



**Estado do Rio de Janeiro**  
**Secretaria de Estado de Saúde**  
**Comissão Intergestores Regional – CIR/Metropolitana I**

**ATA DA 10ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA METROPOLITANA I - 2017**

1 Aos trinta dias do mês de novembro do ano de dois mil e dezessete, às dez horas e vinte e sete  
2 minutos, deu-se início, no auditório do PAM Meriti, situado na Avenida Presidente Lincoln, sem  
3 número – Jardim Meriti – São João de Meriti, a décima reunião Ordinária CIR da Metropolitana I.  
4 Presença dos membros **da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES):**  
5 **Representante de Nível Central:** Sra. Monique Fazzi – Assessora da Regionalização, Monica  
6 Almeida – Assessora de Planejamento, Sra. Patrícia Vanda dos Santos Rocha – Secretária  
7 Executiva CIR Metropolitana I, Sra. Sidnéa Alvim da Silva - Assistente SE/CIR, Sra. Mariana  
8 Seabra – Coord. PAISMCA/SES/RJ. Apoiadora do COSEMS – Sra. Maria de Fatima Rezende.  
9 Representante do CISBAF – Sra. Marcia Cristina R. de Paula – Diretora Técnica. **Representantes**  
10 **das Secretarias Municipais de Saúde: SMS Duque de Caxias** – Suplente Sra. Glaucia P. Queiroz  
11 Reis – Diretora de Regulação, Sr. Antônio Marcos Couto Lopes – Aux. Coord. Reabilitação, Sra.  
12 Daniele de Almeida Oliveira – Coord. De Reabilitação, Sra. Leonora Góes Lima Santos – Coord.  
13 PAISMCA, Sra. Rita Gomes Lourenço - PAISMCA; **SMS Itaguaí** – Sr. Carlos José Guimarães  
14 Graça – Secretário de Saúde, Suplente Sra. Dulce Maria Inoue – Assessora de Planejamento, Sr.  
15 Luiz Carlos de S. Netto – Vigilância em Saúde; **SMS Japeri** – Sr. Elizeu Veiga de Azevedo –  
16 Subsecretário de Planejamento; **SMS Magé** - Suplente Sra. Alexandra Ramos Ferreira – Coord.  
17 SAMU, Sra. Cassandra S. Oliveira – Coord. Atenção Básica; **SMS Mesquita** – Sra. Aline Lopes  
18 dos Santos – Gerente Divisão de Regulação. **SMS Nilópolis** – Sr. Fabiano Gama Moreira –  
19 Subsecretários ADM; **SMS Nova Iguaçu** – Suplente Sra. Maria Fabiana da S. Neves – Controle e  
20 Avaliação e Sra. Alcía dos Santos da Silva – Coord. PAISMCA, Sr. Manoel Barreto de Souza  
21 Oliveira Leite – Subsecretário Atenção Básica, Sra. Denise Flávio – Superintendente Gestão, Sra.  
22 Carolina A. Oliveira – Superintende de Planejamento e Sr. Christian C. Ferreira – Subsecretário de  
23 Planejamento; **SMS Queimados** – Sr. Elizeu Veiga Azevedo – Assessor Técnico; **SMS Rio de**  
24 **Janeiro** – Suplente Sra. Lídia Zimbardi – Assessora e Sra. Nathalia Lino - Assessora; – Sr. André  
25 Seghetto – Assessor Técnico; **SMS Seropédica** – Suplente Sra. Elisangela Machado de Faria –  
26 Coord. de contratos e convênios, Sra. Sirlei Tagiba - Subsecretária. Ficou sem representação a **SMS**  
27 **Belford Roxo e SMS São João de Meriti**. A Sra. Patrícia dá início a reunião pelos informes, diz  
28 que haverá inclusão de informe, na pauta, através da Sra. Fatima Rezende - apoiadora do COSEMS.  
29 **III – Informes – 1. Resposta da SAECA/SES – Ofício nº 270/2017 – PPI – Japeri** - A Sra.  
30 Patrícia informa que a SAECA/SES enviou, por e-mail, a CI número quatrocentos e noventa e nove  
31 para SE/CIR Metro I, em resposta ao ofício número duzentos e setenta do município de Barra  
32 Mansa, relativo ao remanejamento de PPI solicitado pelo município de Japeri. A SAECA diz que  
33 está realizando estudos com o objetivo de revisar e adequar toda a programação físico e financeira,  
34 das redes de Oftalmologia e cardiologia de média e alta complexidade no Estado. Assim pede que



**Estado do Rio de Janeiro**  
**Secretaria de Estado de Saúde**  
**Comissão Intergestores Regional – CIR/Metropolitana I**

**ATA DA 10ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA METROPOLITANA I - 2017**

35 os remanejamentos de PPI dessas redes, aguardem a finalização do estudo. E, solicita que o  
36 município de Japeri apresente seu planejamento para garantir o tratamento fora do domicílio aos  
37 novos pacientes e seus acompanhantes, como: transporte, alimentação pernoite, de acordo com o  
38 que regulamenta portaria. A Sra. Patrícia lembra que essa resposta foi apresentada na CT e diz que  
39 assim que o documento chegar fisicamente estará repassando ao município de Japeri para as devidas  
40 providências. O Sr. Elizeu diz que o município de Japeri está em negociação com a Secretaria de  
41 Barra Mansa. A CT sugeriu que haja reunião da SAECA com os municípios do RJ, Nova Iguaçu,  
42 Japeri e Barra Mansa para alinhamento desse remanejamento. O município de Japeri deverá  
43 apresentar um relatório que esclareça os procedimentos que serão usados com os pacientes que  
44 estão em tratamento, bem como descrever qual será o fluxo dos pacientes novos. **2. Nova Iguaçu –**  
45 **Pessoa com Deficiência** – A Sra. Maria Fabiana diz que a partir de hoje os municípios poderão  
46 acessar o SISREG para agendamento das consultas na AACD. A instituição está com volume  
47 grande de pacientes aguardando em fila, com agendamentos até dezembro. Dessa forma o  
48 município de Nova Iguaçu estará fazendo o agendamento através do sistema, considerando que a  
49 AACD só tem vaga a partir de dois mil e dezoito. O objetivo é organizar e gerenciar o andamento  
50 do serviço. O pagamento da AACD está em dia. A partir de março há possibilidade de mudança  
51 nessa situação, tendo em vista a possibilidade da paralisação do serviço por parte da AACD. Dia  
52 cinco haverá uma reunião na SAECA com Nova Iguaçu e AACD para definição do atendimento. A  
53 AACD se comprometeu em fornecer um relatório do número dos pacientes em fila de espera e dos  
54 pacientes em tratamento. **3. Projeto CISBAF – Contratualização de serviços** - A Sra. Patrícia  
55 esclarece que houve alteração na pauta, tendo em vista um equívoco na interpretação do assunto,  
56 portanto o ponto um da pauta da CT, sobre o projeto CISBAF passou para informe. Ocorre que a  
57 reunião da CT foi realizada no CISBAF, a fim de facilitar a apresentação do projeto, visto que na  
58 última reunião CIR foi solicitado que as dúvidas levantadas pudessem ser esclarecidas. Na ocasião a  
59 representação da SAECA/SES informou que os recursos da PPI não fariam parte do financiamento  
60 do projeto. Houve a apresentação do fluxo dentre outros detalhes. A Sra. Marcia Ribeiro diz que o  
61 projeto nasceu por uma demanda dos gestores. E o recurso para esse projeto vem dos Tesouros  
62 municipais; A adesão não é obrigatória. O CISBAF não faz proposta financeira no projeto. O  
63 projeto é alternativo para atendimento em função do vazio sanitário encontrado nos municípios, de  
64 acordo com os procedimentos elencados nos estudos. O município deve buscar sua forma de  
65 financiamento. A Sra. Monica reforça dizendo que a legitimidade de mexer com o recurso SUS/PPI  
66 é do âmbito da CIR. Dentro do projeto isso precisa ser estudado. O recurso municipal é de direito da  
67 gestão. Sugere que haja um novo encontro com a SAECA para esclarecimento do uso do  
68 financiamento. A discussão desenvolveu sobre o financiamento e remanejamento de PPI. A Sra.



**Estado do Rio de Janeiro**  
**Secretaria de Estado de Saúde**  
**Comissão Intergestores Regional – CIR/Metropolitana I**

**ATA DA 10ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA METROPOLITANA I - 2017**

69 Monica conclui que há necessidade de que na próxima CIR haja informação por parte da SAECA,  
70 de como utilizar os recursos da saúde pelo CISBAF, para a prestação de serviços. A Sra. Monique  
71 diz que essa situação deverá ser esclarecida enquanto o processo está sendo desenvolvido, e que é  
72 importante considerar a experiência de outros estados, visto que para o Estado do Rio de Janeiro  
73 essa é uma experiência nova. Sugere que cada município envie para SE/CIR, caso existam, novos  
74 questionamentos relativos ao projeto. **4. Planejamento Regional Integrado** – A Sra. Patrícia  
75 informa que no próximo dia seis será o encontro do GT de Planejamento Regional para  
76 apresentação do panorama do Planejamento Regional Integrado - PRI. Nesta mesma data estará  
77 acontecendo uma reunião no Consórcio sobre a RUE, para conclusão da planilha de referência. O  
78 Consórcio solicita a presença da SE/CIR. **I – Apresentação – 1. Regionalização e Construção de**  
79 **Redes de Atenção à Saúde – RAS** - A Sra. Monique esclarece que essa apresentação é sobre a  
80 regionalização no estado do Rio de Janeiro, vivenciada pela maior parte dos presentes. A Sra.  
81 Monique historia o processo e inicia com as definições básicas do tema. A regionalização como  
82 diretriz organizativa do Sistema Único de Saúde, tem como aspectos operativos: a organização dos  
83 serviços de saúde em regiões de saúde, com a gestão do sistema sendo realizada por meio de  
84 colegiados - Comissões Intergestores Regionais. Por que regionalizar e construir redes de atenção à  
85 saúde? Os problemas de saúde não se distribuem, no espaço e no tempo, de maneira uniforme. Os  
86 problemas de saúde envolvem tecnologias de diferentes complexidades e custos. Dessa maneira, é  
87 necessário que sejam definidas as unidades que compõem a rede por nível de atenção  
88 (hierarquização) e sua localização geográfica (território). O acesso aos serviços deve ser visto sob  
89 dois aspectos: oferta adequada e o menor deslocamento possível, levando em consideração o  
90 pressuposto da economia de escala, que inclui escopo e qualidade. Durante a apresentação foram  
91 sendo pontuadas questões relativas à regionalização. Houve destaque com respeito à estruturação da  
92 atenção básica. Foram abordados alguns desafios sobre como adequar os serviços e todo o sistema  
93 ao atual perfil demográfico e de morbimortalidade (envelhecimento e condições crônicas). Como  
94 reorganizar a oferta de serviços, que é centrada na doença, no cuidado aos episódios agudos e no  
95 hospital, enquanto a população envelhece e as condições crônicas se tornam mais frequentes. Como  
96 avançar frente à insuficiência de financiamento. Considerar o enfoque programático de políticas e  
97 de práticas; grau de descentralização e arranjo federativo trino; mix público-privado e segmentação  
98 de clientela (aspectos estruturais e estruturantes do SUS, desde a sua conformação); esvaziamento  
99 do componente político do planejamento e seus instrumentos (questões do poder e da autoridade no  
100 território); desigualdades regionais X distribuição/redistribuição de recursos para promover  
101 equidade (ausência de critérios e metodologias alocativas para (re) configuração de fluxos e redes  
102 de serviços). A apresentação é encerrada com a seguinte citação de H. L. Mencken: “Para todo



**Estado do Rio de Janeiro**  
**Secretaria de Estado de Saúde**  
**Comissão Intergestores Regional – CIR/Metropolitana I**

**ATA DA 10ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA METROPOLITANA I - 2017**

103 problema complexo existe uma solução simples, fácil – e errada” e agradece. A Sra. Monica diz que  
104 é exercitando o pensar que o planejamento regional, por meio dos debates e pactuações de ações,  
105 faz com que a regionalização aconteça, considerando as diferenças municipais e, portanto,  
106 regionais. Lembra que no dia seis será o momento em que deverá ser feita uma avaliação conjunta,  
107 com os municípios, sobre o diagnóstico regional. Também foi feita uma atualização da população  
108 até o ano de dois mil e quinze, estratificada por sexo e faixa etária. A última estratificação é de dois  
109 mil e doze, com base no censo de dois mil e dez. Sugere que no dia seis a reunião da RUE, no  
110 CISBAF, aconteça pela manhã e a reunião do Planejamento aconteça à tarde no auditório do  
111 Hospital Municipal Moacyr do Carmo. A ideia é elaborar proposta para a CIR. A plenária  
112 concorda. **I – Pactuação – 1. Plano de Ação da Rede Cegonha da Região Metropolitana 1 – A**  
113 **Sra. Mariana – coordenadora da Rede Cegonha na SES inicia dizendo da dificuldade em reunir o**  
114 **grupo na região para a conclusão do trabalho. Agradece a Sra. Alicia pela intermediação na**  
115 **comunicação para esse fim. Diz que o plano deve ser aprovado hoje, entretanto a discussão em**  
116 **relação à Rede deverá continuar, visto que o plano não extingue os problemas. Ela passa a palavra**  
117 **para Sra. Alicia que faz a apresentação do plano. A Sra. Alícia diz que o objetivo da Rede Cegonha**  
118 **é dar mais qualidade aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) na área de atenção à saúde das**  
119 **mulheres e crianças – da confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal e o parto, até os dois**  
120 **primeiros anos de vida do bebê. Atualização do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha é fruto**  
121 **das discussões e do trabalho do Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha da Região**  
122 **Metropolitana I. O objetivo do plano é atualizar o diagnóstico da situação de saúde materno-infantil**  
123 **nos doze municípios que compõem a Região e consolidar propostas para melhoria da rede de**  
124 **atenção voltada para esta população. Para fins de organização deste Plano de Ação separamos os**  
125 **indicadores em alguns eixos: 1. Nascidos Vivos e Indicadores Relacionados – metas e estratégias -**  
126 **Integração com o Programa Saúde na Escola (PSE) ; Planejamento reprodutivo direcionados aos**  
127 **adolescentes – desafios - insuficiência de recursos humanos; a fragilidade dos vínculos**  
128 **empregatícios (rotatividade de Rh); descontinuidade das ações; falta de qualificação adequada para**  
129 **atuação nos Comitês; insuficiência de uma infraestrutura que possibilite espaço físico adequado;**  
130 **equipamentos, mobiliários, rede telefônica, internet, viaturas e outros itens mínimos para a**  
131 **realização das atividades de um Comitê; insuficiência de dados e informações que viabilizem um**  
132 **monitoramento de indicadores; dentre outros. 2. Indicadores de Mortalidade; Alguns nós críticos**  
133 **identificados: a rotatividade dos profissionais das equipes, em especial na ESF; (>sensibilização /**  
134 **+capacitação/ - tempo); Sugestão: Retornar, regularmente para as equipes, as informações do**  
135 **sistema produzidas pelos profissionais, para que analisem seu trabalho e assim melhor organizem**  
136 **suas ações (captação precoce das gestantes, busca ativa das faltosas em tempo oportuno, realização**



**Estado do Rio de Janeiro**  
**Secretaria de Estado de Saúde**  
**Comissão Intergestores Regional – CIR/Metropolitana I**

**ATA DA 10ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA METROPOLITANA I - 2017**

137 dos exames de rotina e monitoramento dos resultados, tratamento da gestante e de seu parceiro  
138 quando necessário). Grupo condutor da Rede Cegonha Municipal – para discussão da linha de  
139 cuidados materno-infantil. 3. Indicadores Relacionados ao Pré-Natal; Estratégias Descentralização  
140 do diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes e seus parceiros, buscando facilitar o acesso e  
141 garantir a adesão e conclusão do tratamento. Diagnóstico precoce – mediante início precoce do pré-  
142 natal; Plano de enfrentamento a Sífilis Congênita; Implantação do Comitê de enfrentamento à Sífilis  
143 Congênita devido à baixa adesão do parceiro ao tratamento e pouca disponibilidade e realização da  
144 aplicação da penicilina nos serviços de atenção básica em alguns municípios. 4. Indicadores  
145 Relacionados ao Parto e Nascimento – demonstrou as ações e metas desenvolvidas por cada  
146 município da região. Ressalta que o município de Magé foi o único que não enviou suas  
147 informações. 5. Indicadores Relacionados à Saúde da Criança - Aleitamento Materno: Promoção do  
148 aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade; Capacitação de Iniciativa Unidade Básica  
149 Amiga da Amamentação - IUBAAM; Habilitação de unidade básica amiga da amamentação.  
150 Prematuridade: Grande parte das causas são as infecções perinatais e o seu controle; dificuldades  
151 para realização dos exames complementares e tratamento. 6. Indicadores de Gestão - Identificação  
152 de centrais de regulação: ambulatorial, SISREG, SER. Pré-natal de risco habitual - alta rotatividade  
153 de profissionais nas Unidades, dificuldade dos médicos trabalharem em conjunto com a  
154 enfermagem. Regulação de Pré-natal de alto risco - falta de vagas para parto de gestantes de alto  
155 risco materno e fetal, pois apesar das referências estarem estabelecidas, os municípios ainda  
156 encontram muitas dificuldades de acesso. Ambulatório de Alto Risco Municipal – falta referência  
157 para garantia do parto. A região possui um total de vinte e nove unidades que possuem leitos  
158 neonatais com capacidade técnica para atendimento às gestantes, mas não toda a tecnologia e  
159 especialidades necessárias a alguns casos. Propostas de investimento através da Rede  
160 Cegonha: Nova Iguaçu: ambiência da Maternidade Municipal, habilitação e custeio da Casa de  
161 gestante, bebê e puerpério - CGBP, construção de três CPN com cinco PPP, habilitação de cinco  
162 Unidades de Cuidado Intermediário Convencional - UCINCO; habilitação de vinte e nove leitos  
163 obstétricos para ampliação da cobertura da Rede Cegonha; Rio de Janeiro: A Secretaria Municipal  
164 de Saúde do Rio de Janeiro tem no seu Plano Pluri Anual - PPA a proposta de construção de um  
165 Centro de Parto Normal – CPN, com cinco leitos PPP, na CAP três ponto um (Ilha do Governador),  
166 programação para dois mil e dezoito e dois mil e dezanove. Sobre o recurso dos leitos que poderão  
167 ser remanejados do Hospital Pedro Ernesto, nossa sugestão é que o recurso seja remanejado para o  
168 Hospital Municipal Lourenço Jorge/ Maternidade Leila Diniz, que conta com habilitação de todos  
169 os leitos e hoje só recebe pelos de Unidade de Cuidado Intermediário Canguru - UCINCA.  
170 Nilópolis: Apresentado ao Ministro da Saúde um estudo de custo e captação de recursos para o



**Estado do Rio de Janeiro**  
**Secretaria de Estado de Saúde**  
**Comissão Intergestores Regional – CIR/Metropolitana I**

**ATA DA 10ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA METROPOLITANA I - 2017**

171 Hospital Municipal Juscelino Kubitschek. O planejamento de custeio para este hospital é através da  
172 habilitação na Rede de Urgência e Emergência da Região Metropolitana I, como leitos de  
173 retaguarda clínica e leitos de UTI, em dois mil e doze. O antigo Hospital municipal pertencia a  
174 RUE. A habilitação na Rede Cegonha será credenciando o Centro de Parto Normal, habilitação dos  
175 leitos de saúde mental e o remanejamento da PPI hospitalar de internações clínicas, pediátricas,  
176 obstétrica e UTI para Nilópolis. Secretaria Estadual de Saúde: Hospital Estadual Adão Pereira  
177 Nunes: Ambiência da maternidade, construção, equipamentos e custeio de CGBP; Hospital da  
178 Mulher Heloneida Studart: Custeio da CGBP; complexo regulador de Mesquita - Maternidade da  
179 mulher: Custeio de cinco PPP em CPN intra-hospitalar. Itaguaí: Proposta número dezoito mil,  
180 trezentos e quarenta e sete - CPN Intra-hospitalar Tipo II e três PPP. A Sra. Leonora diz que os  
181 sistemas não prestam as informações de forma real. Questiona sobre o TABNET não possuir os  
182 dados da SES para consulta. A Sra. Monica diz que houve uma descontinuidade no apoio de  
183 tecnologia da informação que ocasionou o problema. Sugere que essas questões sejam  
184 encaminhadas a Sra. Mariana no PAISMCA/SES. Após a discussão manter-se em torno do sistema  
185 ficou estabelecido que essa questão fosse intermediada junto ao Ministério pela SES. As  
186 informações serão enviadas de acordo com a recuperação dos dados. A Sra. Mariana diz que a  
187 intenção do M.S. com a Rede Cegonha é reduzir os indicadores de cesárias, reduzir a mortalidade  
188 materna infantil e transformar o modelo de parto com as boas práticas. O pleito do plano da Metro I  
189 é incentivo de custeio para gestação de alto risco - GAR; UTI adulto, UTI neonatal, UCINCO e  
190 UCINCA, além das obras que o M.S. tem dito que irá incentivar. Junto com os incentivos há  
191 necessidade de construção e equipamentos, custeio e reforma. Haverá prioridade para os Centros de  
192 parto normal e Casa de gestante, bebê e puerpério. Esse último será priorizado apenas nas unidades  
193 que possuem atendimento de alto risco habilitado. Os CPNs têm condições a serem consideradas: O  
194 local deve ser próximo à maternidade (sem necessidade de ser maternidade de alto risco). Alguns  
195 municípios ainda não se manifestaram quanto à solicitação de obras. Solicita que seja manifestado  
196 hoje para conclusão e pactuação do plano. Há uma divergência entre o que o M.S. preconiza com a  
197 realidade da região em que a região possui mais leitos obstétricos habilitados ao SUS do que a  
198 necessidade. A utilização dos leitos deve ser alvo de discussão posterior. A região precisa definir  
199 onde serão custeados cento e cinquenta e seis leitos, considerando as maternidades estaduais do RJ  
200 e os leitos do município de Nova Iguaçu. A proposta de pleito, considerando o fluxo migratório das  
201 gestantes, é que o Hospital da Mulher fique com a totalidade de seus cinquenta leitos para alto risco,  
202 o Hospital Adão Pereira Nunes fique com quarenta e três leitos; Nova Iguaçu fica com a totalidade  
203 de seus noventa e cinco leitos e cento e sete leitos custeados ficam para o município do RJ,  
204 entendendo que o município do RJ deverá definir em que unidade irá implementar o custeio, tendo



**Estado do Rio de Janeiro**  
**Secretaria de Estado de Saúde**  
**Comissão Intergestores Regional – CIR/Metropolitana I**

**ATA DA 10ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA METROPOLITANA I - 2017**

205 em vista que já possuem setenta e três leitos custeados. Sugere que o Hospital Miguel Couto e o  
206 Hospital Leila Diniz sejam beneficiados com o recurso, tendo em vista estarem habilitados. A Sra.  
207 Leonora ressalta a questão da regulação do Hospital da Mulher e Hospitais Federais. A Sra.  
208 Mariana diz que a descrição das necessidades no plano é o caminho para que o MS reconheça as  
209 necessidades da Região. A Sra. Lídia diz que a divisão dos leitos deveria ser conforme a população  
210 municipal. A Sra. Fabiana discorda dizendo que a intenção da proposta é reduzir os danos nesse  
211 momento. O assunto causa discussão que se manteve em torno da divisão do recurso por critério  
212 populacional. A fim de encerrar a discussão a Sra. Monica diz que o processo não poderá ser  
213 encerrado hoje. Entretanto o assunto precisa ser pactuado na CIB do dia sete de dezembro, visto que  
214 o Estado só tem esse prazo para apresentar o plano ao MS. A questão fica suspensa. A Sra. Mariana  
215 após exposição detalhada, conclui resumindo a proposta continua dizendo que em relação aos leitos  
216 de UTI adulto a proposta de pleito é de setenta e oito leitos obstétricos em maternidades de gestação  
217 de alto risco a serem alocados no HEAPN, no Hospital da Mulher, Hospital Miguel Couto,  
218 Maternidade Leila Diniz, Maternidade Fernando Magalhães e Maternidade Mariana Bulhões que já  
219 possui onze leitos incentivados. A região possui vinte leitos incentivados. UTI neonatal –  
220 necessidade de duzentos e vinte e dois leitos. São duzentos e trinta e dois existentes. Há uma  
221 suficiência de dez leitos a mais. Sessenta leitos já recebem recurso, mas há a possibilidade de serem  
222 incentivados apenas cento e setenta e um. Os leitos são: doze no HAPN, dez em Mesquita, vinte e  
223 cinco na Maternidade Mariana Bulhões, catorze na Maternidade Carmela Dutra, dezoito no Hospital  
224 Fernando Magalhães, dois no Hospital Municipal Rocha Faria, doze na Maternidade Maria Amélia,  
225 dez na Maternidade Leila Diniz, dez na Maternidade Marisca Ribeiro, dez no Hospital Municipal  
226 Pedro II, dez no Hospital Municipal Ronaldo Gazola, dez no Hospital Alexander Fleming, quatro  
227 no Hospital Herculano Pinheiro, quatro no Hospital Municipal Miguel Couto, vinte no Hospital  
228 Estadual Heloneida Studart. Os leitos da UERJ vão para a maternidade Leila Diniz. UCINCO – A  
229 região precisa de duzentos e vinte e dois leitos. Existem cento e cinquenta e três. Setenta e oito já  
230 recebem incentivos. A proposta de distribuição é serem dez no Hospital Municipal Moacyr do  
231 Carmo, oito no Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, sete em Itaguaí, oito no Hospital da Mãe,  
232 vinte e oito no Hospital Carmela Dutra, vinte e quatro na Maternidade Fernando Magalhães, sete no  
233 HMRF, vinte e dois na Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda, quinze na Maternidade  
234 Leila Diniz, onze na Maternidade Marisca Ribeiro, catorze HMPII, dez no Hospital Ronaldo  
235 Gazolla, doze no Hospital Alexandre Fleming, dez no Hospital Herculano Pinheiro, cinco Miguel  
236 Couto e vinte e nove no Hospital da Mulher totalizando duzentos e vinte leitos. UCINCA – serão  
237 necessários cento e onze leitos. Dezoito leitos recebem incentivos. Quarenta e três serão  
238 incentivados: cinco no Carmela Dutra, seis no Fernando Magalhães, oito no Maria Amélia, quatro



**Estado do Rio de Janeiro**  
**Secretaria de Estado de Saúde**  
**Comissão Intergestores Regional – CIR/Metropolitana I**

**ATA DA 10ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL DA METROPOLITANA I - 2017**

239 no Leila Diniz, quatro na Marisca, três no Pedro II, cinco no Ronaldo Gazolla, quatro no Alexander  
240 Fleming, quatro no Herculano Pinheiro. O município do Rio é o único na região que possui  
241 UCINCO. GAR – São duzentos e noventa e cinco leitos a serem habilitados e necessita de duzentos  
242 e noventa e cinco, mas o pleito é para cento e cinquenta e seis novos leitos. UTI adulto a região  
243 necessita de sessenta e oito. O pleito é de quarenta e nove novos. UTI neonatal – necessita de  
244 duzentos e vinte e dois leitos e o pleito é de cento e setenta e um. UCINCO – necessita de duzentos  
245 e vinte e dois, serão habilitados duzentos e vinte. UCINCA - A região precisa de cento e onze e  
246 serão pleiteados quarenta e três. Eis a necessidade da aprovação do plano. Os pleitos que foram  
247 inseridos serão aprovados automaticamente quando o plano for aprovado em CIR e CIB. A Sra.  
248 Monique diz que a plenária considera pactuado o Plano da Rede Cegonha com a pendência da  
249 Gestão de Alto Risco – GAR e os pontos associados. **2. Aprovação da ata 7ª reunião ordinária**  
250 **CIR de 2017** - A Sra. Monique informa de que será inserido o ponto de pauta de aprovação da ata  
251 da sétima reunião ordinária CIR de dois mil e dezessete, que foi enviada anteriormente. A ata foi  
252 considerada aprovada sem observação contrária. **3. Mudança de endereço da UPA 24h -**  
253 **Município de Itaguaí** – Sem manifestação contrária o assunto foi considerado pactuado. **4.**  
254 **Proposta de Custeio para o Centro de Parto Normal (CPN), tipo 2 com 3 quartos PPP –**  
255 **município de Itaguaí** – O assunto foi considerado pactuado sem restrição. **5- Habilitação de**  
256 **serviço de referência de câncer de colo de útero da Policlínica Manoel Guilherme da Silveira –**  
257 **Município do Rio de Janeiro** – A CIR considera pactuada. **6. Emenda parlamentar do**  
258 **município de Japeri** – As emendas são referentes ao incremento para atenção básica, a aquisição  
259 de material e equipamento para atenção básica e atestado de conclusão de edificação das academias  
260 de saúde nos Bairros do Chacrinha e São Jorge. **7. Emenda parlamentar do município de Duque**  
261 **de Caxias** – As emendas são referentes a aquisição de material permanente para o Hospital do Olho  
262 e para o Hospital Municipal Moacir Rodrigues do Carmo. **8. Emenda parlamentar do município**  
263 **de Seropédica** – As duas emendas são para o incremento de custeio de média e alta complexidade e  
264 para manutenção de unidades de saúde. **9. Emenda parlamentar do município de Nova Iguaçu -**  
265 Emenda para aquisição de material permanente para o HGNI. Todas os pedidos de aprovação para  
266 emendas dos pontos seis, sete, oito e nove foram considerados pactuados, tendo em vista não haver  
267 manifestação contrária. Não havendo outros assuntos a serem discutidos a Sra. Monica encerra a  
268 reunião às treze horas e cinquenta e um minutos. Eu Sidnéa Alvim da Silva – Assistente da SE/CIR,  
269 lavrei a presente ata que será assinada por mim, pela secretária executiva e pelos gestores, após  
270 aprovação.