

**PLANO DE AÇÃO DA REDE ALYNE  
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**



**RIO DE JANEIRO**

---

**2024 – 2026**

## **PLANO DE AÇÃO DA REDE ALYNE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

### **Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro - SES-RJ**

#### **Secretária de Estado de Saúde**

Cláudia Maria de Braga Mello

#### **Subsecretário de Vigilância e Atenção Primária à Saúde**

Mário Sérgio Ribeiro

#### **Superintendente de Atenção Primária à Saúde**

Halene Cristina Dias de Armada

#### **Coordenadora dos Ciclos de Vida**

Michelli Melo Grama

#### **Área Técnica da Saúde das Mulheres**

Antônio Rodrigues Braga Neto

Renata Alves de Lima Nunes Barbosa

#### **Área Técnica da Saúde da Criança**

Roberta Rodrigues da Costa serra

#### **Área Técnica de Aleitamento materno**

Maria da Conceição Monteiro Salomão

#### **Assessoria de Regionalização**

Monique Zita dos Santos Fazzi

#### **Assessoria de Planejamento em Saúde**

Monica Morrissy Martins de Almeida

#### **Superintendência de Atenção Especializada Controle e Avaliação**

Marcelo Rodrigues de Castro

#### **Superintendência de Regulação**

Kitty Crawford

## **PLANO DE AÇÃO DA REDE ALYNE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

### **Organização:**

Superintendência de Atenção Primária à Saúde – SES-RJ

### **Elaboração:**

Antônio Rodrigues Braga Neto

Marcia Villela Bittencourt

Michelli Melo Grama

Priscila de Souza Nogueira

Renata Alves de Lima Nunes Barbosa

Roberta Maria de Oliveira Silva Lannes Sampaio

Roberta Rodrigues da Costa serra

### **Colaboradores:**

Eleonora Walcher - Consultora matricial da Região Sudeste

Luana Rodrigues - Referência Técnica Núcleo

Vivian Linhares - Referência Técnica Territorial

## **Membros do Grupo Condutor Estadual da Rede Alyne da SES-RJ:**

Patrícia Martins Sant'Anna de Faria - Ministério da Saúde

Luciana Narciso da Silva Company - Conselho de Secretarias Municipais do Estado do Rio de Janeiro – COSEMS

Mônica Maria Rocha Clemente Machado - Assessoria de Planejamento em Saúde

Elisabet Pauer - Assessoria de Regionalização

Márcia Aguiar Lourenço Baima - Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos

Nathália Caitano de Macedo Goulart - Coordenação de Apoio à Gestão da Atenção Primária à Saúde

Michelli Melo Grama - Coordenação de Ciclos de Vida

Antônio Rodrigues Braga Neto - Área Técnica de Saúde das Mulheres

Renata Alves de Lima Nunes Barbosa - Área Técnica de Saúde das Mulheres

Roberta Rodrigues da Costa Serra - Área Técnica de Saúde da Criança

Maria da Conceição Monteiro Salomão - Área Técnica de Aleitamento Materno

Gabriella da Cunha Nazario - Coordenação de Vigilância Epidemiológica

Graziella Paula Guimarães Hespanhol Barreto - Assessoria Técnica de Segurança do Paciente

Clarice Gerbassi - Superintendência de Regulação

Maria de Lourdes Zanete - Coordenação de Tratamento Fora de Domicílio/Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação

Margareth Martins Portella - Coordenação Materno Infantil/Superintendência de Unidades Próprias e Pré-Hospitalares

Meirelane Souza Rosa - Coordenação Técnica de Qualidade

Katia Aparecida Rodrigues - Assessoria Técnica de Humanização

Graciela Esther Pagliaro - Coordenação de Ações em Saúde para Populações em Situação de Vulnerabilidade

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABEN - Associação Brasileira de Enfermagem

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

APS - Atenção Primária de Saúde

ASIS - Análise Situacional de Saúde

B-HCG - Hormônio gonadotrofina coriônica

BLH - Bancos de Leite Humano

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CID - Código Internacional de Doenças

CIR - Comissões Intergestores Regionais

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CMI - Centro de Medicina Integrada

CnaR - Consultório na Rua

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

COREN-RJ - Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro

COVID-19 - Doença por coronavírus 2019

CEPCMM-RJ - Comitê Estadual de Prevenção e Controle da Morte Materna do Rio de Janeiro

CEPMIF/RJ - Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal do Rio de Janeiro

CRAD - Centro de Referência em Atenção ao Desenvolvimento

CREMERJ - Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

eAP - Equipes de Atenção Primária

eAPP - Equipes de Atenção Primária Prisional

eCR - Equipes de Consultório na Rua

eMulti - Equipes Multiprofissionais

ERJ - Estado do Rio de Janeiro

eSB - Equipes de Saúde Bucal

eSF - Equipes de Saúde da Família

ESF - Estratégia Saúde da Família

eSFF - Equipes de Saúde da Família Fluviais

eSFR - Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.

GAR - Gestação de Alto Risco

HCP - Hospital dos Plantadores de Cana

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HTLV - Vírus Linfotrópico de Células T Humanas  
HUV - Hospital Universitário de Vassouras  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
Implanon - Implante Subdérmico Liberador de Etonogestrel  
IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis  
LC - Linha de cuidado  
MIF - Mulheres em idade fértil  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
PAS - Planificação da Atenção à Saúde  
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica  
PPA - Plano Plurianual  
PPI - Programação Pactuada Integrada  
PRI - Planejamento Regional Integrado  
PROADI/SUS-Programa de Apoio Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde  
RAS - Rede de Atenção à Saúde  
rBLH-BR - Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano  
RN - Recém-nascidos  
SAE - Serviço de Atendimento Especializado  
SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria  
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
SER - Sistema Estadual de Regulação  
SES-RJ - Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro  
SGORJ - Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Estado do Rio de Janeiro  
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade  
SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos  
SPBC - Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos  
SUPAPS - Superintendência de Atenção Primária à Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TABNET - Ferramenta de Informações de Saúde  
TIG - Testagem Imunológica para Gestantes  
TMI - Taxa de mortalidade infantil  
UBS - Unidades Básicas de Saúde  
UCINCA - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru  
UCINCO - Unidade de Cuidado Intermediária Convencional

USF - Unidades de Saúde da Família

UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1. Dados demográficos por região de saúde. Rio de Janeiro, 2022.

Tabela 2. População residente por região de saúde e sexo. Rio de Janeiro, 2022.

Tabela 3. População residente por região de saúde e faixa etária. Rio de Janeiro, 2022.

Tabela 4. População de referência para a Rede Alyne

Tabela 5. MIF e gestantes estimadas por raça-cor (brancas, pretas, pardas, amarelas, indígenas) e território

Tabela 6. MIF e gestantes estimadas indígenas e território

Tabela 7. População total e número de mulheres quilombolas

Tabela 8. Mulheres privadas de liberdade

Tabela 9. Crianças de 0 A 2 anos por raça-cor (brancas, pretas, pardas, amarelas, indígenas)

Tabela 10. Nº absoluto de óbitos maternos, infantis e fetais por macrorregião de saúde por raça-cor (brancas, pretas, pardas, amarelas, indígenas)

Tabela 11. Oferta do DIU de cobre no estado do Rio de Janeiro, 2023.

Tabela 12. Proporção de partos vaginais e cirurgia cesariana. Rio de Janeiro, 2023.

Tabela 13. Proporção de partos vaginais realizados por enfermagem obstetra/obstetriz. Rio de Janeiro, 2023.

Tabela 14. Média de diárias de acompanhante segundo procedimento realizado. Rio de Janeiro, 2023.

Tabela 15. Proporção de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico (Grupos de Robson). Rio de Janeiro, 2023

Tabela 16. Proporção de nascidos vivos de mãe adolescente. Rio de Janeiro, 2023.

Tabela 17. Produção ambulatorial de inserções de Dispositivo Intrauterino (DIU). Rio de Janeiro, 2023.

Tabela 18. Maternidades habilitadas como referência para Gestação de Alto Risco com Banco Leite Humano. Rio de Janeiro, 2025.

Tabela 19. Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer – menor que 2500 gramas. Rio de Janeiro, 2023.

Tabela 20. Proporção de nascidos vivos por idade gestacional e raça/cor. Rio de Janeiro, 2023.

Tabela 21. Proporção de nascidos vivos com APGAR menor que 7 no 5º minuto de vida. Rio de Janeiro, 2023.

Tabela 22. Percentual de RN com triagem neonatal realizada. Rio de Janeiro, 2025.

## **LISTA DE FIGURAS**

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

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução.....</b>	<b>01</b>
<b>2. Governança da Rede Alyne.....</b>	<b>02</b>
<b>3. O Estado do Rio de Janeiro.....</b>	<b>09</b>
3.1 Características Sociodemográficas.....	11
<b>4. Análise Situacional de Saúde – ASIS.....</b>	<b>13</b>
4.1 Apresentação da população de referência.....	13
4.2 Breve descrição da situação de saúde da população referenciada.....	15
4.2.1 Pré-natal.....	18
4.2.2 Parto e Nascimento.....	30
4.2.3 Saúde da Criança e Puerpério.....	
4.2.4 Sistema Logístico.....	47
4.3 Pontos de Atenção da Rede Alyne .....	49
4.3.1 Atenção Primária à Saúde.....	49
4.3.2 Ambulatórios Especializados.....	51
4.3.2.1 Ambulatório de Seguimento do recém-nascido e da criança (A-SEG).....	51

4.3.2.2	Unidades de Cuidado Neonatal.....	56
4.3.2.3	Ambulatórios de Gestação e Puerpério de Alto Risco (AGPAR).....	60
4.3.2.4	Centros de Parto Normal (CPN).....	61
4.3.2.5	Maternidades e/ou hospitais com leitos obstétricos.....	63
4.3.6	Maternidades de Referência para a Gestação de Alto Risco .....	66
4.3.7	Casa da Gestante Bebê e Puérpera (CGBP) .....	68
4.3.8	Justificativa para a Habilitação de Serviços da Rede Alyn matern.....	70
4.4	Investimentos em obras e equipamentos.....	100
4.5	Apresentação do Sistema Logístico.....	100
4.5.1	Complexos Reguladores.....	100
4.5.2	Transporte inter-hospitalar.....	103
<b>5.</b>	<b>Desenho da rede: organização dos pontos de atenção e sistemas de apoio e logístico e os fluxos em seus diferentes níveis assistenciais e territórios sanitários .....</b>	<b>106</b>
5.1	Panorama dos leitos obstétricos por município, região e macrorregião de saúde.....	106
5.2	Panorama dos leitos neonatais por município, região e macrorregião de saúde .....	107

5.3	Quadros	resumo
.....		109
5.3.1	Panorama de leitos obstétricos por macrorregião de saúde	
.....		109
5.3.2	Panorama de leitos neonatais e BLH por macrorregião de saúde	
.....		109
5.3.3	Panorama de ambulatórios, CPN e CGBP por macrorregião de saúde	
.....		110
5.3.4	Panorama do sistema logístico	
.....		110
5.4	Resumo das solicitações das novas habilitações de serviços e leitos	
.....		110
6.	Definição de Prioridades Sanitárias: Diretrizes, Objetivos, Metas, Indicadores e Prazos de Execução (DOMI)	
.....		110
7.	Considerações Finais	114
<b>8.</b>	<b>Normativas</b>	<b>117</b>
<b>Referências.....</b>		<b>118</b>
<b>Anexos</b>		
<b>124</b>		

## 1. Introdução

Em 28 de setembro de 2024 foi publicada no Diário Oficial da União a Portaria nº 5.350 que altera a Portaria de consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 para dispor sobre a Rede Alyne.

Essa portaria tem como objetivo a garantia de um cuidado humanizado e integral para a saúde da gestante, parturiente, puérpera e da criança, observando a redução das desigualdades loco-regionais e étnico-raciais, visando a reduzir a mortalidade materna, em especial entre as mulheres negras, grupo cuja mortalidade pretende-se reduzir em 50% até 2027. Da mesma forma, objetifica-se reduzir a morbimortalidade infantil, com ênfase no componente neonatal, sobretudo da população negra e indígena, por meio do fortalecimento da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (incluindo ampliação de leitos de acordo com o déficit) e do cuidado progressivo do recém-nascido grave ou potencialmente grave, favorecendo o vínculo mãe-bebê e o desenvolvimento saudável.

A Rede Alyne deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações voltadas para a saúde materna e infantil em uma população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, das estruturas de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde. Uma organização regionalizada e hierarquizada dos serviços, com fluxos bem definidos entre os pontos de atenção, principalmente entre a atenção primária, os centros de parto normal, as maternidades de risco habitual e os serviços de referência para gestantes de alto risco.

Nesse sentido, a regionalização da saúde assume um papel central. Ela implica em adaptar as redes de atenção às realidades territoriais, levando em conta a capacidade instalada dos serviços de saúde, a densidade populacional e as necessidades epidemiológicas de cada região, considerando ainda suas potencialidades e limitações. Além disso, as regiões e macrorregiões possibilitam que todos os municípios estejam solidariamente articulados. Desta forma, justifica-se trabalharmos aliados aos produtos e sob a ótica do Planejamento Regional Integrado, que orienta os movimentos de organização em redes nas macrorregiões de saúde nos estados. Além disso, a regionalização favorece a gestão compartilhada entre estados, municípios e o governo federal, promovendo pactuações interfederativas que são fundamentais para garantir o funcionamento eficiente da rede e são, em verdade, o verdadeiro sustentáculo do sistema único de saúde.

A reestruturação da Rede Cegonha, agora transmutada na Rede Alyne, representa um avanço significativo na melhoria da saúde materna e infantil no Brasil, com a integração de novas estratégias e a qualificação dos modelos de cuidado que refletem um compromisso contínuo com a excelência e a equidade no atendimento. Assim, a proposta da Rede Alyne não só aprimora a organização dos serviços de saúde, mas também promove uma abordagem mais humanizada e eficiente, alinhada com as necessidades e desafios atuais, com foco na promoção da equidade, observando as iniquidades étnico-raciais e atuando para minorá-las.

A Rede Alyne homenageia Alyne Pimentel, uma mulher negra que faleceu em 2002, grávida de seis meses. A escolha do nome é muito emblemática para o estado do Rio de Janeiro uma vez que foi um óbito materno, evitável, ocorrido em um município fluminense e que resultou na primeira condenação do Brasil em uma corte internacional, reconhecida como violação dos direitos humanos das mulheres a uma maternidade segura.

Assim, este Plano de Ação se estabelece como um instrumento central de planejamento para a implementação das ações da Rede Estadual de Atenção à Saúde Materna e Neonatal e expressa o compromisso ético e político do Governo do Estado do Rio de Janeiro com a vida das mulheres fluminenses, que reforça a responsabilidade do estado na promoção da saúde, na proteção dos direitos humanos e na superação das iniquidades históricas nessa seara.

## **2. Governança da Rede Alyne**

A governança no Sistema Único de Saúde (SUS) constitui um conjunto de processos, estruturas e práticas que visam a garantir a efetividade, a transparência e a equidade na formulação e execução das políticas públicas de saúde. Fundamentada nos princípios constitucionais da universalidade, integralidade e equidade, a governança busca assegurar a prestação de serviços de saúde de qualidade à população. É um processo dinâmico que demanda permanente articulação entre os entes federativos, fortalecimento da participação social e adoção de práticas gerenciais que assegurem o direito à saúde para toda a população (Rankings, 2027).

A gestão estadual é pautada pelo modelo federativo de cogestão, sendo operacionalizada por meio das instâncias colegiadas de pactuação, como a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), espaço em que estado e municípios definem conjuntamente as prioridades, fluxos assistenciais e a alocação de recursos, e a participação social, por meio do Conselho Estadual de Saúde, sendo fundamentais para garantir a legitimidade e o controle social sobre as políticas implementadas.

A articulação entre o Plano Plurianual (PPA) estadual e a Rede Alyne representa um avanço estratégico na governança do SUS, qualificando a atenção à saúde das mulheres e contribuindo para a construção de um sistema de saúde mais equânime e eficaz. A incorporação da Rede Alyne ao PPA implica a previsão de investimentos na ampliação e qualificação da rede de atenção obstétrica e neonatal, com fortalecimento dos serviços como os Centros de Parto Normal e ampliação de Bancos de Leite Humano e do método Canguru, além da qualificação permanente das equipes de saúde.

A governança estadual, por meio da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), em conjunto com os municípios, é fundamental na coordenação e monitoramento das ações da Rede Alyne, assegurando que as metas previstas no PPA sejam alcançadas.

A SES-RJ exerce um papel central como instância articuladora e indutora da política pública em saúde, e assim o será com a Rede Alyne, promovendo a integração entre os diferentes componentes da rede de atenção à saúde, devendo garantir a intersetorialidade, a descentralização e a governança compartilhada, contribuindo para a superação da fragmentação do cuidado; a regionalização das ações materno-infantis com base em linhas de cuidado; a institucionalização de espaços de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde da mulher e da criança.

A consolidação da Rede Alyne no estado do Rio de Janeiro demanda não apenas diretrizes técnico-assistenciais, mas sobretudo o fortalecimento de espaços de articulação territorial que promovam diálogo interinstitucional, integração das políticas públicas e participação social qualificada.

A participação das universidades públicas e privadas, dos conselhos profissionais (CREMERJ, COREN-RJ) e das sociedades de especialidade (FEBRASGO-SGORJ, ABEN-RJ) é indispensável para assegurar a formação e qualificação contínua dos profissionais da rede, a produção e aplicação do conhecimento científico baseado em evidências e a padronização de condutas clínicas e éticas compatíveis com os direitos sexuais e reprodutivos, contribuindo com seu saber técnico e compromisso ético com a saúde pública.

A inclusão dos movimentos populares de mulheres, de usuárias do SUS e do controle social formal (como os conselhos municipais e estadual de saúde) é eixo estruturante da Rede Alyne. A experiência trágica de Alyne da Silva Pimentel — mulher negra, periférica, vítima de racismo institucional e negligência obstétrica — reforça a necessidade de colocar as vozes das mulheres no centro da formulação e avaliação das políticas. Esses movimentos devem integrar fóruns e comissões de mortalidade materna, participar ativamente das pactuações nas CIBs e nos colegiados de gestão e acompanhar a implementação de políticas como a Casa da Gestante, bebê e Puérpera, o transporte sanitário seguro nos diferentes territórios e a atenção humanizada ao parto e nascimento.

Ainda sobre os espaços de articulação da Rede Alyne é necessário citar a parceria com o Ministério da Saúde desde o ano de 2023, através da Estratégia de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal por meio do TED 141, uma iniciativa da coordenação de Saúde das Mulheres e da Coordenação da Saúde da Criança do Ministério da Saúde, executada pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ/MS). Esta estratégia considera a inter-relação entre as dimensões da indissociabilidade da Atenção, Gestão e Educação Permanente; e na perspectiva da saúde perinatal integral.

O apoio institucional realizado durante esses anos por meio da referência técnica territorial (RTT), da referência técnica núcleo (RTN) e consultores matriciais, colaboraram nas discussões das temáticas da vigilância ao óbito materno, qualificação de médicos e enfermeiros que realizam o pré-natal na APS e da Estratégia QualiNeo fomentando elementos norteadores visando a atender às demandas emergentes do território e aprimorar o cuidado oferecido de forma mais eficiente e eficaz.

Após a publicação da portaria da Rede Alyne, o apoio institucional do IFF tem contribuído na construção e articulação de espaços de análises para a formulação de Planos de Ações Regionais democráticos que contribuam para um sistema de saúde mais eficaz, inclusivo e justo.

Com intuito de garantir a interlocução direta com os 92 municípios e a condução das políticas públicas de saúde no estado a Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SUPAPS) da SES-RJ mantém os seguintes espaços institucionais:

- **Colegiado da Atenção Primária à Saúde**

Configura-se como um espaço fundamental de qualificação da gestão da Atenção Primária de Saúde (APS) dos municípios e fortalecimento das linhas de cuidado, a partir do planejamento integrado das ações de cuidado pré-natal, identificação precoce de riscos, articulação com os pontos de atenção da rede e acompanhamento longitudinal das gestantes, puérperas e recém-nascidos, com qualificação dos fluxos de referência e contrarreferência, padronização de protocolos clínicos e de encaminhamentos e a vigilância ativa das gestantes de alto risco e óbitos evitáveis.

- **Fórum Perinatal**

Representa um espaço privilegiado de discussão ampliada, técnica e política, envolvendo diversos segmentos da sociedade: profissionais da saúde, gestores, pesquisadores, conselhos de classe e movimentos sociais, com compartilhamento de boas práticas e inovações na atenção perinatal e a incorporação do saber popular e do controle social nas estratégias de melhoria da qualidade do cuidado, promovendo a transparência, a responsabilização e o aprimoramento dos processos de trabalho. Os Fóruns Perinatais desempenham um papel estratégico na organização e qualificação da atenção materna e neonatal, especialmente no âmbito da Rede Alyne, promovendo discussão de casos clínicos complexos ou eventos sentinela, buscando aprendizado institucional e fortalecimento da cultura de segurança do paciente; acompanhando a análise sistemática de óbitos maternos, fetais e infantis, com foco na evitabilidade e na identificação de falhas assistenciais e sistêmicas, subsidiando ações corretivas; monitorando a linha de cuidado perinatal, assegurando que os fluxos de acesso estejam organizados conforme o grau de risco obstétrico e neonatal, como preconizado pela Rede Alyne e auxiliando na avaliação do desempenho dos

pontos de atenção, com base em indicadores de qualidade, acesso, resolutividade e desfechos maternos e neonatais.

- **Colegiado das Maternidades**

Instância essencial para a articulação das unidades hospitalares de referência obstétrica, visando a integração dos hospitais gerais e maternidades às redes regionais de atenção, o monitoramento de indicadores de qualidade e segurança do cuidado, a coordenação de estratégias de manejo de situações de emergência obstétrica, como hemorragia pós-parto, síndromes hipertensivas e sepse materna e o alinhamento de condutas com base em diretrizes clínicas e protocolos estaduais. Este colegiado deve ainda promover o fortalecimento do papel das maternidades como núcleos de educação permanente, articulando-se com universidades e instituições formadoras.

Com o objetivo de monitorar e analisar a ocorrência das mortes maternas no estado, identificar as circunstâncias e seus determinantes e propor medidas para a melhoria da qualidade da assistência à saúde e a redução da mortalidade materna, a SES-RJ, através da Resolução SES nº 3187 de 26 de outubro de 2023, alterou a Resolução SES nº 1.726, de 05 de setembro 2018, que institui o Comitê Estadual de Prevenção e Controle da Morte Materna do Rio de Janeiro (CEPCMM-RJ) e dispõe sobre o seu funcionamento e através da Resolução SES nº 3188 de 26 de outubro de 2023, aprovou o seu Regimento Interno.

Quanto aos óbitos infantis e fetais, com o objetivo de dar visibilidade, acompanhar e monitorar, identificar os fatores de risco e propor intervenções para redução da mortalidade no estado, a SES-RJ, através da Resolução SES nº3185 de 26 de outubro de 2023, alterou a Resolução nº 2.785, de 08 de julho de 2005, que institui o Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal do Rio de Janeiro (CEPMIF/RJ) e dispõe sobre o seu funcionamento e mantém reuniões regulares, incentivando, apoiando e assessorando os Comitês Regionais e Municipais e as Comissões Hospitalares de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal.

O Estado do Rio de Janeiro não aderiu à Planificação da Atenção à Saúde – PAS, nem à Saúde em Redes, proposto pelo CONASEMS.

Em relação ao Planejamento Regional Integrado (PRI), o Grupo Condutor Estadual teve sua composição atualizada em dezembro de 2024, pactuado via Deliberação CIB RJ nº 9.175 de 19 de dezembro de 2024 e possui composição tripartite com reuniões regulares.

O estado do Rio de Janeiro em conformidade com as normativas das Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) N° 23/2017, N° 37/2018 e N° 44/2019 percorreu um trajeto no desenvolvimento do PRI nos últimos 07 anos (sete), de forma tripartite, intercalado por uma paralisação devido à pandemia da COVID-19, portanto dividido em dois períodos: o primeiro de 2017 ao início 2020 e o segundo do 2º semestre de 2021 a 2024.

No primeiro período houve a construção dos diagnósticos das situações de saúde das 09 (nove) regiões de saúde do estado e a realização do Seminário de Regionalização e Governança Regional do estado do Rio de Janeiro. No segundo período, com o arrefecimento da pandemia, as atividades foram retomadas com a adesão do estado do ao projeto do PROADI/SUS: Fortalecimento dos processos de governança, organização e integração da rede de atenção à saúde – Projeto Regionalização/PRI.

O processo reiniciado em 2021 tratou-se da continuidade da etapa anterior, quando da realização dos diagnósticos regionais e seminário. O planejamento regional continuou sendo realizado nas 09 (nove) regiões de saúde do estado, sendo que o estado se constituiu em uma macrorregião de saúde, considerando que durante o desenvolvimento do PRI poderia ser identificado se o estado permaneceria como uma única macrorregião ou se conformaria em mais de uma. As prioridades sanitárias identificadas foram da macrorregião e trabalhadas em todas as regiões de saúde, com a possibilidade de que as regiões identificassem prioridades específicas.

Esse processo teve a finalidade de organizar as redes de atenção à saúde nas regiões, por meio da estruturação de linhas de cuidado (LC) para as prioridades sanitárias do estado em cada região de saúde. Nesse sentido, o estado finalizou o ano de 2024 com 07 (sete) Planos Regionais de Saúde pactuados nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) com o anexo I – Linha de Cuidado do Câncer de Mama. As regiões metropolitanas (I e II) irão concluir seus respectivos planos e anexo no ano de 2025. Após a conclusão da pactuação nas 09 (nove) CIR, os Planos Regionais de Saúde serão pactuados em CIB.

O fortalecimento da Rede Alyne exige mais que estruturas físicas ou fluxos assistenciais: é necessário consolidar uma rede viva, articulada, participativa e comprometida com a vida das mulheres e seus bebês. Para isso, os espaços colegiados e fóruns permanentes de diálogo devem ser valorizados, institucionalizados e efetivamente utilizados como instrumentos de governança colaborativa, com liderança ativa da gestão estadual e participação real dos diversos atores do território.

No dia 24 de junho de 2025, foi pactuado em CIB a composição do Grupo Condutor Estadual e o Plano de Ação da Rede Alyne do Estado do Rio de Janeiro. Fazem parte da Governança da Rede Alyne da SES-RJ:

- Secretária de Estado de Saúde - Cláudia Maria de Braga Mello – Contato: 3385-9000
- Subsecretário de Vigilância e Atenção Primária à Saúde - Mário Sérgio Ribeiro
- Superintendente de Atenção Primária à Saúde - Halene Cristina Dias de Armada
- Coordenador da Rede Alyne no Estado do Rio de Janeiro - Antônio Rodrigues Braga Neto
- Assessoria de Regionalização - Monique Zita dos Santos Fazzi
- Assessoria de Planejamento em Saúde - Monica Morrissy Martins de Almeida
- Superintendência de Atenção Especializada Controle e Avaliação - Marcelo Rodrigues de Castro
- Superintendência de Regulação - Kitty Crawford

### 3. O Estado do Rio de Janeiro

O Estado do Rio de Janeiro (ERJ) está localizado na região Sudeste do país e faz divisa com os estados de Minas Gerais, São Paulo e Espírito Santo. É uma das menores e mais populosas unidades da federação, com uma extensão territorial de 43.750,425 km<sup>2</sup> e uma população de 16.055.174 habitantes. Possui 92 municípios, organizados em oito regiões administrativas de planejamento e nove regiões de saúde que constituem a base territorial para a Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme o Plano Diretor de Regionalização (Rio de Janeiro, 2000).

Cerca de 38% da população do estado (6.211.223 habitantes) reside na capital, que está localizada na Região Metropolitana 1. As Regiões Metropolitanas I e II correspondem a 72% da população total do estado, com 11.614.567 habitantes. A Região Norte possui a maior área territorial (12.262,53 km<sup>2</sup>) enquanto a Região da Baía da Ilha Grande possui a menor área (2.105,32 km<sup>2</sup>) e o menor número populacional (253.897 hab.). A Região Noroeste possui a menor densidade demográfica (57,18 hab./km<sup>2</sup>). Embora as demais regiões concentrem relativamente menos população, as Regiões Serrana, Médio Paraíba e Norte representam contingentes populacionais de magnitude relevante (IBGE, 2022).

As Regiões de Saúde do estado do Rio de Janeiro estão divididas da seguinte forma:

33001 - Baía de Ilha Grande: Menor região do ERJ em número de municípios e população, sendo formada por três municípios: Angra dos Reis, Mangaratiba e Paraty.

33002 - Baixada Litorânea: A região é formada por nove municípios: Araruama, Armação de Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia e Saquarema.

33003 - Centro Sul: A região reúne onze municípios: Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios e Vassouras.

33004 - Médio Paraíba: A região é formada por doze municípios: Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda.

33005 - Metropolitana I: Formada por doze municípios, é a região mais populosa do estado, composta por: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti e Seropédica.

33006 - Metropolitana II: A região reúne sete municípios, sendo a segunda mais populosa do estado: Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá.

33007 - Noroeste: Segunda maior região de saúde do ERJ em número de municípios, a região é formada por quatorze municípios: Itaperuna, Aperibé, Bom Jesus de Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Itaperuna, Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá e Varre-Sai.

33008 - Norte: A região é formada por oito municípios: Campos dos Goytacazes, Ca-rapebus, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana e São João da Barra.

33009 - Serrana: Com o maior número de municípios, a região é a terceira mais populosa do ERJ. Composta por dezesseis municípios: Bom Jardim, Cachoeira de Macacu, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Macuco, Nova Friburgo, Petrópolis, Santa Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Teresópolis e Trajano de Moraes.

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



Fonte: SES-RJ

### 3.1 Características Sociodemográficas

O ERJ possui ocupação desigual com excessiva concentração nas regiões Metropolitana I e II. As regiões Noroeste, Norte e Baía da Ilha Grande são as menos ocupadas, com povoações isoladas e pouco articuladas entre si, o que tem reflexos sobre a atenção à saúde e os perfis demográficos e de morbimortalidade. A distribuição irregular dos serviços de saúde e dos equipamentos urbanos, a crescente demanda por habitações, acompanhada do aumento de submoradias e da expansão de favelas, a intensa degradação ambiental, o desemprego e a exclusão social são coadjuvantes na construção das desigualdades, a começar pela infraestrutura de serviços de saneamento, mais concentrados nas áreas urbanas. As condições socioeconômicas regionais influenciam direta e indiretamente os processos de adoecimento e morte, não apenas aumentando os riscos e vulnerabilidades, mas também as possibilidades de acesso aos recursos preventivos e curativos em saúde (Carvalho, 2013).

**Tabela 1. Dados demográficos por região de saúde. Rio de Janeiro, 2022.**

Estado/Região de Saúde	População	Área da unidade territorial 202 (Km <sup>2</sup> ) IBGE	Densidade demográfica estimada	Nº municípios
------------------------	-----------	---	--------------------------------	---------------

	Nº estimado IBGE 2022	% Estado	Número	% Estado	(hab./Km2)	
<b>Estado do Rio de Janeiro</b>	<b>16.055.174</b>	<b>100</b>	<b>46.504,60</b>	<b>100</b>	<b>366,97</b>	<b>92</b>
Baía da Ilha Grande	253.897	1,58	2.105,32	4,53	120,6	3
Baixada Litorânea	846.933	5,28	2.701,37	5,81	313,52	9
Centro-Sul	320.003	1,99	3.217,99	6,93	99,44	11
Médio Paraíba	865.130	5,39	5.952,01	12,79	145,35	12
Metropolitana I	9.705.577	60,45	3.405,19	7,32	2.822,91	12
Metropolitana II	1.908.751	11,89	2.713,67	5,83	703,37	7
Noroeste	336.995	2,1	5.894,08	12,67	57,18	14
Norte	907.868	5,65	12262,53	26,38	74,04	8
Serrana	910.020	5,67	8.252,44	17,74	110,21	16

Fonte: IBGE

O estado se encontra em franco processo de envelhecimento populacional, com maior predominância de mulheres em relação a homens, sendo 89,4 pessoas do gênero masculino para cada 100 do gênero feminino. A região da Baía da Ilha Grande possui uma distribuição mais equilibrada entre os sexos, enquanto a região Metropolitana II tem a maior diferença, com predominância de mulheres. A Região Noroeste possui uma população mais envelhecida, com uma proporção de idosos de 20,73%, enquanto a Região da Baía da Ilha Grande tem uma população proporcionalmente mais jovem (15,71%).

**Tabela 2. População residente por região de saúde e sexo. Rio de Janeiro, 2022.**

Estado/Região de Saúde	Feminino	Masculino	Razão de Sexos	Total
<b>Estado do Rio de Janeiro</b>	<b>8.477.499</b>	<b>7.577.675</b>	<b>89,39</b>	<b>16.055.174</b>
Baía da Ilha Grande	129.615	124.282	95,89	253.897
Baixada Litorânea	440.113	406.820	92,44	846.933
Centro-Sul	167.681	152.322	90,84	320.003
Médio Paraíba	454.524	410.606	90,34	865.130
Metropolitana I	5.155.871	4.549.706	88,24	9.705.577
Metropolitana II	1.011.255	897.496	87,75	1.908.751
Noroeste	173.394	163.601	94,35	336.995
Norte	470.649	437.219	92,9	907.868
Serrana	474.397	435.623	91,82	910.020

Fonte: IBGE

**Tabela 3. População residente por região de saúde e faixa etária, Rio de Janeiro, 2022.**

Estado/Região de Saúde	0 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
Estado do Rio de Janeiro	875.769	1.015.741	964.636	1.011.978	2.309.937	2.376.896	2.401.463	2.073.125	1.678.255	913.288	434.086	16.055.174
Baía da Ilha Grande	15.999	17.591	16.693	17.524	36.470	38.609	39.284	31.847	24.406	11.301	4.173	253.897
Baixada Litorânea	49.899	57.320	55.423	56.009	114.452	121.391	127.747	109.925	89.891	46.222	18.654	846.933
Centro-Sul	18.121	20.009	19.536	20.222	44.435	44.450	45.485	43.710	35.589	19.323	9.123	320.003
Médio Paraíba	46.659	52.850	52.205	54.408	121.491	123.790	126.927	115.680	97.696	50.683	22.741	865.130
Metropolitana I	521.659	614.469	581.882	612.473	1.426.390	1.453.279	1.449.073	1.232.906	997.177	547.983	268.286	9.705.577
Metropolitana II	98.065	114.541	105.918	111.948	263.051	279.321	295.818	259.483	212.089	115.358	53.159	1.908.751
Noroeste	19.062	19.898	19.657	21.038	45.277	46.849	49.007	46.353	37.330	21.555	10.969	336.995
Norte	57.176	64.577	59.730	61.498	132.944	140.353	133.255	109.759	84.946	43.680	19.950	907.868
Serrana	49.129	54.486	53.592	56.858	125.427	128.854	134.867	123.462	99.131	57.183	27.031	910.020z

Fonte: IBGE

Apesar de sua relativa pequena extensão territorial, o estado do Rio de Janeiro é altamente urbanizado, apresentando desigualdades sociais e dificuldades na prestação de serviços públicos de forma equitativa entre as regiões.

Destaca-se pela diversidade espacial, socioeconômica, demográfica, cultural e de perfis de morbimortalidade, refletida nos graus de adensamento populacional, de envelhecimento, de expectativa de vida e de mudança dos perfis de fecundidade; dos níveis de educação e de renda, e, mais simplesmente, da idade e do sexo.

Assim, a elaboração de um plano que considere o estado do Rio de Janeiro como uma macrorregião de saúde envolve desafios relacionados à sua complexidade geográfica, socioeconômica e à necessidade de integração entre os diversos municípios.

#### 4. Análise Situacional de Saúde (ASIS)

##### 4.1 Apresentação da população de referência

A população de referência para organização da Rede Alyne no ERJ é composta por: mulheres em idade fértil (MIF), gestantes, puérperas, recém-nascidos (RN) e crianças até 2 anos. As tabelas a seguir contém as informações sobre cada população a partir dos dados do IBGE 2022 e estimativas epidemiológicas 2023.

#### Tabela 4. População de referência para a Rede Alyne

Estado/Região de Saúde	População Total (IBGE/2022)	Mulheres em Idade Fértil (MIF) (IBGE/2022)	Nascidos Vivos (SINASC 2023)	Estimativa de Gestantes (nascidos vivos + 10%)	Estimativa de Gestantes de Risco Habitual	Estimativa de Gestantes de Alto Risco (15% das gestantes estimadas)	Estimativa de Gestantes de Alto Risco (30% das gestantes estimadas)
Estado Rio de Janeiro	16.055.174	4.666.252	176150	193.758	164.693	29.063	58.129
Baía da Ilha Grande	253.897	75.622	3196	193.758	2.987	527	1.055
Baixada Litorânea	846.933	244.242	10338	3.516	9.666	1.706	3.412
Centro-Sul	320.003	89.521	3583	11.372	3.350	591	1.182
Médio Paraíba	865.130	246.036	9162	3941	8566	1512	3023
Metropolitana I	9.705.577	2.847.584	105123	10.078	98.290	17.345	34.691
Metropolitana II	1.908.751	546.460	19584	115.635	18.311	3.231	6.463
Noroeste	336.995	92.021	3756	21.542	3.512	620	1.240
Norte	907.868	270.031	11438	4.132	10.695	1.887	3.775
Serrana	910.020	254.735	9964	12.582	9.316	1.644	3.288

Fonte: IBGE, 2022; SINASC, 2023

**Tabela 5. MIF e gestantes estimadas por raça-cor (brancas, pretas, pardas, amarelas, indígenas) e território**

Estado/Região de Saúde	Número de NV (SINASC 2023)						Gestantes Estimadas (NV +10%)					
	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	Ignorado ou não informado	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	Ignorado ou não informado
Estado Rio de Janeiro	57476	29520	86602	910	208	1435	62155	32477	95297	981	224	1582
Baía da Ilha Grande	1186	300	1656	3	31	20	1305	330	1822	3	34	23
Baixada Litorânea	3313	1660	5149	58	21	137	3643	1826	5634	62	21	150
Centro-Sul	1276	676	1607	6	0	18	1406	744	1768	7	0	19
Médio Paraíba	3612	1716	3643	63	11	117	2765	1888	4008	69	11	130
Metropolitana I	31151	18313	54326	626	121	587	34265	20146	59758	691	133	646
Metropolitana II	6310	2987	10052	107	17	111	6881	3287	11058	118	18	122
Noroeste	1670	591	1438	6	0	51	1838	651	1584	6	0	55
Norte	4327	1684	5304	16	4	103	4962	1852	5716	18	4	115
Serrana	4630	1592	3424	25	3	290	5089	1752	3946	7	3	321

Fonte: IBGE, 2022; SINASC, 2023

O conceito de MIF conforme o Ministério da Saúde (MS) no Brasil está legalmente definido na Portaria GM nº 1.119, de 5 de junho de 2008, que instituiu a vigilância de óbitos maternos e de MIF em todo o território nacional. São consideradas Mulheres em Idade Fértil aquelas de 10 a 49 anos de idade, conforme estabelece o artigo 2º, § 3º da portaria.

**Tabela 6. MIF e gestantes estimadas indígenas e território**

Estado/Região de Saúde	Mulheres Indígenas	Estimativa de Mulheres indígenas em idade fértil	Gestantes Estimadas
Estado Rio de Janeiro	9.370	4495	224
Baía da Ilha Grande	733	312	34
Baixada Litorânea	706	375	21
Centro-Sul	301	57	0
Médio Paraíba	344	158	11
Metropolitana I	5465	2586	133
Metropolitana II	1103	542	18

Noroeste	124	58	0
Norte	430	240	4
Serrana	327	167	3

Fonte: IBGE, 2022; SINASC, 2023

**Tabela 7. População total e número de mulheres quilombolas**

Estado/Região de Saúde	População total Quilombola	Número de Mulheres Quilombolas
Estado Rio de Janeiro	20447	8766
Baía da Ilha Grande	2550	1272
Baixada Litorânea	6296	1694
Centro-Sul	397	34
Médio Paraíba	646	351
Metropolitana I	5341	2760
Metropolitana II	202	105
Noroeste	149	72
Norte	4622	2357
Serrana	244	121

Fonte: IBGE, 2022

Uma mulher quilombola é uma descendente dos povos negros que formaram *quilombos* – comunidades históricas de resistência à escravidão no Brasil –, e que hoje vivem em territórios tradicionais, com reconhecimento fundiário e cultural conforme a Constituição (Art. 68 do ADCT) e a Convenção 169 da OIT.

**Tabela 8. Mulheres privadas de liberdade**

Unidade da Federação	Mulheres privadas de liberdade		
	Total	Em custódia das polícias	Nos sistemas prisionais estadual e federal
Brasil	45 388	129	45 259
Rio de Janeiro	2 466	3	2 463

Fonte: IBGE, 2022

O conceito de “mulheres privadas de liberdade” refere-se a pessoas do sexo feminino (incluindo mulheres cis e trans) que se encontram detidas no sistema prisional brasileiro —

seja em regime provisório (ainda sem sentença), em regime fechado, semiaberto ou cumprindo medidas restritivas de liberdade (prisão domiciliar, por exemplo).

**Tabela 9. Crianças de 0 A 2 anos por raça-cor (brancas, pretas, pardas, amarelas, indígenas)**

Estado/Região de Saúde	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	Ignorado ou Não informado	Total
Estado Rio de Janeiro	221.613	57.483	210.850	469	265	10	490.690
Baía da Ilha Grande	4.724	611	3.723	10	72	0	9.140
Baixada Litorânea	12.989	2.786	12.246	15	25	0	28.061
Centro-Sul	4.441	1.324	4.453	5	2	0	10.225
Médio Paraíba	13.159	3.124	10.250	27	11	0	26.571
Metropolitana I	126.178	35.848	128.720	322	97	6	291.171
Metropolitana II	24.656	6.148	23.910	38	34	3	54.789
Noroeste	5.522	1.091	4.269	7	4	1	10.894
Norte	14.297	3.930	13.976	26	10	0	32.239
Serrana	15.647	2.621	9.303	19	10	0	27.600

Fonte: IBGE, 2022

**Tabela 10. Nº absoluto de óbitos maternos, infantis e fetais por macrorregião de saúde por raça-cor (brancas, pretas, pardas, amarelas, indígenas)**

Estado/Região de Saúde	Nº de Óbitos Maternos							Nº de Óbitos Neonatais (0 a 27 dias)							Nº de Óbitos Fetais
	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	ignorada	Total	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	Ignorado	Total	
Estado Rio de Janeiro	28	33	32	2	0	2	96	488	122	886	1	1	83	1581	2088
Baía da Ilha Grande	1	0	0	0	0	1	1	13	1	15	0	0	1	30	32
Baixada Litorânea	1	0	0	0	0	0	1	23	4	57	0	0	4	88	109
Centro-Sul	1	1	0	0	0	0	2	10	3	16	0	0	2	31	46
Médio Paraíba	1	2	2	0	0	0	5	33	6	27	0	0	7	73	93
Metropolitana I	10	19	24	0	0	1	54	237	72	580	1	1	46	937	1.276
Metropolitana II	4	3	4	0	0	0	11	65	15	81	0	0	8	169	248
Noroeste	1	0	1	0	0	0	2	17	2	18	0	0	4	41	34
Norte	4	4	1	0	0	0	9	45	10	57	0	0	10	122	116
Serrana	2	2	0	0	0	0	4	45	8	31	0	0	1	85	111
Município ignorado	3	2	0	2	0	0	7	0	1	4	0	0	0	5	23

Fonte: SIM, 2023; SINASC 2023

O segmento materno-infantil representa, demograficamente, o principal componente da população brasileira. Em conjunto, mulheres e crianças correspondem a 72,4% do atual efetivo demográfico do país (Caminha, et al., 2008).

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.

Considerando-se a série histórica nacional de 2015 a 2024 (preliminar) há uma diminuição no número absoluto de nascimentos no País. E de acordo com o perfil dos nascimentos em uma série histórica de 2019 a 2023, com base nos dados fechados do TABNET, no recorte anos de instrução da mãe, há uma diminuição dos nascimentos entre as mães com 4 e 7 anos de instrução. Quanto ao recorte idade da mãe, há uma diminuição de nascimentos nas faixas etárias até 39 anos, em contrapartida o número de nascimentos vem aumentando na faixa etária entre 40 e 44 anos e nas demais faixas etárias o número permanece com leve oscilação.

O ERJ também apresenta queda no número de nascimentos, tendo a Região Metropolitana II o menor índice de natalidade proporcionalmente à sua população de mulheres em idade fértil.

A Região Norte apresenta o índice de natalidade mais elevado do estado e a maior proporção de gestantes estimadas de alto risco. As Regiões Baía da Ilha Grande e Baixada Litorânea também apresentam proporções elevadas de gestantes de alto risco. Esses dados podem refletir tantas variações demográficas (como idade média da população feminina), quanto acesso a serviços de saúde e características socioeconômicas regionais.

O número absoluto de gestantes estimadas é maior na Região Metropolitana I, sendo a maioria de cor Parda. As Regiões Metropolitana I, Metropolitana II, Norte e Baixada Litorânea possuem um grande número de gestantes pardas e pretas, indicando a necessidade de atenção à equidade racial no acesso aos serviços de saúde.

As regiões com maior número de gestantes indígenas estimadas são a Baía da Ilha Grande a Metropolitana I. A Baixada Litorânea possui a maior população quilombola do estado, contudo a Região Norte lidera em número de mulheres quilombolas. As outras regiões possuem números baixos, o que pode indicar baixa presença ou subregistro.

Em relação à população privada de liberdade, o ERJ possui aproximadamente 5,4% da população carcerária feminina do país, sendo a taxa de aprisionamento baixa em relação à população total feminina do estado.

Não foi possível estimar o número de MIF e gestantes estimadas Quilombolas, Privadas de Liberdade e em situação de rua por raça-cor, devido à escassez de dados censitários e no estado e nos sistemas de informação do País.

Em relação às crianças de 0 a 2 anos, a Região Metropolitana I concentra 59% do total de crianças e a maior diversidade racial do estado. As Regiões Centro-Sul e Serrana possuem

maior proporção de crianças brancas. A presença de crianças indígenas é pequena, com destaque para a Baía da Ilha Grande.

Quanto aos óbitos maternos, infantis e fetais por raça-cor no estado, mulheres pretas e pardas somam 68% dos óbitos maternos e crianças pardas representam 56% dos óbitos neonatais, indicando vulnerabilidade social e iniquidade racial na saúde. A Metropolitana I possui a maior mortalidade nos três tipos de óbitos, sendo responsável por 56% dos óbitos neonatais e 61% dos fetais. A Região Noroeste, apesar da baixa população, também apresenta alta taxa proporcional de mortalidade neonatal e fetal.

A redução da mortalidade infantil é ainda um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo. Essas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, em sua maioria, desde que garantido o acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. Os óbitos decorrem de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas na Rede de Atenção à Saúde. As intervenções dirigidas à sua redução dependem, portanto, de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, assim como de ações diretas definidas pelas políticas públicas (Brasil, 2009).

No estudo da série histórica da taxa de mortalidade infantil (TMI) e seus componentes, no ERJ, no período de 2014 a 2023, constata-se um aumento na taxa de mortalidade, de 12,7 (2014) para 13,4 (2023) óbitos por mil nascidos vivos. No entanto, ao se analisar a tendência, o indicador se manteve estacionado, sem curva ascendente.

Os períodos de queda da TMI vinham acontecendo principalmente às custas do componente pós-neonatal. O desafio é reduzir a mortalidade neonatal, a qual se relaciona principalmente ao aumento da cobertura dos serviços de pré-natal, acesso e qualidade e aumento da oferta de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidado Intermediária Convencional (UCINCO) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCA).

Se compararmos o número de nascidos vivos com o número de óbitos em menores de um ano por causas mal definidas ou evitáveis, percebe-se a necessidade de investimento em ações voltadas para a saúde da criança, 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; Incentivo ao Método Canguru; Ampliação de leitos de Unidade Intermediária do tipo Canguru; Incentivo à

capacitação no AIDPI neonatal; Aumento da oferta de consultas de puericultura e; Garantia da vacinação infantil.

#### 4.2 Breve descrição da situação de saúde da população referenciada

Para a descrição da situação de saúde da população referenciada do estado do Rio de Janeiro, foram realizadas reuniões regionais onde foi solicitado que cada Região de Saúde, num processo colaborativo e integrado com representantes de cada município da região, construísse seus planos regionais, detalhando seus dados epidemiológicos, serviços ofertados e descrição da RAS.

##### 4.2.1 Pré-natal

O pré-natal tem como finalidade assegurar o adequado desenvolvimento gestacional e garantir um parto seguro, minimizando os riscos à saúde materno-infantil. O acompanhamento deve contemplar aspectos psicossociais, atividades educativas e ações preventivas, iniciadas preferencialmente no período precoce da gestação e sem previsão de alta formal, dada a continuidade dos cuidados necessários. Nesse contexto, é imprescindível que estados e municípios disponham de uma rede assistencial estruturada para a atenção obstétrica e neonatal, com fluxos estabelecidos de referência e contrarreferência (BRASIL, 2012).

No âmbito das estratégias para redução da mortalidade infantil, destaca-se a importância da consulta pediátrica durante o pré-natal, geralmente realizada no terceiro trimestre gestacional. Tal consulta visa a preparar os futuros pais, esclarecendo dúvidas relacionadas ao parto, amamentação, cuidados neonatais e demais temas pertinentes, além de fortalecer o vínculo entre família e profissional que acompanhará o neonato pós-nascimento. São abordados cuidados essenciais como higiene, alimentação, sono e prevenção de doenças (SBP, 2020).

A Política Nacional de Humanização orienta o acolhimento como prática fundamental nas ações de atenção e gestão em unidades de saúde, alinhando-se aos compromissos da Rede Alyne, que promove um modelo de cuidado humanizado e integral à gestante, parturiente, puérpera e criança, com foco na redução das desigualdades regionais e étnico-raciais (BRASIL, 2010).

## Captação precoce no pré-natal

As nove regiões de saúde realizam a oferta descentralizada do pré-natal de risco habitual nas unidades de APS em conformidade com as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Esse serviço inclui a captação precoce por meio de busca ativa, a disponibilização da Testagem Imunológica para Gestantes (TIG), a realização de consultas alternadas entre médicos e enfermeiros, a execução dos exames de rotina, o acompanhamento nutricional, bem como a avaliação e estratificação de risco em todas as consultas.

Todos os municípios da **Região da Baixada Litorânea** ofertam o TIG em todas as unidades de APS exceto Rio das Ostras que informou que está providenciando a compra do insumo e têm utilizado como estratégia a solicitação de prioridade na realização do B-HCG ao laboratório de referência para mulheres em suspeição de gravidez.

Os municípios da **Região da Baía de Ilha Grande** realizam acompanhamento compartilhado das gestantes de alto risco entre atenção primária e ambulatorial especializada, com encaminhamento para especialistas conforme a necessidade clínica.

A análise dos dados relacionados à atenção pré-natal nos municípios da **Região Centro Sul** evidencia avanços importantes nos indicadores de qualidade da atenção primária. A captação precoce de gestantes, até a 12ª semana de gestação, apresenta percentuais satisfatórios na maioria dos municípios, variando entre 47% e 85%, com destaque para Paraíba do Sul, Paracambi e Miguel Pereira, que superam 84%. A média de consultas por gestante também é adequada, com a maioria dos municípios registrando  $\geq 6$  consultas, conforme preconizado pelas diretrizes do Ministério da Saúde. Municípios como Miguel Pereira, Paty do Alferes e Três Rios alcançam médias superiores a 9 consultas.

Esses dados apontam para um cenário em que a maioria dos municípios já alcança patamares adequados nos cuidados básicos do pré-natal, mas ainda enfrenta desafios na integralidade do cuidado às gestantes de alto risco, especialmente no que tange à articulação entre os diferentes níveis de atenção.

A análise dos indicadores de atenção pré-natal na **Região Médio Paraíba** evidencia a complexidade na geração e interpretação dos dados, dada a dependência do correto registro no sistema e-SUS, o que pode impactar a cobertura informada de consultas e captação precoce. Tal cenário pode refletir tanto dificuldades de acesso ao serviço quanto limitações relacionadas à infraestrutura tecnológica e capacitação das equipes de registro.

Observa-se variabilidade no percentual de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal, revelando desigualdades no acesso e na qualidade do cuidado. A superação dessas disparidades requer ações dos gestores locais, como o fortalecimento da rede de atenção, capacitação de profissionais, melhoria da logística (especialmente transporte) e estratégias para maior adesão das gestantes ao cuidado pré-natal.

A proporção de gestantes classificadas como de alto risco tem aumentado significativamente (30% a 40%), ultrapassando o parâmetro estimado anteriormente de 15%. Esse aumento está relacionado a fatores como maior incidência de hipertensão e diabetes, mudanças no estilo de vida e uso crescente de substâncias psicoativas.

Na **Região Metropolitana I** destaca-se alguns fatores como: desigualdade no acesso ao alto risco – apenas alguns municípios têm acompanhamento compartilhado bem estruturado; baixa captação precoce – diversos municípios estão abaixo do ideal de 12 semanas para início do pré-natal; falta de dados – ausência de integração entre sistemas e registros dificulta a análise situacional completa; boas práticas – projetos como o Cegonhão (Itaguaí) e reestruturação com capacitação (São João de Meriti) demonstram caminhos positivos.

Na **Região Metropolitana II** o pré-natal de risco habitual é realizado de forma descentralizada nas unidades de APS e Clínicas da Família, com estratificação de risco em todas as consultas e encaminhamento para serviços especializados conforme a necessidade. Casos de alto risco são regulados pelo Sistema Estadual de Regulação (SER), garantindo a realização dos exames preconizados pelo Ministério da Saúde. Em 2023, em Itaboraí, 46,95% das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, com 46% realizando ao menos seis consultas e 67% submetidas a exames para sífilis e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Em Niterói, a captação precoce alcançou 78%, com melhoria contínua na frequência das consultas, chegando a 85,5% das gestantes com sete ou mais atendimentos em 2024. Em Tanguá, 37,29% das gestantes de alto risco tiveram acompanhamento compartilhado, apesar da ausência de sistema próprio. Silva Jardim apresenta cobertura integral da APS, com todas as unidades iniciando o pré-natal imediatamente após resultado positivo no TIG.

Na **Região Norte Fluminense**, o pré-natal de risco habitual é ofertado de forma descentralizada nas unidades de APS e Clínicas da Família, com estratificação de risco em todas as consultas e encaminhamento para serviços especializados conforme necessidade, sendo os casos de muito alto risco regulados pelo Sistema Estadual de Regulação (SER). Municípios como Macaé, São Fidélis, São Francisco do Itabapoana e São João da Barra não

forneceram dados sobre suas estratégias. Destacam-se desafios na captação precoce em Campos dos Goytacazes, onde menos de 25% das gestantes iniciam o pré-natal até a 12ª semana, embora 74,6% realizem sete ou mais consultas; Quissamã apresenta 100% de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) com 84,84% das gestantes cumprindo sete ou mais consultas, além de uma Sala de Monitoramento para otimizar o acompanhamento; Carapebus alcança cerca de 70% de captação precoce e realiza cuidado compartilhado para cerca de 10/15% das gestantes de alto risco; e Conceição de Macabu oferece cobertura total da ESF com foco em captação precoce, com 23,9% das gestantes iniciando o pré-natal até a 12ª semana e 14,85% das de alto risco acompanhadas simultaneamente pela APS e atenção especializada.

A **Região Noroeste Fluminense** tem implementado estratégias para qualificar o cuidado integral à gestante, buscando ampliar o acesso e aprimorar a assistência pré-natal e puerperal, com diferentes modelos organizacionais conforme as características locais. Municípios como Aperibé, Cambuci e São José de Ubá realizam pré-natal centralizado em unidades especializadas, enquanto Porciúncula está em processo de descentralização. Cardoso Moreira e Itaocara adotam modelo híbrido com início na ESF e consultas centralizadas. Miracema e Santo Antônio de Pádua descentralizaram o pré-natal, com encaminhamento dos casos de alto risco para ambulatórios locais. Bom Jesus do Itabapoana mantém modelo centralizado para pré-natal habitual e de alto risco. Itaperuna e Natividade realizam pré-natal descentralizado, com encaminhamentos conforme a evolução gestacional e risco. Varre-Sai combina atendimento inicial na ESF e consultas centralizadas, sem ambulatório especializado próprio. Destaca-se a existência de ambulatórios para alto risco em Bom Jesus do Itabapoana, Itaperuna e Miracema, e a presença de comunidade quilombola em Natividade com gestantes acompanhadas na região.

Na **Região Serrana** a captação precoce de gestantes é rotina nas 16 cidades da região, realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ESF, com oferta do exame de TIG. A média regional de gestantes que realizam consultas pré-natais é de 80,5%, variando entre os municípios, como Bom Jardim (92,1%) e Trajano de Moraes (66,7%). O pré-natal de risco habitual é ofertado de forma descentralizada nas unidades de APS, com estratificação de risco em cada consulta e encaminhamento de gestantes de alto risco para unidade referência em Nova Friburgo, que depende da regulação pelo SER devido à limitação de vagas. Petrópolis e Teresópolis destacam-se por possuírem estrutura própria para atendimento especializado.

### Cuidado integral à saúde bucal

De modo geral os municípios ofertam atendimento odontológico nas UBS, com encaminhamento das gestantes já na primeira consulta do pré-natal. No entanto, quando analisamos a cobertura desse atendimento observa-se grande variabilidade entre os municípios. Isso pode ser justificado tanto devido a questões de inconsistência dos dados quanto à adesão insuficiente das gestantes a esse atendimento.

Destaca-se a **Região Centro Sul** com cobertura variando de 44,8% (Areal) a 100% (Paracambi, Miguel Pereira, Três Rios). A maioria dos municípios apresenta cobertura superior a 80%, com atendimento em atenção básica e especializada. Na metropolitana I observa-se desigualdade de cobertura, com forte variação entre os municípios (de 2% a 68%) e equipes de Saúde Bucal insuficientes, com necessidade de reorganização e ampliação de equipes para garantir cobertura universal durante o pré-natal.

Na região Norte, destaca-se o município de Carapebus com cobertura de 90% das gestantes com consulta odontológica durante o pré-natal. Isso demonstra um trabalho sólido na garantia desse atendimento nas consultas de pré-natal. Em Conceição de Macabu, apenas 29% das gestantes voltam para a avaliação odontológica.

### Imunização

Todos os municípios dispõem de salas de vacinação nas UBS, com oferta das vacinas previstas no calendário vacinal da gestante. No entanto, diversos fatores podem impactar negativamente esse indicador, como a qualidade das informações registradas, as condições socioeconômicas, experiências prévias de desfechos adversos, dificuldades de acesso, baixa captação precoce e fragilidades na atenção pré-natal. A impossibilidade de identificar um grupo específico com maior propensão à não vacinação reforça a necessidade de ampliar o olhar para o conjunto das gestantes, assegurando que essa ação preventiva seja fortalecida de forma equitativa.

Destacam-se positivamente os municípios de Itaguaí e Mesquita, onde a cobertura vacinal de gestantes tem sido tratada como prioridade dentro da atenção pré-natal. Em Itaguaí, por exemplo, 90% das gestantes encontram-se com o esquema vacinal completo, garantindo proteção à mãe e ao bebê contra doenças imunopreveníveis. Esse resultado reflete a atuação articulada das equipes de saúde, que promovem busca ativa, orientações educativas e acompanhamento contínuo ao longo do pré-natal. Em contraste, o cenário na Região Serrana

em 2023 é alarmante, pois nenhum município atingiu a meta de cobertura vacinal definida pelo Ministério da Saúde para as gestantes em qualquer uma das vacinas avaliadas. As baixas coberturas e a significativa variação entre os municípios sugerem falhas nos processos de busca ativa, sensibilização das gestantes e acesso facilitado à imunização durante o acompanhamento pré-natal.

### Rastreamento e tratamento de sífilis, HIV, HTLV e Hepatites

A maioria dos municípios disponibilizam testes rápidos para HIV, sífilis, hepatites B e C na APS, serviços especializados e maternidades. Esses exames são oferecidos desde a primeira consulta do pré-natal, conforme diretrizes do Ministério da Saúde. A Penicilina Benzatina encontra-se disponível tanto na APS quanto nos serviços especializados, sendo garantido o tratamento dos casos positivos, incluindo as parcerias.

Os municípios referenciam as gestantes reagentes para HIV, Vírus Linfotrófico de Células T Humanas (HTLV) e hepatites, ao Serviço de Atendimento Especializado (SAE), onde recebem seguimento clínico e terapêutico, mantendo vínculo com a unidade básica de origem para acompanhamento integral.

### Saúde sexual e reprodutiva e Proporção de Inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) na APS

A atenção à saúde sexual e reprodutiva está entre uma das atribuições da APS, de forma que é de sua responsabilidade a organização e a integração do cuidado quanto ao planejamento reprodutivo, incluindo a oferta dos métodos contraceptivos disponíveis no SUS. Ele parte de um rol de ações que integram o cuidado integral à saúde das mulheres que devem estar inseridas nas rotinas dos serviços e serem oferecidos inclusive durante o pré-natal.

As ações e serviços devem ser ofertados com qualidade e em tempo oportuno, respeitando as diferentes realidades geográficas, sociais e individuais, fundamentadas sempre nas diretrizes contidas na Política Nacional dos Direitos Sexuais e Reprodutivos (Brasil, 2005) e na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004).

Para que as ações alcancem os objetivos previstos nas políticas públicas orientadoras, é necessário que a gestão conheça e reconheça as diversas realidades locais e as condições de acesso às ações e serviços de saúde. Guiada por estas premissas, a Área Técnica da Saúde das

Mulheres da SUPAPS presta apoio técnico aos municípios do estado do Rio de Janeiro para implementação e qualificação das Linhas de Cuidado em saúde sexual e reprodutiva a partir das diretrizes vigentes. O trabalho é desenvolvido principalmente através de reuniões técnicas com gestores e profissionais dos municípios, visitas técnicas aos municípios, oficinas de elaboração das linhas de cuidado em saúde sexual e reprodutiva, monitoramento dos indicadores e devolutiva para os municípios, realização de encontros periódicos do Fórum Estadual em Saúde Sexual e Reprodutiva, dentre outras.

As linhas de cuidados em saúde sexual e reprodutiva devem ser orientadas pelos seguintes princípios/objetivos:

- Ampliação da oferta de métodos contraceptivos reversíveis no SUS;
- Fortalecimento e qualificação das atividades educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva;
- Capacitação de profissionais da APS em saúde sexual e reprodutiva;
- Ampliação do acesso à esterilização feminina voluntária.

O DIU de cobre é um método contraceptivo de longa duração disponibilizado universalmente no SUS. Não hormonal, apresenta caráter reversível e alta efetividade, com taxas de mais de 99% de eficácia na prevenção da gravidez com taxas inferiores à 0,4%, além de apresentar excelente custo-benefício e podendo ser mantido na cavidade uterina por período superior a 10 anos. Trata-se também de um método que fortalece a autonomia da mulher e que possibilita o retorno à fertilidade logo que interrompido (BRASIL 2018).

Além de sua eficácia, o DIU apresenta vantagens como a baixa manutenção e a independência da usuária após a inserção, fatores que elevam a adesão e a satisfação das usuárias (MCPHEE et al., 2019).

Assim, é importante que os fluxos, ações e serviços para a oferta do DIU de cobre estejam presentes em cada Linha de Cuidado em Saúde Sexual e Reprodutiva elaborada pelos municípios do estado, que deve integrar a atenção destinada para todas as mulheres em idade fértil, incluindo a população adolescente, e devem compor a atenção em saúde e o cuidado às gestantes durante o acompanhamento pré-natal, fortalecendo e qualificando as ações de planejamento reprodutivo neste período, dando destaque a possibilidade da inserção do DIU de cobre no pós parto imediato e pós abortamento.

A incorporação do DIU na APS exige capacitação adequada dos profissionais de saúde, infraestrutura mínima e protocolos clínicos claros, de modo a garantir segurança, acolhimento e respeito às escolhas das mulheres (BRASIL, 2020). Assim, a ampliação do acesso ao DIU contribui para a redução da incidência de abortos inseguros, diminuição das desigualdades em saúde e fortalecimento da integralidade do cuidado na atenção básica, alinhando-se às diretrizes do SUS e às políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva no Brasil.

Um panorama geral do estado demonstra que a maioria dos municípios dispõe de oferta do planejamento reprodutivo em todas as APS, com foco na promoção da saúde sexual e reprodutiva. Na Região da Baía da Ilha Grande, todos os Municípios fazem inserção de DIU na APS. Além disso, Angra dos Reis oferece o Implante Subdérmico Liberador de Etonogestrel (Implanon) conforme protocolo municipal.

Somente um município em cada uma das Regiões da Baixada litorânea, Centro Sul Fluminense, Metropolitana I, Metropolitana II e Norte não ofertam acesso ao DIU na APS. Dois municípios em cada uma das regiões Serrana e Médio Paraíba e três municípios da Região Noroeste, também não ofertam o método na APS.

Conforme pode ser observado na Tabela 11, a oferta do DIU de cobre na APS está presente em todas as regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, no entanto, alguns municípios concentram as inserções do dispositivo em níveis mais especializados de atenção - em maternidades e hospitais, e outros ainda não disponibilizam o método às suas muncípices. A falta de profissionais capacitados é o motivo mais alegado pelos gestores municipais que ainda não ofertam o dispositivo. E alguns relatam que apesar da disponibilidade do dispositivo, ainda há falta de material para a inserção. A oferta do DIU, portanto, precisa ser aprimorada e expandida, para garantir que todas as mulheres em idade fértil tenham acesso a esse método contraceptivo de forma equitativa. Isso requer não apenas a disponibilização do procedimento, mas também uma estratégia educativa que envolva a comunidade, informando sobre os benefícios do DIU como uma opção segura e eficaz de contracepção de longo prazo.

**Tabela 11. Oferta do DIU de cobre no estado do Rio de Janeiro, 2023.**

Região	Município	Inseriu DIU em 2023	Serviços	Inseriu DIU Na APS
Baía da Ilha Grande	Angra dos Reis	Sim	UBS, Ambulatório	Sim
	Mangaratiba	Sim	Ambulatório	Sim
	Paraty	Sim	UBS, Ambulatório, Hospital	Sim
Baixada Litorânea	Araruama	Sim	Ambulatório	Sim
	Armação de Búzios	Sim	Ambulatório	Sim
	Arraial do Cabo	Sim	Ambulatório	Sim
	Cabo Frio	Não		
	Casimiro de Abreu	Sim	Ambulatório	Sim
	Iguaba Grande	Sim	Ambulatório	Sim
	Rio das Ostras	Sim	Ambulatório	Sim
	São Pedro da Aldeia	Sim	Ambulatório	Sim
	Saquarema	Sim	Ambulatório	Sim
	Areal	Sim	Ambulatório	Sim
Centro Sul Fluminense	Comendador Levy Gasparian	Sim	Ambulatório	Sim
	Engenheiro Paulo de Frontin	Sim	Ambulatório	Sim
	Mendes	Sim	Ambulatório	Sim
	Miguel Pereira	Sim	Ambulatório, Hospital	Sim
	Paracambi	Não		
	Paraíba do Sul	Sim	Ambulatório	Sim
	Paty do Alferes	Sim	Ambulatório	Sim
	Sapucaia	Sim	Ambulatório	Sim
	Três Rios	Sim	Ambulatório	Sim
	Vassouras	Sim	UBS, Maternidade, Ambulatório, Hospital	Sim
Médio Paraíba	Barra do Piraf	Não		
	Barra Mansa	Sim	Hospital	
	Itatiaia	Sim	Ambulatório	Sim
	Pinheiral	Sim	UBS	Sim
	Piraf	Sim	Ambulatório	Sim
	Porto Real	Sim	Ambulatório	Sim
	Quatis	Não		
	Resende	Sim	Ambulatório	Sim
	Rio Claro	Sim	UBS, Hospital	Sim
	Rio das Flores	Sim	Ambulatório	Sim
Metropolitana I	Valença	N/R	N/R	N/R
	Volta Redonda	Sim	Maternidade, Ambulatório	Sim
	Belford Roxo	Sim	Ambulatório	Sim
	Duque de Caxias	Sim	UBS, Maternidade, Ambulatório	Sim
	Itaguaí	Sim	Ambulatório	Sim
	Japeri	Sim	Ambulatório	Sim
	Magé	Sim	Maternidade	Não
	Mesquita	Sim	UBS	Sim
	Nilópolis	N/R	N/R	N/R
	Nova Iguaçu	Sim	Maternidade, ambulatório	Sim
Metropolitana II	Queimados	Sim	Maternidade, ambulatório	Sim
	Rio de Janeiro	Sim	Ambulatório	Sim
	São João de Meriti	Sim		Não Informado
	São João de Meriti	Não		
	Seropédica	Sim	Maternidade	Não
	Itaboraí	Sim	Maternidade, Ambulatório	Sim
	Maricá	Sim	UBS, Maternidade, Ambulatório	Sim
	Niterói	Sim	Maternidade, Ambulatório, Hospital	Sim
	Rio Bonito	Não		
	São Gonçalo	Sim	Maternidade, Ambulatório	Sim
Noroeste	Silva Jardim	Sim	Ambulatório	Sim
	Tanguá	Sim	Ambulatório	Sim
	Aperibé	Sim	Hospital	Não
	Bom Jesus de Itabapoana	Sim	Ambulatório	Sim
	Cambuci	Sim	Hospital	Não
	Cardoso Moreira	Não		
	Italva	Sim	Ambulatório	Sim
	Itaocara	Não		
	Itaperuna	Sim	Ambulatório	Sim
	Laje de Muriaé	Sim	UBS	Sim
Miracema	Sim	Hospital	Não	
Norte	Natividade	Não		
	Porciúncula	Sim	Ambulatório	Sim
	Santo Antônio de Pádua	Sim	Hospital	Não
	São José de Ubá	Não		
	Varre-Sai	Sim	Ambulatório	Sim
	Campos de Goytacazes	Sim	UBS, Maternidade, Ambulatório, Hospital	Sim
	Carapebus	Sim	UBS	Sim
	Conceição de Macabu	N/R	N/R	N/R
	Macaé	Sim	Maternidade, Ambulatório	Sim
	Quissamã	Sim	Maternidade	Não
Serrana	São Fidélis	Sim	Ambulatório	Sim
	São Francisco de Itabapoana	Não		
	São João da Barra	Sim	Ambulatório	Sim
	Bom Jardim	Não		
	Cachoeiras de Macacu	Sim	Hospital	Não
	Cantagalo	Sim	Hospital	Não
	Carmo	Sim	Ambulatório	Sim
	Cordeiro	Sim	Ambulatório	Sim
	Duas Barras	Sim	Ambulatório, Hospital	Sim
	Guapimirim	Sim	Maternidade, Ambulatório	Sim
Macuco	Sim	Ambulatório	Sim	
Nova Friburgo	Sim	UBS, Maternidade	Sim	
Petropolis	Sim	UBS, Maternidade, Ambulatório	Sim	
Santa Maria Madalena	Sim	Hospital	Não	
São José do Rio Preto	Sim	Ambulatório	Sim	
São Sebastião do Alto	Não			
Sumidouro	Não			
Teresópolis	Sim	UBS, Maternidade, Ambulatório, Hospital	Sim	
Trajano de Moraes	N/R	N/R	N/R	

Fonte: SES-RJ

A oferta da esterilização definitiva deve estar contemplada nas linhas de cuidado em saúde sexual e reprodutiva. Quanto a este campo, a Área Técnica da Saúde das Mulheres publicou através da Deliberação CIB-RJ nº 5.570 de 08 de novembro de 2018, o fluxo para o

credenciamento e habilitação dos Serviços de Laqueadura no âmbito do SUS no estado do Rio de Janeiro. Trata-se de um documento norteador para os municípios que desejam habilitar os procedimentos de esterilização definitiva em uma unidade hospitalar SUS de seu território, a partir da descrição da linha de cuidado em saúde sexual e reprodutiva, ações, serviços e fluxos ofertados incluindo o acesso à esterilização definitiva.

Nos casos nos quais os municípios não possuam unidade hospitalar ou maternidade em seu território, as linhas de cuidado devem prever o fluxo de encaminhamento para municípios vizinhos onde o procedimento será realizado.

#### Atenção integral às mulheres privadas de liberdade

No ERJ, o sistema prisional feminino está concentrado exclusivamente na capital. Visando à qualificação da atenção à saúde da mulher privada de liberdade, houve a ampliação das equipes da Estratégia de Saúde no Sistema Prisional e a extensão do Programa Cegonha Carioca para esse público específico. Essa ação tem como principal objetivo garantir a vinculação precoce das gestantes privadas de liberdade às maternidades de referência, assegurando o acesso ao cuidado integral durante o pré-natal, parto e puerpério.

#### Atenção integral às gestantes em situação de rua

O Consultório na Rua (CnaR) tem como finalidade ofertar atenção integral à saúde da população em situação de rua, por meio de equipes multiprofissionais compostas por médico, cirurgião-dentista, enfermeiro, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal, assistente social e psicólogo. Essa estratégia busca romper barreiras de acesso, proporcionando cuidados contínuos e em consonância com as diretrizes da APS (Brasil, 2012).

Alguns municípios do estado possuem equipes de Consultório na Rua com estrutura consolidada.

Destacam-se, na Região Médio Paraíba, os municípios de Barra Mansa e Resende, que apresentam equipes organizadas e operacionalmente efetivas.

Na Região Metropolitana II, os municípios de Itaboraí, São Gonçalo e Maricá contam com uma equipe cada, enquanto Niterói possui duas equipes atuantes.

Já Petrópolis, na Região Serrana, mantém equipes de Consultório na Rua desde 2016.

A realidade da atenção à saúde por meio do CnaR no estado é caracterizada por forte heterogeneidade, refletindo as distintas capacidades operacionais, os perfis demográficos e as demandas específicas de cada município. Nas localidades em que não há equipes específicas do programa, a atenção à população em situação de rua é realizada por outras modalidades da APS, que frequentemente enfrentam limitações estruturais e operacionais no atendimento a esse grupo populacional vulnerável.

Em 2023, o CnaR do município de Campos dos Goytacazes acompanhou três gestantes em situação provisória de rua. Duas retornaram ao convívio familiar ao longo do processo de acompanhamento, enquanto uma teve a gestação interrompida. Esse dado exemplifica tanto a efetividade das ações intersetoriais de reintegração social quanto a complexidade dos casos atendidos pelas equipes.

#### Atenção integral às gestantes e puérperas pertencentes aos povos indígenas e quilombolas

A assistência à saúde de gestantes e puérperas pertencentes aos povos indígenas e às comunidades quilombolas é realizada prioritariamente por meio da APS, diretamente em seus territórios de origem. Essa abordagem visa a assegurar o acesso dessas populações a cuidados qualificados, respeitando suas especificidades socioculturais.

Nos casos que requerem intervenções de maior complexidade, a atenção é compartilhada com ambulatórios especializados e unidades hospitalares, incluindo maternidades, garantindo a integralidade e a continuidade do cuidado. Esse modelo de atenção busca harmonizar o respeito às tradições culturais com o fornecimento de acesso oportuno e adequado aos serviços de saúde.

Quanto à presença dos povos indígenas, destacam-se:

- O município do Rio de Janeiro possui a maior população indígena do estado, com destaque para o Bairro da Maré.
- A Aldeia Sapukai, localizada em Angra dos Reis, é a maior aldeia indígena do estado do Rio de Janeiro.
- O município com maior taxa de população indígena do estado é Paraty.

No que tange às comunidades quilombolas, os municípios com registro populacional são: Armação dos Búzios, São Pedro da Aldeia, Areal, Barra Mansa, Quatis, Rio Claro,

Valença, Volta Redonda, Magé, Niterói, Itaboraí, Cabo Frio, Campos dos Goytacazes, Quissamã e Silva Jardim.

O município do estado do Rio de Janeiro com a maior população quilombola é Cabo Frio, com 3.137 pessoas, de acordo com o IBGE. Em seguida, Campos dos Goytacazes, com 3.083 quilombolas.

Em Niterói, destaca-se o Quilombo do Grotão, situado no bairro Engenho do Mato, dentro do Parque Estadual da Serra da Tiririca. Esse território abriga 189 pessoas autodeclaradas quilombolas, distribuídas em 86 domicílios. A comunidade é assistida por equipe da ESF, que realiza visitas domiciliares regulares e promove ações de saúde preventiva. Das 58 mulheres quilombolas em idade fértil residentes em Niterói, observa-se uma distribuição etária com dois picos: o primeiro, entre 45 e 49 anos (25,8%, equivalente a 15 mulheres), e o segundo, entre 25 e 29 anos (18,9%, correspondendo a 11 mulheres). Adicionalmente, há 11 jovens com idade entre 10 e 24 anos.

O município de Campos dos Goytacazes abriga seis comunidades quilombolas reconhecidas, sendo quatro pela Fundação Cultural Palmares e duas pelo Programa de Acesso ao Alimento de Qualidade (PAAQ). Nessas comunidades residem 872 famílias, das quais 456 mulheres estão em idade fértil, correspondendo a 63,6% da população feminina quilombola local.

#### Pré-natal da parceria

Em linhas gerais todos os municípios incentivam a estratégia do pré-natal da parceria, implementada nas UBS com o objetivo de envolver ativamente a gestante e sua rede de apoio, composta por parceiros(as), familiares ou outros acompanhantes significativos, no processo de acompanhamento da gestação. Essa abordagem contribui para a ampliação do cuidado integral e humanizado no âmbito da APS.

No estado do Rio de Janeiro, 28 dos 92 municípios aderiram à Estratégia Pré-Natal Parceiro (a), o que representa aproximadamente 30,4% do total. São eles: Araruama, Arraial do Cabo, Barra Mansa, Cabo Frio, Cachoeiras de Macacu, Campos dos Goytacazes, Cantagalo, Casimiro de Abreu, Guapimirim, Itaboraí, Itaocara, Itaperuna, Macaé, Mendes, Mesquita, Niterói, Nova Friburgo, Nova Iguaçu, Petrópolis, Quissamã, Resende, Rio Bonito, São Gonçalo, Saquarema, Silva Jardim, Tanguá, Teresópolis e Três Rios.

A participação da parceria nas consultas pré-natal fortalece o vínculo entre os profissionais de saúde, a gestante e sua família, promovendo maior acolhimento, segurança e corresponsabilidade. Essa interação possibilita o compartilhamento de informações sobre o processo gestacional, parto, puerpério, cuidados com o recém-nascido, planejamento reprodutivo e prevenção de agravos, como infecções sexualmente transmissíveis (Brasil, 2018).

Além disso, durante o acompanhamento, são oferecidos serviços como aconselhamento em saúde, atualização do calendário vacinal, realização de testagens rápidas e orientações sobre paternidade/maternidade responsável. A inserção da parceria contribui diretamente para a adesão ao pré-natal, o fortalecimento do suporte emocional à gestante e a construção de um ambiente familiar mais preparado para o nascimento e os cuidados com o bebê.

Portanto, o pré-natal da parceria representa uma prática fundamental para a qualificação da atenção pré-natal, promovendo um cuidado ampliado e centrado na mulher, no(a) acompanhante e no contexto familiar, com impacto positivo sobre os desfechos da saúde materno-infantil.

#### Ações educacionais para as gestantes, parceria/familiares e profissionais

De forma geral, os municípios promovem ações educativas no âmbito da APS, utilizando metodologias ativas, como rodas de conversa, grupos de gestantes e atividades realizadas em salas de espera com abordagem pedagógica. Nessas ações, são trabalhados temas fundamentais para a saúde materno-infantil, incluindo amamentação, paternidade responsável, acompanhamento pré-natal, puerpério, puericultura, realização de exames, cuidados no pós-parto, planejamento familiar, triagem neonatal, alimentação saudável, prática de atividade física e incentivo ao parto normal, entre outros.

Adicionalmente, é realizada visita guiada às maternidades com o objetivo de esclarecer dúvidas recorrentes entre as gestantes e seus familiares, promovendo maior vínculo com os serviços de saúde e contribuindo para a redução da ansiedade e o fortalecimento do protagonismo da mulher no processo gestacional.

Paralelamente às ações voltadas ao público, os municípios também investem na qualificação das equipes de saúde por meio da realização de capacitações e atualizações periódicas. Essas formações têm como foco a humanização do atendimento, o fortalecimento do trabalho em equipe e a qualificação das práticas clínicas e profissionais, visando à melhoria contínua da assistência prestada.

#### **4.2.2 Parto e Nascimento**

O parto configura-se como um processo fisiológico e natural que, na maioria dos casos, pode ser vivenciado sem intercorrências tanto pela mulher quanto para o bebê. Nesse sentido, o parto normal representa o natural desfecho da gestação, momento em que o feto em seu próprio tempo e estimulado naturalmente pelo corpo materno, vem ao mundo. Em contrapartida, a cesariana é indicada quando o processo natural do parto se desvia do curso fisiológico, apresentando risco tanto para mãe quanto para o bebê (Brasil, 2017).

Nos últimos anos a taxa de cesariana no país vem atingindo índices alarmantes, constituindo um motivo de complicações no parto e um dos principais exemplos do modelo assistencial excessivamente intervencionista. A cesariana representa cerca de 65% da via de nascimento no estado do Rio de Janeiro, chegando a 92% na região Noroeste. Cada cesariana desnecessária significa um risco maior de complicações, como infecção, hemorragia e complicações anestésicas, as quais contribuem com o aumento das taxas de mortalidade materna. Além disso, o excesso de procedimentos cirúrgicos, internações e tratamentos de complicações representam o desperdício de milhões de reais por ano no SUS (Brasil, 2016).

O contexto atual é influenciado por diversos fatores, sendo o principal deles a cesariana a pedido materno. O conhecimento da parturiente é o que vai influenciar na sua escolha pela via de parto. E este vem sendo moldado por experiências anteriores ruins, por experiências desfavoráveis vivenciadas por familiares e amigos ou por medo da dor do parto (Tostes & Seidl, 2016).

Outro motivo são as cesarianas eletivas que ocorrem em muitos municípios, agendadas em único dia da semana, pois não dispõem de maternidades com equipes profissionais completas que atuem em regime de plantão (Souza, 2002).

### Taxa de ocupação e média de permanência dos leitos obstétricos e neonatais

A taxa de ocupação hospitalar é um indicador que mede o aproveitamento dos leitos disponíveis em um hospital, expressa em porcentagem, e serve para avaliar a capacidade de atendimento e a eficiência da gestão. Uma alta taxa pode indicar alta demanda e necessidade de mais leitos, enquanto uma baixa taxa pode sugerir subutilização e possíveis falhas na gestão (Brasil, 2004).

No estado do Rio de Janeiro há grande demanda por leitos obstétricos, estando o serviço muitas vezes em sua operacionalidade sobrecarregado, devido a divisão desigual dos serviços entre as regiões. No estado a maioria dos leitos obstétricos está na capital (Vieira; Cunha; Barros, 2014).

Segundo Alves, Coelho e Martins, 2024, no estado do Rio de Janeiro existe uma grande desigualdade geográfica na distribuição e acesso a serviços de atenção ao parto. Os autores apontam os vazios assistenciais no SUS que fazem com que grande parte das gestantes precise se deslocar de um município a outro para ser devidamente assistida.

### Proporção de partos vaginais e cesariana

Nas últimas décadas, o Brasil vivenciou uma mudança no padrão de nascimento, as cesarianas tornaram-se a via de nascimento mais comum. Deve-se ressaltar que, quando realizada sob indicações médicas, a cesariana é uma cirurgia segura e essencial para a saúde materna e infantil. Entretanto, quando realizada sem justificativa clínica pode agregar riscos desnecessários sem que haja um benefício claro (Brasil, 2026).

A proporção de cesariana sobre o parto vaginal é superior em todas as regiões de saúde do estado, excedendo a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera como ideal 10 a 15% de cirurgias cesarianas, quando clinicamente necessárias.

A **Região Metropolitana I** é a que apresenta o maior número de partos vaginais (46,2%), mas ainda assim, o número de cesarianas é maior. A região de maior proporção de cesáreas é a Noroeste (92,66%), que apresenta um índice preocupante.

Na **Região da Baía da Ilha Grande**, a saúde materno-infantil se destaca pela humanização. Quase metade dos partos normais (49,54%) são conduzidos por parteiras e enfermeiras obstétricas, garantindo que a mulher seja a protagonista do seu próprio parto.

Embora não haja uma maternidade habilitada para alto risco na localidade, a região conta com serviços especializados para atender a essa demanda.

Na **Região da Baixada Litorânea** a ausência de atuação de enfermeiras obstetras representa um desafio significativo, pois é precisamente a presença delas que a região cita como uma das estratégias para a diminuição da taxa de 70% de cesarianas. Para os casos de alto risco, a referência principal é o Hospital Estadual dos Lagos Nossa Senhora de Nazareth (H.E. Lagos) e via SER.

A **Região Centro Sul** possui 4 maternidades, que recebem gestantes referenciadas dos 10 municípios. O município de Paracambi informou 100% dos partos normais realizados por enfermeiras obstétricas no ano de 2023.

Alguns municípios da **Região Médio Paraíba** registram taxas de parto normal superiores a 40%. Valença se sobressai nesse aspecto, atingindo 49,8%. É relevante notar que, em Resende, partos normais de baixo risco são realizados por enfermeiras obstetras, com o devido registro de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Os partos de alto risco da região são encaminhados para hospitais pactuados ou via SER.

Nessa **Região Metropolitana I** fica localizada a única Casa de Parto do estado, um espaço onde a condução e realização dos partos são de responsabilidade exclusiva de enfermeiras obstetras. Quanto aos casos de alto risco, a maioria dos municípios utiliza o encaminhamento via SER, embora alguns já disponham de serviços próprios para esse tipo de atendimento.

Na **Região Metropolitana II**, o município de Niterói se destaca significativamente na região, registrando 68% de partos normais em sua unidade de baixo risco. Além disso, é em Niterói que se concentram os hospitais de referência para alto risco da região. Apesar das referências para o alto risco na região, muitas gestantes são referenciadas via SER para outras maternidades em outra região de saúde, sendo esse um dificultador de acesso devido à distância.

Com taxa de 91,46 % de partos cesarianas, a **Região Noroeste** ressalta que esse número reflete indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal, além de entraves regionais que dificultam a implementação de políticas voltadas para o parto natural e humanizado. Os partos de alto risco são encaminhados via SER.

Na **Região Norte**, o Município de Campos dos Goytacazes possui duas maternidades contratualizadas para atendimento SUS: Hospital dos Plantadores de Cana (HPC – CNES

2298317) e Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos (SPBC – CNES 2287250). O HPC possui habilitação em Atenção Hospitalar de Referência a Gestação de Alto Risco tipo II (GAR II), sendo a única referência da região. Apesar da maternidade ser a referência da região para o alto risco, muitas gestantes são referenciadas via SER para outras maternidades em outra região de saúde, sendo esse um dificultador de acesso devido   distância.

Na **Região Serrana**, apenas o município de Petrópolis conta com a atua o de enfermeiras obstetras, responsáveis por 29% dos partos normais, um número que, embora ainda pequeno,   significativo em compara o com os outros municípios que não oferecem esse serviço. Em muitos municípios da região, a cesariana   realizada de forma eletiva em um dia específico da semana. Nova Friburgo se destaca como referência de alto risco para a região, contudo, há queixas na região sobre dificuldades no acesso, sendo a regula o realizada pelo SER.

**Tabela 12. Propor o de partos vaginais e cirurgia cesariana. Rio de Janeiro, 2023.**

Região de Saúde	Vaginal (%)	Cesáreo (%)	Total (%)
Baía da Ilha Grande	37,64	62,36	100
Baixada Litorânea	30,76	69,24	100
Centro-Sul	24,87	75,13	100
Médio Paraíba	28,6	71,4	100
Metropolitana I	46,2	53,8	100
Metropolitana II	32,71	67,29	100
Noroeste	7,34	92,66	100
Norte	32,47	67,53	100
Serrana	29,42	70,58	100

Fonte: SIH

#### Propor o de partos vaginais realizados por enfermagem obstetra/obstetriz

No ERJ, a realiza o de partos por enfermeiras obstétricas enfrenta desafios significativos, como o número reduzido de profissionais especializados e a falta de salários compatíveis com a importância da atividade desempenhada, devido principalmente, a uma forte cultura de resistência e não aceita o da capacita o desses profissionais em alguns municípios.

O número reduzido de partos realizados por enfermeiras obstétricas no estado torna-se ainda menor, quando se pensa na realização do parto, visto que grande parte desses profissionais participa apenas do acompanhamento do trabalho de parto, e não de sua efetiva condução, o que pode ser comprovado pelo baixíssimo número de AIH por esses profissionais. De acordo com Silva e Nascimento (2017), embora as enfermeiras obstétricas possam promover mudanças no cuidado, sua autonomia ainda enfrenta limites e depende de apoio institucional para implementar as recomendações do MS e da OMS.

**Tabela 13. Proporção de partos vaginais realizados por enfermagem obstetra/obstetriz. Rio de Janeiro, 2023.**

Região de Saúde	Número
Baía da Ilha Grande	390
Baixada Litorânea	223
Centro-Sul	280
Médio Paraíba	413
Metropolitana I	10948
Metropolitana II	1060
Noroeste	9
Norte	1603
Serrana	300
Total	15239

Fonte: SIH

#### Taxa de partos com acompanhantes no pré-parto, parto e pós-parto

Em relação a taxa de partos com acompanhantes no pré-parto, parto e pós-parto, é importante lembrar que a Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/2005) garante à gestante o direito a um acompanhante de sua escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, independentemente do tipo de parto.

Segundo Portaria nº 238 de 30 de março de 2006, são considerados procedimentos na diária de acompanhante para gestante: parto normal, parto com manobras, parto com eclampsia, cesariana, parto normal-exclusivamente para hospitais amigos da criança, cesariana exclusivamente para hospitais amigos da criança, parto normal em gestantes de alto risco, cesariana em gestantes de alto risco, parto normal sem distocia realizado por enfermeira

obstetra, cesariana com laqueadura tubaria em paciente com cesariana anterior, cesariana com laqueadura tubária, tendo tempo de permanência diferenciados para cada um deles.

Os Hospitais Amigos da Criança, que promovem protocolos humanizados, podem influenciar para que as diárias sejam mais eficientes, com recuperação mais rápida, reduzindo tempo de permanência quando comparados a hospitais convencionais.

Não foi possível inferir a taxa de partos com acompanhantes em cada período de pré-parto, parto e pós-parto do estado, contudo foi extraído do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do SUS, a média de diárias de acompanhante por ano de processamento, segundo o procedimento realizado.

**Tabela 14. Média de diárias de acompanhante segundo procedimento realizado. Rio de Janeiro, 2023.**

Procedimento realizado	%
03.10.01.0039 Parto Normal	1,5
03.10.01.0047 Parto Normal em Gestação de Alto Risco	1,5
03.10.01.0055 Parto Normal em Centro de Parto Normal (CPN)	2
04.11.01.0026 Parto Cesariano em Gestação de Alto Risco	1,6
04.11.01.0034 Parto Cesariano	1,5
04.11.01.0042 Parto Cesariano C/ Laqueadura Tubaria	1,7

Fonte: SIH

#### Proporção de cesarianas consoante a classificação dos grupos de Robson

A Escala de Robson é uma ferramenta padronizada recomendada pela OMS para classificar cesarianas, facilitando a análise comparativa e a avaliação da qualidade da assistência obstétrica (OMS, 2015). No Brasil, e em especial no estado do Rio de Janeiro, o índice de cesarianas permanece elevado, o que aponta para a necessidade de intervenções baseadas em evidências e com foco na humanização do parto.

Esse instrumento propõe a classificação de todas as gestantes em dez grupos mutuamente exclusivos, com base em cinco critérios principais: paridade, número de fetos, apresentação fetal, idade gestacional e início do trabalho de parto. Essa abordagem padronizada permite compreender quais grupos contribuem mais para as altas taxas de cesáreas em uma determinada instituição ou região de saúde.

O enfrentamento dessa realidade será realizado e potencializado com a implementação e fortalecimento da Rede Alyne, que tem como missão qualificar a atenção obstétrica e neonatal.

A reorganização dos serviços obstétricos, com estruturação de fluxos assistenciais bem definidos, a melhoria no financiamento público da assistência obstétrica e o acompanhamento sistemático dos indicadores de cesariana por grupo de Robson serão pilares essenciais para promover um cuidado mais seguro, baseado em evidências e centrado nas necessidades das mulheres. A atuação articulada da Rede permitirá identificar pontos críticos, monitorar avanços e induzir práticas que valorizem o parto vaginal como via preferencial nas situações de menor risco, contribuindo para a redução de cesarianas desnecessárias e para a preservação da saúde reprodutiva das mulheres fluminenses.

**Tabela 15. Proporção de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico (Grupos de Robson). Rio de Janeiro, 2023.**

Região de Saúde	Classificação									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Baía da Ilha Grande	14,39	14,33	17,14	9,07	28,15	1,53	2,1	1,81	0,16	10,7
Baixada Litorânea	17,58	10,29	16,83	5,84	27,41	1,07	1,48	1,81	0,17	10,02
Centro Sul	15,66	14,23	14,4	8,74	23,7	1,14	1,45	2,65	0,11	11,97
Médio Paraíba	17,07	14,93	13,34	7,04	28,44	1,47	1,83	2,48	0,23	12,31
Metropolitana I	17,38	15,38	19,44	11,27	21,22	1,2	1,69	2,38	0,17	9,32
Metropolitana II	18,5	14,68	16,32	7,36	28,58	1,12	1,06	2,36	0,08	8,89
Noroeste	18,77	13,31	7,29	4,1	39,86	1,44	1,68	2,29	0,11	9,8
Norte	15,78	13,53	14,03	8,23	29,35	1,04	1,81	2,36	0,13	10,4
Serrana	16,67	15,35	12,59	7,68	28,81	1,38	1,86	2,65	0,14	8,77

Fonte: MS

#### Proporção de nascidos vivos de mãe adolescente

A gravidez na adolescência configura um grave problema de saúde pública no Brasil, acarretando diversas consequências negativas tanto para a saúde da mãe quanto do bebê. Adicionalmente, essa situação impacta significativamente o desenvolvimento social, escolar e profissional das jovens. Diante disso, o Ministério da Saúde tem implementado diversas ações e políticas com o objetivo de prevenir a gravidez precoce e assegurar o acesso a serviços de saúde adequados para gestantes e seus recém-nascidos (Brasil, 2025).

Em 2023 o Ministério da Saúde estabeleceu como meta uma taxa de gravidez na adolescência abaixo de 10%. O estado apresentou 10,9%, ficando acima da meta estabelecida, com destaque para região Norte que apresentou o maior índice, com 12,7%, seguida da Médio Paraíba, com 9,9%.

**Tabela 16. Proporção de nascidos vivos de mãe adolescente. Rio de Janeiro, 2023.**

Estado/Região de Saúde	%
ERJ	10,9
Baía da Ilha Grande	10,7
Baixada Litorânea	11,6
Centro Sul	11,8
Médio Paraíba	9,9
Metropolitana I	10,8
Metropolitana II	10,8
Noroeste	11,9
Norte	12,7
Serrana	10,1

Fonte: SINASC

### Proporção de Inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) na Atenção Ambulatorial e Hospitalar

A proporção de inserção do DIU na atenção ambulatorial e hospitalar é um indicador relevante para avaliar o acesso e a utilização do método contraceptivo de longa duração.

Apesar dos benefícios e da sua disponibilidade no SUS, a taxa de utilização do DIU ainda é relativamente baixa em comparação com outros métodos contraceptivos e com taxas observadas em outros países. Dados indicam que a utilização de DIU no Brasil, incluindo tanto o de cobre quanto o hormonal, permanece em torno de 3%. Barreiras organizacionais, como a limitada disponibilidade do serviço nos municípios, e a falta de informação, tanto por parte dos profissionais de saúde sobre as diretrizes e técnicas de inserção quanto da população em geral acerca da segurança do método, dificultam o seu acesso.

Em suma, a proporção de inserção do DIU é um reflexo da complexa interação entre a oferta de serviços, a capacitação dos profissionais e a demanda das usuárias, apresentando variações significativas entre as diferentes regiões de saúde e municípios do estado.

**Tabela 17. Produção ambulatorial de inserções de Dispositivo Intrauterino (DIU). Rio de Janeiro, 2023.**

Região de Saúde	Número de Inserções de DIU
Baía da Ilha Grande	125
Baixada Litorânea	299
Centro-Sul	58
Médio Paraíba	307
Metropolitana I	25119
Metropolitana II	176
Noroeste	41
Norte	379
Serrana	291
Total	26.795

**Fonte: SES-RJ**

Percentual de maternidades habilitadas como referência para Gestação de Alto Risco com Banco Leite Humano com autossuficiência

O estado do Rio de Janeiro possui 18 Bancos de Leite Humano (BHLs) implantados e distribuídos da seguinte forma pelas 9 regiões de saúde: 12 na região Metro I, 01 na Metro II, 03 na região Serrana, 01 na região Médio Paraíba e 01 na região Norte. As regiões da Baixada Litorânea, da Baía da Ilha Grande, Centro Sul e Noroeste não possuem BHL.

O novo custeio determina que todos os BHLs recebam recursos sendo o valor de R\$ 20.000,00 mensais em parcela única anual, para Bancos de Leite autossuficientes e o valor de R\$ 15.000,00 mensais em parcela única anual para os Bancos de Leite não autossuficientes. Até o início do monitoramento do indicador de autossuficiência, todos os serviços receberão o valor de R\$ 15.000,00, pois esse indicador começará a ser monitorado ao longo do ano de 2025, após a implementação deste no Sistema de Gestão da Informação da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH-BR). Serão considerados autossuficientes os BLH com capacidade de atender, exclusivamente com leite humano pasteurizado ou extraído pela própria mãe à beira leito, a pelo menos 80% (oitenta por cento) das prescrições destinadas aos recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso, internados nas unidades neonatais a eles vinculados.

Os BLHs têm cumprido importante papel assistencial junto às puérperas e nutrizes, no sentido de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. A implantação de novos Bancos de Leite, principalmente nas regiões desguarnecidas fortalece as políticas públicas de saúde voltadas para a saúde do binômio mãe-bebê.

**Tabela 18. Maternidades habilitadas como referência para Gestação de Alto Risco com Banco Leite Humano. Rio de Janeiro, 2025.**

Região de Saúde	Município	Maternidades AR	Esfera	Banco de Leite	Posto de Coleta
Metro I	Nova Iguaçu	Maternidade Municipal Mariana Bulhões/Hospital Geral de Nova Iguaçu	Municipal	NÃO	
	Sao Joao de Meriti	SES RJ Hospital da Mulher Heloneida Studart	Estadual	Hospital da Mulher Heloneida Studart	Hospital Estadual Maternidade Mãe de Mesquita
	Duque de Caxias	Hospital Municipalizado Adao Pereira Nunes	Municipal	Hospital Municipalizado Adão Pereira Nunes	
	Rio de Janeiro	Hospital Universitario Gaffree e Guinle	Federal	NÃO	
	Rio de Janeiro	IFF Fiocruz	Federal	Instituto Fernandes Figueira	1. PCLH Maria Amélia Buarque de Hollanda 2. PCLH do Hospital Central do Exército 3. PCLHO da Maternidade Escola da UFRJ
	Rio de Janeiro	MS Hospital Geral De Bonsucesso	Federal	NÃO	
	Rio de Janeiro	MS Hospital dos Servidores do Estado	Federal	Hospital Federal dos Servidores do Estado	
	Rio de Janeiro	SMS Hospital Maternidade Herculano Pinheiro	Municipal	Hospital Maternidade Herculano Pinheiro	
	Rio de Janeiro	SMS Hospital Municipal Lourenço Jorge/Maternidade Leila Diniz	Municipal	Maternidade Leila Diniz	1. Posto de Coleta Perinatal da Barra 2. Posto de Coleta CF Barbara Mosley de Souza
	Rio de Janeiro	SMS Hospital Maternidade Fernando Magalhães Ap 10	Municipal	Hospital Maternidade Fernando Magalhães	Clínica da Família São Sebastião
	Rio de Janeiro	SMS Hospital Municipal Rocha Faria Ap 52	Municipal	Hospital Municipal Rocha Faria	
	Rio de Janeiro	SMS Matem Alexander Fleming Ap 33	Municipal	Hospital Maternidade Alexander Fleming	
	Rio de Janeiro	SMS Maternidade Carmela Dutra Ap 32	Municipal	Hospital Maternidade Carmela Dutra	
	Rio de Janeiro	UERJ Hospital Univ Pedro Ernesto	Estadual Universitário	Hospital Universitário Pedro Ernesto	Posto de Coleta Enfermeira Célia Nurck
	Rio de Janeiro	UFRJ Maternidade Escola da UFRJ	Federal	NÃO	
	Rio de Janeiro	Hospital da Mulher Mariska Ribeiro	Municipal	Hospital da Mulher Mariska Ribeiro	
Metro II	Niteroi	SES RJ Hospital Estadual Azevedo Lima	Estadual	NÃO	
	Niteroi	Hospital Universitario Antonio Pedro	Federal	Hospital Universitário Antônio Pedro	1.PC de Leite Humano: "Mães de Rio Bonito" 2. PCLH - Sala de Coleta do Posto de Saúde Marica
Serrana	Petropolis	Hospital Unimed Petrópolis	Particular	Hospital Unimed Petrópolis	
	Petropolis	Hospital Alcides Carneiro	Municipal	Hospital Municipal Alcides Carneiro	
	Nova Friburgo	Hospital Maternidade Doutor Mario Dutra de Castro	Municipal	Hospital Maternidade Dr Mário Dutra de Castro	
Médio Paraiba	Volta Redonda	Hospital Municipal Sao Joao Batista	Municipal	Hospital São João Batista	PCLH Hospital Materno Infantil de Barra Mansa
	Resende	APMIR	Conveniado	NÃO	
	Barra Mansa	Hospita Maternidade Theresa Sacchi de Moura	Municipal	NÃO	
	Valenca	Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi	Conveniado	NÃO	
Baixada Litorânea	Saquarema	SES RJ Hospital Estadual dos Lagos Nossa Senhora de Nazareth	Estadual	NÃO	
Centro Sul	Vassouras	Hospital Universitario de Vassouras	Conveniado	NÃO	
Baía da Ilha Grande	Angra dos Reis	Hospital e Maternidade Codrato de Vilhena	Conveniado	NÃO	
Norte	Campos dos Goytacazes	Hospital dos Plantadores de Cana	Conveniado	Hospital dos Plantadores de Cana	
Noroeste	Itaperuna	Hospital Sao Jose do Avai	Conveniado	NÃO	

Fonte: rBLH-BR

### Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer

Considerando que a identificação racial e de cor de pele é autodefinida, observa-se que a maioria dos nascidos vivos com peso menor que 1500 gramas é da cor branca, seguidos por pardos e pretos. Observa-se através desses dados que a proporção de nascidos vivos com baixo peso acompanha a proporção de nascidos vivos por raça e cor de uma forma geral, e que a raça/cor não interferiu no peso ao nascer.

**Tabela 19. Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer – menor que 2500 gramas. Rio de Janeiro, 2023.**

Região de Saúde	Número de RN com Baixo peso	total NV	%
Baía da Ilha Grande	292	3196	9,1
Baixada Litorânea	921	10338	8,9
Centro-Sul	415	3583	11,6
Médio Paraíba	1045	9162	11,4
Metropolitana I	10766	105122	10,2
Metropolitana II	1904	19585	9,7
Noroeste	358	3756	9,5
Norte	1175	11438	10,3
Serrana	1108	9964	11,1
Total	17988	176150	10,2

Fonte: SINASC

### Proporção de nascidos vivos por idade gestacional e raça/cor

Observa-se que a proporção de recém-nascidos com baixo peso ao nascer, com o corte de 2500 gramas, é de 10% no estado do Rio de Janeiro, com uma proporção um pouco maior (11%) nas regiões do Médio-Paraíba, Centro-Sul e Serrana.

No panorama geral do estado, contabiliza-se um total de 176.068 nascidos vivos no ano de 2023. Destaca-se a região Metropolitana I como a de maior concentração, com 105.055 registros, representando, portanto, uma parcela significativa desse montante total. Em contraste, a Baía da Ilha Grande apresenta o menor número de nascidos vivos, com 3.197 registros.

Ao analisar a distribuição por raça/cor no total de nascimentos, observa-se que a maioria dos nascidos vivos se identifica como parda (86.556), seguida pela branca (57.454). Embora expressivo, o número de nascidos vivos identificados como raça/cor preta (29.500) é consideravelmente menor em comparação com as categorias parda e branca. As categorias amarelas (910) e indígena (207), por sua vez, representam uma proporção bem menor do total de nascimentos. Adicionalmente, registra-se um número de 1.441 casos em que a raça/cor foi ignorada.

Na **Região da Baía da Ilha Grande**, há uma predominância de nascidos vivos pardos (1.657), seguidos por brancos (1.186), com uma baixa representatividade das demais raças/cores.

A **Região da Baixada Litorânea** também apresenta a maior concentração de nascidos vivos pardos (5.148), contudo, registra um número relativamente alto de brancos (3.313) e uma quantidade notável de pretos (1.660). É importante notar que esta região apresenta o maior número de registros ignorados (137).

A **Região Centro-Sul** segue um padrão similar ao da Baía da Ilha Grande, com a maioria dos nascidos vivos sendo pardos (1.607), e um número considerável de brancos (1.276).

Na **Região Médio Paraíba**, observa-se um número expressivo de nascidos vivos brancos (3.612), seguido de perto por pardos (3.643), indicando uma proporção quase equivalente entre essas duas categorias. O número de pretos (1.716) também se mostra relevante.

A **Região Metropolitana I**, sendo a região com o maior número total de nascimentos, reflete essa tendência nas categorias de raça/cor, com um grande contingente de pardos (54.288), seguido por brancos (31.134) e um número considerável de pretos (18.296).

A **Região Metropolitana II** apresenta um padrão semelhante ao da Metropolitana I, com a maioria dos nascidos vivos sendo pardos (10.047), seguidos por brancos (6.308) e pretos (2.985).

Na **Região Noroeste**, há uma predominância de nascidos vivos pardos (1.438) e um número considerável de brancos (1.668).

A **Região Norte** também demonstra uma maior proporção de nascidos vivos pardos (5.304), seguida por brancos (4.327) e um número relevante de pretos (1.684).

Por fim, a **Região Serrana** se destaca por apresentar um maior número de nascidos vivos brancos (4.630), seguidos por pardos (3.424). O número de registros ignorados (290) é o segundo mais alto entre as regiões.

Em suma, a análise revela uma significativa variação no número total de nascidos vivos entre as diferentes regiões de saúde. A categoria parda se configura como a mais prevalente, seguida pela branca e, posteriormente, pela preta. É importante ressaltar que as proporções de raça/cor exibem variações consideráveis entre as regiões, o que provavelmente reflete as características demográficas específicas de cada localidade. Adicionalmente, a presença de um número de registros com raça/cor ignorada sugere a necessidade de aprimoramento nos processos de coleta de dados e registro.

**Tabela 20. Proporção de nascidos vivos por idade gestacional e raça/cor. Rio de Janeiro, 2023**

Região de Saúde	Número de Nascidos Vivos												
	Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	%	Ignorado	%	Total
Baía da Ilha Grande	1.186	37	300	9,3	3	0,09	1.657	52	31	0,96	20	0,62	3.197
Baixada Litorânea	3.313	32	1.660	16	58	0,56	5.148	50	21	0,2	137	0,3	10.337
Centro Sul	1.276	36	676	18,8	6	0,16	1.607	45	0	0	18	0,5	3.583
Médio Paraíba	3.612	39	1.716	18,7	63	0,68	3.643	40	11	0,12	117	1,2	9.162
Metropolitana I	31.134	30	18.296	17,4	626	0,59	54.288	52	120	0,11	591	0,56	105.055
Metropolitana II	6.308	32	2.985	15,2	107	0,54	10.047	51	17	0,08	114	0,58	19.578
Noroeste	1.668	44	591	15,7	6	0,15	1.438	38	0	0	51	1,3	3.754
Norte	4.327	38	1.684	14,7	16	0,13	5.304	46	4	0,03	103	0,9	11.438
Serrana	4.630	46	1.592	15,9	25	0,25	3.424	34	3	0,03	290	2,9	9.964
Total	57.454	33	29.500	16,7	910	0,5	86.556	49	207	0,11	1.441	0,8	176.068

Fonte: SINASC

#### Proporção de nascidos vivos com Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida

A escala de Apgar é um teste feito no recém-nascido, logo após o nascimento, para avaliar o estado geral e a vitalidade do bebê. É uma abordagem objetiva e rápida para detectar

sinais de sofrimento neonatal e necessidade de intervenções precoces. Pode tanto representar um desfecho de sofrimento crônico, em consequência de alguma intercorrência no pré-natal, como de sofrimento agudo periparto; de forma que para obter uma análise mais detalhada, deve-se avaliar a história clínica de cada gestante e as condições do parto (Brasil, 2012).

Observa-se que nas regiões da Baixada Litorânea, Baía de Ilha Grande, Centro Sul, Norte, Metropolitanas I e II, houve predomínio de recém-nascidos pardos com Apgar menor que 7 no quinto minuto. Enquanto nas regiões Noroeste e Serra, houve predomínio de recém-nascidos brancos (guardada a proporção de nascidos vivos por raça/cor nas mesmas regiões).

**Tabela 21. Proporção de nascidos vivos com APGAR menor que 7 no 5º minuto de vida. Rio de Janeiro, 2023.**

Município	Nascidos Vivos ≥ 2500g com APGAR 5º Minuto <7												
	N Inf	%	Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	%	Total
Baía da Ilha Grande	0	0	2	20	1	10	0	0	5	50	2	20	10
Baixada Litorânea	1	1,4	22	31,4	14	20	0	0	33	47,1	0	0	70
Centro-Sul	0	0	7	30,4	4	17,3	0	0	12	52,1	0	0	23
Metropolitana I	3	0,5	162	27,3	132	22,2	5	0,84	291	49	0	0	593
Metropolitana II	1	1,26	28	35,4	12	15,1	0	0	38	48	0	0	79
Médio Paraíba	2	3,7	17	32	17	32	1	1,88	16	30	0	0	53
Noroeste	0	0	10	55,5	4	22	0	0	4	22,2	0	0	18
Norte	1	1,8	21	38,8	9	16,6	0	0	23	42,5	0	0	54
Serrana	1	2,3	21	48,8	4	9,3	0	0	17	39,5	0	0	43
Rio de Janeiro	9	0,95	290	30,7	197	20,8	6	0,63	439	46,5	2	0,21	943

Fonte: SINASC

#### Percentual de RN com triagem neonatal realizada

A cobertura dos recém-nascidos que realizam a triagem neonatal pelo SUS no estado do Rio de Janeiro tem se mantido acima de 70% nos últimos 5 anos, mas idealmente deveria ser próxima a 100%. Alguns desafios ainda se fazem presentes para a ampliação da sua cobertura como: barreiras geográficas, socioeconômicas e violência territorial.

Outro aspecto que precisa ser levado em conta é que 20% da população do estado

possui acesso à saúde suplementar e que podem estar realizando o exame em laboratórios privados.

**Tabela 22. Percentual de RN com triagem neonatal realizada. Rio de Janeiro, 2025.**

<b>ANO</b>	<b>NASCIDOS VIVOS</b>	<b>TOTAL DE TRIADOS*</b>	<b>COBERTURA</b>
2018	220.531	158.662	72%
2019	208.253	157.789	76%
2020	199.131	148.423	75%
2021	189.886	141.942	76%
2022	180.384	134.832	75%
2023	176.160	135.084	77%
2024	163.628	113.778	70%
2025 <sup>1</sup>	52.898	43.850	83%
*Apenas os triados pelo SRTN APAE Rio / SUS			
<sup>1</sup> Cobertura preliminar (jan- abr)			
Nascidos Vivos no Estado do Rio de Janeiro			
Nascimentos p/ residência mãe por Ano do nascimento			
Período:2018-2024			
Fonte: SINASC. Atualizado em 27/05/2025			

Fonte: APAE-RJ

#### Percentual de RN com imunização (BCG e hepatite B) realizada na maternidade

Considerando que a meta de cobertura vacinal de BCG para o estado do Rio de Janeiro é de 90%, podemos afirmar que a meta está sendo cumprida.

Em relação a cobertura vacinal da Hepatite B, a meta é de 95%. A dificuldade de cumprimento dessa meta deve-se a falhas de registros e controle das doses aplicadas que tem levado a uma subnotificação da aplicação desta vacina.

#### **4.2.3 Saúde da Criança e Puerpério**

##### Proporção de crianças com Aleitamento Materno exclusivo até 6 meses de vida

No estado do Rio de Janeiro, o número de crianças acompanhadas no SISAB e SISVAN não é proporcional e compatível com o número de nascidos vivos, portando os

dados não são fidedignos para mostrar a realidade da prevalência de aleitamento materno exclusivo no estado.

#### Percentual de puérpera e recém-nascidos (RN) com Visita Domiciliar Regular até o 7º dia após o parto e nascimento

Conforme o recomendado pelo Ministério da Saúde e pela Política Nacional de Atenção ao Parto e Nascimento, o percentual preconizado para que recém-nascidos e puérperas recebam visita domiciliar até o sétimo dia de vida é de 100%, embora essa cobertura possa variar de acordo com a realidade local e a disponibilidade de recursos.

O estado do Rio de Janeiro não atingiu a meta preconizada, o que pode ser justificado por ausência de profissionais capacitados, dificuldades de acesso, especialmente em comunidades carentes, e a falta de infraestrutura adequada para o acompanhamento domiciliar.

#### Imunização

Há uma grande variação na cobertura vacinal no estado do Rio de Janeiro e acredita-se que um dos fatores seja a desinformação sobre a importância das vacinas e o registro nos sistemas de informação.

#### Média de consultas de puericultura

É importante ressaltar que crianças com necessidades específicas podem precisar de acompanhamento mais frequente. Além disso, a Caderneta da Criança deve ser levada a todas as consultas para acompanhamento do desenvolvimento.

#### Percentual de RN/criança de alto risco em acompanhamento compartilhado com a atenção ambulatorial especializada

O estado do Rio de Janeiro não possui informações sobre o quantitativo de

acompanhamento de RN de alto risco pela APS.

A taxa de acompanhamento pode variar de acordo com a realidade local, a estrutura da rede de saúde e a capacidade de cada município. É fundamental que a APS esteja preparada para identificar, acompanhar e encaminhar os RN de alto risco, garantindo que recebam a atenção adequada para minimizar os impactos de sua condição na saúde e desenvolvimento.

É necessário que as APS criem estratégias para registrar essas consultas para análise e monitoramento, visando a redução da mortalidade infantil no estado do Rio de Janeiro.

#### Percentual e perfil de internações de crianças de 0 a 2 anos

Analisando o perfil de internações hospitalares em crianças de 0 a 2 anos de idade, observa-se que as doenças do aparelho respiratório são as causas de maior incidência, seguida pelas causas infecciosas parasitárias, e a região que mais atende a essas internações é a Metropolitana 1, onde a capital do estado se encontra acontecendo o maior número de internações pediátricas.

#### Média de consultas de puerpério

O Ministério da Saúde estabelece como fundamental a realização de, no mínimo, três consultas de puerpério, período crucial de adaptação e recuperação para a mulher e o recém-nascido após o parto. A primeira consulta puerperal deve idealmente ocorrer por volta do terceiro dia pós-parto, momento em que se avaliam as condições clínicas iniciais da mãe e do bebê, incluindo a amamentação e os primeiros cuidados com o recém-nascido. A segunda consulta é recomendada entre a primeira e a segunda semana (7 a 14 dias) e a terceira consulta no sexto mês (seis semanas) subsequente ao nascimento do bebê. Adicionalmente, o Ministério da Saúde preconiza uma visita domiciliar na primeira semana pós-parto, oferecendo suporte e orientações no ambiente familiar, o que pode aumentar o vínculo mãe-bebê e facilitar a identificação precoce de necessidades ou dificuldades. (Brasil, 2006).

No estado do Rio de Janeiro, apesar da clara diretriz e da reconhecida importância dessas consultas para a saúde materno-infantil, observa-se uma dificuldade significativa em obter dados precisos, nos sistemas públicos de informação, sobre o número de consultas de puerpério efetivamente realizadas nas diversas regiões de saúde. Essa lacuna informacional decorre, em grande parte, de falhas no acompanhamento dos serviços de saúde e, crucialmente, da subnotificação relacionada à ausência de mudança no Código Internacional

de Doenças (CID) da paciente, que muitas vezes permanece como "gestante" em vez de ser atualizado para "puérpera" após o parto. Conseqüentemente, a real situação da adesão a essas consultas e o impacto dessas diretrizes na saúde da população puerperal permanecem um desafio para o planejamento e a avaliação das políticas públicas de saúde. Superar essa barreira informacional é essencial para garantir a efetividade das recomendações do Ministério da Saúde e para otimizar a assistência oferecida às mulheres no pós-parto.

#### Percentual de puérpera de alto risco em acompanhamento compartilhado com a atenção ambulatorial especializada

O acompanhamento compartilhado de puérperas de alto risco entre a atenção primária e a atenção ambulatorial especializada configura-se como um indicador crucial para a avaliação da qualidade e da integralidade do cuidado à saúde da mulher no puerpério. A obtenção de dados precisos possibilita uma análise aprofundada da eficácia do sistema de saúde em identificar precocemente e monitorar de perto aquelas com necessidades de saúde mais complexas. Dessa forma, a garantia desse acompanhamento especializado contribui significativamente para a promoção de um puerpério mais seguro, saudável e com menor incidência de complicações maternas e neonatais.

Contudo, uma expressiva dificuldade persiste em grande parte dos municípios do estado do Rio de Janeiro no que concerne ao registro e à disponibilização precisa e oportuna dos dados referentes ao acompanhamento compartilhado de puérperas de alto risco. Essa lacuna informacional compromete a capacidade de avaliação da efetividade das políticas de saúde materno-infantil, dificulta o planejamento de ações estratégicas direcionadas às necessidades específicas dessas mulheres e, conseqüentemente, impacta a qualidade da assistência prestada."

#### Ações educacionais para crianças/puérperas/responsáveis/familiares e profissionais

As ações educacionais voltadas para crianças, puérperas, responsáveis/familiares e profissionais, são cruciais para a promoção da saúde e o bem-estar em diferentes fases da vida. Tem o objetivo de promover hábitos saudáveis desde a infância, prevenir doenças, estimular o desenvolvimento integral e a autonomia em saúde, podendo ser coletivas ou

individuais e incluir projetos escolares envolvendo a comunidade escolar e familiar.

É importante ressaltar que a integração dessas ações educacionais, envolvendo todos os atores relevantes (crianças, puérperas, famílias e profissionais), é fundamental para um cuidado abrangente e eficaz na saúde materno-infantil. A comunicação clara, a utilização de linguagem acessível e a consideração das necessidades específicas de cada grupo são elementos chave para o sucesso dessas iniciativas.

Não foram encontrados registros sobre as ações educacionais. Faz-se necessário a criação de estratégias para que essas informações sejam registradas na APS.

#### **4.2.4 Sistema Logístico**

A regulação desempenha um papel fundamental na garantia do acesso da população aos serviços e ações do SUS, sendo responsável por articular as diversas demandas dos usuários aos cuidados necessários. Ela envolve fluxos, protocolos assistenciais, centrais de leitos, centrais de consultas e exames, todos integrados em um processo de trabalho interativo e alinhado com as várias estruturas do sistema de saúde, garantindo uma atenção abrangente à população.

O processo regulatório está pautado em determinados critérios como a classificação de risco dos pacientes, considerando gravidade, desassistência, regionalização e perfil da vaga existente.

O Sistema Estadual de Regulação - SER foi desenvolvido pela SES-RJ para promover a articulação entre os municípios, o Complexo Estadual de Regulação e os prestadores de serviços.

O Complexo Estadual de Regulação teve seu início em 2001, sendo inicialmente responsável pela regulação de UTIN e gestantes de alto risco. A Resolução SES-RJ nº 2.102, de 14 de julho de 2003, foi a responsável pela criação das centrais regionais de regulação em cada região de saúde do ERJ.

Em 2015 a Deliberação CIB 3435 instituiu a Regulação unificada no âmbito das unidades de saúde da capital para as consultas de alta complexidade e recentemente, a Central de Regulação Estadual de Consultas e Exames – CRECE foi instituída para a regulação de consultas de média e baixa complexidade ofertadas na Capital.

O Complexo Estadual de Regulação de Alta Complexidade possui as seguintes

centrais de regulação:

- a) Central de Leitos que regula todos os leitos de alta complexidade ou alto impacto do estado, dentre eles, os leitos de gestação de alto risco e UTI Neonatal.
- b) Central Ambulatorial de consultas, exames e procedimentos de alta complexidade que atende aos 92 municípios do ERJ. Regula o acesso para os ambulatórios de:
  - Gestação de alto risco estratégico
  - Gestação de risco agregado
  - Ambulatório de aconselhamento em malformação fetal
  - Ambulatório de pré-natal de gestação de homem trans
  - Ambulatório de gestação pós-cirurgia bariátrica
  - Ambulatório de avaliação de mielomeningocele intraútero
  - Ambulatório de retinopatia da prematuridade
  - Projeto Acolhe - prevenção da gravidez não planejada
  - Ambulatório de primeira vez de retinopatia da prematuridade
  - Ambulatório de primeira vez acompanhamento pediátrico pós-uti
  - Ambulatório de Triagem Neonatal – Doenças Raras
  - Ambulatório de primeira vez em cardiologia – cirurgia cardíaca pediátrica
  - Ambulatório de primeira vez em ginecologia – doença trofoblástica gestacional –
  - Avaliação diagnóstica infecção congênita Zika/Storch
  - Avaliação de Cardiopatia Congênita Pediátrica (internados)
- c) Central Ambulatorial de consultas, exames e procedimentos de média complexidade e atende aos 91 municípios do ERJ (exceto a Capital que tem regulação própria). Regula o acesso para os ambulatórios de:
  - Ambulatório de Primeira vez em Cardiologia Pediatria
  - Ambulatório de Primeira vez em Consulta em Pneumologia-asma-gestante
  - Ambulatório de primeira vez – Diabete Gestacional
  - Ambulatório de primeira vez – Gestante (exceto diabetes)
  - Ambulatório de primeira vez- consulta em infectologia HIV/AIDS – Gestante
  - Exame de ecocardiografia fetal
  - Ultrassonografia Obstétrica com Doppler
  - Ultrassonografia Obstétrica
  - Ultrassonografia Obstétrica com Doppler colorido e pulsado

- Ultrassonografia Obstétrica Morfológica
- Ultrassonografia Transfontanela com ou sem doppler

Para facilitar a inserção de solicitações no SER, é disponibilizado um Painel Público, dentro do site da SES-RJ, no ícone Monitora RJ, na aba Sistema Estadual de Regulação – Transparência do Sistema de Regulação, ícone Profissionais de Saúde, com os manuais do Solicitante, onde está descrito o passo a passo para a correta inserção de solicitações no SER, sejam de transferências ou consultas e exames.

**Link para acesso:** <https://painel.saude.rj.gov.br/profissionais-de-saude/profissionais-de-saude.html#>

A realidade socioeconômica e demográfica do estado impõe demandas específicas, com variações significativas entre os municípios, assim se faz necessária a Programação Pactuada Integrada (PPI) para enfrentar esses desafios e buscar soluções que se adequem às particularidades de cada região.

A SES-RJ assume a responsabilidade de realizar o monitoramento e ajuste da PPI em conformidade com as demandas dos municípios, formalizando a pactuação revisada na CIB, de acordo com as solicitações regionais.

### **4.3 Pontos de Atenção da Rede Alyne**

#### **4.3.1 Atenção Primária à Saúde**

A Atenção Primária à Saúde é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Como principal porta de entrada do SUS e centro de comunicação com toda a RAS, tem na ESF sua estratégia prioritária de expansão, qualificação e consolidação (Brasil, 2017b).

As equipes que compõem a APS no Brasil, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Portaria no 3.493, de 10 de abril de 2024, são: Equipes de Saúde da Família (eSF); Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR); Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF); Equipes de Atenção Primária (eAP); Equipes de Saúde Bucal (eSB); Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP); Equipes Multiprofissionais (eMulti) e Equipes de Consultório na Rua (eCR).

Segundo a última atualização do e-Gestor APS (fevereiro 2025), o estado do Rio de Janeiro, possui uma Cobertura Potencial de APS (estima quantas pessoas podem ser atendidas pelas equipes de saúde com base na capacidade instalada no território) de 79,11%, com diferenças importantes de distribuição entre as Regiões de Saúde. Aquelas com maiores coberturas são: Centro Sul (141,66%), Noroeste (131.11%), Baía de Ilha Grande (109.41%) e Médio Paraíba (102,53%) que possuem coberturas que já ultrapassam 100%, seguidas da Metropolitana II (86.46%), Serrana (74.06%), Baixada Litorânea (73.73%), Metropolitana I (72.62%) e Norte (72.4%). Ao todo, o estado apresenta 2.219 Unidades Básicas de Saúde/Centros de saúde/Postos de Saúde cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), tendo 3.549 eSF, 479 eAP e 240 eMulti. (SCNES, 2025)

Com relação à Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde, o estado apresenta cobertura de 40,77%, sendo na região Centro Sul (100%), na região Noroeste (98.63%), na região Médio Paraíba (81,76%), na região Baía de Ilha Grande (72.10%), na região Norte (57.47%), na região Serrana (55.25%), na região Baixada Litorânea (53.38%), na região Metropolitana II (43.14%) e na região Metropolitana I (28.02%). (e-Gestor, abril 2024)

O Estado do Rio de Janeiro possui 41 equipes de Consultório na Rua credenciadas e implantadas nos seguintes municípios: Angra Dos Reis, Barra Mansa, Belford Roxo, Barra do Piraí, Campos dos Goytacazes, Duque de Caxias, Itaboraí, Itaperuna, Japeri, Macaé, Magé, Maricá, Mesquita, Niterói, Nova Friburgo, Nova Iguaçu, Petrópolis, Resende, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti, Teresópolis, Três Rios e Volta Redonda.

A região da Baía de Ilha Grande possui equipes Ribeirinhas e Fluviais (4 localizadas nas ilhas, em unidades fixas e uma considerada marítima (eAP), que percorre pequenas ilhas e vilarejos do município de Angra dos Reis.

Na Região Metropolitana II, em 2023, 54% da população de Niterói utilizava planos privados de saúde, o que corresponde a aproximadamente 260.144 pessoas, enquanto cerca de 221.605 habitantes dependiam exclusivamente do SUS. Essa realidade impacta diretamente no indicador de cobertura, uma vez que as pessoas que utilizam a saúde suplementar muitas vezes recusam o cadastro na APS.

Outra questão importante é em relação ao sistema de informação, pois muitos municípios utilizam sistemas próprios que não migram corretamente as informações para o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) o que faz com que os

números apresentados não retratem o atendimento às gestantes, puérperas e crianças de 0 a 2 anos.

A execução das ações em APS é de competência municipal, cabendo ao estado prestar apoio institucional, matricial, técnico, político e financeiro aos municípios. A SES-RJ vem investindo, junto aos municípios, na implantação e qualificação da APS, e nesse sentido, tem-se observado uma expansão progressiva na ampliação da cobertura populacional no território estadual.

A Área Técnica de Saúde das Mulheres da Superintendência de Atenção Primária à Saúde da SES-RJ tem realizado capacitações e atualizações periódicas de Pré-natal de Risco Habitual entre outras, para as equipes da APS dos municípios do estado, visando a qualificação do cuidado.

**TABELA 23 – Cobertura da população pela APS; Identificação das áreas não cobertas e de populações em situação de vulnerabilidade e desigualdade social e das subpopulações (gestantes, puérperas e crianças) cadastradas pela APS.**

Região de Saúde	cobertura da APS
Baia da Ilha Grande	109,41
Baixada Litorânea	73,73
Centro-Sul	141,66
Metropolitana I	72,62
Metropolitana II	86,46
Médio Paraíba	102,53
Noroeste	131,11
Norte	72,4
Serrana	74,06

Fonte: SISAB

### 4.3.2 Ambulatórios Especializados

#### 4.3.2.1 Ambulatório de Seguimento do recém-nascido e da criança (A-SEG):

O ambulatório de seguimento de recém-nascidos, também conhecido como "follow-up", é um serviço de saúde especializado que acompanha o desenvolvimento e a saúde de bebês que apresentaram algum risco durante a gestação, parto ou período neonatal. Esses bebês podem ter nascido prematuros, com baixo peso, ou apresentarem alguma condição que necessite de atenção especial após a alta hospitalar. O objetivo principal do ambulatório de

seguimento é identificar precocemente possíveis atrasos no desenvolvimento, problemas de saúde e garantir o acesso a intervenções adequadas para promover o bem-estar e a saúde do bebê.

A habilitação do A-SEG pela Rede Alyne, está condicionada ao cumprimento dos critérios técnicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, que determinam que esse serviço deva ser responsável pelo acompanhamento de crianças de alto risco, prioritariamente aquelas egressas de UTIN, UCINCO e UCINCA, e estar vinculada a uma maternidade de referência que disponham desses serviços, garantindo a continuidade do cuidado neonatal.

Quatro regiões do estado do Rio de Janeiro possuem ambulatórios de seguimento para o acompanhamento de recém-nascidos. Os Municípios que não possuem ambulatório de seguimento mantêm pactuação com municípios de referência para o atendimento neonatal ou regulam via SER, garantindo que os recém-nascidos que demandam desses cuidados sejam encaminhados para serviços aptos a oferecê-los.

Alguns municípios não possuem maternidades e não dispõem de UTIN, UCINCO e/ou UCINCA para o atendimento dos recém-nascidos de alto risco, e por isso não se enquadram nos critérios técnicos e estruturais necessários para a habilitação do ambulatório.

Municípios que já possuem ambulatórios e alguns outros que não possuem, realizaram a solicitação de habilitação a fim de qualificar o cuidado e acompanhar o crescimento e desenvolvimento do RN, evitando ou diminuindo o número de óbitos neonatais.

Na **Região da Baía de Ilha Grande**, o município de Angra dos Reis conta com 04 Centros de Especialidades Médicas, com serviços que atendem a uma variedade de necessidades da população, incluindo o ambulatório de seguimento do recém-nascido e da criança em uma das unidades no bairro Centro. Paraty e Mangaratiba são municípios que não possuem A-SEG, de forma que os ambulatórios de Angra dos Reis darão suporte aos outros municípios da região. A região possui diversas ilhas, sendo a Ilha Grande a maior delas, com 106 praias e regiões montanhosas e continentais (Paraty e Mangaratiba), de forma que possui dificuldades de acesso territoriais, bem como também de reduzida malha de transporte público.

A distância entre os municípios da Baía de Ilha Grande impõe desafios significativos para o deslocamento da população, especialmente para aqueles que enfrentam dificuldades de mobilidade, como gestantes, idosos e pessoas com deficiência. O trajeto entre Paraty e Mangaratiba, por exemplo, ultrapassa 160 km, enquanto a distância entre Angra dos Reis e Paraty é de aproximadamente 100 km. Já entre Angra dos Reis e Mangaratiba, o percurso é de

cerca de 60 km. Esses deslocamentos, muitas vezes são realizados pela Rodovia Rio-Santos (BR-101).

A proposta de habilitar o A-SEG no centro de especialidade médica e no Hospital Maternidade no município Angra dos Reis visa atender às demandas específicas da população. O Hospital Maternidade Angra dos Reis fica localizado no bairro do Centro, uma área com maior infraestrutura e malha rodoviária que possibilita o acesso não apenas à população de Angra, mas também aos municípios de cidades vizinhas, como Mangaratiba. O Hospital já possui serviços de imagem, exames laboratoriais e equipes especializadas, facilitando o acompanhamento contínuo e a realização de intervenções rápidas, quando necessário.

O Centro de especialidades fica no bairro Parque Mambucaba, distante cerca de 60 quilômetros do centro da cidade. Esta unidade tem como objetivo atender à população de áreas mais periféricas e de difícil acesso, garantindo que mesmo os municípios mais distantes possam receber o cuidado integral.

Pelo número de nascidos vivos, a região não preenche os critérios numéricos da habilitação, entretanto a habilitação desses dois serviços justifica-se pela necessidade de combater desigualdades sociais e territoriais que ainda persistem na região. Muitas famílias, especialmente as em situação de vulnerabilidade social, enfrentam dificuldades no deslocamento até os centros urbanos para receber cuidados médicos adequados, com longas distâncias, precariedade das condições de transporte e a ausência de recursos financeiros para o acesso a bairros mais distantes. Com isso, objetiva-se uma saúde mais inclusiva e equitativa, superando as barreiras geográficas e sociais, garantindo que todas as mulheres grávidas e crianças, independentemente de sua localização, possam contar com o acompanhamento integral necessário.

A estruturação e o aprimoramento desses centros, sobretudo em Angra dos Reis, é uma medida estratégica para melhorar a qualidade do atendimento e facilitar o acesso dos municípios aos serviços médicos, considerando a grande demanda e a diversidade de especialidades necessárias para o cuidado integral.

A **Região da Baixada Litorânea** possui dois ambulatórios de seguimento para os recém-nascidos da região, sendo um no município de Cabo Frio e outro no município de Rio das Ostras, com solicitação de habilitação para ambos.

Na **Região Centro Sul**, os municípios de Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Sapucaia, Paty de Alferes, Paracambi e Mendes não possuem ambulatório de seguimento. A região pactuou a solicitação de habilitação para ambulatório de seguimento em 4 municípios: Vassouras, Miguel Pereira, Paraíba do Sul e Três rios.

O município de Vassouras possui A-SEG no Hospital Universitário de Vassouras (HUV) e atualmente não há demanda reprimida e nem dificuldade para realização do agendamento. Em caso de emergência o Pronto Socorro Pediátrico funciona 24 horas, com atendimento imediato. Esse ambulatório também dá suporte para outros municípios: Miguel Pereira, Paty Alferes, Mendes, Eng<sup>o</sup> Paulo de Frontim, Paracambi, Paraíba do Sul, Três Rios, Seropédica e Japeri, Barra do Piraí, através de regulação e por demanda espontânea.

A Policlínica de Vassouras conta com 03 pediatras, 02 fonoaudiólogos, 01 psicóloga infantil, 01 neurologista pediátrico e 01 psiquiatra infantil. Não há demanda reprimida e nem dificuldades para agendamento. O agendamento ocorre diretamente pelas unidades de saúde, através da regulação. São agendados em torno de 100 crianças por mês para a especialidade de pediatria.

A **Região Médio Paraíba** ainda não possui A-SEG habilitado. Os municípios de Barra Mansa, Volta Redonda e Valença solicitaram habilitação. Volta Redonda é o que possui maior concentração de especialidades médicas e de exames, porém ainda enfrenta dificuldades com estrutura física.

Em 2023, a região apresentou 9.126 nascidos vivos, entretanto solicita habilitação para 3 unidades, que se justifica por conta das distâncias territoriais entre os municípios e o fato de serem unidades para suporte dos 12 municípios da região.

A **Região Metropolitana I** apesar de não ser a maior em termos territoriais, é a com a maior concentração demográfica e com a maior concentração de leitos de UTIN, recebendo recém-nascidos de diversas outras regiões do estado (de acordo com a necessidade e com as vagas reguladas pelo SER). É a região da capital do estado e possui o maior número de unidades de ambulatório de seguimento. Pelo número de nascidos vivos poderia contemplar mais 5 ambulatórios além dos 16 pleiteados.

A capital possui 10 unidades de A-SEG, o município de Caxias possui 2 unidades, os municípios de Itaguaí, Mesquita, Nilópolis e São João do Meriti possuem 01 unidade cada. Os demais municípios que não possuem ambulatório e encaminham os recém-nascidos através do SER.

Na **Região Metropolitana II**, os municípios de Maricá e Niterói possuem A-SEG. Os demais municípios mantêm o acompanhamento pela APS, realizando o encaminhamento via regulação quando necessário.

Em Maricá, o fluxo de atendimento inclui o agendamento para o ambulatório de seguimento de RNs e crianças, com prioridade para aquelas egressas de UTIN, UCINCO ou UCINCA. Os agendamentos são feitos pelas Unidades de Saúde da Família (USF), por meio da regulação. O acompanhamento é realizado no Centro de Medicina Integrada (CMI), por pediatras especializados no cuidado de prematuros e crianças com atraso no desenvolvimento, especialidades pediátricas conforme a necessidade, além do suporte de nutricionistas. A equipe multiprofissional pode ser acessada mediante encaminhamento para o Centro de Referência em Atenção ao Desenvolvimento (CRAD).

Na **Região Noroeste**, os municípios de Itaperuna e Bom Jesus de Itabapoana possuem A-SEG. Nos demais municípios, os RNs de risco são inseridos via sistema de regulação e acompanhados no ambulatório de pediatria de um desses dois municípios.

O Hospital São José do Avaí no município de Itaperuna, possui ambulatório de seguimento com 10 pediatras, 4 neuropediatras, 1 dermatologista pediátrico, 1 endocrinologista pediátrico, 1 psiquiatra da infância, 2 médicos especialistas em biópsias, 1 psicopedagoga, 1 alergista, 1 nutróloga, 1 oftalmologista e 1 fonoaudióloga. O Hospital São Vicente de Paulo, no município de Bom Jesus de Itabapoana possui ambulatório de seguimento para de recém-nascido e criança, com atendimento multidisciplinar com médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, entre outros profissionais, conforme a necessidade do referido serviço, dispondo de estrutura para serviços de laboratório, imagem, entre outros, bem como pronto atendimento pediátrico, enfermagem pediátrica e leitos de UTI pediátrica e neonatal.

Na **Região Norte**, somente o município Campos dos Goytacazes possui A-SEG, sendo os mesmos estabelecidos em 02 unidades. O município possui um Programa Follow Up e um Ambulatório Interdisciplinar no Hospital dos Plantadores de Cana, que acompanha as crianças egressas de sua unidade neonatal. Em São João da Barra a primeira consulta de pós-parto é realizada de forma centralizada na UBS Félix de Sá, onde há a avaliação do RN e identificação das necessidades de acompanhamento com suas especificidades. As outras consultas são realizadas na ESF ou UBS mais próxima de sua residência (em todas as unidades de saúde tem médico pediatra para puericultura). Caso haja a necessidade de oferta de serviços e/ou procedimentos de maior complexidade, eles serão encaminhados via SER.

Nos Municípios de Macaé e São Fidélis, os RNs são acompanhadas na APS, sendo encaminhadas quando necessário, via SER e suas respectivas pactuações.

A **Região Serrana** é caracterizada por montanhas, vales e encostas. As características do relevo e do solo, somadas às chuvas intensas, podem aumentar o risco de deslizamentos de terra em áreas de encosta, podendo ser impeditivo ao deslocamento. A região é servida principalmente pelas rodovias BR-040 (Rio-Petrópolis) e BR-116 (Rio-Teresópolis), além de diversas estradas estaduais e municipais que conectam as cidades e distritos serranos. Dessa forma, apesar de não contemplar em termos numéricos de nascidos vivos para ampliar os ambulatórios, esse plano estadual entende que por conta das dificuldades geográficas e viárias da região, possibilitar um número maior de locais especializados para atendimento de recém-nascidos, irá proporcionar não só maior assistência, quanto diminuir os riscos de transporte dessas crianças.

Dessa forma, a região solicita habilitação para A-SEG nas seguintes unidades: Hospital Maternidade Mário Dutra de Castro (Nova Friburgo), Hospital Alcides Carneiro (Petrópolis), Ambulatório UNIFESO (Teresópolis) e Beneficência Portuguesa de Teresópolis (Teresópolis).

Considerando o estado do Rio de Janeiro como uma macrorregião e seu número de nascidos vivos de 176.150, são necessárias 35 unidades de A-SEG. Neste plano estão sendo solicitadas habilitações para 34 unidades, sendo as vagas distribuídas de acordo com as pactuações intermunicipais e inter-regionais.

#### **4.3.2.2 Unidades de Cuidado Neonatal**

As unidades de cuidado neonatal são serviços hospitalares responsáveis pela atenção à saúde de recém-nascidos de alto risco que necessitem de suporte intensivo ou intermediário em saúde. Deve ser planejada de forma a manter a integralidade do cuidado, bem a continuação do cuidado dos egressos dos leitos de terapia intensiva neonatal. Dessa forma, é composta pelos leitos de UTIN, UCINCO e UCINCA.

Atualmente o estado do Rio de Janeiro conta com 384 leitos de UTIN, distribuídos entre os hospitais municipais, estaduais, federais e universitários; bem como, para suprir o déficit de leitos em unidades públicas, o estado conta com disponibilidade de utilização de até 432 leitos em instituições privadas, custeados pela SES-RJ, através do chamamento público e regulados via SER, em conjunto com a regulação dos leitos das unidades SUS.

Baseado no número de nascidos vivos de 2023, e guardando a proporcionalidade recomendada pelo Ministério da Saúde, desde a Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, que definiu as primeiras diretrizes e os objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios para classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do SUS, no estado do Rio de Janeiro há necessidade de 352 leitos de UTIN, 352 leitos de UCINCO e 176 leitos de UCINCA.

A ampliação dos leitos de UCINCA é uma medida necessária para garantir que os bebês que necessitam de acompanhamento contínuo, mas não de cuidados intensivos imediatos, tenham acesso a um atendimento de qualidade, com monitoramento especializado em um ambiente mais acolhedor e humanizado.

A **Região da Baía de Ilha Grande** possui 12 leitos de UTIN, sendo 4 habilitados e 7 leitos de cuidado Intermediário, ambas no município de Angra dos Reis. A proposta é de reestruturação dos 7 leitos de UCI para 04 leitos de UCINCO e 02 leitos de UCINCA, totalizando 10 leitos de assistência intensiva e intermediária neonatal (uma vez que já se tem 04 leitos de UTIN tipo II devidamente habilitados).

Em relação aos leitos de UTIN, a **Região da Baixada Litorânea** conta com 13 leitos ativos e 07 leitos de UCINCO no H.E. Lagos. Foi realizada obra nesse hospital, que é considerada referência de alto risco para a região, com aumento para 18 leitos de UTIN e 18 leitos de UCINCO. Entretanto, esses leitos ainda não estão em funcionamento. A unidade está realizando reestruturação física para transformar parte do espaço da UCINCO em leitos de UCINCA, de forma que foi solicitando habilitação de 10 leitos de UTIN (mantendo o funcionamento normal dos leitos existentes, independente da habilitação, pois funciona como a referência para a região), 10 leitos de UCINCO e 05 leitos de UCINCA.

Em relação aos leitos de UCINCO e UCINCA para o Hospital da Mulher de Cabo Frio está sendo solicitada a habilitação de 06 e 03 leitos, respectivamente, mantendo a proporção recomendada pelo Ministério da Saúde.

Na **Região Centro Sul**, apenas o município de Vassouras possui leitos de UTIN (10 leitos), leitos de UCINCO (10 leitos) e leitos de UCINCA (05 leitos) já habilitados. O número de leitos supre a região, sendo solicitada a manutenção das habilitações que mantém a proporção recomendada.

A **Região Médio Paraíba** possui leitos de UTIN suficientes, porém possui déficit de leitos de UCINCO e UCINCA, permitindo a habilitação dos leitos existentes, bem como a

implementação de mais leitos desses tipos.

Os municípios de Resende e Valença possuem 10 leitos habilitados de UTIN cada um, e está sendo solicitada a manutenção das habilitações e a solicitação de habilitação de 10 leitos de UCINCO e 05 leitos de UCINCA nas mesmas unidades. Está sendo solicitada também a habilitação de 6 leitos de UCINCO e 3 leitos de UCINCA no Hospital Municipal São Joao Batista em Volta Redonda. A região considera a disponibilização adequada e suficiente de vagas de UTIN via SER e em grande parte através dos leitos via chamamento público. Entretanto, em relação aos leitos de cuidados intermediários, considera-se a necessidade de ampliação de leitos, principalmente considerando a elevada taxa de prematuridade da região (prematuridade <37 semanas): 15% (1.374 recém-nascidos).

A **Região Metropolitana I** possui o maior número de leitos de cuidado Neonatal do estado, entretanto nem todos com habilitação. Dessa forma, está sendo solicitada a manutenção dos leitos previamente habilitados considerando os critérios ainda da Rede Cegonha e a habilitações de novos leitos. Na região se identifica um déficit de UCINCA, havendo solicitação de novas habilitações.

Na **Região Metropolitana II**, apenas o município de Niterói possui leitos de cuidado neonatal: Hospital Azevedo Lima e Hospital Universitário Antônio Pedro.

O Hospital Azevedo Lima não possui em sua estrutura física leitos de UCINCA, apenas UTIN e UCINCO. Funciona como a referência em gestação de alto risco e de terapia intensiva neonatal da região. No momento não atende aos critérios de proporcionalidade do MS, mas oferece 10 leitos de UTIN e 05 leitos de UCINCO.

Está sendo solicitada a manutenção da habilitação dos leitos do Hospital Universitário Antônio Pedro (08/08/04).

Para a **Região Noroeste**, está sendo solicitada a habilitação de leitos UTIN, UCINCO e UCINCA para o Hospital São José do Avai (que já possui habilitação de 08 leitos de UTIN) e para o Hospital São Vicente de Paulo.

O desenho para a gestão da atenção materna infantil para a região Noroeste foi pensado na lógica organizacional de região de saúde, com maternidades nos pontos principais da região, tão extensa, de modo que possa ser acessível a todas as gestantes. A proposta foi pensada na forma de transporte seguro e humanizado, sempre pautado na grande extensão territorial da região.

Na **Região Norte**, a Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos está se reestruturando através da obra pra adequar os leitos, onde se solicita habilitação para 12 leitos de UTIN, 08 leitos de UCINCO e 04 leitos de UCINCA.

Para o Hospital Plantadores de Cana se solicita a manutenção das habilitações dos seus leitos já existentes.

Na **Região Serrana**, o município de Petrópolis possui 10 leitos de UTIN, 10 leitos de UCINCO e 05 leitos de UCINCA já habilitados, onde se solicita a manutenção dos mesmos. Está sendo solicitada também habilitação de leitos de UCINCO e UCINCA para o Hospital das Clínicas de Teresópolis.

A SES-RJ entende que existem novos critérios para habilitação dos leitos de cuidado neonatal e que a proporcionalidade deve ser mantida para as novas habilitações, contudo, entende que desabilitar leitos já habilitados traria um enorme impacto financeiro para os municípios e instituições que já prestam assistência aos recém-nascidos, além de desassistência. Dessa forma, mantem o pleito de que as habilitações concedidas previamente sejam mantidas.

#### **4.3.2.1 - Ambulatórios de Gestação e Puerpério de Alto Risco (AGPAR)**

##### 1. Composição e Estrutura

Os AGPARs são serviços ambulatoriais especializados destinados ao acompanhamento de gestantes e puérperas com condições clínicas e/ou obstétricas que conferem risco aumentado de complicações maternas e perinatais.

De acordo com a Rede Alyne, cada AGPAR deve contar com:

- Consultório médico (preferencialmente ginecologia/obstetrícia com experiência em alto risco)
- Consultório de enfermagem obstétrica
- Consultório de psicologia (individual ou em grupo)
- Sala de acolhimento para equipe multiprofissional
- Sala de apoio administrativo e espaço para reuniões e matriciamento

Pode ser vinculado a unidades ambulatoriais, maternidades ou hospitais de referência, desde que com capacidade de articulação em rede e inserção na regulação regional.

## 2. Perspectiva de Atuação

Os AGPARs têm como principal objetivo:

- Monitorar e conduzir o pré-natal de gestantes de alto risco
- Acompanhar o puerpério em mulheres com complicações associadas à gestação ou parto
- Garantir a referência e contrarreferência com os serviços hospitalares (incluindo maternidades de médio e alto risco)
- Articular ações com a atenção primária e os centros de parto
- Atuar na vigilância ativa e qualificada de agravos graves e potencialmente fatais, como pré-eclâmpsia, hemorragias, infecções e síndromes obstétricas específicas

São espaços fundamentais para o seguimento de mulheres com:

- Hipertensão arterial crônica ou pré-eclâmpsia, diabetes prévio ou gestacional, doença cardíaca, doença autoimune ou hematológica, obesidade mórbida, infecções congênitas e história de morte materna na família, entre outras

## 3. Público-alvo

- Gestantes e puérperas com condições clínicas que aumentam o risco obstétrico
- Mulheres com histórico de morbidade materna grave ou morte perinatal
- Mulheres com intercorrências agudas durante a gestação ou parto
- Casos identificados como prioridade em comitês de mortalidade materna
- Gestantes com necessidades sociais ou vulnerabilidades específicas (como adolescentes, vítimas de violência, migrantes, etc.)

## 4. Profissionais Envolvidos

O atendimento nos AGPARs deve ser multiprofissional e interdisciplinar. A equipe mínima recomendada inclui:

- Médico obstetra com experiência em gestação de alto risco, enfermeira obstetra, psicóloga, assistente social, farmacêutico e/ou nutricionista (preferencialmente), equipe administrativa e de apoio à regulação.

Além do atendimento clínico, os AGPARs devem manter relações constantes com os Núcleos de Educação Permanente, os núcleos de segurança do paciente, núcleos de vigilância do óbito e os comitês de prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal.

- Importância na Redução da Mortalidade Materna
- A atuação qualificada e regionalizada dos AGPARs permite:
- Detecção precoce e monitoramento contínuo de agravos graves
- Planejamento do parto em local adequado à complexidade do caso
- Prevenção da evolução de casos para óbito ou morbidade materna grave
- Garantia de acesso, acolhimento e seguimento clínico no puerpério
- Continuidade do cuidado após alta hospitalar, fundamental para evitar mortes no período pós-parto, que frequentemente ocorrem fora do ambiente hospitalar

Em síntese, os AGPARs representam um nó estratégico da linha de cuidado materna, pois atuam de forma articulada com a atenção básica, os serviços de urgência, as maternidades de referência e os serviços de vigilância, oferecendo uma resposta concreta e qualificada às principais causas evitáveis de morte materna no Brasil.

### **4.3.3 Centros de Parto Normal (CPN)**

1. Composição e Estrutura - Os Centros de Parto Normal (CPN) são estabelecimentos de saúde destinados à realização do parto vaginal de risco habitual, com foco na assistência humanizada, segura e centrada na mulher.

Podem se apresentar em dois formatos principais:

- CPNi – Intra-hospitalares: localizados dentro ou no mesmo terreno de uma maternidade, com retaguarda para transferência rápida.
- CPNp – Peri-hospitalares: localizados fora do espaço físico da maternidade, mas com articulação prévia para transferência em caso de intercorrências.

A estrutura mínima deve conter:

- Salas PPP (Pré-parto, Parto e Pós-parto) em ambiente acolhedor e privativo
- Sala de observação/recuperação pós-parto imediato
- Espaço para acompanhante e práticas integrativas (ex: bola, banheira, cavalinho,

deambulação)

- Sala de acolhimento e avaliação obstétrica
- Equipamentos de reanimação neonatal
- Sala de apoio administrativo e almoxarifado de insumos

2. Perspectiva de Atuação -O CPN é voltado para:

- Garantir um ambiente seguro e acolhedor para partos de risco habitual
- Promover práticas obstétricas baseadas em evidências, como liberdade de posição, métodos não farmacológicos de alívio da dor, presença contínua de acompanhante e respeito ao tempo do trabalho de parto
- Evitar intervenções desnecessárias, como episiotomia de rotina, tricotomia e parto cesariano sem indicação clínica
- Favorecer o protagonismo da mulher e o respeito à sua cultura, plano de parto e desejos

A atuação dos CPNs está alinhada aos princípios da Rede Cegonha e da Rede Alyne, com foco na humanização do nascimento e redução de cesarianas evitáveis.

3. Público-alvo

- Gestantes de risco habitual, identificadas e acompanhadas durante o pré-natal
- Mulheres com gestação de termo ( $\geq 37$  semanas), apresentação cefálica, único feto e com evolução fisiológica da gestação e do trabalho de parto
- Mulheres que expressam desejo por parto natural com menor intervenção médica

Gestantes que desenvolvem intercorrências clínicas durante o trabalho de parto devem ser transferidas para maternidade de referência, conforme protocolo previamente estabelecido

4. Profissionais Envolvidos

A equipe mínima recomendada para um CPN inclui:

- Médico obstetra (responsável técnico pela assistência às intercorrências obstétricas)
- Enfermeira obstetra (responsável técnica pela assistência ao parto de risco habitual)
- Técnica/o de enfermagem

- Médico pediatra/neonatalogista (presente ou referenciado para atendimento neonatal imediato, conforme porte do serviço)
- Apoio administrativo e higienização

Importante: nos CPNi, o serviço deve estar integrado à maternidade hospitalar, com suporte médico imediato em caso de intercorrências.

#### 5. Importância na Redução da Mortalidade Materna

Os Centros de Parto Normal contribuem para a redução da mortalidade e morbidade materna e neonatal por diversas vias:

- Redução da taxa de cesáreas desnecessárias, evitando complicações associadas (hemorragia, infecção, acretismo placentário em gestações futuras)
- Promoção de boas práticas obstétricas, com impacto direto na segurança da mulher e do recém-nascido
- Organização regionalizada do cuidado, com oferta de locais apropriados para partos de baixo risco, desafogando maternidades terciárias
- Fortalecimento do vínculo entre mulher e equipe, com abordagem acolhedora e resolutiva
- Melhora da experiência de parto, favorecendo o acesso e a adesão das mulheres ao sistema de saúde

Os CPNs representam um modelo de cuidado centrado na fisiologia do nascimento, essencial para a qualificação da atenção ao parto e o fortalecimento da Rede Alyne como política pública comprometida com a equidade, segurança e dignidade da mulher.

#### **4.3.4 Maternidades e/ou hospitais com leitos obstétricos**

Caracterização das Maternidades e Hospitais com Leitos Obstétricos para risco habitual

##### 1. Composição e Estrutura

As maternidades destinadas ao atendimento ao risco obstétrico habitual são unidades de saúde que realizam partos vaginais e cesarianas com indicações clínicas, além de cuidados ao puerpério e ao recém-nascido, em gestações classificadas como de baixo risco.

Sua composição deve garantir:

- Leitos obstétricos em ambiente seguro e acolhedor
- Salas PPP (Pré-parto, Parto e Pós-parto) que assegurem privacidade, conforto e liberdade de movimento
- Alojamento conjunto, com espaço adequado para o binômio mãe-bebê
- Sala de atendimento ao recém-nascido com reanimação neonatal básica
- Posto de coleta de leite humano (preferencialmente vinculado a um BLH)
- Equipe capacitada e protocolos atualizados com foco nas boas práticas obstétricas

## 2. Perspectiva de Atuação

Essas unidades têm como diretriz:

- Oferecer parto seguro, humanizado e baseado em evidências para mulheres de risco habitual
- Promover boas práticas na atenção ao parto e nascimento, com ênfase em:
  - Liberdade de posição e movimento no trabalho de parto
  - Presença de acompanhante
  - Métodos não farmacológicos de alívio da dor
  - Evitação de intervenções desnecessárias
- Articular-se com a rede de atenção primária e com os Centros de Parto Normal (CPN)
- Estabelecer fluxo de referência e contrarreferência com unidades de maior complexidade em caso de intercorrências ou agravamento do risco

A atuação deve ser centrada na mulher, com respeito ao protagonismo da gestante e à elaboração do seu plano de parto.

## 3. Público-alvo

- Gestantes classificadas como de risco habitual ao final do pré-natal (sem comorbidades ou complicações obstétricas)
- Mulheres em trabalho de parto espontâneo ou com indução programada por critérios clínicos simples
- Puérperas e recém-nascidos com evolução clínica fisiológica

Essas unidades não são indicadas para partos de mulheres com condições clínicas que demandem vigilância intensiva, sendo necessário nestes casos o encaminhamento para maternidades de referência em alto risco.

#### 4. Profissionais Envolvidos

A equipe mínima deve contar com:

- Médico obstetra
- Enfermeira obstetra
- Técnico(a) de enfermagem obstétrica
- Pediatra ou profissional capacitado para reanimação neonatal
- Profissional de apoio à amamentação (enfermagem ou consultor)

Outros profissionais desejáveis, conforme porte da maternidade:

- Psicóloga
- Assistente social
- Profissionais de apoio administrativo, higiene e nutrição

O atendimento deve ser multiprofissional, garantindo escuta, acolhimento e vigilância segura.

#### 5. Importância na Redução da Mortalidade Materna

As maternidades de risco habitual são peças-chave da Rede Alyne, pois:

- Desafogam unidades de alta complexidade, evitando sobrecarga e iatrogenias
- Reduzem cesarianas desnecessárias, um dos fatores de risco para complicações maternas e placenta acreta em gestações futuras
- Proporcionam atenção qualificada ao parto e nascimento, com vigilância ativa e capacidade de encaminhamento oportuno
- Promovem o acesso oportuno ao cuidado obstétrico, reduzindo atrasos no atendimento (um dos principais determinantes de mortalidade materna)
- Aumentam a confiança da mulher no sistema de saúde, favorecendo o vínculo e o retorno para o puerpério e planejamento reprodutivo

Em síntese, essas maternidades materializam o modelo de atenção obstétrica centrado

na mulher, regionalizado e seguro, e são essenciais para a efetiva redução da mortalidade materna e neonatal evitável no Brasil.

#### **4.3.5 Maternidades de Referência para a Gestação de Alto Risco**

##### **1. Composição e Estrutura**

As maternidades de referência para gestação de alto risco são unidades hospitalares de média e alta complexidade, destinadas à assistência de mulheres com condições clínicas, obstétricas ou sociais que elevam o risco de complicações maternas, fetais e neonatais.

Sua estrutura mínima deve garantir:

- Leitos obstétricos especializados
  - Alojamento conjunto
  - Leitos de internação obstétrica clínica e cirúrgica
- Unidade de Terapia Intensiva Obstétrica (UTI ou leitos de cuidado intensivo materno)
- Centro Cirúrgico obstétrico com disponibilidade 24h
- Serviço de apoio diagnóstico e laboratório 24h
- Unidade Neonatal (UCI e/ou UTI neonatal, dependendo do porte)
- Ambulatório de pré-natal de alto risco (AGPAR), ou articulação com AGPAR externo
- Banco de Leite Humano (BLH) ou, no mínimo, posto de coleta
- Equipe de retaguarda multiprofissional e protocolos assistenciais atualizados

##### **2. Perspectiva de Atuação**

Essas maternidades são referência para:

- Gestantes com condições clínicas e obstétricas de risco elevado, incluindo:
  - Doenças hipertensivas graves
  - Diabetes mellitus pré-gestacional ou insulínica
  - Cardiopatias
  - Hemoglobinopatias

- Transtornos de coagulação
- Infecções graves (como HIV, sífilis avançada, tuberculose)
- Acretismo placentário, entre outras
- Casos de morbidade materna grave ou potencialmente fatal
- Mulheres referenciadas de ambulatórios de alto risco (AGPAR) ou de outras maternidades
- Resgate de intercorrências ocorridas em unidades de risco habitual

Além da assistência direta ao parto e puerpério, essas unidades devem atuar como espaços formadores, de vigilância e de integração em rede, colaborando com os comitês de mortalidade materna, núcleos de segurança do paciente e vigilância de óbitos.

### 3. Público-alvo

- Gestantes e puérperas com condições clínicas de alto risco ou intercorrências graves
- Mulheres com histórico de morbidade materna grave em gestações anteriores
- Gestantes com condições que indicam necessidade de parto em unidade com UTI materna e neonatal
- Recém-nascidos de alto risco que necessitam de suporte avançado à vida

A triagem e o encaminhamento devem ser feitos por meio de protocolos de regulação previamente pactuados na Rede Alyne e/ou central de regulação estadual.

### 4. Profissionais Envolvidos

As maternidades de alto risco devem contar com equipe multiprofissional altamente especializada, incluindo:

- Obstetras com experiência em gestação de alto risco
- Anestesiologistas com expertise em emergências obstétricas
- Enfermeiras obstétricas e neonatais
- Médicos intensivistas e/ou hospitalistas obstétricos
- Pediatras e neonatologistas 24h
- Equipe multiprofissional complementar: psicologia, serviço social, fisioterapia, nutrição, farmacêuticos

- Equipe de apoio técnico e administrativo, além de vigilância do óbito e segurança do paciente

## 5. Importância na Redução da Mortalidade Materna

As maternidades de referência para gestação de alto risco são estratégicas na redução da mortalidade materna, perinatal e neonatal por:

- Capacidade de resposta imediata às principais causas evitáveis de morte materna: pré-eclâmpsia grave, sepsis, hemorragias, embolias e doenças cardíacas
- Atendimento qualificado e intensivo no puerpério imediato, fase de alto risco para óbitos
- Redução de atrasos no cuidado (acesso, transporte e tratamento), principais determinantes da morte evitável
- Suporte para o nascimento seguro em gestações complexas
- Acompanhamento e estabilização de recém-nascidos críticos, prevenindo óbitos e sequelas
- Integração com a atenção ambulatorial e com os demais pontos da rede (AGPAR, maternidades de risco habitual, CPN)

Essas unidades são o eixo da retaguarda obstétrica e neonatal de alta complexidade, e sua adequada habilitação, financiamento e articulação em rede são fundamentais para garantir que nenhuma mulher ou bebê morra por causas evitáveis no ciclo gravídico-puerperal.

### **4.3.6 Casa da Gestante Bebê e Puérpera (CGBP)**

#### 1. Composição e Estrutura

As Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) são equipamentos de saúde vinculados a hospitais/maternidades de referência, destinados a acolher gestantes e puérperas com condições clínicas estáveis, mas que necessitam de vigilância ou proximidade da assistência especializada.

Estrutura física recomendada:

- Quartos com leitos para gestantes e puérperas, preferencialmente com leitos conjugados para o bebê

- Sala de estar, refeitório, copa e banheiros acessíveis
- Sala para atividades educativas e de apoio psicossocial
- Apoio à amamentação e cuidados com o recém-nascido
- Equipe de apoio permanente (enfermagem, limpeza, cozinha e apoio administrativo)
- Localização próxima à maternidade de referência, facilitando acesso rápido em caso de intercorrência

As CGBP não substituem o leito hospitalar, mas complementam a rede de cuidado ao oferecer acolhimento e vigilância fora do ambiente de internação.

## 2. Perspectiva de Atuação

A CGBP atua como um dispositivo de apoio à atenção obstétrica e neonatal, com os seguintes objetivos:

- Acolher gestantes de alto risco que necessitam permanecer próximas à maternidade, mas que não demandam internação hospitalar
- Receber puérperas e recém-nascidos com alta hospitalar, mas que requerem vigilância em regime de observação domiciliar assistida
- Facilitar o acesso ao parto em situações sociais e geográficas adversas, como moradoras de áreas remotas ou com dificuldade de transporte
- Garantir a permanência da mãe junto ao recém-nascido internado na UTI ou UCI neonatal, especialmente quando o bebê está em aleitamento materno
- Oferecer suporte emocional e educativo à mulher e sua família, fortalecendo o vínculo com o cuidado

A atuação das CGBP é baseada no cuidado centrado na mulher, no bebê e na família, com foco em equidade, acolhimento e vigilância contínua.

## 3. Público-alvo

- Gestantes de alto risco com condições clínicas compensadas, que necessitam estar próximas à maternidade por risco de intercorrência ou iminência de parto
- Puérperas com alta hospitalar recente, mas que permanecem em vigilância clínica e social
- Mães de recém-nascidos internados em unidade neonatal, permitindo o aleitamento e a

permanência junto ao bebê

- Mulheres em vulnerabilidade social ou geográfica, com dificuldade de acesso à maternidade em tempo oportuno

A admissão na CGBP deve ser regulada pela equipe da maternidade ou da rede de atenção, conforme critérios pactuados.

#### 4. Profissionais Envolvidos

A equipe das CGBP é composta por:

- Enfermeira obstetra (responsável técnica)
- Técnicos de enfermagem
- Agentes de apoio à amamentação
- Assistente social
- Equipe de apoio (cozinha, limpeza, lavanderia e manutenção)

Podem contar ainda com:

- Psicóloga, nutricionista e educadora em saúde (preferencialmente)

A maternidade de referência mantém responsabilidade clínica e supervisão técnica, mesmo que a mulher esteja fora do ambiente hospitalar.

#### 5. Importância na Redução da Mortalidade Materna e Neonatal

As CGBP são equipamentos estratégicos na Rede Alyne, contribuindo para a redução da mortalidade materna, neonatal e perinatal por meio de:

- Atenção oportuna e vigilância próxima a mulheres e bebês em situação de risco clínico ou social
- Redução dos atrasos no acesso ao parto, especialmente em áreas de difícil deslocamento
- Promoção do aleitamento materno e do cuidado contínuo ao recém-nascido internado
- Evitação de reinternações desnecessárias, com monitoramento extra-hospitalar em ambiente seguro
- Apoio emocional e educativo às mulheres em momentos críticos da gestação e

puerpério

Em suma, as Casas da Gestante, Bebê e Puérpera são instrumentos de cuidado inovador e humanizado, que fortalecem a rede de atenção obstétrica e neonatal e asseguram acolhimento, vigilância e dignidade no ciclo gravídico-puerperal.

#### **4.3.7 Justificativa para a Habilitação de Serviços da Rede Alyne.**

A região da Baía de Ilha Grande apresenta uma média anual de aproximadamente 3.500 nascidos vivos, sendo o Hospital Maternidade de Angra dos Reis a principal unidade de referência para a assistência obstétrica e neonatal da região. Em função dessa centralidade e do papel estratégico que a maternidade desempenha, justifica-se a seguinte estruturação assistencial:

##### **1. Solicitação de 9 leitos de Geração de Alto Risco (GAR)**

A habilitação de 9 leitos GAR se justifica pelo fato de que a Maternidade de Angra dos Reis é a referência regional para o atendimento à gestação de alto risco, atendendo gestantes provenientes dos municípios da Baía de Ilha Grande. Esses leitos são fundamentais para garantir um acompanhamento adequado, seguro e contínuo às gestantes com condições clínicas que exigem cuidados especializados, contribuindo diretamente para a redução da morbimortalidade materna e perinatal na região.

##### **2. Solicitação de 10 leitos de Cuidado Obstétrico Intermediário (CGBP)**

A inclusão de 10 leitos CGBP visa fortalecer o acolhimento e o cuidado às gestantes e puérperas oriundas de municípios vizinhos. Esses leitos são essenciais para garantir retaguarda adequada às gestantes que, embora não necessitem de internação hospitalar, demandam monitoramento clínico contínuo ou suporte logístico para acompanhamento neonatal intra hospitalar, permitindo a adequada organização da linha de cuidado obstétrico e perinatal, e evitando a sobrecarga de leitos de alta complexidade e permitindo o melhor giro do leito de internação hospitalar e sua ocupação racional.

##### **3. Solicitação de habilitação do CPNi com 3 salas PPP (Pré-parto, Parto e Puerpério)**

Embora a recomendação ministerial seja de 5 leitos para a habilitação plena do Centro

de Parto Normal intra-hospitalar (CPNi), justifica-se a solicitação para habilitação de 3 salas PPP com base em limitações estruturais da maternidade, que impossibilitam, neste momento, a ampliação para 5 leitos. Ainda assim, a habilitação dos leitos atualmente disponíveis permitirá a implantação e fortalecimento da política de parto humanizado, alinhada com os princípios da Rede Cegonha e as diretrizes do SUS para a atenção obstétrica respeitosa, centrada na mulher.

#### **4. Solicitação de 1 Banco de Leite Humano (BLH)**

O processo de habilitação de um Banco de Leite Humano (BLH) está em andamento junto à Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, e sua implementação se justifica pela importância estratégica no apoio à amamentação, tanto para bebês nascidos a termo quanto prematuros. Além disso, o BLH será fundamental para o cumprimento dos 10 passos para o sucesso da amamentação, contribuindo para a futura certificação da maternidade como Hospital Amigo da Criança, fortalecendo a atenção neonatal e promovendo a saúde infantil.

#### **Justificativa para habilitação de dois AGPAR e dois ASEG no município de Angra dos Reis – RJ**

O município de Angra dos Reis apresenta características geográficas e demográficas singulares, com um território extenso, marcado por comunidades indígenas (aldeadas), quilombolas e populações insulares, que convivem com barreiras de acesso aos serviços de saúde, especialmente no que se refere à atenção obstétrica especializada.

Diante desse cenário, justifica-se a habilitação de dois serviços AGPAR (Atenção Especializada à Gestação de Alto Risco) e dois serviços ASEG (Atenção Especializada à Saúde da Gestante), com a seguinte distribuição:

##### **1. AGPAR e ASEG vinculados à Maternidade de Angra dos Reis**

A Maternidade de Angra dos Reis é a referência regional para os casos de gestação de alto risco materno e perinatal, sendo responsável por um volume significativo de atendimentos de média e alta complexidade. A habilitação de um AGPAR e um ASEG junto à maternidade permitirá:

- A qualificação da linha de cuidado para gestantes com risco aumentado, desde o pré-natal até o parto e puerpério;
- O fortalecimento do componente ambulatorial de vigilância, rastreamento e intervenção precoce em agravos obstétricos;
- A integração com leitos de Gestação de Alto Risco (GAR), Cuidado Intermediário (CGBP) e Neonatal, garantindo a integralidade do cuidado.

## **2. AGPAR e ASEG em Mambucaba**

A região de Mambucaba concentra populações socialmente vulneráveis e com menor acesso territorial à atenção especializada. A implantação de um AGPAR e um ASEG nesse território é estratégica para:

- Ampliar a capilaridade da atenção especializada, evitando o deslocamento de gestantes em condições clínicas fragilizadas;
- Oferecer atenção culturalmente sensível às mulheres indígenas/aldeadas, quilombolas e insulares, em conformidade com os princípios da Rede Alyne, que defende a redução de desigualdades estruturais no acesso à saúde materna;
- Atuar na prevenção da mortalidade materna evitável, assegurando cuidado em tempo oportuno para mulheres que, historicamente, enfrentam barreiras institucionais, logísticas e culturais no acesso à saúde.

### **Alinhamento com políticas públicas**

A habilitação dos serviços propostos está em conformidade com:

- A perspectiva histórica da Rede Cegonha, especialmente na organização da atenção ambulatorial especializada e na qualificação da assistência ao pré-natal de alto risco;
- Os marcos da nova Rede Alyne, que orientam a organização da atenção obstétrica com foco na equidade, interseccionalidade e justiça social, garantindo o direito das mulheres negras, indígenas e vulneráveis à saúde materna digna, segura e humanizada;
- As diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, que reforçam a necessidade de resposta diferenciada a territórios e grupos historicamente

negligenciados.

## **Conclusão**

Diante do papel regional desempenhado pela Maternidade de Angra dos Reis e da demanda assistencial crescente, a habilitação dos leitos propostos representa um passo fundamental para o fortalecimento da rede materno-infantil da Baía de Ilha Grande, garantindo maior equidade, segurança e qualidade no cuidado às gestantes, puérperas e recém-nascidos da região.

A habilitação dos dois AGPAR e dois ASEG no município de Angra dos Reis é uma medida estratégica, necessária e eticamente fundamentada, que responde ao perfil epidemiológico da região, promove a redução das iniquidades em saúde materna, e contribui significativamente para a qualificação da rede de atenção obstétrica regional. Essa iniciativa fortalece o SUS como um sistema universal, integral e equitativo, como previsto constitucionalmente.

## **Justificativa para a Habilitação de Serviços da Rede Alyne na Região da Baixada Litorânea – Estado do Rio de Janeiro**

A Região da Baixada Litorânea, com 10.338 nascidos vivos por ano, é um território de alta demanda obstétrica e ainda não conta com nenhum serviço habilitado em sua rede materno-infantil/neonatal, o que evidencia um vazio assistencial crítico, em especial no que tange ao financiamento pelo componente federal. A ausência de estrutura formalizada compromete a regionalização da assistência, fragiliza o cuidado à gestante e ao recém-nascido e amplia os riscos maternos e perinatais evitáveis.

A habilitação dos serviços nesta região é, portanto, estratégica e urgente, sendo uma demanda amplamente aguardada por gestores e profissionais de saúde locais.

### **1. O papel estratégico do Hospital Estadual dos Lagos Nossa Senhora de Nazareth (HE Lagos)**

O HE Lagos é o principal provedor de atenção obstétrica de alto risco da região. Seu papel como referência regional é fundamental para garantir o acompanhamento especializado

e a internação segura de gestantes com intercorrências clínicas complexas.

Com a habilitação de 42 leitos de HGAR e de um serviço de AGPAR, o HE Lagos será fortalecido como unidade-chave na organização da Rede Alyne na Baixada Litorânea, possibilitando:

- Internações seguras e monitoramento contínuo de gestantes de alto risco;
- Apoio a municípios vizinhos com pouca ou nenhuma capacidade instalada;
- Referenciamento regional ordenado e qualificado.

## **2. Compromisso com a redução de cesarianas e o parto humanizado**

A habilitação de CPNi (Centros de Parto Normal Intra-hospitalar) nos municípios de Búzios (5 PPPs) e Araruama (3 PPPs) representa uma medida concreta para:

- Reduzir as elevadas taxas de cesariana observadas na região;
- Promover partos vaginais seguros e respeitosos, com protagonismo das mulheres;
- Valorizar a atuação da enfermagem obstétrica;
- Estimular o cuidado centrado na mulher e no modelo de boas práticas do parto humanizado.

Mesmo com número inicial inferior aos cinco PPPs recomendados por unidade, esses serviços marcam o início de uma mudança cultural e assistencial importante.

## **3. Implantação do Banco de Leite Humano (BLH) e apoio inter-regional**

A implantação de dois Bancos de Leite Humano (BLHs) — um em Cabo Frio e outro no HE Lagos — está em fase final de obras em ambos os municípios. As gestões locais e unidades envolvidas demonstraram compromisso institucional com a finalização das adequações para que ambos sejam certificados junto à Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH).

## **4. Serviços propostos para habilitação – Rede Alyne | Baixada Litorânea**

<b>Município</b>	<b>Tipo de Serviço</b>	<b>Detalhamento</b>
<b>Búzios</b>	CPNi	5 PPPs

<b>Araruama</b>	CPNi	3 PPPs
<b>Cabo Frio</b>	AGPAR	1 AGPAR
	BLH	1 BLH em obras
<b>Rio das Ostras</b>	AGPAR	1 unidade
<b>Hospital Estadual dos Lagos (HE Lagos)</b>	AGPAR	1 AGPAR
	HGAR	42 leitos HGAR
	BLH	BLH em obras

## 5. Conclusão

A habilitação dos serviços da Rede Alyne na Baixada Litorânea é uma ação reparadora, estratégica e necessária para o fortalecimento do cuidado materno-infantil no estado do Rio de Janeiro. Essa medida garante:

- Organização dos fluxos assistenciais obstétricos e neonatais;
- Redução de cesarianas desnecessárias;
- Melhoria dos desfechos maternos e perinatais;
- Estruturação de uma rede regional integrada, com base em boas práticas.

O fortalecimento do HE Lagos como polo regional, aliado ao compromisso institucional de Cabo Frio com a certificação do BLH e à expansão e qualificação dos serviços de atenção obstétrica de risco habitual em Búzios e Araruama e alto risco em Saquarema, demonstra a maturidade do território para avançar na implementação plena da Rede Alyne, assegurando o direito ao nascimento seguro, digno e respeitoso.

### **Justificativa Técnica para Habilitação de Serviços Vinculados à Rede Alyne – Região Centro-Sul do Estado do Rio de Janeiro**

A Região Centro-Sul do Estado do Rio de Janeiro contabiliza anualmente cerca de 3.583 nascidos vivos, refletindo uma demanda considerável e crescente por serviços obstétricos e neonatais qualificados, com foco especial na atenção às gestantes em situação de vulnerabilidade. Diante disso, apresenta-se a presente justificativa para a habilitação de serviços estratégicos vinculados à Rede Alyne, uma política nacional orientada para a promoção da equidade, da segurança e da humanização do cuidado obstétrico, especialmente voltada a mulheres negras, indígenas, quilombolas e em situação de risco social.

### **Habilitações propostas (fase atual): Localização em Vassouras**

A cidade de Vassouras é o atual polo assistencial e educacional da região, concentrando serviços de saúde especializados, uma faculdade de medicina de tradição e um hospital universitário com expertise no cuidado à gestação de alto risco. A centralização inicial das habilitações nesta localidade justifica-se pela sua capacidade instalada, infraestrutura consolidada e papel de referência regional. Serviços pleiteados para Vassouras:

<b>Município</b>	<b>Tipo de serviço</b>	<b>Detalhamento</b>
Vassouras	CPNi CGBP GAR AGPAR BLH	5 salas PPPs 15 leitos (em construção a ser pleiteado) 10 leitos Regional Auto suficiente
Três Rios	AGPAR A-SEG	Em funcionamento, será ligado a nova maternidade.
Paracambi	CPNi	3 salas PPPs - recebe gestantes da região da Baixada Fluminense próximos ao município.

Essa estrutura permitirá organizar a linha de cuidado obstétrico de forma integral, garantindo acesso humanizado ao parto normal, atenção especializada à gestação de risco e suporte neonatal, com retaguarda hospitalar e rede de apoio à amamentação.

#### **▪ Perspectivas de Expansão: Municipalização da Rede Alyne**

Apesar da concentração inicial em Vassouras, é fundamental destacar que a expansão dos serviços está em curso na região, com diversas unidades em obras e municípios em processo de qualificação da assistência obstétrica. Entre eles, destacam-se Três Rios e Miguel Pereira, ambos com cursos de medicina e forte potencial para atuar na formação de profissionais de saúde, sendo estratégicos para a interiorização da política de atenção obstétrica qualificada.

### **Municípios em expansão com previsão de habilitação:**

O Município de Três Rios consta com Hospital Clínicas Nossa Senhora da Conceição atualmente conta 16 Leitos Obstétricos. Para o redesenho, o HCNSC, após a Construção da CPNp em Paraíba do Sul, desabilitará os leitos obstétricos de risco habitual, sendo referência para 4 municípios ao redor, e o mesmo para o risco habitual que será redirecionado para CPNp de Paraíba do Sul.

<b>Três Rios</b> Hospital Clínicas Nossa Senhora da Conceição (HCNSC)	16 leitos obstétricos	
<b>Três Rios - Hospital Regional da Mulher (em Obras)</b>	HGAR – 25 leitos UTIN UCINCO ICINCA AGPAR BLH autossuficiente	Resolução SES/RJ nº 2771/2022 Financeiro para a Reforma e Ampliação do Hospital Regional da Mulher. Previsão inauguração 1º semestre de 2026)
<b>Três Rios - Centro Especializado Saúde da Mulher</b>	1 AGPAR 1 A-SEG	Já em funcionamento referência para municípios vizinhos outra região/Estado vizinho.

<b>Miguel Pereira (Complexo de Saúde em implantação)</b>	CPNi – 5leitos PPPS 1 AGPAR HGAR - 10 leitos	
<b>Paraíba do Sul</b>	CPNi – 5 Leitos PPPs 1 AGPAR para futura habilitação	Ampliar os 3 PPPs para 5 PPPs (em obras)
<b>Mendes - São Marcelino Champagnat (em construção)</b>	CPNi – 5 PPPs UTIN – 10 UCINCO – 10 UCINCA - 5	

### **Compromissos Locais e Planejamento Regional**

Ainda que as solicitações atuais ultrapassem os limites previamente pactuados, elas refletem um planejamento estratégico e gradual, sustentado por:

- Cronogramas de obras em andamento
- Compromisso municipal com a ampliação da rede
- Capacitação de profissionais de saúde a partir das faculdades de medicina regionais

- Alinhamento com os princípios da Rede Alyne, que preconiza ações territoriais focalizadas na redução de desigualdades e barreiras de acesso.

Ao prever desde já a futura habilitação dos serviços em construção, o Estado e os municípios demonstram comprometimento com a estruturação da Rede Alyne em bases regionais e sustentáveis, garantindo continuidade e capilaridade no cuidado obstétrico humanizado e seguro.

### Conclusão

A habilitação dos serviços propostos é fundamental para o fortalecimento da Rede Alyne na Região Centro-Sul do Estado do Rio de Janeiro. O modelo adotado, com habilitação inicial em Vassouras e expansão programada para Miguel Pereira, Paracambi e Paraíba do Sul, assegura um equilíbrio entre eficiência imediata e descentralização progressiva, respeitando o contexto territorial, a capacidade instalada e os princípios de equidade, regionalização e integralidade do SUS.

### **Justificativa para a Habilitação de Serviços da Rede Alyne na Região do Médio Paraíba – Estado do Rio de Janeiro**

A Região do Médio Paraíba é composta por municípios de relevância estratégica para a organização da Rede de Atenção à Saúde no estado do Rio de Janeiro. Com 9.162 nascidos vivos por ano, representa um território de expressiva demanda por atenção obstétrica e perinatal qualificada. Notavelmente, a região apresenta os menores índices de mortalidade materna do estado, com uma taxa em torno de 30 óbitos por 100.000 nascidos vivos, aproximando-se, assim, das metas estabelecidas nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 da ONU no tocante à redução da mortalidade materna.

Diante desse cenário, a habilitação de serviços vinculados à Rede Alyne nesta região é fundamental por três razões principais:

#### **1. Financiamento e valorização da qualidade já existente**

A habilitação representa não apenas a ampliação da oferta, mas também uma estratégia de sustentação financeira da qualidade do serviço já prestado. Reconhecer

institucionalmente os avanços obtidos por meio de habilitações específicas permite:

- Consolidar os fluxos bem estruturados da atenção obstétrica regional;
- Garantir recursos federais e estaduais permanentes, que reforcem a capacidade instalada;
- Valorizar as boas práticas e fortalecer os profissionais e serviços que já atuam com excelência.

## **2. Ampliação da qualidade da assistência obstétrica e neonatal**

Mesmo com bons indicadores, há espaço para aprimoramento contínuo, especialmente no que diz respeito à:

- Humanização do parto;
- Expansão de leitos para o Cuidado Intermediário Obstétrico (CGBP);
- Fortalecimento do acompanhamento de gestantes de alto risco (AGPAR e HGAR);
- Promoção do aleitamento materno com apoio institucional (BLH).

A habilitação dos serviços permite consolidar modelos de cuidado baseados em evidência, ampliando o alcance das boas práticas em saúde materna e neonatal.

## **3. Modelo estadual de organização e matriciamento regional**

A Região do Médio Paraíba pode — e deve — ser referência estadual em organização de rede e matriciamento regional para:

- Apoiar territórios com maiores índices de mortalidade materna;
- Disseminar experiências exitosas em parto seguro, assistência perinatal e humanização;
- Implementar estratégias de regionalização e qualificação da atenção com base em resultados concretos.

Ao habilitar esses serviços, o Estado do Rio de Janeiro reconhece, fortalece e difunde práticas bem-sucedidas, garantindo um sistema de saúde mais equitativo e eficiente.

## Serviços propostos para habilitação – Rede Alyne | Médio Paraíba

Município	Tipo de Serviço	Detalhamento
<b>Barra do Pirai</b>	CPNi	3 PPPs
<b>Barra Mansa</b>	CPNi AGPAR HGAR	3 PPPs 1 AGPAR 5 leitos HGAR
<b>Resende</b>	CPNi CGBP HGAR	5 PPPs 20 leitos CGBP 10 HGAR
<b>Valença</b>	CPNi AGPAR HGAR	3 PPPs 1 AGPAR 4 HGAR
<b>Volta Redonda</b>	AGPAR HGAR Banco de Leite Humano	1 AGPAR 7 HGAR 1 BLH

### 4. Justificativa para a Terceira Habilitação de AGPAR no Território – Inclusão de Valença como Polo Estratégico

Embora o número de nascidos vivos da Região do Médio Paraíba (9.162/ano) tecnicamente justifique a habilitação de duas unidades AGPAR (Atenção Especializada à Gestação de Alto Risco), a solicitação de uma terceira habilitação, para o município de Valença, decorre de uma especificidade regional relevante, reconhecida e validada pelo núcleo gestor local da Rede de Atenção à Saúde.

Além de Volta Redonda e Barra Mansa, que concentram o maior contingente populacional e naturalmente demandam unidades AGPAR, o município de Valença se destaca como um importante polo estratégico por três motivos principais:

- Papel regional da assistência em gestação de alto risco: Valença abriga uma tradicional escola de medicina e possui estrutura hospitalar capacitada para o atendimento qualificado de gestantes de alto risco. Este atendimento não se restringe apenas ao município, mas se estende a cidades vizinhas do Rio de Janeiro e de municípios mineiros limítrofes, que frequentemente encaminham pacientes por não disporem de estrutura local adequada para esse perfil assistencial.

- Carência de infraestrutura obstétrica no entorno: A região de influência de Valença é formada majoritariamente por pequenos municípios, muitos dos quais não possuem maternidades ativas, tampouco profissionais especializados ou retaguarda técnica adequada para o manejo de gestações de risco. A habilitação do AGPAR em Valença contribui para reduzir vulnerabilidades e assimetrias, atendendo ao princípio da equidade territorial preconizado pela Rede Alyne.
- Barreiras geográficas e logísticas: Valença localiza-se em uma área de vale, com distância significativa de outros polos regionais como Volta Redonda e Barra Mansa. Essa configuração geográfica dificulta o deslocamento oportuno de gestantes em situações de risco e, portanto, demanda a presença de um serviço de referência mais próximo para garantir respostas clínicas tempestivas e reduzir riscos maternos e perinatais.

A inclusão de Valença como sede de um terceiro AGPAR, portanto, não fere critérios técnicos, mas os complementa ao incorporar uma leitura territorial qualificada, sensível às necessidades regionais, às barreiras de acesso e à presença de capacidade instalada de ensino e atendimento. Ao reconhecer Valença como polo estratégico, o estado fortalece uma rede regional solidária e resolutiva, em linha com os princípios da regionalização, da equidade e da integralidade do cuidado.

### **Conclusão**

A habilitação dos serviços da Rede Alyne na Região do Médio Paraíba representa um passo estratégico e coerente com os avanços já obtidos no território, transformando a qualidade assistencial em política pública sustentada e replicável. Mais do que expandir a rede, essa ação reafirma o compromisso com o direito ao nascer seguro, digno e respeitoso — princípio central da Rede Alyne.

A região, já alinhada aos compromissos da Agenda 2030, consolida-se como referência em saúde materno-infantil, e sua estruturação plena permitirá matriciar e inspirar outras regiões do estado, ampliando o impacto positivo para além de seus limites territoriais.

### **Justificativa para a Habilitação da Rede Alyne na Região Metropolitana I do**

## **Estado do Rio de Janeiro**

A Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro apresenta 105.123 nascidos vivos por ano, sendo a região com a maior densidade populacional e volume de nascimentos do estado. A magnitude dessa demanda justifica plenamente a habilitação da Rede Alyne, tanto pelo critério populacional quanto pela necessidade de reorganização da atenção obstétrica e neonatal.

### **Critérios quantitativos atendidos**

Com base no número de nascidos vivos, a Região Metropolitana I comporta a habilitação de, no mínimo:

- **21 Ambulatórios Gestação de Alto Risco (AGPAR)**
- **280 leitos de Internação Obstétrica de Risco Habitual e Alto Risco (HGAR)**

Essas metas são plenamente exequíveis dada a rede já instalada, a capilaridade dos serviços municipais, estaduais e federais, e as obras de expansão em andamento.

### **Perfil regional e desafios sanitários**

A Região Metropolitana I abrange a capital do estado, Rio de Janeiro, com sua ampla rede de maternidades e hospitais de alta complexidade, e municípios da Baixada Fluminense, como Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Mesquita e Nilópolis, que, embora apresentem elevada natalidade, enfrentam déficits históricos na oferta de serviços de saúde, além de marcadores sociais que agravam a vulnerabilidade materno-infantil.

Essa assimetria territorial exige uma resposta estruturada, regionalizada e pactuada, como propõe a Rede Alyne, para garantir acesso oportuno, resolutivo e humanizado às gestantes, puérperas e recém-nascidos.

### **Importância da capital e da integração metropolitana**

O município do Rio de Janeiro, com 67.593 nascidos vivos/ano, concentra diversas maternidades municipais, além de quatro maternidades federais e uma estadual vinculada à UERJ, que possuem papel estratégico como referência para gestação de alto risco e oferta de serviços especializados (cirurgias complexas, medicina fetal, cuidados intensivos e

ambulatórios especializados).

A atuação conjunta entre os serviços da capital e os da Baixada Fluminense, por meio da Rede Alyne, permitirá:

- A organização da linha de cuidado materno-infantil
- A regulação pactuada dos fluxos assistenciais
- O uso racional e coordenado dos leitos e ambulatórios de alto risco
- A redução da mortalidade materna e neonatal evitável

### **Importância estratégica dos hospitais federais e da maternidade vinculada à UERJ**

Os hospitais federais (como o HGB, HSE, Gaffrée e a Maternidade Escola da UFRJ) e o Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ) ofertam cuidados de média e alta complexidade com forte componente formativo e tecnológico. São referências regionais em áreas como medicina fetal, patologias raras, placenta acreta, e cuidados intensivos obstétricos, devendo ser plenamente integrados à Rede Alyne.

O Instituto Fernandes Figueira (IFF) a assistência obstétrica foi reconhecida como referência para risco fetal em casos de malformação fetal, infecções congênitas, gestação gemelar e doença hemolítica perinatal, além de assistência à gestantes de risco habitual, que ocorre na unidade.

**Perspectiva de expansão da rede** - Além da rede já instalada, dois serviços estão em fase de implantação, sendo Maternidade de Japeri apoiada com recursos do Governo Federal / PAC: Hospital Maternidade de Japeri e Maternidade Municipal de Belford Roxo.

Ambos atenderão às populações vulneráveis e ampliarão significativamente a oferta de leitos obstétricos e de cuidados neonatais, necessitando ser incluídos desde já na habilitação da Rede Alyne para garantir custeio sustentável e apoio técnico.

### **Caracterização dos Serviços por Município – Região Metropolitana I**

#### **Duque de Caxias – 10.259 nascidos vivos/ano**

- CPNi: Maternidade Santa Cruz da Serra – 5 PPPs (não obstante a maternidade possua

8 leitos de CPNi)

- **AGPAR:**
  - 1 AGPAR no Centro de Referência da Mulher
  - 1 AGPAR na Policlínica Duque de Caxias, localizada em área com elevada natalidade e vulnerabilidade social
- **CGBP:** Hospital Adão Pereira Nunes – 10 leitos
- **HGAR:** 38 leitos (Adão Pereira Nunes – referência em alto risco materno-perinatal)
- **BLH:** 1 (Adão Pereira Nunes)

#### **Itaguaí – 1.045 nascidos vivos/ano**

- CPNi: Hospital Municipal São Francisco Xavier – 5 leitos PPPs
- AGPAR: 1 (com encaminhamento para parto no Hospital Estadual da Mulher Heloneida Studart, referência regional em alto risco)

#### **Magé – 1.369 nascidos vivos/ano**

- CPNi: Hospital Municipal de Piabetá – 3 leitos PPPs
- CPNp: 5 leitos PPPs (em obras com recursos do PAC)
  - A obra do CPNp representa uma estratégia fundamental para melhorar as condições de nascimento no município, com financiamento federal em curso.

#### **Mesquita – 6.312 nascidos vivos/ano**

- CPNi: Complexo Regional de Mesquita – 10 PPPs
- AGPAR: 1 (as pacientes são referenciadas para o parto no Hospital Estadual da Mulher Heloneida Studart)

#### **Nilópolis – 2.570 nascidos vivos/ano**

- CPNi: Hospital Municipal Juscelino Kubitschek – 5 PPPs
- AGPAR:

- 1 AGPAR no Hospital Municipal Juscelino Kubitschek
- 1 AGPAR no Centro de Saúde Dr. Vasco Barcellos

Justificativa: Embora o município tenha menos de 5.000 nascidos vivos, faz fronteira com Belford Roxo, que tem 5.713 (em 2023) nascidos vivos de gestantes oriundas dessa cidade (já que, nesse momento, não há maternidade funcionando em Belford Roxo). Como Belford Roxo não tem AGPAR, o fortalecimento da atenção pré-natal de alto risco em Nilópolis ajudará a atender a demanda dos casos de alto risco de Belford Roxo. Salienta-se que ambas as cidades possuem elevada natalidade e demandas sanitárias, o que justifica o fortalecimento da assistência obstétrica com dois AGPARs em Nilópolis, considerando o compartilhamento populacional no território e sua ainda elevada razão de morte materna.

#### **Nova Iguaçu – 6.090 nascidos vivos/ano**

- CPNi: Maternidade Municipal Mariana Bulhões – 5 PPPs
- AGPAR: 1 (Centro de Saúde Dr. Vasco Barcellos)
- CGBP: 10 leitos
- HGAR: 74 leitos
- BLH: 1

#### **São João de Meriti – 4.004 nascidos vivos/ano**

**SES Hospital da Mulher Heloneida Studart** – referência regional para gestação de alto risco. Destaque: única maternidade do estado com UTI adulto especializada na população obstétrica.

- CGBP: 15 leitos
- AGPAR: 1
- HGAR: 56 leitos
- BLH: 1

#### **Rio de Janeiro (Capital) – 67.593 nascidos vivos/ano**

Composta por 13 maternidades municipais, 4 federais e 1 estadual. A seguir, os dados organizados por bloco:

Município do Rio de Janeiro - Capital	Tipo de serviço
<b>Maternidade Fernando Magalhães</b>	CPNi – 5 PPPs AGPAR – 1 HGAR – 72 leitos BLH – 1
<b>Hospital Maternidade Alexander Fleming</b>	CPNi – 10 PPPs AGPAR – 1 HGAR – 18 leitos BLH – 1
<b>Maternidade Carmela Dutra</b>	CPNi – 5 PPPs AGPAR – 1 HGAR – 23 leitos BLH – 1
<b>Hospital Municipal Lourenço Jorge</b>	CPNi – 5 PPPs AGPAR – 1 HGAR – 82 leitos BLH – 1
<b>Hospital Municipal Rocha Faria</b>	CPNi – 5 PPPs AGPAR – 1 HGAR – 14 leitos BLH – 1
<b>Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda</b>	CPNi – 5 PPPs AGPAR – 1 HGAR – 60 leitos BLH – 1
<b>Hospital Municipal Miguel Couto</b>	CPNi – 5 PPPs
<b>Maternidade Herculano Pinheiro</b>	CPNi – 3 PPPs BLH – 1
<b>Casa de Parto David Capistrano Filho</b>	CPNp – 3 PPPs
<b>Hospital Albert Schweitzer</b>	CPNi – 5 PPPs HGAR – 13 leitos
<b>Hospital Municipal da Mulher Mariska Ribeiro</b>	CPNi – 5 PPPs AGPAR – 1 HGAR – 73 leitos BLH – 1
<b>Hospital Maternidade Paulino Werneck</b>	CPNi – 3 PPPs
<b>Hospital Municipal Pedro II</b>	CPNi – 5 PPPs HGAR – 46 leitos

### **Seropédica – 977 nascidos vivos/ano**

- CPNi: Maternidade Municipal de Seropédica – 3 PPPs

## **Hospitais Federais**

- **Maternidade Escola da UFRJ**

- AGPAR – 1
- HGAR – 20 leitos
- BLH – 1

- **Instituto Fernandes Figueiras (IFF)** - A assistência obstétrica foi reconhecida como referência para risco fetal em casos de malformação fetal, infecções congênitas, gestação gemelar e doença hemolítica perinatal, além de assistência à gestantes de risco habitual.

- HGAR – 8
- BLH - 1

- **Hospital dos Servidores do Estado (HSE/MS)**

- HGAR – 7 leitos
- BLH – 1

- **Hospital Geral de Bonsucesso (HGB/MS)**

- HGAR – 15 leitos

Estamos fomentando a estruturação de posto de coleta de leite humano vinculado a um banco de leite humano

- **Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (UNIRIO)**

### **Maternidade Estadual Vinculada à UERJ**

- **Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)**
  - CPNi – 3 PPPs
  - AGPAR – 1
  - HGAR – 10 leitos
  - BLH – 1

**Importância estratégica:** Os hospitais federais e o HUPE/UERJ possuem papel crucial na Rede Alyne por oferecerem cuidados especializados de alta complexidade, devendo ser plenamente integrados à linha de cuidado materno-infantil regional.

Dois Municípios pertencentes a Metropolitana 1 estão em obras de unidades Hospitalares importante para região.

Japeri	Belford Roxo
Em obras PAC/TransfereGOV nº 36000010983/2023 Maternidade Municipal de Japeri	Maternidade Municipal de Belford Roxo
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ CPNi – 5 PPPs</li> <li>○ CGBP – 10 leitos</li> <li>○ AGPAR – 1</li> <li>○ HGAR – 52 leitos</li> <li>○ BLH – 1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ CPNi – 5 PPPs</li> <li>○ CGBP – 10 leitos</li> <li>○ HGAR – 52 leitos</li> <li>○ BLH – 1</li> </ul>

### **Justificativa para a Habilitação de Serviços da Rede Alyne na Região Metropolitana II – Estado do Rio de Janeiro**

A Região Metropolitana II (Metro II) do estado do Rio de Janeiro é composta por municípios de alta densidade populacional e grande dinamismo urbano. Em 2023, a região registrou 19.584 nascidos vivos, representando uma das maiores demandas obstétricas do estado. Apesar desse volume expressivo, a região é marcada por uns vazios assistenciais na atenção materna e perinatal, especialmente no município de São Gonçalo, cuja importância pela densidade demográfica e os desafios em relação ao número de leitos obstétricos e neonatais tornam esse município de grande importância na organização da rede obstétrica e perinatal do estado do Rio de Janeiro.

A habilitação de serviços vinculados à Rede Alyne neste território visa a enfrentar de forma estratégica essa necessidade assistencial, assegurando uma rede articulada de cuidado, com acesso, acolhimento e equidade, especialmente para mulheres em situação de risco social, como preconiza a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e os princípios da Rede Alyne.

#### **1. Justificativa baseada na realidade epidemiológica e assistencial**

- Alta natalidade: quase 20 mil nascidos vivos/ano;
- Necessidade de expansão na oferta de atenção à gestação de alto risco e parto

humanizado, impactando diretamente os indicadores de saúde materna e neonatal da região. Diante deste cenário, a habilitação dos seguintes serviços se torna essencial para a reorganização da assistência materna e perinatal no território:

## 2. Propostas de habilitação – Rede Alyne na Metro II

Município	Serviço	Detalhamento
<b>Itaboraí</b>	AGPAR – Atenção Especializada à Gestação de Alto Risco	Ampliação da retaguarda regional para gestantes de risco
<b>Maricá</b>	AGPAR	Qualificação do cuidado na nova rede obstétrica municipal
<b>Niterói</b>	AGPAR / HGAR – tanto no Hospital Estadual Azevedo Lima, quanto no Hospital Universitário Antônio Pedro BLH – Hospital Universitário Antônio Pedro	Centro regional estruturado para gestação de alto risco
	<b>HGAR</b> – Hospital Estadual Azevedo Lima	36 leitos de alto risco materno
	<b>HGAR</b> – Hospital Universitário Antônio Pedro	8 leitos adicionais para suporte especializado
	<b>Banco de Leite Humano</b> – Antônio Pedro	Apoio ao aleitamento materno e à Iniciativa Hospital Amigo da Criança

## 3. A situação de São Gonçalo: importância da menção

Embora a habilitação neste momento concentre-se em outros municípios, é importante destacar que o fortalecimento da rede nos municípios vizinhos como Niterói, Itaboraí e Maricá também tem impacto direto sobre São Gonçalo, uma vez que muitos casos são referenciados para esses serviços devido à crônica ausência de uma maternidade pública com capacidade adequada no município. A estratégia de habilitação atual, portanto, não apenas fortalece a capacidade instalada da região, mas também oferece retaguarda assistencial para São Gonçalo, até que soluções estruturantes para o território sejam implementadas. O modelo pode, inclusive, orientar a implantação da maternidade pública no município, com base na expertise consolidada dos serviços agora em processo de habilitação.

## 4. Fortalecimento da Rede Alyne com a Criação do AGPAR no Hospital Estadual Azevedo Lima e a melhor articulação da rede materno infantil com o Hospital Universitário Antônio Pedro

A criação de uma unidade AGPAR (Atenção Especializada à Gestação de Alto Risco) no Hospital Estadual Azevedo Lima (HEAL), em Niterói, representa um avanço estratégico para a consolidação da Rede Alyne na Região Metropolitana II. Trata-se do maior hospital público estadual da região, com perfil assistencial de alta complexidade, capacidade instalada adequada, equipe multiprofissional experiente e localização geográfica privilegiada para atender de forma regionalizada gestantes de alto risco, inclusive provenientes de municípios vizinhos como São Gonçalo, Itaboraí e Maricá.

A estruturação do AGPAR no HEAL permitirá:

- A qualificação da linha de cuidado da gestação de alto risco com base em protocolos clínicos padronizados;
- A organização dos fluxos de referência e contrarreferência com a atenção básica e os CPNis;
- A redução de peregrinação das gestantes em situações de risco;
- O suporte clínico e cirúrgico de retaguarda para casos graves com necessidade de internação ou resolução imediata.

Paralelamente, houve avanços importantes nas articulações institucionais com o Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP/UFF). A unidade, tradicional centro de formação médica e referência em ensino e pesquisa, tem formalizado seu compromisso em participar de forma mais efetiva na assistência obstétrica do território, integrando-se à Rede Alyne como polo formador e prestador de assistência especializada.

Dentre as ações em curso, destacam-se:

- A habilitação de leitos HGAR (Hospitalares de Gestação de Alto Risco) no HUAP, com previsão de 8 leitos inicialmente;
- O apoio à reabilitação de um Banco de Leite Humano, reforçando a adesão aos 10 passos para o sucesso da amamentação e às diretrizes da IHAC;
- A disponibilização de equipe multiprofissional para apoio matricial à rede municipal e regional;
- A construção de um plano de ação integrado com o HEAL, fortalecendo a cooperação entre os hospitais estratégicos da região.

Esses movimentos demonstram compromisso institucional e político com a ampliação

do acesso qualificado à assistência materna e perinatal, integrando serviços de saúde e ensino superior em prol da redução das desigualdades e da promoção de um nascer seguro e humanizado.

## 5. Conclusão

A habilitação dos serviços da Rede Alyne na Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro é urgente e estratégica. A proposta:

- Responde à alta demanda obstétrica;
- Enfrenta lacunas assistenciais históricas;
- Fortalece uma rede regional capaz de garantir o direito ao parto seguro, humanizado e de qualidade;
- Oferece estrutura de matriciamento e suporte técnico-assistencial para territórios estratégicos, como São Gonçalo.

Trata-se de uma ação que alinha o estado do Rio de Janeiro aos compromissos da Agenda 2030, especialmente no que se refere à redução da mortalidade materna e neonatal e à promoção da equidade em saúde.

### **Justificativa para a Habilitação de Serviços da Rede Alyne na Região Noroeste – Estado do Rio de Janeiro**

A Região Noroeste do Estado do Rio de Janeiro é composta por municípios com características predominantemente rurais, dispersão populacional e desafios históricos de acesso à atenção obstétrica especializada. Com 3.756 nascidos vivos por ano, trata-se de um território com demandas específicas que exigem organização regional do cuidado materno e perinatal.

A habilitação de serviços da Rede Alyne na região é fundamental para garantir que a assistência às gestantes, especialmente aquelas em situação de risco, ocorra com segurança, qualidade e equidade. Diante desse cenário, propõe-se a habilitação dos seguintes serviços:

Município	Tipo de Serviço	Detalhamento
-----------	-----------------	--------------

<b>Bom Jesus do Itabapoana</b>	CGBP AGPAR HGAR	10 camas CGBP 1 AGPAR 10 leitos HGAR
<b>Itaperuna</b>	CGBP AGPAR HGAR	10 camas CGBP 1 AGPAR 10 leitos HGAR

### **Fortalecimento da Atenção Obstétrica Regionalizada**

A presença de serviços de Cuidados Intermediários Obstétricos (CGBP), Atenção Especializada à Gestação de Alto Risco (AGPAR) e leitos hospitalares para gestantes de alto risco (HGAR) em dois polos distintos (Bom Jesus do Itabapoana e Itaperuna) permite:

- A regionalização da assistência, diminuindo deslocamentos longos e inseguros;
- O acolhimento oportuno de gestantes com complicações, com suporte clínico adequado;
- A construção de linhas de cuidado contínuas, integrando atenção básica e hospitalar.

### **Desafio e Estratégia: Ausência de Banco de Leite Humano (BLH)**

A região atualmente não dispõe de um Banco de Leite Humano próprio, o que representa um desafio à integralidade do cuidado materno-infantil. No entanto, está em fase de implantação um posto de coleta de leite humano, com vinculação ao Banco de Leite Humano do Hospital dos Plantadores de Cana, em Campos dos Goytacazes.

Essa articulação permitirá:

- A promoção e apoio ao aleitamento materno seguro;
- A integração à Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano;
- O cumprimento das diretrizes da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mesmo em regiões sem BLH pleno.

A habilitação dos leitos de HGAR, nesse contexto, reforça a importância da assistência obstétrica de qualidade, aliada a estratégias viáveis e regionais de apoio ao aleitamento.

## **Conclusão**

A habilitação dos serviços da Rede Alyne na Região Noroeste representa um avanço decisivo para garantir o direito ao nascer com segurança, dignidade e cuidado qualificado, em um território marcado por vulnerabilidades e desafios geográficos. Ao reconhecer os esforços locais e fomentar soluções como o posto de coleta vinculado ao BLH de Campos, o Estado fortalece uma rede de cuidado efetiva, inclusiva e regionalizada, alinhada aos princípios do SUS e aos compromissos da Agenda 2030.

## **Justificativa para a Habilitação de Serviços da Rede Alyne na Região Norte – Estado do Rio de Janeiro**

A Região Norte do Estado do Rio de Janeiro, com 11.438 nascidos vivos por ano, representa um território de alta relevância para a qualificação da atenção obstétrica e neonatal no estado. Com características territoriais amplas, marcadas por áreas urbanas e rurais, a região requer uma rede de atenção que garanta acesso oportuno, assistência especializada e acolhimento humanizado às gestantes e recém-nascidos.

Nesse contexto, Campos dos Goytacazes configura-se como o grande polo regional de saúde, concentrando os principais equipamentos de média e alta complexidade da região e atendendo gestantes oriundas de diversos municípios do Norte e Noroeste fluminense.

### **Hospital dos Plantadores de Cana: Referência para Gestação de Alto Risco**

O Hospital dos Plantadores de Cana (HPC), em Campos dos Goytacazes, é uma das principais referências estaduais em atenção à gestação de alto risco, atuando de forma articulada com a Rede de Atenção Materno-Infantil e com alto grau de resolutividade clínica e obstétrica. A estrutura e a tradição do hospital justificam sua centralidade na habilitação de serviços estratégicos da Rede Alyne.

## Serviços Propostos para Habilitação – Região Norte

Município	Tipo de Serviço	Detalhamento
<b>Campos dos Goytacazes</b>	<b>CPNi</b>	3 PPPs – Hospital dos Plantadores de Cana
	<b>CGBP</b>	20 leitos – Hospital dos Plantadores de Cana
	<b>AGPAR</b>	2 unidades: 1 no Hospital dos Plantadores de Cana e 1 no Centro de Saúde da Mulher
	<b>HGAR</b>	60 leitos de internação obstétrica para gestantes de alto risco
	<b>BLH</b>	1 Banco de Leite Humano – Hospital dos Plantadores de Cana

### Justificativas por Eixo de Serviço

#### 1. CPNi – Centro de Parto Normal intra-hospitalar

A habilitação de 3 PPPs representa um avanço importante para a região, que ainda apresenta elevadas taxas de cesariana, muitas vezes acima das recomendações da OMS. A implantação do CPNi tem o potencial de:

- a. Promover o resgate ao parto normal e humanizado;
- b. Valorizar o protagonismo das mulheres no processo de nascimento;
- c. Ampliar o papel da enfermagem obstétrica;
- d. Oferecer um nascimento seguro, digno e respeitoso.

#### 2. CGBP – Casa da Gestante, Bebê e Puérpera

A habilitação de 20 leitos de CGBP fortalece a retaguarda clínica para gestantes e puérperas com intercorrências moderadas, evitando a evolução para complicações mais graves. Além disso, a CGBP:

- a. Oferece acolhimento e suporte logístico para mulheres fora de seus municípios de origem;
- b. Acomoda puérperas que precisam permanecer próximas de seus bebês internados em unidades neonatais;
- c. Atua como elo de cuidado entre o pré-natal de alto risco, o parto e o

pós-parto qualificado.

### **3. AGPAR – Atenção Especializada à Gestação de Alto Risco**

A presença de duas unidades de AGPAR, distribuídas estrategicamente entre o hospital e o Centro de Saúde da Mulher, permite maior capilaridade na atenção pré-natal especializada, ampliando o acesso e a continuidade do cuidado.

### **4. HGAR – Leitos de Internação para Gestação de Alto Risco**

A habilitação de 60 leitos HGAR é compatível com a magnitude populacional e o perfil de complexidade da região, garantindo suporte para as principais intercorrências obstétricas em âmbito hospitalar.

### **5. BLH – Banco de Leite Humano**

A presença de um Banco de Leite Humano no HPC consolida as estratégias de promoção ao aleitamento materno e viabiliza a adesão à Iniciativa Hospital Amigo da Criança, impactando positivamente nos indicadores de saúde neonatal.

A habilitação do BLH no Hospital dos Plantadores de Cana não apenas atenderá à demanda local, mas também servirá como referência para os postos de coleta das maternidades da Região Noroeste, cujos bancos de leite ainda estão em fase de implantação ou obras. Com isso:

- a. Oferece acolhimento e suporte logístico para mulheres fora de seus municípios de origem;
- b. Acomoda puérperas que precisam permanecer próximas de seus bebês internados em unidades neonatais;
- c. Atua como elo de cuidado entre o pré-natal de alto risco, o parto e o pós-parto qualificado.

## **Conclusão**

A habilitação dos serviços da Rede Alyne na Região Norte do Rio de Janeiro representa uma ação estratégica e coerente com as necessidades e capacidades regionais.

Campos dos Goytacazes, por meio do Hospital dos Plantadores de Cana e da rede municipal, assume um papel central na organização da atenção obstétrica e neonatal, fortalecendo o cuidado integral, equitativo e humanizado.

Essa estruturação permitirá não apenas qualificar os indicadores regionais, mas também servir de suporte às regiões vizinhas, consolidando um modelo sustentável de atenção à saúde materno-infantil, em sintonia com os princípios do SUS e os compromissos da Agenda 2030.

### **Justificativa para a Habilitação de Serviços da Rede Alyne na Região Serrana – Estado do Rio de Janeiro**

A Região Serrana, com um total de 9.964 nascidos vivos ao ano, destaca-se como um território estratégico na organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Neonatal do estado do Rio de Janeiro. A qualificação dos serviços por meio da Rede Alyne é uma oportunidade concreta de fortalecer a estrutura já existente e de promover avanços sustentáveis na atenção obstétrica e perinatal.

O processo de estruturação da Rede Alyne na região também teve como impacto positivo a maior articulação entre os municípios e o reconhecimento da responsabilidade regional dos municípios de Petrópolis, Teresópolis e Nova Friburgo como centros de referência para os casos de gestação de alto risco e cuidados neonatais especializados. Importante ressaltar que Petrópolis e Teresópolis contam com faculdades de medicina tradicionais, responsáveis pela formação de profissionais qualificados, o que contribui diretamente para a qualidade da assistência regional.

#### **1. Implantação dos Centros de Parto Normal Intra-hospitalares (CPNi)**

A habilitação de 19 PPPs (salas de pré-parto, parto e pós-parto) distribuídas nos municípios de Cachoeiras de Macacu (3), Guapimirim (3), Nova Friburgo (5), Petrópolis (3) e Teresópolis (5) tem importância estratégica no enfrentamento à ainda elevada taxa de cesarianas na região. O modelo de atenção centrado no CPNi promove:

- Valorização do parto vaginal seguro e humanizado;
- Atuação qualificada da enfermagem obstétrica;

- Resgate do protagonismo da mulher no momento do nascimento;
- Maior adesão às boas práticas baseadas em evidências na atenção ao parto.

## **2. Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP)**

A habilitação de 20 leitos de CGBP – sendo 10 em Nova Friburgo e 10 em Petrópolis – amplia a retaguarda para:

- Gestantes e puérperas fora do domicílio, que necessitam de suporte clínico e social durante o tratamento;
- Acompanhamento das mães cujos recém-nascidos permanecem internados em unidades neonatais;
- Monitoramento de intercorrências clínicas moderadas, evitando agravamentos e internações em unidades de maior complexidade.

## **3. Atenção à Gestação de Alto Risco (AGPAR e HGAR)**

A presença de Ambulatórios de Gestação de Alto Risco (AGPAR) nos municípios de Teresópolis, Nova Friburgo e Petrópolis permite que os casos mais complexos sejam acompanhados com regularidade, proximidade e segurança, assegurando resolutividade dentro da própria região. Estes ambulatórios desempenham papel fundamental como referência para os demais municípios da Região Serrana, que contam com menor capacidade instalada.

Além disso, a habilitação de 25 leitos de Hospital de Gestação de Alto Risco (HGAR) – sendo 10 em Nova Friburgo e 15 em Petrópolis – fortalece a resposta hospitalar para intercorrências clínicas mais graves, garantindo suporte especializado para internações prolongadas ou de urgência.

## **4. Banco de Leite Humano (BLH)**

A região já conta com dois Bancos de Leite Humano, um em Petrópolis e outro em Nova Friburgo, ambos já construídos e aptos à habilitação. A formalização destes serviços permitirá:

- Apoio efetivo às políticas de aleitamento materno;
- Promoção, proteção e apoio ao aleitamento, inclusive em situações clínicas específicas;
- Garantia de leite humano seguro a bebês internados em UTI/UCIN;
- Fortalecimento da rede regional de coleta, processamento e distribuição de leite humano.

### **Conclusão**

A habilitação dos serviços da Rede Alyne na Região Serrana é fundamental para consolidar um modelo regional de atenção obstétrica e neonatal que seja integral, humanizado, resolutivo e sustentável. A distribuição territorial dos serviços propostos respeita os arranjos e capacidades já existentes, ao mesmo tempo em que promove a redução das desigualdades no acesso ao cuidado qualificado.

Ao reconhecer a importância de municípios como Petrópolis, Teresópolis e Nova Friburgo na assistência de alto risco, a Rede Alyne fortalece a regionalização da saúde, potencializa a formação e fixação de profissionais especializados, e garante que todas as mulheres da região tenham direito a um nascimento seguro, digno e respeitoso.

### **4.4 Investimentos em obras e equipamentos**

Investimentos em obras e aquisição de equipamentos hospitalares e ambulatoriais são fundamentais para a expansão e qualificação da Rede Alyne. Estruturas físicas adequadas são a base para o funcionamento seguro dos serviços, permitindo fluxos assistenciais mais eficazes, acolhedores e alinhados com as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde. Hospitais de referência, maternidades e ambulatórios especializados em gestação e puerpério de alto risco devem contar com ambientes apropriados, climatizados, acessíveis e com instalações modernas que favoreçam o vínculo entre profissionais e usuárias.

Além disso, a alocação de recursos para infraestrutura e tecnologia está diretamente relacionada aos compromissos do Estado com os instrumentos de planejamento governamental, como o Plano Plurianual (PPA) e o Plano Regional de Implementação da Rede de Atenção à Saúde Materno-infantil. O alinhamento entre o planejamento orçamentário

e as necessidades da Rede Alyne permite a otimização de recursos e o fortalecimento da governança no Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo equidade e integralidade do cuidado. Portanto, o investimento contínuo em obras e equipamentos é indispensável para garantir a efetividade da Rede Alyne no Estado do Rio de Janeiro.

Trata-se de uma estratégia que transcende a dimensão técnica, impactando diretamente na dignidade do cuidado prestado às mulheres, nos indicadores de saúde materna e neonatal e na consolidação de um SUS mais justo e humanizado.

## **4.5 Apresentação do Sistema Logístico**

### **4.5.1 COMPLEXO REGULADOR**

O sistema Logístico é responsável por produzir soluções em saúde, com base em tecnologias da informação e comunicação, a fim de fortalecer a integração entre os diferentes pontos de atenção à saúde da Rede Alyne. Para o planejamento deste componente é importante que a coordenação estadual da Rede Alyne realize seu planejamento junto com a coordenação estadual de Regulação e transporte de urgência.

O Estado do Rio de Janeiro é composto por apenas uma macrorregião e nove regiões de saúde, a saber: Metropolitana I, Metropolitana II, Baixada Litorânea, Norte, Noroeste, Serrana, Centro Sul, Médio Paraíba e Baía da Ilha Grande.

### **CNES – 5935431 COMPLEXO ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE**

O Complexo Estadual de Regulação as seguintes centrais de regulação: Central de Leitos que regula todos os leitos de alta complexidade ou alto impacto do estado, dentre eles, os leitos de gestação de alto risco e uti neonatal.

Central de Ambulatorial de consultas, exames e procedimentos de alta complexidade que atende aos 92 municípios do ERJ. Regula o acesso para os ambulatórios de:

- Gestação de alto risco estratégico,
- Gestação de risco agregado,
- Ambulatório de aconselhamento em malformação fetal,

- Ambulatório de pré-natal de gestação de homem trans,
- Ambulatório de gestação pós-cirurgia bariátrica,
- Ambulatório de avaliação de mielomeningocele intraútero.
- Ambulatório de retinopatia da prematuridade.
- Projeto Acolhe - prevenção da gravidez não planejada
- Ambulatório de primeira vez de retinopatia da prematuridade
- Ambulatório de primeira vez acompanhamento pediátrico pós-uti
- Ambulatório de Triagem Neonatal – Doenças Raras
- Ambulatório de primeira vez em cardiologia – cirurgia cardíaca pediátrica
- Ambulatório de primeira vez em ginecologia – doença trofoblástica gestacional
- Avaliação diagnóstica infecção congênita Zika/Storch
- Avaliação de Cardiopatia Congênita Pediátrica (internados)

Central de Ambulatorial de consultas, exames e procedimentos de média complexidade e atende aos 91 municípios do ERJ (exceto a Capital que tem regulação própria). Regula o acesso para os ambulatórios de:

- Ambulatório de Primeira vez em Cardiologia Pediatria
- Ambulatório de Primeira vez em Consulta em Pneumologia-asma-gestante
- Ambulatório de primeira vez – Diabete Gestacional
- Ambulatório de primeira vez – Gestante (exceto diabetes)
- Ambulatório de primeira vez- consulta em infectologia HIV/AIDS – Gestante
- Exame de ecocardiografia fetal
- Ultrassonografia Obstétrica com Doppler
- Ultrassonografia Obstétrica
- Ultrassonografia Obstétrica com Doppler colorido e pulsado
- Ultrassonografia Obstétrica Morfológica
- Ultrassonografia Transfontanela com ou sem doppler

O Complexo Estadual de Regulação do Rio de Janeiro utiliza sistema próprio de regulação que foi desenvolvido em 2009 e vem sendo atualizado e customizado desde então. O nome desse sistema é SISTEMA ESTADUAL DE REGULAÇÃO – SER.

Para facilitar a inserção de solicitações no SER, disponibilizamos nos nosso PAINEL PÚBLICO, dentro do site da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro, no ícone MONITORA RJ, na aba SISTEMA ESTADUAL DE REGULAÇÃO – Transparência do Sistema de Regulação, ícone

PROFISSIONAIS DE SAÚDE os manuais do SOLICITANTE, onde estão descritos o passo a passo para a correta inserção de solicitações no SER sejam de transferências ou consultas e exames.

Abaixo o link para acesso:

<https://painel.saude.rj.gov.br/profissionais-de-saude/profissionais-de-saude.html#>

#### GRADE DE REFERÊNCIA AMBULATORIAL

- Pré Natal de Alto Risco Estratégico

Hospital Universitário Pedro Ernesto (Rio de Janeiro)

Hospital Federal dos Servidores (Rio de Janeiro)

Hospital Federal de Bonsucesso (Rio de Janeiro)

Maternidade Escola da UFRJ (Rio de Janeiro)

IFF Fiocruz (Rio de Janeiro)

Hospital Universitário Antônio Pedro (Niterói)

Hospital Estadual dos Lagos Nossa Senhora de Nazareth (Saquarema)

- Pré Natal de Risco Agregado

Hospital Estadual da Mulher Heloneida Studart (São João de Meriti)

Hospital Estadual da Mãe ( Mesquita)

- Aconselhamento em malformação fetal

IFF – Fiocruz (Rio de Janeiro)

Maternidade Escola da UFRJ (Rio de Janeiro)

Maternidade Neomater (Nova Iguaçu)

Perinatal Barra (Rio de Janeiro)

Domingos Lourenço (Nilópolis)

- Ambulatório de pré-natal de gestação de homem trans,

Maternidade Escola da UFRJ (Rio de Janeiro)

- Ambulatório de gestação pós-cirurgia bariátrica

Maternidade Escola da UFRJ (Rio de Janeiro)

- Ambulatório de primeira vez em ginecologia – doença trofoblástica gestacional –

Maternidade Escola da UFRJ (Rio de Janeiro)

Hospital Universitário Pedro Ernesto (Rio de Janeiro)

Hospital Universitário Antônio Pedro (Niterói)

- Ambulatório de avaliação de mielomeningocele intraútero.

Maternidade Escola da UFRJ (Rio de Janeiro)

- Ambulatório de retinopatia da prematuridade.

Hospital Universitário Pedro Ernesto (Rio de Janeiro)

- Ambulatório de Triagem Neonatal – Doenças Raras

Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (Rio de Janeiro)

- Projeto Acolhe-prevenção da gravidez não planejada

Ambulatório de Especialidades Médicas Jornalista Suzana Naspoline (Rio de Janeiro)

- Ambulatório de primeira vez acompanhamento pediátrico pós-uti

Hospital Universitário Pedro Ernesto (Rio de Janeiro)

- Ambulatório de primeira vez em cardiologia – cirurgia cardíaca pediátrica

Instituto Nacional de Cardiologia – INC (Rio de Janeiro)

Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro – IECAC (Rio de Janeiro)

Perinatal Barra (Rio de Janeiro)

Hospital Universitário Pedro Ernesto (Rio de Janeiro)

Maternidade Neomater (Nova Iguaçu)

Neotin Neonatal Terapia Intensiva – (Niterói)

Centro Pediátrico da Lagoa (Rio de Janeiro)

Hospital Unimed Volta Redonda (Volta Redonda)

Hospital Pro Criança (Rio de Janeiro)

- Avaliação de Cardiopatia Congênita Pediátrica (internados)

Instituto Nacional de Cardiologia – INC (Rio de Janeiro)

- Consulta em Cardiologia Pediatria

Hospital Federal de Bonsucesso (Rio de Janeiro)

Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro – IECAC (Rio de Janeiro)

Hospital Universitário Pedro Ernesto (Rio de Janeiro)

Hospital Federal dos Servidores (Rio de Janeiro)

Ambulatório de Especialidades Médicas Jornalista Suzana Naspoline (Rio de Janeiro)

Hospital Federal da Lagoa (Rio de Janeiro)

- Consulta em Infectologia – HIV/AIDS – Gestante

Hospital Federal dos Servidores do Estado (Rio de Janeiro)

- Consulta em Endocrinologia – Diabete Gestacional

Policlínica Piquet Carneiro (Rio de Janeiro)

Instituto Estadual de Diabete e Endocrinologia – IEDE (Rio de Janeiro)

- Consulta em Endocrinologia Gestante – exceto diabete

Instituto Estadual de Diabete e Endocrinologia – IEDE (Rio de Janeiro)

- Avaliação diagnóstica infecção congênita Zika/Storch

Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer – IECPN (Rio de Janeiro)

- Ambulatório de Primeira vez – consulta em pneumologia – asma – gestante

Policlínica Piquet Carneiro – PCPC (Rio de Janeiro)

- Ecocardiografia fetal

Hospital Universitário Pedro Ernesto (Rio de Janeiro)

Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro – IECAC (Rio de Janeiro)

Instituto Nacional de Cardiologia – INC (Rio de Janeiro)

- Ultrassonografia Obstétrica com Doppler

Hospital Estadual dos Lagos Nossa Senhora de Nazareth (Saquarema)

- Ultrassonografia Obstétrica

Hospital Estadual dos Lagos Nossa Senhora de Nazareth (Saquarema)

Hospital Estadual da Mãe (Mesquita)

Hospital Estadual da Mulher Heloneida Studart (São João de Meriti)

- Ultrassonografia obstétrica com Doppler colorido e pulsado

Hospital Estadual da Mãe (Mesquita)

- Ultrassonografia obstétrica morfológica

Hospital Estadual da Mãe (Mesquita)

- Ultrassonografia transfontanela com ou sem Doppler

Hospital Estadual dos Lagos Nossa Senhora de Nazareth (Saquarema)

#### GRADE DE REFERÊNCIA INTERNAÇÃO / TRANSFERÊNCIA LEITO A LEITO

- Região Metropolitana I

Hospital Universitário Pedro Ernesto (Rio de Janeiro)

Maternidade Escola da UFRJ (Rio de Janeiro)

Hospital Federal dos Servidores (Rio de Janeiro)

Hospital Federal de Bonsucesso (Rio de Janeiro)

Hospital Estadual da Mulher Heloneida Studart (São João de Meriti)

Hospital Estadual da Mãe ( Mesquita)

Hospital Municipalizado Adão Pereira Nunes (Caxias)

IFF Fiocruz (Rio de Janeiro)

Hospital Universitário Gafree e Guinle – HUGG (Rio de Janeiro)

- Região Metropolitana II

Hospital Universitário Antônio Pedro (Niterói)

Hospital Estadual Azevedo Lima (Niterói)

- Região da Baixada Litorânea

Hospital Estadual dos Lagos Nossa Senhora de Nazareth (Saquarema)

- Região Norte

Hospital dos Plantadores de Cana (Campos de Goytacazes)

- Região Noroeste

Hospital São José do Avaí (Itaperuna)

- Região Centro Sul

Hospital Universitário de Vassouras (Vassouras)

- Região Médio Paraíba

Associação de Proteção a Maternidade e a Infância de Resende- APMIR (Resende)

Observação: Serrana e Big quase não temos solicitações para as gestantes. Quando acontece, as solicitações são reguladas para leitos na metropolitana I.

#### 4.3.5.2 TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

Nome da Macrorregião – Estado do Rio de Janeiro

Regiões de Saúde Referenciadas –

Município Sede 1 – Campos de Goytacazes

Município Sede 2 - Nova Iguaçu

Municípios Sede 3 – Paraíba do Sul

Complexo Regulador que estará vinculado

CNES – 5935431 COMPLEXO ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE

PROTOCOLO – LINK DE PROTOCOLOS

<https://painel.saude.rj.gov.br/profissionais-de-saude/profissionais-de-saude.html>

## SOLICITAÇÃO NO SER: AMBULATÓRIO ESTADUAL - SIM

### 1. CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA – DIABETES GESTACIONAL

#### Pré-requisitos:

- \* Encaminhamento médico com histórico clínico legível e detalhado, em formulário de referência e contrarreferência.
- \* Exames laboratoriais recentes, incluindo glicemia de jejum e hemoglobina glicada.
- \* Relação completa de medicamentos de uso contínuo.

#### Indicação:

- \* Gestantes com diagnóstico de diabetes mellitus pré-gestacional (tipo 1 ou tipo 2) de difícil controle, que ainda não estejam sob acompanhamento endocrinológico.
- \* Glicemia de jejum igual ou superior a 126 mg/dL.
- \* Glicemia aleatória igual ou superior a 200 mg/dL, associada a sintomas como poliúria, polidipsia e perda de peso.
- \* Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) de 2 horas com resultado superior a 200 mg/dL.

### 2. CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA - GESTANTE (EXCETO DIABETES)

#### Pré-requisitos:

- \* Encaminhamento médico com histórico clínico legível e detalhado, em formulário de referência e contrarreferência.

#### Indicação:

- \* Pacientes grávidas com doenças endocrinológicas, excluindo diabetes, tais como hipertireoidismo, hipotireoidismo, hiperparatireoidismo, entre outras.

### 3. CONSULTA EM INFECTOLOGIA - HIV/AIDS – GESTANTE

#### Pré-requisitos:

- \* Encaminhamento médico com histórico clínico legível e detalhado, em formulário de referência e contrarreferência.
- \* Exames laboratoriais recentes, com destaque para marcadores de carga viral, CD4 e CD8.
- \* Relação completa de medicamentos em uso.

#### Indicação:

- \* Gestantes vivendo com HIV.

### 4. CONSULTA EM PNEUMOLOGIA – ASMA – GESTANTE

#### Objetivo:

- \* Atendimento e acompanhamento pneumológico para gestantes asmáticas.

#### Crítérios de Inclusão:

- \* Pacientes portadoras de asma, compensada ou descompensada, durante o período gestacional.

#### Crítério de Exclusão:

- \* Demais doenças pulmonares não relacionadas à asma.

### 5. CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

#### Crítérios de Inclusão:

- \* Investigação diagnóstica de: “Sopro Cardíaco”; Cianose; Arritmia cardíaca detectada através do exame cardiovascular anormal e/ou eletrocardiograma suspeito; Insuficiência Cardíaca.
- \* Avaliação cardiológica nas síndromes genéticas, com diagnóstico confirmado.
- \* Casos suspeitos de Doenças Reumáticas.

\*Investigação diagnóstica de Sincope.

\*Investigação de dor torácica na infância e na adolescência

Critério de Exclusão:

\*Idade acima de 18 anos.

\* Risco Cirúrgico sem antecedentes de cardiopatias.

\* Avaliação cardiológica para academias ou atividades físicas em crianças saudáveis.

SOLICITAÇÃO NO SER: AMBULATÓRIO ESTADUAL - NÃO

## 6. AMBULATÓRIO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO - RISCO AGREGADO

Pré-requisitos:

\* Solicitação médica ou de enfermeiro.

\* Exame de ultrassonografia.

\* Hipótese diagnóstica com o Código Internacional de Doenças (CID) da patologia da gestante.

\*Idade gestacional atual de até 34 semanas.

Critérios de Inclusão:

\* Síndromes hipertensivas na gestação atual (Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS, Pré-eclâmpsia, Eclâmpsia).

\* Diabetes Mellitus gestacional e pré-gestacional.

\* Doença Tireoidiana (em tratamento).

\* Obesidade com peso até 140 Kg.

\* Primigestas com idade igual ou superior a 40 anos, sem comorbidades.

\* Pneumopatias (Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC).

\* Doenças infecciosas maternas com potencial de repercussão fetal (exceto toxoplasmose, HIV, sífilis).

\* Crescimento intrauterino restrito ou crescimento acima do percentil 90 na curva de crescimento para idade gestacional.

- \* Desvios do volume do líquido amniótico (oligodramnia ou polidramnia).
- \* Gestação múltipla, exceto monocoriônica/monoamniótica.
- \* Incompetência istmo-cervical (encaminhar o mais precocemente possível).

## 7. AMBULATÓRIO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO ESTRATÉGICO

### Pré-requisitos:

\* Solicitação médica com histórico clínico detalhado, incluindo quadro clínico atual, medicações em uso, exames e relatórios que comprovem as patologias maternas, peso atual,

IMC e pressão arterial.

- \* Ultrassonografia com data provável do parto.
- \* Exames e relatórios recentes referentes à patologia materna citada (se aplicável).
- \* Idade gestacional atual de até 33 semanas e 6 dias.
- \* Para casos de gemelaridade: laudo de ultrassonografia com gestação gemelar monocoriônica, monoamniótica ou diamniótica.

### Critério de Exclusão:

- \* Gestação acima de 34 semanas.
- \* Emergências obstétricas.
- \* Bolsa rota.

### Critérios de Inclusão:

\* **GESTANTES CARDIOPATAS:** Inclui arritmias cardíacas, valvulopatias, doença arterial coronariana,

insuficiência cardíaca congestiva, infarto agudo do miocárdio e demais cardiopatias com risco

materno e fetal.

\* **PORTADORAS DE COLAGENOSSES:** Abrange artrite reumatoide, lúpus, esclerodermia,

síndrome de Sjögren, doença de Crohn.

\* NEUROPATIAS: Casos de epilepsia, crise convulsiva no último ano sem diagnóstico, doenças

neuromusculares, distúrbios do movimento, AVC prévio, paraplegias ou tetraparesias, e outras neuropatias.

\* NEFROPATIAS: Doença renal crônica, glomerulopatias, entre outras.

\* PNEUMOPATIAS: DPOC, asma de difícil controle, fibrose cística, sequelas de tuberculose (TB).

\* DOENÇAS REUMÁTICAS.

\* PATOLOGIAS MALIGNAS: Doenças oncológicas, com exceção de câncer de pele, incluindo mola

hidatiforme.

\* DOENÇAS HEMATOLÓGICAS: Anemia carencial (hemoglobina < 8g/dL), doença falciforme,

hemofilias, trombocitopenias, etc.

\* GESTANTES COM PESO ACIMA DE 140kgs.

\* GEMELAR: Gravidez gemelar monocoriônica e monoamniótica até 28 semanas de idade

gestacional ou com corionicidade desconhecida até 16 semanas.

\* ALOIMUNIZAÇÃO MATERNA: Sem comorbidade em qualquer idade gestacional, com resultado de

Coombs indireto positivo.

\* PATOLOGIAS UTERINAS E VAGINAIS: Cistos de ovário, miomas com dimensão superior a 7cm

ou volume acima de 200cm<sup>3</sup>, prolapsos uterinos.

\* HPP (História Patológica Progressiva) de natimorto, neomorto, prematuridade, malformação fetal.

\* HPP de trombose venosa profunda ou uso regular de anticoagulante.

- \* HPP de familiar com cromossomopatias.
- \* GESTANTES TRANSPLANTADAS.
- \* GESTANTES PÓS-BARIÁTRICAS.
- \* GESTANTES PRIMIGESTAS com idade inferior a 15 anossem comorbidades.

## 8. AMBULATÓRIO DE PRIMEIRA VEZ – ACONSELHAMENTO EM MALFORMAÇÃO FETAL

### Critérios de Inclusão:

\* Gestantes com até 31 semanas e 6 dias que apresentarem nos exames de ultrassonografia as seguintes patologias:

- \* Mielomeningocele
- \* Onfaloceles
- \* Encefalocele
- \* Gastrosquises
- \* Hidrocefalia
- \* Hérnia diafragmática
- \* Rim policístico bilateral
- \* Dilatação pielocalicial (>6,5mm)
- \* Fetos com múltiplas malformações
- \* Translucência nucal alterada

### Atenção:

1. Em caso de diagnóstico de malformação após 32 semanas, o pré-natal deve ser mantido na unidade de origem, com orientação para que o parto ocorra em unidade com UTI neonatal. Após o nascimento, a maternidade deverá solicitar transferência para o recém-nascido.
2. Para casos de Anencefalia, encaminhar para maternidade de referência com comprovação para aborto legal, se for o desejo da paciente. Em caso de gestação a termo,

acolher a gestante, compreendendo que se trata de uma criança incompatível com a vida.

## 9. AVALIAÇÃO DE MIELOMENINGOCELE INTRAÚTERO

Pré-requisitos:

\* Solicitação médica com histórico obstétrico, quadro clínico atual, comorbidades maternas, medicações em uso e data da última menstruação (DUM).

\* Ultrassonografia obstétrica com laudo e data de realização do exame, indicando a idade gestacional e a malformação compatível com mielomeningocele.

\* Idade gestacional atual de até 26 semanas e 6 dias.

Critério de Exclusão:

\* Gestação acima de 27 semanas.

## 10. RECURSOS ESPECÍFICOS

Os recursos a seguir são listados no manual, mas seus critérios detalhados não foram encontrados em formato de texto no documento original. Caso existam tabelas ou imagens com esses critérios, será necessário que sejam fornecidas de forma acessível para inclusão.

### 10.1. Gestação Homem Trans

Pré-requisitos:

\* Solicitação médica com histórico detalhado do caso, laudo de USG e data provável do parto.

### 10.2. Gestação Pós-Bariátrica

Pré-requisitos:

\* Solicitação médica com histórico detalhado do caso, laudo de USG e data provável do parto.

#### Critérios de Exclusão:

- \* Gestantes com idade gestacional acima de 32 semanas.
- \* Obesidade grau III (IMC igual ou maior que 40).
- \* Neuropatias (Incluindo Epilepsia).
- \* Pneumopatias (Incluindo Asma).
- \* Trombofilias.
- \* Cardiopatias.
- \* Hepatopatias (incluindo Hepatites Virais).
- \* Nefropatias.
- \* Doenças reumatológicas e autoimunes.
- \* Diagnóstico de má formação fetal.

#### 10.3.Retinopatia da Prematuridade

##### Pré-requisitos:

- \* Solicitação médica com histórico detalhado do caso.
- \* Inserir exames realizados relacionados ao diagnóstico.

##### Critérios de Inclusão:

- \* Recém-nascidos/lactentes/crianças que nasceram com idade gestacional < 32 semanas.
- \* Recém-nascidos/lactentes/crianças que nasceram com peso < 1.500 gramas.
- \* Recém-nascidos/lactentes/crianças que desenvolveram qualquer estágio de retinopatia da prematuridade.
- \* Recém-nascidos/lactentes/crianças com malformação sistêmica.
- \* Recém-nascidos/lactentes/crianças em investigação de síndrome genética.

#### 10.4.Triagem Neonatal Doenças Raras

##### Pré-requisitos:

\* Solicitação médica com histórico detalhado do caso.

\*Inserir resultado do Teste do Pezinho.

Critérios de Inclusão:

\* Recém-nascidos ou lactentes jovens com doenças metabólicas (Galactosemias, Aminoacidopatias e Distúrbios do Ciclo da Ureia, Distúrbios da Betaoxidação dos Ácidos Graxos e Distúrbios dos Ácidos Orgânicos) diagnosticadas pelo Teste do Pezinho.

#### 10.5.Projeto Acolhe

Pré-requisitos:

\*Inserir no SER o encaminhamento médico.

\*Inserir resultado do Teste do Pezinho.

Critérios de Inclusão:

\* Mulheres com idade entre 14 e 49 anos.

Observação: O Projeto Acolhe oferece DIU para mulheres de 14 a 49 anos e implante subdérmico.

#### 10.6.Acompanhamento Pediátrico Pós-UTI

Pré-requisitos:

\* Solicitação médica com histórico detalhado do caso.

Critérios de Inclusão:

\* Pacientes pediátricos de 1 mês a 12 anos de idade que estiveram internados em UTI Pediátrica, com quadro de sepse e choque, em uso de medicamentos sedativos e/ou analgésicos em infusão contínua e/ou aminas vasoativas e que receberam alta com complicações pulmonares, sequelas neuromotoras, além de delirium confirmado ou suspeito decorrentes do período de internação.

Critérios de Exclusão:

\* Pacientes com diagnóstico de encefalopatia crônica progressiva ou não progressiva na infância.

\* Pacientes com alterações cognitivas prévias que impeçam a interação.

\* Pacientes com instabilidade clínica (Ventilatória e Hemodinâmica).

\* Pacientes que não compreendam o idioma português.

#### 10.7. Cirurgia Cardíaca Pediátrica

Pré-requisitos:

\* Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.

\* Inserir exame de Ecocardiograma recente.

Critérios de Inclusão:

\* Pacientes com idade menor que 18 anos.

#### 10.8. Cardiopatia Congênita em Internados

Pré-requisitos:

\* Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.

\* Inserir exame de Ecocardiograma recente.

Critérios de Inclusão:

\* Pacientes com idade menor que 18 anos.

#### 10.9. Avaliação Diagnóstica da Infecção Congênita da Zika/STORCH/Chikungunha

Pré-requisitos:

\* Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada dos casos suspeitos de infecção congênita em crianças.

#### 10.10. Ecocardiografia Fetal

Pré-requisitos:

\*Inserir no SER o encaminhamento médico com a descrição clara e detalhada do caso.

Critérios de Inclusão:

\* Gestante entre 20 e 30 semanas de gestação.

## 11. EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA (USG)

### 11.1.USG Obstétrica

Pré-requisitos:

\*Inserir no SER a solicitação médica.

Critérios de Inclusão:

\* Gestante com qualquer idade gestacional.

### 11.2.USG Obstétrica com Doppler Colorido

Pré-requisitos:

\*Inserir no SER a solicitação médica.

Critérios de Inclusão:

\* Gestante após 30 semanas de gestação, exceto quando pedido a critério médico (Por ex: paciente Hipertensa).

### 11.3. USG Obstétrica com Doppler Colorido e Pulsado

Pré-requisitos:

\*Inserir no SER a solicitação médica.

Critérios de Inclusão:

\* Gestante após 30 semanas de gestação, exceto quando pedido a critério médico (Por ex: paciente Hipertensa).

#### 11.4.USG Morfológica

Pré-requisitos:

\*Inserir no SER a solicitação médica.

Critérios de Inclusão:

\* Gestante entre 22 e 24 semanas de gestação.

#### 11.5.USG Transfontanela

Pré-requisitos:

\*Inserir no SER a solicitação médica.

Critérios de Inclusão:

\* Criança até 1(um) ano de idade

#### 4.5.2 Complexos Reguladores

Complexo Estadual de Regulação de Alta Complexidade - CNES: 5935431

Grade de Referência Ambulatorial

Pré-natal de Alto Risco Estratégico

Hospital Universitário Pedro Ernesto (Rio de Janeiro)

Hospital Federal dos Servidores (Rio de Janeiro)

Hospital Federal de Bonsucesso (Rio de Janeiro)

Maternidade Escola da UFRJ (Rio de Janeiro)

IFF Fiocruz (Rio de Janeiro)

Hospital Universitário Antônio Pedro (Niterói)

Hospital Estadual dos Lagos Nossa Senhora de Nazareth (Saquarema)

Pré-natal de Risco Agregado

Hospital Estadual da Mulher Heloneida Studart (São João de Meriti)

Hospital Estadual da Mãe (Mesquita)

Aconselhamento em malformação fetal

IFF – Fiocruz (Rio de Janeiro)

Maternidade Escola da UFRJ (Rio de Janeiro)

Maternidade Neomater (Nova Iguaçu)

Perinatal Barra (Rio de Janeiro)

Domingos Lourenço (Nilópolis)

Ambulatório de pré-natal de gestação de homem trans,

Maternidade Escola da UFRJ (Rio de Janeiro)

Ambulatório de gestação pós-cirurgia bariátrica

Maternidade Escola da UFRJ (Rio de Janeiro)

Ambulatório de primeira vez em ginecologia – doença trofoblástica gestacional

Maternidade Escola da UFRJ (Rio de Janeiro)

Hospital Universitário Pedro Ernesto (Rio de Janeiro)

Hospital Universitário Antônio Pedro (Niterói)

Ambulatório de avaliação de mielomeningocele intraútero.

Maternidade Escola da UFRJ (Rio de Janeiro)

Ambulatório de retinopatia da prematuridade.

Hospital Universitário Pedro Ernesto (Rio de Janeiro)

Ambulatório de Triagem Neonatal – Doenças Raras

Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (Rio de Janeiro)

Projeto Acolhe-prevenção da gravidez não planejada

Ambulatório de Especialidades Médicas Jornalista Suzana Naspoline (Rio de Janeiro)

Ambulatório de primeira vez acompanhamento pediátrico pós-uti

Hospital Universitário Pedro Ernesto (Rio de Janeiro)

Ambulatório de primeira vez em cardiologia – cirurgia cardíaca pediátrica

Instituto Nacional de Cardiologia – INC (Rio de Janeiro)

Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro – IECAC (Rio de Janeiro)

Perinatal Barra (Rio de Janeiro)

Hospital Universitário Pedro Ernesto (Rio de Janeiro)

Maternidade Neomater (Nova Iguaçu)

Neotin Neonatal Terapia Intensiva – (Niterói)

Centro Pediátrico da Lagoa (Rio de Janeiro)

Hospital Unimed Volta Redonda (Volta Redonda)

Hospital Pro Criança (Rio de Janeiro)

Avaliação de Cardiopatia Congênita Pediátrica (internados)

Instituto Nacional de Cardiologia – INC (Rio de Janeiro)

Consulta em Cardiologia Pediatria

Hospital Federal de Bonsucesso (Rio de Janeiro)

Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro – IECAC (Rio de Janeiro)

Hospital Universitário Pedro Ernesto (Rio de Janeiro)

Hospital Federal dos Servidores (Rio de Janeiro)

Ambulatório de Especialidades Médicas Jornalista Suzana Naspoline (Rio de Janeiro)

Hospital Federal da Lagoa (Rio de Janeiro)

Consulta em Infectologia – HIV/AIDS – Gestante

Hospital Federal dos Servidores do Estado (Rio de Janeiro)

Consulta em Endocrinologia – Diabete Gestacional

Policlínica Piquet Carneiro (Rio de Janeiro)

Instituto Estadual de Diabete e Endocrinologia – IEDE (Rio de Janeiro)

Consulta em Endocrinologia Gestante – exceto diabete

Instituto Estadual de Diabete e Endocrinologia – IEDE (Rio de Janeiro)

Avaliação diagnóstica infecção congênita Zika/Storch

Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer – IECPN (Rio de Janeiro)  
Ambulatório de Primeira vez – consulta em pneumologia – asma – gestante  
Policlínica Piquet Carneiro – PCPC (Rio de Janeiro)  
Ecocardiografia fetal  
Hospital Universitário Pedro Ernesto (Rio de Janeiro)  
Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro – IECAC (Rio de Janeiro)  
Instituto Nacional de Cardiologia – INC (Rio de Janeiro)  
Ultrassonografia Obstétrica com Doppler  
Hospital Estadual dos Lagos Nossa Senhora de Nazareth (Saquarema)  
Ultrassonografia Obstétrica  
Hospital Estadual dos Lagos Nossa Senhora de Nazareth (Saquarema)  
Hospital Estadual da Mãe ( Mesquita)  
Hospital Estadual da Mulher Heloneida Studart (São João de Meriti)  
Ultrassonografia obstétrica com Doppler colorido e pulsado  
Hospital Estadual da Mãe ( Mesquita)  
Ultrassonografia obstétrica morfológica  
Hospital Estadual da Mãe ( Mesquita)  
Ultrassonografia transfontanela com ou sem Doppler  
Hospital Estadual dos Lagos Nossa Senhora de Nazareth (Saquarema)  
Grade de Referência Internação / Transferência Leito a Leito  
Região Metropolitana I  
Hospital Universitário Pedro Ernesto (Rio de Janeiro)  
Maternidade Escola da UFRJ (Rio de Janeiro)  
Hospital Federal dos Servidores (Rio de Janeiro)  
Hospital Federal de Bonsucesso (Rio de Janeiro)  
Hospital Estadual da Mulher Heloneida Studart (São João de Meriti)

Hospital Estadual da Mãe (Mesquita)

Hospital Municipalizado Adão Pereira Nunes (Caxias)

IFF Fiocruz (Rio de Janeiro)

Hospital Universitário Gafree e Guinle – HUGG (Rio de Janeiro)

Região Metropolitana II

Hospital Universitário Antônio Pedro (Niterói)

Hospital Estadual Azevedo Lima (Niterói)

Região da Baixada Litorânea

Hospital Estadual dos Lagos Nossa Senhora de Nazareth (Saquarema)

Região Norte

Hospital dos Plantadores de Cana (Campos de Goytacazes)

Região Noroeste

Hospital São José do Avaí (Itaperuna)

Região Centro Sul

Hospital Universitário de Vassouras (Vassouras)

Região Médio Paraíba

Associação de Proteção a Maternidade e a Infância de Resende- APMIR (Resende)

Observação: Serrana e BIG quase não realizam solicitações para as gestantes. Quando acontece, as solicitações são reguladas para leitos na metropolitana I.

#### 4.5.2 Transporte inter-hospitalar

Nome da Macrorregião – Estado do Rio de Janeiro -Regiões de Saúde Referenciadas:

Município Sede 1 – Campos de Goytacazes

Município Sede 2 - Nova Iguaçu

Municípios Sede 3 – Paraíba do Sul

Complexo Regulador que estará vinculado: CNES – 5935431 Complexo Estadual de  
Regulação de Alta Complexidade Protocolo - Link:

<https://painel.saude.rj.gov.br/profissionais-de-saude/profissionais-de-saude.html#>

## **5. Desenho da rede: organização dos pontos de atenção e sistemas de apoio e logístico e os fluxos em seus diferentes níveis assistenciais e territórios sanitários**

### **5.1 Panorama dos leitos obstétricos por município, região e macrorregião de saúde**

REGIÃO DE SAÚDE	Nº ESTIMADO DE GESTANTES	TIPO DE LEITO*	MUNICÍPIO	TOTAL POR ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	TOTAL EXISTENTE NA REGIÃO DE SAÚDE	QUANTIDADE NECESSÁRIA PARA A REGIÃO DE SAÚDE	DIFERENÇA
BAIA DE ILHA GRANDE		GAR	Angra dos Reis	9	9	17	-8
		Risco habitual	Angra dos Reis	18	37	29	8
			Mangaratiba	1			
			Paraty	6			
			Paraty	12			
		UTI Adulto	Angra dos Reis	5	8	2	6
CPNp		3	0	0	0		
BAIXADA LITORÂNEA		GAR	Saquarema	42	42	55	-13
		Risco habitual	Arraial do Cabo	12	67	93	-26
			Cabo Frio	16			
			Casimiro de Abreu	8			
			Rio das Ostras	15			
			São Pedro da Aldeia	16			
		UTI Adulto	Rio das Ostras	7	17	7	10
			Saquarema	10	0	0	0
CPNp		0	0	0	0		
CENTRO SUL		GAR	Vassouras	10	10	19	-9
		Risco habitual	Paraíba do Sul	7	29	32	-3
			Três Rios	16			
			Vassouras	6			
		UTI Adulto	Vassouras	4	4	3	1
CPNp	Paraíba do Sul	5	5	N/A	N/A		
Medio Paraíba		GAR	Barra Mansa	5	26	48	-22
			Resende	10			
			Valença	4			
			Volta Redonda	7			
		Risco habitual	Itatiaia	6	83	83	0
			Pinheiral	5			
			Piraí	9			
			Porto Real	2			
			Resende	17			
			Rio Claro	7			
			Valença	21			
			Volta Redonda	16			
		UTI Adulto		7	52	5	47
				6			
				30			
CPNp		9	0	N/A	N/A		
		0	0	N/A	N/A		

Metropolitana I		GAR	Duque de Caxias	38	622	559	63	
			Nova Iguaçu	74				
			Rio de Janeiro					20
								7
								15
								10
								72
								18
								23
								82
								14
								1
				60				
				13				
			73					
			46					
		São João de Meriti	56					
		Risco Habitual	Belford Roxo	15	729	950	-221	
			Duque de Caxias	88				
								25
			Itaguaí	22				
			Magé	27				
			Mesquita	100				
			Nilópolis	30				
			Queimados	26				
			Rio de Janeiro					5
								41
								52
								32
								25
								8
								30
								8
								18
								13
								43
								40
								3
				31				
				11				
			4					
	10							
Seropédica	22							
UTIa		20	281	57	224			
		10						
		5						
		13						
		16						
		22						
		17						
		71						
		8						
		35						
		20						
		34						
	10							
CPNp	Magé	5	8	N/A	N/A			
	Rio de Janeiro	3						

METROPOLITANA II		GAR	Niteroi	36	44	104	-60	
				8				
		Risco habitual	Niteroi	Itaboraí	14	81	177	-96
				Maricá	14			
					4			
					22			
					22			
				São Gonçalo	67			
		UTIa	Niteroi	Itaboraí	5	66	14	52
					30			
	16							
Rio Bonito	15							
CPNp			0	0	0			
NOROESTE		GAR	Bom Jesus de Itabapoana	10	20	19	1	
				Itaperuna				10
		Risco habitual	Niteroi	Aperibé	4	61	34	27
				Bom Jesus do Itabapoana	11			
				Cambuci	7			
				Itaocara	6			
				Miracema	8			
				Natividade	6			
				Santo Antônio de Pádua	13			
		Varre-Sai	6					
UTIa	Niteroi	Bom Jesus do Itabapoana	25	84	3	81		
		Itaperuna	57					
		Miracema	2					
CPNp			0	0	0			
NORTE		GAR	CAMPOS DE GOITACAZES	60	60	61	-1	
		RISCO HABITUAL	Niteroi	CAMPOS DE GOITACAZES	20	123	103	20
					26			
				Macaé	39			
				Quissamã	12			
				São Fidélis	13			
				São Francisco de Itabapoana	3			
		São João da Barra	10					
		UTIa	Niteroi	CAMPOS DE GOITACAZES	18	111	8	103
	40							
Macaé	30							
Quissamã	6							
São Fidélis	17							
CPNp			0	0	0			

SERRANA		GAR	NOVA FRIBURGO	10	28	53	-25
			PETRÓPOLIS	15			
			TERESÓPOLIS	3			
		Risco Habitual	Bom Jardim	8	166	90	76
			Cachoeiras de Macacu	13			
			Cantagalo	6			
			Carmo	6			
			Cordeiro	7			
			Duas Barras	3			
			Guapimirim	15			
			Macuco	0			
			Nova Friburgo	39			
			Petrópolis	27			
			Santa Maria Madalena	4			
			São José do Vale do Rio Preto	9			
			São Sebastião do Alto	3			
			Sumidouro	4			
			Teresópolis	4			
			12				
		Trajano de Moraes	6				
		UTIa	Petrópolis	4	19	7	12
			Teresópolis	15			
		CPNp		0	0	0	0
TOTAL PARA A MACRORREGIÃO	GAR			861	936	-75	
	RISCO HABITUAL			1376	1593	-217	
	UTIa			642	123	519	
	CPNp			13	N/A	N/A	

## 5.2 Panorama dos leitos neonatais por município, região e macrorregião de saúde

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	Município	UTIN (Nº LEITOS)	UCINCo (Nº LEITOS)	UCINCa (Nº LEITOS)
BIG	Angra dos Reis	4	4	2
BAIXADA LITORÂNEA	Araruama	0	0	0
	Armação de Búzios	0	0	0
	Cabo Frio	0	6	3
	Rio das Ostras	0	0	0
	Saquarema	10	10	5
CENTRO SUL	Paracambi	0	0	0
	Paraíba do Sul	0	0	0
	Vassouras	10	10	5
MÉDIO PARAÍBA	Barra do Pirai	0	2	2
	Barra Mansa	0	6	3
	Resende	10	10	5
	Valença	10	10	5
	Volta Redonda	0	6	3
METROPOLITANA I	Duque de Caxias	5	5	3
		15	15	8
	Itaguaí	5	5	3
	Magé	0	0	0
	Mesquita	8	15	4
	Nilópolis	0	6	2
	Nova Iguaçu	20	10	5
	Rio de Janeiro	16	6	4
		8	12	0
		12	0	0
		15	6	0
		6		
		18	24	6
		10	11	4
		14	14	5
		10	15	4
		4	4	2
		22	8	4
		13	22	8
		4	4	0
		4	4	3
		11	10	2
		10	11	4
	0	4	2	
	10	14	3	
	São João de Meriti	20	29	4
Seropédica	0	0	0	
METROPOLITANA II	Itaboraí	0	0	0
	Maricá	0	0	0
	Niterói	10	5	0
NOROESTE	Bom Jesus de Itabapoana	10	10	5
	Itaperuna	10	10	5
NORTE	Campos de Goytacazes	0	0	0
		0	0	0
		20	20	10
		12	4	2
SERRANA	Cachoeira de Macacu	0	0	0
	Guapimirim	0	0	0
	Nova Friburgo	0	6	6
	Petrópolis	10	10	5
	Teresópolis	0	2	1

## 5.3 Quadros resumo

### 5.3.1 Panorama de leitos obstétricos por macrorregião de saúde

PANORAMA DE LEITOS OBSTÉTRICOS POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE															
MACRORREGIÃO DE SAÚDE	ESTIMATIVA DE GESTANTES			LEITOS OBSTÉTRICOS											
	Total	Risco habitual	Alto Risco	Risco habitual			Alto risco (15%)			Alto risco (30%)			UTI adulto (6%)		
				Necessidade	pleitos	Diferença	Necessidade	pleitos	Diferença	Necessidade	pleitos	Diferença	Necessidade	pleitos	Diferença
Baía da Ilha Grande	3.516	2.987	527	29	37	-8	8	9	-1	17	9	8	2	8	-6
Baixada Litorânea	11.372	9.666	1.706	93	103	-10	27	50	-23	55	50	5	7	17	-10
Centro-Sul	3941	3350	591	32	69	-37	10	45	-35	19	45	-26	3	18	-15
Médio Paraíba	10.078	8.566	1.512	83	122	-39	24	26	-2	49	26	23	5	52	-47
Metropolitana I	115.635	98.290	17.345	950	746	204	280	735	-455	559	735	-176	74	542	-468
Metropolitana II	21.542	18.311	3.231	177	161	16	52	44	8	104	48	56	14	46	-32
Noroeste	4.132	3.512	620	34	61	-27	10	20	-10	20	20	0	3	88	-85
Norte	12.582	10.695	1.887	103	123	-20	30	60	-30	61	60	1	8	111	-103
Serrana	10.960	9.316	1.644	90	169	-79	26	25	1	53	25	28	7	29	-22
<b>TOTAL DO ESTADO</b>	<b>193.758</b>	<b>164.693</b>	<b>29.063</b>	<b>1.591</b>	<b>1.591</b>	<b>0</b>	<b>467</b>	<b>1.014</b>	<b>-547</b>	<b>937</b>	<b>1.018</b>	<b>-81</b>	<b>123</b>	<b>911</b>	<b>-788</b>

### 5.3.2 Panorama de leitos neonatais e BLH por macrorregião de saúde

PANORAMA DE LEITOS NEONATAIS E BANCO DE LEITE HUMANO POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE														
MACRORREGIÃO DE SAÚDE	Nº NASCIDOS VIVOS	UTIn			UCINCo			UCINCa			BLH			
		Necess.	Pleito	Dif.	Necess.	Pleito	Dif.	Necess.	Pleito	Dif.	Necess.	Exist.	Pleito	Dif.
Baía da Ilha Grande	3.196	6	4	2	6	4	2	3	2	1	1	0	1	0
Baixada Litorânea	10.338	21	10	11	21	16	5	10	13	-3	2	0	1	2
Centro-Sul	3.583	7	10	-3	7	10	-3	4	10	-6	1	2	2	-1
Médio Paraíba	9.162	18	32	-14	18	34	-16	9	18	-9	2	1	1	1
Metropolitana I	105.123	210	234	-24	210	249	-39	105	77	28	23	15	14	9
Metropolitana II	19.584	39	18	21	39	13	26	20	4	16	4	1	1	3
Noroeste	3.756	8	20	-12	8	20	-12	4	10	-6	1	0	0	1
Norte	11.438	23	38	-15	23	24	-1	11	12	-1	3	1	1	2
Serrana	9.964	20	12	8	20	22	-2	10	12	-2	2	3	3	0
<b>TOTAL DO ESTADO</b>	<b>176.144</b>	<b>352</b>	<b>378</b>	<b>-26</b>	<b>352</b>	<b>392</b>	<b>-40</b>	<b>176</b>	<b>158</b>	<b>18</b>	<b>39</b>	<b>23</b>	<b>21</b>	<b>18</b>

### 5.3.3 Panorama de ambulatórios, CPN e CGBP por macrorregião de saúde.

PANORAMA DE AMBULATÓRIOS, CPN E CGBP POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE														
MACRORREGIÃO DE SAÚDE	AGPAR			A-SEG			CPNi 3 LEITOS	CPNi 5 LEITOS	CPNi 10 LEITOS	CPNp 3 LEITOS	CPNp 5 LEITOS	CGBP 10 LEITOS	CGBP 15 LEITOS	CGBP 20 LEITOS
	Necess.	Pleito	Dif.	Necess.	Pleito	Dif.	Pleito	Pleito	Pleito	Pleito	Pleito	Pleito	Pleito	Pleito
Baía da Ilha Grande	1	2	-1	1	2	-1	0	1	0	0	0	1	0	0
Baixada Litorânea	2	3	-1	2	2	0	1	1	0	0	0	2	0	0
Centro-Sul	1	2	-1	1	1	0	0	2	0	0	1	0	1	0
Médio Paraíba	1	3	-2	1	3	-2	3	1	0	0	0	1	0	1
Metropolitana I	21	18	3	21	18	3	6	12	2	1	1	2	1	0
Metropolitana II	4	4	0	4	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Noroeste	1	2	-1	1	2	-1	0	0	0	0	0	2	0	0
Norte	2	2	0	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Serrana	2	3	-1	2	4	-2	3	2	0	0	0	2	0	0
<b>TOTAL DO ESTADO</b>	<b>35</b>	<b>39</b>	<b>-4</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>-1</b>	<b>14</b>	<b>19</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

### 5.3.4 Panorama do sistema logístico

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	Nº NASCIDOS VIVOS	COMPLEXO REGULADOR			TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR		
		Necess* (porte)	Exist.	Dif	Necess* (porte)	Exist.	Dif
<b>TOTAL DO ESTADO</b>	176.144	PORTE III	1	0	3	3	0

#### LEGENDA:

Necess: Necessidade de leitos.

Exist: Leitos existentes.

Dif: Diferença entre a necessidade e a quantidade de leitos existentes.

\*Cálculo da necessidade com base no art. 823 da Portaria GM/MS nº 5.349, de 12 de setembro de 2024.

\*\* Cálculo da necessidade com base nos art. 829 da Portaria GM/MS nº 5.349, de 12 de setembro de 2024.

### 5.4 Resumo das solicitações das novas habilitações de serviços e leitos

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	CPNi	CPNp	CGBP	AGPAR	A-SEG	HGPAR	UTIN	UCINCo	UCINCa
Baía da Ilha Grande	1	0	1	9	2	2	4	4	2
Baixada Litorânea	2	0	2	50	2	3	10	16	13
Centro-Sul	2	1	1	45	1	1	10	10	10
Médio Paraíba	4	0	2	26	3	3	32	34	18
Metropolitana I	20	2	3	735	18	20	234	249	77
Metropolitana II	0	0	0	44	2	4	18	13	4
Noroeste	0	0	2	20	2	2	20	20	10
Norte	1	0	1	60	2	2	38	24	12
Serrana	5	0	2	25	4	4	12	22	12
<b>TOTAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO</b>	<b>35</b>	<b>3</b>	<b>14</b>	<b>1014</b>	<b>36</b>	<b>41</b>	<b>378</b>	<b>392</b>	<b>158</b>

## 6. Definição de Prioridades Sanitárias: Diretrizes, Objetivos, Metas, Indicadores e Prazos de Execução (DOMI)

Plano Estadual de Saúde 2024-2027 - Programação Anual de Saúde 2025											
Informações de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2024-2027											
DIRETRIZ PES 1. Organizar regionalmente as Redes de Atenção à Saúde, fortalecendo a atenção em todos os níveis e a transversalidade da promoção e vigilância em saúde.											
Iniciativa PPA 1. Atenção Integral à Saúde.											
Iniciativa PPA 2. Vigilância e Promoção à Saúde.											
Objetivo MAPA ESTRATÉGICO. Enfrentar a mortalidade infantil e materna por causas evitáveis.											
OBJETIVO PES 1.1. Enfrentar a mortalidade materna e a mortalidade infantil.											
Indicador (Linha-Base)											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
1.1.1	Reduzir a taxa de mortalidade infantil para 12/1.000 nascidos vivos	Taxa de mortalidade infantil	13,1	2022	Taxa	12	Taxa	12,8	12,5	12,2	12
1.1.2	Instituir as Políticas Públicas de Saúde do Plano Estadual da Primeira Infância	Políticas Públicas de Saúde do Plano Estadual da Primeira Infância instituídas	0	2023	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%
1.1.3	Ampliar para, no mínimo, 60% a coleta do teste do pezinho em tempo oportuno (entre o 3º e 5º dia de vida)	Cobertura da triagem neonatal biológica (TNB) em tempo oportuno.	52%	2022	Percentual	60%	Percentual	54%	56%	58%	60%
1.1.4	Garantir que 80% dos nascidos vivos em Unidades Hospitalares da SES-RJ realizem a triagem neonatal auditiva	Percentual de nascidos vivos em Unidades Hospitalares da SES-RJ com triagem neonatal auditiva realizada	0	2023	Percentual	80%	Percentual	20%	40%	60%	80%
1.1.5	Garantir que 100% dos nascidos vivos em Unidades Hospitalares da SES-RJ realizem a triagem neonatal cardiológica	Percentual de nascidos vivos em Unidades Hospitalares da SES-RJ com triagem neonatal cardiológica realizada	0	2023	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%
1.1.6	Reduzir para 65,2 a razão de óbitos maternos no estado do Rio de Janeiro	Razão de Mortalidade Materna	69,3	2022	Razão	65,2	Razão	68,2	67,2	66,2	65,2
1.1.7	Garantir o acesso regulado aos leitos de UTI pediátrico em até 18 horas, para 100% das crianças	Tempo de espera em fila do complexo estadual de regulação, para acesso a leito de UTI pediátrico	22 horas	2023 (Janeiro a Maio)	Número	18	Número	21	20	19	18
1.1.8	Garantir o acesso regulado aos leitos de UTI neonatal em até 10 horas, para 100% dos recém-nascidos	Tempo de espera em fila do complexo estadual de regulação, para acesso a leito de UTI neonatal	13 horas	2023 (Janeiro a Maio)	Número	10	Número	12	11	10	10

OBJETIVO PES 1.5. Reduzir a morbimortalidade por violências e promover a cultura da paz.											
			Indicador (Linha-Base)								
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
1.5.3	Ampliar, no mínimo, para 27 os serviços que realizam a interrupção da gestação prevista em lei no estado do Rio de Janeiro	Número de serviços de referência para a realização de interrupção da gestação previstas em lei implantados	17	2023	Número	27	Número	19	21	24	27
OBJETIVO PES 1.6. Reduzir a morbidade e a mortalidade por doenças transmissíveis.											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
1.6.8	Implantar em 100% dos municípios, as Ações de Vacinação de Alta Qualidade - AVAQ, para melhorar as coberturas vacinais e a homogeneidade entre as vacinas.	Percentual de municípios com as Ações de Vacinação de Alta Qualidade - AVAQ implantadas	0	2023	Percentual	100%	Percentual	85%	90%	95%	100%
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
1.6.9	Ampliar para 100% o percentual de municípios com cobertura vacinal preconizada (95%) da Vacina Pólio Inativada (VIP) D3 em crianças menores de 1 ano de idade	Percentual de municípios que atingiram a meta de 95% da VIP - D3	13,04%	2022	Percentual	100%	Percentual	70%	80%	90%	100%
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
1.6.10	Ampliar para 100% o percentual de municípios com cobertura vacinal preconizada (95%) da Vacina Triplice Viral (VTV) -D1 em crianças menores de 2 anos de idade	Percentual de municípios que atingiram a meta de 95% da VTV - D1	10,87%	2022	Percentual	100%	Percentual	70%	80%	90%	100%
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
1.6.11	Obter a recertificação da eliminação do vírus do sarampo no estado do Rio de Janeiro.	Recertificação da eliminação do vírus do sarampo obtida	0	2023	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
1.6.18	Reduzir para 12 o número dos casos de AIDS em menores de 5 anos	Número dos casos de AIDS em menores de 5 anos	17	2022	Número	12	Número	16	15	14	12
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
1.6.19	Reduzir a Razão de Nascer com Sífilis para 7,4%.	Razão percentual de casos novos de sífilis congênita por casos de sífilis em gestante	26,9%	2022	Percentual	7,4%	Percentual	23,2%	18%	12,7%	7,4%
			Indicador (Linha-Base)								
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
1.6.22	Ampliar para 72 o percentual de diagnóstico oportuno de infecção pelo HIV, em indivíduos com 13 anos ou mais	Percentual de indivíduos com 13 anos ou mais com primeiro CD4 maior que 350 células.	60,7%	2022	Percentual	72%	Percentual	64%	67%	70%	72%
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
1.6.23	Ampliar para 80 os municípios que ofertam ao menos 5 tecnologias de Prevenção Combinada para HIV, Sífilis e Hepatites Virais na Rede de Atenção à Saúde	Número de municípios que ofertam ao menos 5 tecnologias de prevenção combinada para HIV, Sífilis e Hepatites Virais na Rede de Atenção à Saúde	53	2022	Número	80	Número	59	66	73	80
			Indicador (Linha-Base)								
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
1.6.24	Eliminar a transmissão vertical da hepatite B.	Número de crianças de até 14 anos notificadas com Hepatite B por transmissão vertical	8	2022	Número	0	Número	6	4	2	0
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
1.6.28	Estruturar a Vigilância do Óbito no âmbito estadual.	Percentual da Vigilância do óbito estruturada	0	2023	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%

Objetivo MAPA ESTRATÉGICO. Fortalecer a Atenção Nutricional											
OBJETIVO PES 1.9. Fortalecer a Atenção Nutricional e a Segurança Alimentar .											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
1.9.4	Ampliar para 24, o número de hospitais certificados na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) no estado do Rio de Janeiro	Número de hospitais certificados pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança.	17	2023	Número	24	Número	18	20	22	24
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
1.9.5	Ampliar para 112, o número de Unidades Básicas certificadas na Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) no estado do Rio de Janeiro	Número de Unidades Básicas certificadas na Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação	108	2023	Número	112	Número	109	110	111	112
Objetivo MAPA ESTRATÉGICO. Organizar as Redes de Atenção à Saúde regionalizadas, fortalecendo a atenção em todos os níveis e a transversalidade da promoção e vigilância em saúde											
OBJETIVO PES 1.14. Qualificar a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.											
			Indicador (Linha-Base)								
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
1.14.1	Ampliar para 40% a cobertura de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde	Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde	26%	2023	Percentua l	40%	Percentua l	32%	35%	37%	40%
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
1.14.5	Ampliar para 75% a Cobertura de Atenção Primária em Saúde - APS no estado do Rio de Janeiro	Percentual da cobertura da APS no estado do Rio de Janeiro	67%	2023	Percentua l	75%	Percentua l	69%	71%	73%	75%
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
1.14.6	Cofinanciar 100% das equipes de saúde da família, saúde bucal em saúde da família, consultório na rua, equipes multiprofissionais e polos da academia da saúde pelo PREFAPS	Percentual de equipes cofinanciadas	100%	2023	Percentua l	100%	Percentua l	100%	100%	100%	100%
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
1.14.10	Organizar a linha de cuidado da doença falciforme, a partir da APS, nos 92 municípios do estado.	Número de municípios com linha de cuidado da doença falciforme organizada, a partir da APS	0	2023	Percentua l	100%	Percentua l	25%	50%	75%	100%
DIRETRIZ PES 2. Aperfeiçoar os sistemas de apoio das Redes de Atenção à Saúde: Assistência Farmacêutica, Sistemas de Informação e Logística, Acesso a Exames Diagnósticos.											
Iniciativa PPA 3. Desenvolvimento da Assistência Farmacêutica.											
OBJETIVO PES 2.1. Qualificar a Assistência Farmacêutica.											
			Indicador (Linha-Base)								
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
2.1.1	Alcançar, ao longo de 4 anos, 2.750.000 atendimentos com medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica - CEAF	Número de atendimentos realizados com medicamento do CEAF	591.142	2022	Número	2.750.000	Número	650.000	675.000	700.000	725.000
			Indicador (Linha-Base)								
Objetivo MAPA ESTRATÉGICO. Instituir a Política Estadual de Regulação.											
OBJETIVO PES 2.5. Aprimorar a Regulação das Redes de Atenção à Saúde											
			Indicador (Linha-Base)								
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
2.5.1	Ampliar em 4% ao longo dos quatro anos, o número total de recursos regulados pelo Sistema Estadual de Regulação - SER	Somatório do número de internações hospitalares e agendamentos ambulatoriais (consultas, exames e procedimentos) regulados nas 9 regiões de saúde pelo SER	376.645	2022	Número	391.939	Número	380.412	384.216	388.058	391.939
OBJETIVO PES 2.6. Reforçar a capacidade de resposta estadual de urgência e emergência por meio de transporte aéreo.											
			Indicador (Linha-Base)								
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
2.6.1	Ampliar o número de transportes aéreos em 100%, otimizando a resposta estadual de urgência e emergência	Número de transportes aéreos realizados	310	2023	Número	620	Número	465	496	538	620

DIRETRIZ PES 3. Fortalecer a Gestão Estadual do SUS, a Governança Pública e a Participação e Controle Social.											
Iniciativa PPA 4. Fortalecer a Gestão Estadual do SUS, a Governança Pública e a Participação e Controle Social											
Objetivo MAPA ESTRATÉGICO. Desenvolver políticas de formação e educação permanente em saúde, voltadas para as necessidades da população.											
OBJETIVO PES 3.7. Qualificar o planejamento estadual, municipal e regional integrado.											
Indicador (Linha-Base)											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
3.7.1	Organizar as 07 linhas de cuidado prioritárias, no estado do Rio de Janeiro, até 2027: atenção materno infantil, câncer de mama, IAM, câncer de próstata, tuberculose, AVC e Urgência/Emergência.	Número de Linhas de Cuidado organizadas	0	2023	Número	7	Número	2	2	1	2
Objetivo MAPA ESTRATÉGICO. Melhorar a qualidade do gasto público por intermédio da eliminação do desperdício e da melhoria contínua da gestão dos processos, com a finalidade de otimizar a prestação de bens e serviços de saúde aos cidadãos.											
Objetivo PES 3.11. Buscar a excelência nos resultados assistenciais e na valorização dos usuários e trabalhadores nos processos de produção de saúde											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
3.11.4	Implantar no mínimo 2 ações de boas práticas de Humanização em serviços de UTI adulto e pediátrico, em 10 unidades hospitalares sob gestão estadual	Número de unidades hospitalares sob gestão estadual com serviços de UTI adulto e pediátrico com 2 ações de boas práticas de Humanização implantadas	1	2022	Número	10	Número	2	4	8	10
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
3.11.7	Implantar no mínimo 2 ações de Humanização nos cuidados materno infantis em 4 maternidades sob gestão estadual	Número de Maternidades sob gestão estadual com pelo menos 2 ações de Humanização nos cuidados materno infantis implantadas	1	2022	Número	4	Número	1	2	3	4
DIRETRIZ PES 4. Proporcionar melhorias na infraestrutura física dos serviços de saúde do SUS sob gestão estadual, de forma a garantir a assistência à saúde da população.											
OBJETIVO PES 4.1. Disponibilizar serviços de saúde do SUS estruturados e adequados ao atendimento à saúde da população.											
Indicador (Linha-Base)											
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
4.1.1	Adquirir equipamentos e/ou mobiliários para aparelhamento e modernização de 10 estabelecimentos de saúde SES-RJ	Número de estabelecimentos de saúde da SES-RJ que receberam equipamentos e/ou mobiliários	0	2022	Número	10	Número	2	2	3	3
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027
4.1.3	Retomar a obra do Hospital Maternidade de São Gonçalo	Hospital Maternidade de São Gonçalo construído	5%	2023	Porcentual	100%	Porcentual	0%	40%	80%	100%

## 7. Considerações Finais sobre o Plano de Atenção Materno-Infantil do Estado do Rio de Janeiro no Contexto da Rede Alyne

A construção e implantação da Rede Alyne no estado do Rio de Janeiro representa um marco histórico no compromisso do SUS fluminense com a atenção obstétrica e neonatal qualificada, equânime e respeitosa. O processo que culmina na consolidação do Plano de Atenção Materno-Infantil, sob a égide dessa rede, foi conduzido com profunda responsabilidade técnica, sensibilidade política e compromisso ético com a vida das mulheres, dos bebês e das famílias do nosso estado. Desde o início, a estratégia adotada baseou-se no diálogo permanente com os gestores municipais, respeitando a lógica do pacto federativo tripartite. A escuta ativa das lideranças locais não apenas viabilizou o mapeamento das necessidades e potencialidades de cada território, mas também fortaleceu o protagonismo dos municípios na construção de soluções próprias, solidárias e territorialmente adequadas para a atenção obstétrica. A cada oficina, reunião técnica ou visita in loco, consolidou-se um sentimento de corresponsabilidade federativa, no qual a liderança dos municípios foi estimulada, reconhecida e incorporada à tessitura da Rede Alyne.

Paralelamente, a efetivação deste plano só foi possível mediante ampla articulação interna no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ). Desde o envolvimento direto da Secretária de Estado, Dra. Cláudia Mello, passando pelos subsecretários, superintendências e setores estratégicos, todos compreenderam o caráter transversal e prioritário da atenção materna e neonatal, o que resultou em convergência institucional, apoio técnico e sinergia política. Soma-se a isso o suporte fundamental da equipe apoiadora do Ministério da Saúde, bem como do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), que acompanharam com afinco e generosidade todas as etapas da construção desta Rede de Atenção à Saúde.

O processo foi guiado por um robusto diagnóstico situacional dos territórios, utilizando-se de indicadores epidemiológicos, dados vitais e análises de capacidade instalada. Conhecer a realidade local, suas disparidades e desafios, permitiu não apenas o planejamento racional das ações, mas também a identificação criteriosa das prioridades regionais. O cruzamento entre os dados e a escuta dos territórios resultou em escolhas estratégicas, fundamentadas em critérios técnicos e sensibilidade social, que nortearam a alocação de recursos e a priorização de equipamentos de saúde.

Ao longo da caminhada, enfrentamos as idas e vindas típicas de qualquer processo dialógico maduro. As pactuações e repactuações com os gestores municipais foram reflexos de um compromisso com o aprimoramento contínuo. Escutar os desafios enfrentados localmente, considerar os limites operacionais e orçamentários e buscar alternativas possíveis – ainda que provisórias – foram ações fundamentais para transformar pleitos em arranjos efetivos e viáveis, alinhados aos princípios do SUS.

A jornada também foi uma oportunidade valiosa para a reflexão profunda sobre as desigualdades e invisibilidades históricas que marcam a trajetória da saúde materna no estado. A Rede Alyne foi pensada para acolher as populações urbanas e rurais, indígenas, quilombolas, negras, mulheres em situação de rua, insulares, periféricas, migrantes, ciganas, LGBTQIA+ e tantas outras que, até hoje, permaneciam à margem das políticas públicas. Pela primeira vez, muitas dessas populações passam a ser explicitamente contempladas na organização da atenção obstétrica, conforme os princípios da equidade, inclusão e justiça social.

Durante o diagnóstico e escuta dos territórios, emergiram as fragilidades da atenção ao parto no estado: taxas elevadas e desarrazoadas de cesarianas eletivas, ausência de enfermagem obstétrica na linha de frente do parto, maternidades com baixa resolutividade,

carência de salas de parto adequadas e equipes profissionais incompletas ou atuando em regime de sobreaviso.

A Rede Alyne busca transformar esse cenário, promovendo a implantação de CPNis, o fortalecimento da humanização do parto, a estruturação dos serviços de alto risco e a valorização de modelos de cuidado baseados em evidência científica e centrados na mulher.

Paralelamente, investimos na qualificação dos Comitês Municipais de Investigação da Mortalidade Materna e na reativação do Comitê Estadual de Prevenção da Morte Materna, como ferramentas fundamentais para o controle epidemiológico, o aprendizado institucional e a melhoria contínua da qualidade assistencial. O retorno qualificado aos serviços e aos profissionais envolvidos em situações de óbito passou a fazer parte da cultura de cuidado e de responsabilização compartilhada.

O apoio institucional do COSEMS-RJ foi também decisivo para garantir a pactuação regional nas Comissões Intergestores Regionais (CIRs) e, posteriormente, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Cada pactuação representa não apenas um ato formal, mas uma celebração da democracia sanitária, da gestão colegiada e da construção conjunta de soluções no âmbito do SUS.

O processo de elaboração do plano permitiu ainda a consolidação de três pilares estruturantes da Rede Alyne no estado do Rio de Janeiro:

1. Reconhecimento das iniquidades e vulnerabilidades que atravessam a vida de muitas mulheres fluminenses, marcadas por desigualdades estruturais e barreiras geográficas, étnicas e sociais de acesso à saúde.
2. Diagnóstico crítico da assistência obstétrica vigente, marcada por práticas obsoletas, taxas elevadas de cesariana e ausência de humanização do cuidado, exigindo uma inflexão ética, técnica e institucional na forma de cuidar.
3. Compromisso com a redução da razão de mortalidade materna e perinatal, garantindo que cada mulher e cada bebê tenham acesso a uma atenção qualificada, acolhedora e segura.

A Rede Alyne no estado do Rio de Janeiro é mais do que uma rede de serviços: é um projeto civilizatório em saúde pública, que restitui às mulheres o direito de parir com dignidade e segurança. Trata-se de uma política pública construída a muitas mãos, com escuta, ciência, gestão, compromisso e afeto. Que esse legado inspire novos passos, dentro e fora do estado, na construção de um SUS mais justo, mais humano e verdadeiramente universal.

## 8. Normativas

- **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
- **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**, que regulamenta o § 3º do art. nº 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.
- Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.
- Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017, que estabelece as diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.
- Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018, que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde.
- Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado. Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS. 2018. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\\_tripartite\\_planejamento\\_regional\\_integrado.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_tripartite_planejamento_regional_integrado.pdf)>.

## Referências

ALVES, J. R.; COELHO, I. O.; MARTINS, R. F. **Desigualdades regionais no acesso ao parto hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, Brasil:** redes de deslocamento, distância e tempo (2010-2019). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 40, n. 5, 2024.

BRANDÃO C. M.; SANTOS M. M. C. **Perspectivas atuais sobre métodos contraceptivos cirúrgicos e não cirúrgicos: eficácia, escolhas informadas e o impacto no planejamento familiar e reprodutivo.** Ciências da Saúde. Enfermagem. V. 28 – Ed. 137. Ago. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.: il. – (C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Indicadores Hospitalares.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo/Ministério da Saúde,** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas– Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 24 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 1)

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde,** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5)

BRASIL. **Portaria nº 238 de 30 de março de 2006.** Incluir na Tabela de Procedimentos Especiais do Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS a diária de acompanhante para gestante. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 24 jun. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

BRASIL. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Caderno de Atenção Básica – nº 32. Brasília: MS, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 105 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_gestante\\_operacao\\_cesariana.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_gestante_operacao_cesariana.pdf). Acesso em: 23 maio. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**: Relatório de Recomendações. Brasília: MS, 2017.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 23, de 23 de março de 2017**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 24 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 37, de 22 de março de 2018**. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 mar. 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual Técnico para Profissionais de Saúde: DIU com Cobre TCU 380A / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 32 p.: il.

Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 44, de 25 de abril de 2019**. Define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 mai. 2019.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Crianças, Adolescentes e Jovens. Coordenação de Atenção à Saúde dos Adolescentes e Jovens. **Nota Técnica Nº2/2025-COSAJ/CGCRIAJ/DGCI/SAPS/MS**. Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência - “Prevenção da Gravidez na adolescência, promovendo a saúde e garantindo direitos”. Brasília, 2025.

CAMINHA, M. F. C. et al. **Assistência ao parto normal no Estado de Pernambuco: aspectos geográficos, socioeconômicos e profissionais, com ênfase no papel da enfermeira**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 17, n.3. p. 195-204. Brasília: set. 2008.

CARVALHO, AI. **Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde**. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. Estudos Avançados, v. 27, n. 77, p. 7–26, 2013.

CEDAW. **Committee on the Elimination of Discrimination Against Women**. Case of Alyne da Silva Pimentel v. Brazil. Communication No. 17/2008. 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em:

<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html?>. Acesso em: 01 de março de 2025.

LIMA, L. D. et al. **Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1281–1290, abr. 2017.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Declaração da OMS sobre taxas de cesariana**. Genebra: OMS, 2015.

REDE ALYNE. **Dossiê Alyne: Saúde Materna e Justiça Reprodutiva**. Rio de Janeiro: CFEMEA, 2021.

Região Serrana Fluminense: desenvolvimento socioeconômico 2007/ 2014 – organizado por Dulce Ângela Arouca Procópio de Carvalho & Rodrigo Pacheco Ribas. Niterói: Imprensa Oficial, 2017

RIBEIRO P. T.; TANAKA O. Y.; DENIS J. L. **Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual**. *Ciência e Saúde Coletiva*, V. 22, n. 4. Abril, 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28102016>

RIO DE JANEIRO (Estado). **Resolução SES Nº 2102 de 14 de julho de 2003**. Estabelece a missão da rede de centrais de regulação do estado do Rio de Janeiro, bem como sua função, cria o fórum de coordenadores das centrais de regulação e dá outras providências. Secretaria de Estado de Saúde, 2003.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Resolução SES nº 3187 de 26 de outubro de 2023**. Altera a Resolução SES nº 1.726, de 05 de setembro 2018, que institui o Comitê Estadual de Prevenção e Controle da Morte Materna do Rio de Janeiro e dispõe sobre o seu funcionamento. Secretaria de Estado de Saúde, 2023.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Resolução SES nº 3188 de 26 de outubro de 2023**. Aprova o Regimento Interno do Comitê Estadual de Prevenção e Controle da Morte Materna do Estado do Rio De Janeiro CEPCMM-RJ. Secretaria de Estado de Saúde, 2023.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Resolução SES nº3185 de 26 de outubro de 2023**. Altera a Resolução nº 2.785, de 08 de julho de 2005, que institui o Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal do Rio de Janeiro e dispõe sobre o seu funcionamento. Secretaria de Estado de Saúde, 2023.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (CIB/RJ). **Deliberação CIB-RJ nº 9.175 de 19 de dezembro de 2024**. Pactuar a atualização dos componentes do Grupo Condutor Estadual do Planejamento Regional Integrado - GCE/PRI. Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/reunioes-extraordinarias/1011-2024/dezembro/11071-deliberacao-cib-rj-n-9-175-de-19-de-dezembro-de-2024.html>. Acesso em abril 2025.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (CIB/RJ). **Deliberação CIB-RJ nº 5.570 de 08**

**de novembro de 2018.** Pactuar fluxo para o credenciamento a habilitação dos Serviços de Planejamento Reprodutivo de laqueadura e vasectomia. Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/584-2018-deliberacoes/novembro/6170-deliberacao-cib-rj-n-5-570-de-08-de-novembro-de-2018.html>. Acesso em abril 2025.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (CIB/RJ). **Deliberação CIB-RJ nº 3.435 de 26 de maio de 2015.** Pactua ad referendum o credenciamento e habilitação do serviço hospitalar de referência a gestação de alto risco tipos 1 e 2, nas unidades abaixo listadas. Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde, 2015.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde: PDR.** Rio de Janeiro: SES/RJ, 2000.

ROBSON, M. S. **The Ten-Group Classification System (TGCS):** a method to identify and audit caesarean section rates. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, v. 27, n. 3, p. 327–332, 2013.

SANTOS, D. N.; BARBOSA, R. C. O. **Estrutura organizacional da atenção pós-parto na estratégia saúde da família.** *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 446-453. jul./set. 2013.

SILVA, Morgana Rodrigues da; MARTINS, Camila Teixeira; GONÇALVES, Roberta da Silva. Adesão à consulta puerperal: facilitadores e barreiras. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, e20200249, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0249>. Acesso em: 26 jun. 2025.

SILVA, T. C. et al. **Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa.** *Revista De Enfermagem Do Centro-Oeste Mineiro*, 7. 2017.

SOARES, J. S.; BAREZANI, T. V.; MATOS, V. P.; ROCHA, P. M.; VASCONCELOS, V. S.; PINHEIRO, R. S. **Desigualdades regionais no acesso ao parto hospitalar no Estado do Rio de Janeiro**, Brasil: redes de deslocamento, distância e tempo (2010-2019). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 5, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT064423>. Acesso em: 26 jun. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Consulta pediátrica pré-natal.** Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial. Rio de Janeiro: SBP, 2020. Disponível em: <https://www.sbp.com.br>. Acesso em: 24 jun. 2025.

SOUZA, M. **Parto: entre o desejo e a realização.** In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS – ABEP, 13., 2002, Ouro Preto. Anais [...]. Disponível em: [https://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos\\_cientificos/arquivos/parto\\_entre\\_o\\_de\\_sejo\\_e\\_a\\_realizacao](https://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/parto_entre_o_de_sejo_e_a_realizacao). Acesso em: 25 abr. 2025.

TESSER, C. D.; NUNES, E. R. R.; NUNES, M. F. P. **Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3,

e00136215, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00136215>. Acesso em: 26 jun. 2025.

TOSTES, N. A.; SEIDL, E. M. F. **Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto.** Temas psicol. [online]. 2016, vol.24, n.2, pp.681-693. jun. 2016.

## ANEXOS

**Tabela 1 - Dados Demográficos por Região de Saúde. Rio de Janeiro, 2022**

Região de Saúde	População		Área da unidade territorial 202 (Km²) IBGE		Densidade demográfica estimada (hab/Km2)	Nº municípios
	Nº estimado	% Estado	Número	% Estado		
	IBGE 2022					
Estado do Rio de Janeiro	16.055.174	100	46.504,60	100	366,97	92
Baía da Ilha Grande	253.897	1,58	2.105,32	4,53	120,6	3
Baixada Litorânea	846.933	5,28	2.701,37	5,81	313,52	9
Centro-Sul	320.003	1,99	3.217,99	6,93	99,44	11
Médio Paraíba	865.130	5,39	5.952,01	12,79	145,35	12
Metropolitana I	9.705.577	60,45	3.405,19	7,32	2.822,91	12
Metropolitana II	1.908.751	11,89	2.713,67	5,83	703,37	7
Noroeste	336.995	2,1	5.894,08	12,67	57,18	14
Norte	907.868	5,65	12262,53	26,38	74,04	8
Serrana	910.020	5,67	8.252,44	17,74	110,21	16

Fontes: População segundo os Censos/Contagens: IBGE - Censos demográficos de 2022

**Tabela 02 - População residente nas Regiões de Saúdes por sexo – ano de 2022**

Região de Saúde/Município	Feminino	Masculino	Razão de Sexos	Total
Estado do Rio de Janeiro	8.477.499	7.577.675	89,39	16.055.174
Baía da Ilha Grande	129.615	124.282	95,89	253.897
Baixada Litorânea	440.113	406.820	92,44	846.933
Centro-Sul	167.681	152.322	90,84	320.003
Médio Paraíba	454.524	410.606	90,34	865.130
Metropolitana I	5.155.871	4.549.706	88,24	9.705.577
Metropolitana II	1.011.255	897.496	87,75	1.908.751
Noroeste	173.394	163.601	94,35	336.995
Norte	470.649	437.219	92,9	907.868
Serrana	474.397	435.623	91,82	910.020

Fontes: População segundo os Censos/Contagens: IBGE - Censos demográficos de 2022

**Tabela 03 - Dados demográficos por Região de Saúde por faixa etária - IBGE /Censo de 2022**

Região de Saúde	0 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
Estado do Rio de Janeiro	875.769	1.015.741	964.636	1.011.978	2.309.937	2.376.896	2.401.463	2.073.125	1.678.255	913.288	434.086	16.055.174
Baía da Ilha Grande	15.999	17.591	16.693	17.524	36.470	38.609	39.284	31.847	24.406	11.301	4.173	253.897
Baixada Litorânea	49.899	57.320	55.423	56.009	114.452	121.391	127.747	109.925	89.891	46.222	18.654	846.933
Centro-Sul	18.121	20.009	19.536	20.222	44.435	44.450	45.485	43.710	35.589	19.323	9.123	320.003
Médio Paraíba	46.659	52.850	52.205	54.408	121.491	123.790	126.927	115.680	97.696	50.683	22.741	865.130
Metropolitana I	521.659	614.469	581.882	612.473	1.426.390	1.453.279	1.449.073	1.232.906	997.177	547.983	268.286	9.705.577
Metropolitana II	98.065	114.541	105.918	111.948	263.051	279.321	295.818	259.483	212.089	115.358	53.159	1.908.751
Noroeste	19.062	19.898	19.657	21.038	45.277	46.849	49.007	46.353	37.330	21.555	10.969	336.995
Norte	57.176	64.577	59.730	61.498	132.944	140.353	133.255	109.759	84.946	43.680	19.950	907.868
Serrana	49.129	54.486	53.592	56.858	125.427	128.854	134.867	123.462	99.131	57.183	27.031	910.020

Fontes: População segundo os Censos/Contagens: IBGE - Censos demográficos de 2022

**Tabela 4 - População de referência para a Rede Alyne**

REGIÕES DE SAÚDE	POPULAÇÃO TOTAL IBGE/ 2022	MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) (IBGE /2022)	NASCIDOS VIVOS SINASC 2023	ESTIMATIVA DE GESTANTES (nascidos vivos + 10%)	ESTIMATIVA DE GESTANTES DE RISCO HABITUAL	ESTIMATIVA DE GESTANTES DE ALTO RISCO (15% das gestantes estimadas)	ESTIMATIVA DE GESTANTES DE ALTO RISCO (30% das gestantes estimadas)
Estado Rio de Janeiro	16.055.174	4.666.252	176150	193.758	164.693	29.063	58.129
Baía da Ilha Grande	253.897	75.622	3196	193.758	2.987	527	1.055
Baixada Litorânea	846.933	244.242	10338	3.516	9.666	1.706	3.412
Centro-Sul	320.003	89.521	3583	11.372	3.350	591	1.182
Médio Paraíba	865.130	246.036	9162	3941	8566	1512	3023
Metropolitana I	9.705.577	2.847.584	105123	10.078	98.290	17.345	34.691
Metropolitana II	1.908.751	546.460	19584	115.635	18.311	3.231	6.463
Noroeste	336.995	92.021	3756	21.542	3.512	620	1.240
Norte	907.868	270.031	11438	4.132	10.695	1.887	3.775
Serrana	910.020	254.735	9964	12.582	9.316	1.644	3.288

Fontes: População segundo os Censos/Contagens: IBGE - Censos demográficos de 2022

**Tabela 5 – MIF e Gestantes estimadas por raça-cor (brancas, pretas, pardas, amarelas, indígenas) e território – sinasc 2023**

Região Saúde	Número de NV (SINASC 2023)						Gestantes Estimadas (NV +10%)					
	BBranca	Preta	Aamarela	Parda	Indígena	Ignorado ou não informado	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	Ignorado ou
Estado Rio de Janeiro	57476	29520	910	86602	208	1435	62155	32477	95297	981	224	1582
Baía da Ilha Grande	1186	300	3	1656	31	20	1305	330	1822	3	34	23
Baixada Litorânea	3313	1660	58	5149	21	137	3643	1826	5634	62	21	150
Centro-Sul	1276	676	6	1607	0	18	1406	744	1768	7	0	19
Médio Paraíba	3612	1716	63	3643	11	117	2765	1888	4008	69	11	130
Metropolitana I	31151	18313	626	54326	121	587	34265	20146	59758	691	133	646
Metropolitana II	6310	2987	107	10052	17	111	6881	3287	11058	118	18	122
Noroeste	1670	591	6	1438	0	51	1838	651	1584	6	0	55
Norte	4327	1684	16	5304	4	103	4962	1852	5716	18	4	115
Serrana	4630	1592	25	3424	3	290	5089	1752	3946	7	3	321

Fontes: População segundo os Censos/Contagens: IBGE - Censos demográficos de 2022

**Tabela 6 - MIF e Gestantes estimadas indígenas e território - IBGE 2022**

REGIÃO DE SAÚDE	Mulheres Indígenas	Estimativa de Mulheres indígenas em idade fértil	Gestantes Estimadas
Estado Rio de Janeiro	9.370	4495	227
Baía da Ilha Grande	733	312	34
Baixada Litorânea	706	375	21
Centro-Sul	301	57	0
Médio Paraíba	344	158	11
Metropolitana I	5465	2586	133
Metropolitana II	1103	542	18
Noroeste	124	58	0
Norte	430	240	4
Serrana	327	167	3

Fontes: População segundo os Censos/Contagens: IBGE - Censos demográficos de 2022

**Tabela 7 - MIF e Gestantes estimadas Quilombolas - IBGE – 2022**

Região de Saúde	População total Quilombola	Comunidades quilombolas (Nº de Mulheres)
<b>Estado Rio de Janeiro</b>	20447	8766
Baía da Ilha Grande	2550	1272
Baixada Litorânea	6296	1694
Centro-Sul	397	34
Médio Paraíba	646	351
Metropolitana I	5341	2760
Metropolitana II	202	105
Noroeste	149	72
Norte	4622	2357
Serrana	244	121

Fontes: População segundo os Censos/Contagens: IBGE - Censos demográficos de 2022

**Tabela 8 – MIF e Gestantes estimadas População Privada de Liberdade por raça-cor (brancas, pretas, pardas, amarelas, indígenas) - IBGE de 2022**

Unidades da Federação	Mulheres privadas de liberdade		
	Total	Em custódia das polícias	Nos sistemas prisionais estadual e federal
Brasil	45 388	129	45 259
Rio de Janeiro	2 466	3	2 463

Fontes: População segundo os Censos/Contagens: IBGE - Censos demográficos de 2022

**Tabela 9 - Crianças de 0 a 2 anos por raça-cor (brancas, pretas, pardas, amarelas, indígenas) - IBGE – 2022**

Região de Saúde	Amarela	Branca	Indígena	Parda	Preta	Ignorado Não informado	Total
Estado Rio de Janeiro	469	221.613	265	210.850	57.483	10	490.690
Baía da Ilha Grande	10	4.724	72	3.723	611	0	9.140
Baixada Litorânea	15	12.989	25	12.246	2.786	0	28.061
Centro-Sul	5	4.441	2	4.453	1.324	0	10.225
Médio Paraíba	27	13.159	11	10.250	3.124	0	26.571
Metropolitana I	322	126.178	97	128.720	35.848	6	291.171
Metropolitana II	38	24.656	34	23.910	6.148	3	54.789
Noroeste	7	5.522	4	4.269	1.091	1	10.894
Norte	26	14.297	10	13.976	3.930	0	32.239
Serrana	19	15.647	10	9.303	2.621	0	27.600

Fontes: População segundo os Censos/Contagens: IBGE - Censos demográficos de 2022

**Tabela 10 – Nº Absoluto de Óbitos Maternos, Infantis e Fetais por Macrorregião de Saúde por raça-cor (brancas, pretas, pardas, amarelas, indígenas) - SINASC 2023**

Região de Saúde de naturalidade	Nº DE ÓBITOS MATERNOS							Nº DE ÓBITOS NEONATAIS (0 a 27 dias)							Nº DE ÓBITOS FETAIS
	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorada	Todos	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorado	Total	
Estado Rio de Janeiro	28	33	2	32	0	2	96	488	122	1	886	1	83	1581	2088
Baía da Ilha Grande	1	0	0	0	0	1	1	13	1	0	15	0	1	30	32
Baixada Litorânea	1	0	0	0	0	0	1	23	4	0	57	0	4	88	109
Centro-Sul	1	1	0	0	0	0	2	10	3	0	16	0	2	31	46
Médio Paraíba	1	2	0	2	0	0	5	33	6	0	27	0	7	73	93
Metropolitana I	10	19	0	24	0	1	54	237	72	1	580	1	46	937	1.276
Metropolitana II	4	3	0	4	0	0	11	65	15	0	81	0	8	169	248
Noroeste	1	0	0	1	0	0	2	17	2	0	18	0	4	41	34
Norte	4	4	0	1	0	0	9	45	10	0	57	0	10	122	116
Serrana	2	2	0	0	0	0	4	45	8	0	31	0	1	85	111
Município ignorado	3	2	2	0	0	0	7	0	1	0	4	0	0	5	23

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

**Tabela 11 - Proporção de Gestantes que realizaram 7 ou mais consultas de Pré-natal de 2021 a 2024**

Município de residência da mãe	2021	2022	2023	2024
Estado do Rio de Janeiro	136579	131905	135417	127081
Baía da Ilha Grande	2250	2381	2429	2414
Baixada Litorânea	6881	7302	7583	7528
Centro-Sul	2923	2771	2860	2631
Médio Paraíba	7808	7601	7677	7359
Metropolitana I	81978	78363	80768	75008
Metropolitana II	14737	14448	14777	13778
Noroeste	2742	2777	2825	2857
Norte	9327	8629	8595	8252
Serrana	7931	7626	7900	7247

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

**Tabela 12 - Proporção de Gestantes que iniciaram Pré-natal até 12 semanas de gestação 2021 a 2024**

Município	2021	2022	2023	2024
Estado do Rio de Janeiro	145883	140803	143599	132683
Baía da Ilha Grande	2437	2446	2474	2488
Baixada Litorânea	7979	7658	7724	7835
Centro-Sul	3299	2992	3015	2811
Médio Paraíba	7790	7751	8176	7821
Metropolitana I	87041	83802	86310	78467
Metropolitana II	17062	16560	16507	15186
Noroeste	3374	3461	3384	3052
Norte	8402	7985	7792	7427
Serrana	8497	8143	8214	7589

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

**Tabela 13 - Número de casos de Sífilis em Gestantes notificados por raça-cor e região de saúde, em 2023**

Região de Saúde Residência	Amarela	Branca	Indígena	Parda	Preta	ignorado	Total
Estado do Rio de Janeiro	161	2.858	14	6.807	3.221	856	13.917
Baía da Ilha Grande	2	34	0	71	19	13	139
Baixada Litorânea	0	130	2	238	134	68	572
Centro-Sul	1	19	0	51	27	4	102
Médio Paraíba	15	152	1	200	129	23	520
Metropolitana I	122	2.036	8	4.870	2.367	524	9.927
Metropolitana II	12	231	1	837	289	111	1.481
Noroeste	2	24	1	34	15	7	83
Norte	3	95	0	317	127	78	620
Serrana	4	137	1	189	114	28	473

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde / Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde / Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental / Coordenação de Vigilância Epidemiológica / Gerência IST/HIV/AIDS / Sistema de Informações de Agravos

**Tabela 14 - Casos Confirmados de Sífilis Congênita por Ano Diagnóstico segundo Residência nas Regiões de Saúde, por raça-cor, em 2023**

Região de Saúde Residência	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorado/ Em branco	Total
Estado do Rio de Janeiro	614	369	9	2.043	2	1.171	4.208
Baía da Ilha Grande	8	3	0	29	0	5	45
Baixada Litorânea	35	6	1	67	0	35	144
Centro-Sul	6	1	0	20	0	1	28
Médio Paraíba	28	19	0	68	1	17	133
Metropolitana I	390	232	7	1.391	1	852	2.873
Metropolitana II	44	27	1	270	0	185	527
Noroeste	17	17	0	6	0	0	40
Norte	38	28	0	108	0	46	220
Serrana	48	36	0	83	0	28	195
Município ignorado - RJ	0	0	0	1	0	2	3

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde / Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde / Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental / Coordenação de Vigilância Epidemiológica / Gerência IST/HIV/AIDS / Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

**Tabela 15 - Taxa Incidência de sífilis em < 1 ano por Ano Diagnóstico segundo Residência nas Regiões de Saúde, no período de 2021-2023**

Município RJ Residência	2021	2022	2023
Estado do Rio de Janeiro	28,2	12,3	17,4
Baía da Ilha Grande	6,6	8,5	5,1
Baixada Litorânea	24	7,7	10
Centro-Sul	6	1,5	2
Médio Paraíba	14,7	7,2	8,6
Metropolitana I	31,3	13,5	19,7
Metropolitana II	40,3	15,3	21,4
Noroeste	5,4	3,9	5
Norte	24,8	15,6	16
Serrana	15,3	7,4	15,6

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde / Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde / Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental / Coordenação de Vigilância Epidemiológica / Gerência IST/HIV/AIDS / Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

**Tabela 16 - Quantidade de AIH por Procedimento solicitado segundo Região de Saúde do estabelecimento 2023**

Região de Saúde do estabelecimento	03.10.01.0039 PARTO NORMAL	03.10.01.0047 PARTO NORMAL EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	03.10.01.0055 PARTO NORMAL EM CENTRO DE PARTO NORMAL (CPN)	04.11.01.0026 PARTO CESARIANO EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	04.11.01.0034 PARTO CESARIANO	04.11.01.0042 PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA	Total
Total	54.641	4.729	2	6.275	37.439	9.183	112.269
Baía da Ilha Grande	1.092	2	2	6	1.258	325	2.685
Baixada Litorânea	2.675	0	0	0	4.158	531	7.364
Centro-Sul	1.128	14	0	36	1.537	177	2.892
Médio Paraíba	2.448	2	0	60	2.688	826	6.024
Metropolitana I	37.045	4.670	0	6.167	16.592	5.338	69.812
Metropolitana II	5.966	37	0	0	4.987	946	11.936
Noroeste	255	0	0	0	1.279	224	1.758
Norte	1.498	4	0	6	1.881	249	3.638
Serrana	2.534	0	0	0	3.059	567	6.160

Fonte: Interações Hospitalares: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS

**Tabela 17 – Grupo de Robson por Região de Saúde**

Regiões de Saúde	Grupo 1 - Nulíparas, feto único cefálico, termo, trabalho de parto espontâneo.	Grupo 2 - Nulíparas, feto único cefálico, termo, indução ou cesariana antes do trabalho de parto.	Grupo 3 - Multiparas sem cesárea anterior, feto único cefálico, termo, trabalho de parto espontâneo	Grupo 4 - Multiparas sem cesárea anterior, feto único cefálico, termo, indução ou cesariana antes do trabalho de parto.	Grupo 5 - Todas as multiparas com cesárea anterior, feto único cefálico, termo.	Grupo 6 - Todas as multiparas com cesárea anterior, feto único em apresentação pélvica, termo.	Grupo 7 - Todas as gestações múltiplas, termo.	Grupo 8 - Todas as apresentações anormais, termo.	Grupo 9 - Todas as gestações com feto único cefálico, < 37 semanas.	Grupo 10 - Todas as apresentações anormais, < 37 semanas.	Branco ou Ignorado	Todos
Rio de Janeiro	30.457	26.004	30.813	17.013	42.808	2.127	2.882	4.142	274	16.903	2.704	176.127
Baía da Ilha Grande	408	424	526	270	824	44	65	48	5	302	16	2.932
Baixada Litorânea	1.637	926	1.678	543	2.554	103	138	157	15	948	726	9.425
Centro-Sul	643	675	608	447	1.160	29	44	77	3	428	246	4.360
Médio Paraíba	1.588	1.408	1.243	663	2.639	143	172	222	18	1.145	78	9.319
Metropolitana I	18.329	16.008	20.406	11.756	22.179	1.272	1.780	2.568	187	9.923	519	104.927
Metropolitana II	3.512	2.850	3.132	1.409	5.580	214	215	463	16	1.730	194	19.315
Noroeste	702	495	275	162	1.523	53	59	72	3	327	54	3.725
Norte	1.957	1.585	1.651	959	3.475	122	213	283	15	1.257	442	11.959
Serrana	1.681	1.633	1.293	804	2.874	147	196	252	12	843	429	10.164

Fonte: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/grupos-de-robson/?s=MSQyMDIOJDEkMSQzNSQ3NiQxJDIkMjA=>

**Tabela 18- Parto Cesáreo por ocorrência por Região de Saúde ocorrência e Número de gestações anteriores, 2023**

Região de Saúde ocorrência	Nenhuma gestação	1 a 3 gestações	4 a 6 gestações	7 a 9 gestações	10 gestações e mais	Ignorado ou não informado	Total
Estado do Rio de Janeiro	39955	59300	5761	462	75	901	106454
Baía da Ilha Grande	624	1058	129	11	1	-	1823
Baixada Litorânea	2274	3801	409	26	4	7	6521
Centro-Sul	1203	1881	166	7	1	8	3266
Médio Paraíba	2637	3685	300	15	3	3	6643
Metropolitana I	21876	30879	3278	289	48	92	56462
Metropolitana II	4940	7333	579	41	7	105	13005
Noroeste	1302	2056	115	6	2	10	3491
Norte	2908	4679	420	37	5	24	8073
Serrana	2191	3928	365	30	4	652	7170

Fonte: Internações Hospitalares: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS

**Tabela 19 - Parto Cesáreo por ocorrência por Região de Saúde ocorrência e Apresentação fetal, 2023**

Região de Saúde ocorrência	Apresentação cefálica	Apresentação pélvica ou podálica	Apresentação transversa	Não informado/ignorado	Total
Estado do Rio de Janeiro	99522	5417	265	1250	106454
Baía da Ilha Grande	1706	107	5	5	1823
Baixada Litorânea	5819	252	14	436	6521
Centro-Sul	2988	77	3	198	3266
Médio Paraíba	6256	348	17	22	6643
Metropolitana I	52823	3292	180	167	56462
Metropolitana II	12506	477	16	6	13005
Noroeste	3362	120	3	6	3491
Norte	7434	382	15	242	8073
Serrana	6628	362	12	168	7170
Total	99522	5417	265	1250	106454

Fonte: Internações Hospitalares: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS

**Tabela 20 - Parto Cesáreo por ocorrência por Região de Saúde ocorrência e Trabalho de parto induzido, 2023**

Região de Saúde ocorrência	Trabalho de parto induzido	Trabalho de parto não induzido	Não informado/ignorado	Total
Estado do Rio de Janeiro	8967	94599	2888	106454
Baía da Ilha Grande	172	1602	49	1823
Baixada Litorânea	295	5289	937	6521
Centro-Sul	200	3046	20	3266
Médio Paraíba	926	5685	32	6643
Metropolitana I	5688	50062	712	56462
Metropolitana II	502	12487	16	13005
Noroeste	75	3405	11	3491
Norte	516	6608	949	8073
Serrana	593	6415	162	7170
Total	8967	94599	2888	106454

Fonte: Internações Hospitalares: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS

**Tabela 21 - Parto Cesáreo por ocorrência por Região de Saúde ocorrência e Duração da gestação, 2023**

Região de Saúde ocorrência	Menos de 22 semanas	22 a 27 semanas	28 a 31 semanas	32 a 36 semanas	37 a 41 semanas	42 semanas e mais	Ignorado ou não informado	Total
Estado do Rio de Janeiro	16	431	1262	12548	89837	1480	880	106454
Baía da Ilha Grande	0	5	19	202	1532	62	3	1823
Baixada Litorânea	2	30	56	684	5385	200	164	6521
Centro-Sul	3	6	30	365	2802	41	19	3266
Médio Paraíba	2	43	98	939	5404	129	28	6643
Metropolitana I	6	247	710	6987	47775	594	143	56462
Metropolitana II	1	45	161	1381	11161	153	103	13005
Noroeste	1	7	19	307	3038	63	56	3491
Norte	1	32	100	966	6652	168	154	8073
Serrana	-	16	69	717	6088	70	210	7170
Total	16	431	1262	12548	89837	1480	880	106454

Fonte: Internações Hospitalares: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS

**Tabela 22 - Nascimentos por ocorrência por Região de Saúde ocorrência e Faixa etária da mãe, 2023**

Região de Saúde ocorrência	Menor de 16 anos	16 a 19 anos	20 a 34 anos	35 anos e mais	Ignorado ou não informado	Total
Estado do Rio de Janeiro	2181	17020	124076	32912	2	176191
Baía da Ilha Grande	23	309	2141	459	-	2932
Baixada Litorânea	127	1045	6765	1489	-	9426
Centro-Sul	57	411	3181	711	-	4360
Médio Paraíba	105	817	6689	1708	-	9319
Metropolitana I	1310	9993	73537	20097	2	104939
Metropolitana II	240	1837	13402	3849	-	19328
Noroeste	49	396	2728	590	-	3763
Norte	174	1300	8427	2058	-	11959
Serrana	96	912	7206	1951	-	10165

Fonte: Internações Hospitalares: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS

**Tabela 23 - Proporção de Inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) na Atenção Ambulatorial e Hospitalar**

Região de Saúde do atendimento	03.01.04.014-1 INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)	03.01.04.015-0 RETIRADA DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)	Total
Estado do Rio de Janeiro	26.795	3.075	29.870
Baixada Litorânea	299	46	345
Baía da Ilha Grande	125	29	154
Centro-Sul	58	15	73
Metropolitana I	25.119	2.674	27.793
Metropolitana II	176	60	236
Médio Paraíba	307	84	391
Noroeste	41	22	63
Norte	379	28	407
Serrana	291	117	408

Fonte: Produção Ambulatorial: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS

**Tabela 24 - Total de diárias de acompanhante por Diárias utilizadas segundo Região de Saúde de residência**

**Tratamento durante a gestação, parto e puerpério**

Região de Saúde de residência	Total	1 dia	2 dias	3 dias	4 dias	5 dias	6 dias	7 dias	8-14 dias	15-21 dias	22-28 dias	29 dias e +
Estado do Rio de Janeiro	25.887	1.003	2.656	3.036	2.897	2.494	2.292	2.727	6.235	1.252	795	500
Baía da Ilha Grande	1.068	9	44	129	158	156	118	118	279	18	13	26
Baixada Litorânea	1.571	99	195	244	224	153	136	174	343	2	0	1
Centro-Sul	1.171	88	173	152	143	72	91	145	190	61	23	33
Médio Paraíba	450	54	63	51	53	29	41	32	112	15	0	0
Metropolitana I	15.001	400	1.368	1.784	1.720	1.535	1.365	1.540	3.851	806	438	194
Metropolitana II	2.131	162	240	248	233	245	222	292	432	18	0	39
Noroeste	854	103	306	158	106	43	47	30	61	0	0	0
Norte	1.461	26	107	84	89	101	149	132	357	218	145	53
Serrana	2.180	62	160	186	171	160	123	264	610	114	176	154

Internações Hospitalares: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS

**Tabela 25 - Consulta individual Puerpério (até 42 dias)**

Região de Saúde	Atendimento Individual
Estado do Rio de Janeiro	8.128
Baía da Ilha Grande	95
Baixada Litorânea	1.503
Centro-Sul	223
Médio Paraíba	824
Metropolitana I	3.081
Metropolitana II	1.120
Noroeste	517
Norte	439
Serrana	326

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB

**Tabela 26 - Visita domiciliar em puérperas**

Região de saúde	Visita domiciliar
<b>Estado do Rio de Janeiro</b>	<b>18.010</b>
Baia da Ilha Grande	686
Baixada Litorânea	2.630
Centro-Sul	1.948
Médio Paraíba	2.111
Metropolitana I	4.203
Metropolitana II	1.805
Noroeste	1.178
Norte	1.476
Serrana	1.973

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB

**Tabela 27 - Consulta individual Puerpério (até 42 dias)**

Região de Saúde	Atendimento Individual
<b>Estado do Rio de Janeiro</b>	<b>8.128</b>
Baia da Ilha Grande	95
Baixada Litorânea	1.503
Centro-Sul	223
Médio Paraíba	824
Metropolitana I	3.081
Metropolitana II	1.120
Noroeste	517
Norte	439
Serrana	326

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB

**Tabela 28 - Banco de leite e Posto de Coleta por Região de Saúde**

Região de Saúde	Município	Maternidades AR	Esfera	Banco de Leite	Posto de Coleta
METRO I	NOVA IGUAÇU	MATERNIDADE MUNICIPAL MARIANA BULHÕES/HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU	MUNICIPAL	NÃO	
	SAO JOAO DE MERITI	SES RJ HOSPITAL DA MULHER HELONEIDA STUDART	ESTADUAL	Hospital da Mulher Heloneida Studart	Hospital Estadual Maternidade Mãe de Mesquita
	DUQUE DE CAXIAS	HOSPITAL MUNICIPALIZADO ADAO PEREIRA NUNES	MUNICIPAL	Hospital Municipalizado Adão Pereira Nunes	
	RIO DE JANEIRO	HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE	FEDERAL	NÃO	
	RIO DE JANEIRO	IFF FIOCRUZ	FEDERAL	Instituto Fernandes Figueira	1. PCLH Maria Amélia Buarque de Hollanda 2. PCLH do Hospital Central do Exército 3. PCLHO da Maternidade Escola da
	RIO DE JANEIRO	MS HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO	FEDERAL	NÃO	
	RIO DE JANEIRO	MS HSE HOSPITAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	FEDERAL	Hospital Federal dos Servidores do Estado	
	RIO DE JANEIRO	SMS HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO		Hospital Maternidade Herculano Pinheiro	
	RIO DE JANEIRO	SMS HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE/MATERNIDADE LEILA DINIZ		Maternidade Leila Diniz	1. Posto de Coleta Perinatal da Barra 2. Posto de Coleta CF Barbara Mosley de Souza
	RIO DE JANEIRO	SMS HOSPITAL MATERNIDADE FERNANDO MAGALHÃES AP 10	MUNICIPAL	Hospital Maternidade Fernando Magalhães	Clínica da Família São Sebastião
	RIO DE JANEIRO	SMS HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA FARIA AP 52	MUNICIPAL	Hospital Municipal Rocha Faria	
	RIO DE JANEIRO	SMS MATERN ALEXANDER FLEMING AP 33	MUNICIPAL	Hospital Maternidade Alexander Fleming	
	RIO DE JANEIRO	SMS MATERNIDADE CARMELA DUTRA AP 32	MUNICIPAL	Hospital Maternidade Carmela Dutra	
	RIO DE JANEIRO	UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	ESTADUAL UNIVERSITÁRIO	Hospital Universitário Pedro Ernesto	Posto de Coleta Enfermeira Célia Nurck
	RIO DE JANEIRO	UFRJ MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ	FEDERAL		
RIO DE JANEIRO	HOSPITAL DA MULHER MARISKA RIBEIRO	MUNICIPAL	Hospital da Mulher Mariska Ribeiro		
METRO II	NITEROI	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA	ESTADUAL	NÃO	
	NITEROI	HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO	FEDERAL	Hospital Universitário Antônio Pedro	1.PC de Leite Humano: "Mães de Rio Bonito" 2. PCLH - Sala de Coleta do Posto de Saúde Marica
SERRANA	PETROPOLIS	HOSPITAL UNIMED PETRÓPOLIS	PARTICULAR	Hospital Unimed Petrópolis	
	PETROPOLIS	HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO	MUNICIPAL	Hospital Municipal Alcides Carneiro	
	NOVA FRIBURGO	HOSPITAL MATERNIDADE DOUTOR MARIO DUTRA DE CASTRO	MUNICIPAL	Hospital Maternidade Dr Mário Dutra de Castro	
MÉDIO PARAÍBA	VOLTA REDONDA	HOSPITAL MUNICIPAL SAO JOAO BATISTA	MUNICIPAL	Hospital São João Batista	PCLH Hospital Materno Infantil de Barra Mansa
	RESENDE	APMIR	CONVENIADO	NÃO	
	BARRA MANSa	HOSPITAL MATERNIDADE THERESA SACCHI DE MOURA	MUNICIPAL	NÃO	
	VALENCA	HOSPITAL ESCOLA LUIZ GIOSEFFI JANNUZZI	CONVENIADO	NÃO	
BAIXADA LITORÂNEA	SAQUAREMA	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL DOS LAGOS NOSSA SENHORA DE NAZARETH	ESTADUAL	NÃO	
CENTRO SUL	VASSOURAS	HUV HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VASSOURAS	CONVENIADO	NÃO	
BAÍA DA ILHA GRANDE	ANGRA DOS REIS	HOSPITAL E MATERNIDADE CODRATO DE VILHENA	CONVENIADO	NÃO	
NORTE	CAMPOS DOS GOYTACAZES	HOSPITAL DOS PLANTADORES DE CANA	CONVENIADO	Hospital dos Plantadores de Cana	
NOROESTE	ITAPERUNA	HOSPITAL SAO JOSE DO AVAI	CONVENIADO	NÃO	

**Tabela 29 - Nascimentos por ocorrência por Peso ao nascer segundo Região de Saúde ocorrência, 2023**

Região de Saúde ocorrência	Menos de 500g	500 a 749g	750 a 999g	1000 a 1499g	1500 a 1999g	2000 a 2499g	2500 a 2999g	3000 a 3999g	4000g e mais	Ignorado ou não informado	Total
Estado do Rio de Janeiro	300	511	598	1584	3563	11425	43658	107332	7217	3	176191
Baía da Ilha Grande	3	7	8	22	42	172	620	1908	150	-	2932
Baixada Litorânea	22	23	23	64	157	529	2201	5935	472	-	9426
Centro-Sul	7	10	5	25	69	280	1311	2540	113	-	4360
Médio Paraíba	8	29	38	100	212	679	2473	5497	283	-	9319
Metropolitana I	206	312	380	972	2183	6861	25727	63804	4492	2	104939
Metropolitana II	19	59	64	186	373	1199	4637	11957	833	1	19328
Noroeste	6	7	8	28	57	196	1074	2296	91	-	3763
Norte	22	39	43	107	254	784	2888	7388	434	-	11959
Serrana	7	25	29	80	216	725	2727	6007	349	-	10165

Fonte: Internações Hospitalares: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS

**Tabela 30 - Nascimentos por ocorrência por Região de Saúde ocorrência e Apgar no 5º Minuto, 2023**

Região de Saúde ocorrência	0 a 3	4 a 6	7 a 10	Ignorado ou não informado	Total
Estado do Rio de Janeiro	563	1288	172732	1608	176191
Baía da Ilha Grande	10	11	2889	22	2932
Baixada Litorânea	37	87	9232	70	9426
Centro-Sul	19	22	4308	11	4360
Médio Paraíba	36	72	9181	30	9319
Metropolitana I	328	821	102762	1028	104939
Metropolitana II	56	102	18993	177	19328
Noroeste	16	21	3719	7	3763
Norte	35	88	11656	180	11959
Serrana	26	64	9992	83	10165

Fonte: Internações Hospitalares: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS

**Link para visualização das tabelas originais:**

[https://drive.google.com/drive/folders/1W\\_1Esd30f7Uh0oDDHB01a7k-XZPVLR-f?usp=sharing](https://drive.google.com/drive/folders/1W_1Esd30f7Uh0oDDHB01a7k-XZPVLR-f?usp=sharing)

**Comitê Estadual de Mortalidade Infantil e fetal**

SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA  
SUBSECRETARIA DE GESTÃO OPERACIONAL  
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO OPERACIONAL

DESPACHOS DO SUPERINTENDENTE  
DE 26.10.2023

PROCESSO Nº SEI-21088/001355/2023 - ARQUIVE-SE.  
PROCESSO Nº SEI-21088/001392/2023 - ARQUIVE-SE.

Id: 2528666

ADMINISTRAÇÃO VINCLULADA

SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA  
FUNDAÇÃO SANTA CABRINI

ATO DO PRESIDENTE

PORTRARIA FSC Nº 466 DE 25 DE OUTUBRO DE 2023

REGULAMENTA O ARTIGO 7º DO DECRETO Nº 45.863, QUANTO AO INÍCIO DO PRAZO PRESCRICIONAL AO DIREITO DE RESGATE DO PECÚLIO, E DA OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO SANTA CABRINI - FSC, no uso de suas atribuições legais, e constante no processo administrativo nº SEI-210123/00271/2023, e

CONSIDERANDO:

- o disposto no art. 29, §§ 1º e 2º da Lei Federal nº 7.210/1964, que dispõe sobre a remuneração do trabalho do preso e suas aplicações legais;

- o disposto no art. 1º, incisos I, II, III, IV e V e seu § 1º, da Lei Estadual nº 4.984/2007, que preconiza sobre a aplicação da remuneração do apenado no Estado do Rio de Janeiro; e

- o Decreto nº 45.863 de 19 de dezembro de 2016, o qual dispõe sobre a gestão dos recursos relativos ao pecúlio no âmbito da Fundação Santa Cabrini;

RESOLVE:

Art. 1º - Regulamentar o prazo prescricional de 5 (cinco) anos, no que diz respeito ao requerimento do processo de resgate do pecúlio pelo apenado, no âmbito da Fundação Santa Cabrini.

Art. 2º - O prazo prescricional do processo administrativo dos valores relativos ao pecúlio, perante a Fundação Santa Cabrini, iniciar-se-á quando o apenado for posto em liberdade plena, isto é, quando estiver dada a decisão judicial de extinção de sua punibilidade.

§1º - Tendo sido efetuado o requerimento administrativo de resgate do pecúlio pelo apenado, dar-se-á, neste ato, a suspensão do prazo prescricional, na forma do art. 4º, parágrafo único, do Decreto nº 20.910/32.

§2º - Não tendo sido formulado pedido administrativo para resgate do pecúlio, caso o apenado volte a ser preso, neste exato momento será suspenso o prazo prescricional para tal requerimento, o qual voltará a correr quando posto em liberdade.

Art. 3º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 25 de outubro de 2023

ALEX SANTOS DE OLIVEIRA

Presidente da Fundação Santa Cabrini

Id: 2528599

SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA  
FUNDAÇÃO SANTA CABRINI

ATO DO PRESIDENTE

DE 27/10/2023

INVESTI no cargo de Agente Administrativo - nível médio, classe inicial I, do Quadro Permanente de Pessoal da Fundação Santa Cabrini, da Secretaria de Administração Penitenciária, ALDÁCIR DE SOUZA CUSTÓDIO, Id. Funcional nº 5146043-2, em virtude de nomeação efetiva através do Ato do Excm. Senhor Secretário de Estado da Casa Civil, publicada no Diário Oficial de 24 de dezembro de 2023, em vaga prevista na Lei nº 8.844, de 30 de junho de 2014. Processo nº SEI-140001035485/2023.

Id: 2528598

Secretaria de Estado de Defesa Civil

SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA CIVIL

ATO DO SECRETÁRIO

RESOLUÇÃO SEDEC Nº 327 DE 26 DE OUTUBRO DE 2023

DISPÕE SOBRE DELEGAÇÃO DE COMPETÊNCIA PARA PRATICAR ATOS DE GESTÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA, E DA OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE DEFESA CIVIL, no uso das atribuições que lhe conferem o disposto no inciso VII e §1º, do artigo 82, da Lei Estadual nº 28779, de 14.12.79 (Código de Administração Financeira do Estado do Rio de Janeiro), e tendo em vista o disposto no art. 14, do Decreto-Lei Estadual nº 239, de 21.07.75, e no Parágrafo Único, do art. 35, do Regulamento a que se refere o Decreto nº 3.140, de 28.04.80, e o constante no Processo nº SEI-270001002459/2023.

RESOLVE:

Art. 1º - Fica delegada competência a MÁRCIO LUIZ SILVA INOCÊNCIO, Coronel BM, ID. Funcional nº 613027-5, Assessor-Chefe da Assessoria Setorial de Planejamento e Orçamento, da Secretaria de Estado de Defesa Civil, para praticar, como ORDENADOR DE DESPESAS, nos termos da legislação vigente e de suas atribuições, atos de gestão orçamentária e financeira, da Secretaria de Estado de Defesa Civil (SEDEC), do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ) e do Fundo Especial do Corpo de Bombeiros (FUNEBSOM), tais como:

I - autorizar despesas, bem como a expedição e assinatura das respectivas notas de autorização de despesas, emissão de notas de empenho, reconhecimento de dívidas, movimentação de recursos financeiros, pagamentos de despesas orçamentárias, emissão de ordens bancárias, ordens de pagamento e cheques nominativos;

II - autorizar a concessão de adiantamentos e diárias, aprovar e imputar as respectivas prestações de contas e inventários patrimoniais;

III - autorizar licitações, aprovar e homologar os respectivos resultados de 2005, inclusive aceitação de objeto de contrato, adjudicando a vencedora, bem como dispensar-las, quando for o caso, ou declarar a inexigibilidade, na forma da lei;

IV - requisitar transporte aéreo de passageiros ou de carga;

V - assinar acordos, convênios e contratos, bem como aplicar as penalidades previstas em lei, quando se verificar o descumprimento de compromisso ou obrigação contratual, nos casos de fornecimento, aquisição ou prestação de serviço;

VI - editar normas de rotina no âmbito da SEDEC e do CBMERJ;

VII - cancelar apostilas e atos de nomeação e exoneração de bombeiros militares ou servidores civis do CBMERJ, referido ao exercício de cargo em comissão de direção e assessoramento intermediário (DAI);

VIII - conceder e suspender a concessão de gratificação de encargos especiais aos bombeiros militares ou servidores civis integrantes da Corporação;

IX - ratificar e/ou homologar, como autoridade superior, atos de autorização de despesa, dispensas, inexigibilidades, retardamentos e modalidades de licitação, nos processos no âmbito da SEDEC, do CBMERJ e do FUNESBOM;

X - apreciar e decidir sobre pedidos de inscrição desligamento ou concessão de benefícios instituídos por lei ou ato normativo, em favor de integrantes da Corporação ou seus beneficiários; e

XI - revisar e aprovar as informações do Plano de Contratações Anual (PCA) da SEDEC e do CBMERJ.

Parágrafo Único - Deverá ser assinado, mediante duas assinaturas em conjunto, dentro dos ordenadores de despesas da SEDEC/CBMERJ, todo documento atinente aos procedimentos junto às instituições bancárias, entre elas: cadastro de pessoal, autorizações de acesso, bem como qualquer outro procedimento necessário à movimentação dos recursos financeiros estabelecidos.

Art. 2º - Dá-se ciência imediato desta Resolução, através do CBMERJ ao Tribunal de Contas do Estado e à Secretaria de Estado de Fazenda.

Art. 3º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 26 de outubro de 2023

LEANDRO SAMPAIO MONTEIRO

Secretário de Estado de Defesa Civil

Id: 2528468

SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA CIVIL

SUPERINTENDÊNCIA ADMINISTRATIVA

DESPACHO DO SUPERINTENDENTE

DE 26.10.2023

PROCESSO Nº SEI-27004000655/2023 - MARI LEILA PEREIRA DA SILVA, CPF: 009.952.697-26. Tendo em vista o previsto no § 1º do Art. 249 do Dec. 2.479/1979 de 09/03/1979 alterado pelo Decreto nº 17.578 de 25/06/1992, Art. 250 do Decreto nº 2.479 de 08/03/1979, com a redação processual aplicada pelo Decreto nº 32.726 de 30/01/2003, no Art. 2º do Decreto 42.477 de 27/05/2010, Resolução da SEDEC nº 226, de 04 de novembro de 2021, e as informações prestadas pelos Órgãos no presente processo e com base na competência estabelecida no Art. 4º, Inc. I, alínea j da Resolução SEDEC nº 286, de 07 de março de 2023, a requerente FAZ JUS ao auxílio funeral solicitado.

Id: 2528591

SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA CIVIL

SUPERINTENDÊNCIA ADMINISTRATIVA

DESPACHOS DO SUPERINTENDENTE

DE 26.10.2023

PROCESSO Nº SEI-270104001157/2023 MARCOS VINICIUS PEREIRA VASCONCELOS, RG 25.583, Id Funcional 26758032, FAZ JUS ao abono de permanência a partir de 13 de setembro de 2023.

PROCESSO Nº SEI-270050000739/2023, MÁRCIO SOARES PEREIRA, RG 23.880, Id Funcional 25854372, FAZ JUS ao abono de permanência a partir de 09 de julho de 2023.

PROCESSO Nº SEI-270102000968/2023, AUGUSTO CESAR ROSA JACONIANSI, RG 22.508, Id Funcional 26557959, FAZ JUS ao abono de permanência a partir de 07 de dezembro de 2022.

PROCESSO Nº SEI-270110000653/2023, MÁRCIO LUIZ ROCHA LIMA, RG 22.144, Id Funcional 6127657, FAZ JUS ao abono de permanência a partir de 15 de março de 2023.

PROCESSO Nº SEI-270097000938/2023, FABIANO DE MELLO COSTA, RG 22.599, Id Funcional 9409254, o qual FAZ JUS ao abono de permanência a partir de 04 de julho de 2023.

PROCESSO Nº SEI-270077000557/2023, ANTONIO CESAR DE OLIVEIRA AMARAL, RG 15.940, Id Funcional 000611938, o qual FAZ JUS ao abono de permanência a partir de 05 de julho de 2023.

Tendo em vista o atendimento dos pressupostos estabelecidos no art.39-A, da Lei Estadual nº 9.537, de 29 de Dezembro de 2021, e as informações prestadas pelo órgão de pessoal nos presentes processos administrativos e com base na competência estabelecida no Art. 4º, Inc. I, alínea j da Resolução SEDEC nº 286, de 07 de março de 2023, os servidores fazem jus ao abono de permanência a partir das datas citadas nos presentes processos administrativos.

Id: 2528093

SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA CIVIL

SUPERINTENDÊNCIA ADMINISTRATIVA

DESPACHOS DO SUPERINTENDENTE

DE 26.10.2023

PROCESSO Nº SEI-270063000412/2023, MÁRCIO GONZALES SOARES, RG 24.911, Id Funcional 23950553, FAZ JUS ao abono de permanência a partir de 31 de dezembro de 2021.

PROCESSO Nº SEI-270090001246/2023, GUELBER DIAS GARCIA, RG 21.031, Id Funcional 26760851, o qual FAZ JUS ao abono de permanência a partir de 31 de julho de 2021.

Tendo em vista o atendimento dos pressupostos estabelecidos no art.39-A, da Lei Estadual nº 9.537, de 29 de Dezembro de 2021, e as informações prestadas pelo órgão de pessoal no presente processo administrativo e com base na competência estabelecida no Art. 4º, Inc. I, alínea j da Resolução SEDEC nº 286, de 07 de março de 2023, os servidores FAZEM JUS ao abono de permanência a partir das datas citadas nos presentes processos administrativos.

Id: 2528395

Secretaria de Estado de Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ATO DA SECRETARIA

RESOLUÇÃO SES Nº 3185 DE 26 DE OUTUBRO DE 2023

ALTERA A RESOLUÇÃO Nº 2.785, DE 08 DE JULHO DE 2005, QUE INSTITUI O COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E FETAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E DISPÕE SOBRE O SEU FUNCIONAMENTO.

A SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, no uso de suas atribuições legais e conforme processo nº SEI-08001700269/2021;

CONSIDERANDO:

- a necessidade da atualização da resolução que institui o CEPMIF/RJ

- a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída pela Portaria Nº 1.130, de 5 de agosto de 2015,

publicada pelo Ministério da Saúde (MS);

- que a vigilância e a prevenção do óbito infantil e fetal é um dos eixos estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Eixo VII-PNAISC);

- que as perdas fetais são objeto de grande preocupação para a saúde pública, podendo ser consideradas evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal e ao parto;

- que o estudo do óbito proporciona o alcance do principal objetivo da vigilância epidemiológica que é a definição de medidas para prevenir a ocorrência de novos óbitos evitáveis;

- que a redução da taxa de mortalidade infantil no Estado do Rio de Janeiro nos últimos dez anos não vem sendo acompanhada no mesmo ritmo pela mortalidade neonatal (70% dos óbitos infantis são neonatais), em todo o estado e está incluída como uma meta da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, lançada em 2015 pelas Nações Unidas; e

- que o terceiro Objetivo de Desenvolvimento Sustentável inclui "Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos em todos os países; e reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos".

Art. 1º - Alterar a Resolução SES Nº 2.785, de 08 de julho de 2005, que institui o Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal do Rio de Janeiro - CEPMIF-RJ e dispõe sobre o seu funcionamento.

Art. 2º - Realizar o Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal (CEPMIF-RJ) com o objetivo de dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos infantis e fetais, identificar os fatores de risco e propor intervenções para redução da mortalidade.

Art. 3º - O CEPMIF-RJ está vinculado à Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro que oferece o apoio técnico-administrativo para o exercício de suas funções, atuando como órgão de assessoria técnica para levantamento e monitoramento de informações oficiais, definição de estratégias e acompanhamento da execução das mesmas.

Art. 4º - O CEPMIF-RJ terá composição interdisciplinar e multiprofissional com caráter técnico-científico, sigiloso, não coercitivo ou punitivo, com função eminentemente educativa.

Art. 5º - O CEPMIF-RJ será composto por representantes, um titular e um suplente das seguintes instituições ou setores:

a) Grupo Técnico Executivo da Secretaria de Estado de Saúde

a) Assessoria de Planejamento em Saúde

b) Superintendência de Atenção Primária à Saúde;

c) Coordenação de Círculos de Vida

d) Área Técnica de Saúde das Crianças

e) Área Técnica de Acolhimento Materno

f) Área Técnica de Saúde das Mulheres

g) Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violências

h) Área Técnica de Alimentação e Nutrição

i) Área Técnica de Doença Falciforme

j) Superintendência de Unidades Próprias e Pré-Hospitalares

k) Coordenação materno-infantil

l) Superintendência de Gestão de Vigilância em Saúde (SGVS)

m) Coordenação de Informação e Análise de Situação de Saúde/Divisão de Dados Vitais

n) Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental

o) Coordenação de Vigilância Epidemiológica - Gerência de IST/AIDS

p) Superintendência de Atenção Especializada Controle e Avaliação (SAECA)

q) Superintendência de Regulação

r) Secretaria de Estado da Mulher

s) Convidados externos das seguintes instituições:

1) Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

2) Universidade Federal Fluminense (UFF)

3) Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)

4) Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

5) Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ)

6) Conselho Regional de Enfermagem (COREN)

7) Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro (COSEM)

8) Sociedade de Pediatra do Estado do Rio de Janeiro (SOPERJ)

9) Conselho de Ginecologia e Obstetrícia do Estado do Rio de Janeiro (SGORJ)

10) Instituto de Saúde

11) Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

12) Instituto Fernandes Figueira (IFF)

13) Instituto de Saúde - UNIRIO - CES - RJ

Parágrafo Único - Cada uma das instituições e/ou setores deverá indicar um representante titular e um suplente para cumprir mandato com a duração de dois anos no CEPMIF-RJ.

Art. 6º - As decisões serão tomadas por consenso entre os membros presentes na reunião, desde que quorum mínimo de 50%, mais um, após as discussões da matéria submetida à deliberação do Plenário.

Art. 7º - A coordenação do CEPMIF-RJ terá sua nomeação feita pelo Secretário de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, dentre os nomes que compõem o Grupo Técnico Executivo, e terá sua duração de 02 (dois) anos de mandato, podendo ser reeleito por mais 02 (dois) anos.

Art. 8º - A periodicidade das reuniões ordinárias do CEPMIF-RJ será bimestral. Fic facultada ao Comitê a decisão da realização de reuniões extraordinárias.

Art. 9º - O Comitê Estadual terá as seguintes atribuições:

I - incentivar e apoiar a formação de Comitês Regionais e Municipais de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal;

II - assessorar os Comitês Regionais e Municipais e comitês hospitalares de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal;

III - elaborar e manter atualizado um cadastro estadual dos comitês regionais e municipais;

IV - fomentar e elaborar propostas para a construção de políticas dirigidas à redução da mortalidade infantil e fetal no âmbito do Estado, com ênfase na organização dos serviços e formação de redes institucionais e intersectorais;

V - divulgar sistematicamente os resultados, experiências e as boas práticas bem sucedidas;

VI - envolver, sensibilizar a fim de comprometer os gestores, profissionais de saúde e a sociedade civil sobre a magnitude e importância da mortalidade infantil e fetal, sua repercussão sobre as famílias e a sociedade como um todo, na forma de relatórios, boletins, publicações, reuniões e eventos científicos;

VII - trabalhar de forma articulada com o Comitê Estadual de Prevenção de Mortalidade Materna;

VIII - estimular a investigação dos óbitos pelos serviços de saúde, segundo os critérios preconizados;

IX - identificar e recomendar estratégias e medidas de atenção à saúde, necessárias para a redução da mortalidade infantil e fetal, com destaque para as mortes por causas evitáveis;

X - acompanhar a inscrição dos dados da ficha síntese no SIM;

XI - monitorar a situação dos óbitos infantis e fetais, seus componentes e fatores de risco;

XII - identificar os óbitos infantis e fetais evitáveis como eventos-sentinela, ou seja, óbitos que não deveriam ocorrer com uma adequada assistência à saúde;

XIII - fomentar a elaboração de relatórios dos Comitês Regionais e Municipais, que possibilitem conhecer as circunstâncias de ocorrência dos óbitos e identificar possíveis problemas nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde;

XIV - elaborar relatório analítico anualmente e encaminhá-lo aos gestores nos diversos níveis da assistência;

Art. 10 - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 26 de outubro de 2023

CLAUDIA MARIA BRAGA DE MELLO

Secretária de Estado de Saúde

Id: 2528399

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ATO DA SECRETARIA

RESOLUÇÃO SES Nº 3186 DE 26 DE OUTUBRO DE 2023

APROVA O REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E FETAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - CEPMIF-RJ.

A SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, no uso de suas atribuições legais, tendo em vista o que consta no Processo nº SEI-08001700598/2021;

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o Regimento Interno do Comitê Estadual de Pre-

venção da Mortalidade Infantil e Fetal do Estado do Rio de Janeiro - CEPIMF-RJ, instituído pela Resolução SES Nº 2.785, de 08 de julho de 2016 e alterado pela Resolução SES Nº 3185 de 26 de outubro de 2023, constante do Anexo desta Resolução.

Art. 2º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.  
Rio de Janeiro, 26 de outubro de 2023

CLAUDIA MARIA BRAGA DE MELLO  
Secretária de Estado de Saúde

## ANEXO UNICO

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E FETAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - CEPIMF-RJ

CAPÍTULO I  
DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - O Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal do Estado do Rio de Janeiro - CEPIMF-RJ é fundamentalmente interinstitucional e multiprofissional. Sua atuação é técnica, científica, sigilosa, não coercitiva, não punitiva, com função eminentemente educativa, visando ao monitoramento e vigilância dos óbitos infantis e fetais, buscando identificar e analisar esses óbitos, criando um rol de recomendações a serem repassadas aos serviços de atendimento (hospitais, maternidade, clínica, etc.), Secretarias Municipais de Saúde e outras instituições que atuam na prevenção de mortes infantis e fetais.

Art. 2º - São finalidades do CEPIMF-RJ:  
I - incentivar e apoiar a formação de Comitês Regionais e Municipais de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal;  
II - assessorar os Comitês Regionais e Municipais e comissões hospitalares de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal;  
III - estruturar e manter atualizado um cadastro estadual dos comitês regionais e municipais;  
IV - fomentar e elaborar propostas para a construção de políticas dirigidas à redução da mortalidade infantil e fetal no âmbito do Estado, com ênfase na organização dos serviços e formação de redes institucionais e intersectorais;  
V - divulgar sistematicamente os resultados, experiências e as boas práticas bem sucedidas;

VI - envolver, sensibilizar a fim de comprometer os gestores, profissionais de saúde e a sociedade em geral sobre a magnitude e importância da mortalidade infantil e fetal, sua repercussão sobre as famílias e a sociedade como um todo, na forma de relatórios, boletins, publicações, reuniões e eventos científicos;  
VII - trabalhar de forma articulada com o Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna;  
VIII - estimular a investigação dos óbitos pelos serviços de saúde, segundo os critérios preconizados;  
IX - identificar e recomendar estratégias e medidas de atenção à saúde, necessárias para a redução da mortalidade infantil e fetal, com destaque para os aspectos que não devem ser causas evitáveis;  
X - acompanhar a inserção dos dados da ficha síntese no SIM;  
XI - monitorar a situação dos óbitos infantis e fetais, seus componentes e fatores de risco;  
XII - identificar os óbitos infantis e fetais evitáveis como eventos-sentinelas, ou seja, óbitos que não deveriam ocorrer com uma adequada assistência à saúde;  
XIII - fomentar a elaboração de relatórios dos Comitês Regionais e Municipais, que possibilitem conhecer as circunstâncias de ocorrência dos óbitos e identificar possíveis problemas nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde; e  
XIV - elaborar relatório analítico anualmente e encaminhar aos gestores nos diversos níveis de assistência.

CAPÍTULO II  
DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º - O CEPIMF-RJ terá composição por 1 (um) representante e 1 (um) suplente das seguintes instituições ou setores:

- Assessoria de Planejamento em Saúde;
- Superintendência de Atenção Primária à Saúde;
- Coordenação de Ciclos de Vida;
- Área Técnica de Saúde das Crianças;
- Área Técnica de Aleitamento Materno;
- Área Técnica de Saúde das Mulheres;
- Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violências;
- Área Técnica de Alimentação e Nutrição;
- Área Técnica de Doença Falotômica;
- Superintendência de Unidades Próprias e Pré-Hospitalares;
- Coordenação de Atenção em Saúde;
- Superintendência de Gestão de Vigilância em Saúde (SGVS);
- Coordenação de Informação e Análise de Situação de Saúde/ Divisão de Dados Vitais;
- Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental;
- Coordenação de Vigilância Epidemiológica - Gerência de IST/AIDS;
- Superintendência de Atenção Especializada Controle e Avaliação (SACCA);
- Superintendência de Regulação;
- Secretaria de Estado da Mulher;

II - **Suplentes externos das seguintes instituições:**  
a) Universidade Federal do Rio de Janeiro (UERJ)  
b) Universidade Federal Fluminense (UFF)  
c) Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UNIRJ)  
d) Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)  
e) Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ)  
f) Conselho Regional de Enfermagem (COREN)  
g) Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro (COSEMS)  
h) Sociedade de Pediatra do Estado do Rio de Janeiro (SOPERJ)  
i) Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Estado do Rio de Janeiro (SGOJ)  
j) Ministério da Saúde  
k) Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)  
l) Instituto Fernandes Figueira (IFF)  
m) Conselho Estadual de Saúde - CES - RJ

Parágrafo único - Cada uma das instituições e/ou setores deverá indicar à secretaria executiva do CEPIMF-RJ o nome de um membro titular e um suplente para cumprir mandato com a duração de dois anos no CEPIMF-RJ.  
Art. 4º - A participação dos membros no CEPIMF-RJ não será remunerada e seu exercício será considerado de relevante interesse público.  
Art. 5º - Os representantes das instituições no CEPIMF-RJ poderão ser substituídos por iniciativa de cada instituição a qual representa por meio de manifestação formal da própria instituição e indicação do novo representante.  
Art. 6º - Em caso de férias ou licenças do representante de cada órgão ou setor, o gestor das instituições e/ou setores deverá indicar um suplente que o representará durante o período determinado.  
Art. 7º - A coordenação será ocupada por nomeação feita pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, com mandato de dois anos, podendo ser reconduzido ao cargo após o término do mandato, por meio de novas eleições.

Parágrafo único - Para nomeação pelo Secretário de Saúde, o CEPIMF-RJ apresentará uma lista tripartite contendo a indicação de 03 (três) nomes que compõem o Grupo Técnico Executivo.

CAPÍTULO III  
DA ESTRUTURAÇÃO DO NÚCLEO

Art. 8º - O CEPIMF-RJ será vinculado ao Gabinete do Secretário de Estado de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro - SES/RJ.

Art. 9º - O Núcleo será estruturado da seguinte forma:

I - Coordenação e Vice Coordenação;  
II - Secretaria Executiva;

III - Grupo Técnico; e  
IV - Plenário da Câmara Técnica.

§ 1º - A Área Técnica de Saúde das Crianças, da Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde (SUBVAPS) e a Assessoria de Dados Vitais, da Subsecretaria de Vigilância Epidemiológica responderão pelo apoio técnico e financeiro do CEPIMF-RJ.  
§ 2º - Entende-se por apoio técnico a oferta de recursos humanos capazes de darem suporte técnico-operacional para a organização e funcionamento do Comitê, bem como dos processos demandados. E, como apoio financeiro, a inclusão nas dotações orçamentárias das respectivas áreas, valores de diárias para viagens, de confecção de material educacional/instrutivo para a realização de reuniões técnicas, capacitações, seminários e outros eventos que contribuam para a redução da mortalidade infantil e fetal.

Art. 10 - Cria-se na estrutura do CEPIMF-RJ uma Secretaria Executiva que realizará o apoio administrativo e será responsável pelo arquivamento e conservação das documentações expedidas e recebidas pelo CEPIMF-RJ, sob responsabilidade da Área Técnica de Saúde das Crianças da Superintendência de Atenção Primária à Saúde / Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde (SUBVAPS).  
Art. 11 - Cria-se na Estrutura do CEPIMF-RJ um Grupo Técnico, composto por representantes da SES/RJ que será responsável pela busca ativa dos casos de morte infantil quando o CEPIMF-RJ for acionado, relacionar casos de grande repercussão, desenhar o panorama das mortes por negligência, escorbidez, causa da morte, etc. Este grupo preservará a confidencialidade dos dados e o sigilo das informações e subsidiará as reuniões do CEPIMF-RJ para que este elabore suas funções propositivas e mobilizadoras.  
Art. 12 - Cria-se na Estrutura do CEPIMF-RJ uma Câmara Técnica, que será acionada a qualquer momento, para participar de reuniões do CEPIMF-RJ e/ou para inteiro o Grupo Técnico, e será composta por profissionais com notório saber na discussão da mortalidade infantil e fetal.

SEÇÃO I  
DA COORDENAÇÃO E VICE COORDENAÇÃO

Art. 13 - Ao Coordenador compete:

- instaurar seu Vice Coordenador;
- coordenar as reuniões ou definir um coordenador entre seus membros;
- manter os contatos necessários para o desempenho das atividades do CEPIMF-RJ;
- promover o encaminhamento das propostas sugeridas pelo CEPIMF-RJ aos órgãos e instituições afins;
- homologar, assinar e encaminhar os processos, documentos, correspondências, analisados pelo CEPIMF-RJ;
- divulgar o trabalho do CEPIMF-RJ.

Art. 14 - Ao Vice Coordenador compete apoiar as atividades do coordenador, bem como representá-lo e substituí-lo, quando necessário.

SEÇÃO II  
DO GRUPO TÉCNICO

Art. 15 - Ao Grupo Técnico compete:

- realizar análise preliminar dos óbitos infantis e fetais buscando definir causas que mereçam um olhar especializado;
- selecionar casos marcadores para discussão no comitê;
- elaborar o Relatório Analítico Anual;
- convocar pontualmente representantes dos municípios envolvidos nos casos em análise;

Art. 16 - Aos membros do CEPIMF-RJ compete:

- dar cumprimento aos objetivos anuais do art. 1º e art. 2º deste regimento;
- realizar as tarefas definidas pelo CEPIMF-RJ;
- propor a composição das subcomissões e/ou grupos de trabalho;
- divulgar junto à instituição de origem os assuntos debatidos pelo CEPIMF-RJ;
- dar parecer técnico, quando solicitado respeitando o disposto no art. 2º deste Regimento; e
- participar das reuniões ordinárias e extraordinárias do CEPIMF-RJ.

Art. 17 - Da Periodicidade: O CEPIMF-RJ se reunirá a cada 60 dias em caráter ordinário com calendário previamente estabelecido e aprovado pelos seus membros. Cada instituição representada poderá faltar a 2 (duas) reuniões consecutivas no máximo ou 3 (três) alternadas no prazo de um ano sem justificativa, sob pena de desligamento da instituição no CEPIMF-RJ.

Parágrafo único - O desligamento das instituições por falta deverá ser discutido pelo CEPIMF-RJ após solicitação e análise de justificativa da instituição representada.

Art. 18 - Poderá ocorrer reunião extraordinária quando convocada pelo colegiado do CEPIMF-RJ ou por um terço dos membros no prazo de três dias para a convocação e no prazo de dois dias para a realização.

Art. 19 - O Grupo Técnico se reunirá uma vez ao mês, podendo haver reuniões extraordinárias, sempre que necessário.  
Art. 20 - Deverá ser assegurado o acesso de no mínimo 2 membros do Grupo Técnico ao Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (SINASC).

Art. 21 - A Câmara Técnica será convocada pela coordenação quando houver necessidade.

SEÇÃO III  
DA SECRETARIA EXECUTIVA

Art. 22 - Compete à Secretaria Executiva do CEPIMF-RJ:

- convocar, junto com a coordenação, as sessões ordinárias e extraordinárias do Comitê;
- consolidar as pautas das sessões de reunião do Comitê, mediante recebimento prévio de propostas dos membros;
- confeccionar as atas das sessões ordinárias e extraordinárias do Comitê;
- expedir aos membros e participantes as comunicações que se entendem necessárias; e
- zelar pela memória institucional do Comitê.

SEÇÃO IV  
DO PLENÁRIO DA CÂMARA TÉCNICA

Art. 23 - O plenário do CEPIMF-RJ é constituído por todos os seus representantes.

Art. 24 - Ao plenário do CEPIMF-RJ compete:

- participar das reuniões e deliberações a respeito das ações relacionadas à Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal do Estado do Rio de Janeiro;
- acompanhar o cumprimento dos princípios, diretrizes e ações constantes na RESOLUÇÃO SES Nº 3185 DE 26 DE OUTUBRO DE 2023;
- analisar dados enviados ou fornecidos pelas Secretarias Municipais de Saúde;
- promover avaliações periódicas das mudanças nos índices de mortalidade infantil e fetal e dos fatores que os provocam;
- elaborar as recomendações necessárias à redução da mortalidade infantil;
- estimular as autoridades competentes a atuar sobre o problema, tomando devidas medidas, através de recomendações feitas por este CEPIMF-RJ;
- monitorar o cumprimento das recomendações desse CEPIMF-RJ;
- apoiar os comitês municipais existentes;
- estimular a criação de novos comitês municipais em municípios com mais de 80.000 habitantes e de comitês ou comissões regionais;
- elaborar relatório analítico anualmente; e

XI - convocar instituições e entidades externas para cooperação técnica quando julgar necessário.

SEÇÃO V  
DA INCLUSÃO DE PARTICIPANTES OBSERVADORES

Art. 25 - As pessoas interessadas em participar das reuniões do Comitê como observadores deverão identificar-se e informar quais entidades que pertencem.  
Parágrafo único - O participante observador possui direito de voz, mas não possui direito de voto.

## DOS PROCEDIMENTOS DELIBERATIVOS

Art. 26 - O Comitê Estadual do Estado do Rio de Janeiro de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal do Estado do Rio de Janeiro reunirá-se:

- ordinariamente, de acordo com cronograma a ser construído e aprovado periodicamente, respeitando um limite mínimo de 12 (doze) vezes ao ano; e
- extraordinariamente, mediante convocação da coordenação.

Art. 27 - As decisões do Comitê serão tomadas por consenso entre os membros presentes na reunião, desde que quórum mínimo de 50% mais um, após as discussões da matéria submetida à deliberação do Plenário.

Art. 28 - As reuniões de trabalho do Comitê terão a seguinte sequência:

- discussão e aprovação da ata da reunião anterior;
- apresentação, discussão e votação, se necessária, das matérias que constarem na pauta;
- prosseguimento para os pontos da pauta; e
- fraseamento da pauta para comunicações breves.

Art. 29 - A convocação da reunião de trabalho será efetuada com antecedência mínima de 15 (quinze) dias. A proposta de pauta organizada pelo secretário executivo será comunicada a todos os membros do Comitê, por meio de e-mail, ou outro meio de comunicação eficaz, com antecedência mínima de 7 (sete) dias para as reuniões ordinárias.

§ 1º - A pauta poderá ser alterada em caso de surgimento de um assunto de grande relevância com a concordância do plenário.

§ 2º - O membro que não puder comparecer à reunião convocada, e não se fizer representar por seu suplente indicado pelo gestor do órgão, deverá comunicar a ausência, por escrito em comunicação endereçada à Coordenação do Comitê, antecipadamente.

§ 3º - Cada representante, ou seu respectivo suplente, terá direito a um voto.

§ 4º - Os votos divergentes poderão ser registrados em ata de reunião a pedido do representante que o proferiu.

Art. 31 - As matérias a serem inseridas em pauta deverão ser previamente encaminhadas à Coordenação ou apresentadas em plenário, por intermédio de algum de seus representantes.

Art. 32 - Após apresentação da matéria a ser apreciada pelo Comitê, poderá a Coordenação designar relator, atendendo o critério de maior interesse pela matéria.

§ 2º - A sequência de designação de relatores será preferencialmente mantida de uma sessão para a outra, de modo a assegurar a distribuição equitativa das matérias entre os representantes.

§ 3º - O relator designado poderá relatar imediatamente a matéria e proferir seu voto, ou requerer prazo até, no máximo, a primeira sessão ordinária subsequente para tal fim.

§ 4º - A manifestação do relator deverá constituir-se de relatório, fundamentação e voto.

Art. 32 - As decisões do Comitê, salvo disposições expressas em contrário, serão tomadas pelo voto da maioria simples de seus integrantes. Em caso de empate, a Coordenação fará uso do voto de qualidade.

Parágrafo único - Qualquer representante poderá solicitar vistas do relatório, caso não se sinta apto a proferir voto, pelo prazo máximo da reunião subsequente.

Art. 33 - Fintas as votações, o Coordenador irá apurar e proclamar o resultado.

Art. 34 - A cada reunião, ordinária ou extraordinária, será lavrada ata que deverá conter a exposição sucinta dos trabalhos, conclusões e deliberações, devendo ser submetida, discutida e aprovada pelo Comitê.

Art. 35 - É facultado à Coordenação do Comitê, ou à maioria simples dos representantes, solicitar o reexame de qualquer deliberação lavrada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, incorreção ou inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 36 - O Comitê, por sua maioria simples, poderá convidar a participação de seus reuniões e atividades, representantes ou técnicos de instituições, de órgãos públicos ou da sociedade civil organizada, desde que diretamente envolvida no(s) assunto(s) que estiver(em) sendo tratado(s).

CAPÍTULO V  
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 37 - Todos os representantes do Comitê terão livre acesso a toda e qualquer documentação referente a ele.

Art. 38 - Nenhum representante do Comitê poderá agir em nome desse sem prévia delegação, com aprovação em plenário ou por indicação da Coordenação.

Art. 39 - Constitui conduta passível de exclusão de representante de área técnica do Comitê:

- ausência de decoro; ou
- 3 (três) faltas reiteradas consecutivas, sem justificativa.

§ 1º - A Coordenação do Comitê notificará a respectiva instituição interessada de que seu representante incumprir em uma das condutas previstas neste artigo, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis após a reunião em que constatar a existência de motivos para a exclusão.

§ 2º - O representante excluído do Comitê poderá solicitar a sua reintegração ao Comitê, no prazo máximo de 20 (vinte) dias para a apresentação de defesa, compreendida entre a data do recebimento da notificação e a data da reunião ordinária subsequente.

§ 3º - A exclusão de representante será efetivada mediante deliberação do plenário ordinário imediatamente subsequente à apresentação da defesa, pelo voto de 2/3 (dois terços) dos membros do Comitê.

§ 4º - Dentro do prazo para defesa, o gestor do órgão da SES/RJ ou instituição notificada poderá optar por indicar novo representante.

Art. 40 - O presente Regimento Interno, após aprovado pelo Comitê e publicado em Diário Oficial, só poderá ser modificado por quórum qualificado de 2/3 (dois terços) dos representantes, de acordo com o artigo 28 deste regimento.

Art. 41 - Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação, podendo ser alterado, no todo ou em parte, em reunião designada para este fim, com a participação da maioria dos membros do CEPIMF-RJ, revogadas as disposições em contrário.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

nr. 2224003

## ATO DA SECRETARIA

RESOLUÇÃO SES Nº 3187 DE 26 DE OUTUBRO DE 2023

ALTERA A RESOLUÇÃO Nº 1.726, DE 05 DE SETEMBRO DE 2018, QUE INSTITUI O COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA MORTALIDADE DO RIO DE JANEIRO E DISPÕE SOBRE O SEU FUNCIONAMENTO.

A SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO no uso de suas atribuições legais e conforme processo SES-080001012993/2023, e

## CONSIDERANDO:

- a Resolução SES nº 512, de 05 de junho de 1989 que institui o Comitê Estadual de Prevenção e Controle da Morte Materna e Fetal do Rio de Janeiro - CEPMMF-RJ;

- a Resolução SES nº 558, de 20 de fevereiro de 1990, que nomeia os representantes das entidades do Comitê Estadual de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna e Fetal do Rio de Janeiro;

- a Resolução SES nº 671, de 13 de agosto de 1991, que altera as resoluções nº 512 e nº 558, e dá outras providências;

- a necessidade de analisar e avaliar as investigações dos óbitos maternos, segundo a Resolução SES nº 1.726, de 05 de setembro de 2018, que dispõe sobre a investigação de óbito fetal, infantil e de Mulheres em Idade Fértil e Materno, declarados, ocorridos no Estado do Rio de Janeiro;

- que a taxa de mortalidade materna continua alta fazendo com que o Brasil não tenha alcançado o cumprimento desta meta nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - ODM em 2015;

# Comitê Estadual de Mortalidade Materna e MIF

PODER EXECUTIVO

DIÁRIO OFICIAL  
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

ANO XLIX - Nº 201 - PARTE I  
SEGUNDA-FEIRA - 30 DE OUTUBRO DE 2023

13

venção da Mortalidade Infantil e Fetal do Estado do Rio de Janeiro - CEPIMF-RJ, instituído pela Resolução SES Nº 2.785, de 08 de julho de 2005 e alterado pela Resolução SES Nº 3185 de 26 de outubro de 2023, constante do Anexo desta Resolução.

**Art. 2º** - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 26 de outubro de 2023

CLAUDIA MARIA BRAGA DE MELLO  
Secretária de Estado de Saúde

## ANEXO ÚNICO

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E FETAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - CEPIMF-RJ

### CAPÍTULO I

#### DA NATUREZA E FINALIDADE

**Art. 1º** - O Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal do Estado do Rio de Janeiro - CEPIMF-RJ é fundamentalmente interdisciplinar e multiprofissional. Sua atuação é técnica, científica, pedagógica, não coercitiva, não punitiva, com função eminentemente educativa, atuando no monitoramento e vigilância dos óbitos infantis e fetais, buscando identificar e analisar esses óbitos, criando um rol de recomendações a serem repassadas aos serviços de atendimento (hospitalar, maternidade, clínica, etc.). Secretarias Municipais de Saúde e outras instituições que atuam na prevenção de mortes infantis e fetais.

#### Art. 2º

**Art. 2º** - São finalidades do CEPIMF-RJ

I - incentivar e apoiar a formação de Comitês Regionais e Municipais de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal;

II - assessorar os Comitês Regionais e Municipais e comissões hospitalares de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal;

III - estabelecer e atualizar um cadastro estadual dos comitês regionais e municipais;

IV - fomentar e elaborar propostas para a construção de políticas dirigidas à redução da mortalidade infantil e fetal no âmbito do Estado, com ênfase na organização dos serviços e formação de redes institucionais e intersecretariais;

V - divulgar sistematicamente os resultados, experiências e as boas práticas bem sucedidas;

VI - envolver, sensibilizar a fim de comprometer os gestores, profissionais de saúde e a sociedade civil sobre a magnitude e importância da mortalidade infantil e fetal, sua repercussão sobre as famílias e a sociedade como um todo, na forma de relatórios, boletins, publicações, reuniões e eventos educativos;

VII - trabalhar de forma articulada com o Comitê Estadual de Prevenção de Mortalidade Materna;

VIII - estimular a investigação dos óbitos pelos serviços de saúde, segundo os critérios preconizados;

IX - identificar e recomendar estratégias e medidas de atenção à saúde, necessárias para a redução da mortalidade infantil e fetal, com destaque para as mortes por causas evitáveis;

X - acompanhar a inserção dos dados da ficha síntese no SIM;

XI - monitorar a situação dos óbitos infantis e fetais, seus componentes e fatores de risco;

XII - identificar os óbitos infantis e fetais evitáveis como eventos-sentinelas, ou seja, óbitos que não deveriam ocorrer com uma adequada assistência à saúde;

XIII - fomentar a elaboração de relatórios dos Comitês Regionais e Municipais, que possibilitem conhecer as circunstâncias de ocorrência dos óbitos e identificar possíveis problemas nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde;

XIV - elaborar relatório analítico anualmente e encaminhar aos gestores nos diversos níveis da assistência.

### CAPÍTULO II

#### DA COMPOSIÇÃO

**Art. 3º** - O CEPIMF-RJ será composto por 1 (um) representante e 1 (um) suplente das seguintes instituições e setores:

**I - Grupo Técnico Executivo da Secretaria de Estado de Saúde:**

a) Assessoria de Planejamento em Saúde

b) Superintendência de Atenção Primária à Saúde;

c) Coordenação de Círculos de Vida

d) Área Técnica de Saúde das Crianças

e) Área Técnica de Atendimento Materno

f) Área Técnica de Saúde das Mulheres

g) Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violências

h) Área Técnica de Alimentação e Nutrição

i) Área Técnica de Doença Faliforme

j) Superintendência de Unidades Próprias e Pré-Hospitais

k) Coordenação de Mortalidade Materna

l) Superintendência de Gestão de Vigilância em Saúde (SGVS)

m) Coordenação de Informação e Análise de Situação de Saúde/ Divisão de Dados Vitais

n) Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental

o) Coordenação de Vigilância Epidemiológica - Gerência de ISTAIDS

p) Superintendência de Atenção Especializada Controle e Avaliação (SAECA)

q) Superintendência de Regulação

**II - Secretaria de Estado da Mulher**

**III - Comissões externas das seguintes instituições:**

a) Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

b) Universidade Federal Fluminense (UFF)

c) Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)

d) Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

e) Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CRMÉRJ)

f) Conselho Regional de Enfermagem (COREN)

g) Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro (COSEMS)

h) Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro (SOPERJ)

i) Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Estado do Rio de Janeiro (SGORJ)

j) Ministério da Saúde

k) Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

l) Instituto Fernandes Figueira (IFF)

m) Conselho Estadual de Saúde - CES - RJ

**Parágrafo único** - Cada uma das instituições e/ou setores deverá indicar à secretaria executiva do CEPIMF-RJ o nome de um membro titular e um suplente para cumprir mandato com a duração de dois anos no CEPIMF-RJ.

**Art. 4º** - A participação dos membros no CEPIMF-RJ não será remunerada e seu exercício será considerada de relevante interesse público.

**Art. 5º** - Os representantes das instituições no CEPIMF-RJ poderão ser substituídos por iniciativa de cada instituição a qual representa por meio de manifestação formal da própria instituição e indicação de novo representante.

**Art. 6º** - Em caso de férias ou licenças do representante de cada órgão ou setor, o gestor do respectivo órgão ou setor, deverá indicar um suplente que o representará durante o período determinado.

**Art. 7º** - A coordenação será ocupada por nomeação feita pela Secretária de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, com mandato de dois anos, podendo ser reconduzido ao cargo após o término do mandato, por meio de novas eleições.

**Parágrafo único** - Para nomeação pelo Secretário de Saúde, o CEPIMF-RJ apresentará uma lista tripartite contendo a indicação de 03 (três) nomes que compõem o Grupo Técnico Executivo.

### CAPÍTULO III

#### DA ESTRUTURAÇÃO DO NÚCLEO

**Art. 8º** - O CEPIMF-RJ será vinculado ao Gabinete do Secretário de Estado de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro - SES/RJ.

**Art. 9º** - O Núcleo será estruturado da seguinte forma:

I - Coordenação e Vice Coordenação;

II - Secretaria Executiva;

III - Grupo Técnico; e

IV - Plenário da Câmara Técnica.

**§ 1º** - A Área Técnica de Saúde das Crianças, da Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde (SUBVAPS) e a Assessoria de Dados Vitais, da Subsecretaria de Vigilância Epidemiológica responderão pelo apoio técnico e financeiro do CEPIMF-RJ.

**§ 2º** - Entende-se por apoio técnico a oferta de recursos humanos capazes de darem suporte técnico-operacional para a organização e funcionamento do Comitê, bem como dos processos demandados. E, como apoio financeiro, a inclusão nas dotações orçamentárias das respectivas áreas, valores de diárias para viagem, de confecção de material educativo/instrutivo para a realização de reuniões técnicas, capacitações, seminários e outros eventos que contribuam para a redução da mortalidade infantil e fetal.

**Art. 10** - Cria-se na estrutura do CEPIMF-RJ uma Secretaria Executiva que realizará o apoio administrativo e será responsável pelo arquivamento e conservação das documentações expedidas e recebidas pelo CEPIMF-RJ, sob responsabilidade da Área Técnica de Saúde das Crianças da Superintendência de Atenção Primária à Saúde / Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde (SUBVAPS).

**Art. 11** - Cria-se na Estrutura do CEPIMF-RJ um Grupo Técnico, composto por representantes da SES/RJ que será responsável pela busca ativa dos casos de morte infantil quando o CEPIMF-RJ for acionado, realizando casos de grande repercussão, desenhando o panorama das mortes por região, raça/cor, escolaridade, causa da morte, etc. Este grupo preservará a confidencialidade dos dados e o sigilo das informações e subsidiará as reuniões do CEPIMF-RJ para que este exerça suas funções propositivas e mobilizadoras.

**Art. 12** - Cria-se na Estrutura do CEPIMF-RJ uma Câmara Técnica, que será acionada a qualquer momento, para participar de reuniões do CEPIMF-RJ e/ou para intervir o Grupo Técnico, e será composta por profissionais com notório saber na discussão da mortalidade infantil e fetal.

### SEÇÃO I

#### DA COORDENAÇÃO E VICE COORDENAÇÃO

**Art. 13** - Ao Coordenador compete:

I - indicar seu Vice Coordenador;

II - coordenar as reuniões ou definir um coordenador entre seus membros;

III - manter os contatos necessários para o desempenho das atividades do CEPIMF-RJ;

IV - promover o encaminhamento das propostas sugeridas pelo CEPIMF-RJ aos órgãos e instituições afins;

V - homologar, assinar e encaminhar os processos, documentos, correspondências, análises pelo CEPIMF-RJ;

VI - divulgar o trabalho do CEPIMF-RJ.

**Art. 14** - Ao Vice Coordenador compete apoiar as atividades do coordenador, bem como representá-lo e substituí-lo, quando necessário.

### SEÇÃO II

#### DO GRUPO TÉCNICO

**Art. 15** - Ao Grupo Técnico compete:

I - realizar análise preliminar dos óbitos infantis e fetais buscando definir causas que mereçam um olhar especializado;

II - selecionar casos marcadores para discussão no comitê;

III - elaborar o Relatório Analítico Anual; e

IV - convidar pontualmente representantes dos municípios envolvidos nos casos em análise.

**Art. 16** - Aos membros do CEPIMF-RJ compete:

I - dar cumprimento aos objetivos dispostos nos art. 1º e art. 2º deste regimento;

II - realizar as tarefas definidas pelo CEPIMF-RJ;

III - propor a composição das subcomissões e/ou grupos de trabalho;

IV - difundir junto à instituição de origem os assuntos debatidos pelo CEPIMF-RJ;

V - dar parecer técnico, quando solicitado respeitando o disposto no art. 2º deste Regimento; e

VI - participar das reuniões ordinárias e extraordinárias do CEPIMF-RJ.

**Art. 17** - Da Periodicidade: O CEPIMF-RJ se reunirá a cada 60 dias em caráter ordinário com calendário previamente estabelecido e aprovado pelos seus membros. Cada instituição representada poderá faltar a 2 (duas) reuniões consecutivas no máximo ou 3 (três) alternadas no prazo de um ano sem justificativa, sob pena de desligamento da instituição no CEPIMF-RJ.

**Parágrafo único** - O desligamento das instituições por faltas deverá ser discutido pelo CEPIMF-RJ, após solicitação e análise de justificativa da instituição representada.

**Art. 18** - Poderá ocorrer reunião extraordinária quando convocada pelo colegiado do CEPIMF-RJ ou por um terço dos membros no prazo de três dias para a convocação e mais dois dias para a realização.

**Art. 19** - O Grupo Técnico se reunirá uma vez ao mês, podendo haver reuniões extraordinárias, sempre que necessário.

**Art. 20** - Deverá ser assegurado o acesso de no mínimo 2 membros do Grupo Técnico ao Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (SNASC).

**Art. 21** - A Câmara Técnica será convocada pela coordenação quando houver necessidade.

### SEÇÃO III

#### DA SECRETARIA EXECUTIVA

**Art. 22** - Compete à Secretaria Executiva do CEPIMF-RJ:

I - convocar, junto com a coordenação, as sessões ordinárias e extraordinárias do Comitê;

II - consolidar as pautas das sessões de reunião do Comitê, mediante recebimento prévio de propostas dos membros;

III - confeccionar as atas das sessões ordinárias e extraordinárias do Comitê;

IV - expedir aos membros e participantes as comunicações que se entendam necessárias; e

V - zelar pela memória institucional do Comitê.

### SEÇÃO IV

#### DO PLENÁRIO DA CÂMARA TÉCNICA

**Art. 23** - O plenário do CEPIMF-RJ é constituído por todos os seus representantes.

**Art. 24** - Ao plenário do CEPIMF-RJ compete:

I - participar das reuniões e deliberações a respeito das ações relacionadas a Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal do Estado do Rio de Janeiro;

II - acompanhar o cumprimento dos princípios, diretrizes e ações constantes na RESOLUÇÃO SES Nº 3185 DE 26 DE OUTUBRO DE 2023;

III - analisar dados enviados ou fornecidos pelas Secretarias Municipais de Saúde;

IV - promover avaliações periódicas das mudanças nos índices de mortalidade infantil e fetal e dos fatores que as provocam;

V - elaborar as recomendações necessárias à redução da mortalidade infantil;

VI - estimular as autoridades competentes a atuar sobre o problema, tomando devidas medidas, através de recomendações feitas por este CEPIMF-RJ;

VII - monitorar o cumprimento das recomendações desse CEPIMF-RJ;

VIII - apoiar os comitês municipais existentes;

IX - estimular a criação de novos comitês municipais em municípios com mais de 80.000 habitantes e de comitês ou comissões regionais;

X - elaborar relatório analítico anualmente; e

XI - convocar instituições e entidades externas para cooperação técnica quando julgar necessário.

### SEÇÃO V

#### DA INCLUSÃO DE PARTICIPANTES OBSERVADORES

**Art. 25** - As pessoas interessadas em participar das reuniões do Comitê como observadores deverão identificar-se e informar quais entidades que pertencem.

**Parágrafo Único** - O participante observador possui direito de voz, mas não possui direito de voto.

### CAPÍTULO IV

#### DOS PROCEDIMENTOS DELIBERATIVOS

**Art. 26** - O Comitê Estadual de Saúde para a Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal do Estado do Rio de Janeiro reunirá-se:

I - ordinariamente, de acordo com cronograma a ser construído e aprovado periodicamente, respeitando um limite mínimo de 12 (doze) vezes ao ano; e

II - extraordinariamente, mediante convocação da coordenação.

**Art. 27** - As decisões serão tomadas por consenso entre os membros presentes na reunião, desde que quórum mínimo de 50% mais um, após as discussões da matéria submetida à deliberação do Plenário.

**Art. 28** - As reuniões de trabalho do Comitê terão a seguinte sequência:

I - discussão e aprovação da ata da reunião anterior;

II - apresentação, discussão e votação, se necessária, das matérias que constarem na pauta;

III - prosseguimento para os pontos da pauta; e

IV - franqueamento da pauta para comunicações breves.

**Art. 29** - A convocação da reunião de trabalho será efetuada com antecedência mínima de 15 (quinze) dias. A presença de pauta organizada pela secretaria executiva será comunicada a todos os membros do Comitê por meio de e-mail, ou outro meio de comunicação eficaz, com antecedência mínima de 7 (sete) dias para as reuniões ordinárias.

**§ 1º** - A pauta poderá ser alterada em caso de surtos de um assunto de grande relevância com a concordância do plenário.

**§ 2º** - O membro que não puder comparecer à reunião convocada e não se fizer representar por seu suplente indicado pelo gestor do órgão, deverá comunicar a ausência, por escrito em comunicação encaminhada à Coordenação do Comitê, antecedentemente.

**Art. 30** - O exercício do voto será nominal e aberto.

**§ 1º** - Cada representante, ou seu suplente, terá direito a um voto.

**§ 2º** - Os votos divergentes poderão ser registrados em ata de reunião a pedido do representante que o proferir.

**Art. 31** - As matérias a serem inseridas em pauta deverão ser previamente encaminhadas à Coordenação ou apresentadas em plenário, por intermédio de algum de seus representantes.

**§ 1º** - Após apresentação da matéria a ser apreciada pelo Comitê, caberá à Coordenação designar relator, atendendo o critério de melhor interesse pela matéria.

**§ 2º** - A sequência de designação de relatores será preferencialmente mantida de uma sessão para a outra, de modo a assegurar a distribuição igualitária das matérias entre os representantes.

**§ 3º** - O relator designado poderá relatar imediatamente a matéria e proferir seu voto, ou requerer prazo de no máximo, a primeira sessão ordinária subsequente para tal fim.

**§ 4º** - A manifestação do relator deverá constituir-se de relatório, fundamentação e voto.

**Art. 32** - As decisões do Comitê, salvo disposições expressas em contrário, serão tomadas pelo voto da maioria simples de seus integrantes. Em caso de empate, a Coordenação fará uso do voto de qualidade.

**Parágrafo Único** - Qualquer representante poderá solicitar vistas do relatório, caso não se sentir apto a proferir voto, pelo prazo máximo da reunião subsequente.

**Art. 33** - Fintas às votações, o Coordenador irá apurar e proclamar o resultado.

**Art. 34** - A cada reunião, ordinária ou extraordinária, será lavrada ata que deverá conter a exposição sucinta dos trabalhos, conclusões e deliberações, devendo ser submetida, discutida e aprovada pelo Comitê.

**Art. 35** - É facultado à Coordenação do Comitê, ou à maioria simples dos seus representantes, solicitar o reexame de qualquer deliberação lavrada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, incorreção ou inadequação técnica ou de outra natureza.

**Art. 36** - O Comitê, por sua maioria simples, poderá convidar a participar de suas reuniões o atividades, representantes ou técnicos de instituições, de órgãos públicos ou da sociedade civil organizada, desde que diretamente envolvidos (não assuntivos) que estiver(em) sendo tratados.

### CAPÍTULO V

#### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

**Art. 37** - Todos os representantes do Comitê terão livre acesso a toda a documentação referente a ele.

**Art. 38** - Nenhum representante do Comitê poderá agir em nome deste sem prévia delegação, com aprovação em plenária ou por indicação da Coordenação.

**Art. 39** - Constitui conduta passível de exclusão de representante de área técnica do Comitê:

I - a quebra de decoro; ou

II - a (três) faltas reiteradas consecutivas, sem justificativa.

**§ 1º** - A Coordenação do Comitê notificará a respectiva instituição interessada de que seu representante incorreu em uma das condutas previstas neste artigo, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis após a reunião em que constatou a existência de motivos para a exclusão, assegurando-se ao gestor da área técnica interessada o prazo máximo de 20 (vinte) dias para a apresentação de defesa, compreendida entre a data do recebimento da notificação e a data da reunião ordinária subsequente.

**§ 2º** - A exclusão de representante será efetivada mediante notificação, na reunião ordinária imediatamente subsequente à apresentação da defesa, pelo voto de 2/3 (dois terços) dos membros do Comitê.

**§ 3º** - Dentro do prazo para defesa, o gestor do órgão da SES/RJ ou autoridade notificado poderá optar por indicar novo representante.

**Art. 40** - O presente Regimento Interno, após aprovado pelo Comitê e publicado em Diário Oficial, só poderá ser modificado por quórum qualificado de 2/3 (dois terços) dos representantes, de acordo com o artigo 28 deste regimento.

**Art. 41** - Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação, podendo ser alterado, no todo ou em parte, em reunião designada para este fim, com a participação da maioria dos membros do CEPIMF-RJ, revogadas as disposições em contrário.

14 2324203

### SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

#### ATO DA SECRETARIA

#### RESOLUÇÃO SES Nº 3187 DE 26 DE OUTUBRO DE 2023

**ALTERA A RESOLUÇÃO Nº 1.726 DE 05 DE SETEMBRO DE 2016, QUE INSTITUI O COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA MORTALIDADE MATERNA DO RIO DE JANEIRO E DISPOE SOBRE O SEU FUNCIONAMENTO.**

A SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO no uso de suas atribuições legais e conforme processo SEI-08001012962623, e

#### CONSIDERANDO:

- a Resolução SES Nº 512, de 05 de junho de 1989, que institui o Comitê Estadual de Prevenção e Controle da Morte Materna e Fetal do Rio de Janeiro - CEPIMF-RJ;

- a Resolução SES Nº 558, de 20 de fevereiro de 1990, que nomeia os representantes das entidades do Comitê Estadual de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna e Fetal do Rio de Janeiro;

- a Resolução SES Nº 671, de 13 de agosto de 1991, que altera as resoluções Nº 512 e Nº 558, e dá outras providências;

- a necessidade de analisar e avaliar as investigações dos óbitos maternos, segundo a Resolução SES Nº 1.726, de 05 de setembro de 2016, que dispõe sobre a investigação de óbito fetal, infantil, de Mulheres em Idade Fértil e Materno, declarados, ocorridos no Estado do Rio de Janeiro;

- que a taxa de mortalidade materna continua alta fazendo com que o Brasil não tenha alcançado o cumprimento desta meta nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - ODM em 2015;

Imprensa Oficial  
GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE  
A assinatura não possui validade quando impresso.

A IMPRENSA OFICIAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO garante a autenticidade deste documento, quando visualizado diretamente no portal [www.irj.gov.br](http://www.irj.gov.br). Assinado digitalmente em Domingo, 29 de Outubro de 2023 às 23:31:13 -0200.

- que o Brasil foi signatário da Agenda 2030 da Organização Mundial da Saúde, que repassou, dentre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, a redução da mortalidade materna e infantil;

- que o estudo do óbito proporciona o alcance do principal objetivo da vigilância epidemiológica que é a definição de medidas para prevenir a ocorrência de novos óbitos evitáveis;

- que a mortalidade materna é um eixo estratégico da Rede de Atenção Materno-Infantil;

- e que as perdas fetais são objeto de grande preocupação para a saúde pública, podendo ser considerada evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal e ao parto.

**RESOLVE:**

**Art. 1º** - O CEPCCM-RJ tem o objetivo de monitorar e analisar a ocorrência das mortes maternas e identificar as circunstâncias e os determinantes da mortalidade, propondo medidas para a melhoria da qualidade da assistência à saúde para a redução da mortalidade materna, cujas normas de funcionamento estarão dispostas em seu regimento.

**Art. 2º** - O CEPCCM-RJ está vinculado à Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro que detém o apoio técnico-administrativo para o exercício de suas funções, atuando como órgão de assessoria técnica para levantamento e monitoramento de estatísticas oficiais, definição de estratégias e acompanhamento da execução das mesmas.

**Art. 3º** - O CEPCCM-RJ terá composição interinstitucional e multiprofissional com caráter técnico-científico, sigiloso, não coercitivo ou punitivo, com função eminentemente educativa.

**Art. 4º** - O CEPCCM-RJ será composto pelas seguintes entidades e instituições:

- I - Grupo Técnico Executivo
- a) Assessoria de Planejamento em Saúde
- b) Superintendência de Atenção Primária à Saúde
- c) Coordenação de Apoio à Gestão da Atenção Primária
- d) Coordenação de Cuidado de Vida
- e) Área Técnica de Saúde das Crianças
- f) Área Técnica de Abastecimento Medicamentoso
- g) Área Técnica de Saúde das Mulheres
- h) Superintendência de Unidades Próprias e Pré-Hospitais
- i) Superintendência de Atenção Primária à Saúde
- j) Superintendência de Gestão de Vigilância em Saúde (SGVS)
- k) Coordenação de Informação e Análise de Situação de Saúde/Diagnóstico de Dados Vitais
- l) Superintendência de Vigilância Epidemiológica e ambiental
- m) Coordenação de Vigilância Epidemiológica - Gerência de ESTADIS
- n) Superintendência de Atenção Especializada Controle e Avaliação (SASCA)
- o) Superintendência de Regulação
- p) Secretaria de Estado da Mulher
- II - Convidados externos das seguintes instituições:
- a) Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Estado do Rio de Janeiro (SOGORJ)
- b) Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica do Estado do Rio de Janeiro (ABENORJ)
- c) Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ)
- d) Conselho Regional de Enfermagem (COREN-RJ)
- e) Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro (COSSEMS)
- f) Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
- g) Universidade Federal Fluminense (UFF)
- h) Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)
- i) Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)
- III - Instituições de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (Fiocruz)
- IV - Controle Social
- m) Conselho Estadual dos Direitos da Mulher (CEDIM) - RJ

**Art. 5º** - Cada uma das instituições e/ou setores deverá indicar um membro titular e um suplente para cumprir mandato com a duração de quatro anos no CEPCCM-RJ.

**Art. 6º** - Os membros titulares (ou seus suplentes) presentes terão direito a voz, voto e comparecimento a qualquer uma das deliberações.

**Art. 7º** - Membros Honorários: Dr. Jacob Antelar; Dra. Kátia Silveira da Silva; Dra. Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos; Dra. Ivys Emilia de Oliveira Souza; Dra. Tszuko Shirawa e Dra. Theresinha Santim Cardoso. Os membros honorários são profissionais que durante toda a existência do CEPCCM-RJ tiveram papel relevante enquanto representantes institucionais. Damaís membros honorários poderão ser indicados pelos demais membros do CEPCCM-RJ, como reconhecimento à por suas contribuições.

**Art. 8º** - As decisões serão tomadas por consenso, após as discussões da matéria submetida à deliberação do Plenário, sendo as pautas aprovadas quando acatadas de no mínimo 50% mais um entre os presentes.

**Art. 9º** - A coordenação do CEPCCM-RJ terá sua nomeação feita pelo Secretário de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e terá sua duração de 02 (dois) anos de mandato, podendo ser reeleito por mais 02 (dois) anos.

**Art. 10º** - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 26 de outubro de 2023

CLAUDIA MARIA BRAGA DE MELLO  
Secretária de Estado de Saúde

Id: 252841

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

**ATO DA SECRETARIA**

**RESOLUÇÃO SES Nº 3188 DE 26 DE OUTUBRO DE 2023**

**APROVA O REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA MORTE MATERNA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO CEPCCM-RJ**

A SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, tendo em vista o disposto no processo nº SEI-08001012993/2023,

**RESOLVE:**

**Art. 1º** - Aprovar o Regimento Interno do Comitê Estadual de Prevenção e Controle da Morte Materna do Estado do Rio de Janeiro - CEPCCM-RJ, instituído pela Resolução SES nº 512, de 05.06.1989, e alterado pela Resolução SES nº 3187 de 26 de outubro de 2023 e que integra o Anexo da presente Resolução.

**Art. 2º** - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 26 de outubro de 2023

CLAUDIA MARIA BRAGA DE MELLO  
Secretária de Estado de Saúde

**ANEXO**

**REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA MORTE MATERNA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO CEPCCM-RJ**

**DA CARACTERIZAÇÃO E DOS OBJETIVOS**

Considerando a Resolução SES nº 1726, de 05 de setembro de 2018 que altera a Resolução SES nº 512, de 05 de junho de 1989, que institui o Comitê Estadual de Prevenção e Controle da Morte Materna do Rio de Janeiro CEPCCM-RJ,

**Art. 1º** - O CEPCCM-RJ é fundamentalmente interinstitucional e multiprofissional. Sua atuação é técnica científica, sigilosa, não coercitiva, não punitiva, com função eminentemente educativa atuando no monitoramento e vigilância dos óbitos maternos, buscando identificar e

analisar estes óbitos; criando um rol de recomendações a serem repassadas aos serviços de atendimento (Hospital, Maternidade, Clínica etc.) e Secretarias Municipais de Saúde para que apontem medidas de prevenção para redução das mortes maternas;

**DA ESTRUTURAÇÃO**

**Art. 2º** - O Comitê Estadual está vinculado ao Gabinete do Secretário de Estado de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

**§ 1º** - A Área Técnica de Saúde da Mulher da Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde (SUBVAPS) responderá pelo apoio técnico e financeiro do CEPCCM-RJ.

**§ 2º** - Entende-se por apoio técnico a oferta de recursos humanos capazes de dar suporte técnico-operacional para a organização e funcionamento do Comitê bem como dos processos demandados. E, como apoio financeiro, a inclusão nas dotações orçamentárias das respectivas áreas, valores de diárias para viagens, de conforto de material educacional/instrutivo para a realização de reuniões técnicas, capacitações, seminários e outros eventos que contribuam para a redução da mortalidade materna e perinatal.

**Art. 3º** - Cria-se na estrutura do CEPCCM-RJ uma Secretaria Executiva que realizará o apoio administrativo e será responsável pelo arquivamento e conservação das documentações expedidas e recebidas pelo CEPCCM-RJ sob responsabilidade da Área Técnica de Saúde da Mulher, da Superintendência de Atenção Primária à Saúde / Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde (SUBVAPS).

**Art. 4º** - Cria-se na estrutura do CEPCCM-RJ um Grupo Técnico, composto por representantes da SES que será responsável pela busca ativa dos casos de mortes maternas, relacionados casos de grande repercussão, desmaternação, o panorama das mortes por região, feto/mortuário, escolaridade, causa da morte e etc. Este grupo preservará a confidencialidade dos dados e o sigilo das informações e subsidiará as reuniões do CEPCCM-RJ para que esta exerça suas funções propostas e mobilizadas.

**Art. 5º** - Cria-se na estrutura do CEPCCM-RJ uma Câmara Técnica, que será acionada a qualquer momento, para participar de reuniões do CEPCCM-RJ e/ou para integrar o Grupo Técnico, e será composta por profissionais com notório saber na discussão da mortalidade materna.

**DAS FINALIDADES**

**Art. 6º** - São finalidades do CEPCCM-RJ:

- I - analisar dados enviados ou fornecidos pelas secretarias municipais de Saúde;
- II - promover avaliações conjuntas das mudanças nos índices de mortalidade materna e perinatal e dos fatores que as provocam;
- III - fomentar e elaborar propostas para a constituição de políticas dirigidas à redução da mortalidade materna no âmbito do Estado, com ênfase na organização dos serviços e de redes institucionais e intersectoriais;
- IV - estimular as autoridades competentes a atuar sobre o problema, formulando medidas, através de recomendações feitas por este CEPCCM-RJ;
- V - monitorar o cumprimento das recomendações deste CEPCCM-RJ;
- VI - assessorar os CPDM municipais existentes;
- VII - estimular a criação de novos CPDM em municípios com mais de 80 mil habitantes e de comitês ou comissões regionais;
- VIII - elaborar relatório analítico anualmente;
- IX - convocar instituições e entidades externas para cooperação técnica quando julgar necessário;
- X - estruturar e manter atualizado um cadastro estadual dos comitês regionais e municipais;

**DA COMPOSIÇÃO**

**Art. 7º** - O CEPCCM-RJ é composto por representantes (titulares e suplentes) dos órgãos, instituições e entidades a que se refere o artigo 4º da Resolução SES nº 3187 de 26 de outubro de 2023.

**Art. 8º** - Cada uma das instituições e/ou setores deverá indicar um membro titular e um suplente para o CEPCCM-RJ.

**Parágrafo Único** - Somente os membros titulares (ou seus suplentes) presentes terão direito a voz e voto, e comparecimento a qualquer uma das deliberações.

**Art. 9º** - Os representantes das instituições no CEPCCM-RJ poderão ser substituídos por iniciativa de cada instituição, a qual representará através de manifestação formal da própria instituição.

**Art. 10º** - Cada membro titular ou suplente indicado pela instituição de origem que substituirá o efetivo na sua ausência.

**Art. 11º** - O Presidente do CEPCCM-RJ terá sua nomeação feita pelo Secretário de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e terá sua duração de 02 (dois) anos de mandato, podendo ser reeleito por mais 02 (dois) anos.

**DA COMPETÊNCIA**

**Art. 12** - Ao Presidente compete:

- I - convocar o Vice-Presidente;
- II - coordenar as reuniões ou definir um coordenador entre seus membros;
- III - manter os contatos necessários para o desempenho das atividades do CEPCCM-RJ;
- IV - promover o encaminhamento das propostas sugeridas pelo CEPCCM-RJ aos órgãos e/ou instituições afins;
- V - homologar, assinar e encaminhar os processos, documentos, correspondências analisadas pelo CEPCCM-RJ;
- VI - divulgar o trabalho do CEPCCM-RJ.

**Art. 13** - Ao Vice-Presidente compete representar e substituir o presidente quando necessário.

**Art. 14** - Ao Grupo Técnico compete:

- I - análise preliminar dos óbitos maternos totais buscando definir causas que mereçam um olhar especializado;
- II - selecionar casos marcadores para discussão no comitê;
- III - discutir indicadores de mortalidade materna e de nascimentos prematuros, junto ao GT do Comitê estadual de Prevenção de Mortalidade Infantil e fetal;
- IV - elaboração do Relatório Analítico anual;
- V - convidar pontualmente representantes dos municípios envolvidos nos casos em análise.

**Art. 15** - Aos membros do CEPCCM-RJ compete:

- I - dar cumprimento aos objetivos dispostos nos art. 1º e art. 6º deste regimento;
- II - realizar as tarefas definidas pelo CEPCCM-RJ;
- III - propor a composição das subcomissões e/ou grupos de trabalho;
- IV - atuar junto à instituição de origem os assuntos debatidos pelo CEPCCM-RJ;
- V - dar parecer técnico, quando solicitado respeitando o disposto no art. 2º deste Regimento;
- VI - participar das reuniões ordinárias e extraordinárias do CEPCCM-RJ.

**Art. 16** - Da Periodicidade: O CEPCCM-RJ se reunirá a cada 60 dias em caráter ordinário com calendário previamente estabelecido e aprovado pelos seus membros. Cada reunião representada poderá faltar a 2 (duas) reuniões consecutivas no máximo ou 3 (três) alternadas no prazo de um ano sem justificativa, sob pena de desligamento da instituição no CEPCCM-RJ.

**Parágrafo Único** - O desligamento das instituições por faltas deverá ser discutido pelo CEPCCM-RJ, após solicitação e análise de justificativa da instituição representada.

**Art. 17** - Poderá ocorrer reunião extraordinária quando convocada pelo colegiado do CEPCCM-RJ ou por um terço dos membros no prazo de três dias para a convocação e mais dois dias para a realização.

**Art. 18** - O Grupo Técnico se reunirá uma vez ao mês, podendo haver reuniões extraordinárias, sempre que necessário.

**Art. 19** - A Câmara Técnica será convocada pela presidência quando houver necessidade.

**DISPOSIÇÕES FINAIS**

**Art. 20** - Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação, podendo ser alterado, no todo ou em parte, em reunião designada para este fim, com a participação da maioria dos membros do CEPCCM-RJ, revogadas as disposições em contrário.

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

**SUBSECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA**

**SUPERINTENDÊNCIA CENTRAL DE PRÁTICAS MÉDICAS**

**E SAÚDE OCUPACIONAL**

**ATOS DO SUPERINTENDENTE**

**DE 20.10.2023**

READAPTA, pelo prazo de 6 meses, o servidor PRISCILA DA SILVA RODRIGUES MACHADO, Orientador Educacional, matrícula nº 3.152.563-7, ID Funcional nº 512462-9, em local até 50km da residência, em local próximo à residência, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-252842

READAPTA, pelo prazo de 2 meses, o servidor PRISCILA DA SILVA RODRIGUES MACHADO, Orientador Educacional, matrícula nº 3.152.563-7, ID Funcional nº 512462-9, em local até 50km da residência, em local próximo à residência, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-252842

READAPTA, pelo prazo de 2 anos, os servidores: REINALDO JOSE VIANNA DOMINGUEZ, Professor Docente I, matrícula nº 3.158.623-3, ID Funcional nº 5032474-5, serviços que não exijam ortostatismo prolongado acima 20% da jornada de trabalho, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-03003403904/2021.

ROBSON MENDES SILVA, Inspetor de Polícia Penal, matrícula nº 3.158.623-3, ID Funcional nº 5032474-5, serviços que não exijam ortostatismo prolongado acima 20% da jornada de trabalho, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-03003403904/2021.

ELIANE DECOTTIGNES MACHADO, Professor Docente I, matrícula nº 919.604-9 e nº 955.729-9, ID Funcional nº 3551915-4, em contato direto e permanente com aluno, podendo exercer a regência de turma por período de até 30 dias no trimestre por um prazo de 24 meses, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-03003700522/2021.

ERCOLLE LUCIANO ZOTTILO, Inspetor de Polícia, matrícula nº 258.211-2, ID Funcional nº 2535616-8, fora das diligências policiais, fora do plantão noturno, em local até 50km da residência atual, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-36023070002/2021.

MARIZE AUXILIADORA DE SOUZA, Professor Docente I, matrícula nº 919.604-9 e nº 955.729-9, ID Funcional nº 3551915-4, em contato direto e permanente com aluno, podendo exercer a regência de turma por período de até 30 dias no trimestre por um prazo de 24 meses, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-03003700522/2021.

RENATO MACHADO FERREIRA, Inspetor de Polícia, matrícula nº 921.063-4 e nº 954.093-1, ID Funcional nº 4276900-5, em contato direto e permanente com aluno, podendo exercer a regência de turma por período de até 30 dias no trimestre por um prazo de 24 meses, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-03003700522/2021.

PATRICIA CRISTINA PANTALEAO DA SILVA, Professor Docente II, matrícula nº 5.009.604-9, ID Funcional nº 342921-8, em contato direto e permanente com aluno, podendo exercer a regência de turma por período de até 30 dias no trimestre por um prazo de 24 meses, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-03003700522/2021.

RENATO MACHADO FERREIRA, Inspetor de Polícia, matrícula nº 921.063-4 e nº 954.093-1, ID Funcional nº 4276900-5, em contato direto e permanente com aluno, podendo exercer a regência de turma por período de até 30 dias no trimestre por um prazo de 24 meses, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-03003700522/2021.

WALTER MONSORES PEREIRA NETO, Inspetor de Polícia, matrícula nº 872.264-7, ID Funcional nº 5960021-1, fora das diligências policiais, serviços leves, em local que não implique em movimentação individual mais do que 10% do peso corporal, fora das diligências policiais, serviços que não exijam ortostatismo prolongado acima 20% da jornada de trabalho, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-36023070002/2021.

ROZANGELA PEREIRA NETO, Inspetor de Polícia, matrícula nº 872.264-7, ID Funcional nº 5960021-1, fora das diligências policiais, serviços leves, em local que não implique em movimentação individual mais do que 10% do peso corporal, fora das diligências policiais, serviços que não exijam ortostatismo prolongado acima 20% da jornada de trabalho, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-36023070002/2021.

ROZANGELA PEREIRA NETO, Inspetor de Polícia, matrícula nº 872.264-7, ID Funcional nº 5960021-1, fora das diligências policiais, serviços leves, em local que não implique em movimentação individual mais do que 10% do peso corporal, fora das diligências policiais, serviços que não exijam ortostatismo prolongado acima 20% da jornada de trabalho, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-36023070002/2021.

licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-25000500817/2023.

**READAPTA**, pelo prazo de 1 ano, os servidores:

ISABEL DE SOUZA BLANC MENDES, Professor Docente I, matrícula nº 955.032-8, ID Funcional nº 437172-8, em contato direto e permanente com aluno, podendo exercer a regência de turma por período de até 30 dias no trimestre por um prazo de 12 meses, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-03003800504/2023.

WAGNER LAWNGE PAIA DE OLIVEIRA, Inspetor de Polícia, matrícula nº 989.538-5, ID Funcional nº 4177338-4, fora das diligências policiais, serviços leves, em local que não implique em movimentação individual mais do que 10% do peso corporal, serviços que não exijam ortostatismo prolongado acima 20% da jornada de trabalho, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-360038003302/2023.

**READAPTA**, pelo prazo de 2 anos, os servidores:

REINALDO JOSE VIANNA DOMINGUEZ, Professor Docente I, matrícula nº 3.158.623-3, ID Funcional nº 5032474-5, serviços que não exijam ortostatismo prolongado acima 20% da jornada de trabalho, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-03003403904/2021.

ROBSON MENDES SILVA, Inspetor de Polícia Penal, matrícula nº 3.158.623-3, ID Funcional nº 5032474-5, serviços que não exijam ortostatismo prolongado acima 20% da jornada de trabalho, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-03003403904/2021.

ELIANE DECOTTIGNES MACHADO, Professor Docente I, matrícula nº 919.604-9 e nº 955.729-9, ID Funcional nº 3551915-4, em contato direto e permanente com aluno, podendo exercer a regência de turma por período de até 30 dias no trimestre por um prazo de 24 meses, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-03003700522/2021.

ERCOLLE LUCIANO ZOTTILO, Inspetor de Polícia, matrícula nº 258.211-2, ID Funcional nº 2535616-8, fora das diligências policiais, fora do plantão noturno, em local até 50km da residência atual, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-36023070002/2021.

MARIZE AUXILIADORA DE SOUZA, Professor Docente I, matrícula nº 919.604-9 e nº 955.729-9, ID Funcional nº 3551915-4, em contato direto e permanente com aluno, podendo exercer a regência de turma por período de até 30 dias no trimestre por um prazo de 24 meses, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-03003700522/2021.

RENATO MACHADO FERREIRA, Inspetor de Polícia, matrícula nº 921.063-4 e nº 954.093-1, ID Funcional nº 4276900-5, em contato direto e permanente com aluno, podendo exercer a regência de turma por período de até 30 dias no trimestre por um prazo de 24 meses, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-03003700522/2021.

PATRICIA CRISTINA PANTALEAO DA SILVA, Professor Docente II, matrícula nº 5.009.604-9, ID Funcional nº 342921-8, em contato direto e permanente com aluno, podendo exercer a regência de turma por período de até 30 dias no trimestre por um prazo de 24 meses, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-03003700522/2021.

RENATO MACHADO FERREIRA, Inspetor de Polícia, matrícula nº 921.063-4 e nº 954.093-1, ID Funcional nº 4276900-5, em contato direto e permanente com aluno, podendo exercer a regência de turma por período de até 30 dias no trimestre por um prazo de 24 meses, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-03003700522/2021.

WALTER MONSORES PEREIRA NETO, Inspetor de Polícia, matrícula nº 872.264-7, ID Funcional nº 5960021-1, fora das diligências policiais, serviços leves, em local que não implique em movimentação individual mais do que 10% do peso corporal, fora das diligências policiais, serviços que não exijam ortostatismo prolongado acima 20% da jornada de trabalho, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-36023070002/2021.

ROZANGELA PEREIRA NETO, Inspetor de Polícia, matrícula nº 872.264-7, ID Funcional nº 5960021-1, fora das diligências policiais, serviços leves, em local que não implique em movimentação individual mais do que 10% do peso corporal, fora das diligências policiais, serviços que não exijam ortostatismo prolongado acima 20% da jornada de trabalho, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-36023070002/2021.

ROZANGELA PEREIRA NETO, Inspetor de Polícia, matrícula nº 872.264-7, ID Funcional nº 5960021-1, fora das diligências policiais, serviços leves, em local que não implique em movimentação individual mais do que 10% do peso corporal, fora das diligências policiais, serviços que não exijam ortostatismo prolongado acima 20% da jornada de trabalho, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-36023070002/2021.

ROZANGELA PEREIRA NETO, Inspetor de Polícia, matrícula nº 872.264-7, ID Funcional nº 5960021-1, fora das diligências policiais, serviços leves, em local que não implique em movimentação individual mais do que 10% do peso corporal, fora das diligências policiais, serviços que não exijam ortostatismo prolongado acima 20% da jornada de trabalho, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-36023070002/2021.

ROZANGELA PEREIRA NETO, Inspetor de Polícia, matrícula nº 872.264-7, ID Funcional nº 5960021-1, fora das diligências policiais, serviços leves, em local que não implique em movimentação individual mais do que 10% do peso corporal, fora das diligências policiais, serviços que não exijam ortostatismo prolongado acima 20% da jornada de trabalho, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-36023070002/2021.

ROZANGELA PEREIRA NETO, Inspetor de Polícia, matrícula nº 872.264-7, ID Funcional nº 5960021-1, fora das diligências policiais, serviços leves, em local que não implique em movimentação individual mais do que 10% do peso corporal, fora das diligências policiais, serviços que não exijam ortostatismo prolongado acima 20% da jornada de trabalho, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-36023070002/2021.

ROZANGELA PEREIRA NETO, Inspetor de Polícia, matrícula nº 872.264-7, ID Funcional nº 5960021-1, fora das diligências policiais, serviços leves, em local que não implique em movimentação individual mais do que 10% do peso corporal, fora das diligências policiais, serviços que não exijam ortostatismo prolongado acima 20% da jornada de trabalho, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-36023070002/2021.

ROZANGELA PEREIRA NETO, Inspetor de Polícia, matrícula nº 872.264-7, ID Funcional nº 5960021-1, fora das diligências policiais, serviços leves, em local que não implique em movimentação individual mais do que 10% do peso corporal, fora das diligências policiais, serviços que não exijam ortostatismo prolongado acima 20% da jornada de trabalho, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-36023070002/2021.

ROZANGELA PEREIRA NETO, Inspetor de Polícia, matrícula nº 872.264-7, ID Funcional nº 5960021-1, fora das diligências policiais, serviços leves, em local que não implique em movimentação individual mais do que 10% do peso corporal, fora das diligências policiais, serviços que não exijam ortostatismo prolongado acima 20% da jornada de trabalho, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-36023070002/2021.

ROZANGELA PEREIRA NETO, Inspetor de Polícia, matrícula nº 872.264-7, ID Funcional nº 5960021-1, fora das diligências policiais, serviços leves, em local que não implique em movimentação individual mais do que 10% do peso corporal, fora das diligências policiais, serviços que não exijam ortostatismo prolongado acima 20% da jornada de trabalho, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-36023070002/2021.

ROZANGELA PEREIRA NETO, Inspetor de Polícia, matrícula nº 872.264-7, ID Funcional nº 5960021-1, fora das diligências policiais, serviços leves, em local que não implique em movimentação individual mais do que 10% do peso corporal, fora das diligências policiais, serviços que não exijam ortostatismo prolongado acima 20% da jornada de trabalho, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-36023070002/2021.

ROZANGELA PEREIRA NETO, Inspetor de Polícia, matrícula nº 872.264-7, ID Funcional nº 5960021-1, fora das diligências policiais, serviços leves, em local que não implique em movimentação individual mais do que 10% do peso corporal, fora das diligências policiais, serviços que não exijam ortostatismo prolongado acima 20% da jornada de trabalho, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-36023070002/2021.

ROZANGELA PEREIRA NETO, Inspetor de Polícia, matrícula nº 872.264-7, ID Funcional nº 5960021-1, fora das diligências policiais, serviços leves, em local que não implique em movimentação individual mais do que 10% do peso corporal, fora das diligências policiais, serviços que não exijam ortostatismo prolongado acima 20% da jornada de trabalho, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-36023070002/2021.

ROZANGELA PEREIRA NETO, Inspetor de Polícia, matrícula nº 872.264-7, ID Funcional nº 5960021-1, fora das diligências policiais, serviços leves, em local que não implique em movimentação individual mais do que 10% do peso corporal, fora das diligências policiais, serviços que não exijam ortostatismo prolongado acima 20% da jornada de trabalho, cessando todo e qualquer licenciamento na data desta publicação. Processo nº SEI-36023070002/2021.

ROZANGELA PEREIRA NETO, Inspetor de Polícia, matrícula nº 872.264-7, ID Funcional nº 5960021-1, fora das diligências policiais, serviços leves, em local que não implique em movimentação individual mais do que 10%