



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

# **REALINHAMENTO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2016-2019**

**Rio de Janeiro**

**Julho/2016**



Secretaria de Estado de Saúde

**Governador**

Luiz Fernando Pezão

**Vice-Governador**

Francisco Dornelles

**Secretário de Estado de Saúde**

Luiz Antônio de Souza Teixeira Junior

**Chefe de Gabinete**

Fernanda Titonel de Souza Araújo

**Subsecretária Geral**

Hellen Harumi Myamoto

**Subsecretário Jurídico**

Rafael Lima Daudt D'Oliveira

**Subsecretário Executivo do Fundo Estadual de Saúde**

Alex Pain Dias Pintombeira

**Subsecretária de Administração e Logística**

Rachel Rivello Elmôr

**Subsecretário de Vigilância em Saúde**

Alexandre Otavio Chieppe

**Subsecretária de Unidades de Saúde**

Charbel Khouri Duarte

**Presidente do Conselho Estadual de Saúde**

Nanci Rodrigues Santos

**Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro**

Maria da Conceição de Souza Rocha

## SUMÁRIO

<b>Apresentação</b>	<b>6</b>
<b>Introdução</b>	<b>7</b>
<b>I. ANÁLISE SITUACIONAL</b>	<b>8</b>
<b>1. PANORAMA DEMOGRÁFICO E ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS</b>	<b>8</b>
1.1 Estrutura demográfica	8
1.2 Razão de sexos x sobremortalidade masculina	11
1.3 Envelhecimento e qualidade de vida	12
1.4 Qualidade de vida e educação	14
<b>2. PERFIL DE MORBIMORTALIDADE</b>	<b>16</b>
2.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT	20
2.1.1 Fatores de Risco associados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis	25
2.1.2 Fatores de Proteção	28
2.2 Doenças Transmissíveis	29
2.2.1 AIDS	29
2.2.2 Sífilis	33
2.2.3 Hepatite B	34
2.2.4 Hepatite C	35
2.2.5 Tuberculose	36
2.2.6 Hanseníase	40
2.2.7 Dengue	41
2.2.8 Febre Maculosa	43
2.2.9 Leptospirose	44
2.2.10 Leishmaniose Visceral (LV)	45
2.2.11 Malária	46
2.2.12 Meningite	47
2.3 Determinantes e fatores de risco ambientais	48

2.3.1	Qualidade da Água para Consumo Humano	48
2.3.2	Agrotóxicos	50
2.3.2	Acidentes com Animais Peçonhentos	50
2.3.3	Raiva em Animais	51
2.4	Saúde do Trabalhador	51
<b>3.</b>	<b>AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	<b>53</b>
3.1	Atenção Básica	54
3.2	Vigilância em Saúde	63
3.2.1	Imunização	63
3.2.2	Vigilância Sanitária	66
3.2.3	Laboratório de Referência e Unidades Descentralizadas para a VS	69
3.3	Atenção Especializada	71
3.3.1	Assistência de Média Complexidade Hospitalar nas Regiões de Saúde	73
3.3.2	Assistência de Alta Complexidade Oncológica e Cardiovascular	83
3.3.3	Leitos Hospitalares	91
3.3.4	Tratamento Fora de Domicílio - TFD	95
3.4	Unidades de Saúde SES RJ	96
3.4.2	Humanização	100
3.5	Redes Temáticas no ERJ	101
3.5.1	Rede Cegonha	101
3.5.2	Rede de Atenção Psicossocial - RAPS	109
3.5.3	Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE	114
3.5.4	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - RCPD	121
3.6	Atenção Hematológica e Hemoterápica - HEMORREDE	122
3.7	Assistência Farmacêutica	127
3.8	Programa Estadual de Transplantes – PET	131
3.9	Programa Estadual de enfrentamento à Obesidade – Cirurgia Bariátrica	133
3.10	Instituto Vital Brazil – IVB	134

<b>4.</b>	<b>GESTÃO EM SAÚDE</b>	<b>136</b>
4.1	Planejamento	136
4.2	Regionalização	137
4.3	Informação em Saúde	139
4.4	Regulação, Controle e Avaliação	140
4.4.1	Regulação	140
4.4.2	Controle e Avaliação no SUS	145
4.5	Auditoria e Ouvidoria	145
4.5.1	Auditoria	145
4.5.2	Ouvidoria	145
4.6	Participação e Controle Social	146
4.7	Gestão Estratégica e Participativa	147
4.8	Qualidade	148
4.9	Educação em Saúde	149
4.10	Gestão do Trabalho e Perícia	150
4.10.1	Gestão do Trabalho	150
4.10.2	Perícia	150
4.11	Judicialização	151
4.12	Financiamento	152
4.13	Jogos Olímpicos Rio 2016	153
	<b>Referências Bibliográficas</b>	<b>158</b>
<b>5.</b>	<b>MATRIZ PES 2016-2019</b>	<b>164</b>

## **Apresentação**

O Plano Estadual de Saúde 2016-2019 (PES) foi elaborado durante o ano de 2015, na gestão do Secretário de Saúde Felipe dos Santos Peixoto, e entregue ao Conselho Estadual de Saúde para apreciação em 16/10/2015 (CI SES/GS nº 38/2015) .

Na primeira versão do PES 2016-2019, especificamente em sua Apresentação, foi destacado que a SES/RJ envidou esforços no estabelecimento de uma metodologia de trabalho contínuo, para cada ciclo de planejamento, que garantisse a integração entre os principais Instrumentos de Planejamento do SUS (PES, PAS) e os Orçamentários (PPA, LDO, LOA). Sendo assim, a construção deste Plano atendeu a exigência legal de compatibilização com o PPA, para a mesma vigência, conforme prevê a Lei Complementar 141/12.

No entanto, a elaboração dos instrumentos para o novo ciclo de planejamento – 2016-2019 – se deu num contexto diferente do vivenciado atualmente. Com o agravamento da crise econômico-financeira deflagrou-se a necessidade de revisão dos instrumentos de planejamento (PES e PPA), adequando as metas à realidade atual, de forma a torná-las factíveis através da priorização de estratégias e da readequação de metas para o próximo quadriênio. A compatibilização dos instrumentos de planejamento foi preservada durante o processo de realinhamento, atendendo a recomendação legal e garantindo o princípio da transparência.

Ressalto que a SES/RJ tem perfil de forte prestadora de serviços, configurando relevante papel na assistência à saúde da população fluminense. O grande número de unidades de saúde estaduais consome boa parte da receita da Secretaria no custeio de suas unidades. Reconhecendo a relevância estratégica destas unidades para o SUS estadual, explícito, no presente Plano, o compromisso de viabilizar a sua operacionalização.

Paradoxalmente, este cenário desfavorável propicia a busca de novas estratégias que podem resultar em oportunidades de melhoria nos processos de gestão, em especial, no aprimoramento dos mecanismos de controle e avaliação das unidades de saúde. Sendo assim, corroboro o meu empenho na busca de alternativas para o enfrentamento dos desafios inerentes à organização do SUS estadual, independentemente de qualquer cenário. Para tanto, convoco a parceria do CES/RJ e do COSEMS/RJ, importantes atores no processo de fortalecimento do SUS no estado.

Por fim, acredito que devemos manter a visão e a expectativa de melhora, ainda para este quadriênio, do cenário atual, com a retomada de crescimento do nosso estado, viabilizando o prosseguimento dos projetos ora suspensos.

**Luiz Antônio de Souza Teixeira Junior**

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

## **Introdução**

O Plano Estadual de Saúde para o quadriênio 2016-2019 é o documento balizador dos projetos, programas e ações definidos pela SES/RJ para desenvolver nos próximos quatro anos, a partir do diagnóstico da situação de saúde em seu território. A metodologia utilizada para sua elaboração está apoiada no enfoque estratégico-situacional do planejamento em saúde, com as adaptações e ajustes que se fizeram necessários à sua aplicação nas condições concretas de construção do Plano. Além disso, foram observadas as diretrizes que orientam o planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente aquelas dispostas na Portaria MS/GM nº 2.135 de 2013.

Vale salientar que a opção metodológica, ademais de privilegiar um processo de construção participativo e coletivo, visou instituir um processo de planejamento conceitualmente alinhado e integrado do ponto de vista do ciclo de planejamento e seus diferentes instrumentos, como as programações anuais e os relatórios de gestão. Em sua perspectiva ascendente, a elaboração do plano incorporou as agendas estratégicas definidas pelas regiões de saúde, juntamente com a SES/RJ, por meio do processo de planejamento regional integrado.

O Plano contém um amplo diagnóstico, com informações disponibilizadas pelas diversas áreas técnicas da SES, além daquelas coletadas por meio de pesquisa documental e consultas a diferentes bases de dados e sites de órgãos governamentais. A organização das informações manteve a estrutura do PES 2012-2015, com algumas alterações pontuais para sua adequação às necessidades do presente. Assim, quatro dimensões estão na base da análise situacional, quais sejam: a demográfica; de morbimortalidade; da oferta de ações e serviços de saúde e da gestão. Por sua vez, a matriz com as metas quadrienais foi organizada em três grandes eixos, com suas respectivas diretrizes, objetivos e estratégias, além das metas.

Em sentido mais amplo, consoante às exigências constitucionais e legais, o presente Plano de Saúde contém as estratégias e metas relacionadas às prioridades setoriais e constituiu-se como a base das ações finalísticas e metas do Plano Plurianual (PPA) para a mesma vigência. Neste sentido, a preocupação com o alinhamento e a integração responde, também, à necessidade de coerência com os demais instrumentos de planejamento governamental, como as propostas anuais de diretrizes orçamentárias e do orçamento, que balizam as respectivas leis – Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO e Lei Orçamentária Anual – LOA. Tais instrumentos possuem metodologia, atores e prazos distintos, constituindo, portanto, um desafio adicional.

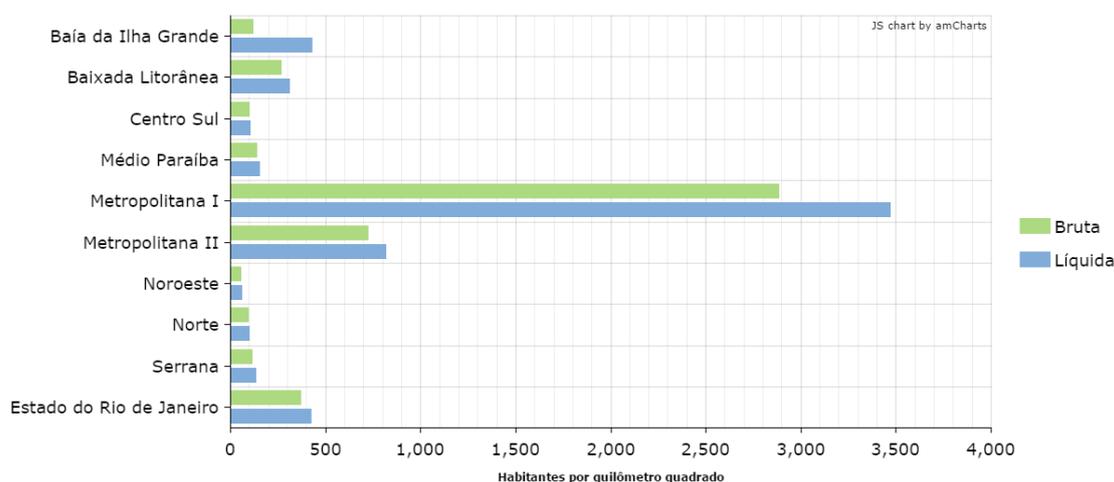
As diretrizes e recomendações que serão emanadas das Conferências Estadual e Nacional, assim como do Plano Nacional de Saúde deverão ser posteriormente incorporadas ao presente instrumento, da mesma forma que o novo Rol de indicadores associados às Diretrizes, Objetivos e Metas de alcance nacional para os próximos anos.

# ANÁLISE SITUACIONAL

## 1. PANORAMA DEMOGRÁFICO E ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

O estado do Rio de Janeiro (ERJ) é uma das menores Unidades da Federação, com área total de 43.864,31 km<sup>2</sup>, mas é a terceira mais populosa do país. Politicamente dividido em 92 municípios, oito regiões administrativas e nove regiões de saúde, o estado apresenta variações importantes entre a área e a população de cada região, com uma densidade demográfica líquida que varia de 57 a mais de 3.000 habitantes por quilômetro quadrado, respectivamente, nas regiões Noroeste e Metropolitana I.

**Gráfico 1: Densidade demográfica bruta e líquida (habitantes por quilômetro quadrado) segundo as regiões de saúde e o Estado do Rio de Janeiro (ERJ), 2012.**



Fontes: IBGE, estimativas populacionais para 2012 com base no Censo Demográfico 2010; Fundação CIDE, 2001 – IQM Verde. O cálculo da densidade demográfica líquida desconsidera as áreas de formações florestais, afloramentos rochosos e campos de altitude, bem como corpos d'água.

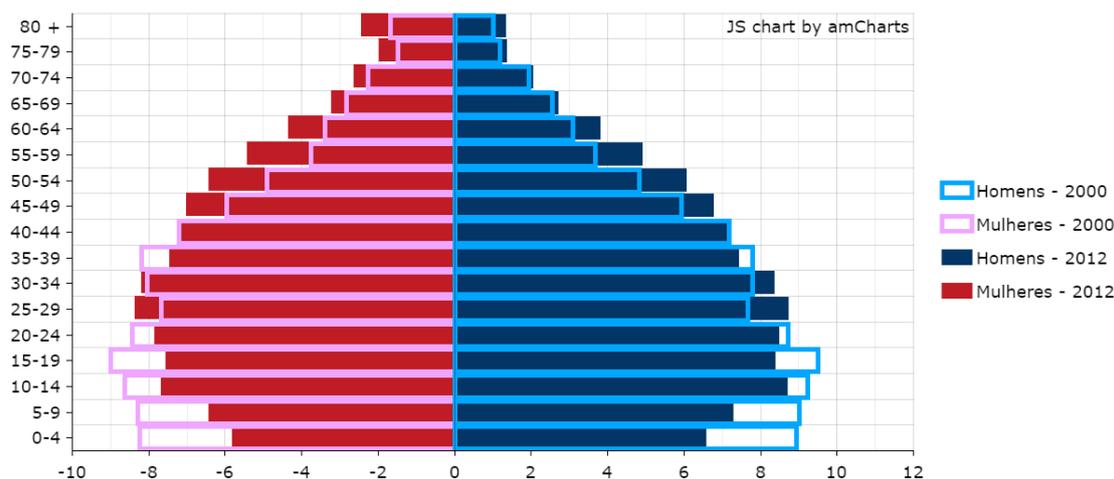
### 1.1. Estrutura demográfica

Embora as estimativas populacionais por sexo e idade para os anos de 2013 e 2014 não tenham sido disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ao término do presente documento, procedeu-se à análise do perfil demográfico com os dados dos anos anteriores.

Assim, comparando a estrutura etária do Estado do Rio de Janeiro (ERJ) entre os anos 2000 e 2012, ficam evidentes os efeitos da queda da fecundidade, do aumento da expectativa de vida – especialmente feminina – e da inércia demográfica. A base da pirâmide já se mostra bastante estreita, mas o grupo de 10-14 anos praticamente não variou em percentual nos últimos doze anos, por conta da fecundidade da década passada, e dentro de cinco anos passa a integrar

a população em idade reprodutiva. A razão de sexos mostra uma clara predominância feminina, enquanto a estrutura etária apresenta alargamento do topo da pirâmide, característico de populações já muito amadurecidas, ou seja, sem tendência expansiva. As taxas de crescimento caíram em diversas regiões do Estado, com exceção da Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea e Norte, que apresentam também as maiores taxas de fecundidade.

**Gráfico 2: Estrutura etária da população residente no ERJ, 2000 e 2012**



Fontes: IBGE, Microdados da Amostra do Censo Demográfico 2000 e estimativas populacionais para 2012, com base na Amostra do Censo Demográfico 2010.

O padrão etário da fecundidade mudou sensivelmente entre 2000 e 2012, com o aumento da concentração dos nascimentos entre os 20-29 anos, e seu nível caiu de forma expressiva. As taxas de fecundidade calculadas para o ERJ, em que pesem eventuais subdeclarações de nascimentos, são de fato baixas e há mais de uma década não alcançam o nível mínimo para reposição da população (2,1 filhos por mulher).

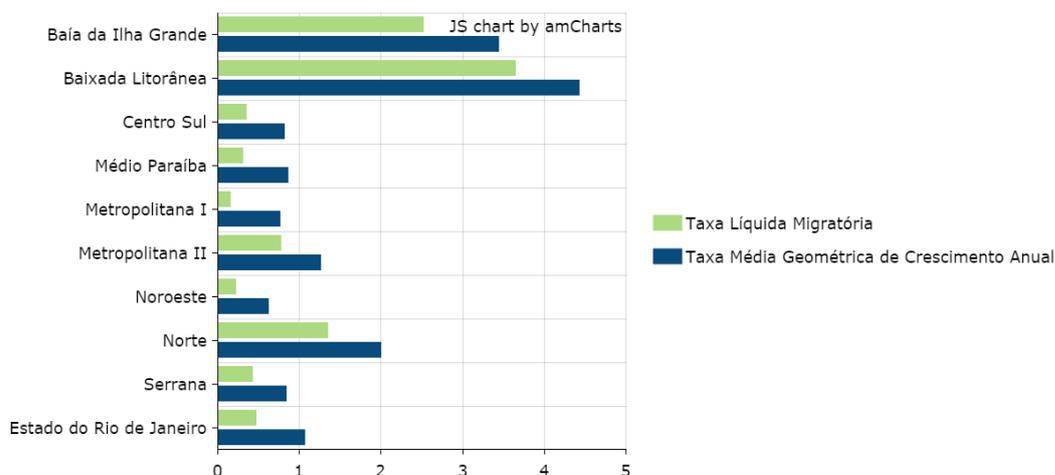
É possível observar o deslocamento da fecundidade para as faixas de 25-29 e 30-34 anos, e a redução do nível da fecundidade, mais intensa nas faixas etárias onde está mais concentrada. Esta desconcentração da fecundidade é controlada pelo peso das regiões Metropolitanas I e II. Se o estado como um todo já mostra um padrão de maternidade menos concentrado nas idades jovens, algumas regiões se afastam deste padrão. A Baía da Ilha Grande e a Baixada Litorânea apresentam uma fecundidade mais precoce que a média estadual, ao passo que a Médio Paraíba se destaca pela pequena proporção de mães adolescentes, isto é, abaixo dos 20 anos.

Comparando o perfil dos nascidos vivos de mães adolescentes e adultas, observa-se que o percentual de partos cesáreos é menor entre as adolescentes em todas as regiões do Estado, especialmente na Metropolitana I, mas são também elas as que realizam menos consultas de pré-natal. As regiões da Baixada Litorânea, Metropolitana I e Norte apresentam o maior percentual de

mães (tanto adolescentes quanto adultas) com menos de quatro consultas; as duas primeiras regiões também se destacam pelo baixo percentual de sete consultas de pré-natal. Quanto aos nascidos vivos de baixo peso, embora sejam mais frequentes entre as mães adolescentes, a diferença é pequena. O aumento do foco da Atenção Básica (AB) sobre as mães mais jovens, no sentido de incentivá-las a fazer todas as consultas de pré-natal necessárias, talvez possa reduzir o percentual de nascidos vivos de baixo peso entre elas. As cesáreas, diferentemente do preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), continuam em crescimento.

Chama atenção a coincidência de que as três regiões com maior percentual de mães adolescentes são também as de maiores taxas líquidas migratórias e de crescimento anual, e que receberam investimentos e projetos que atraíram mão-de-obra, principalmente masculina. Tal coincidência instiga a realização de estudos que investiguem se grandes obras, associadas à ocupação desordenada de espaços urbanos periféricos, tendem a provocar aumento na fecundidade e, paralelamente, o aumento de doenças e agravos à saúde, como as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da violência.

**Gráfico 3: Taxa média geométrica de crescimento anual e taxa líquida migratória da população residente no ERJ, 2000-2010.**



Fonte: IBGE / Microdados da Amostra dos Censos Demográficos 2000 e 2010.

Ainda com relação à dinâmica migratória, ressalta-se que o Noroeste fluminense não recebeu praticamente nenhum empreendimento atrator de mão de obra, e no caso de se manterem as taxas de crescimento atuais, tende a perder população, a médio prazo. Praticamente todas as regiões do estado estão sob a influência desta onda de investimentos, e, no presente, traz preocupação a conjuntura de crise econômica, que vem comprometendo de maneira importante o andamento de obras e projetos, com efeitos recessivos sobre os

municípios/regiões afetados, como é o caso da Metropolitana II, em especial, do município de Itaboraí em relação ao Complexo Petroquímico do Estado do Rio de Janeiro (Comperj).

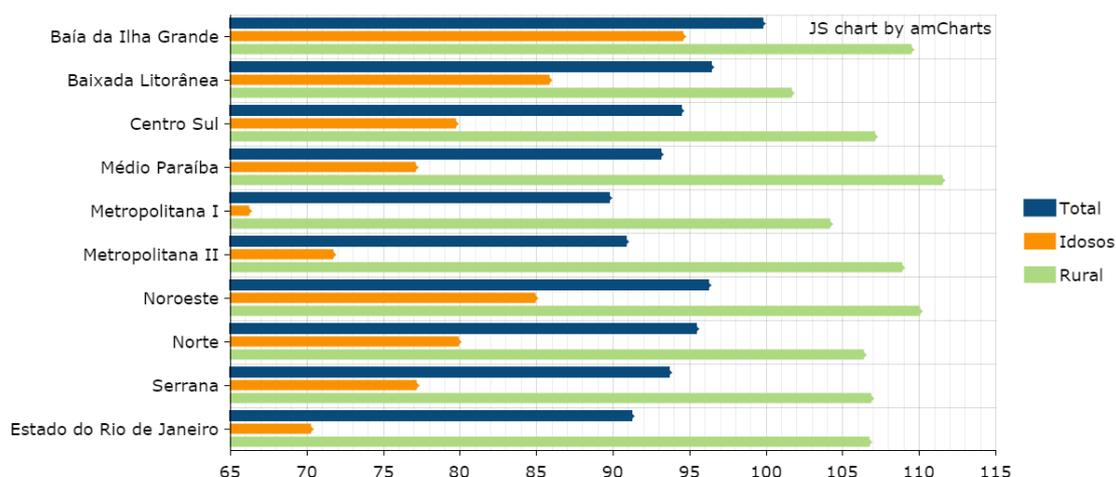
Diversas indústrias, atividades de apoio e associadas aos efeitos induzidos pela renda, especialmente comércio e serviços, vinham se instalando nas proximidades do Comperj. A interrupção das atividades do Complexo, com a dispensa em massa de trabalhadores, vem provocando efeitos de esvaziamento econômico e pressão social, com a conseqüente queda da qualidade de vida da população nos territórios afetados.

### 1.2. Razão de sexos x sobremortalidade masculina

Todas as regiões de saúde do ERJ apresentam predominância feminina em maior ou menor grau, com exceção da Baía da Ilha Grande, onde a razão de sexos é equilibrada. Nas regiões Metropolitanas, o déficit masculino é mais marcante e não pode ser atribuído simplesmente à sobremortalidade masculina, visto que em outras regiões do estado, como a Norte e a Baixada Litorânea, esta sobremortalidade, em especial nas idades jovens, também vem se verificando, sem reflexos perceptíveis na razão de sexos.

A proporção feminina de idosos, embora superior à masculina, também não justifica o déficit masculino nas regiões Metropolitanas. Levantamentos censitários tendem a captar mais população feminina, uma vez que homens que residem sós podem não ser computados nos censos. Isso ocorre com mais frequência nas áreas urbanas. Estes fatores podem estar contribuindo para a razão de sexos muito baixa das regiões metropolitanas, mais que a morte masculina prematura.

**Gráfico 4: Razão de sexos, segundo regiões de saúde, da população residente no ERJ, 2012.**

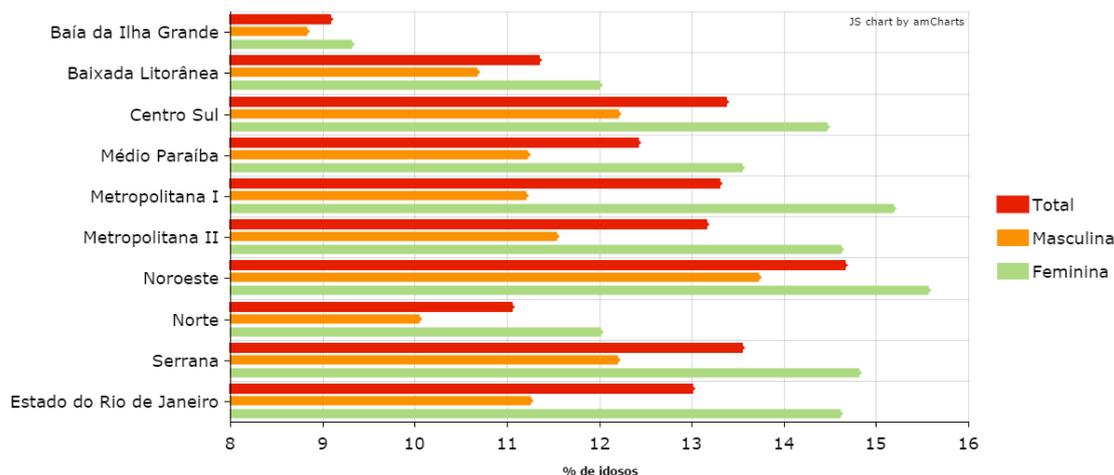


Fonte: IBGE, estimativas populacionais para 2012 com base no Censo Demográfico 2010.

### 1.3. Envelhecimento e qualidade de vida

A proporção de idosos varia pouco entre as regiões, com exceção da Baía da Ilha Grande, onde não chega a 10% do total da população.

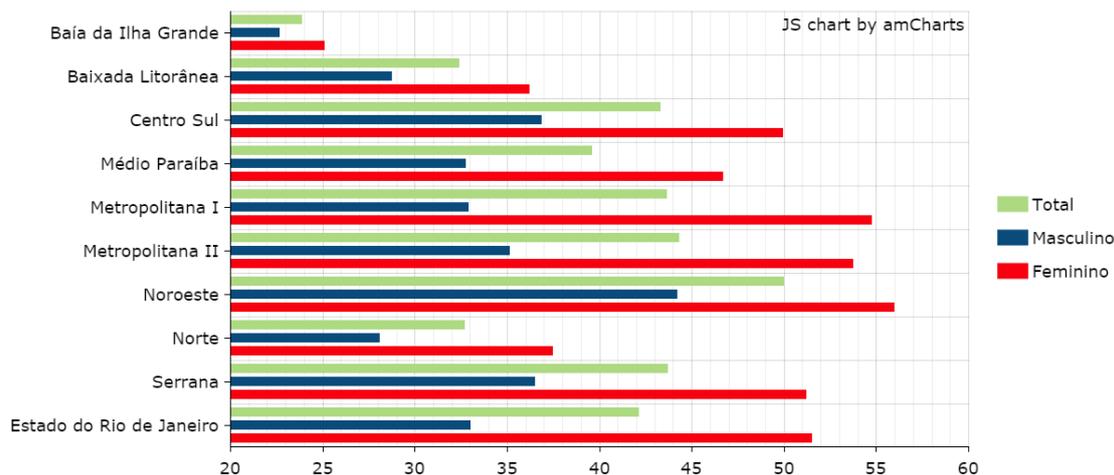
**Gráfico 5: Proporção de idosos, segundo as regiões de saúde e o Estado do Rio de Janeiro, 2012.**



Fontes: IBGE, estimativas populacionais para 2012 com base no Censo Demográfico 2010.

O índice de envelhecimento aumentou consideravelmente. As regiões Metropolitana I e Noroeste são as que concentram o maior percentual de idosos no estado, seguidas pelas regiões Centro Sul, Serrana e Metropolitana II.

**Gráfico 6: Índice de envelhecimento, segundo as regiões de saúde e o ERJ, 2012.**

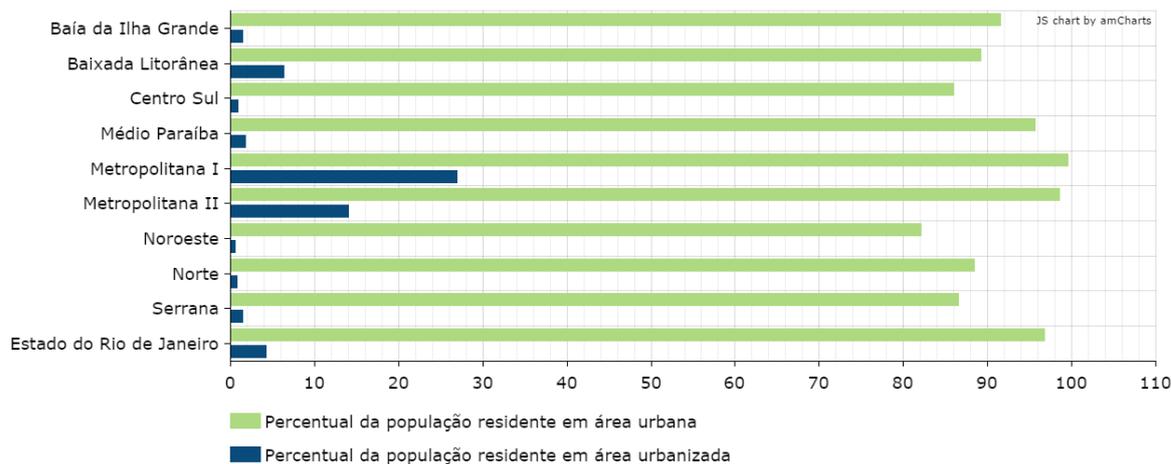


Fonte: IBGE, estimativas populacionais para 2012 com base no Censo Demográfico 2010.

Em termos de condições materiais de vida, as desigualdades nas condições de habitação dos residentes do ERJ são coadjuvantes da construção das desigualdades em saúde. A começar pela infraestrutura de serviços de saneamento, que são mais agregados nas áreas urbanas do

estado. Todas as regiões de saúde apresentam um percentual de urbanização superior a 80%, o que significa que mais de 80 em cada 100 habitantes residem em áreas consideradas urbanas pela administração municipal.

**Gráfico 7: Percentual da população residente em áreas urbanas por definição legal e percentual de áreas urbanizadas, segundo as regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2010.**



Fonte: IBGE / Microdados da Amostra do Censo Demográfico 2010; Fundação CIDE, IQM Verde 2001.

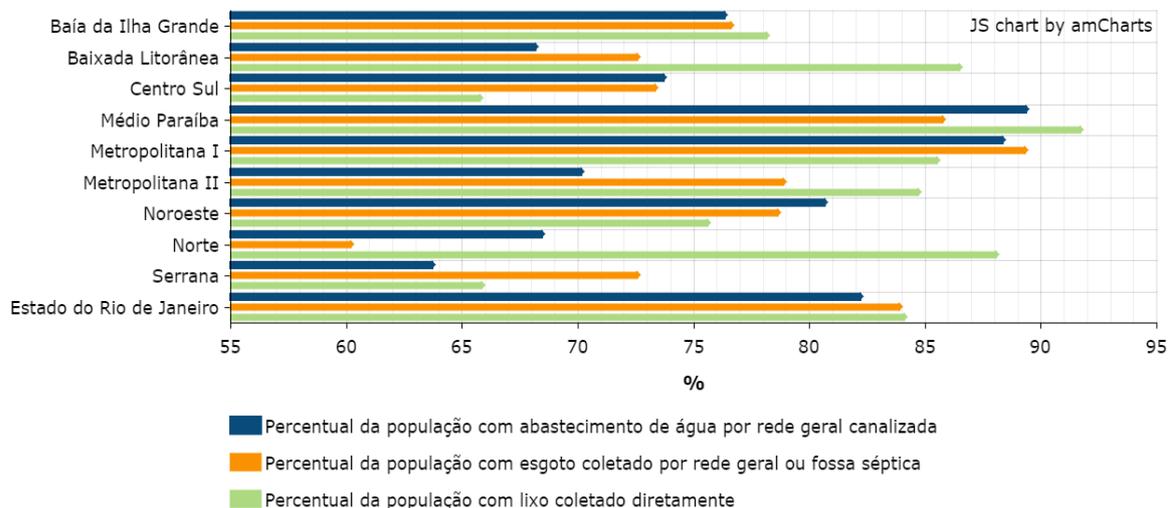
Mesmo nas regiões mais urbanizadas, o abastecimento de água pela rede geral não chega a 90%, deixando a população dependente de poços, nascentes e ligações clandestinas que são vulneráveis à contaminação. A situação mais crítica nesse sentido é a da região Serrana, seguida da Baixada Litorânea e da Norte, mas, das nove regiões de saúde do estado, apenas quatro têm mais de 75% da população com abastecimento de água pela rede geral. Quanto ao esgoto, são, novamente, as regiões Norte, Serrana e Baixada Litorânea as mais críticas, e a região Norte se destaca negativamente com 40% dos habitantes sem acesso ao esgotamento sanitário adequado.

A coleta direta de lixo, por sua vez, atende a mais de 75% dos habitantes em sete das regiões do Estado, ficando a situação mais crítica nas regiões Centro Sul e Serrana. Ainda assim, em vários municípios a questão do lixo vem atraindo a atenção da mídia por conta da deficiência dos serviços de coleta e disposição do mesmo. O programa Rio Limpo prevê a desativação de todos os lixões do Estado e sua substituição, a médio prazo, por aterros controlados. A existência de lixões clandestinos e vazadouros improvisados é um risco à saúde da população mais carente, que muitas vezes reside à margem destas áreas de baixo interesse imobiliário.

Nas regiões Norte e Baixada Litorânea, o crescimento populacional ocorrido entre 2000 e 2010 e a entrada de diversos investimentos atratores de mão de obra de outros municípios fez com que este quadro de carência de saneamento básico se tornasse mais preocupante, ainda

mais considerando que a tendência é de aumento da concentração desta população de migrantes nas áreas periféricas e, portanto, mais carentes de infraestrutura.

**Gráfico 8: População que dispõe de infraestrutura de saneamento básico adequada, segundo as regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2010.**

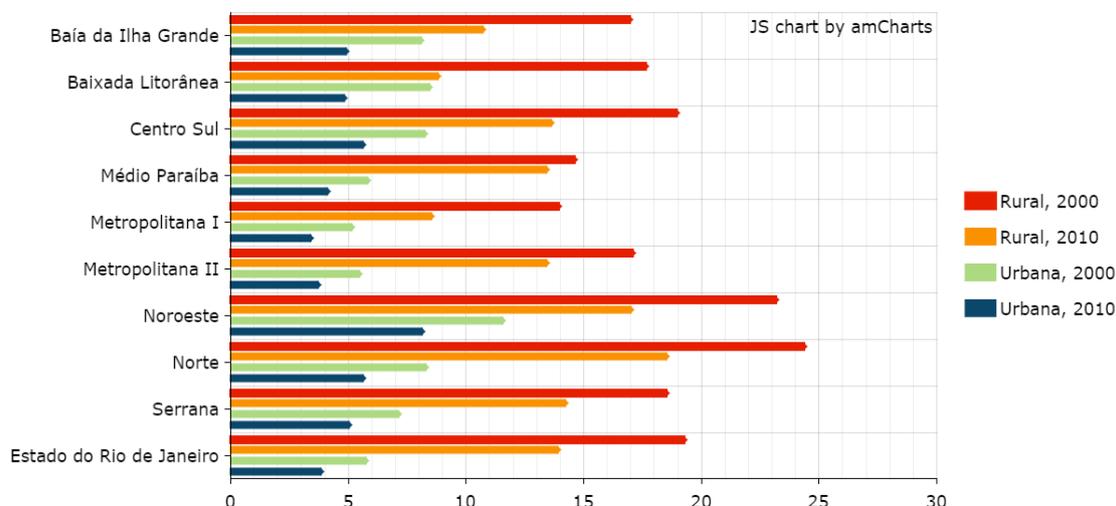


Fonte: IBGE / Microdados da Amostra do Censo Demográfico 2010.

#### 1.4. Qualidade de vida e educação

As condições socioeconômicas regionais influenciam direta e indiretamente os processos de adoecimento e morte, não apenas aumentando os riscos e vulnerabilidades, mas também influenciando as possibilidades de acesso aos recursos preventivos e curativos em saúde. Nesse sentido, diversos estudos têm mostrado que, quanto mais elevados os níveis de escolaridade de uma população, mais capaz ela será de buscar, identificar e reivindicar serviços de saúde adequados às suas necessidades. O analfabetismo no estado, apesar de mostrar uma queda constante entre 2000 e 2010, ainda pode ser considerado elevado, especialmente nas áreas rurais, destacando-se as regiões Norte e Noroeste. Por outro lado, diminuiu a diferença entre os sexos quanto à alfabetização.

**Gráfico 9: Evolução da taxa de analfabetismo da população de 15 anos e mais, por situação, segundo as regiões de saúde e o Estado do Rio de Janeiro, 2000 e 2010.**



Fonte: IBGE / Microdados da Amostra dos Censos Demográficos 2000 e 2010.

Enfim, os processos de transição demográfica e epidemiológica têm efeitos positivos, como o aumento da expectativa de vida e a diminuição da mortalidade por doenças transmissíveis e causas materno-infantis. Contudo, o envelhecimento da população e o aumento do peso das enfermidades crônicas na carga de doença requerem maiores esforços para enfrentamento desses problemas de grande magnitude, ao lado daqueles que persistem principalmente associados às condições materiais de vida de parcelas consideráveis da população.

Assim, de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, com base na PNAD/IBGE 2013, o ERJ possui 3,77% de sua população vivendo em condições de extrema pobreza, apesar de possuir a sexta maior renda per capita nacional. A desigualdade entre municípios e regiões revela que a distribuição da renda não ocorreu de forma correspondente ao aumento da riqueza nos anos recentes. As regiões Norte e Noroeste apresentam as maiores proporções de pessoas naquelas condições, mas entre seus municípios também existem contrastes significativos. Portanto, é preciso atenção à espacialização dos problemas, inclusive, de saúde.

As condições de vulnerabilidade social não podem ser dissociadas do processo saúde-doença e suas determinações. O ERJ, apesar de ser um dos mais ricos do país, ainda apresenta índices preocupantes de desigualdade em seu território, que repercutem sobre o estado de saúde de seus habitantes, bem como sobre o acesso aos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento.

## 2. PERFIL DE MORBIMORTALIDADE

O estado de saúde de uma população pode ser medido pela frequência das doenças que a atingem. Um avanço importante na medição dessa frequência e consequências das doenças ocorreu com a criação de um indicador sintético capaz de mensurar a ‘carga global de doença’ em uma coletividade. O indicador ‘Anos de Vida Ajustados por Incapacidade’ (DALY, em inglês), apesar de não ser isento de críticas, tem sido utilizado em todo o mundo.

O DALY é a soma dos anos de vida perdidos devidos à morte prematura (YLL – *years of life lost*) e dos anos vividos com incapacidade (YLD – *years lived with disability*). Logo, acrescenta aos indicadores clássicos de mortalidade e morbidade o peso relativo de uma determinada doença em termos de anos de vida perdidos (em relação à expectativa de vida na referida população) ajustados por incapacidades. Ao identificar morbidades e respectivas sequelas comprometedoras da qualidade de vida dos indivíduos, o DALY é capaz de identificar as doenças que não levam ao óbito, mas que são incapacitantes (Figueiredo; Schramm e Pepe, 2014).

No Brasil, um estudo com estimativas da carga de doença foi publicado em 2002, tendo como base o ano de 1998, e uma nova estimativa foi publicada, em 2013, com dados de 2008, ambos os trabalhos conduzidos por pesquisadores da ENSP/FIOCRUZ.

Os resultados da última estimativa revelam que a carga de doença é maior entre os homens – 208 dias perdidos por mil habitantes masculinos e 183 para cada mil mulheres. Quando decomposto em mortes e incapacidade, o indicador de dias perdidos por mortes entre os homens também supera o das mulheres, 122 e 72 por mil hab., respectivamente. Contudo, o indicador de dias perdidos por incapacidade é maior entre as mulheres (110) do que entre os homens (86), disparidade provavelmente associada às mortes violentas, cujo risco de ocorrer entre homens é maior.

O estudo estimou a carga de doença associada a 107 causas de morte e incapacidade específicas, divididas em 21 grupos que, por sua vez, foram separados em três grandes grupos: doenças infecciosas e parasitárias, condições maternas, perinatais e deficiências nutricionais (Grupo I); doenças não transmissíveis (Grupo II) e causas externas – acidentes e violências (Grupo III). No Brasil, 77,2% dos dias perdidos por morte e incapacidade foram relacionados ao Grupo II; 13,2% ao Grupo I e 9,5% ao Grupo III. Portanto, quase três quartos das causas de mortes e incapacidade resultam de doenças não transmissíveis.

Entre os homens, as três causas mais importantes foram doença cardíaca isquêmica (7,2%), homicídio e violência (6,7%) e abuso e dependência de álcool (5,0%). Já entre as mulheres, depressão (13,4%), doença cardíaca isquêmica (6,4%) e diabetes mellitus (5,0%).

Além destas, os resultados apontam outras acentuadas diferenças entre os sexos, revelando a complexidade e a variação de causas de morte e incapacidade no Brasil, outros aspectos relevantes a serem considerados. O primeiro deles, como já apontado anteriormente, é a magnitude das doenças não transmissíveis e o peso relativamente pequeno das chamadas doenças da pobreza. O segundo diz respeito à desigualdade regional, que apesar da mudança do perfil epidemiológico no país, continua associado à ‘geografia da pobreza’, com as taxas obtidas para as macrorregiões brasileiras variando de 218 dias perdidos por mil habitantes no Nordeste até 180 para o Sul, ficando o Sudeste na segunda melhor posição, com 185 dias perdidos por mil habitantes. O terceiro é o diferencial entre os sexos, a ser considerado no desenho das políticas e estratégias para enfrentamento dos problemas. Por fim, a relevância das mortes violentas entre os homens, sobretudo na faixa etária entre 15 e 49 anos, apesar de observar-se queda nos anos subsequentes.

A situação do ERJ é convergente com o perfil descrito acima, conforme alguns dados de morbidade e mortalidade selecionados. Do total de internações hospitalares de residentes no estado, os principais grupos de causas, em 2014, foram as doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas causas externas e pelas neoplasias.

**Tabela 1: Proporção de internações hospitalares por grupos de causas, pop. residente, ERJ, 2014**

Região de Saúde	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	Neoplasias	Transtornos mentais e comportamentais	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho respiratório	Doenças do aparelho digestivo	Doenças do aparelho geniturinário	Causas externas	Causas mal definidas	Demais causas
Baía da Ilha Grande	5,58%	7,76%	1,03%	14,11%	12,39%	13,96%	9,10%	14,60%	1,91%	19,56%
Baixada Litorânea	6,15%	9,97%	0,84%	13,19%	8,82%	14,56%	9,81%	14,51%	1,55%	20,60%
Centro-Sul	4,89%	5,89%	1,70%	16,76%	11,52%	10,84%	9,40%	12,92%	1,16%	24,91%
Médio Paraíba	5,28%	6,93%	3,05%	17,24%	10,55%	12,38%	9,85%	10,66%	1,94%	22,11%
Metropolitana I	8,81%	11,64%	3,02%	10,42%	8,57%	12,38%	8,02%	14,20%	1,95%	20,97%
Metropolitana II	7,35%	7,57%	2,09%	16,19%	21,86%	8,75%	6,44%	12,02%	1,93%	15,80%
Noroeste	9,26%	7,36%	2,11%	19,94%	13,63%	10,85%	10,27%	9,09%	1,90%	15,60%
Norte	8,52%	11,52%	2,80%	14,26%	11,79%	12,78%	9,09%	11,69%	1,23%	16,31%
Serrana	5,32%	7,16%	1,89%	16,26%	11,02%	13,99%	10,41%	13,26%	1,31%	19,37%
<b>Estado</b>	<b>7,75%</b>	<b>9,84%</b>	<b>2,59%</b>	<b>13,27%</b>	<b>11,23%</b>	<b>12,09%</b>	<b>8,48%</b>	<b>13,13%</b>	<b>1,80%</b>	<b>19,82%</b>

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS

Nota: dados preliminares, com situação da base nacional em 30/04/2015, sujeitos à retificação; não foram consideradas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) de continuidade (tipo 5) e foi excluído o Capítulo XV – Gravidez, Parto e Puerpério.

Ainda de acordo com outro indicador de morbidade hospitalar, em que pesem as suas limitações, observam-se variações geográficas na distribuição das taxas de internação por causas selecionadas, segundo regiões, indicando situações de desigualdade que demandam análises e ações específicas no território.

**Tabela 2: Taxas de internação hospitalar (SUS) por causas selecionadas, segundo regiões, ERJ, 2014**

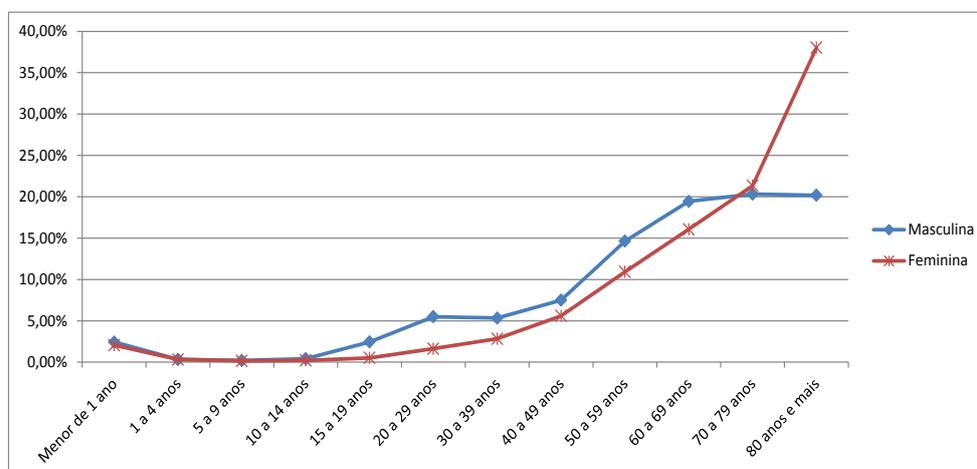
Região de Saúde	Pneumonia	Neoplasias malignas	Diabete melito	Doenças hipertensiv	Doenças isquêmicas do coração	Doenças cerebrovasculares
Baía da Ilha Grande	26,8	16,9	5,3	2,3	11,9	9,1
Baixada Litorânea	15,7	16,3	4,9	4,1	10,2	5,1
Centro-Sul	34,7	18,6	14,1	8,9	19,3	16,8
Médio Paraíba	27	23,7	9,4	5,4	17,8	13,7
Metropolitana I	13,3	21,3	2,8	1,3	5,4	6,8
Metropolitana II	26,4	17,2	6,3	2,5	7,4	7,5
Noroeste	44,5	35,5	14,4	13,5	37,7	19,6
Norte	29	35,8	6,5	2,9	14,7	7,1
Serrana	26,4	22,5	8,3	5	20,2	11,2
<b>Estado</b>	<b>18,6</b>	<b>21,7</b>	<b>4,7</b>	<b>2,5</b>	<b>8,9</b>	<b>8</b>

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS

Nota: dados preliminares, com situação da base nacional em 30/04/2015

Já em relação à mortalidade, verifica-se o diferencial entre os sexos e a sobremortalidade masculina, mais acentuada na faixa etária de 15 a 39 anos.

**Gráfico 10: Mortalidade proporcional por faixa etária e sexo, ERJ, 2014**



Fonte: SES/RJ, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Nota: dados sujeitos à retificação.

A distribuição dos óbitos segundo grupos de causas aponta que as doenças do aparelho circulatório respondem pela maioria das mortes no Estado (30,42%), seguidas pelas neoplasias (17,05%) e pelas causas externas (11,22%). Juntos, estes três grupos correspondem a mais da metade dos óbitos ocorridos em 2014.

**Tabela 3: Mortalidade proporcional por grupos de causas, segundo regiões, ERJ, 2014**

Região de Saúde	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	Neoplasias	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho respiratório	Algumas afecções originadas no período perinatal	Causas externas de morbidade e mortalidade	Demais causas definidas
Baía da Ilha Grande	4,30%	16,37%	8,18%	27,25%	11,23%	1,53%	17,61%	13,52%
Baixada Litorânea	5,68%	16,09%	6,13%	28,60%	11,85%	2,14%	15,18%	14,33%
Centro-Sul	4,74%	17,15%	7,81%	34,37%	10,43%	1,21%	9,75%	14,53%
Médio Paraíba	4,58%	18,40%	5,73%	32,42%	11,57%	1,43%	8,74%	17,14%
Metro I	6,95%	16,98%	6,07%	30,44%	13,08%	1,33%	10,19%	14,97%
Metro II	5,58%	18,27%	7,25%	30,01%	11,77%	1,16%	11,82%	14,12%
Noroeste	4,29%	17,03%	5,70%	32,50%	14,67%	0,72%	10,49%	14,60%
Norte	4,90%	16,66%	6,21%	27,76%	13,20%	2,06%	16,16%	13,05%
Serrana	3,27%	17,96%	6,68%	33,07%	11,70%	1,56%	9,57%	16,18%
<b>Estado</b>	<b>6,18%</b>	<b>17,05%</b>	<b>6,25%</b>	<b>30,42%</b>	<b>12,64%</b>	<b>1,38%</b>	<b>11,22%</b>	<b>14,22%</b>

Fonte: SES/RJ, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Nota: dados sujeitos à retificação

Finalmente, a taxa de mortalidade infantil vem apresentando tendência de queda no estado, mas é importante observar os diferenciais entre as regiões e municípios. A tabela abaixo, com valores para o ano de 2014, mostra que algumas regiões apresentam taxas maiores do que aquela verificada para o estado.

**Tabela 4: Taxa de mortalidade Infantil, segundo regiões, ERJ, 2014**

Região de Saúde	Taxa de mortalidade infantil
Baía da Ilha Grande	12,8
Baixada Litorânea	13,6
Centro-Sul	11,9
Médio Paraíba	11,5
Metropolitana I	12,5
Metropolitana II	11,7
Noroeste	9,5
Norte	14,1
Serrana	15
<b>Estado</b>	<b>12,7</b>

Fonte: SES/RJ – SIM/SINASC, situação das informações em 22/05/2015

As taxas de mortalidade são apresentadas por 1000 nascidos vivos e não são corrigidas por subenumeração de óbitos e de nascimentos. Para municípios de pequeno porte (menos de 100.000 hab.), as taxas podem flutuar muito, devido ao pequeno número de ocorrências de óbitos e nascimentos. Recomenda-se, nestes casos, analisa-las agregando vários anos e/ou segundo o número absoluto de óbitos. As taxas apresentadas para município ignorado/não preenchido devem ser desprezadas, mas compõem as taxas para o Estado.

A seguir, apresenta-se um panorama das doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, além de dados relativos a fatores ambientais e à saúde do trabalhador no ERJ.

## 2.1. Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT

As doenças cardiovasculares, as neoplasias, as doenças ligadas à nutrição e ao metabolismo e as doenças respiratórias respondem por mais de 70% de todos os óbitos do estado. A magnitude, a gravidade e a transcendência são critérios de avaliação epidemiológica e mostram a necessidade de inserção das DCNT entre as prioridades das políticas de saúde nas diversas esferas de governo. Os dados de morbimortalidade traduzem a magnitude e a gravidade das doenças, enquanto que a transcendência, os seus fatores de risco.

O diagnóstico das DCNT no ERJ tem como base os sistemas nacionais de informação, especialmente o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), além de dados de pesquisas e inquéritos nacionais (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico - VIGITEL, Pesquisa Nacional de Saúde- PNS e Pesquisa Nacional de Saúde Escolar – PeNSE).

Analisando-se as seis primeiras causas de óbitos em 2013, distribuídas por grupos etários a partir de 25 anos de idade e excetuando-se as causas mal definidas, observou-se que dos 120.008 óbitos registrados no estado, 88.771 (74,0%) foram por DCNT.

**Tabela 5: Principais causas de óbitos (número absoluto) distribuídos por faixa etária, ERJ, 2013**

Faixa Etária	25 a 29 anos	30 a 34 anos	35 a 39 anos	40 a 44 anos	45 a 49 anos	50 a 54 anos	55 a 59 anos	60 a 64 anos	65 a 69 anos	70 a 74 anos	75 a 79 anos	≥ 80 anos
1 <sup>a</sup>	CE 1272	CE 1152	CE 921	DAC 854	DAC 1412	DAC 2291	DAC 3012	DAC 3738	DAC 4056	DAC 4380	DAC 5027	DAC 11709
2 <sup>a</sup>	DIP 222	DIP 362	DAC 471	CE 800	NEO 1007	NEO 1646	NEO 2290	NEO 2536	NEO 2513	NEO 2475	NEO 2372	DAR 6593
3 <sup>a</sup>	DAC 141	DAC 298	DIP 400	NEO 578	CE 720	CE 633	DAR 801	DAR 1058	DAR 1296	DAR 1676	DAR 2120	NEO 4190
4 <sup>a</sup>	NEO 120	NEO 247	NEO 354	DIP 421	DIP 460	DAR 589	END 643	END 831	END 1040	END 948	END 1120	END 2377
5 <sup>a</sup>	DAR 69	DAR 114	DAR 180	DAR 265	DAR 365	DIP 525	CE 578	DIP 524	DIP 460	DIP 537	DIP 600	DIP 1577
6 <sup>a</sup>	END 40	END 53	END 108	END 170	END 254	END 380	DIP 512	CE 485	CE 459	CE 418	CE 514	CE 1443

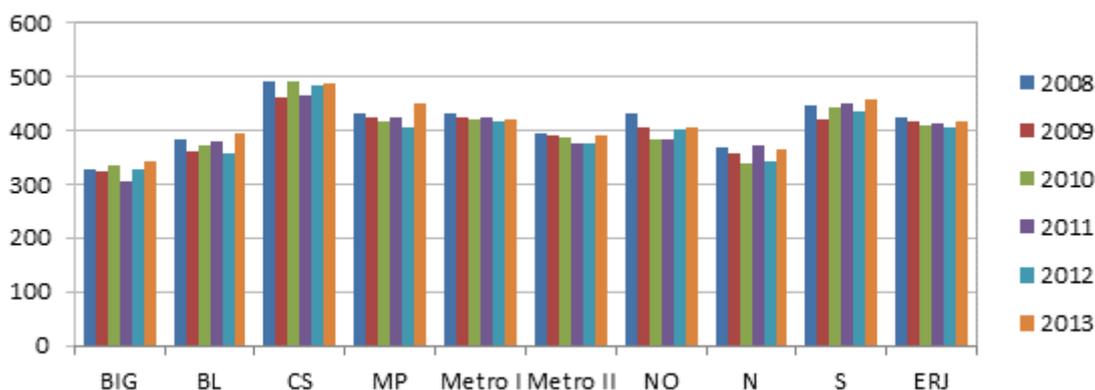
LEGENDA: CE =Causas Externas; DAC = Doenças do Aparelho Circulatório; NEO = Neoplasias; END = Causas Endócrinas, nutricionais e metabólicas; DAR = Doenças do Aparelho Respiratório e DIP =Doenças Infeciosas e Parasitárias.

Fonte: DATASUS/SIM/2013-dados preliminares

Observa-se que dentre as seis principais causas de óbitos no ERJ encontram-se as quatro que compõem o indicador da taxa de mortalidade prematura por DCNT em indivíduos com 30 a 69 anos de idade, preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). A meta estabelecida é a de redução desta taxa em 2% ao ano ou 25% até 2025, meta global adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS/2011) e pactuada entre estados e municípios como um indicador do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de fortalecimento do planejamento 2013-2015, conforme Resolução CIR nº05/2013.

Na figura abaixo é possível observar que as maiores taxas de mortes por DCNT se concentraram nas regiões Centro-Sul e Serrana. As regiões do Médio Paraíba e Metropolitana I apresentaram taxas semelhantes a do estado, ao passo que a Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Norte e Metropolitana II mostraram taxas inferiores. Em todo o período analisado, todas as regiões registraram, no mínimo, 300 mortes por 100 mil habitantes, por ano.

**Gráfico 11: Taxas de mortes por DCNT, em indivíduos com 30 a 69 anos de idade, por 100 mil/hab., ano e pelo conjunto das quatro principais DCNTs. Estado do Rio de Janeiro, 2008 a 2013**



Fonte: Tabnet/Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, acesso em 10/03/15. Obs.: Mortes prematuras, segundo o método de cálculo do indicador definido pelo Ministério da Saúde, são consideradas a partir da faixa etária de 30 anos.

Cumprir destacar que os registros revelam tratar-se de mortes prematuras causadas por DCNT, as quais apresentam curso silencioso e multicausal, mas que são passíveis de controle no âmbito da AB. Algumas delas, como por exemplo o câncer, quando diagnosticadas precocemente, frequentemente têm maiores chances de cura. Esse desfecho, em indivíduos economicamente ativos, revela que tanto se faz necessário envidar ainda mais esforços para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, em particular da AB, quanto se faz necessário aprimorar as estratégias de promoção, diagnóstico e prevenção das condições crônicas nas faixas etárias mais jovens.

Estas recomendações são ainda mais relevantes quando se leva em conta a tendência da mortalidade por este grupo de doenças nas unidades federadas brasileiras, conforme estudo recente sobre o tema (Alves e Moraes Neto, 2015). O cenário projetado para os próximos anos é preocupante: para as neoplasias e diabetes, todos os estados apresentaram cenários desfavoráveis para o cumprimento das metas do Plano de Enfrentamento das DCNT.

Em relação ao câncer, os dados de morbidade e mortalidade têm sido monitorados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA). O Rio de Janeiro é um dos estados com maior incidência, conforme a projeção de novos casos para 2014, estado e capital, demonstrada a seguir.

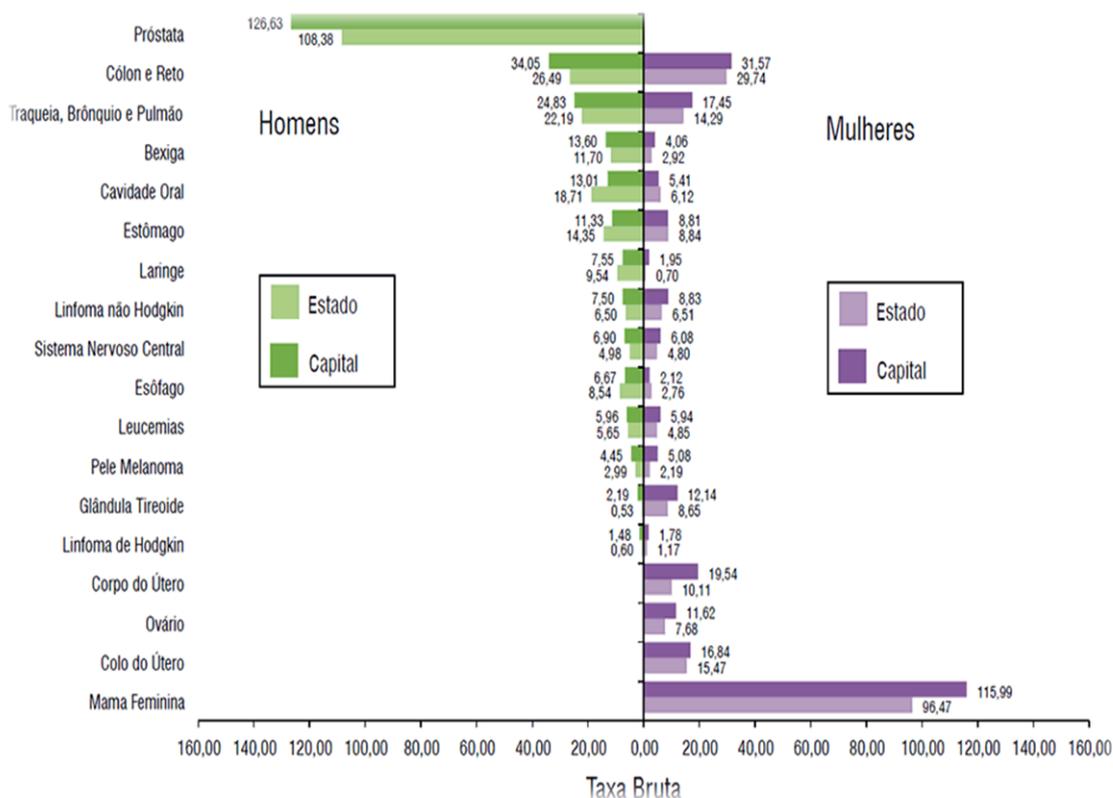
**Tabela 6: Estimativas para o ano de 2014 de taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária.**

Rio de Janeiro e Rio de Janeiro capital								
Estimativas para o ano de 2014 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*								
Localização Primária da Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estado		Capital		Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	8.580	108,38	3.890	126,63	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	8.380	96,47	4.050	115,99
Colo do Útero	-	-	-	-	1.340	15,47	590	16,84
Traqueia, Brônquio e Pulmão	1.760	22,19	760	24,83	1.240	14,29	610	17,45
Cólon e Reto	2.100	26,49	1.050	34,05	2.580	29,74	1.110	31,57
Estômago	1.140	14,35	350	11,33	770	8,84	310	8,81
Cavidade Oral	1.480	18,71	400	13,01	530	6,12	190	5,41
Laringe	760	9,54	230	7,55	60	0,7	70	1,95
Bexiga	930	11,7	420	13,6	250	2,92	140	4,06
Esôfago	680	8,54	210	6,67	240	2,76	70	2,12
Ovário	-	-	-	-	670	7,68	410	11,62
Linfoma de Hodgkin	50	0,6	40	1,48	100	1,17	60	1,78
Linfoma não Hodgkin	510	6,5	230	7,5	560	6,51	310	8,83
Glândula Tireoide	40	0,53	70	2,19	750	8,65	420	12,14
Sistema Nervoso Central	390	4,98	210	6,9	420	4,8	210	6,08
Leucemias	450	5,65	180	5,96	420	4,85	210	5,94
Corpo do Útero	-	-	-	-	880	10,11	680	19,54
Pele Melanoma	240	2,99	140	4,45	190	2,19	180	5,08
Outras Localizações	3.810	48,12	1.510	49,07	4.060	46,74	1.650	47,25
<b>Subtotal</b>	<b>22.920</b>	<b>289,47</b>	<b>9.690</b>	<b>315,3</b>	<b>23.440</b>	<b>269,9</b>	<b>11.270</b>	<b>322,98</b>
Pele não Melanoma	14.570	183,99	6.800	221,22	12.750	146,79	7.030	201,57
<b>Todas as Neoplasias</b>	<b>37.490</b>	<b>473,48</b>	<b>16.490</b>	<b>536,57</b>	<b>36.190</b>	<b>416,71</b>	<b>18.300</b>	<b>524,44</b>

\*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10  
Fonte: INCA/MS

**Gráfico 12: Taxas brutas de incidência estimadas para 2014, por sexo, segundo estado e capital.**

**Taxas brutas de incidência estimadas para 2014 por sexo, segundo Estado e capital\***



\*Valores por 100 mil habitantes . Fonte: INCA/MS

Embora a incidência do câncer venha aumentando no Brasil, o acesso à prevenção e ao tratamento ainda é bastante desigual, sendo que muitos casos, quando identificados, já estão em estado avançado.

Quanto ao Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) cabe ressaltar que ambos têm alta prevalência na população brasileira. O envelhecimento da população, fatores individuais, assim como os fatores de risco comportamentais (tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada, obesidade, estresse, dentre outros) estão diretamente relacionados com o impacto destas doenças no perfil de morbimortalidade da população.

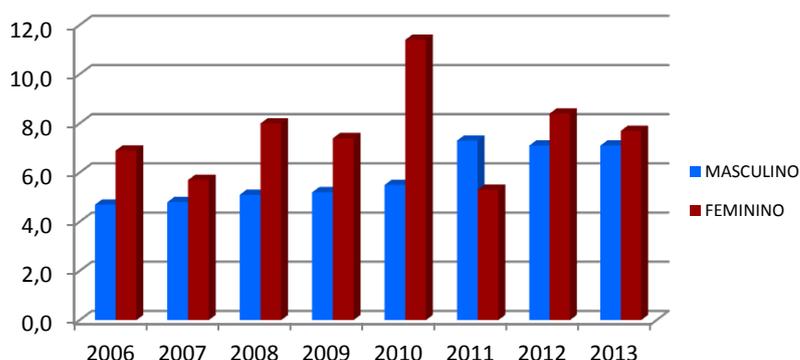
A HAS é responsável por complicações crônicas importantes, tendo um papel relevante na gênese de parcela considerável dos casos de Acidente Vascular Encefálico (AVE), Doença Arterial Coronariana (DAC), Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e Doença Renal Crônica (DRC), os quais são problemas invariavelmente associados a altos custos humanos e assistenciais. Segundo o Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS/2013, MS), a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referiram diagnóstico de Hipertensão Arterial no ERJ foi de 23,9%.

O DM também constitui um importante fator de risco e de disfunção (comorbidade) para condições graves, tais como, as Doenças Cardiovasculares, Insuficiência Renal e a Retinopatia. Em

relação ao DM, segundo a PNS/2013, a proporção de pessoas de 18 anos ou mais que referiram diagnóstico médico de diabetes no ERJ foi de 6,4%, sendo os valores encontrados para a região Sudeste e para o país iguais a 7,1% e 6,2 %, respectivamente.

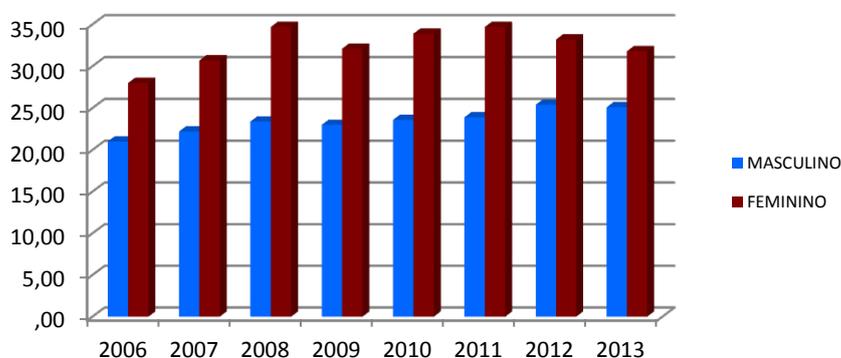
Comparando-se os dados do sistema Vigitel apresentados nos dois gráficos abaixo, pode-se observar que, com exceção do ano de 2011, a frequência de HAS ultrapassou o dobro da frequência de DM e as mulheres referem mais essas patologias, em todos os anos analisados. Sabe-se que as mulheres frequentam mais as unidades de saúde, fato que se associa às questões de sexo (por ex. maior adesão aos programas) e gênero (por ex. tarefa de acompanhar a família). Essas visitas mais frequentes às unidades representam uma maior oportunidade de diagnóstico precoce dessas doenças, na fase assintomática (Chaimowicz, 2013).

**Gráfico 13: Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram diagnóstico médico de Diabetes Mellitus, Capital RJ, 2006 a 2013.**



Fonte: Vigitel/MS

**Gráfico 14: Percentual de adultos (≥ 18 anos) que referiram diagnóstico médico de Hipertensão Arterial Sistêmica, Capital RJ, 2006 a 2013.**



Fonte: Vigitel/MS

Em relação às causas externas, segundo estimativa da carga global de doença para este grupo em 2008 (Campos et al, 2015), no Brasil a categoria homicídio e violência foi a maior responsável pelos anos de vida perdidos, constituindo 38,8% do total da carga de doença relacionada a este grupo de causas. Os acidentes de trânsito ocuparam o segundo lugar (29,1%), seguidos por outras causas não intencionais (9,5%) e quedas (8,3%).

Os homens apresentaram uma taxa cinco vezes maior do que as mulheres, sendo a categoria homicídio e violência a principal, seguida pelos acidentes de trânsito. Quanto à estratificação etária, a faixa com maior representação foi a de 15-29 anos, seguida daquela de 30-44 anos, resultado verificado tanto para as causas intencionais quanto não intencionais, vitimando, assim, indivíduos economicamente ativos, produzindo impactos negativos sobre a renda das famílias.

As quedas se revelaram mais frequentes entre crianças e idosos e o ambiente doméstico é onde ocorrem com maior frequência. Dado o perfil demográfico da população, nas regiões Sul e Sudeste, onde há maior concentração de idosos, esta frequência é ainda mais expressiva.

No ERJ, os problemas relacionados às causas externas de morbimortalidade foram identificados como dos mais frequentes e prioritários nas regiões de saúde. Os acidentes de trânsito constituem uma das principais causas de morbimortalidade, com índices aumentando ao longo dos anos, principalmente envolvendo motociclistas.

O custo dos acidentes para o SUS com internações e atendimento às vítimas é considerável, sendo necessário o fortalecimento de medidas multissetoriais de vigilância e prevenção de lesões e mortes no trânsito, tal como preconizado no Projeto Vida no Trânsito do Ministério da Saúde.

As ações têm como foco as intervenções sobre os fatores de risco prioritários, quais sejam: associação de álcool e direção, velocidade excessiva ou inadequada. Também foi priorizado o trabalho com foco no usuário vulnerável – motociclistas, o que motivou o Governo federal a lançar um Plano Nacional de Enfrentamento das Lesões e Mortes envolvendo Motociclistas.

### **2.1.1. Fatores de Risco associados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis**

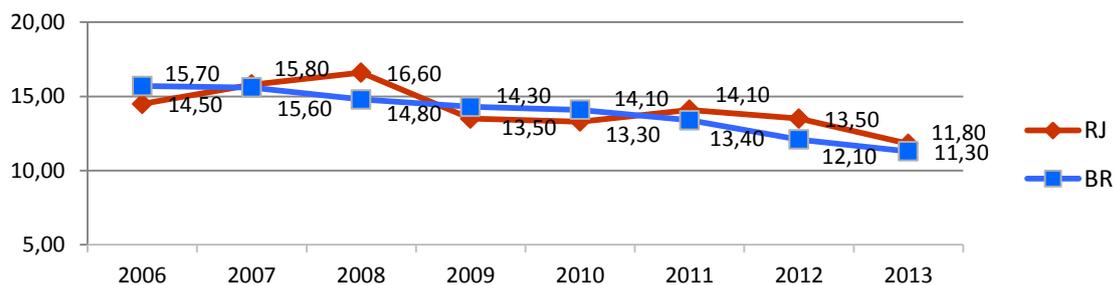
O termo fator de risco está associado ao aumento do risco que uma pessoa tem de desenvolver alguma doença. As DCNT são multifatoriais e influenciadas pelas condições socioeconômicas, fatores comportamentais e herança genética. Dentre os fatores de risco comportamentais, destacam-se o tabagismo, a alimentação inadequada e o sedentarismo.

### a) Tabagismo

É uma doença e um fator de risco importante para as DCNT, constituindo um problema de saúde pública. De acordo com os dados da OMS 2 bilhões de pessoas são vítimas do fumo passivo (inalação por não fumantes, da fumaça da queima de produtos derivados do tabaco) e destas, 700 milhões são crianças que sofrem com maior incidência de bronquites, pneumonias e infecções no ouvido. O fumo passivo é a terceira maior causa de morte evitável no mundo e a fumaça do cigarro é o principal agente poluidor em ambientes fechados.

Segundo o Vigitel 2013, na capital do ERJ, a prevalência de fumantes (indivíduos que fumam, independente do nº de cigarros, da frequência e da duração do hábito de fumar) em 2013 foi de 11,8%. Observa-se uma tendência de queda do percentual de fumantes, a partir de 2008. Ressalta-se que algumas ações, como a expansão do programa de tratamento para cessação de tabagismo, a Lei Estadual 5.517/2009 que proíbe o consumo de qualquer produto fumígeno em ambientes de uso coletivo e as ações de fiscalização de estabelecimentos podem ter tido um papel relevante nesta diminuição desde 2008.

**Gráfico 15: Percentual de fumantes adultos (≥ 18 anos). Capital RJ e Brasil, 2006 a 2013**



Fonte: Vigitel/MS.

Dados da PNS de 2013 revelam que a prevalência de fumantes no estado do Rio de Janeiro foi de 12,7%, abaixo da média nacional (15,0%) e da região Sudeste (15,1%). Um dado relevante desta pesquisa aponta que 49% dos fumantes tentaram parar de fumar nos últimos 12 meses e, destes, apenas 7,9% procuraram tratamento com profissional de saúde, o que alerta a necessidade de melhores estratégias de promoção do programa de cessação de tabagismo no estado.

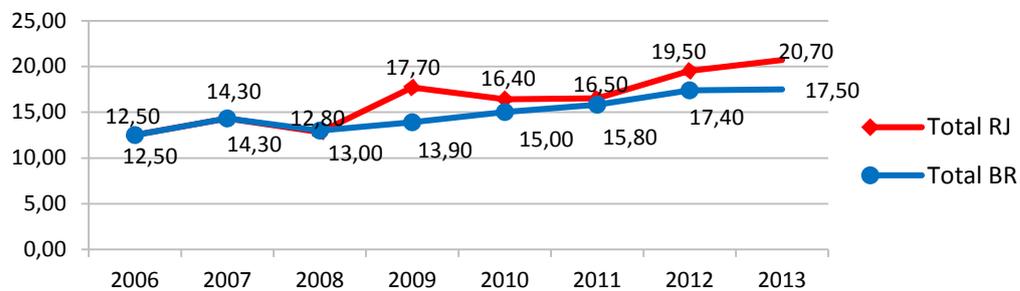
De acordo com informações obtidas através dos relatórios trimestrais de atendimento do Programa Estadual de Controle de Tabagismo, o estado possui, no primeiro quadrimestre de 2015, 70 municípios com oferta de tratamento e 7 municípios em processo de inicialização, perfazendo um total de 386 unidades que ofertam tratamento para cessação de tabagismo, com 28.714 pacientes atendidos em 2014.

## b) Obesidade

A obesidade é uma doença e constitui-se como um importante fator de risco para a ocorrência de HAS, Acidente Vascular Encefálico (AVE), além de algumas neoplasias. É o principal fator de risco para o Diabetes e vem apresentando incidência crescente entre os jovens no Brasil.

Os dados do Vigitel 2013 revelaram que pela primeira vez, desde o início do inquérito em 2006, o percentual de excesso de peso e de obesidade manteve-se estável no país. Cenário diferente foi observado no ERJ, onde o percentual de adultos com obesidade mantém-se com tendência de aumento desde 2006.

**Gráfico 16: Percentual de adultos (≥ 18 anos) com obesidade (IMC ≥30 kgm<sup>2</sup>) segundo a prevalência. Capital RJ e Brasil, 2006 a 2013**



Fonte: Vigitel/MS. Índice de Massa Corporal (IMC)

Somam-se ao quantitativo de obesos identificados os indivíduos que apresentam excesso de peso, porém não se enquadram na classificação de obesidade. A prevalência de excesso de peso encontrada para a capital do ERJ, em 2013, foi de 53,1%, sendo que para o sexo masculino e para o sexo feminino encontraram-se os valores de 57,9% e 49,1%, respectivamente.

## c) Alimentação inadequada

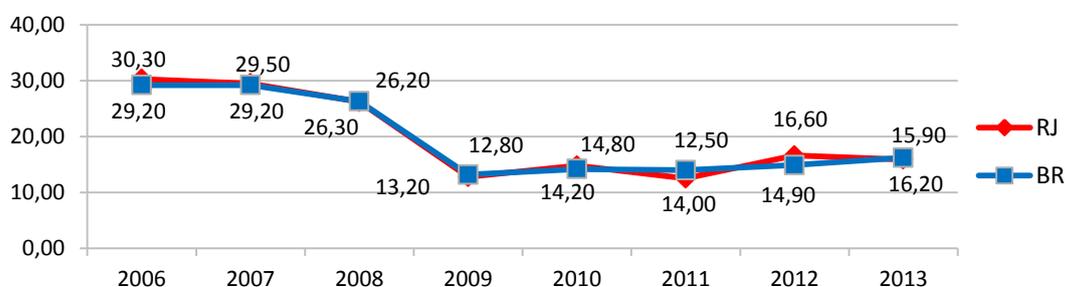
Para frear a tendência de crescimento do excesso de peso faz-se necessário provocar mudanças no perfil alimentar da população. Algumas pesquisas como Vigitel, Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e PeNSE incorporam dados de consumo de determinados alimentos na composição de indicadores. Segundo o Vigitel, a partir do ano de 2011 houve na capital do estado uma redução no consumo de três importantes marcadores alimentares: carne com excesso de gordura (redução de 31,5% para 27,6%), leite com teor integral de gordura (51,9% para 48%) e consumo regular de refrigerantes (35,1% para 26%).

#### d) Inatividade Física (sedentarismo)

A redução da atividade física está associada a várias DCNT. Segundo a OMS, 1,9 milhões de mortes devem-se à redução da atividade física no mundo. A inatividade física é caracterizada no Vigitel como: inexistência de atividade física no lazer nos últimos três meses; ausência de esforços físicos intensos no trabalho; quando o indivíduo não se desloca para o trabalho ou para a escola a pé ou de bicicleta, perfazendo um mínimo de 10 minutos por trajeto/dia; quando o indivíduo não participa da limpeza pesada de suas casas.

Segundo o Vigitel, no ano de 2013, na capital ERJ, encontrou-se o valor de 15,9% de adultos sedentários. Na série histórica, ao longo de 8 anos, a partir de 2009, fica evidente o acréscimo anual nas prevalências tanto para a capital quanto para o país.

**Gráfico 17: Percentual de Inatividade Física em adultos (≥ 18 anos). Capital RJ, 2006-2013**



Fonte: Vigitel/MS

#### 2.1.2. Fatores de Proteção

Os chamados fatores de proteção são aqueles associados à prevenção de doenças, conforme apresentados a seguir.

##### a) Consumo de alimentos marcadores de alimentação saudável

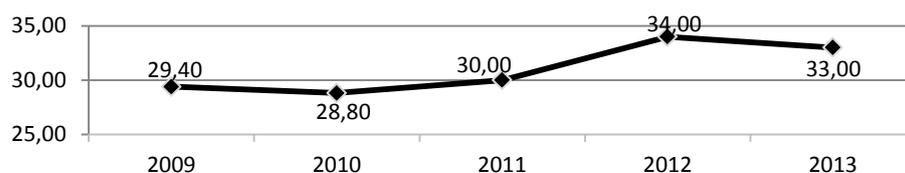
Os alimentos utilizados para compor os marcadores saudáveis de alimentação são, resumidamente, o consumo regular e/ou recomendado de frutas, hortaliças e feijão. Estes marcadores apresentaram na capital do ERJ uma diminuição do seu consumo em 2013, quando comparado com 2012.

##### b) Prática de Atividade Física

A atividade física tem demonstrado uma relação inversa com a morbidade e mortalidade cardiovascular, do mesmo modo, altos níveis de atividade física no tempo livre estão associados ao aumento da longevidade.

Em 2009, houve uma redefinição do conceito do indicador “atividade física suficiente no lazer (tempo livre)” no Vigitel para “prática de 150 minutos semanais de atividade física de intensidade leve ou moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa”, não considerando atividade com duração inferior a 10 minutos para efeito do cálculo da soma diária de minutos despendidos pelo indivíduo com exercícios físicos. O gráfico abaixo mostrou, no período de 2011 para 2012, um aumento do percentual de ativos, seguido de queda em 2013.

**Gráfico 18: Percentual de Ativo no Lazer em adultos (≥ 18 anos). Capital RJ, 2009 a 2013**



Fonte: Vigitel/MS

Para potencializar as ações necessárias ao fortalecimento e incremento das práticas corporais para a população brasileira, com vistas à melhoria da qualidade de vida, foi instituído no âmbito do SUS o Programa Academia da Saúde, que vem desde 2011 promovendo a implantação de polos nos municípios que aderiram a esse Programa.

No ERJ, um total de 60 municípios aderiu ao Programa, sendo estes contemplados com autorizações para construção de 163 polos, os quais estão distribuídos da seguinte forma por região: BIG (10), Baixada Litorânea (7), Centro-Sul (14), Metropolitana I (49), Metropolitana II (25), Médio Paraíba (20), Serrana (10), Norte (9) e Noroeste (19). Dentre esses, 15 polos estão prontos e funcionando. Ressalta-se que esses polos se constituem como um espaço público “multiuso” para fins de saúde e ação social, visando à integralidade do cuidado e promoção da saúde.

## 2.2. Doenças Transmissíveis

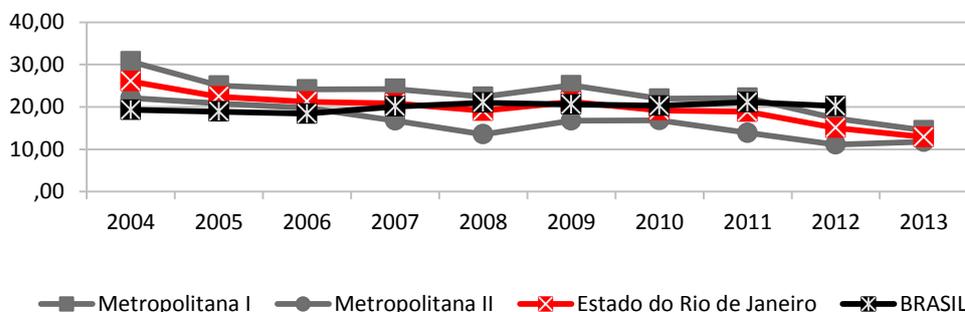
### 2.2.1. AIDS

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sua manifestação clínica em fase avançada, ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), ainda representam um problema de saúde pública de grande relevância na atualidade, em função do seu caráter pandêmico e de sua transcendência.

Os gráficos abaixo mostram a série temporal de 10 anos (2004 a 2013) da taxa de incidência da AIDS, em comparação com a média do estado e do Brasil. Esse indicador estima o risco de ocorrência de AIDS, e não reflete a situação atual de infecção pelo HIV no período de

referência e sim a da doença, cujos sinais e sintomas surgem, em geral, após longo período de infecção assintomática (em média 8 anos), no qual o indivíduo permanece infectante.

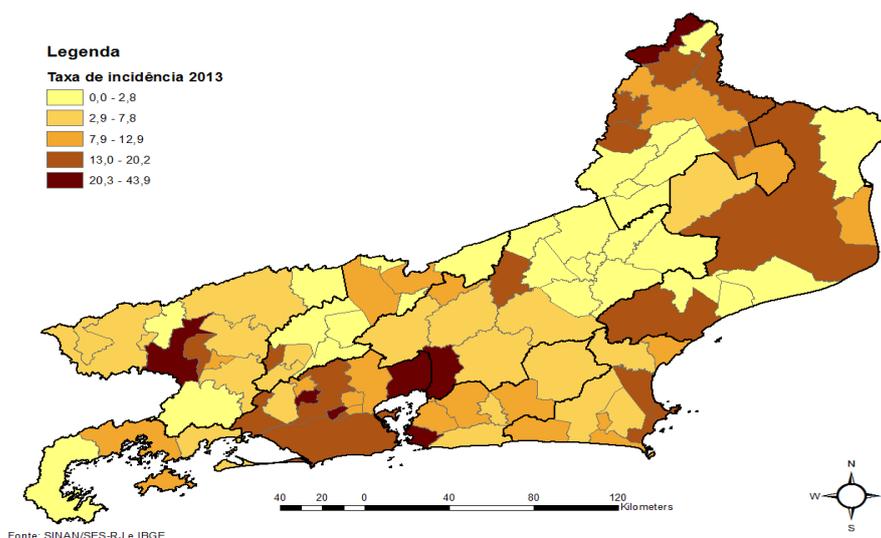
**Gráfico 19: Taxa de incidência de AIDS (por 100.000 habitantes), das regiões de saúde Metropolitana I e II, Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2004 a 2013.**



Fonte: SINAN, dados consultados em 07/07/2014, sujeitos à revisão; e IBGE.

A partir de 2010, as taxas de incidência de AIDS no Brasil foram consideravelmente maiores que as taxas encontradas para o estado, ressalvando-se que os dados utilizados pelo MS são oriundos do relacionamento de outros sistemas de informação (SICLOM, SISCEL e SIM), além do próprio SINAN. No ERJ, o mapa a seguir apresenta o comportamento da taxa de incidência da AIDS nos municípios.

**Mapa 1: Distribuição dos municípios do ERJ por faixas de taxa de incidência de AIDS (por 100.000 habitantes), no ano de 2013.**



As classes (faixas) de agregação dos municípios de acordo com a taxa de incidência de AIDS, em 2013, foram definidas por meio da adaptação do método de quebra natural, de modo que fossem identificados os municípios com taxa de incidência inferior à média do ERJ (12,9). A

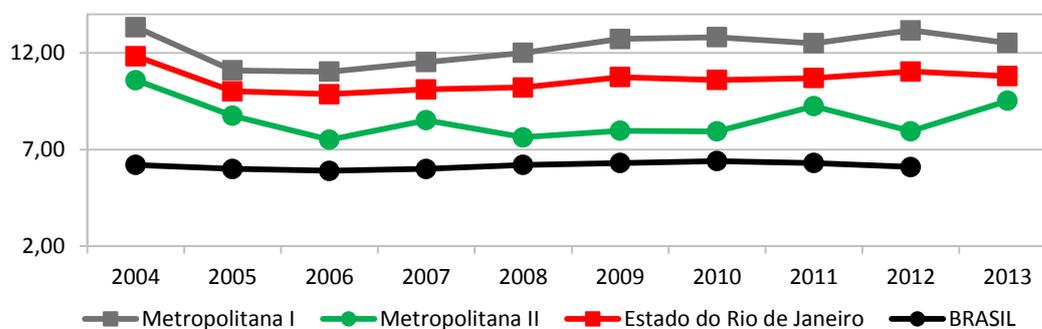
cor mais escura indica aqueles municípios com taxa superior à taxa média do Brasil (20,2) em 2012.

De acordo com o mapa supra, os municípios com maiores taxas de incidência de AIDS, superiores às taxas encontradas no estado e Brasil foram: Barra Mansa e Volta Redonda (Médio Paraíba); Mendes (Centro Sul); Magé, Rio de Janeiro, Itaguaí, Queimados, Nova Iguaçu e Mesquita (Metropolitana I); Niterói (Metropolitana II); Guapimirim e Sumidouro (Serrana); Búzios e Cabo Frio (Baixada Litorânea); Macaé e Campos dos Goitacazes (Norte); Porciúncula, Natividade, Bom Jesus de Itabapoana, Laje de Muriaé, Miracema e Italva (Noroeste).

Cabe ressaltar que a região com maior número de municípios com taxas acima do patamar nacional (20,2) foi a Metropolitana I, com três municípios. Na região Norte, a taxa de incidência de AIDS também apresentou convergência com perfil epidemiológico do estado como um todo, com valores médios bem próximos ao nível estadual, em 2013.

Em relação à mortalidade por AIDS, analisou-se o comportamento da taxa de mortalidade, que estima o risco de morte pela AIDS e dimensiona a magnitude da doença como problema de saúde pública. O gráfico abaixo mostra a série temporal (2004 a 2013) da taxa de mortalidade por AIDS, em comparação com a média do estado e do Brasil.

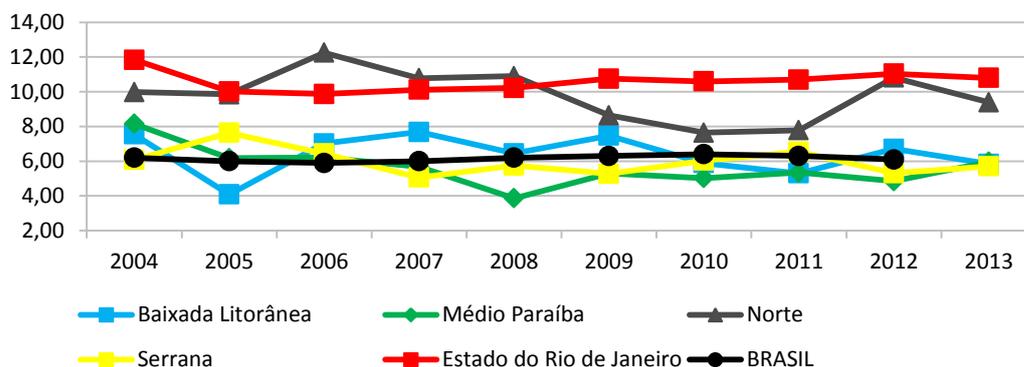
**Gráfico 20: Taxa de mortalidade por AIDS, (por 100.000 habitantes), das regiões Metropolitana I e Metropolitana II, ERJ, Brasil, 2004 a 2013.**



Fonte: SIM, dados consultados em 07/07/2014, sujeitos à revisão; e IBGE.

Entre 2004 e 2012, as taxas de mortalidade por AIDS no Brasil também foram bem menores (aproximadamente a metade) que as taxas encontradas para o estado. Na região Metropolitana I a taxa de mortalidade por AIDS apresentou perfil de distribuição similar às taxas de incidência de casos, com valores acima dos verificados para o estado e para o país no mesmo período. As taxas de incidência de AIDS na região Metropolitana II apresentaram valores abaixo dos verificados para o estado no mesmo período, com exceção do ano 2003.

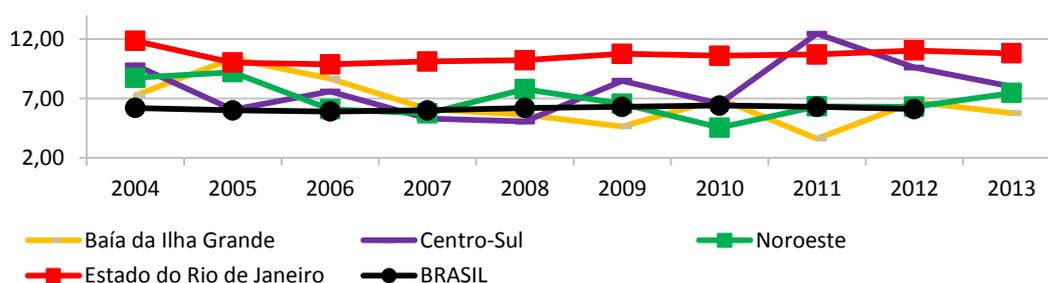
**Gráfico 21: Taxa de mortalidade por AIDS (por 100.000 habitantes), das regiões de saúde Baixada Litorânea, Serrana, Norte, Médio Paraíba, ERJ, Brasil, 2004 a 2013.**



Fonte: SIM, dados consultados em 07/07/2014, sujeitos à revisão/IBGE

Analisando o período de 2004 a 2013, as taxas de mortalidade por AIDS na região da Baixada Litorânea também apresentaram valores abaixo dos verificados para o estado, mas acima das taxas observadas em nível nacional, durante boa parte do período, com tendência irregular e decréscimo em 2013. Na região Serrana a taxa de mortalidade por AIDS também apresentou valores abaixo dos verificados para o estado, mas acima das taxas observadas em nível nacional, durante 2004 e 2006. Já na região Norte, as taxas apresentaram valores abaixo dos verificados para o estado, mas acima das taxas observadas em nível nacional durante 2004 e 2005. A Médio Paraíba apresentou valores abaixo dos verificados para o estado, mas acima das taxas observadas em nível nacional entre 2004 e 2006.

**Gráfico 22: Taxa de mortalidade por AIDS (por 100.000 habitantes), das regiões de saúde Noroeste, Baía da Ilha Grande, Centro Sul, ERJ, Brasil, 2004 a 2013.**



Fonte: SIM, dados consultados em 07/07/2014, sujeitos à revisão; e IBGE.

Analisando o período de 2004 a 2013, as taxas de mortalidade por AIDS na Baía da Ilha Grande apresentaram valores abaixo dos verificados para o ERJ, mas acima das taxas observadas em nível nacional até 2007. Na região Centro Sul as taxas apresentaram valores abaixo dos

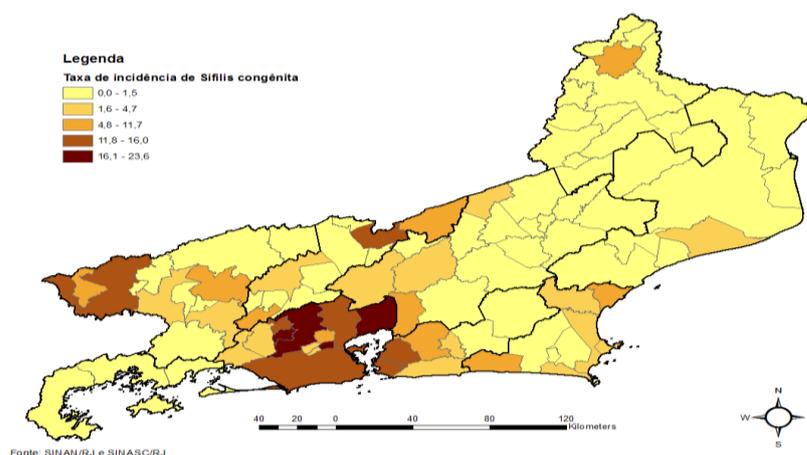
verificados para o estado, mas acima das taxas observadas em nível nacional em quase todo o período. É importante ressaltar a expressiva elevação da taxa para a região a partir de 2009, com pico em 2011. As taxas de mortalidade por AIDS na região Noroeste apresentaram valores abaixo dos verificados para o estado, mas acima das taxas observadas em nível nacional, durante a maior parte da década de 2000.

### 2.2.2. Sífilis

A sífilis congênita representa um grande impacto na morbidade e na mortalidade fetal e perinatal. A taxa de incidência de sífilis congênita indica a frequência anual de casos notificados decorrentes de transmissão vertical do *Treponema pallidum*.

A importância do diagnóstico e tratamento oportuno e adequado das gestantes com sífilis deve ser reforçada entre os gestores e profissionais de saúde, uma vez que são altamente eficazes, proporcionando a redução da transmissão vertical em até 97%. O número de casos notificados dependerá da capacidade de intervenção dos serviços para reduzir a transmissão vertical, diagnosticando e tratando adequadamente as gestantes e seus parceiros.

**Mapa 2 : Distribuição dos municípios do ERJ por faixas de taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), no ano de 2013.**



As classes (faixas) de agregação dos municípios, de acordo com a taxa de incidência de sífilis congênita foram definidas por meio da adaptação do método de quebra natural, de modo que fossem identificados os municípios com taxa de incidência em relação à média do Brasil (1,5) em 2012, dado mais atualizado disponível, e à média no ERJ (11,7) em 2013.

Os municípios com maiores taxas de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), superiores aos encontrados no estado, foram: Resende (Médio Paraíba); Três Rios (Centro

Sul); Magé, Rio de Janeiro, Duque de Caxias, Japeri, Queimados, Nova Iguaçu e São João de Meriti (Metropolitana I); Niterói e São Gonçalo (Metropolitana II).

As outras regiões de saúde do estado não exibiram coeficientes superiores à média estadual. Em relação ao Brasil, os municípios que demonstraram valores acima da média foram: Barra do Piraí, Piraí, Barra Mansa e Itatiaia (Médio Paraíba); Sapucaia e Paracambi (Centro Sul); Mesquita, Nilópolis, Seropédica e Itaguaí (Metropolitana I); Itaboraí, Tanguá e Maricá (Metropolitana II); Guapimirim, Petrópolis, Teresópolis e Carmo (Serrana); Cabo Frio, Saquarema, Búzios, Arraial do Cabo, Casemiro de Abreu e Rio das Ostras (Baixada Litorânea); Quissamã (Norte) e Natividade (Noroeste).

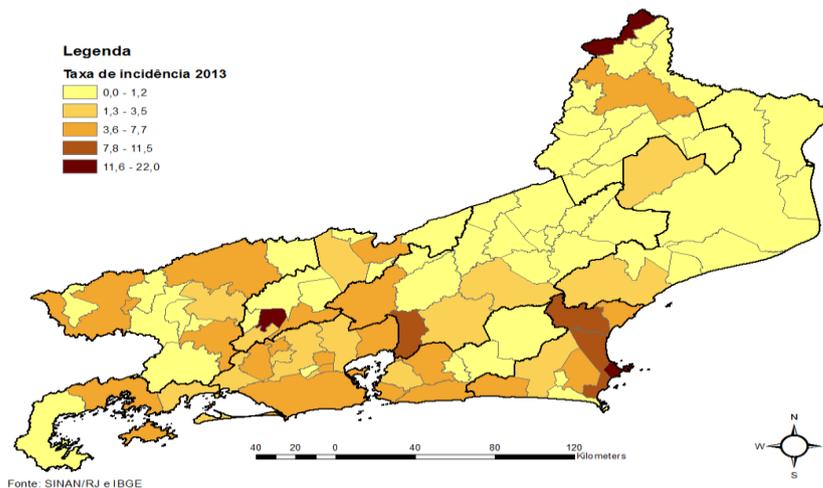
A sífilis congênita poder ser inaparente ao nascimento e o diagnóstico pode ser feito posteriormente. O número de casos confirmados pode sofrer variações ao longo dos anos, devido à possibilidade de retificação em anos posteriores. Tal retificação permite a correção de possível subestimação da situação epidemiológica real decorrente da subnotificação. Por outro lado, um incremento no indicador pode ser derivado tanto da qualidade da atenção pré-natal, como da melhoria da qualidade da notificação de casos de sífilis congênita.

Em 2012 foi agregado o controle da prevenção da transmissão vertical do HIV à estratégia de combate e eliminação da sífilis congênita. Vale ressaltar que a integração dos dois programas otimiza as estratégias de prevenção desses agravos. O Brasil encontra-se entre os quinze países considerados prioritários para o controle da sífilis congênita devido à prevalência de sífilis na gestação e do seu tamanho populacional. A sífilis congênita no Brasil é uma importante causa de morbimortalidade infantil. A mortalidade entre os menores de cinco anos poderia ser reduzida caso a transmissão da sífilis da gestante para o conceito fosse evitada, o que é possível com os recursos disponíveis no SUS e na assistência pré-natal.

### **2.2.3. Hepatite B**

A taxa de incidência de hepatite B estima o risco de ocorrência de casos de hepatite. Os gráficos abaixo mostram a série histórica (2009 a 2013) da taxa de incidência de hepatite B no ERJ.

**Mapa 3: Distribuição dos municípios do ERJ por faixas de taxa de incidência de hepatite B (por 100.000 habitantes), no ano de 2013.**



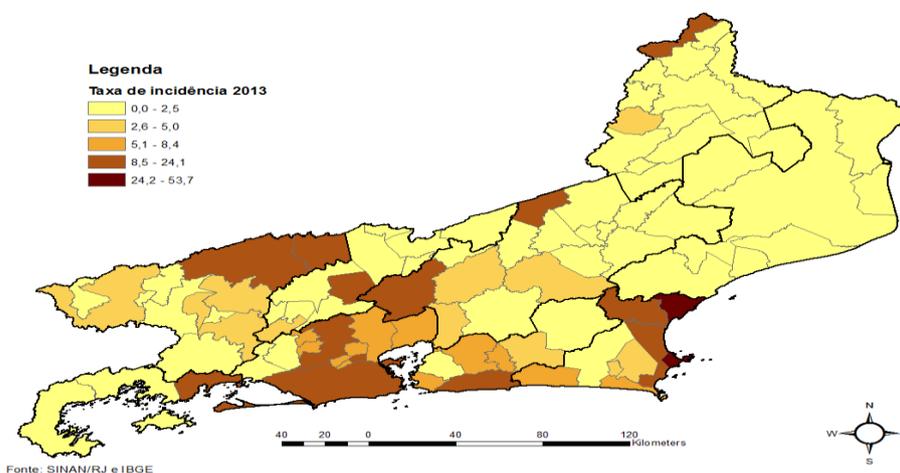
As classes (faixas) de agregação dos municípios, de acordo com a taxa de incidência de hepatite B, foram definidas, por meio da adaptação do método de quebra natural, de modo que fossem identificados os municípios com taxa de incidência em 2013, em relação à média do Estado do Rio de Janeiro (3,5) e do Brasil (7,7), cujo dado mais atualizado disponível é de 2011.

Em relação às regiões de saúde, a Metropolitana I foi a região que apresentou maior número de municípios com taxas superiores à média do estado (Seropédica, Japeri, Rio de Janeiro, São João de Meriti, Belford Roxo e Magé).

#### 2.2.4. Hepatite C

Para fins de vigilância epidemiológica no Brasil define-se como caso confirmado de hepatite C o indivíduo que preencha as condições de caso suspeito e que apresente anti-HCV reagente e HCV-RNA detectável.

**Mapa 4: Distribuição dos municípios do ERJ por faixas de taxa de incidência de hepatite C (por 100.000 habitantes), no ano de 2013.**



As classes (faixas) de agregação dos municípios, de acordo com a taxa de incidência de hepatite C foram definidas, por meio da adaptação do método de quebra natural, de modo que fossem identificados os municípios com taxa de incidência em 2013, em relação à média do Brasil – 5,0 (dado mais atualizado disponível 2011), e do Estado do Rio de Janeiro (8,4).

Em 2013, os municípios com taxas de detecção maiores que a média do Estado do Rio de Janeiro foram: Mangaratiba (Baía da Ilha Grande); Valença e Rio das Flores (Médio-Paraíba); Paty do Alferes (Centro-Sul); Rio de Janeiro, São João de Meriti e Nova Iguaçu (Metropolitana I); Petrópolis e Carmo (Serrana); Maricá (Metropolitana II); Búzios, Cabo Frio, Casimiro de Abreu e Rio das Ostras (Baixada Litorânea); Porciúncula (Noroeste).

As hepatites virais, em sua maioria, são doenças silenciosas, que em muitas fases passam despercebidas na vida das pessoas, até o momento em que os sinais e sintomas começam a aparecer e a doença se manifesta. Em razão do amplo espectro dessas doenças e da proporção considerável de casos assintomáticos que permanecem desconhecidos do sistema de vigilância, presume-se que muitos casos não sejam registrados, gerando elevada subnotificação. Somam-se a esse fato, ainda, as diferentes capacidades de captação de casos pelas vigilâncias epidemiológicas locais, bem como de encerramento destes de acordo com os critérios preconizados.

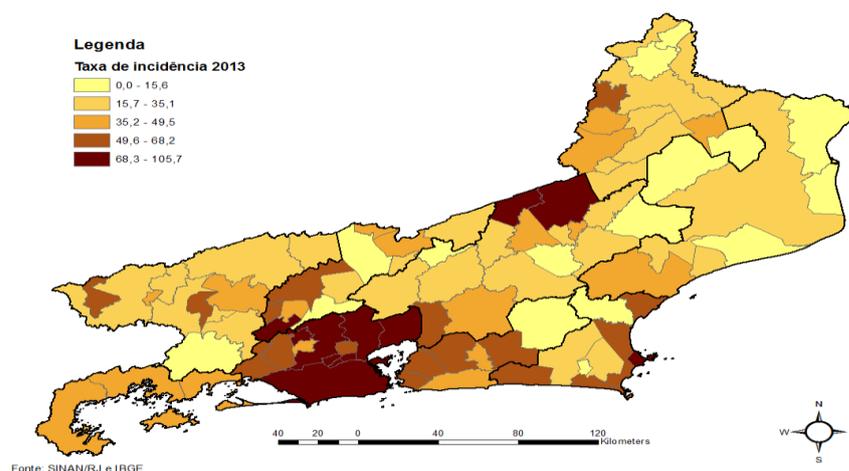
#### **2.2.5. Tuberculose**

A tuberculose é uma doença urbana e sua incidência é diretamente relacionada ao tamanho da população e à densidade demográfica. O Rio de Janeiro é um dos estados de maior taxa de incidência de tuberculose (TB) no país, o que pode ser explicado, em parte, pela elevada proporção da população vivendo em áreas urbanas – 97,3% no ano de 2012, segundo o IBGE, e por ser o estado com maior densidade demográfica do país - 373,9 habitantes/km<sup>2</sup> (Brasil - 23,4 hab/km<sup>2</sup> (IBGE 2013)).

A taxa de incidência de tuberculose estima o risco de um indivíduo vir a desenvolver tuberculose, em qualquer de suas formas clínicas, numa determinada população em intervalo de tempo determinado. A incidência deve sempre ser avaliada com os demais indicadores do programa. Baixas incidências podem refletir um programa com baixa detecção e altas incidências um programa com boa operacionalização e alta detecção. Para distingui-los usamos indicadores de qualidade como cura, abandono, encerramento oportuno, realização de cultura em casos de retratamento e solicitação de teste HIV para os pacientes com tuberculose.

O mapa abaixo evidencia os municípios do ERJ, distribuídos por classes de taxa de incidência de tuberculose, no ano de 2013.

**Mapa 5: Distribuição dos municípios do Estado do Rio de Janeiro por faixas de taxa de incidência de tuberculose (por 100.000 habitantes), no ano de 2013.**



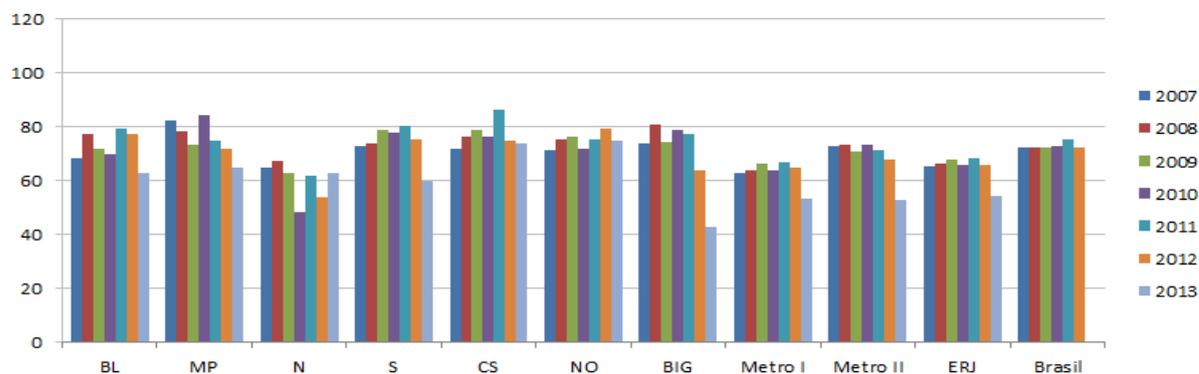
As classes (faixas) de agregação dos municípios foram definidas por meio da adaptação do método de quebra natural, de modo que as classes representadas pelas cores amarelo-claro e amarelo indicam os municípios com taxa de incidência de tuberculose, em 2013, inferiores à taxa nacional (35,1). A cor mais escura indica aqueles municípios com taxa de incidência superior à taxa do ERJ (68,2).

Observa-se que boa parte dos municípios da região Metropolitana I obteve, no ano de 2013, taxas de incidência de tuberculose superiores à média do estado. Os demais municípios alocados nessa faixa (Paracambi, Armação dos Búzios, Carmo e Cantagalo) possuem populações relativamente pequenas, o que pode gerar um viés na avaliação da taxa. Destacam-se também os municípios que obtiveram taxas de incidência superiores à média nacional: Seropédica, Itaguaí, Belford Roxo, Niterói, São Gonçalo, Itaboraí, Tanguá, Cabo Frio, Arraial do Cabo, Rio das Ostras, Vassouras, Engenheiro Paulo de Frontin, Volta Redonda e Itatiaia.

Com relação ao percentual de cura, o ERJ manteve, nos últimos cinco anos, valores ainda distantes da meta nacional preconizada (85%). No ano de 2012, alcançou 66,1% de cura dos casos novos, mas o número de casos com encerramento desconhecido foi de 8,3 % do total de casos de tuberculose. Em 2013, esta parcela desconhecida foi ainda superior: 16,8%. Apesar de nos últimos 10 anos ter diminuído bastante o percentual de casos não encerrados (partindo de 80 % e chegou a menos de 10%), o valor ainda é alto. Portanto, o encerramento oportuno dos casos é um aspecto a ser aprimorado pelos setores municipais de vigilância epidemiológica.

O gráfico abaixo mostra a série temporal do percentual de cura nos novos casos de tuberculose das regiões de saúde, em comparação com o estado e com o Brasil.

**Gráfico 23: Percentual de cura de casos novos de tuberculose das regiões de saúde, ERJ e Brasil, 2007 a 2013.**

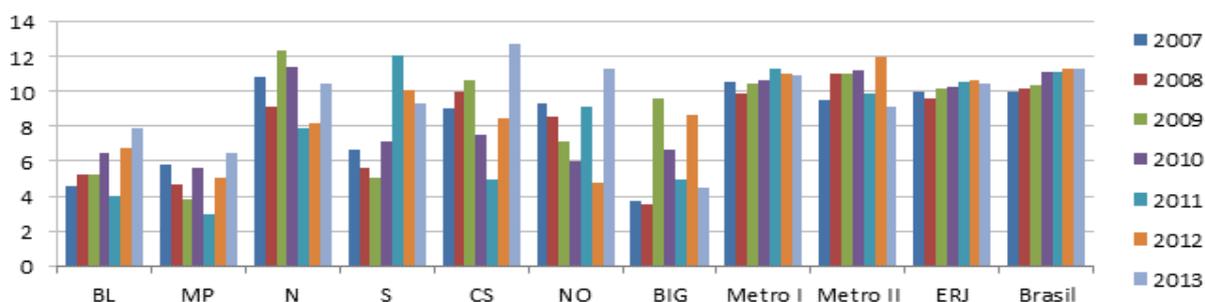


Fonte: SINAN (consulta em 17/09/2014); dados sujeitos a revisão.

Nota-se que as séries temporais da região Metropolitana I e do ERJ são quase coincidentes, e abaixo da média nacional. A oscilação do indicador nas regiões representadas no gráfico acima pode ser atribuída ao viés dos números pequenos. Ponderando esse efeito, notam-se os baixos percentuais de cura na região Norte, sobretudo no ano de 2010. As demais regiões (Baixada Litorânea, Serrana e Médio Paraíba) ficaram acima da média do estado. Nenhuma região representada no gráfico acima atingiu a meta preconizada (85%); a região do Médio Paraíba foi a que mais se aproximou, nos anos de 2007, 2009 e 2010. Observa-se que os percentuais de cura das regiões Noroeste, Centro Sul e Baía da Ilha Grande representadas no gráfico acima oscilaram acima da média nacional.

Com relação à coinfeção tuberculose/ HIV, no período de 2007 a 2013 houve melhoria no percentual de realização de testagem para HIV (de 45% para 68%), mas ainda distante de 100%, meta estadual e nacional. Percebe-se, no entanto, que este incremento não resultou no aumento do número de casos de coinfeção. No ERJ, a taxa de coinfeção TB/HIV manteve-se praticamente constante no período (de 9,9% para 10,5%). As oscilações da Metropolitana II são devidas a São Gonçalo, que representa 54% dos casos desta região. O gráfico abaixo mostra as séries temporais desse indicador nas regiões de saúde, em comparação com o estado e Brasil.

**Gráfico 24: Percentual de coinfeção tuberculose/HIV das regiões de saúde, ERJ, Brasil, 2007 a 2013.**



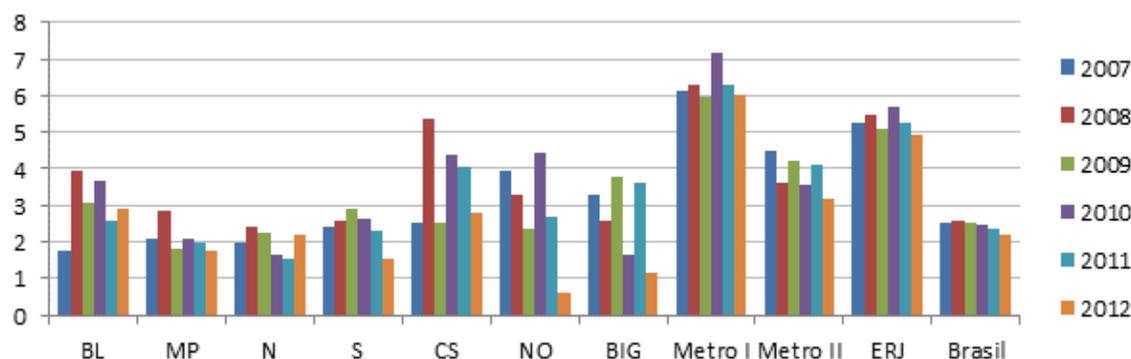
Fonte: SINAN (consulta em 17/09/2014); dados sujeitos a revisão.

Observa-se, no gráfico acima, que a coinfeção tuberculose/AIDS nas regiões do Médio Paraíba e Baixada Litorânea está abaixo da média do estado e do Brasil em todo o período analisado. Nas regiões Noroeste, Centro Sul e Baía da Ilha Grande oscilaram muito, permanecendo abaixo da média do estado e nacional em boa parte do período analisado. Na região Serrana, de 2007 a 2010, a coinfeção permaneceu abaixo da média do estado e nacional, mas em 2011 elevou-se sensivelmente, ao passo que a região Norte oscilou próxima à média do estado e nacional, com exceção dos anos de 2011 e 2012.

Quanto à mortalidade, o óbito por tuberculose representa problemas no diagnóstico e tratamento, além de dificuldades de acesso ao sistema de saúde e, por isso, é considerado um evento evitável. O projeto de vigilância de óbitos por tuberculose, realizado pelo Programa Estadual de Controle da Tuberculose, em parceria com MS, teve como um dos produtos a conclusão de que a mortalidade por tuberculose pode estar superestimada em decorrência de atestados preenchidos como óbito por tuberculose como causa básica, sem informação da confirmação da doença ou sem registro da infecção por HIV (o que levaria à classificação de óbito por AIDS).

O gráfico abaixo mostra as séries temporais das taxas de mortalidade por tuberculose no período de 2007 a 2012, em comparação com a média do ERJ e do Brasil.

**Gráfico 25: Taxa de mortalidade por tuberculose das regiões de saúde, ERJ, Brasil, 2007 a 2012.**



Fonte: SIM e IBGE (consulta em 10/2014)

A taxa de mortalidade por tuberculose no ERJ no período de 2007 a 2012 foi, no mínimo, duas vezes maior do que a média no Brasil, sobretudo pela elevada taxa da região Metropolitana I, a mais populosa do estado. Os municípios de Belford Roxo, Duque de Caxias, Japeri, Magé, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti e Cachoeira de Macacu apresentam mortalidade mais elevada que a do estado. Destes, apenas Cachoeira de Macacu não é da Metropolitana I e tem uma taxa de mortalidade elevada, em parte devido ao viés causado pelos

pequenos números (4 óbitos e 32 casos). Mais uma vez verifica-se a semelhança da curva da Metropolitana I e do estado.

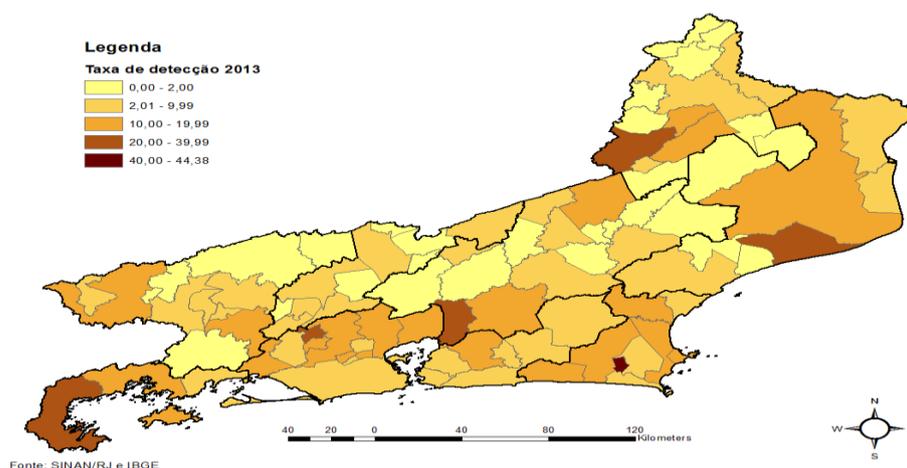
As taxas de mortalidade por tuberculose das regiões Norte, Serrana, Baixada Litorânea e Médio Paraíba representadas no gráfico acima permaneceram abaixo da média do estado. As oscilações observadas nas regiões Baía de Ilha Grande e Centro-Sul são relacionadas aos números pequenos, em que poucos óbitos provocam grande flutuação na taxa de mortalidade específica por tuberculose.

### 2.2.6. Hanseníase

É uma doença infecciosa, crônica, de grande importância para a saúde pública devido à sua magnitude e seu alto poder incapacitante, atingindo principalmente as pessoas em faixa etária economicamente ativa, comprometendo seu desenvolvimento profissional e/ou social.

A taxa de detecção é um indicador que se presta a determinar a tendência da endemia e medir a intensidade das atividades de detecção dos casos, sendo um avaliador do desempenho dos serviços de saúde. No Brasil, adota-se a seguinte classificação das taxas de detecção de casos por 100 mil habitantes: muito baixa (menor que 2), baixa (2 a 9,99), média (10 a 19,99), alta (20 a 39,99) e situação hiperendêmica (maior ou igual a 40). Taxas elevadas estão geralmente associadas a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e a insatisfatórias condições assistenciais para o diagnóstico precoce, tratamento padronizado e acompanhamento dos casos.

**Mapa 6: Distribuição dos municípios do Estado do Rio de Janeiro por faixas de taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de hanseníase, 2013.**



Os parâmetros de agregação dos municípios foram definidos de acordo com a categorização da Portaria GM/MS nº 3.125/2010, na qual estabelece que as unidades geográficas que estejam com a taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de hanseníase <2, sejam consideradas muito baixas (amarelo-claro); entre 2,00 a 9,99 – baixa (amarela); 10,00 a 19,99 –

média (laranja); 20,00 a 39,99 – alta (laranja escura); e acima de 40 – hiperendêmica (marrom). Em 2013, a taxa de detecção de hanseníase do ERJ foi de 7,9 e a taxa média do Brasil foi de 15,4.

O ERJ vem apresentando taxa de detecção considerada média desde 2012. Em 2013, este quadro é observado em sete regiões de saúde e em 36 municípios que alcançaram este mesmo patamar. Maior relevância observa-se em 10 municípios das regiões Metropolitana I e II, que com média endemidade, contribuíram com 61 % dos casos novos do ano.

Um total de 25 municípios não notificou casos neste ano, destacando-se principalmente localidades nas regiões Noroeste, Serrana, e Centro Sul (8, 5 e 4 municípios silenciosos respectivamente). Somente cinco municípios registraram baixa endemidade com casos notificados, distribuídos pelas regiões Centro Sul (1), Médio Paraíba (1), Baía da Ilha Grande (1) e Serrana (2).

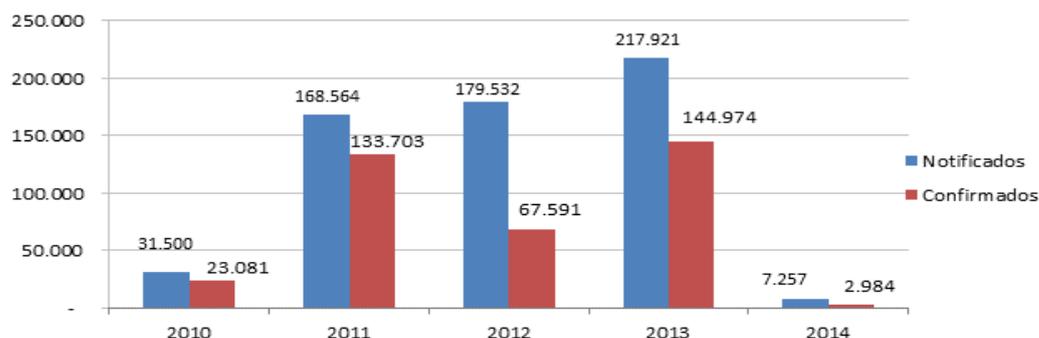
No estado, 21 municípios acompanham o perfil encontrado no Brasil, de alta endemidade, distribuídos por quase todas as regiões de saúde, exceto a região Centro Sul. Chama a atenção 8 municípios da região Metropolitana I com alta endemia e que detém 28% dos casos novos deste ano. Em cinco regiões de saúde foram identificados municípios com muito alta endemia, porém somente um município neste patamar em cada uma delas: Baía de Ilha Grande, Metropolitana I, Norte, Noroeste Fluminense, e Serrana.

O ERJ registrou um município hiperendêmico na região da Baixada Litorânea (Iguaba Grande). Esta região foi a que apresentou a segunda maior taxa de detecção entre as regiões (11,7 p/ 100.00 hab.), sendo superada apenas pela Baía de Ilha Grande (16,1 p/ 100.000 hab.).

### 2.2.7. Dengue

No ERJ a Dengue possui caráter endêmico e epidêmico. Nos anos de 2010 a 2014, observa-se que o estado passou por três anos consecutivos de epidemia da doença, conforme gráfico abaixo:

**Gráfico 26: Número de casos notificados e confirmados de dengue no ERJ, por ano de início dos sintomas, 2010 a 2014.**

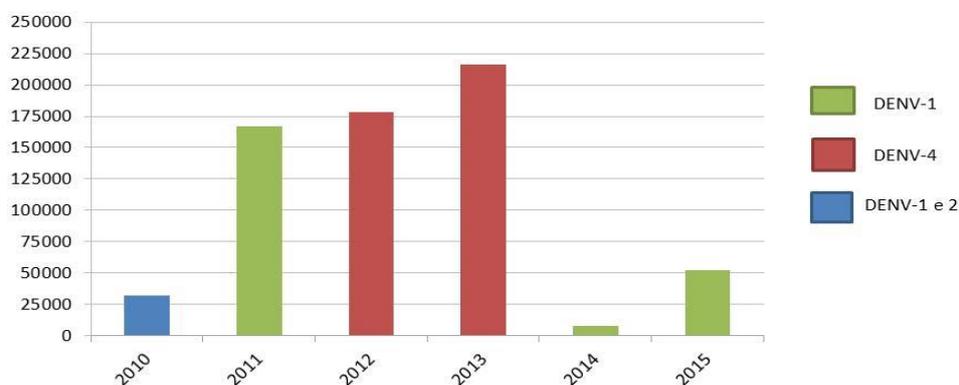


Fonte: Sinanet, GDTVZ, SES/RJ, dados atualizados em 18 de novembro de 2014 e sujeitos à revisão.

Destaca-se a magnitude da Dengue no ERJ, no que tange à morbidade. No ano de 2012, dentre o total de casos notificados, houve 37,6% de casos confirmados, percentual bem inferior aos demais anos epidêmicos do período analisado – em 2011 foi de 79,3%, e em 2013 de 66,5%.

Em 2011, a epidemia foi ocasionada, sobretudo, pela reintrodução do sorotipo do DENV-1, que não circulava de forma predominante há cerca de dez anos em nosso estado. No ano seguinte, foi a vez do sorotipo DENV-4, detectado pela primeira vez em 2011, e cuja epidemia ocorreu em 2012, tendo se concentrado, principalmente, na capital (cerca de 70% dos casos de Dengue do estado). No ano de 2013, o DENV-4 se disseminou para os demais municípios e regiões do estado, resultando numa grande epidemia, a maior em número de casos do período analisado.

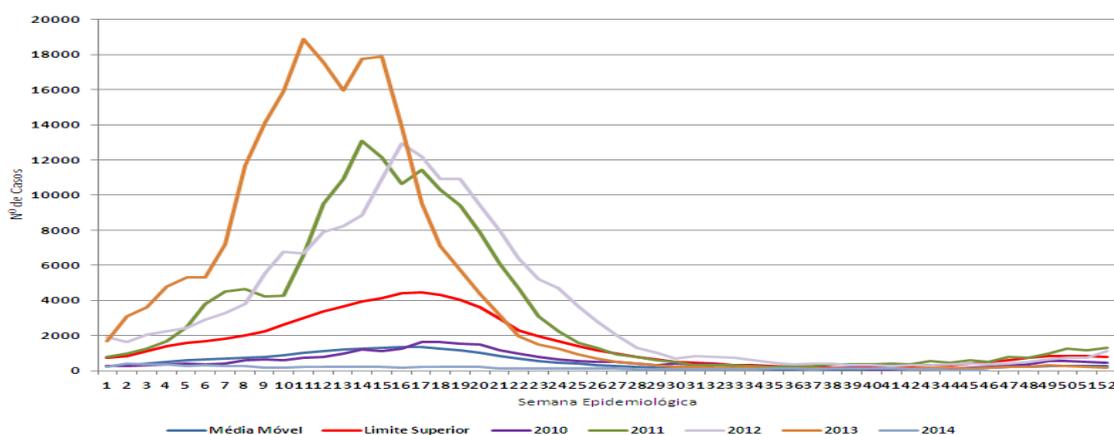
**Gráfico 27: Número de casos notificados de Dengue no ERJ por ano de início de sintomas, segundo sorotipo predominante, 2010 a 2015**



Fonte: Sinanet, GDTVZ, SES/RJ, dados atualizados em 18 de novembro de 2014 e sujeitos à revisão.

No diagrama de controle da Dengue a média móvel resulta do cálculo da média do número de casos de cada semana epidemiológica numa série histórica (52), e é representada pela cor azul; o limite superior de casos esperados (em vermelho) é calculado acrescentando o valor de 1,96 vezes os desvios padrão.

**Gráfico 28: Diagrama de controle da dengue do ERJ, 2010 a 2014.**



Fonte: Sinanet, GDTVZ, SES/RJ, dados atualizados em 18 de novembro de 2014 e sujeitos à revisão.

Observa-se que as curvas do número de casos dos anos de 2010, 2011 e 2012 excederam o limite superior, apontando, entre outros indicadores, para epidemias de Dengue nesses anos. Em 2013 a epidemia teve início mais precoce (acima do limite superior desde a primeira semana epidemiológica), e obteve um pico maior do que os demais em torno da semana epidemiológica 11. Em 2011 e 2012 as curvas de casos foram bastante semelhantes e tiveram o pico em torno da semana epidemiológica 15. No ano de 2014 a curva ficou abaixo da média móvel, o que pode ser interpretado à luz das epidemias anteriores que conferiram uma imunidade à população do ERJ ao DENV-4, resultando na ocorrência de poucos casos. A curva do ano de 2010 permaneceu abaixo do limite superior.

Quanto à análise dos óbitos por Dengue observa-se que houve redução de óbitos somente a partir do ano de 2012, com os percentuais variando conforme apresentado na tabela abaixo.

**Tabela 7: Variação percentual do número de óbitos de dengue ocorridos no ERJ, 2010 a 2014.**

Anos	Nº de óbitos	Variação (%) entre anos
2010	51	240,0 (aumento)
2011	151	196,1 (aumento)
2012	37	75,5 (redução)
2013	29	21,6 (redução)
2014	9	69,0 (redução)

Fonte: Sinanet, GDTVZ, SES/RJ, dados atualizados em 18 de novembro de 2014 e sujeitos à revisão.

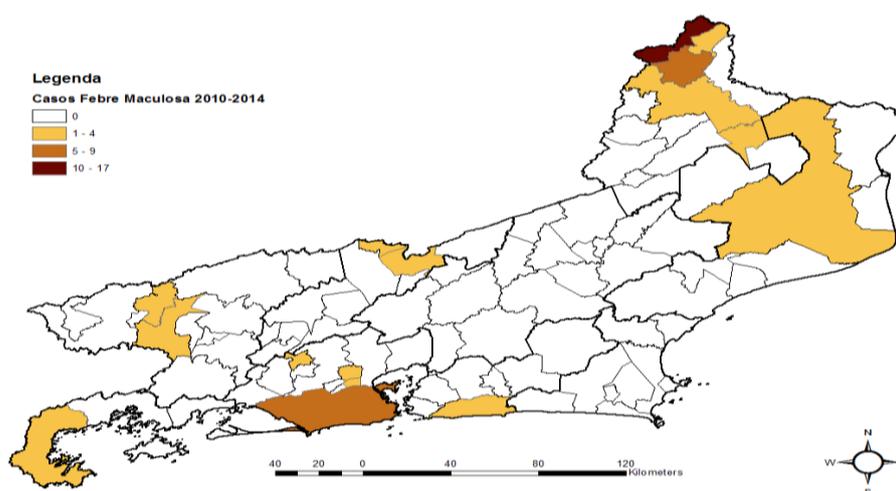
Nos anos de 2012 e 2013, apesar da ocorrência de elevado número de casos de Dengue, houve queda no número absoluto de óbitos. Ressalta-se que nesses dois anos o sorotipo viral predominante circulante foi o DENV-4. Todos os quatro sorotipos podem levar a formas assintomáticas, brandas, graves e fatais, porém os sorotipos DENV-2 e DENV-3 podem estar associados a epidemias que apresentem maior número de casos graves.

### 2.2.8. Febre Maculosa

A febre maculosa é uma doença infecciosa febril aguda, transmitida por carrapatos, de gravidade variável, que pode cursar com formas leves e atípicas até formas graves com elevada taxa de letalidade. Boa parte dos casos de óbitos ocorre em função da demora na suspeição clínica e, portanto, do início do tratamento adequado. Segundo a Portaria do GM/MS Nº 1.271/2014, a febre maculosa é um dos agravos de notificação compulsória imediata (até 24 horas), refletindo a importância da vigilância epidemiológica municipal estar alerta para ocorrência de casos suspeitos.

Como se trata de uma doença de transmissão vetorial e que possui suas medidas de prevenção e controle voltadas para os Locais Prováveis de Infecção (LPI), é necessário realizar uma análise com as informações disponíveis no banco de dados de município/região de infecção. O mapa abaixo expressa os principais LPI. Entretanto, reitera-se junto às vigilâncias municipais a necessidade de levantar essas informações, bem como de concluir a investigação dos casos notificados com encerramento e conclusão dos mesmos.

**Mapa 7: Número de casos confirmados de febre maculosa no ERJ, por município de infecção, acumulado da série histórica de 2010 a 2014.**



Fonte: Sinanet, GDTVZ, SES/RJ, dados atualizados em 6 de novembro de 2014 e sujeitos à revisão.

Destacam-se como LPI, na região Metropolitana I, os municípios do Rio de Janeiro, São João de Meriti, Belford Roxo, e Japeri; na Metropolitana II, Maricá; na Médio Paraíba, Barra Mansa e Quatis; na Baía de Ilha Grande, Angra dos Reis; na Centro-Sul, Três Rios e Comendador Levy Gasparian; na Norte, Campos dos Goytacazes; na Noroeste, onde há uma concentração de municípios que foram locais de infecção: Porciúncula, Varre-Sai, Natividade, Itaperuna e Italva. Ressalta-se o esforço de detecção e notificação adequada da vigilância epidemiológica desses municípios citados.

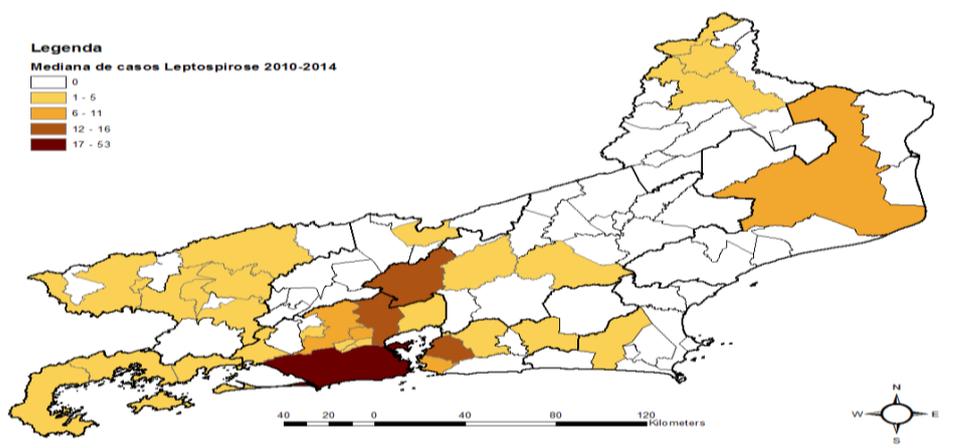
### 2.2.9. Leptospirose

A leptospirose é uma doença infecciosa febril de início abrupto, cujo espectro clínico pode variar desde um processo inaparente até formas graves. Doença de notificação compulsória no Brasil desde 1985, hoje faz parte de um dos agravos de notificação compulsória imediata (até 24 horas), segundo a Portaria do GM/MS Nº 1.271/2014.

No período de 2010 a 2014 observou-se uma redução na notificação da leptospirose no estado, em especial, a partir do ano de 2012. Cabe ressaltar o grande número de casos notificados em 2011, devido à ocorrência do desastre na região Serrana. A leptospirose é uma doença endêmica, tornando-se epidêmica em períodos chuvosos, principalmente nas capitais e áreas metropolitanas, devido às enchentes associadas à aglomeração populacional de baixa renda, condições inadequadas de saneamento e alta infestação de roedores infectados.

No mapa a seguir nota-se a distribuição da leptospirose de acordo com o local de residência dos pacientes e a mediana dos casos registrados durante os anos de 2010 a 2014 no estado, com destaque para as regiões Metropolitanas. Foi utilizada a mediana para evitar que as variações anuais interferissem na análise.

**Mapa 8: Mediana do número de casos confirmados de leptospirose no ERJ, por região e município de residência, 2010 a 2014.**



Fonte: Sinanet, GDTVZ, SES/RJ, dados atualizados em 18 de novembro de 2014 e sujeitos à revisão.

É fundamental que a vigilância epidemiológica dos municípios alerte os profissionais da assistência quanto aos sinais e sintomas iniciais da leptospirose (instalação abrupta de febre, cefaleia e mialgia), principalmente nos períodos de chuvas, especialmente em pessoas que estiveram expostas a áreas alagadas, lama ou coleção hídrica, para que os casos sejam prontamente notificados e que venham a ser investigados e tratados adequadamente. Boa parte dos casos de óbitos por leptospirose ocorre em função do atraso da suspeição clínica e, portanto, do início do tratamento.

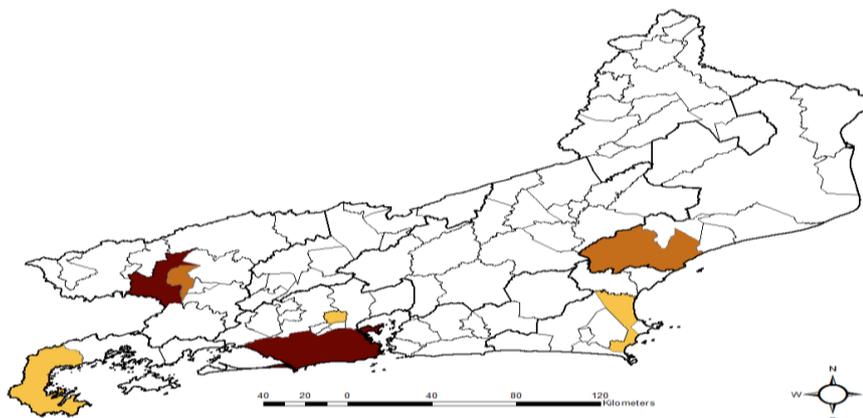
### **2.2.10. Leishmaniose Visceral (LV)**

A leishmaniose visceral, também conhecida por calazar, é uma doença crônica e sistêmica, que quando não tratada, pode evoluir para óbito em mais de 90% dos casos. Na área

urbana, o cão é a principal fonte de infecção. No ambiente silvestre, os reservatórios são as raposas e os marsupiais.

A LV não é considerada uma doença endêmica no ERJ, porém, a partir do ano de 2010 apresentou um aumento no número de casos notificados, com um surto na região do Médio Paraíba, em especial nos Municípios de Barra Mansa e Volta Redonda.

**Mapa 9: Distribuição dos casos confirmados de LV nos municípios de residência, acumulado da série histórica de 2010 a 2014, ERJ.**

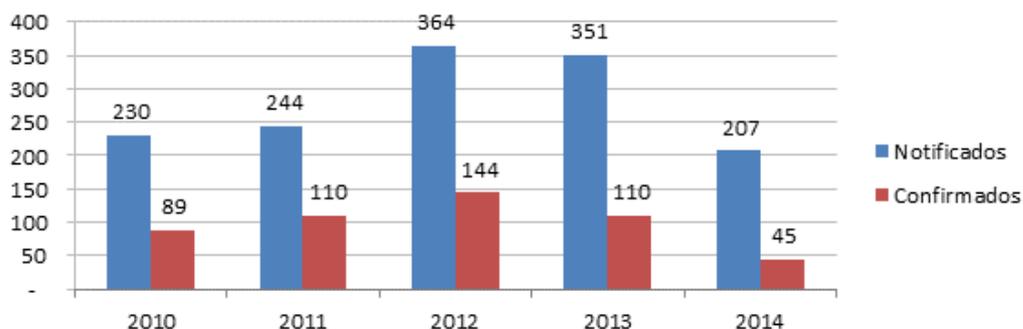


Fonte: Sinannet, GDTVZ, SES/RJ, dados atualizados em 6 de novembro de 2014 e sujeitos à revisão.

### 2.2.11. Malária

No ERJ há transmissão residual de malária e, no período de 2010 a 2014, observou-se uma mediana de 110 casos confirmados por ano, entre casos autóctones e importados, conforme pode ser observado no gráfico abaixo.

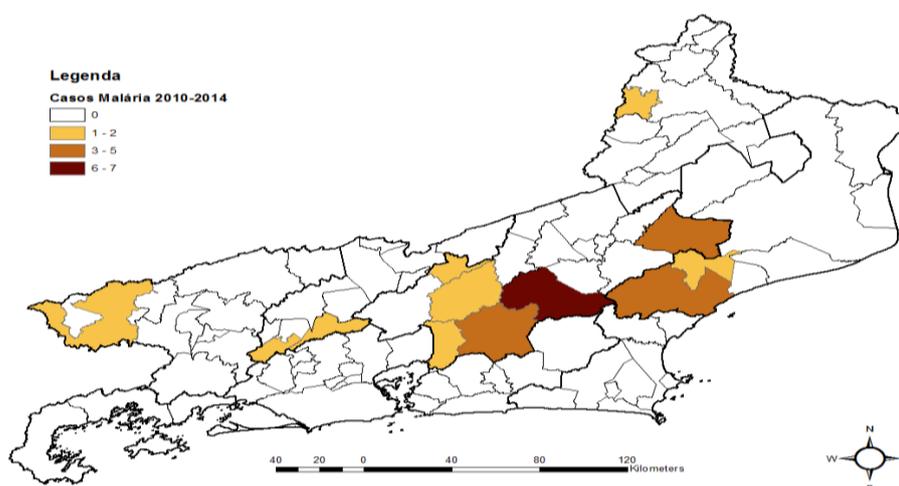
**Gráfico 29: Número de casos notificados e confirmados, autóctones e importados, de malária no ERJ, por ano de início de sintomas, 2010 a 2014.**



Fonte: Sinannet, GDTVZ, SES/RJ, dados atualizados em 13 de outubro de 2014 e sujeitos à revisão.

Em relação à análise das regiões e municípios com maior concentração de casos, o mapa a seguir permite identificar as regiões e municípios que notificaram casos de malária autóctones: Serrana (Guapimirim, Cachoeiras de Macacu, Teresópolis, Nova Friburgo, Santa Maria Madalena e São José do Vale do Rio Preto), Norte (Macaé e Conceição de Macabu), Médio Paraíba (Resende) e Centro-Sul (Miguel Pereira e Paracambi). Destaca-se que boa parte dos municípios que notificaram casos autóctones de malária nas regiões Norte e Serrana são contíguos.

**Mapa 10: Número de casos confirmados autóctones de malária no ERJ, por região e município de residência, acumulado da série histórica de 2010 a 2014.**



Fonte: Sinanet, GDTVZ, SES/RJ, dados atualizados em 13 de outubro de 2014 e sujeitos à revisão.

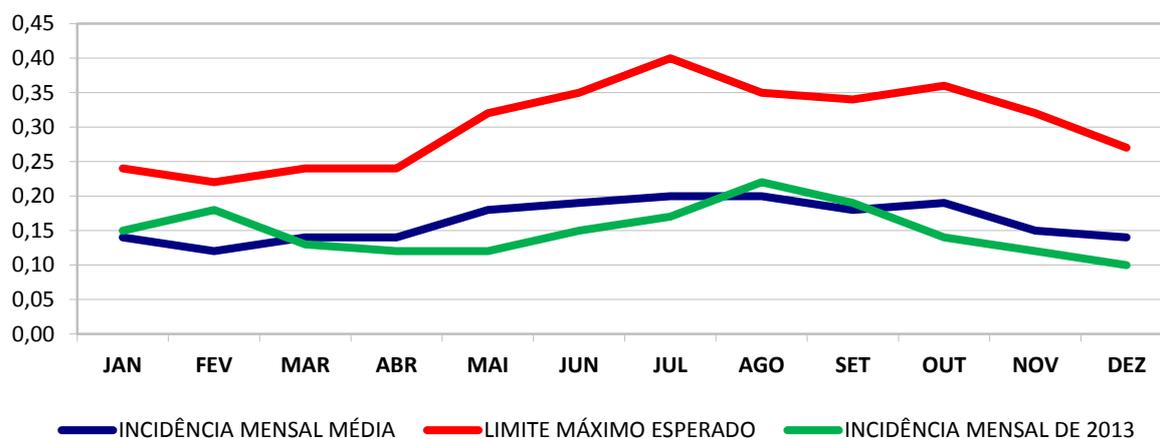
### 2.2.12. Meningite

No Brasil a doença meningocócica (DM) é endêmica, com frequentes períodos de surtos sofrendo influência de fatores como agente infeccioso e cepas, aglomerados populacionais, ambientes (climas) e condições socioeconômicas dos grupos populacionais. O período de inverno é considerado crítico devido ao aumento dos casos de meningites bacterianas, onde a DM ocorre com maior frequência em comparação com as meningites virais (BRASIL, 2010).

Apesar da DM acometer indivíduos pertencentes a todas as faixas etárias, dados do Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) demonstram que a incidência é significativamente maior nos menores de 5 anos de idade, com destaque para os menores de 2 anos de idade. Nos surtos, os adolescentes e adultos são os mais acometidos. Entre os anos de 2009 e 2013, no ERJ, foram confirmados 1.898 casos de DM, com 434 óbitos e taxa de letalidade de 23%.

No diagrama de controle, abaixo, pode ser entendido como a representação gráfica na qual o eixo vertical é a taxa de incidência de DM, e o eixo horizontal é a variável tempo, medido em meses. A incidência média está representada pela cor azul, e foi determinada por meio do cálculo da média da taxa de incidência mensal no período de 2007 a 2013. O limite máximo, representado pela cor vermelha, foi calculado adicionando 1,96 desvios-padrão à média; quando a taxa de incidência mensal supera o limite máximo é um indicativo de alteração do padrão epidemiológico.

**Gráfico 31: Diagrama de controle da doença meningocócica, ERJ, 2013**



Fonte: SINAN, dados de 02/10/2014, sujeitos à revisão.

Observa-se que no ano de 2013 a taxa de incidência oscilou bem próxima à média esperada. Houve um pico de incidência de DM no mês de agosto, o que está de acordo com a literatura científica, pois o risco de transmissão aumenta nos meses do inverno. A região Metropolitana I concentrou o maior número de casos e registrou a maior taxa de incidência em 2013.

## 2.3. Determinantes e fatores de risco ambientais

### 2.3.1. Qualidade da Água para Consumo Humano

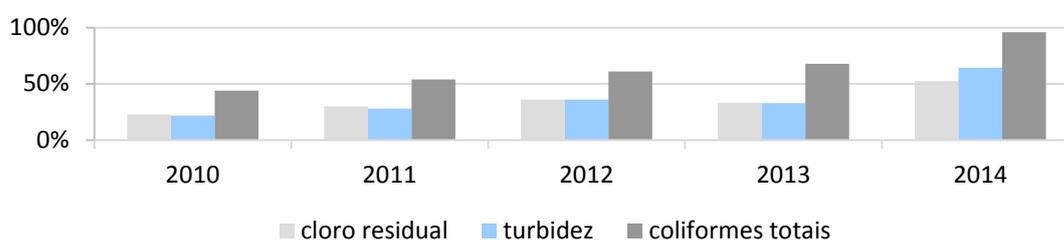
O Programa da Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA) tem como objetivo monitorar o padrão de potabilidade preconizado pela Portaria GM/MS 2.914/2011, utilizando o Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – SISAGUA, que fornece dados que subsidiam o processo de tomada de decisão.

Em relação à vigilância da qualidade da água, as SMS devem realizar três análises básicas: cloro residual livre, turbidez e coliformes totais, sendo que as duas primeiras são classificadas

como análises físico-químicas, e a terceira, como análise microbiológica. Enfatiza-se a importância de realização das análises dos três parâmetros, uma vez que, juntas, compõem o padrão de potabilidade.

Como a avaliação da qualidade da água é de base estatística e precisa se orientar pelo Plano de Amostragem, há um número mínimo de amostras a serem avaliadas por ano. No ERJ são 21.516 amostras mínimas para cada um dos três parâmetros. No gráfico a seguir, observa-se a série histórica do percentual de amostras nas quais foram realizadas as três análises no estado.

**Gráfico 32: Série histórica (2010 – 2014) do percentual de realização das três análises básicas de água no ERJ.**



Fonte: SISAGUA, consulta em março 2014, dados sujeitos à revisão.

Observa-se uma progressão expressiva em relação ao parâmetro “coliformes totais”, atingindo 96% de análise de amostras mínimas do Plano de Amostragem. Os dois outros parâmetros, apesar de apresentarem dois anos de estabilização, com percentuais próximos, também avançaram em 2014, atingindo 53% para o cloro residual e 64% para a turbidez. No caso desta última, cabe destacar que houve um salto significativo de 28% em 2011 para 64% em 2014.

É importante ressaltar que, de maneira complementar, por meio do LACEN, a SES/RJ oferece 100% das amostras de água para o parâmetro “coliformes totais”.

Os esforços empreendidos pelos municípios e pelo estado são fundamentais para o controle de doenças de transmissão hídrica, conforme quadro abaixo.

**Tabela 8: Doenças relacionadas à água**

Transmissão	Doença	Agente patogênico	Medida
Pela água	Cólera	Vibrio cholerae	Implantar sistema de abastecimento e tratamento de água, com fornecimento em quantidade e qualidade para consumo humano, uso doméstico e coletivo. Proteger de contaminação os mananciais e fontes de água
	Febre tifoide	Salmonella typhi	
	Giardíase	Giardia lamblia	
	Amebíase	Entamoeba histolytica	
	Hepatite infecciosa	Hepatite vírus A e E	
	Diarreia aguda	Balantidium coli, Cryptosporidium, Bacillus cereus, S. aureus, Campylobacter, E. coli enterotoxogênica e enteropatogênica, enterohemolítica, Shigella, yersínia enterolítica, Astrovirus, calicivirus, Norwalk, rotavírus A e B.	

Fonte: Subsecretaria de Vigilância em Saúde/SES

### **2.3.2. Agrotóxicos**

No segundo semestre de 2013, seis municípios iniciaram a avaliação semestral do parâmetro agrotóxico, em razão do projeto piloto de “Elaboração e implementação do monitoramento do parâmetro agrotóxico no VIGIAGUA municipal”, realizado pelo VIAGUA/SES/RJ. Os técnicos municipais coletam a água e o LACEN envia para o Instituto Evandro Chagas (Pará), para realizar a análise.

A equipe estadual selecionou os municípios que integram o grupo de *Altíssimo* e *Alto Risco*, de acordo com a classificação apresentada no projeto “Implantação das ações de Vigilância em Saúde da População Exposta aos Agrotóxicos” produzido pela equipe da Divisão de Saúde do Trabalhador.

Em 2014, os municípios de Nova Friburgo, Paty de Alferes, Petrópolis, Porciúncula, São João da Barra, São José do Vale do Rio Preto, Teresópolis e Trajano de Moraes coletaram o total de 71 amostras para o referido parâmetro, todas no valor máximo permitido, atendendo, portanto, o preconizado pela Portaria MS 2914/2011.

### **2.3.3. Acidentes com Animais Peçonhentos**

Os animais peçonhentos são aqueles que, de alguma forma, ativa ou passivamente introduzem no organismo humano substâncias tóxicas. Estes animais inoculam ativamente sua peçonha, determinando sintomas variáveis segundo a espécie e quantidade de veneno. O maior número de acidentes com animais peçonhentos ocorre com serpentes, seguido por escorpiões e aranhas. No ERJ, de 2009 a 2013 foram 6.179 notificações no SINAN, sendo 3.013 por serpentes, 1.420 por aranhas, 1.352 por escorpiões e 394 por outros animais peçonhentos (lagartas, abelhas, etc.).

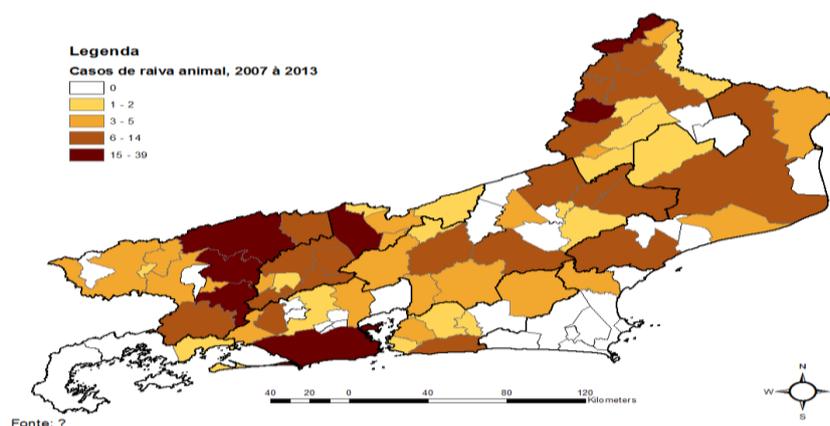
As regiões Metropolitana I e II, possivelmente pelo grau de urbanização, não favorece a presença desses animais no ambiente peridomiciliar e/ou domiciliar. No entanto, a região da Baía da Ilha Grande apresenta a maior taxa de incidência de acidentes por serpentes peçonhentas no estado (SINAN, outubro/2014). Nesta região, a presença do Parque Estadual da Serra do Mar favorece a presença das serpentes e aumenta o risco de acidentes. Do mesmo modo, a região Serrana, que apresenta o bioma Mata Atlântica relativamente bem preservado, inclusive com trechos de áreas de Proteção Ambiental como o Parque Nacional da Serra dos Órgãos, favorece a presença de serpentes e, conseqüentemente, aumenta o risco de acidentes.

### 2.3.4. Raiva em Animais

O Programa Estadual de Prevenção da Raiva no ERJ vem sendo determinante na diminuição significativa dos casos de raiva em cães e gatos e, como consequência, para a redução de casos em humanos, já que o cão era o principal transmissor da raiva humana no estado. A raiva canina e felina tem apresentado diminuição, principalmente em função da estratégia de vacinação animal que atingiu índices maiores do que 90% da população estimada canina e felina entre 2000 e 2009.

O mapa abaixo mostra os municípios que registraram casos de raiva animal, no período de 2007 a 2013.

**Mapa 11: Distribuição dos municípios do ERJ, de acordo com faixas de casos de raiva animal, 2007 a 2013.**



Fonte: Coordenação de Vigilância Ambiental/SES-RJ

Entre os anos de 2007 e 2013 foram confirmados 327 casos de raiva em bovinos, 55 em equinos, 15 em morcegos não hematófagos, 3 em morcegos hematófagos e 5 em outros animais (ovinos, caprinos e suínos), totalizando 405 casos positivos. Destacam-se as regiões do Médio Paraíba e Centro-Sul, como as áreas de maior registro de raiva em animais no período especificado.

Desde 2002 não há registro de raiva em cães e gatos, indicativo de que as campanhas de vacinação antirrábica canina e felina têm atingindo o objetivo proposto, estando a raiva restrita a animais denominados de interesse econômico ou herbívoros (bovinos, equinos, caprinos, ovinos, etc.). Porém, ao analisarmos a distribuição geográfica dos casos positivos, observa-se que há circulação do vírus da raiva em todas as regiões do estado.

### 2.4. Saúde do Trabalhador

Os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos, organizacionais e os fatores de riscos ocupacionais presentes no processo de trabalho são determinantes das condições de saúde

do trabalhador, de tal forma que as ações nesta área buscam intervir nas condições laborais por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

Assim, o Programa de Saúde do Trabalhador tem como objetivo o desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação de assistência aos trabalhadores. Realiza procedimentos relativos ao diagnóstico, tratamento e reabilitação integral no SUS, por meio de dispositivos concebidos para tal fim, como os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST.

A seguir, apresentam-se algumas informações relativas à situação da Saúde do Trabalhador no estado, por região de saúde.

**Tabela 9: Saúde do Trabalhador, agravos mais frequentes/região de saúde.**

REGIÃO	CEREST	MUNICÍPIOS COM PROGRAMA DE SAÚDE DO TRABALHADOR	AGRAVOS MAIS FREQUENTES
Baía de Ilha Grande	1 (Angra dos Reis)	Angra dos Reis e Mangaratiba	1. Acidente com Material Biológico 2. Acidente Grave 3. Intoxicação Exógena 4. LER/DORT 5. Dermatoses Ocupacionais, Transtorno mental e Pneumoconiose
Baixada Litorânea	1 (Cabo Frio)	Araruama, Armação de Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, São Pedro da Aldeia, Rio das Ostras e Saquarema	1. Acidente com Material Biológico 2. Acidente Grave 3. Intoxicação Exógena 4. Dermatoses Ocupacionais e Pneumoconiose
Centro Sul	1 (Três Rios)	Com. Levy Gasparian, Eng. Paulo de Frontin e Três Rios	1. Acidente com Material Biológico 2. Acidente Grave 3. Intoxicação Exógena
Médio Paraíba	2 (Volta Redonda e Resende)	Barra do Piraí, Barra Mansa, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Valença e Volta Redonda	1. Acidente com Material Biológico 2. Acidente Grave 3. Intoxicação Exógena 4. LER/DORT 5. Dermatoses Ocupacionais, Transtorno mental e Pneumoconiose
Metropolitana I	4 (2 Rio de Janeiro; 1 Nova Iguaçu; 1 Duque de Caxias)	Belford Roxo, Duque de Caxias, Japeri, Magé, Mesquita, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro e São João de Meriti	1. Acidente com Material Biológico 2. Acidente Grave 3. Intoxicação Exógena 4. LER/DORT 5. Dermatoses Ocupacionais, Transtorno mental e Pneumoconiose
Metropolitana II	2 (Niterói e Maricá)	Maricá, Niterói, São Gonçalo e Silva Jardim	1. Acidente com Material Biológico 2. Acidente Grave 3. Intoxicação Exógena 4. LER/DORT
Noroeste	1 (Itaperuna)	-	1. Acidente com Material Biológico 2. Acidente Grave 3. Intoxicação Exógena
Norte	1 (Campos)	Campos dos Goytacazes, Macaé, Quissamã e São João da Barra	1. Acidente com Material Biológico 2. Acidente Grave 3. Intoxicação Exógena 4. Dermatoses Ocupacionais
Serrana	2 (Petrópolis e Nova Friburgo)	-	1. Acidente com Material Biológico 2. Acidente Grave 3. Intoxicação Exógena

Fonte: SVS/SVEA - Saúde do Trabalhador

### 3. AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

As duas primeiras partes da análise situacional da saúde no ERJ foram dedicadas aos aspectos demográficos e epidemiológicos. São esses aspectos que permitem identificar as necessidades de atenção à saúde da população e, portanto, a eleição de respostas aos problemas evidenciados.

Embora os serviços de saúde constituam uma parte de tais respostas, o modo como se estruturam é crucial para a sua eficiência e efetividade. Neste sentido, a tendência de declínio das condições agudas e de predomínio das doenças crônicas deve ser acompanhada pelo sistema de saúde, de modo a haver coerência entre a situação sanitária e as ações e serviços para o seu enfrentamento. Um dos maiores desafios referentes à organização do sistema de saúde consiste na integração e articulação de diversos pontos de atenção, visando a garantia da integralidade do cuidado.

Neste contexto, o tema das redes de atenção à saúde adquiriu maior relevância nos anos recentes, mas, do ponto de vista operacional ainda há muito que avançar no SUS. O MS estabeleceu alguns temas como prioritários para organização do cuidado de forma integrada, com fluxos assistenciais definidos em dado território, denominando de “redes” essas propostas. Ainda que seja possível questionar a utilização do termo “rede” para diversas abordagens de situações relacionadas à saúde, reconhece-se o esforço, por meio de seu emprego, para romper com a fragmentação e a descontinuidade da atenção, aspectos tão característicos do ainda pouco sistêmico modo de organização e funcionamento do SUS, independentemente da área da assistência ou necessidade de cuidado em questão.

Desta maneira, uma rede é caracterizada pela formação de relações horizontais entre pontos de atenção, que seriam espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular, com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), denominada no Brasil de Atenção Básica, coordenadora do cuidado em todos estes pontos. A sua organização depende de uma definição da região de saúde, com limites geográficos e população abrangida, e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região, orientação esta formulada desde 2006 pelo Pacto pela Saúde e atualizada no Decreto Presidencial 7508/11.

Para reorganizar o sistema de saúde, superando essa fragmentação, é necessário avançar na qualificação da atenção e da gestão, o que envolve aspectos técnicos, éticos e culturais e implica, em sentido amplo, na materialização do pacto social que sustenta a política pública de saúde. Este compromisso com a sociedade tem sido reafirmado de formas distintas nos diferentes governos e coalizões partidárias, e os riscos de retrocessos na garantia dos investimentos e

recursos necessários não estão descartados. No presente, o cenário de crise econômica impõe restrições orçamentário-financeiras importantes ao planejamento das ações e serviços de saúde.

A SES/RJ tem aderido às “redes temáticas” e às linhas de cuidado priorizadas pelo MS, conforme descrição a seguir, mas com o entendimento de que a recomposição do sistema de saúde em seu território envolve a interação de fatores contextuais, como o envelhecimento da população, a transição epidemiológica e a inovação tecnológica; e fatores internos, como recursos institucionais, estrutura organizacional e práticas de gestão no SUS, desafios que permanecem neste novo ciclo de planejamento para os próximos quatro anos.

### **3.1. Atenção Básica**

A Atenção Básica (AB) é caracterizada como o primeiro nível de atenção do sistema de saúde, sendo responsável por responder às demandas de maior prevalência e relevância de uma população. Preconiza-se que os serviços de AB sejam o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Seu objetivo é ofertar atenção integral à saúde das pessoas, atuando também sobre os determinantes da situação de saúde e, para isso, deve ser desenvolvida com alto grau de descentralização nos territórios onde as pessoas vivem.

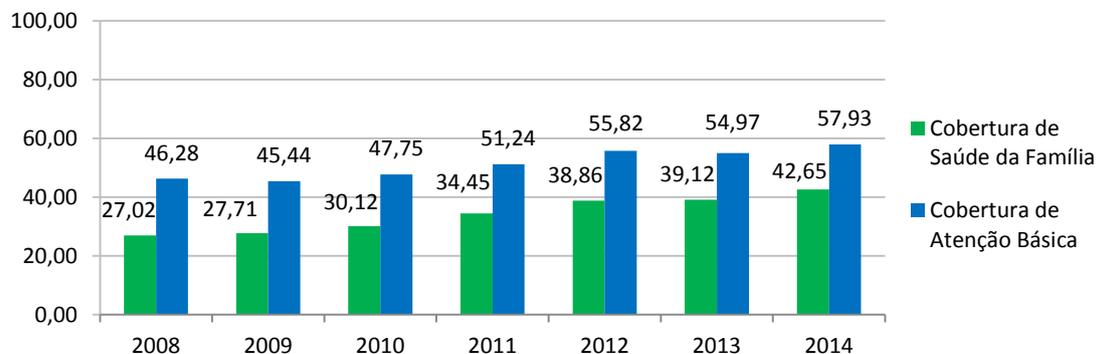
O MS definiu as diretrizes e os parâmetros para organização dos serviços de AB. O indicador “Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica” vem sendo pactuado nacionalmente desde 2012 e deve ser entendido como uma estimativa da capacidade de ofertar cuidado na AB para uma dada população. O indicador atualiza e incorpora o que tradicionalmente era pactuado como “Cobertura estimada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF)”, incluindo as horas médicas trabalhadas em unidades básicas de saúde que não seguem o modelo da ESF. Na definição de ambos os indicadores o termo “estimado” não pode ser negligenciado, uma vez que se trabalha com parâmetros e não com o número de pessoas, de fato, acompanhadas por uma equipe. Esta análise utiliza o parâmetro de uma equipe para 3.000 habitantes, tanto para a AB em geral, quanto ao que é especificamente Saúde da Família.

Atualmente, a ESF é considerada como a principal orientação para organização da AB no país, pois está baseada em princípios como adscrição da população em dado território, responsabilidade sanitária, vínculo entre profissionais de saúde e comunidade e o cuidado mais próximo dos determinantes e das condições de vida das pessoas.

O gráfico abaixo evidencia a contínua expansão da AB no ERJ entre os anos de 2008 e 2014. O patamar de 57,93% de cobertura alcançado ao final de 2014 revela ainda baixos níveis de população coberta. Observa-se que apenas no ano de 2011 foi alcançada a estimativa de 50% da população coberta por um serviço de AB. Outra observação importante é a redução da diferença

entre a cobertura de ESF em comparação com a de AB, indicando a implantação de novas equipes de ESF em detrimento do investimento em equipes que não seguem esse modelo.

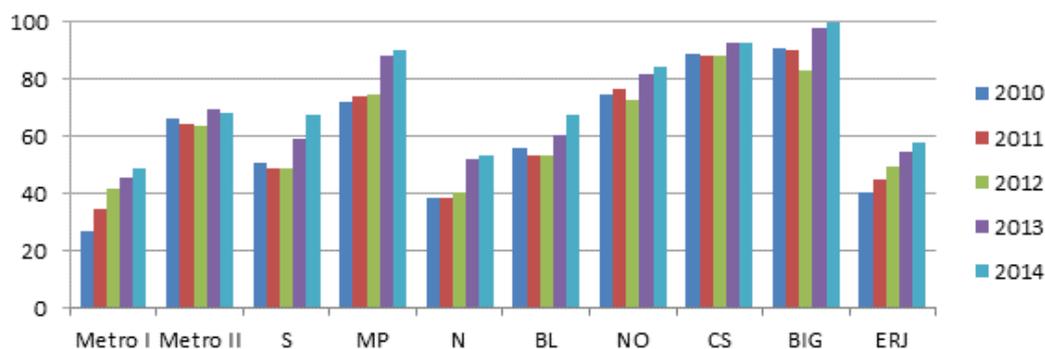
**Gráfico 33: Cobertura estimada por equipes de Atenção Básica e por equipes de Estratégia de Saúde da Família no estado do Rio de Janeiro (2008 – 2014)**



Fonte: Tabnet/Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, acesso em 09/03/2015

No gráfico abaixo, observamos a variação da Cobertura de Atenção Básica entre as regiões de saúde e nas próprias regiões, ao longo dos últimos cinco anos. Os dados estão organizados a partir das regiões mais populosas, pois apresentam maior impacto na cobertura alcançada pelo estado.

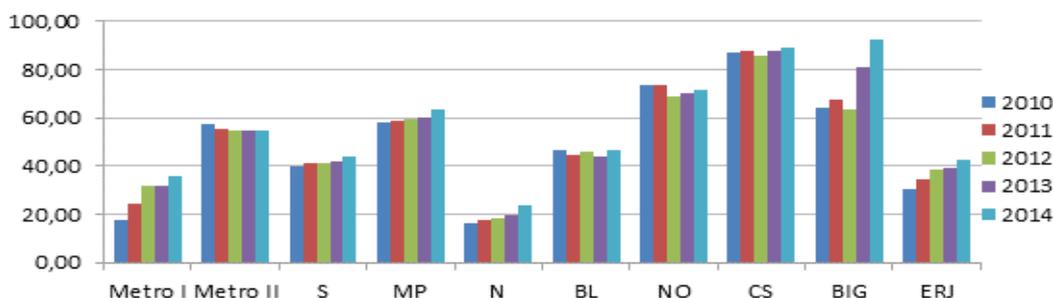
**Gráfico 34: Cobertura estimada por equipes de Atenção Básica por região de saúde no ERJ (2010 – 2014)**



Fonte: Tabnet/Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, acesso em 09/03/2015

Na mesma lógica está organizado o gráfico seguinte, mas apenas com a cobertura estimada pelas equipes de Saúde da Família. A análise comparada dos gráficos apresentados permite identificar a crescente reorganização da Atenção Básica na regiões de saúde do estado com base no modelo da ESF.

**Gráfico 35: Cobertura estimada de Estratégia de Saúde da Família por região de saúde no ERJ (2010 – 2014)**



Fonte: Tabnet/Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, acesso em 09/03/2015

A região **Metropolitana I** alcançou, em 2014, uma cobertura de Atenção Básica de 48,74% e de ESF de 35,8%. Embora ainda apresente um percentual de estimativa de população coberta muito baixo, é preciso destacar o esforço crescente de ampliação de cobertura. A capital, por exemplo, vem mantendo seu compromisso de expansão da ESF para reorganizar a AB implantando no último ano 101 novas equipes de Saúde da Família. Desta forma, alcançou 38,63% de cobertura de ESF e 50,67% de Atenção Básica, mantendo valores superiores aos da região desde 2012. Os outros dois maiores municípios da região, Duque de Caxias e Nova Iguaçu, também operaram esforços recentes para expansão, mas ainda com coberturas muito baixas, apresentando, respectivamente, 23,91% e 24,93% de ESF e 36,36% e 41,68% de AB.

A região **Metropolitana II** atingiu, em 2014, a cobertura de Atenção Básica de 68,48% e a cobertura de ESF de 55%. A ESF tem sido utilizada na região como estratégia para orientar a AB, com exceção do município de Maricá, onde observamos que a cobertura de equipes de Saúde da Família é significativamente menor que a cobertura das equipes de AB, respectivamente 37,73% e 72,38%. Os municípios de Niterói e São Gonçalo concentram, aproximadamente, três quartos da população da região e apresentam, respectivamente, as coberturas de 51,79% e 58,79% de ESF e 62,55% e 73,55% de AB. Silva Jardim, Tanguá e Rio Bonito são os três menores municípios em termos populacionais e alcançaram, em 2014, coberturas de ESF e de AB superiores a 89%.

Na região **Serrana**, a cobertura de AB atingiu 67,51% e de ESF 43,71% em 2014. Nota-se que, de uma forma geral, apesar de estar acima dos valores estaduais, esta região não apresentou um aumento importante da cobertura populacional ao longo dos últimos anos. Entretanto, é preciso considerar que dentre os 16 municípios que compõem esta região, onze são de pequeno porte, nove apresentam cobertura acima de 70% de ESF e 4 deles 100%. Em virtude deste panorama, a média regional não reflete o fato de que a maioria dos municípios se empenhou na elaboração de estratégias que visam à qualificação dos serviços oferecidos.

A região do **Médio Paraíba** apresentou, em 2014, cobertura de Atenção Básica de 90,38% e de ESF de 63,75%. Todos os municípios da região apresentaram aumento na cobertura de Atenção Básica ao longo dos últimos anos, com resultados no ano de 2014 que variam de 70,28% em Quatis a 100% em Itatiaia, Pinheiral, Pirai, Porto Real, Rio Claro, Rio das Flores e Volta Redonda. Comparando a cobertura alcançada de Atenção Básica com a cobertura de ESF, observamos, em alguns municípios da região, maior investimento na ampliação da cobertura através de equipes que não seguem o modelo da ESF. Como exemplo, pode-se citar Valença, com 91,92% e 57,19%, e Resende, com 85,21% e 60,33%, de cobertura de Atenção Básica e ESF, respectivamente, em 2014. Essa diferença é ainda mais significativa em Barra do Pirai, que alcançou no último ano boa cobertura de Atenção Básica (75,53%), em contraste com a baixa cobertura de equipes de ESF (21,75%). No sentido oposto, podemos ressaltar o município de Itatiaia que, embora já tivesse 100% de cobertura de Atenção Básica em 2010, apresentava somente 20,85% de cobertura de ESF naquele ano, aumentando gradualmente esta cobertura, até atingir 70% em 2014.

A região **Norte** apresenta uma cobertura de Atenção Básica de 53,34% em 2014, o segundo menor percentual de cobertura no estado. Ao olharmos para a cobertura de ESF, observamos o percentual ainda mais incipiente, de 23,94%, representando a região com menor cobertura de ESF do estado. Esse baixo percentual tem como um dos motivos o fato do município mais populoso da região, Campos dos Goytacazes, apresentar uma cobertura de apenas 6,87% de ESF no ano de 2014. Embora seja um percentual muito baixo, representa um avanço, visto que nos anos anteriores o município não possuía equipes de Saúde da Família implantadas. Situação semelhante ocorre em São Fidelis, que até 2012 só apresentava cobertura de Atenção Básica no modelo tradicional, implantando apenas em 2013 equipes de Saúde da Família. Ressaltamos que, regionalmente, nos anos de 2013 e 2014, houve um aumento importante, de 4,5%, na cobertura de ESF, apontando que os investimentos em expansão da cobertura de Atenção Básica nestes dois anos tem priorizado este modelo. Destacamos, ainda, os avanços em expansão de cobertura de ESF dos municípios de Conceição de Macabu e São João da Barra, com respectivas coberturas de ESF de 68,18% e 78,78% e com 100% de Atenção Básica em 2014.

A região da **Baixada Litorânea** atingiu, em 2014, as coberturas de ESF de 46,8% e de Atenção Básica de 67,88%. Observa-se que mais de 50% da população está concentrada nos municípios de Cabo Frio, Araruama e Rio das Ostras, portanto, a cobertura destes municípios impacta no resultado regional. Dos três municípios, Cabo Frio possui as melhores coberturas de Atenção Básica e de ESF, que são respectivamente 79,66% e 51,35%. Araruama possui as mais baixas coberturas, sendo 26,62% de cobertura de Atenção Básica e 24,80% de cobertura de Saúde da Família. Rio das Ostras apresentou expansão significativa em 2014 quando comparado ao ano

de 2013 no que se refere às coberturas de ESF e de Atenção Básica, passando de 12,28% de ESF e 37,97% de Atenção Básica em 2013 para 25,95% e 54,76%, respectivamente, em 2014. Os municípios de Arraial do Cabo, Casimiro de Abreu, Armação de Búzios e Iguaba Grande possuem coberturas tanto de Atenção Básica como de ESF superiores a 78%.

A região **Noroeste** apresenta a elevada cobertura de Atenção Básica de 84,69% e uma cobertura de Saúde da Família de 71,78%. Os municípios da região, ao longo dos últimos anos, mantiveram ou ampliaram relativamente sua cobertura de Atenção Básica. Destacamos no ano de 2014 os municípios de Itaocara, que ampliou sua cobertura de equipes de saúde da família de 52,47% em 2013 para 81,73%, e Miracema, que ampliou sua cobertura de Atenção Básica de 76,43% em 2013 para 89,52%, este último não apresentou elevação em sua cobertura de Saúde da Família. Outro município que chama atenção por sua disparidade em relação aos dados regionais é Cambuci, que apresenta cobertura de Atenção Básica e ESF, respectivamente, de 8% e zero, resultado do descredenciamento de suas equipes de Saúde da Família em 2012. Cabe ressaltar que cinco municípios da região possuem 100% de cobertura de Saúde da Família, sendo ainda necessários investimentos no processo de qualificação dessas equipes.

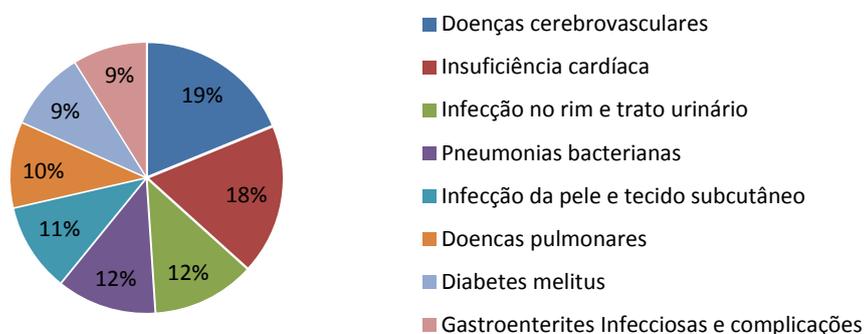
A região **Centro-Sul** apresenta a segunda maior cobertura de Atenção Básica e de ESF do estado, com 92,6% e 89,30% em 2014. Com exceção de Miguel Pereira, que reduziu a cobertura de Atenção Básica de 100% em 2013 para 72,72% em 2014, e de Paracambi que alcançou 64,33%, todos os municípios da região mantiveram ou alcançaram 100% de cobertura de Atenção Básica ao longo dos últimos anos. Comparando a cobertura de Atenção Básica com a de ESF, percebemos que nem todos os municípios da região conseguiram organizar sua atenção totalmente a partir deste modelo, combinando ainda equipes de ESF com unidades básicas tradicionais. A pequena ampliação do número de equipes de ESF ao longo desses anos reflete as coberturas elevadas já alcançadas em anos anteriores na maioria dos municípios. A região se destaca por apresentar oito de seus onze municípios com coberturas de 100% de ESF, e apenas um deles, Paracambi, com cobertura inferior a 50%, embora isso impacte pouco na cobertura em âmbito estadual.

A região **Baía da Ilha Grande**, em 2014, alcançou 100% de cobertura de Atenção Básica e 92,46% de ESF, sendo a Região com as maiores coberturas do estado. Desde 2013, os municípios de Angra dos Reis e Mangaratiba permanecem com 100% de cobertura de Atenção Básica e Paraty passou de 88,13% em 2013 para 100% em 2014. Quanto à cobertura pela ESF, Angra dos Reis, Mangaratiba e Paraty, alcançaram, em 2014, respectivamente, 100%, 89,98% e 60,05%. Importante destacar que Angra dos Reis foi o município com maior aumento da cobertura de ESF em relação ao ano de 2013, passando de 85,96% para 100%, resultado da implantação de 13 novas equipes de saúde da família no ano de 2014.

Além da cobertura, outra importante dimensão a ser avaliada diz respeito à qualidade da atenção prestada à população. Neste sentido, as internações sensíveis à Atenção Básica podem indicar, de forma indireta, o acesso e a resolutividade dos serviços de AB. Este conjunto de internações em relação ao total de internações no SUS, em determinado local e período, é um indicador que vem sendo pactuado nacionalmente desde 2012.

As internações sensíveis estão associadas a um rol de condições de saúde, que foi elaborado em consonância com o perfil epidemiológico e as formas de adoecimento da população brasileira. Ele é composto por 20 grupos diagnósticos. O gráfico abaixo apresenta a proporção por grupos de causas com maior número de internações em 2014, dentre os quais destacam-se as doenças cerebrovasculares e a insuficiência cardíaca.

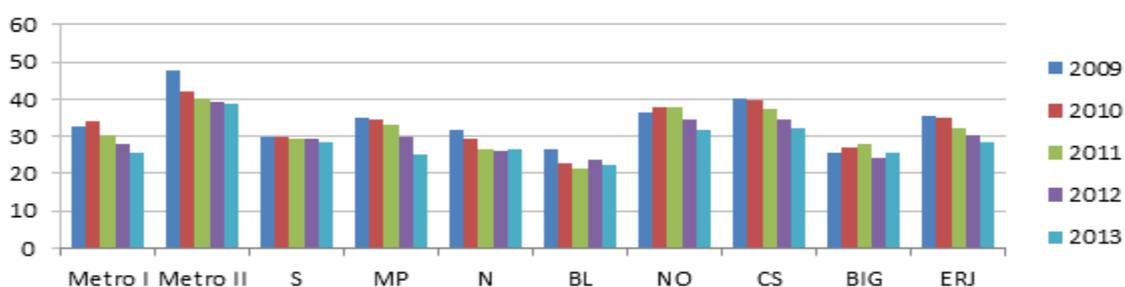
**Gráfico 36: Proporção dos grupos de causas sensíveis à Atenção Básica mais recorrentes em 2014 no ERJ.**



Fonte: Tabnet/Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, acesso em 11/03/2015

O gráfico a seguir apresenta a série histórica da proporção de internações por causas sensíveis à AB, por região de saúde do estado, entre 2009 e 2013, indicando a contínua redução desse percentual em todo o estado, com exceção das regiões de Baía de Ilha Grande e Norte.

**Gráfico 37: Série Histórica da Proporção por internações por causas sensíveis à Atenção Básica por região de saúde do ERJ (2009-2013)**



Fonte: Tabnet/Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, acesso em 11/03/2015

A literatura sobre o tema vincula menores taxas de internações sensíveis à AB a maiores coberturas e qualidade do primeiro nível de atenção. A análise desse indicador deve ser muito cuidadosa, pois há diversos fatores além da AB que interferem na ocorrência dessas internações. No estado, por exemplo, ao comparar os dados apresentados acima, observa-se que as regiões Centro Sul e Noroeste possuem altas proporções por internações sensíveis apesar da alta cobertura de Atenção Básica, sugerindo uma baixa resolutividade desta. Já nas regiões Metropolitana I e Baixada Litorânea observa-se o inverso, baixas coberturas e baixas proporções por internações sensíveis. A SES/RJ vem reforçando junto aos municípios a importância da investigação das causas das internações sensíveis ao primeiro nível de atenção.

O Cofinanciamento Estadual da Atenção Básica vinha sendo uma das principais estratégias adotadas pela SES/RJ para o fortalecimento da AB no âmbito do estado, juntamente com a construção e equipagem de Clínicas da Família e o apoio técnico à gestão, realizado por equipes organizadas regionalmente. Este Programa, instituído em 2007, previa a vinculação de metas para o acompanhamento das ações municipais. Diante da crise econômico-financeira que assola o Estado do Rio de Janeiro, esta estratégia se tornou inviável para os primeiros anos deste quadriênio.

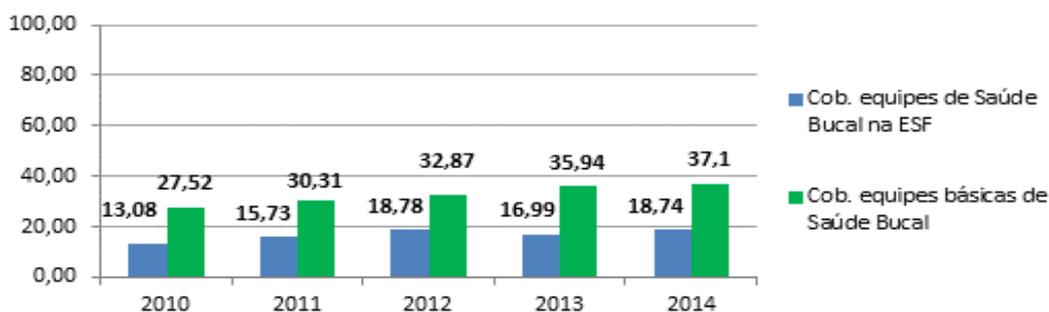
Apesar da estratégia de Cofinanciamento da AB ter sofrido interrupção, a SES/RJ sustentou a continuidade da construção e equipagem de Clínicas da Família, que são unidades básicas de saúde. O objetivo da SES com esta estratégia é contribuir para a diminuição do déficit da capacidade instalada da AB nos municípios do estado. Após a construção e provisão de equipamentos, a unidade é entregue para as gestões municipais, que deverão contratar as respectivas equipes. Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de uma população adscrita, tendo cada clínica a capacidade de ofertar ações de AB e ser responsável pelo cuidado longitudinal desta população. Em relação à Política Nacional para a Saúde Bucal, a cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal deve ser compreendida da mesma forma que a cobertura populacional estimada pelas equipes de AB. Sendo assim, o parâmetro aplicado é o mesmo: para cada equipe, estima-se que 3.000 pessoas encontrariam acesso na AB.

O gráfico a seguir mostra que, no período de 2010 a 2014, houve crescimento na cobertura de Equipes Básicas de Saúde Bucal com aumento na oferta dos serviços de odontologia, partindo de 27,52% no ano de 2010 e alcançando em 2014 o percentual de 37,10%. Mesmo em expansão, consideramos que esta cobertura ainda está muito abaixo do desejável, não chegando a alcançar 50% da população.

Em relação à cobertura de equipes de Saúde Bucal no modelo da Estratégia de Saúde da Família, uma observação relevante quanto à implantação é o crescimento verificado entre os anos de 2010 a 2012, passando de 13,08% para 18,78%, com queda em 2013 e retomada em 2014,

voltando ao patamar de 18,74%. É importante ressaltar que as equipes de Saúde Bucal na ESF, de acordo com o preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica, só podem ser implantadas onde existam equipes de Saúde da Família em funcionamento.

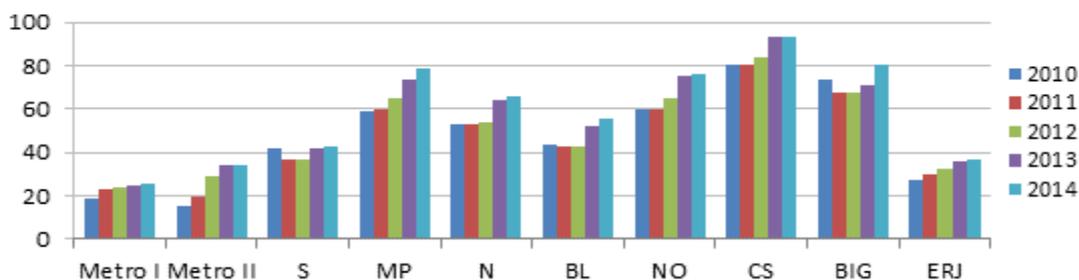
**Gráfico 38: Cobertura estimada por equipes básicas de Saúde Bucal e por equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família no ERJ (2010 – 2014)**



Fonte: Tabnet/Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, acesso em 10/03/2015. Departamento de Atenção Básica (DAB/MS).

Os gráficos abaixo mostram a cobertura de Saúde Bucal distribuída pelas regiões de saúde no ERJ, sendo observado que a cobertura por equipes básicas de Saúde Bucal no estado apresenta-se com discreto crescimento. No período de 2010 a 2012 houve, nas regiões Serrana e Baía da Ilha Grande, ligeira queda na cobertura das equipes de Saúde Bucal, com retomada do crescimento a partir de 2013. Observa-se que houve um pequeno crescimento na região Metropolitana I e expressivo nas demais regiões.

**Gráfico 39: Cobertura estimada por equipes básicas de Saúde Bucal por região de saúde no ERJ (2010 – 2014)**

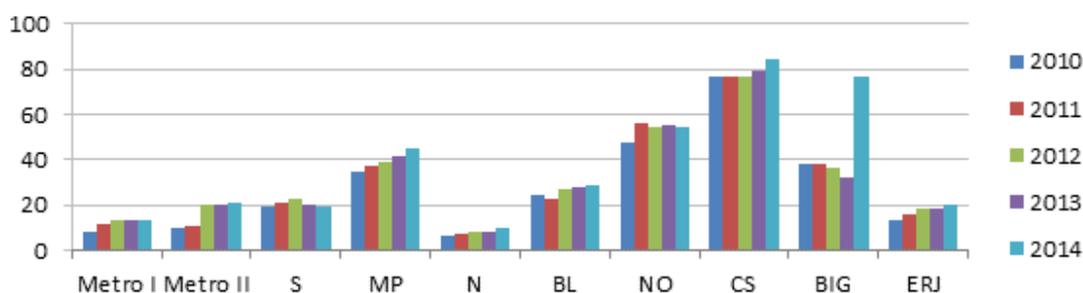


Fonte: Tabnet/Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, acesso em 10/03/2015

Verifica-se que a cobertura de equipes de Saúde Bucal na ESF no ERJ passou por discretas oscilações no período de 2010 a 2014, apresentando pequeno aumento. Com o apoio institucional de forma regionalizada, trabalha-se na busca da qualificação dos serviços para a expansão da cobertura na proporção de 01 equipe de Saúde Bucal para cada equipe de Saúde da

Família implantada. Observa-se que houve crescente aumento da cobertura nas regiões, com destaque para a região da Baía da Ilha Grande que, mesmo apresentando pequena queda de 2010 a 2013, obteve expressivo aumento em 2014, representado pela ampliação no município de Angra dos Reis. A região Metropolitana II se manteve com o mesmo percentual nos anos 2010 e 2011, apresentando um crescimento bastante expressivo em 2012, reflexo da ampliação no município de São Gonçalo, que passou de 30 equipes em 2010 para 98 equipes em 2012, mantendo o crescimento na região até 2014.

**Gráfico 40: Cobertura estimada por equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família por região de saúde no ERJ (2010 – 2014)**



Fonte: Tabnet/Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, acesso em 10/03/2015. Departamento de Atenção Básica (DAB/MS)

A partir das análises de cobertura realizadas podemos observar que, atualmente, a expansão da AB está essencialmente relacionada à implantação de equipes de Saúde da Família. Neste contexto, dois principais desafios se destacam: a contratação da equipe multiprofissional e a estrutura física das unidades básicas de saúde.

Entre as principais dificuldades para contratação da equipe multiprofissional, destacamos o custo elevado da remuneração dos profissionais, sendo a despesa com recursos humanos uma das mais vultosas na área da saúde. Não menos relevante é a escassez de profissionais médicos com interesse em atuar na AB, sobretudo em localidades mais distantes dos grandes centros urbanos. Neste momento, os programas de provisão de profissionais para a AB do MS, PROVAB e Mais Médicos, buscam contribuir para o enfrentamento deste problema.

Em relação à estrutura física das unidades básicas de saúde, imperam as necessidades de qualificação daquelas já existentes, bem como a construção de novas unidades, visando garantir o princípio da territorialidade da AB. Ou seja, as unidades de saúde devem estar distribuídas pelo território, localizando-se próximas aos locais onde as pessoas vivem. Para contribuir com esta lógica, a SES/RJ vem construindo novas Clínicas da Família em diversos municípios e o MS oferta o programa federal Requalifica UBS, com recursos para reforma, ampliação e construção de unidades básicas de saúde.

### 3.2. Vigilância em Saúde

#### 3.2.1. Imunização

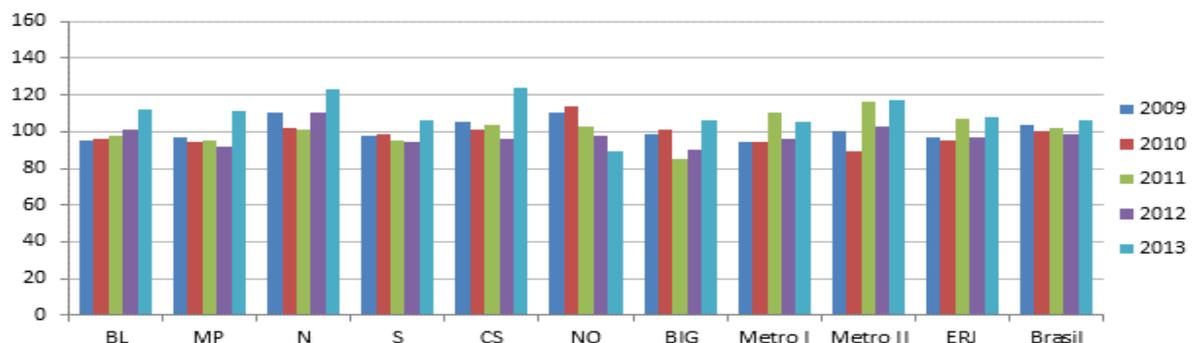
Dentre as diversas ações de saúde coletiva no âmbito do SUS, aquelas relacionadas ao Programa Nacional de Imunização (PNI) podem ser consideradas das mais bem sucedidas. Pela amplitude do PNI, o presente diagnóstico aborda três vacinas, são elas: Tríplice Viral (sarampo, caxumba, rubéola), Meningocócica C conjugada e Poliomielite (viva atenuada e inativada). Para esta eleição considerou-se o comportamento de determinadas doenças no ERJ e a necessidade de cumprimento de metas de indicadores pactuados no estado.

##### a) Tríplice Viral

O cálculo de cobertura vacinal da tríplice viral disponível no SI-PNI é realizado com base nas doses administradas nas crianças de um ano de idade. Além destas, devem ser vacinados indivíduos com idade acima de 15 meses até 49 anos sem comprovação vacinal. Apesar dos dados aqui analisados corresponderem à vacinação das crianças com um ano de idade, é extremamente importante que os municípios monitorem as doses aplicadas nos indivíduos adultos, a fim de reduzir os riscos de epidemia das doenças exantemáticas.

O gráfico abaixo mostra a cobertura da vacina tríplice viral, incluindo o sarampo, a caxumba e a rubéola, das regiões de saúde, do ERJ e Brasil, no período de 2009 a 2013.

**Gráfico 41: Cobertura da vacina tríplice viral, segundo regiões de saúde, ERJ, Brasil, 2009 a 2013.**



Fonte: SI-PNI, dados consultados em 25/07/14, sujeitos à revisão.

A meta do PNI é vacinar 95% das crianças com um ano de idade. O ERJ atingiu a meta em todos os anos analisados (2009-2013), bem como em todas as regiões de saúde do estado. Outro importante indicador do desempenho da atividade de vacinação é a homogeneidade representada pela proporção de municípios que atingiram a cobertura preconizada. Preconiza-se que pelo menos 70% dos municípios alcancem a cobertura vacinal estabelecida. No estado, a homogeneidade foi em 2009 de 64%, em 2010 de 68%, em 2011 de 70%, em 2012 de 60% e em

2013 de 76%. Ao avaliar a homogeneidade os municípios podem identificar os bolsões de não vacinados (suscetíveis) considerados como áreas de risco.

A região Metropolitana I não alcançou a meta nos anos de 2009 e 2010, enquanto que a Metropolitana II só não atingiu no ano de 2010. Observa-se, ainda, que a região Médio Paraíba não conseguiu alcançar a meta em 2010 e 2012, ao passo que a Baía de Ilha Grande não atingiu nos anos de 2011 e 2012. Já as regiões Serrana e Noroeste não alcançaram a meta no ano de 2012. As regiões Baixada Litorânea, Norte e Centro Sul alcançaram a meta vacinal no período analisado.

#### **b) Meningocócica C conjugada**

A vacina meningocócica C conjugada (MnCc), com finalidade de prevenir a doença meningocócica causada pela bactéria *Neisseria meningitidis* do sorogrupo C, é utilizada no Brasil desde 2003, inicialmente somente para indivíduos com condições clínicas especiais, sendo administrada nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE).

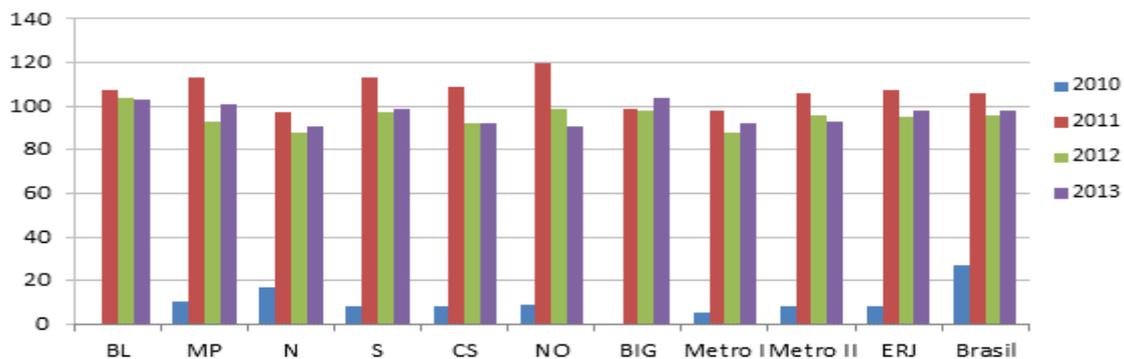
A partir de agosto de 2010, a vacina MnCc foi introduzida nacionalmente na rotina dos serviços de saúde para aplicação nos seguintes esquemas de vacinação: crianças a partir de 3 meses até 9 meses de idade devem receber duas doses (respeitando intervalo mínimo de 30 dias) e uma dose de reforço entre os 12 e 15 meses de idade; crianças de 10 ou 11 meses de idade devem receber duas doses (respeitando intervalo mínimo de 30 dias), não sendo necessário a administração de doses de reforço; crianças de 12 meses a 23 meses devem receber dose única.

Em razão desta vacina só ter sido introduzida no final do ano de 2010, os dados de cobertura vacinal do referido ano ficaram extremamente abaixo da meta vacinal, não sendo considerados para a presente análise, como pode ser observado no gráfico a seguir.

A meta do PNI é vacinar 95% das crianças menores de dois anos. A cobertura vacinal deste imunobiológico considera o quantitativo de 2ª doses em relação à população alvo. O ERJ só não alcançou a meta estabelecida no ano de 2013. Em 2011 a homogeneidade estadual registrada foi de 88%, em 2012 de 62% e em 2013 de 63%.

Apesar de o estado ter alcançado a meta no ano de 2012, o indicador de homogeneidade evidencia significativa quantidade de municípios que não alcançaram a meta, sendo motivo de preocupação quando se deseja reduzir a incidência da doença meningocócica.

**Gráfico 42: Cobertura da vacina meningocócica C conjugada, segundo região de saúde, ERJ, Brasil, 2010 a 2013.**



Fonte: SI-PNI, dados consultados em 25/07/14, sujeitos à revisão.

Em 2012 e 2013 as regiões Metropolitana I, Norte e Centro Sul não alcançaram a meta preconizada. Já as regiões Metropolitana II e Noroeste não atingiram em 2013. Observa-se que a região Médio Paraíba não alcançou em 2012 e as regiões Baixada Litorânea e Serrana atingiram a meta entre os anos 2011 a 2013.

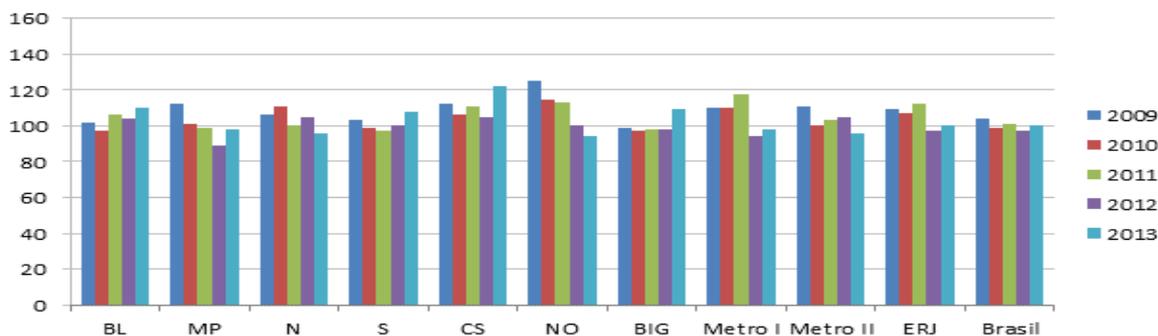
### c) Poliomielite

As ações de vacinação contra poliomielite contribuíram para a certificação e manutenção do Brasil livre da circulação autóctone de poliovírus selvagem desde 1990. Conforme definido no Plano Global de Erradicação, uma região precisa estar sem circulação de vírus da poliomielite por três anos, em vigência de um sistema de vigilância sensível com capacidade de notificar casos de paralisias flácidas agudas, para poder ser declarada livre da circulação de poliovírus. No entanto, a não ocorrência de poliomielite no continente americano não é suficiente para interromper as ações de vigilância e imunização, pois o poliovírus ainda circula em outros países e, a qualquer momento, a poliomielite pode ser reintroduzida nos países já certificados por meio de viajantes infectados.

As coberturas vacinais de rotina já foram baixas, o que exigiu do PNI uma ampla estratégia de intensificação, com campanhas anuais. Atualmente, de forma geral, mantêm-se níveis de cobertura considerados adequados. São administradas duas formas da vacina contra poliomielite, sendo a forma atenuada e a forma inativada (VOP e VIP). Deve-se administrar aos 2 e 4 meses de idade a vacina inativada (VIP) e aos 6 meses, 15 meses e 4 anos a vacina atenuada (VOP).

O gráfico abaixo evidencia a cobertura da vacina contra poliomielite nas regiões de saúde, em comparação com a cobertura do estado como um todo e do Brasil:

**Gráfico 43: Cobertura da vacina contra poliomielite das regiões de saúde, Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009 a 2013.**



Fonte: SI-PNI, dados consultados em 25/07/14, sujeitos à revisão.

Observa-se que o ERJ atingiu a meta de cobertura em todos os anos da análise. Em 2009 a homogeneidade registrada foi de 83%, em 2010 de 76%, em 2011 de 75%, em 2012 de 71% e em 2013 de 72%. A região Metropolitana I não atingiu a meta preconizada no ano de 2012. No ano de 2012, somente a região do Médio Paraíba não atingiu a meta, ao passo que em 2013, apenas a Noroeste não alcançou a meta preconizada. As demais regiões de saúde atingiram a meta em todo o período analisado.

### 3.2.2. Vigilância Sanitária

A SES/RJ é responsável por coordenar o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária promovendo ações de normalização, capacitação, informação, cooperação técnica, supervisão e acompanhamento dos municípios, objetivando o desenvolvimento das ações de vigilância sanitária em todo o território estadual. Excepcionalmente, o órgão estadual executa, em caráter complementar, ações de vigilância sanitária, cuja obrigação legal pertence ao poder municipal, conforme Lei Federal 8080/90.

Objetivando o cumprimento da referida Lei, a descentralização das ações de vigilância sanitária para os municípios vem ocorrendo, gradativamente, desde o início da década de 90. Apesar de a Lei definir como competência dos municípios a execução das ações de vigilância sanitária, um número significativo de municípios permaneceu por mais de 20 anos sem realizar a totalidade das ações, ficando a instância estadual de vigilância sanitária com a obrigação de executá-las por longo período.

Em 2014, a Portaria GM/MS nº 475 estabeleceu novos critérios para o repasse e monitoramento dos recursos financeiros federais do Componente da Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, para estados, Distrito Federal e municípios. Anteriormente à publicação desta Portaria, o Piso de Vigilância Sanitária era percebido integralmente apenas pelos municípios que pactuavam na Comissão Intergestores Bipartite a execução da totalidade das ações de vigilância sanitária previstas na Resolução SESDEC

1.411/2010. Com a edição da nova Portaria ministerial, a partir de 2014, todos os municípios passaram a perceber o valor integral do Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVISA) independentemente de pactuação, o que reforçou a necessidade de redefinição dos critérios de descentralização das ações de vigilância sanitária.

Em consequência deste avanço, o gerenciamento do risco sanitário poderá ser promovido de forma mais abrangente pela esfera local, através da integração das ações de vigilância sanitária às políticas de atenção básica, ensejando maior resolutividade e cooperação na solução dos problemas de saúde da municipalidade.

De acordo com a Resolução SES nº 1058/2014, permanece sob a competência da esfera estadual, devido à complexidade e maior risco sanitário, o conjunto de ações relacionadas a seguir:

- Clínica de Terapia Renal Substitutiva;
- Unidade Móvel de Terapia Renal Substitutiva;
- Hospitais e Clínicas com Internação;
- Serviços intra-hospitalares de: Laboratórios de Análises Clínicas, Pesquisa e Anatomia Patológica, Posto de Coleta de Laboratório de Análises Clínicas;
- Serviço de Radiodiagnóstico Médico, Serviço de Imagem, Radiodiagnóstico Odontológico;
- Unidade Odontológica Hospitalar;
- Farmácias Privativas de Unidades Hospitalares ou Congêneres;
- Hemocentros, Núcleo de Hemoterapia, Unidade de Coleta e Transfusão, Unidade de Coleta Móvel ou Fixa, Agência Transfusional, Central de Triagem Laboratorial de Doadores;
- Banco de Células, Tecidos e Órgãos, Centros de Tecnologia Celular, Laboratório de Células Progenitoras Hematopoiéticas e congêneres;
- Serviço de Radioterapia e Medicina Nuclear;
- Banco de Leite Humano e Posto de Coleta de Leite Humano;
- Empresas Prestadoras de Bens e ou Serviços de Nutrição Enteral;
- Indústrias de Ótica, Material e Equipamentos Óticos, de Aparelhos e Produtos Usados em Medicina, Ortopedia, Odontologia, Enfermagem, Educação Física, Embelezamento ou Correção Estética (Produtos Correlatos);
- Empresas e unidades de processamento de material médico hospitalar;
- Indústrias de Produtos Farmacêuticos, de Insumos Farmacêuticos, de Produtos Saneantes Domissanitários, de Cosméticos, Perfumes e Produtos de Higiene;
- Indústria de Insumos Farmacêuticos Sujeitos a Controle Especial, e Indústria de Produtos Farmacêuticos Contendo Substâncias Sujeitas a Controle Especial;
- Importadores e Exportadores de Medicamentos e Insumos Farmacêuticos;

- Importadores, Exportadores e Distribuidores, com Fracionamento de Insumos Farmacêuticos;
- Armazéns (depósito) de medicamentos, drogas e insumos farmacêuticos, de correlatos, de saneantes domissanitários, de cosméticos, perfumes e produtos de higiene, exclusivos de empresas fabricantes.

Prosseguindo com a estratégia de descentralização, está previsto que, no prazo de 24 meses, contados a partir de 01 de novembro de 2014, também passarão a ser de responsabilidade municipal as ações relacionadas às atividades abaixo:

- Importadores e Exportadores de Medicamentos e Insumos Farmacêuticos;
- Importadores, Exportadores e Distribuidores, com Fracionamento de Insumos Farmacêuticos;
- Banco de Leite Humano e Posto de Coleta de Leite Humano;
- Empresas Prestadoras de Bens e ou Serviços de Nutrição Enteral.

Esse novo patamar do processo de descentralização vem fortalecer o papel coordenador do Estado como gestor do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária, requerendo, para os próximos anos, a ampliação das ações de capacitação, cooperação técnica, supervisão, acompanhamento e monitoramento dos Órgãos de Vigilância Sanitária Municipais.

Segue representado, por região, o quadro evolutivo de execução das ações de vigilância sanitária pelos municípios, de acordo com os parâmetros definidos pela Resolução SESDEC 1.411/2010, em vigor até 31/10/2014, e pela Resolução SES 1.058/2014:

**Tabela10: Quadro demonstrativo, por região, da descentralização da VS no ERJ, 2010-2014**

REGIÃO	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS - DESCENTRALIZAÇÃO DA VISA					
	RESOLUÇÃO SESDEC 1411/2010 (Revogada)					RESOLUÇÃO SES 1058/2014
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Baía da Ilha Grande	0%	0%	33,33%	33,33%	33,33%	100%
Baixada Litorânea	11,11%	22,22%	22,22%	22,22%	22,22%	100%
Centro Sul	27,27%	36,36%	45,45%	45,45%	45,45%	100%
Médio Paraíba	25%	25%	66,66%	66,66%	66,66%	100%
Metropolitana I	33,33%	33,33%	33,33%	33,33%	33,33%	100%
Metropolitana II	28,57%	42,85%	42,85%	42,85%	42,85%	100%
Noroeste	23,07%	23,07%	23,07%	23,07%	23,07%	100%
Norte	12,50%	25%	37,50%	37,50%	37,50%	100%
Serrana	12,05%	18,75%	18,75%	18,75%	18,75%	100%

Fonte: SES/RJ - SVS / Superintendência de Vigilância Sanitária

### 3.2.3. Laboratório de Referência e Unidades Descentralizadas para a Vigilância em Saúde

#### a) Laboratório Central Noel Nutels – LACEN-RJ

O Laboratório Central Noel Nutels – LACEN-RJ é uma unidade de apoio diagnóstico às ações de Vigilância em Saúde, que integra o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB). Atua como Laboratório de Referência Estadual e coordena a rede de laboratórios de vigilância epidemiológica, a rede de laboratórios de vigilância em saúde ambiental, a rede de laboratórios de vigilância da saúde do trabalhador e a rede de laboratórios de vigilância sanitária.

O LACEN-RJ executa atividades de relevância pública, indelegáveis, sendo o ponto focal para as análises laboratoriais de interesse em saúde pública, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional. De forma complementar, realiza outras análises de média e alta complexidade, de interesse da vigilância em saúde, de acordo com as diretrizes do SUS e apoia as ações de Vigilância em Saúde relacionadas aos agravos inusitados, prestando informação, em tempo real, às três esferas de Governo. O quadro abaixo apresentam os exames ofertados pelo LACEN-RJ segundo serviços existentes:

**Tabela 11: Exames ofertados pelo LACEN-RJ, segundo serviços existentes.**

<b>Controle Sanitário e Ambiental</b>	Alimentos, Água, Águas Residuais e Medicamentos
<b>Pesquisas em Antropozoonoses</b>	Taxonomia de Artrópodes e Planorbídeos, Capacitações, Investigação de focos e Avaliação de equipamentos
<b>Controle Epidemiológico</b>	Serviços de Microbiologia (Tuberculose, Meningite, Coqueluche, Difteria, Cólera, Cryptococcus, Fungos); Imunologia (HIV, Citomegalovírus, Dengue, Leptospirose, Rubéola, Caxumba, Varicela, Sarampo, Hepatites, HTLV, Vírus Resp (Influenza), Parvovírus B19, Peste, Herpes Simples); Carga Viral e Citometria (HIV); Biologia Molecular (Hepatites, Dengue, Influenza); Parasitologia (Doença de Chagas; Toxoplasmose, Leishmaniose Visceral; Malária).

Para o fortalecimento da Vigilância em Saúde local, o LACEN-RJ vem dando continuidade ao processo de descentralização iniciado em 2005, priorizando as Análises Microbiológicas de Água para Consumo Humano, as Análises Sorológicas para o Diagnóstico da Dengue e as Análises Microbiológicas de Cultura para Tuberculose pelo método de Ogawa.

Os principais objetivos deste processo são: beneficiar os noventa e dois (92) municípios, aumentando a sua capacidade de análise e resposta oportuna; disponibilizar o diagnóstico em tempo hábil para a população dos diversos municípios; incentivar a estruturação dos laboratórios, por meio de polos regionais; integrar programas de controle de qualidade interlaboratoriais; e capacitar tecnicamente os diversos municípios. Em maior prazo, espera-se contribuir para a descentralização das análises laboratoriais de vigilância em saúde, apoiando o desenvolvimento de laboratórios municipais para que assumam testes de rotina, por meio de um ciclo contínuo de

desenvolvimento e/ou incorporação de processos tecnológicos e sua transferência a serviços periféricos, segundo critérios de complexidade e de custo-benefício.

**b) Núcleos Descentralizados de Vigilância em Saúde (NDVS)**

Os Núcleos Descentralizados de Vigilância em Saúde são instâncias de apoio técnico para as regiões/municípios, que têm por finalidade fomentar o desenvolvimento da Vigilância da Saúde, através de ações que promovam a integração entre as vigilâncias municipais e sua atuação de forma mais sistêmica no âmbito regional.

Atualmente são nove (9) NDVS, 01 em cada Região de Saúde, aos quais compete: assessorar tecnicamente os municípios da região, inclusive para o processo de estruturação dos Sistemas Municipais de Vigilância em Saúde; monitorar o desenvolvimento das ações municipais para o alcance das metas pactuadas, relativas aos indicadores de vigilância em saúde; analisar a situação de saúde da região e disseminar as informações geradas pelos Sistemas de Informação em Saúde; e promover interlocução técnica entre os municípios e o nível central da SES/RJ.

### **3.3. Atenção Especializada**

A Atenção Especializada compreende um conjunto de ações e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial ou hospitalar, que incorporam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado no que se denomina de média e alta complexidade.

Articulados à atenção primária, devem compor as redes de atenção à saúde para viabilizar a integralidade do cuidado e atender as necessidades de saúde da população.

A provisão de serviços especializados, no entanto, ainda esbarra em inúmeras dificuldades, as quais envolvem desde a oferta insuficiente até problemas de coordenação assistencial e regulação do acesso. Envolvem, ainda, aspectos relacionados ao seu planejamento, como perfil assistencial, escala e viabilidade econômica, dentre outros. Parâmetros técnicos de necessidades de saúde e de cobertura e produtividade de serviços de saúde devem ser balizadores da programação de ações e serviços, devendo ser cotejados com o conhecimento disponível sobre as condições sanitárias em determinado território. No entanto, historicamente, não foi assim que se configurou a capacidade instalada no SUS.

A falta de planejamento associada a fatores como interesses de grupos profissionais e do chamado complexo industrial da saúde (indústrias de equipamentos médico-hospitalares e medicamentos) podem promover distorções na oferta e produção dos serviços, gerar ineficiência e torna-los pouco efetivos no enfrentamento dos problemas de saúde, em particular na abordagem e tratamento das condições crônicas, que demandam mais a assistência de média e alta complexidade.

No diagnóstico da oferta de serviços de saúde, via de regra, quatro situações mais frequentes podem ser verificadas: (i) inexistência de determinados procedimentos em uma região; (ii) insuficiência dos serviços existentes; (iii) insuficiência de recursos de custeio para utilização plena da capacidade instalada existente e (iv) oferta de serviços superior às necessidades. Todas estas situações exigem medidas racionalizadoras para equacionar o acesso e melhorar a organização da assistência especializada.

O equacionamento das dificuldades existentes pode envolver diversos tipos de ações, como o financiamento de novos serviços, otimização da produção potencial das estruturas existentes, utilização de mecanismos de coordenação assistencial e integração em rede, para citar alguns. Dependendo do tipo de procedimento envolvido, vários fatores precisam ser considerados, como acessibilidade, escala econômica e demanda potencial, por exemplo.

Os esforços da SES neste sentido têm sido direcionados para a organização de linhas de cuidado prioritárias e das redes temáticas propostas pelo MS, além do fomento à ampliação da

cobertura e melhoria da qualidade da atenção básica e da assistência farmacêutica nos municípios, e ampliação de recursos diagnósticos e assistenciais especializados próprios. A essas iniciativas soma-se o processo permanente de adequação da programação pactuada e integrada da assistência. Todas estas estratégias visam contribuir para a diminuição do déficit de oferta de serviço indicado pelas regiões de saúde nas respectivas matrizes de planejamento regional e para promoção do melhor desempenho das regiões de saúde.

O presente diagnóstico do PES disponibiliza informações sobre estas diferentes dimensões envolvidas na organização do SUS. Quanto à atenção especializada, em particular, não seria possível tratar de todo o elenco abrangido sob a classificação de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, sendo feita a opção de um recorte que (a) problematiza o acesso à média complexidade hospitalar nas quatro especialidades básicas, nas regiões de saúde e os percentuais de migração da população residente para outras regiões e (b) a oferta de procedimentos para duas áreas consideradas prioritárias do ponto de vista do perfil de morbimortalidade no estado – a Cardiologia e a Oncologia.

Na análise que segue estão demonstrados os atendimentos ofertados pelas unidades do SUS no ERJ, a partir deste recorte. Em relação à média complexidade, como dito, foram selecionados os procedimentos hospitalares por especialidade (Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Obstetrícia e Pediatria), e na alta complexidade foram selecionados os relativos aos grandes grupos de causas de morbidade e mortalidade no estado, associados às especialidades de Cardiologia e Oncologia.

Seguindo o mesmo critério adotado acima, também na assistência ambulatorial de alta complexidade são identificados aqueles que compõem a linha de tratamento das patologias mais prevalentes: cardiovasculares e oncológicas.

Para a assistência oncológica, foram considerados os parâmetros já revisados pelo MS, por meio da Portaria GM/MS nº 140/2014, que redefine critérios e parâmetros a serem observados pelos estabelecimentos habilitados para a prestação de atenção oncológica. No caso da assistência cardiovascular, os parâmetros são aqueles estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade (Portaria GM/MS nº 1169/2004).

Em todos os casos, a necessidade de complementação de serviços considera os critérios de economia de escala e acesso. São apresentados dados de produção aprovada nos sistemas oficiais de faturamento: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do SUS, durante o ano de 2014, por município executor e município de residência do paciente.

### 3.3.1. Assistência de Média Complexidade Hospitalar nas Regiões de Saúde

O fluxo de migração dos habitantes dos municípios de uma região pode ser um bom traçador para conhecermos as principais referências de serviços de saúde. Os dados demonstram a movimentação dos usuários desses municípios para serem atendidos, contribuindo para avaliação da capacidade dos serviços de saúde de atenderem as demandas no âmbito da região de saúde. Por outro lado, contribui para avaliar a necessidade de investimento na expansão da oferta de serviços, nesse caso, nas especialidades selecionadas para realização da presente análise (cirurgia geral, obstetrícia, clínica médica e pediatria), nas diferentes regiões. Abaixo são apresentados quadros que apresentam o fluxo migratório por região de saúde.

**Tabela 12: Fluxo migratório, Baía da Ilha Grande, especialidades básicas: Cirurgia Geral, Clínica Médica, Obstetrícia e Pediatria**

Região de Saúde	Município	Cirurgia Geral				Clínica Médica				Obstetrícia				Pediatria			
		% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões	% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões	% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões	% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões
BAIA DA ILHA GRANDE	ANGRA DOS REIS	74,04%	90,57%	0,16%	9,27%	61,39%	93,74%	0,32%	5,94%	71,11%	99,32%	0,07%	0,61%	72,48%	93,85%	0,25%	5,90%
	MANGARATIBA	15,66%	80,58%	1,93%	17,49%	21,07%	87,85%	1,46%	10,69%	8,64%	80,35%	8,30%	11,35%	9,24%	80,83%	5,00%	14,17%
	PARATY	10,31%	68,67%	20,12%	11,21%	17,54%	83,89%	12,36%	3,75%	20,24%	93,28%	5,42%	1,30%	18,28%	84,65%	7,02%	8,33%

Fonte: SAECA/SES-RJ

Em relação aos procedimentos cirúrgicos de média complexidade, os municípios da **Baía da Ilha Grande** revelaram capacidade de atendimento diferenciada, sendo que Paraty reteve menos que 70% de seus residentes no próprio território. Quanto às demais especialidades, embora com desempenhos diferentes, os municípios desta região absorveram mais de 80% de seus respectivos munícipes em seus próprios territórios.

**Tabela 13: Fluxo migratório, Baixada Litorânea, Especialidades básicas: Cirurgia Geral, Clínica Médica, Obstetrícia e Pediatria**

Região de Saúde	Município	Cirurgia Geral				Clínica Médica				Obstetrícia				Pediatria			
		% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões	% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões	% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões	% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões
BAIXADA LITORÂNEA	ARARUAMA	21,89%	79,45%	2,35%	18,20%	10,23%	59,30%	22,61%	18,09%	16,60%	96,19%	3,05%	0,76%	16,87%	86,13%	1,22%	12,65%
	ARMAÇÃO DE BÚZIOS	4,52%	65,89%	19,93%	14,18%	4,08%	81,64%	8,50%	9,86%	5,89%	97,68%	1,16%	1,16%	3,69%	87,69%	1,54%	10,77%
	ARRAIAL DO CABO	2,29%	47,10%	38,57%	14,33%	7,93%	82,43%	12,16%	5,41%	1,48%	78,97%	17,86%	3,17%	2,64%	69,85%	20,63%	9,52%
	CABO FRIO	43,96%	91,37%	2,55%	6,08%	36,36%	89,46%	3,24%	7,30%	12,17%	78,74%	19,69%	1,57%	19,27%	71,13%	11,97%	16,90%
	CASIMIRO DE ABREU	2,84%	70,50%	10,03%	19,47%	8,72%	85,29%	5,42%	9,29%	4,39%	77,38%	19,05%	3,57%	10,66%	87,01%	9,62%	3,37%
	IGUABA GRANDE	-	-	76,59%	23,41%	-	-	82,35%	17,65%	-	-	98,97%	1,03%	-	-	80,95%	19,05%
	RIO DAS OSTRAS	11,71%	77,62%	2,20%	20,18%	15,84%	85,38%	2,26%	12,36%	29,01%	97,07%	0,65%	2,28%	35,91%	92,52%	1,14%	6,34%
	SÃO PEDRO DA ALDEIA	4,95%	45,98%	42,93%	11,10%	-	-	73,47%	26,53%	21,49%	94,15%	5,12%	0,73%	3,63%	46,36%	29,09%	24,55%
	SAQUAREMA	4,02%	36,33%	44,46%	19,21%	16,85%	79,49%	12,62%	7,89%	8,97%	97,57%	0,97%	1,46%	7,32%	68,89%	12,78%	18,33%

Fonte: SAECA/SES-RJ

No caso da **Baixada Litorânea**, os dados de migração revelam que nesta região 03 dos 09 municípios não conseguiram atender a, pelo menos, 50% de seus residentes na especialidades de cirurgia geral, embora 08 municípios possuam unidades hospitalares. Somente um município absorveu mais do que 90% (Cabo Frio) e um segundo absorveu aproximadamente 80% (Araruama) dos munícipes em seus respectivos territórios. Ressalta-se que parcela importante da população da Baixada Litorânea recebeu atendimento fora de sua própria região, chegando a mais de 20% no caso do município que não possui unidade hospitalar. Para a especialidade de clínica médica, chama a atenção o município de Araruama, com um percentual de atendimentos de seus munícipes muito inferior àqueles alcançados pelos demais, apesar de contar em seu território, inclusive, com um hospital estadual de referência regional. Em relação à média complexidade em obstetrícia, apenas uma pequena parcela das pacientes recebeu atendimento fora da própria região de sua residência. Ainda assim, 03 dos municípios, apesar de contarem com hospitais, não absorveram nem 80% de seus respectivos munícipes. Para a média complexidade hospitalar em pediatria, algumas situações chamam a atenção, como no caso do município de São Pedro da Aldeia, cujo percentual de

migração para fora da própria região corresponde a 25%, sendo o mais elevado dentre todos os municípios, inclusive em comparação à migração de Iguaba Grande para outras regiões, uma vez que este município não possui hospital.

**Tabela 14: Fluxo migratório, Centro Sul, Especialidades básicas: Cirurgia Geral, Clínica Médica, Obstetrícia e Pediatria**

Região de Saúde	Município	Cirurgia Geral				Clínica Médica				Obstetrícia				Pediatria			
		% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões	% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões	% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões	% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões
CENTRO SUL	AREAL	-	-	70,80%	29,20%	1,57%	62,07%	33,00%	4,93%	-	-	98,36%	1,64%	-	-	82,61%	17,39%
	COMENDADOR LEVY GASPARIAN	-	-	90,83%	9,17%	-	-	94,25%	5,75%	-	-	100%	-	-	-	100,00%	-
	ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN	-	-	77,00%	23,00%	2,98%	60,25%	35,19%	4,56%	0,13%	4,69%	84,38%	10,94%	-	96,08%	1,96%	1,96%
	MENDES	-	-	76,25%	23,75%	4,21%	63,28%	32,39%	4,33%	-	-	90,91%	9,09%	-	-	88,89%	11,11%
	MIGUEL PEREIRA	19,02%	70,02%	19,68%	10,30%	16,91%	80,33%	12,94%	6,73%	17,97%	89,44%	5,59%	4,97%	21,53%	87,18%	11,11%	1,71%
	PARACAMBI	0,26%	2,21%	27,94%	69,85%	20,19%	85,70%	9,73%	4,57%	6,73%	42,39%	3,26%	54,35%	9,95%	65,24%	25,00%	9,76%
	PARAIBA DO SUL	26,15%	66,47%	26,30%	7,23%	12,55%	79,60%	19,08%	1,32%	0,47%	3,17%	95,68%	1,15%	2,19%	25,58%	68,60%	5,82%
	PATY DO ALFERES	-	-	87,45%	12,55%	-	-	96,13%	3,87%	-	-	96,05%	3,95%	-	-	97,40%	2,60%
	SAPUCAIA	-	-	81,15%	18,85%	-	-	79,41%	25,59%	-	-	98,77%	1,23%	-	-	41,18%	58,82%
	TRES RIOS	31,19%	70,89%	24,34%	4,77%	21,40%	94,12%	3,01%	2,87%	59,24%	99,22%	0,26%	0,52%	24,18%	87,69%	0,52%	11,79%
VASSOURAS	23,38%	87,08%	5,10%	7,82%	18,79%	94,02%	1,52%	4,46%	15,46%	97,06%	-	2,94%	42,15%	91,98%	0,70%	7,32%	

Fonte: SAECA/SES-RJ

No caso dos procedimentos cirúrgicos de média complexidade, destacam-se, na Região **Centro Sul**, os dados do município de Paracambi, com 70% de seus residentes atendidos em outras regiões, podendo este fluxo estar sendo orientado pela sua proximidade dos municípios da Metropolitana I e facilidade de acesso para os mesmos. Por outro lado, em clínica médica, observa-se que o município de Paracambi é um dos principais executores na região, ao lado de Três Rios. Apenas 4 municípios não absorveram ao menos 70% da demanda de seus munícipes para esta especialidade. Também no caso da obstetrícia observa-se um movimento migratório importante para atendimento em municípios fora da própria região de saúde (pouco mais da metade das

residentes que necessitaram deste tipo de atendimento), o que aponta uma possível deficiência deste tipo de serviço na região. No caso da pediatria, em geral, a região absorve parte importante da sua demanda, principalmente nos polos de Vassouras e Três Rios. Entretanto, ainda existe fluxo migratório desta especialidade para outras regiões de saúde, com destaque para os encaminhamentos de Sapucaia.

**Tabela 15: Fluxo migratório, Médio Paraíba, Especialidades básicas: Cirurgia Geral, Clínica Médica, Obstetrícia e Pediatria**

Região de Saúde	Município	Cirurgia Geral				Clínica Médica				Obstetrícia				Pediatria			
		% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões	% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões	% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões	% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões
MÉDIO PARAÍBA	BARRA DO PIRAÍ	10,26%	81,82%	11,63%	6,55%	9,28%	87,37%	9,32%	3,31%	9,05%	86,12%	12,75%	1,13%	24,18%	93,74%	3,36%	2,90%
	BARRA MANSA	14,53%	80,54%	11,32%	8,14%	16,80%	90,18%	8,35%	1,47%	21,97%	97,04%	2,76%	0,20%	7,17%	75,00%	13,78%	11,22%
	ITATIAIA	0,38%	13,16%	74,67%	12,17%	3,58%	80,34%	18,83%	0,83%	2,18%	58,10%	41,90%	-	1,46%	57,64%	41,18%	1,18%
	PINHEIRAL	0,02%	1,13%	78,65%	20,22%	1,57%	80,27%	18,11%	1,62%	2,35%	86,41%	12,50%	1,09%	0,59%	55,55%	27,78%	16,67%
	PIRAÍ	12,31%	65,47%	19,82%	14,71%	2,97%	89,29%	6,10%	4,61%	4,55%	97,41%	1,11%	1,48%	2,02%	70,67%	9,33%	20,00%
	PORTO REAL	1,13%	48,72%	45,30%	5,98%	3,33%	91,68%	6,20%	2,12%	1,89%	89,44%	10,56%	-	2,94%	78,05%	15,45%	6,50%
	QUATIS	0,49%	39,85%	52,34%	7,81%	2,88%	87,88%	10,67%	1,45%	-	-	100%	-	1,37%	72,58%	27,42%	-
	RESENDE	20,89%	95,13%	0,87%	4,00%	17,52%	96,96%	1,88%	1,16%	21,17%	99,50%	0,25%	0,25%	12,20%	94,35%	0,28%	5,37%
	RIO CLARO	1,07%	61,54%	18,13%	20,33%	0,91%	71,78%	14,94%	13,28%	0,58%	66,10%	22,04%	11,86%	-	-	40,91%	59,09%
	RIO DAS FLORES	0,23%	19,20%	74,40%	6,40%	2,31%	82,33%	16,73%	0,94%	-	-	100%	-	-	-	100%	-
	VALENÇA	15,84%	93,00%	2,29%	4,71%	15,30%	96,52%	1,60%	1,88%	7,17%	94,38%	1,30%	4,32%	20,70%	97,26%	0,45%	2,29%
VOLTA REDONDA	32,85%	94,81%	2,25%	2,94%	23,56%	93,95%	4,20%	1,85%	29,10%	98,31%	1,43%	0,26%	27,36%	96,81%	0,68%	2,51%	

Fonte: SAECA/SES-RJ

Entre os municípios da região **Médio Paraíba**, em relação à especialidade de cirurgia geral, 05 apresentam percentuais de atendimento de residentes nos próprios territórios que variam de 80,5 a 95,1%, enquanto os outros apresentaram valores bem abaixo de 80%, variando de 13,1 a 65,5%. De qualquer forma, a maior parte dos atendimentos ocorreu na própria região de saúde. Nesta região, os procedimentos de clínica médica foram aqueles para

os quais os municípios apresentaram o melhor desempenho, absorvendo seus residentes em, pelo menos, 71,78%, menor percentual verificado, em Rio Claro. No caso da obstetrícia, os municípios desta região absorvem as demandas de seus municípios, sendo Itatiaia e Rio Claro com menor desempenho, e os municípios de Quatis e Rio das Flores que tiveram 100% de seus respectivos municípios atendidos fora do próprio local de residência, ainda que na mesma Região. No caso da Pediatria, 4 municípios apresentaram capacidade de absorver mais de 80% da demanda de seus municípios. Destaca-se a migração de Pirai, Pinheiral e Rio Claro para municípios de outras regiões.

**Tabela 16: Fluxo migratório, Metropolitana I, Especialidades básicas: Cirurgia Geral, Clínica Médica, Obstetrícia e Pediatria**

Região de Saúde	Município	Cirurgia Geral				Clínica Médica				Obstetrícia				Pediatria			
		% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões	% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões	% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões	% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões
METRO I	BELFORD ROXO	3,09%	43,79%	55,81%	0,40%	1,17%	27,64%	71,61%	0,75%	6,53%	82,02%	17,96%	0,03%	14,67%	7,22%	23,72%	0,06%
	DUQUE DE CAXIAS	8,34%	64,06%	35,12%	0,82%	12,90%	79,98%	19,10%	0,92%	8,91%	80,00%	20,00%	-	7,13%	69,94%	29,33%	0,72%
	ITAGUAÍ	1,04%	63,49%	34,07%	2,44%	1,16%	75,88%	18,67%	5,45%	1,01%	80,52%	18,72%	0,76%	0,62%	76,24%	21,78%	1,98%
	JAPERI	-	-	97,20%	2,80%	1,49%	63,73%	21,29%	14,98%	-	-	97,93%	2,07%	-	-	97,62%	2,38%
	MAGÉ	0,27%	16,05%	63,90%	20,05%	2,38%	67,19%	24,08%	8,73%	2,16%	86,63%	9,12%	4,25%	1,75%	66,70%	25,11%	8,19%
	MESQUITA	0,05%	1,22%	97,87%	0,91%	0,17%	3,87%	95,16%	0,97%	7,60%	67,79%	32,10%	0,11%	1,65%	17,36%	82,64%	-
	NILÓPOLIS	2,32%	25,31%	73,66%	1,03%	0,47%	14,36%	85,12%	0,52%	0,98%	34,59%	65,19%	0,22%	0,27%	17,24%	82,38%	0,38%
	NOVA IGUAÇU	4,72%	45,23%	54,01%	0,76%	8,28%	70,40%	28,71%	0,89%	5,53%	62,55%	37,35%	0,10%	4,74%	27,91%	71,94%	0,15%
	QUEIMADOS	0,47%	12,29%	86,61%	1,10%	-	-	92,46%	7,54%	1,35%	40,47%	58,77%	0,76%	9,01%	81,13%	18,72%	0,15%
	RIO DE JANEIRO	78,85%	98,13%	1,36%	0,51%	70,47%	98,49%	0,81%	0,70%	59,13%	99,01%	0,92%	0,07%	54,89%	96,88%	2,82%	0,30%
	SÃO JOÃO DE MERITI	0,74%	8,51%	90,40%	1,09%	1,51%	32,14%	67,23%	0,63%	5,65%	59,20%	40,73%	0,07%	5,26%	52,59%	47,23%	0,18%
	SEROPEDICA	0,10%	14,88%	78,29%	6,83%	-	-	50,13%	49,87%	1,08%	88,40%	9,39%	2,21%	-	-	73,95%	26,05%

Fonte: SAECA/SES-RJ

Embora a região **Metropolitana I** tenha municípios bastante populosos, além da capital, como Nova Iguaçu e Duque de Caxias, observa-se que a capacidade de execução destes municípios ainda se encontra em patamar inferior a 70% de atendimentos para população própria, com exceção do município do Rio de Janeiro. Em relação à clínica médica, observam-se percentuais de migração elevados entre municípios da região, mas, também para fora dela, no caso de Japeri (cerca de 15% de seus residentes) e, principalmente, Seropédica (quase 50% dos residentes). Para obstetrícia, observa-se que a capacidade de execução de 6 municípios na região ainda se encontra em patamar inferior a 70% de atendimentos para população própria. Entretanto, a região absorve a maior parte da sua demanda. No caso da pediatria, destaca-se o desempenho de Queimados, com cerca de 81% dos residentes atendidos no próprio município, que pode ser explicado pela existência de hospital credenciado ao SUS para esta finalidade; e do município do Rio de Janeiro, absorvendo 96,88% de sua população residente. A região absorve a grande maioria de sua demanda para esta especialidade. Apenas Magé e Seropédica possuem maiores percentuais de encaminhamento para outras regiões de saúde.

**Tabela 17: Fluxo migratório, Metropolitana II, Especialidades básicas: Cirurgia Geral, Clínica Médica, Obstetrícia e Pediatria**

Região de Saúde	Município	Cirurgia Geral				Clínica Médica				Obstetrícia				Pediatria			
		% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões	% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões	% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões	% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões
METRO II	ITABORAI	6,06%	54,10%	23,70%	22,20%	16,15%	82,14%	11,06%	6,80%	23,09%	91,17%	7,56%	1,27%	3,79%	57,07%	31,97%	10,96%
	MARICÁ	5,95%	59,85%	19,71%	20,44%	6,02%	79,03%	12,33%	8,64%	2,92%	50,48%	44,53%	4,99%	1,73%	51,68%	41,60%	6,72%
	NITERÓI	37,17%	76,06%	7,58%	16,36%	17,85%	77,00%	10,35%	12,65%	46,86%	97,52%	0,46%	2,02%	19,10%	87,72%	6,44%	5,84%
	RIO BONITO	13,93%	91,24%	3,77%	4,99%	6,65%	95,13%	1,43%	3,45%	7,66%	95,50%	3,32%	1,18%	2,65%	85,37%	4,87%	9,76%
	SÃO GONÇALO	30,88%	64,66%	17,76%	17,58%	52,00%	77,23%	16,33%	6,44%	19,48%	58,18%	39,20%	2,62%	72,56%	89,77%	7,72%	2,51%
	SILVA JARDIM	-	-	84,37%	15,63%	1,32%	65,86%	27,35%	6,79%	-	-	85,23%	14,77%	0,18%	23,08%	51,65%	25,27%
	TANGUÁ	-	-	88,43%	11,57%	-	-	95,53%	4,47%	-	-	95,10%	4,90%	-	-	93,42%	6,58%

Fonte: SAECA/SES-RJ

No caso da **Metropolita II**, para os procedimentos de média complexidade hospitalar em cirurgia geral, os percentuais de migração para outras regiões revelam-se bastante elevados para todos os municípios, inclusive Niterói e São Gonçalo, os maiores executores na região. Todos

apresentaram valores superiores a 10%, chegando a 22% em Itaboraí. A exceção encontra-se apenas no município de Rio Bonito. Para a especialidade de clínica médica, chama a atenção o desempenho de Niterói, com cerca de 23% de seus residentes atendidos fora do seu território, dos quais, aproximadamente, 13% fora da região. Em relação à obstetrícia, os municípios de Itaboraí, Niterói e Rio Bonito demonstraram maior capacidade de absorver a demanda de seus munícipes, enquanto que Maricá e São Gonçalo são os municípios com menor desempenho. Silva Jardim e Tanguá não possuem internações obstétricas em seus municípios, sendo o primeiro com o maior percentual de encaminhamento para outras regiões de saúde. Na pediatria, pelo menos três municípios tiveram 10% ou mais de seus residentes atendidos fora da região, chegando a 25% em Silva Jardim.

**Tabela 18: Fluxo migratório, Noroeste, Especialidades básicas: Cirurgia Geral, Clínica Médica, Obstetrícia e Pediatria**

Região de Saúde	Município	Cirurgia Geral				Clínica Médica				Obstetrícia				Pediatria			
		% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões	% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões	% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões	% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões
NOROESTE	APERIBÉ	3,02%	64,50%	24,85%	10,65%	6,09%	86,36%	12,73%	0,91%	3,63%	90,91%	-	9,09%	4,76%	95,40%	-	4,60%
	BOM JESUS DE ITABAPOANA	7,69%	72,18%	23,45%	4,37%	14,83%	88,26%	11,02%	0,72%	26,24%	97,74%	1,50%	0,75%	34,90%	94,70%	5,02%	0,28%
	CAMBUCI	1,05%	32,18%	52,17%	15,65%	5,40%	75,17%	22,95%	1,88%	1,00%	56,25%	31,25%	12,50%	3,66%	75,53%	20,21%	4,26%
	CARDOSO MOREIRA	-	-	68,79%	31,21%	-	-	76,99%	23,01%	-	-	2,56%	97,44%	-	-	22,86%	77,14%
	ITALVA	-	-	93,94%	6,06%	-	-	98,22%	1,78%	-	-	40,00%	60,00%	-	-	95,35%	4,65%
	ITAOCARA	5,33%	65,61%	22,46%	11,93%	15,36%	91,81%	7,33%	0,86%	2,22%	100,00%	-	-	3,71%	92,50%	3,75%	3,75%
	ITAPERUNA	72,55%	97,12%	0,05%	2,83%	30,49%	98,60%	0,82%	0,58%	24,42%	99,08%	0,46%	0,46%	32,75%	96,98%	0,43%	2,59%
	LAJE DE MURIAÉ	-	-	95,88%	4,12%	1,00%	64,05%	32,68%	3,27%	-	-	100,00%	-	1,20%	47,92%	50,00%	2,08%
	MIRACEMA	1,68%	28,75%	47,50%	23,75%	12,18%	93,88%	4,88%	1,24%	25,23%	93,61%	-	6,39%	11,57%	95,34%	2,12%	2,54%
	NATIVIDADE	4,40%	55,87%	38,79%	5,34%	4,76%	78,26%	19,84%	1,90%	12,21%	95,20%	2,40%	2,40%	4,16%	78,54%	21,43%	-
	PORCIUNCULA	2,53%	30,41%	59,65%	9,94%	5,04%	79,03%	20,38%	0,59%	1,11%	64,71%	29,41%	5,88%	1,35%	44,26%	54,10%	1,64%
	SANTO ANTONIO DE PÁDUA	1,75%	33,97%	46,41%	19,62%	3,53%	72,78%	25,10%	2,12%	3,94%	86,67%	4,44%	8,89%	1,90%	52,22%	31,34%	13,43%
	SÃO JOSÉ DE UBÁ	-	-	76,67%	23,33%	-	-	100,00%	-	-	-	50,00%	50,00%	-	-	100,00%	-
	VARRE-SAI	-	-	93,02%	6,98%	1,35%	65,91%	33,64%	0,45%	-	-	100,00%	-	-	4,00%	92,00%	4,00%

Fonte: SAECA/SES-RJ

Na região **Noroeste**, dos 14 municípios, 7 apresentaram um percentual acima de 10% da demanda de cirurgias de seus residentes atendida em outras regiões de saúde. O melhor desempenho é de Itaperuna, mas o comportamento dos atendimentos da região parece apontar para uma insuficiência desta oferta. Para a clínica médica, os municípios de Italva e São José de Ubá, que não possuem unidades hospitalares, tiveram, respectivamente, 98,2 e 100% de seus residentes atendidos em outros municípios da região. Cardoso Moreira, que também não possui hospital, apresentou um percentual de 23% de residentes atendidos fora da Noroeste. Resultado semelhante àquele verificado para a cirurgia geral foi observado para a obstetrícia, com dados de migração significativos para outras regiões. Nesta especialidade, observam-se diferenças importantes entre os municípios. No caso da pediatria, Italva e Cardoso Moreira se destacam pelos elevados percentuais de migração de seus residentes por não possuírem unidade hospitalar em seus territórios e, no caso do segundo, para fora da própria região de saúde.

**Tabela 19: Fluxo migratório, Norte, Especialidades básicas: Cirurgia Geral, Clínica Médica, Obstetrícia e Pediatria**

Região de Saúde	Município	Cirurgia Geral				Clínica Médica				Obstetrícia				Pediatria			
		% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões	% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões	% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões	% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões
NORTE	CAMPOS DOS GOYTACAZES	64,50%	97,30%	0,31%	2,39%	52,10%	98,17%	0,23%	1,60%	71,73%	99,75%	0,19%	0,06%	71,08%	97,94%	0,20%	1,86%
	CARAPEBUS	-	-	80,00%	20,00%	-	-	87,18%	12,82%	-	-	100,00%	-	-	-	100,00%	-
	CONCEIÇÃO DE MACABU	-	-	75,95%	24,05%	2,68%	83,41%	13,23%	3,36%	-	-	100,00%	-	-	-	88,89%	11,11%
	MACAÉ	26,89%	93,45%	0,74%	5,81%	23,36%	95,07%	2,24%	2,69%	20,79%	99,48%	0,13%	0,39%	9,90%	90,09%	1,29%	8,62%
	QUISSAMÃ	1,58%	54,95%	21,62%	23,42%	4,03%	89,85%	7,61%	2,54%	4,34%	94,00%	6,00%	-	5,07%	90,91%	9,09%	-
	SÃO FIDÉLIS	2,67%	58,16%	26,24%	15,60%	12,35%	90,19%	4,27%	5,54%	0,45%	54,84%	40,32%	4,84%	12,40%	94,78%	3,83%	1,39%
	SÃO FRANCISCO DE ITABAPOANA	-	-	93,47%	6,53%	3,00%	74,02%	24,56%	1,42%	0,24%	5,79%	94,21%	-	1,54%	51,91%	46,56%	1,53%
	SÃO JOÃO DA BARRA	4,36%	70,20%	26,03%	3,77%	2,47%	62,20%	33,76%	4,04%	2,44%	51,45%	48,55%	-	-	-	95,93%	4,07%

Fonte: SAECA/SES-RJ

Na região **Norte**, tanto Quissamã quanto São Fidélis tiveram parcelas importantes de seus residentes atendidos em cirurgia geral fora de sua região de saúde. Nesta região, os municípios de São Francisco de Itabapoana e São João da Barra não absorveram ao menos 80% da demanda de sua população

residente para clínica médica. Carapebus não possui unidade hospitalar e é o que possui o maior percentual de atendimentos de seus residentes em municípios de outras regiões de saúde. No caso da obstetrícia, os municípios da região que apresentaram menor realização de atendimento foram São Fidelis, São Francisco do Itabapoana e São João da Barra. Carapebus, que não possui atendimentos em obstetrícia, tem sua demanda para esta especialidade absorvida na própria região. Em pediatria, apenas Campos dos Goytacazes, Macaé e São Fidelis absorveram mais de 80% da demanda de seus municípios. Entretanto, a região tem absorvido a maior parte de sua demanda.

**Tabela 20: Fluxo migratório, Serrana, Especialidades básicas: Cirurgia Geral, Clínica Médica, Obstetrícia e Pediatria**

Região de Saúde	Município	Cirurgia Geral				Clínica Médica				Obstetrícia				Pediatria			
		% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões	% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões	% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões	% procedimentos para a própria região	% residentes atendidos no próprio município	% de residentes atendidos em outros municípios da região	% de residentes atendidos em outras regiões
SERRANA	BOM JARDIM	3,21%	80,58%	6,56%	12,86%	6,03%	93,05%	3,38%	3,57%	2,34%	93,57%	6,43%	-	4,71%	94,88%	5,12%	-
	CACHOEIRAS DE MACACU	6,02%	81,20%	2,45%	16,35%	9,22%	94,34%	2,03%	3,63%	4,09%	91,67%	3,57%	4,76%	8,05%	92,95%	3,13%	3,92%
	CANTAGALO	2,99%	78,08%	-	21,92%	6,74%	95,21%	0,89%	3,90%	1,55%	93,34%	1,33%	5,33%	5,32%	97,37%	-	2,63%
	CARMO	1,83%	76,03%	3,72%	20,25%	4,05%	95,36%	1,83%	2,81%	0,74%	100,00%	-	-	3,54%	98,75%	-	1,25%
	CORDEIRO	1,29%	58,30%	7,62%	34,08%	3,38%	91,59%	5,34%	3,07%	1,76%	100,00%	-	-	2,00%	88,12%	3,96%	7,92%
	DUAS BARRAS	0,51%	42,15%	19,83%	38,02%	1,63%	87,74%	6,45%	5,81%	0,19%	68,75%	12,50%	18,75%	0,61%	71,05%	10,53%	18,42%
	GUAPIMIRIM	5,16%	70,68%	16,46%	12,86%	5,87%	83,06%	5,05%	11,89%	4,69%	67,42%	13,64%	18,94%	4,04%	73,75%	7,08%	19,17%
	MACUCO	-	73,64%	-	26,36%	-	-	92,25%	7,75%	-	-	94,44%	5,56%	-	-	87,72%	12,28%
	NOVA FRIBURGO	15,47%	83,21%	2,83%	13,96%	23,93%	94,65%	1,32%	4,03%	17,93%	99,90%	0,10%	-	16,64%	94,72%	0,41%	4,87%
	PETRÓPOLIS	32,13%	95,73%	0,12%	4,15%	15,87%	95,40%	0,11%	4,49%	33,44%	98,44%	-	1,56%	34,31%	95,78%	-	4,22%
	SANTA MARIA MADALENA	1,70%	76,04%	10,60%	13,36%	2,41%	90,14%	6,05%	3,81%	1,56%	97,70%	1,15%	1,15%	1,30%	90,48%	3,17%	6,35%
	SÃO JOSÉ DO VALE DO RIO PRETO	0,33%	23,24%	52,11%	24,65%	0,39%	61,33%	20,75%	17,92%	0,25%	42,43%	45,45%	12,12%	0,13%	27,27%	68,18%	4,55%
	SÃO SEBASTIÃO DO ALTO	1,44%	91,72%	0,69%	7,59%	2,54%	91,18%	0,22%	8,60%	0,21%	92,31%	7,69%	-	1,93%	95,45%	-	4,55%
	SUMIDOURO	0,97%	64,43%	16,11%	19,46%	1,39%	82,34%	15,19%	2,47%	0,33%	76,00%	24,00%	-	0,09%	19,05%	71,43%	9,52%
	TERESÓPOLIS	26,58%	95,87%	0,40%	3,73%	14,50%	96,60%	0,50%	2,90%	30,90%	99,30%	0,12%	0,58%	17,34%	93,86%	0,25%	5,89%
TRAJANO DE MORAES	0,37%	54,84%	11,29%	33,87%	2,07%	89,40%	4,62%	5,98%	-	9,09%	63,64%	27,27%	-	-	69,23%	30,77%	

Fonte: SAECA/SES-RJ

Dos 16 municípios que integram a região **Serrana**, 12 apresentaram percentuais de migração de seus residentes para outras regiões de saúde superiores a 10% para a especialidade de cirurgia geral, chegando a mais de 20% em alguns municípios. O desempenho revela-se melhor no caso da clínica médica, mas destaca-se o percentual de atendimentos de residentes de Guapimirim e São José do Vale do Rio Preto em outras regiões de saúde. Em relação à obstetrícia, os municípios com maiores percentuais de atendimentos em outras regiões de saúde foram Guapimirim, São José do Vale do Rio Preto, Duas Barras e Trajano de Moraes. Para pediatria, os municípios com maiores percentuais de atendimentos em outras regiões de saúde foram Guapimirim, Macuco, Duas Barras e Trajano de Moraes.

### **3.3.2. Assistência de Alta Complexidade Oncológica e Cardiovascular**

Nesta avaliação, foram considerados dois aspectos importantes como condições traçadoras da situação da assistência oncológica e cardiovascular no ERJ: o acesso aos métodos diagnósticos e os procedimentos assistenciais de alta complexidade.

Na assistência oncológica, o acesso aos métodos diagnósticos é fundamental para a integralidade das ações de controle do câncer, principalmente no tocante à detecção precoce, mas, também para a indicação dos tipos de tratamento necessário (cirurgia, quimioterapia, radioterapia). As estimativas de novos casos de neoplasia maligna, quando confrontadas com as informações sobre a produção de serviços oncológicos, permitem dimensionar a defasagem entre a demanda por estes serviços e a oferta existente, subsidiando o planejamento das ações necessárias para o equacionamento das necessidades observadas, de acordo com as estimativas e os parâmetros estabelecidos pelo Instituto Nacional do Câncer – INCA.

Na assistência cardiovascular, a análise cotejou a produção relativa a métodos diagnósticos e procedimentos cirúrgicos de alta complexidade no SUS, considerando-se os parâmetros mínimos estabelecidos pela Portaria SAS/MS nº 210/2004.

#### **a) Assistência Oncológica**

Em 2013, foi elaborado o Plano Estadual de Atenção Oncológica, contendo orientações para organização da rede de assistência oncológica no Estado do Rio de Janeiro. No momento, as ações propostas no Plano, que envolvem diferentes áreas de atuação da SES, estão sendo discutidas, incluindo a definição de responsabilidades de cada ente federativo.

Dentre as ações de média e alta complexidade sugeridas pelo Plano estão: o redesenho da rede diagnóstica, em especial, anatomopatologia e imunohistoquímica; a revisão da alocação de recursos nos municípios, de acordo com o seu desempenho e (re)avaliação dos tetos financeiros para tratamentos cirúrgicos de alta complexidade, quimioterapia e radioterapia; o redesenho da oferta de serviços para o tratamento de câncer de cabeça e pescoço; e a ampliação de unidades de atenção oncológica com serviço de radioterapia.

#### **- Acesso aos Procedimentos para Diagnóstico em Oncologia (Biópsias)**

Dentre os procedimentos de média complexidade previstos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para o diagnóstico das neoplasias, destacam-se aqueles relativos à biópsia/punção dos tumores mais prevalentes no ERJ, bem como dos tumores para os quais existem dificuldades no acesso ao diagnóstico e tratamento no estado.

No caso dos tumores para os quais a endoscopia é utilizada como método de obtenção de material para biópsia (tubo digestivo, vias respiratórias alta e baixa, laringe), a análise considerou a produção das endoscopias específicas.

O demonstrativo de produção tem como objetivo principal apresentar a oferta do método diagnóstico no ERJ. Ressalta-se que a maior oferta concentra-se na capital, com destaque para a unidade estadual Rio Imagem, referência para toda a população do estado.

**Tabela 21: Demonstrativo de produção, Biópsias, ERJ, 2014.**

Biópsias		Região Executora									Total
		Baía da Ilha Grande	Baixada Litorânea	Centro-Sul	Médio Paraíba	Metro I	Metro II	Noroeste	Norte	Serrana	
Próstata	Próstata	86	64	6	312	2.696	96	20	134	19	3.433
Mama	Biópsia/Exerese de Nódulo de Mama	26	22	4	10	44	24	9	40	24	203
	Punção aspirativa de Mama por Agulha Fina	9	1	-	80	597	10	-	7	30	734
	Punção de Mama por Agulha Grossa	-	30	-	300	1.816	5	-	-	-	2.151
	<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>53</b>	<b>4</b>	<b>390</b>	<b>2.457</b>	<b>39</b>	<b>9</b>	<b>47</b>	<b>54</b>	<b>3.088</b>
Sistema Digestivo	Biópsia de anus e canal anal	1	-	1	36	26	7	-	2	4	77
	Colonoscopia (Coloscopia)	118	130	166	2.137	7.446	1.440	87	1.362	952	13.838
	Esofagogastroduodenoscopia	1.339	309	680	8.705	24.898	4.852	827	5.545	4.990	52.145
	<b>Total</b>	<b>1.458</b>	<b>439</b>	<b>847</b>	<b>10.878</b>	<b>32.370</b>	<b>6.299</b>	<b>914</b>	<b>6.909</b>	<b>5.946</b>	<b>66.060</b>
Cabeça e Pescoço	Biópsia de faringe	1	-	-	100	53	1	-	6	2	163
	Biópsia de ganglio linfático	2	1	-	6	43	9	1	1	16	79
	Biópsia de glândula salivar	-	7	-	2	40	-	1	2	2	54
	Biópsia de palpebra	-	-	-	1	2	1	-	1	1	6
	Biópsia de pirâmide nasal	-	-	-	2	7	1	1	-	-	11
	Biópsia dos tecidos moles da boca	5	5	28	270	664	32	213	39	41	1.297
	<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>28</b>	<b>381</b>	<b>809</b>	<b>44</b>	<b>216</b>	<b>49</b>	<b>62</b>	<b>1.610</b>
Tireóide	Biópsia de Tireoide ou Paratireoide - PAAF	2	-	-	196	3.521	21	-	-	3	3.743
Pulmão	Biópsia de pleura por aspiração/ agulha /pleuros	2	-	1	56	107	-	-	-	1	167
	Broncoscopia broncofibroscopia)	-	-	-	112	746	334	-	26	24	1.242
	Laringoscopia	2	-	7	11	131	24	12	8	1	196
	<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>-</b>	<b>8</b>	<b>179</b>	<b>984</b>	<b>358</b>	<b>12</b>	<b>34</b>	<b>26</b>	<b>1.605</b>
Útero	Biópsia de endométrio	2	-	5	40	63	188	5	-	152	455
	Biópsia de endométrio por aspiração manual intra	-	1	-	12	3	-	2	6	2	26
	Biópsia do colo uterino	220	14	22	119	531	168	30	63	114	1.281
	<b>Total</b>	<b>222</b>	<b>15</b>	<b>27</b>	<b>171</b>	<b>597</b>	<b>356</b>	<b>37</b>	<b>69</b>	<b>268</b>	<b>1.762</b>

Fonte: SIA-SUS, 2014

- **Biópsias de Próstata:** No caso deste procedimento, a análise da produção informada no SIA/SUS, no ano de 2014, demonstrou que as 9 regiões do estado registraram a realização do exame, com destaque para o desempenho da Região a Metropolitana I, que concentra a execução no município do Rio de Janeiro.

- **Biópsias de Mama:** Entre os procedimentos de biópsia de mama (Biópsia/Exerese de Nódulo de Mama, Punção Aspirativa de Mama por Agulha Fina e Punção de Mama por Agulha Grossa), destaca-se o desempenho da região a Metropolitana I, que concentra a execução no município do Rio de Janeiro.

- **Biópsias do Sistema Digestivo:** Na Tabela SUS, não estão discriminados os procedimentos específicos para o tubo digestivo, exceto biópsia de ânus e canal anal. Desta forma, foram utilizados os procedimentos endoscópicos para análise do acesso da população ao diagnóstico de câncer digestivo. Os números expressivos de endoscopia (66.060

procedimentos realizados no ERJ) devem-se, provavelmente, à investigação de doença benigna.

- **Biópsias de Cabeça e Pescoço:** São discriminadas nesse item as biópsias relacionadas ao diagnóstico com câncer de cabeça e pescoço, tais como: biópsia de pálpebra, pirâmide nasal e gânglio linfático, conforme Tabela SUS, e não incluídos na estimativa de casos novos do Instituto Nacional de Câncer – INCA.

- **Biópsia de Tireoide:** Para o diagnóstico do câncer de Glândula da Tireoide e Paratireoide, a Tabela SUS prevê o procedimento Biópsia de Tireoide ou Paratireoide - PAAF. O ERJ realizou 3.743 procedimentos, no ano de 2014.

- **Biópsia de Pulmão:** Por limitação da Tabela de procedimentos SUS, não estão discriminados procedimentos específicos para via respiratória baixa. Desta forma, são apresentados os procedimentos Biópsia de Pleura por Aspiração/Agulha/Pleuros, Broncoscopia e Laringoscopia para análise do acesso da população ao diagnóstico de câncer de pulmão.

- **Biópsia de Útero:** Para o diagnóstico do câncer de útero (colo e endométrio), a Tabela prevê os procedimentos Biópsia de Endométrio, Biópsia de Endométrio por Aspiração Manual-Intra e Biópsia de Colo Uterino. No ERJ foram realizados 1.762 procedimentos.

Em resumo, o quadro abaixo apresenta os casos novos estimados por tipo de câncer, segundo o INCA/MS, considerando os mais prevalentes, e as biópsias ou procedimentos correlatos, realizadas no estado do Rio de Janeiro, em 2014, segundo SIA-SUS.

**Tabela 22: Estimativa de casos novos de câncer, segundo localização e biópsias realizadas no ERJ.**

Localização	Estimativa de Casos Novos de Câncer	Biópsias Realizadas
Próstata	8.580	3.433
Mama	8.380	3.088
Digestivo	7.510	66.060
Cabeça e Pescoço	2.830	1.610
Tireoide	790	3.743
Respiratório	3.000	1.641
Útero	2.220	1.762

Fonte: INCA/MS, 2014; DATASUS, 2014

Nota-se um déficit entre a produção informada das biópsias e os casos estimados de câncer. A exceção são os casos de biópsias em tubo digestivo, que estão vinculadas a endoscopias, também utilizadas para diagnóstico de patologias benignas, e biópsias de tireoide. Nestes dois casos, o quantitativo de procedimentos não expressa necessariamente uma oferta suficiente para atendimento à demanda. Optou-se por destacar as biópsias de tireoide das demais relacionadas à cabeça e pescoço pelo fato de as primeiras terem um volume muito maior que as segundas, o que poderia distorcer os resultados.

## - Assistência em Alta Complexidade Oncológica

A avaliação da estrutura da rede de atenção oncológica no estado demonstra um quantitativo insuficiente de serviços para proporcionar o acesso equitativo do usuário, dificultando a obtenção em tempo oportuno do seu diagnóstico e tratamento.

Comparando a necessidade estimada pelo MS de unidades habilitadas em assistência de alta complexidade em oncologia (UNACON), com base na população da região de saúde, e o número existente de unidades habilitadas, identifica-se um déficit, conforme será apresentado mais adiante. Todavia, uma análise de necessidade de expansão da assistência em oncologia não deve se limitar somente a parâmetros populacionais de cobertura, mas considerar fatores relacionados à natureza do tratamento oncológico, tais como necessidade de deslocamentos diários do paciente para determinados tipos de procedimento, bem como o contexto geográfico da região e sua malha viária.

Um dos fatores determinantes para o diagnóstico e tratamento precoce da doença neoplásica é o perfil sócio demográfico do usuário. Contudo, é evidente que a residência em área com difícil acesso a serviços de saúde leva a busca irregular pela assistência ou, com frequência, abandono do tratamento. Desta forma, um adequado planejamento da formação ou ampliação de uma rede de diagnóstico e tratamento em oncologia deve, necessariamente, levar em conta a identificação das unidades polo da região, a regionalização do atendimento, as distâncias percorridas pela população na busca pela assistência e o custo estimado destes deslocamentos para o usuário. Torna-se fundamental investigar a acessibilidade, avaliando as relações entre local de residência e localização do serviço de saúde.

O tratamento oncológico tem como base três principais estratégias terapêuticas: a quimioterapia, a radioterapia e a cirurgia oncológica. O quadro a seguir apresenta a localização de UNACON no ERJ, por Região de Saúde/municípios de referência e especialidades ofertadas.

**Tabela 23: Referências em Alta Complexidade – Oncologia (Deliberação CIB-RJ nº 2.883/2014)**

Região	Quimioterapia	Radioterapia	Cirurgia Oncologia	Cirurgia Cabeça e Pescoço	Pediatria	Hematologia
Baía da Ilha Grande	Volta Redonda	Volta Redonda	Volta Redonda	Volta Redonda	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Baixada Litorânea	Cabo Frio	Campos dos Goytacazes	Cabo Frio	Macaé	Rio de Janeiro	Niterói
Centro Sul	Petrópolis	Petrópolis	Vassouras	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
	Vassouras	Volta Redonda				
Médio Paraíba	Volta Redonda	Volta Redonda	Volta Redonda	Volta Redonda	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Metro I	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
	Nova Iguaçu	Nova Iguaçu				
Metro II	Rio Bonito	Niterói	Rio Bonito	Macaé	Rio de Janeiro	Niterói
	Niterói	Campos dos Goytacazes	Niterói			
Noroeste	Itaperuna	Itaperuna	Itaperuna	Rio de Janeiro	Itaperuna	Campos dos Goytacazes
Norte	Campos dos Goytacazes	Campos dos Goytacazes	Campos dos Goytacazes	Campos dos Goytacazes	Itaperuna	Campos dos Goytacazes
	Itaperuna	Itaperuna	Itaperuna	Macaé		
Serrana	Petrópolis	Petrópolis	Teresópolis	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
	Teresópolis		Petrópolis			

Fonte: SES RJ - SAECA, 2015

As diferentes estratégias de tratamento exigem visitas constantes à unidade especializada, principalmente quando elas ocorrem num mesmo momento terapêutico. Desta forma, a rotina de vida do paciente e de seus familiares se modifica em função das demandas impostas pelo tratamento. A distância entre o local de residência e o de localização do serviço de saúde, bem como a necessidade de longos e cansativos deslocamentos constantes, podem comprometer a continuidade do tratamento, considerando-se as condições gerais e o quadro clínico do paciente oncológico. Sendo assim, no planejamento da expansão da rede de atenção oncológica, é preciso considerar este conjunto de fatores para promover a garantia do acesso oportuno aos serviços especializados.

Neste sentido, o valor do déficit de serviços não foi calculado para o estado como um todo e sim por região de saúde, considerando as razões já mencionadas acima. Assim, o quantitativo de serviços existentes em uma região não significa, necessariamente, a impossibilidade de compensação em outra região próxima, desde que o deslocamento dos pacientes seja viabilizado oportunamente (malha viária e transporte adequados).

O quadro a seguir apresenta as estimativas de necessidade de UNACON, por região de saúde, segundo a população residente, o número de serviços já habilitados e seus déficits.

**Tabela 24: Estimativa de necessidade de UNACON, segundo região de saúde e pop. residente, ERJ**

Região de Saúde	População residente	Necessidade de serviços (PT SAS/MS nº 140/2014)	UNACONS e CACONS	Déficit
Baía da Ilha Grande	264.913	-	-	-
Baixada Litorânea	752.911	2	1	1
Centro-Sul	326.523	1	1	-
Médio Paraíba	875.542	2	1	1
Metropolitana I	10.082.078	20	14	6
Metropolitana II	2.008.412	4	2	2
Noroeste	335.686	1	1	-
Norte	882.578	2	3	-
Serrana	932.530	2	2	-
<b>Total</b>	<b>16.461.173</b>	<b>34</b>	<b>25</b>	

Fonte: SES RJ – SAECA, 2015

A proposta de habilitação de uma nova Unidade de Atenção em Oncologia em Nova Friburgo, através da construção do Hospital de Oncologia da Serrana, vem atender a demanda de tratamento nesta região bem como atender parte da demanda da Metropolitana II, pelas características de sua malha viária e os fluxos de deslocamento entre os municípios da região Serrana e Metropolitana II.

Especificamente em relação à oferta de radioterapia, entre os UNACONS e CACONS habilitados no estado, apenas 11 possuem serviço de radioterapia, além de 4 unidades de serviço isolado de radioterapia, o que representa um déficit ainda maior para estes serviços.

A contratação pela SES de 5 novos serviços de radioterapia, por meio do chamamento público, representou um aumento de 30% na quantidade destes serviços no estado e uma estratégia para compensação do déficit, até que novos equipamentos de radioterapia sejam habilitados.

## **b) Assistência Cardiovascular**

A Portaria SAS/MS nº 210, de 15 de junho de 2004, estabelece critérios para o credenciamento de Unidades de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular e determina que sua distribuição geográfica seja feita pelo gestor do território, considerando parâmetros populacionais, mecanismos de acesso com fluxos de referência, e a capacidade técnica e operacional dos serviços.

A assistência cardiovascular de média complexidade no estado é realizada por unidades ambulatoriais para consultas e exames especializados, e por unidades hospitalares habilitadas como Unidades de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular, que realizam não só procedimentos hospitalares, mas também consultas e exames de média complexidade especializados.

### **- Métodos Diagnósticos Cardiovasculares**

Os procedimentos diagnósticos da Atenção Cardiovascular de média complexidade do ERJ são realizados por unidades habilitadas ou não em alta complexidade. O demonstrativo da produção em 2014, conforme tabela abaixo, tem como objetivo principal apresentar a oferta desses procedimentos nas regiões de saúde.

**Tabela 25: Quantitativo de procedimentos diagnósticos de atenção cardiovascular, por região de saúde, ERJ**

Procedimentos diagnósticos de atenção cardiovascular	Região Executora									
	Baia da Ilha Grande	Baixada Litorânea	Centro-Sul	Médio Paraíba	Metro I	Metro II	Noroeste	Norte	Serrana	Total
Ecocardiografia	1.389	2.696	3.677	8.072	76.518	7.573	4.250	12.002	4.721	120.898
Ultrassonografia Doppler colorido de vasos	1.267	268	2.935	6.510	63.720	11.219	738	6.591	11.195	104.443
Monitoramento pelo sistema Holter 24h (3 canais)	191	22	42	585	1.628	268	15	539	64	3.354
Teste de esforço / teste ergométrico	120	498	358	2.591	11.499	2.002	624	4.689	742	23.123
<b>Total</b>	<b>2.967</b>	<b>3.484</b>	<b>7.012</b>	<b>17.758</b>	<b>153.365</b>	<b>21.062</b>	<b>5.627</b>	<b>23.821</b>	<b>16.722</b>	<b>251.818</b>

Fonte: Datasus/SIA – SUS, 2014

### - Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular

O quadro abaixo apresenta os hospitais habilitados em assistência cardiovascular de alta complexidade no Estado do Rio de Janeiro, por especialidade, Região de Saúde e municípios de referência.

**Tabela 26: Serviços de referência em Alta Complexidade Cardiovascular, ERJ (Deliberação CIB-RJ nº 3.129/2014).**

Região	Cirurgia Cardiovascular	Cirurgia Cardiovascular Pediátrica	Cirurgia Vascular	Card Intervencionista	Endovascular	Eletrofisiologia
Baia da Ilha Grande	Barra Mansa	Rio de Janeiro	Barra Mansa	Barra Mansa	Barra Mansa	Vassouras
Baixada Litorânea	Cabo Frio	Rio de Janeiro	Cabo Frio	Cabo Frio	Cabo Frio	Rio de Janeiro
	Macaé			Macaé		
	Campos					
Centro Sul	Vassouras	Rio de Janeiro	Vassouras	Vassouras	Barra Mansa	Vassouras
Médio Paraíba	Vassouras	Rio de Janeiro	Vassouras	Vassouras	Barra Mansa	Vassouras
	Barra Mansa		Barra Mansa	Barra Mansa		
	Volta Redonda		Valença	Volta Redonda		
			Volta Redonda			
Metro I	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
	Vassouras		Vassouras	Vassouras		
	Duque de Caxias		Duque de Caxias	Duque de Caxias		Vassouras
Metro II	Cabo Frio	Rio de Janeiro	Cabo Frio	Cabo Frio	Cabo Frio	Rio de Janeiro
	Niterói		Niterói	Niterói	Rio de Janeiro	
	São Gonçalo				São Gonçalo	
Noroeste	Itaperuna	Rio de Janeiro	Itaperuna	Itaperuna	Itaperuna	Itaperuna
Norte	Campos	Rio de Janeiro	Campos	Campos	Itaperuna	Itaperuna
	Macaé			Macaé		
Serrana	Nova Friburgo Petrópolis	Rio de Janeiro	Teresópolis	Nova Friburgo Petrópolis	Teresópolis	Rio de Janeiro
Fonte SES RJ - SAECA, 2015						

A produção em alta complexidade cardiovascular é apresentada no quadro a seguir, por região de saúde, e com a localização de prestadores e especialidades cirúrgicas no ano de 2014. Nota-se a concentração da oferta na Região Metropolitana I, seguida do Médio Paraíba e da Serrana.

De forma complementar, o quadro seguinte apresenta o resumo da produção das unidades no ERJ, por especialidade, e a produção esperada, a partir do quantitativo de serviços habilitados. A diretriz do MS estabelece um mínimo de 180 procedimentos de cirurgia cardiovascular de alta complexidade, por ano, para cada serviço (excluídos implantes ou trocas

de marca-passo), 180 cirurgias vasculares/ano, 144 procedimentos de cardiologia intervencionista/ano, 120 cirurgias endovasculares/ano e 60 procedimentos de eletrofisiologia/ano.

Observa-se que foram realizadas 3.521 cirurgias de alta complexidade cardiovascular. Entretanto, o número de cirurgias esperado para esta especialidade exclui os procedimentos de implante e troca de marcapasso. Excluídos esses procedimentos do total, tem-se 2.261 cirurgias, quando , para a quantidade de serviços já existentes e habilitados, seriam 3.600 cirurgias esperadas. Outra especialidade com produção aquém da esperada é a de cirurgia vascular, com uma diferença de cerca de 2.700 cirurgias a menos por ano.

Esta avaliação reforça a percepção de oferta insuficiente nos serviços existentes e a necessidade de ações para a expansão desta produção nos serviços já habilitados, visto que na realidade, os serviços ainda não atingiram a sua capacidade plena de execução dos procedimentos.

**Tabela 27: Quantitativo de procedimentos de atenção cardiovascular de alta complexidade, por região de saúde, ERJ**

Região/Município	Cirurgia cardiovascular	Cirurgia vascular	Cardiologia intervencionista	Cirurgia endovascular	Eletrofisiologia	Total
<b>Baixada Litorânea</b>	<b>129</b>	<b>56</b>	<b>247</b>	<b>161</b>	-	<b>593</b>
Cabo Frio	129	56	247	161	-	593
<b>Centro-Sul</b>	<b>101</b>	<b>4</b>	<b>262</b>	-	<b>37</b>	<b>404</b>
Vassouras	101	4	262	-	37	404
<b>Médio Paraíba</b>	<b>372</b>	<b>181</b>	<b>591</b>	<b>386</b>	-	<b>1.530</b>
Barra Mansa	199	122	458	386	-	1.165
Volta Redonda	173	59	133	-	-	365
<b>Metropolitana I</b>	<b>1.706</b>	<b>290</b>	<b>1.628</b>	<b>209</b>	<b>143</b>	<b>3.976</b>
Duque de Caxias	133	-	626	-	-	759
Rio de Janeiro	1.573	290	1.002	209	143	3.217
<b>Metropolitana II</b>	<b>84</b>	<b>40</b>	<b>323</b>	-	-	<b>447</b>
Niterói	84	40	132	-	-	256
São Gonçalo	-	-	191	-	-	191
<b>Noroeste</b>	<b>246</b>	<b>108</b>	<b>490</b>	<b>252</b>	<b>21</b>	<b>1.117</b>
Itaperuna	246	108	490	252	21	1.117
<b>Norte</b>	<b>432</b>	<b>152</b>	<b>302</b>	-	-	<b>886</b>
Campos dos Goytacazes	356	151	246	-	-	753
Macaé	76	1	56	-	-	133
<b>Serrana</b>	<b>451</b>	<b>10</b>	<b>850</b>	<b>55</b>	-	<b>1.366</b>
Nova Friburgo	342	1	395	-	-	738
Petrópolis	109	-	455	5	-	569
Teresópolis	-	9	-	50	-	59
<b>Total</b>	<b>3.521</b>	<b>841</b>	<b>4.693</b>	<b>1.063</b>	<b>201</b>	<b>10.319</b>

Fonte: DATASUS, ano 2014.

**Tabela 28: Quantidade produzida e quantidade esperada de procedimentos de atenção cardiovascular de alta complexidade, por região de saúde, ERJ**

Modalidades - Assistência Cardiovascular	Quantidade de Unidades Habilitadas	Produção Mínima	Produção Realizada	Resultado	Parâmetro por Unidade/ Anual
Cirurgia Cardiovascular	20	3.600	3.521*	-79	180
Cirurgia Vascular	20	3.600	841	-2.759	180
Cardiologia Intervencionista	20	2.880	4.693	1.813	144
Cirurgia Endovascular	8	960	1.063	103	120
Laboratório de Eletrofisiologia	4	240	201	-39	60

\*Incluídos cirurgias pediátricas, implantes e troca de marca-passo.

**Tabela 29: Comparativo do número de serviços necessários e número de serviços habilitados para atenção cardiovascular, ERJ**

Especialidades	Nº de habitantes por serviço	Nº de serviços necessários por parâmetro populacional	Total de serviços habilitados no ERJ
Centro de Referência	4.000.000	4	2
Cirurgia Cardiovascular	600.000	27	21
Cirurgia Cardiovascular Pediátrica	800.000	20	4
Cardiologia Intervencionista	600.000	27	20
Cirurgia Vascular	500.000	33	18
Cirurgia Endovascular	2.000.000	8	6
Eletrofisiologia	2.000.000	8	5

Fonte: Portaria SAS/MS 210/2004; Portaria SAS/MS 272/2011; Datasus/CNES, 2014: cnes.datasus.gov.br, em 15 de janeiro de 2014; Datasus/TCU, 2013: www.datasus.gov.br, em 15 de janeiro de 2014.

### 3.3.3. Leitos Hospitalares

Para estimar necessidade de leitos, é importante numa análise mais aprofundada das variáveis que interferem diretamente nessa estimativa e na formulação de estratégias para ampliação de leitos hospitalares, considerando fatores que induzem a redução da sua demanda, tais como:

- As inovações tecnológicas introduzidas na área da saúde no campo do diagnóstico e terapêutico, incluindo os novos produtos farmacêuticos que modificam o perfil de necessidade de leitos de internação hospitalar.
- A expansão da Estratégia Saúde da Família, que tem por objetivo a qualificação da Atenção Básica e maior resolutividade do cuidado nesse nível do sistema de saúde, sobretudo em relação às condições crônicas, evitando internações desnecessárias.

- A diminuição dos tempos médios de permanência hospitalar para os principais eventos (partos, cirurgias, etc.), também em função das inovações tecnológicas em saúde, com procedimentos menos invasivos e possibilidade de recuperação e alta mais rápidas.
- O aprimoramento da gestão hospitalar, com otimização dos recursos assistenciais, inclusive leitos existentes, os quais passam a apresentar melhor rendimento.

Como referência geral, o MS, bem como a OMS, consideram como parâmetro de cobertura ideal a faixa de 3 a 5 leitos por 1.000 habitantes. Entretanto, a presente análise não tem por objetivo propor parâmetros (que estão sendo revistos pelo MS, e devem considerar os fatores mencionados acima), mas, sim um estudo que apresenta a ampliação ou diminuição do número de leitos no estado, por região de saúde. Deste modo, apresenta-se na tabela a seguir o número de leitos acrescidos ou desativados (em número negativo) no período de 2009 a 2014, por especialidade (Cirúrgicos, Clínica Médica, Obstetrícia, Pediatria, Outras especialidades e Hospital-Dia). No caso de não ter havido alteração no número dos leitos nos anos relacionados, identifica-se utilizando o símbolo de um traço (-).

É esperada e desejável uma redução do número de leitos em psiquiatria – classificados como “outras especialidades” – resultado da Política de Saúde Mental do SUS. Dentro desta categoria, encontram-se os leitos crônicos, de reabilitação e fisiologia, mas que representam um menor percentual de participação no total desta categoria. Os relatórios disponibilizados pelo CNES para identificar a evolução dos leitos de 2009 a 2014 não permitem a diferenciação entre as especialidades desta categoria, somando os mesmos no total “outras especialidades”. Cabe destacar que, do total de leitos reduzidos, por todas as especialidades avaliadas no período, o fechamento dos leitos de “outras especialidades” representou 47%.

Destacam-se a redução de leitos cirúrgicos, clínicos e leitos obstétricos nas regiões Metropolitanas, correspondendo a 39% da redução de leitos totais do período.

**Tabela 30: Quantitativo de leitos hospitalares por especialidades e segundo regiões de saúde, ERJ**

Região de Saúde/Município	Cirúrgicos	Clínicos	Obstétrico	Pediátrico	Outras Especialid.	Hospital Dia	Total
<b>Baia da Ilha Grande</b>	<b>35</b>	<b>59</b>	<b>-</b>	<b>17</b>	<b>7</b>	<b>-</b>	<b>118</b>
Angra dos Reis	35	59	2	22	4	-	122
Mangaratiba	-	-	-	-	2	-	2
Paraty	-	-	-2	-5	1	-	-6
<b>Baixada Litorânea</b>	<b>72</b>	<b>-58</b>	<b>-38</b>	<b>-25</b>	<b>-4</b>	<b>4</b>	<b>-49</b>
Araruama	-12	-35	-17	-7	2	-	-69
Armação dos Búzios	2	10	-	4	2	-	18
Arraial do Cabo	-	-	-	-	1	-	1
Cabo Frio	21	-	-39	-7	-2	-	-27
Casimiro de Abreu	19	4	-	-	-	4	27
Rio das Ostras	-5	-1	2	-14	-7	-	-25

São Pedro da Aldeia	7	-36	-	-1	-	-	-30
Saquarema	40	-	16	-	-	-	56
<b>Centro-Sul</b>	<b>-6</b>	<b>-83</b>	<b>-65</b>	<b>-95</b>	<b>-363</b>	<b>-1</b>	<b>-613</b>
Areal	-3	1	-12	-14	-	-	-28
Engenheiro Paulo de Frontin	-	-	-	-	-	-	-
Mendes	-8	-12	-8	-1	-	-	-29
Miguel Pereira	-	-	-	-	-	-	-
Paracambi	-19	-44	-21	-55	-363	-1	-503
Paraíba do Sul	45	5	-	1	2	-	53
Três Rios	2	10	4	-4	-	-	12
Vassouras	-23	-43	-28	-22	-2	-	-118
<b>Médio Paraíba</b>	<b>23</b>	<b>54</b>	<b>-23</b>	<b>-27</b>	<b>29</b>	<b>19</b>	<b>75</b>
Barra do Pirai	4	-42	-28	-23	60	11	-18
Barra Mansa	11	30	13	-5	2	6	57
Itatiaia	2	-	3	-	1	-	6
Pinheiral	1	-	-	-	-	-	1
Pirai	-	-1	-	6	-	-	5
Porto Real	3	28	-4	6	4	-	37
Quatis	-	2	-	-	-	-	2
Resende	1	9	-3	2	-	-	9
Rio Claro	-	1	-2	-4	-	2	-3
Rio das Flores	-	-2	-	-	2	-	-
Valença	-13	-13	-	-	-6	-	-32
Volta Redonda	14	42	-2	-9	-34	-	11
<b>Metropolitana I</b>	<b>-682</b>	<b>-807</b>	<b>-268</b>	<b>-181</b>	<b>-1.867</b>	<b>-48</b>	<b>-3.853</b>
Belford Roxo	-20	-7	10	-41	5	-	-53
Duque de Caxias	-36	27	36	76	-251	-2	-150
Itaguaí	-13	6	-19	-2	-3	1	-30
Japeri	-30	-70	-45	-36	-1	-	-182
Magé	-38	-170	-65	-23	-96	-	-392
Mesquita	1	-6	66	-4	-	-	57
Nilópolis	13	-29	10	-8	2	-	-12
Nova Iguaçu	-42	-92	-16	5	13	-	-132
Queimados	-11	-30	-53	10	-1	-172	-257
Rio de Janeiro	-517	-468	-170	-29	-1.025	120	-2.089
São João de Meriti	6	32	-14	-110	-510	5	-591
Seropédica	5	-	-8	-19	-	-	-22
<b>Metropolitana II</b>	<b>-323</b>	<b>-68</b>	<b>-164</b>	<b>38</b>	<b>-506</b>	<b>-5</b>	<b>-1.028</b>
Itaboraí	-5	-19	-4	-28	5	-	-51
Maricá	-	-	-	-	-	-	-
Niterói	-152	-67	-41	-1	-33	-8	-302
Rio Bonito	-6	6	6	6	-480	-	-468
São Gonçalo	-160	-29	-121	60	2	3	-245
Silva Jardim	-	32	-4	-2	-	-	26
Tanguá	-	9	-	3	-	-	12
<b>Noroeste</b>	<b>-48</b>	<b>-54</b>	<b>-9</b>	<b>-88</b>	<b>-56</b>	<b>3</b>	<b>-252</b>
Aperibé	-	-	-	-	2	-	2
Bom Jesus do Itabapoana	-	-	-	-	-74	3	-71
Cambuci	3	2	2	-	2	-	9
Italva	-43	-65	-7	-	-2	-	-117
Itaocara	-3	-3	-3	-4	-	-	-13
Itaperuna	3	-9	-1	-84	10	-	-81
Laje do Muriaé	-	-	-	-	-	-1	-1

Miracema	-3	-2	-	-	-	1	-4
Natividade	-	2	-	-	-	-	2
Porciúncula	-	-	-	-	4	-	4
Santo Antônio de Pádua	-5	20	-	-	-	-	15
Varre-Sai	-	1	-	-	2	-	3
<b>Norte</b>	<b>-71</b>	<b>8</b>	<b>-37</b>	<b>-47</b>	<b>3</b>	<b>-1</b>	<b>-145</b>
Campos dos Goytacazes	-5	-1	-1	-26	4	-	-29
Conceição de Macabu	-2	4	-13	-8	-	-	-19
Macaé	-29	-7	-3	-17	-	-	-56
Quissamã	-	16	1	8	-	-	25
São Fidélis	-26	-11	-12	-4	-3	-	-56
São Francisco de Itabapoana	-9	3	-9	2	4	-	-9
São João da Barra	-	4	-	-2	-2	-1	-1
<b>Serrana</b>	<b>-1</b>	<b>-46</b>	<b>-8</b>	<b>-21</b>	<b>-23</b>	<b>-28</b>	<b>-127</b>
Bom Jardim	-	1	-	-2	-	-	-1
Cachoeiras de Macacu	-	-	-	-	-	-	-
Cantagalo	-	6	-	12	3	-	21
Carmo	-3	3	-	-	-	-	-
Cordeiro	-	-	-	-	1	-	1
Duas Barras	-	-	-	-	-	-	-
Guapimirim	-	-	-	-	-2	-	-2
Nova Friburgo	5	-29	2	-4	-	-	-26
Petrópolis	-4	-1	1	-10	-39	-28	-81
Santa Maria Madalena	-	-	-	-	-	-	-
São José do Vale do Rio Preto	-	-	-	-	-	-	-
São Sebastião do Alto	-	-	-	-	-	-	-
Sumidouro	-	-9	1	-1	-	-	-9
Teresópolis	2	-15	-10	-15	15	-	-23
Trajano de Moraes	-1	-2	-2	-1	-1	-	-7
<b>Total</b>	<b>-1.001</b>	<b>-995</b>	<b>-612</b>	<b>-429</b>	<b>-2.780</b>	<b>-57</b>	<b>-5.874</b>

Fonte: Ministério da Saúde - CNES, 2015

Em relação aos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o envelhecimento da população e as mudanças nas rotinas assistenciais dos hospitais são fatores que induzem sua maior demanda.

Na evolução dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no período de 2009 a 2014, apresenta-se um cenário de expansão da oferta, ainda que por outros mecanismos de análise a mesma ainda se mostre insuficiente. Leitos de UTI Infantil tipo I e Neonatal tipo I não podem ser mais habilitados pelas normas atuais do MS, e vem sendo substituídos por leitos de classificação II ou III.

No quadro abaixo, observa-se a ampliação (ou diminuição) do número de leitos no estado, por tipo de UTI, nas regiões de saúde, apresentando o número de leitos acrescidos ou desativados (em número negativo, entre parênteses), de 2009 a 2014.

**Tabela 31: Quantitativo de leitos de UTI, segundo regiões de saúde, ERJ**

Regiões de Saúde	Tipo de UTI									Total
	Adulto II	Adulto III	Infantil I	Infantil II	Infantil III	Neonatal I	Neonatal II	Neonatal III	Queimado	
BIG	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BL	14	-	-	4	-	-	4	-	-	22
CS	7	-	-	-	-	-	-	-	-	7
MP	21	-	-	2	-	-	6	-	-	29
Metro I	148	10	-20	27	10	-61	100	32	-	246
Metro II	21	-	-	-	-	-	7	-	-	28
Noroeste	14	9	-	4	-	-	-	-	-	27
Norte	22	-	-	-	-	-	-	-	-	22
Serrana	18	10	-	-	-	-	8	-	-	36
<b>Total</b>	<b>265</b>	<b>29</b>	<b>-20</b>	<b>37</b>	<b>10</b>	<b>-61</b>	<b>125</b>	<b>32</b>	<b>-</b>	<b>417</b>

Fonte: Ministério da Saúde - CNES, 2015. (-) Não houve alteração no número de leitos.

Desde setembro de 2011, tramita uma Ação Civil Pública (ACP) para garantir o acesso a leitos de terapia intensiva no município do Rio de Janeiro, com participação solidária de município e estado. A ACP foi precedida de intervenção extrajudicial, com a realização de reuniões conjuntas entre os gestores municipal e estadual e MPE sobre a temática da regulação do acesso aos serviços de saúde, inclusive a leitos de UTI.

Compreendendo seu papel de organizador do sistema de saúde, a SES/RJ investiu na expansão da oferta de leitos de terapia intensiva, integralmente regulados e em número suficiente para complementar o atendimento à demanda existente. As ações e incrementos adotados pela SES/RJ nos últimos anos culminaram numa expressiva expansão do número de leitos de UTI nas unidades próprias e da oferta complementar ao SUS, através de Chamamentos Públicos e na criação de novos leitos pelos municípios.

### 3.3.4. Tratamento Fora de Domicílio - TFD

O TFD é uma estratégia para garantir a integralidade da assistência quando o serviço é oferecido fora do território de residência do paciente. A Portaria SAS/GM nº 055/1999, dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no SUS. A Resolução SES nº 171/2011, que regulamenta a concessão do auxílio para TFD no âmbito do SUS no ERJ, definindo como atribuição da SES a concessão deste auxílio quando o serviço necessitado pelo paciente não for ofertado no próprio estado.

Os principais serviços demandados para outros estados da federação são transplante pulmonar, transplante duplo (rim e pâncreas), transplante de medula óssea, ambulatório de doenças genéticas e metabólicas.

A demanda por este tipo de auxílio vem diminuindo nos últimos anos, considerando a realização no ERJ de transplante de córnea, transplante renal, transplante hepático e implante coclear. Os pacientes que realizaram anteriormente estes procedimentos fora do estado têm garantidos seus auxílios para acompanhamento junto aos serviços aos quais foram vinculados.

### 3.4. Unidades de Saúde SES RJ

Além de seu papel gestor e coordenador do SUS no ERJ, a SES também é um importante prestador de serviços assistenciais, contando com 21 Hospitais, 08 Institutos e 05 Centros de Atenção Especializada e Ambulatorial, localizados em sua maioria na capital, mas também em outros municípios/regiões do Estado, conforme descrição a seguir. Dos 05 Ambulatórios, permanecem ainda sob gestão estadual 02 Postos de Atendimento Médico (PAM) e 01 CAPSad, localizados no município do Rio de Janeiro. A SES conta, ainda, com a oferta de exames diagnósticos, através, principalmente, do Centro de Diagnóstico por Imagem – Rio Imagem.

No último quadriênio a SES/RJ investiu na construção de Institutos e Hospitais especializados, como por exemplo, o Instituto do Cérebro, o Hospital da Criança e Hospital dos Lagos Nossa Senhora de Nazareth.

**Tabela 32: Unidades SES/RJ, localização, especialidade.**

Unidades/localização	Especialidades
Hospital Estadual Adão Pereira Nunes - Duque de Caxias	Emergência aberta, neurocirurgia/ortopedia/ vascular, maternidade alto risco, clínica médica/cirurgia geral, UTI, adulto/pediátrico/neonatal, pediatria, reimplante de membros
Hospital Estadual Albert Schweitzer - Rio de Janeiro *	Emergência aberta, ortopedia/cirurgia geral, maternidade de alto risco, UTI adulto/pediátrico/neonatal, clínica médica, pediatria
Hospital Estadual Alberto Torres - São Gonçalo	Emergência aberta, neurocirurgia/ortopedia/ vascular/ cirurgia geral, UTI adulto/pediátrico, clínica médica, pediatria
Hospital Estadual Azevedo Lima – Niterói	Emergência aberta, neurocirurgia/ortopedia, maternidade alto risco, UTI adulto/neonatal, clínica médica/cirurgia geral/ vascular
Hospital Estadual Carlos Chagas - Rio de Janeiro	Emergência aberta, cirurgia bariátrica/cirurgia geral, UTI adulto/pediátrico, clínica médica, pediatria
Hospital Estadual Eduardo Rabello - Rio de Janeiro	Geriatria, UI adulto
Hospital Estadual Getúlio Vargas - Rio de Janeiro	Emergência aberta, neurocirurgia/vascular/urologia/ortopedia, cirurgia geral, trombólise, UTI adulto, clínica médica, pediatria
Hospital Estadual Melchiades Callazans - Nilópolis	Maternidade alto risco, UTI adulto/neonatal, clínica médica / cirurgia geral, CTQ/vascular, UTI adulto
Hospital Estadual Prefeito João Batista Cáffaro – Itaboraí	Retaguarda do HEAT
Hospital Estadual Rocha Faria - Rio de Janeiro*	Emergência aberta, maternidade alto risco, ortopedia/cirurgia geral, UTI adulto/neonatal, clínica médica / pediatria

Hospital Estadual Roberto Chabo - Araruama	Emergência referenciada, neurocirurgia/ortopedia/cirurgia geral, UTI adulto/pediátrico/neonatal, clínica médica.
Hospital Estadual Anchieta - Rio de Janeiro	Retaguarda do Instituto Estadual do Cérebro
Hospital Regional Gélvio Alves de Faria - Casimiro de Abreu	Ambulatório de especialidades
Hospital Estadual Tavares de Macedo – Itaboraí	Hanseníase
Hospital Estadual Santa Maria - Rio de Janeiro	DIP, pneumologia/tisiologia
Hospital de Traumatologia Dona Lindu	Ortopedia de alta complexidade, UTI adulto
Hospital Estadual Heloneida Studart - São João de Meriti	Maternidade de alto risco, UTI materna/neonatal, pré-natal de alto risco, referência de doença trofoblástica gestacional, serviço de ginecologia
Hospital da Mãe – Mesquita	Maternidade de baixo risco, pré-natal
Hospital São Francisco de Assis - Rio de Janeiro	Trauma do idoso, leito de retaguarda clínico, hemodinâmica, UTI adulto, CPRE, transplante de rim e fígado
Hospital Estadual da Criança - Rio de Janeiro	Ortopedia pediátrica, oncologia pediátrica, hematologia pediátrica, cirurgia pediátrica
Instituto Estadual de Cardiologia Aloyzio de Castro - Rio de Janeiro	Emergência cardiológica referenciada, hemodinâmica/cardiologia, centro de tratamento da dor torácica, unidade coronariana, UTI adulto/pediátrica especializada
Instituto Estadual Arthur Siqueira Cavalcanti (HEMORIO) - Rio de Janeiro	Emergência hematológica referenciada, banco de medula, Hemocentro
Instituto de Assistência dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (IASERJ Maracanã) - Rio de Janeiro	Ambulatório de especialidades
Instituto Estadual de Infectologia São Sebastião	Emergência referenciada, dip, UTI adulto/pediátrico (DIP)
Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras	HIV pneumologia/ tisiologia, UI adulto especializada (DIP/pneumologia)
Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione - Rio de Janeiro	Doenças endocrinológicas, ambulatório especializado
Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária - Rio de Janeiro	Hanseníase
Instituto Estadual do Cérebro - Rio de Janeiro	Epilepsia, neurocirurgia tu cerebrais, Parkinson, neurologia
Centro Estadual de Tratamento e Reabilitação de Adictos - Rio de Janeiro	Tratamento e reabilitação de adictos
Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro	Psiquiatria
PAM Coelho Neto - Rio de Janeiro	Ambulatório geral
PAM Cavalcanti - Rio de Janeiro	Ambulatório geral
Núcleo Estadual de Saúde Mental – Carmo	Serviços Residenciais Terapêuticos
Hospital Estadual dos Lagos Nossa Senhora de Nazareth – Saquarema	Ambulatório, ginecologia, maternidade, ortopedia

Fonte: SES RJ/Subsecretaria de Unidades de Saúde

\*O Termo de Cooperação de Natureza Convenial nº 001/2015, celebrado entre o estado do Rio de Janeiro e o município do Rio de Janeiro, assinado em 23/12/2015 e publicado no Diário Oficial do Estado em 28/12/2015, refere-se à conjugação de esforços entre ambos os entes para a realização de ações de saúde pública, nelas compreendidas o provimento de meios financeiros para que as unidades estaduais HERF e HEAS possam desempenhar suas funções.

Com mais de três mil e oitocentos leitos, os hospitais estaduais possuem uma capacidade instalada expressiva no âmbito do SUS, contribuindo para ampliar o acesso da população e diminuir o déficit da oferta pública em diversas áreas assistenciais. Com o advento das Redes Temáticas, muitos passaram a integrar o conjunto de serviços de referência na

respectiva linha de cuidado, segundo as diretrizes estabelecidas pelo MS, como no caso da Rede de Urgência e Emergência e da Rede Cegonha.

Desde março de 2014 a Subsecretaria de Vigilância em Saúde/SES coordena as atividades dos hospitais de referência para o atendimento dos agravos monitorados pela Vigilância em Saúde. Tais unidades, descritas abaixo, realizam consultas, exames e internação de casos de maior complexidade.

- Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária – IEDS: hospital geral sem emergência, sendo referência para os casos de hanseníase que necessitam de internação e abrigo para ex-pacientes, remanescentes da época do antigo Hospital Colônia.
- Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras – IETAP: O Instituto é referência para internação de pacientes com Tuberculose e HIV/AIDS procedentes das unidades de saúde de todo o estado do Rio de Janeiro e referência ambulatorial para casos de Tuberculose resistente às drogas, casos complexos de tuberculose e micobacteriose não tuberculosa. É ainda referência para a realização de exames de broncoscopia com biópsia, biópsia pleural, toracocentese e escarro induzido.
- Instituto Estadual de Infectologia São Sebastião – IEISS: Presta atendimento a adultos, crianças (faixa etária de 4 meses a 16 anos) e gestantes que constituam casos suspeitos ou sejam portadores de doenças infecciosas, tendo como prioridade o atendimento das meningites, leptospirose, tétano e raiva.
- Hospital Estadual Santa Maria – HESM: Presta internação hospitalar a usuários com tuberculose com e sem resistência às drogas e com coinfeção Tuberculose/HIV, e que não necessitem de cuidados intensivos, oferecendo atendimento integral, multidisciplinar e multiprofissional.
- Hospital Estadual Tavares de Macedo – HETM: Presta atendimento ambulatorial nas seguintes especialidades: cardiologia, endocrinologia, neurologia, psiquiatria, ginecologia, geriatria, oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia, angiologia, clínico geral, odontologia, fisioterapia, fisioterapia, pediatria, terapia ocupacional, nutrição e assistência social. A SES/RJ e a Secretaria Municipal de Saúde de Itaboraí vem discutindo uma proposta de reestruturação do hospital objetivando um melhor aproveitamento de seu espaço físico, levando em consideração as necessidades do município de Itaboraí e da região Metropolitana II.

Tabela 33: Número de leitos de especialidades, Unidades SES RJ, 2015

Especialidades		
	SETORES	LEITOS
<b>EMERGÊNCIA</b>	UNIDADE MASCULINA DE CUIDADOS CLÍNICO/CIRÚRGICOS	107
	UNIDADE FEMININA DE CUIDADOS CLÍNICO/CIRÚRGICOS	101
	UNIDADE DE CUIDADOS SEMI-INTENSIVOS	79
	UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	36
	UNIDADE PEDIÁTRICA DE CUIDADOS CLÍNICO-CIRÚRGICOS	51
	<b>TOTAL DE LEITOS DE EMERGÊNCIA</b>	<b>374</b>
<b>ENFERMIARIAS CIRÚRGICAS</b>	CENTRO CIRURGICO (SALAS)	82
	RPA	58
	BARIÁTRICA	6
	BUCOMAXILOFACIAL	18
	CARDIOLOGIA	16
	GERAL	281
	GINECOLOGICA	20
	NEUROCIRURGIA	76
	ORTOPEDIA	400
	PEDIÁTRICA	48
	PLÁSTICA	12
	PROCTOLOGIA	4
	SORRISO ESPECIAL (BUCO)	6
	TRANSPLANTE	25
	TORÁCICA	3
	UROLOGIA	12
VASCULAR	15	
<b>TOTAL DE LEITOS DE ESPECIALIDADES CIRÚRGICA</b>	<b>942</b>	
	CARDIOLOGIA	45
	CLÍNICA MÉDICA	771
	ENDOCRINOLOGIA	25
	HANSENOLOGIA	36
	ORTOPEDIA	93
	TUBERCULOSE	91
	PEDIATRIA	153
	PSIQUIATRIA	23
	TISIOLOGIA	0
	DIP	11
	TRANSPLANTE	6
	DAY CLINIC	12
	DST/AIDS	19
	<b>TOTAL DE LEITOS DE ESPECIALIDADES CLÍNICAS</b>	<b>1285</b>
<b>MATERNIDADE</b>	CENTRO OBSTÉTRICO (SALA)	22
	RPA MATERNA	16
	PPP	34
	ALOJAMENTO CONJUNTO	392
	BEM ME QUER(MÃE DE ALTA BEBÊ NA UTI)	14
	PRÉ-PARTO	35
	<b>TOTAL DE ESPECIALIDADE OBSTÉTRICA</b>	<b>513</b>
<b>UNIDADES FECHADAS</b>	<b>ADULTO</b>	
	CTI ADULTO	361
	UI ADULTO	32
	UPO	46
	UPG	3
	CTQ	7
	<b>TOTAL DE LEITOS EM UNIDADE FECHADA ADULTO</b>	<b>449</b>
	<b>INFANTIL</b>	
	CTI PEDIÁTRICO	67
	UI PEDIÁTRICA	5

UTI NEONATAL	105
UI NEONATAL	80
<b>TOTAL DE LEITOS EM UNIDADE FECHADA INFANTIL</b>	<b>257</b>
<b>TOTAL DE LEITOS EM UNIDADE FECHADA</b>	<b>706</b>
<b>TOTAL DE LEITOS</b>	<b>3820</b>

Fonte: Subsecretaria de Unidades de Saúde/SES-RJ, 2015.

### 3.4.1. Humanização

Baseada na Política Nacional de Humanização (PNH), desde 2007 a Política de Humanização da SES/RJ aposta no apoio institucional à gestão dos hospitais estaduais de urgência e emergência, Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA 24h) e maternidades, além de unidades de saúde nas 09 regiões do estado, dentre UPA, Unidades de Atenção Básica, hospitais municipais e hospitais regionais integrantes do, então, Programa de Apoio aos Hospitais do Interior e da Rede de Urgência e Emergência (RUE).

Foram organizados espaços coletivos com gestores e trabalhadores para implementação de ações nas unidades, com ênfase na organização das portas de entrada, por meio de dispositivos da Humanização, como o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) adulto e pediátrico; organização dos fluxos assistenciais com base na gravidade dos pacientes, através de salas divididas por cores (vermelha, amarela e verde) e as pactuações de fluxos junto à rede local para a continuidade do cuidado.

Em várias unidades estaduais foi possível a ampliação dos horários de visita, a garantia do direito ao acompanhante e o direito à informação, através da criação de espaços como os Núcleos de Acolhimento à Família. Também foram criados grupos de trabalhos com temáticas consideradas prioritárias, dentre os quais os GT de Cuidado às vítimas de violência, de Assistência de Enfermagem e os Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar (para estudo do acesso, porta de saída, fluxos e processos de trabalho), além do Projeto de Hotelaria Hospitalar.

Ampliou-se o debate do ACCR para o campo das maternidades estaduais, sendo criados grupos de trabalho de sensibilização e implementação de ações relacionadas à definição da linha de cuidado materno-infantil, humanização do parto e nascimento, melhorias da ambiência (como as salas de Pré-parto, Parto e Pós-parto – PPP, espaços para práticas de alívio da dor e incentivo ao parto normal) e ações de incentivo ao cuidado do recém-nascido (ofurô, redinha na UTI-Neo, musicoterapia e Shantala).

Em relação às UPA, a SES levou em consideração as propostas da PNH ao estabelecer uma ambiência que garantisse a organização do atendimento observando a classificação de risco. Em função disto, foram realizadas oficinas de ACCR junto às UPA estaduais e municipais

e reuniões de pactuação de redes com os municípios, considerando a lógica de integralidade do cuidado.

Em interface com o PAHI houve incentivo à implementação do dispositivo de ACCR nos Hospitais Regionais, através de visitas técnicas de acompanhamento e oficinas de capacitação. Neste sentido, também para o PAHI-Atenção Básica foram realizadas oficinas regionais de debate sobre o acolhimento na perspectiva de redes de atenção, envolvendo Atenção Básica, UPA, maternidades e hospitais.

As propostas para o PES 2016-2019 referem-se à intensificação das ações da Política de Humanização no ERJ, com a implementação do dispositivo de Acolhimento com Classificação de Risco nas unidades pré-hospitalares e de emergência da SES/RJ, a ampliação dos espaços de cogestão dentro das unidades de saúde estaduais, reforçando a participação da população e dos trabalhadores. Será dada prioridade aos projetos que visem a melhoria da Gestão do Cuidado, a clínica ampliada, apostando na integralidade e na articulação das unidades em rede. Além disso, serão incentivados projetos de Cultura e Saúde que promovam mudança nas relações de cuidado das unidades de saúde.

### **3.5. Redes Temáticas no ERJ**

#### **3.5.1. Rede Cegonha**

A Rede Cegonha é uma estratégia do MS, instituída pela Portaria GM/MS N° 1.459/2011, que visa implementar uma série de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

A Rede Cegonha é organizada a partir de seus quatro componentes: I - Pré-natal; II - Parto e nascimento; III - Puerpério e atenção integral à saúde da criança; e IV - Sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

A SES/RJ tem apoiado desde 2011 a organização dessa Rede junto às regiões de saúde e, inicialmente, foram definidas como regiões prioritárias, pelo MS, as Metropolitanas I e II. Foi também instituído, em 2011, através de Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), o Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha do RJ, espaço em que participam representantes do MS, da SES/RJ, do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, tendo como objetivo acompanhar a implementação da Rede Cegonha no estado.

A prioridade do apoio da SES/RJ às regiões foi inicialmente conferida à elaboração dos Planos de Ação Regionais, contendo um diagnóstico da situação de saúde materno-infantil na região, de acordo com os indicadores apresentados nas Portarias GM/MS nº 1459/11 e SAS/MS nº 650/11, e propostas para organização, ampliação e qualificação das ações de acordo com as diretrizes da Rede Cegonha.

Estes Planos foram elaborados pelos grupos técnicos da cada região do estado com apoio da área técnica estadual. Esses grupamentos regionais evoluíram para a formação dos Grupos Condutores Regionais da Rede Cegonha, formalizados e aprovados nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), e se configuram como espaços de discussão, elaboração e organização dos serviços e ações ligadas à linha materno-infantil nestas regiões, para acompanhamento e monitoramento das ações em curso.

Finalizados e aprovados pelos Secretários Municipais de Saúde nas CIRs, os Planos foram encaminhados para aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A seguir, foram encaminhados à Área Técnica de Saúde da Mulher do MS para análise, sendo então cadastrados com números de protocolo pelo SIPAR do MS, conforme tabela abaixo:

**Tabela 34: Planos da Rede Cegonha**

REGIÃO	DELIBERAÇÕES CIB-RJ	Nº OFÍCIO SES E SIPAR – PROTOCOLO MS
BAIA DA ILHA GRANDE	Deliberação CIB-RJ Nº 2791 de 18 de março de 2014	Ofício SES/OP/SAS nº 52 de 03/04/2014.
		SIPAR nº 25000.063211/2014-98.
BAIXADA LITORÂNEA	Deliberação CIB-RJ Nº 3240 de 18 de novembro de 2014	Ofício SES/OP/SAS nº 251 de 17/12/2014.
		SIPAR nº 25000.238381/2014-32.
CENTRO-SUL	Deliberação CIB-RJ Nº 1523 de 13 de dezembro de 2011	Ofício SES/OP/SAS nº 05/2012 de 12/01/2012.
		SIPAR nº 25000.007091/2012-87.
	Deliberação CIB-RJ Nº 2713 de 30 de dezembro de 2013	Ofício SES/SAS/SAB nº 052 de 11/02/2014.
		SIPAR nº 25000.034871/2014-61.
MÉDIO PARAÍBA	Deliberação CIB-RJ Nº 1522 de 13 de dezembro de 2011	Ofício SES/OP/SAS nº 05/2012 de 12/01/2012.
		SIPAR nº 25000.007091/2012-87.
	Deliberação CIB-RJ Nº 2526 de 23 de outubro de 2013	Ofício SES/OP/SAS nº 137/2013 de 18/11/2013.
		SIPAR nº 25000-211919/2013-81.
SERRANA	Deliberação CIB-RJ Nº 2669 de 30 de dezembro de 2013	Ofício SES/OP/SAS nº 24/2014 de 26/02/2014.
		SIPAR nº 25000-059088/2014-19.
NOROESTE	Deliberação CIB-RJ Nº 3250 de 01 de dezembro de 2014	Ofício SES/OP/SAS nº 16/2015 de 04/02/2015.
		SIPAR nº 25000.020899/2015-01.
NORTE	Deliberação CIB-RJ Nº 3.296 de 30 de dezembro de 2014	Ofício SES/OP/SAS nº 15/2015 de 04/02/2015.
		SIPAR nº 25000.020879/2015-21.

Como as regiões Metropolitanas I e II foram indicadas como prioritárias, estas foram as primeiras a terem seus Planos de Ação aprovados pela CIB e pelo MS. Paralelamente, as

regiões Centro Sul e Médio Paraíba desenvolveram também seus Planos, enviados ao MS no início de 2012.

Em 2013 e 2014 foram elaborados e pactuados em CIR e CIB os Planos de Ação regionais da Rede Cegonha das demais regiões de saúde: Serrana, Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Norte e Noroeste. Após as pactuações no âmbito estadual, os referidos Planos de Ação foram encaminhados ao MS para análise.

Atualmente todas as Regiões de Saúde desenvolvem ações preconizadas pelo MS, como a captação precoce das gestantes para acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e nascimento, puerpério, assistência neonatal e à criança, saúde reprodutiva, vinculação da gestante, dentre outras.

O aporte de recursos financeiros e equipamentos não atendeu equanimemente todas as regiões, sendo os Planos das Regiões Metropolitanas I e II os únicos aprovados através da Portaria Ministerial nº 3018/ 2011. Nesta Portaria, foi aprovado o repasse de recursos de custeio para os leitos de alto risco das maternidades habilitadas com este perfil nas regiões Metropolitanas I e II, que se concentram em sua maior parte no município do Rio de Janeiro. Além das maternidades da capital, a Maternidade Mariana Bulhões, vinculada ao Hospital Geral de Nova Iguaçu, na Baixada Fluminense (Metropolitana I), e o Hospital Universitário Antônio Pedro, no município de Niterói (Metropolitana II) também receberam recursos de custeio através da referida Portaria.

Quanto aos recursos de investimento para construção e reforma de Ambiência, Centros de Parto Normal, Casas da Gestante, Bebê e Puérpera, Unidades Neonatais e Bancos de Leite, algumas Secretarias Municipais de Saúde e Maternidades apresentaram propostas para captação do recurso disponibilizado pelo MS nos anos de 2012 (somente regiões Metropolitanas I e II), 2013 (Metropolitanas I e II, Centro Sul e Médio Paraíba) e 2014 (Metropolitanas I e II, Centro Sul, Médio Paraíba, Serrana, Norte e Baía da Ilha Grande). As propostas aprovadas em relação ao ano de 2012 não foram efetivadas, diante da dificuldade dos municípios estabelecerem o convênio com a Caixa Econômica, via pela qual o recurso seria repassado.

Em relação às propostas inseridas pelos municípios no ano de 2013, foram publicadas duas Portarias Ministeriais, nº 3353 e nº 3354, em que foram contemplados municípios das Regiões Metropolitanas I e II e Médio Paraíba com recursos de investimento para reforma ou construção de dispositivos ligados à Rede Cegonha. Os municípios de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Magé, Duque de Caxias, Barra Mansa, Pinheiral, Itaboraí e São Gonçalo, receberam pelo MS, através de repasse fundo a fundo, as primeiras parcelas do recurso para ampliação/reforma de Ambiência, Centro de Parto Normal, Casa da Gestante, Bebê e Puérpera e

Unidades Neonatais. Neste momento, a equipe que compõe o Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha está realizando visitas às Maternidades dos referidos municípios para acompanhamento das obras que estão em andamento.

Além dos recursos de custeio e investimento destinado às maternidades, as Secretarias Municipais de Saúde que fizeram a Adesão Municipal à Rede Cegonha (91 dos 92 municípios do ERJ), receberam os recursos relacionados ao componente pré-natal, ao custeio de exames de pré-natal e ao teste rápido de gravidez.

No contexto de implementação da Rede Cegonha em todo estado, vale registrar que, em maio de 2013, foi criado o Grupo de Maternidades Prioritárias do RJ, identificadas pelo MS a partir do alto número de óbitos maternos em um período de três anos, que compunham em todo Brasil um conjunto de 32 maternidades. No Rio de Janeiro, participaram as seguintes maternidades: Hospital Estadual da Mulher Heloneida Studart; Hospital Estadual Rocha Faria; Hospital dos Plantadores de Cana; Hospital Luiz Palmier; Maternidade Municipal Mariana Bulhões e Hospital Municipal Ronaldo Gazolla.

Estas Maternidades foram monitoradas, entre 2013 e 2014, com acompanhamento próximo de apoiadores contratados pelo MS e pela SES, com visitas e reuniões mensais, *in loco*, redefinindo processos de trabalho e readequando as práticas às diretrizes da Rede Cegonha.

Em 2014, com o fortalecimento dos Grupos Condutores Regionais da Rede Cegonha, onde têm assento representantes dos Municípios e da Área Técnica da SES-RJ, foi estimulada a criação dos Grupos Condutores Municipais, que se encontram em fase de implantação em vários municípios do estado.

Ainda em 2014, através do trabalho desenvolvido com os municípios nos Grupos Condutores Regionais, foram organizados Seminários de Boas Práticas Obstétricas e Neonatais em todas as nove regiões de saúde do estado. Participaram dos Seminários e Oficinas trabalhadores e gestores dos Municípios, Maternidades, da SES e do MS, reunindo aproximadamente duas mil pessoas em todo o estado, difundindo as práticas preconizadas pelo programa Rede Cegonha. Vale ressaltar que novos Seminários e Oficinas foram programados para o ano de 2015.

Destacamos ainda outras ações de apoio aos municípios e de exercício da educação permanente com as equipes assistenciais e de gestão:

- Curso de capacitação em pré-natal para profissionais de saúde da Atenção Básica das Regiões Metropolitanas I e II, com aproximadamente 1.200 pessoas capacitadas.
- Extensão do curso para as outras regiões do Estado nos anos de 2015-2016. Processo de seleção de tutores será iniciado em 2015.

- Realização de Oficina sobre Acolhimento e Classificação de Risco com os municípios da Região Médio Paraíba, contando com profissionais das Maternidades da Região e da Atenção Básica, tendo como objetivo a implantação deste dispositivo nas referidas Maternidades.
- Lançamento do Fórum Perinatal da Região Metropolitana I, como espaço democrático que conta com a participação de movimentos sociais e de mulheres, trabalhadores, gestores, promotores dos Ministérios Públicos Estadual e Federal, com o objetivo de discutir, analisar e dar encaminhamentos a questões relacionadas à mortalidade materna e infantil e à qualificação da assistência na rede perinatal.

Em relação à organização das Maternidades de cada Região, apresentamos a seguir a situação em cada Região, os municípios que contam com Maternidades, aquelas que estão habilitadas para o atendimento ao alto risco e outras que atendem a este perfil, mas que não estão habilitadas para tal. Além disso, incluímos observações sobre as Maternidades que receberam recurso de investimento pela Rede Cegonha e que participaram do Grupo de Trabalho das Maternidades Prioritárias.

Na região **Metropolitana I**, existem Maternidades em 10 dos 12 municípios, considerando que neste momento Japeri e Queimados não contam com Maternidade funcionando em seu território. No município de Queimados, o Hospital Casa de Saúde Nova Bom Pastor, que abriga uma maternidade de risco habitual, foi fechado em junho de 2014. A região conta com o Rio de Janeiro como polo principal. As Maternidades habilitadas para atendimento à Gestação de Alto Risco estão concentradas no município do Rio de Janeiro, e são as seguintes: Instituto Fernandes Figueira, Maternidade Escola da UFRJ, Maternidade Alexander Fleming, Maternidade Carmela Dutra, Hospital Geral de Bonsucesso, Hospital Federal dos Servidores do Estado, Maternidade Fernando Magalhães, Hospital Estadual Pedro Ernesto, Hospital Estadual Rocha Faria.

No município de Nova Iguaçu a Maternidade Mariana Bulhões é também habilitada para o atendimento às gestantes de alto risco, e está em processo de ampliação de seus leitos obstétricos e neonatais, além da abertura de uma Casa da Gestante, Bebê e Puérpera, esta com recursos de investimento da Rede Cegonha. Outras Maternidades da região também receberam recursos de investimento da Rede Cegonha: o Hospital Municipal de Piabetá (Magé), para Reforma de Ambiência; o Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo (Duque de Caxias), para Reforma de Ambiência; e a Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda (Rio de Janeiro), para ampliação e construção de Centro de Parto Normal. Outras três Maternidades estaduais atendem às gestantes e bebês de risco: Hospital da Mulher Heloneida

Studart (São João de Meriti), Hospital Estadual Adão Pereira Nunes (Duque de Caxias) e Hospital Estadual Vereador Melchiades Calazans (Nilópolis).

Nesta região, quatro unidades participaram do projeto do MS de apoio a Maternidades Prioritárias para redução da mortalidade materna e implementação das boas práticas obstétricas e neonatais: Hospital Municipal Ronaldo Gazolla (SMS/ Rio de Janeiro), Hospital da Mulher Heloneida Studart (SES/ São João de Meriti), Hospital Estadual Rocha Faria (SES/ Rio de Janeiro) e Maternidade Mariana Bulhões (SMS/ Nova Iguaçu).

Na região **Metropolitana II** existem Maternidades em 5 dos 7 municípios, considerando que Tanguá e Silva Jardim não contam com Maternidade em seu território, e suas gestantes de risco habitual são encaminhadas ao Hospital Darcy Vargas em Rio Bonito. A região conta com Niterói como polo principal. A Maternidade habilitada para atendimento à Gestação de Alto Risco é a do Hospital Universitário Antônio Pedro, vinculado à Universidade Federal Fluminense, que se localiza no município de Niterói. Além desta, a Maternidade do Hospital Estadual Azevedo Lima, também em Niterói, atende a um grande número de gestantes e bebês de alto risco.

Duas Maternidades nesta região receberam recursos de investimento da Rede Cegonha: o Hospital Municipal Desembargador Leal Junior (Itaboraí), para Ampliação e Reforma de Ambiência; e o Hospital Luiz Palmier (São Gonçalo), para Reforma de Ambiência e de Unidade Neonatal. Desta região, foi o Hospital Luiz Palmier que participou do projeto do MS de apoio a Maternidades Prioritárias, para redução da mortalidade materna e implementação das boas práticas obstétricas e neonatais.

Na região **Centro Sul** existem Maternidades em 6 dos 11 municípios, considerando que Areal, Comendador Levy Gasparian, Mendes, Paty do Alferes e Sapucaia não contam com Maternidade em seu território. A Região conta com Três Rios e Vassouras como seus polos principais. Não existem maternidades municipais públicas nesta região, as existentes são conveniadas ao SUS. Apesar da região oficialmente contar com 6 maternidades, estas não apresentam regularidade no serviço, estando por vezes fechadas. Em relação à referência para Gestação de Alto Risco, o Hospital Universitário Sul Fluminense atende pacientes com este perfil, mas ainda não concluiu o processo de habilitação que se encontra em andamento.

Esta região ainda não foi contemplada com recursos de custeio e investimento através da Rede Cegonha, e tal necessidade se faz presente para ampliação e melhoria do acesso e da qualidade das ações.

Na região **Médio Paraíba** existem Maternidades em 10 dos 12 municípios, considerando que Quatis e Rio das Flores não contam com Maternidade em seu território funcionando no momento. A região conta com quatro polos: Barra Mansa, Resende, Valença e

Volta Redonda. A Maternidade habilitada para atendimento à Gestação de Alto Risco está localizada no município de Resende, a APMIR. Além desta, a proposta que consta no Plano de A o Regional   de estrutura o das Maternidades dos outros três polos para também se habilitarem e atenderem   Gesta o de Alto Risco.

A Maternidade Theresa Sacchi de Moura, em Barra Mansa, recebeu recursos de investimento da Rede Cegonha para Reforma de Ambiência, Reforma de Centro de Parto Normal e de UTI Neonatal e a Maternidade do Hospital Municipal de Pinheiral Aurelino Goncalves Barbosa recebeu recursos para Reforma de Ambiência.

Na região **Serrana** existem leitos obstétricos em Hospitais Gerais e Maternidades em 15 dos 16 municípios, considerando que Macuco não conta com Maternidade em seu território. A região conta com três polos: Petrópolis, Teresópolis e Nova Friburgo. Apesar da aparente suficiência de leitos obstétricos nos municípios menores, muitos destes leitos estão em hospitais gerais e são utilizados somente no dia da semana em que são realizadas cesáreas eletivas, não contando com equipe para assistência ao parto em todos os dias da semana, 24 horas.

A Maternidade habilitada para atendimento   Gesta o de Alto Risco   a do Hospital Alcides Carneiro, em Petrópolis, que atende a todos os municípios da Região. A proposta que consta no Plano de A o Regional   de estrutura o dos outros dois polos para também atenderem   Gesta o de Alto Risco. Esta região ainda não foi contemplada com recursos de custeio e investimento através da Rede Cegonha, e tal necessidade se faz presente para amplia o e melhoria do acesso e da qualidade das a es.

Na região da **Baía da Ilha Grande** existe Maternidade nos três municípios, considerando que em Mangaratiba e Paraty os leitos obstétricos estão dentro de Hospitais Gerais. A região conta com Angra dos Reis como seu polo principal. A Maternidade habilitada para atendimento   Gesta o de Alto Risco   a do Hospital e Maternidade Codrato de Vilhena, localizada em Angra dos Reis. Esta região ainda não foi contemplada com recursos de custeio e investimento através da Rede Cegonha, e tal necessidade se faz presente para amplia o e melhoria do acesso e da qualidade das a es.

Na região da **Baixada Litorânea** existem Maternidades em 8 dos 9 municípios, considerando que Iguaba Grande não conta com Maternidade em seu território. A região conta com Cabo Frio como seu polo principal. Em rela o   referência para Gesta o de Alto Risco, não há maternidade habilitada para este perfil na região, mas atualmente o Hospital Estadual dos Lagos, localizado em Saquarema, atende a gestantes e recém-nascidos de risco. O Hospital Municipal da Mulher, em Cabo Frio, também atende algumas pacientes de risco, mas não possui maior complexidade para lidar com casos graves.

Na região **Norte** existem Maternidades em 4 dos 8 municípios, considerando que Carapebus, Conceição de Macabu, São Fidélis e São Francisco de Itabapoana não contam com Maternidade em seu território no momento. A região conta com Campos dos Goytacazes como seu polo principal e Macaé também como um polo importante. A Maternidade habilitada para atendimento à Gestação de Alto Risco   a do Hospital dos Plantadores de Cana, localizada em Campos dos Goytacazes, que atende aos municípios da Norte e parte da Noroeste também. Esta Maternidade foi considerada prioritária no projeto do MS para redu o da mortalidade materna e implementa o das boas práticas obstétricas e neonatais, e recebeu repasse de recursos para Reforma de Ambiência e Equipamentos de UTI Neonatal.

Na região **Noroeste** existem leitos obstétricos em Hospitais Gerais e Maternidades em 12 dos 14 municípios, considerando que Cardoso Moreira e São José de Ubá não contam com Maternidade em seu território. A região conta com Itaperuna como seu polo principal. Apesar da aparente suficiência de leitos obstétricos nos municípios menores, muitos destes leitos estão em hospitais gerais e são utilizados somente no dia da semana em que são realizadas cesáreas eletivas, não contando com equipe para assistência ao parto em todos os dias da semana, 24 horas. Em rela o   referência para Gesta o de Alto Risco, o Hospital São José do Avaí, em Itaperuna, atende a uma parcela de pacientes com este perfil, mas ainda não iniciou processo de habilita o.

Em rela o aos leitos de UTI Neonatal, a Portaria GM/MS n  930, de 10 de maio de 2012 define diretrizes para organiza o da aten o integral ao recém-nascido grave e estabelece o parâmetro de 2 leitos para cada 1.000 nascidos vivos na Rede Cegonha. Na tabela abaixo,   apresentada a distribui o de leitos desse tipo em cada região de saúde do estado, bem como sua propor o pelo número de nascidos vivos.

**Tabela 35: Propor o de Leitos de UTI neonatal por região de saúde**

Regiões	Leitos SUS UTI Neo	Nascidos vivos 2014	Leitos SUS UTI Neo/1.000 nascidos vivos
Baía da Ilha Grande	4	3.981	1
Baixada Litorânea	7	11.291	0,62
Centro Sul	6	4.385	1,37
Médio Paraíba	22	11.525	1,91
Metropolitana I	213	145.910	1,46
Metropolitana II	14	25.922	0,54
Noroeste	6	4.000	1,5
Norte	10	14.447	0,69
Serrana	8	12.027	0,67
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>233.504</b>	<b>1,24</b>

Fonte: Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Sistema de Informa es de Nascidos Vivos (SINASC)

A quantidade de leitos de UTI Neonatal no estado está abaixo do preconizado e uma das estratégias adotadas para enfrentar esse déficit   a contrata o de leitos por Chamamento

Público. Esses leitos estão distribuídos em 6 regiões de saúde do estado, com maior concentração na região do Médio Paraíba, em função da oferta de leitos privados desse tipo em cada uma.

**Tabela 36: Leitos de UTI neonatal por região de saúde**

Região	Leitos SUS UTI Neo	Leitos Chamamento Público	Leitos UTI Neo TOTAL	Leitos SUS UTI Neo/1.000 nascidos vivos
Baía da Ilha Grande	4	0	4	1
Baixada Litorânea	7	9	16	1,42
Centro Sul	6	0	6	1,37
Médio Paraíba	22	31	53	4,6
Metropolitana I	213	136	349	2,39
Metropolitana II	14	20	34	1,31
Noroeste	6	4	10	2,5
Norte	10	30	40	2,77
Serrana	8	0	8	0,67
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>230</b>	<b>520</b>	<b>2,23</b>

Fonte: Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e SES-RJ.

### 3.5.2. Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

A RAPS, instituída através da Portaria GM/MS nº 3.088/11, tem como principal objetivo ampliar o acesso à atenção psicossocial, em especial às pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas. Visa garantir a integração e a articulação entre os pontos de atenção das redes de saúde no território e qualificar o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. A RAPS tem como base a Lei nº 10.216/11, que reorienta o modelo de atenção, antes centrado nas internações em hospitais psiquiátricos e manicômios judiciais, para um modelo de base territorial e comunitária.

A RAPS é constituída por diferentes componentes e pontos de atenção (ações e serviços de saúde):

- a) Atenção Básica em saúde: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Equipes de Saúde da Família (ESF), equipes de Consultório na Rua (eCR), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e Centros de Convivência e Cultura;
- b) Atenção Psicossocial: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades (tipo I, II, III, ad II, ad III e i);
- c) Atenção à Urgência e Emergência: SAMU 192, Salas de Estabilização, UPA 24 horas, Portas hospitalares de atenção à urgência/Pronto Socorro em Hospital Geral, Unidades Básicas de Saúde (UBS);

- d) Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidade de Acolhimento Adulto e Infante Juvenil (UA e UAi);
- e) Atenção Hospitalar: leitos de psiquiatria em Hospital Geral e leitos de saúde mental em Hospital Geral (Serviço Hospitalar de Referência - SHR);
- f) Estratégias de Desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Programa de Volta Para Casa (PVC);
- g) Reabilitação Psicossocial: iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Neste contexto, são atribuições da SES/RJ apoiar a implementação da RAPS no estado, coordenar o Grupo Condutor Estadual (GCE-RAPS) e monitorar e avaliar regionalmente a Rede no território, assim como os pontos de atenção à saúde sob sua gestão.

No ERJ, a RAPS foi pactuada em todas as regiões de saúde, considerando os dispositivos existentes e os necessários para responder às demandas de saúde mental da população, os parâmetros populacionais previstos em Portaria Ministerial para cada dispositivo, e a capacidade da gestão municipal de implantar e/ou qualificar ações e serviços, dentro do prazo previsto para a execução dos Planos de Ação.

**Tabela 37: Dispositivos de Saúde Mental, ERJ, 2014.**

Dispositivos	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	SRT	Leitos SHR	eCR	UAi	UA
<b>Existentes</b>	43	48	5	29	26	4	159	241	17	3	1
<b>Habilitados pelo MS</b>	42	47	3	24	22	1	159	237	17	2	1

Fonte: Gerência de Saúde Mental/SAB/SES-RJ. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial; CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil; Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

Com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o ERJ ainda aparece com uma grande concentração de número de leitos em hospitais psiquiátricos, conforme gráfico abaixo, embora esforços consideráveis venham sendo feitos ao longo dos anos para reverter este quadro. Dentre estes, destacamos algumas ações realizadas no período recente, conforme apresentadas a seguir.

**Gráfico 44:- Leitos contratados em hospitais psiquiátricos (2007-2014)**



Fonte: CNES/DATASUS, dez/2014.

Em outubro de 2013, a equipe técnica da SES-RJ planejou e coordenou a execução do Censo Clínico e Psicossocial, em parceria com os municípios que internavam na CLIVAPA (Quatis), visando a elaboração/atualização dos projetos terapêuticos singulares de toda a clientela internada para a agilização dos processos de reinserção social dos usuários em seus municípios de origem. Diante da crescente precarização da assistência prestada pela Clínica, auditada em junho de 2014, a SES, em parceria com o Ministério Público do Estado - MPE-RJ propôs que o município-sede e a clínica fizessem um contrato de gestão que garantisse condições minimamente dignas de sobrevivência à clientela internada até que todo o processo de desinstitucionalização dos internos estivesse concluído.

Outra situação na qual houve a atuação do MPE-RJ refere-se ao fechamento do Hospital Colônia de Rio Bonito (HCRB). Seguindo um longo processo de denúncias e constatações pelo poder público e entidades judiciais e extrajudiciais, foi constituída em 2012, uma Ação Civil Pública para o fechamento do HCRB, que se coloca como o principal motor para as ações de desinstitucionalização dos municípios envolvidos. Os municípios que internavam no HCRB (grande parte da região da Baixada Litorânea) constituíram equipes com tal finalidade, formadas por profissionais dos Programas Municipais de Saúde Mental, voltados especificamente ao acompanhamento e elaboração de projetos terapêuticos para saída dos usuários internados em hospitais psiquiátricos.

No município de Carmo (Região Serrana) situa-se o Núcleo Estadual de Saúde Mental (NESM/SES), que abriga os pacientes do antigo Hospital Estadual Teixeira Brandão (HETB), desativado em 2005. Sob a responsabilidade do NESM, há 21 SRT direcionados às pessoas oriundas do processo de desinstitucionalização do HETB.

Em 2014, duas clínicas psiquiátricas foram fechadas (Clínica da Gávea/Rio de Janeiro e Clínica de Repouso Itabapoana Ltda./Bom Jesus de Itabapoana), impactando na diminuição de 250 leitos.

Deste modo, espera-se que nos próximos quatro anos haja continuidade do processo de redução do número de leitos em hospitais e clínicas psiquiátricas, num esforço conjunto da SES/RJ e Secretarias Municipais de Saúde.

O desenvolvimento de ações de desinstitucionalização das pessoas internadas há mais de um ano em hospitais psiquiátricos e manicômios judiciários é de responsabilidade das equipes municipais de saúde mental, com o apoio do estado, através da elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares. Estima-se que muitas destas pessoas estão internadas por mais de duas décadas nestas instituições, fato que produziu o rompimento de vínculos sociais e familiares, tornando-se necessária a implantação de equipamentos de moradia, como os SRT.

Para fazer frente à demanda de moradia, expressa pelo número de moradores nos hospitais, espera-se que em torno de 20% tenham condições de retornar para o convívio familiar, conforme experiência de outras ações de desinstitucionalização no estado. No entanto, os demais moradores necessitarão de SRT, que deverão ser implantados conforme parâmetros da Portaria GM/MS nº 3090/2011, constituindo-se um grande desafio para os municípios. Atualmente, existem no ERJ 159 SRT implantados, que abrigam aproximadamente 948 moradores, evidenciando os avanços alcançados nos últimos anos.

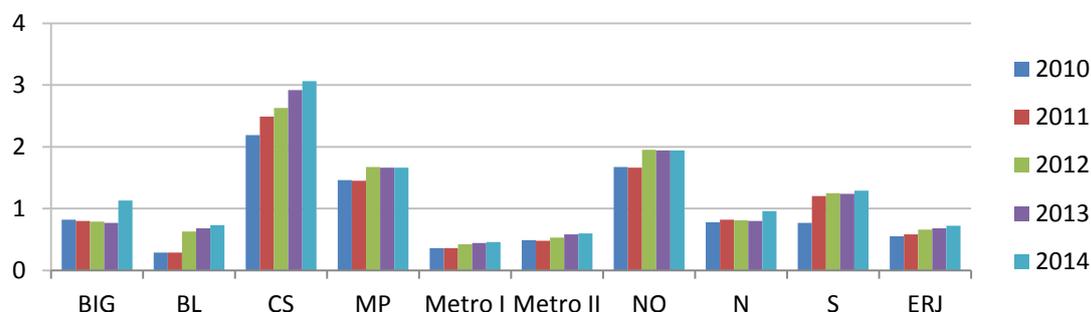
Os CAPS são os principais dispositivos instituídos e regulamentados pelas Portarias do MS para assistência diária às pessoas portadoras de transtornos mentais severos e persistentes. O parâmetro utilizado para avaliar a cobertura deste serviço é de 1 CAPS/100.000 habitantes. O ERJ possui 72% de cobertura de CAPS, que, de acordo com parâmetros estabelecidos pelo MS, representa uma cobertura “muito boa”. Porém, quando avaliamos os quatro maiores municípios do estado, que concentram 56% da população, verificamos uma baixa cobertura: Duque de Caxias (34%), Rio de Janeiro (34%), Nova Iguaçu (31%) e São Gonçalo (29%).

**Gráfico 45: Número de CAPS no ERJ**



Fonte: Gerência de Saúde Mental/SAB/SES-RJ.

**Gráfico 46: Cobertura de CAPS no Estado**



Fonte: Gerência de Saúde Mental/SAB/SES-RJ.

A expansão da RAPS vem ocorrendo de forma lenta, especialmente em relação aos SRT e aos dispositivos que oferecem acolhimento noturno, quais sejam: SHR; UA; CAPS III e

CAPSad. Como consequência, há pouca agilidade no processo de desinstitucionalização dos moradores das instituições psiquiátricas.

A Política Nacional de Saúde Mental define, ainda, em suas diretrizes para o cuidado integral às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, um modelo assistencial de base territorial, norteado pela estratégia da Redução de Danos. Diante da problemática do aumento do número de pessoas dentro deste grupo, firma-se a necessidade de ampliação do acesso ao tratamento pela expansão da rede, através da implantação e qualificação dos serviços voltados a essa população previstos na composição da RAPS, como: CAPS I, CAPSad (em especial CAPSad III, que conta com leitos de acolhimento noturno), equipes de Consultórios na Rua, Unidades de Acolhimento e SHR, para assistência aos casos de intoxicações e abstinências.

Estimula-se que as situações de crise sejam manejadas no âmbito dos CAPS, nas Portas de Entrada referenciadas para este fim e nos Serviços Hospitalares de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas (Leitos SHR), mas, devido às dificuldades de implantação dos novos serviços, em geral por dificuldades de contratação de recursos humanos, as internações psiquiátricas ainda ocorrem com frequência indesejável.

Entendendo que o processo de desinstitucionalização implica não somente a retirada dos internados nos hospícios ainda existentes, mas, também, a não internação em instituições totais, pressupõe-se a necessidade de implantação de serviços que garantam o cuidado em liberdade, em conjunto com os já referidos: os dispositivos para atenção residencial de caráter transitório (Unidade de Acolhimento Adulto - UA e Unidade de Acolhimento Adulto Infantil - UAI) e também os dispositivos para atenção hospitalar (Leitos SHR).

Quanto às UA e UAI, considerando as necessidades da clientela em vulnerabilidade psicossocial devido ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, entende-se a importância de implantação de tais equipamentos, em âmbito microrregional, para a oferta de suspensão de território, quando o projeto terapêutico do usuário assim a indicar.

A despeito da implantação das Unidades de Acolhimento microrregional, sobretudo para adultos (UA), observa-se, por parte dos municípios, resistência em sediar tais serviços, por receio de que haja descontinuidade do acompanhamento pelas equipes técnicas originalmente responsáveis pelos pacientes das cidades consorciadas. Diante disso, descortina-se o desafio de se buscar modos de implicação, não apenas das Coordenações de Saúde Mental e de suas equipes, mas, sobretudo, dos gestores locais quanto à garantia dos recursos necessários ao acompanhamento de seus munícipes quando assistidos fora de seu território de origem.

Importante destacar, também, que a qualificação permanente dos CAPS e dos demais dispositivos da RAPS, através, especialmente, da Supervisão Clínico-Institucional é um imperativo ético-político e clínico, necessário à revitalização das equipes técnicas, a fim de que se mantenham em efetiva formação permanente.

### **3.5.3. Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE**

A Política Nacional de Atenção às Urgências foi reformulada em 2011, com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011, que também instituiu a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no SUS.

A implantação da RUE foi motivada por um cenário importante de morbimortalidade por violência, acidentes de trânsito e doenças do aparelho circulatório, conforme demonstrado pela alta incidência de atendimentos a acidentes traumáticos, em torno de 30%, nas unidades de Urgência e Emergência, de acordo com dados do MS (Brasil, 2010).

O atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado em todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda, o que implica a possibilidade de transferência do paciente, responsavelmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema regulado. O acolhimento, com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção são requisitos em todos os pontos de atenção da RUE e base dos fluxos assistenciais.

Os seguintes componentes fazem parte da RUE: promoção, prevenção e vigilância à saúde; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS (FN-SUS); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Atenção Hospitalar; Atenção Domiciliar; Atenção Básica.

Após a publicação da Portaria GM/MS nº 1.600/2011, o ERJ aprovou, através da Deliberação CIB-RJ nº 1.456/2011, sua adesão formal a esta Rede. Para implantação da Rede no estado, e considerando orientação do MS para a escolha das regiões iniciais de implantação, foram estabelecidas como regiões prioritárias as Metropolitanas I e II.

O plano de ação das regiões Metropolitana I e II foi aprovado conforme Deliberação CIB-RJ nº 1735/2012, e publicado pela Portaria GM/MS nº 1.276/2013, com distribuição de recursos do MS para expansão e qualificação de parte dos pontos de atenção necessários, além das portarias nº 737/2013 e nº 1852/2013 que se referem a tais pontos. O plano de ação dessas regiões já está em fase de atualização.

O plano de ação das regiões Médio Paraíba e Centro-Sul foram aprovados conforme deliberação CIB-RJ nº 2410/2013 e 2648/2013 respectivamente, e publicados pela Portaria GM/MS nº 1609/2015 e 1634/2015, com distribuição de recursos do MS para expansão e qualificação de parte dos pontos de atenção necessários.

As outras regiões estão em diferentes fases de implantação da RUE: a Baía da Ilha Grande já apresentou seu plano de ação ao MS, após aprovação em CIB, e estão aguardando liberação de recursos federais para implantação de novos equipamentos; as regiões Serrana e Norte já possuem plano em finalização; e as regiões Baixada Litorânea e Noroeste estão em fase de construção. A programação estadual é apoiar tecnicamente essas quatro regiões na finalização, construção, e executá-los de forma plena quando os recursos financeiros da RUE forem aprovados e liberados pelo MS, implantando e formalizando os seus componentes.

No ERJ, o SAMU 192, componente assistencial móvel da RUE, está efetivamente implantado em cinco regiões de saúde, parcialmente em uma e não implantado em três regiões, conforme pode ser visualizado na Tabela abaixo. O SAMU 192 na capital é administrado e operacionalizado pelo Estado do Rio de Janeiro (SEDEC/CBMERJ) e nas demais regiões pelos respectivos municípios e Consórcios de Saúde.

**Tabela 38: Distribuição dos serviços e equipamentos do SAMU 192 implantados por região de saúde**

REGIÃO DE SAÚDE		USB	USA	Motolância	CRMU	OBSERVAÇÃO
Baía de Ilha Grande		6	2	-	1	
Baixada Litorânea		-	-	-	-	Não implantado
Centro Sul		7	2	-	1	
Médio Paraíba		13	7	-	1	
Metropolitana I	Baixada Fluminense	34	12	-	1	
	Capital	59	15	-	1	
Metropolitana II		14	7	4	1	
Noroeste		-	-	-	-	Não implantado
Norte		-	-	-	-	Não implantado
Serrana		-	-	-	-	Aguardando habilitação do MS
<b>Total</b>		<b>133</b>	<b>45</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	

\* USB: ambulâncias de suporte básico, USA: ambulâncias de suporte avançado, CRMU: Central de Regulação Médica das Urgências

No ERJ, já foram inauguradas 58 UPA 24h, sendo 28 de gestão municipal e 30 de gestão estadual (incluindo 01 UPA SEAP), distribuídas em todas as regiões de saúde, conforme tabela abaixo. Ressalta-se que são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os serviços hospitalares de urgência/emergência, cuja finalidade é diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais, evitando que casos de menor complexidade sejam encaminhados para as unidades hospitalares.

**Tabela 39: Distribuição das UPAS 24h por Região de Saúde**

Qtde de UPA	Região de saúde									
	Baía de Ilha Grande	Baixada Litorânea	Centro Sul	Médio Paraíba	Metro I	Metro II	Noroeste	Norte	Serrana	Total
	1	4	1	4	34	6	1	3	4	58

O componente da Atenção Hospitalar tem como objetivo organizar e qualificar a atenção às urgências nos hospitais, com atendimento à demanda espontânea e/ou referenciada. Nos anos de 2013 e 2014 foram formadas comissões tripartites com apoiadores técnicos do MS, representantes da RUE estadual e representantes dos municípios envolvidos, para a realização de monitoramento dos hospitais elencados nos planos das Metropolitanas. Os hospitais com aporte de recursos federais foram então monitorados nos seus subcomponentes Porta de Entrada Hospitalar e Leitos Clínicos de Retaguarda, do componente Atenção Hospitalar da RUE. Foram realizados ajustes nos leitos de retaguarda novos e qualificados de acordo com a possibilidade de implantação e necessidade dos serviços. O processo é dinâmico, ressaltando os ajustes são feitos conforme pactuação.

**Tabela 40: Hospitais que recebem incentivo financeiro do subcomponente “Porta de Entrada Hospitalar” de urgência no ERJ.**

Município	Unidade Hospitalar
Duque de Caxias	Hospital Municipal Moacir do Carmo
Duque de Caxias	Hospital Infantil Ismelia Silveira
Duque de Caxias	Hospital Estadual Adão Pereira Nunes
Rio de Janeiro	Hospital Municipal Miguel Couto
Rio de Janeiro	Hospital Souza Aguiar
Rio de Janeiro	Hospital Municipal Pedro II
Rio de Janeiro	Hospital Estadual Albert Schweitzer
Belford Roxo	Hospital Municipal Jorge Julio Costa Santos
Nova Iguaçu	Hospital Geral de Nova Iguaçu HGNI
São Gonçalo	Hospital Estadual Alberto Torres
Três Rios	Hospital de Clínicas Nossa Senhora Conceição
Vassouras	Hospital Universitário Sul-Fluminense
Volta Redonda	Hospital Municipal São João Batista
Volta Redonda	Hospital Munir Rafful
Barra Mansa	Santa Casa de Barra Mansa
Resende	Hospital de Emergência Henrique S Gregori
Valença	Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzi

Fonte: Coordenação de Urgência e Emergência/SAS/SES-RJ

**Tabela 41: Hospitais que recebem incentivo financeiro do componente hospitalar referente aos leitos clínicos de retaguarda no ERJ**

Município	Unidade/instituição	Leitos novos	Leitos qualificados
Duque de Caxias	Hospital Infantil Ismélia Silveira	27	14
	Hospital Estadual Adão Pereira Nunes	28	7
Itaguaí	Hospital Municipal São Francisco Xavier	4	2
Rio de Janeiro	Hospital Municipal Jesus	8	4
	Hospital Municipal Álvaro Ramos	10	5
	Hospital Municipal Evandro Freire	40	
	Hospital Estadual Anchieta	19	
	Hospital Municipal Pedro II	55	
	Hospital Estadual Albert Schweitzer	66	33*
	Hospital São Francisco de Assis	24	
	Hospital Estadual Getúlio Vargas	20	8
	Hospital Municipal N S Loretto	8	4
	Inst Est de Cardiol FALMED	21	11
Queimados	Hospital Infantil 21 de Julho LTDA	14	7
Magé	Hospital Municipal de Magé	21	11
Itaboraí	Hospital Municipal Desembargador Leal Júnior	35	18
	Hospital Estadual Prefeito João Batista Cáffaro	65	33
Maricá	Hospital Municipal Conde Modesto leal	20*	10*
Niterói	Hospital Municipal Carlos Tortelly	17	7
	Hospital Getúlio Vargas Filho	2	1
	Hospital Estadual Azevedo Lima	14	7
Rio Bonito	Hospital Regional Darcy Vargas	10	10
São Gonçalo	Hospital Municipal Infantil Darcy Vargas	11	6
	Pronto Socorro Mario Nijjar Alcântara	11	6
	Pronto Socorro Armando G de Sá Couto	12	6
	Hospital Estadual Alberto Torres	27	11
Silva Jardim	Policlínica Municipal Agnaldo Maia	13	7
<b>TOTAL DE LEITOS</b>		<b>612</b>	<b>235</b>

Fonte: Coordenação de Urgência e Emergência/SAS/SES-RJ \* leitos à reajustar e pactuar em CIB.

**Tabela 41A: Hospitais que recebem incentivo financeiro do componente hospitalar referente à leitos de UTI qualificados no ERJ**

Município	Unidade/instituição	Leitos qualificados
Volta Redonda	Hospital Municipal São João Batista	4
	Hospital Munir Rafful	5
Barra Mansa	Santa Casa de Barra Mansa	7
Resende	Hospital de Emergência Henrique S Gregori	6
Valença	Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi	5
Barra do Piraí	Casa de Caridade Santa Rita	5

A estratégia nacional SOS Emergências, lançada pelo governo federal (publicada na Portaria GM/MS nº 1.663/2012) vem priorizando investimentos em hospitais considerados estratégicos para a rede de urgência e emergência do país, com o objetivo de enfrentar as principais necessidades desses hospitais, qualificar a gestão, ampliar o acesso aos usuários em situações de urgência e garantir atendimento ágil, humanizado e com acolhimento. Neste sentido, estão previstas ações de capacitação para os profissionais da saúde para melhorar e agilizar os serviços prestados à população, de aumento do número de leitos de retaguarda nessas unidades ou em hospitais parceiros, e a qualificação de leitos de retaguarda já existentes, visando diminuir a superlotação das emergências.

No ERJ, o Hospital Municipal Miguel Couto e o Hospital Estadual Albert Schweitzer recebem recursos financeiros e contam com o apoio de profissionais do MS, que têm auxiliado na elaboração dos planos de reestruturação dos setores de emergência destas unidades (recursos disponibilizados através da Portaria GM/MS nº. 3.016/ 2011).

Com relação ao componente da Atenção Domiciliar, a Portaria GM/MS nº 963/2013, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) podem ser do tipo 1 e tipo 2, com diferenças na composição e carga horária dos profissionais. Tal programa tem por finalidade reduzir a demanda por internações, humanizar os serviços prestados aos pacientes e aumentar a sua autonomia, sendo gerenciado e operacionalizado pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Com base nas informações da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, o ERJ possui 53 EMAD tipo 1 implantadas, 3 EMAD tipo 2 e 30 EMAP distribuídas pelas 9 regiões de saúde, como demonstrado na tabela abaixo.

**Tabela 42: Número de EMAD e EMAP por Região de Saúde no ERJ**

Região	EMAD tipo 1 implantadas	EMAD tipo 2 implantadas	EMAP implantadas
Baía de Ilha Grande	1	-	1
Baixada Litorânea	-	-	-
Centro Sul	1	-	1
Médio Paraíba	5	2	5
Metropolitana I	29	-	14
Metropolitana II	11	1	6
Noroeste	-	-	-
Norte	5	-	3
Serrana	1	-	-
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>3</b>	<b>30</b>

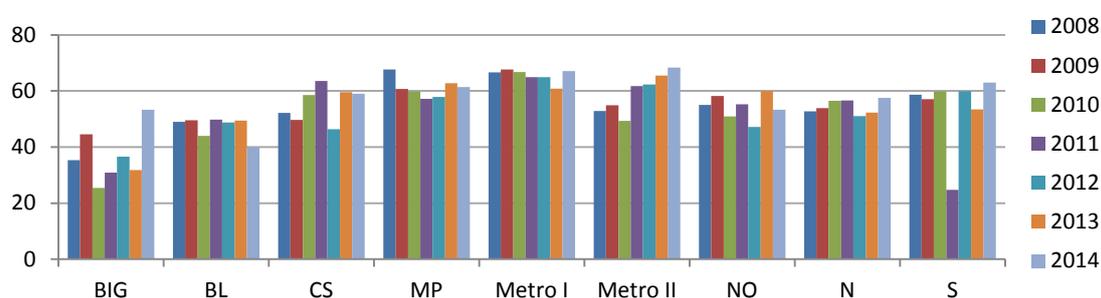
Fonte: MS/SAGE-Sala de Apoio à Gestão Estratégica/2015

No ano de 2013, foram pactuados de forma tripartite as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para o período de 2013 a 2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento

integrado do SUS. Alguns desses indicadores são utilizados para o acompanhamento da implantação e qualificação da RUE.

O indicador “*Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidentes*” está ligado ao nível de cobertura do SAMU 192, à execução de fluxos de referência e contrarreferência pactuados entre os municípios e à habilitação e construção de salas de estabilização, que contribuem para diminuição do tempo de atendimento efetivo. Os números deste indicador, no período de 2008 a 2014 (os valores são referente ao ano de 2014), podem ser visualizados no gráfico abaixo.

**Gráfico 47: Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidentes do período de 2008 a 2014**

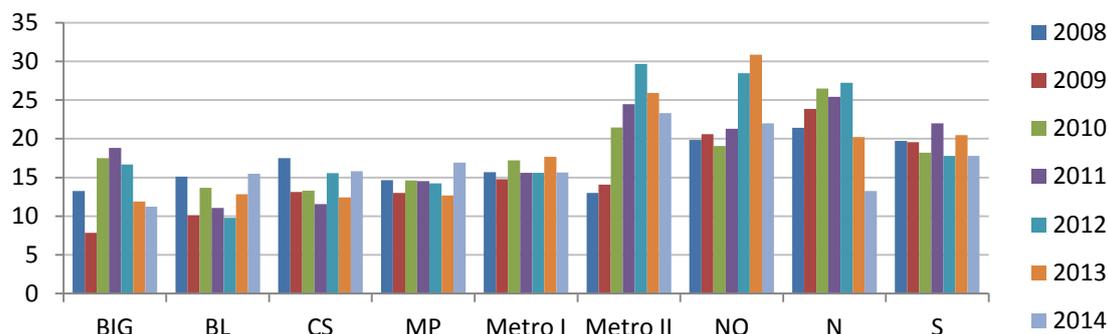


Fonte: Data SUS/Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, \* dados 2014 sujeitos a alterações.

Considerando que a meta estadual para o ano de 2013 para esse indicador era atingir 60% ou mais de acesso hospitalar dos óbitos por acidentes, e observando o gráfico acima, pode-se concluir que as regiões Metropolitana II, Noroeste, Metropolitana I, Centro Sul e Médio Paraíba atingiram a meta no período. As demais regiões tiveram um desempenho ruim quanto a esse indicador no ano de 2013, comparado aos anos anteriores. Destacamos também a tendência de queda gradativa na linha de proporção da Metropolitana I, quando comparado o ano de 2013 aos anos anteriores.

O indicador “*Proporção de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)*” tem um fator limitador em sua construção: a necessidade de emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para que a informação seja captada. Assim, os óbitos ocorridos em UPA 24h estaduais e municipais não são acompanhados por esse indicador, uma vez que as UPA não geram AIH. No Gráfico abaixo são apresentados os números desse indicador nos anos de 2008 a 2014.

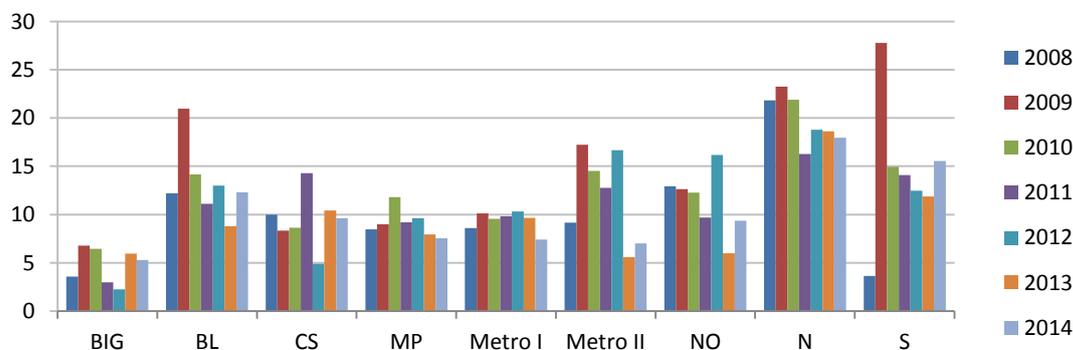
**Gráfico 48: Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM). Dados de 2008 a 2013 atualizados até o processamento de outubro/2014.**



Fonte: Data SUS/Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, \* Dados 2014 sujeitos a alterações.

O indicador “*Proporção de óbitos em menores de 15 anos nas Unidades de Terapia Intensiva*” tem como fator limitador o fato de que os óbitos captados são apenas aqueles cuja AIH foi feita na própria UTI. Óbitos que ocorreram na UTI, mas cujos pacientes vieram transferidos de outros leitos dentro do mesmo hospital, não são captados pela fonte de construção do indicador. No Gráfico abaixo, constam os números desse indicador entre os anos de 2008 a 2014.

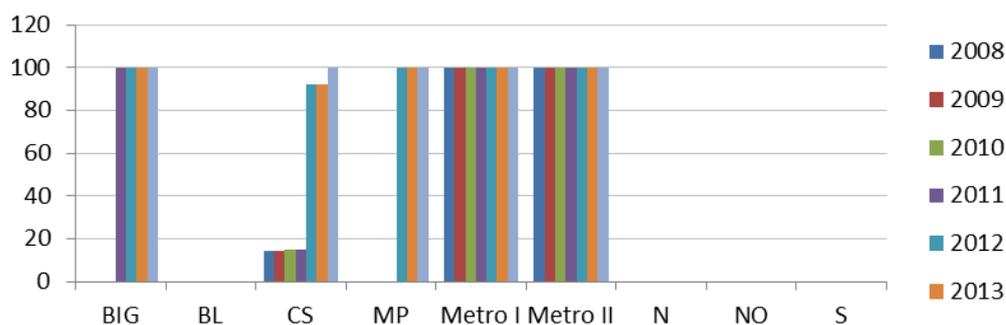
**Gráfico 49: Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas UTI.**



Fonte: Data SUS/Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, \*Dados 2014 sujeitos a alterações.

O indicador “*Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)*” tem como principal objetivo monitorar o acesso da população aos primeiros atendimentos nos casos de urgência e emergência, com foco na redução de complicações em agravos de saúde, favorecendo, assim, a regulação da assistência nos pontos de atenção. No ano de 2014 o SAMU 192 foi concluído na região Centro-Sul e parcialmente implantado na região Serrana. A meta estadual é implantar 100% do SAMU 192 em todas as regiões até 2019.

**Grafico 50 : Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)**



Fonte: Tabnet/Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, acesso em 16/03/2015. SAS/CURGE

#### **3.5.4. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - RCPD**

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), instituída pela Portaria GM/MS nº 793/2012, tem como principal objetivo garantir a integralidade do cuidado às pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua, no âmbito do SUS. A RCPD propõe unificar as modalidades auditiva, física e visual, a concessão de recursos ópticos, órteses e próteses ortopédicas e auditivas (aparelhos), assim como cuidado aos ostomizados e às múltiplas deficiências em espaços compartilhados, criando, ampliando e articulando os diferentes pontos de atenção, conforme descrição abaixo:

- Atenção Básica: composto por Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Atenção Odontológica.
- Atenção Especializada: onde se inserem os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação, os Centros Especializados em Reabilitação (CER) e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).
- Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

A adesão formal do ERJ a esta Rede foi pactuada através da Deliberação CIB/RJ nº 1790/2012 e o respectivo Grupo Condutor Estadual (GCE-RCPD) instituído pela Deliberação CIB/RJ nº 1791/2012, posteriormente recomposto através da Deliberação CIB/RJ nº 2.457/2013. As atribuições do GCE-RCPD incluem a implementação de diretrizes clínicas e protocolos para a atenção à pessoa com deficiência, e o acompanhamento das ações de atenção à saúde em cada componente da Rede.

Até o momento, apenas o Grupo Condutor da região de saúde Médio Paraíba finalizou a elaboração do Plano de Ação (Deliberação CIB nº 3.319/2015), que está em análise pelo MS. Com exceção da região Noroeste, as demais já têm constituído seu Grupo Condutor Regional, e estão construindo seus Planos de Ação.

Embora o estado ainda não tenha Plano de Ação da RCDP pactuado para todas as regiões, há dispositivos/pontos de atenção aprovados em CIB/RJ, devidamente habilitados, ainda que em modalidade única, enquanto outros aguardam habilitação pelo MS para construção, ampliação/reforma e custeio.

Um dos serviços já disponíveis para compor a Rede e de referência para todo o estado é o Centro de Tratamento de Anomalias Craniofaciais (CTAC), uma unidade localizada na Policlínica Piquet Carneiro/UERJ, que oferece estrutura interdisciplinar completa para o tratamento dessas anomalias. O CTAC recebe portadores de anomalias craniofaciais de todo o estado, com exceção das crianças moradoras do município do Rio de Janeiro, que são atendidas no Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto.

Dentre o grupo de malformações congênitas denominadas de anomalias craniofaciais, destacam-se a fissura labial (lábio leporino) e a fissura palatina, que ocorrem em uma a cada 1.000 crianças nascidas no mundo. Essas anomalias impõem um significativo impacto sobre a fala, audição, aparência e cognição, influenciando de modo prolongado e adverso a saúde e a integração social do portador.

### **3.6. Atenção Hematológica e Hemoterápica - HEMORREDE**

A Hemorrede é o conjunto de Serviços de Hematologia e Hemoterapia organizados de forma regionalizada, de acordo com o nível de complexidade das funções que desempenham e área de abrangência para assistência, conforme visualizado na Figura apresentada a seguir.

No ERJ, o Hemorio, unidade estadual de referência nessas especialidades, é o Hemocentro Coordenador da rede, e tem como funções: prestar assistência na área de hematologia e apoio hemoterápico; desenvolver atividades de ensino e pesquisa, formando recursos humanos e contribuindo para a geração de conhecimento técnico na área; exercer o controle de qualidade dos serviços envolvidos; promover a integração e assessoramento técnico às instituições públicas e filantrópicas que fazem parte da rede; e cooperar tecnicamente com a SES/RJ para formulação da Política Estadual de Sangue e Hemoderivados.

## Mapa 12: Hemorrede no ERJ



A Rede de Hemoterapia pública do ERJ é constituída por 91 (noventa e um) serviços de hemoterapia distribuídos por todo o estado (Hemocentro Coordenador, Hemocentros Regionais, Núcleos de Hemoterapia, Unidades de Coleta e Transfusão e Agências Transfusionais), conforme demonstrado na Tabela abaixo. A prestação de serviços hemoterápicos é de responsabilidade da Hemorrede pública, complementada pelos Serviços de Hemoterapia privados.

**Tabela 43: Distribuição de Serviços da Rede de Hemoterapia por Região de Saúde**

REGIÃO	HC <sup>1</sup>	HR <sup>2</sup>	NH <sup>3</sup>	UCT <sup>4</sup>	AT <sup>5</sup>	TOTAL
Baía da Ilha Grande	0	0	1	0	2	3
Baixada Litorânea	0	0	1	0	4	5
Centro-Sul	0	1	1	0	3	5
Médio Paraíba	0	0	3	0	1	4
Metropolitana I	1	0	12	1	41	55
Metropolitana II	0	1	2	0	5	8
Noroeste	0	0	0	0	3	3
Norte	0	1	1	0	1	3
Serrana	0	1	1	0	3	5

<sup>1</sup> Hemocentro Coordenador; <sup>2</sup> Hemocentro Regional; <sup>3</sup> Núcleo de Hemoterapia; <sup>4</sup> Unidade de Coleta e Transfusão;

<sup>5</sup> Agência Transfusional

O índice da população que doa sangue no ERJ é inferior a 2%, abaixo do preconizado pela OMS (entre 2% a 5% da população) para se manter estoques regulares de sangue para transfusão (Organização Panamericana de Saúde – OPAS). Diante deste panorama, a SES/RJ, através do Hemorio e em articulação com os componentes da Hemorrede, vem empenhando

esforços para alcançar a meta de 3% da população como doadora de sangue, o que corresponderia a 493.732 doadores/ano, reduzindo o déficit transfusional presente no estado.

Na Tabela a seguir estão demonstradas a estimativa da população doadora de sangue por região de saúde, o total de coletas realizadas em 2014 e o déficit transfusional, conforme a meta definida em 3% da população como doadora.

**Tabela 44: Déficit Transfusional no ERJ.**

Região de Saúde	População IBGE 2014	Meta População Doadora no ERJ (3%)	Total de Coletas	Déficit Transfusional - 2014
			2014 <sup>2</sup>	
Baia da Ilha Grande	264.913	7.947	2.876	-5.071
Baixada Litorânea	752.911	22.587	3.755	-18.832
Centro Sul	323.067	9.692	2.366	-7.326
Médio Paraíba	875.542	26.266	10.206	-16.060
Metropolitana I	10.082.078	302.462	117.146	-185.316
Metropolitana II	2.008.412	60.252	8.708	-51.544
Noroeste	335.686	10.071	3.345	-6.726
Norte	882.578	26.477	16.382	-10.095
Serrana	932.530	27.976	5.805	-22.171
<b>Total</b>	<b>16.457.717</b>	<b>493.732</b>	<b>170.589</b>	<b>-323.143</b>

Fonte IBGE, 2015. <sup>2</sup>População doadora estimada para 2014 de acordo com a meta estadual de 3% da população. <sup>2</sup>Hemoprod, 2015.

Os dados apresentados na tabela acima evidenciam um déficit transfusional de 65,5% no ERJ, considerando-se apenas as coletas realizadas pelos serviços públicos ou conveniados ao SUS, que representam 85% do total no estado. Considerando a mesma proporção do ano de 2012 e aplicando-se a correção para o déficit transfusional proporcional, temos que o mesmo na hemorrede pública do ERJ, para o ano de 2014, foi de 274.671 bolsas (55,6%).

Para reduzir esse déficit transfusional faz-se necessário envidar esforços de promoção à doação e uso racional do sangue e adotar estratégias de capacitação técnica e gerencial. Além disso, outra ação importante é ampliar as coletas na Baixada Fluminense, Zona Oeste da capital e região Metropolitana II, visando alcançar a meta de, no mínimo, 3% da população doadora, no intuito de atender a necessidade transfusional atual. Tais estratégias visam aumentar a disponibilidade de sangue e hemocomponentes à população, a partir da reestruturação de captação de doadores de sangue, da ampliação de Unidades de Coletas fixas e móveis em áreas de melhor acesso ao doador de sangue e da implantação de novas Agências Transfusionais.

Por sua vez, outras ações são necessárias para contribuir para a qualidade de produtos e serviços oferecidos à população, tais como: implementação de Comitê transfusional, informatização dos serviços; manutenção preventiva e corretiva de equipamentos;

modernização do parque de equipamentos; adequação de infra-estrutura física; política de abastecimento para garantia da continuidade e qualidade dos insumos; programa de qualidade interno e externo em imunohematologia e sorologia; controle de qualidade de hemocomponentes e teste de ácido nucléico (NAT) nas doações de sangue; e implantação de sistema de gestão pela qualidade.

A SES/RJ, por meio do Hemocentro Coordenador, vem promovendo ações de qualificação técnica e gerencial da hemorrede pública, através do instrumento do Programa Estadual de Qualificação da Hemorrede (PEQH), capacitações, curso para formação de responsáveis técnicos, visando cumprimento aos regulamentos vigentes, redução do risco sanitário e garantia da qualidade e segurança transfusional. A Rede de Hematologia pública do ERJ é constituída por 14 Serviços de Hematologia, 33 ambulatórios de Doença Falciforme e 8 Centros Tratadores de Hemofilia.

No tocante à Doença Falciforme (DF), no ERJ 4,8% da população carrega o gene da Hemoglobina S, responsável pela DF, que representa a mais comum das doenças genéticas humanas. A SES/RJ implantou, em 2000, a fase II do Programa de Triagem Neonatal. Desde então, mais de 1.810.742 exames foram realizados, sendo diagnosticados mais de 1.328 casos novos da doença. A Política Estadual de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme (Resolução SES-RJ nº 2.786/2005) prevê a descentralização do atendimento por meio de implantação de ambulatórios de referência municipal e/ou regional, resultante da análise da prevalência e incidência da Doença Falciforme no estado, da identificação das necessidades regionais, das comunidades quilombolas com maior densidade de população negra. Mais de 70% dos casos elegíveis receberam tratamento de forma descentralizada. Todos os 92 municípios aderiram à Política Estadual: 25 municípios implantaram ambulatório de referência, totalizando 33 ambulatórios implantados e em funcionamento, restando ainda 8 ambulatórios a implantar. Há necessidade de ampliar o atendimento para as demais faixas etárias (adolescentes e adultos) em todos os ambulatórios de referência e atenção multidisciplinar (fisioterapia, nutrição, serviço social).

Dentre as doenças hemorrágicas e/ou trombóticas, as de maior relevância epidemiológica são as coagulopatias hereditárias e as trombofilias. Conforme Sistema *Hemovida Web Coagulopatias*, cadastro nacional informatizado da Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde (CGSH/DAE/SAS/MS), contabilizamos cerca de 2.869 pacientes diagnosticados no ERJ com coagulopatias hereditárias, assim distribuídos: 32,4% de Hemofilia A; 7,2% de Hemofilia B; 41,4% de Von Willebrand e 19% de outras coagulopatias. O ERJ conta com 8 (oito) Centros Tratadores de Hemofilia (CTH) de referência,

localizados nos seguintes municípios: Rio de Janeiro (Hemorio), Campos dos Goytacazes, Cabo Frio, Nova Friburgo, Angra dos Reis, Barra Mansa, Macaé e Bom Jesus de Itabapoana.

A Política Estadual de Atenção Integral às Pessoas com Coagulopatias, definida através da Resolução SES-RJ nº 300/2012, prevê a descentralização da rede de assistência, com níveis hierarquizados de atenção. Por meio da Deliberação CIB-RJ nº 2.736/ 2014, foi estabelecida a rede de referência e contra referência para atenção integral à pessoa com coagulopatia hereditária do ERJ, após pactuações em todas as regiões de saúde.

Com relação ao atendimento oncohematológico, o município do Rio de Janeiro concentra a assistência do estado. Isto evidencia a necessidade de ampliação da capacidade de diagnóstico precoce, do aumento dos leitos de internação (adulto e pediátrico), e do investimento no custeio do tratamento, além da melhoria dos fluxos assistenciais por meio da sua regulação.

Considerando a necessidade de regulamentar e de otimizar a utilização dos recursos do orçamento do SUS, de acordo com as ações programadas, se faz necessária a descentralização da assistência em hematologia de baixa e média complexidade. Tal descentralização deve ocorrer por meio da implantação e implementação de ambulatórios e unidades de referência regionais no estado e da compatibilização da rede de hematologia com a rede existente de hemoterapia. O desequilíbrio entre a oferta de serviços e a demanda pela especialidade gera a necessidade de pensar o melhor modelo de regulação para atender à população.

O Hemorio possui projetos em andamento para ampliar o atendimento hematológico, como transplante de medula óssea, Centro Cirúrgico e Centro de Tratamento Intensivo e, na área de hemoterapia, o acesso às técnicas de criobiologia e irradiação de bolsas.

As informações em hematologia e hemoterapia carecem de sistema informatizado unificado para rastreamento organizado das patologias e da produção hemoterápica, sendo necessária uma coordenação de esforços do estado, de gestores municipais e de unidades que compõem a Hemorrede. Nos diferentes níveis de complexidade, os serviços devem estar aptos a alimentar o subsistema de informação, de forma confiável e fidedigna e em condições de responder às solicitações internas do serviço e dos níveis regional e central. Neste sentido, justifica-se a sistematização de uma base de referência, objetivando a homogeneização das informações para a construção de indicadores a serem utilizados na avaliação dos produtos oferecidos e dos serviços prestados e que serão de utilidade para definir políticas públicas nessas áreas.

### **3.7. Assistência Farmacêutica**

A Assistência Farmacêutica compreende um conjunto de atividades que envolvem várias etapas a serem desenvolvidas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e uso do medicamento. Estas devem ser realizadas de forma sistêmica, articulada e sincronizada a fim de atingir um objetivo maior que é promover o acesso aos medicamentos essenciais e o uso racional dos mesmos pelos pacientes. Um dos principais desafios para a sua reorientação efetiva tem sido a superação da visão equivocada de que o simples fornecimento de medicamentos é a ação resolutiva em saúde por si só, sem considerar a necessidade de qualificação do acesso e promoção do uso racional de medicamentos. O crescente aporte de recursos financeiros, a complexidade de ações e a necessidade de acompanhamento dos usuários têm evidenciado a importância da construção de serviços farmacêuticos qualificados e integrados às Redes de Atenção à Saúde.

Em relação à assistência farmacêutica hospitalar, a SES/RJ tem o papel de realizar a seleção do elenco de medicamentos utilizados nas unidades sob gestão estadual, através da Comissão de Revisão do Elenco de Medicamentos e Soluções Hospitalares. Além disso, a SES/RJ tem como atribuições: uniformizar os procedimentos adotados pelos farmacêuticos e demais técnicos; elaborar projetos de reestruturação dos Serviços de Farmácia e proporcionar a educação permanente dos profissionais envolvidos.

O ERJ possui políticas específicas, como: Programa Estadual de Fibrose Cística, Programa de Infecção Oportunista e Programa para Profilaxia do Vírus Sincicial Respiratório – VRS. O Programa para Profilaxia do Vírus Sincicial Respiratório – VRS no âmbito do estado iniciou em 2009, e o seu financiamento era integralmente garantido pelo estado. A partir de 2014, o MS iniciou a aquisição centralizada deste medicamento, passando a haver um financiamento bipartite.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 204/2007, atualizada pela Portaria GM/MS nº 2.025/2011, o financiamento da assistência farmacêutica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, sendo os recursos federais repassados sob a forma de blocos de financiamento, constituídos pelos seguintes componentes: básico, estratégico e especializado.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica, conforme a Portaria GM/MS nº 1.555/2013 destina-se à aquisição dos medicamentos e insumos complementares para apoiar as ações da Atenção Básica. No âmbito do estado, a SES/RJ deve apoiar técnica e financeiramente os municípios, visando garantir o acesso aos medicamentos e insumos da Atenção Básica. O financiamento é tripartite e, no caso do ERJ, sua execução é descentralizada para os municípios, conforme Deliberação CIB/RJ nº 2.661/13. Desta forma cabe aos

municípios, utilizando o recurso tripartite, a aquisição dos referidos medicamentos e insumos, os quais devem ser disponibilizados à população.

O Componente Estratégico é voltado para o tratamento de doenças de perfil endêmico, cujo controle e tratamento tenham protocolo e normas estabelecidas, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a Doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional. Também abrange os antirretrovirais do programa DST/AIDS; sangue e hemoderivados e imunobiológicos. É financiado pelo MS, que destina os medicamentos para os estados ou municípios, de acordo com previsão de consumo anual. A SES/RJ é responsável por elaborar a previsão anual de consumo para informar o MS, além de armazenar os medicamentos programados e distribuí-los aos municípios. Os medicamentos estratégicos são dispensados à população nas unidades básicas de saúde de cada município.

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), regulamentado por meio da Portaria GM/MS nº 1.554/ 2013, é uma estratégia de acesso a certos medicamentos no âmbito do SUS. O principal objetivo desse Componente é a busca da garantia da integralidade do tratamento, em nível ambulatorial, dos problemas de saúde cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo MS. Este Componente tem uma importância fundamental no acesso aos medicamentos para agravos de maior complexidade, tanto do ponto de vista epidemiológico quanto clínico.

Os medicamentos que integram as linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos, com características, responsabilidades e formas de organização distintas. O Grupo 1, cujo financiamento está sob a responsabilidade exclusiva do MS, se subdivide em grupo 1A (aquisição central pelo MS) e grupo 1B (aquisição pelos estados, mas com ressarcimento pelo MS, mediante apresentação e aprovação das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade - APAC correspondentes). Este grupo é constituído por medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente, por aqueles indicados para doenças mais complexas, para os casos de refratariedade ou intolerância a primeira e/ou à segunda linha de tratamento e que se incluem em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde. O Grupo 2 é constituído por medicamentos cuja responsabilidade de financiamento é das Secretarias Estaduais de Saúde. E o Grupo 3, é constituído por medicamentos com responsabilidade de financiamento tripartite, sendo a aquisição e a dispensação de responsabilidade dos municípios, conforme estabelecido na Portaria GM/MS 1.555/2013.

Independentemente do Grupo, o fornecimento de medicamentos padronizados no CEAF deve obedecer aos critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão

de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), estabelecidos pelo MS. As regras para a dispensação dos medicamentos do Grupo 3 estão regulamentadas, também, na mesma Portaria que aprova a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

Para a execução do CEAF no ERJ, existem distribuídos no território 03 (três) Farmácias Estaduais de Dispensação de Medicamentos Especiais – RIO FARMES, 25 (vinte e cinco) polos municipais de dispensação e 10 (dez) Centros de Referência, conforme tabelas abaixo.

**Tabela 45: Farmácias de medicamentos especializados (RIOFARMES) e polos municipais de cadastro e dispensação de medicamentos especializados por região de saúde**

Região	Polo CEAF	Municípios atendidos pelo polo
Baía da Ilha Grande	Angra dos Reis	Angra dos Reis, Mangaratiba e Paraty
Baixada Litorânea	Cabo Frio	Cabo Frio, Armação de Búzios, Arraial do Cabo, Araruama, Casemiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras e São Pedro da Aldeia
		Saquema
Centro Sul	Paraíba do Sul	Paraíba do Sul
	Vassouras	Vassouras, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes e Paracambi
	Miguel Pereira	Miguel Pereira e Paty de Alferes
	Três Rios	Três Rios, Areal, Comendador Levy Gasparian e Sapucaia
Médio Paraíba	Barra Mansa	Barra Mansa, Porto Real e Rio Claro
	Barra do Piraí	Barra do Piraí e Piraí
	Resende	Resende, Itatiaia e Quatis
	Valença	Valença e Rio das Flores
	Volta Redonda	Volta Redonda e Pinheiral
Metropolitana I	Rio de Janeiro (RIO FARMES)	Rio de Janeiro Seropédica e Itaguaí
	Duque de Caxias (RIO FARMES)	Duque de Caxias e São João de Meriti
	Nova Iguaçu (RIO FARMES)	Nova Iguaçu, Belford Roxo, Japeri, Mesquita, Nilópolis e Queimados
	Magé	Magé
Metropolitana II	Itaboraí	Itaboraí e Tanguá
	Niterói	Niterói e Maricá
	Rio Bonito	Rio Bonito e Silva Jardim
	São Gonçalo	São Gonçalo
Noroeste	Itaperuna	Itaperuna, Laje de Muriaé, Natividade, Porciúncula, São José de Ubá e Varre e Sai
	Bom Jesus do Itabapoana	Bom Jesus do Itabapoana, Cardoso Moreira e Italva
	Santo Antônio de Pádua	Santo Antônio de Pádua, Aperibé, Cambuci, Itaocara e Miracema
Norte	Macaé	Macaé, Carapebus, Conceição de Macabu e Quissamã
	Campos dos Goytacazes	Campos dos Goytacazes, São Fidélis, São Francisco do Itabapoana e São João da Barra
Serrana	Cordeiro	Cordeiro, Cantagalo, Macuco, São Sebastião do Alto, Santa Maria Madalena e Trajano de Morais
	Nova Friburgo	Nova Friburgo, Bom Jardim, Cachoeiras do Macacu e Duas Barras
	Petrópolis	Petrópolis
	Teresópolis	Teresópolis, Carmo, Guapimirim, São José do Vale do Rio Preto e Sumidoro

Fonte: SES/RJ – Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

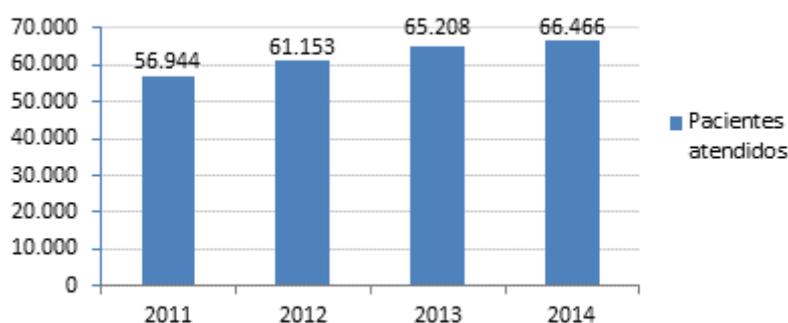
**Tabela 46: Centros de Referência que dispensam medicamentos do CEAF.**

Região	Centros de Referência CEAF
Metropolitana I	Hospital Federal dos Servidores do Estado - HFSE
	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - HUCFF
	Hospital Universitário Gaffée e Guinle - HUGG
	Hospital Universitário Pedro Ernesto - HUPE
	Hospital Federal de Bonsucesso – HFB
	Instituto Fernandes Figueira - IFF
	Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione - IEDE
	Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti – HEMORIO
Policlínica Piquet Carneiro - PCC (UERJ)	
Metropolitana II	Hospital Universitário Antônio Pedro - HUAP

Fonte: SES/RJ – Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, 2015

Atualmente, estão cadastrados no CEAF aproximadamente 66.500 usuários. No gráfico abaixo está demonstrada a quantidade de usuários atendidos nos anos de 2011 a 2014. De janeiro a dezembro de 2014, o CEAF abrangeu cerca de 565.512 atendimentos no estado. A Farmácia Estadual de Dispensação de Medicamentos Especiais – RIO FARMES concentra aproximadamente 50% dos usuários cadastrados e atendimentos realizados.

**Gráfico 51: Pacientes atendidos no âmbito do CEAF, ERJ, 2011 a 2014**



Fonte: TabNet SES/RJ

No ano de 2014, a SES RJ executou R\$ 367.405.785,58 em medicamentos do CEAF, sendo que 93,3% desse valor são referentes aos medicamentos que fazem parte dos grupos 1A e 1B (recursos federais) e 6,7% aos do grupo 2. A tabela abaixo demonstra a distribuição dos valores por estes grupos.

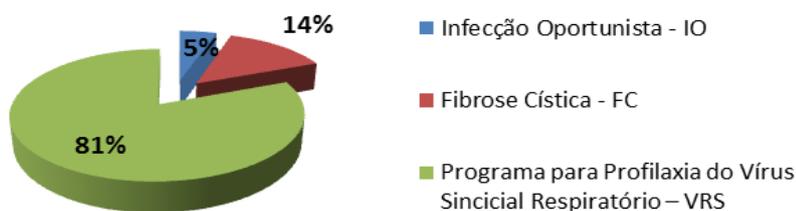
**Tabela 47: Recursos financeiros aplicados no CEAF, ERJ – 2014**

Grupo do CEAF	Valor Anual distribuído (R\$)	%
1A	305.945.281,29	83,3
1B	36.989.803,77	10,1
2	24.470.700,52	6,7
<b>Total</b>	<b>367.405.785,58</b>	<b>100</b>

Fonte: SES/RJ – Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, 2015

Quanto às políticas específicas do ERJ, como o Programa Estadual de Fibrose Cística, Programa de Infecção Oportunista e Programa para Profilaxia do Vírus Sincicial Respiratório – VRS, a Secretaria gerenciou em torno de R\$ 15.663.142,23. O gráfico abaixo apresenta um demonstrativo da proporção de recursos investidos em cada programa. O Programa para Profilaxia do Vírus Sincicial Respiratório – VRS representa maior proporção dos gastos, ressaltando que, conforme já citado acima, seu financiamento é bipartite, sendo seu orçamento, no ano de 2014, aportado em torno de 60% pelo estado e 40% pelo MS.

**Gráfico 52: Proporção de gastos com os medicamentos das Políticas Específicas do ERJ, 2014.**



Fonte: SES/RJ – Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, 2015

Atualmente, os principais desafios para uma adequada gestão da assistência farmacêutica estadual, são a reestruturação e modernização do modelo de acesso, distribuição e dispensação dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e a qualificação da gestão municipal da assistência farmacêutica e o monitoramento/acompanhamento das ações municipais relacionadas a esta atividade. Todas estas considerações orientam as estratégias e metas presentes no PES para os próximos quatro anos.

### **3.8. Programa Estadual de Transplantes – PET**

O Programa Estadual de Transplantes (PET), lançado em abril de 2010, é responsável pela aplicação do novo Regulamento Técnico elaborado pelo Ministério da Saúde, através do Sistema Nacional de Transplantes (SNT) no Estado do Rio de Janeiro. Criado com o objetivo de aumentar o número de transplantes de órgãos e tecidos no estado, o Programa investiu em mudanças fundamentais para viabilizar a implementação de uma política forte. A construção de uma sede com localização estratégica que atendesse a necessidade de responder rapidamente às demandas das diversas unidades, a criação do site como importante ferramenta de informação à população e a implantação do Disque-Transplante (155) como ferramenta de otimização da comunicação com a população foram ações que marcaram o início de grandes transformações no cenário do Rio de Janeiro.

A partir da criação do Programa, aumentou o número de hospitais credenciados ao Sistema Único de Saúde (SUS) para realizar transplantes de fígado, rins, coração, pâncreas e córneas. Tal crescimento também se deve à incorporação de um centro transplantador do próprio estado, no Hospital São Francisco de Assis e a criação de uma equipe transplantadora no Hospital da Criança, ambos localizados no município do Rio de Janeiro. Esse desenvolvimento também é notado na formação de novas Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), que juntamente com a criação da Coordenação de Organização de Procura de Órgãos (OPO) e do setor de Relacionamento Hospitalar, formam uma rede sistêmica, buscando o equilíbrio entre as partes, com o objetivo de aumentar a acessibilidade da população ao tratamento.

O PET realiza investimentos constantes em capacitações, fator fundamental na transformação do Estado do Rio de Janeiro em uma das referências nacionais em capacitação na área de transplante. A oferta do curso *Transplant Procurement Management (TPM)*, um dos mais conceituados do mundo, é um exemplo deste investimento.

A Coordenação de Educação e Pesquisa tem ofertado cursos com metodologias focadas para um ensino básico e intermediário no processo de doação, e módulos específicos para manutenção e entrevista familiar. Todos esses cursos são administrados de acordo com a necessidade de cada hospital ou região da OPO.

A Central Estadual de Transplantes, vinculada ao PET, é responsável pela fiscalização e atuação em todo o processo de doação e transplantes de órgãos. A Central Estadual de Transplantes tem, ao longo dos últimos anos, incrementado a formação de equipes especializadas para o diagnóstico e manutenção de órgãos (médicos intensivistas), para captação dos órgãos doados (cirurgiões e anestesistas) e para melhor abordagem às famílias sobre o tema doação (assistentes sociais). Esse incremento proporcionou maior aproximação entre o Programa e os profissionais de saúde das unidades notificadoras, bem como maior acolhimento às familiares doadoras ou não.

Diante da necessidade de diminuição da fila de pacientes que aguardam transplante de córneas, o PET teve a iniciativa de criar dois Bancos de Olhos, estrategicamente, para dar suporte à demanda de captação de córneas nas diversas regiões do estado. Tais Bancos foram criados nos municípios de Volta Redonda e Rio de Janeiro. No caso do último município, foi criado mais precisamente no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), que, em parceria, abriga ainda as instalações para o projeto de Banco de Tecidos do Programa Estadual de Transplantes.

Da mesma forma, criou um fluxo de captação de tecidos, com equipe treinada para gerir toda a logística de captação, inclusive de córneas, num trabalho em harmonia com a captação de órgãos e com os Bancos citados acima.

Assim, desde a criação do Programa em 2010, o estado conseguiu cumprir as metas estabelecidas, triplicando o número de doadores por milhão de pessoas (pmp). Em 2012, o PET atingiu a média de 14 doadores pmp, superando a média brasileira, que é de 11 doadores pmp. A taxa de efetividade (relação entre o número de órgãos doados e os que têm condições técnicas de serem transplantados) também subiu, passando de 15% em 2010 para 24% em 2012. Em 2013, a doação de órgão encerrou o ano com 225 captações, quase 10% acima da meta prevista para o ano anterior, que eram de 250 doações. Já em 2014, foram 272 captações de órgãos, registrando crescimento de 20,8% em relação a 2013, superando em 10% a meta estabelecida. Pela quarta vez consecutiva, o Programa conseguiu superar as expectativas e bater recorde de captação. O índice de autorização familiar apresentou crescimento significativo, passando de 51,6% em 2013 para 57,5% em 2014. No último ano, houve uma média de 17 doadores por milhão de habitantes. O índice estadual acabou impactando na média brasileira e é maior do que o indicador nacional registrado no fim de 2013, de 13,2 por milhão de habitantes.

Os resultados positivos alcançados pelo PET nos últimos anos embasaram as estratégias e metas planejadas para este próximo quadriênio (2016 – 2019), com ênfase na capacitação permanente dos profissionais e na promoção da sensibilização da sociedade.

### **3.9. Programa Estadual de enfrentamento à Obesidade – Cirurgia Bariátrica**

Como destacado no perfil de morbimortalidade, a obesidade é um problema de saúde pública com tendência de aumento desde 2006. Dados de um estudo recente do Ministério da Saúde revelam que a proporção de pessoas acima do peso no Brasil avançou de 42,7%, em 2006 para 48,5% em 2011. No mesmo período, o percentual de obesos subiu de 11,4% para 15,8% em todo país. A taxa de sobrepeso na população da cidade do Rio de Janeiro é ainda maior que a média nacional, chegando a 49,6%. Na capital fluminense, 16,5% da população sofre de obesidade.

Atenta a esse comportamento da população e evolução da doença, a Secretaria de Estado de Saúde implantou, em dezembro de 2010, o Programa Estadual de Obesidade, no Hospital Carlos Chagas, que se tornou uma referência no tratamento da obesidade mórbida. O Estado do Rio de Janeiro é o único do país que possui uma unidade de saúde com tomógrafo computadorizado para obesos.

A cirurgia bariátrica por videolaparoscopia, e não pelo método tradicional, por se tratar de técnica menos invasiva, apresenta diversas vantagens em comparação com as técnicas convencionais: reduz o tempo de cirurgia e anestesia; menor incidência de complicações imediatas e ou no pós-operatório, resultando em menor mortalidade em grupos operados; possibilita retorno mais rápido às atividades cotidianas e ao trabalho, além de um resultado estético superior.

Pensando na linha de cuidado, que inclui atendimento ambulatorial; internação hospitalar para a cirurgia e o pós-cirúrgico; e acompanhamento de equipe multidisciplinar pelo período de 02 anos, a SES decidiu credenciar equipe médica capaz de realizar não só a cirurgia de obesidade mórbida por videolaparoscopia, como também equipe médica especializada em cirurgia plástica reparadora.

A maior parte dos pacientes do Programa Estadual vem apresentando uma grande perda de peso, levando a “deformidades” de excesso de pele que produzem dificuldades de deambulação e higiene pessoal, e levam à diminuição da autoestima e doença. Estima-se que já existam cerca de 200 pacientes que estão aptos para serem submetidos à cirurgia plástica reparadora, que é uma necessidade natural no pós-operatório tardio.

De dezembro de 2010 a dezembro de 2012 o Programa já avaliou 1.200 (hum mil e duzentas) pessoas e já mudou a vida de 457 (quatrocentos e cinquenta e sete) pacientes, com taxa de sobrevida de 100%, dentro da regulamentação estabelecida por Portarias do Ministério da Saúde (GM/MS nº 424 e nº 425/13, de 19 de março de 2013) que definem normas e critérios para serviços de assistência de alta complexidade para indivíduos com obesidade. Da mesma forma, a Resolução do Conselho Federal de Medicina - Resolução CFM nº 1.942/2010.

Notório o benefício que o Programa trouxe à vida dos pacientes operados por videolaparoscopia, conforme as vantagens descritas anteriormente. Mesmo sendo uma cirurgia de custo financeiro maior do que a cirurgia aberta convencional (R\$ 25mil contra R\$ 15mil, só o procedimento cirúrgico), a relação custo X benefício compensa o valor mais alto, pois além de proporcionar uma recuperação mais rápida ao paciente, há uma diminuição considerável dos custos hospitalares.

### **3.10. Instituto Vital Brazil – IVB**

O Instituto Vital Brazil (IVB) é um dos 20 laboratórios oficiais do Brasil e uma das quatro instituições produtoras de soros no país. É um órgão da administração indireta do ERJ vinculado à SES, com objetivos definidos na Lei Estadual nº 942, de 18/12/85. O Instituto tem

filiais nos municípios do Rio de Janeiro, Cachoeiras de Macacu, Tanguá, Resende e Nova Friburgo, e atende ao setor público produzindo soros hiperimunes contra os venenos de animais peçonhentos.

A produção do IVB inclui soros antitetânico e antirrábico, além de medicamentos estratégicos para uso humano. Tanto os soros, quanto os medicamentos são distribuídos gratuitamente pelo SUS através do MS e da SES/RJ.

Desde 2001, o IVB produz soro contra o veneno da aranha viúva negra, sendo pioneiro nessa área. Promove ainda atividades inovadoras, como os exames diagnósticos para o Programa Pré-Natal, através da coleta de sangue em papel de filtro. Esta metodologia é fruto de pesquisa e desenvolvimento pelo próprio Instituto no seu laboratório de biomarcadores-BIOMARC.

No último quadriênio, o IVB ampliou seu portfólio de produtos passando a fornecer ao MS medicamentos usados no tratamento da Doença de Alzheimer e do Câncer (Leucemia Mielóide Crônica e Tumor do Estroma Gastrointestinal). Atualmente, está em andamento a elaboração de Termos de Compromisso com o MS para transferência de tecnologia, desenvolvimento, produção e fornecimento de medicamentos e produtos, através das Parcerias de Desenvolvimento Produtivo (PDP). Essa ampliação de portfólio permitiu o aumento significativo do faturamento, que passou de cerca de R\$ 39 milhões em 2012 para R\$ 152 milhões em 2014. Nesse mesmo período foram feitos investimentos em reforma e adequação da planta produtiva para obtenção do Certificado de Boas Práticas junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA.

Para o próximo quadriênio, espera-se manter os níveis de investimento e inovação que permitam ao IVB o alcance da sua missão que é “contribuir para a promoção da saúde por meio de pesquisa, difusão de conhecimento científico e fabricação de produtos, com ética e responsabilidade social e ambiental”.

#### **4. GESTÃO EM SAÚDE**

A gestão em saúde pode ser compreendida como um conjunto de atividades relacionadas à responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), que inclui as funções de coordenação, articulação, planejamento, monitoramento, regulação, controle, avaliação e auditoria. No SUS, a gestão inclui a participação de instâncias colegiadas, como as Comissões Intergestores e a participação e o controle social, por meio dos Conselhos de Saúde. As primeiras referem-se às Comissões Intergestores Regionais (CIR), às Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), enquanto que os Conselhos de Saúde municipais, estaduais e nacional garantem a participação e o Controle Social.

A gestão combina saberes e técnicas – métodos e instrumentos – que representam, tanto acúmulos como novas abordagens, no campo da Saúde Pública/Saúde Coletiva, e é emoldurada pelo conjunto de legislações e normativas que, ao longo do tempo, foram definindo e regulamentando a implementação do SUS, desde a Constituição Federal de 1988, passando por Leis e Decretos, até as Normas Operacionais e Portarias do MS.

##### **4.1. Planejamento**

Ao longo do tempo, a garantia do princípio da integralidade na implementação do SUS tem enfrentado consideráveis desafios. Em um contexto extremamente diferente daqueles onde se organizaram os sistemas universais que inspiraram a reforma sanitária brasileira, os arranjos para sua materialização esbarram em obstáculos que ainda precisam ser vencidos.

O grau de descentralização e o arranjo federativo trino presentes no caso brasileiro, ao lado das características do mix público-privado e da segmentação de clientela, constituem, seguramente, vetores que operam em sentido oposto àqueles requeridos para uma funcionalidade mais sistêmica ou menos fragmentada do sistema público. Some-se a este quadro o financiamento ainda insuficiente para equacionar os déficits de serviços e garantir o acesso oportuno às ações e serviços de saúde, de acordo com as necessidades da população.

Compreende-se, assim, que o principal objetivo do planejamento é contribuir para uma maior resolubilidade e qualidade da gestão governamental e, dessa forma, da atenção à saúde prestada aos cidadãos.

Além disso, quando a base do planejamento é o território, muitos outros fatores concorrem para o equacionamento dos determinantes do processo saúde-doença e dos problemas relacionados aos serviços de saúde. A espacialização dos problemas remete para a

necessidade de estratégias que extrapolam o setor e cujo enfrentamento requer a formulação de políticas e projetos intersetoriais. A saúde é um dos componentes das políticas e da gestão governamental que tem papel relevante na indução do desenvolvimento regional, e não somente na produção de ações reparadoras ou compensatórias.

Para tanto, o planejamento compreende a coordenação do processo de elaboração de forma integrada dos Instrumentos básicos de gestão do SUS – Plano de Saúde (PS), Programação Anual de Saúde (PAS), Relatórios Quadrimestrais e Relatório Anual de Gestão (RAG) – com os Instrumentos constitucionais de Planejamento e Orçamento – Plano Plurianual (PPA), Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

No âmbito da SES/RJ, houve nos últimos anos um fortalecimento do processo de planejamento, através da integração dos Instrumentos de Planejamento do SUS aos Orçamentários, garantindo o alinhamento da expressão das políticas de saúde do estado na elaboração desses instrumentos. Tal fortalecimento só foi alcançado a partir do esforço permanente de articulação com as áreas de governo responsáveis pelos Instrumentos constitucionais, bem como, de um processo interno de maior integração das áreas da SES/RJ.

Nesta perspectiva, a SES/RJ tem entre suas prioridades a qualificação contínua dos profissionais e dos processos de trabalho relacionados à macro função de planejamento, não apenas para a própria Secretaria, mas, principalmente, para os municípios/regiões, através da cooperação técnica permanente. Busca-se, desse modo, fortalecer a cultura do planejamento e a governança do SUS no estado.

Cumprir destacar que, ademais dos desafios apontados inicialmente, a complexidade da Saúde Pública/Coletiva, como objeto de conhecimento e campo de práticas multidisciplinar, torna o planejamento um desafio para os atores envolvidos na formulação de políticas e na implementação do SUS. Desafio esse, que, para os pequenos municípios torna-se maior, uma vez que são frequentemente desprovidos de quadros técnicos suficientes e com formação adequada para dar conta de atribuições complexas e diversificadas.

#### **4.2. Regionalização**

A federação brasileira tem particularidades que se constituem em grandes desafios para a regionalização do SUS. Uma rede regionalizada e hierarquizada, como previsto no texto constitucional, desde 1988, pressupõe a região como atributo fundamental para sua organização e funcionamento, a partir de recortes espaciais para fins de planejamento e gestão das ações e serviços de saúde. Neste sentido, não basta a existência de pontos ou dispositivos de atenção em dado território para que os mesmos funcionem de forma

articulada e integrada, sendo necessários mecanismos de coordenação assistencial e de cooperação entre os entes federados, face a interdependência federativa e o compartilhamento de responsabilidades que permeiam o desenho e a gestão do SUS.

A SES/RJ vem desenvolvendo, ao longo dos últimos anos, diversas iniciativas com vistas ao fortalecimento da regionalização. Não somente por força das diretrizes nacionais presentes na Constituição Federal e nos sucessivos instrumentos normativos infraconstitucionais, mas, também, pelo fato de que a organização de redes regionalizadas de saúde tornou-se uma prioridade para viabilizar a melhoria do acesso e a integralidade do cuidado. Em 2013, a CIB/RJ confirmou as 09 regiões de saúde existentes, que foram mantidas na atualização do Plano Diretor de Regionalização naquele ano.

Decorre desta avaliação a ênfase sobre o enfoque regional das políticas, projetos e programas que o Governo estadual vem implementando na área da saúde. Desde a adesão ao Pacto pela Saúde, em fevereiro de 2007, e a instituição dos, então, Colegiados de Gestão Regional – CGR, atualmente Comissões Intergestores Regionais – CIR, a Secretaria emvidou esforços que culminaram no processo de planejamento regional integrado, realizado inicialmente em 2009, e posteriormente, entre 2012 e 2013, com pautas regionais definidas de forma coletiva e participativa.

As estratégias metodológicas utilizadas tiveram como referência o enfoque estratégico-situacional do planejamento em saúde, sobretudo no tocante à concepção de situação como um conjunto de problemas identificados, descritos e refletidos sob a ótica dos atores sociais que a vivenciam. Esta opção foi feita porque admite uma pluralidade de recortes da realidade, tanto do ponto de vista do diagnóstico quanto na perspectiva das ações para o seu enfrentamento. Entendeu-se que o respeito às diferenças de concepções, de capacidades gerenciais e operativas possibilita um diálogo mais colaborativo, uma vez que admite a experiência de cada sujeito e de cada instituição envolvida. Assim, foram constituídos Grupos de Trabalho (GT) de Planejamento no âmbito de todas as CIR, os quais contam com a cooperação técnica da SES.

As agendas estratégicas assim construídas foram expressas nas matrizes de planejamento para as 09 regiões de saúde, compreendendo o período 2013-16. Os problemas priorizados em cada região e as ações propostas para o seu enfrentamento vêm sendo tratados pelos GT em articulação com os demais grupos de trabalho temáticos existentes e foram considerados na elaboração do PES para o próximo quadriênio.

Na esteira do Decreto 7.508/2011, a Resolução CIT Nº 05/2013 instituiu as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 para fortalecimento do planejamento, que ensejou a agregação de esforços da SES para cooperação

técnica e apoio aos municípios, sempre de maneira regionalizada, buscando o alinhamento e a integração de conteúdos, processos e instrumentos de planejamento das diferentes esferas governamentais. Desse modo, espera-se que a pactuação de metas para o Rol de indicadores expressem o compromisso assumido pelos gestores com o planejamento para a melhoria da situação de saúde no estado.

A articulação intergovernamental vem sendo aprimorada por meio das CIR, não só no âmbito de suas plenárias, mas, também, dos Grupos de Trabalho instituídos, os quais favorecem o debate sobre os temas de interesse, a qualificação de equipes técnicas e ações mais coordenadas na gestão das políticas de saúde em nível regional, considerando os condicionantes e a situação diferenciada de cada região neste processo.

Outra estratégia de fortalecimento das parcerias e de apoio à gestão colegiada, que a SES/RJ espera ampliar nos próximos quatro anos, são os Consórcios de Saúde, os quais podem ser ferramentas para viabilizar a implementação de ações previstas nos planos regionais, formulados e acordados nas instâncias de pactuação e governança do SUS. Os Consórcios, no entanto, não eliminam os desafios que permanecem para o avanço da regionalização, como a necessidade de mecanismos de transferência e gestão de recursos financeiros do SUS na perspectiva regional.

Outro desafio relevante refere-se à própria lógica de organização das regiões, uma vez que é necessário considerar a capacidade instalada existente e o histórico da produção, além de, por vezes, desenvolver estratégias que interfiram sobre a dinâmica dos serviços, de modo a direcionar a oferta de acordo com as necessidades de saúde. Sabe-se que alguns parâmetros assistenciais ainda vigentes no SUS encontram-se defasados e precisam de revisão. De toda maneira, o planejamento e a ação governamental estão voltados para o redirecionamento de fluxos e configuração de redes, considerando as necessidades reveladas pelo perfil de morbimortalidade, assim como as heterogeneidades e desigualdades regionais.

### **4.3. Informação em Saúde**

Os esforços que vêm sendo realizados pela SES/RJ nos últimos anos respondem à necessidade de informação validada, oportuna, de fácil acesso e que permita o conhecimento e a transparência dos dados dos sistemas de informação da Secretaria e do SUS no âmbito do ERJ. A produção dessa informação em saúde é de fundamental importância para a tomada de decisão dos gestores e profissionais de saúde no âmbito da gestão. Atualmente a disseminação da informação em saúde pela SES/RJ alcança os municípios do estado, órgãos de controle, pesquisadores, profissionais de saúde, mídia e população em geral.

A principal ferramenta de disseminação da informação da SES é o TABNET estadual, desenvolvido com base no TABNET do DATASUS/MS, que é de fácil utilização e amplamente conhecido por profissionais e estudiosos da saúde. As atualizações no TABNET estadual são frequentes, de acordo com a dinâmica de cada sistema, podendo ser semanal, mensal, quadrimestral ou anual.

A SES/RJ disponibiliza diversas ferramentas no Portal da Saúde ( [www.saude.rj.gov.br](http://www.saude.rj.gov.br) ) relacionadas à disseminação da informação em saúde. As ferramentas de tabulação são relacionadas à Assistência Hospitalar, Assistência Ambulatorial, Assistência Farmacêutica, Doenças de Notificação, Programação Pactuada Integrada (PPI), Estatísticas Vitais (Mortalidade e Nascidos vivos), Dados Demográficos e Indicadores de Saúde.

Com relação à PPI, as informações são apresentadas de duas formas: Programação dos serviços e procedimentos custeados pelo limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) e o Acompanhamento da produção apresentada e aprovada no SIH/SUS e no SIA/SUS em relação ao MAC. Esta correlação entre a programação e a produção realizada permite o monitoramento e avaliação da PPI pelos gestores municipais e estadual, firmando o TABNET - PPI como uma importante ferramenta de gestão.

Além do TABNET/SES, outras ferramentas de disseminação da informação em saúde foram desenvolvidas e estão disponíveis no Portal da Saúde, a saber:

- Cadernos com as séries históricas de indicadores de saúde estaduais.
- Cartogramas Interativos RJ: permitem a visualização no território dos resultados obtidos pelos municípios e regiões de saúde para os indicadores do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 para fortalecimento do planejamento.
- Retratos municipais: apresentam o perfil sociodemográfico e de morbimortalidade do estado, das regiões de saúde e dos municípios.

#### **4.4. Regulação, Controle e Avaliação**

##### **4.4.1. Regulação**

A Regulação é uma ferramenta fundamental para garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde. Pode ser entendida como a capacidade de intervir nos processos assistenciais em saúde, sendo a ponte entre a demanda e a prestação direta dos serviços.

A Política Nacional de Regulação, consolidada pela Portaria GM/MS nº 1.559/2008, define que as ações de regulação estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si: a regulação dos sistemas de saúde, a regulação da atenção à saúde, e a regulação do acesso à assistência.

Esta última tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais. Esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Com o intuito de fortalecer o processo de regionalização e a integração das ações e serviços de saúde, a SES/RJ está construindo a Política Estadual de Regulação Assistencial do SUS, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias de cada ente. A estruturação dessa política segue as diretrizes propostas na Política Nacional de Regulação.

A Central Estadual de Regulação está localizada no município do Rio de Janeiro e funciona como unidade operacional do Complexo Regulador Estadual, cujas diretrizes para o ERJ foram aprovadas pela Deliberação CIB-RJ nº 1128/2010. Seu escopo de atuação inclui:

- A regulação dos procedimentos de alta complexidade – Ortopedia e Terapia Renal Substitutiva (TRS);
- A regulação de leitos de UTI Adulto, UTI Neonatal e de Gestação de Alto Risco (unidades hospitalares estaduais e contratualizadas com a SES/RJ);
- A regulação do acesso a procedimentos cirúrgicos em cardiologia pediátrica na Clínica Perinatal da Barra da Tijuca (Rio de Janeiro), contratualizada com a SES/RJ;
- A regulação do acesso à cirurgia bariátrica realizada em unidade hospitalar da SES/RJ;
- A regulação do acesso aos Hospitais Especializados Estaduais: Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer, Hospital Estadual da Criança, Hospital Estadual de Ortopedia e Traumatologia Dona Lindu, Hospital Estadual Santa Maria e Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras.

Considerando as regiões de saúde como base territorial para a oferta de ações e serviços de saúde, e seguindo as diretrizes propostas na Política Nacional de Regulação, a SES/RJ implementou, a partir de 1999, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde e os Consórcios Intermunicipais de Saúde, as Centrais de Regulação Regionais, desenhadas para fortalecer a regulação assistencial em cada região de saúde do estado. Atualmente, há 7 Centrais Regionais de Regulação, localizadas nos seguintes municípios:

- Central Norte: Campos
- Central Noroeste: Itaperuna
- Central Baixada Litorânea: Cabo Frio
- Central Metropolitanas I e II: Rio de Janeiro (localizada na Central Estadual de Regulação)
- Central Médio Paraíba e Baía de Ilha Grande: Volta Redonda

- Central Centro Sul: Três Rios
- Central Serrana: Teresópolis

O escopo de atuação das Centrais Regionais de Regulação inclui as seguintes regulações: procedimentos de alta complexidade em neurocirurgia; procedimentos de alta complexidade em cardiologia; consultas e procedimentos em oftalmologia; internações em instituições psiquiátricas; radioterapia na Região Metropolitana I; UNACONS das Regiões Baixada Litorânea e Norte; e autorização de procedimentos referentes a cirurgias eletivas.

A heterogeneidade no desenvolvimento dos serviços de saúde em cada território no ERJ é um fator crítico para a regulação assistencial. Destacam-se como principais causas que contribuem para esse quadro: a ausência de critérios racionais de distribuição dos equipamentos sanitários, acarretando desigualdades nas possibilidades de acesso nas várias regiões de saúde; a predominância de estabelecimentos hospitalares de pequeno porte, localizados em municípios com baixa capacidade de incorporação tecnológica e de fixação de recursos humanos qualificados; as redes assistenciais fragmentadas e desarticuladas; as fragilidades na atenção primária, ocasionando internações por causas sensíveis a esse tipo de atenção; e vulnerabilidades nos setores de regulação, controle e avaliação municipais.

A superação deste quadro implica na redefinição de diretrizes estruturais para a construção de modelos inovadores de atenção à saúde, a partir de métodos e instrumentos de planejamento e regulação do sistema. No intuito de fortalecer as ações descentralizadas de regulação, está em curso o processo de cogestão entre a Central de Regulação do Município polo de cada região e a Central de Regulação Regional. Até o momento, quatro Centrais Regionais já se encontram em processo de cogestão: Norte, Baixada Litorânea, Centro-Sul e Metro I.

O processo de cogestão da Central Regional da Metropolitana I com o município do Rio de Janeiro é um desafio a ser enfrentado, considerando a densidade de hospitais públicos federais, estaduais e municipais no território da capital e a referência destes para todo o estado. Foi instituído um grupo específico de trabalho nessa região, com a participação de representantes dos três entes federativos, para a construção da proposta de cogestão.

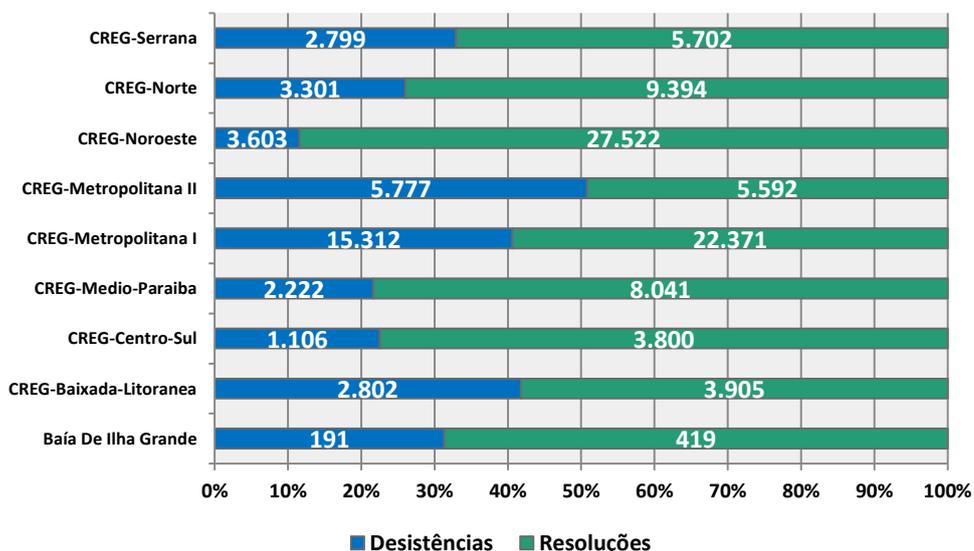
A Central Reuni-RJ, inaugurada em junho/2015, é fruto desse processo. Alguns procedimentos ambulatoriais de alta complexidade passaram a ser regulados de forma unificada em todo o estado. Instalada no Centro Integrado de Comando e Controle (CICC), a Reuni-RJ abrange serviços das seguintes áreas: gestação de alto risco, cirurgias bariátricas, radioterapia, hematologia e terapia renal substitutiva (TRS), totalizando mais de 10.000 vagas. Em todas as áreas, com exceção da radioterapia, a regulação beneficia a população de todo o estado. Já a oferta de vagas para radioterapia é regulada apenas para a região Metropolitana I.

A Central da região Noroeste também possui grupo de trabalho em atividade para o processo de cogestão, com previsão de início para o segundo semestre de 2015.

Para aprimorar o processo de regulação assistencial no estado, os seguintes objetivos deverão pautar a gestão estadual da regulação nos próximos anos:

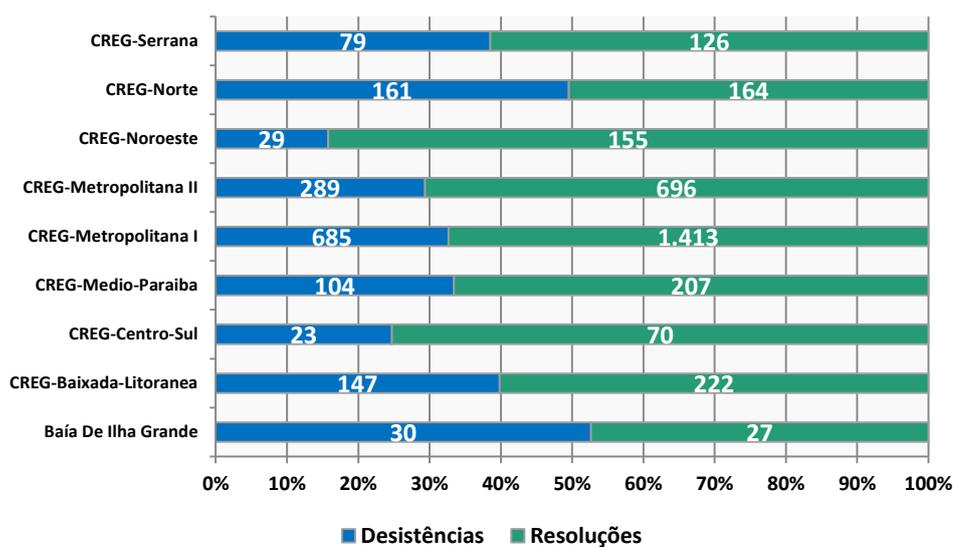
- Promover o acesso regulado à oferta assistencial regional, inter-regional e interestadual, em conformidade com as diretrizes estaduais e a programação pactuada;
- Qualificar e uniformizar os processos de trabalho nas centrais de regulação regionais e estadual;
- Fortalecer a cooperação entre gestores e prestadores de serviços de saúde;
- Padronizar e utilizar protocolos operacionais;
- Subsidiar o processo de reordenação dos fluxos assistenciais, a partir de procedimentos operacionais de regulação em consonância com a regionalização;
- Permitir o acompanhamento e a avaliação da execução dos serviços, por meio de relatórios, planilhas e gráficos;
- Identificar desproporções entre a necessidade de serviços de saúde e a oferta disponível;
- Acompanhar o cumprimento dos termos de garantia de acesso, subsidiando os processos de readequação na PPI.

**Gráfico 53: Solicitações Recebidas pelo Complexo Estadual de Regulação por região, 2014.**



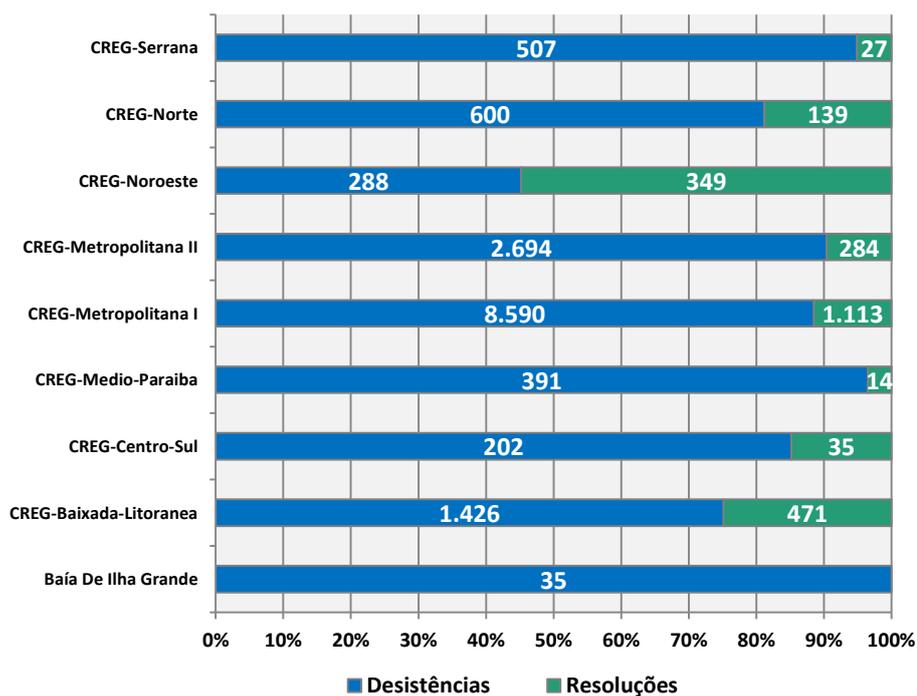
Fonte: SES RJ/Superintendência de Regulação

**Gráfico 54: Central de Regulação, Solicitações de UTI Neonatal 2014.**



Fonte: SES RJ/Superintendência de Regulação

**Gráfico 55: Central de Regulação - Solicitações de UTI Adulto 2014**



Fonte: SES RJ/Superintendência de Regulação

#### **4.4.2. Controle e Avaliação no SUS**

De acordo com a Política Nacional de Regulação do SUS, as ações de controle e avaliação compõem a chamada Regulação da Atenção à Saúde, que busca garantir o adequado controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS.

Os 92 municípios do ERJ possuem a gestão de seu sistema de saúde municipal, incluindo seus prestadores e recursos de média e alta complexidade. Dessa forma, de acordo com as normas vigentes do SUS, necessitam estruturar suas áreas técnicas de controle e avaliação, bem como manter a sua operação e funcionamento regular. Entre janeiro e março de 2014, os últimos 29 municípios do estado assumiram a gestão de seus prestadores e recursos de média e alta complexidade. Apesar de capacitados à época, ainda encontram-se com suas estruturas e processos de trabalho incipientes.

#### **4.5. Auditoria e Ouvidoria**

##### **4.5.1. Auditoria**

A Auditoria e a Ouvidoria integram os componentes da gestão estratégica e participativa do SUS. Ao lado de outros instrumentos de gestão, contribuem para o monitoramento e a avaliação das ações e serviços de saúde, apoiando os processos de planejamento dos entes e a melhoria contínua da atenção à saúde.

A auditoria estadual possui como principais competências, de acordo com o Sistema Nacional de Auditoria: avaliar a regularidade dos procedimentos quanto à aplicação dos recursos estaduais repassados aos municípios, em conformidade com a legislação específica de cada unidade federada; as ações e serviços previstos no Plano Estadual de Saúde; os serviços de saúde sob gestão estadual, sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados; os sistemas municipais de saúde e os consórcios intermunicipais de saúde; as ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de controle, avaliação e auditoria.

Para o desempenho de seu papel de forma adequada e tempestiva, respondendo as necessidades da SES/RJ de fiscalização e auditoria no estado, considera-se necessária a criação da carreira de especialista em Auditoria do SUS e a realização de concurso público para provimento de novos servidores.

##### **4.5.2. Ouvidoria**

A Ouvidoria da SES/RJ possui como principal atribuição o acolhimento das manifestações dos cidadãos beneficiários dos serviços prestados pelo SUS em âmbito estadual.

Para tanto, recebe manifestações classificadas em reclamações, informações, denúncias, solicitações, sugestões e elogios.

A Ouvidoria tem papel relevante na identificação das necessidades e demandas sociais, tanto na dimensão coletiva quanto na individual, transformando-as em suporte estratégico à tomada de decisão no campo da gestão. Deve estimular o protagonismo do cidadão, entendendo que é através do indivíduo que se inicia a resolução ou correção de um processo que afeta uma coletividade. Para isso, são necessários instrumentos adequados à realização de um trabalho que preze pela resolubilidade e transparência, essenciais a um serviço de excelência em Ouvidoria.

A Ouvidoria Geral da SES/RJ acompanha o processo de implantação das Ouvidorias em saúde nas Secretarias Municipais de Saúde. Durante o ano de 2013 foram realizadas diversas ações de apoio à implantação das Ouvidorias. Destaca-se o apoio financeiro a municípios de até 15.000 habitantes e a pactuação na CIB/RJ dos critérios para o funcionamento dos serviços de Ouvidoria (Deliberação CIB/RJ nº 2630/13). O acompanhamento e monitoramento da implantação dos serviços foram realizados através de supervisão direta para verificação dos critérios de implantação, tendo como resultado um aumento de 20,48% nos serviços de Ouvidoria do SUS. Outra ação relevante relacionada à qualificação das respostas fornecidas ao cidadão foi a definição dos seus critérios, cujo documento resultou na Deliberação CIB nº 3413/2015.

#### **4.6. Participação e Controle Social**

O Conselho de Saúde é um órgão colegiado, deliberativo e permanente do SUS e sua criação é baseada na Lei nº 8.142/90. Tem como diretrizes, além da gestão participativa e do controle social, a busca pela melhoria do acesso do cidadão ao SUS, a harmonia de ações nos municípios e regiões de saúde e a ampliação da participação efetiva do usuário no SUS.

A participação da sociedade é garantida na legislação e torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da política de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

No que tange ao Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (CES/RJ), foi publicada a Lei Complementar nº 152/13, que estrutura, regulamenta, consolida e dá outras atribuições ao Conselho. A Lei trouxe renovação para o mesmo ao aumentar o número de membros de 56 para 72 conselheiros. Além disso, alterou a forma de escolha da Presidência, que será eleita pelos votos dos conselheiros e ocupada em sistema de rodízio pelos 3 (três) segmentos com

mandato de 1 (um) ano. Alterou, ainda, a composição, principalmente no segmento dos usuários, ao garantir a participação no colegiado de representantes de entidades de patologias e dos conselhos municipais de saúde de todas as regiões do estado, respeitando a paridade de 50% dos representantes de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e outros 25% de representantes da gestão/prestadores de serviços de saúde.

Entre as principais atribuições do CES/RJ estão: acompanhar do planejamento do SUS do ERJ; participar da elaboração e deliberar sobre o Plano Estadual de Saúde e fiscalizar sua execução; convocar, a cada 04 (quatro) anos, a Conferência Estadual de Saúde, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

O ano de 2014 foi marcado pelo processo eleitoral do CES/RJ, que culminou na plenária de eleição para compor o novo colegiado para o triênio 2014/2016 e a posse dos novos conselheiros em setembro do mesmo ano. Estes iniciaram suas atividades priorizando a demanda de analisar e deliberar sobre os instrumentos de planejamento dos anos anteriores, ainda sob apreciação do Conselho, assim como a mobilização para acompanhar as Conferências Municipais de Saúde .

O ano de 2015 é o ano da Conferência Estadual de Saúde, que terá como tema: “Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas: Direito do Povo Brasileiro”. É no espaço das Conferências que a sociedade se articula para avaliar as necessidades da população na área da saúde e definir prioridades que deverão ser observadas no planejamento governamental, nos respectivos municípios, estados e Distrito Federal, e no plano nacional, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS. Também nas Conferências são definidas estratégias para o fortalecimento da participação da comunidade e dos diversos atores da sociedade na perspectiva da plena garantia do exercício do controle social na implementação do SUS.

#### **4.7. Gestão Estratégica e Participativa**

A proposta da Gestão Estratégica e Participativa no estado tem se consolidado em torno dos eixos de participação social e da promoção da equidade, de forma intersetorial, com destaque para os avanços na Política de Atenção à População Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis e Transexuais (LGBT), através da participação do Comitê Estadual de Saúde LGBT, que tem sido conduzido em parceria com a Atenção Básica. Questões como a cirurgia de transgenitalização e a hormonização de pessoas transexualizadas, fruto da parceria do IEDE/SES com o HUPE/UERJ, estão na agenda de discussão deste Comitê.

Outro avanço refere-se ao fortalecimento da discussão sobre as ações relacionadas às populações do Campo, Floresta e Águas, com ênfase nos convites para parcerias intersetoriais com o Observatório da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas – OBTEIA, com a Fiocruz, o Fórum de Comunidades Tradicionais, o MST e a AQUILERJ.

Algumas iniciativas para a melhoria do diagnóstico sobre a Saúde da População Negra estão sendo adotadas, como a retomada da campanha do preenchimento do quesito raça-cor pelos serviços de saúde da SES.

Por fim, já estão em andamento as discussões em torno da possibilidade de formação de parcerias com as Instituições de Ensino Superior para monitoramento, pesquisa e aperfeiçoamento das políticas de equidade e participação no ERJ. Esses diálogos vêm ocorrendo com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, Universidade Federal do Rio de Janeiro- UFRJ e Universidade Castelo Branco.

#### **4.8. Qualidade**

O Programa de Excelência em Gestão – PEG, criado em junho de 2007, tem por objetivo principal qualificar a gestão da SES utilizando os modelos preconizados pela Fundação Nacional da Qualidade, GESPÚBLICA e os Modelos de Acreditação Internacional. Estas ferramentas alinhadas possibilitam a implantação de uma cultura de melhoria contínua dos serviços, a desburocratização dos processos de trabalho e a humanização da saúde no estado.

O Processo de implementação do Modelo de Excelência em Gestão/Certificação adota metodologias que permitem a implementação de ciclos de avaliação continuada, com a elaboração de relatório de gestão e busca por certificações externas de melhoria de gestão/qualidade. O Programa de Acreditação da SES é uma das principais áreas de atuação do PEG e consiste em um sistema de avaliação e certificação externa que além de garantir a melhoria da gestão/qualidade garantem a segurança do paciente e a qualidade técnica.

Outra iniciativa direcionada à qualificação da assistência prestada ao cidadão é a realização anual de Pesquisas de Satisfação com os usuários nas unidades de saúde da SES desde 2007. No ano de 2015 o espectro da pesquisa passa a ser ampliado para todas as unidades de saúde da SES. Esta iniciativa é realizada através de convênio de cooperação com a UERJ, sob a responsabilidade do Instituto de Matemática e Estatística - IME/UERJ. O objetivo principal é a elaboração de um diagnóstico dos serviços prestados, para posterior planejamento de ações de melhorias e a construção e análise de uma base de informações consistente, que permita a formatação de indicadores de desempenho.

#### **4.9. Educação em Saúde**

A Educação em Saúde é entendida como estratégia político-pedagógica de construção de práticas e saberes em saúde, objetivando propiciar espaço dialógico entre gestores e profissionais, contribuindo para a consolidação do SUS.

A Educação em Saúde no ERJ tem promovido, ao longo dos últimos anos, várias ações educativas com fonte de recursos financeiros do governo estadual, convênios e recursos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). A PNEPS refere-se a uma estratégia definida pelo MS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, sendo financiada com recursos federais. Foi instituída em fevereiro de 2004, através da Portaria GM/MS nº198, e as diretrizes para implementá-la foram dispostas em agosto de 2007, pela Portaria GM/MS nº. 1996.

A Educação Permanente em Saúde, em ambas as Portarias, tem como objeto de transformação o processo de trabalho para promover a melhoria da qualidade dos serviços, a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. O processo de trabalho deve ser o eixo definidor de demandas educacionais.

Os Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde, instrumentos de sistematização da PNEPS, devem ser construídos a partir dos planos regionais (PAREPS) e do planejamento do estado, os quais, no ERJ, foram elaborados, anualmente, de 2007 a 2011 e viabilizados com recursos das Portarias GM/MS nº 1996/2007; 2.813/2008; 2.953/2009; 4.033/2010 e 2.200/2011. As ações regionalizadas propostas nos Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde estão sendo implementadas por meio das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) das nove regiões de saúde e da CIES-RJ.

A CIES-RJ tem como finalidade apoiar e assessorar a CIB para fins de definição de prioridades, formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde do ERJ. É um fórum permanente, intersetorial e interinstitucional que participa da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde no âmbito das regiões de saúde e da SES-RJ.

A SES RJ, com o objetivo de subsidiar a implementação da PNEPS e a qualificação dos profissionais de saúde do estado e das regiões, tem como prioridades para o quadriênio: o apoio às Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES) regionais, para a elaboração dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde, e execução dos recursos financeiros oriundos das Portarias Ministeriais; o fortalecimento da CIES Estadual; a coordenação e operacionalização dos programas de residência médica, multiprofissional em saúde e dos estágios nas unidades da SES; bem como a utilização de indicadores mais efetivos para o planejamento, o monitoramento e a avaliação de ações e produtos.

#### **4.10. Gestão do Trabalho e Perícia**

##### **4.10.1. Gestão do Trabalho**

As organizações da administração pública possuem natureza permanente, no entanto, estão submetidas às contínuas transformações devido aos ciclos de mudanças no governo. Nesse contexto de mudanças um dos desafios a ser enfrentado se refere à constância das ações e dos processos de trabalho, objetivando a manutenção da estabilidade da organização.

Para o enfrentamento de tal desafio compreende-se que a estratégia mais adequada deve considerar os saberes e práticas dos profissionais que atuam na organização, e para tanto, é essencial propiciar aos servidores a motivação e o sentimento de realização profissional. Em especial à gestão dos profissionais, cabe destacar a importância do desafio vivenciado nos últimos anos, com relação à adequação do perfil e formação profissional às atividades do campo da saúde, assim como sua fixação, especialmente no que diz respeito à categoria médica, não sendo essa uma particularidade da esfera estadual.

Neste campo, a SES/RJ tem como principal diretriz planejar, coordenar e executar políticas direcionadas à qualificação e valorização dos profissionais, bem como do trabalho em saúde, em consonância com as diretrizes estabelecidas pelo MS. Destacam-se, no trabalho realizado no último quadriênio 2012-2015, as avaliações da evolução quantitativa da força de trabalho, o provimento de profissionais para atuação nas atividades de gestão e assistência, a proposição de ações relacionadas à política de melhoria da qualidade de vida no trabalho e o acompanhamento e a avaliação do desempenho dos órgãos descentralizados de recursos humanos.

Para o próximo quadriênio 2016-2019, pretende-se avançar em relação aos objetivos relacionados ao trabalho em saúde. Para tanto, considera-se como essencial o funcionamento da Mesa de Negociação estadual, de modo a tornar viável o debate com vistas à valorização dos profissionais da saúde, através da adoção de diferentes incentivos, incluindo a viabilidade da implementação do Plano de Cargos e Salários para os servidores estaduais.

Diante desse cenário, faz-se necessário que a administração pública esteja sempre empenhada em avançar, cada vez mais, para qualificar suas ações em prol da valorização dos seus profissionais, a fim de alcançar relações de trabalho mais democráticas solidificando os princípios preconizados pelo SUS.

##### **4.10.2. Perícia**

A SES/RJ, por meio da Superintendência de Perícia Médica e Saúde Ocupacional – SPMSO, é responsável pela oferta de análises médico-periciais interdisciplinares a todos os

servidores civis do ERJ, lotados em diferentes municípios. Dentre as suas principais atribuições estão as ações que visam garantir a qualidade das condições laborais e a integridade física e mental dos servidores, percebidos como o maior patrimônio da instituição. Nesse sentido faz-se necessário não só identificar as patologias mais prevalentes entre os servidores, mas também correlacioná-las com as condições e os processos de trabalho a que são submetidos.

Desde o início de 2015, em virtude de alterações na estrutura da Perícia do estado, o órgão central vem absorvendo a demanda de 3.500 atendimentos/mês referentes aos servidores lotados fora da capital, o que correspondeu a um aumento de 150%, alcançando um fluxo de 300 servidores/dia.

No que se refere à qualificação dos profissionais, busca-se aprimorar os critérios e as avaliações periciais emitidas, minimizando erros e possibilitando uma análise mais fidedigna dos afastamentos com vistas à redução do absenteísmo.

No escopo da saúde ocupacional e ambiência laboral, busca-se a elaboração de um plano estratégico com divulgação e implantação de campanhas educativas e motivacionais em saúde do trabalhador, capacitação de multiplicadores e monitoramento das atividades.

Apesar de todos os esforços empreendidos, o absenteísmo, ainda hoje, é considerado um grave problema na administração pública, uma vez que causa prejuízos financeiros e danos sociais com o afastamento do servidor do seu posto de trabalho. A adequada instrumentalização das ações periciais e de saúde ocupacional possibilita a redução do gasto mensal com licenças médicas.

#### **4.11. Judicialização**

Algumas iniciativas foram instituídas pela SES/RJ nos últimos anos para lidar com as demandas dos cidadãos que recorrem ao Poder Judiciário, estando em litígio administrativo ou judicial com o Estado. Envolve a atuação de três estruturas: Central de Atendimento a Demandas Judiciais – CADJ, criada em 2007; o Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde – NAT, criado em 2009; e a Câmara de Resolução de Litígios em Saúde – CRLS criada em 2013.

De uma forma geral, tais estruturas prestam assessoramento técnico ao Poder Judiciário e à Defensoria Pública nas ações judiciais que tenham por objetivo compelir a SES/RJ ao fornecimento de medicamentos, insumos para saúde, exames diagnósticos, tratamentos médicos e insumos nutricionais.

#### **4.12. Financiamento**

O ERJ tem cumprido o índice constitucional obrigatório, que corresponde a 12% das suas receitas líquidas oriundas de impostos, conforme preconizado pela LC 141/2012. O financiamento das ações e serviços públicos de saúde pela SES/RJ é efetuado majoritariamente por recursos do Tesouro Estadual e, de forma complementar, por recursos federais, sejam oriundos de transferências fundo a fundo ou, em menor escala, decorrentes de convênios ou contratos de repasse.

As transferências fundo a fundo dos recursos federais ocorrem, sobretudo, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde/RJ. No entanto, outra forma de repasse dos recursos federais consiste na transferência feita pelo Fundo Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para o Fundo Estadual de Saúde/RJ, em função da produção de serviços de saúde apresentada pelas Unidades de Saúde da SES, que geograficamente se situam na área de abrangência da capital.

Ressalta-se que a SES/RJ tem sob sua gestão um grande número de unidades de saúde, apresentadas anteriormente, e como consequência disto, grande parte da sua receita é direcionada ao custeio destas unidades para atendimento da população do estado. No último quadriênio houve um importante investimento na construção de novas unidades de saúde de referência estadual, como o Instituto Estadual do Cérebro e o Hospital da Criança, dentre outros, fortalecendo o SUS estadual. Do mesmo modo, outros projetos exitosos foram realizados no último quadriênio, a saber: o cofinanciamento da Atenção Básica e do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; o investimento para ampliação da cobertura de Atenção Básica no estado, através da construção e aparelhagem de unidades básicas de saúde nos municípios; e o Programa de Apoio aos Hospitais do Interior – PAHI. No entanto, diante do agravamento da crise econômico-financeira do estado, deverá haver no próximo quadriênio restrições de algumas estratégias.

No decorrer de cada exercício a realização das receitas e a execução das despesas são objeto de acompanhamento permanente e, quando necessário, são feitos ajustes orçamentários. De acordo com dispositivo inserido nas Leis de Diretrizes Orçamentárias e nas Leis Orçamentárias Anuais, modificações orçamentárias por meio de abertura de créditos suplementares e contratação de operações de crédito podem ser autorizadas por Decreto do Poder Executivo, em conformidade com o § 8º do art. 209 da Constituição Estadual.

Por fim, cumpre assinalar que o cenário de crise econômica que afeta a União, os estados e os municípios brasileiros, com diminuição de suas receitas e restrições orçamentárias, torna ainda mais crítico o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, sobretudo considerando o insuficiente aporte de recursos financeiros que

historicamente vem ocorrendo na implementação do SUS, haja vista a participação menor do gasto público em relação ao privado na composição do gasto total com despesas de saúde no Brasil.

#### **4.13 Jogos Olímpicos Rio 2016**

O quadriênio de 2016-2019 será marcado pela realização dos Jogos Olímpicos – *Olimpíadas Rio 2016* – onde a SES/RJ terá papel estratégico na organização das ações de saúde, em parceria com os demais entes federativos e os Comitês Olímpicos Internacional e Brasileiro. O interesse e atenção da mídia global, a multiplicidade de instalações Olímpicas e a simultaneidade dos eventos, faz dos jogos o cenário ideal para a projeção de sentimentos que disseminem os propósitos de Paz e Amizade entre os povos, exigindo uma adequada preparação no campo político, na Defesa Nacional, na Inteligência, na Segurança Pública, na Defesa Civil, na Mobilidade Urbana, na Saúde Pública e privada, dentre outros.

Este grande evento constitui-se expressivo atrativo turístico nacional e internacional, com o conseqüente aumento da migração e da circulação de pessoas, o que nos remete ao alerta sistemático e contínuo para possíveis acidentes e agravos provenientes das atividades humanas.

Neste contexto, a Secretaria Estadual de Saúde desenvolveu o seu Planejamento Integrado com o Ministério da Saúde, Ministério da Defesa, Secretaria de Estado de Defesa Civil e Secretaria Municipal de Saúde, em obediência aos preceitos definidos pelos Planos Estratégico e Tático de Segurança Integrada do Ministério da Justiça.

A Governança nas ações de Saúde observará a representação dos três níveis de governo instalados no Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde- CIOCS, bem como da Área Médica do Comitê Rio 2016.

O Plano Integrado das Ações de Saúde nos Jogos Olímpicos e Paralímpicos Rio 2016 têm por objetivo promover a integração das Redes de Urgência e Emergência do Município, do Estado e da Rede Federal, incluindo os Hospitais das Forças Armadas, Hemorrede e Rede Privada, em obediência aos seguintes eixos:

1. Assistência à Saúde para Eventos de Rotina e Múltiplas Vítimas considerando os seguintes cenários:

- Primeiro atendimento e estabilização no interior das instalações;
- Remoção de pacientes espectadores, atletas, família olímpica e força de trabalho em casos de rotina e contingências nas instalações esportivas e não esportivas designadas;
- Ações Terroristas ou de sabotagem;

- Ações violentas durante manifestações sociais;
  - Desastres em transportes de massa;
  - Colapsos de estrutura (explosões, incêndios e desabamentos);
  - Eventos QBRN;
2. Vigilância em Saúde para fazer frente a eventos relacionados com doenças transmitidas por água, alimentos, vetores, vias respiratórias e doenças exantemáticas;
  3. Operação de uma Rede de Ambulâncias para a remoção de pacientes das instalações esportivas e não esportivas designadas, por meio de gestão compartilhada com a Área Médica do Rio 2016;
  4. Estabelecimento de um Centro Integrado de Operações Conjuntas de Saúde (CIOCS);
  5. Ativação do Hospital de Campanha sob demanda.

A Assistência à Saúde se dará nos eventos de rotina e nas contingências consideradas. Na rotina, a decisão médica pela remoção de pacientes para a rede pública ou privada do interior das instalações caberá exclusivamente a Área Médica do RIO 2016. Após o primeiro atendimento e estabilização do paciente no pré-hospitalar dentro das instalações, as referências serão as unidades de urgência/emergência da rede municipal a saber:

<b>Espectadores e Força de Trabalho</b>	
<b>Região</b>	<b>Hospital</b>
Barra	Hospital Municipal Lourenço Jorge Coordenação de Emergência Regional Barra (CER Barra da Tijuca)
Deodoro	Hospital Municipal Albert Schweitzer
Maracanã	Hospital Municipal Souza Aguiar Coordenação de Emergência Regional Centro (CER Centro) Hospital Municipal Salgado Filho UPA Engenho de Dentro
Copacabana	Hospital Municipal Miguel Couto Coordenação de Emergência Regional Leblon (CER Leblon)

<b>Atletas e Família Olímpica</b>
Hospitais Samaritano e Vitória, localizados na Av. Ayrton Senna, na Barra da Tijuca
<b>Membros da Imprensa e Rio 2016 Voluntários</b>
Hospital Unimed, situado na Avenida Ayrton Senna, na Barra da Tijuca
<b>Rio 2016 Contratados</b>
Hospital Vitória, localizados na Av. Ayrton Senna, na Barra da Tijuca

Ainda na Gestão da **rotina**, com o objetivo de possibilitar a liberação de leitos da Rede Municipal, as Redes Estadual e Federal de Saúde disponibilizarão leitos de retaguarda, distribuídos nas unidades hospitalares, a saber:

#### Rede Estadual de Saúde

TIPOS DE LEITOS	HEA	HESM	IEDS	HEER	TOTAL
CLÍNICOS	15				15
CLÍNICOS (Tuberculose)		15			15
CLÍNICOS (Hanseníase)			10		10
CLÍNICOS (Geriatría)				10	10
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>50</b>

HEA - Hospital Estadual Anchieta

HESM - Hospital Estadual Santa Maria

IEDS - Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária

HEER - Hospital Estadual Eduardo Rabello

### Rede Federal de Saúde

TIPOS DE LEITOS	HFA	HFB	HFCF	HFI	HFL	HFSE	INC	INTO	TOTAL
CLÍNICOS	8	6	5	8	15	20			62
CIRÚRGICOS	12	14	5	12				20	63
UNIDADE CORONARIANA							4		4
PEDIÁTRICOS			6						6
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>16</b>	<b>20</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>4</b>	<b>20</b>	<b>135</b>

FONTE: Direção HFRJ - jan/2016

HFA - Hospital Federal do Andaraí

HFB - Hospital Federal de Bonsucesso

HFCF - Hospital Federal Cardoso Fontes

HFI - Hospital Federal de Ipanema

HFL - Hospital Federal da Lagoa

HFSE - Hospital Federal dos Servidores

INC - Instituto Nacional de Cardiologia

INTO - Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia

Da Rede Estadual de Saúde, estarão mobilizadas as unidades de Saúde abaixo mencionadas para em apoio ao município acolher transferências inter-hospitalares, bem como realizar atendimentos emergenciais regulados pelo CIOCS ou oriundos de demanda espontânea de pessoas vitimadas no evento considerado, a saber:

**No município do Rio de Janeiro**

- Hospital Estadual Carlos Chagas e o Hospital Estadual Getúlio Vargas;
- UPA 24h Botafogo e UPA 24h Copacabana;
- UPA 24h Tijuca;
- UPA 24h Marechal Hermes;
- UPA 24h Ricardo de Albuquerque.

**No município de Duque de Caxias**

- Hospital Estadual Adão Pereira Nunes.

**No município de Niterói**

- Hospital Estadual Azevedo Lima.

**No município de São Gonçalo**

- Hospital Estadual Alberto Torres.

**No município de Paraíba do Sul**

- Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu.

A Secretaria Estadual de Saúde irá disponibilizar para toda a rede de Operações do Segmento Saúde, rádios transreceptores para a ativação de um sistema de mobilização e acionamento dos diferentes setores empenhados nas ações de Gestão e Resposta, a todos os eventos relacionados com as Olimpíadas e Paralimpíadas.

Este Sistema obedecerá a um Plano de Comunicações Críticas que será operado sob o Comando e Controle do CIOCS, integrado aos Centros de Comando e Controle de Segurança e Defesa Civil, Coordenação Geral de Defesa de Área, Rede de Urgência e Emergência e Unidades de Saúde com atendimento especializado em níveis Federal, Estadual e Municipal, Rede de Hospitais Militares designados, e Área Médica do Rio 2016.

O Hospital de Campanha- Hcamp poderá ser ativado em apoio a unidades de saúde para fazer frente a demandas específicas.

## Referências Bibliográficas

ALVES, Carla; NETO, Otaliba. *Tendência da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nas unidades federadas brasileiras*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3):641-654, 2015

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.169, de 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, e dá outras providências. Brasília, DF: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS Nº 210, de 15 de junho de 2004, que define as Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular e dá outras providências. Brasília, DF: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, DF: MS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF: MS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.559, de 01 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.813, de 20 de novembro de 2008. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.953, de 25 de Novembro de 2009. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e dá outras providências. Brasília, DF: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.125, de 07 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Brasília, DF: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 4.033, de 10 de dezembro de 2010. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS Nº 272, de 15 de junho de 2011, que altera o parâmetro populacional definido na PT/SAS 210/2004, e que estabelece as Diretrizes para intervenção endovascular na doença arterial periférica, no aneurisma da aorta abdominal e na doença cerebrovascular extracraniana. Brasília, DF: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.025, de 24 de agosto de 2011. Altera a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, na parte que trata da aplicação de recursos no âmbito do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica. Brasília, DF: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.200, de 14 de setembro de 2011. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS Nº 650, de 5 de outubro de 2011. Considerando a Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. Brasília, DF: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.914, 12 de dezembro de 2011. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. Brasília, DF: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Brasília, DF: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 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: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM Nº 1.663, de 6 de agosto de 2012. Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de atenção às Urgências e Emergências (RUE). Brasília, DF: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Brasília, DF: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade, Brasília, DF: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.554, de 30 de julho de 2013 Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2013.

BRASIL. Ministério de Saúde. Portaria GM/MS Nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2014.

BRASIL. Ministério de Saúde. Portaria GM/ MS Nº 475, de 31 de março de 2014. Estabelece os critérios para o repasse e monitoramento dos recursos financeiros federais do Componente da Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, para Estados, Distrito Federal e Municípios, de que trata o inciso II do art. 13 da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013. Brasília, DF: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, DF: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 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. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 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 nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde Portaria GM/MS Nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores : 2013-2015. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 154 p.: il. – (Serie Articulação Interfederativa ; v. 1)

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1.942, de 12 de fevereiro de 2010. Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e equipe. RJ, SES, 2010. Brasília, DF: CFM, 2010.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1.942, de 12 de fevereiro de 2010. Estabelece normas seguras para o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida, definindo indicações, procedimentos e equipe. RJ, SES, 2010. Brasília, DF: CFM, 2010.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT 05, de 12 de abril de 2013. Dispõe sobre as ações estratégicas do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI no âmbito do Sistema Único da Assistência Social. Brasília, DF: CIT, 2013.

CAMPOS et al, 2008. *Morbimortalidad por las causas externas: resultados del estudio Carga Global de las Enfermedades en Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(1):1-17, jan, 2015

FIGUEIREDO, Tatiana; SCHRAMM, Joyce; PEPE, Vera. *Seleção de medicamentos essenciais e a carga de doença no Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(11):2344-2356, nov, 2014.

RIO DE JANEIRO. Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. Lei Complementar Nº 152, de 18 de novembro de 2013. Estrutura, regulamenta, consolida e dá outras atribuições ao Conselho Estadual de Saúde, Rio de Janeiro, RJ, ALERJ, 2013.

RIO DE JANEIRO. Deliberação CIB-RJ Nº 1.128, de 11 de novembro de 2010. Aprovar a homologação a adesão do Estado do Rio De Janeiro á Rede de Atenção às Urgências – Saúde Toda Hora, RJ, SES, 2010.

RIO DE JANEIRO. Deliberação CIB-RJ Nº 1.456, de 09 de novembro de 2011. Aprovar a homologação a adesão do Estado do Rio De Janeiro á Rede de Atenção às Urgências – Saúde Toda Hora, RJ, SES, 2011.

RIO DE JANEIRO. Deliberação CIB-RJ Nº 1.523, de 13 de dezembro de 2011. Aprova as Diretrizes para o funcionamento do Complexo Regulador do Estado do Rio de Janeiro. RJ, SES, 2011.

RIO DE JANEIRO. Deliberação CIB-RJ Nº 1.735, de 12 de abril de 2012. Aprova o plano de ação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) da Região Metropolitana (I e II) do Estado do Rio de Janeiro. RJ, SES, 2012.

RIO DE JANEIRO. Deliberação CIB-RJ N° 1.790, de 10 de maio de 2012. Pactua a homologação da adesão do Estado do Rio de Janeiro à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. RJ, SES, 2012.

RIO DE JANEIRO. Deliberação CIB-RJ N° 2.457, de 25 de setembro de 2013. Estabelece nova composição do Grupo Condutor da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência. RJ, SES, 2013.

RIO DE JANEIRO. Deliberação CIB-RJ N° 2.526, de 23 de outubro de 2013. Pactua o novo Plano de Ação Regional da Rede Cegonha da Região Centro Sul. Rio de Janeiro. RJ, SES, 2013.

RIO DE JANEIRO. Deliberação CIB-RJ N° 2.713, de 30 de dezembro de 2013. Pactua a Deliberação CIR MP nº 45, de 28 de agosto de 2013, que pactua a inclusão dos dispositivos de Centro de Parto Normal e Banco de Leite Humano dos municípios Polo da Rede Cegonha da Região Médio Paraíba e aprovar as alterações no Plano de Ação Regional.. Rio de Janeiro, RJ, SES, 2013.

RIO DE JANEIRO. Deliberação CIB-RJ N° 2.669, de 30 de dezembro de 2013. Pactua o Plano de Ação Regional da Rede Cegonha da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro., RJ, SES, 2013.

RIO DE JANEIRO. Deliberação CIB-RJ N° 2.661, de 26 de dezembro de 2013. Aprova as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Rio de Janeiro. RJ, SES, 2013.

RIO DE JANEIRO. Deliberação CIB-RJ N° 2.736, de 06 de fevereiro de 2014. Pactuar a implantação da Rede de Referência e Contra Referência para Atenção Integral à Pessoa com Coagulopatia Hereditária do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, RJ, SES, 2014.

RIO DE JANEIRO. Deliberação CIB-RJ N° 2.791, de 18 de março de 2014. Aprova o plano de ação regional da rede cegonha da região da Baía da Ilha Grande. Rio de Janeiro, RJ, SES, 2014.

RIO DE JANEIRO. Deliberação CIB-RJ N° 2.883, de 12 de maio de 2014. Pactua as referências da rede de alta complexidade oncológica, no âmbito do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, SES, 2014.

RIO DE JANEIRO. Deliberação CIB-RJ N° 3.129, de 25 de agosto de 2014. Aprova a recomposição da rede de atenção em alta complexidade cardiovascular do Estado do Rio de Janeiro, RJ, SES, 2014.

RIO DE JANEIRO. Deliberação CIB-RJ N° 3.250, de 01 de dezembro de 2014. Pactua o plano de ação regional da rede cegonha da região Noroeste. Rio de Janeiro, RJ, SES, 2014.

RIO DE JANEIRO. Deliberação CIB-RJ N° 3.296, de 30 de dezembro de 2014. Pactua o plano de ação regional da rede cegonha da região Norte. Rio de Janeiro, RJ, SES, 2014.

RIO DE JANEIRO. Deliberação CIB-RJ N° 3.319, de 12 de fevereiro de 2015. Aprova o Plano de Ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência da Região do Médio Paraíba. Rio de Janeiro, RJ, SES, 2015.

RIO DE JANEIRO. Deliberação CIB-RJ N° 3.413, de 14 de maio de 2015. Define critérios de qualidade das respostas a serem apresentadas ao cidadão que procura os serviços de ouvidorias do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, SES, 2015.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES Nº 2.786, de 08 de julho de 2005. Define a Política d Atenção Integral à Pessoa com Doença Falciforme do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ: SES, 2005.

RIO DE JANEIRO. Resolução SESDEC 1.411, de 15 de outubro de 2010. Delega competências de ações de Vigilância Sanitária para as Secretarias Municipais de Saúde no âmbito do Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. Rio de Janeiro, RJ, SESDEC, 2010.

RIO DE JANEIRO. Resolução SES 171, de 28 de novembro de 2011. Regulamenta a concessão do auxílio para tratamento fora de domicílio no âmbito do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro. Rio de janeiro, RJ, SES, 2011.

RIO DE JANEIRO. Resolução SES 924, de 15 de maio de 2014. Institui o Programa de Financiamento Integrado da Atenção Básica – Cofinanciamento Estadual – competência 2014 e fixa suas diretrizes. Rio de janeiro, RJ, SES, 2014.

RIO DE JANEIRO. Resolução SES 1.058, de 06 de novembro de 2014 Define as competências de ações de vigilância sanitária no âmbito do Estado. Rio de janeiro, RJ, SES, 2014.

## 5. MATRIZ - PES 2016-2019

### EIXO I - VIGILÂNCIA EM SAÚDE

#### 1ª DIRETRIZ

**FORTALECER AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS E OUTROS AGRAVOS**

#### OBJETIVO PES

**1.1) Intensificar ações de Promoção da Saúde e fortalecer as ações de Vigilância Epidemiológica**

#### ESTRATÉGIA

**1.1.1) Implementação do Plano Estadual de enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)**

#### METAS

**Monitorar 100% das metas do Plano Estadual de Enfrentamento das DCNT**

**100% dos municípios com Planos Municipais de Vigilância das DCNT**

#### ESTRATÉGIA

**1.1.2) Realização de Ações de Prevenção de Doenças e Agravos**

#### METAS

**Programar 100% das ações de prevenção de doenças e agravos do Calendário Nacional de Saúde**

**Apoiar tecnicamente 100% dos municípios para o alcance dos parâmetros preconizados pelo MS para a cobertura vacinal**

#### ESTRATÉGIA

**1.1.3) Monitoramento laboratorial de doenças e agravos de interesse em saúde pública**

#### METAS

**100% das doenças, agravos, bens, produtos e serviços de interesse em saúde pública prioritários**

**Apoiar a descentralização do diagnóstico laboratorial nas 09 regiões do estado**

**ESTRATÉGIA**

**1.1.4) Realização de Ações de Vigilância Epidemiológica**

**METAS**

**Implementar o sistema de vigilância dos eventos adversos pós-vacinais (EAPV) notificados nos 92 municípios**

**100% dos municípios com SI-PNI implantado**

**Ampliar em 10 municípios as ações para o fortalecimento da Vigilância Epidemiológica Hospitalar no estado**

**50% das Unidades Básicas de Saúde dos 11 municípios prioritários com ações do programa de hanseníase descentralizados**

**80% dos contatos intradomiciliares de Hanseníase examinados**

**Ampliar para 85% a cura dos casos de Tuberculose**

**Ampliar para 90% a testagem de HIV em pacientes com Tuberculose**

**Implementar a vigilância e monitoramento dos casos de tuberculose com resistência às drogas em 100% dos municípios**

**Reduzir em 30% o número de casos de HIV/AIDS com o 1º CD4 menor que 200 cel/mm<sup>3</sup>**

**Reduzir em 5% o coeficiente de incidência de sífilis congênita**

**Reduzir em 30% as mortes por Tuberculose em pacientes com HIV/AIDS**

**Reduzir em 10% ao ano os casos novos de AIDS em menores de 5 anos**

**Aumentar em 10% ao ano a carga viral indetectável após 6 meses de início da terapia antirretroviral**

**Aumentar em 40% o número de casos notificados de Hepatite C confirmados por biologia molecular**

**Implantar o Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) no estado**

**ESTRATÉGIA**

**1.1.5) Fortalecimento da capacidade de resposta às emergências em Saúde Pública**

**METAS**

**Monitorar e responder a 100% dos eventos de interesse em Saúde Pública prioritários notificados ao CIEVS**

**ESTRATÉGIA**

**1.1.6) Qualificação da Rede de Frio com vistas à garantia da qualidade dos imunobiológicos oferecidos à população**

**METAS**

**Apoiar tecnicamente 100% dos municípios na estruturação da Rede de Frio**

**ESTRATÉGIA**

**1.1.7) Implementação do Sistema de Vigilância da Mortalidade no Estado**

**METAS**

**Apoiar a implantação de até 04 Serviços de Verificação de Óbitos (SVO) pactuados nas instâncias regionais**

**Apoiar 100% dos municípios na estruturação da vigilância de óbitos de interesse de Saúde Pública**

**OBJETIVO PES**

**1.2) Fortalecer as ações de Vigilância Ambiental e Vigilância Sanitária para monitoramento, avaliação e gerenciamento das condições de risco sanitário e do meio ambiente**

**ESTRATÉGIA**

**1.2.1) Fortalecimento do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária**

**METAS**

**Realizar 100% das ações programadas relacionadas à fiscalização sanitária**

**Executar 100% das estratégias prioritárias relacionadas à Segurança do Paciente**

**Monitorar as ações prioritárias de Vigilância Sanitária em 100% dos municípios**

**Apoiar a qualificação de 100% dos municípios no Sistema Estadual de Vigilância Sanitária**

## ESTRATÉGIA

### 1.2.2) Fortalecimento do sistema estadual de Vigilância Ambiental em saúde

#### METAS

Estruturar a rede de soroterapia para animais peçonhentos nas 9 regiões do estado

Ampliar para 80% a cobertura vacinal contra a Raiva animal no estado

Realizar 100% das ações de vigilância e controle da Leishmaniose Visceral nos municípios prioritários

Investigar 100% das Epizootias em primatas não humanos notificados no SINAN

Estruturar a vigilância de Febre Maculosa em 100% dos municípios com ocorrência de casos

Implantar em 3 municípios da região Serrana a vigilância de *Yersinia pestis*

Reduzir o índice de infestação por *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* em 10% ao ano

Qualificar 100% dos municípios para a realização da análise de água

Estruturar a vigilância da qualidade do ar em 10% dos municípios do estado

100% dos municípios prioritários com população exposta ou potencialmente exposta a solo contaminado por contaminante químico com no mínimo 01 área por município/ano identificada e cadastrada no SISOLO

## ESTRATÉGIA

### 1.2.3) Apoio às ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador junto aos municípios

#### METAS

Implementar nos 2 CEREST da região Serrana, a Vigilância em Saúde dos Trabalhadores expostos a produtos químicos

Apoiar 100% dos municípios para a implantação de ações de Vigilância em Saúde dos Trabalhadores

## **EIXO II - ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

### **2ª DIRETRIZ**

**GARANTIR A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO, COM EQUIDADE E EM TEMPO ADEQUADO AO ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO**

### **OBJETIVO PES**

**2.1 ) Ampliar e qualificar a Atenção Básica como ordenadora do sistema de saúde**

### **ESTRATÉGIA**

**2.1.1) Fomento à expansão e à qualificação da Atenção Básica nos municípios**

### **METAS**

**70% de Cobertura de Atenção Básica qualificada no estado**

### **ESTRATÉGIA**

**2.1.2) Construção de Unidades Básicas de Saúde para ampliação do acesso**

### **METAS**

**68 Unidades Básicas de Saúde**

### **ESTRATÉGIA**

**2.1.3) Qualificação da Atenção Integral à Saúde no âmbito da Atenção Básica**

### **METAS**

**Apoiar 100% dos municípios na qualificação da gestão dos serviços de atenção básica**

**Apoiar 100% dos municípios na qualificação da atenção integral às populações em situação de vulnerabilidade**

**Apoiar 100% dos municípios na qualificação do cuidado das pessoas em todos os ciclos de vida**

### **OBJETIVO PES**

**2.2) Promover a assistência pré-hospitalar, organizando e qualificando o sistema estadual de saúde**

### **ESTRATÉGIA**

**2.2.1) Prestação de assistência pré-hospitalar por meio das Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h**

**METAS**

**29 UPA estaduais**

**Fomentar 19 UPA 24h municipais**

**ESTRATÉGIA**

**2.2.2) Prestação de assistência móvel de urgência e emergência (SAMU)**

**METAS**

**Apoiar 100% das regiões para qualificação do SAMU regional**

**ESTRATÉGIA**

**2.2.3) Realização de atendimento aéreo para urgência/ emergência em saúde**

**METAS**

**Apoiar a SEDEC/CBMERJ para realização de 100% dos atendimentos aéreos de urgência/ emergência em saúde**

**OBJETIVO PES**

**2.3) Promover a assistência ambulatorial e hospitalar, organizando e qualificando o sistema estadual de saúde**

**ESTRATÉGIA**

**2.3.1) Prestação de assistência ambulatorial e hospitalar por meio das Unidades da SES**

**METAS**

**Melhorar a qualidade e eficiência de 100% das Unidades hospitalares e ambulatoriais da SES**

**ESTRATÉGIA**

**2.3.2) Ampliação da oferta da assistência ambulatorial e hospitalar**

**METAS**

**Construir o Hospital Maternidade Clínica da Mãe (Metropolitana II - São Gonçalo)**

**Construir o Hospital Estadual de Valença**

**Construir o Hospital Estadual da Baixada Fluminense**

**Construir o anexo do Instituto Estadual do Cérebro (Rio de Janeiro)**

**Reformar o Hospital Azevedo Lima (Niterói)**

**Construir e equipar o Centro de Diagnóstico por Imagem - Rio Imagem II (Niterói)**

**Construir e equipar o Hospital de Cardiologia (Queimados)**

**Construir e equipar o Hospital de Oncologia (Nova Friburgo)**

**Implantar 01 Clínica de Especialidades**

**Finalizar a construção do Hospital Regional do Médio Paraíba (Volta Redonda)**

**Manter a complementação da oferta de 20 leitos em UTI pediátrico através de chamamento público**

**Manter a complementação da oferta de 250 leitos UTI neonatal através de chamamento público**

**Ampliar em 14% o número de leitos em UTI adulto**

**Ampliar em 15% a cobertura de leitos de Tuberculose e AIDS nas unidades estaduais**

**Apoiar o Centro de Atenção à Saúde do Homem na Policlínica Piquet Carneiro/UERJ**

**Apoiar o Centro de Tratamento do câncer de próstata no Hospital Universitário Pedro Ernesto - HUPE/UERJ**

## **ESTRATÉGIA**

### **2.3.3) Apoio a unidades de saúde no estado**

## **METAS**

**Apoiar o custeio do Hospital Universitário Pedro Ernesto - HUPE/UERJ**

**Apoiar 04 unidades de saúde da Secretaria Estadual de Administração Penitenciária - SEAP/RJ**

**Apoiar 06 unidades para ações de saúde**

**ESTRATÉGIA**

**2.3.4) Fortalecimento da atenção hospitalar no estado**

**METAS**

**Apoiar a renovação do parque tecnológico de 12 hospitais do estado**

**ESTRATÉGIA**

**2.3.5) Qualificação do diagnóstico por meio da oferta de exames de imagem**

**METAS**

**Ofertar 1.000.000 de exames de imagem**

**ESTRATÉGIA**

**2.3.6) Atendimento a Litígios em Saúde**

**METAS**

**Ampliar a atuação do Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde (NAT) para 03 regiões de saúde**

**Atender 100% das ordens judiciais**

**Implantar a Câmara de Resolução de Litígios em Saúde (CRLS) em 02 regiões de saúde prioritárias**

**Realizar 01 análise/ano dos litígios e demandas direcionadas à SES, com vistas ao aperfeiçoamento nas ações de saúde**

**OBJETIVO PES**

**2.4) Ampliar e garantir o acesso a cuidados especializados**

**ESTRATÉGIA**

**2.4.1) Fortalecimento do Programa Estadual de Transplantes - PET**

**METAS**

**Aumentar em 17% a captação de órgãos para transplante**

**Aumentar em 100% a captação de tecidos para transplante**

**ESTRATÉGIA**

**2.4.2) Expansão e Qualificação da Hemorrede**

**METAS**

**Apoiar a implantação de 100% da rede de referência e contrarreferência no atendimento às Coagulopatias**

**Apoiar a implantação de 100% da rede de referência e contrarreferência no atendimento às pessoas com Doença Falciforme**

**Alcançar o índice de no mínimo 3% da população doadora ao ano na Hemorrede pública**

**Ampliar o Programa Estadual de Qualificação da Hemorrede (PEQH) para 100% das Agências Transfusionais do estado**

**ESTRATÉGIA**

**2.4.3) Realização de Tratamento Fora de Domicílio**

**METAS**

**Garantir auxílio para 100% das solicitações elegíveis nos termos da legislação estadual vigente**

**ESTRATÉGIA**

**2.4.4) Assistência a pacientes com obesidade mórbida através da oferta de cirurgia bariátrica e cirurgia reparadora, mediante chamamento público**

**METAS**

**1.056 procedimentos cirúrgicos**

**ESTRATÉGIA**

**2.4.5) Apoio à assistência de alta complexidade em Cardiologia**

**METAS**

**Complementar a oferta de cirurgias cardíacas neonatal e/ou pediátrica, mediante chamamento público, para o atendimento de 1.000 crianças**

**Apoiar 100% dos municípios com serviços habilitados em assistência cardiovascular**

**ESTRATÉGIA**

**2.4.6) Apoio à Atenção Oncológica**

**METAS**

**Complementar a oferta de radioterapia mediante chamamento público para 05 serviços**

**Habilitar 05 novos serviços de radioterapia**

**Apoiar 100% dos municípios com unidade oncológica**

**OBJETIVO PES**

**2.5) Organizar a oferta de serviços assistenciais de acordo com diretrizes e parâmetros das linhas de cuidado prioritárias para o Estado**

**ESTRATÉGIA**

**2.5.1) Apoio à expansão e qualificação da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS**

**METAS**

**Apoiar 100% dos municípios**

**ESTRATÉGIA**

**2.5.2) Apoio à expansão e qualificação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - RCPD**

**METAS**

**Apoiar 100% das regiões**

**Apoiar 01 Centro de Tratamento de Anomalias Craniofaciais - CTAC/UERJ**

**ESTRATÉGIA**

**2.5.3) Apoio à expansão e qualificação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências em Saúde - RUE**

**METAS**

**Apoiar 100% das regiões**

## **ESTRATÉGIA**

### **2.5.4) Apoio à expansão e qualificação da atenção materno infantil**

#### **METAS**

**Apoiar 100% das regiões no fortalecimento da Rede Cegonha e dos Comitês de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna**

**Reduzir em 5% o número de partos cesáreos**

**Reduzir em 10% o número de óbitos maternos**

**Apoiar Ações de Humanização através das Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento em 100% das maternidades e hospitais que possuem linha Materno Infantil**

#### **OBJETIVO PES**

**2.6) Garantir a assistência farmacêutica e suprimento de outros insumos estratégicos no âmbito do SUS.**

## **ESTRATÉGIA**

### **2.6.1) Cofinanciamento da Assistência Farmacêutica Básica**

#### **METAS**

**Cofinanciar 100% dos municípios**

## **ESTRATÉGIA**

### **2.6.2) Prestação da Assistência Farmacêutica Especializada**

#### **METAS**

**2.025.000 atendimentos realizados com medicamento do CEAF**

**Apoiar 100% dos polos municipais de dispensação do CEAF**

**03 Unidades RIOFARMES em funcionamento**

**Apoiar tecnicamente 100% dos municípios**

**OBJETIVO PES**

**2.7) Fortalecer o complexo produtivo de ciência, tecnologia e inovação em saúde através do apoio às ações do Instituto Vital Brazil**

**ESTRATÉGIA**

**2.7.1) Desenvolvimento tecnológico, produção industrial e distribuição de medicamentos**

**METAS**

**1.200.000 Ampolas de soro**

**80.000.000 de cápsulas/ frascos de Rivastigmina**

**9.600.000 comprimidos de Mesilato de Imatinibe**

**08 Medicamentos/produtos registrados**

**08 Medicamentos/produtos distribuídos**

**ESTRATÉGIA**

**2.7.2) Realização de testes para detecção de Doenças Infecciosas e prevenção de Doenças Crônico-degenerativas (IVB)**

**METAS**

**2.112.000 Testes-bioquímico**

**800.000 Testes-diagnóstico**

**ESTRATÉGIA**

**2.7.3) Aprimoramento do processo de incorporação de tecnologias e desenvolvimento de projetos relacionados à pesquisa e à inovação em saúde através da disseminação do conhecimento científico**

**METAS**

**80 eventos/ trabalhos científicos**

## **EIXO III - GESTÃO EM SAÚDE**

### **3ª DIRETRIZ**

**FORTALECER A GESTÃO DO SUS, DE MODO A MELHORAR E APERFEIÇOAR A CAPACIDADE RESOLUTIVA DAS AÇÕES E SERVIÇOS PRESTADOS À POPULAÇÃO.**

### **OBJETIVO PES**

**3.1) Aperfeiçoar e fortalecer a gestão descentralizada e regionalizada do SUS.**

### **ESTRATÉGIA**

**3.1.1) Qualificação do Planejamento do SUS**

### **METAS**

**Apoiar 100% dos municípios para a elaboração e o monitoramento dos Instrumentos de Planejamento do SUS**

**Coordenar o processo de Planejamento Regional Integrado em 100% das regiões**

**Coordenar o monitoramento e avaliação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de 100% dos municípios, regiões de saúde e estado para o fortalecimento do planejamento integrado com vistas à implementação do COAP**

**Apoiar tecnicamente 100% dos municípios para utilização do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS**

### **ESTRATÉGIA**

**3.1.2) Fortalecimento da capacidade de governança regional e estadual do SUS**

### **METAS**

**Apoiar o funcionamento de 100% das instâncias regionais de governança do SUS (Comissão Intergestores Regional - CIR )**

**Apoiar o funcionamento da instância estadual de gestão compartilhada (Comissão Intergestores Bipartite - CIB)**

### **ESTRATÉGIA**

**3.1.3) Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde**

### **METAS**

**09 Consórcios Intermunicipais de Saúde**

### **ESTRATÉGIA**

**3.1.4) Aprimoramento contínuo da gestão do SUS no estado e dos serviços de saúde por meio da utilização de ferramentas da Qualidade**

### **METAS**

**20 Unidades da SES contempladas com a implementação do Modelo de Excelência em Gestão**

**Apoiar 100% das regiões na utilização das ferramentas de qualidade da gestão através das CIR**

**Realizar pesquisas de satisfação dos usuários em 100% das unidades SES**

### **ESTRATÉGIA**

**3.1.5) Fortalecimento dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização na gestão e atenção à saúde**

### **METAS**

**Desenvolver ações de Acolhimento às Famílias e aos Usuários do SUS, garantindo o direito à informação em 40% das unidades pré-hospitalares e hospitalares da SES (22 Unidades)**

**Apoiar espaços coletivos de construção do Projeto de Gestão do Cuidado em 30% das unidades estaduais (8 Unidades)**

**Implementar espaços de cogestão em 50% das maternidades e hospitais de urgência e emergência estaduais (4 Unidades)**

**Desenvolver ações de Saúde e Cultura em 50% dos hospitais da SES (13 unidades )**

**Apoiar a implantação da Política Estadual de Humanização nas Regiões Metropolitana I e II**

**Implementar o dispositivo de Acolhimento com Classificação de Risco em 100% das unidades estaduais pré-hospitalares e hospitalares de emergência (34 Unidades)**

### **ESTRATÉGIA**

**3.1.6) Fortalecimento da capacidade de gestão e atuação da Auditoria estadual**

### **METAS**

**100% auditorias demandadas**

**100% das unidades da Secretaria Estadual de Saúde**

**ESTRATÉGIA**

**3.1.7) Produção, qualificação e disseminação de informação em saúde oportuna, garantindo publicidade e transparência, e apoiando a tomada de decisão**

**METAS**

**100% das informações estratégicas em saúde qualificadas para disseminação**

**OBJETIVO PES**

**3.2) Aprimorar e fortalecer a regulação, o controle e a avaliação da rede de serviços, garantindo maior racionalidade e qualidade no SUS**

**ESTRATÉGIA**

**3.2.1) Organização do acesso aos serviços de saúde por meio da Cogestão das Centrais Regionais de Regulação**

**METAS**

**Regular o acesso aos procedimentos assistenciais estratégicos em 100% das unidades federais, estaduais e contratualizadas, através do Complexo Regulador Estadual**

**ESTRATÉGIA**

**3.2.2) Fortalecimento das ações municipais para a qualificação, controle e avaliação da atenção de alta e média complexidade**

**METAS**

**Apoiar 100% dos municípios**

**OBJETIVO PES**

**3.3) Ampliar e fortalecer a participação popular e o controle social.**

**ESTRATÉGIA**

**3.3.1) Fortalecimento do Controle Social através do protagonismo dos Conselhos de Saúde Estadual e Municipais na formulação, fiscalização e deliberação das Políticas de Saúde**

**METAS**

**Conselho Estadual de Saúde em funcionamento**

**Apoiar 100% dos Conselhos Municipais de Saúde**

**Capacitar 100% dos Conselheiros estaduais**

### **ESTRATÉGIA**

**3.3.2) Fortalecimento da Política de Gestão Estratégica e Participativa com vistas à promoção da equidade e participação social**

### **METAS**

**Apoiar tecnicamente 100% dos serviços de Auditoria municipais**

**Apoiar tecnicamente 100% dos serviços de Ouvidoria municipais**

**Realizar Ouvidoria Itinerante em 100% das unidades de saúde da SES/RJ**

**Apoiar tecnicamente 100% das Ouvidorias descentralizadas pertencentes à estrutura da SES/RJ**

**Apoiar tecnicamente 100% das regiões no que tange à Política de Gestão Estratégica e Participativa**

**Instituir 2 Comitês Estaduais de Saúde (População do Campo, Floresta e Águas e Educação Popular em Saúde)**

### **OBJETIVO PES**

**3.4) Promover a adequada formação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho e dos profissionais da saúde**

### **ESTRATÉGIA**

**3.4.1) Implementação de ações de Educação em Saúde para o desenvolvimento dos profissionais e qualificação das práticas de gestão e atenção à saúde**

### **METAS**

**Implementar 100% das ações sob responsabilidade da SES/ RJ constantes nos Planos Anuais de Educação Permanente em Saúde**

### **ESTRATÉGIA**

**3.4.2) Qualificação da formação dos profissionais de saúde direcionada às necessidades do SUS**

### **METAS**

**12.000 Bolsas auxílio concedidas a residentes**

**Implantar 02 novos Programas de Residência Médica nas unidades de saúde da SES**

**Implantar 01 novo Programa de Residência Multiprofissional nas unidades de saúde da SES**

**Elaborar 1 Plano de adequação e qualificação dos campos de estágio, nas unidades da SES/RJ, para alunos de nível médio e superior na área da saúde.**

**ESTRATÉGIA**

**3.4.3) Promoção da melhoria nos processos relacionados à perícia previdenciária e saúde ocupacional dos servidores civis do estado**

**METAS**

**Elaborar e implantar 1 Plano estratégico de Saúde Ocupacional aos servidores civis do estado**

**Implementar auditoria para 100% das licenças médicas concedidas com afastamento superior a 150 dias**

**Implementar melhorias em 100% dos termos de readaptação funcional**

**ESTRATÉGIA**

**3.4.4) Valorização dos trabalhadores e desenvolvimento do trabalho no SUS**

**METAS**

**01 Mesa de negociação em funcionamento**

**Reestruturar o Plano de Carreiras Cargos e Salários**

**Elaborar Projeto de Lei para criação de 03 carreiras de Estado (Auditor do SUS, Perito Médico, Especialista em Vigilância em Saúde)**

**Apoiar tecnicamente 100% das regiões nas ações pertinentes à Gestão do Trabalho**

**OBJETIVO PES**

**3.5) Promover o desenvolvimento institucional da SES/RJ com vistas à integração das suas áreas e à melhoria da execução das ações planejadas**

**ESTRATÉGIA**

**3.5.1) Valorização da percepção do cidadão com vistas ao aperfeiçoamento das ações de saúde da SES/RJ, através da análise dos dados da Ouvidoria**

**METAS**

**Disseminar 100% das demandas acolhidas pela Ouvidoria às áreas técnicas competentes**

**ESTRATÉGIA**

**3.5.2) Fortalecimento da cultura de planejamento na SES/RJ, contribuindo para maior resolubilidade e qualidade da gestão**

**METAS**

**Desenvolver 1 Sistema informatizado de integração do Planejamento e Orçamento**

**Coordenar o processo de elaboração, monitoramento e avaliação de 100% dos Instrumentos estaduais de Planejamento do SUS**