 2018 foi o substituto do sisprenatal, mas visto que esta transição ainda se encontra com algumas dificuldades nos municípios onde o sistema de atendimento ao cliente não é feito on-line, e sim através de fichas de produção impressa deste sistema. Uma das dificuldades alencadas por grande parte dos municípios principalmente os da baixada fluminense é o cadastro das gestantes que não são vinculadas a equipe de estratégia de saúde da família, estas sendo atendidas em modelo de unidades básicas tradicionais, onde não são alimentadas as produções pelo e-sus e sim pelo SIAB.

Tabela 21 - Percentual de cobertura de equipes de Atenção Básica/ Estratégia de Saúde da Família na Região Metropolitana I, nos anos de 2010 a 2018.

Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica											
Cobertura de equipes de Saúde da Família											
Pactuação Interfederativa 2017-2021											
Região de Saúde/Município	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Estado do Rio de Janeiro	45,25	45,60	48,04	53,90	58,17	57,93	60,31	60,61	66,56	68,55	67,31
Metropolitana I	25,95	28,77	33,41	43,70	49,67	48,96	51,93	53,60	61,77	63,74	61,24
Belford Roxo	21,80	24,72	26,38	35,06	37,09	33,44	33,01	32,57	35,48	35,37	35,64
Duque de Caxias	31,24	30,54	23,20	22,47	27,32	34,77	36,66	40,14	34,79	40,57	40,09
Itaguaí	44,36	50,14	35,36	46,47	66,11	70,37	75,17	94,34	88,63	81,74	64,60
Japeri	-	-	3,39	21,68	30,77	42,53	56,10	57,49	36,35	42,15	40,89
Magé	85,04	89,03	88,40	95,42	94,92	86,79	86,09	76,79	82,28	56,94	60,02
Mesquita	44,38	42,46	34,17	43,47	42,79	47,60	59,49	60,01	61,67	62,15	74,87
Nilópolis	56,65	70,87	71,95	78,57	91,80	97,03	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Nova Iguaçu	35,39	36,21	39,55	42,56	52,66	47,48	46,04	52,75	53,44	52,00	66,24
Queimados	25,10	27,63	29,81	28,27	26,94	26,71	25,93	33,54	35,25	33,00	35,18
Rio de Janeiro	21,25	23,64	30,61	45,32	51,86	50,62	54,42	55,02	68,62	70,89	64,98
São João de Meriti	16,68	29,05	43,74	38,30	37,91	36,52	35,70	40,72	37,19	53,97	55,42
Seropédica	47,61	62,23	73,84	70,60	69,72	64,58	80,67	92,46	91,56	94,30	98,44

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro; Ministério da Saúde

Notas: Informações geradas em março/2018

Indicadores SISPRENATAL (2010 a 2012) e SISPRENATAL WEB (2013 a 2015)

Tabela 22 - Proporção de gestantes cadastradas no SISPRENATAL em relação aos nascidos vivos nos municípios da Região Metropolitana I, por residência da mãe, de 2010 a 2015.

Município/Região de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Metropolitana I	30,96	38,13	20,51	20,4	22,5	23,7
Belford Roxo	27,31	30,68	36,68	22,33	34,92	39,1
Duque de Caxias	37,58	40,67	48,31	0,32	50,91	52,44
Itaguaí	56,02	69	57,11	35,36	62,23	59,6
Japeri	30,88	37,89	40,39	49,48	58,35	42,48
Magé	51,28	51,3	42,57	69,89	28,08	46,89
Mesquita	63,11	56,87	27,07	77,57	55,41	71,9
Nilópolis	31,49	34,8	21,02	5,66	14,66	14,83
Nova Iguaçu	39,44	45,29	45,25	36,83	45,44	50
Queimados	9,45	29,37	22,92	28,71	39,95	62,25
Rio de Janeiro	29,71	38,15	10,51	17,84	12,36	11,43
São João de Meriti	0,02	5,75	0,72	-	-	-
Seropédica	45,87	76,04	46,31	62,25	58,87	58,93

Fonte: SISPRENATAL

Tabela 23 - Proporção de gestantes cadastradas X capataadas precocemente no SISPRENATAL da Região Metropolitana I, por residência da mãe, de 2015 a 2018.

Município	2015			2016			2017			2018		
	Cadast.	Cap.Prec.	%	Cadast.	Cap.Prec.	%	Cadast.	Cap.Prec.	%	Cadast.	Cap.Prec.	%
BELFORD ROXO	2.541	138	5,43	2.447	153	6,25	2.296	103	4,49	2.149	135	6,28
DUQUE DE CAXIAS	6.383	461	7,22	5.627	395	7,02	6.328	387	6,12	5.473	361	6,60
ITAGUAÍ	961	47	4,89	1.106	62	5,61	1.059	38	3,59	827	23	2,78
JAPERI	589	27	4,58	480	30	6,25	873	43	4,93	747	45	6,02
MAGÉ	1.448	92	6,35	1.255	73	5,82	1.241	52	4,19	738	31	4,20
MESQUITA	1.599	95	5,94	1.277	68	5,32	1.527	101	6,61	1.160	74	6,38
NILÓPOLIS	270	15	5,56	231	19	8,23	129	5	3,88	130	6	4,62
NOVA IGUAÇU	5.273	298	5,65	4.559	268	5,88	5.555	323	5,81	4.388	271	6,18
QUEIMADOS	1.265	57	4,51	1.190	83	6,97	1.094	70	6,40	444	24	5,41
RIO DE JANEIRO	8.815	455	5,16	6.461	348	5,39	4.094	211	5,15	2.288	102	4,46
SEROPÉDICA	572	38	6,64	520	30	5,77	695	34	4,89	547	33	6,03

Fonte: SISPRENATAL

Tabela 24- Proporção de gestantes cadastradas no SISPRENATAL que realizaram 6 ou mais consultas de pré-natal de 2008 a 2018.

Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal. Número de nascidos vivos e % de gestantes com mais de 7 consultas no pré-natal Pactuação Interfederativa 2017-2021											
Região de Saúde/Município	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Metropolitana I	58,81	58,34	59,01	58,93	61,25	63,56	64,51	67,24	68,76	71,07	73,06
Belford Roxo	35,53	35,73	40,72	40,40	42,21	44,28	45,61	50,83	52,52	51,57	53,23
Duque de Caxias	53,40	53,10	56,64	54,68	54,27	54,53	55,54	54,10	54,66	52,03	56,49
Japeri	25,05	29,83	30,24	29,10	36,81	39,88	45,52	53,28	50,88	54,76	52,67
Itaguaí	60,00	58,52	60,45	63,21	55,06	58,28	54,30	53,67	56,53	52,23	57,57
Magé	75,72	77,35	75,32	73,62	61,91	60,21	59,80	61,72	60,41	61,13	62,21
Mesquita	52,29	48,46	53,05	52,41	52,69	54,23	54,45	61,99	59,87	58,96	66,56
Nilópolis	55,95	54,37	58,87	55,05	55,18	56,37	57,58	61,23	55,98	60,43	65,82
Nova Iguaçu	42,35	40,84	44,17	46,96	50,03	52,34	53,97	60,42	59,74	63,60	64,96
Queimados	21,86	21,21	21,89	31,68	44,15	43,44	50,35	57,23	61,76	62,78	64,63
Rio de Janeiro	66,30	65,80	65,00	64,65	67,92	70,76	71,73	74,10	76,46	80,20	81,31
São João de Meriti	46,17	44,90	47,77	47,43	49,20	49,81	50,69	54,36	57,45	56,87	61,30
Seropédica	52,80	52,49	54,91	55,94	56,92	59,36	51,66	59,39	58,11	47,79	51,67

Fontes:

2016 e 2017: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - Sinasc - SVS/SES-RJ - Base atualizada em 28/02/2018

2. * 2017 Dado Preliminar

Na tabela 24, observamos que das 6 consultas mínimas exigidas pelo programa, todos os municípios ultrapassaram a margem dos 50% de gestantes com mais de 7 consultas de pré-natal, sendo o município do Rio de Janeiro mantendo a sua margem acima de 70% entre o período de 2013 a 2016, chegando a atingir mais de 80% em 2017 e 2018. Essa

dadopode representar dificuldades em diagnosticar e tratar determinadas doenças, em que as gestantes e os parceiros necessitam ser acompanhados por todo o período da gravidez. Observa-se também um declínio de gestantes cadastradas no ano de 2013 a 2015, após a implantação do SISPRENATAL WEB, por motivos de adequação ao novo sistema.

Tabela 25 - Proporção de gestantes cadastradas no SISPRENATAL que realizaram 6 ou mais consultas de pré-natal e a consulta de puerpério, de 2013 a 2015, nos municípios da Região Metropolitana I.

Município	% Gestantes que realizaram consultas de puerpério			% Gestantes com 6 ou + consultas		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Belford Roxo	0,16	2,38	5,79	1,38	2,46	1,57
Duque de Caxias	0,00	2,66	7,17	0	7,92	6,95
Itaguaí	0,59	0,63	0,83	6,52	11,15	10,20
Japeri	7,28	11,10	10,58	20,07	19,58	9,04
Magé	8,60	10,80	16,37	9,33	7,39	1,38
Mesquita	3,95	3,81	9,89	3,09	3,81	2,44
Nilópolis	0,00	0,00	0,38	0	0,00	0,38
Nova Iguaçu	0,22	2,73	4,81	2,30	5,01	3,55
Queimados	9,18	19,90	5,94	14,45	19,54	16,23
Rio de Janeiro	6,59	8,74	9,52	30,47	41,76	26,77
São João de Meriti	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Seropédica	0,00	0,17	3,15	0,21	6,63	5,77
Metropolitana I	5,02	5,62	7,60	18,97	18,94	11,72

Fonte: SISPRENATAL.

Conforme demonstrado na tabela 26 a captação precoce das gestantes vem aumentando ao longo dos últimos anos. É preconizado que se inicie o pré-natal com até 12 semanas de gestação a fim de identificar e ou diagnosticar doenças preexistentes e ou adquiridas no período gravídico-puerperal e assim oferecer tratamento e cuidados adequados, evitando assim um agravamento do quadro elevando seu risco.

A oferta de TIG é um bom instrumento de exame para diagnóstico precoce da gestação e dar início ao pré-natal, conforme preconizado.

Tabela 26 - Situação do SISPRENATAL Web em relação ao Cadastro das Gestantes, Captação Precoce e Realização de 6 consultas ou mais de pré-natal, por município da Região Metropolitana I, nos anos de 2013 e 2015.

Município/Região de Saúde	% Gestantes Cadastradas			% Captação Precoce (12 Semanas)			% Gestantes com 6 ou + Consultas de Pré-natal		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Metropolitana I	20,4	22,5	23,7	42,88	58,53	44,86	87,84	125,25	84,29
Belford roxo	22,33	34,92	39,1	28,07	36,22	34,55	1,38	2,46	1,57
Duque de Caxias	0,32	50,91	52,44	41,94	47,72	47,15	0	7,92	6,95
Itaguaí	35,36	62,23	59,6	48,02	49,48	44,64	6,52	11,15	10,2
Japeri	49,48	58,35	42,48	40,5	51,25	48,46	20,07	19,58	9,04
Magé	69,89	28,08	46,89	39,71	42,72	39,99	9,33	7,39	1,38
Mesquita	77,57	55,41	71,9	39,57	42,22	47,34	3,09	3,81	2,44
Nilópolis	5,66	14,66	14,83	38,37	39,54	38,72	0	0	0,38
Nova Iguaçu	36,83	45,44	50	36,73	41,68	43	2,3	5,01	3,55
Queimados	28,71	39,95	62,25	40,63	41,25	40,22	14,45	19,54	16,23
Rio de Janeiro	17,84	12,36	11,43	46,88	48,14	48	30,47	41,76	26,77
São João de Meriti	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Seropédica	62,25	58,87	58,93	46,35	42,93	49,3	0,21	6,63	5,77

Fonte: SISPRENATAL Web

TABELA 27– Oferta de exames no pré natal por município

Exames de Prenatal	Belford Roxo	Duque de Caxias	Itaguaí	Japeri	Magé	Mesquita	Nilópolis	Nova Iguaçu	Queimados	Rio de Janeiro	São João de Meriti	Seropédica
TIG -Teste de Gravidez			X	X	X	X		X	X	X		X
BHCG	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Hemoglobina	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Hematócrito	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	X		X	X	X	X		X	X	X		X
Glicose em jejum	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Anti-hiv	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
VDRL	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Ft-Abs	X	X		X	X	X		X	X	X	X	X
HbsAg	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Tipagem Sanguinea	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Fator Rh	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Coombs Indireto	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
TR- Sífilis	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
TR- HIV	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
TR - Hepatite B	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X
TR - Hepatite C	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X
EAS	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Urinocultura	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
EPF	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Toxoplasmose IGG	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Toxoplasmose IGM	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Citomegalovirus IGG	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Citomegalovirus IGM	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Rubéola IGG	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Rubéola IGM	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Creatinina	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Ureia	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Potássio	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Teste de Tolerancia Glicose - 2 dosagens	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X
Teste de Tolerancia Glicose - 4 dosagens	X		X	X	X			X	X	X	X	X
Colpocitopatológico	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
USG Obstétrica	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X

Tabela 28 - Porporção de gestantes com exames realizados até a 20ª semana – Ano 2015 a 2018

Município	2015			2016			2017			2018		
	Exames	Gestantes	%	Exames	Gestantes	%	Exames	Gestantes	%	Exames	Gestantes	%
BELFORD ROXO	1.038	2.541	41	623	2.447	25	269	2.296	12	411	2.149	19
DUQUE DE CAXIAS	1.935	6.383	30	1.711	5.627	30	1.938	6.328	31	2.001	5.473	37
ITAGUAI	46	961	5	13	1.106	1	29	1.059	3	16	827	2
JAPERI	389	589	66	399	480	83	717	873	82	705	747	94
MAGE	1.305	1.448	90	1.225	1.255	98	1.200	1.241	97	721	738	98
MESQUITA	1.063	1.599	66	327	1.277	26	348	1.527	23	539	1.160	46
NILOPOLIS	5	270	2	2	231	1		129	0		130	0
NOVA IGUAÇU	4.048	5.273	77	3.907	4.559	86	4.358	5.555	78	3.211	4.388	73
QUEIMADOS	1.229	1.265	97	1.125	1.190	95	1.033	1.094	94	424	444	95
RIO DE JANEIRO	1.985	8.815	23	1.259	6.461	19	783	4.094	19	49	2.288	2
SÃO JOÃO DE MERITI												
SEROPÉDICA	2	572	0	512	520	98	658	695	95	506	547	93

Fonte: SISPRENATAL

Conforme demonstrado na tabela 28, o número de gestantes com 20 semanas e que realizaram exames laboratoriais é muito baixo, e vem diminuindo ainda mais como mostrado na série histórica. A realização dos exames no primeiro trimestre é de fundamental importância para que seja realizado diagnóstico precoce, tratamento e/ou acompanhamento imediato de algumas patologias, proporcionando um parto mais seguro e tranquilo para mãe, bebê e equipe que vai acompanhar o parto

Na tabela 28, é possível observar que mesmo havendo um aumento na cobertura do SISPRENATAL Web referente ao cadastro na região, não houve aumento da captação precoce das gestantes. E o quantitativo de gestantes com o mínimo de consultas preconizadas (6 consultas) também foi muito baixo. É discordante os dados captados referente ao número de consultas prenatal preconizados pelo SISPRENATAL e pelo SINASC, pois o mesmo solicita o mesmo dados e tem diferenças em números amostrados.

Com base nos dados apresentados, vemos que o SISPRENATAL Web não representa a realidade do número de gestantes acompanhadas pelas equipes da Atenção Básica, mas também sabemos que são muitas as dificuldades na realização do pré-natal adequado (captar precocemente, realizar exames e receber os resultados em tempo oportuno, completar esquema vacinal, orientações referentes ao pré-natal, parto, puerpério e puericultura). Alguns nós críticos são identificados: a rotatividade dos profissionais das equipes, em especial na ESF; a necessidade de sensibilizar os profissionais da importância de informar seus atendimentos nos sistemas no período correto, através de treinamentos e monitoramento periódico; a importância de constituir espaços de discussões permanentes sobre o tema.

Sugestões para melhor adesão dos técnicos ao SISPRENATAL Web:

1 – Organização de capacitações e sensibilizações tendo como tema “Como as informações do SISPRENATAL podem auxiliar no trabalho da equipe de saúde”.

2 – Encontros periódicos para o monitoramento do SISPRENATAL Web.

3 – Retornar, regularmente para as equipes, as informações do sistema produzidas pelos profissionais, para que analisem seu trabalho e assim melhor organizem suas ações (captação precoce das gestantes, busca ativa das faltosas em tempo oportuno, realização dos exames de rotina e monitoramento dos resultados, tratamento da gestante e de seu parceiro quando necessário, vacinação).

São identificadas pelos coordenadores municipais algumas dificuldades na operacionalização do SISPRENATAL Web:

- Impossibilidade de obter relatórios mais específicos - Devido ao fato de a maioria das Unidades que realiza pré-natal não serem informatizadas, as fichas de cadastro e acompanhamento são digitadas por profissionais que não realizam o pré-natal, e desta forma são também monitorados por estes.
- Obrigatoriedade de solicitação de ultrassonografia na primeira consulta – O sistema só permite cadastrar uma segunda consulta para a gestante quando solicitada ultrassonografia na primeira consulta. Entretanto, muitos profissionais não fazem a solicitação na primeira consulta em razão do pouco tempo de gestação e/ou de acordo com a avaliação clínica.

Um importante programa de ação para planejamento reprodutivo é entender que ele poderá ser utilizado tanto no período de pré-concepção para prevenção de uma gravidez indesejada ou para o planejamento futuro de uma família. A seguir o quadro com os dispostos pelos municípios

TABELA 29 – Métodos do Planejamento Reprodutivo disponibilizados pelos municípios da região metropolitana 1

Planejamento Reprodutivo	Belford Roxo	Duque de Caxias	Itaguaí	Japeri	Magé	Mesquita	Nilópolis	Nova Iguaçu	Queimados	Rio de Janeiro	São João de Meriti	Seropédica
Condom Masculino	x	x	x	x	x	x		x	x	x		x
Condom Feminino	x	x	x	x	x	x		x	x	x		
Espemicida												
Diafragma												
Anticoncepcional Oral	x	x	x	x	x	x		x	x	x		x
Anticoncepcional Injetável	x	x	x	x	x	x		x	x	x		x
DIU cobre	x	x	x	x	x	x		x	x	x		x
Laqueadura eletiva	x	x	x		x	x		x	x	x		x
Laqueadura em gestantes		x	x		x	x		x	x	x		x
Vasectomia	x	x	x		x	x		x	x	x		x

Fonte: Informações fornecidas pelo programa de saúde da mulher dos municípios

Para uma melhoria no indicador de pré-natal, os municípios realizaram ações e estabeleceram metas, conforme quadro abaixo:

Quadro 3: Ações e metas parao pré-natal

Pré-natal		
Municípios	Ações desenvolvidas / Metas	
Belford Roxo	ações desenvolvidas	Treinamento das equipes. Organização da rede de atenção a saúde.
	metas	Ampliar a cobertura de pré-natal no município em 50%.; Ampliar o número de consultas realizadas por gestante pela captação precoce, com oferta de teste rápido em 50%.; Busca ativa de gestantes faltosas na USF em 100% e aerograma nas UBS em 30%.
Duque de Caxias	ações desenvolvidas	Capacitação dos profissionais da ESF em pré-natal de risco habitual; Garantir as referências para gestantes de alto risco; Garantia da Implantação do protocolo para atendimento às mulheres em idade fértil nas emergências dor abdominal
	metas	Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 7 consultas de pré-natal; Ampliar a lotação de 100% de médicos gineco-obstetras em todas as Unidades da rede de assistência à saúde das mulheres; Capacitar 100% os agentes comunitários de Saúde para a vigilância das grávidas na ESF; Aquisição do teste rápido de gravidez 30.000; Implantar na rede de atenção ao pré-natal em 100%, a visita de vinculação à maternidade de referência; Garantia e ampliação de 100% dos exames preconizados durante o pré-natal e o custeio dos mesmos; Garantia da realização de no mínimo 1 USG obstétrica durante a gestação; monitoramento de 100% das gestantes de alto risco inseridas no SER.
Itaguaí	ações desenvolvidas	Captação precoce das gestantes através da oferta do TIG nas unidades básicas; Consultas de pré-natal nas Esf e Ubs, pelo médico e enfermeiro; Garantia dos exames complementares de pré-natal; Ambulatório médico de triagem de gravidez de alto risco; Inserção no SISREG das gestantes de alto risco, garantindo o acesso ao pré-natal e parto nos hospitais de referência; Estender os grupos de gestante a toda Rede Municipal
	metas	Aumentar a oferta de vagas para pré-natal; Atuação conjunta do Pasmca com as ESF, para busca ativa das gestantes faltosas; Capacitação dos funcionários municipais para preenchimento do SIS PRÉ-NATAL.
Magé	ações	Captação precoce das gestantes com oferta de TIG nas USFs, educação

	desenvolvidas	permanente para os profissionais.
	metas	Melhoria da intervenção no pré-natal. Descentralização do lançamento de dados de acompanhamento de pré-natal de risco habitual (e-SUSAB). Fortalecer o ambulatório de Pré- Natal de risco habitual com suporte do NASF AB. Garantir o mínimo de 7 consultas de pré-natal.
Mesquita	ações desenvolvidas	Educação permanente dos profissionais que realizam pré-natal, monitoramento do sisprenatal, para captação e busca ativa de gestantes as consultas pré-natal; Melhoria no acesso e realização dos exames laboratoriais.
	metas	Retorno do grupo condutor municipal, para adequações das propostas da Rede Cegonha; planejamento de estratégias para aumentar a adesão das gestantes ao pré-natal, com captação precoce das mesmas; Planejamento de estratégias para aumentar a adesão das gestantes ao pré-natal, com captação precoce e assiduidade nas consultas preconizando o mínimo de 7 consultas. Implantação do pré-natal parceiro; Implantação de protocolo municipal;
Nilópolis	ações desenvolvidas	Disponibilização de consultas de pré-natal em todas as UBS e ESF; Disponibilização de consulta de pré-natal para adolescentes; Realização de sala de espera e grupos para gestantes; Garantir o teste rápido nas UBS/ESF; Busca de multiplicadores de conhecimento na rede;
	metas	Sensibilização do gestor quanto a aquisição de insumos (80%); Contratação de profissionais capacitados; Capacitação dos médicos e enfermeiros da ESF para a realização de pré natal;
Nova Iguaçu	ações desenvolvidas	Retorno do grupo condutor municipal para adequações das propostas da Rede Cegonha; Reorganização da digitação do sistema sisprenatal Web nas unidades básicas visando a descentralização.
	metas	Aumento da cobertura de Atenção Básica; Planejamento de estratégias para aumento da adesão das gestantes ao pré-natal, com captação precoce e assiduidade nas consultas preconizando o mínimo de 7 consultas; Retorno do grupo condutor municipal, para adequações das propostas da Rede Cegonha; melhoria de ambiência e acesso do ambulatório do pré-natal de alto risco; Implantação do pré-natal parceiro; Implantação de protocolo municipal;
Rio de Janeiro	ações desenvolvidas	Articular discussões entre os profissionais envolvidos com a assistência pré-natal na APS com as Maternidades do Território , em reuniões bimestrais; Início do PN no momento do diagnóstico da gestação na ESF, com oferta dos Testes Rápidos para Sífilis, HIV e Hepatites Virais; Realização de Oficinas de Apoio Instituição, com discussão de protocolos de Pré-Natal nas Unidades de Saúde; Intensificação do monitoramento da Regulação do Pré-Natal de Alto Risco;
	metas	Assegurar a 1ª consulta de PN com idade gestacional < 12 semanas a 85% das gestantes; Realizar no mínimo 6

		consultas de PN a 90% das gestantes;
São João de Meriti	ações desenvolvidas	Ampliação da oferta de consultas de pré-natal na Atenção Básica; Melhoria do Acesso às consultas pré-natais à população cadastrada e não cadastrada na ESF, com a redefinição dos fluxos de porta de entrada e acolhimento; Incentivo ao diagnóstico precoce da gravidez nos territórios cobertos pelas equipes de saúde da família e busca ativa das gestantes faltosas pelos agentes comunitários de saúde;
	metas	Ampliar o número de consultas pré-natais (sete ou mais consultas)/ gestantes de nosso município; Capacitar os profissionais generalistas da atenção básica para ampliar a oferta de consultas pré-natais de 1ª vez e intercalar as consultas subsequentes com os enfermeiros; Qualificar a atenção ao pré-natal de baixo risco nas unidades básicas de saúde, investindo na Educação Permanente e Educação continuada dos profissionais de diversas categorias.
Seropédica	ações desenvolvidas	Garantia de pré-natal descentralizado; Inexistência de fila de espera para consultas de pré-natal; Busca ativa a gestantes faltosas no pré-natal
	metas	Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 7 consultas de pré-natal
Japeri	ações desenvolvidas	Realização de Pré- Natal em toda rede; Oferta de exames laboratoriais e imagens; Alimentação do sistema SISPRENATAL WEB; Sala de Espera com orientações do Aleitamento Materno e Educação Sexual Reprodutiva;
	metas	Realizar captação precoce de 100% da clientela elegível; Realizar busca ativa dos casos faltosos; Garantir 100% dos partos de risco habitual e de Alto Risco;
Queimados	ações desenvolvidas	Capacitações da rede Municipal de saúde
	metas	Captar o mais precocemente a gestante; Realizar 06 ou mais consultas de pré-natal; Garantir a realização da Triagem pré-natal pelo menos duas vezes em cada gestante; com testagem de VDRL/HIV/Hepatite B e C.

Importante revisar em todos os municípios as pactuações de prenatal de risco, uma vez que os municípios que não possuem ambulatório especializado inserem em sistema de regulação – SER – e, estas demoram a ser absorvidas, sendo seu prenatal praticamente acompanhado pela atenção Básica, como descrito com mais ênfase no eixo de gestão, na página 79

Tabela 30 –Número de casos de Sífilis em Gestantes por município de residência nos anos de 2013 a 2017, na Região Metropolitana I.

Município/Região de Saúde	2013	2014	2015	2016	2017
Metropolitana I	2.731	3.217	3.330	4.588	6,010
Belford Roxo	54	106	61	106	126
Duque de Caxias	198	226	349	509	391
Itaguaí	8	4	8	24	15
Japeri	30	34	13	59	63
Magé	79	33	80	121	158
Mesquita	24	33	15	27	75
Nilópolis	4	14	15	30	10
Nova Iguaçu	109	199	142	346	792
Queimados	70	59	61	77	103
Rio de Janeiro	2047	2379	2495	3178	4181
São João de Meriti	105	119	75	104	81
Seropédica	3	11	16	7	15

Fonte: Painel de Indicadores e dados básicos da Sífilis nos municípios brasileiros – Depart. de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis - Ministério da Saúde (<http://indicadoressifilis.aid.gov.br/>), Disponível em 24/07/2019.

Tabela 31– Série histórica do número de casos de sífilis congênita em menores de um ano residentes na Região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, nos anos de 2008 a 2017.

Indicador 28 do Pacto: Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de um ano de idade
2008-2015

Município/Região de Saúde	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Metropolitana I	1.070	1.208	1.269	1.934	2.221	2.315	2.298	2.203	2.538	2.995
Belford Roxo	37	38	28	35	45	76	76	102	141	248
Duque de Caxias	47	99	102	134	153	184	226	251	325	350
Itaguaí	3	3	14	4	8	5	4	13	8	11
Japeri	4	4	15	11	15	19	19	9	18	43
Magé	3	9	7	15	44	70	45	63	44	109
Mesquita	14	11	18	21	16	10	26	28	48	74
Nilópolis	10	18	19	27	26	8	32	24	23	37
Nova Iguaçu	67	77	90	134	184	227	198	119	251	441
Queimados	8	5	16	11	31	51	35	33	45	74
Rio de Janeiro	791	825	916	1506	1628	1521	1520	1408	1485	1393
São João de Meriti	84	119	43	34	64	141	114	147	143	207
Seropédica	2		1	2	7	3	3	6	7	8

Fonte: Painel de Indicadores e dados básicos da Sífilis nos municípios brasileiros – Depart. de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis - Ministério da Saúde (<http://indicadoressifilis.aid.gov.br/>), Disponível em 24/07/2019

Tabela 32 - Incidência de Sífilis Congênita por município de residência no ano de 2014 e 2017 na Região Metropolitana I.

Município de residência Região de Saúde	Nº de Nascidos Vivos por Residência da Mãe - 2014	Nº de Casos Novos de Sífilis Congênita 2014	Taxa de Incidência de Sífilis Congênita (por 1000 NV) 2014	Nº de Nascidos Vivos por Residência da Mãe - 2017	Nº de Casos Novos de Sífilis Congênita 2017	Taxa de Incidência de Sífilis Congênita (por 1000 NV) 2017
Metropolitana I	145.930	2971	20,36	147.349	2495	16,93
Belford Roxo	7.655	76	13,8	7.100	248	16,1
Duque de Caxias	13.805	226	16,4	13.593	350	27,3
Itaguaí	1.815	4	2,20	1.896	11	7,8
Japeri	1.616	19	21,0	1.419	43	38,3
Magé	3569	45	9,2	3.698	109	43,4
Mesquita	2.620	26	12,6	2.402	74	28,4
Nilópolis	2.109	32	6,6	1.834	37	4,7
Nova Iguaçu	12,141	198	16,4	12,498	441	63,1
Queimados	2,456	35	24,0	2.412	74	42,8
Rio de Janeiro	84,991	1,520	26,4	84.521	1,393	46,1
São João de Meriti	7.007	114	17,0	6.545	207	11,6
Seropédica	1.145	3	9,6	1.066	8	13,1

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Fonte: Painel de Indicadores e dados básicos da Sífilis nos municípios brasileiros – Depart. de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis - Ministério da Saúde

(<http://indicadoressifilis.aid.gov.br/>), Disponível em 24/07/2019

Este indicador reflete a qualidade da atenção pré-natal, incluindo o diagnóstico precoce e o tratamento adequado. A proposta de vigilância compulsória da sífilis na gestação inicia-se em um momento em que o Ministério da Saúde, em conjunto com os estados e municípios, está reforçando as ações de controle da transmissão vertical da sífilis. Em que pese os esforços para controle desse agravo, a sífilis congênita permanece como um problema de saúde pública tanto no Brasil quanto em outros países do mundo.

Algumas ações vêm sendo implementadas pelos municípios, como a utilização de testes rápidos de sífilis nas unidades de atenção básica e realização de capacitações para os profissionais, no entanto, os dados ainda são alarmantes e faz-se necessário um plano de enfrentamento conjunto para melhoria deste cenário.

Algumas das dificuldades encontradas estão relacionadas à baixa adesão do parceiro ao tratamento, às prescrições inadequadas e à pouca disponibilidade e realização da aplicação

da penicilina nos serviços de atenção básica em alguns municípios. Parece estratégico neste contexto investir na descentralização do diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes e seus parceiros, buscando facilitar o acesso e garantir a adesão e conclusão do tratamento.

O município de Nova Iguaçu adotou como estratégia a descentralização dos testes rápidos para todas as unidades de saúde, assim como a administração da medicação penicilina benzatina em todas as unidades de saúde, conforme preconizado na portaria ministerial *Nº 3.161, DE 27 DE DEZEMBRO DE 201*, que Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e de portaria municipal. Com essa estratégia, a busca por portadores de sífilis assintomáticos foi intensificada e podendo assim realizar o tratamento no estágio primário da doença.

Em função do aumento da incidência da sífilis e da sífilis congênita ocorrido nos últimos anos e além das ações supramencionadas, destaca-se a implementação, em 2018, do Projeto de Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção sob coordenação do Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde e da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como uma iniciativa prevista na Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil lançada em 2016.

Os municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 100.000 habitantes e/ou com índice composto de sífilis (taxa de incidência de sífilis congênita em <1a e taxa de mortalidade perinatal, nos últimos 5anos), foram convidados a participar do Projeto de Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção. Na Região Metropolitana I os municípios participantes, são: São João de Meriti, Magé, Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Queimados, Belford Roxo, Nova Iguaçu, Nilópolis e Mesquita. Estes municípios receberam apoiadoras institucionais incumbidas de auxiliar na identificação dos nós críticos e potencialidades relacionadas às necessidades de saúde e ao enfrentamento da sífilis nos territórios. Dentre as diversas estratégias e ações, ressalta-se a realização de oficinas de planejamento com os municípios da Baixada Fluminense, bem como o desenvolvimento e construção da linha de cuidado da sífilis congênita e das crianças expostas, regional e municipal, em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

No quadro abaixo estão relacionados ações desenvolvidas pelos municípios da região metropolitana I, para redução dos casos de sífilis congênita e as metas pactuadas:

Quadro 4: Ações e metas para Sífilis congênita

Sífilis Congênita		
Municípios	Ações desenvolvidas / Metas	
Belford Roxo	ações desenvolvidas	Encontro municipal de prevenção a sífilis. Reunião Inter setorial para enfrentamento a Sífilis.
	metas	Organização da rede de acordo com as novas propostas do MS. Criação do Grupo Técnico Local através de Portaria para enfrentamento da Sífilis no município.
Duque de Caxias	ações desenvolvidas	Continuar assegurando a realização do teste rápido para sífilis e VDRL para gestantes e parceiros bem como o tratamento adequado com Penicilina Benzatina e o tratamento para o RN com Penicilina Cristalina; Assegurar a confecção dos modelos de receituário/ cartão na gráfica; Dar continuidade ao co-financiamento com monitoramento dos casos de sífilis; Garantia de notificação dos casos de gestantes com sífilis;
	metas	Reduzir os numero de casos novos de sífilis; Aquisição de 10 geladeiras para a conservação dos testes rápidos na ESF; Capacitação de 100% dos profissionais da ESF no manejo da sífilis
Itaguaí	ações desenvolvidas	Implantação e implementação do plano municipal de enfrentamento a sífilis congênita; Capacitação para enfermeiros na realização de Teste Rápido; Descentralização do teste rápido para as gestantes das unidades básicas de saúde; Implantação do fluxograma de tratamento; Tratamento oportuno das gestantes e parceiros pelo protocolo do Ministério da Saúde; Busca ativa das gestantes quando necessário; Realização do Fórum Municipal de Enfrentamento à Sífilis em Gestante – maio/2017; Pontos focais da maternidade municipal e Paismca
	metas	Realizar busca ativa do parceiro quando necessário; Implantação do Comitê Municipal de Investigação de Transmissão Vertical; Realização anual do Fórum Municipal de Enfrentamento à Sífilis Congênita; Monitorar e acompanhar, através da ESF/IST/PAISMCA, gestante, parceiro e criança com diagnóstico de sífilis; Reduzir o número de casos conforme pactuação.
Magé	ações desenvolvidas	Renomeação dos membros comitê de óbitos infantil, fetal, materno e mulheres em idade fértil e causas indeterminadas. Captação precoce das gestantes com oferta de TIG nas USFs. Testes rápido de sífilis para as gestantes e parceiros.
	metas	Reduzir o número de sífilis congênita e índices de mortalidade materno infantil com a melhoria da intervenção no pré-natal.
Mesquita	ações desenvolvidas	Oferta de testes rápidos durante o pré-natal, educação permanente, Implantação do Comitê de enfrentamento à Sífilis Congênita
	metas	Descentralização dos testes rápidos nas unidades básicas; incentivo ao parceiro de realizar o TR-sífilis; Educação permanente dos profissionais
Nilópolis	ações desenvolvidas	Realização de teste rápido durante pré-natal junto com programa DST; Realização de sala de espera focando a importância da realização dos exames de pré-natal; Oferta de exames no primeiro e terceiro trimestre de gestação;
	metas	Descentralização do teste rápido para sífilis para UBS e ESF. (90%); Acompanhamento e Tratamento dos casos positivos no PAISMCA.

Nova Iguaçu	ações desenvolvidas	Ações sociais com oferta de TR- sífilis, descentralização de TR-sífilis, oferta de penicilina benzatina em todas as unidades, realização de TR-Sífilis em gestantes e parceiros
	metas	Diminuição do índice de sífilis congênita Implantação de um grupo gestor de combate a sífilis adquirida e congênita.
Rio de Janeiro	ações desenvolvidas	Monitoramento dos casos de sífilis na gestação e sífilis congênita no MRJ; Discussão com as equipes da ESF sobre sífilis congênita nas áreas com maior incidência de casos; Reuniões periódicas em conjunto com as áreas Técnicas de Saúde da Criança e Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Infecções Sexualmente Transmissíveis, Vigilância e Atenção Hospitalar sobre o Plano de Enfrentamento da Sífilis Congênita no MRJ e planejamento de estratégias para implementação nas áreas; Oficinas de discussão sobre Sífilis (Adquirida/Gestacional/Congênita) com as áreas programáticas de saúde da criança, adolescente, mulher, homem, IST e vigilância; Discussão dos casos de óbitos por sífilis congênita, gerando recomendações e planos de ação para a redução destes nas áreas de maior incidência.
	metas	Reduzir o número de casos de sífilis congênita em 20% para 2018; Discutir no Grupo Técnico de Sífilis 50% dos casos de óbitos ocorridos no MRJ por Sífilis Congênita.
São João de Meriti	ações desenvolvidas	Deteção e tratamento precoce da doença no início do pré-natal; Capacitação dos profissionais da ESF para a realização do teste rápido. Interromper a cadeia de transmissão vertical da sífilis, com a ampliação do tratamento adequado da gestante e do parceiro; Captar o parceiro da gestante para participar do pré-natal do homem realizando os testes rápidos de sífilis; Monitorar a notificação dos casos de sífilis em gestantes com base nas estimativas de casos esperados;
	metas	Reduzir a incidência de sífilis congênita; Descentralizar a Testagem Rápida para sífilis, para todas as unidades básicas de saúde; Garantir a investigação dos casos de sífilis congênita notificados e encerramento dos casos dentro da nova definição de caso;
Seropédica	ações desenvolvidas	Educação permanente; Mutirão de exames laboratoriais; Descentralização dos testes rápidos e de tratamento em caso de positividade; Garantir tratamento de gestantes (e seu parceiro) com monitoramento do RN desde o nascimento.
	metas	100% das Equipes treinadas em 2017; 100% das Unidades de ESF realizando Teste Rápido e tratamento oportuno; Redução a incidência de sífilis congênita
Japeri	ações desenvolvidas	Oferta das testagens de VDRL e Titulagem através de teste rápido e exame laboratorial; Oferta de medicamento adequado nos casos positivos; Oferta de tratamento e seguimento da gestante e seu parceiro; Puericultura e seguimento dos casos positivos com oferta de exames e profissionais específicos;
	metas	Realizar Plano de Enfrentamento da Sífilis; Reduzir a taxa de incidência; Monitorar e realizar busca ativa dos nascimentos nos locais de ocorrência hospitalar;
Queimados	ações desenvolvidas	Instituição do protocolo de triagem pré-natal; Criação do ponto focal para atendimento ao bebe e ao casal para monitorar tratamento; Instituição de locais para aplicação da Penicilina Benzatina
	metas	Reduzir casos de Sífilis nas gestantes, tratando do parceiro; com vistas na redução da sífilis congênita Criação do Grupo Técnico Local através de Portaria para enfrentamento da Sífilis no município

Eixo 4 - INDICADORES RELACIONADOS AO PARTO E NASCIMENTO.

Este componente é um eixo estratégico para a mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento nas Maternidades existentes nos Municípios e Regiões de Saúde, tanto por propor diretrizes para implementação das boas práticas obstétricas e neonatais, como para tratar do alto número de cesarianas que ainda ocorre em nosso país, estado, municípios. A questão das altas taxas de cesárea é ponto central que precisa ser enfrentada por gestores, trabalhadores e usuárias(os) do sistema de saúde.

Vários esforços vêm sendo feitos em relação à assistência ao parto em algumas maternidades, com a introdução, por exemplo, de profissionais de saúde com a formação de Doulas; acompanhamento do parceiro em todo o processo de internação; adaptação dos protocolos clínicos às condutas não medicamentosas de alívio a dor; diminuição de episiotomias; diminuição no uso de ocitócitos; grupos de gestantes para ambientação; e visitas individuais para conhecer a maternidade (maternidade portas abertas), etc. Porém há um enfrentamento importante quanto à formação dos profissionais da assistência (médicos e enfermeiros), que precisam ser mais sensibilizados para a adoção das boas práticas obstétricas e neonatais baseadas em evidências. Um fator dificultador neste processo é a precarização dos vínculos profissionais, com alta rotatividade dos mesmos, o que dificulta o trabalho de capacitação e sensibilização.

Direitos como a presença do acompanhante, acesso a métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto, conhecimento prévio da maternidade onde acontecerá o parto, dentre outros, são diretrizes que devem ser perseguidas para que de fato se efetive a mudança de modelo de atenção proposta com a Rede Cegonha.

Taxa de Cesárea, Cesárea em Primípara e por Faixa Etária da Mãe

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que o total de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja de 15%. Esta determinação está fundamentada no preceito de que apenas 15% do total de partos apresentam indicação precisa de cesariana, ou seja, existe uma situação real onde é fundamental para preservação da saúde materna e/ou fetal que aquele procedimento seja realizado cirurgicamente e não por via natural (OMS, 1996).

As normas nacionais estabelecem limites percentuais, por estado, para a realização de partos cesáreos, bem como critérios progressivos para o alcance do valor máximo de 25% para todos os estados. Nos municípios analisados os percentuais estão elevados.

De acordo com o Documento Preliminar para Contratualização da Rede Cegonha, elaborado pelo Ministério da Saúde, a meta é de redução da Taxa de Cesárea em 10% ao ano até alcançar 25% nas maternidades de risco habitual, 30% nas maternidades de alto risco tipo 1 e 35% nas maternidades de alto risco tipo 2.

Tabela 33—Nascidos vivos por residência da mãe, com tipo de parto cesáreo realizado em primíparas no ano 2013 a 2015 na Região Metropolitana I.

Região de Saúde/Munic residência	2013	2014	2015
Metropolitana I	33.733	34.684	34.004
Belford Roxo	1.549	1.541	1.453
Duque de Caxias	3.040	3.063	2.829
Itaguaí	321	398	461
Japeri	310	299	273
Magé	820	799	772
Mesquita	582	607	595
Nilópolis	572	586	561
Nova Iguaçu	2.527	2.538	2.651
Queimados	541	464	432
Rio de Janeiro	21.686	22.600	22.254
São João de Meriti	1.577	1.562	1.472
Seropédica	208	227	251

Fontes: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

Tabela 34 - Proporção de partos cesáreos ocorridos em nascidos vivos por residência da mãe, de 2013 a 2015, na Região Metropolitana I.

Município de Residência Região de Saúde	Percentual de Partos Cesáreos 2013	Percentual de Partos Cesáreos 2014	Percentual de Partos Cesáreos 2015
Metropolitana I	57,08	56,41	54,74
Belford Roxo	59,86	57,27	53,58
Duque de Caxias	55,87	53,28	49,33
Itaguaí	56,87	60,61	60,69
Japeri	55,17	51,76	47,34
Magé	55,91	54,92	52,98
Mesquita	53,08	54,01	51,42
Nilópolis	63,13	63,08	61,31
Nova Iguaçu	56,76	54,87	52,35
Queimados	56,27	52,08	49,76
Rio de Janeiro	57,07	57,01	56,03
São João de Meriti	57,29	57,38	55,32
Seropédica	62,67	58,69	58,59

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.

Tabela 35 - Proporção de partos cesáreos ocorridos em nascidos vivos por estabelecimento de saúde do SUS na Região Metropolitana I, de 2009 a 2015

Municípios	Estabelecimentos de Saúde	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
MATERNIDADES DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO								
RIO DE JANEIRO (SMS)	SMSDC HOSPITAL MUN RONALDO GAZOLLA	42,69%	36,11%	36,78%	40,75%	43,03%	45,23%	45,76%
RIO DE JANEIRO (SMS)	SMSDC RIO HOSPITAL MATERNIDADE FERNANDO MAGALHAES	43,85%	40,92%	38,98%	41,71%	42,43%	41,66%	39,76%
RIO DE JANEIRO (SMS)	SMSDC MATERN ALEXANDER FLEMING	41,14%	46,60%	45,16%	38,78%	38,41%	36,67%	36,99%
RIO DE JANEIRO (SMS)	SMSDC HOSPITAL MUN LOURENCO JORGE	31,11%	30,32%	33,82%	35,85%	36,63%	35,04%	36,95%
RIO DE JANEIRO (SMS)	SESDEC RJ HOSPITAL ESTADUAL ALBERT SCHWEITZER	28,59%	29,69%	30,64%	36,86%	39,12%	36,45%	36,68%
RIO DE JANEIRO (SMS)	SES HOSPITAL ESTADUAL ROCHA FARIA	25,16%	29,76%	27,37%	29,09%	34,83%	36,41%	36,51%
RIO DE JANEIRO (SMS)	SMSDC HOSPITAL MUNICIPAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO	*	*	*	32,42%	33,82%	34,29%	36,14%
RIO DE JANEIRO (SMS)	SESDEC HOSPITAL ESTADUAL PEDRO II	27,73%	27,83%		32,80%	30,31%	31,25%	33,99%
RIO DE JANEIRO (SMS)	SMSDC MATERN CARMELA DUTRA	36,01%	38,97%	38,77%	36,85%	33,77%	31,91%	33,33%
RIO DE JANEIRO (SMS)	SMSDC HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO	25,81%	26,18%	27,54%	27,04%	28,78%	28,83%	32,44%
RIO DE JANEIRO (SMS)	SMSDC MATERNIDADE MARIA AMELIA BUARQUE DE HOLLANDA	*	*	*	17,21%	23,86%	27,91%	28,57%
RIO DE JANEIRO (SMS)	SMSDC MATER HERCULANO PINHEIRO	19,13%	20,88%	23,08%	24,55%	23,84%	23,79%	23,60%
RIO DE JANEIRO (SMS)	SMSDC CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
MÉDIA		29,20%	29,75%	30,21%	30,30%	31,45%	31,50%	32,36%
MATERNIDADES FEDERAIS								
RIO DE JANEIRO (MS)	MS HSE HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	70,07%	69,43%	69,56%	71,94%	69,76%	71,26%	72,32%
RIO DE JANEIRO (IFF)	FIOTEC IFF INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA	52,39%	55,96%	56,42%	52,20%	57,30%	58,21%	57,14%
RIO DE JANEIRO (MS)	MS HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO	60,00%	41,85%	35,45%	38,92%	37,29%	38,22%	40,13%
RIO DE JANEIRO (MS)	FASEB HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO	39,18%	39,03%	*	*	*	*	*
MÉDIA		55,41%	51,57%	53,81%	54,35%	54,78%	55,90%	56,53%

MATERNIDADES UNIVERSITÁRIAS								
RIO DE JANEIRO (UERJ)	UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	55,15%	59,95%	53,27%	57,96%	61,82%	57,65%	62,68%
RIO DE JANEIRO (UNIRIO)	HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE	59,24%	58,57%	46,86%	36,85%	37,69%	39,63%	43,69%
RIO DE JANEIRO (UFRJ)	MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ	46,03%	46,76%	46,06%	47,81%	47,26%	46,54%	49,74%
MÉDIA		53,47%	55,09%	48,73%	47,54%	48,92%	47,94%	52,04%
MATERNIDADES DOS MUNICÍPIOS DA BAIXADA FLUMINENSE								
ITAGUAÍ	HOSPITAL MUNICIPAL SAO FRANCISCO XAVIER	30,46%	28,91%	28,80%	32,19%	30,37%	35,60%	40,75%
NOVA IGUAÇU	MATERNIDADE MUNICIPAL MARIANA BULHOES	*	*	*	*	*	*	38,28%
NOVA IGUAÇU	HGNI	37,12%	42,66%	42,79%	35,94%	32,09%	40,79%	37,84%
MAGÉ	HOSPITAL MUNICIPAL DE PIABETA	27,84%	27,43%	35,26%	38,43%	32,56%	30,37%	33,06%
SEROPÉDICA	HOSPITAL MATERNIDADE MUNICIPAL DE SEROPEDICA	27,97%	26,89%	31,71%	31,58%	39,93%	40,32%	32,64%
DUQUE DE CAXIAS	HOSPITAL MUNICIPAL MOACIR RODRIGUES DO CARMO	35,82%	32,15%	31,87%	34,29%	32,72%	28,94%	26,58%
MÉDIA		31,84%	31,61%	34,09%	34,49%	33,54%	35,20%	34,86%
MATERNIDADES CONVENIADAS DA BAIXADA FLUMINENSE								
BELFORD ROXO	HOSPITAL DE CLINICAS BELFORD ROXO	70,55%	70,66%	69,53%	84,17%	84,31%	83,17%	79,10%
SÃO JOÃO DE MERITI	ASSOCIACAO DE CARIDADE HOSPITAL SAO JOAO DE MERITI	46,97%	47,15%	57,64%	57,08%	57,26%	60,31%	67,91%
MÉDIA		58,76%	58,91%	63,59%	70,62%	70,78%	71,74%	73,51%
MATERNIDADES ESTADUAIS								
NILÓPOLIS	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL VEREADOR MELCHIADES CALAZANS	49,86%	44,17%	39,99%	39,32%	54,00%	53,64%	44,99%
SÃO JOÃO DE MERITI	SES RJ HOSPITAL DA MULHER HELONEIDA STUDART	*	52,72%	42,26%	43,22%	47,02%	47,18%	43,80%
DUQUE DE CAXIAS (SES)	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL ADAO PEREIRA NUNES	39,81%	40,01%	37,71%	36,23%	35,24%	34,38%	28,59%
MESQUITA	SES RJ COMPLEXO REG DE MESQUITA MATERN E CLIN DA MULHER	*	*	*	26,00%	25,72%	22,06%	23,60%
MÉDIA		44,84%	45,63%	39,99%	36,19%	40,50%	39,31%	35,24%
MÉDIA METROPOLITANA I		37,40%	39,86%	40,29%	40,30%	39,13%	38,61%	38,0%

Há uma cultura em nosso país de banalização da realização de cesarianas, seja por parte dos usuários como dos profissionais, o que se nota ainda mais quando se analisam os dados das maternidades privadas. Nas maternidades públicas observa-se que 38% dos partos da Região Metropolitana I são cesariana. Nas maternidades conveniadas, principalmente localizadas na baixada fluminense, o índice de cesáreas se mantem o índice acima de 70% nos últimos três anos apresentados.

Vale salientar que maternidades localizadas no município do Rio de Janeiro, de âmbito Federal, embora tenham o perfil de atendimento voltado para a gestação de alto risco, há ocorrência de cesáreas está acima do esperado.

Cabe informar que a região conta com a CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO tem índice de 0%, pois a mesma realiza apenas partos normal.

Uma estratégia para a redução do índice de cesariana na região metropolitana I é pactuar com gestores da região um plano de ação que visa a redução de taxas elevadas das cesáreas que estão em desacordo com as boas praticas vigentes.

Na maternidade do município de Nova Iguaçu é utilizado o Protocolo de qualificação obstétrica na classificação de risco, porem não há a denominação da categoria de enfermagem obstétrica em seu organograma funcional. Nas maternidades, de gestão municipal, do município do Rio de Janeiro utiliza-se Protocolo de Manchester, adaptado para a área obstétrica nas portas de entrada para acolhimento e classificação de risco.

Outra estratégia a ser abordada é a utilização da Classificação de Robson nas maternidades para monitorar taxas de cesareas.

Tabela 36 - Proporção de partos cesáreos ocorridos em nascidos vivos de mãe primíparas por município de residência na Região Metropolitana I, nos anos de 2013 a 2015.

Município de Residência Região de Saúde	Nascidos Vivos de Primíparas			Nº de Cesáreas em Primíparas			% Cesáreas em Primíparas		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Metropolitana I	57.580	60.648	61.024	33.733	34.684	34.004	58,58	57,19	55,72
Belford Roxo	2.619	2.837	2.854	1.549	1.541	1.453	59,14	54,32	50,91
Duque de Caxias	5.312	5.682	5.738	3.040	3.063	2.829	57,23	53,91	49,30
Itaguaí	453	621	716	321	398	461	70,86	64,09	64,39
Japeri	591	619	625	310	299	273	52,45	48,30	43,68
Magé	1.376	1.453	1.422	820	799	772	59,59	54,99	54,29
Mesquita	1.074	1.102	1.113	582	607	595	54,19	55,08	53,46
Nilópolis	909	898	892	572	586	561	62,93	65,26	62,89
Nova Iguaçu	4.597	4.845	4.998	2.527	2.538	2.651	54,97	52,38	53,04
Queimados	976	957	894	541	464	432	55,43	48,48	48,32
Rio de Janeiro	36.545	38.444	38.664	21.686	22.600	22.254	59,34	58,79	57,56
São João de Meriti	2.832	2.839	2.716	1.577	1.562	1.472	55,69	55,02	54,20
Seropédica	296	351	392	208	227	251	70,27	64,67	64,03

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.

Importante analisar a taxa de cesárea em primíparas, pois é comum que as gestantes submetidas à cesárea no primeiro parto tenham cesáreas subsequentes. A Região possui taxa de 55,52% de cesáreas em primíparas, variando de 64% em Itaguaí e Seropédica, e 43% em Japeri.

Tabela 37 - Proporção de partos cesáreos ocorridos em nascidos vivos por faixa etária da mãe por município de residência na Região Metropolitana I, no ano de 2013.

Município de Residência Região de Saúde	% Menor de 15 anos	% 15 a 19 anos	% 20 a 24 anos	% 25 a 29 anos	% 30 a 34 anos	% 35 a 39 anos	% 40 a 44 anos	% 45 a 49 anos	% 50 anos e mais	Total
Metropolitana I	27	32	44	59	69	73	74	74	85	80.834
Belford Roxo	29	34	45	64	72	73	71	100	-	4.182
Duque de Caxias	21	28	42	56	65	67	63	73	100	7.034
Itaguaí	53	45	56	64	72	75	70	100	-	1.149
Japeri	35	29	42	60	65	68	50	-	-	780
Magé	47	36	45	61	62	72	61	25	-	1.926
Mesquita	19	31	44	56	68	74	70	100	-	1.363
Nilópolis	44	39	53	66	75	77	70	-	-	1.301
Nova Iguaçu	26	32	43	59	71	72	71	60	67	6.534
Queimados	44	31	40	60	70	67	67	29	-	1.193
Rio de Janeiro	25	31	43	59	69	74	77	78	87	50.859
São João de Meriti	25	34	46	63	73	71	65	60	100	3.841
Seropédica	67	41	51	64	69	75	92	100	-	672

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.

Vemos uma concentração da ocorrência de cesáreas nas faixas etárias de 20 a 49 anos, com aumento ainda maior no intervalo de 30 a 49 anos. É possível que uma das razões para que as faixas etárias mais adultas tenham maior taxa de cesariana seja em parte pela política de planejamento reprodutivo por laqueadura tubária. Por esta forma de esterilização não ser ofertada adequadamente por laparoscopia, acabando realizada durante o parto

Tabela 38 – Proporção de parto Normal no SUS e Saude Suplementar – Ano 2008 a 2018

Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar											
<i>Tipo de parto: % de partos cesáreos e partos normais</i>											
Pactuação Interfederativa 2017-2021											
Região de Saúde/Município	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Estado do Rio de Janeiro	42,99	41,54	39,28	38,70	37,87	37,74	37,92	39,24	40,54	42,24	42,74
Metropolitana I	47,17	45,51	43,04	42,88	42,31	42,86	43,53	45,02	46,43	48,46	49,13
Belford Roxo	50,30	46,17	40,64	40,06	39,85	40,03	42,58	44,87	47,99	52,85	51,94
Duque de Caxias	49,14	49,05	46,85	45,81	44,66	44,06	46,70	50,67	52,22	53,08	52,80
Itaguaí	47,85	47,18	45,68	44,97	41,53	42,82	39,03	39,13	42,52	40,27	47,49
Japeri	52,05	49,81	46,12	47,43	45,78	44,76	48,24	51,22	52,16	56,96	53,47
Magé	52,25	50,15	47,53	45,30	43,63	43,91	45,04	46,87	50,43	51,96	50,32
Mesquita	46,86	45,73	39,25	41,68	43,30	46,84	45,78	47,59	47,44	50,75	50,61
Nilópolis	40,68	41,14	38,43	36,83	38,27	36,82	36,64	38,31	40,09	42,96	42,78
Nova Iguaçu	49,74	46,48	41,67	42,40	43,47	43,10	44,97	46,86	49,54	50,96	51,73
Queimados	53,60	49,36	45,47	46,37	46,86	43,65	47,74	49,83	51,25	54,76	52,58
Rio de Janeiro	46,21	44,77	42,90	42,54	42,09	42,89	42,97	43,88	44,79	46,69	47,65
São João de Meriti	43,75	41,55	41,26	43,59	40,35	42,70	42,40	44,36	46,22	50,16	52,11
Seropédica	44,53	46,59	41,01	43,04	34,63	37,33	40,98	40,82	42,54	42,16	47,52

FONTE: SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS - SINASC /SVS/SES-RJ - BASE ATUALIZADA EM 28/02/2018

*DADO PRELIMINAR

Ao analisar a tabela acima podemos observar uma crescente nas taxas de parto normal realizados pelas instituições de saúde SUS e suplementar. Porém em alguns municípios, como Japeri, Magé, Queimados houve um declínio no ano de 2018. Mesmo com aumento significativo, Itaguaí e Seropédica ainda continuam abaixo da média da Região. Nilópolis foi o único município que em 2018 se manteve a linha da média do Estado do Rio de Janeiro.

De forma geral, questões culturais, pouca informação relacionada ao parto normal, e muitas vezes incentivada por profissionais de saúde, podem ser atribuídos como fatores que levam as gestantes a optar pelo parto cesáreo. Com o intuito de modificar esse panorama, o município do Rio de Janeiro sinaliza que vem realizando ações para intensificar a mudança dos indicadores elevados de partos cesáreos, como, por exemplo, com a presença de doulas na Maternidade, garantindo o acompanhamento do pai durante o parto, realizando grupos informativos, etc.

Percebe-se a necessidade de ações específicas em cada maternidade, bem como no pré-natal, no sentido de estimular e apoiar as gestantes para o parto normal, fornecendo-lhes informações, orientações, e acolhimento durante toda a gestação e no momento do parto.

Tabela 39 - Proporção de nascidos vivos com apgar menor que 7 no 1º minuto segundo residência da mãe, na Região Metropolitana I, 2011-2014.

Proporção de nascidos vivos com apgar menor que 7 no 1º minuto segundo residência da mãe, na Região Metropolitana I, 2011-2015

Região de Saúde/Município residência	2011	2012	2013	2014	2015
Metropolitana I	7,06	7,16	6,86	6,87	6,79
Belford Roxo	6,14	6,58	6,51	7,11	6,85
Duque de Caxias	8,43	8,63	7,55	7,52	7,17
Itaguaí	7,38	6,54	6,29	9,37	7,38
Japeri	5,69	6,09	6,13	7,54	5,61
Magé	3,46	3,88	4,92	4,37	4,93
Mesquita	7,92	8,98	8,16	7,75	6,54
Nilópolis	8,12	7,47	8,49	6,97	7,16
Nova Iguaçu	7,27	7,27	6,98	7,26	7,04
Queimados	5,36	5,79	6,31	7,37	7,25
Rio de Janeiro	7,08	7,09	6,86	6,68	6,76
São João de Meriti	6,68	7,67	6,28	7,19	7,05
Seropédica	7,28	6,36	6,24	5,85	5,43

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.

Tabela 40 - Proporção de nascidos vivos com apgar menor que 7 no 5º minuto segundo residência da mãe, na Região Metropolitana I, no ano de 2011 a 2014.

Região de Saúde/Município residência	2011	2012	2013	2014	2015
Metropolitana I	1,24	1,34	1,21	1,20	1,15
Belford Roxo	1,19	0,95	1,27	1,57	1,22
Duque de Caxias	1,23	1,33	1,10	1,35	1,15
Itaguaí	1,21	0,37	0,94	1,54	1,21
Japeri	1,44	1,94	0,86	1,67	1,17
Magé	0,73	1,13	1,54	0,98	1,13
Mesquita	1,49	1,78	1,42	1,03	1,19
Nilópolis	1,18	1,06	1,38	1,28	1,18
Nova Iguaçu	1,47	1,69	1,25	1,19	1,28
Queimados	1,11	1,64	1,18	1,18	1,09
Rio de Janeiro	1,25	1,32	1,21	1,12	1,11
São João de Meriti	1,08	1,53	1,22	1,64	1,30
Seropédica	0,92	0,99	1,46	1,31	1,23

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.

A Região apresenta alto índice de Apgar<7 no 1º minuto, considerando que o preconizado pelo MS seria este dado menor ou igual a 3%, o que aponta para a necessidade de maior capacitação dos profissionais que atuam na assistência ao parto, médicos e enfermeiros, não só ao recém-nascido na sala de parto como principalmente no acompanhamento da vitalidade fetal no final de gestação e durante o trabalho de parto. Quando se observa o índice de Apgar< 7 no 5º minuto, pode-se notar melhora acentuada das taxas, o que nos leva a crer que provavelmente houve assistência adequada ao recém-nascido.

É necessário que haja maior disponibilidade de equipamentos como USG com Doppler e Cardiotocografiapré e intraparto, caso seja necessário. Importante assinalar algumas dificuldades encontradas para qualificar a assistência ao parto, como a formação universitária ainda pouco voltada para as questões da humanização e das boas práticas; as baixas remunerações; e a precarização dos vínculos.

O quadro a seguir revela o que os municípios vem realizando para melhoria nos indicadores de parto e quais as projeções futuras/metax:

Quadro 5: Ações e metas para parto

Parto		
Municípios	Ações desenvolvidas / Metas	
Belford Roxo	ações desenvolvidas	Atualmente município esta organizando os serviços.
	metas	Restabelecer as referências para assistência ao parto; Risco habitual: atualmente o município não tem Maternidade de referência. Estabelecer um hospital; Alto risco: Maternidade Mariana Bulhões / Hospital da Mulher Heloneida Studart. Estabelecer duas maternidades.
Duque de Caxias	ações desenvolvidas	Implementar e aumentar as ações da Rede Cegonha; Garantia da Referência para gestantes de alto risco via SER; Sensibilização dos profissionais para atendimento humanizado ao parto e nascimento de acordo com as boas práticas conforme diretrizes da Rede Cegonha; Garantir a prática do Acolhimento com avaliação e Classificação de risco e vulnerabilidade na maternidade do HMMRC
	metas	Aumentar o percentual de parto normal; Garantir o cumprimento da lei do acompanhante para 100% das gestantes; Aumentar para 100 o número de leitos obstétricos; Garantir a prática do Acolhimento com avaliação e Classificação de risco e vulnerabilidade na maternidade do HMMRC; Adequar uma Unidade de saúde com ambientação de acordo com as diretrizes da Rede Cegonha; Sensibilizar em 100% dos profissionais para o atendimento ao parto e nascimento de acordo com as boas prática do parto e nascimento; Garantir o atendimento humanizado em 100% dos partos e nascimento de acordo com as boas práticas conforme diretrizes da Rede Cegonha; Abertura de maternidade de risco haitual.
Itaguaí	ações desenvolvidas	Realização de atividades nas unidades básicas de saúde, estimulando e orientando sobre as vantagens do parto normal
	metas	Realizar capacitação/oficinas para funcionários do hospital público municipal/maternidade e hospitais particulares da região, orientando quanto às vantagens do parto normal; Implantar o acolhimento e a classificação de risco na maternidade municipal.
Magé	ações desenvolvidas	Educação permanente para os profissionais, obras para melhorias e ambiência no Hospital Municipal Vereador Hugo Braga (H.M. de Piabetá-Maternidade), incentivo ao parto normal.
	metas	Incentivar o parto natural, garantir 100% de partos de risco habitual e partos de média complexidade, melhorar o fluxo de acolhimento de gestantes de alto risco e contratuar maior número de leitos em unidades de referência conveniados nos municípios da região metropolitana I.
Mesquita	ações desenvolvidas	Fortalecimento das salas de espera, com orientações sobre os tipos de parto, visando a redução dos índices de cesareanas
	metas	Fortalecimento dos laços com as unidades de referencias para parto de risco habitual e alto risco, para realização de visitas guiadas a maternidade a qual a gestante é referenciada
Nilópolis	ações desenvolvidas	Pactuação de referência para maternidades próximas ao município; Risco habitual – Hospital Estadual da Mãe – Mesquita; Alto Risco – Hospital Estadual da Mulher – São João de Meriti;

	metas	Realização de sala de espera abordando sinais de trabalho de parto, parto e pós parto; Capacitação e atualização de profissionais das UBS/ESF;Reconstrução e implantação do Centro Obstétrico no novo Hospital Municipal.
Nova Iguaçu	ações desenvolvidas	Melhoria na ambiência da maternidade municipal, incentivo ao parto normal. Educação permanente aos profissionais
	metas	Habilitação e custeioda CGBP, construção de 03 CPN, habilitação de 05 UCinco, habilitação de 29 leitos obstétricos para ampliação da cobertura da Rede Cegonha implantação de visita guiada a maternidade para as gestantes iguaçuanas;
Rio de Janeiro	ações desenvolvidas	Articular discussões entre os profissionais envolvidos com a assistência pré-natal na APS com as Maternidades do Território , em reuniões bimestrais; Assegurar uma assistência de qualidade a clientela, pautada em Protocolos Assistenciasconstruidos nas Câmaras Técnicas,embasados cientificamente; Estimular a aplicabilidade das boas práticas na Assistência ao Trabalho de Parto, Parto e Pós-parto;
	metas	Manter razão de MM inferior à 70/100.000 NV.
São João de Meriti	ações desenvolvidas	Incentivo ao parto normal e humanizado em toda a rede municipal; Mapeamento e análise de possível contratualização dos leitos obstétricos existentes na rede municipal e conveniada dos municípios da Metro I; Elaboração de projetos de captação de recursos e inclusão de parceiros conveniados na Rede Cegonha, visando a vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto evitando a sua peregrinação e as boas praticas durante o atendimento ao parto e nascimento.
	metas	Aumentar o percentual de partos normais;Contratualizar leitos obstétricos de risco habitual para garantia o local de realização de parto desde o período pré-natal
Seropédica	ações desenvolvidas	Educação permanente;Humanização do Atendimento; Suficiência de leitos para realização de parto de baixo risco no Município; Garantia de acompanhante de livre escolha
	metas	Aumento do índice de parto normais; Redução da Mortalidade Materna e Infantil
Japeri	ações desenvolvidas	Regulações através do sistema SER
	metas	Garantir 100% dos partos de risco habitual e de Alto Risco;
Queimados	ações desenvolvidas	Organizar e capacitar toda a rede para acolher e orientar as usuárias.
	metas	Aumentar anualmente a proporção de parto normal em relação aos partos cesáreos.

Eixo 5 - INDICADORES RELACIONADOS À SAÚDE DA CRIANÇA.

A vulnerabilidade social pode potencializar os efeitos negativos das demais condições de risco que podem ocorrer no período gestacional e na primeira infância. Sendo assim, compreende-se que uma possibilidade de se reconhecer as gestantes e crianças em condições de maior vulnerabilidade social se dá por meio da captação daquelas que são beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF). Desta forma, a rotina de acompanhamento e de cumprimento das condicionalidades do PBF precisa ser qualificada nessa perspectiva.

É necessário ainda reforçar junto às equipes e serviços a importância de cuidar da primeira infância, incentivando a mãe a manter o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e a introduzir uma alimentação saudável na medida em que a criança for crescendo.

Para melhoria da situação de Aleitamento Materno e de introdução adequada de novos alimentos na primeira infância, estão em andamento à expansão da implantação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), com capacitação dos profissionais no desenvolvimento destas ações.

Cabe ainda apontar a estratégia do Ministério da Saúde de incentivar o seguimento compartilhado entre maternidades e a atenção básica dos recém-nascidos de risco através do Método Canguru. Destacamos a recente formação do primeiro grupo de tutores do estado do Rio de Janeiro voltados para esta ação.

Mesmo considerando as iniciativas em curso, percebe-se a necessidade de melhor organizar a rede nos municípios para atendimento à criança saudável na puericultura até 2 anos, bem como as crianças vulneráveis (beneficiários do PBF, egressos de UTI Neonatal, e outros).

Tabela 41 - Percentual de crianças em Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até 4 meses.

Percentual de crianças em Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até 4 meses

Município de Residência Região de Saúde	2012	2013	2014	2015
Metropolitana I	51,64	51,93	47,77	68,14
Belford Roxo	87,71	86,69	90,55	0
Duque de Caxias	72,97	73,38	74,17	0
Itaguaí	83,5	78,76	73,74	0
Japeri	77,24	79,48	69,39	71,32
Magé	76,76	77,85	76,09	74,39
Mesquita	71,96	72,46	69,25	74,61
Nilópolis	99,93	97,3	90,34	91,17
Nova Iguaçu	76,72	79,61	80,35	85,4
Queimados	85,7	81,37	81,17	83,37
Rio de Janeiro	29,03	33,37	33,65	46,77
São João de Meriti	76,04	75,61	79,61	75,63
Seropédica	82,55	78,38	79,53	75,7

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica

Apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade do aleitamento materno sobre outras formas de alimentar a criança na primeira infância, e de todos os esforços de diversos organismos nacionais e internacionais, as taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as de aleitamento materno exclusivo, estão bastante aquém do recomendado, e o profissional de saúde tem um papel fundamental na reversão desse quadro. A fim de reverter esse cenário, estão sendo promovidas capacitações em IUBAAME reuniões do Polo de Aleitamento Materno da Metro I, para incentivar as ações de sensibilização dos gestores.

O Pólo de Aleitamento materno da Metro I estabeleceu parceria com a UERJ para o ano de 2018, para o projeto de extensão “ Apoiando a amamentação na baixada fluminense”, visando a realização de levantamento de dados e avaliação de todas as unidades de saúde dos municípios a fim de identificar as unidades básicas de saúde que possuem critérios para serem habilitadas na IUBAAM.

Em uma pesquisa apresentada no Jornal de Pediatria, os resultados demonstraram que crianças em aleitamento materno exclusivo chegaram aos 6 meses com peso médio e estatura superior ao percentil 50 do NCHS, confirmando as vantagens nutricionais do leite materno, principalmente quando as mães recebem orientação sobre a técnica adequada para amamentar.

Como fatores de risco para essa situação, identificaram-se: baixa escolaridade materna, ausência de programa de incentivo como IHAC e IUBAAM, primiparidade, maternidade precoce e trabalho informal.

Tabela 42 – Percentual de crianças menores de 2 anos com vacinas de rotina por município da Região Metropolitana I, de 2010 a 2015.

Região de Saúde/Município	2010	2011	2012	2013	2014	2015
33005 Metropolitana I	78,83	105,88	83,12	97,67	93,86	103,75
..... Belford Roxo	72,99	104,09	54,23	79,52	74,53	81,66
..... Duque de Caxias	83,91	109,73	80,9	99,05	97,49	107,79
..... Itaguaí	84,73	107,71	72,64	85,35	95,31	96,73
..... Japeri	81,59	98,12	78,77	108,92	92,31	101,65
..... Magé	97,25	125,39	93,73	102,96	89,95	118,73
..... Mesquita	76,89	96,28	85,98	94,42	91,08	96,05
..... Nilópolis	101,55	132,7	104,49	128,24	144,36	122,69
..... Nova Iguaçu	60,02	88,61	83,46	81,7	95,93	99,72
..... Queimados	61,4	93,25	69,12	85,08	96,84	100
..... Rio de Janeiro	79,98	106,76	84,3	100,62	94,28	105,47
..... São João de Meriti	80,27	108,17	95,93	100,03	83,54	95,84
..... Seropédica	85,33	115,41	104,23	96,18	112,18	118,03
Total	78,83	105,88	83,12	97,67	93,86	103,75

A vacinação é uma das medidas mais importantes de prevenção contra doenças. É muito melhor e mais fácil prevenir uma enfermidade do que tratá-la, e é isso que as vacinas fazem. A vacinação não apenas protege aqueles que recebem a vacina, mas também ajuda a comunidade como um todo. Quanto mais pessoas de uma comunidade estiverem protegidas, menor é a chance de qualquer uma delas – vacinada ou não – seja contaminada. Além da erradicação de doenças, o Programa Nacional de Imunização vem controlando, por meio da vacinação, o tétano neonatal, formas graves da tuberculose, difteria, tétano acidental e coqueluche.

Tabela 43 - Casos novos de Aids em menores de 5 anos por município da Região Metropolitana I, de 2010 a 2015.

Município de Residência Região de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Metropolitana I	42	42	34	33	18	19
Belford Roxo	2	2	0	1	2	0
Duque de Caxias	9	5	6	2	2	1
Japeri	0	3	0	0	0	0
Itaguaí	0	0	0	0	0	1
Magé	1	2	0	1	2	0

Mesquita	0	0	0	1	0	0
Nilópolis	1	1	0	0	0	0
Nova Iguaçu	4	0	5	1	1	3
Queimados	0	0	1	3	0	0
Rio de Janeiro	21	26	22	23	10	14
São João de Meriti	1	3	0	1	1	0
Seropédica	3	0	0	0	0	0

Fonte: Indicadores do rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015/ Rio de Janeiro. SES/MS

Têm sido apontadas algumas dificuldades no seguimento de pré-natal de mulheres portadoras de HIV, como o acesso aos exames de diagnóstico e acompanhamento dessas pacientes na gestação, no parto e pós-parto. Nesse sentido, as equipes responsáveis pelo acompanhamento dessas gestantes devem atuar intensificando ações para oferecer o acompanhamento pré-natal a essas mulheres, incluindo os exames que constam nos protocolos, bem como tratamento quando indicado. Deve se atentar para o tratamento ao parceiro também.

Observa-se na Tabela 43, uma redução dos casos de AIDS em menores de 5 anos na Região, o que sugere que o acompanhamento de mulheres no pré-natal, diagnosticadas antes ou durante o mesmo, tem sido realizado em conformidade com o Protocolo do Ministério da Saúde. Assim, sugere-se como meta para 2019, a pactuação da ocorrência de nenhum caso de AIDS em menores de 5 anos, embora os esforços da área da saúde nem sempre sejam suficientes frente às vulnerabilidades existentes.

Tabela 44 - Proporção de recém-nascidos com baixo peso ao nascer - faixas <750g, 750 a 1499g e 1500g a 2499g. Região Metropolitana I, RJ. 2012-2015.

Região de Saúde/Município Residência	2012				2013					2014					2015						
	NV 2011	NV 2012	<750g PROP	750 a 1499g PROP	1500 a 2499g PROP	<2499g PROP	NV 2013	<750g	750 a 1499g	1500 a 2499g	<2499g	NV 2014	<750g	750 a 1499g	1500 a 2499g	<2499g	NV 2015	<750g	750 a 1499g	1500 a 2499g	<2499g
Metropolitana I	140.189	140.976	0,40	1,26	7,66	9,32	141.188	0,37	1,19	7,60	9,16	145.945	0,36	1,19	7,68	9,24	147.349	0,37	1,21	7,66	9,24
Belford Roxo	7.374	7.552	0,38	1,28	7,20	8,87	7.340	0,45	1,06	7,00	8,51	7.655	0,37	1,18	7,38	8,92	7.646	0,24	1,09	7,64	8,96
Duque de Caxias	13.106	13.267	0,38	1,53	7,25	9,17	13.038	0,35	1,09	7,43	8,87	13.808	0,34	1,28	7,86	9,48	14.303	0,33	1,17	7,28	8,78
Itaguaí	1.896	1.880	-	0,74	7,93	8,67	1.908	0,21	1,10	8,65	9,96	1.815	0,44	0,88	7,16	8,48	1.897	0,53	1,32	6,59	8,43
Japeri	1.458	1.494	0,20	1,54	6,43	8,17	1.517	0,40	1,25	7,12	8,77	1.617	0,19	1,42	6,62	8,23	1.623	0,49	0,92	7,27	8,69
Magé	3.439	3.555	0,20	0,76	6,58	7,54	3.373	0,44	0,98	7,12	8,54	3.569	0,36	0,90	6,75	8,01	3.633	0,30	0,91	6,55	7,76
Mesquita	2.286	2.473	0,40	1,78	8,01	10,19	2.611	0,46	1,23	9,12	10,80	2.620	0,31	0,99	7,44	8,74	2.613	0,54	1,03	7,62	9,18
Nilópolis	2.119	2.075	0,39	1,11	6,84	8,34	2.026	0,35	1,48	8,19	10,02	2.110	0,28	1,66	7,25	9,19	2.110	0,62	1,18	9,05	10,85
Nova Iguaçu	11.955	11.645	0,35	1,25	8,28	9,88	11.512	0,26	1,06	7,87	9,19	12.143	0,48	1,26	8,02	9,76	12.384	0,47	1,21	7,82	9,50
Queimados	2.424	2.435	0,25	1,11	7,56	8,91	2.378	0,42	1,30	6,94	8,66	2.456	0,29	1,38	7,65	9,32	2.387	0,29	1,05	7,88	9,22
Rio de Janeiro	86.131	86.550	0,44	1,25	7,73	9,42	87.665	0,38	1,23	7,56	9,17	89.997	0,35	1,18	7,66	9,19	90.674	0,36	1,22	7,73	9,31
São João de Meriti	6.916	7.044	0,45	1,29	8,16	9,91	6.794	0,52	1,16	8,11	9,79	7.010	0,51	1,23	8,56	10,30	6.937	0,42	1,46	8,13	10,00
Seropédica	1.085	1.006	0,10	0,50	5,77	6,36	1.026	0,19	0,68	7,89	8,77	1.145	0,35	0,52	6,81	7,69	1.142	0,26	1,23	5,52	7,01

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.

O baixo peso ao nascer (BPN) é considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública em todo o mundo, contribuindo, substancialmente, para a morbimortalidade infantil. Os fatores associados ao baixo peso ao nascer são: prematuridade; nascimento no domicílio; sexo feminino; idade materna menor que 17 anos e maior que 38 anos; a não realização de pré-natal ou menos de 4 consultas; crianças não brancas; mães sem ocupação fora do lar; e mães solteiras.

O baixo peso ao nascer pode ser decorrente da restrição do crescimento intrauterino ou de uma menor duração da gestação ou, ainda, de uma combinação de ambos. Quanto menor o peso ao nascer, maior a probabilidade de morte precoce. Em países desenvolvidos, observam-se valores em torno de 5-6%. (IBGE-2004 RJ). Na Região Metropolitana I, observamos que no período entre 2012 a 2015, 9,2% dos nascidos vivos tiveram peso menor 2499g.

A análise da situação do baixo peso ao nascer deve ser aprofundada mediante a observação da idade gestacional da criança. Quando esta ocorre em recém-nascidos com idade gestacional menor do que 37 semanas, ela pode ser atribuída a prematuridade. Quando ocorre em crianças a termo, esta pode ser justificada pela desnutrição intrauterina causada por doenças crônicas como hipertensão e diabetes, pelo uso do cigarro, etc. Seria necessário um melhor acompanhamento clínico nutricional dessas gestantes durante o pré-natal, incluindo estudo da vitalidade placentária. Vale destacar que o baixo peso ao nascer é um dos fatores de risco para o surgimento de doenças crônicas na idade adulta.

Tabela 45 - Nascidos Vivos (NV) segundo Idade Gestacional menor do que 37 semanas, por município de residência da Região Metropolitana I – ano 2011 a 2015.

Região de Saúde/Munic. residência	2011			2012			2013			2014			2015		
	NV 2011	IG<37 sem	%	NV 2012	IG<37 sem	%	NV 2013	IG<37 sem	%	NV 2014	IG<37 sem	%	NV 2015	IG<37 sem	%
Metropolitana I	140.189	14215	10,14	140.976	17.081	12,12	141.188	16.498	11,69	145.945	16.785	11,50	147.349	16.227	11,01
Belford Roxo	7.374	615	8,34	7.552	858	11,36	7.340	781	10,64	7.655	790	10,32	7.646	737	9,64
Duque de Caxias	13.106	1067	8,14	13.267	1.513	11,40	13.038	1.372	10,52	13.808	1.552	11,24	14.303	1.377	9,63
Itaguaí	1.896	155	8,18	1.880	237	12,61	1.908	290	15,20	1.815	213	11,74	1.897	221	11,65
Japeri	1.458	121	8,30	1.494	159	10,64	1.517	182	12,00	1.617	180	11,13	1.623	189	11,65
Magé	3.439	211	6,14	3.555	315	8,86	3.373	302	8,95	3.569	290	8,13	3.633	257	7,07
Mesquita	2.286	237	10,37	2.473	336	13,59	2.611	346	13,25	2.620	268	10,23	2.613	276	10,56
Nilópolis	2.119	243	11,47	2.075	274	13,20	2.026	241	11,90	2.110	228	10,81	2.110	261	12,37
Nova Iguaçu	11.955	1139	9,53	11.645	1.539	13,22	11.512	1.304	11,33	12.143	1.365	11,24	12.384	1.343	10,84
Queimados	2.424	211	8,70	2.435	268	11,01	2.378	250	10,51	2.456	295	12,01	2.387	258	10,81
Rio de Janeiro	86.131	9396	10,91	86.550	10.596	12,24	87.665	10.585	12,07	89.997	10.712	11,90	90.674	10.519	11,60
São João de Meriti	6.916	726	10,50	7.044	880	12,49	6.794	713	10,49	7.010	764	10,90	6.937	674	9,72
Seropédica	1.085	94	8,66	1.006	106	10,54	1.026	132	12,87	1.145	128	11,18	1.142	115	10,07

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.

Observa-se na Tabela 45 que, em 2015, o número de nascidos vivos com idade gestacional menor que 37 semanas de gestação corresponde a 11,1% do total de nascimentos na Região, apontando para a importância de ações de qualificação do pré-natal e da assistência prestada na Maternidade.

Enquanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que no máximo 15% dos partos sejam cesarianas, no Brasil o índice é de 52%, chegando a 88% na rede privada. Os dados são da pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, feita pela Fundação Oswaldo Cruz e o Ministério da Saúde, divulgadas em maio de 2014.

Diversas causas podem ser atribuídas a ocorrência de partos prematuros que podem acontecer em decorrência da presença de patologias de base como doenças crônicas (diabetes e hipertensão), ISTs, entre outras. A prematuridade pode ocorrer também por fatores sociodemográficos como os relacionados às condições de vida da população.

Grande parte das causas de prematuridade são as infecções perinatais e o seu controle, visto as dificuldades para realização dos exames complementares, disponibilização de antibióticos, adesão aos tratamentos, entre outros. É relevante considerar principalmente na rede privada as antecipações de cesarianas eletivas que levam a um risco maior de prematuridade, estas previsíveis se ao menos respeitassem os sinais de início do trabalho de parto.

Para buscar diminuir o número de nascidos vivos prematuros, deve-se ter maior atenção na abordagem às infecções durante a gestação, incluindo a sífilis, contando com maior presteza dos diagnósticos, tratamento eficiente e maior controle.

Tabela 46 – Numero de Crianças menores de 1 ano acompanhadas em consulta de puericultura – Ano 2015 a 2018

Produção Ambulatorial do SUS - Rio de Janeiro - por local de atendimento					
Qtd.aprovada por Município					
Procedimento: 0301010080 CONSULTA P/ ACOMPANHAMENTO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO (PUERICULTURA)					
Região	Município	Consulta Puericultura			
		2015	2016	2017	2018
MI	330045 Belford Roxo	15.960	18.420	12.606	
MI	330170 Duque de Caxias	42.700	32.379	29.014	29.125
MI	330200 Itaguaí	5.999	6.964	7.477	2.667
MI	330227 Japeri	6.442	4.627	2.337	706
MI	330250 Magé	16.374	16.497	17.798	13.848
MI	330285 Mesquita	11.024	8.923	2.567	7.106
MI	330320 Nilópolis	611	255		
MI	330350 Nova Iguaçu	36.136	38.489	32.333	19.135
MI	330414 Queimados	8.203	3.564	4.113	3.719
MI	330455 Rio de Janeiro	656.245	684.259	726.798	298.654
MI	330510 São João de Meriti	18.964	10.739	15.281	6.169
MI	330555 Seropédica	2.300	346	1.209	

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Dados referentes aos últimos seis meses, sujeitos a atualização. A partir do processamento de junho de 2012, houve mudança na classificação da natureza e esfera dos estabelecimentos. Com isso, temos que:

Até maio de 2012 estas informações estão disponíveis como "Natureza" e "Esfera Administrativa".

De junho de 2012 a outubro de 2015, estão disponíveis tanto como "Natureza" e "Esfera Administrativa", como "Natureza Jurídica" e "Esfera Jurídica".

A partir de novembro de 2015, estão disponíveis como "Natureza Jurídica" e "Esfera Jurídica".

Com relação a tabela 46 que demonstra Numero de Crianças menores de 1 ano acompanhadas em consulta de puericultura, podemos observar um número reduzido de consultas realizadas. Conforme o Caderno de Atenção Básica N°33, a criança menor de 01 ano saudavel devera ter pelo menos uma consulta de puericultura mensal.

Considerando de acordo com a base de informação que a faixa etária disponível é de menores de 1 ano e que cada ano ilustrado trará crianças nascidas no ano anterior,. Ressaltamos também a migração do sistema de informação para o e-SUS AB, o que não emite resultados não condizentes coma realidade. Podendo também aferir a subnotificação no sistema de informação.

Eixo 6 - INDICADORES DE GESTÃO.

Os indicadores relacionados à gestão estão colocados na Portaria nº 1459 e são apresentados a seguir:

- Percentual de investimento estadual no setor saúde – 12,04% no ano de 2013 (Fonte: SIOPS/ MS).
- Plano Diretor de Regionalização atualizado – No ano de 2013, foi feita uma revisão dos dados do PDR, tendo sido pactuado por meio da deliberação CIB-RJ nº 2627 de 12 de Dezembro de 2013 (Fonte: site da SES-RJ).
- Programação Pactuada Integrada atualizada – A PPI encontra-se em processo constante de atualização e repactuação, tendo havido no ano de 2014 Oficinas Regionais organizadas pela SES-RJ para novo alinhamento entre os gestores.
- Identificação de centrais de regulação: (i) urgências; (ii) de internação; e (iii) ambulatorial – No estado do Rio de Janeiro, existe uma Central Estadual de Regulação que, dentre outras ações, realiza a regulação da Gestação de Alto Risco e dos leitos de UTI Neonatal. Além desta, existe uma Central Regional de Regula o Metropolitana e todos os municípios da Região possuem Centrais Municipais de Regula o.

  Central Estadual de Regula o, são solicitadas vagas para: pré-natal de alto risco materno e/ou fetal; parto de alto risco; UTI materna e neonatal; tratamento de câncer materno e infantil; exames especiais; dentre outros.

No momento, o principal n  crítico   a falta de vagas para parto de gestantes de alto risco materno e fetal, pois apesar das referências estarem estabelecidas, os municípios ainda encontram muitas dificuldades de acesso, o que vem sendo discutido no âmbito da Comissão Intergestores Regional(CIR).

Sobre as vagas para pré-natal de alto risco em maternidade de alto risco, principalmente para encaminhamento de gestantes obesas grau 3 e obesidade mórbida, tem sido muito difícil a capta o de vagas/leitos. São colocadas   disposi o no sistema de regula o uma ou nenhuma vaga por mês.   o que acontece também com as gestantes de alto risco fetal (com malforma o fetal), que acabam parindo em maternidades de baixo risco, o que aumenta a probabilidade de mortalidade materna e neonatal.

Uma proposta seria que após a realização do primeiro atendimento, fosse realizada a classificação de risco, para que pudessem melhor encaminhar essas usuárias, com o auxílio dos Núcleos Internos de Regulação - NIRs à Central de Regulação. As vagas para gestantes de alto risco devem ser ofertadas em consonância com a classificação do MS e não casadas com UTI neonatal, a Central de Regulação Estadual para os RNs vêm funcionando com maior agilidade e nos últimos anos e tem conseguido transferir mais adequadamente os RNs de alto risco.

Outra proposta é a implantação de ouvidorias do SUS no estado e capital (Ouvidoria da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro - ouvidoria@saude.rj.gov.br / 0800 025 5525).

VII. Necessidades de Estruturação da Rede para qualificação das ações na linha de cuidado materno-infantil.

A rede de saúde é composta pelos serviços dos diferentes níveis de atenção, que vão desde a Atenção Básica organizada, sobretudo, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), até os serviços especializados e as unidades hospitalares. Esta rede deve ser trabalhada para que haja maior articulação e comunicação entre os serviços, de modo a garantir o percurso do usuário através dos diferentes pontos de atenção do sistema.

No caso da linha de cuidado materno-infantil, é importante conhecermos a cobertura de atenção básica dos municípios e as ações voltadas para esta população, como o planejamento reprodutivo, o pré-natal e a puericultura. Faz-se necessário observar a cobertura de equipes de Atenção Básica em relação à população do município, mas também a qualidade das ações desenvolvidas, pois não basta haver uma alta cobertura – um número de equipes proporcional à população – sem que as ações de saúde reflitam melhoria da qualidade de vida naquele território.

Em relação ao pré-natal de risco habitual, as Unidades Básicas realizam esta ação cobrindo sua população adscrita. Ainda são encontradas dificuldades para realização do pré-natal de risco habitual, como a alta rotatividade de profissionais nas Unidades, dificuldade dos médicos trabalharem em conjunto com a enfermagem, necessidade de utilização e padronização de protocolos, mas estas têm sido discutidas, no âmbito do Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha, e possíveis soluções têm sido encaminhadas.

Tabela 47 - Percentual de cobertura de equipes de Atenção Básica/ Estratégia de Saúde da Família na Região nos anos de 2010 a 2018.

Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica											
Cobertura de equipes de Saúde da Família											
Pactuação Interfederativa 2017-2021											
Região de Saúde/Município	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Estado do Rio de Janeiro	45,25	45,60	48,04	53,90	58,17	57,93	60,31	60,61	66,56	68,55	67,31
Metropolitana I	25,95	28,77	33,41	43,70	49,67	48,96	51,93	53,60	61,77	63,74	61,24
Belford Roxo	21,80	24,72	26,38	35,06	37,09	33,44	33,01	32,57	35,48	35,37	35,64
Duque de Caxias	31,24	30,54	23,20	22,47	27,32	34,77	36,66	40,14	34,79	40,57	40,09
Itaguaí	44,36	50,14	35,36	46,47	66,11	70,37	75,17	94,34	88,63	81,74	64,60
Japeri	-	-	3,39	21,68	30,77	42,53	56,10	57,49	36,35	42,15	40,89
Magé	85,04	89,03	88,40	95,42	94,92	86,79	86,09	76,79	82,28	56,94	60,02
Mesquita	44,38	42,46	34,17	43,47	42,79	47,60	59,49	60,01	61,67	62,15	74,87
Nilópolis	56,65	70,87	71,95	78,57	91,80	97,03	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Nova Iguaçu	35,39	36,21	39,55	42,56	52,66	47,48	46,04	52,75	53,44	52,00	66,24
Queimados	25,10	27,63	29,81	28,27	26,94	26,71	25,93	33,54	35,25	33,00	35,18
Rio de Janeiro	21,25	23,64	30,61	45,32	51,86	50,62	54,42	55,02	68,62	70,89	64,98
São João de Meriti	16,68	29,05	43,74	38,30	37,91	36,52	35,70	40,72	37,19	53,97	55,42
Seropédica	47,61	62,23	73,84	70,60	69,72	64,58	80,67	92,46	91,56	94,30	98,44

Fontes: Ministério da Saúde.

Notas: Informações geradas em março/2018

Seguindo da Atenção Básica para o nível da Atenção Especializada, é importante identificarmos no contexto de implementação da Rede Cegonha, os serviços de Pré-Natal de Alto Risco, referências para realização dos Exames de Pré-Natal e serviços especializados que atendam às crianças que necessitem deste acompanhamento.

Na Região Metropolitana I, o pré-natal de alto risco em alguns municípios é realizado nos Ambulatórios Municipais com médicos obstetras exclusivos para esta finalidade. Contudo, grande parte dos municípios não possuem o ambulatório municipal para atendimento de pré-natal de risco. Neste caso as gestantes são referenciadas para maternidades de referência através da central de regulação (SER ou SISREG).

Há certo conflito, pois o município que possui o ambulatório com serviço especializado e não tem o hospital municipal com habilitação em GAR depende do sistema de regulação para encaminhar a gestante para a maternidade onde mesma deverá realizar uma visita ao local que será de referência para situações de parto e/ou emergenciais. Visualiza-se que o sistema é falho no sentido de que o município pode realizar o pré-natal nos ambulatórios municipais, mas não há uma garantia de que o parto da gestante em situação de risco seja no hospital de referência, uma vez que apenas é regulado quando se agrega a realização do pré-natal na maternidade referenciada. O contexto da Regulação atual dificulta esta referência, sendo assim, o grupo condutor regional, pretende convidar os responsáveis

pela regulação estadual e municipal para que seja retomada as articulações nas reuniões no ano de 2019, afim de que esta problemática seja solucionada.

No município do Rio de Janeiro, as gestantes são referenciadas aos ambulatórios de alto risco intra-hospitalar, mas são acompanhadas também pela unidade básica de saúde. Em Nova Iguaçu há o ambulatório extra-hospitalar, onde todas as gestantes são vinculadas a maternidade municipal Mariana Bulhões e também acompanhadas e/ou monitoradas pelas unidades básicas de saúde.

Tabela 48 - Municípios com Atendimentos de Pré-natal Risco Habitual e Alto Risco

Municípios	2017		Observação
	RH	AR	
Belford Roxo	AB	*Sim	*
Duque de Caxias	AB	Não	AR regulado via SER
Itaguaí	AB	*Sim	*
Japeri	AB	Não	AR regulado via SER
Magé	AB	*Sim	*
Mesquita	AB	Não	AR regulado via SER
Nilópolis	AB	Não	AR regulado via SER
Nova Iguaçu	AB	Sim	-----
Queimados	AB	Não	AR regulado via SER
Rio de Janeiro	AB	Sim	-----
São João de Meriti	AB	Não	AR regulado via SER
Seropédica	AB	*Sim	*

*Itaguaí, Magé, Seropédica e Belford Roxo classifica o atendimento a estas gestantes como ambulatório de especialidades, pois absorve demandas de gestantes com algumas patologias, as que de fato evoluem para alto risco, são encaminhadas a Central de Regulação.

Em relação à atenção ao parto e nascimento, identificamos na Região Metropolitana I 30 (trinta) Maternidades, sendo 11 de risco habitual, 15 com perfil de atendimento ao alto risco e 04 de médio risco (que possuem leitos neonatais, capacidade técnica para atendimento às gestantes, mas não toda a tecnologia e especialidades necessárias a alguns casos), apresentadas no quadro 5. O município de Rio de Janeiro concentra o maior numero de maternidades, sendo 18 no total. Os municípios de Japeri e Queimados não possuem maternidades em seus territórios, Em Nilópolis, no Hospital Estadual Vereador Melchades

Calazans, a maternidade foi desativada. Já no município de Belfort Roxo, o Hospital de Clinicas Belfort Roxo, deixou de atender as gestantes do SUS.

Quadro 5: Estabelecimentos que fazem parte da Rede Cegonha na Região Metropolitana I

REGIÃO	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	ESFERA	PERFIL ASSIST	HABILGAR
MI	DUQUE DE CAXIAS	6007317	HOSPITAL MUNICIPAL MOACYR RODRIGUES DO CARMO	MUNICIPAL	RH	NÃO
MI	DUQUE DE CAXIAS	2290227	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL ADAO PEREIRA NUNES	ESTADUAL	AR	NÃO
MI	ITAGUAI	2284634	HOSPITAL MUNICIPAL SAO FRANCISCO XAVIER	MUNICIPAL	RH	NÃO
MI	MAGE	2278324	HOSPITAL MUNICIPAL DE PIABETA	MUNICIPAL	RH	NÃO
MI	MESQUITA	7011857	SES RJ COMPLEXO REG DE MESQUITA MATERNID E CLINICA	ESTADUAL	RH	NÃO
MI	NOVA IGUAÇU	7591136	MATERNIDADE MUNICIPAL MARIANA BULHÕES	MUNICIPAL	AR	NÃO
MI	NOVA IGUAÇU	2798662	HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU	MUNICIPAL	AR	SIM
MI	RIO DE JANEIRO	2295415	HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE	FEDERAL	AR	NÃO
MI	RIO DE JANEIRO	2708353	IFF FIOCRUZ	FEDERAL	AR	SIM
MI	RIO DE JANEIRO	2269880	MS HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO	FEDERAL	AR	NÃO
MI	RIO DE JANEIRO	2269988	MS HSE HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	FEDERAL	AR	NÃO
MI	RIO DE JANEIRO	3567486	SMS CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO AP 51	MUNICIPAL	RH	NÃO
MI	RIO DE JANEIRO	2270714	SMS HOSPITAL MATERNIDADE FERNANDO MAGALHAES AP	MUNICIPAL	AR	SIM
MI	RIO DE JANEIRO	2270390	SMS HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO AP 33	MUNICIPAL	RH	NÃO
MI	RIO DE JANEIRO	2298120	SMS HOSPITAL MUNICIPAL ALBERT SCHWEITZER AP 51	MUNICIPAL	RH	NÃO
MI	RIO DE JANEIRO	7041624	SMS HOSPITAL MUNICIPAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO AP	MUNICIPAL	RH	NÃO
MI	RIO DE JANEIRO	2270609	SMS HOSPITAL MUNICIPAL LOURENCO JORGE AP 40	MUNICIPAL	RH	SIM
MI	RIO DE JANEIRO	2270269	SMS HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO AP 21	MUNICIPAL	RH	NÃO
MI	RIO DE JANEIRO	6995462	SMS HOSPITAL MUNICIPAL PEDRO II AP 53	MUNICIPAL	RH	NÃO
MI	RIO DE JANEIRO	2295407	SMS HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA FARIA AP 52	MUNICIPAL	AR	SIM
MI	RIO DE JANEIRO	5717256	SMS HOSPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLLA AP 33	MUNICIPAL	RH	NÃO
MI	RIO DE JANEIRO	2269945	SMS MATERN ALEXANDER FLEMING AP 33	MUNICIPAL	AR	SIM
MI	RIO DE JANEIRO	2280248	SMS MATERNIDADE CARMELA DUTRA AP 32	MUNICIPAL	AR	NÃO
MI	RIO DE JANEIRO	7027397	SMS MATERNIDADE MARIA AMELIA BUARQUE DE HOLLANDA	MUNICIPAL	RH	NÃO
MI	RIO DE JANEIRO	2269783	UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	ESTADUAL UNIVERSITÁRIO	AR	NÃO
MI	RIO DE JANEIRO	2270021	UFRJ MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ	FEDERAL	AR	SIM
MI	SÃO JOÃO DE MERITI	6518893	SES RJ HOSPITAL DA MULHER HELONEIDA STUDART	ESTADUAL	AR	NÃO
MI	SEROPEDICA	5349893	HOSPITAL MATERNIDADE MUNICIPAL DE SEROPEDICA	MUNICIPAL	RH	NÃO

A Região Metropolitana I possui 07 maternidades habilitadas para atendimento à Gestação de Alto Risco, conforme identificado no CNES, sendo 06 localizadas no município do Rio de Janeiro, 1 em Nova Iguaçu. Apesar disso, existem algumas maternidades que mesmo não sendo habilitadas, são referência importante para o atendimento às gestantes e recém-nascidos de Alto Risco na Região e poderão ser habilitadas conforme a Portaria 1020/

2012. São elas: Hospital Municipal Pedro II (SMS RJ); Hospital Municipal Ronaldo Gazolla (SMS RJ);

Podemos observar que na baixada Fluminense, o baixo risco tem se concentrado nas maternidades municipais, porém hoje os municípios de Queimados, Belfort Roxo e Nilópolis perderam as referências das maternidades alocadas nos seus municípios. Sendo assim, as gestantes têm sido encaminhadas ao Hospital da Mãe, em Mesquita, e para a Maternidade Municipal Mariana Bulhões, em Nova Iguaçu.

No Alto risco, a maior parte dos municípios utiliza como referência os hospitais estaduais da região. Os hospitais da Mulher Heloneida Studart e Adão Pereira Nunstem concentrado grande parte das referências para o alto risco, além da Maternidade Municipal Mariana Bulhões que também tem admitido grande parte desta clientela, chegando a um percentual de 40% de parto das gestantes residentes fora do município de Nova Iguaçu/mês.

Quadro: 6 – leitos em obstetria PPI

<i>Leitos em Obstetrícia Clínica e Cirúrgica</i>	
Município Encaminhador	Município Executor
BELFORD ROXO	BELFORD ROXO, DUQUE DE CAXIAS, NOVA IGUACU, RIO DE JANEIRO
DUQUE DE CAXIAS	DUQUE DE CAXIAS, MAGE, RIO DE JANEIRO
ITAGUAI	ITAGUAI, RIO DE JANEIRO
JAPERI	JAPERI, NOVA IGUACU, SEROPEDICA
MAGE	MAGE, DUQUE DE CAXIAS, TERESOPOLIS
MESQUITA	BELFORD ROXO, DUQUE DE CAXIAS, NOVA IGUACU
NILOPOLIS	NILOPOLIS, NOVA IGUACU
NOVA IGUACU	BELFORD ROXO, NOVA IGUACU, RIO DE JANEIRO, SAO JOAO DE MERITI
QUEIMADOS	BELFORD ROXO, NOVA IGUACU, QUEIMADOS
RIO DE JANEIRO	BELFORD ROXO, ITAGUAI, RIO DE JANEIRO
SAO JOAO DE MERITI	DUQUE DE CAXIAS, RIO DE JANEIRO, SAO JOAO DE MERITI
SEROPEDICA	SEROPEDICA, NOVA IGUACU

Quadro 7 - Grade de Referência para o parto de risco habitual - pactuado

Município Encaminhador	Município Receptor	Estabelecimento de Saúde
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda
		Hospital Maternidade Fernando Magalhães
		Maternidade do Hospital Municipal Miguel Couto
		Hospital Maternidade Carmela Dutra
		Hospital Maternidade Herculano Pinheiro
		Maternidade Mariana Crioula (Hospital Municipal Ronaldo Gazolla)
		Hospital Maternidade Alexander Fleming
		Maternidade Leila Diniz (Hospital Municipal Lourenço Jorge)
		Hospital da Mulher Mariska Ribeiro
		Maternidade do Hospital Municipal Pedro II
		Maternidade do Hospital Municipal Albert Schweitzer
		Maternidade do Hospital Municipal Rocha Faria
		Maternidade Escola da UFRJ
		Hospital Universitário Gaffree e Guinle
Queimados	Mesquita	SES RJ COMPLEXO REG DE MESQUITA MATERN E CLIN DA MULHER – Hospital Da Mãe
	Seropédica	Maternidade Municipal
Itaguaí	Itaguaí	Hospital Municipal Sao Francisco Xavier
Japeri	Seropédica	Hospital Municipal De Seropédica
Magé	Magé	H. M. Ver. Hugo Braga (H. De Piabetá)
Nova Iguaçu	Nova Iguaçu	Maternidade Mariana Bulhões
Mesquita	Mesquita	Ses Rj Complexo Reg De Mesquita Matern E Clin Da Mulher – H. Da Mãe
Seropédica	Seropédica	Hospital Maternidade Municipal De Seropédica
Nilópolis	Mesquita	Ses Rj Complexo Reg De Mesquita Matern E Clin Da Mulher – H. Da Mãe
São João de Meriti	São João de Meriti	Associacao De Caridade Hospital Sao Joao De Meriti
Belford Roxo	Mesquita	Ses Rj Complexo Reg De Mesquita Matern E Clin Da Mulher – H. Da Mãe
Duque de Caxias	Duque de Caxias	Hospital Municipal Moacir Rodrigues Do Carmo

Quadro 8 - Grade de Referência para o parto de alto risco – pactuado

Município Encaminhador	Município Receptor	Estabelecimento de Saúde
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	FIOTEC IFF INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA
		MS HSE HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO
		MS HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO
		SMS RIO HOSPITAL MATERNIDADE FERNANDO MAGALHAES
		SMS HOSPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLLA
		SMS MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING
		SMS MATERN CARMELA DUTRA
		SMS HOSPITAL MUNICIPAL LOURENCO JORGE
		SMS HOSPITAL MUNICIPAL ALBERT SCHWEITZER
		SMS HOSPITAL MUNICIPAL PEDRO II
		SMS HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO
		SMS HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA FARIA
		SMS HOSPITAL MUNICIPAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO
		SMS MATERNIDADE MARIA AMELIA BUARQUE DE HOLLANDA
		UERJ HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
	MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ	
Queimados	S JOÃO DE MERITI	Ses Rj Hospital Da Mulher Heloneida Studart
	Nova Iguaçu	Maternidade Mariana Bulhões;
Itaguaí	São João de Meriti	Ses Rj Hospital Da Mulher Heloneida Studart
Japeri	São João de Meriti	Ses Rj Hospital Da Mulher Heloneida Studart
Magé Nova Iguaçu	São João de Meriti	Ses Rj Hospital Da Mulher Heloneida Studart
	Nova Iguaçu	Maternidade Municipal Mariana Bulhões
Mesquita	São João de Meriti	Ses Rj Hospital Da Mulher Heloneida Studart
Seropédica	São João de Meriti	Ses Rj Hospital Da Mulher Heloneida Studart
Nilópolis	São João de Meriti	Ses Rj Hospital Da Mulher Heloneida Studart
São João de Meriti	São João de Meriti	Ses Rj Hospital Da Mulher Heloneida Studart
Belfort Roxo	Nova Iguaçu	Maternidade Municipal Mariana Bulhões
	São João de Meriti	Ses Rj Hospital Da Mulher Heloneida Studart
Duque de Caxias		Ses Rj Hospital Estadual Adão Pereira Nunes

Quadro 9: Mapeamento da referência de ocorrência de partos entre os municípios da Região Metropolitana I segundo a ordem de utilização nos meses de Janeiro à Julho de 2017.

Município de Residência:	1º Município de Referência Utilizado	2º Município de Referência Utilizado	3º Município de Referência Utilizado	4º Município de Referência Utilizado
Belford Roxo	Mesquita*	São João de Meriti*	Duque de Caxias*	
Duque de Caxias	Duque de Caxias*	Rio de Janeiro	São João de Meriti*	Magé
Itaguaí	Itaguaí	Rio de Janeiro	Seropédica	
Japeri	Nova Iguaçu	Mesquita*	Rio de Janeiro	
Magé	Magé	Duque de Caxias*	Rio de Janeiro	
Mesquita	Mesquita*	Rio de Janeiro	São João de Meriti*	Nova Iguaçu
Nilópolis	Mesquita*	Rio de Janeiro	São João de Meriti*	
Nova Iguaçu	Nova Iguaçu	Mesquita*	Rio de Janeiro	São João de Meriti*
Queimados	Nova Iguaçu	Mesquita*	São João de Meriti*	Rio de Janeiro
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Duque Caxias*	São João de Meriti*	Mesquita*
São João de Meriti	São João de Meriti*	Mesquita*	Rio de Janeiro	Duque de Caxias*
Seropédica	Seropédica	Rio de Janeiro		

Fonte: SIAH, 2017.

* Municípios que possuem unidades hospitalares estaduais.

Quadro 10: Mapeamento da referência de ocorrência de partos entre os municípios da Região Metropolitana I segundo a ordem de utilização no ano de 2018.

<i>Comparação Migração SIH/SUS X PPI Obstétrica</i>	
Município Encaminhador	Município Executor
Belford Roxo	Mesquita, SJ Meriti, Nova Iguaçu, R Janeiro, Duque Caxias, Belford Roxo
Duque de Caxias	Duque Caxias, R Janeiro, SJ Meriti, Magé, Mesquita
Itaguaí	Itaguaí, R Janeiro, Seropédica, Mangaratiba
Japeri	Nova Iguaçu, Mesquita, Seropédica, R Janeiro, SJ Meriti, Japeri
Magé	Magé, Caxias, R Janeiro, Petrópolis, Guapimirim, Teresópolis, SJ Meriti
Mesquita	Mesquita, Nova Iguaçu, R Janeiro, SJ Meriti, Belford Roxo, Nova Iguaçu
Nilópolis	Mesquita, R Janeiro, SJ Meriti, Nova Iguaçu, Nilópolis
Nova Iguaçu	Nova Iguaçu, Mesquita, R Janeiro, Seropédica, SJ Meriti
Queimados	Nova Iguaçu, Mesquita, SJ Meriti, R Janeiro, Belford Roxo, Queimados
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro, Duque Caxias, Belford Roxo, Itaguaí
São João de Meriti	SJ Meriti, Mesquita, R Janeiro, Duque Caxias, N Iguaçu
Seropédica	Seropédica, R Janeiro, SJ Meriti, Nova Iguaçu

Fonte: Fonte: SIAH, 2018.

Tabela 49 - População Estimada de SUS Dependente

Região de Saúde/ Municípios	População Estimada IBGE 2016	População Estimada SUS Dependente (75% IBGE 2016)
Belford Roxo	494.141	370.606
Duque de Caxias	886.917	665.188
Itaguaí	120.855	90.641
Japeri	100.562	75.422
Magé	236.319	177.239
Mesquita	171.020	128.265
Nilópolis	158.319	118.739
Nova Iguaçu	797.435	598.076
Queimados	144.525	108.394
Rio de Janeiro	6.498.837	4.874.128
São João de Meriti	460.541	345.406
Seropédica	83.667	62.750
Metropolitana I	10.153.138	7.614.854

É importante evidenciar que o cálculo da população SUS dependente por meio dos dados de beneficiários de Planos de Saúde da ANS pode estar subestimado, pois não se pode garantir que a proporção de gestantes com planos de saúde corresponda às MIF beneficiárias desses planos, bem como não se pode garantir a temporalidade da cobertura do plano, ou seja, se não há carência ou mesmo se há cobertura para obstetrícia no momento do parto. Entende-se que a crise atual impõe que se relativize o princípio da universalidade do SUS, mas há que se garantir o acesso aos cuidados obstétricos, e principalmente a assistência ao parto, a todas as gestantes que necessitem.

No site do CNES, levantou-se o número de leitos obstétricos, os leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, classificados como leitos de UTIN; os leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional, classificados como leitos de UCINCo; os leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru, classificados como leitos de UCINCa; e os leitos de UTI Adulto (tabela 50). Os leitos Neonatais foram assim classificados a partir da Portaria nº 930/2012.

Tabela 50 - Rede existente atual na Região Metropolitana I, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Estabelecimentos de Saúde que fazem parte da Rede Cegonha do ERJ - Fevereiro de 2019																	
REGIÃO	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	ESFERA	PERFIL ASSIST	HABIL GAR	LO		UTINEO		UI NEO	UCINCo		UCINCa		UTI AD	
							Exist	SUS	Exist	SUS		Exist	SUS	Exist	SUS	Exist	SUS
MI	DUQUE DE CAXIAS	6007317	HOSPITAL MUNICIPAL MOACYR RODRIGUES DO CARMO	MUNICIPAL	RH	NÃO	98	98				10	10			20	20
MI	DUQUE DE CAXIAS	2290227	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL ADAO PEREIRA NUNES	ESTADUAL	AR	NÃO	53	53	12	0		8	0			17	0
MI	ITAGUAI	2284634	HOSPITAL MUNICIPAL SAO FRANCISCO XAVIER	MUNICIPAL	RH	NÃO	26	26			7						
MI	MAGE	2278324	HOSPITAL MUNICIPAL DE PIABETA	MUNICIPAL	RH	NÃO	27	27									
MI	MESQUITA	7011857	SES RJ COMPLEXO REG DE MESQUITA MATERNID E CLINICA	ESTADUAL	RH	NÃO	98	98	10	0		15	8				
MI	NOVA IGUAÇU	7531136	MATERNIDADE MUNICIPAL MARIANA BULHÕES	MUNICIPAL	AR	NÃO			25	0						5	0
MI	NOVA IGUAÇU	2798662	HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU	MUNICIPAL	AR	SIM	95	95	25	25		15	0			39	32
MI	RIO DE JANEIRO	2295415	HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE	FEDERAL	AR	NÃO	23	23	6	6		4	0			8	8
MI	RIO DE JANEIRO	2708353	IFF FIOCRUZ	FEDERAL	AR	SIM	26	26	28	28		8	8	4	4		
MI	RIO DE JANEIRO	2269880	MS HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO	FEDERAL	AR	NÃO	61	61	12	12		22	0	6	0	17	17
MI	RIO DE JANEIRO	2269988	MS HSE HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	FEDERAL	AR	NÃO	19	19	16	8		12	12			22	22
MI	RIO DE JANEIRO	3567486	SMS CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO AP 51	MUNICIPAL	RH	NÃO	3	3									
MI	RIO DE JANEIRO	2270714	SMS HOSPITAL MATERNIDADE FERNANDO MAGALHAES AP	MUNICIPAL	AR	SIM	78	78	18	18		24	24	6	6	8	8
MI	RIO DE JANEIRO	2270390	SMS HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO AP 33	MUNICIPAL	RH	NÃO	41	41	4	4	7	10	0	4	3		
MI	RIO DE JANEIRO	2298120	SMS HOSPITAL MUNICIPAL ALBERT SCHWEITZER AP 51	MUNICIPAL	RH	NÃO	54	54	11	0		12	0			70	0
MI	RIO DE JANEIRO	7041624	SMS HOSPITAL MUNICIPAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO AP	MUNICIPAL	RH	NÃO	72	72	10	10		11	11	4	4		
MI	RIO DE JANEIRO	2270609	SMS HOSPITAL MUNICIPAL LOURENCO JORGE AP 40	MUNICIPAL	RH	SIM	82	82	10	10		15	15	4	4	13	13
MI	RIO DE JANEIRO	2270269	SMS HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO AP 21	MUNICIPAL	RH	NÃO	35	35	4	0		5	0			15	10
MI	RIO DE JANEIRO	6995462	SMS HOSPITAL MUNICIPAL PEDRO II AP 53	MUNICIPAL	RH	NÃO	56	56	10	10		14	14	3	0	34	34
MI	RIO DE JANEIRO	2295407	SMS HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA FARIA AP 52	MUNICIPAL	AR	SIM	62	62			7	8	0	2	0	16	16
MI	RIO DE JANEIRO	5717256	SMS HOSPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLLA AP 33	MUNICIPAL	RH	NÃO	57	57	10	0		10	0	5	0	18	0
MI	RIO DE JANEIRO	2269945	SMS MATERN ALEXANDER FLEMING AP 33	MUNICIPAL	AR	SIM	45	45	10	10		11	11	4	4		
MI	RIO DE JANEIRO	2280248	SMS MATERNIDADE CARMELA DUTRA AP 32	MUNICIPAL	AR	NÃO	89	89	14	14							
MI	RIO DE JANEIRO	7027397	SMS MATERNIDADE MARIA AMELIA BUARQUE DE HOLLANDA	MUNICIPAL	RH	NÃO	68	68	13	12		22	0	8	0		
MI	RIO DE JANEIRO	2269783	UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	ESTADUAL UNIVERSITÁRIO	AR	NÃO	40	40	25	25						38	29
MI	RIO DE JANEIRO	2270021	UFRJ MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ	FEDERAL	AR	SIM	39	39	16	16		6	6	4	4		
MI	SÃO JOÃO DE MERITI SEROPEDICA	6518893	SES RJ HOSPITAL DA MULHER HELENEIDA STUDART	ESTADUAL	AR	NÃO	53	53	20	20	29					10	10
MI	SÃO JOÃO DE MERITI SEROPEDICA	5349893	HOSPITAL MATERNIDADE MUNICIPAL DE SEROPEDICA	MUNICIPAL	RH	NÃO	22	22									
TOTAL							1422	1422	309	228	50	242	119	54	29	350	219

Para o cálculo da suficiência dos leitos obstétricos, neonatais e de UTI adulto na Região Metropolitana I, foram utilizados os parâmetros da Nota Técnica “Parâmetro de Cálculo para Cálculo da necessidade de Leitos Obstétricos Rede Cegonha (Memorando nº 118 DAPES/SAS/MS)”, aplicados a cada município e à Região de Saúde como um todo, de forma a se obter o número de leitos necessários.

Observou-se que os parâmetros para o cálculo de leitos neonatais e de UTI adulto utilizados na Nota Técnica são consonantes com as Portarias GM nº 650 (Outubro/2011) e nº 930 (Maio/2012). Contudo, o cálculo dos leitos obstétricos totais, conforme proposto na Nota Técnica, não foi encontrado em nenhuma das portarias publicadas e que servem de parâmetros para a Rede Cegonha.

Foram levantados: os leitos obstétricos; os leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal que, de acordo com a Portaria nº 930, agora são classificados como leitos de UTIN; os leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional que, de acordo com a Portaria nº 930, agora são classificados como leitos de UCINCo; os leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru que, de acordo com a Portaria nº 930, agora são classificados como leitos de UCINCa; e os leitos de UTI Adulto. Foram também levantados os leitos neonatais de acordo com classificações de portarias anteriores à Portaria nº 930.

Para análise na suficiência de leitos, foram aplicados os parâmetros de acordo com as referidas Portarias e a população SUS dependente da Região Metropolitana I, conforme apresentado na Tabela 51. Depois foi levantado o número de leitos de cada Maternidade que atende ao SUS na Região Metropolitana I através do CNES (tabela 50) e então comparamos os leitos existentes com a necessidade de leitos (Tabelas, 52, 53 e 54), e atestamos a insuficiência do número de leitos maternos e infantis na Região.

A crise econômico-financeira que assola o país e, em especial o estado do Rio de Janeiro repercute de forma significativa nos serviços de saúde e se potencializa nos serviços hospitalares, de maior custo. Por este motivo, embora se tenha como metas para os leitos obstétricos a Taxa de Ocupação Operacional de 85% e o Tempo Médio de Permanência entre 2,4 e 3,1 dias, o cenário que ora se apresenta é bastante desfavorável ao seu alcance.

É importante ressaltar que, somando-se ao déficit de recursos, há um expressivo aumento da demanda: uma grande parcela da população que perdeu seu emprego, perdeu juntamente os planos de saúde ofertados pelos seus ex-empregadores. Deve ser assinalado também que houve redução no poder de compra de planos de saúde com cobertura completa (hospitalar, ambulatorial e obstétrica), fazendo com que mulheres com acompanhamento

privado durante a sua gestação, possam não contar com cobertura para o parto, o qual acabaria por ocorrer nos serviços públicos.

Tabela 51 – Análise da suficiência de Leitos Obstétricos, Neonatais e de UTI Adulto de acordo com as necessidades regionais.

Estimativa de gestantes:	Leitos Obstétricos Totais	Gestante de alto risco	Risco Habitual	UTI adulto	UTIN/2 por 1000	UCINCO/2 por 1000	UCINCA/1 por 1000
	Necessidade	Necessidade	Necessidade	Necessidade	Necessidade	Necessidade	Necessidade
Região de Saúde Metropolitana I	1082	246	836	65	185	92	92

Nº de nascidos vivos sus dependentes	110.976,8
Estimativa de gestantes	122.074
Gestantes de RH	103.763
Gestantes de AR	18.311

Fonte: Planilha Ministério da Saúde/ Nota Técnica “Parâmetro de Cálculo para Cálculo da necessidade de Leitos Obstétricos Rede Cegonha (Memorando nº 118 DAPES/SAS/MS)”, aplicados a cada município e à Região de Saúde como um todo, de forma a se obter o número de leitos necessários.

Observa-se que a capacidade instalada de leitos neonatais dessa Região encontra-se com capacidade reduzida da quantidade desejada, pois possui número de leitos abaixo do preconizado na Nota Técnica DAPES/SAS/MS (Memorando nº 118 DAPES/SAS/MS).

Sobre os leitos de UTI Adulto, deve-se atentar que o número de leitos apresentado na figura xx, “Rede Existente Atual”, atende a todos os pacientes que deles necessite, não sendo exclusivo para gestantes ou puérperas graves. Portanto, a aparente “suficiência” de leitos de UTI Adulto não condiz com a realidade dos municípios, que utilizam estes leitos para pacientes de diversos perfis. Faz-se necessário um alinhamento em relação ao Plano da Rede de Urgência e Emergência, para melhor articulação e não sobreposição dos recursos.

Nas Maternidades da Região Metropolitana I possui apenas 8 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru, causando um déficit de 103 leitos que deveriam ser implementados nas Maternidades que atendem aos recém-nascidos de risco.

“O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para a melhoria da qualidade do cuidado, desenvolvido em três etapas (...) que: parte dos princípios da atenção humanizada; reduz o tempo de separação entre mãe e recém-nascido e favorece o vínculo; permite um controle térmico adequado; contribui para a redução do risco de infecção hospitalar; reduz o estresse e a dor do recém-nascido; aumenta as taxas de aleitamento materno; melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do recém-nascido; propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho inclusive após a alta hospitalar; reduz o número de reinternações; e contribui para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários Neonatais.”

Fonte: Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico / Ministério da Saúde, SAS, DAPES, 2014.

Desta forma, a implementação da UCINCO pode ser uma estratégia potente de atenção aos recém-nascidos de baixo peso, considerando ainda a nova proposta do Ministério da Saúde de estimular e organizar o cuidado compartilhado do recém-nascido de risco entre Maternidades e Atenção Básica, para dar seguimento ao acompanhamento do bebê após a alta hospitalar.

Tabela 52 – Necessidade de incentivos GAR frente à capacidade instalada

REGIÃO	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	ESFERA	PERFIL ASSIST	HABIL GAR	LO			
							Exist	SUS	INCENT	A SER INCENT
MI	DUQUE DE CAXIAS	2290227	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL ADAO PEREIRA NUNES	ESTADUAL	AR	NÃO	53	53	0	26
MI	NOVA IGUAÇU	7591136	MATERNIDADE MUNICIPAL MARIANA BULHÕES	MUNICIPAL	AR	NÃO	0	0	0	0
MI	NOVA IGUAÇU	2798662	HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU	MUNICIPAL	AR	SIM	95	95	66	0
MI	RIO DE JANEIRO	2295415	HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE	FEDERAL	AR	NÃO	23	23	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	2708353	IFF FIOCRUZ	FEDERAL	AR	SIM	26	26	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	2269880	MS HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO	FEDERAL	AR	NÃO	61	61	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	2269988	MS HSE HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	FEDERAL	AR	NÃO	19	19	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	2270714	SMS HOSPITAL MATERNIDADE FERNANDO MAGALHAES AP 10	MUNICIPAL	AR	SIM	78	78	24	39
MI	RIO DE JANEIRO	2295407	SMS HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA FARIA AP 52	MUNICIPAL	AR	SIM	62	62	13	31
MI	RIO DE JANEIRO	2269945	SMS MATERN ALEXANDER FLEMING AP 33	MUNICIPAL	AR	SIM	45	45	11	31
MI	RIO DE JANEIRO	2280248	SMS MATERNIDADE CARMELA DUTRA AP 32	MUNICIPAL	AR	NÃO	89	89	15	44
MI	RIO DE JANEIRO	2269783	UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	ESTADUAL UNIVERSITÁRIO	AR	NÃO	40	40	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	2270021	UFRJ MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ	FEDERAL	AR	SIM	39	39	0	0
MI	SÃO JOÃO DE MERITI	6518893	SES RJ HOSPITAL DA MULHER HELENEIDA STUDART	ESTADUAL	AR	NÃO	53	53	0	25
TOTAL							683	683	129	196

Conforme a tabela acima o numero total de leitos em Unidades com Perfil Assistencial AR é de 683, subdivididos conforme abaixo:

- Município do Rio de Janeiro – possui 106 leitos obstétricos (63 já recebem incentivos GAR)
- Município de Nova Iguaçu - possui 95 leitos obstétricos (66 já recebem incentivo GAR)
- Maternidades Estaduais (Hospital Adão Pereira Nunes e Hospital Heloneida Studart) – possui 106 Leitos obstétricos (0 incentivo GAR)

Tabela 53 – Necessidade de incentivos em UTI adulto frente à capacidade instalada

REGIÃO	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	ESFERA	PERFIL ASSIST	HABIL GAR	LO		UTI AD			
							Exist	SUS	Exist	SUS	Leitos Incentivados	A serem incentivado
MI	DUQUE DE CAXIAS	6007317	HOSPITAL MUNICIPAL MOACYR RODRIGUES DO CARMO	MUNICIPAL	RH	NÃO	98	98	20	20	0	0
MI	DUQUE DE CAXIAS	2290227	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL ADAO PEREIRA NUNES	ESTADUAL	AR	NÃO	53	53	17	0	0	17
MI	NOVA IGUAÇU	7591136	MATERNIDADE MUNICIPAL MARIANA BULHÕES	MUNICIPAL	AR	NÃO			5	0	0	0
MI	NOVA IGUAÇU	2798662	HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU	MUNICIPAL	AR	SIM	95	95	39	32	11	0
MI	RIO DE JANEIRO	2295415	HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE	FEDERAL	AR	NÃO	23	23	8	8	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	2269880	MS HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO	FEDERAL	AR	NÃO	61	61	17	17	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	2269988	MS HSE HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	FEDERAL	AR	NÃO	19	19	22	22	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	2270714	SMS HOSPITAL MATERNIDADE FERNANDO MAGALHAES AP 10	MUNICIPAL	AR	SIM	78	78	8	8	08	0
MI	RIO DE JANEIRO	2298120	SMS HOSPITAL MUNICIPAL ALBERT SCHWEITZER AP 51	MUNICIPAL	RH	NÃO	54	54	70	0	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	2270609	SMS HOSPITAL MUNICIPAL LOURENCO JORGE AP 40	MUNICIPAL	RH	SIM	82	82	13	13	0	13
MI	RIO DE JANEIRO	2270269	SMS HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO AP 21	MUNICIPAL	RH	NÃO	35	35	15	10	01	09
MI	RIO DE JANEIRO	6995462	SMS HOSPITAL MUNICIPAL PEDRO II AP 53	MUNICIPAL	RH	NÃO	56	56	34	34	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	2295407	SMS HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA FARIA AP 52	MUNICIPAL	AR	SIM	62	62	16	16	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	5717256	SMS HOSPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLLA AP 33	MUNICIPAL	RH	NÃO	57	57	18	0	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	2269783	UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	ESTADUAL UNIVERSITÁRIO	AR	NÃO	40	40	38	29	0	0
MI	SAO JOAO DE MERITI	6518893	SES RJ HOSPITAL DA MULHER HELENEIDA STUDART	ESTADUAL	AR	NÃO	53	53	10	10	0	10
TOTAL							866	866	350	219	20	49

A região possui um total de 219 leitos UTI Adulto SUS, subdivididos conforme a seguir:

- Município do Rio de Janeiro – possui 157 leitos (09 recebem incentivo)
- Município de Nova Iguaçu - possui 32 leitos (11 recebem incentivo)
- Município de Duque de Caxias – possui 20 leitos (0 recebem incentivo)
- Maternidades Estaduais – possui 10 Leitos obstétricos (0 recebem incentivo)

Tabela 54 – Necessidade de Incentivo de UTINEo, UCINCo e UCINCa frente a capacidade instalada

REGIÃO	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	ESFERA	PERFIL ASSIST	HABIL GAR	UTINEO		UTINEO		UI NEO	UCINCo				UCINCa			
							Exist	SUS	Incent.	A serem		Exist	SUS	Incent.	A serem	Exist	SUS	Incent.	A serem
MI	DUQUE DE CARIAS	6007217	HOSPITAL MUNICIPAL MOACYR RODRIGUES DO CARMO	MUNICIPAL	RH	NÃO	0	0	0	0		10	10	0	10	0	0	0	0
MI	DUQUE DE CARIAS	2290227	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL ADAO PEREIRA NUNES	ESTADUAL	AR	NÃO	12	0	0	0		8	0	0	8	0	0	0	0
MI	ITAGUAI	2284634	HOSPITAL MUNICIPAL SAO FRANCISCO XAVIER	MUNICIPAL	RH	NÃO	0	0	0	0	7			0	7	0	0	0	0
MI	MAGE	2278224	HOSPITAL MUNICIPAL DE PIABETA	MUNICIPAL	RH	NÃO	0	0	0	0				0	0	0	0	0	0
MI	MESQUITA	7011857	SES RJ COMPLEXO REG DE MESQUITA MATERNID E CLINICA DA MULHER	ESTADUAL	RH	NÃO	10	0	0	0		15	8	0	8	0	0	0	0
MI	NOVA IGUAÇU	7591136	MATERNIDADE MUNICIPAL MARIANA BULHÕES	MUNICIPAL	AR	NÃO	25	0	0	0				0	0	0	0	0	0
MI	NOVA IGUAÇU	2798662	HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU	MUNICIPAL	AR	SIM	25	25	15	10		15	0	0	0	0	0	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	2295415	HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE	FEDERAL	AR	NÃO	6	6	0	6		4	0	0	0	0	0	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	2708253	IFF FIOCRUZ	FEDERAL	AR	SIM	28	28	0	28		8	8	0	0	4	4	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	2269880	MS HOSPITAL GERAL DE BONSUCES SO	FEDERAL	AR	NÃO	12	12	0	12		22	0	0	0	6	0	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	2269988	MSHSE HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	FEDERAL	AR	NÃO	16	8	0	8		12	12	0	0	0	0	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	3567486	SMS CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO AP 51	MUNICIPAL	RH	NÃO	0	0	0	0				0	0	0	0	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	2270714	SMS HOSPITAL MATERNIDADE FERNANDO MAGALHAES AP 10	MUNICIPAL	AR	SIM	18	18	0	18		24	24	20	4	6	6	4	2
MI	RIO DE JANEIRO	2270290	SMS HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO AP 33	MUNICIPAL	RH	NÃO	4	4	0	4	7	10	0	10	0	4	3	4	0
MI	RIO DE JANEIRO	2298120	SMS HOSPITAL MUNICIPAL ALBERT SCHWEITZER AP 51	MUNICIPAL	RH	NÃO	11	0	0	0		12	0	0	0	0	0	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	7041624	SMS HOSPITAL MUNICIPAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO AP 51	MUNICIPAL	RH	NÃO	10	10	0	10		11	11	0	11	4	4		4
MI	RIO DE JANEIRO	2270609	SMS HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE AP 40	MUNICIPAL	RH	SIM	10	10	0	10		15	15	0	15	4	4	4	4
MI	RIO DE JANEIRO	2270269	SMS HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO AP 21	MUNICIPAL	RH	NÃO	4	0	0	0		5	0	9	0	0	0	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	6995462	SMS HOSPITAL MUNICIPAL PEDRO II AP 53	MUNICIPAL	RH	NÃO	10	10	0	10		14	14	0	14	3	0	0	3
MI	RIO DE JANEIRO	2295407	SMS HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA FARIA AP 52	MUNICIPAL	AR	SIM	0	0	2	0	7	8	0	7	0	2	0	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	5717256	SMS HOSPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLLA AP 33	MUNICIPAL	RH	NÃO	10	0	0	0		10	0	0	10	5	0	0	5
MI	RIO DE JANEIRO	2269945	SMS MATERN ALEXANDER FLEMING AP 33	MUNICIPAL	AR	SIM	10	10	4	0		11	11	4	7	4	4	2	2
MI	RIO DE JANEIRO	2280248	SMS MATERNIDADE CARMELA DUTRA AP 32	MUNICIPAL	AR	NÃO	14	14	14	0				28	0	0	4	0	
MI	RIO DE JANEIRO	7027397	SMS MATERNIDADE MARIA AMELIA BUARQUE DE HOLLANDA AP 10	MUNICIPAL	RH	NÃO	13	12	0	0		22	0	0	22	8	0	0	8
MI	RIO DE JANEIRO	2269783	UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	ESTADUAL UNIVERSITÁRIO	AR	NÃO	25	25	25	0		0	0	0	0	0	0	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	2270021	UFRJ MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ	FEDERAL	AR	SIM	16	16	0	16		6	6	0	0	4	4	0	0
MI	SAO JOAO DE MERITI	6518893	SES RJ HOSPITAL DA MULHER HELENEIDA STUDDART	ESTADUAL	AR	NÃO	20	20	0	20	29	0	0	0	29	0	0	0	0
MI	SEROPEDICA	5349893	HOSPITAL MATERNIDADE MUNICIPAL DE SEROPEDICA	MUNICIPAL	RH	NÃO	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL							309	228	60	152	50	242	119	78	145	54	29	18	28

Com relação a neonatal temos os seguintes quantitativos:

Total leitos UTI Neo: 284

- Município do Rio de Janeiro –192leitos (18 recebem incentivos)
- Município de Nova Iguaçu -25 leitos (15 recebem incentivos)
- Maternidades Estaduais – 67 Leitos(25 recebem incentivos)

Total leitos UCINCo: 242

- Município do Rio de Janeiro – 176 leitos (78 recebem incentivos)
- Maternidades Estaduais – 49 Leitos
- Município de Duque de Caxias – 10 leitos
- Município de Itaguaí – 7 leitos

Total leitos UCINCa: 54

- Município do Rio de Janeiro – 54 leitos (18 recebem incentivos)

VIII. Propostas para organização e fortalecimento da Linha Materno-Infantilna região

Pleitos para o Plano de Ação Regional da Rede Cegonha 2018-2021

Tendo em vista o processo de implementação da Rede Cegonha, o esforço constante dos municípios em conjunto com o estado para a organização da atenção materno-infantil da região e a necessidade de novos recursos para o custeio e ampliação de leitos obstétricos/neonatais, nesta seção são apresentadas as propostas da região para a captação destes recursos.

Em relação às unidades que podem receber recursos de incentivo da Rede Cegonha, identificamos as seguintes unidades/leitos na Região Metropolitana I, conforme apresentado abaixo.

Tabela 55: Hospital / Maternidades com Leitos a serem incentivados.

REGIÃO	MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	ESFERA	PERFIL ASSIST	HABIL GAR	UTI AD	UTI NEO	UCINCO	UCINCA
MI	DUQUE DE CAXIAS	6007317	HOSPITAL MUNICIPAL MOACYR RODRIGUES DO CARMO	MUNICIPAL	RH	NÃO		0	10	0
MI	DUQUE DE CAXIAS	2290227	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL ADAO PEREIRA NUNES	ESTADUAL	AR	NÃO	17	0	8	0
MI	ITAGUAI	2284634	HOSPITAL MUNICIPAL SAO FRANCISCO XAVIER	MUNICIPAL	RH	NÃO		0	7	0
MI	MAGE	2278324	HOSPITAL MUNICIPAL DE PIABETA	MUNICIPAL	RH	NÃO		0	0	0
MI	MESQUITA	7011857	SES RJ COMPLEXO REG DE MESQUITA MATERNID E CLINICA DA ML	ESTADUAL	RH	NÃO		0	8	0
MI	NOVA IGUAÇU	7591136	MATERNIDADE MUNICIPAL MARIANA BULHÕES	MUNICIPAL	AR	NÃO		0	0	0
MI	NOVA IGUAÇU	2798662	HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU	MUNICIPAL	AR	SIM		10	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	2295415	HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE	FEDERAL	AR	NÃO		6	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	2708353	IFF FIOCRUZ	FEDERAL	AR	SIM		28	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	2269880	MS HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO	FEDERAL	AR	NÃO		12	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	2269988	MS HSE HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	FEDERAL	AR	NÃO		8	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	3567486	SMS CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO AP 51	MUNICIPAL	RH	NÃO		0	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	2270714	SMS HOSPITAL MATERNIDADE FERNANDO MAGALHAES AP 10	MUNICIPAL	AR	SIM		18	4	2
MI	RIO DE JANEIRO	2270390	SMS HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO AP 33	MUNICIPAL	RH	NÃO		4	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	2298120	SMS HOSPITAL MUNICIPAL ALBERT SCHWEITZER AP 51	MUNICIPAL	RH	NÃO		0	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	7041624	SMS HOSPITAL MUNICIPAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO AP 51	MUNICIPAL	RH	NÃO		10	11	4
MI	RIO DE JANEIRO	2270609	SMS HOSPITAL MUNICIPAL LOURENCO JORGE AP 40	MUNICIPAL	RH	SIM	13	10	15	4
MI	RIO DE JANEIRO	2270269	SMS HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO AP 21	MUNICIPAL	RH	NÃO	9	0	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	6995462	SMS HOSPITAL MUNICIPAL PEDRO II AP 53	MUNICIPAL	RH	NÃO		10	14	3
MI	RIO DE JANEIRO	2295407	SMS HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA FARIA AP 52	MUNICIPAL	AR	SIM		0	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	5717256	SMS HOSPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLLA AP 33	MUNICIPAL	RH	NÃO		0	10	5
MI	RIO DE JANEIRO	2269945	SMS MATERN ALEXANDER FLEMING AP 33	MUNICIPAL	AR	SIM		0	7	2
MI	RIO DE JANEIRO	2280248	SMS MATERNIDADE CARMELA DUTRA AP 32	MUNICIPAL	AR	NÃO		0	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	7027397	SMS MATERNIDADE MARIA AMELIA BUARQUE DE HOLLANDA AP 10	MUNICIPAL	RH	NÃO		0	22	8
MI	RIO DE JANEIRO	2269783	UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	ESTADUAL UNIVERSITÁRIO	AR	NÃO		0	0	0
MI	RIO DE JANEIRO	2270021	UFRJ MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ	FEDERAL	AR	SIM		16	0	0
MI	SAO JOAO DE MERITI	6518893	SES RJ HOSPITAL DA MULHER HELENEIDA STUART	ESTADUAL	AR	NÃO	10	20	29	0
MI	SEROPEDICA	5349893	HOSPITAL MATERNIDADE MUNICIPAL DE SEROPEDICA	MUNICIPAL	RH	NÃO		0	0	0
TOTAL							49	152	145	28

TABELA 56- Total de incentivos para região por tipo de leito

TIPO DE LEITO	TOTAL	JÁ INCENTIVADOS	NOVOS	NECESSIDADE segundo parâmetro MS
GAR	683	129	196	246
UTI ADULTO em maternidades de Alto Risco	219	20	49	65
UTIN	284	60	150	185
UCINCO	242	78	145	92
UCINCA	54	18	28	92

**Sobre o recurso dos leitos que poderão ser remanejados do Hospital Pedro Ernesto, nossa sugestão é que o recurso seja remanejado para o Hospital Municipal Lourenço Jorge/ Maternidade Leila Diniz, que conta com habilitação de todos os leitos e hoje só recebe pelos de UCINCA.*

Em relação às **propostas de investimento através da Rede Cegonha**, os municípios e maternidades identificam as seguintes necessidades:

Nova Iguaçu: Ambiência da Maternidade Municipal¹, habilitação e custeio da CGBP, construção de 03 CPN com 5 PPP², habilitação de 05 UCinco; habilitação de 29 leitos obstétricos para ampliação da cobertura da Rede Cegonha;

¹Ambiência: processo de licitação em fase de finalização, sendo solicitado prorrogação de prazo e o mesmo sendo aceito por mais 270 dias.

²CPN: solicitado prorrogação para avaliação estrutural, sendo aceito pelo MS

Rio de Janeiro: A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro tem no seu PPA a proposta de construção de um CPN com 5 leitos PPP na CAP 3.1 (Ilha do Governador), Programação para 2018 – 2019;

Itaguaí: Proposta nº 18347 Centro de Parto Normal Intra-hospitalar Tipo II 3 PPP do município de Itaguaí

Nilópolis: A proposta nº 911390/17-003 para conclusão das obras de construção do Hospital Municipal Juscelino Kubitschek, tem como um de seus objetivos, a construção de um Centro Obstétrico com duas sala cirúrgicas, um Centro de Parto Normal intra-hospitalar com 6 PPP e um andar com 25 leitos obstétricos, em quartos duplos com alojamento conjunto mãe/bebê, 10 leitos de UTI adulto e 10 leitos de UTI neonatal, a meta de entrega destas áreas é para 2019, com inserção na Rede Cegonha na forma de custeio.

Magé: Ampliação do alojamento conjunto HOSPITAL MUNICIPAL VEREADOR HUGO BRAGA (HOSPITAL DE PIABETÁ) – MAGÉ, proposta SAIPS Nº 20368, **resolução CIRdo dia 21/12/2017 e no momento aguardando Nº da deliberação aprovando a inclusão deste pleito no plano.**

Ampliação - Componente: Ambiência - Estabelecimento: Hospital Municipal de Piabetá - Número da Proposta: 12133.0040001/17-008

São João de Meriti: Em novembro de 2017, a Associação de Caridade Hospital São João de Meriti sofreu uma adequação de ambientes, equipamentos, rotinas e fluxos de trabalho, motivada por um TAC, uma nova contratualização de serviços foi aprovada no Conselho Municipal de Saúde, a meta é ampliar o número de partos realizados na maternidade, com a ampliação de qualidade, através da pactuação de metas qualitativas. Esta contratualização irá trazer uma sustentabilidade financeira para garantir o custeio do funcionamento do Hospital Filantrópico dentro das metas pactuadas e a busca de incentivos de custeio como o IAC – Incentivo de Apoio a Contratualização dos Hospitais Filantrópicos.

A reforma completa da ambiência da Associação de Caridade Hospital São João de Meriti, será financiada com recursos de emendas parlamentares já aprovadas, o projeto está na fase final de liberação de início de obra, pela Caixa Econômica. A nova maternidade contará com um CPN com 4 leitos PPP, um Centro Cirúrgico com 2 salas cirúrgicas e 32 leitos obstétricos. A meta é ter a maternidade totalmente reformada em 2019.

Secretaria Estadual de Saúde: Ambiência da maternidade, construção, equipamentos e custeio de CGBP do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes: Custeio da CGBP do HOSPITAL DA MULHER HELONEIDA STUDART; Custeio de 5PPP em CPN intra-hospitalar do COMPLEXO REG DE MESQUITA MATERNA DA MULHER:

Informa-se ainda que o município de Queimados está em andamento com a construção da maternidade municipal, que será de risco habitual, com previsão de 42 leitos, sendo 02 leitos PPP. A previsão é de que a obra se encerre em setembro/outubro, com inauguração da unidade em dezembro de 2019.

O município de Duque de Caxias também está com obra de uma maternidade municipal de risco habitual em andamento, no distrito de Santa Cruz da Serra, com previsão de 80 leitos, sendo 5 PPP, com inauguração prevista para dezembro 2019. Há uma preocupação com o não fechamento da maternidade que esta alocada no HOSPITAL MUNICIPAL MOACYR RODRIGUES DO CARMO, hoje com 98 leitos obstétrico. Tem-se o receio da migração dos municípios para outros municípios, visto que a nova maternidade não fica em região central. Precupa o Grupo Técnico da Rede Cegonha com o fechamento total dos leitos. Sugerindo assim, um fechamento parcial, ainda a ser estudado por este grupo.

O Município de Belford Roxo informa que está previsto no Plano Municipal de Saúde (2017-2020) a construção de uma Maternidade Municipal com recurso federal de valor total de R\$ 24.314.120, 70 no endereço: Av Joaquim de Costa Lima, s/n – Bairro: São Bernardo - Belford Roxo, com o total de 120 leitos de Enfermaria, sendo distribuídos 20 salas de Enfermarias com 6 leitos. A planta está construída pelo engenheiro da Secretaria de Obras do município, e está de acordo com Normas Técnicas Hospitalares, e com adequações para necessidades Especiais. O Hospital da Mulher de Belford contará com 03 quartos PPP. No momento a planta está em apreciação com a equipe técnica da Secretaria de Saúde para ajustes subsidiados pelo Manual do Ministério da Saúde – Projetos Arquitetônico da Rede Cegonha – Ambientes de Atenção ao Parto e Nascimento. Este projeto possibilitará atendimento a usuárias do município de Belford Roxo e de outros municípios adjacentes. A inauguração está prevista para 2020.

Sobre as ações de **Educação Permanente**, a Região Metropolitana I aponta as seguintes necessidades:

- Qualificação do Pré-Natal através de capacitações para enfermeiros e médicos que atuam nos serviços;
- Divulgação e implementação das Boas Práticas nas Maternidades, realizando reuniões periódicas com as equipes das Maternidades para acompanhamento das ações e dos indicadores;
- Realização do Seminário de Boas Práticas da Região Metropolitana I;

- Realização de cursos de suporte à vida ao recém-nascido e reanimação neonatal para as equipes assistenciais das Maternidades;
- Realização de cursos de Apoio ao Aleitamento Materno, especialmente da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC);
- Capacitar os profissionais para alimentação adequada dos dados nos sistemas de informação (e-sus);
- Fortalecer as ações de Educação em Saúde.
- Fortalecimento das diretrizes da lei 11.108 de 07/04/2005 (do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato)

Sobre as **ações propositivas para a organização da linha materno-infantil**, destacam-se:

- A partir da alta nas Maternidades, organizar linha de cuidado, com garantia de atendimento de puerpério e puericultura na Atenção Básica ou serviço que realiza pré-natal, buscando melhor articular e acompanhar o retorno da mãe e do bebê para casa;
- Atualizar lista das Unidades de AB/ ESF e outras que realizam pré-natal nos municípios da Metropolitana I, para que as Maternidades tenham estes contatos e possam utilizá-los para referenciar as pacientes quando necessário;
- Elaboração de fluxo voltado à identificação dos casos de pacientes com sífilis e retorno destes casos à Atenção Básica, acompanhando gestante e parceiro para tratamento adequado;
- Identificação dos casos de pacientes com sífilis e retorno destes casos à Atenção Básica, acompanhando gestante e parceiro para tratamento adequado (necessidade de parceria com órgãos de Vigilância Epidemiológica);
- Implementação do Pré-Natal do Parceiro;
- Retomada do Fórum Regional de IST/AIDS e Hepatites Virais da Metropolitana I;
- Realizar estudo relativo à oferta de apoio diagnóstico laboratorial e de imagem voltados à assistência pré-natal;
- Fortalecer o vínculo entre o Grupo da Rede cegonha municipal e estadual com a regulação municipal e estadual para garantir a assistência e/ou parto das gestantes referenciadas ao pré-natal de alto risco;

- Garantir o acesso às consultas de pré-natal de alto risco as gestantes assim classificadas;
- Estabelecimento de protocolos clínicos normatizados e adequados à epidemiologia da Região;
- Implementar instrumento para o monitoramento das Boas Práticas de Parto e Nascimento nas maternidades da região;
- Estabelecimento e pactuação de metas relacionadas às ações da Rede Cegonha para os municípios e para a Região;
- Fortalecer os Comitês Municipais de Investigação e Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil;
- Estreitar fluxos de investigação de óbitos entre os municípios da região;
- Implementar os Grupos Condutores Municipais da Rede Cegonha;
- Fortalecer o Fórum Perinatal da Região Metropolitana I;
- Acompanhamento próximo em relação à aplicação dos recursos da Rede Cegonha na Região.

IX. Síntese Conclusiva.

Para favorecer a construção de uma relação de confiança e compromisso das usuárias, com as equipes e os serviços de saúde, muitos esforços foram aplicados ao longo desses 06 anos de Rede Cegonha implantada na Região Metropolitana I. Esforços esses que contribuíram para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde, a Política Nacional de Humanização tomando o acolhimento como postura prática nas ações de atenção e gestão das unidades de atendimento.

No contexto da Rede Cegonha, ao permitir que a gestante expresse suas preocupações e suas angústias, passamos a garantir a recepção da usuária com escuta qualificada, que favorece o vínculo e a avaliação de vulnerabilidades de acordo com o seu contexto social, com articulação com outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, para isso a Rede Cegonha fez com que os municípios da Metropolitana I visualizassem suas redes de forma diferente.

Mas o processo enfrenta desafios. Inicialmente, os gestores estão buscando incentivos e recursos, que são mesmo necessários para se qualificar a rede, mas é difícil mudar a cultura da cesárea e tornar predominante o modelo de atenção ao parto e ao nascimento que se propõe.

Um dos objetivos ao atualizar o Plano de Ação da Rede Cegonha da Metropolitana I, é reforçar a rede hospitalar convencional, onde a *gestante não precise peregrinar pela vaga tanto no pré natal, quanto no momento do parto*, o que na prática significa garantia de vaga para as gestantes e recém-nascidos nas unidades de saúde. Almejamos como projetos de melhoria a criação de novas estruturas de assistência e acompanhamento, como melhoria na ambiência das maternidades e das Casas da Gestante e do Bebê, melhoria no acolhimento e assistência às gestantes de risco, e a implantação dos Centros de Parto Normal.

Para que a Região seja fortalecida na contextualização da Rede Cegonha, é necessário uma readequação no sistema de regulação, para então ser garantido a essas gestantes 100% do local de parto e/ou intercorrências obstétricas, tanto de risco habitual como de alto risco.

Ressaltando que, embora com muitas limitações na estrutura de atendimento (referências para pré-natal de alto risco, leitos hospitalares para parto de risco habitual e alto risco, quantidade de profissionais especialista inferior a demanda de usuárias que procuram o serviço público de saúde), a Metropolitana I vem exercendo papel atuante significativo no processo de humanização do pré-natal e parto, mantendo quase que equiparado os índices de parto normal ao parto cesariano e uma cobertura significativa ao número de consultas realizadas no pré-natal com um mínimo de 6 consultas conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

XI – Referências Bibliográficas:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada, manual técnico; Brasília. 2006.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de humanização do parto: Humanização no pré-natal e nascimento; Brasília. 2002.
3. FUNASA, Ministério da Saúde. Capacitação de pessoal em sala de vacinação- manual do treinando. 2ª ed. rev. e ampl. – Brasília; 2001.
4. Lei 6259. Dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunização, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças e dá outras providências. 30 de Outubro de 1975.
5. Lopes SMB, Lopes JMA. Followup do recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999.
6. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. Melhorando a saúde das crianças. ICPCD: o enfoque integrado. Brasília (DF): OPAS/ICPCD; 2000.
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde e MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Controle de doenças sexualmente transmissíveis. Brasília, 1985.
8. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007. Brasília; 2009.
9. Ministério da Saúde (BR). Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Cadernos de Atenção Básica, n.11, série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
10. Ministério da Saúde (BR). Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
11. Ministério da Saúde [homepage na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [Acesso em 2016 setembro 26]. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: internações e custos proporcionais por grupos de patologias de crianças menores de 5 anos, SUS, Brasil [3 telas]. Disponível em:<http://www.saude.gov.br/editora>
12. Secretária Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro [home page na Internet]. Rio de Janeiro: Secretária Estadual de Saúde da Saúde; [Acesso em 2016 setembro 26]. Informações em Saúde: Dados SUS / Estatísticas Vitais, SUS, Rio de Janeiro - Brasil [2 telas]. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br>
13. VASQUES, F. A. P. Pré-natal um enfoque multiprofissional. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2006.