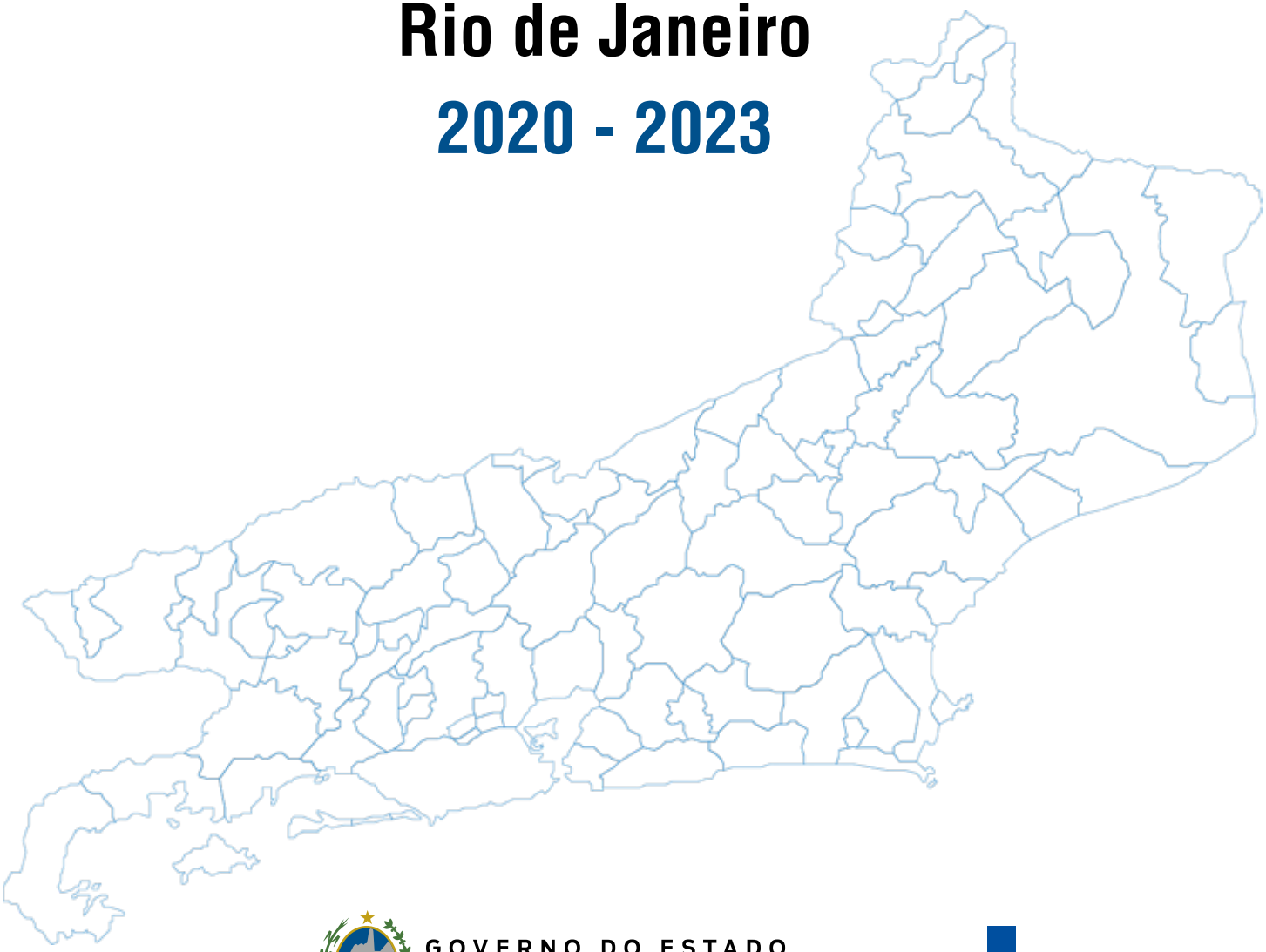
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

Rio de Janeiro

2020 - 2023



Secretaria de
Saúde

GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

SUS

Governador do Estado do Rio de Janeiro
Wilson José Witzel

Vice-Governador
Cláudio Bomfim de Castro e Silva

Secretário de Estado de Saúde
Edmar José Alves dos Santos

Chefe de Gabinete
Elaine Lúcio Pereira

Subsecretario Geral
Roberto Pozzan

Subsecretária de Gestão da Atenção Integral à Saúde
Mariana Tomasi Scardua

Subsecretária de Vigilância em Saúde
Claudia Maria Braga de Mello

Subsecretário Jurídico
Felipe de Melo Fonte

Subsecretário de Controle Interno e *Compliance*
Wanderley da Cruz Amaral

Subsecretária Executiva
Maria Thereza Azevedo

Subsecretária de Pós-Graduação, Ensino e Pesquisa em Saúde
Anna Tereza Miranda Soares de Moura

Assessora de Planejamento em Saúde
Monica Morrissy Martins Almeida

Assessora de Regionalização
Renata Carnevale Carneiro Chermont de Miranda

Presidente do Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro- CES-RJ
Zaira Vanea Gomes da Costa

Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro - COSEMS
Maria da Conceição de Souza Rocha

Presidente do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS
Alberto Beltrame

EQUIPE DE ELABORAÇÃO – SES-RJ

COORDENAÇÃO: ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE

ÁREAS DA SES ENVOLVIDAS:

GABINETE DO SECRETÁRIO
Assessoria de Regionalização
Assessoria de Comunicação, Design e Eventos

SUBSECRETARIA GERAL
Assessoria de Informação em Saúde
Assessoria Técnica de Convênios

SUBSECRETARIA DE GESTÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
Superintendência de Atenção Primária à Saúde
Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação
Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações em Situação de Vulnerabilidade
Superintendência de Unidades Hospitalares
Superintendência de Monitoramento da Qualidade das Unidades de Saúde
Superintendência de Regulação
Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental
Superintendência de Vigilância Sanitária
Superintendência de Gestão de Vigilância em Saúde

SUBSECRETARIA EXECUTIVA
Superintendência de Compras e Licitações
Superintendência de Logística, Suprimentos e Patrimônio
Coordenação de Perícia Médica e Saúde Ocupacional
Superintendência de Recursos Humanos
Superintendência de Informática
Superintendência de Orçamentos e Finanças
Coordenação de Planejamento Orçamentário

SUBSECRETARIA DE CONTROLADORIA GERAL DA SES
Superintendência de Auditoria Geral da SES
Auditoria SUS
Ouvidoria Geral da SES

SUBSECRETARIA JURÍDICA
Assessoria de Atendimento às Demandas Judiciais
Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

SUBSECRETARIA DE EDUCAÇÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE
Superintendência de Educação Permanente
Coordenação de Ensino
Coordenação de Pesquisa

Agradecemos ao Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro – CES-RJ, pela participação e contribuições na elaboração do Plano Estadual de Saúde 2020-2023.

Sumário

Apresentação 15
Introdução 16
1. Espaço e perfil sociodemográfico 20
1.1. Urbanização e saneamento básico 24
1.2. Expectativa de vida ao nascer 26
2. Aspectos epidemiológicos 28
2.1. Códigos *garbage* e causas mal definidas 28
2.2. Mortalidade 31
2.2.1. Taxas de mortalidade 31
2.2.2. Mortalidade proporcional 32
2.3. Internação hospitalar/morbidade 36
2.3.1. Taxa de internação 36
2.3.2. Proporção de internações hospitalares 36
2.4. Doenças raras 40
2.5. Saúde, adoecimento e morte: contexto socioeconômico, demográfico e cultural 40
3. Organização da Rede de Atenção à Saúde 41
3.1. Vigilância em saúde 42
3.1.1. Rede de laboratórios 43
3.1.2. Vigilância epidemiológica 46
3.1.2.1. Imunização 46
3.1.2.2. Doenças e agravos não transmissíveis – DANT 47
3.1.2.2a. Doenças crônicas não transmissíveis 48
3.1.2.2b. Fatores de risco 52
3.1.2.2c. Violências 56
3.1.2.3. Doenças transmissíveis 59
3.1.2.3a. Sífilis 59
3.1.2.3b. HIV/AIDS 61
3.1.2.3c. Tuberculose 62
3.1.2.3d. Hanseníase 63
3.1.2.3e. Hepatite C 65
3.1.2.4. Arboviroses 66
3.1.2.5. Zoonoses 68
3.1.2.5a. Febre maculosa brasileira 68
3.1.2.5b. Leishmaniose 69
3.1.2.5c. Raiva humana 69
3.1.2.5d. Esporotricose 71
3.1.2.5e. Leptospirose 71
3.1.2.6. Acidentes por animais peçonhentos 72
3.1.2.7. Vigilância epidemiológica hospitalar 73
3.1.2.8. Vigilância da qualidade da água para consumo humano – VIGIAGUA 73
3.1.2.9. Saúde do trabalhador 75
3.2. Atenção Primária em Saúde 77
3.2.1. Cobertura populacional por equipes de Atenção Primária 77
3.2.2. Acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família 77
3.2.3. Saúde bucal 78
3.2.4. Programa de melhoria da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB) 81
3.2.5. Programa Saúde na Escola 81
3.2.6. Práticas Integrativas e Complementares 81
3.2.7. e-SUS 82
3.3. Atenção especializada à saúde 83
3.3.1. Capacidade instalada 83
3.3.1.1. Leitos de internação 83
3.3.1.2. Leitos complementares 85
3.3.2. Estabelecimentos de saúde sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde 86
3.3.3. Estimativa da necessidade de leitos 91
3.3.4. Alta complexidade 93
3.3.4.1. Cardiologia 93

3.3.4.2. Doação de órgãos, tecidos e transplantes 99
3.3.4.3. Hemorrede 99
3.3.4.4. Oncologia 100
3.3.4.5. Neurologia 109
3.3.4.6. Ortopedia 111
3.3.4.7. Oftalmologia 114
3.3.4.8. Terapia renal substitutiva 114
3.4. Rede de atenção materno-infantil 117
3.4.1. Mortalidade de mulheres em idade fértil e mortalidade materna 119
3.4.2. Mortalidade infantil 121
3.4.3. Taxa de cesáreas 123
3.5. Rede de atenção psicossocial - RAPS 124
3.6. Rede estadual de Urgência e Emergência - RUE 126
3.7. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – RCPD 128
3.8. Assistência farmacêutica 129
4. Gestão em saúde 131
4.1. Regionalização da saúde 131
4.2. Planejamento estadual 131
4.3. Planejamento Regional Integrado – PRI 133
4.4. Controle e avaliação 134
4.5. Judicialização da saúde 134
4.6. Auditoria 136
4.7. Ouvidoria 136
4.8. Regulação estadual – central estadual e centrais regionais 138
4.9. Educação em Saúde 142
4.9.1. Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço Estadual - CIES 142
4.9.2. Educação permanente em saúde 142
4.9.3. Formação de profissionais de saúde 143
4.9.4. Escola de formação técnica em saúde Enfermeira Isabel dos Santos 144
4.10. Instituto Vital Brasil 145
4.11. Conselho Estadual de Saúde 145
4.12. Financiamento das ações e serviços de saúde na secretaria estadual de saúde no ciclo de planejamento 2016-2019 147
5. Matriz DOMI do Plano Estadual de Saúde, 2020 a 2023 148

Índice de Ilustrações/Figuras

Figura 01. Mapa do estado do Rio de Janeiro dividido em regiões de saúde 20
Figura 02. Mapas de incidência acumulada de casos de chikungunya e dengue segundo regiões de saúde e municípios de residência, 2019 68

Índice de Tabelas

Tabela 01. População estimada, densidade de ocupação e índice de envelhecimento das regiões de saúde e do estado do Rio de Janeiro, 2015-2018 21
Tabela 02. Analfabetos com 15 anos ou mais por sexo e cor/raça, 2017 23
Tabela 03. Valor do rendimento nominal médio por cor/raça e rendimento da população negra em relação ao da população branca, dezembro de 2016 23
Tabela 04. Percentual de moradores por condição de saneamento básico e situação do domicílio, 2015 25
Tabela 05. População absoluta e relativa segundo sexo e vinculação a planos de saúde de modalidade hospitalar, 2017 25
Tabela 06. Expectativa de vida ao nascer e aos 60 anos de idade, por sexo, nas regiões de saúde e estado do Rio de Janeiro, para o quadriênio 2012-2015 27
Tabela 07. Expectativa de vida caso se atinja os 60 anos de idade, segundo regiões de saúde e Estado do Rio de Janeiro, 2012-2015 28
Tabela 08. Proporção de registro de óbitos com causa básica definida por regiões de saúde, 2011-2017 29
Tabela 09. Causa básica de mortalidade e códigos *Garbage*, por capítulos da CID-10, estado do Rio de Janeiro, 2016 30
Tabela 10. Taxa de mortalidade, por capítulos da CID-10, estado do Rio de Janeiro, 1997 a 2016 34
Tabela 11. Mortalidade proporcional por capítulos da CID-10, segundo faixa etária e sexo, estado do Rio de Janeiro, 2016 35
Tabela 12. Taxa de internação hospitalar SUS, por capítulos da CID 10, estado do Rio de Janeiro, 2008 a 2017 38
Tabela 13. Internação proporcional SUS, por faixa etária, segundo os capítulos da CID 10, estado do Rio de Janeiro, 2017 39
Tabela 14. Produção do LACEN, 2015 a 06 de novembro de 2018 44
Tabela 15. Cobertura vacinal por região de saúde e imunobiológico, 2017 47
Tabela 16. Cobertura vacinal por Região de saúde e imunobiológico, 2018 47
Tabela 17. Cobertura vacinal (acumulada até setembro), por região de saúde e imunobiológico, 2019 47
Tabela 18. Situação dos polos do Programa da Academia da Saúde no estado do Rio de Janeiro, por região de saúde, em agosto de 2018. 55
Tabela 19. Número de notificações de violência, segundo faixa etária e região de saúde, estado do Rio de Janeiro, 2017 58
Tabela 20. Taxa de incidência (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida, segundo regiões do estado do Rio de Janeiro, nos anos de 2014 a 2018 60
Tabela 21. Taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos) de sífilis em gestante segundo regiões do estado do Rio de Janeiro, nos anos de 2014 a 2018 60
Tabela 22. Taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos) de sífilis congênita segundo regiões do estado do Rio de Janeiro, nos anos de 2014 a 2018 61
Tabela 23. Percentual de casos notificados com Anti-HCV reagente que realizaram o exame de HCV-RNA, segundo regiões de saúde, 2015 a 2018 66
Tabela 24. Número de casos prováveis e óbitos confirmados por dengue, chikungunya e zika no estado do Rio de Janeiro, 2015 a 2018 67
Tabela 25. Número de casos confirmados de leptospirose e óbitos/taxa de letalidade, 2017 e 2018 72
Tabela 26. Frequência e distribuição percentual de casos de agravos e doenças relacionados ao trabalho segundo ano de notificação, estado do Rio de Janeiro, 2010-2017. 76
Tabela 27. Acompanhamento das condicionalidades das famílias do Programa Bolsa Família no estado do Rio de Janeiro, na 2ª vigência de 2017 e na 1ª vigência de 2018 78
Tabela 28. Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e na Atenção Primária do estado do Rio de Janeiro e suas regiões de saúde, de 2013 a 2017 79
Tabela 29. Desempenho percentual das equipes do estado do Rio de Janeiro no 3º ciclo do PMAQ por região de saúde 80

Tabela 30. Quantidade de leitos SUS de internação por especialidade detalhada e esfera jurídica, estado do Rio de Janeiro, abril/2019 84
Tabela 31. Quantidade de leitos complementares SUS habilitados, por especialidade detalhada e esfera jurídica, estado do Rio de Janeiro, abril/2019 85
Tabela 32. Quantidade de leitos complementares SUS não habilitados, por especialidade detalhada e esfera administrativa, estado do Rio de Janeiro, abril/2019 86
Tabela 33. Diferença entre leitos gerais de internação SUS estimados e registrados no CNES, janeiro de 2018 92
Tabela 34. Diferença entre leitos de UTI estimados e existentes, segundo CNES, janeiro/2018. 92
Tabela 35. Quantitativo dos prestadores de serviço de atenção cardiovascular de alta complexidade, estado do Rio de Janeiro, 2018 93
Tabela 36. Percentual da produção mínima esperada, segundo parâmetros da Portaria SAS/MS nº 210/2004, correspondente ao produzido pelos prestadores habilitados do estado do Rio de Janeiro, 2017 98
Tabela 37. Tipos de serviço da hemorrede distribuídos por região de saúde do estado do Rio de Janeiro 99
Tabela 38. Estimativa da população doadora por região de saúde, total de coletas em 2017 e déficit transfusional 100
Tabela 39. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e população feminina da mesma faixa etária 101
Tabela 40. Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população feminina da mesma faixa etária 102
Tabela 41. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados por região de saúde, 2010 a 2017 119
Tabela 42. Proporção de óbitos maternos investigados por região de saúde, 2010 a 2017 120
Tabela 43. Número de óbitos maternos por região de saúde, 2008 a 2017 121
Tabela 44. Taxa de mortalidade infantil por região de saúde, 2008 a 2017 121
Tabela 45. Distribuição proporcional dos óbitos infantis por componentes, segundo região de saúde, estado do Rio de Janeiro, 2017 123
Tabela 46. Proporção de óbitos infantis e fetais investigados por região de saúde, 2010 a 2017 123
Tabela 47. Proporção de parto normal no SUS e na Saúde Suplementar por região de saúde, 2008 a 2017 124
Tabela 48. Proporção de municípios com ouvidoria implantada e nº de ouvidorias implantadas 137
Tabela 49. Execução orçamentária no ciclo 2016-2019 (janeiro a outubro/2019) 148
Tabela 50. Restos a pagar pagos em cada um dos anos do ciclo 2016-2019 (janeiro a outubro/2019) 148

Índice de Gráficos

Gráfico 01. Taxas específicas de fecundidade - filhos por 100 mulheres, 2000 e 2015 22
Gráfico 02. Comparação entre as estruturas etárias das populações branca e negra, 2017 23
Gráfico 03. Evolução do emprego formal, 2003 a 2018 26
Gráfico 04. Expectativa de vida por faixa de idade e sexo no estado do Rio de Janeiro, para o quadriênio 2012-2015 27
Gráfico 05. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) dos residentes no estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde para o conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), período 2012 (ano base) a 2017 49
Gráfico 06. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) dos residentes no estado do Rio de Janeiro para o conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), e projeção esperada com redução de 2% ao ano, 2013 a 2017 50
Gráfico 07. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) dos residentes no estado do Rio de Janeiro para cada uma das principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), e projeção esperada com redução de 2% ao ano, 2013 a 2017 50
Gráfico 08. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) dos residentes no estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde para as quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), 2013 a 2017 51
Gráfico 09. Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por fase do ciclo da vida, estado do Rio de Janeiro, 2018 52
Gráfico 10. Análise comparativa entre tabagistas em atendimento e tabagistas esperados, 2017 a 2018 54
Gráfico 11. Taxa de mortalidade por doenças, condições e lesões nas quais o álcool foi mencionado, segundo região de saúde e estado do Rio de Janeiro, 2017 56
Gráfico 12. Evolução das notificações de violências no estado do Rio de Janeiro, 2008 a 2017 57
Gráfico 13. Proporção de unidades de saúde que atendem ao SUS e que realizam notificação de violência doméstica, sexual e outras violências 57
Gráfico 14. Taxa de incidência de tuberculose, 2010 a 2018, estado do Rio de Janeiro 63
Gráfico 15. Taxa de detecção de hanseníase segundo regiões de saúde, 2018. 64
Gráfico 16. Proporção de contatos de hanseníase examinados segundo regiões de saúde, 2018 64
Gráfico 17. Proporção de cura de hanseníase, segundo regiões do estado do Rio de Janeiro, 2018. 65
Gráfico 18. Incidência acumulada (por 100 mil habitantes) de casos prováveis de dengue, chikungunya e zika segundo mês de início de sintomas, 2015 a 2018 67
Gráfico 19. Distribuição do número de notificações dos atendimentos aos acidentes com animais potencialmente transmissores do vírus da raiva, segundo ano de notificação, estado do Rio de Janeiro, 2010 a 2018 70
Gráfico 20. Casos de raiva em animais e cobertura vacinal, 2000 a 2018 71
Gráfico 21. Acidentes por animais peçonhentos conforme o tipo de acidente nos anos de 2018 e 2019 72
Gráfico 22. Percentual de realização das três análises básicas do VIGIÁGUA, estado do Rio de Janeiro, 2016 a 2019 74
Gráfico 23. Percentual de realização das três análises básicas do VIGIÁGUA por regiões de saúde, 2018 74
Gráfico 24. Cobertura populacional estimada por equipes de Atenção Primária, de janeiro de 2007 a julho de 2018 77
Gráfico 25. Taxa de mortalidade infantil e número de nascidos vivos, estado do Rio de Janeiro, 2008 a 2017 122

Índice de Quadros

Quadro 01. Distribuição de DOMI na Matriz do Plano Estadual de Saúde – PES 2020-2023 18
Quadro 02. Rede de laboratórios para carga viral de HIV, hepatites B e C, e contagem de linfócitos CD4/CD8 44
Quadro 03. Rede de laboratórios para análise microbiológica de água para consumo humano do VIGIÁGUA 45
Quadro 04. Rede de laboratórios para exames de tuberculose 45
Quadro 05. Dados relativos à adesão de equipamentos de saúde e educação e de recursos financeiros atrelados ao PSE, ciclo 2017/2018, no estado do Rio de Janeiro 81
Quadro 06. Distribuição das unidades sob gestão da Secretaria de Estado de Saúde, por região de saúde/município, segundo o tipo de administração e a capacidade instalada de leitos, 2019. 87
Quadro 07. Caracterização das unidades de saúde sob gestão estadual, 2019 88
Quadro 08. Distribuição de leitos de internação e leitos complementares por especialidade, nas unidades sob gestão da Secretaria de Estado de Saúde, 2019 90
Quadro 09. Comparativo da produção da alta complexidade em cardiologia, por prestador, segundo parâmetros da habilitação, 2017 95
Quadro 10. Estimativa da necessidade de serviços de atenção cardiovascular de alta complexidade no estado do Rio de Janeiro 98
Quadro 11. Estimativa de casos novos de câncer/ano, para as regiões de saúde e o estado do Rio de Janeiro 103
Quadro 12. Estimativa da necessidade de procedimentos cirúrgicos, quimioterápicos e radioterápicos relativos aos casos novos de câncer/ano esperados, para as regiões de saúde e o estado do Rio de Janeiro 103
Quadro 13. Produção de procedimentos oncológicos, segundo região de saúde de residência e de ocorrência, novembro 2016 a novembro de 2017 105
Quadro 14. Percentual de procedimentos realizados em relação aos esperados por região de saúde de residência e de ocorrência 105
Quadro 15. Comparativo da produção da alta complexidade em oncologia, por prestador, segundo parâmetros da habilitação, 2017 106
Quadro 16. Distribuição e suficiência de UNACON/CACON por região de saúde 108
Quadro 17. Comparativo da produção da alta complexidade em neurologia dos anos 2017 e 2018, por prestador habilitado, segundo parâmetro mínimo da Portaria 391/2015 110
Quadro 18. Produção de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia, em prestadores com outra habilitação em procedimentos comuns, 2017-2018 111
Quadro 19. Comparativo da produção da alta complexidade em traumatologia e ortopedia, por prestador habilitado, segundo parâmetros da Portaria MS/SAS nº 90/2009, 2017 113
Quadro 20. Parâmetro Georreferencial para unidades de atenção especializada em oftalmologia 114
Quadro 21. Serviços de nefrologia credenciados ao SUS no estado do Rio de Janeiro, 2018 115
Quadro 22. Suficiência e distribuição de máquinas de TRS pelas regiões de saúde, 2018 117
Quadro 23. Serviços da Rede de Atenção Psicossocial habilitados pelo Ministério da Saúde, julho/2018 124
Quadro 24. Rede de Atenção Psicossocial implantada no estado do Rio de Janeiro 125
Quadro 25. Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), estado do Rio de Janeiro, 2019 127
Quadro 26. Serviços de Pronto Atendimento/Pronto Socorro às urgências com sala de estabilização, regiões de saúde e estado do Rio de Janeiro, 2019 127
Quadro 27. Número de hospitais (gerais e especializados) com atendimento à demanda espontânea SUS às urgências (porta aberta), por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2019 128
Quadro 28. Matriz do Plano Regional Integrado - PRI 133
Quadro 29. Distribuição de cursos de residência nas unidades estaduais 144
Quadro 30. Situação dos Planos Estaduais de Saúde – SES/RJ, vigências 2012-2015 e 2016-2019 147
Quadro 31. Situação das Programações Anuais de Saúde – SES/RJ, vigências 2012 a 2019 147
Quadro 32. Situação dos Relatórios Anuais de Gestão – SES/RJ, vigências 2012 a 2018 147

Índice de Anexos

ANEXO A	Diretrizes da 8ª Conferência Estadual de Saúde do RJ em diálogo com o PES
ANEXO B	Ocupação do espaço e ligações rodoviárias no estado do Rio de Janeiro
ANEXO C	Códigos *Garbage*
ANEXO D	Óbitos no estado do Rio de Janeiro, 2016
ANEXO E	Internações hospitalares no estado do Rio de Janeiro, 2017
ANEXO F	Sobrepeso e obesidade, 2016
ANEXO G	Violência
ANEXO H	Média e alta complexidade em oftalmologia
ANEXO I	Polos municipais e farmácias estaduais de dispensação de medicamentos do CEAF-RJ
ANEXO J	Rol dos Indicadores pactuados tripartite e bipartite 2017 a 2021

Lista de Siglas e Abreviaturas

Sigla		**Significado**
AB	___	Atenção Básica
AD	___	Administração Direta
AF	___	Assistência Farmacêutica
AIDPI	___	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AIDS	___	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
ALERJ	___	Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
ANS	___	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	___	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	___	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
APIWEB	___	Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunizações versão WEB
APS	___	Atenção Primária em Saúde
AT	___	Agência Transfusional
AVC	___	Acidente Vascular Cerebral
BIG	___	Região da Baía da Ilha Grande
BL	___	Região da Baixada Litorânea
CACON	___	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CAPS	___	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	___	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS i	___	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CCIH	___	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEAF	___	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEO	___	Centros de Especialidades Odontológicas
CEPCMMP	___	Comitê Estadual de Prevenção e Controle da Morte Materna e Perinatal
CER	___	Centros Especializados de Reabilitação
CER/RJ	___	Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade
CES-RJ	___	Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
CG	___	Código *Garbage*
CGIAE	___	Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas

Sigla		Significado
CGR	___	Colegiados de Gestão Regional
CHIKV	___	Chikungunya Vírus
CIB-RJ	___	Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro
CICC	___	Centro Integrado de Comando e Controle
CIES	___	Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço
CIR	___	Comissão Intergestores Regionais
CIT	___	Comissão Intergestores Tripartite
CMReg	___	Centrais Municipais de Regulação
CNS	___	Conselho Nacional de Saúde
CNES	___	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP	___	Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde
COMPERJ	___	Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro
CONASS	___	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONEP	___	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CONITEC	___	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
COSEMS	___	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CREG	___	Centrais Regionais de Regulação
CS	___	Região Centro Sul
DAC	___	Doenças do Aparelho Circulatório
DANT	___	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DAR	___	Doenças do Aparelho Respiratório
DATASUS	___	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	___	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DENV	___	Dengue Vírus
DIP	___	Doenças Infecciosas e Parasitárias
DNC	___	Doenças de Notificação Compulsória
DR	___	Doenças Raras
DRC	___	Doenças Respiratórias Crônicas
EPS	___	Educação Permanente em Saúde
eSB	___	Equipes de Saúde Bucal
eSF	___	Equipes de Saúde da Família
ESF	___	Estratégia de Saúde da Família
ETIS	___	Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos
Fiocruz	___	Fundação Oswaldo Cruz
FMB	___	Febre Maculosa Brasileira
FS	___	Fundação Saúde
GAL	___	Gerenciador de Ambiente Laboratorial
GAR	___	Gestação de Alto Risco
GCE-RC	___	Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha
GCPP	___	Gestão Compartilhada Público – Privado
GDTVZ	___	Gerência de Doenças Transmitidas por Vetores e Zoonoses
GIST/AIDS	___	Gerência de IST/AIDS
GM/MS	___	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
GSM	___	Gerência de Saúde Mental
GTI	___	Grupos de Trabalho Intersetoriais
HC	___	Hemocentro Coordenador

Sigla		Significado
HEAL	___	Hospital Estadual Azevedo Lima
HEAPN	___	Hospital Estadual Adão Pereira Nunes
HEAT	___	Hospital Estadual Alberto Torres
HEC	___	Hospital Estadual da Criança
HECC	___	Hospital Estadual Carlos Chagas
HEGV	___	Hospital Estadual Getúlio Vargas
HEMAE	___	Hospital Estadual da Mãe
HEMULHER	___	Hospital Estadual da Mulher Heloneida Studart
HERC	___	Hospital Estadual Roberto Chabo
HESM	___	Hospital Estadual Santa Maria
HIV	___	Vírus da Imunodeficiência Humana
HR	___	Hemocentro Regional
HTODL	___	Hospital de Traumatologia e Ortopedia D. Lindu
HUAP	___	Hospital Universitário Antônio Pedro
HUCFF	___	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
HUV	___	Hospital Universitário de Vassouras
IBGE	___	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IECAC	___	Instituto Estadual de Cardiologia Aloísio de Castro
IECPN	___	Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer
IEDE	___	Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia
IEISS	___	Instituto Estadual de Infectologia São Sebastião
IFF	___	Instituto Fernandes Figueira
IMS	___	Instituto de Medicina Social
INC	___	Instituto Nacional de Cardiologia
INCA	___	Instituto Nacional do Câncer
INI	___	Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas
IPEC	___	Instituto de Pesquisa Clínica do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas
IST	___	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LABACH	___	Laboratório de Análises de Água para Consumo Humano
LACEN	___	Laboratório Central de Saúde Pública Noel Nutels
LAPIA	___	Laboratório de Pesquisa em Imunologia e AIDS
LDO	___	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LGBT	___	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
LOA	___	Lei Orçamentária Anual
LRE	___	Laboratório de Referência Estadual
LRPD	___	Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
LTA	___	Leishmaniose Tegumentar Americana
LV	___	Leishmaniose Visceral
MAC	___	Média e Alta Complexidade
MEC	___	Ministério da Educação
Metro I	___	Região Metropolitana I
Metro II	___	Região Metropolitana II
MIF	___	Mulheres em Idade Fértil
MP	___	Região do Médio Paraíba
MS	___	Ministério da Saúde

Sigla		Significado
MTE	___	Ministério do Trabalho e Emprego
N	___	Região Norte
NASF	___	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEH	___	Núcleo de Epidemiologia Hospitalar
NEO	___	Neoplasias
NH	___	Núcleo de Hemoterapia
NO	___	Região Noroeste
NOAS	___	Norma Operacional de Assistência à Saúde
ODM	___	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	___	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	___	Organização Mundial de Saúde
ONU	___	Organizações das Nações Unidas
OPAS	___	Organização Panamericana de Saúde
OSS	___	Organização Social de Saúde
PAC	___	Programa de Aceleração do Crescimento
PAHI	___	Programa de Apoio aos Hospitais do Interior
PAREPS	___	Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde
PAS	___	Programação Anual de Saúde
PCDT	___	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PEEPS	___	Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde
PES	___	Plano Estadual de Saúde
PET	___	Programa Estadual de Transplantes
PICS	___	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PMAQ	___	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMS	___	Plano Municipal de Saúde
PNAD	___	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAN	___	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNEPS	___	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNSP	___	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PNVS	___	Política Nacional de Vigilância em Saúde
PPA	___	Plano Plurianual
PPI	___	Programação Pactuada e Integrada
PPL	___	Pessoas Privadas de Liberdade
PPSUS	___	Programa Pesquisa para o SUS
PROEPS-SUS	___	Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente no SUS
PROADESS	___	Programa de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde
PS	___	Plano de Saúde
PSE	___	Programa Saúde na Escola
RAAS	___	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
RAG	___	Relatório Anual de Gestão
RAIS	___	Relação Anual de Informações Sociais
RAPS	___	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	___	Redes de Atenção à Saúde
RCPD	___	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RDQA	___	Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior

Sigla		Significado
RELSP	___	Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública
RETSUS	___	Rede de Escolas Técnicas do SUS
RIO FARMES	___	Farmácias Estaduais de Dispensação de Medicamentos Especiais
RIPSA	___	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RUE	___	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAECA	___	Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação
SAFIE	___	Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
SAS	___	Secretaria de Atenção à Saúde
SCNES	___	Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
SERR	___	Região Serrana
SED	___	Superintendência de Educação em Saúde
SER	___	Sistema Estadual de Regulação
SES-RJ	___	Secretaria de Estado de Saúde - Rio de Janeiro
SHR	___	Serviço Hospitalar de Referência
SRT	___	Serviços Residenciais Terapêuticos
SIA	___	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH-SUS	___	Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde
SIM	___	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	___	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	___	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIPNI	___	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
SISAGUA	___	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
SISCAN	___	Sistema de Informação do Câncer
SISLAB	___	Laboratórios de Saúde Pública
SISVAN	___	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	___	Secretaria Municipal de Saúde
SNA	___	Sistema Nacional de Auditoria
SNC	___	Sistema Nervoso Central
STR	___	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUBPEPS	___	Subsecretaria de Pós-Graduação, Ensino e Pesquisa em Saúde
SUS	___	Sistema Único de Saúde
SVEA	___	Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental
SVS	___	Secretaria de Vigilância em Saúde
SVS/SES-RJ	___	Subsecretaria de Vigilância em Saúde - Secretaria de Estado de Saúde - Rio de Janeiro
TARV	___	Terapia Antirretroviral
TCT	___	Termos de Cooperação Técnica
TCU	___	Tribunal de Contas da União
TEA	___	Transtornos do Espectro do Autismo
TMI	___	Taxa de Mortalidade Infantil
TRS	___	Terapia Renal Substitutiva
UAi	___	Unidade de Acolhimento Infanto Juvenil
UAa	___	Unidade de Acolhimento Adulto
UCI	___	Unidade de Cuidados Intermediários
UCINCa	___	Unidade de Cuidados Intermediários - Neonatal Canguru

Sigla		Significado
UCINCo	___	Unidade de Cuidados Intermediários - Neonatal Convencional
UCO	___	Unidade Coronariana
UCT	___	Unidade de Coleta e Transfusão
UERJ	___	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UF	___	Unidade da Federação
UFMA	___	Universidade Federal do Maranhão
UFRJ	___	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UI	___	Unidade Intermediária
UNACON	___	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
UNIRIO	___	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UPA	___	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	___	Unidade de Terapia Intensiva
VEH	___	Vigilância Epidemiológica Hospitalar
VIGIAGUA	___	Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
VIVA	___	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
VS	___	Vigilância em Saúde
ZIKV	___	Zika Vírus

Apresentação

A Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro – SES-RJ apresenta o Plano que irá conduzir as ações da saúde pública estadual entre os anos de 2020 e 2023. Este Plano marca a mudança na gestão com a reorientação da política pública de saúde na direção da estruturação e fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e a retomada dos investimentos nos sistemas de saúde municipais. A construção do novo Plano foi realizada com a intensa participação da comunidade de trabalhadores de saúde, de gestores estaduais e do Conselho Estadual de Saúde, e levou em conta a situação sanitária das regiões do estado, em parceria com o COSEMS-RJ. Cabe à SES-RJ conduzir a recuperação do SUS por meio de sua forte operação na prestação de serviços estratégicos à população e no fortalecimento da regionalização. É nosso papel expandir e consolidar o trabalho realizado, oferecendo um sistema público de saúde de qualidade, integrando municípios, prestadores de serviços, universidades, controle social e outros atores intersetoriais, propiciando uma vida de potencialidades e desenvolvimento das comunidades. O plano está organizado em diretrizes, objetivos, metas e indicadores, estruturados para orientar a atuação de gestores e técnicos, dando visibilidade para o cidadão fluminense das condições de saúde mais prevalentes no estado do Rio de Janeiro. Temos a expectativa, no ciclo de 2020 a 2023, de avançar na organização da RAS, cumprindo o papel da SES na coordenação e fomento do SUS, provendo à sociedade os melhores avanços tecnológicos baseados em evidências, aliados a práticas humanizadas e respeitosas, ampliando a expectativa de vida saudável dos cidadãos fluminenses.

Edmar José Alves dos Santos
Secretário de Estado de Saúde

Introdução

O Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro - PES-RJ 2020-2023 é o resultado do trabalho coletivo das áreas técnicas da Secretaria de Estado de Saúde (SES), que, conduzido a partir de um processo de planejamento estratégico, adaptado ao contexto desta instituição, produziu a matriz DOMI (Diretrizes, Objetivos, Metas quadrienais e Indicadores) para a vigência 2020-2023.

Esse trabalho teve seu início no âmbito do projeto de consultoria "Fortalecimento da Gestão Estadual", desenvolvido pela parceria do Ministério da Saúde (MS) com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), principiado nos primeiros meses do ano de 2019. A finalidade do projeto era oferecer ferramentas práticas e conceituais para a elaboração de instrumentos de gestão estratégica, e foi realizado *pari passu* com a construção do PES, em alinhamento com o instrumento constitucional de planejamento orçamentário, o Plano Plurianual (PPA) para o novo ciclo de governo.

O processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) para as nove regiões de saúde do estado, iniciado no segundo semestre de 2017 através de parceria entre a Assessoria de Planejamento e Regionalização e o COSEMS-RJ, precede o trabalho de construção da matriz, além de alimentá-lo, subsidiá-lo e enriquecê-lo. Seu desenvolvimento aconteceu em 2018, sendo coroado no mês de novembro daquele ano com a apresentação do diagnóstico situacional do estado e dos dez principais problemas de saúde identificados e priorizados por cada uma das regiões.

Em 2019 esse processo foi revigorado, já no âmbito de uma nova gestão de saúde, com a atualização do diagnóstico estadual e a matriz DOMI preliminar já traçada. Os próximos passos, a serem desenvolvidos no ano de 2020, evoluem na direção da construção do planejamento regional em saúde, objetivando a busca de melhorias do SUS nos territórios regionais e o incremento das redes de atenção à saúde no estado do Rio de Janeiro.

No que se refere à relação com o CES-RJ, cabe registrar o trabalho de monitoramento, fiscalização e participação na formulação das políticas públicas de saúde, destacando-se a realização, no ano de 2019, da 8ª Conferência Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, cujas propostas aprovadas na plenária final correlacionadas com os objetivos e metas quadrienais deste Plano Estadual de Saúde, estão incluídas na íntegra neste documento. Dito isto, será detalhada a seguir a metodologia de construção do PES 2020-2023.

Método para a construção coletiva do Plano Estadual de Saúde 2020-2023.

A elaboração do PES foi iniciada em março de 2019, no escopo do projeto **"Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS",** que faz parte do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS) desenvolvido em todas as secretarias estaduais da saúde do país. Trata-se de parceria, já mencionada, entre o MS, o CONASS e o HAOC e visa o fortalecimento do SUS nos estados brasileiros. O Mapa Estratégico da SES-RJ é um importante produto desse projeto.

Foram envidados esforços para a construção de um PES integrado ao Plano Plurianual (PPA), esse também em construção ao longo do período. Em sete encontros, com ampla representação da SES, foi realizada a apresentação do diagnóstico estadual, a identificação dos macroproblemas do estado, a elaboração da nova identidade organizacional da Secretaria (Missão, Visão e Valores) e a construção das quatro diretrizes para o PES, como consequência da aplicação de ferramentas de planejamento, como a matriz SWOT, o *Balanced Scorecard* e o Planejamento Estratégico Situacional.

A SES-RJ acompanha as diretrizes do MS para o aperfeiçoamento do planejamento em saúde, e vinha utilizando o SARGSUS como sistema informatizado de registro de seus relatórios de

gestão. Esse sistema foi reformulado com foco na integração das informações, de forma a facilitar o planejamento e o monitoramento das ações e serviços em saúde.

Como lemos no Manual do Usuário - MÓDULO PLANEJAMENTO - DigiSUS:

> *"O DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP) é um sistema de informação para estados e municípios, desenvolvido a partir dos normativos do planejamento do SUS e da internalização da lógica do ciclo de planejamento. Sendo assim, o DGMP substitui os antigos Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão (SARGSUS) e Sistema de Pactuação (SISPACTO), além de agregar novas funcionalidades. Isso significa que o sistema não só permitirá a elaboração dos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e do Relatório Anual de Gestão (RAG), como receberá o registro das metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores e de um conteúdo mínimo dos planos de saúde e das programações anuais de saúde – para além de ser um repositório para todos os arquivos dos instrumentos de planejamento do SUS e resoluções correspondentes."*

Sendo assim, em consonância com a legislação vigente, a matriz do PES foi construída no modelo DOMI (Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores), acompanhando a organização apresentada no DigiSUS. Importa registrar que no desenho dessa matriz foram consideradas as condições de saúde da população e explicitados os compromissos e responsabilidades exclusivas desse setor.

As **Diretrizes**, desenvolvidas a partir dos macroproblemas identificados e do diagnóstico situacional, são formulações com a função de indicar as linhas de ação que, por conseguinte, constituem o arcabouço orientador dos objetivos e metas quadrienais. As quatro diretrizes definidas para o quadriênio 2020-2023 são as seguintes:

Diretriz 01: Organização e Qualificação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), consolidando a regionalização de modo a impactar positivamente nos resultados sanitários para a população fluminense, ampliando a expectativa de vida saudável.

Diretriz 02: Fortalecimento da SES-RJ na Gestão do SUS e na Governança Pública, atendendo aos interesses da sociedade.

Diretriz 03: Desenvolvimento da Educação, Ciência e Tecnologia, visando a Inovação em Saúde.

Diretriz 04: Aperfeiçoamento e Modernização da Gestão Organizacional para a Valorização das Pessoas e Qualificação dos Processos de Trabalho, impactando na resolutividade da SES-RJ.

Os **Objetivos**, desenvolvidos a partir do *Balanced Scorecard* na construção do Mapa Estratégico da SES-RJ por atores estratégicos, também foram orientados pelos problemas identificados no início do processo. Objetivos adicionais, não contemplados pelo Mapa, foram desenvolvidos a partir de encontros conduzidos pela equipe de Planejamento com as Subsecretarias, Superintendências e áreas técnicas, além de encontros transversais para temáticas da mesma natureza e encontros com áreas técnicas específicas. A matriz do PES 2020-2023 agrega um total de **49** objetivos.

As **Metas Quadrienais** derivam-se dos objetivos acima citados e dos que foram descritos para o PPA – Plano Plurianual para a garantia da compatibilização dos instrumentos, conforme prevê a legislação (Portaria de Consolidação 1/2017 – 2135/2013). Vale informar que, enquanto na vigência 2016-2019 a compatibilização direta entre os instrumentos foi feita a partir dos eixos e diretrizes dos planos de saúde e do plano plurianual, nesta vigência o exercício de compatibilização se deu a partir dos objetivos construídos para o Mapa Estratégico e daqueles descritos na Matriz do

PPA (objetivos e finalidades). A matriz do PES 2020-2023 agrega um total de **187** metas quadrienais.

Os **Indicadores** têm relação direta com as metas. A partir deles será possível monitorar o alcance das metas propostas para a vigência de quatro anos, bem como o alcance das metas anualizadas nas programações anuais. Além dos indicadores derivados das metas quadrienais, os indicadores do Rol de pactuação nacional (tripartite) e estadual (bipartite), relacionados às ações de saúde, serão acompanhados rotineiramente nos quadrimestres e no Relatório Anual de Gestão, sendo seus resultados norteadores para a revisão das ações propostas.

Além de dialogar com o PPA, as propostas das áreas técnicas refletiram a capacidade de atuação da SES. As metas quadrienais e indicadores expressam o que há de estratégico nos processos de trabalho e as prioridades da gestão. Todo o conteúdo foi validado pelos seus respectivos dirigentes.

Ressalta-se que foi realizada uma importante inflexão na estrutura do plano estadual, que parte do formato vigente construído em três eixos temáticos – Vigilância em Saúde, Assistência e Gestão, e propõe para o PES 2020-2023 diretrizes com ênfase na organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O compartilhamento de metas entre as áreas técnicas, especialmente entre os atores da Vigilância em Saúde e da Atenção à Saúde, fortalece o trabalho transversal, coletivo e integrado dos atores da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, buscando gerar melhores resultados sanitários. O processo de integração dos atores estratégicos e a articulação entre as áreas técnicas da SES-RJ foi a tônica da metodologia utilizada no processo, buscando melhorar a estruturação e efetividade da SES-RJ como coordenadora do sistema de saúde no território estadual.

Segue no Quadro 01 a consolidação do número de Diretrizes, Objetivos, Metas Quadrienais e Indicadores de Saúde que compõem o PES 2020-2023.

Quadro 01. Distribuição de DOMI na Matriz do Plano Estadual de Saúde – PES 2020-2023

Diretrizes	Objetivos	Metas Quadrienais	Indicadores
Diretriz 01	19	106	106
Diretriz 02	14	47	47
Diretriz 03	5	12	12
Diretriz 04	11	21	21
Total	**49**	**186**	**186**

Fonte: Assessoria de Planejamento em Saúde – SG/SES-RJ

Importa registrar que o PES 2020-2023 foi apreciado e aprovado pelo colegiado pleno do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (CES/RJ), em reunião ordinária, no dia 26/11/2019, com as ressalvas destacadas.

8ª Conferência Estadual de Saúde e a correlação com o PES 2020-2023

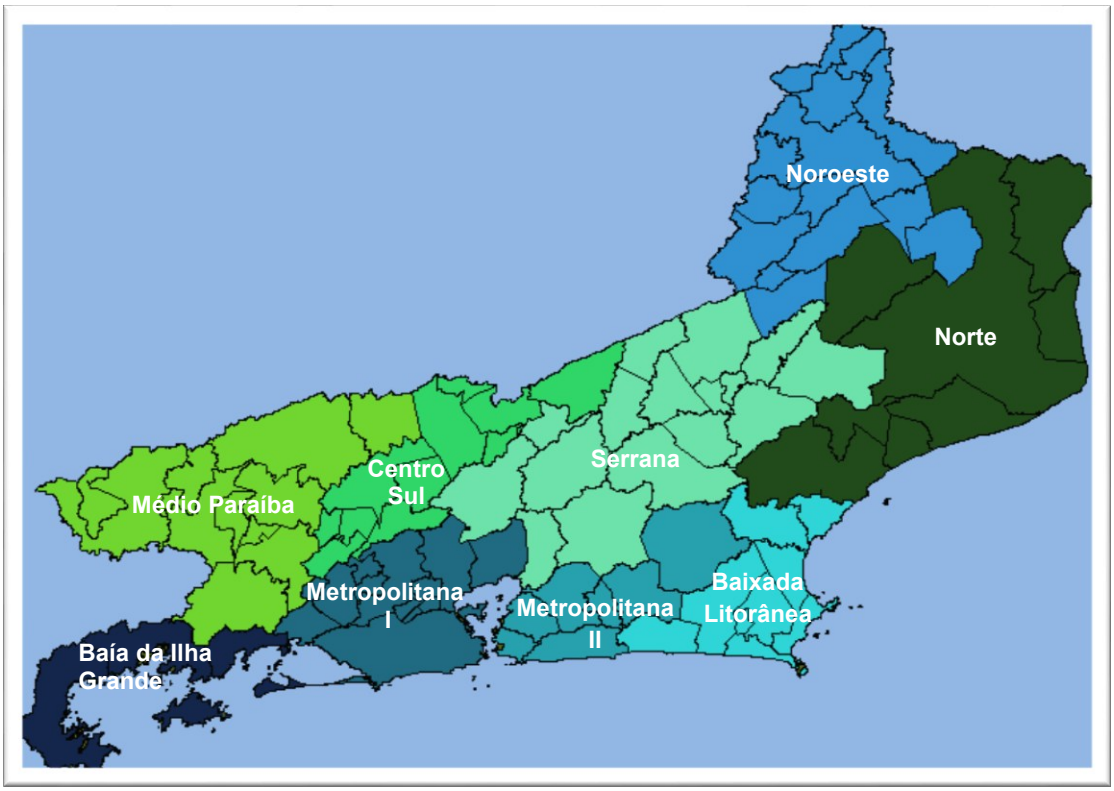
Nos dias 24, 25 e 26 de maio de 2019, foi realizada a 8ª Conferência Estadual de Saúde, na Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ**.** Com cerca de 600 participantes, vindos de mais de 80 municípios**,** teve como tema "Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS", e expressou em suas várias atividades a defesa enfática do sistema de saúde brasileiro, e do SUS no estado do Rio de Janeiro. A 8ª CES-RJ antecedeu a 16ª Conferência Nacional de Saúde, que foi realizada nos dias 04, 05, 06 e 07 de agosto, em Brasília, sendo responsável pela formulação de propostas para a saúde pública no âmbito estadual e nacional. Também foram eleitos delegados para a conferência nacional ao final da etapa estadual. As conferências estaduais de saúde do estado ocorrem a cada quatro anos e são um importante espaço de debates e proposições para a melhoria do Sistema Único de Saúde.

No Anexo A, é apresentado o resultado do cotejamento entre as propostas emanadas da 8ª Conferência Estadual de Saúde e os objetivos e metas do Plano Estadual de Saúde para o período 2020 - 2023, considerando a necessidade estratégica de integração das demandas da sociedade no desenvolvimento da saúde pública estadual. Esses resultados foram apresentados na sessão do pleno do Conselho Estadual de Saúde por ocasião da análise do Plano Estadual de Saúde 2020-2023.

1. Espaço e perfil sociodemográfico

Localizado na região Sudeste do país e limitando-se com os estados de Minas Gerais, São Paulo e Espírito Santo, o estado do Rio de Janeiro é uma das menores e mais populosas unidades da federação, sendo composto por 92 municípios organizados em oito regiões administrativas de planejamento e nove regiões de saúde, que constituem a base territorial para as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Destaca-se pela diversidade espacial, socioeconômica, demográfica, cultural e de perfis de morbimortalidade, refletida nos graus de adensamento populacional, de envelhecimento, de expectativa de vida e de mudança dos perfis de fecundidade; dos níveis de educação e de renda, e, mais simplesmente, da idade e do sexo.

Figura 01. Mapa do estado do Rio de Janeiro dividido em regiões de saúde



Fonte: SES-RJ.

A ocupação desigual do espaço no estado do Rio de Janeiro, com excessiva concentração nas regiões Metropolitanas I e II, pode ser observada na Tabela 01 e no Anexo B. As regiões Noroeste, Norte e Baía da Ilha Grande são as menos ocupadas, com povoações isoladas e pouco articuladas entre si, o que terá reflexos sobre a atenção à saúde e os perfis demográficos e de morbimortalidade. A distribuição irregular dos serviços de saúde e dos equipamentos urbanos, a crescente demanda por habitações, acompanhada do aumento de submoradias e da expansão de favelas, a intensa degradação ambiental, o desemprego e a exclusão social são coadjuvantes na construção das desigualdades, a começar pela infraestrutura de serviços de saneamento, mais concentrados nas áreas urbanas. As condições socioeconômicas regionais influenciam direta e indiretamente os processos de adoecimento e morte, não apenas aumentando os riscos e vulnerabilidades, mas também as possibilidades de acesso aos recursos preventivos e curativos em saúde.

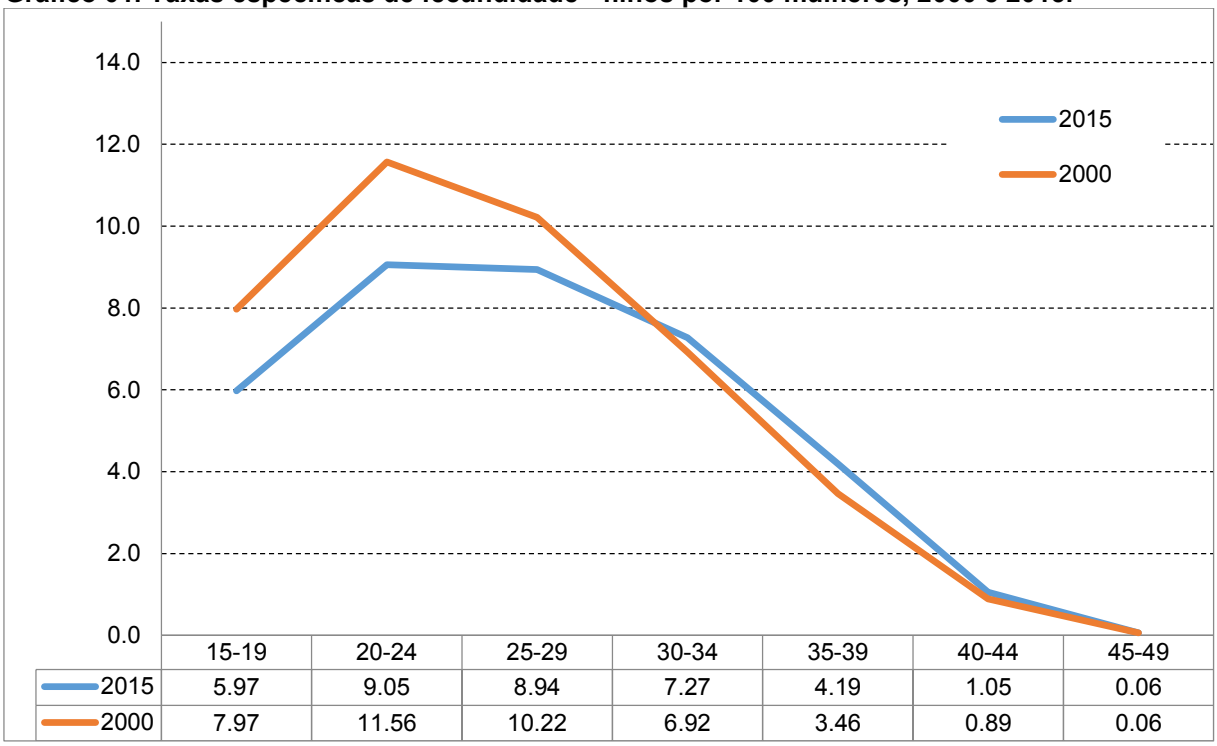
Tabela 01. População estimada, densidade de ocupação e índice de envelhecimento das regiões de saúde e do estado do Rio de Janeiro, 2015-2018.

Território	População estimada				Densidade demográfica (hab./km²)		Índice de envelhecimento		
	2015	2016	2017	2018	em áreas urbanizadas	líquida	Total	Masculino	Feminino
Baía da Ilha Grande	269.532	274.036	278.488	286.726	2.940,08	461,29	27,9	25,82	30,04
Baixada Litorânea	768.952	784.423	799.469	823.899	1.980,49	342,22	36,3	31,45	41,58
Centro Sul	327.776	329.003	330.344	338.913	2.918,32	104,63	52,3	43,87	61,14
Médio Paraíba	879.187	882.668	886.065	909.136	3.121,03	155,15	47,9	39,52	56,64
Metropolitana I	10.117.992	10.153.138	10.186.591	10.450.114	6.164,06	3.530,26	51,2	38,36	64,53
Metropolitana II	2.021.674	2.034.548	2.046.751	2.101.414	3.571,59	840,99	52,8	41,87	64,15
Noroeste	336.567	337.428	338.255	346.923	3.746,04	58,02	58,5	51,26	66,13
Norte	892.045	901.210	910.045	935.369	2.362,55	105,43	35,5	30,21	41,05
Serrana	936.284	939.542	942.948	967.466	2.495,37	133,87	53	43,92	62,48
Estado	**16.550.009**	**16.635.996**	**16.718.956**	**17.159.960**	**4.211,99**	**433,26**	**49,3**	**38,43**	**60,74**

Fontes: Ministério da Saúde/SVS/CGIAE - Estimativas de população para 2015; IBGE. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS – Estimativas de população para 2016, 2017 e 2018. IBGE – Áreas Urbanizadas do Brasil, 2015.

O padrão etário da fecundidade (Gráfico 01) também mudou sensivelmente entre 2000 e 2015, com o aumento da concentração dos nascimentos entre os 20-29 anos e nítida queda nas taxas de fecundidade total, que há mais de uma década não alcançam o nível mínimo para reposição da população (2,1 filhos por mulher) quando consideramos o estado do Rio de Janeiro como um todo. Observa-se ainda a extensão do pico do período reprodutivo, que em 2000 estava concentrado até os 29 anos, e passou em 2015 a se estender aos 34 anos. Os baixos níveis de fecundidade contribuem para o aumento da idade média da população e dos índices de envelhecimento (Tabela 01) do estado do Rio de Janeiro – respectivamente, 35,8 anos e 55,6% em 2017, segundo as projeções do IBGE.

Gráfico 01. Taxas específicas de fecundidade - filhos por 100 mulheres, 2000 e 2015.



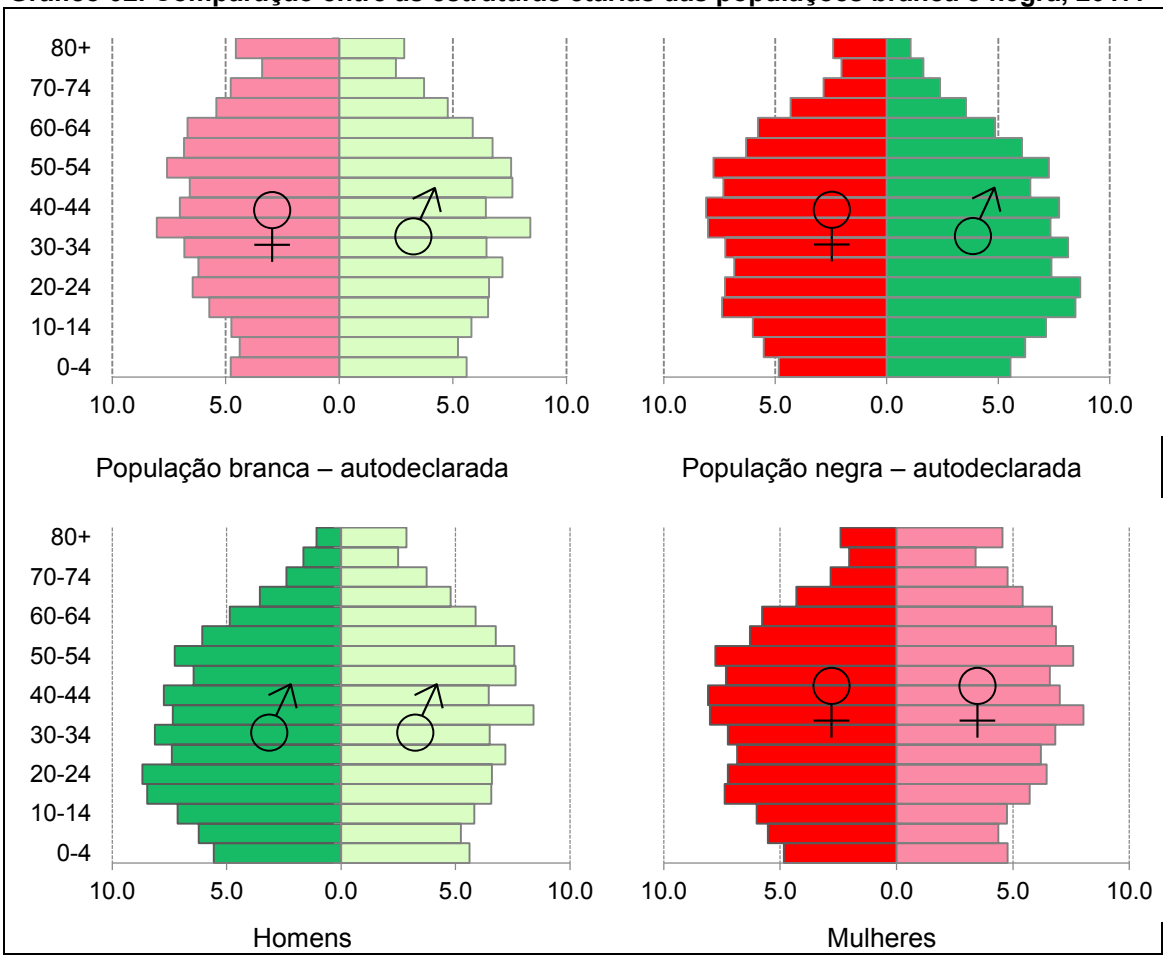
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
2015	5.97	9.05	8.94	7.27	4.19	1.05	0.06
2000	7.97	11.56	10.22	6.92	3.46	0.89	0.06

Fonte: IBGE, Estimativas de População, e MS/SINASC - nascimentos de 2000 e 2015.

Outra questão relevante e ainda pouco explorada é a desigualdade entre negros e brancos, demonstrada em alguns indicadores socioeconômicos e demográficos. Segundo a PNAD 2017, 43,8% da população do estado do Rio de Janeiro se autodeclarou branca, e 55,7% se autodeclarou negra (preta e parda); a participação de indígenas e amarelos é muito pouco expressiva e não foi considerada neste momento.

Os gráficos a seguir expressam de forma eloquente a desigualdade demográfica entre brancos e negros, sugerindo diferentes níveis de queda da fecundidade e aumento da expectativa de vida; observamos não somente mortalidade diferencial como também, na última década, fecundidade diferencial, ambas superiores para os negros. Comparando homens brancos e negros, percebe-se que os últimos vivem menos, mas têm um potencial de incremento populacional maior. O mesmo vale para as mulheres negras em relação às brancas. Infelizmente não dispomos de índices de envelhecimento atualizados por cor/raça em nível municipal. Para o estado, porém, foram contabilizados três vezes mais homens brancos de 80 anos ou mais do que negros, e 2,5 vezes mais mulheres brancas de 80 anos ou mais do que negras.

Gráfico 02. Comparação entre as estruturas etárias das populações branca e negra, 2017.



Fonte: IBGE. Microdados da PNAD Contínua, 2017.

Outros indicadores, como a taxa de analfabetismo e a renda média, também traduzem diferenças expressivas segundo cor/raça: do total de analfabetos com 15 anos ou mais do estado do Rio de Janeiro em 2017, 65% eram negros, e negros do sexo masculino (68%). Quanto ao rendimento, a desigualdade também é marcante. A população negra recebeu em média 65% do total que foi auferido pela população branca (Tabelas 02 e 03).

Tabela 02. Analfabetos com 15 anos ou mais por sexo e cor/raça, 2017.

Cor/raça	Homens		Mulheres		Pop. Total	
	N	%	N	%	N	%
Branca	48.965	32,17	79.437	37,68	128.402	35,37
Negra	103.233	67,83	131.408	62,32	234.642	64,63

Fonte: IBGE. Microdados da PNAD, 2017.

Tabela 03. Valor do rendimento nominal médio por cor/raça e rendimento da população negra em relação ao da população branca, dezembro de 2016.

Raça/cor	Homens		Mulheres		Pop. total	
	R$	%	R$	%	R$	%
Branca	2.449	100,00	1.844	100,00	2.196	100,00
Negra	1.587	64,79	1.179	63,96	1.430	65,10

Fonte: MTE. Microdados da RAIS – RJ, 2016.

Em que pesem as restrições acerca da qualidade das informações sobre cor/raça, tanto a pesquisa do IBGE quanto a do Ministério do Trabalho e Emprego mostram uma imensa desigualdade entre brancos e negros. A Relação Anual de Informações Sociais de 2016 (RAIS) permite calcular o rendimento nominal médio da população ocupada; nesse sentido, se a educação pode ser considerada *proxy* para a renda/situação socioeconômica, e a renda da população ocupada pode ser extrapolada para a da família/grupo convivente, a situação da população negra é bastante negativa. As condições de habitação acompanham, necessariamente, esta desigualdade, embora não estejam disponíveis dados atualizados por cor/raça.

Um dos pilares do SUS é o princípio de equidade, que aponta para a necessidade de estabelecer estratégias de ação diversificadas e específicas para alcançar grupos que, de alguma forma, passam por maiores dificuldades de acolhimento nos serviços. Para os segmentos considerados mais vulneráveis, é fundamental a organização de políticas específicas e ações afirmativas para a concretização desse direito. Com este propósito, foram criados na Secretaria de Estado de Saúde o Rio de Janeiro espaços de participação e escuta da especificidade destes grupos, através da formação de Comitês e Grupos de Trabalho para articulação de movimentos sociais e população em geral com profissionais e gestores.

População negra, população LGBT, população refugiada, populações do campo, floresta e águas, população de rua e população privada de liberdade estão entre os grupos-alvo de ações específicas, com a inclusão das estratégias da Educação Popular em Saúde como ferramenta de intervenção. Essas ações estão voltadas para a compreensão e diagnóstico dos territórios e grupos, divulgação de informação para gestores e profissionais, capacitação da rede e ampliação do diálogo com o controle social.

Ainda que em outro contexto, os pacientes do SUS podem ser também considerados como um grupo vulnerável. O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi criado para contribuir na qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. O tema segurança do paciente coopera com a missão da vigilância sanitária de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos. No estado do Rio de Janeiro, a gestão dessa temática vem ganhando forças na política de saúde, e um plano estadual de segurança do paciente está sendo elaborado.

1.1. Urbanização e saneamento básico

Mesmo nas áreas urbanas, o abastecimento de água pela rede geral não chega a 95%, deixando 8% da população dependente de poços, nascentes e ligações clandestinas que são vulneráveis à contaminação. A coleta direta de lixo atende 90% da população das áreas urbanas, mas 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. A desativação dos lixões do Rio de Janeiro não foi efetivada em diversas cidades, a despeito da obrigatoriedade de desativação dos lixões estabelecida pela nova política nacional de resíduos sólidos (Tabela 04).

Tabela 04. Percentual de moradores por condição de saneamento básico e situação do domicílio, 2015.

Abastecimento d'água	Urbana	Rural
Com canalização interna	98,53	90,45
Rede geral	90,43	41,66
Outro (poços/nascentes)	8,10	48,78
Esgotamento sanitário	**Urbana**	**Rural**
Esgotamento sanitário ligado à rede coletora	82,63	28,88
Fossa séptica ligada à rede coletora	8,12	5,96
Fossa séptica não ligada à rede coletora	4,02	44,13
Fossa rudimentar	1,39	6,74
Outro (sumidouro)	3,63	14,29
Destino do lixo	**Urbana**	**Rural**
Coletado diretamente	90,44	70,48
Coletado indiretamente	8,48	8,27
Outro (queimado/enterrado/corpos d´água)	1,08	21,25

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2015.

(1) Exclusive moradores cuja condição no domicílio era pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico.

Toda a desigualdade prevalente no estado do Rio de Janeiro determina, por fim, efeitos na demanda por acesso à saúde, exercendo pressões que atuam de forma diferenciada segundo as regiões de saúde, os grupos de idade, sexo, cor/raça e nível socioeconômico. Em 2017, pelo menos 67% da população residente no estado do Rio de Janeiro eram usuários exclusivos do SUS, o que equivale a mais de 11 milhões de pessoas (Tabela 05). Segundo os dados da Agência Nacional de Saúde (pessoas que tinham planos de saúde em junho de 2017) e da PNAD de 2017 (população em 01 de julho de 2017), seriam 11.261.149 pessoas sem planos de saúde privados, das quais 5.798.835 eram mulheres (65,9% do total de mulheres) e 5.462.314 homens (68,9% do total de homens). A tendência é que esse contingente populacional aumente, dadas as atuais circunstâncias de crise econômica e desemprego, pois a maior parte dos planos é do tipo coletivo empresarial.

Os municípios de maior dinamismo econômico concentram a maior proporção de população com planos de saúde, que são em sua maioria coletivos empresariais (mais de 60% do total). Considerando o crescimento do desemprego no estado do Rio de Janeiro, seria de esperar um aumento da demanda sobre o SUS, incluindo a atenção primária, em futuro próximo. A despeito da característica universal do nosso sistema de saúde e do fato de a população coberta por planos de saúde privados não utilizar, usualmente, a atenção primária do SUS, parcela importante desta população acaba só conseguindo realizar procedimentos de maior complexidade e custo nos serviços públicos, por conta das restrições impostas pelos planos.

Tabela 05. População absoluta e relativa, segundo sexo e vinculação a planos de saúde de modalidade assistência médica (hospitalares), 2017.

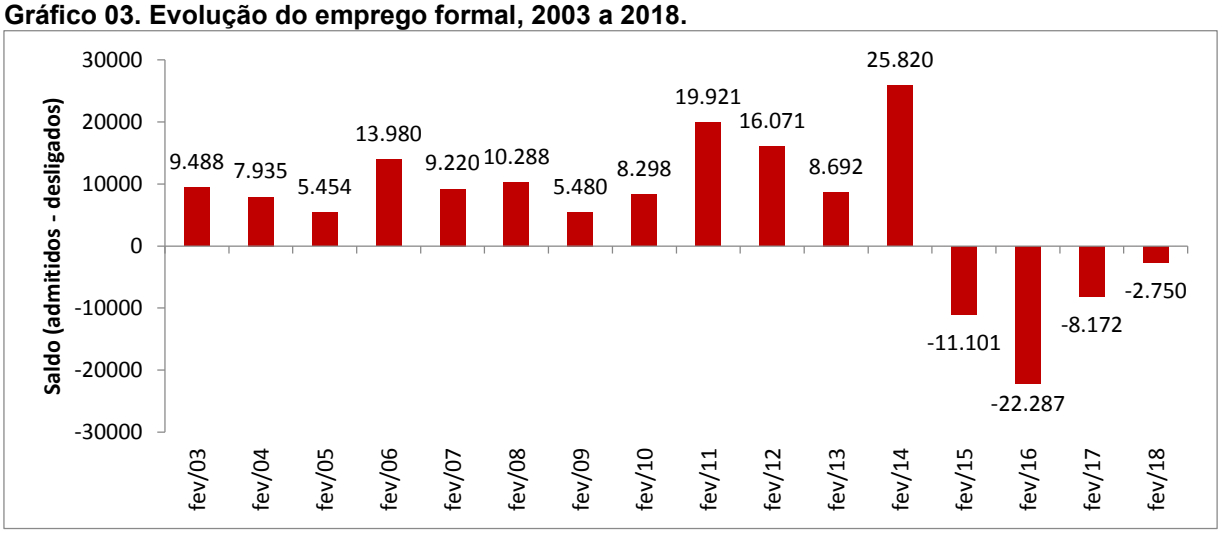
População	População total PNAD 2017	População com plano ANS		População sem plano (PNAD-ANS)	
		N	%	N	%
Feminina	8.803.442	3.004.607	34,13	5.798.835	65,87
Masculina	7.919.641	2.457.327	31,03	5.462.314	68,97
Total	**16.723.083**	**5.461.934**	**32,66**	**11.261.149**	**67,34**

Fontes: ANS, Microdados de Beneficiários – junho de 2017; IBGE, Microdados da PNAD 2017.

A evolução do emprego formal entre 2003 e 2018 mostra oscilações, associadas à geração pontual e descontinuada de empregos por grandes projetos, tais como o PAC, o COMPERJ, o Porto do Açu e o Arco Metropolitano. A mão-de-obra atraída pela oferta de vagas - de baixa qualificação e contratada temporariamente - e os demais trabalhadores em busca das oportunidades de negócio/serviços associadas[1] tendem a ocupar de forma desordenada os espaços urbanos periféricos, o que pode ter efeitos sobre a fecundidade e as ISTs, além do aumento da violência e da especulação imobiliária.

A mortalidade precoce masculina é reconhecidamente uma questão social associada à violência e esta, por sua vez, acompanha o aumento das desigualdades e carências socioeconômicas.

Gráfico 03. Evolução do emprego formal, 2003 a 2018.



Fonte: MTE. Cadastro Geral de Empregados e Desempregados - Lei 4923/65.

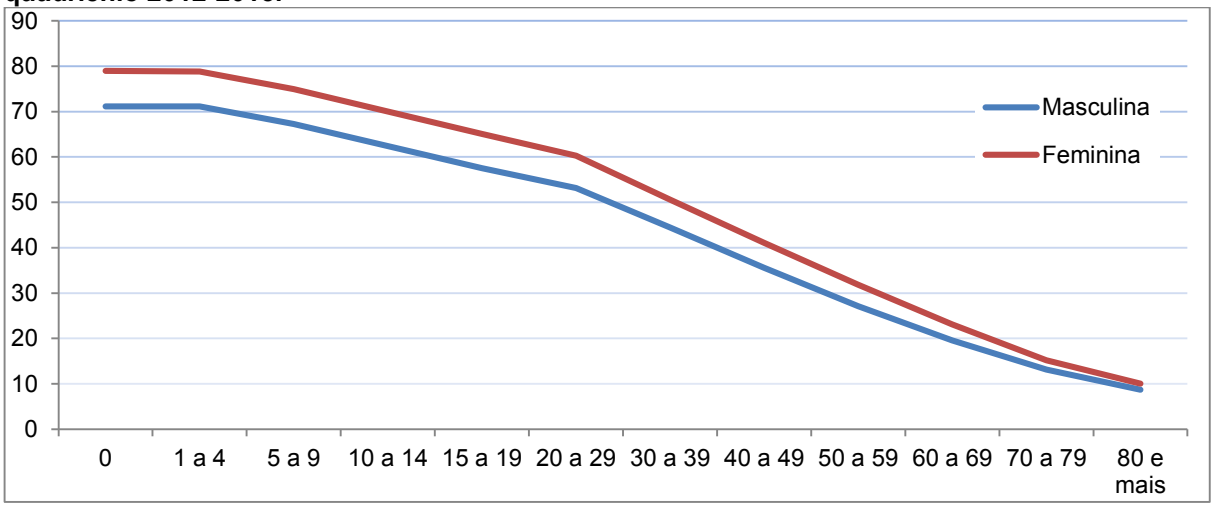
1.2. Expectativa de Vida ao Nascer

O conceito da expectativa de vida pode ser traduzido através do ganho/perda de anos de vida por faixa etária. Pode-se fazer um melhor uso deste indicador acompanhando o quanto ganham, em anos de vida, as pessoas de cada faixa etária ao longo de um intervalo de tempo razoável – no caso, trabalhamos com um período de 15 anos.

A situação epidemiológica fluminense pode ser definida como de "tripla carga de doenças", por envolver ao mesmo tempo um conjunto de problemas de saúde reprodutiva, infecções e desnutrição, agravos relacionados aos acidentes e à violência, e mais os desafios das doenças crônicas e de seus fatores de risco (tabagismo, abuso de álcool e outras drogas, sobrepeso, obesidade, inatividade física, estresse e a alimentação inadequada). A transição demográfica sem a correspondente melhoria da qualidade de vida da população, especialmente em termos econômicos, vem se traduzindo em situações de negligência, abandono e violência, especialmente entre os homens. Considerando a tendência de envelhecimento populacional presente em maior ou menor grau em todo o estado do Rio de Janeiro, temos que a expectativa de vida deve ser levada em conta no planejamento da atenção em saúde, atentando para as desigualdades e as perspectivas de aumento das mesmas em futuro próximo.

[1] Serviços de hospedagem popular, alimentação, bares, profissionais do sexo, e ainda pontos de tráfico de drogas.

Gráfico 04. Expectativa de vida por faixa de idade e sexo no estado do Rio de Janeiro, para o quadriênio 2012-2015.



Fonte: MS/SIM, 2012 a 2015; Estimativas de população 2012 a 2014 (IBGE) e 2015 (Ministério da Saúde/SVS/CGIAE).
Tábua modelo de mortalidade Coale-Demeny modelo Oeste.

Limites biológicos, cedo ou tarde, atuarão no sentido de frear o aumento da expectativa de vida; no entanto, o que se observa hoje é uma tendência convergente no tempo de vida esperado para cada sexo, e essa convergência pode ser alcançada mais rápida ou mais lentamente a depender das pressões exercidas sobre homens e mulheres pelas condições de vida – pressões essas que variam segundo o sexo, o gênero, a idade, a cor ou raça, a situação socioeconômica, etc. Caso seja superado o período de maior risco à vida, nas idades jovens, a expectativa de vida não apenas atinge patamares bastante semelhantes entre as regiões do estado do Rio de Janeiro - o que sugere que os fatores de adoecimento e morte a partir desta idade terão poucas variações se as condições de vida atuais se mantiverem - como também começa a ser menos diferenciada por sexo (Tabelas 06 e 07).

Tabela 06. Expectativa de vida ao nascer e aos 60 anos de idade, por sexo, nas regiões de saúde e estado do Rio de Janeiro, para o quadriênio 2012-2015.

Região	Expectativa de vida ao nascer			Expectativa de vida aos 60 anos		
	Total	Masculina	Feminina	Total	Masculina	Feminina
Baía da Ilha Grande	74,94	71,51	78,73	21,39	19,77	23,08
Baixada Litorânea	74,55	70,90	78,43	21,21	19,40	22,96
Centro Sul	74,44	71,18	77,76	21,57	19,57	23,38
Médio Paraíba	75,50	71,88	79,13	21,89	19,71	23,81
Metropolitana I	74,80	70,95	78,39	21,89	19,45	23,76
Metropolitana II	75,51	71,65	79,23	22,07	19,80	23,92
Noroeste	75,83	72,61	79,28	22,50	20,72	24,24
Norte	73,87	70,39	77,50	21,17	19,47	22,72
Serrana	75,03	71,55	78,55	21,71	19,63	23,56
Estado	**74,91**	**71,14**	**78,53**	**21,85**	**19,56**	**23,71**

Fonte: MS/SIM, 2012 a 2015; Estimativas de população 2012 a 2014 (IBGE) e 2015 (Ministério da Saúde/SVS/CGIAE). Tábua modelo de mortalidade Coale-Demeny modelo Oeste.

Tabela 07. Expectativa de vida caso se atinja os 60 anos de idade, segundo regiões de saúde e estado do Rio de Janeiro, 2012-2015.

Região	A partir dos 60 anos, pode esperar viver até:		Anos que terá vivido além da expectativa inicial		Diferença (em anos) entre mulheres e homens na expectativa de vida	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	ao nascer	aos 60 anos
Baía da Ilha Grande	79,77	83,08	8,26	4,35	7,22	3,31
Baixada Litorânea	79,40	82,96	8,50	4,53	7,53	3,56
Centro Sul	79,57	83,38	8,39	5,62	6,58	3,81
Médio Paraíba	79,71	83,81	7,83	4,68	7,25	4,10
Metropolitana I	79,45	83,76	8,50	5,37	7,44	4,31
Metropolitana II	79,80	83,92	8,15	4,69	7,58	4,12
Noroeste	80,72	84,24	8,11	4,96	6,67	3,52
Norte	79,47	82,72	9,08	5,22	7,11	3,25
Serrana	79,63	83,56	8,08	5,01	7,00	3,93
Estado	**79,56**	**83,71**	**8,42**	**5,18**	**7,39**	**4,15**

Fonte: MS/SIM, 2012 a 2015; Estimativas de população 2012 a 2014 (IBGE) e 2015 (Ministério da Saúde/SVS/CGIAE). Tábua modelo de mortalidade Coale-Demeny modelo Oeste.

Alguns fatores de aproximação entre a expectativa de vida de homens e mulheres seriam a dupla/tripla jornada feminina, uma exposição mais frequente a fatores de estresse, a maior propensão ao sobrepeso/obesidade, e os efeitos de médio/longo prazo da adoção de hábitos de vida pouco saudáveis como o tabagismo, uso nocivo de álcool e sedentarismo. Na ausência de óbitos por homicídio, acidentes de transporte e outros acidentes, a expectativa de vida masculina poderia até mesmo superar a feminina nas faixas etárias mais jovens, daqui a algumas décadas.

2. Aspectos Epidemiológicos

O perfil de morbidade e mortalidade da população permite analisar, ao menos parcialmente, o estado de saúde e corresponde a uma das dimensões fundamentais para a análise do sistema de saúde existente. A apresentação e discussão dos indicadores de morbimortalidade são, em determinado sentido, limitados neste desafio, considerando a importância da discussão de carga global de doenças e qualidade de vida, incluindo o tempo de vida com incapacidade de variados graus associado à morte prematura. A seleção dos indicadores e análises apresentados a seguir pretende traduzir o fenômeno considerado como tripla carga de doença (recrudescimento das doenças infecciosas e parasitárias, aumento das crônico-degenerativas e agravos relacionados aos acidentes e à violência), as transições demográfica e epidemiológica, de forma que possam subsidiar em outra etapa do planejamento, uma resposta socialmente organizada, mais ajustada às necessidades e, portanto, mais potente para o enfrentamento às condições encontradas, através da oferta e organização da Rede de Atenção à Saúde. Antes, no entanto, é preciso tecer algumas considerações acerca da qualidade dos registros de óbito no estado do Rio de Janeiro.

2.1. Códigos *Garbage* e Causas Mal Definidas

A causa básica do óbito é descrita como a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte ou às circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal. O desconhecimento do conceito de "causa básica de morte" leva ao preenchimento incorreto das causas de morte, que são muitas vezes substituídas por causas terminais, intervenientes, contribuintes e/ou sintomas, resultando em diagnósticos indefinidos ou incompletos, que não indicam a causa básica do óbito. Além disto, problemas com a organização do sistema de saúde, como assistência médica e acesso aos serviços, também podem contribuir com a

informação imprecisa. Os codificadores de causas de mortalidade referem-se a estes óbitos como aqueles cuja causa básica faz parte de uma lista de Códigos *Garbage* (CG). Sistemas de registro de mortalidade com alta proporção desse tipo de causa têm sua qualidade comprometida, dificultando a identificação de prioridades para o planejamento e adoção de medidas de prevenção ou promoção da saúde.

No estado do Rio de Janeiro, em 2016, dos 140.997 óbitos registrados, 53.535 possuíam causas básicas de óbito com diagnósticos que se incluem na listagem de CG (37,97%). Dentre os mais frequentes, destacam-se pneumonia, septicemia, AVC não especificado como hemorrágico ou isquêmico e hipertensão. A menor proporção de CG ocorreu na informação da causa básica de morte dos menores de um ano (14,88%), enquanto as maiores proporções se deram entre 01 e 04 anos (46,35%), em maiores de 80 anos (46,57%) e com idade ignorada (51,93%). Em 2017 e 2018, os dados preliminares da mortalidade no estado indicaram que 38,82% e 36,52% das causas básicas de óbito registradas, respectivamente, possuíam esses códigos.

É importante registrar que a listagem de CG é bastante extensa. Além do Capítulo XVIII da CID 10 (Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte), considerado no indicador 'Proporção de Registro de Óbitos com Causa Básica Definida', fazem parte dos CG diversas outras causas de todos os demais capítulos da CID.

No Brasil, apesar da melhoria e consolidação do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) a partir da década de 2000, ainda são altas as proporções de óbitos por causas mal definidas. No estado do Rio de Janeiro, a série histórica evidencia certa estabilidade na proporção dos óbitos com causa básica definida, com pequenas oscilações (Tabela 08).

Tabela 08. Proporção de registro de óbitos com causa básica definida por regiões de saúde, 2011-2017.

Região de Saúde	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Baía da Ilha Grande	97,07	96,52	96,51	94,15	94,35	95,12	94,93
Baixada Litorânea	92,54	92,11	93,46	92,67	91,50	90,97	89,62
Centro Sul	96,86	96,08	96,87	96,75	96,25	96,19	97,14
Médio Paraíba	96,65	96,58	97,65	96,71	96,36	96,59	95,48
Metropolitana I	93,51	94,25	94,67	94,53	94,87	94,70	93,49
Metropolitana II	90,87	92,26	93,79	93,18	93,11	93,34	91,82
Noroeste	94,84	93,74	95,26	94,78	94,58	95,18	95,36
Norte	90,50	91,75	93,43	91,05	90,75	92,57	90,62
Serrana	95,78	95,25	95,76	95,40	94,89	95,78	94,48
Estado do Rio de Janeiro	**93,30**	**93,92**	**94,59**	**94,22**	**94,29**	**94,38**	**93,18**

Fontes: Base do SIM 2016 e 2017 atualizada em: 28/02/2018.

Na Tabela 09 são relacionados os percentuais de códigos *garbage* relacionados ao número de óbitos ocorridos, em 2016, por Capítulo da CID-10, no estado. No Anexo C, são fornecidas informações complementares sobre os CG, comparando os resultados do estado do Rio de Janeiro com aqueles do Sudeste e do Brasil.

Tabela 09. Causa Básica de Mortalidade e Códigos *Garbage*, CID 10, estado do Rio de Janeiro, 2016.

	Óbitos	N Garbage	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8.056	4.408	54,72
(A41) Outras septicemias		4.054	91,97
II. Neoplasias [tumores]	21.861	2.394	10,95
(C55) Neoplasia maligna do útero, porção NE		255	10,65
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	906	487	53,75
(D64) Outras anemias		392	80,49
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	8.090	487	6,02
(E86) Depleção de volume		269	55,24
V. Transtornos mentais e comportamentais	868	201	23,16
(F32) Episódios depressivos		45	22,39
VI. Doenças do sistema nervoso	3606	570	15,81
(G93) Outros transtornos do encéfalo		201	35,26
(G80) Paral. cerebral		73	12,81

	Óbitos	N Garbage	%
VII. Doenças do olho e anexos	2	2	100
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	22	13	59,09
IX. Doenças do aparelho circulatório	41265	16.550	40,11
(I10) Hipertensão essencial (primária)		3.607	21,79
(I50) Insuficiência cardíaca		2909	17,58
(I64) AVC, NE como hemor. ou isquêmico		3.698	22,34
X. Doenças do aparelho respiratório	17745	13633	76,83
(J09-J18) Influenza [gripe] e pneumonia		10.701	78,49
XI. Doenças do aparelho digestivo	5.965	1.358	22,77
(K92) Outras doenças do aparelho digestivo		953	70,18
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1.018	24	2,36
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	577	288	49,91

	Óbitos	N Garbage	%
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	6.014	1.051	17,48
(N17) Insuficiência renal aguda		544	51,76
(N19) Insuficiência renal NE		367	34,92
XV. Gravidez parto e puerpério	185	8	4,32
XVI.Algumas afecções originadas no período perinatal	1.583	46	2,91
(P96.9) Afec. origin. no período perinatal NE		46	100
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	886	50	5,64
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	7.912	7.911	99,99
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	14.580	4.054	27,81
(Y10-Y34) Eventos cuja intenção é indeterm.		1317	32,49
(V89) Acid. c/ veículo a motor ou não-motorizado, tipo(s) de veíc. NE		890	21,95

Legendas	
>=40%	
>20% e <30%	maior %
>= 10 e <20%	maior % q SE
< 10%	menor %

Fonte: Painel de monitoramento da qualidade da definição da causa de morte (*Garbage Codes*) – DATASUS, 2019.

2.2. Mortalidade

As quatro principais doenças crônicas não transmissíveis - doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e o diabetes *mellitus* -, têm destaque entre as causas de mortalidade geral do estado do Rio de Janeiro, assim como em todo o mundo. Importantes, também, são as causas externas de mortalidade.

2.2.1. Taxas de mortalidade

A taxa de mortalidade corresponde ao número de óbitos anuais para dada população. A taxa de mortalidade expressa a intensidade com a qual a mortalidade atua sobre uma determinada população, e é influenciada tanto pela estrutura etária, quanto pela distribuição dos sexos na população. Taxas elevadas podem estar associadas a baixas condições socioeconômicas ou refletir elevada proporção de pessoas idosas na população total.

Em todos os anos avaliados na série histórica dos últimos 20 anos (1997-2016), as maiores taxas de mortalidade do estado foram, em ordem de ocorrência, por doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e causas externas (Tabela 10).

Ao se compararem as taxas de mortalidade do estado entre as duas décadas avaliadas, se observa que o ápice em 12 dos 19 agrupamentos de doenças por capítulos da CID-10 ocorreu na última década. Apenas os óbitos por complicações na gravidez, parto e puerpério, por afecções originadas no período perinatal, por malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, por causas mal definidas e por DAC não apresentaram, entre 2007 e 2016, a maior taxa de todo o período avaliado.

As melhorias na assistência à gestação, parto/nascimento e puerpério, como o modelo de atenção instituído pela Rede Cegonha, assim como os avanços no atendimento às afecções perinatais com a instalação das UTI neonatais, podem ter contribuído, embora de forma algo irregular, para a diminuição das taxas de mortalidade correspondentes no período avaliado. A menor taxa de mortalidade por gestação, parto/nascimento e puerpério encontrada na última década ocorreu em 2008 (0,30/10.000 hab.). No ano seguinte, a epidemia de H1N1 repercutiu nas causas indiretas de mortalidade e nos resultados do estado, colaborando para elevar em 36,9% a taxa de mortalidade segundo o capítulo XV (0,41/10.000 hab.). Após 2009, as taxas de mortalidade voltaram a decrescer, sem, no entanto, retornar ao patamar de 2008, sugerindo que as causas diretas continuam a impactar a taxa.

Quanto às malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, após certa estabilidade entre os anos de 2005 e 2014, se observou incremento na taxa de mortalidade em 2016, o que pode ser devido, em parte, aos casos decorrentes do Zika vírus, que tiveram seu ápice nos anos de 2015 e 2016.

O avanço na cobertura da Atenção Primária, em especial no município do Rio de Janeiro, gerando maior acesso ao diagnóstico e tratamento, bem como a implantação das UPAs, ampliando o acesso às urgências, colaboraram para que as taxas de mortalidade por DAC tenham apresentado certa estabilidade em grande parte da última década. As políticas públicas, especialmente as de combate ao tabagismo e à hipertensão arterial, a melhoria do acesso ao atendimento em tempo e em condições mais efetivas para os eventos agudos (infarto agudo do miocárdio e AVC) e os avanços socioeconômicos no estado, em grande parte do período, foram alguns dos fatores que contribuíram para a redução das taxas ao longo desses 20 anos. Entretanto, estes fatores parecem não ser mais suficientes para produzir impacto nas TM, demandando novas estratégias de enfrentamento para tal.

Além disto, a crise econômica que assolou o estado nos últimos anos pode ter refletido na taxa de mortalidade por DAC: houve aumento no último biênio da série, de forma mais acentuada em 2016.

Entre 2007 e 2016, foi observada tendência temporal de alta para as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias, doenças do sangue e da pele, doenças dos sistemas nervoso e osteomuscular, doenças dos aparelhos respiratório, digestivo e geniturinário. Estas causas, acrescidas das DAC e das malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, apresentaram suas maiores taxas no último ano da série (2016).

As taxas de mortalidade por neoplasias vêm aumentando no estado, assim como em todo o mundo, e esta expansão está associada principalmente ao envelhecimento populacional, ao estilo de vida (sedentarismo, dietas pouco saudáveis, tabagismo, consumo abusivo de álcool) e à poluição. Incrementar o acesso aos serviços de diagnóstico e a detecção precoce dos casos novos, junto às medidas de controle dos fatores de risco, parecem ser, no momento, as formas mais eficientes de se intervir nessa escalada da mortalidade por neoplasias.

As causas externas são um grande problema de saúde pública no estado e, apesar da percepção de aumento permanente das violências, se observa o declínio da taxa de mortalidade por esta causa, de forma praticamente contínua, ao longo de toda a série histórica. É importante ressaltar, no entanto, que em 2016 se observou o maior aumento em um ano na taxa de mortalidade por causas externas nos 20 anos avaliados (9,2%).

2.2.2. Mortalidade proporcional

Em 2016, foram registrados 140.977 óbitos de residentes do estado, sendo as principais causas distribuídas entre as doenças do aparelho circulatório (29,25%), as neoplasias (15,51%), as doenças do aparelho respiratório (2,57%) e as causas externas (10,28%). É importante destacar que as causas externas foram a segunda causa mais frequente de óbito entre os homens (Tabela 11).

Entre os **menores de um ano** (2.981 óbitos), as afecções originadas no período perinatal corresponderam a mais de 50% dos óbitos, seguidos das malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (22,1%). As doenças do aparelho respiratório (7,6%) foram a terceira causa mais frequente, destacando-se as pneumonias.

Na faixa etária entre **01 e 09 anos** (686 óbitos), predominaram as causas externas (20,3%), com destaque para os acidentes, as doenças respiratórias (18,5%), em especial as pneumonias, e as neoplasias (12%), sendo as mais frequentes as do encéfalo e as leucemias.

Na faixa entre **10 e 19 anos** (2.589 óbitos), foi importante a sobremortalidade masculina (81,4%), com forte predominância das causas externas (67,8%), com destaque para as agressões, seguidas dos acidentes, principalmente os de transporte: dos óbitos por causas externas, 91,1% eram do sexo masculino. As causas mal definidas foram a segunda causa mais frequente entre os meninos, e as neoplasias (leucemias) entre as meninas. É importante destacar que 3,8% dos óbitos nesta faixa tiveram como causa as DAC, e que foram registrados 21 óbitos decorrentes de gravidez, parto e puerpério.

Da mesma forma que na faixa etária anterior, é grande a sobremortalidade masculina (80,5%) na faixa entre **20 e 29 anos**, especialmente aquelas decorrentes de causas externas (63,2%), das quais 92,5% corresponderam ao sexo masculino: os agrupamentos de causas externas mais frequentes foram as agressões, os acidentes, principalmente os de transporte, a intervenção legal e as lesões autoprovocadas. As DIP (7,6%) aparecem em segundo lugar, em ambos os sexos, com predomínio do sexo masculino (68,2%), sendo expressiva a frequência das doenças por HIV e da tuberculose das vias respiratórias. É importante assinalar a frequência das DAC (6,2%) e das neoplasias (4,1%) nesta faixa etária, bem como os 78 óbitos decorrentes de gravidez, parto e puerpério.

As DAC foram a principal causa de óbito na faixa entre **30 e 69 anos** (**57.763 óbitos):** as doenças isquêmicas do coração, especialmente o infarto agudo do miocárdio, e as doenças

cerebrovasculares, principalmente os AVC não especificados, foram os diagnósticos mais frequentes. As neoplasias se apresentam como a segunda causa de óbito: entre os homens, o câncer dos pulmões, do estômago, de cólon e de próstata foram, nesta ordem, os mais frequentes; e entre as mulheres, o câncer da mama, dos pulmões e do colo do útero. Registram-se em terceiro lugar, com forte predomínio dos homens (81,7%), as causas externas, com destaque para as agressões e os acidentes (em especial o de transporte e as quedas). O grande percentual de registros de pneumonias como causa do óbito coloca as DAR como a quarta causa mais frequente, no entanto, é importante que se tenha cautela nessa análise em função da imprecisão desse diagnóstico (código *garbage*) como causa básica de morte nesta faixa etária. É necessário se atentar também para o número de óbitos devido às doenças por HIV, por tuberculose das vias respiratórias e decorrentes de gravidez, parto e puerpério (86 óbitos).

As DAC (32,5%), as DAR (16,7%) e as neoplasias (13, 8%) predominaram como causa de óbito na faixa etária de **70 anos ou mais** (70.901 óbitos). Os agrupamentos/categorias diagnósticas mais frequentes foram: das DAC, as doenças isquêmicas do coração (infarto agudo do miocárdio), as doenças cerebrovasculares (AVC não específico) e outras formas de doença do coração (insuficiência cardíaca e cardiomiopatia); das DAR, as pneumonias e as doenças crônicas das vias aéreas inferiores; e das neoplasias, de próstata, pulmão e cólon, entre os homens, e de mama, pulmão e cólon, entre as mulheres.

O número absoluto de óbitos de residentes no estado do Rio de Janeiro em 2016 se encontra disponível no Anexo D.

Tabela 10. Taxa de mortalidade*, por capítulos da CID-10, estado do Rio de Janeiro, 1997 a 2016.

Capítulo	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	1997-2016	1997-2006	2007-2016
I.	4,29	4,18	3,91	3,45	3,64	3,74	3,88	3,93	3,71	3,53	3,58	3,79	3,76	3,98	4,02	4,07	4,38	4,65	4,62	4,84			
II.	10,50	10,44	10,74	10,71	10,79	10,81	10,75	11,15	10,82	11,23	11,53	11,73	11,94	12,07	12,18	12,42	12,69	12,74	12,85	13,14			
III.	0,34	0,40	0,44	0,43	0,47	0,46	0,48	0,44	0,41	0,42	0,42	0,47	0,52	0,53	0,53	0,54	0,54	0,49	0,49	0,55			
IV.	4,42	4,76	4,97	4,83	4,65	4,90	4,81	4,86	4,61	5,08	5,25	5,34	5,36	5,62	5,40	5,05	5,02	4,73	4,61	4,86			
V.	0,30	0,29	0,33	0,32	0,39	0,40	0,44	0,54	0,54	0,57	0,60	0,70	0,69	0,75	0,70	0,69	0,72	0,50	0,47	0,53			
VI.	0,84	0,82	0,86	0,83	0,92	1,00	0,98	1,13	1,13	1,25	1,37	1,54	1,61	1,78	1,77	1,78	1,84	1,91	1,99	2,17			
VII.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			
VIII.	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01			
IX.	25,17	25,08	24,15	22,37	22,49	23,02	22,18	22,74	21,38	22,32	22,00	23,38	23,04	23,09	22,89	22,84	23,32	22,81	23,15	24,79			
X.	8,94	9,27	8,51	7,54	8,13	8,22	8,45	8,33	7,82	7,96	7,75	7,76	8,42	8,89	9,00	8,97	9,69	9,59	10,19	10,65			
XI.	3,30	3,33	3,39	3,10	3,27	3,22	3,08	3,35	3,22	3,30	3,34	3,48	3,40	3,44	3,54	3,53	3,54	3,54	3,55	3,59			
XII.	0,18	0,19	0,14	0,18	0,20	0,15	0,10	0,11	0,13	0,24	0,22	0,25	0,31	0,32	0,29	0,34	0,40	0,45	0,47	0,61			
XIII.	0,13	0,17	0,19	0,22	0,21	0,20	0,21	0,23	0,22	0,26	0,24	0,27	0,27	0,27	0,28	0,29	0,32	0,34	0,34	0,35			
XIV.	1,23	1,36	1,28	1,22	1,40	1,48	1,47	1,60	1,68	1,59	1,66	1,87	2,14	2,46	2,49	2,62	2,77	3,06	3,26	3,61			
XV.	0,39	0,44	0,43	0,42	0,37	0,36	0,34	0,34	0,29	0,33	0,35	0,30	0,41	0,39	0,37	0,40	0,39	0,38	0,37	**			
XVI.	2,87	2,48	2,53	2,08	1,83	1,70	1,65	1,52	1,40	1,27	1,19	1,13	1,16	1,06	1,04	1,05	0,99	1,02	0,99	0,94			
XVII.	0,70	0,62	0,62	0,63	0,60	0,56	0,59	0,58	0,49	0,49	0,50	0,50	0,47	0,50	0,51	0,49	0,50	0,51	0,52	0,54			
XVIII.	8,17	9,24	8,94	8,87	8,73	8,55	8,47	7,58	6,94	6,88	6,97	5,84	5,47	5,87	5,31	4,73	4,33	4,60	4,56	4,76			
XX.	12,10	11,56	11,01	10,32	10,32	10,92	10,51	9,97	9,78	9,60	9,65	9,09	8,88	8,58	8,51	8,03	8,26	8,55	8,01	8,75			
Total	83,60	84,33	82,20	77,27	78,18	79,47	78,18	78,19	74,36	76,10	76,38	77,26	77,58	79,34	78,57	77,58	79,44	79,61	80,19	84,81			

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS: SIHSUS (internações); População 2008 a 2015 - estimativas IBGE/RIPSA, população 2016 - estimativas IBGE para TCU.
Obs.: *Taxas de Mortalidade por 10 mil habitantes. **Pop MIF não disponível nas bases de dados oficiais (DATASUS)

I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias
II. Neoplasias (tumores)
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
V. Transtornos mentais e comportamentais
VI. Doenças do sistema nervoso
VII. Doenças do olho e anexos
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide
IX. Doenças do aparelho circulatório
X. Doenças do aparelho respiratório
XI. Doenças do aparelho digestivo
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo
XIV. Doenças do aparelho geniturinário
XV. Gravidez parto e puerpério
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade

Tabela 11. Mortalidade proporcional, por capítulos da CID-10, segundo faixa etária e sexo, estado do Rio de Janeiro, 2016.

Causa (Cap CID10)	< 1 ano		1 a 9 anos		10 a 19 anos		20 a 29 anos		30 a 69 anos		70 anos e +		Idade Ign		Total		ERJ
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5,0	5,6	9,9	7,5	2,4	6,0	6,5	12,4	6,9	6,1	4,6	5,3	3,2	5,7	5,7	5,7	5,7
II. Neoplasias (tumores)	0,5	0,3	11,3	12,7	3,0	11,8	2,5	10,8	16,2	25,9	16,2	12,0	0,7	3,2	**14,5**	**16,6**	**15,5**
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,4	0,2	3,8	1,9	0,9	2,3	0,4	1,7	0,5	0,8	0,5	0,7	0,4	0,0	0,6	0,7	0,6
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0,6	0,7	2,7	2,5	0,7	2,7	0,9	4,1	5,1	7,1	5,7	6,9	0,8	4,4	4,8	6,7	5,7
V. Transtornos mentais e comportamentais	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	2,3	0,8	1,7	1,0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,0	0,7	0,5	0,6
VI. Doenças do sistema nervoso	1,3	1,6	8,8	12,7	2,7	8,5	1,1	2,6	1,2	1,4	2,9	4,2	0,4	1,3	2,0	3,2	2,6
VII. Doenças do olho e anexos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,1	0,0	0,3	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
IX. Doenças do aparelho circulatório	0,8	1,3	4,9	2,8	3,4	5,8	4,8	12,0	**30,5**	**30,4**	**32,8**	**32,3**	13,2	22,8	**28,3**	**30,3**	**29,3**
X. Doenças do aparelho respiratório	7,8	7,3	13,7	**23,9**	3,0	6,0	2,9	5,6	8,9	9,1	16,8	16,5	7,7	13,9	**11,7**	**13,5**	**12,6**
XI. Doenças do aparelho digestivo	0,9	0,4	1,9	2,2	0,9	2,5	1,0	3,7	6,1	4,1	4,1	3,8	2,3	4,4	4,6	3,8	4,2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,1	0,0	0,8	1,2	0,2	0,0	0,1	0,2	0,5	0,6	0,7	1,1	0,1	0,6	0,6	0,9	0,7
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,0	0,1	0,0	0,3	0,2	2,3	0,1	1,6	0,3	0,7	0,3	0,5	0,2	0,0	0,3	0,6	0,4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0,5	0,4	1,6	0,6	0,6	1,9	0,4	2,9	2,7	3,3	5,6	6,2	1,3	1,3	3,7	4,9	4,3
XV. Gravidez parto e puerpério	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,4	0,0	7,9	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	**53,4**	**50,9**	0,5	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	1,2	1,0	1,1
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	21,2	23,2	10,2	11,2	0,6	4,6	0,3	1,2	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,6	0,6	0,7	0,6
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1,5	1,7	5,5	3,4	5,1	6,6	5,5	7,2	6,0	4,8	5,3	5,9	18,9	21,5	5,7	5,5	5,6
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	6,0	6,3	**23,9**	16,1	**75,9**	**32,4**	**72,7**	**24,2**	14,0	4,6	4,0	4,1	50,1	20,3	**15,1**	4,9	**10,3**
XXI. Contatos com serviços de saúde	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total N	1.634	1.347	364	322	2.107	482	4.075	990	34.285	23.478	31.094	39.807	834	158	74.393	66.584	140.977

Fonte: SIM - Sistema de Informação de Mortalidade, 2016

2.3. Internação Hospitalar/Morbidade

O perfil de morbidade está associado a condições socioeconômicas e epidemiológicas da população, ao modelo assistencial, à disponibilidade de recursos especializados (tecnologias e serviços), recursos humanos, recursos materiais e recursos financeiros.

De forma a evidenciar o risco de ocorrência de doenças/agravos que motivam a internação hospitalar no SUS do estado do Rio de Janeiro e a dimensionar a sua magnitude como problema de saúde pública, foram calculadas as taxas de Internação por capítulos da CID 10. Este indicador revela o resultado das ações e serviços de promoção da saúde, prevenção de riscos, e de diagnóstico e tratamento, bem como reflete as condições de acesso/oferta dos serviços no SUS, embora possam não refletir a totalidade da demanda, bem como o perfil nosológico integral da população do estado.

2.3.1. Taxa de internação

No período avaliado, de 2008 a 2017, observou-se grande redução na internação por transtornos mentais e comportamentais, que se deveu ao processo de desinstitucionalização manicomial decorrente da reforma psiquiátrica. É possível que este processo, aliado à diminuição das internações por condições sensíveis à atenção primária e à diminuição do número de leitos de internação (especialmente os clínicos) tenha resultado na queda da taxa de internação total do estado.

Excluindo-se as causas obstétricas, que correspondem às maiores taxas de internação em todos os anos avaliados, observa-se que as internações por DAC se destacaram em toda a série histórica, embora com tendência temporal de queda, sendo superadas pelas consequências de causas externas no último ano da série. As taxas de internação por causas externas, no último quinquênio, suplantaram as taxas de internação por DAR, mantendo-se em segundo lugar até 2016. Nos últimos quatro anos, as doenças do aparelho digestivo, as DAR e as neoplasias ocuparam a terceira, quarta e quinta posições, respectivamente, nas taxas de internação do estado (Tabela 12 e Anexo E).

Observa-se tendência temporal de queda nas taxas de internação por DIP, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, DAR e doenças do sistema nervoso, enquanto as taxas de internação por doenças do sangue, órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários, afecções originadas no período neonatal e causas mal definidas apresentaram tendência de alta no período.

2.3.2. Proporção de internações hospitalares

Em 2017, no estado, ocorreram 614.232 internações hospitalares aprovadas pelo SUS, sendo 60,68% femininas. As causas obstétricas corresponderam a 25% de todas as internações do ano e, dentre as mulheres, a 75,96% das internações entre 10 e 19 anos, 84,06% das internações entre 20 e 29 anos, e 26,93% das internações entre 30 e 69 anos (Tabela 13).

Excluindo-se as causas obstétricas, observa-se que o sexo masculino superou o feminino em número de internações em todas as faixas etárias, exceto aos 70 anos ou mais. Quanto à distribuição etária dos internados, se encontrou: 5,97% menores de 01 ano; 6,68% entre 01 e 09 anos; 9,85% entre 10 e 19 anos; 18,54% entre 20 e 29 anos; 44,49% entre 30 e 69 anos; e 14,47% com 70 anos ou mais.

Nas internações das crianças **menores de 01 ano**, em todas as regiões do estado prevaleceram as afecções originadas no período perinatal, tais como o baixo peso ao nascer, o desconforto respiratório do RN e a icterícia neonatal. O segundo lugar entre os motivos de internação foi ocupado pelas doenças do aparelho respiratório, com destaque para as pneumonias e, em menor proporção, a bronquiolite aguda. AS DIP (em especial as doenças bacterianas - septicemias e outras, e a sífilis congênita) foram o terceiro motivo mais frequente de internação.

As pneumonias ocuparam o primeiro lugar como causa de internação das crianças entre **01 e 09 anos**, de ambos os sexos, seguidas pelas DIP (sendo mais frequentes as doenças bacterianas não especificadas e as doenças infecciosas intestinais). Destacaram-se, também, doenças do aparelho

digestivo (hérnias e doenças do apêndice), doenças do aparelho geniturinário (entre os meninos, hipertrofia do prepúcio, fimose e parafimose; e entre as meninas, outros transtornos do trato urinário), infecções da pele e do tecido subcutâneo (celulite) e consequências de causas externas (fraturas de ombro, braço, antebraço e traumatismo intracraniano).

Entre **10 e 19 anos**, as causas obstétricas (33.072), em especial os partos (normais e cesarianas), foram a principal causa de internação. Das demais causas obstétricas, as complicações do trabalho de parto e do parto ficaram em segundo lugar, sendo mais frequentes o trabalho de parto e o parto complicado por sofrimento fetal, as anormalidades da contração uterina e outras complicações do trabalho de parto e do parto não especificadas. Os abortos foram a terceira causa mais frequente de internação por causas obstétricas; em quarto lugar, a ruptura prematura de membranas; em quinto lugar, a hipertensão gestacional; e em sexto lugar, as infecções do trato geniturinário na gravidez.

As internações por consequências de causas externas (7.029) ocuparam o segundo lugar na faixa etária, sendo cerca de quatro vezes maiores no sexo masculino. As causas mais frequentes, em ambos os sexos, foram as fraturas do antebraço, da perna (incluindo o tornozelo) e o traumatismo intracraniano. As doenças do aparelho digestivo (mais frequentemente, a apendicite aguda, outras formas de apendicite e a colelitíase) e as doenças do aparelho geniturinário (prevalecendo a hipertrofia do prepúcio, a fimose e a parafimose e os outros transtornos do trato urinário) ocuparam 3º e 4º lugares em frequência, respectivamente.

Entre os indivíduos de **20 a 29 anos** as causas mais frequentes das internações foram semelhantes àquelas da faixa etária anterior. As causas obstétricas (79.309), em especial os partos (normais e cesarianas), foram a principal causa de internação. Das demais causas obstétricas, as complicações do trabalho de parto e do parto ficaram em segundo lugar, sendo mais frequentes as outras complicações do trabalho de parto e do parto não especificadas (as mesmas da faixa anterior). Os abortos foram a terceira causa mais frequente de internação por causas obstétricas; em quarto lugar, a ruptura prematura de membranas; em quinto, a hipertensão gestacional; e em sexto, as infecções do trato geniturinário na gravidez.

As internações por consequências de causas externas (10.735) ocuparam o segundo lugar na faixa etária, e o primeiro entre os homens, sendo cerca de quatro vezes maiores no sexo masculino. As causas mais frequentes, em ambos os sexos, foram as fraturas da perna (incluindo o tornozelo) e do antebraço, seguidos pelo traumatismo intracraniano (entre os homens) e a fratura de punho e mão (entre as mulheres). As doenças do aparelho digestivo, mais frequentemente a apendicite aguda e a colelitíase, foram a 3ª causa de internação mais frequente na faixa etária.

Na faixa entre **30 e 69 anos**, gravidez, parto e puerpério representaram 15% de todas as internações e 26,9% das internações femininas. As doenças do aparelho circulatório e as doenças do aparelho digestivo, seguidas pelas causas externas e neoplasias, corresponderam a 48,5% das internações desta faixa. Excluídas as causas obstétricas, as neoplasias (predominando os tumores de mama, de útero e os de órgãos digestivos) são o motivo mais frequente de internação entre as mulheres, enquanto as causas externas (mais frequentemente, os traumatismos do joelho e da perna e da cabeça) e as doenças do aparelho circulatório (principalmente, doenças isquêmicas do coração, em especial, o infarto agudo do miocárdio, e doenças cerebrovasculares, predominando o acidente vascular cerebral) o são entre os homens.

Doenças do aparelho circulatório, como as cerebrovasculares (acidentes vasculares cerebrais), outras formas de doença do coração (insuficiência cardíaca) e doenças isquêmicas do coração (infarto agudo do miocárdio), predominaram nas internações de indivíduos de **70 anos ou mais**, de ambos os sexos. Nesta faixa etária, as causas externas foram duas vezes maiores entre as mulheres, especialmente em função das fraturas de fêmur. As neoplasias apresentaram frequência bastante semelhante às causas externas, e predominaram entre os homens (câncer de próstata). Entre as mulheres o câncer de mama ainda foi o mais frequente.

Tabela 12. Taxa de internação hospitalar SUS*, por capítulos da CID-10, estado do Rio de Janeiro, 2008 a 2017.

Capítulo CID-10	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Gráfico
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	39,10	29,87	33,35	33,85	27,81	25,19	23,33	25,10	23,92	22,90	
II. Neoplasias (tumores)	25,73	27,47	28,68	27,98	28,30	28,92	29,66	30,50	28,05	28,65	
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	3,27	3,26	3,53	3,84	3,53	3,45	3,61	4,29	4,20	4,78	
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	12,72	13,32	12,96	10,92	10,49	9,03	8,85	8,65	7,78	7,22	
V. Transtornos mentais e comportamentais	128,13	33,97	39,78	38,74	26,42	31,78	21,05	18,41	14,74	11,80	
VI. Doenças do sistema nervoso	14,87	11,38	10,25	9,44	8,46	10,51	7,09	7,83	8,83	7,18	
VII. Doenças do olho e anexos	2,60	3,97	4,35	4,94	5,10	4,17	3,49	4,16	3,68	4,60	
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,59	0,69	0,70	0,66	0,66	0,63	0,67	0,76	0,71	0,81	
IX. Doenças do aparelho circulatório	57,43	52,88	52,66	50,14	46,00	44,89	41,95	41,96	41,09	39,81	
X. Doenças do aparelho respiratório	49,49	50,40	48,46	42,61	38,77	35,20	33,70	34,20	31,24	28,85	
XI. Doenças do aparelho digestivo	32,21	33,99	37,49	36,37	35,36	34,66	36,04	37,10	33,79	34,78	
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	8,17	9,20	10,40	10,98	10,64	9,91	9,13	9,90	9,53	9,43	
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	7,90	7,23	7,23	7,42	7,69	9,22	9,11	9,77	8,53	7,98	
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	23,85	25,37	26,80	26,48	24,98	24,44	25,49	26,81	25,49	25,74	
XV. Gravidez parto e puerpério	264,65	273,32	273,53	271,17	259,30	276,28	295,82	312,52	**	**	
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	8,79	7,96	7,83	8,76	9,36	9,69	10,99	10,75	10,68	11,26	
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	3,44	3,76	3,63	3,56	3,06	3,36	3,25	3,54	3,28	3,58	
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	4,59	4,57	4,97	5,04	5,33	5,13	5,39	6,45	6,69	7,47	
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	25,11	25,64	28,15	29,31	32,13	36,51	39,66	41,08	38,85	41,23	
Total	537,66	436,06	451,25	440,20	409,17	416,78	408,09	421,66	395,36	401,26	
Total***, excluído o Cap.XV	454,76	350,75	366,22	356,32	329,41	332,30	318,19	327,28	307,13	305,21	

Observações:
*Taxas de Internação por 10 mil habitantes.
População de mulheres em idade fértil não disponível nas bases de dados oficiais (DATASUS)*Total inclui as internações registradas nos capítulos XX e XXI não discriminadas na tabela.

Tabela 13. Proporção (%) de internações SUS, por faixa etária, segundo os capítulos da CID-10, estado do Rio de Janeiro, 2017.

Diag CID10 (capit)	< 1 a		1 a 9 anos		10 a 19 anos		20 a 29 anos		30 a 69 anos		70 anos e +		Total		ERJ
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	14,0	15,9	12,6	16,3	5,2	1,8	4,8	0,8	6,1	3,4	8,4	8,8	7,6	4,4	5,7
II. Neoplasias (tumores)	0,1	0,3	3,5	3,1	4,5	1,6	3,0	1,0	8,5	13,1	11,5	9,6	7,1	7,2	7,2
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,5	0,4	2,6	2,7	2,1	0,8	1,6	0,3	1,1	1,3	1,7	1,7	1,4	1,1	1,2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0,6	0,5	1,0	1,4	1,5	0,7	1,1	0,3	2,9	2,0	3,4	3,4	2,3	1,5	1,8
V. Transtornos mentais e comportamentais	0,0	0,0	0,1	0,1	1,9	0,4	6,8	0,6	3,7	2,2	0,5	0,7	2,6	1,2	1,8
VI. Doenças do sistema nervoso	1,0	0,8	2,6	2,8	2,4	0,7	1,9	0,3	2,1	1,9	2,1	2,7	2,1	1,5	1,7
VII. Doenças do olho e anexos	0,1	0,2	0,7	0,9	0,7	0,2	0,4	0,1	1,4	1,2	2,9	3,9	1,3	1,1	1,2
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,4	0,4	0,8	0,9	0,6	0,2	0,2	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2
IX. Doenças do aparelho circulatório	0,5	0,4	1,1	1,1	2,0	0,5	2,7	0,7	17,7	10,5	**23,6**	**21,6**	13,4	7,4	9,7
X. Doenças do aparelho respiratório	24,9	21,2	**23,6**	**28,4**	5,9	2,3	4,1	0,7	5,3	3,4	12,2	12,1	9,8	5,7	7,3
XI. Doenças do aparelho digestivo	3,3	2,0	10,0	9,1	13,2	3,7	10,8	2,9	13,9	10,7	9,6	7,6	11,6	7,0	8,8
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2,1	2,2	8,7	9,7	5,7	1,4	3,2	0,5	2,5	1,9	1,7	1,7	3,2	1,8	2,4
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,1	0,1	1,3	1,5	3,5	0,8	3,4	0,4	3,5	2,4	1,3	2,1	2,6	1,5	2,0
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2,4	3,2	11,7	6,0	9,3	3,3	4,8	2,9	6,8	8,3	9,0	7,5	7,3	5,9	6,5
XV. Gravidez parto e puerpério	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	**76,0**	0,0	**84,1**	0,0	**26,9**	0,0	0,0	0,0	**41,2**	**25,0**
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	**42,7**	**45,9**	0,1	0,1	0,0	0,5	0,0	0,5	0,0	0,2	0,0	0,0	3,5	2,3	2,8
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômica	3,7	3,1	6,7	4,5	3,7	0,8	0,6	0,2	0,2	0,3	0,1	0,1	1,4	0,6	0,9
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	0,8	0,9	1,8	1,9	2,0	0,6	2,3	0,4	3,0	1,7	3,3	2,9	2,6	1,4	1,9
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	1,6	1,3	9,7	8,2	**33,5**	3,1	**44,8**	2,1	**18,3**	6,4	7,6	12,3	**17,5**	5,5	10,2
XXI. Contatos com serviços de saúde	1,0	0,9	1,4	1,3	2,4	0,5	3,6	1,3	3,0	2,0	1,1	1,3	2,3	1,5	1,8
Total %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total N	19.795	16.894	23.837	17.175	16.944	43.540	19.543	94.348	120.063	153.227	41.359	47.507	241.541	372.691	614.232

Fonte: SIHSUS, 2018.

2.4. Doenças raras

A Organização Mundial de Saúde define uma doença rara como aquela que afeta até 65 pessoas em cada 100.000 indivíduos. Elas são caracterizadas por uma ampla diversidade de sinais e sintomas que variam não só de doença para doença, mas também de pessoa para pessoa. O número exato de doenças raras não é conhecido. Estima-se que existam entre 6.000 e 8.000 tipos diferentes. Oitenta por cento delas decorrem de fatores genéticos, as demais advêm de causas ambientais, infecciosas, imunológicas, entre outras. Muito embora sejam individualmente raras, como um grupo, elas acometem um percentual significativo da população, o que resulta em um problema de saúde relevante.

Algumas doenças raras (cerca de 36) têm seus Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) aprovados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). O link dos PCDT encontra-se disponível em http://www.saude.gov.br/protocolos-e-diretrizes#a. Os PCDT orientam os profissionais de saúde sobre como realizar o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes, bem como a assistência farmacêutica no SUS. O estado do Rio de Janeiro conta com um estabelecimento especializado, devidamente habilitado pelo Ministério da Saúde, para atendimento aos portadores de DR, o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), Embora conte com essa unidade de referência, a organização da linha de cuidado aos portadores de DR constitui mais um desafio para o estado.

2.5. Saúde, adoecimento e morte: contexto socioeconômico, demográfico e cultural

O perfil da morbimortalidade no estado do Rio de Janeiro, delineado no cenário apresentado, aponta para a persistência de aspectos desafiadores para o sistema de saúde, dada a importante influência dos determinantes socioeconômicos, demográficos, ambientais, comportamentais e biológicos nesse contexto, tais como:

. as desigualdades por cor/raça/etnia e a necessidade de garantir equidade na atenção à saúde;

. o aumento da demanda sobre o SUS por conta da incapacidade econômica da população para manter os planos de saúde suplementar, a questão do acesso e as pressões diferenciadas quanto à universalidade;

. o ‘envelhecimento’ da fecundidade e a fecundidade adolescente, a proporção de partos cesáreos, as gestações que terminam em aborto, a necessidade de leitos obstétricos para atender à demanda e o crescimento da sífilis adquirida/congênita;

. os comportamentos de risco associados ao estilo de vida, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as infecções sexualmente transmissíveis (IST), a educação em saúde e seu papel;

. o envelhecimento da população sem o incremento da qualidade de vida;

. a violência contra crianças, adolescentes e jovens, e a dificuldade da prevenção;

. o impacto dos transtornos mentais/comportamentais e do abuso de álcool/drogas ilícitas sobre as famílias/cuidadores e sobre a estrutura de suporte/tratamento dos municípios/regiões de saúde.

3. Organização da Rede de Atenção à Saúde

Apesar da descentralização e, especialmente, da municipalização serem apontadas como caminho a ser seguido ao longo da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), as especificidades de cada município são um grande desafio aos gestores públicos. Desigualdades políticas, culturais, de infraestrutura, de financiamento e de conhecimentos técnicos dificultam o aprimoramento do sistema de saúde como um todo. Muitas vezes, os municípios mais estruturados ficam sobrecarregados pela migração da população procedente de municípios menores e menos estruturados.

Atualmente se busca restabelecer a coerência entre a situação atual da saúde, marcada pela predominância de condições crônicas, e o sistema de atenção à saúde, originalmente voltado para o atendimento às condições agudas, por meio da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Na RAS, os arranjos produtivos (ações e serviços) são conformados considerando densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (atenção primária à saúde), ao de densidade tecnológica intermediária, (atenção secundária à saúde/média complexidade), até o de maior densidade (atenção terciária à saúde/alta complexidade), integrados por meio de sistemas de apoio técnico (diagnóstico e terapêutico; assistência farmacêutica e informação em saúde), logístico (acesso regulado, registro eletrônico e transporte em saúde) e de gestão. Busca-se garantir desta forma, além da economicidade, a integralidade do cuidado, abrangendo a promoção, a proteção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação da saúde.

A rede deve contar, ainda, com a promoção da educação permanente, garantindo a qualificação de recursos humanos para os processos de gestão e assistência à saúde; a incorporação de tecnologias adequadas e inovadoras; e estruturas físicas/ambiências bem planejadas e equipadas qualitativa e quantitativamente.

Definido constitucionalmente, esse modelo de atenção integrado, organizado em rede regionalizada e hierarquizada é norteado pela Vigilância em Saúde e tem a APS como ordenadora e coordenadora do cuidado individual e coletivo à saúde. Espera-se com o seu fortalecimento diminuir a fragmentação histórica do sistema de saúde; evitar a concorrência entre os serviços; promover a orientação dos usuários; diminuir custos, com o uso adequado de recursos; promover o seguimento horizontal dos usuários; e melhorar o monitoramento e a avaliação do sistema (Oficina Nacional de Planejamento no âmbito do SUS/MS, 2014).

Na organização da RAS, no estado, se destacam a necessidade de fortalecer as ações de promoção da saúde; de ampliar as ações de vigilância, rastreio e acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer; e de fortalecer o cuidado integral às pessoas com doenças infecciosas (em especial, as com sífilis, AIDS, tuberculose, hanseníase, hepatites virais e arboviroses), doenças raras, doenças falciformes e doença renal crônica.

As linhas de cuidado são a forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção regionais. No estado, foi observada a necessidade de se apoiar a reorganização de linhas de cuidado prioritárias para a condução dos usuários de forma mais oportuna e ágil através das possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades regionais de maior relevância. Destacam-se as linhas de cuidado da oftalmologia, materno-infantil, às pessoas com doenças crônicas, com deficiências; e em situação de violência e acidentes. No mesmo sentido, é necessário que se estabeleçam diretrizes para as linhas de cuidado às pessoas segundo gênero e ciclo de vida. A consolidação da regionalização e das redes vem sendo construída gradativamente nos territórios e pode contribuir para modificar o quadro das iniquidades observadas.

3.1. Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde (VS) teve como antecedentes um conjunto de normativas que a conformaram como é conhecida atualmente, dentre as quais estão a publicação dos Sistemas Nacionais de Vigilância Epidemiológica, em 1975; de Vigilância Sanitária, em 1976; de Vigilância Ambiental em Saúde, em 2001; a Política Nacional de Saúde do Trabalhador, em 2012; e as Portarias GM/MS nº 1.399/1999, 1.172/2004, 3.252/2009 e 1.378/2013, que, ao longo de suas vigências, buscaram definir a vigilância em saúde no campo da saúde pública, além de identificar as suas atribuições na permanente articulação com a Atenção Primária à Saúde – APS. Todo esse esforço culminou na recente publicação da Resolução CNS nº 588/2018, que instituiu a Política Nacional de Vigilância em Saúde – PNVS.

Em seu escopo, a PNVS traz o conceito basilar da VS, entendida como

> "*um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para proteção e prevenção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças*".

Incorpora a articulação de saberes, processos e práticas relacionadas às vigilâncias epidemiológica, ambiental, sanitária e da saúde do trabalhador, considerando a transversalidade das ações de VS sobre a determinação do processo saúde-doença.

Dentre os desafios para sua consolidação nos territórios, a VS no estado do Rio de Janeiro pautou como uma das principais estratégias o fortalecimento do processo normativo de regionalização, descentralizando equipes, serviços e equipamentos, de forma a dar autonomia às instâncias locais/regionais para atuação sobre seus problemas de saúde, aproximando, em teoria, tanto a análise dos condicionantes e determinantes da saúde, como possíveis soluções para os mesmos. Nesta perspectiva, deparou-se com a realidade de que todo o esforço para esboçar e implementar as medidas qualificadas, para minimizar os problemas de saúde locais, ainda não havia sido suficiente.

Desde o início da nova gestão estadual, a proposta de fortalecimento das regiões de saúde vem sendo reforçada, o que sinaliza para uma nova perspectiva de funcionamento da representação do estado nas regiões. Assim, o que vinha sendo um limitador da ação regional do estado, pelo menos no campo da VS, agora aponta para a superação do problema, que aproximará as ações propostas pelas equipes do nível central das equipes que atuam nas regiões.

Após o último levantamento amostral realizado em 2015, incluindo 50 municípios, sobre as questões estruturantes para as ações de vigilância epidemiológica e ambiental, foi possível detectar baixo desempenho por parte das equipes locais, o que pode ser corroborado pelos indicadores obtidos através dos sistemas de informação disponíveis. Tal observação torna urgente o investimento em qualificação profissional, somada à melhoria das condições de infraestrutura das equipes de vigilância locais, haja vista reiteradas declarações tornadas públicas em encontros promovidos pela SES junto aos técnicos municipais, que manifestam suas angústias e limitações.

Nesse contexto, a VS estadual se solidariza com os relatos recorrentes, pois enfrenta limitações semelhantes, guardadas as devidas proporções, que impactam a execução de ações previstas nos instrumentos de planejamento e comprometem a capacidade de promover as mudanças tão necessárias no cenário epidemiológico estadual. Destaca-se como elemento fundamental nessa linha de raciocínio o rigor da legislação em saúde, que no intuito de assegurar a lisura dos processos administrativos, muitas vezes incorre no engessamento do processo de aquisição de bens, insumos e contratação de serviços, fundamentais para maior fluência das ações de saúde.

A despeito dos relatos, lança-se sobre o futuro próximo a expectativa sobre o que é fato e está disponível para continuidade da VS estadual frente a seus desafios, que reside na qualificação,

disponibilidade e comprometimento de seus técnicos e uma infraestrutura potencialmente capaz de oferecer as condições mínimas para que estes desenvolvam suas atividades laborais.

A partir de 2018, em meio a uma situação de recuperação fiscal por parte do estado, foi possível a realização de inúmeras ações voltadas à qualificação profissional interna e externa, com a oferta de cursos de formação básica em epidemiologia, como o curso "ABC da Epidemio" para técnicos movimentados para a VS sem formação específica, e o curso "EPISUS fundamental" em parceria com o MS, para técnicos dos municípios e também da SES, que em suas três edições formou cerca de 60 profissionais. Embora a ação tenha apresentado resultados palpáveis e positivos, ressalta-se a necessidade de ampliar a participação das regiões mais distantes, onde se concentra a maior demanda por qualificação.

Um ponto importante a destacar é a estratégia permanente de organização e pactuação de planos de enfrentamento a problemas de saúde de grande impacto no estado, como as arboviroses, tuberculose, IST/AIDS e desastres naturais, que impõem tanto ao estado quanto aos municípios a elaboração de estratégias e ações para resposta coordenada para seu enfrentamento, visando à redução do impacto junto à população.

Tendo em vista que a Vigilância em Saúde desempenha papel norteador das ações de saúde, suas atribuições precisam ser potencializadas, de tal forma que se alinhem à relevante missão de atuar como tal. Entende-se que existe uma lacuna entre o escopo de suas competências e sua real capacidade de intervenção nos fatores determinantes e condicionantes da saúde no território, na perspectiva da integralidade do cuidado, lacuna que precisa ser preenchida com medidas de fortalecimento de sua capacidade de resposta aos problemas de saúde identificados no estado.

3.1.1. Rede de laboratórios

O Laboratório Central de Saúde Pública Noel Nutels (LACEN-RJ) integra o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB), instituído pela Portaria GM/MS nº 2031/2004, que constitui um conjunto de redes nacionais de laboratórios, organizadas em sub-redes, por agravos ou programas, de forma hierarquizada por grau de complexidade das atividades relacionadas à VS – compreendendo a Vigilância Epidemiológica, Sanitária, em Saúde Ambiental e a Assistência Médica.

Dentro da estrutura do SISLAB, o LACEN-RJ atua como Laboratório de Referência Estadual (LRE), atendendo a todo o estado do Rio de Janeiro nas análises e/ou exames de interesse da vigilância em saúde, seja para execução em suas instalações ou direcionamento das amostras para os laboratórios de referência regional ou nacional que compõem a rede do SISLAB.

Para atendimento às ações de vigilância epidemiológica, o LACEN/RJ tem por função realizar os exames em amostras biológicas para diagnóstico de agravos de interesse da vigilância em saúde, com fins de monitorar o cenário epidemiológico do estado do Rio de Janeiro, para adoção de medidas oportunas de promoção, prevenção e controle junto à população. São realizados exames de microbiologia clínica, imunologia, citometria de fluxo, biologia molecular e parasitologia, sendo as maiores demandas relacionadas às arboviroses (dengue, zika, chikungunya e febre amarela), sarampo, rubéola e meningite.

O LACEN/RJ tem por função realizar análises físico-químicas, microbiológicas, microscópicas e ensaios gerais em amostras de produtos sujeitos a vigilância sanitária, como alimentos, cosméticos, saneantes, medicamentos e produtos para saúde, oriundas de denúncias, surtos e programas de monitoramento de qualidade, pactuados com os órgãos de vigilância sanitária estadual, federal e/ou municipal. Com a finalidade de atuar nas ações de vigilância ambiental, o LACEN/RJ realiza análises microbiológicas em amostras de água, para monitorar a sua qualidade para consumo humano e seu padrão de potabilidade, conforme preconiza a Portaria GM/MS nº 2914/2011. Também é função do LACEN/RJ realizar a identificação dos vetores relevantes ao monitoramento dos agravos de interesse da vigilância em saúde, para auxiliar no mapeamento do cenário epidemiológico do estado do Rio de Janeiro (Tabela 14).

Tabela 14. Produção do LACEN, 2015 a 06 de novembro de 2018.

Análises	2015	2016	2017	2018
Água para consumo humano	6.067	6.045	11.238	7.540
Referentes à vigilância sanitária	465	232	355	798
Diagnóstico de agravos	56.713	179.052	37.116	51.193
Identificação de vetores	6.202	2.277	4877	6.865

Fonte: Sistema GAL e Sistema Harpya.

Atualmente, o LACEN/RJ coordena as Redes de Laboratórios de interesse da vigilância em saúde, listados nos Quadros 02, 03 e 04, a seguir.

Quadro 02. Rede de laboratórios para carga viral de HIV, hepatites B e C e contagem de linfócitos CD4/CD8.

Região de Saúde	Laboratório de referência
Baía da Ilha Grande	Angra dos Reis (Laboratório do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ)
	Mangaratiba e Paraty (LACEN/RJ)
Baixada Litorânea	Laboratório Miguelote Viana
Centro Sul	LACEN/RJ
Médio Paraíba	LACEN/RJ
Metropolitana I	Rio de Janeiro: LACEN/RJ Laboratório do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ Laboratório do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ Laboratório do Hospital dos Servidores do Estado Laboratório do Instituto Nacional de Infectologia - INI/FIOCRUZ Laboratório do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle - LAPIA/UNIRIO Demais municípios: Hospital Geral de Nova Iguaçu
Metropolitana II	Laboratório Miguelote Viana
Noroeste	Laboratório do Hospital Geral de Guarus - SMS Campos de Goytacazes
Norte	Laboratório do Hospital Geral de Guarus - SMS Campos de Goytacazes
Serrana	LACEN/RJ

Fonte: RELSP/LACEN/RJ

A atual rede de análises de água para consumo humano apresenta lacunas de atendimento a alguns municípios do estado, sendo necessário realizar diagnóstico sobre os motivos pelos quais os municípios em questão estão silenciosos nesse processo. Também se constata a existência de laboratórios que seriam polo para execução das análises, mas que efetivamente não estão desempenhando a referida função. Os laboratórios são apoiados por meio da distribuição de substrato enzimático e frascos de coleta, sendo estes últimos disponibilizados para todos os municípios, com a finalidade de viabilizar as coletas com a qualidade adequada.

O LACEN/RJ promove a capacitação frequente dos profissionais das vigilâncias ambientais dos municípios sobre os procedimentos para coleta de amostras de água para consumo humano.

Quadro 03. Rede de laboratórios para análise microbiológica de água para consumo humano do VIGIÁGUA.

Região de Saúde	Laboratório de referência
Baía da Ilha Grande	LACEN/RJ
Baixada Litorânea	LACEN/RJ (exceto Rio das Ostras)
Centro Sul	Areal e Paracambi (LACEN/RJ)
	Demais municípios, exceto Sapucaia (Laboratório Polo Regional da Vigilância em Saúde de Miguel Pereira)
Médio Paraíba	Barra do Piraí, Rio das Flores e Valença (Laboratório Regional de Análises de Água – Polo Valença)
	Demais municípios (LACEN/RJ)
Metropolitana I	Itaguaí (Laboratório de Itaguaí)
	Japeri (Laboratório Polo Regional da Vigilância em Saúde de Miguel Pereira)
	Rio de Janeiro (Laboratório de Saúde Pública do Município do Rio de Janeiro)
	Demais municípios (LACEN/RJ)
Metropolitana II	LACEN/RJ (exceto Niterói e Tanguá)
Noroeste	Itaocara (LACEN/RJ)
	Demais municípios, exceto Aperibé, Bom Jesus de Itabapoana, Cambuci, Laje de Muriaé, Varre Sai (Laboratório de Itaperuna)
Norte	LACEN/RJ (Exceto Campos dos Goytacazes, Conceição de Macabu e São Francisco de Itabapoana)
Serrana	Petrópolis (Laboratório de Petrópolis)
	Teresópolis (LABACH)
	Demais municípios, exceto São José do Vale do Rio Preto (LACEN/RJ)

Fonte: Sistema GAL e RELSP/LACEN/RJ.

Quadro 04. Rede de laboratórios para exames de tuberculose.

Região de Saúde	Laboratório de referência
Baía da Ilha Grande	LACEN/RJ
Baixada Litorânea	Saquarema (Laboratório do Saquarema)
Centro Sul	LACEN/RJ
Médio Paraíba	Volta Redonda (Laboratório Municipal de Volta Redonda)
	Demais municípios (LACEN/RJ)
Metropolitana I	Duque de Caxias (Laboratório do Centro de Saúde de Duque de Caxias)
	Itaguaí (Laboratório de Saúde Pública de Itaguaí)
	Nova Iguaçu (Laboratório do Centro de Saúde D. Vasco Barcelos)
	São João de Meriti (Laboratório Central de S. João de Meriti)
	Rio de Janeiro Hospital Universitário Pedro Ernesto Instituto de Doenças do Tórax - HUCFF/UFRJ Hospital Universitário Gaffrée e Guinle Hospital Estadual Santa Maria Hospital Federal dos Servidores do Estado (Laboratório de Tuberculose) Laboratório do IPEC Hospital Sanatório Penal Demais municípios (LACEN/RJ)
Metropolitana II	São Gonçalo: Fund. Munic. de Saúde de São Gonçalo - Complexo Hosp. Luiz Palmier
	Niterói: Laboratório Miguelote Viana Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras
	Itaboraí (Laboratório Municipal)
	Demais municípios (LACEN/RJ)
Noroeste	LACEN/RJ
Norte	LACEN/RJ
Serrana	LACEN/RJ

Fonte: RELSP/LACEN/RJ.

Para a Rede de Laboratórios para exames da tuberculose, o LACEN/RJ apoia com a distribuição de meio Ogawa Kudoh e/ou cartuchos para testes moleculares de tuberculose. O LACEN/RJ promove a capacitação frequente dos profissionais dos laboratórios de referência da rede, com a finalidade de garantir a qualidade dos exames.

Rede de Laboratórios para Exames de Dengue

Atualmente, a rede de dengue não está funcionando de forma rotineira e quase a totalidade dos municípios encaminham as amostras dos pacientes para o LACEN/RJ para execução dos exames de sorologia.

3.1.2. Vigilância Epidemiológica

3.1.2.1. Imunização

Em 2017, o estado do Rio de Janeiro alcançou a meta de 95% em apenas um dos imunobiológicos selecionados (vacina pneumocócica decavalente). Apenas as regiões Centro Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I e Noroeste alcançaram a cobertura preconizada em dois ou mais imunobiológicos, naquele ano (Tabela 15).

Em 2018, o estado registrou alcance de meta de 95% somente para vacina tríplice viral (D1), todavia o banco de dados ainda permite atualizações, o que significa que esses dados de registro podem sofrer alterações (Tabela 15). A vacina que obteve melhor desempenho no estado em 2018 foi a tríplice viral, alcançando 99,39% de cobertura. Destaca-se a região do Médio Paraíba, que alcançou a meta para os quatro imunobiológicos selecionados (vacinas pentavalente, pneumocócica, poliomielite e tríplice viral). Já a Baixada Litorânea não alcançou a meta para nenhuma das vacinas. As regiões da Baía de Ilha Grande, Metropolitana I, Metropolitana II e Norte alcançaram a meta somente para tríplice viral D1. Além disso, em 2018, foram realizados dois grandes eventos que provavelmente colaboraram indiretamente para essas baixas coberturas – a campanha de vacinação contra febre amarela com estratégia de dose fracionada, em 15 municípios das regiões Metropolitana I e II; e a campanha nacional de vacinação contra o sarampo e a poliomielite, para as faixas etárias de 01 a 04 anos de idade. Essas duas campanhas causaram grande mobilização das equipes de vacinação dos municípios, possivelmente prejudicando as ações de vacinação de rotina (Tabela 16).

Em 2019 abriu-se um novo panorama no estado, visto que o encerramento do APIWEB (Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunizações versão WEB) ocorreu em agosto, passando a ser recomendado o registro nominal através do SIPNI (Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações). Como os municípios ainda estão em fase de adequação ao SIPNI, até o terceiro quadrimestre de 2019 não foi alcançada a cobertura preconizada para nenhuma vacina. A vacina que obteve melhor cobertura até o momento foi a tríplice viral (47,51%), com destaque para a região do Médio Paraíba (Tabela 17).

O encerramento do banco de dados ainda não ocorreu e os municípios ainda estão atualizando as informações. O avanço na implantação do registro nominal deverá impactar no alcance do indicador, visto que os municípios necessitam reorganizar as ações de imunização no tocante à infraestrutura e recursos humanos. Além disso, devido ao surto de sarampo que assola o país, há uma nova campanha de vacinação contra o sarampo em andamento, o que possivelmente impactará novamente na vacinação de rotina.

Tabela 15. Cobertura vacinal por região de saúde e imunobiológico, 2017.

Região de saúde	Pentavalente	Pneumocócica	Poliomielite	Tríplice Viral D1
Baía da Ilha Grande	75,62	81,6	75,09	90,1
Baixada Litorânea	84,26	89,8	83,35	91,62
Centro Sul	96,63	96,08	88,15	108,66
Médio Paraíba	94,27	103,68	92,64	101,85
Metropolitana I	98,89	101,55	92,66	96,06
Metropolitana II	72,93	76,64	68,47	81,93
Noroeste	94,43	100,35	97,1	91,75
Norte	91,21	94,59	92,21	94,54
Serrana	81,18	90,01	78,11	84,84
Estado do Rio de Janeiro	**93,17**	**96,83**	**88,44**	**93,95**

Fonte: www.sipni.datasus.gov.br em outubro de 2019

Tabela 16. Cobertura vacinal por região de saúde e imunobiológico, 2018.

Região de saúde	Pentavalente	Pneumocócica	Poliomielite	Tríplice Viral D1
Baía da Ilha Grande	75,38	80,01	72,85	97,98
Baixada Litorânea	80,50	88,31	82,36	93,04
Centro Sul	100,07	101,73	93,07	119,61
Médio Paraíba	98,62	104,66	100,50	104,21
Metropolitana I	86,51	91,06	86,24	98,43
Metropolitana II	88,78	90,77	83,44	99,44
Noroeste	98,56	105,73	94,32	120,93
Norte	89,55	93,64	92,52	99,26
Serrana	89,84	95,38	89,04	98,23
Estado do Rio de Janeiro	**87,70**	**92,23**	**87,03**	**99,39**

Fonte: SVS/SES/, outubro de 2019. Dados sujeitos a alteração.

Tabela 17. Cobertura vacinal (acumulada até setembro) por região de saúde e imunobiológico, 2019.

Região de Saúde	Pentavalente	Pneumocócica	Poliomielite	Tríplice Viral D1
Baia da Ilha Grande	54,61	71,74	63,59	102,08
Baixada Litorânea	31,11	52,00	44,71	55,20
Centro-Sul	53,02	44,52	62,20	84,98
Médio Paraíba	62,93	84,04	75,52	94,04
Metropolitana I	40,86	48,05	46,35	55,78
Metropolitana II	29,16	38,14	35,48	48,97
Noroeste	57,47	83,45	70,98	90,28
Norte	51,63	62,26	59,19	71,42
Serrana	56,29	77,35	70,70	86,13
Estado do Rio de Janeiro	**42,43**	**52,87**	**49,65**	**61,44**

Fonte: www.sipni.datasus.gov.br em outubro de 2019. Dados sujeitos a alteração

3.1.2.2. Doenças e Agravos Não Transmissíveis – DANT

A situação epidemiológica brasileira tem sido definida como de “tripla carga de doenças”, por envolver ao mesmo tempo um conjunto de problemas como infecções, desnutrição e de saúde reprodutiva, mais os desafios das doenças crônicas e de seus fatores de riscos (tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física, consumo excessivo de álcool e outras drogas, sobrepeso, obesidade e estresse), associado ao forte crescimento das causas externas.

Denomina-se Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) ao conjunto de agravos cujo processo causal não ocorre por meio de mecanismos de transmissão de agentes etiológicos. As DANT dependem de uma rede causal constituída pela interação de diversos fatores de natureza biológica e social, dentre outros. Incluem-se nesse rol as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), os transtornos mentais, a violência e os acidentes.

A magnitude de parte das DANT pode ser avaliada pelas doenças cardiovasculares, pelas neoplasias e pelos acidentes e violências, responsáveis por aproximadamente 30%, 15% e 10% do total dos óbitos ao ano, respectivamente, no estado. A prevalência dos fatores de risco encontrados nos inquéritos nacionais (VIGITEL) evidencia que, de forma geral, os comportamentos de risco para DANT estão associados aos indivíduos de menor escolaridade, o que no Brasil e no estado do Rio de Janeiro é uma variável diretamente associada à baixa renda (pobreza). Em relação aos chamados fatores protetores, como o consumo de frutas, verduras e legumes, ocorre o inverso, com o seu maior consumo associado aos indivíduos de maior escolaridade.

Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade por DANT e produzir melhoria da qualidade de vida da população fluminense, a estruturação da vigilância, controle e prevenção de DANT foi inserida como prioridade no planejamento estratégico do estado. Visa-se à implementação de ações de intervenção efetivas nos territórios municipais, por meio de investimentos financeiros em capacitação de recursos humanos, em equipamentos de informática e pesquisa epidemiológica.

A construção de uma política estadual de promoção da saúde objetiva especificamente contribuir para a mudança do modelo de atenção do sistema, de maneira a ampliar e qualificar as ações de promoção da saúde e a construção de uma agenda estratégica integrada, por meio do envolvimento das diversas instâncias gestoras do sistema e dos serviços de saúde, bem como do fortalecimento da integralidade, da equidade, da responsabilidade sanitária, da mobilização e participação social, da intersetorialidade, da informação, da educação e comunicação, e da sustentabilidade.

As ações de prevenção das DANT e de promoção à saúde envolvem atuação intersetorial pactuada, articulada entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária, visando ao desencadeamento de ações estratégicas em comunidades e grupos populacionais específicos com vistas a promover comportamentos e estilos de vida saudáveis. A vigilância das DANT e o enfrentamento dos seus fatores de risco devem abranger tanto o âmbito interno do setor de saúde, quanto o âmbito externo, por meio de parcerias com setores da administração pública estadual (educação, meio ambiente, agricultura, trabalho, indústria e comércio, entre outros), empresas e organizações não governamentais, com o objetivo de induzir mudanças sociais, econômicas e ambientais que favoreçam a redução dessas condições.

3.1.2.2.a. Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o conjunto que engloba doenças do aparelho circulatório (DAC), diabetes mellitus (DM), doenças respiratórias crônicas (DRC) e neoplasias (NEO), e têm em comum os mesmos fatores de risco (FR) comportamentais, que permitem uma mesma abordagem de prevenção. As populações mais pobres são as mais afetadas por prevalecerem os FR associados com maiores dificuldades de acesso a serviços de saúde para triagem e tratamento, além de terem menor rede de apoio para lidar com as consequências financeiras e sociais das DCNT.

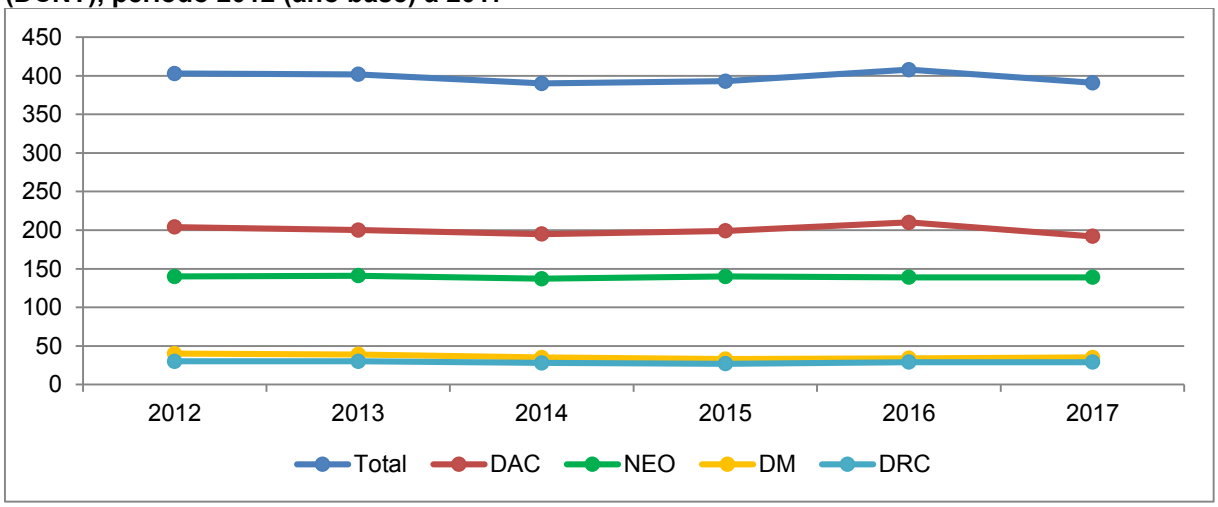
O MS elaborou o Plano Nacional de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022, que definiu e priorizou as ações e os investimentos necessários para preparar o país para enfrentar e deter as DCNT nos dez anos em questão. O principal objetivo foi promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e de seus fatores de risco, e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas. O plano dispõe de uma meta de redução de 2% ao ano da taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto

das DCNT (doenças do aparelho circulatório – CID I00-I99, doenças respiratórias crônicas - CID J30-J98, neoplasias malignas- CID C00-C97 e diabetes *mellitus* – CID E10-E14).

O estado teve o seu Plano Estadual de Ações Estratégicas para Enfrentamento das DCNT no Rio de Janeiro, 2013-2022 aprovado pela Portaria GM/MS nº 2.993, de 26/12/2012, que autoriza o repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para implantação, implementação e fortalecimento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil.

Em 2013, utilizou-se esse documento como orientador da pactuação Interfederativa da meta de redução da mortalidade prematura pelas DCNT. Nele, constava que os municípios com menos de 100.000 habitantes pactuariam a redução de 2% ao ano pelo nº absoluto de óbitos das quatro DCNT na faixa etária de 30 a 69 anos, enquanto os demais municípios pactuariam essa redução na taxa de mortalidade por 100.000 habitantes. Para efeito de cálculo do indicador e pactuação da meta, trabalhou-se com uma série histórica de 2008 a 2012 das mortes pelo conjunto das quatro DCNTs na faixa etária preconizada. O ano de 2012 foi utilizado como ano base para iniciar o cálculo da projeção para 2013 e demais anos (Gráfico 05).

Gráfico 05. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) dos residentes no estado do Rio de Janeiro para o conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), período 2012 (ano base) a 2017

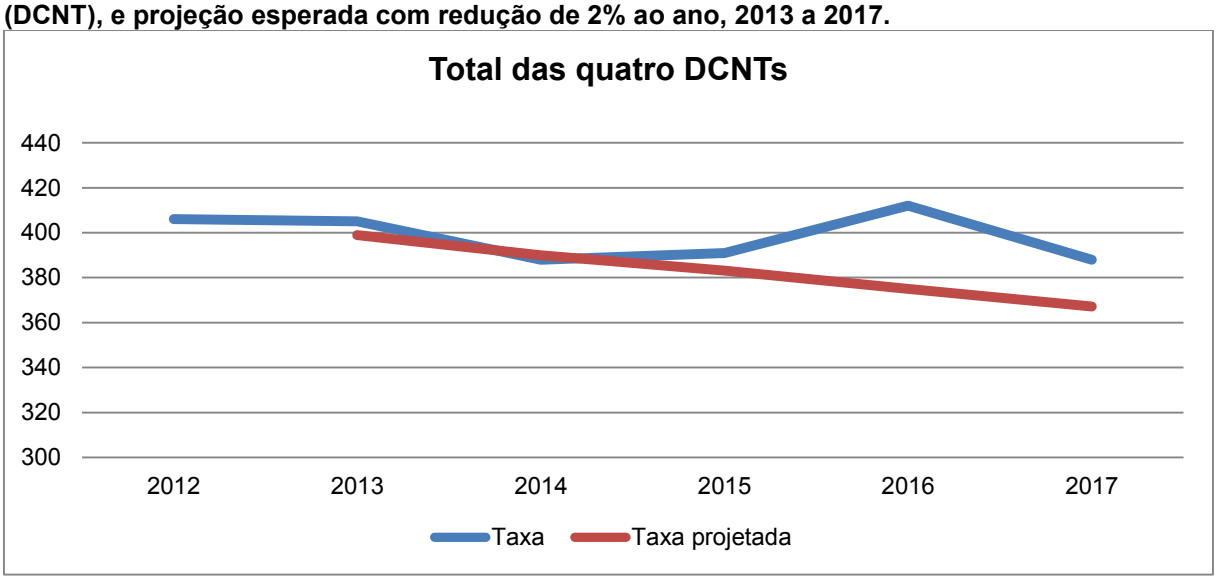


Fonte: SES-RJ.

As variações na sobrevida dos portadores de DCNT após o diagnóstico, a grande faixa etária envolvida e o crescente envelhecimento da população do estado dificultam a análise do indicador mortalidade prematura pelo conjunto das quatro principais DCNT. Feita essa ressalva, se observa que, em todos os períodos, as doenças do aparelho circulatório se destacaram, seguidas das neoplasias, diabetes *mellitus* e doenças respiratórias crônicas, estas duas últimas com taxas bem próximas (Gráfico 05).

Em 2013, houve uma redução da taxa geral de mortalidade prematura por DCNT se aproximando da projeção, e somente em 2014 a meta foi alcançada. De 2015 para 2016, houve aumento da taxa e afastamento da projeção, com subsequente declínio da taxa, embora se mantendo acima da projeção (Gráfico 06).

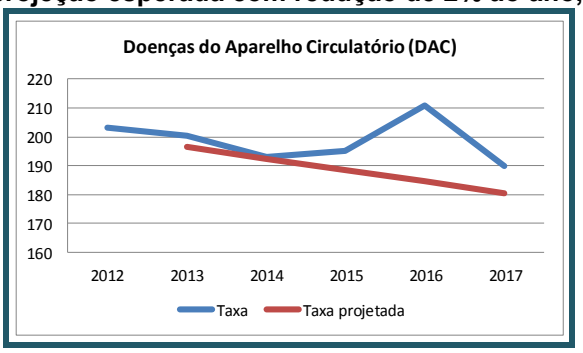
Gráfico 06. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) dos residentes no estado do Rio de Janeiro para o conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), e projeção esperada com redução de 2% ao ano, 2013 a 2017.

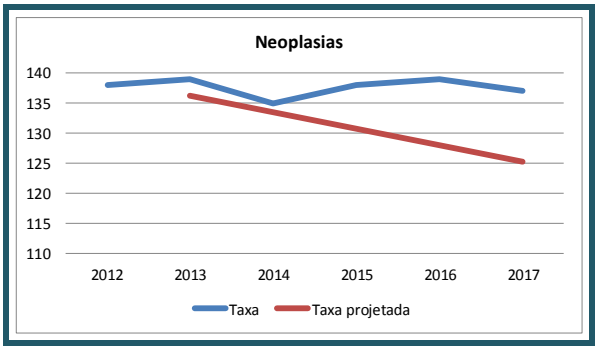


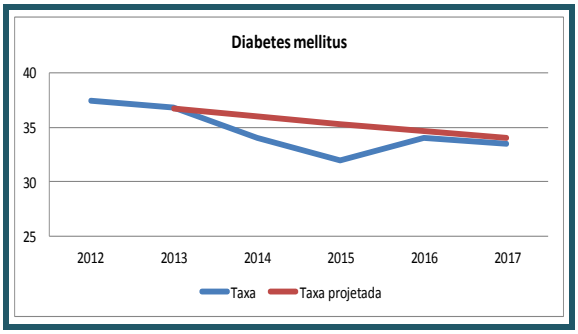
Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM/SVS/SES-RJ. Atualização das Bases: 2014 em 19/04/2016; 2015 em 12/01/2018; 2016 em 28/02/2018 e 2017 (dado preliminar) em 16/03/2018. Dados populacionais: estimativa 2012: (IBGE), 2013: estimativas preliminares efetuadas em estudo patrocinado pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSA e 2014 e 2015: estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE (Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas).

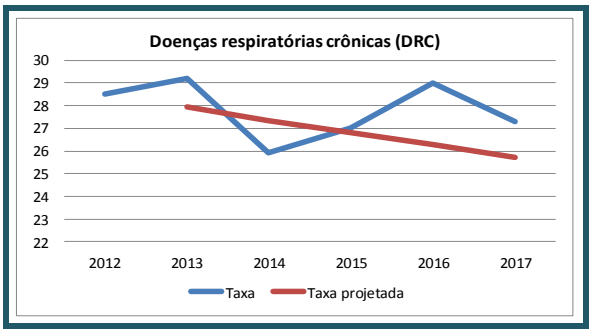
A taxa de mortalidade prematura por diabetes *mellitus* ficou abaixo da linha de projeção em todo o período, ou seja, alcançou a redução esperada de 2% ao ano. As doenças respiratórias crônicas alcançaram a redução esperada no período de 2013 a 2015, mas, a partir de então, voltaram a se afastar da meta projetada, embora se encontrem em declínio. Quanto às doenças do aparelho circulatório, a meta de redução da mortalidade precoce foi atingida apenas até 2014, aumentando sucessivamente após este período, e alcançando a taxa de 210 por 100 mil habitantes, em 2016, além do esperado na projeção. As neoplasias nunca alcançaram a redução das taxas e estão, desde 2014, em plena ascensão (Gráfico 07).

Gráfico 07. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) dos residentes no estado do Rio de Janeiro para cada uma das principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), e projeção esperada com redução de 2% ao ano, 2013 a 2017.



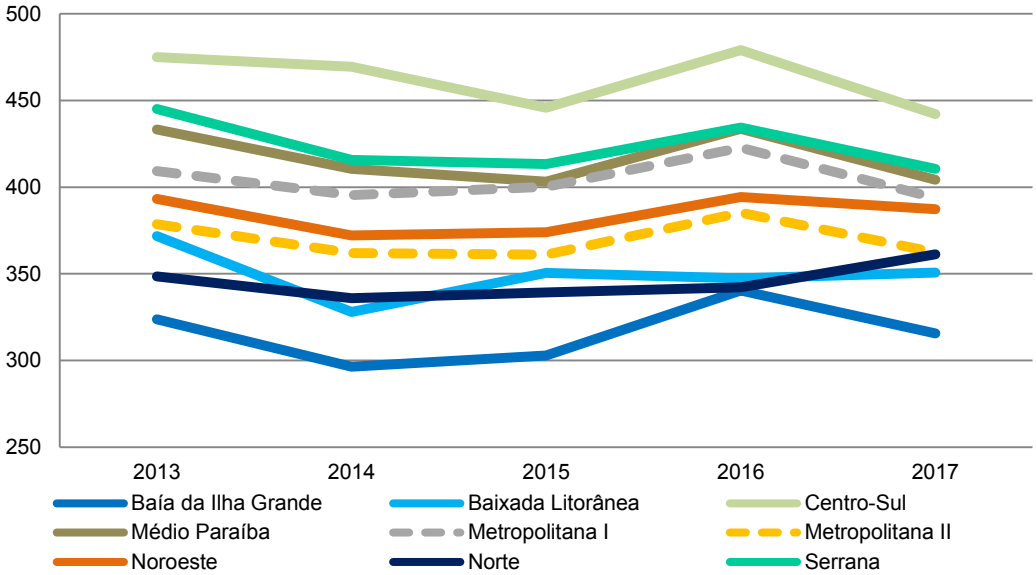






Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM/SVS/SES-RJ. Atualização das Bases: 2014 em 19/04/2016; 2015 em 12/01/2018; 2016 em 28/02/2018 e 2017 (dado preliminar) em 16/03/2018. Dados populacionais: estimativa 2012: (IBGE), 2013: estimativas preliminares efetuadas em estudo patrocinado pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSA e 2014 e 2015: estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE (Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas).

Gráfico 08. Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) dos residentes no estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde para as quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), 2013 a 2017.



Fonte: SIM/SVS/SES-RJ. Atualização das Bases: 2014, em 19/04/2016; 2015, em 12/01/2018; 2016, em 28/02/2018 e 2017 (dado preliminar), em 16/03/2018). Dados populacionais: estimativa 2012: (IBGE), 2013: RIPSA e 2014 e 2015: Ministério da Saúde/SVS/CGIAE.

Cabe ressaltar que existem diferenças locais e regionais de magnitude das taxas brutas de mortalidade, que devem sofrer padronização (taxa ajustável) para minimizar essas diferenças. Embora se tenha observado que a região Centro Sul apresentou as maiores taxas de mortalidade prematura por DCNTs no período considerado, seguida das regiões Serrana e do Médio Paraíba, todas as taxas das regiões tenderam a se aproximar ao longo dos cinco anos analisados, apontando que as DCNT estão disseminadas pelo estado e são as maiores causas de morte em todas as nove regiões de saúde, na faixa etária de 30 a 69 anos (Gráfico 08).

3.1.2.2. b. Fatores de risco

Obesidade/insegurança alimentar

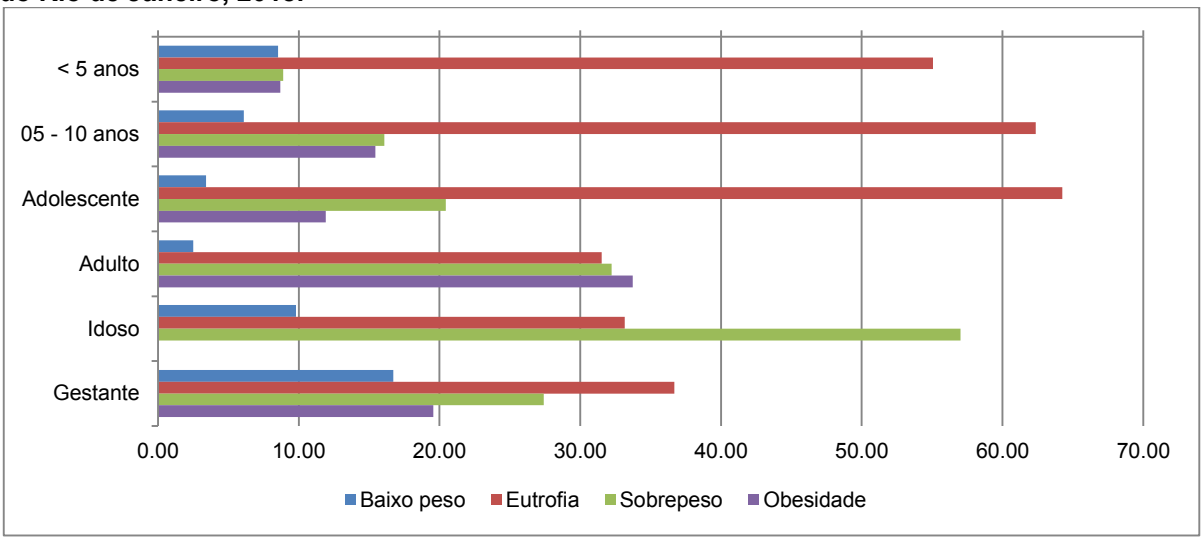
A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), por meio de um conjunto de políticas públicas, propõe respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação de maneira a atender as especificidades do estado e suas regiões de saúde. O aumento da população que apresenta agravos relacionados à obesidade e à desnutrição alerta para a necessidade de organização da rede de atenção à saúde para o atendimento a essa demanda de maneira organizada e qualificada. Programas voltados especificamente para o fornecimento de suplementos alimentares à população em situação de insegurança alimentar, o incentivo ao aleitamento materno, o acompanhamento nutricional dos beneficiários do Bolsa Família e a criação da Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade são algumas das ações do estado do Rio de Janeiro nesse sentido.

Segundo o SISVAN, os adultos constituem o grupo etário mais afetado pelos problemas de sobrepeso e obesidade, com menos de 35% da população acompanhada em estado de eutrofia. Somados, o sobrepeso e a obesidade entre os adultos alcançam 66% da faixa, e a obesidade isolada responde por 33,7% do grupo (Gráfico 09).

Outro grupo acompanhado e que apresenta problemas quanto ao estado nutricional é o das gestantes, com apenas 37% eutróficas. As gestantes foram o grupo que mais apresentou baixo peso (16,7%), seguido dos idosos (9,8%) e dos menores de 05 anos (8,5%). As elevadas proporções de sobrepeso (57%) e baixo peso (9,8%) entre os idosos sugerem grande vulnerabilidade deste grupo populacional (Gráfico 09).

Informações do SISVAN para 2018 (Gráfico 9) dão conta da prevalência de sobrepeso entre os usuários do SUS avaliados, que atinge 8,9% das crianças menores de 05 anos, 16,1% das crianças de 05 a 10 anos, 20,4% dos adolescentes, 32,2% da população adulta e 57% dos idosos. A obesidade, por sua vez, acomete 8,7% de crianças menores de 05 anos, 15,5% de crianças de 05 a 10 anos, 11,9% de adolescentes e 33,7% de adultos.

Gráfico 09. Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por fase do ciclo da vida, estado do Rio de Janeiro, 2018.



Fonte: APS/SISVAN, 2018.

Somados, os problemas de sobrepeso e obesidade entre crianças de 0 a 5 anos variam de 14,5% (região Serrana) a 18,3% (Metropolitana I); entre crianças de 5 a 10 anos, de 30,5% (Metropolitana I) a 38% (Noroeste); entre adolescentes, de 31,5% (Norte e Baía da Ilha Grande) a 36%

(Baixada Litorânea); entre adultos, de 63% (Noroeste) a 67,7% (Médio Paraíba), conforme os gráficos do Anexo F.

Dentre os usuários SUS avaliados, a magreza acentuada e a magreza simples não atingiram 5% dos adolescentes ou dos adultos, em nenhuma das regiões; no entanto, variaram de 4% (Baixada Litorânea e Centro Sul) a 11% (região Metropolitana I, com mais de 8% de magreza acentuada) entre os menores de 5 anos; de 3,1% (Baixada Litorânea) a 8% (Metropolitana I), para as crianças de 5 a 10 anos; e de 8,8% (Baía da Ilha Grande) a 13% (Noroeste) entre os idosos.

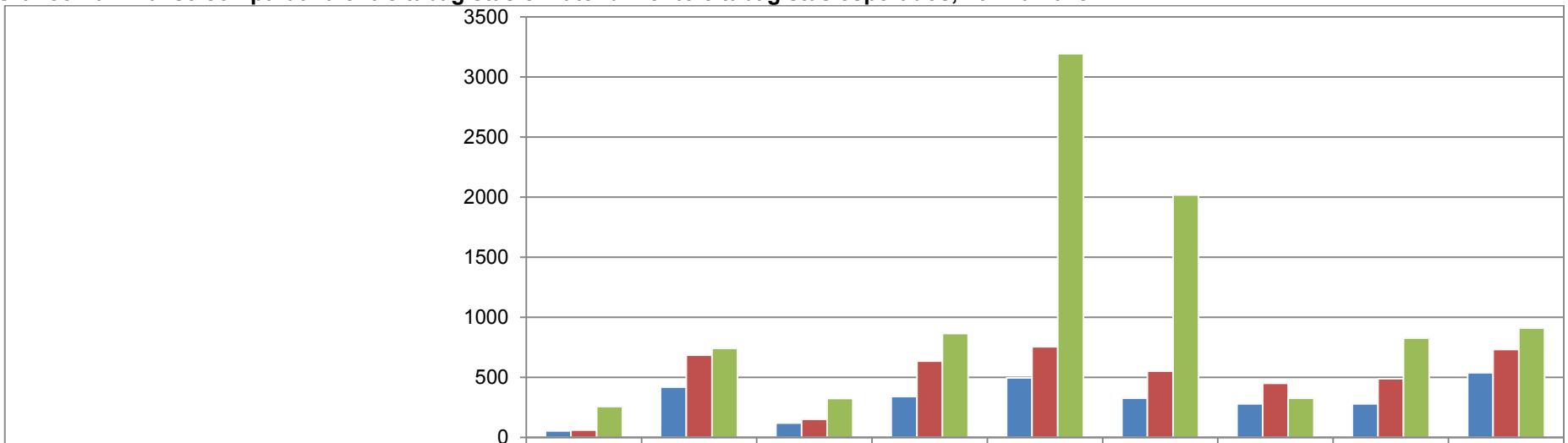
A avaliação nutricional de gestantes demonstrou que menos de 36% tinham peso adequado. O baixo peso variou de 14,6% (Baía da Ilha Grande) a 19% (Médio Paraíba). O sobrepeso variou de 25,2% (Serrana) a 28,5% (Baía da Ilha Grande e Norte), enquanto a obesidade variou de 21% (Baixada Litorânea) a 25% (Metropolitana I e Centro Sul). No estado do Rio de Janeiro, em 2018, foram realizados 837.552 de atendimentos de Equipes de Saúde da Família por obesidade, e 1.166.957 atendimentos de ESF por diabetes *mellitus*.

Tabagismo

O tabagismo é uma das principais causas evitáveis de mortes em todo mundo, sendo responsável por grande parte das neoplasias de pulmão, de traqueia, e por doenças do aparelho circulatório. Segundo a OPAS/OMS, estima-se que durante o século XX cem milhões de pessoas faleceram devido ao seu consumo, sendo o hábito de fumar responsável por 12% da mortalidade adulta mundial.

O Programa Estadual de Controle do Tabagismo vem sendo fortalecido para o enfrentamento desse desafio, buscando a ampliação no número de unidades de saúde com o programa implementado, e realizando capacitações para formar profissionais de saúde de nível superior que possam realizar os atendimentos necessários (médicos e farmacológicos/medicamentosos).

Gráfico 10. Análise comparativa entre tabagistas em atendimento e tabagistas esperados, 2017 a 2018.



	Baía da Ilha Grande	Baixada Litorânea	Centro Sul	Médio Paraíba	Metro I	Metro II	Noroeste	Norte	Serrana
Tabagistas em tratamento (julho/setembro de 2017)	54	418	119	340	496	327	280	280	537
Tabagistas estimados (janeiro/março de 2018)	60	685	150	635	755	552	450	488	731
Média trimestral do № estimado de tabagistas que procuraram tratamento com profissional de saúde (7,9% - PNS/IBGE, 2013)	257	740	324	865	3193	2017	327	826	909

Fonte: SES-RJ/DIVDANT

OBS: O município do Rio de Janeiro não consta nesta análise devido a efeitos comparativos das regiões.

Sedentarismo

O sedentarismo é um importante fator de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, junto ao alcoolismo e à alimentação baseada em produtos ultraprocessados, com risco comparável ao tabagismo.

A prática regular de atividade física está associada à redução de doenças do coração, do risco de hipertensão arterial, de acidente vascular cerebral, da síndrome metabólica, de diabetes tipo 2, de câncer de mama, câncer de colo de útero, câncer de próstata, de depressão e de quedas em idosos. Pessoas ativas aumentam a aptidão cardiorrespiratória, a força muscular e a flexibilidade, melhoram o perfil corporal com redução da gordura corporal e aumentam a função cognitiva, mantendo, em última análise, a autonomia funcional por mais anos (http://actbr.org.br/atividade-fisica, em 29/10/2019).

Para enfrentar esse fator de risco, o programa Academia da Saúde foi lançado pelo Ministério da Saúde, em 2011, como estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado. Os polos de Academia da Saúde são dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados, podendo ser considerados como pontos de atenção à saúde para o desenvolvimento de práticas corporais, artísticas e culturais, além de atividades físicas variadas, promoção da alimentação saudável, educação em saúde e mobilização da comunidade. Complementam o cuidado integral e fortalecem as ações de promoção da saúde em articulação com outros programas e ações de saúde, como a Estratégia da Saúde da Família, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a Vigilância em Saúde. Atualmente o Programa é regido pelas Portarias nº 1.707/GM/MS, de 23 de setembro de 2016 e n 2.681/GM/MS, de 7 de novembro de 2013.

É um grande desafio para a gestão da atenção primária do estado auxiliar os municípios a desenvolver o programa nos seus territórios, auxiliar na devolução dos recursos à União daqueles que não irão implementar o programa, apoiar no processo de solicitação de custeio, auxiliar e apoiar os polos em funcionamento (Tabela 18).

Tabela 18. Situação dos Polos do Programa da Academia da Saúde no estado do Rio de Janeiro, por região de saúde, em agosto de 2018.

Região/Estado	Número de propostas	Polos com obras concluídas	Polos com custeio em funcionamento	Polos sem custeio em funcionamento
Baia de Ilha Grande	10	0	0	0
Baixada Litorânea	14	1	1	1
Centro Sul	7	4	1	0
Médio Paraíba	29	10	4	1
Metropolitana I	53	15	0	75
Metropolitana II	30	14	0	11
Noroeste	20	11	1	0
Norte	10	5	1	0
Serrana	12	0	0	3
Estado do Rio de Janeiro	**185**	**60**	**8**	**92**

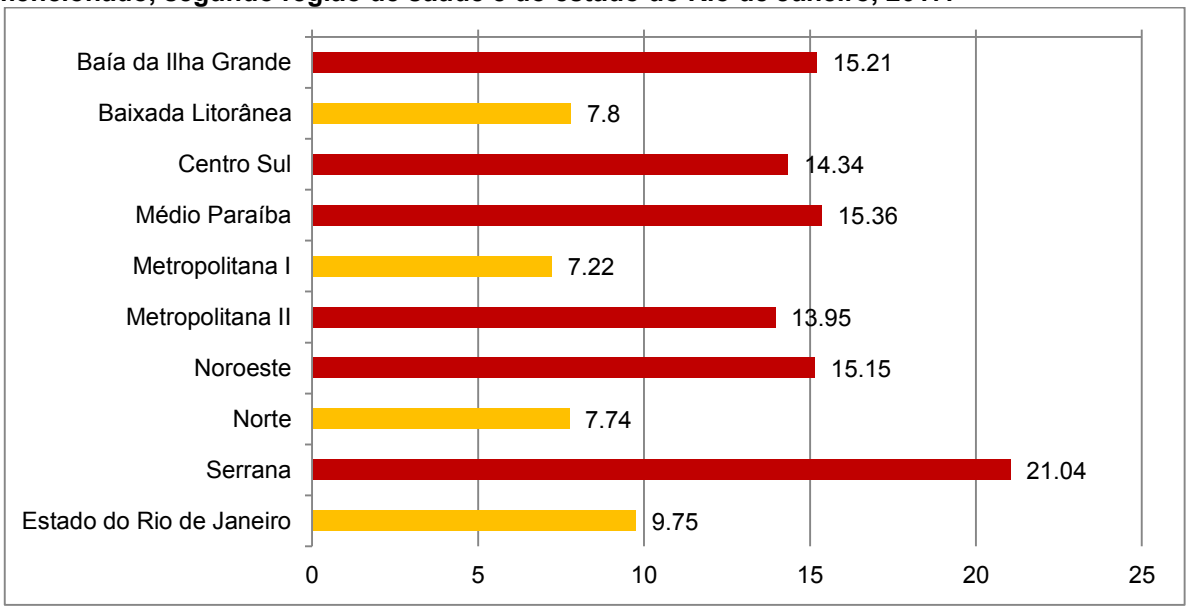
Fonte: DAB/MS – agosto de 2018.

Consumo Nocivo de Álcool

De acordo com o estudo de Gawryszewski e Monteiro (2014), em países latino-americanos, a taxa de mortalidade relacionada ao álcool foi classificada como baixa (<6/100.000), média (entre 6 a 12/100.000) e alta (>12/100.000). Nenhuma das regiões do estado do Rio de Janeiro apresentou uma taxa inferior a 7/100.000 habitantes, atingindo, na região Serrana, 21/100.000 habitantes (Gráfico 11). Estes resultados sugerem que é preciso estabelecer ações de uso seguro do álcool, principalmente para jovens adultos. O consumo está relacionado ao aumento de casos de hipertensão arterial - o fator de risco intermediário para o acidente vascular cerebral (AVC) - e vem ocorrendo em indivíduos

cada vez mais jovens, já na faixa etária de 20 a 25 anos. No estado do Rio de Janeiro, em 2018, foram realizados pelas equipes de Saúde da Família 3.043.198 atendimentos a usuários devido à hipertensão arterial.

Gráfico 11. Taxa de mortalidade por doenças, condições e lesões nas quais o álcool foi mencionado, segundo região de saúde e do estado do Rio de Janeiro, 2017.



Fonte: SVS/SES-RJ

3.1.2.2. c. Violências

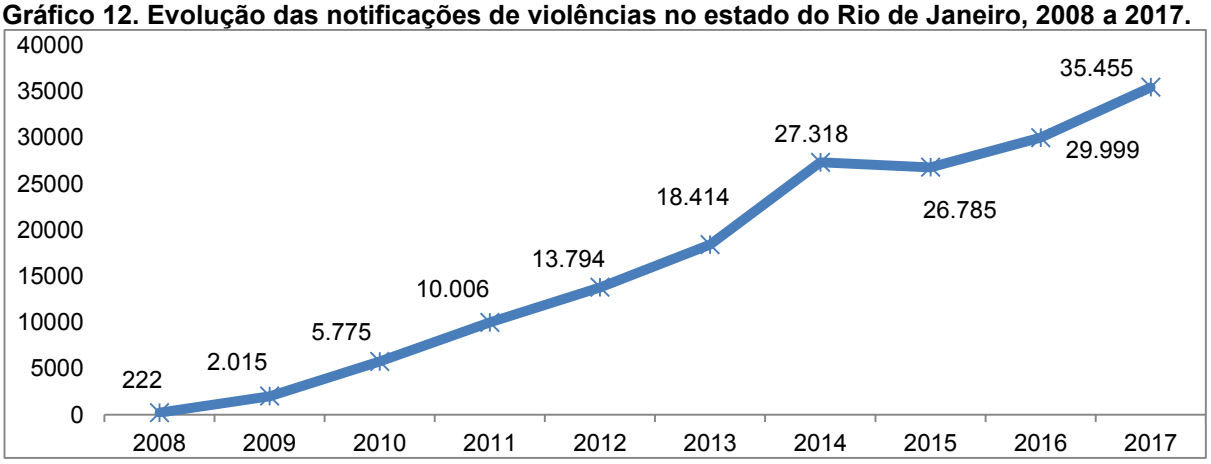
As violências representam um conjunto de agravos à saúde onde se destacam as causas ditas acidentais - relacionadas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes, e as intencionais - agressões e lesões autoprovocadas. Esse conjunto de eventos está previsto na Classificação Internacional de Doenças, sob a denominação de causas externas.

A relevância do tema fez com que o MS aderisse às recomendações da OMS na Assembleia Geral das Organizações das Nações Unidas (ONU), em 1996, na qual se evidenciou a violência como um importante problema para a saúde pública: foi publicada a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria nº 737/2001), definindo um instrumento de notificação às autoridades competentes de casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes (Portaria MS/GM nº 1.968, de 25 de outubro de 2001).

Especificamente com a finalidade de conhecer a magnitude dos casos de acidentes e violências que não levam ao óbito ou à internação, e assim implantar medidas de prevenção e atenção integral, desde 2006 o MS estruturou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), constituído pela vigilância das violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA-Contínuo), incorporado ao Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN-Net) e vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA Inquérito), realizada por meio de pesquisa, a cada dois anos.

A série histórica da notificação de violências no SINAN mostra crescente aumento dos registros. No ano de 2015 houve pequena queda nos registros em relação ao ano anterior, o que pode ser consequência da introdução da nova versão da ficha de notificação. No biênio seguinte, retorna o crescimento nos números de registros no estado (Gráfico 12). O ano de 2009 marcou o início da adoção do sistema VIVA pelo estado do Rio de Janeiro, com capacitações para todos os municípios.

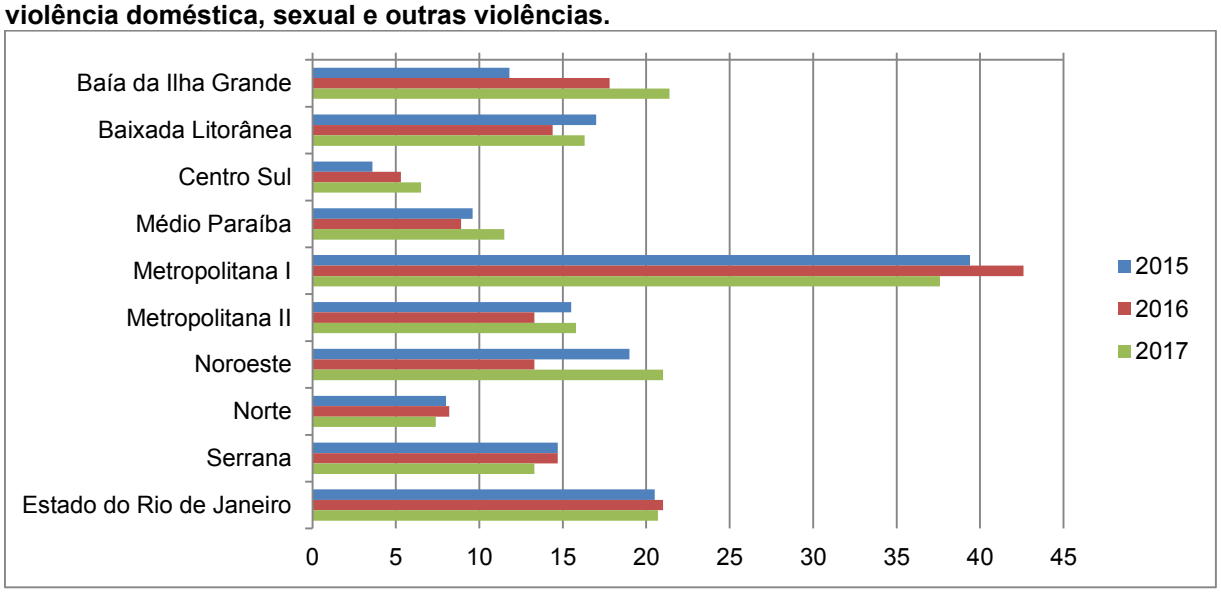
Gráfico 12. Evolução das notificações de violências no estado do Rio de Janeiro, 2008 a 2017.



Fonte: SINAN.

No estado, o maior percentual por tipo de violência notificada foi da violência física, com cerca de 42% do total. Seguem-na a violência psicológica/moral (25,4%), negligência/abandono (20,5%) e violência autoprovocada (9,88%). Esta análise contemplou os seguintes tipos de estabelecimentos: Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Centro de Parto Normal, Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde, Clínica Especializada/Ambulatório Especializado, Hospital Especializado, Hospital Geral, Hospital Dia, Policlínica, Posto de Saúde; Pronto Atendimento, Pronto Socorro Especializado, Pronto Socorro Geral, Unidade de Atenção à Saúde Indígena, Unidade Mista, Núcleo de Apoio a Saúde da Família-NASF.

Gráfico 13. Proporção de unidades de saúde que atendem ao SUS e que realizam notificação de violência doméstica, sexual e outras violências.



Fonte: SINAN

Com o objetivo de ampliar o número de municípios notificadores, o estado do Rio de Janeiro tem pactuado um indicador que busca como resultado o alcance da meta de 25% de unidades notificadoras, no período de um ano, utilizando como denominador as unidades/estabelecimentos cadastrados no CNES com vínculo ao SUS. O estado do Rio de Janeiro, em 2017, apresentou como resultado o valor de 20,68% das unidades que notificaram pelo menos um (01) caso de violência. Os destaques positivos foram as regiões Metropolitana I, Baía da Ilha Grande e Noroeste; os negativos,

as regiões Centro Sul, Norte e Médio Paraíba (Gráfico 13). Alguns municípios não realizaram nenhuma notificação e/ou não tinham nenhuma unidade notificadora até 2017.

Perfil da violência contra crianças e adolescentes

Se a violência em geral é reconhecida como um grave problema de saúde pública, a violência contra crianças e adolescentes caracteriza-se como um fenômeno ainda mais grave e recorrente, sempre envolvido por um manto de silêncio, e que tem despertado atenção e investimento das políticas públicas, não somente pela magnitude e frequência do evento, mas também pelo reconhecimento das suas consequências para as vítimas. O grande desafio atual está na prevenção, detecção precoce e tratamento apropriado: a identificação e atuação adequada sobre os casos de violência podem contribuir significativamente para interromper o ciclo da mesma.

Em 2017, foram registradas 28.792 notificações de violência interpessoal/autoprovocada no estado do Rio de Janeiro no SINAN, atendidas nas unidades de saúde do SUS. Desse total, 11.460 corresponderam à faixa etária de crianças e adolescentes, cerca de 40% do total das violências registradas neste período (Tabela 19).

Todas as regiões do estado apresentaram registros de violência contra crianças e adolescentes no SINAN, em 2017, em especial a região Metropolitana I. Não há como avaliar o grau de subnotificação, apenas destacar aqueles municípios onde não ocorreu nenhuma notificação: na região Centro Sul, Comendador Levy Gasparian, Miguel Pereira e Paty do Alferes; na região Metropolitana I, apenas São João de Meriti; na região Noroeste, Cambuci, Cardoso Moreira e Varre-Sai; na região Norte, Conceição de Macabu e São João da Barra; e na região Serrana, Bom Jardim, Carmo, Duas Barras, Macuco, Santa Maria Madalena e São Sebastião do Alto – o que coloca esta região em destaque quanto à necessidade de ampliar as notificações/unidades notificadoras (Tabela 19).

Tabela 19. Número de notificações de violência, segundo faixa etária e região de saúde, estado do Rio de Janeiro, 2017.

Região de Saúde	Faixa Etária					Total
	<1 ano	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	
Baía da Ilha Grande	23	31	22	51	92	219
Baixada Litorânea	9	41	45	100	143	338
Centro Sul	11	15	12	29	56	123
Médio Paraíba	15	24	32	116	222	409
Metropolitana I	1.130	2.208	1.265	1.536	2.535	8.674
Metropolitana II	55	98	62	126	236	577
Noroeste	5	11	8	27	41	92
Norte	37	50	49	106	288	530
Serrana	58	88	57	125	170	498
Estado do Rio de Janeiro	**1343**	**2.566**	**1.552**	**2.216**	**3.783**	**11.460**

Fonte: SINAN.

Para crianças e adolescentes, o maior número de notificações ocorreu entre os 15 e 19 anos, seguida da faixa dos 10 a 14 anos; o menor percentual de violência notificada ocorreu entre os menores de 01 ano de idade, o que não significa necessariamente que a violência dirigida a estas crianças seja igualmente baixa. Foram registradas não apenas internações, mas também óbitos, de menores de um ano de idade provocados por violências/maus tratos/negligências (Anexo G). Houve predomínio do sexo feminino, quando consideradas todas as notificações, fato que se acentua a partir dos 10 anos. A raça/cor parda foi a mais frequente nas notificações, seguida da branca, sendo esse padrão observado em todas as faixas etárias.

3.1.2.3. Doenças Transmissíveis

3.1.2.3.a. Sífilis

A sífilis, infecção sistêmica de evolução crônica, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, tem sua transmissão pela via sexual (principal), vertical e sanguínea. Nas gestantes, a sífilis não tratada ou tratada inadequadamente pode ser transmitida para o feto, culminando em aborto, natimorto, óbito neonatal, prematuridade ou baixo peso ao nascer. O diagnóstico precoce e o tratamento oportuno e adequado das gestantes e seus parceiros no pré-natal são fundamentais na redução da morbidade e da mortalidade associada à sífilis congênita, que pode ser classificada em precoce, anterior aos dois anos de idade, e tardia, em crianças com idade superior aos dois anos.

O feto e as crianças que sofreram exposição ao treponema poderão apresentar lesões deformantes, com destruição de tecido cutâneo-mucoso e ósseo, graves sequelas neurológicas, surdez e cegueira. Aproximadamente 50% das crianças infectadas nascem assintomáticas e, nestes casos, o diagnóstico deve levar em consideração aspectos epidemiológicos relacionados ao tratamento da mãe e do parceiro, acrescidos de exames laboratoriais e radiológicos.

O estado do Rio de Janeiro vem apresentando, nos últimos anos, um grande número de casos de sífilis, com elevadas taxas de incidência de sífilis congênita e taxas de detecção de sífilis em gestante, o que coloca o estado à frente do *ranking* nacional nesses dois agravos. O atraso nas notificações de casos e as subnotificações nos sistemas de informação são fatores que dificultam o conhecimento real do agravo. As ações do Ministério da Saúde preconizam a interrupção da cadeia de transmissão do *Treponema pallidum* na população em geral. A criação de estratégias como a Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção, a Rede Cegonha, a implantação dos testes rápidos para o diagnóstico da sífilis no âmbito da Atenção Primária, o reabastecimento da penicilina e demais medicamentos para o tratamento da sífilis, vêm sendo utilizados com o propósito de reduzir significativamente a sífilis adquirida em gestantes e seus parceiros e, consequentemente, reduzir a incidência da sífilis congênita no país.

Sífilis adquirida

No ano de 2010, a sífilis adquirida foi incluída como agravo de notificação compulsória. O cenário da sífilis adquirida ainda precisa ser analisado com cautela, pois sua implementação como notificação compulsória é recente, podendo não refletir a situação real do agravo.

No período de 2014 a 2018, foram notificados no estado 53.124 casos de sífilis adquirida. As regiões que apresentaram maior concentração de casos foram a Metropolitana I, com 36.615 casos (68,9%); Metropolitana II, 6.863 casos (12,9%); Serrana, com 3.192 casos (6,0%); e Norte, com 1.857 (3,5 %), seguida das demais regiões de saúde. Em 2018, o número total de casos notificados no estado do Rio de Janeiro foi de 18.189 casos. Na estratificação por regiões de saúde, observaram-se 71,6% dos casos na Metropolitana I, 11,6% na Metropolitana II, 5,6% na Serrana, 3,3 % na Baixada Litorânea, 3% no Médio Paraíba, 2,9% no Norte, 1% no Centro Sul, 0,6% na Baía de Ilha Grande e

0,4% no Noroeste. A análise desse período evidenciou uma crescente taxa de incidência (por 100 mil habitantes) da doença, passando de 25,9, em 2014, para 106 em 2018, o que pode ser observado na Tabela 20. No entanto, o crescimento dos casos de sífilis adquirida ao longo do período pode ser atribuído ao fato de que a doença só se tornou de notificação compulsória em todo território nacional a partir de 2010, o que fez aumentar a possibilidade de captação desses casos.

Tabela 20. Taxa de incidência (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida, segundo regiões do estado do Rio de Janeiro, nos anos de 2014 a 2018.

Região de Saúde	2014	2015	2016	2017	2018
Baía de Ilha Grande	12,8	34,1	33,2	33,4	38,4
Baixada Litorânea	20,3	22,8	34,7	70,3	72,2
Centro Sul	19,3	14,6	27,1	36	53,1
Médio Paraíba	12,8	22,5	24,5	49,5	60,5
Metropolitana I	26,1	39,9	61,5	104,9	124,6
Metropolitana II	41,8	52,8	60,6	78,6	100,6
Noroeste	17,3	22,9	32	23,7	23,1
Norte	13,9	20,6	55,1	58,5	55,7
Serrana	26,8	51,2	63,0	90,9	104,8
Estado do Rio de Janeiro	25,9	38,4	56,1	89,6	106

Fonte: SINAN, GIST/AIDS e HV/CVE/SVEA/SVS/SES RJ.

Entre 2014 e 2018, as faixas etárias com maior número de notificações foram a de 20 a 29 anos, com 19.957 casos (37,6%), seguida da de 30 a 39 anos, com 11.298 casos (21,3%). A faixa etária com maior crescimento nesse período foi a de 13 a 19 anos com um valor de 24%, seguida da de 20 a 29 anos com valor de 19,8%.

Entre 2010 e 2018, dos casos notificados de sífilis, 34,7% ocorreram em homens e 65,3 % em mulheres, sendo 25,5% notificadas como sífilis adquirida e 39,9% notificadas como sífilis em gestantes.

• **Sífilis em gestante**

De 2014 a 2018, foram notificados 33.406 casos de sífilis em gestante, sendo 77,6% residentes na região Metropolitana I (25.921 casos), 8,3% na Metropolitana II (2.761), 3,3% no Médio Paraíba (1.118 casos) e 3,2% na Baixada Litorânea (1.067 casos), seguidas das demais regiões de saúde. A taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos), de 2014 a 2018, apresentou crescimento linear ao longo do período, passando de 18,2/mil nascidos vivos, em 2014, para 43,4/mil nascidos vivos, em 2018. As regiões que acompanharam esse crescimento linear foram: Metropolitana I, Médio Paraíba e Norte. Em todos os anos do período, a região Metropolitana I ultrapassou a taxa de incidência estadual, sendo a maior taxa ocorrida no ano de 2018 (52,4 casos/ mil nascidos vivos), enquanto a taxa estadual foi de 43,4 casos/mil nascidos vivos, conforme indicado na Tabela 21.

Tabela 21. Taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos) de sífilis em gestante segundo regiões do estado do Rio de Janeiro, nos anos de 2014 a 2018.

Região de Saúde	2014	2015	2016	2017	2018
Baía da Ilha Grande	3,5	7,9	13,4	17	16,3
Baixada Litorânea	14,9	12,1	11,8	23,1	31,6
Centro Sul	14,8	4,8	10,8	12,3	13,9
Médio Paraíba	9,3	14,2	18,6	26,3	32,8
Metropolitana I	23,4	27	34,6	46,8	52,4
Metropolitana II	10,6	18,2	17,9	27,2	38,9
Noroeste	6,2	8,1	6,1	11,8	12,3
Norte	6,2	8,9	14,7	16,9	20,7
Serrana	8,1	15,7	13,4	19,3	23,6
Estado do Rio de Janeiro	18,2	21,9	27,2	37,4	43,4

Fonte: SINAN, GIST/AIDS e HV/CVE/SVEA/SVS/SES RJ.

Analisando o tratamento das gestantes diagnosticadas com sífilis, no período de 2014 a 2018, o número de prescrições de penicilina benzatina para essas gestantes foi de 30.819 (92,3%), 1.278 (3,8%) não tinham informações sobre o tratamento, 1.065 (3,2%) não realizaram tratamento e 244 (0,7%) tiveram outro esquema de tratamento prescrito.

• Sífilis congênita

No período de 2014 a 2018, foram notificados no estado 18.245 casos de sífilis congênita, sendo 13.351 (73,2%) de residentes na região Metropolitana I, 2.806 (15,4%) na Metropolitana II, 565 (3,1%) no Médio Paraíba, 535 (2,9%) na Serrana e 410 (2,2%) na Baixada Litorânea, seguidas das demais regiões de saúde.

Em 2018, as taxas de incidência de sífilis congênita nas regiões de saúde, em ordem decrescente, foram: 26,3 casos/mil nascidos vivos, na Metropolitana II; 20,2 casos/mil nascidos vivos, na Metropolitana I; 17,9 casos/mil nascidos vivos, na Serrana; 16,3 casos/mil nascidos vivos, no Médio Paraíba, 11,6 casos/mil nascidos vivos, na Baixada Litorânea e na região Centro Sul; e 9,2 casos/mil nascidos vivos, na Baía da Ilha Grande. Nesse mesmo ano, a taxa do estado do Rio de Janeiro ficou em 18,6 casos/mil nascidos vivos (Tabela 22).

Tabela 22. Taxa de incidência (por 1.000 nascidos vivos) de sífilis congênita segundo regiões do estado do Rio de Janeiro, nos anos de 2014 a 2018.

Região de Saúde	2014	2015	2016	2017	2018
Baía da Ilha Grande	1,8	3,9	5,9	10,7	9,2
Baixada Litorânea	5,1	4,9	5	9,4	11,6
Centro Sul	2,7	0,7	0,7	4,4	11,6
Médio Paraíba	3,9	8,8	8,6	13,5	16,3
Metropolitana I	16,8	16,8	18,5	22,2	20,2
Metropolitana II	13,9	22,6	24,3	27,2	26,3
Noroeste	2,2	1,9	4,0	2,5	3,7
Norte	1,4	3,9	4,5	5,4	7,2
Serrana	4,5	4,0	3,5	15,1	17,9
Estado do Rio de Janeiro	**12,9**	**14,2**	**15,5**	**19,3**	**18,6**

Fonte: SINAN, GIST/AIDS e HV/CVE/SVEA/SVS/SES RJ.

No período de 2014 a 2018, a maioria dos casos de sífilis congênita ocorreu em crianças cujas mães tinham entre 20 e 29 anos (53,6%), seguida da faixa etária de 15 a 19 anos (27%), 30 a 39 anos (13,6%), 40 anos e mais (1,2%) e 10 a 14 anos (1%).

3.1.2.3.b. HIV/AIDS

A infecção pelo HIV e sua manifestação clínica em fase avançada, a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), ainda representam relevante problema de saúde pública na atualidade, apesar da introdução da terapia antirretroviral (TARV), que aumentou consideravelmente a sobrevida dos pacientes.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a epidemia de HIV/AIDS no país apresenta taxa de prevalência da infecção menor que 1% na população geral, e maior que 5% em subgrupos populacionais mais vulneráveis. Considerando esses grupos, diversos estudos apontam que entre os homens que fazem sexo com homens, a prevalência do HIV é de 9,4%; entre as mulheres transexuais, a prevalência é de 31,2%; entre os profissionais do sexo, 5,3% e entre os usuários de drogas e crack, a prevalência varia entre 5,0 e 5,9%. Além disso, destaca-se o crescimento da infecção pelo HIV entre adolescentes e jovens.

Os indivíduos com infecção muito recente (infecção aguda) ou imunossupressão avançada possuem maior concentração do HIV no sangue (carga viral alta) e nas secreções sexuais, aumentando a transmissibilidade do vírus. Outros processos infecciosos e inflamatórios favorecem a transmissão do HIV, especialmente a presença das infecções sexualmente transmissíveis (IST), como a sífilis. Entretanto, uma informação importante a ser ratificada e difundida entre os profissionais de saúde e a população é de que, se a carga viral se mantiver indetectável, a cadeia de transmissão viral é interrompida, fazendo com que o HIV não seja transmitido.

Número de casos novos de AIDS em menores de 05 anos

O vírus do HIV pode ser transmitido de mãe para filho durante a gravidez, parto e amamentação e a transmissão vertical é a principal forma de infecção em crianças menores de 05 anos. A infecção pelo HIV compromete gradativamente o sistema imunológico do indivíduo infectado e no caso de crianças, essa infecção pode se alastrar rapidamente, devido à imaturidade imunológica, limitando a capacidade de defesa do organismo e culminando na ocorrência da AIDS.

A taxa de incidência de AIDS em crianças nessa faixa etária tem sido utilizada como indicador *proxy* para monitoramento da transmissão vertical do HIV no Brasil. Nos últimos 10 anos, observou-se queda na taxa, que passou de 3,5/100 mil habitantes, em 2007, para 2,0/100 mil habitantes, em 2017, correspondendo a queda de 42%. No estado do Rio de Janeiro, também é observada a queda entre as taxas no mesmo período, passando de 5,9/100 mil habitantes para 3,1/100 mil habitantes, correspondendo a 47% de redução, mas ainda assim maior que a taxa nacional.

O número de casos novos de AIDS em crianças menores de 05 anos é um dos indicadores da pactuação tripartite, ou seja, pactuado e monitorado por todas os estados do país e por todos os municípios. Esse indicador descreve a ocorrência de AIDS e não reflete a situação atual de infecção pelo HIV, e sim a da doença. Nos últimos cinco anos, entre 2014 e 2018, o estado registrou queda de 49% nos casos, passando de 39 para 20 crianças menores de 05 anos com AIDS. Em 2018, dos 20 casos registrados, 18 deles estavam localizados na região Metropolitana I.

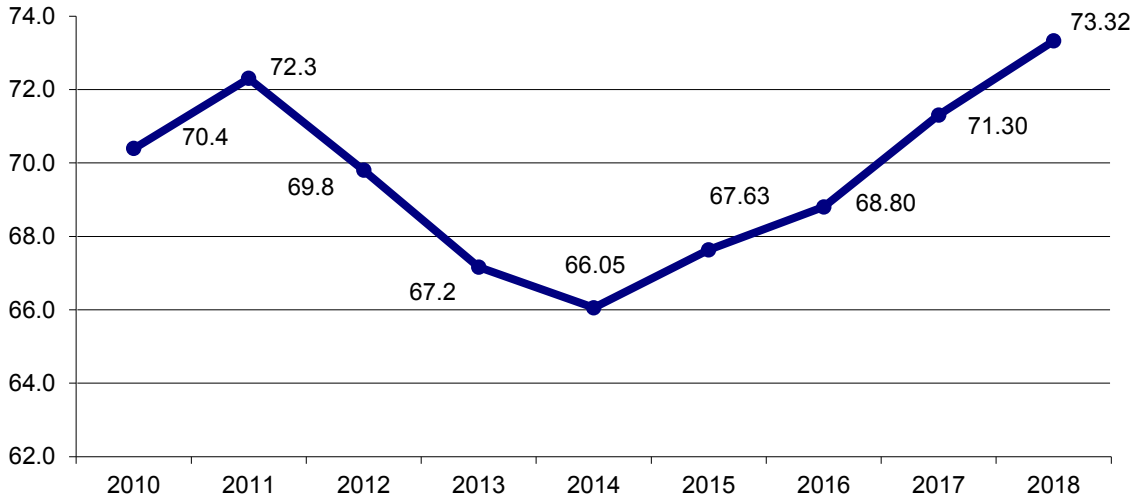
Em consonância com as diretrizes do MS para eliminação da transmissão vertical do HIV, uma das ações propostas pela SES-RJ para o enfrentamento desse problema de saúde pública é considerar cada criança identificada com AIDS como “caso sentinela”, disparando a investigação de toda a linha de cuidado materno-infantil e elucidando os fatores que contribuíram para o adoecimento da criança. Além disso, cada criança deverá ser monitorada quanto à adesão aos medicamentos antirretrovirais e a resposta virológica, favorecendo discussões com os municípios a respeito do cuidado e da assistência prestada pelos serviços de saúde.

Ainda, diante desse cenário, apresenta-se a questão da subnotificação dos casos no SINAN e a qualidade dos dados registrados, parte necessária para o monitoramento e efetiva ação de vigilância epidemiológica. Sobretudo entre menores de 05 anos de idade, identificaram-se diversas inconsistências nos bancos de dados, como casos descartados por falta de dados em campos de preenchimento obrigatório e crianças expostas ao HIV notificadas como casos de AIDS.

3.1.2.3.c. Tuberculose

O Rio de Janeiro e o Amazonas são os estados com as maiores taxas de incidência de tuberculose do país. Historicamente, o Rio de Janeiro vem mantendo incidência alta, alcançando 73,32 casos/100.000 habitantes, em 2018 (Gráfico 14). Neste ano, foram notificados 15.656, sendo destes 12.582 casos novos. No entanto, desde 2015, tivemos um aumento no número de casos, que segue em paralelo com o aumento da taxa de desemprego no país, além de um aumento de 100% dos casos em pessoas privadas de liberdade (PPL). Antes de 2015, do total de casos notificados no estado, 7% eram de PPL, enquanto, em 2018, 11% do total de casos notificados no estado eram PPL.

Gráfico 14. Taxa de incidência de tuberculose, estado do Rio de Janeiro, 2010 a 2018.



Fonte: SINAN 2018.

Cerca de 86% dos casos de tuberculose no estado concentram-se nas regiões Metropolitanas I e II, em especial em 14 municípios (Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaboraí, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti), considerados prioritários para as ações de controle do programa por serem aqueles com maiores números de casos da doença, cujas incidências variam de 107,73/100.000 habitantes (Japeri) a 48,6 /100.000 (Itaboraí), em 2018. Importante ressaltar que estes municípios têm alta densidade demográfica, com boa parte da população vivendo em situação de vulnerabilidade social, o que favorece a transmissão e disseminação da tuberculose. As áreas com favelas, na capital, apresentam incidências de 300 a 400 casos/100 mil habitantes. Em diversos municípios no interior do estado, nos últimos anos, também houve aumento nas taxas de incidência, como por exemplo em Campos dos Goytacazes, Armação de Búzios, Carmo, Maricá, Cantagalo, Paraty, Três Rios e Volta Redonda.

A proporção de cura dos casos novos pulmonares com confirmação laboratorial que deveria ser de 85%, no mínimo, para haver diminuição da incidência da doença, alcançou somente 65 % em 2017 no estado, não muito diferente da série histórica ao longo dos anos.

No estado, a testagem de HIV nos casos novos de tuberculose apresentou um aumento significativo de 2008 até 2016, sendo de 78% em 2018. Este incremento ocorreu em todas as regiões do estado, principalmente após a implantação do teste rápido diagnóstico de HIV.

3.1.2.3.d. Hanseníase

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta e silenciosa, cujo agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*, e que tem alta infectividade e baixa patogenicidade. Essas propriedades não decorrem apenas de suas características intrínsecas, mas também dependem da relação do agente com o hospedeiro e do grau de endemicidade do meio.

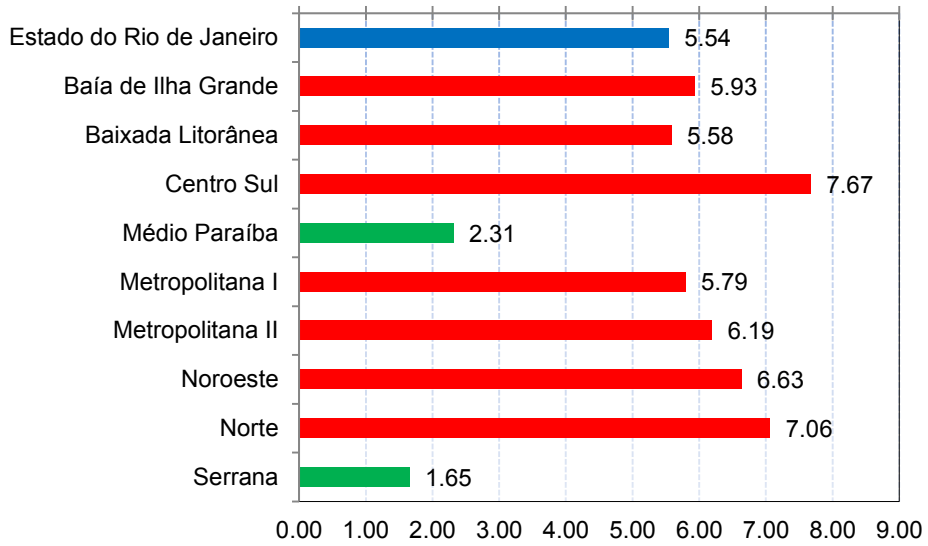
É também uma doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória, transmitida pelo contato direto de um doente sem tratamento com uma pessoa susceptível, principalmente através das vias aéreas superiores e sobretudo no ambiente domiciliar. Atinge a pele e os nervos periféricos, podendo causar deformidades e incapacidades físicas devido ao alto poder imunogênico do bacilo. A magnitude e o alto poder incapacitante mantêm a doença como um grave problema de saúde pública. A doença tem sido cada vez mais relacionada com a desigualdade social, pois sua prevalência vem aumentando, principalmente, nas populações em situação de vulnerabilidade social, podendo ser relacionada a problemas de nutrição, grau de escolaridade e condições precárias de moradia.

A hanseníase é endêmica no estado do Rio de Janeiro, mas sua distribuição no território não é homogênea. Seu controle está baseado no diagnóstico precoce, tratamento e cura, assim como a identificação da cadeia de transmissão e a adoção de medidas para evitar sequelas.

Durante o ano de 2018, o coeficiente de detecção da hanseníase no estado do Rio de Janeiro se manteve em 5,54 casos por 100 mil habitantes. Contudo, as regiões Centro Sul, Norte, Noroeste, Metropolitana II, Baía da Ilha Grande, Metropolitana I e Baixada Litorânea apresentaram um coeficiente de detecção mais elevado do que a média do estado (Gráfico 15).

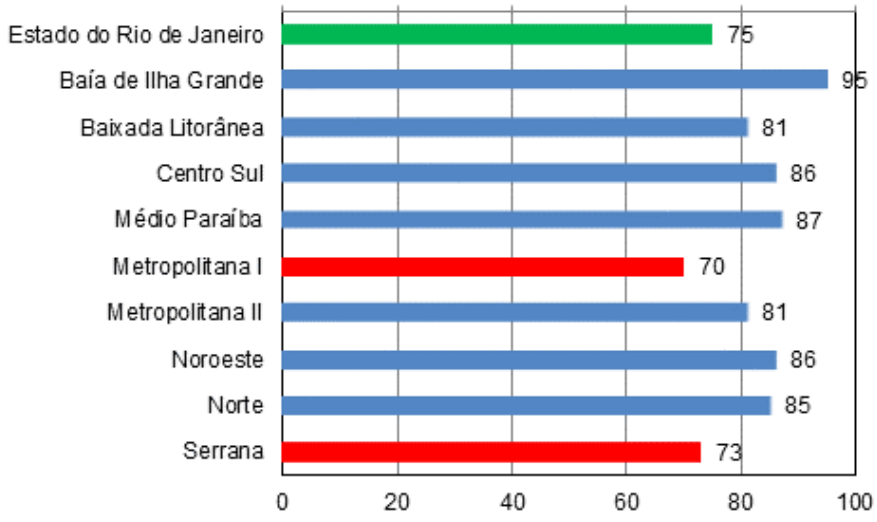
A principal ação de vigilância em saúde para o controle da doença é a avaliação de contatos de pacientes, e as regiões que não atingiram a meta, em 2018, de examinar 80% dos contatos foram a Serrana (73%) e a Metropolitana I (70%). Com isso, o estado manteve uma proporção de 75% de contatos examinados, abaixo da meta pactuada (Gráfico 16).

Gráfico 15. Taxa de detecção de hanseníase segundo regiões de saúde, 2018.



Fonte: SINAN, GAL, GH/CVE/SVEA/SVS/SES RJ

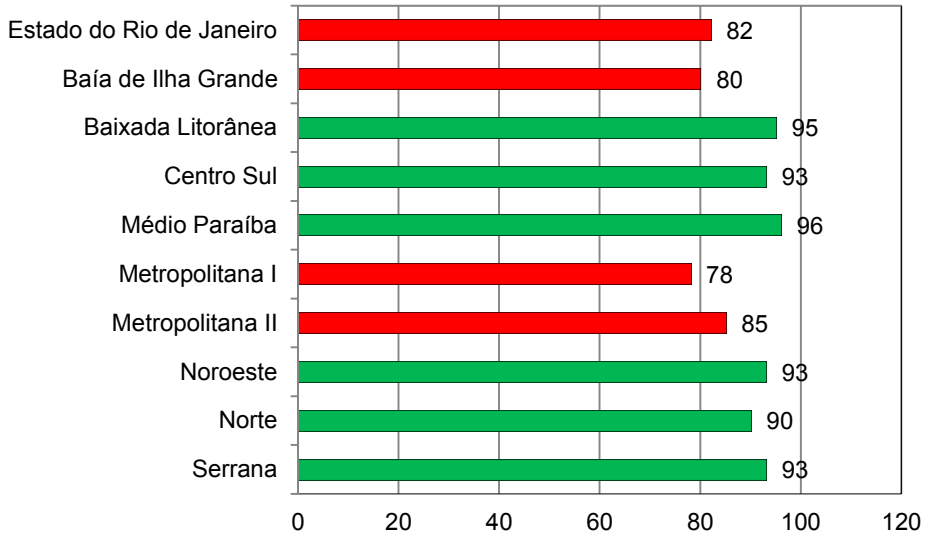
Gráfico 16. Proporção de contatos de hanseníase examinados segundo regiões de saúde, 2018.



Fonte: SINAN/SES-RJ.

A proporção de cura dos casos novos de hanseníase no estado do Rio de Janeiro foi de 82% em 2018, abaixo da meta estabelecida para o estado e os municípios, que foi de 90% (Gráfico 17).

Gráfico 17. Proporção de cura de hanseníase, segundo regiões do estado do Rio de Janeiro, 2018.



Fonte: SINAN/SES-RJ

A SES tem se empenhado em desenvolver diferentes estratégias para apoiar os municípios no aumento da detecção e cura da hanseníase, por meio de treinamento das equipes de Atenção Primária, com vistas à mobilização social e à descentralização das ações de controle da hanseníase para o maior número possível de unidades básicas. Este processo de descentralização tem ajudado os municípios a fortalecer a Atenção Primária, na medida em que qualificam a porta de entrada do sistema e ampliam as ações de controle da hanseníase para unidades mais próximas da população. A capacitação das coordenações municipais de hanseníase em planejamento estratégico, monitoramento e avaliação das informações tem ocorrido através de oficinas regionais de integração com as coordenações municipais de atenção primária. A partir destas oficinas/reuniões regionais, são discutidas as informações do SINAN e identificadas as ações estratégicas para enfrentamento da endemia nos diferentes territórios municipais.

3.1.2.3.e. Hepatite C

A hepatite C pode ser transmitida pelo contato sexual, por via perinatal (da mãe para filho), sobretudo durante a gravidez e o parto, e pelo compartilhamento de seringas e agulhas. O tratamento da hepatite C permite a cura da grande maioria dos casos, interrompendo a cadeia de transmissão através de ações de prevenção e investigação dos contactantes.

O indicador de monitoramento estadual “Proporção de casos anti-HCV reagentes com HCV-RNA realizado sobre o total de casos notificados com anti-HCV reagente” tem como objetivo avaliar se o indivíduo ainda é portador do vírus ou apenas de anticorpos. A confirmação por PCR é necessária para estabelecer o *status* de portador do vírus, assim como para ter acesso ao tratamento, e é uma maneira de monitorar quantos são os casos perdidos após a realização da sorologia inicial. Como a cura é o desfecho de grande parte dos casos tratados, o monitoramento das notificações de hepatite C

com confirmação laboratorial qualifica as ações das vigilâncias epidemiológicas municipais, além de permitir um planejamento sobre a real demanda dos medicamentos antivirais e de assistência.

O indicador em questão começou a ser monitorado no estado em 2015, exatamente quando foi observado que a frequência de confirmação era muito baixa. A meta do indicador na série histórica não foi alcançada em nenhum dos anos analisados (2012 a 2018), porém uma melhora discreta e progressiva foi observada desde 2015. Os dados mostraram que, no ano de 2018, houve redução de 5,2% no indicador do estado referente à proporção de casos Anti-HCV reagentes com resultado de HCV-RNA, quando comparado ao ano anterior, e que esse foi o pior desempenho do estado neste indicador em toda a série histórica.

Até o momento da análise, apenas a região Centro Sul alcançou a meta de 90% pactuada para o estado em 2018, estando as regiões Serrana e Médio Paraíba com indicadores próximos à meta, mas ainda inferiores. Os piores resultados foram obtidos pelas regiões Metropolitana II, Noroeste e Baía da Ilha Grande (Tabela 23).

Tabela 23. Percentual de casos notificados com Anti-HCV reagente que realizaram o exame de HCV-RNA, segundo regiões de saúde, 2015 a 2018.

Região de Saúde	2015	2016	2017	2018
Baía da Ilha Grande	75,9	80,8	69,2	76,5
Baixada Litorânea	72,3	67,3	67,1	80,0
Centro Sul	83,7	63,6	82,4	90,9
Médio Paraíba	59,4	91,7	94,9	88,5
Metropolitana I	81,4	86,5	81,3	82,6
Metropolitana II	76,9	74,3	81,2	70,8
Noroeste	68,4	67,6	64,0	69,0
Norte	35,9	79,2	83,9	84,2
Serrana	85,4	94,7	89,1	86,7
Estado do Rio de Janeiro	78,5	82,7	81,3	82,1

Fonte: SINAN – SES-RJ, dados atualizados em 02/09/2019 sujeitos à revisão.

Vale ressaltar que, em números absolutos, a quantidade de notificações com anti-HCV positivo caiu de 2.549 casos em 2015 para 1.873 em 2018. Já com relação aos casos notificados com o exame HCV-RNA realizado, o número reduziu de 2.001 casos em 2015 para 1.538 casos em 2018. Ainda há municípios com nenhum caso notificado no ano de 2018, tais como Rio Bonito, Silva Jardim, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Natividade, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá, Varre-Sai, Bom Jardim, Cachoeiras de Macacu, Cantagalo, Carmo, Duas Barras, Macuco, Santa Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Arraial do Cabo, Itatiaia, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi e Mangaratiba. Isto reflete o vazio epidemiológico existente, servindo de subsídio para o planejamento de ações de ampliação do diagnóstico das hepatites virais.

3.1.2.4. Arboviroses

A ocorrência simultânea das três arboviroses: dengue (DENV), chikungunya (CHIKV) e Zika (ZIKV) no estado do Rio de Janeiro, desde 2015, traz à tona uma série de desafios para a vigilância em saúde, a necessidade de revisão de estratégias de prevenção já implementadas e de busca de novos processos para controle das arboviroses, ressaltando cada vez mais as características e particularidades inerentes a cada território de saúde do estado.

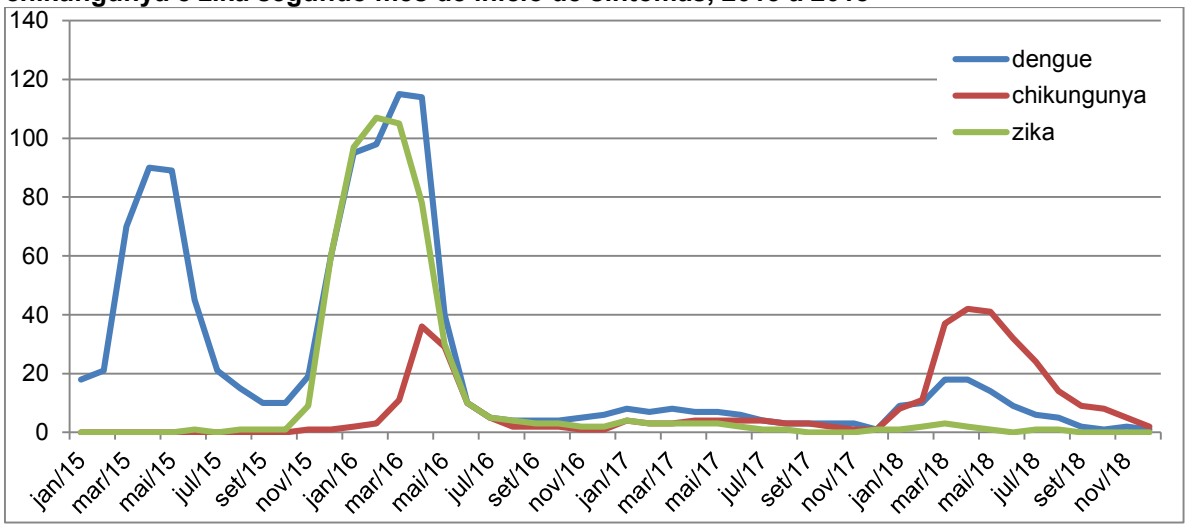
Desde 2015, a ocorrência de casos e óbitos dessas arboviroses registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) estadual demonstra um elevado impacto à saúde pública, apontando para uma tendência na manutenção da circulação dessas arboviroses e risco para introdução de novas doenças transmitidas por vetores (Tabela 24).

Tabela 24. Número de casos prováveis e óbitos confirmados por dengue, chikungunya e zika no estado do Rio de Janeiro, 2015 a 2018.

Arboviroses		Dengue	Chikungunya	Zika
2015	Casos prováveis	73.167	114	10.311
	Óbitos confirmados	31	0	0
2016	Casos prováveis	86.594	15.699	71.616
	Óbitos confirmados	16	14	5
2017	Casos prováveis	10.806	4.305	2.508
	Óbitos confirmados	5	4	0
2018	Casos prováveis	14.763	40.533	2.339
	Óbitos confirmados	2	18	0

Fonte: SINAN, GDTVZ, SES-RJ, dados atualizados em setembro de 2019 e sujeitos à revisão.

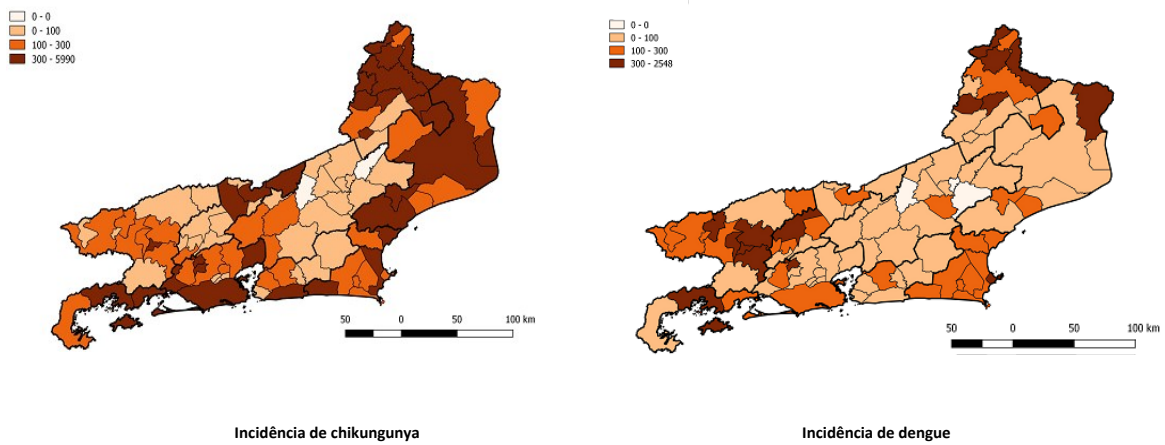
Gráfico 18. Incidência acumulada (por 100 mil habitantes) de casos prováveis de dengue, chikungunya e zika segundo mês de início de sintomas, 2015 a 2018



Fonte: SINAN, GDTVZ, SES-RJ, dados atualizados em setembro de 2019 e sujeitos a revisão.

Os ciclos endêmicos e epidêmicos de dengue, chikungunya e zika ocorrem de forma diferenciada de acordo com cada arbovírus predominante e com as características ambientais de cada território, mostrando aspecto específico a cada época e a cada uma das regiões de saúde do estado e, consequentemente, direcionamento de ações de controle conforme monitoramento do diagnóstico epidemiológico (Gráfico 18). No primeiro semestre de 2019, foi observado predomínio de casos de chikungunya em relação às demais arboviroses, com destaque para os municípios das regiões Norte e Noroeste, além da capital (Figura 02).

Figura 02. Mapas de incidência acumulada de casos de chikungunya e dengue, segundo região e município de residência, estado do Rio de Janeiro, ano 2019*.



Fonte: POP IBGE TCU e SINAN, GDTVZ, SES-RJ, dados atualizados em julho de 2019 e sujeitos à revisão.

Analisando-se os dados produzidos até 08 de outubro de 2019, se observa um aumento de 126,8% nos casos notificados de febre de chikungunya, quando comparados ao mesmo período do ano de 2018, em quase todas as regiões, à exceção da Metropolitana II, onde ocorre redução do número de casos. O aumento foi acentuado nas regiões Médio Paraíba, Centro Sul e Baía da Ilha Grande. Os casos predominaram nas regiões Metropolitana I (com ênfase na capital do estado), Noroeste e Norte. Foram registrados 50 óbitos devido à chikungunya até o momento.

Quanto à dengue, observa-se que também houve aumento de casos: 131,6% nos casos notificados no estado, em 2019, em relação ao mesmo período de 2018. Assim como para chikungunya, o aumento se deu em quase todas as regiões, à exceção da Metropolitana II, onde ocorre redução. O maior número absoluto de casos notificados é observado na capital e na região do Médio Paraíba. Quanto ao zika vírus, houve uma redução de 33,7% no número de casos notificados em relação ao mesmo período do ano passado. Houve aumento na capital do estado e nas regiões Noroeste, Serrana, Médio Paraíba e Baía da Ilha Grande, porém o número absoluto de casos em cada uma dessas quatro regiões é pequeno (apenas 30, 15, 40, 30 casos, respectivamente). Houve redução nas regiões Metropolitana I, Metropolitana II, Norte, Baixada Litorânea e Centro Sul. Os casos notificados predominam na Metropolitana I, em especial na capital do estado.

3.1.2.5. Zoonoses

3.1.2.5.a. Febre maculosa brasileira

A febre maculosa brasileira (FMB) apresenta alta letalidade e faz parte da lista dos agravos de notificação compulsória imediata. No estado do Rio de Janeiro, possui caráter endêmico e epidêmico, sendo mais comum em algumas regiões (especialmente Noroeste, Centro Sul, Médio Paraíba e Serrana) e em algumas épocas do ano.

A FMB deve ser incluída no diagnóstico diferencial de síndromes febris agudas no estado, tal como a dengue, zika e chikungunya, em especial as hemorrágicas e exantemáticas, particularmente entre os meses de abril e outubro, período considerado o mais seco do ano e de maior risco para sua transmissão, devido à presença abundante de formas jovens (larvas e ninfas) dos carrapatos.

Todo caso suspeito de febre maculosa requer investigação, por se tratar de doença grave. Um caso pode significar a existência de um surto, o que impõe a adoção oportuna de medidas de prevenção e controle.

No ano de 2019, até o início de outubro, foram confirmados 22 casos de FMB e, destes, 11 evoluíram para óbito (50% de letalidade).

3.1.2.5.b. Leishmaniose

A leishmaniose é uma doença negligenciada, causada por mais de 20 espécies de leishmania. É transmitida pela picada de diferentes espécies de insetos vetores flebotomíneos. Suas manifestações variam de lesões ulceradas simples e autolimitadas na pele, até uma doença visceral com manifestações graves. A forma que compromete tegumento (pele ou mucosas) é chamada de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA), e causa lesões que podem se tornar crônicas e/ou desfigurantes. A leishmaniose visceral (LV) caracteriza-se clinicamente por um quadro de febre com duração prolongada, acompanhada de esplenomegalia e pancitopenia, com ou sem hepatomegalia. Hipergamaglobulinemia é comum. É uma doença de notificação compulsória dos casos suspeitos e costuma ser fatal, se não tratada.

De janeiro de 2018 até o início de agosto de 2019, dentre 44 casos suspeitos de LV (notificados), 13 foram confirmados, sendo 11 por critério laboratorial. Os casos confirmados ocorreram em residentes do Rio de Janeiro, Volta Redonda, Barra Mansa, Vassouras e Cabo Frio. No ano de 2019, ocorreram três óbitos decorrentes de LV, um no Rio de Janeiro, um em Vassouras e um em Cabo Frio.

A LTA é endêmica no estado do Rio de Janeiro, embora nos últimos anos tenha havido uma relevante diminuição do número de casos. De janeiro de 2018 até o início de agosto de 2019, o número de casos notificados de LTA foi de 94, sendo que 52 obtiveram cura. Os casos de LTA predominaram nos municípios do Rio de Janeiro, Vassouras, São José do Vale do Rio Preto, Paraty, Valença, Angra dos Reis, Itaperuna, Duque de Caxias, Niterói, Queimados e São João de Meriti.

3.1.2.5.c. Raiva Humana

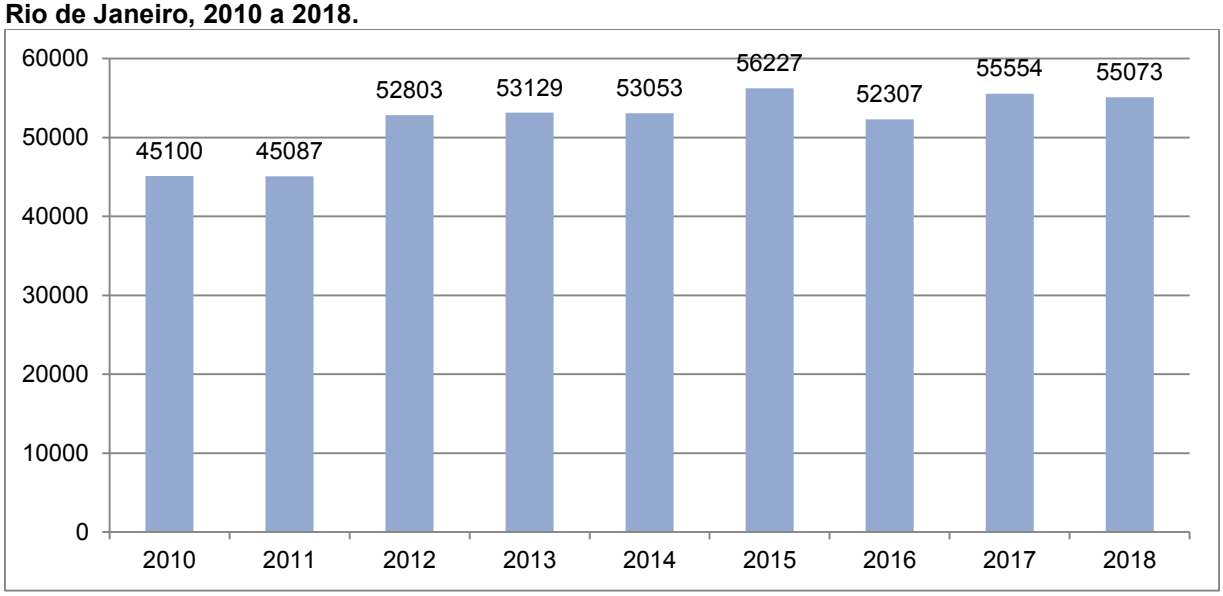
A raiva é uma zoonose transmitida ao homem pela inoculação do vírus *Rhabdoviridae lyssavirus* presente na saliva e secreções do animal infectado, provocando doença aguda do sistema nervoso central. Trata-se de uma doença extremamente grave, com letalidade elevada de 99,9%, caracterizada por uma encefalomielite aguda fatal e hidrofobia.

Como os cães são responsáveis por mais de 90% da exposição do homem ao vírus da raiva, as campanhas de vacinação animal e as medidas de orientação/prevenção para a população na manipulação ou contato com os animais devem ser reforçadas a cada ano.

O monitoramento e avaliação das notificações de atendimento antirrábico humano (AARH) fazem parte da vigilância da raiva e atuam como norteadores das medidas de prevenção e controle, inclusive para o consumo consciencioso de imunobiológicos.

Durante o período de 2010 até 2018, foram registradas 468.333 notificações de atendimentos antirrábicos humanos no estado. O perfil de distribuição das notificações está apresentando no Gráfico 19.

Gráfico 19. Distribuição do número de notificações dos atendimentos aos acidentes com animais potencialmente transmissores do vírus da raiva, segundo ano de notificação, estado do Rio de Janeiro, 2010 a 2018.



Fonte: SINAN, GDTVZ, SES-RJ, dados atualizados em 03 de junho de 2019 e sujeitos à revisão.

No primeiro semestre de 2019, foram notificados 25.508 acidentes com animais potencialmente transmissores do vírus da raiva.

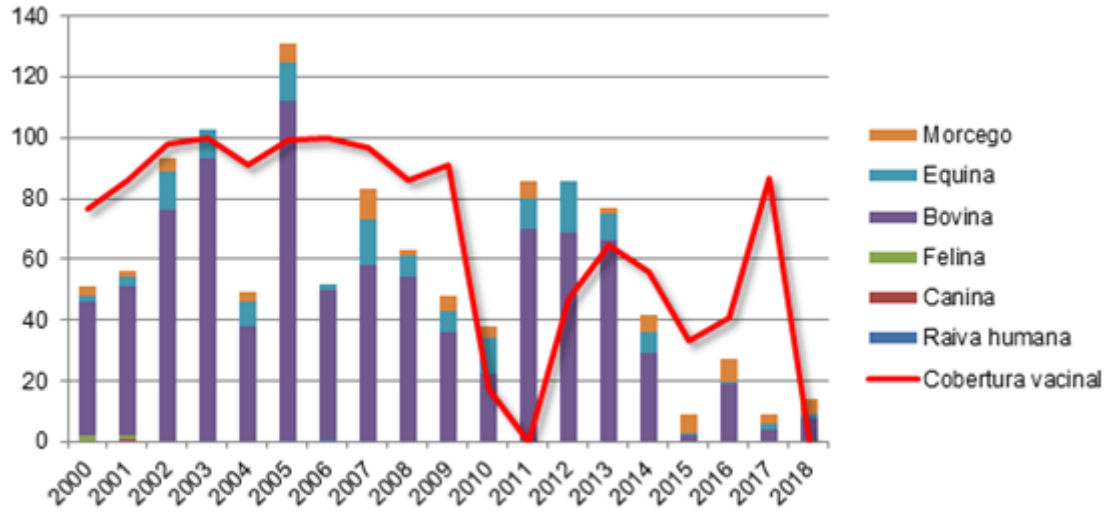
Em relação à vacinação anual de cães e gatos, uma das principais ações de vigilância da raiva, a meta anual é de no mínimo 80% da população animal estimada. Até 2009, a cobertura vacinal se manteve com índices maiores que 90%. Em 2010, porém, após a ocorrência de eventos adversos relacionados à vacina nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, o MS decidiu pela suspensão definitiva do seu uso na rede pública de Saúde, ficando o estado sem cobertura vacinal desde então (Gráfico 20).

Em 2016, houve uma ligeira melhora nas coberturas vacinais, mas apenas quatro regiões ficaram acima da meta mínima pactuada - Baía de Ilha Grande, Centro Sul, Metropolitana II e Serrana, ficando o estado abaixo da meta mínima (40,74%). Em 2017, todas as regiões atingiram a meta, ficando o estado acima da cobertura mínima vacinal (86,84%).

No ano de 2018, a cobertura vacinal atingiu 81,33%, porém apenas cinco regiões ficaram acima da meta mínima: Baía de Ilha Grande, Médio Paraíba, Metropolitana II, Noroeste e Serrana.

O empenho dos municípios para a realização de campanhas de vacinação tem sido fundamental para a melhora das coberturas vacinais nos últimos anos. Com a instabilidade na entrega das vacinas, as frequentes ocorrências da raiva no meio rural, e também o aparecimento de morcegos com o vírus em áreas urbanas, fazem com que qualquer descuido seja perigoso. Faz-se necessário repensar ações de vigilância mais apropriadas ao contexto epidemiológico e ambiental atual do estado, definindo áreas de maior risco em cada município.

Gráfico 20. Casos de raiva em animais e cobertura vacinal, 2000 a 2018.



Fonte: SINAN, APIWEB e SIPNI.

3.1.2.5.d. Esporotricose

A esporotricose humana é uma micose subcutânea que surge quando o fungo do gênero *Sporothrix* entra no organismo, por meio de uma ferida na pele, podendo afetar tanto humanos quanto animais. No estado do Rio de Janeiro, há a maior epidemia da doença no planeta. Ela faz parte da lista de doenças de notificação obrigatória no estado, desde 2013.

Durante o período de 2015 a 2018, observou-se uma média anual de 1.097 casos notificados suspeitos de esporotricose no estado, com percentuais de confirmação acima de 60%. No primeiro semestre de 2019, foram notificados 696 casos suspeitos com um percentual de confirmação de 33,3%.

Quanto à distribuição dos casos confirmados de esporotricose, destaca-se a maior concentração nos municípios da região Metropolitana I, em especial na capital e em Nova Iguaçu, além dos municípios de Angra dos Reis, São Gonçalo, Maricá e Magé, refletindo a maior circulação do agravo nestas áreas ou a maior sensibilidade das vigilâncias destes municípios.

3.1.2.5.e. Leptospirose

A leptospirose é uma doença de notificação compulsória no Brasil desde 1985, e no estado do Rio de Janeiro possui caráter endêmico/epidêmico. Ela deve ser notificada às autoridades sanitárias em até 24 horas a partir da ocorrência do caso suspeito.

Em 2017, foram notificados 468 casos de leptospirose no estado, dos quais 160 (34,2%) foram confirmados, correspondendo a uma taxa de incidência de 0,96 casos por 100 mil habitantes, com 28 óbitos pelo agravo. No ano de 2018, foram notificados 738 casos da doença no estado, dos quais 237 (32,1%) foram confirmados, correspondendo a uma taxa de incidência de 1,42 casos por 100 mil habitantes, o que representa um aumento de 48,1% quando comparado ao ano anterior, com 37 óbitos registrados (Tabela 25). Destaca-se o percentual de casos notificados que permaneceram sem investigação (cerca de 10%) e, portanto, sem classificação final.

No 1º semestre de 2019, foram confirmados 395 casos de leptospirose, destes 63 evoluíram para óbito, perfazendo uma taxa de letalidade de 15,94%.

Tabela 25. Número de casos confirmados de leptospirose e óbitos/taxa de letalidade, 2017 e 2018.

Leptospirose	Casos Confirmados	Óbitos	
		N	Letalidade (%)
2017	160	28	17,5
2018	237	37	15,6

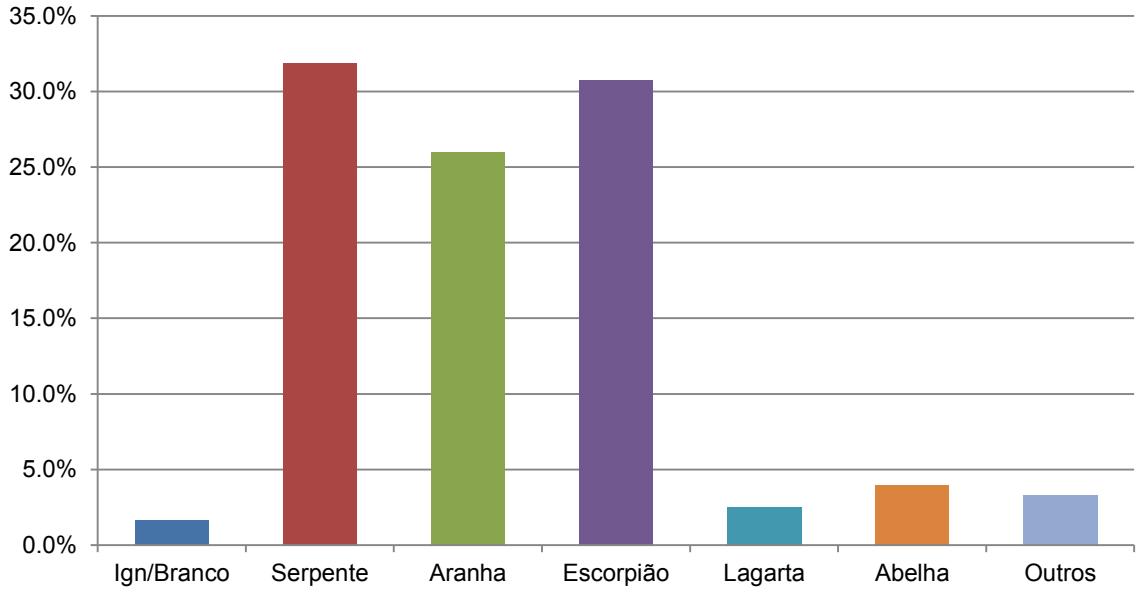
Fonte: População estimativa IBGE e SINAN, GDTVZ, SES-RJ, dados atualizados em 26/02/2019 e sujeitos a revisão.

3.1.2.6. Acidentes por animais peçonhentos

A implementação da rede de soroterapia para acidentes com animais peçonhentos no estado foi planejada, tendo em vista principalmente o processo de ajuste dos laboratórios produtores às regras de boas práticas de produção definidas pela ANVISA, desde 2013, que propõem a racionalização dos soros. Tal rede foi estabelecida através da Deliberação CIB-RJ Nº 3.923, de 01 de dezembro de 2016, com base em análises *in loco* e em critérios de geoprocessamento, como o Diagrama de Voronoi.

Considerando os anos de 2018 e 2019, a distribuição das ocorrências por tipo de acidente se mostram proporcionalmente muito próximas. As ocorrências de acidentes por serpentes, escorpiões e aranhas, além de mais abundantes - somadas correspondem a 88,7% dos acidentes com animais peçonhentos -, são também os mais importantes em termos de saúde pública, pelo risco potencial de complicações à saúde humana (Gráfico 21).

Gráfico 21. Acidentes por animais peçonhentos conforme o tipo de acidente nos anos de 2018 e 2019.



Fonte: SINAN/SES, consulta em outubro de 2019.

Tendo como base a análise das notificações do SINAN em 2018, verificou-se que o volume gasto de soro antibotrópico e soro antiescorpiônico foi muito maior que o máximo estimado para os acidentes com animais peçonhentos. Assim, o incremento na capacitação das equipes locais é a estratégia de escolha na SES.

Acentua-se que a organização da rede depende exclusivamente da normalização do fornecimento dos soros por parte do MS, não havendo, no momento, perspectiva por parte da SES de

ampliação de polos: a quantidade de soro disponibilizada ao estado tem sido suficiente para atender ao número de acidentes registrados no Sistema de Informação (SINAN), sem, no entanto, ser suficiente para a ampliação de polos. É importante registrar que a possível subnotificação de acidentes pode estar comprometendo o planejamento do estado e o pleito junto ao MS.

3.1.2.7. Vigilância Epidemiológica Hospitalar

Desde 2002, o Núcleo de Vigilância Hospitalar instituído na rede estadual de saúde atua em quatro eixos de ação: comissão de vigilância epidemiológica, comissão de análise de óbito, comissão de revisão de óbito e comissão de controle de infecção.

O Núcleo funciona como unidade sentinela para doenças emergentes, com comunicação imediata ao Centro de Informações Estratégicas e Resposta de Vigilância em Saúde das doenças de notificação compulsória em 24 horas, permitindo rapidez no acionamento das unidades básicas de saúde para as medidas necessárias de controle. A presença dos técnicos com formação em vigilância epidemiológica trouxe uma linguagem nova para gestão hospitalar. Além destes avanços, estabelecidos desde a implantação, destacam-se:

• A integração com todos os setores do hospital permitindo ampliar a sensibilidade da captação das doenças de notificação compulsória (DNC);

• A qualificação do preenchimento e organização do prontuário do paciente, contribuindo para o encerramento do caso com informações mais precisas na ficha epidemiológica e, quando for o caso, na declaração do óbito;

• Aumento dos registros das notificações das doenças/agravos/eventos nos vários sistemas de informação da Vigilância Epidemiológica nacional, estadual e municipal de saúde;

• O serviço passa a ser referência para os órgãos de controle em vigilância e gestores do SUS;

• A VEH trabalha articulada com a Atenção Primária. A comunicação é estabelecida conforme legislação, como via de mão dupla.

3.1.2.8. Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – VIGIAGUA

O programa da vigilância ambiental em saúde relacionado à qualidade da água para consumo humano (VIGIAGUA) tem como ação central as análises de água, que monitoram a qualidade da água por meio de uma avaliação de base estatística.

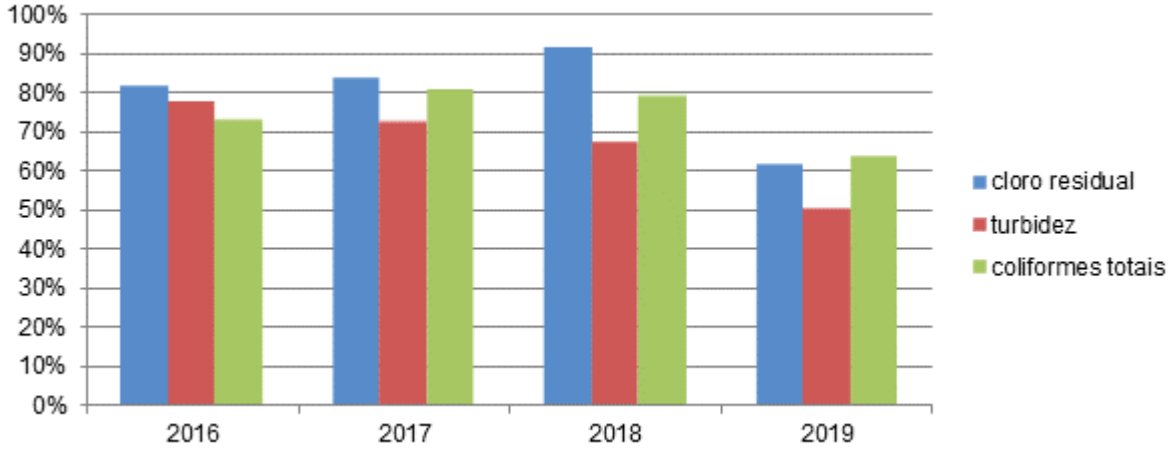
Enquanto os municípios são responsáveis pelas análises físico-químicas da água (cloro e turbidez) com aparelhos próprios, as análises microbiológicas (coliformes totais) são realizadas pelo LACEN, que oferece de maneira complementar o quantitativo mínimo do plano de amostragem do programa.

O Gráfico 22 apresenta a série histórica, de 2016 a outubro de 2019, das análises básicas realizadas no âmbito do VIGIÁGUA.

Em 2015, no ano anterior ao do início da série analisada, registraram-se percentuais na faixa de 50% para cloro e 53% para turbidez e coliformes totais, cada. Em 2016, todos os percentuais avançaram, com destaque para o cloro com 81%, e continuou em 2018, com crescimento acentuado, alcançando 91%.

A turbidez foi ampliada em 2016, atingindo 78%; esses percentuais, no entanto, foram gradualmente reduzidos em 2018, passando a 67% nesse ano. Os percentuais das análises de coliformes totais se estabilizaram em 2017 e 2018, com 80% e 79%, respectivamente.

Gráfico 22. Percentual de realização das três análises básicas do VIGIÁGUA, estado do Rio de Janeiro, 2016 a 2019.

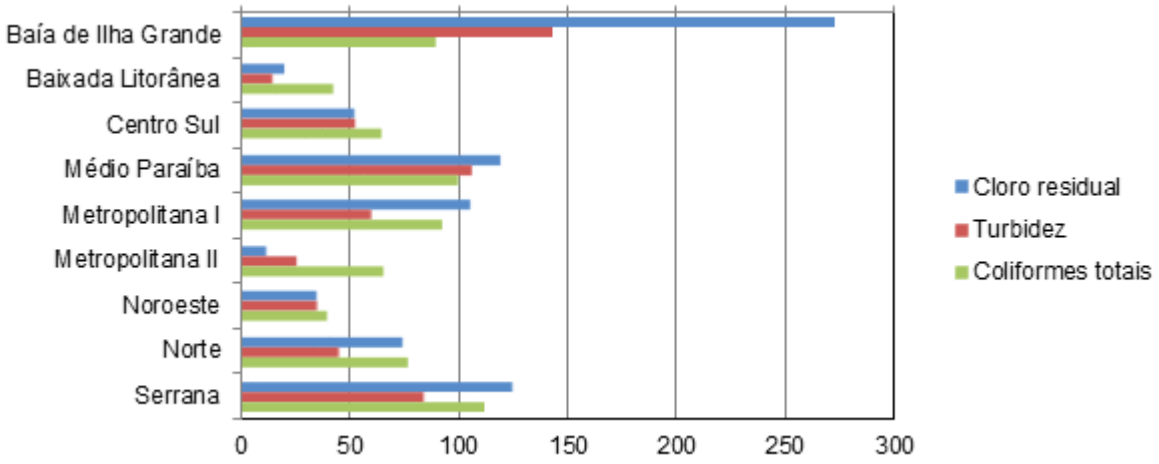


Fonte: SISAGUA, consulta em outubro de 2019.

Em 2016, cinco regiões destacavam-se pela fragilidade em relação às performances do VIGIAGUA: Baixada Litorânea, Metropolitana I e II, Norte e Noroeste. Todas com médias das três análises abaixo de 25%, exceto Baixada Litorânea, com 34%.

No ano seguinte, a Metropolitana I avançou expressivamente, com a média de 87%, e a Norte com 67%, retirando-se da faixa em que se encontrava. Entretanto, três regiões se mantêm com desempenho aquém do esperado - Baixada Litorânea, Metropolitana II e Noroeste, o que vem se repetindo por todo o período 2016-2019.

Gráfico 23. Percentual de realização das três análises básicas de água por região de saúde, 2018.



Fonte: SISAGUA, consulta em fevereiro de 2019.

Em 2018, a Baía da Ilha Grande apresentou os maiores percentuais das análises físico-químicas no estado (273% para cloro residual livre, e 142% para turbidez). Resultados satisfatórios foram observados no Médio Paraíba, com 119% e 105%; e na Serrana, com 125% e 83%, respectivamente. Em relação aos coliformes totais, a Serrana se destaca com 111%. A Metropolitana I avançou em relação ao ano anterior, com 105% de análise do cloro residual livre e 92% dos coliformes totais, o que não ocorreu com a análise da turbidez (59%).

As demais regiões apresentaram percentuais reduzidos quanto aos parâmetros. As regiões Norte e Centro Sul tiveram apenas dois parâmetros acima de 60%: a região Centro Sul obteve 52% no cloro residual, 67% na turbidez e 64% nos coliformes totais, enquanto a região Norte apresentou 74%, 45% e 76%, respectivamente. Apesar dos percentuais maiores para a região Norte em relação ao ano anterior, a Centro Sul avançou nos três parâmetros. A região Norte, contudo, manteve o mesmo percentual nos coliformes totais e avançou apenas no cloro residual. A região Noroeste não supera os 40% de análises realizadas para o plano de amostragem da região: atingiu 39% para coliformes totais e 35% nas físico-químicas. Na sequência, a Metropolitana II consegue 65% nos coliformes totais, mas atinge apenas 12% no cloro residual e 25% na turbidez.

A região mais frágil foi a Baixada Litorânea: nenhum município que tenha realizado monitoramento da água atingiu o mínimo preconizado no plano de amostragem, com exceção de Araruama. Como nos anos anteriores, foi necessário desconsiderar os resultados de Araruama para a confecção do gráfico (com 609% de amostras realizadas nos dois parâmetros físico-químicos), porque elevaria os percentuais das análises físico-químicas de toda a região.

O diagnóstico apresentado evidencia a necessidade de empreender medidas corretivas na atuação da vigilância dos municípios: as regiões da Baixada Litorânea, Metropolitana II e Noroeste necessitam investir mais em seus programas para modificar o quadro de fragilidade atual.

3.1.2.9. Saúde do Trabalhador

As ações em Saúde do Trabalhador (ST) desde sua implantação no SUS têm sido realizadas em diferentes níveis de atenção à saúde, conforme as necessidades de recursos de densidade tecnológica. Em 2002, foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador – RENAST, com o objetivo de estruturar as ações em Saúde do Trabalhador em todos os níveis de atenção da rede de serviços do SUS – Atenção Básica, Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST e Serviços de Alta e Média Complexidade.

As condições e processos de trabalho precários continuam sendo a principal causa de morte entre os trabalhadores. Estima-se que, por ano, 2% da população mundial são acometidos por algum tipo de morbidade devido à atividade que exercem profissionalmente em condições inadequadas. Calcula-se que a cada ano ocorram 2,34 milhões de mortes por acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho. Destas, 321 mil (14%) ocorrem por acidentes, sendo 2,02 milhões de mortes restantes (86%) por diversos tipos de doenças relacionadas ao trabalho. Estima-se que, das 6.300 mortes diárias relacionadas ao trabalho, 5.500 são consequentes a distintos tipos de enfermidades profissionais.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador, Portaria GM/MS n° 1823/2012, tem por finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados no Sistema Único de Saúde (SUS) para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância e visando à promoção e a proteção da saúde. Alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença. Todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua residência, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativado, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado são sujeitos dessa Política.

A Portaria nº 204/2016 do Ministério da Saúde (MS) dispõe sobre a notificação compulsória dos acidentes de trabalho com exposição a material biológico, acidentes de trabalho graves fatais e em crianças e adolescente, e intoxicação exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados). Já a Portaria nº 205/2016, do MS define as doenças relacionadas ao trabalho a serem monitoradas por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas, a saber: câncer; dermatose ocupacional; lesões por esforços repetitivos/doenças osteomusculares (LER/DORT); perda auditiva induzida pelo ruído (PAIR); pneumoconiose; e transtorno mental. Faz-se

importante lembrar que a Portaria nº 777/2004 foi a primeira portaria que regulamentou a notificação dos agravos da ST. Cabe ressaltar que as portarias citadas, embora revogadas, mantêm seu conteúdo vigente, na medida em que foram incorporadas às Portarias de Consolidação MS/GM Nº 4 e Nº 5, de 28 de setembro de 2017, que dispõem sobre os sistemas e subsistemas do SUS, assim como sobre as ações e os serviços de saúde.

Especificamente, no estado do Rio de Janeiro, os casos de suspeita ou confirmação de acidentes de trabalho simples, disfonia ocupacional, asma ocupacional e dorsopatias ocupacionais deverão ser notificados e registrados, semanalmente, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, através da Ficha de Notificação Individual para tais agravos, em Rede Sentinela. Já os casos de suspeita ou confirmação de acidentes de trabalho graves relacionados ao trabalho deverão ser notificados em 24 horas e investigados em 30 dias.

O banco de dados do SINAN, diferentemente daqueles gerados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), permite a inclusão de trabalhadores que atuam na informalidade – aqui entendida como a tendência à precarização dos vínculos empregatícios, sob a forma da retração do trabalho com carteira assinada, do crescimento do trabalho sem carteira assinada e do trabalho por conta própria, o que pode tornar mais fidedigno o cenário de morbidade e mortalidade ocasionado pelos acidentes de trabalho. Outro banco de dados que pode ser utilizado para fins de investigação de acidentes, com inclusão de trabalhadores informais, corresponde ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Ambos os sistemas permitem a análise epidemiológica, sociodemográfica e locorregional dos acidentes relacionados ao trabalho em âmbito nacional e estadual, além de fornecer subsídios para a construção de indicadores que reflitam o cenário de risco desses eventos. Uma das atribuições dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) é realizar o levantamento e análise das condições que adoecem os trabalhadores. O CEREST também tem a função de suporte técnico e científico das ações de Saúde do Trabalhador no SUS, e suas atividades devem ser articuladas aos demais serviços da rede, de forma integral e hierarquizada.

Na Tabela 26, se registra a série histórica 2010-2017 da distribuição dos agravos e doenças relacionados ao trabalho (ADRT) ocorridos nos municípios e regiões de abrangência dos CEREST no estado.

Os acidentes de trabalho graves corresponderam a 8,1% de todos os agravos/doenças relacionados ao trabalho registrados nos sete anos avaliados, enquanto os AT simples foram os mais frequentes (61,7%), seguidos pela exposição a agentes biológicos (26,4%). Observa-se uma importante queda no número de casos de agravos/doenças relacionados ao trabalho a partir de 2015, o que pode ser devido à subnotificação e não à melhora das condições laborais impactando na saúde do trabalhador.

Tabela 26. Frequência e distribuição percentual de casos de agravos e doenças relacionados ao trabalho segundo ano de notificação, estado do Rio de Janeiro, 2010-2017.

Agravos / Doenças	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	%
Acidente Simples	7836	11840	11409	13120	13163	8766	6029	6629	78792	61,7
AT c/exp. a material biológico	3435	4342	4464	4731	4766	4003	3569	4332	33642	26,4
AT Grave	341	604	1007	2689	1947	1293	1365	1144	10390	8,1
LER DORT	86	151	153	164	321	355	476	948	2654	2,1
Intox. Exógenas	46	169	135	155	133	175	212	114	1139	0,9
PAIR	53	202	2	37	12	36	135	20	497	0,4
Dermatose Ocupac.	27	8	12	16	18	123	32	22	258	0,2
Transtorno Mental	2	14	13	12	24	22	73	28	188	0,1
Pneumoconiose	4	45	4	3	24	9	4	7	100	0,1
Câncer	0	1	1	0	1	1	1	0	5	0,0
Total	11830	17376	17200	20927	20409	14783	11896	13244	127665	100

Fonte: SIM, dados extraídos em 10/2018

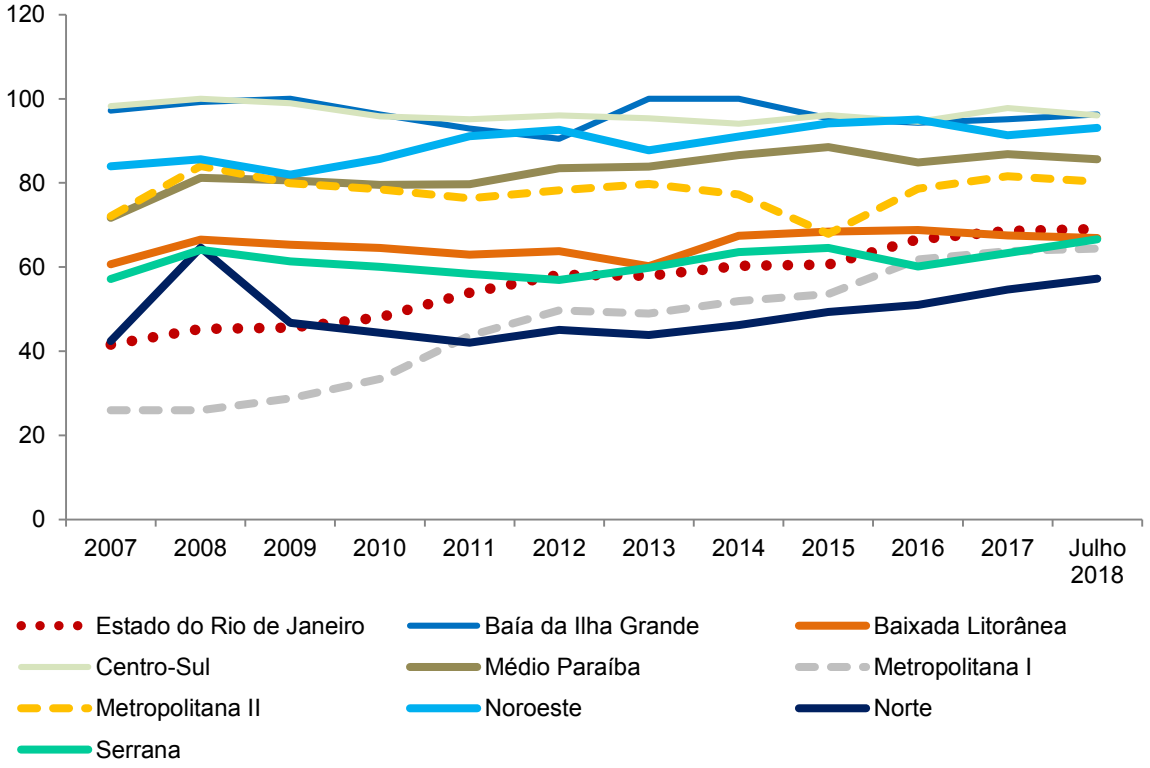
3.2. Atenção Primária em Saúde

3.2.1. Cobertura populacional por equipes de atenção primária

A cobertura populacional estimada por equipes de atenção primária no estado do Rio de Janeiro apresenta desde 2007 uma tendência crescente, sofrendo em 2013 uma pequena redução e chegando em julho de 2018 a 69,03%.

Os municípios do estado totalizaram, em julho de 2018, 2.894 equipes de Saúde da Família, o que representa uma cobertura estimada de 58,10% pelo modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF). As regiões de saúde com maiores coberturas estimadas por equipes de atenção primária neste período foram Baía de Ilha Grande (96,26%), Centro Sul (96,06%) e Noroeste (93,09%). As regiões Norte (57,25%), Metropolitana I (64,35%) e Serrana (66,6%) apresentaram coberturas inferiores a 70%. Porém, destaca-se que o município do Rio de Janeiro fez uma grande expansão de sua atenção primária nos moldes da ESF, entre os anos de 2009 a 2016, o que impactou positivamente no indicador da região Metropolitana I e do estado (Gráfico 24).

Gráfico 24. Cobertura populacional estimada por equipes de Atenção Primária, de janeiro de 2007 a julho de 2018.



Fonte: e-Gestor-AB/ relatórios públicos/2018.

3.2.2. Acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família

O acompanhamento das condicionalidades das famílias do Programa Bolsa Família no estado do Rio de Janeiro alcançou 65,22% de cobertura das famílias totalmente acompanhadas na segunda vigência de 2017, ultrapassando a meta de 62% estabelecida para o estado. Apenas as regiões da Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea e Metropolitana II não chegaram a atingir a meta (Tabela 27).

Tabela 27. Acompanhamento das condicionalidades das famílias do Programa Bolsa Família no estado do Rio de Janeiro, na 2ª vigência de 2017 e na 1ª vigência de 2018.

Região	Relatório consolidado Bolsa Família					
	Famílias para acompanhamento		Famílias acompanhadas		% famílias de acompanhamento	
	2ª Vigência 2017	1ª Vigência 2018	2ª Vigência 2017	1ª Vigência 2018	2ª Vigência 2017	1ª Vigência 2018
Baía da Ilha Grande	9.554	10.223	5.584	5.739	58,45	56,14
Baixada Litorânea	28.010	30.701	14.820	14.447	52,91	47,06
Centro Sul	17.642	19.067	15.482	17.125	87,76	89,81
Metropolitana I	352.365	372.287	230.029	263.569	65,28	70,80
Metropolitana II	72.798	80.501	37.609	39.826	51,66	49,47
Médio Paraíba	28.639	31.482	20.782	23.361	72,57	74,20
Noroeste	15.212	15.499	11.724	12.452	77,07	80,34
Norte	49.080	54.209	37.740	43.262	76,89	79,81
Serrana	29.581	31.649	19.400	21.100	65,58	66,67
Estado do Rio de Janeiro	602.881	645.618	393.170	440.881	65,22	68,28

Fonte: Sistema de Gestão do Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do PBF - DATASUS/MS.

3.2.3. Saúde Bucal

A SES-RJ promove o apoio aos municípios/regiões de saúde do estado para a implantação das ações da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) por meio de visitas técnicas, da qualificação dos gestores e profissionais dos municípios no processo de credenciamento das equipes de Saúde Bucal (eSB), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios de Prótese Dentária (LRPD), na pactuação das referências hospitalares para o atendimento dos pacientes com deficiência, na articulação da rede de atenção à Saúde Bucal e no monitoramento e avaliação das ações e dos indicadores de saúde bucal.

A cobertura populacional estimada de saúde bucal no estado vem apresentando perspectiva de discreto aumento, principalmente com relação às equipes de saúde bucal na ESF, fortalecendo a integralidade nos serviços do SUS do estado do Rio de Janeiro.

Há oscilação em relação à cobertura das equipes de saúde bucal (eSB) em todas as regiões de saúde. Houve aumento na cobertura na maioria das regiões: Baixada Litorânea, Médio Paraíba, Metropolitana I e II, Noroeste, Norte e Serrana, com destaque para a região Noroeste. Observa-se porém certa instabilidade neste processo, com alguns municípios interferindo na média da região e do estado para cima ou para baixo. Por exemplo, a região Serrana, que possui sete dos 16 municípios sem eSB e onde as 26 eSB do município de Petrópolis correspondem a 41,2% da cobertura de saúde bucal/ESF da região (Tabela 28).

Na região Centro Sul, observa-se aumento de cobertura na atenção primária tradicional (AB) e diminuição da saúde bucal na ESF (eSB). Isso significa que os municípios da região ofertam ações de saúde bucal à sua população, porém não recebem o recurso financeiro do MS, bem como não trabalham na lógica pensada como mais qualificada para a atenção primária – a ESF (Tabela 28).

Tabela 28. Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e na Atenção Primária do estado do Rio de Janeiro e suas regiões de saúde, de 2013 a 2017.

Região de Saúde	2013		2014		2015		2016		2017	
	eSB	AB	eSB	AB	eSB	AB	eSB	AB	eSB	AB
Baía da Ilha Grande	58,40	71,86	59,68	80,58	56,00	76,44	56,32	75,40	46,58	64,97
Baixada Litorânea	33,27	47,80	35,61	52,41	37,28	53,29	35,67	50,91	36,80	49,82
Centro Sul	86,30	90,46	85,10	90,86	82,64	89,53	85,97	92,19	83,35	91,42
Médio Paraíba	48,39	71,91	52,52	76,05	55,13	75,83	52,63	74,35	52,03	72,27
Metropolitana I	16,83	25,90	17,28	25,96	16,97	25,69	19,88	28,30	19,27	27,25
Metropolitana II	23,58	34,77	25,60	34,55	20,44	29,79	21,33	33,27	24,25	31,23
Noroeste	59,74	71,60	59,44	72,66	63,63	75,21	62,75	73,99	73,04	86,35
Norte	12,04	59,34	16,60	57,36	17,20	57,77	16,24	56,06	15,31	53,07
Serrana	21,95	37,94	21,08	38,55	22,85	39,15	23,14	35,87	25,27	39,76
Estado do Rio de Janeiro	23,01	35,8	24,06	36,36	23,58	35,7	25,29	37,29	25,37	36,38

Legenda: eSB: Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família; AB: Saúde Bucal na Atenção Primária.
Fonte: e-Gestor-AB/ relatórios públicos/2018.

Neste contexto de baixas coberturas populacionais de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, destacam-se como possíveis fatores que concorrem para esse resultado: a alta rotatividade e a pouca qualificação de gestores e profissionais nos municípios; a falta de previsão para contratação de profissionais com carga horária de 40 horas na ESF e o subfinanciamento das equipes de saúde bucal. Todos esses elementos produzem descontinuidade do trabalho e demonstram a não priorização da implantação da política de saúde bucal pelos gestores municipais.

Em contraponto ao cenário descrito, destaca-se na região Médio Paraíba a articulação e o desenvolvimento de uma política pública de saúde bucal, ao se observar de forma integrada o resultado positivo dos seus três indicadores de monitoramento: o aumento da cobertura de saúde bucal e da escovação dental supervisionada e a redução da proporção de exodontias. Adicionalmente, soma-se o resultado positivo da certificação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade-Atenção Primária – PMAQ (2º ciclo-2014), das equipes de saúde bucal da região: 54,6% das equipes que aderiram ao Programa tiveram certificação “Muito acima” ou “Acima da média”.

Em relação à integralidade do cuidado em saúde bucal, o estado apresentava até julho de 2018 36 municípios credenciados com Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), sendo 01 na região Norte, 07 na Noroeste, 09 na Médio Paraíba, 05 na Centro Sul, 03 na Serrana, 07 na Metropolitana I, 03 na Baixada Litorânea e 01 na Baía da Ilha Grande.

Tendo por base o último levantamento epidemiológico de saúde bucal (SB Brasil 2010), que destaca na região Sudeste a maior necessidade de uso de próteses totais entre as faixas etárias de 35 a 44 e 65 a 74 anos, se faz necessária a ampliação do número de municípios credenciados com LRPD, considerando ainda que este serviço deve ser realizado, preferencialmente, nas unidades básicas de saúde.

Ainda sobre a rede de atenção à saúde bucal do estado, o estado do Rio de Janeiro apresentava até julho de 2018 78 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) distribuídos em 51 municípios, sendo 02 na região Norte, 05 na região Noroeste, 11 na região do Médio Paraíba, 05 na região Centro Sul, 05 na região Serrana, 03 na região Metropolitana II, 06 na Baixada Litorânea e em todos os municípios das regiões da Metropolitana I (12) e da Baía da Ilha Grande (3).

Considerando que o CEO tem por objetivos a realização de procedimentos complementares à atenção primária e o matriciamento das equipes de saúde bucal na AB, observa-se a necessidade de implementação de CEOs com uma perspectiva regional, de forma que possam atender aos municípios de pequeno porte e garantir o alcance das metas estabelecidas pelo MS. Compreende-se que esta proposta de CEO regional já se faz necessária nas regiões Norte, Noroeste, Centro Sul e Serrana, que

alcançaram resultados muito acima da meta no indicador de monitoramento estadual "Proporção de exodontia em relação aos procedimentos", causada por uma prática mutilatória na assistência ofertada, enquanto que outros procedimentos ofertados no CEO regional limitariam/preveniriam o dano. Esta pauta deve ser fomentada na Comissão Intergestores Regional (CIR), para discussão e pactuação entre os gestores.

Em relação ao PMAQ-CEO, no panorama do estado, observa-se uma ampliação da adesão do primeiro ciclo (57 CEOs) para o segundo (65 CEOs). Isto reforça que há interesse dos gestores municipais em avaliar e qualificar a atenção à saúde bucal ofertada à população.

3.2.4. Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB

No 3º ciclo do PMAQ-AB, o estado do Rio de Janeiro teve adesão homologada de 91 municípios (exceção de Macuco), perfazendo um total de 2.349 eAB e 941 eSB.

Em setembro de 2018, houve a publicação da Portaria 2.777 da lista de valores do PMAQ atualizados e a divulgação da primeira lista de certificação divulgada no site do DAB/MS. Nesta primeira lista, o estado do Rio de Janeiro teve 93,19% de suas equipes certificadas, sendo 2.189 equipes e destas, 941 equipes de atenção primária com saúde bucal, representando 42,9% das equipes. Conforme esses dados preliminares, o estado apresentou um percentual de eSF de 0,55% Ótimo, 21,61% Muito bom, 24,26% Bom, 25,45% Regular, 21,11% Ruim e 6,99% foram desclassificadas (não possuíam cadeira odontológica em funcionamento e/ou a equipe se recusou a responder à avaliação externa). A distribuição do desempenho das equipes por região de saúde está apresentada na Tabela 29.

Tabela 29. Desempenho percentual das equipes do estado do Rio de Janeiro no 3º ciclo do PMAQ por região de saúde.

Região	eAB certificadas 1ª lista	Ótimo	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Desclassificadas
Baía de Ilha Grande	77,22	0,00	14,75	24,59	34,43	21,31	4,92
Baixada Litorânea	95,24	0,00	0,00	7,00	59,00	33,00	1,00
Centro Sul	96,26	0,97	14,56	43,69	28,16	8,74	3,88
Médio Paraíba	71,72	0,00	14,79	38,03	34,51	7,75	4,93
Metropolitana I	94,72	0,88	36,37	27,26	12,57	13,81	9,12
Metropolitana II	98,39	0,27	1,09	13,35	36,24	42,51	6,27
Noroeste	92,13	0,00	0,00	4,88	50,00	43,90	1,22
Norte	96,15	0,00	2,67	9,33	40,00	36,00	12,00
Serrana	91,97	0,00	8,73	33,33	40,48	15,87	1,59
Estado do Rio de Janeiro	93,19	0,55	21,61	24,26	25,45	21,11	6,99

Fonte: Primeira lista de equipes certificadas do 3º ciclo do (PMAQ) – DAB/MS.

O PMAQ é uma estratégia muito potente para a garantia da contínua busca pela qualidade do trabalho das equipes, tendo em vista a normativa que estabelece critérios essenciais e estratégicos para o trabalho da AB, prevê a assunção do compromisso de auto-avaliação e plano de trabalho das equipes, avaliação de indicadores e avaliação externa. A SES-RJ buscou investir em atividades presenciais e à distância para apoio, esclarecimento e engajamento dos gestores e equipes nesse processo. No entanto, a falta de recursos financeiros para deslocamento e acompanhamento *in loco* limitou o processo, assim como a ausência de relatórios estaduais no e-SUS que apoiassem o monitoramento dos dados secundários.

3.2.5. Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007, visa à articulação das redes públicas de saúde e de educação para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público no país. No estado, 94,5% dos municípios aderiram ao PSE no ciclo 2017/18, num total de 87 municípios pactuados (exceto Porciúncula, Saquarema, Rio das Ostras, Santa Maria Madalena e Bom Jardim). O Quadro 05 apresenta os dados do programa no estado do Rio de Janeiro.

Quadro 05. Dados relativos à adesão de equipamentos de saúde e educação e de recursos financeiros atrelados ao PSE, ciclo 2017/2018, no estado do Rio de Janeiro.

PSE no estado do Rio de Janeiro
• 3.751 escolas pactuadas • 1.311.600 estudantes pactuados • 97.211 estudantes de creches • Recurso repassado aos municípios: R$ 2.108.812,00 • Recurso Crescer Saudável: R$ 3.600.000,00

Fonte: DAB/MS, 2018.

Apesar da alta adesão, ainda é um desafio para a gestão estadual auxiliar no fortalecimento e efetivo funcionamento dos grupos de trabalho intersetoriais municipais (GTI), que formam o colegiado responsável pela gestão das ações do programa. Outro desafio é aumentar o número de escolas pactuadas, sobretudo escolas estaduais, e qualificar as ações principalmente nos municípios contemplados com recursos do Crescer Saudável.

O PSE se constitui como um programa estratégico de promoção e prevenção da saúde para o público infantil e adolescente. Além disso, apresenta capacidade de interlocução intersetorial com todas as áreas contempladas nas ações do programa.

Dentre os desafios do programa, destacam-se:

- A necessidade de qualificação e co-construção da intersetorialidade;
- Consideração da integralidade do indivíduo, face à enorme especialização e consequente fragmentação dos conhecimentos;
- Promoção da gestão participativa e da cultura de paz nos territórios para enfrentamento das violências, sinalizadas como uma das maiores questões que impactam no cotidiano dos profissionais de saúde e educação;
- Crises econômicas pelas quais passam a União, o estado e os municípios, com descontinuidade de atividades importantes conduzidas pelos municípios, dificuldade de utilização dos recursos destinados ao PSE pelo MS e falta de envio de materiais pelo MEC.

3.2.6. Práticas Integrativas e Complementares

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) tem como objetivos incorporar e implementar as práticas integrativas e complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção primária, voltada ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.

No estado do Rio de Janeiro, se observou nos dados do segundo ciclo do PMAQ que nas 09 regiões de saúde são desenvolvidas ações das PICS. Destacam-se a realização das práticas de homeopatia, auriculoterapia e atividades relacionadas a plantas/fitoterapia.

3.2.7. e-SUS

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Primária (SISAB) foi instituído a partir da Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, com objetivo de qualificar a gestão da informação, atendendo às necessidades de cuidado na Atenção Primária. O e-SUS AB é a estratégia de informatização para consolidação do funcionamento do SISAB, e possui dois *softwares* públicos: coleta de dados simplificada (CDS) e prontuário eletrônico cidadão (PEC).

A implantação e o envio de dados de cada equipe de saúde da família a partir do PEC é o objetivo desta estratégia de informatização, pois permite o registro da informação diretamente pelo profissional da equipe, a utilização de ferramentas para a qualificação do processo de trabalho e o monitoramento pela gestão local. Para tal, todas as equipes devem contar com conectividade e equipamentos de informática nos diferentes ambientes da unidade básica, como os consultórios médico, de enfermagem e odontológico, e a recepção. A utilização de sistemas próprios é outra estratégia possível de ser executada pelos municípios, embora não se conheça, em profundidade, as funcionalidades dos diferentes sistemas.

Na competência de junho de 2018, o estado contava com a implantação do e-SUS AB distribuída da seguinte forma:

- 16 municípios com 50% ou mais de fichas enviado por PEC: Armação de Búzios, Bom Jardim, Cantagalo, Carmo; Cordeiro, Itaocara, Piraí, Porciúncula, Queimados, Resende, Rio Bonito, Rio Claro, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto e Volta Redonda.
- 8 municípios com 50% ou mais de fichas enviadas por sistema próprio: Casimiro de Abreu, Guapimirim, Mesquita, Miguel Pereira, Paty do Alferes, Quissamã, Rio de Janeiro e São José de Ubá.

A implantação do e-SUS ainda se mostra de forma incipiente em todas as regiões do estado e depende de investimento em infraestrutura de rede e aquisição de equipamentos de informática. Durante o ano de 2017, o MS instituiu o programa de informatização de unidades básicas de saúde, visando apoiar financeiramente as gestões municipais. Os municípios do estado demonstraram grande interesse na adesão, no entanto o programa foi descontinuado antes de seu início. Em parte, a referida estratégia nacional retardou a adoção de iniciativas locais.

Na perspectiva estadual, a disponibilidade de relatórios ainda se encontra extremamente deficitária, impedindo um trabalho mais robusto de monitoramento de indicadores de saúde e qualificação do uso do sistema pelos municípios.

3.3. Atenção Especializada à Saúde

Para atender às necessidades de cuidados integrais em saúde da população, os serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) devem ser apoiados e complementados por pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas para realizar ações especializadas, ambulatoriais e hospitalares, em tempo oportuno.

Pensando na sustentabilidade do sistema, torna-se imperiosa a organização de redes assistenciais articuladas que incluam a evolução do perfil sociodemográfico e epidemiológico fluminense, facilitando mecanismos que garantam a continuidade dos cuidados de saúde e reduzindo os incentivos à duplicação de ações e ao desperdício decorrentes de um parque assistencial desarticulado e competitivo.

Os estudos sobre o mapeamento das redes de oferta de ações e serviços de saúde, tanto na média quanto na alta complexidade, devem realizar avaliações explícitas sobre a suficiência da oferta em relação às necessidades de saúde da população e verificar a presença de vazios sanitários.

Considerando a necessidade dos gestores, dos técnicos de planejamento e programação e profissionais de saúde do SUS de uma revisão dos parâmetros de planejamento e programação das ações e serviços de saúde, foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015 que buscou definir aproximações às necessidades de saúde da população, pensadas independentemente de restrições financeiras, séries históricas das ofertas de serviços ou outros condicionantes (BRASIL, MS, 2015).

3.3.1. Capacidade Instalada

3.3.1.1. Leitos de Internação

Nas tabelas 30 e 31 estão descritos os leitos SUS existentes no estado do Rio de Janeiro em abril de 2019, por esfera administrativa. Os leitos de internação distribuem-se em 5.736 leitos cirúrgicos, 6.939 leitos clínicos, 2.512 leitos obstétricos, 2.240 leitos pediátricos, 4.071 leitos de outras especialidades e 469 leitos de hospital/dia.

Tabela 30. Quantidade de leitos SUS de internação por especialidade detalhada e esfera jurídica, estado do Rio de Janeiro, abril/2019.

Especialidade detalhada	Administração Pública			Demais Entidades Empresariais	Entidades sem Fins Lucrativos	Total
	Federal	Estadual	Municipal			
CIRÚRGICOS	**1477**	**797**	**2208**	**155**	**1099**	**5736**
Buco maxilo facial	7	9	32	-	20	68
Cardiologia	79	9	109	38	62	297
Cirurgia geral	290	246	884	35	543	1998
Endocrinologia	10	-	2	-	2	14
Gastroenterologia	35	8	6	-	13	62
Ginecologia	121	29	165	3	73	391
Nefrologia/urologia	132	30	84	2	27	275
Neurocirurgia	76	84	150	2	58	370
Oftalmologia	30	-	21	37	39	127
Oncologia	186	-	13	30	54	283
Ortopedia/traumatologia	354	332	649	1	141	1477
Otorrinolaringologia	42	-	14	-	9	65
Plástica	40	17	62	1	11	131
Torácica	42	22	15	1	21	101
Transplante	33	2	-	5	26	66
Queimado Adulto	-	9	1	-	-	10
Queimado Pediátrico	-	-	1	-	-	1
CLÍNICOS	**912**	**1150**	**3241**	**370**	**1266**	**6939**
AIDS	70	11	81	1	9	172
Cardiologia	151	55	96	24	103	429
Clínica geral	357	747	2799	320	903	5126
Dermatologia	6	-	2	-	4	12
Geriatria	3	120	18	-	12	153
Hansenologia	2	102	2	-	-	106
Hematologia	63	25	4	2	11	105
.Nefro/urologia	52	15	29	2	51	149
Neonatologia	14	-	64	-	21	99
Neurologia	34	8	18	-	25	85
Oncologia	105	60	2	21	57	245
Pneumologia	55	7	17	-	23	102
Saúde Mental	-	-	98	-	47	145
Queimado Adulto	-	-	11	-	-	11
OBSTÉTRICOS	**177**	**339**	**1608**	**11**	**377**	**2512**
Obstetrícia Cirúrgica	110	267	965	8	244	1594
Obstetrícia Clínica	67	72	643	3	133	918
PEDIÁTRICOS	**299**	**254**	**1159**	**192**	**336**	**2240**
Pediatria CIínica	221	204	1047	192	271	1935
Pediatria Cirúrgica	78	50	112	-	65	305
OUTRAS ESPECIALIDADES	**238**	**606**	**936**	**1579**	**712**	**4071**
Crônicos	120	14	81	580	556	1351
Psiquiatria	107	351	693	958	148	2257
Reabilitação	2	-	23	41	2	68
Tisiologia	9	241	48	-	6	304
Acolhimento Noturno	-	-	91	-	-	91
HOSPITAL/DIA	**225**	**121**	**102**	**8**	**13**	**469**
Cirúrgicos/Diagnóstico/ Terapêutico	95	26	70	8	5	204
AIDS	20	10	19	-	1	50
Intercorrência Pós-Transplante	20	-	-	-	-	20
Geriatria	-	-	-	-	3	3
Saúde Mental	90	85	13	-	4	192
Total	3328	3267	9254	2315	3803	21967

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

Obs: Os leitos não registrados como SUS no SCNES, mesmo que em hospitais públicos, não foram considerados nessa tabulação.

3.3.1.2. Leitos Complementares

A Portaria GM/MS nº 895 de 31 de março de 2017 instituiu o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave, com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de terapia intensiva adulto, pediátrico, UTI Coronariana (UCO), queimados e cuidados intermediários adulto e pediátrico no âmbito do SUS. A partir desta portaria, todas as habilitações de leitos de UTI de tipo I, adulto e pediátrico, migraram para Unidades de Cuidados Intermediários (UCI).

Da mesma forma, embora ainda constem de forma residual no CNES, os leitos de UTI neonatal de tipo I e Unidade Intermediária (UI) neonatal não são mais habilitados. A migração para Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa) não foi automática, demandando cumprimento de exigências e novos processos de habilitação.

Os leitos complementares SUS habilitados, desconsiderando-se as UTI de tipo I e a UI neonatal, se encontram assim distribuídos no estado: 950 leitos em UTI adulto, 100 leitos em UTI pediátrico, 329 leitos em UTI neonatal, 10 leitos em UTI de Queimados, 10 leitos em UCO, 189 leitos em Unidades de isolamento, 519 leitos em UCI Adulto, 77 em UCI pediátrico, 151 leitos em UCINCo e 38 leitos em UCINCa.

Tabela 31. Quantidade de leitos complementares SUS habilitados por especialidade detalhada e esfera jurídica, estado do Rio de Janeiro, abril/2019.

Especialidade detalhada	Administração Pública			Demais Entidades Empresariais	Entidades sem Fins Lucrativos	Total
	Federal	Estadual	Municipal			
Unidade intermediária neonatal	-	29	40	1	30	100
Unidade isolamento	40	19	97	5	28	189
UTI adulto I	73	26	64	16	7	186
UTI adulto II	79	189	251	55	247	821
UTI adulto III	41	29	-	9	50	129
UTI pediátrica I	8	4	21	-	1	34
UTI pediátrica II	12	28	40	-	4	84
UTI pediátrica III	16	-	-	-	-	16
UTI neonatal I	9	-	7	-	-	16
UTI neonatal II	37	45	142	-	42	266
UTI neonatal III	38	25	-	-	-	63
UTI de Queimados	4	-	6	-	-	10
UTI coronariana tipo II - UCO tipo II	10	-	-	-	-	10
UCINCo	34	8	95	-	14	151
UCINCa	8	-	26	-	4	38
UCI pediátrico	9	10	21	-	3	43
UCI adulto	53	96	158	3	23	333
Total	**471**	**508**	**968**	**89**	**453**	**2489**

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES – abril/2019 (consulta em 04/06/2019).

Além dos leitos acima relacionados, consta no CNES um importante número de leitos complementares não habilitados pelo MS nas três esferas administrativas públicas, que correspondem a aproximadamente 30% do total de leitos complementares instalados no estado (Tabela 32).

No entanto, ainda se mantém o *déficit* de leitos complementares, se fazendo necessária a contratualização de leitos complementares adicionais na rede filantrópica/privada de saúde, em especial de leitos de UTI pediátrica (36) e neonatal (250 leitos).

Tabela 32. Quantidade de leitos complementares SUS não habilitados, por especialidade detalhada e esfera administrativa, estado do Rio de Janeiro, abril/2019.

Especialidade detalhada	Administração Pública			
	Federal	Estadual	Municipal	Total
UCI Adulto	7	8	1	16
UCINCa	10	0	22	32
UCINCo	36	20	94	150
UCI Pediátrico	10	0	0	10
Unidade de Isolamento	34	3	1	38
UTI Adulto tipo II	54	127	200	381
UTI Adulto tipo III	14	9	0	23
UTI Coronariana tipo II	14	0	7	21
UTI de Queimados	10	9	9	28
UTI Neonatal tipo II	1	42	51	94
UTI Neonatal tipo III	0	0	25	25
UTI Pediátrica tipo II	14	32	11	57
Total	204	250	421	875

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES – abril/2019 (consulta em 04/06/2019).
Nota: Ainda se encontram registrados no CNES 138 leitos de UTI tipo I: 104 de adulto, 15 pediátricos e 19 neonatais.

3.3.2. Estabelecimentos de Saúde sob Gestão da Secretaria Estadual de Saúde

A Secretaria Estadual de Saúde, além do seu papel de gestora, indutora, promotora e articuladora da política de saúde, atua diretamente na assistência à saúde, por intermédio de suas **56** unidades (**26** unidades do tipo Institutos, Centros Especializados, Hospitais Gerais e Especializados e **30** Unidades de Pronto Atendimento), do Centro de Diagnóstico por Imagem e das unidades móveis de mamografia e tomografia (Quadro 06). Estas unidades/leitos estão sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde, porém a operacionalização das mesmas se dá por meio de diferentes modalidades de contratação: 11 unidades estão sob gestão de Organizações Sociais (57,7% do total de leitos); 10 unidades estão sob gestão da Fundação Estadual de Saúde (26% dos leitos); 03 sob gestão compartilhada público-privada (8,7% do total de leitos) e 02 sob administração direta (7,5% dos leitos totais).

Com relação à distribuição territorial, as 26 unidades do tipo Hospitais, Institutos e Centros Especializados localizam-se em cinco regiões de saúde e 12 municípios: Metropolitana I, com 13 unidades no município do Rio de Janeiro, 01 unidade em Duque de Caxias, 01 em Mesquita, 01 em Nilópolis e 01 em São João do Meriti; Metropolitana II, com 02 unidades em Niterói, 02 em Itaboraí e 01 em São Gonçalo; Baixada Litorânea, com 01 unidade em Araruama e outra em Saquarema; Médio Paraíba, com 01 unidade em Volta Redonda; e Centro Sul, com 01 unidade em Paraíba do Sul. De acordo com os registros do CNES em abril de 2019, essas 26 unidades de saúde estaduais totalizavam 3.164 leitos existentes e 3.131 leitos SUS.

Dos **leitos SUS**, 89,65% se encontram concentrados nas regiões metropolitanas: 2.031 leitos (64,9%) localizam-se na Metropolitana I, sendo 1.341 leitos (43%), no município do Rio de Janeiro, e 776 (24,8%) leitos localizam-se na Metropolitana II. Os demais leitos dividem-se entre Baixada Litorânea (5,5%), Médio Paraíba (2,5%) e Centro Sul (2,2%).

As cinco maiores unidades estaduais em relação ao número de leitos são o Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, o Hospital Estadual Getúlio Vargas, o Hospital Estadual Azevedo Lima, o Hospital Estadual Alberto Torres (Geral de São Gonçalo) e o Hospital Estadual Carlos Chagas. Estes cinco hospitais juntos representam 41,3% dos leitos sob gestão estadual. De acordo com a especialidade, os 3.131 leitos SUS estaduais estão distribuídos em: 997 leitos clínicos (40,9%), 685 leitos cirúrgicos (28%), 695 leitos complementares (22,2%), 299 leitos obstétricos (12,3%), 171 leitos pediátricos (7%), 112 leitos de hospital dia (4,6%) e 172 leitos de outras especialidades (7,1%).

Quadro 06. Distribuição das unidades sob gestão da Secretaria de Estado de Saúde, por região de saúde/município, tipo de administração e capacidade instalada de leitos, 2019.

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	UNIDADES DE SAÚDE SOB GESTÃO ESTADUAL	TIPO DE ADMINISTRAÇÃO	TOTAL LEITOS INT		TOTAL LEITOS COMPL	
					EXIST	SUS	EXIST	HAB
Baixada Litorânea	Araruama	2696932	Hospital Estadual Roberto Chabo	Organização Social de Saúde	61	61	27	27
Baixada Litorânea	Saquarema	7529384	Hospital Estadual dos Lagos Nossa Senhora de Nazareth	Organização Social de Saúde	56	56	29	16
Centro Sul	Paraíba do Sul	6586767	Hospital de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu	Gestão Compartilhada Público - Privado	61	61	7	7
Médio Paraíba	Volta Redonda	9074457	Hosp Regional Médio Paraíba Dra Zilda Arns Neumann	Gestão Compartilhada Público - Privado	40	40	43	3
Metropolitana I	Duque de Caxias	2290227	Hospital Estadual Adão Pereira Nunes	Organização Social de Saúde	255	255	56	8
Metropolitana I	Mesquita	7011857	Complexo Reg de Mesquita Maternid e Clinica da Mulher	Organização Social de Saúde	100	100	25	8
Metropolitana I	Nilópolis	5478898	Hospital Estadual Vereador Melchiades Calazans	Gestão Compartilhada Público - Privado	93	93	24	15
Metropolitana I	Rio de Janeiro	2270234	Hospital Estadual Getúlio Vargas	Organização Social de Saúde	240	240	47	47
Metropolitana I	Rio de Janeiro	2273411	Hospital Estadual Carlos Chagas	Fundação Saúde	112	112	90	70
Metropolitana I	Rio de Janeiro	7516800	Hospital Estadual Eduardo Rabello	Administração direta	120	120	8	8
Metropolitana I	Rio de Janeiro	2269678	Inst Est de Cardiologia Aloysio de Castro	Fundação Saúde	66	66	63	23
Metropolitana I	Rio de Janeiro	2291304	Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro	Fundação Saúde	108	108	0	0
Metropolitana I	Rio de Janeiro	2273209	Hospital Estadual Santa Maria	Fundação Saúde	93	93	0	0
Metropolitana I	Rio de Janeiro	2295067	Inst Estadual de Hemat Arthur Siqueira Cavalcanti	Fundação Saúde	82	82	1	1
Metropolitana I	Rio de Janeiro	7185081	Hospital Estadual Transplante Câncer e Cir Infantil	Organização Social de Saúde	45	45	31	31
Metropolitana I	Rio de Janeiro	2298724	Hospital Estadual Anchieta	Fundação Saúde	60	60	0	0
Metropolitana I	Rio de Janeiro	7267975	Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer	Organização Social de Saúde	5	5	44	44
Metropolitana I	Rio de Janeiro	2270803	Inst Estadual de Diabetes e Endocrinologia	Fundação Saúde	24	22	1	1
Metropolitana I	Rio de Janeiro	2273365	Inst Est São Sebastião	Fundação Saúde	14	14	7	7
Metropolitana I	Rio de Janeiro	2270617	IEDS Instituto Estadual de Dematologia Sanitária	Fundação Saúde	89	89	0	0
Metropolitana I	São Joao de Meriti	6518893	Hospital da Mulher Heloneida Studart	Organização Social de Saúde	71	71	59	59
Metropolitana II	Itaboraí	2814161	Hospital Estadual Tavares de Macedo	Administração direta	103	103	0	0
Metropolitana II	Itaboraí	3784916	Hospital Estadual Pref Joao Baptista Caffaro	Organização Social de Saúde	108	108	8	0
Metropolitana II	Niterói	12521	Hospital Estadual Azevedo Lima	Organização Social de Saúde	204	204	49	10
Metropolitana II	Niterói	12769	Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras	Fundação Saúde	94	63	0	0
Metropolitana II	São Gonçalo	2298031	Hospital Estadual Alberto Torres Geral São Gonçalo	Organização Social de Saúde	165	165	76	65
			TOTAL		2469	2.436	695	450

Fonte: CNES, 2019.

Quadro 07. Caracterização das unidades de saúde sob gestão estadual, 2019.

Unidade	Tipo	Atividade	Nível da Atenção	Atendimento	Especialidades dos Leitos
CENTRO PSIQUIATRICO RIO DE JANEIRO	Hosp Especializado: Psiquiatria	Ambulatorial e Hospitalar	Média Compl	Ambulatorial, Internação, SADT e Urgência	Leito Dia - Saúde Mental
HOSPITAL DE DERMATOLOGIA SANITARIA	Hospital Geral	Ambulatorial e Hospitalar	Média Compl	Ambulatorial, Internação	Cirurgia Geral, Clínica Geral, Hansenologia
COMPLEXO REG DE MESQUITA MATERNID E CLINICA DA MULHER	Hosp Especializado: Maternidade	Ambulatorial e Hospitalar	Média Compl	Ambulatorial, Internação, SADT e Urgência	Ginecologia, Obstetrícia Clínica e Cirúrgica e Pediatria Clínica
HOSP REGIONAL MEDIO PARAIBA DRA ZILDA ARNS NEUMANN	Hospital Geral	Ambulatorial e Hospitalar	Média e Alta Compl	Ambulatorial, Internação, SADT e Urgência	Clínica Geral e Pediatria Clínica
HOSPITAL DA MULHER HELONEIDA STUDART	Hosp Especializado: Maternidade	Ambulatorial e Hospitalar	Média e Alta Compl	Ambulatorial, Internação, SADT e Urgência	Ginecologia, Clínica Geral, Leito Dia (Cirúrgico/Diagnóstico/Terapêutico), Obstetrícia Clínica e Cirúrgica e Pediatria Clínica e Cirúrgica
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DONA LINDU	Hosp Especializado: Ortopedia	Ambulatorial e Hospitalar	Média e Alta Compl	Ambulatorial, Internação, SADT	Ortopedia/Traumatologia e Clínica Geral
HOSPITAL ESTADUAL ADAO PEREIRA NUNES	Hospital Geral	Ambulatorial e Hospitalar	Média e Alta Compl	Ambulatorial, Internação, SADT, Vigilância em Saúde	Cirurgia Buco Maxilo Facial, Cirurgia Geral, Neurocirurgia, Ortopedia/Traumatologia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Clínica Geral, Obstetrícia Clínica e Cirurgica e Pediatria Clínica e Cirúrgica
HOSPITAL ESTADUAL ALBERTO TORRES GERAL SAO GONCALO	Hospital Geral	Ambulatorial e Hospitalar	Média e Alta Compl	Ambulatorial, Internação, SADT	Cirurgia Geral, Neurocirurgia, Ortopedia/Traumatologia, Leito Dia (Cirúrgico/Diagnóstico/Terapêutico), Clínica Geral, e Pediatria Clínica
HOSPITAL ESTADUAL ANCHIETA	Hospital Geral	Hospitalar	Média Compl	Internação, SADT, Vigilância em Saúde	Clínica Geral
HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA	Hospital Geral	Ambulatorial e Hospitalar	Média e Alta Compl	Ambulatorial, Internação, SADT, Vigilância em Saúde, Urgência	Cirurgia Geral, Neurocirurgia, Ortopedia/Traumatologia, Clínica Geral, Leitos Dia (AIDS), Obstetrícia Clínica e Cirúrgica e Pediatria Clínica e Cirúrgica
HOSPITAL ESTADUAL CARLOS CHAGAS	Hospital Geral	Ambulatorial e Hospitalar	Média e Alta Compl	Ambulatorial, Internação, SADT, Vigilância em Saúde, Urgência	Cirurgia Buco Maxilo Facial, Cirurgia Geral, Gastroenterologia Cirúrgica, Ginecologia Cirúrgica, Cirurgia Plástica, Clínica Geral, Pediatria Clínica
HOSPITAL ESTADUAL DOS LAGOS NOSSA SENHORA DE NAZARETH	Hospital Geral	Ambulatorial e Hospitalar	Média e Alta Compl	Ambulatorial, Internação, SADT, Urgência	Cirurgia Geral, Ginecologia Cirúrgica, Obstetrícia Clínica e Cirúrgica.
HOSPITAL ESTADUAL EDUARDO RABELLO	Hospital Geral	Ambulatorial e Hospitalar	Média e Alta Compl	Ambulatorial, Internação, SADT	Geriatria Clínica

Unidade	Tipo	Atividade	Nível da Atenção	Atendimento	Especialidades dos Leitos
HOSPITAL ESTADUAL GETULIO VARGAS	Hospital Geral	Ambulatorial	Média e Alta Compl	Ambulatorial, Internação, SADT, Urgência	Nefrologia/Urologia, Neurocirurgia, Ortopedia/Traumatologia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Clínica Geral, Pediatria Clínica e Cirúrgica
		Hospitalar	Média Compl		
HOSPITAL ESTADUAL PREF JOAO BAPTISTA CAFFARO	Hospital Geral	Ambulatorial e Hospitalar	Média Compl	Ambulatorial, Internação, SADT, Urgência	Clínica Geral
HOSPITAL ESTADUAL ROBERTO CHABO	Hospital Geral	Ambulatorial e Hospitalar	Média e Alta Compl	Internação, SADT, Urgência	Cirurgia Buco Maxilo Facial, Cirurgia Geral, Neurocirurgia, Ortopedia/Traumatologia, Clínica Geral, Pediatria Clínica e Cirúrgica
HOSPITAL ESTADUAL SANTA MARIA	Hosp Especializado: Pneumologia Sanitária	Ambulatorial e Hospitalar	Média Compl	Ambulatorial, Internação, SADT, Vigilância em Saúde, Urgência	AIDS, Clínica Geral e Pneumologia Sanitária
HOSPITAL ESTADUAL TAVARES DE MACEDO	Hosp Especializado: Hansenologia	Ambulatorial e Hospitalar	Média Compl	Ambulatorial, Internação, SADT	Hansenologia
HOSPITAL ESTADUAL TRANSPLANTE CANCER E CIR INFANTIL	Hosp Especializado: Pediatria	Ambulatorial e Hospitalar	Média e Alta Compl	Ambulatorial, Internação, SADT	Hematologia, Oncologia, Leito Dia (Cirúrgico/Diagnóstico/Terapêutico), Pediatria Clínica e Cirúrgica
HOSPITAL ESTADUAL VEREADOR MELCHIADES CALAZANS	Hosp Especializado: Ortopedia	Ambulatorial e Hospitalar	Média e Alta Compl	Ambulatorial, Internação, SADT, Vigilância em Saúde	Ortopedia/Traumatologia, Queimado Adulto, Clínica Geral
INST EST DIABET ENDOCRINOLOGIA IEDE	Hosp Especializado: Endocrinologia	Ambulatorial	Média e Alta Compl	Ambulatorial, Internação, SADT	Cirurgia Geral, Clínica Geral
		Hospitalar	Média Compl		
INST EST DE INFECTOLOGIA SAO SEBASTIAO	Hospital Geral	Ambulatorial	Média Compl	Ambulatorial, Internação, SADT, Urgência	Clinica Geral e Pediatria Clínica
		Hospitalar	Média e Alta Compl		
INST ESTADUAL DE HEMAT ARTHUR SIQUEIRA CAVALCANTI	Hosp Especializado: Oncologia	Ambulatorial e Hospitalar	Média e Alta Compl	Ambulatorial, Internação, SADT, Urgência	AIDS, Hematologia, Oncologia, Crônicos, Pediatria Clínica
INSTITUTO ESTADUAL DE DOENCAS DO TORAX ARY PARREIRAS	Hosp Especializado: Pneumologia Sanitária	Ambulatorial e Hospitalar	Média Compl	Ambulatorial, Internação, SADT	Pneumologia Sanitária
INSTITUTO ESTADUAL DO CEREBRO PAULO NIEMEYER	Hosp Especializado: Neurologia/Neurocirurgia	Ambulatorial e Hospitalar	Média e Alta Compl	Ambulatorial, Internação, SADT	Neurocirurgia, Neurologia, Leito Dia (Cirúrgico/Diagnóstico/Terapêutico)
INST EST DE CARDIOLOGIA ALOYSIO DE CASTRO IECAC	Hosp Especializado: Cardiologia	Ambulatorial e Hospitalar	Média e Alta Compl	Ambulatorial, Internação, SADT, Urgência	Cardiologia Clínica e Cirúrgica, Crônicos, Nefro/Urologia, Pediatria Clínica e Cirúrgica

Fonte: CNES, 2019

Quadro 08. Distribuição de leitos de internação e complementares por especialidade, nas unidades sob gestão da Secretaria de Estado de Saúde, 2019.

Estabelecimento	Cirúrgico		Clínico		Obstétrico		Pediátrico		Outras especialidades		Leito Dia		Total	
	Exist.	SUS	Exist.	SUS	Exist.	SUS	Exist.	SUS	Exist.	SUS	Exist.	SUS	Exist.	SUS
Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro	0	0	0	0	0	0	0	0	23	23	85	85	108	108
Hospital de Dermatologia Sanitária	2	2	87	87	0	0	0	0	0	0	0	0	89	89
Complexo Reg de Mesquita Maternid e Clinica da Mulher	1	1	0	0	98	98	1	1	0	0	0	0	100	100
Hosp Regional Médio Paraíba Dra Zilda Arns Neumann	0	0	30	30	0	0	10	10	0	0	0	0	40	40
Hospital da Mulher Heloneida Studart	6	6	1	1	53	53	4	4	0	0	7	7	71	71
Hospital de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu	56	56	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	61	61
Hospital Estadual Adão Pereira Nunes	91	91	74	74	53	53	37	37	0	0	0	0	255	255
Hospital Estadual Alberto Torres Geral São Gonçalo	104	104	39	39	0	0	17	17	0	0	5	5	165	165
Hospital Estadual Anchieta	0	0	60	60	0	0	0	0	0	0	0	0	60	60
Hospital Estadual Azevedo Lima	66	66	67	67	59	59	2	2	0	0	10	10	204	204
Hospital Estadual Carlos Chagas	40	40	59	59	0	0	13	13	0	0	0	0	112	112
Hospital Estadual dos Lagos Nossa Senhora de Nazareth	20	20	0	0	36	36	0	0	0	0	0	0	56	56
Hospital Estadual Eduardo Rabello	0	0	120	120	0	0	0	0	0	0	0	0	120	120
Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro	148	148	68	68	0	0	24	24	0	0	0	0	240	240
Hospital de Dermatologia Sanitária	0	0	108	108	0	0	0	0	0	0	0	0	108	108
Complexo Reg de Mesquita Maternid e Clinica da Mulher	46	46	8	8	0	0	7	7	0	0	0	0	61	61
Hosp Regional Médio Paraíba Dra Zilda Arns Neumann	0	0	20	20	0	0	0	0	73	73	0	0	93	93
Hospital da Mulher Heloneida Studart	0	0	103	103	0	0	0	0	0	0	0	0	103	103
Hospital de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu	0	0	21	21	0	0	22	22	0	0	2	2	45	45
Hospital Estadual Adão Pereira Nunes	88	88	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	93	93
Hospital Estadual Alberto Torres Geral São Gonçalo	8	8	14	14	0	0	2	0	0	0	0	0	24	22
Hospital Estadual Anchieta	9	9	35	35	0	0	10	10	12	12	0	0	66	66
Inst Est São Sebastião	0	0	9	9	0	0	5	5	0	0	0	0	14	14
Inst Estadual de Hemat Arthur Siqueira Cavalcanti	0	0	62	62	0	0	19	19	1	1	0	0	82	82
Instituto Estadual de Doencas do Tórax Ary Parreiras	0	0	21	0	0	0	0	0	73	63	0	0	94	63
Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	3	3	5	5
Total	685	685	1.018	997	299	299	173	171	182	172	112	112	2.469	2.436

Fonte: CNES, 2019 - Gerado em 28/10/2019

3.3.3. Estimativa da necessidade de leitos

De forma a oferecer parâmetros quantitativos que auxiliassem na análise da oferta de serviços no estado do Rio de Janeiro, foram estimados o número de leitos gerais e complementares, de acordo com o preconizado na Portaria GM/MS nº 1631, de 1º de outubro de 2015.

A Portaria 1631, ora em vigor, oferece um rol de parâmetros que trata exclusivamente da necessidade de serviços de saúde por meio de estimativas de oferta de ações e serviços, visando a contribuir com o planejamento da localização geográfica dos recursos da atenção especializada.

Embora norteadora, a metodologia utilizada para a construção dos parâmetros apresenta limitações, tais como

> "*os distintos perfis epidemiológicos, demográficos, a formação médica e os traços culturais das populações, que modificam o perfil da demanda e da utilização dos serviços de saúde*",

em cada território. Estas limitações demandam uma análise atenta da adequação dos parâmetros obtidos com a realidade local.

Destaca-se também que, para se conformarem as redes de atenção, outros critérios complementares são igualmente importantes:

> "*qualidade dos serviços, segurança dos usuários e dos trabalhadores da saúde, necessidade de transporte sanitário, sistemas de comunicação, assistência farmacêutica, normas construtivas e de equipamentos e dispositivos, e insumos sanitários*" *(Critérios e Parâmetros Assistenciais SUS – 2017 – Caderno 1, Seção IV – Atenção Especializada).*

Os parâmetros preconizados (que passam por revisão periódica) foram aplicados à população de referência do estado do Rio de Janeiro, por faixa etária e especialidade do leito, configurando-se um cenário representativo da demanda **média** esperada para este território.

Para essa estimativa foram calculadas a taxa de internação, a proporção esperada de internações em UTI e o fator de incorporação de não residentes para o estado, a partir dos dados disponíveis nos sistemas de informação oficiais. Os resultados obtidos foram ajustados às faixas de variação preconizadas na portaria quando extrapolavam os seus limites. A taxa de ocupação (85% para leitos gerais e 90% para leitos de UTI) e o fator de recusa (*benchmarking* de Belo Horizonte, para cada especialidade de leito e faixa etária) foram utilizados na estimativa. Não há faixas de variação mínima e máxima recomendadas para a taxa de ocupação média na portaria. Para a confecção do cenário, foi utilizada a referência da taxa de ocupação operacional geral sugerida pela Agência Nacional de Saúde (ANS) em novembro de 2012.

É importante ressaltar que, para os cálculos, foi assumido que todos os leitos SUS registrados no CNES são operacionais, que os dados do SIHSUS refletem a realidade das internações e que os *benchmarkings* utilizados são semelhantes à realidade do estado.

Não se pode, no entanto, deixar de relevar que a não habilitação dos leitos/serviços reflete de forma significativa nos dados oficiais (produção/SIHSUS) utilizados para os cálculos, podendo subestimar a necessidade real de leitos, o que se notou de forma mais expressiva para leitos de UTI e leitos GAR.

Tabela 33. Diferença entre leitos gerais de internação SUS estimados e registrados no CNES, janeiro de 2018.

Região	Obstetrícia			Clínicos			Cirúrgicos			Pediatria		
	Estimativa de Necessidade	Leitos SUS	Necessidade Atual	Estimativa de Necessidade	Leitos SUS	Necessidade Atual	Estimativa de Necessidade	Leitos SUS	Necessidade Atual	Estimativa de Necessidade	Leitos SUS	Necessidade Atual
Baía de Ilha Grande	43	67	-	131,7	161	-	59	119	-	32	61	-
Baixada Litorânea	126,4	155	-	367,4	286	81,4	186,6	248	-	82,2	124	-
Centro Sul	54	63	-	352	276	76	155	193	-	35	50	-
Médio. Paraíba	104	177	-	744	683	61	328	411	-	105	178	-
Metropolitana I	1.265	1.583	-	5.122	3.153	1.969	3.054	3.459	-	1.161	1.209	-
Metropolitana II	231	225	6	1.225	1.068	157	454	482	-	285	178	107
Noroeste	44	75	-	374	310	64	145	220	-	63	99	-
Norte	154	156	-	597	541	56	269	445	-	128	196	-
Serrana	131	218	-	688	645	43	293	325	-	125,9	201	-

Fonte: SCNES, consulta em Jan/2018.

Tabela 34. Diferença entre leitos de UTI estimados e existentes segundo CNES, janeiro de 2018.

Região	UTI Adulto					UTI Pediátrica				
	Estimativa de Necessidade	Existentes			Necessidade Atual	Estimativa de Necessidade	Existentes			Necessidade Atual
		SUS	Não SUS	UTI AD I			SUS	Não SUS	UTI I	
Baía de Ilha Grande	7	3	1	4	4	2	0	0	0	2
Baixada Litorânea	41	46	0	0	-	6	4	0	0	2
Centro Sul	38	29	0	0	9	3	0	0	0	3
Médio Paraíba	78	54	6	0	24	8	2	**0**	**0**	6
Metropolitana I	536	426	264	185	110	132	109	34	33	23
Metropolitana II	65	7	30	21	58	15	0	11	10	15
Noroeste	42	72	0	18	-	6	4	0	0	2
Norte	66,7	123	41	**0**	-	11,2	12	2		-
Serrana	74,6	56	0	10	19	9,5	0	0	0	9

Fonte: SCNES, consulta em janeiro de 2018.

Para uma aproximação ainda maior da realidade dos municípios/regiões do estado do Rio de Janeiro, faz-se necessário conhecer os seus fatores de recusa por especialidade dos leitos e a taxa média de ocupação operacional dos leitos gerais e de UTI. Estes dados apresentam importante variabilidade ao longo do tempo e por território, em função de diversos fatores e determinantes que influenciam a gestão do leito, e não se encontram disponíveis nas bases oficiais.

Os resultados das estimativas evidenciam o importante déficit de leitos clínicos de internação em praticamente todas as regiões de saúde do estado, na ordem de aproximadamente 2.500 leitos. Além destes, para a Região Metropolitana II se observa o déficit de leitos pediátricos e, em menor escala, de leitos obstétricos. Observa-se também a insuficiência de leitos complementares, havendo déficit de leitos de UTI adulto em seis das nove regiões de saúde. Apenas nas regiões Baixada Litorânea, Norte e Noroeste não se evidenciou déficit com a estimativa realizada. Quanto aos leitos de UTI pediátrica, apenas a região Norte parece apresentar suficiência (Tabelas 33 e 34).

3.3.4. Alta Complexidade

3.3.4.1. Cardiologia

O estado do Rio de Janeiro dispõe de 22 prestadores de serviços de alta complexidade em procedimentos cardiovasculares, distribuídos conforme a Tabela 35, a seguir:

Tabela 35. Quantitativo dos prestadores de serviço de atenção cardiovascular de alta complexidade, estado do Rio de Janeiro, 2018.

Região	Cirurgia Cardiovascular		Cirurgia Vascular *	Cardiologia Intervencio-nista	Cirurgia Endovascular	Eletrofisiologia
	Adulta	Pediátrica				
Baía de Ilha Grande	0	0	0	0	0	0
Baixada Litorânea	1	0	1	1	1	0
Centro Sul	1	0	1	1	0	1
Médio Paraíba	2	0	3	2	1	0
Metropolitana I	8	4	7	8	4	4
Metropolitana II	2	0	1	1	1	0
Noroeste	3	0	1	1	1	1
Norte	1	0	2	3	0	0
Serrana	2	0	1	2	1	0
Estado do Rio de Janeiro	20	4	17	19	9	6

CNES, consulta em setembro de 2018.
*um serviço em processo de habilitação na Região Serrana, não contabilizado no quadro.

A Região Metropolitana I, que concentra 61% da população do estado, sedia grande parte dos prestadores habilitados para a atenção cardiovascular, muitos deles herança do período em que o município do Rio de Janeiro era a capital do país. A produção na maior parte dos seus serviços, no entanto, se encontra abaixo dos parâmetros mínimos para a habilitação estabelecidos na Portaria MS/SAS nº 210 de 15 de junho de 2004, sendo marcante a redução da oferta de vagas nos hospitais federais no período avaliado.

Em 2017, a produção em **cirurgia cardiovascular** do adulto dos prestadores das regiões Médio Paraíba, Norte, Noroeste e Serrana superou o parâmetro mínimo preconizado na habilitação dos serviços para o período, o que não ocorreu nas demais regiões. É importante salientar que faltam leitos de retaguarda para pós-operatório de cirurgia cardiovascular no estado, em especial na região Metropolitana I. Para a cirurgia cardiovascular pediátrica, o município do Rio de Janeiro é a única referência para todo o estado.

No ano avaliado, a produção em **cirurgia vascular** foi baixa em todas as regiões do estado. A região Serrana, apesar de contar com serviço habilitado em Nova Friburgo para a especialidade, se encontra sem referência, por não haver oferta desses procedimentos por parte do prestador.

A produção de **cirurgia endovascular** foi baixa nas regiões Metropolitana I e Serrana, e ainda menor na Baía da Ilha Grande, Centro Sul, Metropolitana II e Norte, regiões onde não houve oferta de serviços ou a produção se aproximou de zero.

Em função da interpretação, por parte dos prestadores, da Resolução da Diretoria Colegiada nº 156, da Anvisa (2006) no sentido do não aproveitamento do material utilizado para o procedimento de **eletrofisiologia**, os serviços cessaram a oferta de vagas para tal. O único serviço com oferta de vagas, no ano avaliado, se encontrava no município do Rio de Janeiro (Metropolitana I), o que não atendeu à necessidade da população do estado. Segundo trabalho publicado por Kuniyoshi e colaboradores (2017), a falta de clareza e de padronização na rotulagem dos produtos utilizados nos procedimentos de eletrofisiologia podem estar contribuindo para uma decisão equivocada quanto ao que se permite ou não ser reprocessado. Não há, no entanto, proibição por parte da Anvisa quanto ao reprocessamento, além de ser prática corrente em centros da Europa, dos Estados Unidos e da América Latina.

O baixo custo dos procedimentos na tabela SUS encontra equilíbrio apenas na **cardiologia intervencionista**. A demanda por estes procedimentos é grande, gerando uma relação de custo financeiro melhor para o prestador, o que resulta em maior oferta e o cumprimento mais adequado das metas dos serviços. Com exceção dos serviços da Metropolitana II, que não apresentaram produção, todos os prestadores das demais regiões superaram, em muito, a produção mínima esperada para esta especialidade.

Na Metropolitana II, há uma grande demanda reprimida em todos os procedimentos cardiovasculares, e seus munícipes vêm sendo referenciados para várias regiões do estado. O prestador habilitado da região não disponibiliza de forma clara as suas vagas, o que aponta para a necessidade de se estimular a habilitação de um novo serviço. A Baía da Ilha Grande foi a única região de saúde do estado que não apresentou quaisquer serviços habilitados para procedimentos cardiovasculares de alta complexidade em 2017, situação que persistiu em 2018 e 2019.

A produção de cada prestador do estado em 2017 pode ser verificada no Quadro 09.

Quadro 09. Comparativo da produção da alta complexidade em cardiologia, por prestador, segundo parâmetros da habilitação, 2017.

Região	Município	Prestador	Habilitação	Parâmetro Mínimo	Produção 2017
Baixada Litorânea	Cabo Frio	Clínica Santa Helena[1]	Cir. Cardiovasc (Ad) Cir. Vascular Cardio Intervencionista Endovascular	180..... 90 ..... 144 ..... 120	126 35 253 130
Centro Sul	Vassouras	Hospital Universitário Sul Fluminense	Cir. Cardiovasc (Ad) Cir. Vascular Cardio Intervencionista Eletrofisiologia	180 ..... 90 ..... 144 ..... 39	112 1 444 0
Médio Paraíba	Barra Mansa	Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa	Cir. Cardiovasc (Ad) Cirurgia Vascular Cardio Intervencionista Endovascular	180 ..... 90 ..... 144 ..... 120	212 139 524 379
	Valença	Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi	Cirurgia Vascular	90	2
	Volta Redonda	Hospital Municipal São João Batista	Cirurgia Vascular	90	37
	Volta Redonda	Hospital das Clínicas de Volta Redonda	Cir. Cardiovasc (Ad) Cardio Intervencionista	180 ..... 144	152 202
Metropolitana I	Duque de Caxias	HSCor Serviço de Hemodinâmica LTDA	Cir. Cardiovasc (Ad) Cir. Vascular Cardio Intervencionista	180 ..... 90 ..... 144	148 0 607
	Nova Iguaçu	HGNI[6]	Cir. Cardiovasc (Ad) Cir. Vascular Endovascular	180..... 90 ..... 120	- - -
	Rio de Janeiro	MS Hospital Geral da Lagoa[2]	Cir. Cardiovasc (Ad) Cir. Vascular Cardio Intervencionista	180 ..... 90 ..... 144	61 50 0
	Rio de Janeiro	MS Hospital dos Servidores do Estado	Cir. Cardiovasc (Ad) Cir. Vascular Cardio Intervencionista	180 ..... 90 ..... 144	9 30 45
	Rio de Janeiro	MS Hospital Geral de Bonsucesso[2]	Cir. Cardiovasc (Ad e Ped) Cir. Vascular Cardio Intervencionista	240 ..... 90 ..... 144	75+2 28 31
	Rio de Janeiro	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho[2] **(Centro de Referência)**	Cir. Cardiovasc (Ad.) Cirurgia Vascular Cardio Intervencionista Endovascular Eletrofisiologia	180 ..... 90 ..... 144 ..... 120 ..... 39	125 47 53 94 2
	Rio de Janeiro	Hospital Universitário Pedro Ernesto[3]	Cir. Cardiovasc (Ad e Ped) Cirurgia Vascular Cardio Intervencionista Endovascular Eletrofisiologia	240 ..... 90 ..... 144 ..... 120 ..... 39.....	110+1 22 55 57 7

Região	Município	Prestador	Habilitação	Parâmetro Mínimo	Produção 2017
	Rio de Janeiro	SES IECAC - Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro[4]	Cir. Cardiovasc (Ad e Ped) Cirurgia Vascular Cardio Intervencionista Eletrofisiologia	**240 .....** **90 .....** **144 .....** **39 .....**	**272+52** **51** **263** **0**
	Rio de Janeiro	Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras **(Centro de Referência)**	Cir. Cardiovasc (Ad e Ped) Cardio Intervencionista Eletrofisiologia	**240 .....** **144 .....** **39 .....**	**719+170** **844** **23**
	Rio de Janeiro	Hosp. São Francisco na Providência de Deus[6]	Cir. Cardiovasc (Ad) Cardio Intervencionista	**180 .....** **144 .....**	**-** **-**
Metropolitana II	Niterói	Hospital Universitário Antônio Pedro[2]	Cir. Cardiovasc (Ad) Cirurgia Vascular Cardio Intervencionista Endovascular	**180 .....** **90 .....** **144.....** **120.....**	**33** **50** **0** **1**
	São Gonçalo	Casa de Saúde São José[5]	Cir. Cardiovasc (Ad) Cardio Intervencionista	**180 .....** **144 .....**	**0** **0**
Noroeste	Itaperuna	Hospital São José do Avaí	Cir. Cardiovasc (Ad) Cirurgia Vascular Cardio Intervencionista Endovascular Eletrofisiologia	**180 .....** **90 .....** **144 .....** **120 .....** **39 .....**	**215** **52** **482** **277** **0**
Norte	Campos	Hospital Escola Álvaro Alvim	Cir. Cardiovasc (Ad) Cirurgia Vascular Cardio Intervencionista	**180 .....** **90 .....** **144 .....**	**210** **27** **146**
	Campos	Santa Casa de Misericórdia de Campos	Cir. Cardiovasc (Ad) Cirurgia Vascular Cardio Intervencionista	**180 .....** **90 .....** **144 .....**	**225** **116** **82**
	Macaé	Hospital Irmandade São João Batista	Cir. Cardiovasc (Ad) Cardio Intervencionista	**180 .....** **144 .....**	**151** **238**
Serrana	Nova Friburgo	Hospital São Lucas	Cir. Cardiovasc (Ad.) Cir. Vascular Cardio Intervencionista	**180 .....** **90 .....** **144 .....**	**330** **0** **430**
	Petrópolis	Hospital Santa Teresa	Cir. Cardiovasc (Ad) Cardio Intervencionista Endovascular (não habil.)	**180 .....** **144 .....**	**160** **495** **8**
	Petrópolis	Hospital Alcides Carneiro[6]	Cir. Cardiovasc (Ad) Cir. Vascular Endovascular	**180.....** **90 .....** **120 .....**	**-** **-** **-**

↑ meta mínima ↓meta mínima

Notas:
1. Os atendimentos desse prestador estão migrando para o serviço Santa Isabel.
2. Hospitais federais com diminuição da oferta de vagas. O Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, no momento, não oferta de vagas.

3. Hospital estadual com aumento da oferta de vagas.
4. Hospital com aumento da oferta de vagas para cateterismo e diminuição para cirurgia cardiovascular.
5. Prestador em processo de desabilitação
6. Prestador habilitado em 2019.
Observação: O Hospital São José (Teresópolis, Região Serrana) encontra-se em processo de habilitação para Cirurgia Vascular.

O planejamento do número de serviços, bem como a organização geográfica dos pontos de atenção, são fatores determinantes tanto para a economia de escala quanto para a viabilidade de acesso à população.

No Quadro 10 se encontra a estimativa da necessidade de serviços para a atenção cardiovascular de alta complexidade no estado do Rio de Janeiro, segundo os parâmetros preconizados na Nota Técnica: Parâmetros para o planejamento e programação da atenção especializada do Ministério da Saúde (Seção F – Atenção Especializada).

Apesar de não se ter encontrado déficit no número de serviços de alta complexidade em atenção cardiovascular no estado (Quadro 10), observa-se que, ao se compararem os parâmetros de produção mínima para habilitação com a produção de cada prestador habilitado, o cenário se modifica: apenas um dos prestadores cumpre integralmente os parâmetros mínimos da habilitação. A baixa oferta de vagas pelos prestadores gera filas, aumentando o tempo de espera para o atendimento nos serviços dessa especialidade.

Em todas as regiões de saúde do estado, os serviços habilitados devem se fortalecidos para ampliar a oferta nas especialidades deficitárias (Tabela 36).

Quadro 10. Estimativa da necessidade de serviços de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade no estado do Rio de Janeiro, 2019.

Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade		Especialidade			
		Cirurgia Cardiovascular	Cirurgia Cardiovascular Pediátrica	Cirurgia Vascular	Eletrofisiologia
População estimada, 2015	16.550.009	11 a 17	3,3	17 a 33	11 a 17
População exclusivamente SUS	11.819.154	8 a 12	2,4	12 a 24	8 a 12
Parâmetros		1: 1 milhão a 1,5 milhão de habitantes	1: 5 milhões de habitantes	1: 500 mil a 1 milhão de habitantes.	1:1 milhão a 1,5 milhão de habitantes
Habilitados no estado do Rio de Janeiro		23	4	18	6

Fonte: Seção F – Atenção Especializada – Nota Técnica: Parâmetros para o planejamento e programação da atenção especializada.

Tabela 36. Percentual da produção mínima esperada, segundo parâmetros da Portaria SAS/MS nº 210/2004, correspondente ao produzido pelos prestadores habilitados do estado do Rio de Janeiro, 2017.

Região	Cirurgia Cardiovascular Pediátrica	Cirurgia Cardiovascular do Adulto	Cirurgia Vascular	Cardiologia Intervencionista	Cirurgia Endovascular	Eletrofisiologia
Baía da Ilha Grande	-	-	-	-	-	-
Baixada Litorânea	-	70	38,9	175,7	108,3	-
Centro Sul	-	62,2	1,1	308,3		0
Médio Paraíba	-	101,1	65,9	252,1	315,8	-
Metropolitana I	145,9	47,6	36,2	164,8	62,9	20,5
Metropolitana II	-	9,2	55,6	0	0,8	-
Noroeste	-	119,4	57,8	334,7	230,8	0
Norte	-	108,5	79,4	107,9		-
Serrana	-	136,1	0	321,2	6,7	-

Fonte: SIHSUS, 2017

3.3.4.2. Doação de órgãos, tecidos e transplantes

O Brasil conta com o maior sistema público de transplantes do mundo; segundo dados do Ministério da Saúde de 2018, 96% dos transplantes de órgãos no país são realizados no SUS. O Programa Estadual de Transplantes (PET) foi lançado em abril de 2010.

A Central Estadual de Transplantes é a estrutura física onde são executadas as ações relativas ao PET, que fiscaliza e atua em todo o processo de doação e transplantes de órgãos. Além de receber as notificações de morte encefálica de todo o estado e organizar a cadeia de procedimentos até a doação efetiva de um órgão, a Central Estadual fiscaliza e coordena as inscrições de receptores, órgãos e hospitais transplantadores. Havendo uma doação efetiva, a Central faz a distribuição dos órgãos de acordo com os critérios estabelecidos pelo Sistema Nacional de Transplantes.

De janeiro a agosto de 2019, o PET realizou 1.594 transplantes de órgãos e tecidos, um aumento de 250% desde sua criação em 2010. Somente por transporte aéreo, 116 órgãos para transplantes foram levados aos receptores em 2019, um aumento de 1.350% em relação a 2016, ano que marcou o início do serviço aéreo de transporte de órgãos para transplante.

3.3.4.3. Hemorrede

A Hemorrede pressupõe serviços de hematologia e hemoterapia organizados no território de forma hierarquizada e de acordo com o nível de complexidade das funções que desempenham. No estado, o Hemorio é o hemocentro coordenador, responsável por prestar assistência e apoio hemoterápico, desenvolver atividades de ensino e pesquisa, formação de recursos humanos, controle de qualidade, assessoramento técnico, integração das instituições públicas e filantrópicas e apoio técnico à SES na formulação da política de sangue e hemoderivados e atenção hematológica. A prestação de serviços hemoterápicos é de responsabilidade da hemorrede pública, complementada pela iniciativa privada. A rede de hemoterapia pública do estado é constituída por 89 (oitenta e nove) serviços de hemoterapia (01 hemocentro coordenador, 03 hemocentros regionais, 22 núcleos de hemoterapia, 02 unidades de coleta e transfusão, 61 agências transfusionais), com distribuição regional conforme descrita na Tabela 37.

Tabela 37. Tipos de serviço da hemorrede distribuídos por região de saúde do estado do Rio de Janeiro.

Região	HC[1]	HR[2]	NH[3]	UCT[4]	AT[5]	Total
Baía da Ilha Grande	0	0	1	0	2	3
Baixada Litorânea	0	0	1	0	5	6
Centro Sul	0	0	1	0	1	2
Médio Paraíba	0	0	3	0	2	5
Metropolitana I	1	0	11	2	43	57
Metropolitana II	0	1	2	0	3	6
Noroeste	0	0	1	0	2	3
Norte	0	1	1	0	1	3
Serrana	0	1	1	0	2	4
Estado do Rio de Janeiro	1	3	22	2	61	89

Fonte: CNES, 2017

Nota: [1]Hemocentro Coordenador, [2]Hemocentro Regional, [3]Núcleo de Hemoterapia, [4]Unidade de Coleta e Transfusão, [5]Agência Transfusional

Além das 61 agências transfusionais já mencionadas, outras 08 se encontram interditadas ou inativadas: na região da Baía da Ilha Grande (Paraty), há 01 interditada; na Metropolitana I, 02 interditadas (AT do Hospital de Câncer III e AT do Hospital Municipal Paulino Werneck); na Metropolitana II, 02 interditadas (Maricá e Itaboraí); na Noroeste, 01 interditada (Miracema) e outra inativada (Natividade); e na Norte, 01 inativada em Guarus, Campos dos Goytacazes.

Tabela 38. Estimativa da população doadora por região de saúde, total de coletas em 2017 e déficit transfusional.

Região de Saúde	População[1]	3% da população	Total de coletas 2017[2]	Déficit transfusional
Baía da Ilha Grande	278.488	8.355	2.373	-5.982
Baixada Litorânea	799.469	23.984	3.638	-20.346
Centro Sul	330.344	9.910	2.366	-7.544
Médio Paraíba	886.065	26.582	10.452	-16.130
Metropolitana I	10.186.591	305.598	129.530	-176.068
Metropolitana II	2.046.751	61.403	7.950	-53.453
Noroeste	338.255	10.148	3.397	-6.751
Norte	910.045	27.301	17.680	-9.621
Serrana	942.948	28.288	5.248	-23.040
Estado do Rio de Janeiro	16.718.956	501.569	182.634	-318.935

[1]Fonte IBGE, 2015. População estimada para 2017.
[2]Hemoprod 2017.

O índice da população que doa sangue no estado do Rio de Janeiro é inferior a 2%, enquanto a OMS preconiza que para manter estoques regulares é necessário entre 2% a 5% da população doando regularmente (Organização Panamericana de Saúde. Recomendações para estimativa da necessidade de sangue e hemocomponentes. Washington, DC, 2010). Há o objetivo de se alcançar a meta de 3% da população doadora, o que corresponderia a 501.569 doadores/ano. Considerando-se esta necessidade de doadores/ano, é evidenciado um déficit transfusional de 64% no estado (Tabela 38).

Para atender às necessidades da população do estado utilizando-se os parâmetros sugeridos para o desenho da Hemorrede, são necessários 05 Hemocentros Regionais (HR), localizados nos municípios de Niterói, Campos dos Goytacazes, Nova Friburgo, Nova Iguaçu e São Gonçalo. Em 2017, 03 destes HR se encontravam implantados e em funcionamento: Niterói, Campos dos Goytacazes e Nova Friburgo. O município de Vassouras passou a ser Núcleo de Hemoterapia (NH). Faz-se necessário empenhar esforços na promoção à doação de sangue e no uso racional do sangue, adotar estratégias de capacitação técnica e gerencial e ampliar as unidades de coletas fixas e móveis. Por parte dos gestores locais (municípios e hospitais) serão necessários esforços na atuação do Comitê Transfusional; na informatização do serviço de hemoterapia; na manutenção preventiva e corretiva de equipamentos; na modernização do parque de equipamentos; na adequação de estrutura predial; na regularização do abastecimento de insumos; no programa de qualidade interno e externo, em imuno-hematologia e sorologia; no controle de qualidade de hemocomponentes; além da implantação de sistema de gestão pela qualidade, para contribuir com a oferta e a qualidade dos produtos e serviços oferecidos à população.

3.3.4.4. Oncologia

Com o crescimento demográfico e o envelhecimento da população, a incidência e a mortalidade por câncer aumentam significativamente, o que faz com que políticas de prevenção e de assistência à saúde precisem ser cada vez mais eficazes.

A aplicação do conceito de rede à atenção em oncologia pressupõe a integração de todos os serviços públicos e privados conveniados, nos diferentes níveis de complexidade, que estão envolvidos na promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, formando assim a Rede de Atenção Oncológica. Deve estar organizada para garantir plenamente o acesso dos pacientes ao diagnóstico precoce da doença, ao tratamento em tempo hábil, aos cuidados paliativos e à reabilitação, sempre que necessário. Apesar de todo o avanço no tratamento do câncer, milhares de pacientes ainda morrem com a doença, muitas vezes por diagnóstico tardio e/ou falta de acesso e informação, fazendo com que o câncer seja a segunda principal causa de morte no Brasil, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. Há dois indicadores de pactuação tripartite que estão relacionados à detecção precoce de câncer e que são avaliados a seguir.

• Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária

A efetividade da detecção precoce associada ao tratamento em seus estádios iniciais tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer invasor que pode chegar a 90%. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), quando o rastreamento apresenta boa cobertura – 80% – e é realizado dentro dos padrões de qualidade, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer (BRASIL, 2006; INCA, 2011). No estado, a razão de exames citopatológicos do colo do útero encontrada em 2017 foi de 0,17, com resultados que variaram entre os 92 municípios de 0,0 até 1,10 (Tabela 39).

Há limitações do indicador que podem interferir nos resultados e na interpretação, seja por causa das falhas na alimentação pelas secretarias municipais (SIASUS ou SISCAN - Sistema de Informação do Câncer), seja por referir-se apenas à população que realiza o exame citopatológico no SUS, ou ainda por não considerar o número de mulheres examinadas e sim de exames realizados.

Tabela 39. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina da mesma faixa etária.

Região de Saúde	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Baía da Ilha Grande	0,79	0,79	0,72	0,68	0,61	0,52	0,49	0,36	0,46	0,35
Baixada Litorânea	0,69	0,64	0,64	0,49	0,50	0,54	0,47	0,45	0,38	0,31
Centro Sul	0,72	0,51	0,47	0,48	0,58	0,53	0,50	0,46	0,45	0,43
Médio Paraíba	0,50	0,55	0,58	0,55	0,60	0,60	0,60	0,48	0,49	0,46
Metropolitana I	0,29	0,26	0,28	0,27	0,26	0,10	0,08	0,08	0,09	0,06
Metropolitana II	0,30	0,23	0,24	0,21	0,25	0,16	0,19	0,16	0,17	0,18
Noroeste	0,37	0,42	0,41	0,33	0,32	0,28	0,30	0,27	0,31	0,35
Norte	0,41	0,39	0,40	0,36	0,31	0,42	0,34	0,32	0,28	0,35
Serrana	0,40	0,36	0,33	0,25	0,32	0,35	0,32	0,25	0,33	0,35
Est. do Rio de Janeiro	0,35	0,32	0,33	0,30	0,30	0,20	0,19	0,17	0,17	0,17

Fontes: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS) – situação da base nacional em 13/08/2019. População de 2010 a 2015 - estimativas da população residente efetuadas pela RIPSA e de 2016 em diante, estimativas da população residente efetuadas pela SES-RJ.

Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população feminina da mesma faixa etária

O câncer de mama é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, depois do de pele não-melanoma, e responde por cerca de 28% dos casos novos a cada ano. A orientação atual é que a mulher faça a observação e a autopalpação das mamas, sem necessidade de uma técnica específica de autoexame, em um determinado período do mês, como preconizado nos anos 1980. A detecção precoce do câncer de mama também é feita pela mamografia, quando realizada em mulheres sem sinais e sintomas da doença, numa faixa etária em que haja um balanço favorável

entre benefícios e riscos dessa prática (mamografia de rastreamento). A recomendação no Brasil, atualizada em 2015, é que a mamografia seja ofertada para mulheres entre 50 e 69 anos a cada dois anos.

Em 2017, o estado apresentou razão de exames de mamografia de 0,24, resultado muito aquém do valor preconizado de 0,50 (Tabela 40). Em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Enfrentamento de Doenças Crônicas - 2011-2022, que prevê o aumento da cobertura do exame de Papanicolau para 85% e de mamografia para 70%.

Tabela 40. Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população feminina da mesma faixa etária.

Região de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Baía da Ilha Grande	0,33	0,42	0,35	0,22	0,20	0,10	0,39	0,31
Baixada Litorânea	0,32	0,39	0,48	0,36	0,28	0,33	0,30	0,29
Centro Sul	0,05	0,23	0,30	0,45	0,38	0,42	0,45	0,44
Médio Paraíba	0,51	0,49	0,50	0,54	0,49	0,43	0,44	0,44
Metropolitana I	0,14	0,12	0,16	0,20	0,25	0,23	0,23	0,23
Metropolitana II	0,18	0,16	0,20	0,11	0,18	0,19	0,18	0,13
Noroeste	0,20	0,35	0,41	0,43	0,40	0,39	0,45	0,46
Norte	0,38	0,36	0,35	0,34	0,21	0,20	0,13	0,14
Serrana	0,30	0,32	0,36	0,31	0,35	0,32	0,36	0,37
Estado do Rio de Janeiro	0,19	0,19	0,22	0,23	0,27	0,25	0,25	0,24

Fontes: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS) – situação da base nacional em 13/08/2019. População de 2010 a 2015 - estimativas da população residente efetuadas pela RIPSA e de 2016 em diante, estimativas da população residente efetuadas pela SES-RJ.

No estado, a rede de alta complexidade oncológica está pactuada por meio da Deliberação CIB-RJ n° 2.883 de 12 de maio de 2014, que estabelece as referências de todos os municípios de cada região de saúde. Identifica-se a necessidade de atualização desta Deliberação, considerando novas habilitações e referências que foram redefinidas pelos fluxos migratórios e de regulação.

Em 2017, foi aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite, por meio de Deliberação CIB – RJ Nº 4.609 de 05 de julho de 2017 o novo "Plano Oncológico do Estado do Rio de Janeiro – vigência 2017-2021", que, coordenado pela Secretaria de Estado da Saúde, constituiu-se no documento organizador e orientador deste processo. O plano contempla as ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos a serem implantadas e implementadas em todo o estado, respeitadas as competências de cada esfera de gestão.

A lei federal nº 12.732 de 2012 assegura aos pacientes com câncer o início do tratamento pelo SUS em no máximo 60 dias, prazo a ser contado a partir do registro do diagnóstico no prontuário do paciente (Portaria nº 876, de 16 de maio de 2013). No entanto, o incremento do diagnóstico precoce e a rapidez no acesso ao tratamento ainda são os desafios no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro.

A estimativa de casos novos de câncer anuais por região de saúde do estado, de acordo com dados de incidência do INCA, encontra-se no Quadro 11. Ressalta-se que, utilizando-se desta estimativa, foram calculados os procedimentos cirúrgicos, quimioterápicos e radioterápicos esperados para estes casos novos (Quadro 12).

É importante lembrar que se agregam aos casos novos aqueles anteriormente diagnosticados, que continuam demandando procedimentos e não foram considerados para os cálculos apresentados abaixo. Estima-se uma relação média de um óbito para cada três casos novos para todos os tumores, em ambos os sexos, no período de um ano, e uma sobrevida relativa esperada de aproximadamente 50% em cinco anos, de acordo com a literatura existente.

Quadro 11. Estimativa de casos novos de câncer/ano, para as regiões de saúde e o estado do Rio de Janeiro.

Região de Saúde	População 2015		*Incidência de câncer		
	Masculina	Feminina	Masculina (255,18/100.000)	Feminina (272,92/100.000)	Total
Baía da Ilha Grande	135.897	133.635	371	365	736
Baixada Litorânea	382.299	386.653	976	1.055	2.031
Centro Sul	161.558	166.218	412	454	866
Médio Paraíba	429.351	449.836	1.096	1.228	2.323
Metropolitana I	4.861.840	5.256.152	12.406	14.345	26.752
Metropolitana II	974.444	1.047.230	2.487	2.858	5.345
Noroeste	167.617	168.950	428	461	889
Norte	443.160	448.885	1.131	1.225	2.356
Serrana	458.103	478.181	1.169	1.305	2.474
Estado do Rio de Janeiro	8.014.269	8.535.740	20.475	23.296	43.771

Fonte: Estudo elaborado pela Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação/SES-RJ.

Quadro 12. Estimativa da necessidade de procedimentos cirúrgicos, quimioterápicos e radioterápicos relativos aos casos novos de câncer/ano esperados, por região de saúde.

Região de Saúde	Pacientes			Procedimentos		
	Cirurgia (60%)	Quimioterapia (70%)	Radioterapia (60%)	Cirúrgicos (1,2 por paciente)	Quimioterapia (6 meses por paciente)	Radioterapia (70 campos por paciente)
Baía da Ilha Grande	441	515	309	530	3.090	21.627
Baixada Litorânea	1.218	731	1.218	1.462	4.387	85.294
Centro Sul	520	606	520	623	3.637	36.368
Médio Paraíba	1.394	1.626	1.394	1.673	9.758	97.579
Metropolitana I	16.051	18.726	16.051	19.261	112.356	1.123.564
Metropolitana II	3.207	3.741	3.207	3.848	22.448	224.477
Noroeste	533	622	533	640	3.733	37.331
Norte	1.414	1.649	1.414	1.696	9.895	98.950
Serrana	1.484	1.732	1.484	1.781	10.391	103.910
Estado do Rio de Janeiro	26.262	29.949	26.130	31.515	179.694	1.829.099

Fonte: Estudo elaborado pela Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação/SES-RJ.

O percentual de procedimentos realizados em relação aos esperados para pacientes novos em cada região de saúde foi calculado, tanto segundo região de residência quanto de atendimento, utilizando-se as estimativas de procedimentos realizados e os dados de produção extraídos do SIH e SIA, para os mesmos procedimentos (Quadros 13 e 14).

O número mínimo de procedimentos esperados de **quimioterapia** para os **casos novos** de câncer estimados foi superado para os usuários de quase todas as regiões de saúde (de 108,2% a 229,3%, destacando-se a Baixada Litorânea com 436,1%), à exceção da Baía da Ilha Grande e da Metropolitana I, que tiveram, respectivamente, apenas 84,8% e 84% de seus casos novos estimados alcançados.

Os procedimentos de **radioterapia** para usuários com câncer da região Noroeste superaram a produção esperada para os **casos novos** de câncer estimados da região (124%). Para os usuários das regiões Médio Paraíba e Norte, os procedimentos de radioterapia realizados corresponderam a mais de 80% da produção esperada para seus casos novos estimados, enquanto que para os usuários das demais regiões foi significativamente abaixo do esperado para seus casos novos (29,2% a 73,4%). De acordo com a informação da regulação estadual, a maioria dos pacientes regulados no CER com indicação de radioterapia a realizam, embora muitos dos casos em atendimento não sejam casos novos.

O atendimento em **cirurgia oncológica** encontra-se bem abaixo do esperado para os **casos novos** de câncer em todo o estado (de 14,3% a 37,1%).

A produção dos procedimentos de quimioterapia, radioterapia e cirurgias oncológicas é heterogênea, segundo a região executora: a Baía da Ilha Grande não ofertou nenhum dos procedimentos e as regiões Baixada Litorânea e Centro Sul não ofertaram radioterapia.

Quanto às regiões executoras de procedimentos de **quimioterapia**, apenas as Metropolitanas I e II apresentaram produção inferior à necessária para atender aos seus casos novos estimados (97,6% e 72,1%, respectivamente), enquanto todas as demais superaram a produção esperada para os seus casos novos (de 114,8% a 394%). Na produção de **radioterapia**, as regiões Metropolitanas alcançaram pouco mais de um terço da demanda esperada para seus casos novos e a Serrana 72,5%, enquanto as regiões do Médio Paraíba, Norte e Noroeste a superaram (102,7 a 129,6%). De acordo com a informação da regulação estadual, a maioria dos pacientes regulados no CER com indicação de radioterapia a realiza, embora muitos dos casos em atendimento não sejam casos novos.

A produção de cirurgias, quando analisada segundo a região executora, variou de 0 a 38,4% do esperado para os **casos novos** de câncer. Embora haja oferta de vagas para cirurgia geral em oncologia, as muitas restrições existentes impactam nas filas da regulação. A ausência da oncologia clínica, contribuindo para os critérios de eleição - inclusão e exclusão - à cirurgia, é uma importante questão da regulação oncológica atual. A oncologia clínica não é regulada. É importante ressaltar que o diagnóstico tardio do câncer impacta na eleição à cirurgia. Outro fator que contribui para esse cenário deficitário é a baixa produção de alguns prestadores.

Quadro 13. Produção de procedimentos oncológicos, segundo região de saúde de residência e de ocorrência, novembro 2016 a novembro de 2017.

Região de Saúde	Procedimentos realizados[1], segundo região de residência			Procedimentos realizados[1] segundo região de ocorrência		
	Cirurgia	Quimioterapia	Radioterapia	Cirurgia	Quimioterapia	Radioterapia
Baía da Ilha Grande	76	2.619	10.280	0	0	0
Baixada Litorânea	419	19.128	42.477	306	17.285	0
Centro Sul	135	8.338	26.700	103	6.897	0
Médio Paraíba	327	19.793	79.520	172	19.994	100.199
Metropolitana I	4.194	94.425	327.575	5.147	109.673	349.473
Metropolitana II	799	24.291	96.089	241	16.185	84.429
Noroeste	230	6.506	46.383	246	6.781	48.389
Norte	555	21.122	84.833	519	20.575	122.861
Serrana	660	22.084	66.830	517	11.925	75.336
Estado do Rio de Janeiro	7.395	218.306	780.687	7.251	209.315	780.687

Fontes: SIHSUS, SIASUS
[1]produção avaliada: novembro de 2016 a novembro de 2017.

Quadro 14. Percentual de procedimentos realizados segundo os esperados por região de saúde de residência e de ocorrência.

Região de Saúde	% Procedimentos realizados/esperados para pacientes oncológicos novos da região, segundo região de residência.			% Procedimentos realizados/esperados para pacientes oncológicos novos, segundo região de ocorrência.		
	Cirurgia	Quimioterapia	Radioterapia	Cirurgia	Quimioterapia	Radioterapia
Baía da Ilha Grande	14,3	84,8	47,5	0,0	0,0	0,0
Baixada Litorânea	28,7	436,1	49,8	20,9	394,0	0,0
Centro Sul	21,7	229,3	73,4	16,5	189,6	0,0
Médio Paraíba	19,5	202,8	81,5	10,3	204,9	102,7
Metropolitana I	21,8	84,0	29,2	26,7	97,6	31,1
Metropolitana II	20,8	108,2	42,8	6,3	72,1	37,6
Noroeste	35,9	174,3	124,2	38,4	181,6	129,6
Norte	32,7	213,5	85,7	30,6	207,9	124,2
Serrana	37,1	212,5	64,3	29,0	114,8	72,5
Estado do Rio de Janeiro	23,5	121,5	42,7	23,0	116,5	42,7

Fontes: SIHSUS, SIASUS
[1]produção avaliada: novembro de 2016 a novembro de 2017.

No Quadro 15, a produção de 2017 é analisada por prestador habilitado em oncologia do estado.

Os prestadores das regiões Baixada Litorânea, Centro Sul, Metropolitana II, Médio Paraíba e Noroeste superaram os parâmetros mínimos da habilitação para **quimioterapia**. Apenas um dos três prestadores da região Norte, assim como um dos três prestadores da Região Serrana, não atingiu o mínimo de procedimentos esperados. Na região Metropolitana I, dos 16 prestadores, apenas cinco superaram o número de procedimentos mínimos previstos. É importante ressaltar, no entanto, que dentre os prestadores que superaram o mínimo previsto, destacam-se na produção: Baixada Litorânea (prestador com produção quase três vezes a mínima); Metropolitana I (quatro prestadores com produção correspondente à prevista para 16 unidades); Metropolitana II, Médio Paraíba, Norte e Serrana (com um prestador cada, produzindo quase o dobro do mínimo previsto). A região Baía da Ilha Grande não contou com serviços de oncologia habilitados no ano avaliado.

Nas regiões Metropolitana II, Médio Paraíba, Norte, Noroeste e Serrana, os prestadores superaram os parâmetros mínimos de produção de **radioterapia** estabelecidos em suas habilitações, o que não ocorreu com o prestador da Baixada Litorânea. Dos 12 prestadores de serviço em radioterapia localizados na região Metropolitana I, apenas o Hospital Mario Kroeff (UNACON) e o INCA I (CACON) superaram a produção mínima prevista. O Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (CACON) não atingiu a produção mínima esperada para os procedimentos cirúrgicos, bem como para a radioterapia. Nas regiões Baía da Ilha Grande e Centro Sul não houve prestador habilitado para radioterapia.

Os **procedimentos cirúrgicos** em oncologia ficaram abaixo dos parâmetros mínimos estabelecidos para a habilitação dos prestadores de serviços, em todas as regiões de saúde, e apenas os serviços INCA (I, II e III) e Hospital Mario Kroeff (localizados na Metropolitana I) superaram o número mínimo de cirurgias previstas na habilitação.

Quadro 15. Comparativo da produção da alta complexidade em oncologia, por prestador, segundo parâmetros da habilitação, 2017.

REG	Município	Prestador	Habilitação*	Parâmetros[1]	Produção 2017
Baixada Litorânea	Cabo Frio	Hosp. Santa Izabel (Onkosol)[2]	1707	Quimiotp - 5300 Radiotp - 43000 Cirurgia - 650	**Quimiotp - 15213** **Radiotp - 0** **Proc. Cir - 309**
Centro Sul	Vassouras	Hosp. Univ. Sul Fluminense[5]	1708	Quimiotp - 5300 Cirurgia - 650	**Quimiotp - 6417** **Proc. Cir - 105**
Médio Paraíba	Barra Mansa	Sta Casa de Misericórdia	1706, 1707 e 1708	Quimiotp -5300 Radiotp - 43000 Cirurgia - 650	**Quimiotp - 5935** **Radiotp - 48123** **Proc. Cir - 168**
	Volta Redonda	HINJA	1706, 1707[4]	Quimiotp -5300 Radiotp - 43000 Cirurgia - 650	**Quimiotp - 12668** **Radiotp - 49716** **Proc. Cir - 135**
Metropolitana I	Nova Iguaçu	Instituto Oncológico	1704	Radiotp - 43000	**Radiotp - 38389**
	Rio de Janeiro	Clin. de Radiotp. Osolando J Machado (Catete)[3]	1704	Radiotp - 43000	**Radiotp -30473**
	Rio de Janeiro	Hospital de Ipanema	1714	Quimiotp - 5300 Radiotp - 43000 Cirurgia - 650	**Quimiotp - 0** **Radiotp - 0** **Proc. Cir – 0**
	Rio de Janeiro	Hospital Federal Cardoso Fontes	1706	Quimiotp - 5300 Cirurgia - 650	**Quimiotp - 4475** **Proc. Cir – 13**
	Rio de Janeiro	Hospital Federal da Lagoa	1709	Quimiotp - 5300 Cirurgia - 650	**Quimiotp - 1390** **Proc. Cir - 234**
	Rio de Janeiro	Hospital Federal do Andaraí	1706	Quimiotp - 5300 Cirurgia - 650	**Quimiotp - 948** **Proc. Cir - 233**
	Rio de Janeiro	Hosp. Fed. dos Servid. do Estado	1707, 1708, 1709	Quimiotp - 5300 Radiotp - 43000 Cirurgia - 650	**Quimiotp - 2** **Radiotp - 0** **Proc. Cir - 158**
	Rio de Janeiro	Hospital Geral de Bonsucesso	1708	Quimiotp - 5300 Cirurgia - 650	**Quimiotp - 2225** **Proc. Cir - 33**
	Rio de Janeiro	Hospital Mario Kroeff	1707 e 1718	Quimiotp - 5300 Radiotp - 43000 Cirurgia - 650	**Quimiotp - 34093** **Radiotp - 98747** **Proc. Cir - 845**
	Rio de Janeiro	Hosp. Univ. Clementino Fraga Filho	1712	Quimiotp - 5300 Radiotp - 43000 Cirurgia - 650	**Quimiotp - 7265** **Radiotp - 14599** **Proc. Cir - 307**
	Rio de Janeiro	Hosp. Universitário Gaffree e Guinle	1706	Quimiotp - 5300 Cirurgia - 650	**Quimiotp - 1858** **Proc. Cir - 150**
	Rio de Janeiro	Hospital Universitário Pedro Ernesto	1707, 1708 e 1718	Quimiotp - 5300 Radiotp - 43000 Cirurgia - 650	**Quimiotp - 6887** **Radiotp - 16833** **Proc. Cir - 339**
	Rio de Janeiro	Inca Hospital do Câncer I	1713 e 1717	Quimiotrapia - 5300	**Quimiotp - 21628**

REG	Município	Prestador	Habilitação*	Parâmetros[1]	Produção 2017
				Radiotp - 43000 Cirurgia - 650	**Radiotp - 94389** **Proc. Cir - 1220**
	Rio de Janeiro	Inca Hospital do Câncer III	1707 e 1717	Quimiotp - 5300 Radiotp - 43000 Cirurgia - 650	**Quimiotp - 22444** **Radiotp - 11658** **Proc. Cir - 716**
	Rio de Janeiro	Inca Hospital do Câncer II	1706 e 1717	Quimiotp - 5300 Radiotp - 43000 Cirurgia - 650	**Quimiotp - 4537** **Radiotp -** **Proc. Cir - 748**
	Rio de Janeiro	Inst. Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti	1710	Quimiotp - 5300	**Quimiotp - 10451**
	Rio de Janeiro	H. Est. de Transpl. Câncer e Cirurgia Infantil	1711	Quimiotp - 5300 Cirurgia - 650	**Quimiotp - 198** **Proc. Cir – 5**
	Rio de Janeiro	Inst. de Pueric. e Pediatria Martagão Gesteira	1711	Quimiotp - 5300 Cirurgia - 650	**Quimiotp - 505** **Proc. Cir – 2**
Metropolitana II	Niterói	CRI Clínica de Radioterapia Ingá	1704	Radiotp - 43000	**Radiotp - 76352**
	Niterói	Hospital Orêncio de Freitas	1714	Cirurgia - 650	**Proc. Cir - 0**
	Niterói	Hosp. Universitário Antônio Pedro	1708	Quimiotp - 5300 Cirurgia - 650	**Quimiotp - 9713** **Proc. Cir - 207**
	Rio Bonito	Hospital Regional Darcy Vargas	1706	Quimiotp - 5300 Cirurgia - 650	**Quimiotp - 5719** **Proc. Cir - 66**
Noroeste	Itaperuna	Hosp. S. Jose do Avaí	1706, 1707, 1708[6], 1709	Quimiotp - 5300 Radiotp - 43000 Cirurgia - 650	**Quimiotp - 5568** **Radiotp - 43777** **Proc. Cir - 278**
Norte	C. dos Goytacazes	Hospital Dr. Beda	1707	Quimiotp - 5300 Radiotp - 43000 Cirurgia - 650	**Quimiotp - 5693** **Radiotp - 55488** **Proc. Cir - 201**
	C. dos Goytacazes	Hospital Escola Álvaro Alvim	1706, 1707	Quimiotp- 5300 Radiotp- 43000 Cirurgia - 650	**Quimiotp - 9473** **Radiotp - 56242** **Proc. Cir - 230**
	C. dos Goytacazes	Soc. Portuguesa de Benef. de Campos	1706	Quimiotp- 5300 Cirurgia - 650	**Quimiop - 3537** **Proc. Cir - 77**
Serrana	Petrópolis	Centro de Terapia Oncológica SC Ltda	1706[4], 1715	Quimiotp- 5300 Radiotp - 43000 Cirurgia - 650	**Quimiop - 0** **Radiotp - 68242** **Proc. Cir - 0**
	Petrópolis	Hospital Alcides Carneiro	1706, 1715[4]	Quimiotp – 5300 Radiotp - 43000 Cirurgia - 650	**Quimiotp – 11243** **Radioterapia -** **Proc. Cir - 206**
	Teresópolis	Hospital São Jose	1706	Quimiotp - 5300 Cirurgia - 650	**Quimiotp - 9332** **Proc. Cir - 272**

Fontes: Produção - SIHSUS/DATASUS; Parâmetros - Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014
[1] Portaria SAS/MS nº140 de 27 de fevereiro de 2014.
[2] Habilitação em dez/2017. Agenda aberta em março/2018.
[3] Fechado em setembro/2017.
[4] Habilitação em março de 2017.
[5] Habilitação em novembro de 2017.
[6] Habilitação em dezembro de 2017.
Habilitações – 1704 - Serviço Isolado de Radioterapia; **1706** - UNACON; **1707** - UNACON com Serviço de Radioterapia; **1708** - UNACON com Serviço de Hematologia; **1709** - UNACON com Serviço de Oncologia Pediátrica; **1711** - UNACON exclusiva de Oncologia Pediátrica; **1712** – CACON; **1713** - CACON com Serviço de Oncologia Pediátrica; **1714** - Hospital Geral com Cirurgia Oncológica; **1715** - Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar; **1717**- Oncologia Cirúrgica Hospital Porte A; **1718**- Oncologia Cirúrgica Hospital Porte B.
Obs.: Os procedimentos assinalados em verde correspondem àqueles que superam a produção mínima prevista na PT 140/2014.

A Rede de Alta Complexidade em Oncologia no estado do Rio de Janeiro é composta por 28 UNACONs/CACONs, dois serviços de radioterapia isolados em funcionamento e cinco hospitais gerais

com cirurgia oncológica, distribuídos em 12 municípios, localizados em oito das nove regiões de saúde do estado.

Cada região, de acordo com a especificidade de sua rede assistencial local, possui necessidades complementares que são atendidas em outras regiões de saúde, ou seja, nenhuma delas possui suficiência na oferta de serviços, seja nas especialidades ou modalidades de tratamento, seja no quantitativo de procedimentos. Esse formato de rede é resultado de um planejamento com base em oportunidades de ofertas de serviço.

Considerando-se apenas os casos incidentes (novos), e com todos os serviços habilitados apresentando a produção mínima esperada na Portaria SAS/MS nº 140 de 2014, o cenário ainda seria deficitário: produção de cirurgias menor que a necessária, em todas as regiões do estado do Rio de Janeiro; produção de quimioterapia insuficiente nas regiões Metropolitanas; e apenas as regiões Centro Sul e Noroeste atendendo à demanda de radioterapia. Portanto, o número de serviços habilitados em oncologia em todas as regiões de saúde do estado não supre a demanda populacional esperada para os casos prevalentes de oncologia.

Considerando-se uma cobertura assistencial SUS na oncologia para 80% da população, há a necessidade de 11 novos serviços, com a seguinte distribuição por região de saúde (Quadro 16):

Quadro 16. Distribuição e suficiência de UNACON/CACON por região de Saúde.

Região de Saúde	População Total 2018	População SUS 2018	Parâmetro UNACON/CACON SUS (1/365.106 hab.)	UNACON/CACON existentes	Déficit
Baía da Ilha Grande	286.726	229.381	0,6	0	-0,6
Baixada Litorânea	823.899	659.119	1,8	1	-0,8
Centro Sul	338.913	271.130	0,7	1	0,3
Médio Paraíba	909.136	727.309	2	2	0
Metropolitana I	10.450.114	8.360.091	22,9	15	-7,9
Metropolitana II	2.101.414	1.681.131	4,6	2	-2,6
Noroeste	346.923	277.538	0,8	1	0,2
Norte	935.369	748.295	2	3	1
Serrana	967.466	773.973	2,1	2	-0,1
Estado do Rio de Janeiro	17.159.960	13.727.968	37,6	27	-10,6

Fonte: Estudo elaborado pela Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação/SES-RJ.

Encontram-se em avaliação três possíveis novas habilitações de serviços oncológicos para os próximos anos: 01 UNACON no município do Rio de Janeiro (Fundação do Câncer); 01 UNACON no município de Duque de Caxias (Complexo Hospital Moacir do Carmo + HINJA Caxias); e 01 UNACON no município de Angra dos Reis (Hospital de Japuíba).

3.3.4.5. Neurologia

A Portaria SAS/MS nº 756, de 27 de dezembro de 2005 definiu que as Redes Estaduais e/ou Regionais de Assistência ao Paciente Neurológico na Alta Complexidade devem ser compostas por Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia e Centros de Referência de Alta Complexidade em Neurologia.

Neste contexto, o estado do Rio de Janeiro aprovou sua Rede Estadual de Assistência ao Paciente Neurológico na Alta Complexidade, por meio da Deliberação CIB-RJ nº 571, de 13 de novembro de 2008.

De acordo com os parâmetros da política nacional, são necessários 01 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia para cada 800 mil habitantes, e 01 Centro de Referência de Alta Complexidade em Neurologia para cada cinco milhões de habitantes. Deste modo, para o estado, seriam necessários cerca de 17 Unidades de Assistência e 03 Centros de Referência. Em dezembro de 2019, o CNES registrou 26 Unidades de Assistência e 01 Centro de Referência habilitados no estado e destes, 04 unidades de assistência não registraram produção no SIHSUS.

No quadro 17 se apresentam os dados da produção de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia para os anos de 2017 e 2018, por região de saúde, em comparação ao parâmetro mínimo esperado para os prestadores habilitados (Portaria SAS/MS nº 391, de 07 de julho de 2005).

Quadro 17: Comparativo da produção da Alta Complexidade em Neurologia dos anos 2017 e 2018, por prestador habilitado, segundo parâmetro mínimo da PT 391/2005*.

Região	Município	Prestador	Parâmetro mínimo	Produção 2017	Produção 2018	% do esperado 2017	% do esperado 2018
Baía da Ilha Grande	Angra dos Reis	Hospital e Maternidade Codrato de Vilhena	150	1	2	0,7	1,3
Centro Sul	Três Rios	Hospital de Clínicas Nossa Senhora da Conceição	150	14	9	9,3	6,0
Médio Paraíba	Barra Mansa	Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa	150	2	5	1,3	3,3
	Volta Redonda	Hospital Municipal São João Batista	150	48	34	32,0	22,7
Metropolitana I	Nova Iguaçu	HGNI	150	29	36	19,3	24,0
	Rio de Janeiro	SMS Hospital Municipal Jesus AP 22	150	13	7	8,7	4,7
	Rio de Janeiro	MS Hospital Federal do Andaraí	150	35	37	23,3	24,7
	Rio de Janeiro	UERJ Hospital Univ. Pedro Ernesto	150	65	79	43,3	52,7
	Rio de Janeiro	SES RJ Hospital Estadual Getúlio Vargas	150	12	18	8,0	12,0
	Rio de Janeiro	SMS Hospital Municipal Miguel Couto AP 21	150	28	15	18,7	10,0
	Rio de Janeiro	UFRJ Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	150	78	91	52,0	60,7
	Rio de Janeiro	SMS Hospital Municipal Souza Aguiar AP 10	150	45	53	30,0	35,3
	Rio de Janeiro	SMS Rio Hospital Municipal Salgado Filho	150	122	73	81,3	48,7
Metropolitana II	Niterói	Hospital Universitário Antônio Pedro **(Centro de Referência)**	150	51	86	34,0	57,3
	Niterói	SES RJ Hospital Estadual Azevedo Lima	150	11	11	7,3	7,3
	Rio Bonito	Hospital Regional Darcy Vargas	150	1	1	0,7	0,7
Noroeste	B. Jesus do Itabapoana	Hospital São Vicente de Paulo	150	1	6	0,7	4,0
Norte	Campos	Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos	150	1	-	0,7	-
	Campos	Hospital Escola Álvaro Alvim	150	78	114	52,0	76,0
Serrana	**Petrópolis**	**Hospital Santa Teresa**	150	248	297	**165,3**	**198,0**
	Teresópolis	Hospital São José	150	27	2	18,0	1,3
	Teresópolis	Hospital das Clínicas de Teresópolis	150	14	12	9,3	8,0
Total estado do Rio de Janeiro			3.300	924	988	28	29,9

Fonte: SIHSUS, consulta em dezembro de 2019

Obs.: NO SIHSUS, não há registro da produção de Alta Complexidade das seguintes unidades habilitadas: Casa de Caridade Santa Rita (Barra do Piraí, Médio Paraíba), Hospital Geral de Arraial do Cabo (Arraial do Cabo, Baixada Litorânea), Hospital São João Batista de Macaé (Macaé, Norte) e Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer (Rio de Janeiro, Metropolitana I).

No ano de 2018, os principais procedimentos realizados pelos prestadores habilitados na alta complexidade em neurocirurgia registrados no SIHSUS foram assim distribuídos: 253 para tratamento neurovascular, 246 para tumores do sistema nervoso, 172 para tratamento neurocirúrgico da dor funcional, 138 para coluna e nervos periféricos, 80 para neurocirurgias vasculares e 73 para trauma e anomalias do desenvolvimento.

À exceção do Hospital Santa Teresa de Petrópolis (Região Serrana), que apresentou em 2018 aproximadamente o dobro da produção mínima preconizada, todas as demais unidades habilitadas do estado apresentaram produção bastante inferior à mínima esperada.

Outras 12 unidades não habilitadas em Alta Complexidade neurológica/neurocirúrgica apresentaram expressiva produção na área. Isto ocorre em função das cirurgias múltiplas, das cirurgias em politraumatizados, dos procedimentos sequenciais, bem como algumas cirurgias oncológicas que possuem procedimentos de alta complexidade comuns à neurologia/neurocirurgia e traumatologia/ortopedia, bem como à oncologia (vide Portaria SAS/MS nº 09, de 06 de janeiro de 2014). Em 2018, estas unidades produziram 1.436 procedimentos de alta complexidade em neurocirurgia, destacando-se as cirurgias de coluna e nervos periféricos (913), dos tumores do sistema nervoso (238), o tratamento neuroendovascular (88) e as cirurgias múltiplas (61). No quadro 18, a produção de 2017 e 2018 destas unidades pode ser observada.

Quadro 18. Produção de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia, em prestadores com habilitação em procedimentos comuns, 2017-2018.

Região	Município	Prestador	Produção	
			2017	2018
Centro Sul	Paraíba do Sul	SES RJ Hosp. de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu	236	232
	Vassouras	HUV Hosp. Univers. de Vassouras	2	6
Metropolitana I	Rio de Janeiro	MS Hosp. de Ipanema	14	13
	Rio de Janeiro	MS HGB Hosp. Geral de Bonsucesso	56	33
	Rio de Janeiro	MS HSE Hosp. dos Servidores do Estado	55	36
	Rio de Janeiro	SMS Hosp. Municipal Lourenço Jorge Ap 40	2	1
	Rio de Janeiro	MS Inst. Nac. de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad	434	597
	Rio de Janeiro	MS Inca Hosp. do Câncer I	142	132
	Rio de Janeiro	MS Hosp. Federal da Lagoa	196	125
	Rio de Janeiro	Hosp. Universitário Gaffreé e Guinle	44	55
	Rio de Janeiro	SES RJ Hosp. Estadual Transplante Câncer e Cir. Infantil	7	10
Noroeste	Itaperuna	Hosp. São Jose do Avaí	291	196
Total			2.012	1.436

Fonte: SIHSUS

3.3.4.6. Ortopedia

A Portaria GM/MS nº 221, de 15 de fevereiro de 2005, instituiu a política nacional de alta complexidade em traumatologia-ortopedia, enquanto a Portaria SAS/MS nº 90, de 27 de março de 2009, definiu as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia (UA) e Ortopedia e os Centros de Referência em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade (CR) como pontos de atenção especializada na área.

No estado do Rio de Janeiro, a Deliberação CIB-RJ nº 561, de 13 de novembro de 2008, aprovou a rede de atenção em alta complexidade de traumatologia e ortopedia, de acordo com os serviços descritos na política nacional: serviço de traumatologia e ortopedia (STO), serviço de traumatologia e ortopedia pediátrica (até 21 anos de idade - STOP), e serviço de traumatologia e ortopedia de urgência (crianças, adolescentes e adultos, STOU).

O estado conta com 26 unidades de assistência em traumatologia e ortopedia e com 01 Centro de Referência, distribuídos em 13 municípios de sete regiões de saúde. Destas unidades, 12 superaram a produção mínima esperada nos anos de 2017 e 2018; 02 não apresentaram produção nos dois anos avaliados (Hospitais São Gonçalo Ltda, na Metropolitana II, e Hospital dos Plantadores de Cana, em Campos dos Goytacazes, região Norte); 05 não registraram o quantitativo de leitos de traumato-ortopedia no CNES, inviabilizando a análise da produção; e 08 apresentaram produção abaixo da mínima esperada.

No ano de 2018, foram realizados 2.870 procedimentos de alta complexidade nos serviços habilitados para traumato-ortopedia no estado, com a seguinte distribuição: 1.223 para cintura pélvica, 981 para coluna vertebral e caixa torácica, 452 para membros inferiores, 326 procedimentos gerais, 27 para cintura escapular e 6 para membros superiores.

Outras 17 unidades, sem a habilitação específica, apresentaram produção de alta complexidade em traumatologia-ortopedia, pelo mesmo motivo anteriormente descrito na produção de neurocirurgia, totalizando 145 procedimentos. As unidades com as maiores produções foram o Hospital Codrato de Vilhena, em Angra dos Reis, região da Baía da Ilha Grande (45); o Hospital Escola Álvaro Alvim, em Campos dos Goytacazes, região Norte (38); e o Hospital Municipal Souza Aguiar, no Rio de Janeiro, região Metropolitana I (27).

Os serviços habilitados para procedimentos de alta complexidade e os Centros de Referência devem apresentar uma produção mínima de 40 cirurgias/leito/ano, sendo que para cada procedimento de alta complexidade produzido, no mínimo outros 12 procedimentos de cirurgia traumato-ortopédica de média complexidade necessitam ser realizados (a alta complexidade corresponde a 7% - 8% do total de procedimentos).

No quadro 19, pode ser observada a produção em alta complexidade de cada prestador habilitado no estado, nos anos de 2017 e 2018, bem como a comparação com os parâmetros de habilitação dos serviços estabelecidos na Portaria MS/SAS nº 90/2009.

Quadro 19. Comparativo da produção da Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia, por prestador habilitado, segundo parâmetros da Portaria MS/SAS nº 90/2009, 2017.

Região	Município Executor	Prestador	Classificação	Habilitação	Leitos Cir, TO SUS	Total Esperado		Produção 2017 AC	Produção 2018 AC
						MC + AC	AC		
Centro Sul	Vassouras	Hosp. Univers. de Vassouras	UA	STO, STOU	não especif.	-	-	5	12
	Paraíba do Sul	SES RJ Hosp. de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu	UA	TO	56	2240	157-179	465	510
Médio Paraíba	Valença	Hosp. Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi	UA	TO	5	200	14-16	22	26
	Volta Redonda	Hosp. Municipal São Joao Batista	UA	STO, STOP, STOU	20	800	56-64	42	40
	Barra Mansa	Santa Casa de Misericórdia	UA	STO, STOP, STOU	não especif.	-	-	3	5
Metropolitana I	Rio de Janeiro	MS Inst. Nac. de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad	CR	STO, STOP, STOU	239	9560	669-765	1878	1132
	Nova Iguaçu	HGNI	UA	STO, STOP, STOU	91	3640	255-291	20	21
	Rio de Janeiro	Hosp. Federal do Andaraí	UA	STO, STOP, STOU	30	1200	84-96	34	46
	Rio de Janeiro	Hosp. Universitário Gaffrèe e Guinle	UA	STO, STOP	12	480	34-38	59	134
	Rio de Janeiro	MS Hosp. Geral de Bonsucesso	UA	STO, STOP, STOU	21	840	59-67	24	33
	Rio de Janeiro	MS Hosp. de Ipanema	UA	STO	10	400	28-32	56	81
	Rio de Janeiro	MS Hosp. Federal da Lagoa	UA	STO, STOP	7	280	20-22	75	75
	Rio de Janeiro	MS Hosp. dos Servidores do Estado	UA	STO	20	800	56-64	21	27
	Rio de Janeiro	SES RJ Hosp. Estadual Transplante Câncer e Cir. Infantil	UA	STOP	não especif.			71	46
	Rio de Janeiro	SMS Hosp. Mun. Jesus AP 22	UA	STOP	3	120	08/out	22	40
	Rio de Janeiro	SMS Hosp. Mun. Lourenço Jorge	UA	STO, STOP, STOU	49	1960	137-157	25	27
	Rio de Janeiro	SMS Hosp. Mun. Miguel Couto AP 21	UA	STO, STOP, STOU	65	2600	182-208	131	85
	Rio de Janeiro	SMS Hosp. Mun. Pedro II AP 53	UA	STO, STOP, STOU	34	1360	95-109	3	4
	Rio de Janeiro	SMS Rio Hosp. Municipal Salgado Filho	UA	STO, STOP, STOU	53	2120	148-170	111	101
	Rio de Janeiro	UERJ Hosp. Univ. Pedro Ernesto	UA	STO, STOP	8	320	22-26	20	47
	Rio de Janeiro	UFRJ Hosp. Univ. Clementino Fraga Filho	UA	STO, STOP	12	480	34-38	83	61
Metropolitana II	São Gonçalo	Hosp. São Gonçalo Ltda.	UA	STO, STOP, STOU	não especif.			0	-
	Niterói	Hosp. Universitário Antônio Pedro	UA	STO, STOP, STOU	14	560	39-45	49	65
Noroeste	Itaperuna	Hosp. São Jose do Avaí	UA	STO, STOU	18	720	50-58	12	26
Norte	C. dos Goytacazes	Hosp. dos Plantadores de Cana	UA	STO, STOU	não especif.			0	-
Serrana	Teresópolis	Hosp. das Clinicas de Teresópolis	UA	STO, STOP, STOU	20	800	56-64	68	63
	Petrópolis	Hosp. Santa Teresa	UA	STO	10	400	28-32	202	163

Fontes: CNES e SIH DATASUS

3.3.4.7. Oftalmologia

A Portaria GM/MS nº 957, de 15 de maio de 2008, instituiu a política nacional de atenção em oftalmologia e a Portaria SAS/MS nº 288, de 19 de maio do mesmo ano, definiu as redes estaduais e regionais na atenção primária e especializada em oftalmologia. O objetivo dessas normativas foi organizar linhas de cuidado integral (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpassem os níveis de atenção primária e especializada. A portaria também definiu os quantitativos e distribuição geográfica das unidades e centros, usando os Parâmetros de Distribuição Demográfica Georreferencial para as Unidades de Atenção Especializadas em Oftalmologia e os Centros de Referência em Oftalmologia, descritos no quadro 20. Tais parâmetros quantitativos de unidades são indicativos, devendo o gestor justificar caso a demanda local ultrapasse o estabelecido.

Quadro 20. Parâmetro georreferencial para Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia.

UF	População	Quantitativo de Unidades	Quantitativo de Centro de Referência
Norte	14.698.834	73	7
Nordeste	51.018.983	255	9
Sudeste	78.472.036	392	8
. ES	3.408.360	17	1
. MG	19.237.434	96	1
. RJ	**15.383.422**	**77**	**1**
. SP	40.442.820	202	1
Sul	26.973.432	135	3
Centro-Oeste	13.020.789	65	4
Total Brasil	184.184.074	922	28

Fonte: Portaria GM/MS nº 957, de 15 de maio de 2008

Atualmente, o estado do Rio de Janeiro possui apenas 33 unidades especializadas na Rede de Oftalmologia. Considerando o parâmetro de 2008, se observa um déficit de 44 unidades especializadas no estado. A Deliberação CIB-RJ nº 4.881, de 19 de janeiro de 2018, pactuou a recomposição da rede de atenção em oftalmologia do estado.

Manter uma rede de atenção com assistência em todos os níveis é um investimento alto e, muitas vezes, de difícil concretização, o que resulta em barreiras de acesso significativas.

A rede de atenção oftalmológica especializada estadual está distribuída entre média e alta complexidade. Os hospitais de referência (federal, estadual e municipal) estão concentrados na capital. Nos demais municípios, prevalecem clínicas particulares conveniadas ao SUS. As referências regionais para média e alta complexidade encontram-se no Anexo H, conforme pactuadas em 2018.

3.3.4.8. Terapia Renal Substitutiva

Atualmente, o estado oferece sessenta e cinco (65) serviços de nefrologia credenciados ao SUS, sendo 60 de natureza privada e 05 em hospitais públicos, exclusivamente para o atendimento em TRS (Quadro 21). Existem basicamente três modalidades de TRS: a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal. A indicação de cada modalidade depende de diversos fatores como a condição clínica do paciente, seu estilo de vida, a experiência local e a disponibilidade de recursos. O acesso às vagas para os serviços de hemodiálise ambulatorial é regulado por meio de sistema web formatado e operado pela SES-RJ (sistema estadual de regulação TRS). A inserção das solicitações de vaga é feita pelas unidades de saúde onde o paciente recebe o diagnóstico de insuficiência renal crônica.

De acordo com o sistema TRS, o maior número de pacientes em fila de espera está nos municípios do Rio de Janeiro (130 pacientes) e Campos dos Goytacazes (31 pacientes), com um total de 188 pacientes aguardando acesso a vagas em serviços ambulatoriais (consulta em 15 de agosto de 2018). Nos municípios com maior demanda reprimida, o tempo de espera pode ser superior a 30 dias.

Além do diagnóstico feito no nível de atenção ambulatorial que ainda é incipiente, pois não há nenhum serviço habilitado para tratamento conservador/pré-dialítico, os hospitais são os principais demandantes de regulação dos pacientes para os serviços de TRS ambulatorial. Em geral, o paciente aguarda a vaga ambulatorial, realizando o procedimento de hemodiálise em unidade hospitalar, representando custos mais altos para o sistema e prejuízo à sua qualidade de vida. Não existem referências pactuadas pela Programação Pactuada e Integrada (PPI) para hemodiálise em pacientes crônicos. A regulação, de posse das vagas ofertadas pelos prestadores habilitados, faz o encaminhamento de cada paciente ao serviço mais próximo de sua residência.

Nos últimos anos, o número de novas habilitações e vagas disponibilizadas foram inferiores às perdas de prestadores ocorridas no SUS. Houve redução, por fechamento ou desabilitação, de 06 unidades entre 2013 e 2018, enquanto a incidência de pacientes cresce cerca de 8% ao ano. A justificativa apresentada pelos prestadores de serviços para encerramento de atividade e redução de vagas é o alto custo dessa terapia e a dificuldade de manter seu funcionamento com os valores praticados pela tabela SUS. De acordo com o estudo "Custo do Procedimento de Hemodiálise para o SUS", elaborado pela Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante, em 2016, o custo real estimado foi de R$ 256,98, bem acima do valor de tabela, que é de R$ 194,20.

De acordo com a população e os parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, estima-se cerca de 14.288 pessoas com necessidade de tratamento dialítico no estado (Portaria GM/MS nº 1631/2015, projeção da população IBGE, 2015). O parâmetro considera que 0,12% da população acima de 20 anos seja a população alvo para TRS. Para a população estimada, seriam necessárias cerca de 2.381 máquinas de hemodiálise no estado (considerando a produtividade máxima do equipamento, com 3 turnos de produção e 6 pacientes por máquina). Considerando também que 85% dessa população procura tratamento no SUS, seriam esperados 12.145 pacientes em diálise. Atualmente, 9.794 pessoas encontram-se em TRS SUS no estado, sendo 9.010 em hemodiálise e 784 em diálise peritoneal.

Para a população estimada SUS, seriam necessárias cerca de 2.024 máquinas de hemodiálise. Hoje, 1.940 máquinas estão em operação no SUS, ou seja, há déficit de 84 máquinas para o atendimento dessa demanda. No Quadro 21, se observa que embora existam máquinas suficientes, nem todas se encontram em funcionamento.

Quadro 21. Serviços de Nefrologia credenciados ao SUS no Estado do Rio de Janeiro, 2018.

Município	Estabelecimento/Serviço de Nefrologia	CNES	Máquinas HD existentes	Máquinas HD em funcionamento
Angra dos Reis	Angra Rim Serviços Médicos	3495531	31	31
Araruama	Centro de Terapia Renal de Araruama	6295843	35	35
Cabo Frio	Inst. de Nefrologia da Região dos Lagos Ltda	2278014	34	34
Três Rios	CDTR - Clinica de Dialise Três Rios Ltda	2293811	26	25
Vassouras	HUV Hospital Universitário de Vassouras	2273748	15	15
Belford Roxo	INBEL Instituto Nefrológico Belford Roxo Ltda	2293854	80	80
Belford Roxo	Renalford	3322432	37	37
Duque de Caxias	Prontocardio Soc Médica Sta Cecilia Ltda	2277476	37	34
Duque de Caxias	Renalduc	2277468	35	27
Duque de Caxias	Segumed	2277484	32	29
Japeri	CNJ Japeri Centro Nefrológico Ltda	6050751	34	34
Magé	CENEFRO	2278618	38	32
Nilópolis	Hemodinil Centro de Hemodiálise e Diagn.	3023788	33	26

Município	Estabelecimento/Serviço de Nefrologia	CNES	Máquinas HD existentes	Máquinas HD em funcionamento
Nova Iguaçu	CDR Clinica de Doenças Renais Nova Iguaçu	2281864	58	36
Nova Iguaçu	RENALCOR Nova Iguaçu	6496407	38	35
Queimados	INQUE Inst. Nefrológico de Queimados Ltda	6429734	33	33
Queimados	Centro Nefrológico de Queimados Ltda	6464262	35	35
Rio de Janeiro	CDR Centro Cl de Nefrologia	5309786	28	0
Rio de Janeiro	Nefroclin Cl de Nefrologia	2280752	55	43
Rio de Janeiro	CNC Centro Nefrológico Carioca	2273268	45	45
Rio de Janeiro	Renalcor Cl de Nefrologia	2269791	38	35
Rio de Janeiro	CDR Botafogo Cl de Nefrologia	2280140	33	30
Rio de Janeiro	DAVITA Botafogo	2295296	36	23
Rio de Janeiro	Hospital Clinica Grajau	2298740	32	32
Rio de Janeiro	Uni Rim Cl de Nefrologia	2269872	46	35
Rio de Janeiro	CLINEF Clinica de Nefrologia Santa Teresa	2269864	59	50
Rio de Janeiro	Prodoctor Sistema Integrado de Saúde	2296314	36	36
Rio de Janeiro	GAMEN Grupo de Assistência Medica Nefrológica	2295288	85	69
Rio de Janeiro	CDR Cascadura Cl de Nefrologia	2273330	32	30
Rio de Janeiro	Renalvida Assist. Integral ao Renal Vaz Lobo	5177847	40	37
Rio de Janeiro	CDR Taquara Cl de Nefrologia	5160243	6	5
Rio de Janeiro	CDR Anil Clinica de Nefrologia	2295040	40	35
Rio de Janeiro	Renal Vida Barra Serviços Médicos	2269333	31	30
Rio de Janeiro	CIN Centro Integrado de Nefrologia	2273306	59	50
Rio de Janeiro	Santel Campo Grande	2269589	40	35
Rio de Janeiro	Santel Santa Cruz	2273608	22	19
Rio de Janeiro	Renalvida Assist. Integ. Renal Campo Grande	7645635	36	36
Rio de Janeiro	Hospital Universitário Gaffree e Guinle	2295415	7	6
Rio de Janeiro	MS HSE Hospital dos Servidores do Estado	2269988	10	10
Rio de Janeiro	UERJ Hospital Univ Pedro Ernesto	2269783	21	14
Rio de Janeiro	UFRJ Hosp. Univers. Clementino Fraga Filho	2280167	12	12
São Joao de Meriti	CDR	2274736	28	28
São João de Meriti	Policlínica Grande Rio	5657180	40	30
Itaboraí	CTRI	2268876	47	47
Niterói	CDR Niterói	2273055	54	35
Niterói	CNL Niterói	2288974	17	17
Niterói	Hospital Universitário Antônio Pedro	12505	9	9
Rio Bonito	Clinica de Dialise Rio Bonito	2285533	28	26
São Gonçalo	CNL Alcântara	2292122	36	36
São Gonçalo	CNL Mangueira	2292114	44	44
São Gonçalo	Pura Centro de Terapia Renal	6466931	32	32
Barra do Piraí	CDR Barra do Piraí	2287951	23	21
Barra Mansa	CDR Clinica de Doenças Renais	3322947	8	7
Resende	Clínica de Urologia e Nefrologia de Resende	3362868	30	30
Valença	CINED	2293056	22	22
Volta Redonda	Clínica de Diálise Volta Redonda	9097457	36	36
Volta Redonda	Inst. de Urologia e Nefrologia de V. Redonda	6258174	8	8
Itaperuna	Hospital São José do Avaí	2278855	35	35
S Antônio de Pádua	Clinefron	2275260	25	21
C. dos Goytacazes	Hospital Dr Beda	2287285	32	32
C. dos Goytacazes	Pro Rim Clinica de Doenças Renais	2287269	42	38
Macaé	CDR Clinica de Doenças Renais Macaé	2697084	21	21
Nova Friburgo	Nefroterapia	2288990	26	26
Petrópolis	Hospital Santa Teresa	2275635	28	28
Petrópolis	Renalle	2268744	16	16
Total	**65 Serviços**		2167	1940

Fonte: Material elaborado a partir do Estudo DRC-RJ, feito pela SAECA/SES-RJ, para apresentação na reunião do CONASS, em agosto de 2018.

No quadro 22, é descrito o cenário da TRS no estado, considerando a oferta de vagas por região de saúde.

Quadro 22. Suficiência e distribuição de máquinas de TRS pelas regiões de saúde, 2018.

Região	População Residente	Pop Alvo TRS Total (0,12% acima de 20 anos)	Máquinas Necessárias	Máquinas Existentes	Déficit
			SUS		Pop SUS (85%)
Estado do RJ	**11.907.054**	**12.146**	**2.024**	**1.940**	**-84**
Baía de Ilha Grande	185.856	190	**32**	**31**	-1
Baixada Litorânea	538.248	549	**92**	**69**	-23
Centro Sul	237.366	242	**40**	**40**	0
Médio Paraíba	636.119	649	**108**	**124**	16
Metropolitana I	7.283.963	7.430	**1.238**	**1213**	-25
Metropolitana II	1.483.477	1.513	**252**	**246**	-6
Noroeste	245.561	250	**42**	**56**	14
Norte	619.462	632	**105**	**91**	-14
Serrana	677.002	691	**115**	**70**	-45

Fonte: SAECA/SES-RJ, 2018

Dentre as necessidades identificadas pela SES-RJ para melhorar o cenário apontado no estado, estão:

- Ampliação da oferta de vagas para atendimento em Terapia Renal Substitutiva;
- Oferta de vagas em regiões com maior demanda (proximidade geográfica da residência);
- Habilitação de serviços para tratamento conservador/pré-dialítico;
- Atualização do cadastro de equipamentos no CNES;
- Reavaliação da metodologia adotada pelo MS para pagamento do prestador;
- Revisão anual do valor de tabela para pagamento de TRS, contemplando o custo real dos procedimentos.
- Incentivo à realização do procedimento de confecção de fístula (baixo interesse de cirurgiões vasculares atuarem no SUS), uma vez que o valor não é atrativo.

3.4. Rede de Atenção Materno-Infantil

A Rede Cegonha foi instituída pela Portaria GM/MS n° 1.459/2011 como estratégia para enfrentar os altos índices de morte materna e infantil no país e organizar a atenção à saúde materno-infantil, assegurando às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, no parto e no puerpério, bem como às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Ela é organizada a partir de 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).

No estado do Rio de Janeiro, as regiões Metropolitanas I e II foram definidas como regiões prioritárias pelo MS. Em 2011, por meio da Deliberação CIB nº 1373, de 07 de julho, foi instituído o Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha (GCE-RC), espaço em que participam representantes do MS, da SES-RJ, do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS-RJ) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), tendo como objetivo acompanhar a implementação da Rede Cegonha no estado. Como as regiões Metropolitanas I e II foram indicadas como prioritárias, foram as primeiras a terem seus Planos de Ação aprovados pela CIB e pelo MS. Posteriormente, as outras regiões também desenvolveram e pactuaram seus planos, os quais serão apresentados nos textos específicos de cada região de saúde do estado. Os grupamentos técnicos regionais evoluíram para a formação dos Grupos Condutores Regionais da Rede Cegonha (GCR-RC), formalizados e

aprovados nas respectivas Comissões Intergestores Regionais (CIR). Inicialmente, foi aprovado o repasse de recursos de custeio para os leitos de Gestação de Alto Risco (GAR) 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 Metropolitana I, e o Hospital Universitário Antônio Pedro, no município de Niterói (Metropolitana II) também receberam recursos de custeio à época.

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 em estabelecerem o convênio com a Caixa Econômica, via pela qual o recurso seria repassado.

Em 2014, foi realizada a primeira avaliação da Rede Cegonha pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, conforme previsto na Portaria GM/MS n° 1.459/2011. Os resultados da avalição levaram ao corte de recursos de algumas maternidades nas regiões Metropolitana I e II. O GCE-RC avaliou que não houve transparência suficiente na negociação, e os municípios não tiveram oportunidade de sanar as pendências encontradas. A CIB-RJ pactuou então que estes recursos deveriam permanecer no estado, sendo remanejados para as regiões Centro Sul, Médio Paraíba e Serrana. A publicação da Portaria GM/MS nº 1.634, de 1º de outubro de 2015, ratificou essa decisão, embora com valor inferior ao que havia sido cortado das regiões Metropolitanas I e II.

No final de 2016, foi realizada pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP - FIOCRUZ e a Universidade Federal do Maranhão/UFMA a segunda avaliação da Rede Cegonha no estado. Desta vez, o foco foi nas boas práticas da atenção ao parto e nascimento em maternidades da rede. Foram monitoradas 41 maternidades, localizadas nas regiões Centro Sul, Médio Paraíba, Serrana, Metropolitana I e Metropolitana II. O GCE-RC acompanhou de perto o processo.

Somente em julho de 2018, o GCE-RC recebeu a devolutiva qualitativa da segunda avaliação da Rede Cegonha no estado (monitoramento das maternidades). De forma geral, o cenário encontrado nas cinco regiões avaliadas foi de que as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, em especial as voltadas ao atendimento das gestantes, estão muito incipientes no estado. As práticas de acolhimento e atenção ao recém-nascido tiveram um significativo avanço, mas muito ainda precisa ser feito para a efetivação das diretrizes da Rede Cegonha no estado.

Em 2018, mais uma oportunidade foi oferecida pelo MS para a captação de recursos para obras de ambiência nas maternidades, construção de Casa da Gestante, Bebê e Puérpera e Construção e reforma de Centro de Parto Normal, no contexto da Rede Cegonha. O estado do Rio de Janeiro foi contemplado com recursos para obras, a maioria já aprovadas, para os municípios de Duque de Caxias, Itaboraí, Magé, Miracema, Niterói, Nova Iguaçu, Petrópolis, Santo Antônio de Pádua e São João de Meriti. No momento, só existe uma Casa da Gestante Bebê e Puérpera no Hospital Mariana Bulhões, em Nova Iguaçu, e um Centro de Parto Normal intra-hospitalar em Barra Mansa.

Algumas realizações precisam ser sinalizadas, como a Capacitação em AIDPI Neonatal para todas as regiões do estado nos anos de 2017 e 2018, assim como Capacitação em pré-natal entre 2014 e 2016 (SES-RJ em parceria com a UERJ) e cursos na Área do Aleitamento Materno. Apesar dos avanços na implantação da Rede Cegonha no estado, permanecem alguns desafios para a organização regional da atenção materno-infantil, como a efetivação do apoio institucional da SES-RJ aos grupos condutores regionais da Rede Cegonha, a regulação da assistência ao alto risco materno e neonatal nas regiões, a contratualização entre os municípios de referência e seus prestadores e a implementação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento.

3.4.1. Mortalidade de mulheres em idade fértil e mortalidade materna

O Comitê Estadual de Prevenção e Controle da Morte Materna e Perinatal (CEPCMMP) foi primeiro instituído pela Resolução SES nº 512, de 05 de junho de 1989, e em 2018 teve sua composição e regimento alterados, considerando a publicação da Resolução nº 1.668 de 22 de março de 2018 e a Resolução nº 1726, de 05 de setembro de 2018.

O óbito feminino ocorrido entre 10 e 49 anos (idade fértil) é considerado de investigação obrigatória pela Portaria GM/MS nº 1119 desde 2008. A investigação deve abranger a avaliação sobre o correto preenchimento da Declaração de Óbito (DO) em todos os campos, principalmente a idade da mulher, a causa básica e a informação se estava ou esteve grávida nos doze meses anteriores à morte, pois são essenciais para a suspeita de um eventual óbito materno - objetivo final desta investigação – e, dessa forma, subsidiar medidas que impeçam novos casos. A análise deste indicador (Tabela 41), que é de pactuação tripartite, deve ser realizada sobretudo pelas áreas técnicas relacionadas ao cuidado da mulher e traduz a organização e estrutura da vigilância epidemiológica de cada secretaria municipal de saúde, além do apoio da secretaria estadual e Ministério da Saúde.

A SES tem estabelecido como meta a investigação mínima de 85% dos óbitos de mulheres em idade fértil no estado, por ser grande o número de óbitos femininos desta faixa etária e por este percentual apresentar grandes chances de detecção de eventual óbito materno que não tenha sido identificado oportunamente. O ideal sempre será a investigação da totalidade dos óbitos de MIF. O alcance deste percentual pode ser difícil de ocorrer nos municípios de médio e grande porte, pela necessidade de mais recursos humanos e materiais, além da logística envolvida no deslocamento às unidades de saúde e acesso aos documentos e registros de atendimentos. Para os municípios menores, entretanto, o alcance de 100% de investigação dos óbitos dessas mulheres torna-se mais factível e quase que obrigatório.

Na série histórica disponível, somente em 2014 e 2017 a meta de 85% definida para o estado foi não apenas alcançada, mas ultrapassada. As regiões de saúde que precisam investir mais para alcançar um maior percentual de investigações de óbitos de MIF são quatro: Serrana, Noroeste, Baixada Litorânea e Metropolitana I.

Tabela 41. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados por região de saúde, 2010 a 2017.

Região de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Baía da Ilha Grande	25,84	30,56	20,48	80,61	96,43	96,59	98,10	97,89
Baixada Litorânea	96,60	86,41	92,39	77,91	79,29	68,75	81,99	80,27
Centro Sul	90,91	87,60	90,60	92,36	90,85	93,33	90,77	88,00
Médio Paraíba	98,77	97,60	97,76	95,09	95,94	97,30	99,70	98,70
Metropolitana I	69,86	78,91	74,60	79,39	86,93	83,3	80,58	86,55
Metropolitana II	86,13	82,37	81,75	92,85	88,40	88,84	87,27	89,89
Noroeste	80,15	82,44	67,41	84,03	75,37	77,97	71,68	76,07
Norte	88,69	85,67	87,60	91,52	91,95	92,63	96,45	93,61
Serrana	81,99	84,86	61,34	64,56	78,65	73,75	70,70	75,33
Estado do Rio de Janeiro	75,76	80,69	76,50	81,55	86,86	84,19	82,64	86,87

Fonte: SIM- módulo de investigação – TABNET SES em agosto de 2019.

Para a melhoria dos resultados deste indicador, é preciso uma conjunção de esforços neste sentido. A fim de ampliar as fontes de informação, os profissionais de saúde responsáveis pela investigação devem buscar parcerias de outros profissionais de acordo com o contexto local, como por exemplo, técnicos do Núcleo de Epidemiologia Hospitalar (NHE), da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), da Equipe Saúde da Família, etc. A cobertura da atenção primária e o envolvimento da equipe de referência da área de abrangência do local de residência da família da mulher que foi a óbito são da maior relevância para a investigação domiciliar e ambulatorial dos óbitos em tempo oportuno. À SES cabem as responsabilidades: pelo apoio técnico na qualificação das equipes

municipais, para ofertarem um cuidado integral à saúde da mulher; pelo apoio à gestão municipal na definição de estabelecimentos de pontos de atenção à saude a serem credenciados, para a garantia da linha de cuidado; para o exercício de regulação, controle e avaliação; além de apoio à qualificação dos técnicos que lidam com os sistemas de informação. A SES também se responsabiliza pelo apoio à organização da gestão regional, essencial para a perfeita integração das informações, quando, por exemplo, o óbito ocorre em município que não é o de residência da mulher. Ao Ministério da Saúde cabem, além da normatização e estabelecimento de Normas e Diretrizes, o incentivo financeiro essencial à indução de boas práticas no cuidado, apoio à estruturação das Unidades de Saúde, habilitação dos equipamentos necessários, suporte financeiro para estruturação da RAS relacionada ao cuidado da mulher, além de recursos de informática.

Uma vez detectado um óbito materno (outro dos indicadores da Pactuação Tripartite), seja através da informação disponível na D.O ou detectada entre os óbitos de mulheres em idade fértil, a investigação subsequente deve visar a intervenção oportuna do processo, para a compreensão das vulnerabilidades detectadas e execução das ações de saúde necessárias para evitar mortes maternas futuras. Agilidade na informação e início imediato da investigação no módulo de investigação de Morte Materna devem ser perseguidos contribuindo para este fim.

A série histórica a seguir aponta uma melhora sensível na proporção de óbitos maternos investigados no estado nos últimos anos, tendo atingido seu auge no ano de 2017. É importante sinalizar que resultados menores que 100 % nas regiões Centro Sul e Serrana representam graves problemas na vigilância de óbitos nessas secretarias municipais, já que em números absolutos não ultrapassam muito os 10 óbitos por ano em cada uma dessas regiões (Tabela 42).

Tabela 42. Proporção de óbitos maternos investigados por região de saúde, 2010 a 2017.

Região de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Baía da Ilha Grande	-	-	-	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Baixada Litorânea	90,91	50,00	33,33	100,00	90,00	66,67	90,91	100,00
Centro Sul	100,00	66,67	75,00	100,00	100,00	100,00	100,00	87,50
Médio Paraíba	100,00	85,71	88,89	100,00	100,00	83,33	100,00	100,00
Metropolitana I	86,79	91,18	86,21	95,69	99,07	96,15	97,87	99,15
Metropolitana II	47,06	100,00	94,12	88,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Noroeste	50,00	50,00	100,00	100,00	100,00	83,33	50,00	100,00
Norte	75,00	92,31	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Serrana	76,92	90,91	42,86	37,50	80,00	87,50	71,43	70,00
Estado do Rio de Janeiro	80,00	87,8	83,89	92,78	97,59	94,34	94,9	98,22

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): módulo de investigação, consulta em agosto 2019.

A série histórica de 10 anos do número de óbitos maternos no estado não mostra alterações importantes. Em 2016, houve uma queda do número de óbitos maternos, que pode ter sido decorrente da diminuição do número de gestações, fenômeno transitório, devido à ameaça percebida pela epidemia de ZIKA (Tabela 43).

A redução da mortalidade materna foi incluída como uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), iniciativa das Nações Unidas, e foi subscrita no ano 2000 pelos governos de mais de 180 países, estando o Brasil incluído. Em 2015, foi finalizado o prazo desta proposta, porém o combate à mortalidade materna permaneceu na agenda da saúde global e do desenvolvimento internacional com os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). O terceiro objetivo entre os ODS é “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”. Um dos primeiros itens deste objetivo é a redução da taxa de mortalidade materna global a 2/3 do existente em 2015, ou seja, para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos em todo o planeta.

Tabela 43. Número de óbitos maternos por região de saúde, 2008 a 2017.

Região de Saúde	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Baía da Ilha Grande	3	1	3	2	3	4	2	1	1	3
Baixada Litorânea	3	8	11	8	3	2	10	6	11	8
Centro Sul	1	4	5	3	4	4	2	1	6	8
Médio Paraíba	9	11	9	7	9	7	6	6	14	7
Metropolitana I	103	127	106	102	116	117	111	111	94	117
Metropolitana II	12	21	17	15	17	25	19	14	9	10
Noroeste	-	6	2	2	1	1	1	6	2	4
Norte	11	17	12	13	19	12	9	13	4	4
Serrana	8	7	13	9	7	8	10	9	14	10
Estado do Rio de Janeiro	150	202	178	161	179	180	170	167	156	170

Fonte: SIM e, de 2011 em diante, SES- situação da base estadual, em 29/08/2019.

3.4.2. Mortalidade Infantil

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), frequência de óbitos dos menores de um ano de idade por mil nascidos vivos, é um dos indicadores mais sensíveis para avaliação da situação de saúde e condições de vida da população, considerado por muito tempo como um indicador global de saúde. As ameaças à vida da criança no primeiro ano de vida envolvem as vulnerabilidades vividas na gestação, no parto e no período neonatal, além das influências do meio em que vive durante o pós-neonatal. As desigualdades na distribuição de renda, acesso aos recursos de saúde, saneamento básico, educação e outras variáveis representam riscos diferenciados de morte nos diversos estratos sociais. A sensibilidade da TMI como indicador global vem sendo questionada, considerando que vários estudos mostram a possível queda do indicador devido a ações focais, apesar de condições adversas socioeconômicas e ambientais. Um dos indicadores tripartite tradicionais de pactuação, a TMI vem diminuindo ano a ano no estado, passando de 14,39 em 2008 para 12,22 em 2017. Observa-se entretanto um aumento em 2016, quando atingiu 13,64 para em seguida retomar sua aparente tendência ao suave declínio. Todas as regiões de saúde, com exceção da Baía da Ilha Grande, apresentam este mesmo padrão de aumento da taxa em 2016, para em seguida retomar a tendência à diminuição (Tabela 44).

Tabela 44. Taxa de mortalidade infantil por região de saúde, 2008 a 2017.

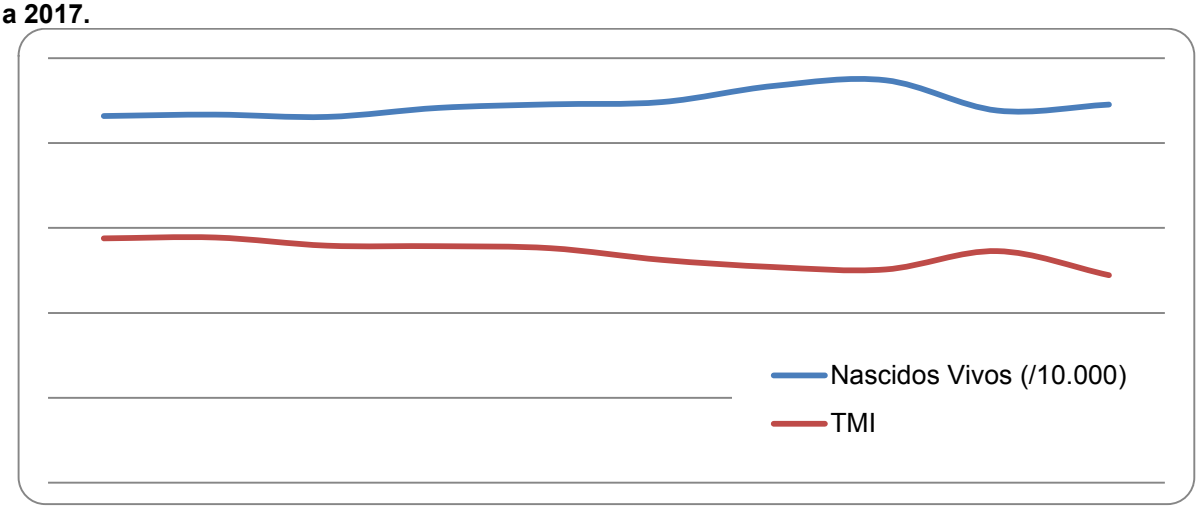
Região de Saúde	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Baía da Ilha Grande	**11,15**	**11,42**	**10,42**	**12,68**	**12,47**	**10,95**	**12,8**	**12,08**	**8,34**	**5,84**
Baixada Litorânea	12,94	12,47	11,89	10,71	11,75	10,69	13,54	11,83	12,58	10,28
Centro Sul	**14,91**	**12,5**	**13,71**	**12,89**	**14,54**	**12,43**	**11,83**	**14,18**	**16,37**	**15,23**
Médio Paraíba	15,12	13,43	14,04	14,3	12,53	12,21	11,53	8,53	11,56	11,91
Metropolitana I	14,36	14,54	13,88	14,08	14,22	13,34	12,57	12,84	13,81	12,60
Metropolitana II	13,53	14,49	13,8	12,16	12,68	11,71	11,76	11,53	12,94	11,53
Noroeste	15,51	12,14	12,16	13,92	11,69	10,53	9,49	11,45	14,39	11,64
Norte	**15,68**	**15,34**	**15,37**	**15,03**	**14,47**	**14,61**	**14,02**	**14,96**	**17,11**	**13,09**
Serrana	14,54	14,94	15,53	16,38	13,12	14,88	15,12	12,18	11,53	10,78
Estado do Rio de Janeiro	**14,39**	**14,44**	**13,96**	**13,93**	**13,81**	**13,12**	**12,7**	**12,56**	**13,64**	**12,22**

Fontes: SIM e SINASC, base estadual do SIM atualizada de 2016 e 2017, em 28/02/2018.

O Boletim Informativo do PROADESS, nº 3 de agosto/2018 aponta algo muito semelhante para o Brasil. Informa que a TMI diminuiu ano após ano, de 26,1 (em 2000) para 13,3 (em 2015) e que houve um incremento para 14 em 2016, relacionado principalmente à mortalidade pós neonatal, e mais associado à diminuição de 5,3% no número de nascidos vivos (em grande parte decorrente da epidemia de Zika) do que à redução de 3,1% do número de óbitos nessa faixa etária. Acrescenta ainda que em 2016 mantiveram-se as desigualdades geográficas da última década, variando de 10, na região Sul a 18 na Norte. No estado, também ocorreu uma diminuição de 7,52% no número de nascidos vivos,

acredita-se que pelas mesmas causas (Zika), não tendo ocorrido praticamente alteração no número de óbitos. No gráfico 25, percebe-se a inversa proporção de nascidos vivos e TMI para o estado. O número de nascidos vivos apresenta-se dividido por 10.000 para facilitar a visualização e a comparação com a taxa de mortalidade infantil.

Gráfico 25. Taxa de mortalidade infantil e nascidos vivos para o estado do Rio de Janeiro, 2008 a 2017.



Fontes: SIM e SINASC, base estadual do SIM atualizada de 2016 e 2017, em 28/02/2018.

A TMI variou em 2016 desde 8,34 na Baía da Ilha Grande a 17,11 na região Norte. Para 2017, embora com dados preliminares, a região que apresentou o pior resultado foi a Centro Sul, com 13,24, mantendo a Baía da Ilha Grande a menor taxa, de 5,84. Não existem até o momento informações consistentes de alterações significativas nas condições de vida da Baía da Ilha Grande que justifiquem esta melhoria na taxa, que diminuiu de 12,08 em 2015 para 5,84 em 2017. Entretanto, observando a série histórica desta região, percebe-se uma tendência de queda da taxa, que saiu de 11,15 em 2008 para 5,84 em 2017. Há oscilações nos anos de 2011, 2012, 2014 e 2015, quando aumentaram as taxas, enquanto nos anos intermediários e subsequentes há a retomada da tendência de queda. O que se deve investigar com mais detalhes são as ocorrências de óbitos dos menores de um ano relacionados ao componente pós-neonatal que ocorreram nos anos em que houve aumento da taxa nesta região.

O comportamento dos dois componentes da TMI é decorrente de causas diferentes, consequentes às vulnerabilidades e ações distintas para mudanças do cenário epidemiológico. As intervenções sobre a qualidade da atenção à saúde tendem a estar relacionadas com a mortalidade neonatal, enquanto aquelas sobre o meio ambiente (acesso aos serviços de saúde, emprego, renda, acesso a água de qualidade, educação, etc.), com a mortalidade pós-neonatal. A redução da mortalidade infantil nas últimas décadas ocorreu devido ao decréscimo dos óbitos que ocorrem no pós-neonatal. Mais recentemente, com taxas de mortalidade infantil menores, o componente neonatal tornou-se preponderante na composição da taxa e mais difícil de ser reduzido. A análise da distribuição dos óbitos de menores de um ano para 2017, por região de saúde e segundo os componentes, permite verificar que é na região da Baía de Ilha Grande que estas proporções são menos desiguais, havendo assim um contingente de óbitos no componente pós-neonatal que poderia ainda diminuir, gerando maior probabilidade de diminuição da TMI na região (Tabela 45).

Tabela 45. Distribuição proporcional dos óbitos infantis por componentes, segundo região de saúde, 2017.

Região de Saúde	< 1 ano	Neonatal				Pós neonatal		Razão neonatal / pós neonatal
		Precoce	Tardia	Total	%	N	%	
Baia da Ilha Grande	24	8	6	14	58,3	10	41,7	1,40
Baixada Litorânea	129	68	24	92	71,3	37	28,7	2,49
Centro Sul	65	39	15	54	83,1	11	16,9	4,91
Médio Paraíba	130	67	27	94	72,3	36	27,7	2,61
Metropolitana I	1763	847	332	1179	66,9	584	33,1	2,02
Metropolitana II	278	129	50	179	64,4	99	35,6	1,81
Noroeste	47	33	8	41	87,2	6	12,8	6,83
Norte	182	102	43	145	79,7	37	20,3	3,92
Serrana	128	70	23	93	72,7	35	27,3	2,66
Estado do Rio de Janeiro	2753	1368	530	1898	68,9	855	31,1	2,22

Fontes: SIM e SINASC /SVS/SES-RJ, base atualizada em: 04/10/2018

Investigação de Óbitos Infantis e Fetais

A Portaria GM/MS nº 72 de 2010 estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o SUS. Observa-se na Tabela 46 que a partir de 2011 ocorre um aumento na proporção dos óbitos infantis e fetais investigados, saindo de cerca de 51% para 69%. Este percentual vem oscilando, reflexo da dificuldade das secretarias municipais em manterem equipes de vigilância capacitadas.

Tabela 46. Proporção de óbitos infantis e fetais investigados por região de saúde, 2010 a 2017.

Região de Saúde/Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Baía da Ilha Grande	29,73	19,57	36,17	36,59	58,00	85,71	96,77	100,00
Baixada Litorânea	65,22	77,98	75,41	67,57	62,75	72,66	62,94	85,82
Centro Sul	64,91	84,91	91,53	85,71	88,46	92,06	86,76	89,23
Médio Paraíba	76,62	86,79	92,2	97,81	83,46	95,00	96,00	97,71
Metropolitana I	48,94	54,71	73,27	70,44	63,39	68,51	65,17	61,37
Metropolitana II	39,25	36,86	55,7	61,35	42,67	65,1	67,21	72,50
Noroeste	56,00	33,93	34,04	57,14	52,63	68,75	71,93	72,34
Norte	87,96	87,28	93,30	95,00	91,22	95,09	97,83	96,72
Serrana	33,88	27,08	65,58	72,73	56,04	68,00	61,94	66,41
Município ignorado	11,11	68,42	56,25	65,00	35,29	12,50	12,50	14,29
Estado do Rio de Janeiro	51,46	55,31	72,34	72,1	63,64	71,86	69,73	69,03

Fontes: SIM, módulo de investigação, painel de monitoramento da mortalidade infantil e fetal
*Situação base nacional em julho 2019.

3.4.3. Taxa de cesáreas

A OMS publicou em abril de 2015 uma nova declaração sobre as cesáreas. A preocupação é que se envidem esforços para garantir que cesáreas sejam realizadas nos casos em que são necessárias, em vez de haver uma preocupação com o alcance de uma taxa específica de cesáreas. Havia uma crença de que a taxa ideal de cesárea estaria entre 10% e 15% dos partos, mas a OMS concluiu que a cesárea é uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, quando indicada por motivos médicos. Ainda não estão claros quais são os efeitos das taxas de cesáreas sobre a morbidade materna e perinatal, os desfechos pediátricos e o bem-estar social ou psicológico. Embora não exista na atualidade uma classificação de cesáreas aceita internacionalmente que permita comparar as taxas de cesáreas em diferentes locais, em 2014 a OMS realizou uma revisão sistemática dos estudos que relatavam a experiência de profissionais que haviam usado a classificação de Robson.

Desde então, e após uma ampla revisão, a OMS vem propondo que a classificação de Robson seja utilizada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesáreas. Dessa forma, embora o indicador tripartite pactuado atualmente seja um percentual de parto normal no SUS e na saúde suplementar, talvez seja melhor ampliar as discussões quanto a estratégias para implantação desta classificação de Robson em todas as maternidades no estado.

Ao longo dos anos, a taxa de parto normal vinha diminuindo, até que a partir de 2014, com a implantação da Rede Cegonha, este cenário começa a mudar e pode melhorar com articulação direta dos municípios e estado com os prestadores, bem como com a indução financeira dos serviços por meio de cofinanciamento estadual (tabela 47).

Tabela 47. Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar por região de saúde, 2008 a 2017.

Região de Saúde	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Baía da Ilha Grande	40,53	40,48	37,35	38,05	36,29	35,74	32,45	34,56	38,91	40,29
Baixada Litorânea	40,54	38,28	36,12	34,21	32,73	32,44	32,28	33,53	33,92	35,51
Centro Sul	48,42	44,11	44,17	41,20	38,90	37,35	38,89	37,91	39,54	39,90
Médio Paraíba	32,05	33,14	32,11	30,26	29,18	26,84	25,91	26,83	28,18	27,88
Metropolitana I	47,17	45,51	43,04	42,88	42,31	42,86	43,53	45,02	46,43	48,45
Metropolitana II	33,29	32,14	29,52	27,76	28,18	27,51	26,95	28,86	30,99	33,11
Noroeste	19,47	18,01	16,75	18,77	14,80	11,36	10,76	10,87	10,77	8,37
Norte	38,32	35,38	35,40	33,68	32,36	30,00	29,92	30,93	30,91	32,78
Serrana	38,43	37,77	35,30	34,22	31,22	31,02	30,42	30,34	30,55	31,38
Estado do Rio de Janeiro	42,99	41,54	39,28	38,70	37,87	37,74	37,92	39,24	40,54	42,22

Fonte: Tabnet, SES-RJ, agosto 2019.

3.5. Rede de Atenção Psicossocial - RAPS

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, tendo como base a Lei Federal nº 10.216/2001, vem apontando ao longo de décadas a direção do cuidado em liberdade como mote necessário e irrevogável das ações em saúde mental, implementando a substituição do modelo asilar de tratamento, excludente e ineficaz - como pontuam, em Nota Técnica, a Organização Panamericana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS, 2017), por outro, de base territorial e comunitária, que no Brasil consiste prioritariamente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dispositivos de acolhimento à crise e de articulação do cuidado ofertado pelos demais equipamentos que fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, instituída pelo Ministério da Saúde, em 23 de dezembro de 2011.

No estado do Rio de Janeiro, a RAPS foi pactuada em todas as regiões de saúde, havendo 151 CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde (Quadros 23 e 24).

Quadro 23. Serviços da Rede de Atenção Psicossocial habilitados pelo Ministério da Saúde, julho/2018.

CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD	CAPS ad III	SRT	Leitos em SHR
45	**49**	**3**	**27**	**22**	**5**	**163**	**143**

Fonte: Coordenação Nacional de Saúde Mental/MS, julho/2018.

Quadro 24. Rede de Atenção Psicossocial implantada no estado do Rio de Janeiro.

Regiões	Rede de Saúde Mental									
	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD	CAPS ad III	SRT	Leitos em SHR	UAi	UAa
Baía da Ilha Grande	2	1	-	1	1	-	-	12	-	-
Baixada Litorânea	6	3	-	2	1	-	9	4	-	-
Centro Sul	8	2	-	1	2	1	22	30	-	-
Médio Paraíba	7	6	-	4	4	-	12	35	-	-
Metropolitana I	-	25	5	16	12	4	123	67	-	2
Metropolitana II	2	7	-	4	3	1	23	25	1	-
Noroeste	7	1	-	1	1	-	8	24	-	-
Norte	6	2	1	2	1	1	3	12	1	-
Serrana	11	5	-	2	-	1	20	30	-	-
Estado do Rio de Janeiro	49	52	6	33	25	8	220	239	2	2

Fonte: Gerência de Saúde Mental/SES-RJ, set/2018.

O parâmetro utilizado para avaliar a cobertura deste serviço é de 01 CAPS/100.000 habitantes. O estado do Rio de Janeiro possui uma taxa de 0,79 de cobertura de CAPS (2017), representando uma cobertura “muito boa”. Cabe advertir que este indicador, quando utilizado isoladamente, não reflete integralmente a expansão da Rede de Atenção Psicossocial e, portanto, a cobertura assistencial.

Com relação ao indicador de Ações de Matriciamento realizadas por CAPS em conjunto com as equipes de Atenção Primária, sua implantação de monitoramento pelo Ministério da Saúde começou no ano de 2017. Por ser um indicador novo e que exige o uso do Sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), sua produção, em 2017, foi muito baixa (21%). Somente CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde podem utilizar o sistema do RAAS.

A potência dos serviços substitutivos ao modelo manicomial pode ser demonstrada no estado por meio dos dados levantados pela Gerência de Saúde Mental (GSM/SESRJ), em outubro de 2017.

De um universo de 169 CAPS existentes na época do levantamento, 152 serviços informaram que, no período de 1 a 5 anos, 29.460 usuários mantiveram-se em atendimento sem necessitar da internação psiquiátrica como recurso de tratamento. No período de 5 a 10 anos, 11.970 usuários mantiveram-se em atendimento sem necessitar de internação psiquiátrica como recurso de tratamento, e em um período de mais de 10 anos, 8.642 usuários foram tratados sem necessitar da internação psiquiátrica. Outro dado importante diz respeito à informação sobre os atendimentos à crise realizados pelas equipes dos CAPS; no período de 01/10/2016 a 01/10/2017, 152 CAPS realizaram 8.290 atendimentos à crise, o que corresponde a uma média de 55 atendimentos à crise por CAPS por ano. É extremamente necessário que se priorize o investimento no fortalecimento dos serviços de base territorial e comunitária como estratégia de cuidado para a redução do número de internações. No estado do Rio de Janeiro, que já foi um dos maiores parques manicomiais do país, ainda se encontram 2.220 leitos SUS, e desses, 314 são leitos de Hospitais Psiquiátricos de Custódia. Atualmente há 16 Hospitais Psiquiátricos, com 1.192 pacientes internados há mais de um ano, o que demonstra a necessidade de implementação das ações de desinstitucionalização e implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT para essa clientela egressa dos Hospitais Psiquiátricos e de Custódia.

Devido ao acelerado processo de desmonte das Políticas Públicas em nosso país, foi constatado o crescente sucateamento dos serviços, tanto na infraestrutura como nos recursos humanos (precarização dos contratos de trabalho), produzindo um excesso de rotatividade dos trabalhadores, o que compromete a qualificação técnica e dos serviços e consequentemente a plena sustentação da potência de cuidado ofertada pelos dispositivos da RAPS. Ao lado disso, soma-se a disputa de projetos, como as comunidades terapêuticas - que se encontram na contramão da Reforma Psiquiátrica, por serem instituições centradas na internação e no isolamento do usuário -, funcionando sob a lógica asilar e excludente vigente nos hospícios. Fere ademais a necessária laicidade das ações em saúde por ser, via de regra, de cunho religioso. Vale ressaltar que a OPAS/OMS apontam contundentemente a inadequação e ineficácia das internações involuntárias ou compulsórias no

tratamento de usuários em uso prejudicial de álcool e outras substâncias. Cabe ressaltar, ainda, que ao estabelecerem a abstinência como regra para ingresso e permanência dos usuários, as comunidades terapêuticas contrariam a Política Nacional de Redução de Danos, instituída pela Portaria MS/GM no 1.028, de 1º de julho de 2005, comprometendo, já de início, a garantia do princípio da universalidade de acesso.

Considera-se que a RAPS precisa ser ampliada e mantida de forma qualificada, para que seja possível superar a situação de precarização na qual se encontra grande parte dos serviços de saúde mental na atualidade, em razão, fundamentalmente, da falta de recursos públicos dispensados aos CAPS e aos demais dispositivos da RAPS, tendo em vista a garantia da integração e articulação entre os pontos de atenção das redes de saúde no território, o cuidado por meio do acolhimento, o acompanhamento contínuo e a atenção às urgências.

3.6. Rede Estadual de Urgência e Emergência - RUE

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS nº 1.600, de 07 de julho de 2011, tem como objetivo organizar o atendimento aos usuários com quadros agudos, por meio de fluxos estabelecidos no Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência e, assim, criar um modelo de financiamento e monitoramento federal em cada uma das nove regiões de saúde.

A RUE tem como componentes a promoção, prevenção e vigilância à saúde, a atenção primária em saúde, o SAMU 192, a sala de estabilização, a UPA 24h, o conjunto de serviços de urgência 24h e atenção domiciliar, além do componente hospitalar, que por meio de pactuações consolidadas a partir do Plano de Ação Regional garantem retaguarda no atendimento de média a alta complexidade. Os hospitais ofertam procedimentos diagnósticos, leitos clínicos de retaguarda, leitos de cuidados prolongados e leitos de UTI, reforçando a garantia do cuidado hospitalar nas linhas prioritárias - traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular.

Com o objetivo de instituir recomendações para fomentar e aperfeiçoar a implantação das redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, melhorando a organização da assistência, articulando os serviços e definindo fluxos e referências resolutivas entre os componentes de urgência e emergência, a Secretaria de Estado de Saúde fez a publicação da Resolução SES nº 1.692, de 25/5/18, recomendando critérios mínimos municipais para atendimento em urgência e emergência.

Os Planos de Ação Regionais da Rede de Urgência e Emergência devem ser a base para a organização, articulação, hierarquização e financiamento da Rede. As regiões Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea e Noroeste ainda não possuem os seus respectivos Planos de Ação elaborados e implementados, enquanto as demais já pactuaram seus planos. Os planos já pactuados necessitam de atualização, em especial os planos das regiões metropolitanas, elaborados em 2012.

A Central de Regulação Médica de Urgências é o elemento orientador e ordenador, organizando a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo de pacientes na Rede e gerando um canal de comunicação aberto ao público, através do qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados - acessados pelo número 192. Os municípios Angra dos Reis, Três Rios, Niterói, Volta Redonda, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro e Petrópolis sediam a Central de Regulação às Urgências de suas respectivas regiões.

No estado, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) é composto por Unidades de Suporte Básico de Vida (USB), sendo 64 Terrestres e 1 Equipe Embarcação, 24 Unidades de Suporte Avançado de Vida (USA) Terrestres e 4 Motolâncias. O SAMU 192 é encontrado em 06 regiões de saúde, sendo que a Baixada Litorânea, Norte e a Noroeste não contam com o serviço (Quadro 25).

Quadro 25. Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), estado do Rio de Janeiro, 2019.

Região	USA[1] Terrestre	USB[2] Terrestre	Outros Serviços
Baía da Ilha Grande	2	8	USB[2] Equipe Embarcação 1
Centro Sul	2	10	
Médio Paraíba	7	15	
Metropolitana I	27	79	
Metropolitana II	7	16	Motolância 4 Outros veículos USB 1
Serrana	1	8	
Estado do Rio de Janeiro	46	136	USB[2] Eq. Embarcação 1 Motolância 4

Fonte: CNES; Nota: A gestão do SAMU é municipal.

1. USB - Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre: Ambulância de Suporte Básico, para pacientes sem necessidade de atendimento médico local ou durante o transporte e com risco de vida desconhecido.
2. USA - Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre: Ambulância de Suporte Avançado: para atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos.
3. Embarcação de Transporte Médico – Equipe embarcação: destinado ao transporte por via marítima ou fluvial.
4. Veículos de Intervenção Rápida: veículos leves, veículos rápidos ou veículos de ligação médica.

As Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h estão presentes em todas as regiões de saúde do estado, sendo 45 de gestão municipal e 29 de gestão estadual (destas, 24 na Metropolitana I, com 16 no município do Rio de Janeiro), se distribuindo em 69 UPAs mistas, 03 UPAs pediátricas, 1 UPA adulto e 1 UPA cardiológica (Quadro 26). A UPA de Itaperuna, atualmente gerida pelo município, terá gestão estadual a partir de 2020.

Outros serviços de Pronto Atendimento (PA) e Pronto Socorro (PS), sob gestão municipal, com sala de estabilização para atendimento ao paciente crítico/grave, estão presentes em 43 municípios do estado e encontram-se também enumerados no quadro abaixo.

Quadro 26. Serviços de Pronto Atendimento/Pronto Socorro às urgências com sala de estabilização, regiões de saúde e estado do Rio de Janeiro, 2019.

Serviço	UPA				Outros PA/PS		
Região	**N UPA**	**Gestão**	**Perfil**	**Município Sede**	**N**	**Sala de Observação Pediátrica**	**Municípios c/ serviços**
Baía de Ilha Grande	1	Munic 1	Ped	1	PA 5	3	1
Baixada Litorânea	5	Munic 4 Est 1	Mista 4 Ped 1	3 -	PA 5 PS Geral 2	- 2	5
Centro Sul	1	Munic 1	Mista 1	1	PA 1 PS Geral 1	- 1	2
Médio Paraíba	3	Munic 3	Mista 3	3	PA 2 PS Geral 5	- 2	6
Metropolitana I	47	Munic 24 Est 23	Mista 45 Ped 2 Adulto 1 Cardiol 1	10	PA 1 PS Geral 19 PS Espec 2	1 14 2	6
Metropolitana II	9	Munic 5 Est 4	Mista 9	5	PA 5 PS Espec 1	4 -	6
Noroeste	1	Munic 1	Mista 1	1	PA 2 PS Geral 4	- -	6
Norte	3	Munic 2 Est 1	Mista 3	2	PA 13 PS Geral 6	6 2	6
Serrana	4	Munic 4	Mista 4	3	PA 3 PS Geral 4	2 2	6
Estado	74	Munic 45 Est 29	Mista 69 Ped 3 Adulto 1 Cardiol 1	N/A	74 PA 37 PS Geral 41 PS Espec 1	16 25	43

Fonte: CNES, 2019 e SES RJ

De acordo com o CNES, encontram-se instalados em todas as regiões de saúde do estado 380 hospitais gerais e especializados para o atendimento à população fluminense. Dentre eles, cerca de 202 hospitais realizam atendimento à demanda espontânea SUS às urgências (porta aberta), sendo 36 deles portas de entrada da RUE (Quadro 27), além de outros 15 hospitais referenciados (7 portas de entrada RUE).

Os principais desafios identificados no estado quanto à RUE são: o subfinanciamento; a falta de organização dos municípios quanto à formalização dos processos de contratualização (contratos de gestão, modelos de gestão, etc.); a falta de integração entre os entes federativos, dificultando o trânsito dos pacientes entre as diversas esferas e níveis de complexidade; a fragilidade na cobertura qualificada para os atendimentos em geral e a insuficiência de estrutura para o atendimento às emergências de competência da atenção primária; a insuficiência de leitos clínicos nos hospitais, gerando "internação" em unidades de pronto atendimento; e a dificuldade de contratar médicos fora dos grandes centros.

Quadro 27. Número de hospitais (gerais e especializados) com atendimento à demanda espontânea SUS às urgências (porta aberta), por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2019.

Região	Tipo	Municipais	Estaduais	Federais	ESFL*	Outros Privados
Baía de Ilha Grande	Hosp. Geral 6	3	0	0	2	1
Baixada Litorânea	Hosp. Geral 12	9	0	0	1	2
	Hosp. Espec. 1	1	0	0	0	0
Centro Sul	Hosp. Geral 8	3	0	0	5	1
Médio Paraíba	Hosp. Geral 19	9	0	0	9	1
	Hosp. Espec. 26	1	0	0	2	0
Metropolitana I	Hosp. Geral 22	15	2	3	1	6
	Hosp. Espec. 26	10	5	5	0	0
Metropolitana II	Hosp. Geral 14	9	3	0	2	0
	Hosp. Espec. 26	2	0	0	0	0
Noroeste	Hosp. Geral 11	4	0	0	5	1
Norte	Hosp. Geral 12	6	0	0	4	2
Serrana	Hosp. Geral 18	10	0	0	8	0
	Hosp. Espec. 1	1	0	0	0	0

Fonte: CNES, 2019
*ESFL: Entidade sem fins lucrativos

3.7. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – RCPD

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM nº 793, de 24 de abril de 2012, e da Portaria GM nº 835, de 25 de abril de 2012, instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). Atualmente essas normas foram atualizadas pelas Portarias de Consolidação MS/GM nº 3 de 28 de setembro de 2017, que consolida as definições sobre as redes do Sistema Único de Saúde, e a nº 6, de 28 de setembro de 2017, que descreve sobre as normas de financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

As portarias propõem a formação de Centros Especializados de Reabilitação (CER), com mais de uma modalidade de atenção, - física, auditiva, visual e intelectual -, incluindo as múltiplas deficiências, o cuidado à pessoa com ostomia, atenção à pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo – TEA (reabilitação intelectual), assim como as Oficinas Ortopédicas.

A Portaria GM/MS nº 381, de 06 de fevereiro de 2017, dispõe sobre as transferências fundo a fundo de recursos financeiros de capital ou corrente, do Ministério da Saúde a estados, Distrito Federal e municípios, destinados à execução de obras de construção, ampliação e reforma. A Resolução CIT nº 10, de 08 de dezembro de 2016, dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do SUS. Estes dois documentos, mais recentes, afetaram diretamente a RCPD.

Em sete regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro houve elaboração de Plano de Ação Regional, a saber: Metropolitana II, Metropolitana I, Médio Paraíba, Centro Sul, Baixada Litorânea, Baia da Ilha Grande e Noroeste. As regiões Serrana e Norte se encontram em fase de elaboração de seu Plano de Ação Regional.

Atualmente, a Coordenação Geral da RCPD do Ministério da Saúde está solicitando reavaliação dos Planos de Ação Regionais, quanto aos seus pleitos pactuados em CIB até a presente data, tendo em vista a necessidade de um escalonamento quanto às prioridades regionais.

3.8. Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica (AF) envolve uma série de atividades complexas planejadas e executadas de forma a garantir o acesso a medicamentos de comprovada eficácia e qualidade e seu uso racional pela população de um território. Ela é um direito fundamental, garantido na Lei Orgânica

do SUS e compartilhado entre as três esferas de gestão do sistema. A divisão de responsabilidades pela AF entre os entes federativos está expressa nos seus principais marcos legais (a Política Nacional de Medicamentos, Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004) e na Portaria nº 204, de 19 de janeiro de 2007, e tem como base a diretriz da descentralização da gestão.

No estado do Rio de Janeiro, a Secretaria de Saúde deve apoiar técnica e financeiramente os municípios, visando garantir o acesso aos medicamentos e insumos da Atenção Primária. O financiamento é tripartite e, no caso do estado do Rio de Janeiro, sua execução é descentralizada para os municípios, conforme Deliberação CIB n° 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. Nessa deliberação, foi pactuado o repasse financeiro do estado para os municípios, no valor de R$2,50 por habitante/ano, para a aquisição de medicamentos e de insumos (tiras reagentes para dosagem da glicemia capilar, lancetas e seringas com agulha acoplada).

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), regulamentado por meio da Portaria GM/MS de Consolidação nº 1, de 28/09/2017 (Origem: Portaria GM/MS nº 1554 de 30/07/2013), é uma estratégia de acesso a certos medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde. O principal objetivo desse Componente é a busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde. 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 constituem as linhas de cuidado para as doenças contempladas nesse 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 Ministério da Saúde, se subdivide em grupo 1A (aquisição central pelo Ministério da Saúde) e grupo 1B (aquisição pelos estados, mas com ressarcimento pelo Ministério da Saúde, mediante apresentação e aprovação das Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais - APACs 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 à 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 de Estado 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 de Consolidação nº 1, de 28/09/2017 (Origem: Portaria GM/MS nº 1554/2013, Art. 3º).

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 Clínicas e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecidos pelo Ministério da Saúde. As regras para a dispensação dos medicamentos do Grupo 3 estão regulamentadas também na mesma Portaria, que aprova a Assistência Farmacêutica na Atenção Primária.

Para garantir o acesso aos medicamentos do CEAF no estado do Rio de Janeiro, existem distribuídos no território três (03) Farmácias Estaduais de Dispensação de Medicamentos Especiais – RIO FARMES (Rio Farmes Praça XI na capital, Rio Farmes Nova Iguaçu e Rio Farmes Duque de Caxias). Ademais, a SES-RJ trabalha em parceria com os municípios que são polos regionais para cadastro e dispensação dos medicamentos especializados, 25 (vinte e cinco) polos municipais de dispensação dos medicamentos especializados, que atendem seus munícipes e os pacientes dos municípios adstritos, e 10 (dez) Centros de Referência, conforme tabela no Anexo I.

Atualmente, no CEAF, se encontram com cadastro ativo aproximadamente 62.000 pacientes. O CEAF, no estado, realizou cerca de 520.481 atendimentos no período de janeiro a dezembro/17 e 557.798 atendimentos de janeiro a novembro/18.

Para todos os medicamentos do CEAF cuja compra é de responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde, sejam eles adquiridos com recurso federal ou estadual, há processos de aquisição em tramitação ou com Ata de Registro de Preços vigente. Entretanto, devido à notória crise financeira que o estado vem enfrentando desde o final de 2015, que culminou na promulgação da Lei Estadual nº 7.483, de 08 de novembro de 2016, reconhecendo o estado de calamidade pública no âmbito da administração financeira - declarado pelo Decreto n° 45.692, de 17 de junho de 2016 -, alguns dos fornecedores têm deixado de firmar novos contratos com a SES-RJ e se recusado a retirar novos empenhos emitidos. Apesar dos esforços empreendidos pela SAFIE, a maior parte das faltas se deve aos atrasos de entregas dos medicamentos do grupo 1A, algumas licitações desertas ou fracassadas dos medicamentos dos grupos 1B e 2, bem como problemas de disponibilidade do produto do mercado.

O Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde - Hórus Especializado, conforme determinação da Portaria nº 1.737, de 14 de junho de 2018, já foi implantado nas RIOFARMES Praça XI, Nova Iguaçu e Caxias, porém se aguarda a melhora de sua *performance* para que possa ser ampliado para os demais polos do CEAF/RJ.

Atualmente, os principais desafios para uma adequada gestão da assistência farmacêutica estadual são:

- A reestruturação e modernização do modelo de acesso, distribuição e dispensação do medicamento do CEAF, por meio do credenciamento e oficialização do funcionamento dos polos municipais e centros de referência, e a melhoria da infraestrutura nos polos municipais de dispensação dos medicamentos do CEAF, com apoio financeiro, visando à qualificação do atendimento aos usuários e à ampliação do acesso;

- A capacitação técnica dos profissionais dos polos de dispensação de medicamentos especializados e a informatização dos polos municipais e centros de referência, para que a dispensação e prestação de contas sejam realizadas *online* de forma a otimizar a programação e a dispensação dos medicamentos;

- A qualificação da gestão municipal da assistência farmacêutica e o monitoramento/acompanhamento das ações municipais relacionadas a esta atividade;

- A capacitação contínua dos farmacêuticos para atuação na gestão da assistência farmacêutica nos municípios.

4. Gestão em Saúde

4.1. Regionalização da Saúde

No estado do Rio de Janeiro, o processo de regionalização da atenção à saúde tem sido impulsionado desde os anos 2000 pelas diretrizes nacionais, guardando estreita relação com as orientações normativas do MS por meio das Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS SUS 2001/2002 e do Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006).

Dessa forma, a conformação das regiões de saúde remonta às NOAS SUS 2001/2002 e esse desenho tem se mantido, apesar de algumas alterações pontuais e temporárias ocorridas.

Em 2011, o Decreto nº 7.508 trouxe nova ênfase ao tema e propôs um instrumento de compromisso entre gestores das três esferas de governo, o Contrato Organizativo das Ações Públicas (de saúde) – COAP. Apesar de, naquele momento, o Ministério da Saúde colocar a proposta no centro da agenda da regionalização, somente dois estados experimentaram a formalização do COAP, mas não mantiveram este instrumento em vigor. Os demais, incluindo o Rio de Janeiro, não trilharam este caminho.

Do ponto de vista da governança, os Colegiados de Gestão Regional - CGR propostos no Pacto pela Saúde foram instituídos no estado em 2009, sendo esta denominação alterada a partir do Decreto nº 7508/2011 para Comissão Intergestores Regional – CIR.

As CIR funcionam regularmente nas nove regiões, com reuniões mensais ordinárias e reuniões extraordinárias quando demandadas. O mesmo ocorre com os Grupos de Trabalho sobre os diversos temas da gestão e da assistência à saúde, instituídos no âmbito das Comissões Regionais.

No período mais recente, a regionalização foi objeto de Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, que tratam das duas perspectivas abordadas acima, isto é, o desenho regional e a governança. A Resolução CIT Nº 37/2018 estabelece diretrizes para o "Planejamento Regional Integrado" e preconiza a conformação de macrorregiões de saúde. A Resolução CIT nº 23/2017 está voltada, principalmente, à "Governança das Redes de Atenção à Saúde". Ambos os documentos suscitaram dúvidas e questionamentos por parte da SES-RJ e do Cosems-RJ, em particular no tocante à proposta do MS para conformação de macrorregiões no estado do Rio. Os questionamentos ocorreram, sobretudo, pela insuficiência das necessárias bases técnicas e evidências para amparar tal proposição e seu aceite por parte do estado e dos municípios. Por esta razão, a pactuação preliminar em torno dessa proposta, nos termos da Deliberação CIB RJ nº 5.370/2018, foi revogada no final de 2018.

Neste mesmo ano de 2018, ao ensejo da conjuntura, a SES organizou um seminário com especialistas convidados para debater o tema da regionalização em suas duas grandes vertentes: o desenho territorial para conformação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a governança regional. As contribuições proporcionadas pelo seminário convergiram para a avaliação da SES e do Cosems sobre a necessidade de aprofundamento desta temática para subsidiar o planejamento regional e uma possível proposta de reorganização das regiões de saúde. Este processo está em curso e integra os esforços do planejamento e da gestão estadual do SUS em seu novo ciclo quadrienal.

4.2. Planejamento Estadual

O Planejamento em Saúde foi recolocado na agenda do gestor a partir das inovações políticas, gestoras e assistenciais estabelecidas no Decreto nº 7.508/2011 e na Lei complementar 141/2012.

> "*O Planejamento no SUS é uma função gestora, que além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS*" (Manual de Planejamento no SUS, 2016).

Conforme concebido pelo Ministério da Saúde, tem por objetivo a integração dos instrumentos de planejamento do SUS – Plano de Saúde (PS), Programação Anual de Saúde (PAS), Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Relatório Anual de Gestão (RAG) com os instrumentos orçamentários – Plano Plurianual, Lei de Diretrizes orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA). Adicionalmente, destaca-se como objetivo do Planejamento em Saúde o fortalecimento sistêmico e interfederativo do SUS, já que através dos seus instrumentos oficiais expressa as responsabilidades dos gestores de cada esfera de governo em relação à rede de atenção à saúde da população do seu território de abrangência.

Os chamados indicadores de pactuação devem ser entendidos no contexto de planejamento como representativos de uma seleção de temas e problemas prioritários a serem enfrentados pelo setor saúde. A definição de responsabilidades e estabelecimento de metas para os indicadores de monitoramento e avaliação fazem parte do processo de planejamento em saúde, na medida em que anualmente municípios, estados e União pactuam um conjunto de indicadores que expressam as Diretrizes e Objetivos aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde.

O estabelecimento das metas anuais é uma etapa rica para o planejamento da saúde no estado do Rio de Janeiro, sendo o momento em que a SES, em conjunto com técnicos municipais, realiza análises do desempenho de cada indicador nos anos anteriores, compreende o momento atual e discute a factibilidade para o cumprimento de metas futuras, considerando a disponibilidade de recursos, capacidade organizacional, além dos condicionantes políticos e econômicos. Este momento de monitoramento e avaliação permite aos gestores a identificação de fragilidades e oportunidades para interferirem numa dada realidade, expressa pelos resultados dos indicadores, além do debate regional quanto às responsabilidades pelos resultados destes indicadores. O resultado deste processo representa a assunção de compromissos dos gestores para o alcance de determinados objetivos, assim como as responsabilidades assumidas para estes propósitos, expressas em uma série de ações a serem executadas e que fazem parte da programação anual de saúde (PAS) de cada secretaria municipal e estadual.

A Resolução CIT nº 2/2016 definiu um novo rol de indicadores tripartite a serem utilizados no planejamento, reduzindo 67 indicadores pactuados no período de 2013 a 2015 para 28 em 2016. As áreas técnicas da SES, em conjunto com o COSEMS-RJ e apoio do CES, avaliaram que houve a exclusão de importantes indicadores monitorados pelo estado e municípios ao longo dos últimos anos, e para não haver descontinuidade no processo de monitoramento, decidiram realizar uma pactuação bipartite complementar com o acréscimo de alguns indicadores. Em dezembro de 2016, a Resolução CIT nº 8 estabeleceu nova listagem de indicadores tripartite para o período 2017-2021. Houve, consequentemente, no âmbito estadual, uma nova pactuação bipartite com os mesmos objetivos anteriores, definindo 14 indicadores de pactuação bipartite, modificada em junho de 2018 pela Deliberação CIB-RJ nº 5.356, que excluiu três indicadores devido a dificuldades na apuração dos dados por mudanças nos sistemas de informação. A nova listagem para pactuação bipartite, estabelecida para 2020, alterou dois indicadores relacionados à Violência e AIDS.

O sistema informatizado disponibilizado nacionalmente pelo DATASUS para o registro das pactuações tripartite era o SISPACTO. No início de 2018, foi anunciado que um novo sistema, o digiSUS, teria um módulo para inserção das metas pactuadas, o que só se tornou realidade em 2019. Desde 2016, para o registro das metas dos indicadores de pactuação bipartite tem sido utilizada a ferramenta FormSUS. O Anexo J apresenta a listagem de Indicadores tripartite 2017-2021 e Indicadores Bipartite 2020. No link https://www.saude.rj.gov.br/informacao-sus/dados-sus/2019/01/indicadores podem ser consultados os resultados destes indicadores.

É importante frisar que a tarefa de planejar exige conhecimento técnico contextualizado de modo socioeconômico e histórico, para estimular a capacidade crítica, técnica e a ação política dos profissionais de saúde.

4.3. Planejamento Regional Integrado – PRI

Está em curso o segundo ciclo de planejamento regional integrado no estado do Rio de Janeiro, iniciado em setembro de 2017 e precedido de avaliação do ciclo anterior, cujo período foi 2013 a 2016. Conforme orienta a Resolução CIT nº 23, de 17 de agosto de 2017, a implementação do planejamento regional integrado visa à organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com a integração regional das ações e serviços de saúde, em conformidade com a Lei Complementar nº 141/2012.

O método instituído para iniciar esse segundo ciclo foi operar através de dois grupos – o Grupo Condutor Estadual (GCE), responsável por conduzir o processo, composto por representantes da SES-RJ e do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COSEMS) e o Grupo Condutor Regional (GCR), responsável por operacionalizar o processo em sua região de saúde, e composto pelos representantes regionais das seguintes áreas técnicas: planejamento em saúde; controle e avaliação, atenção básica; vigilância em saúde; urgência e emergência (RUE); atenção materno-infantil (Rede Cegonha); saúde mental (RAPS); deficiência (RCPD); educação em saúde e CIES; média e alta complexidade e regulação.

O primeiro momento do processo foi a construção do diagnóstico regional, e, para subsidiar as discussões regionais, dados e informações em saúde foram fornecidos pelas equipes técnicas do estado aos GCR. Os atores municipais, trabalhando regionalmente, aportavam suas informações e contribuições, após análise do material.

O contexto do último ano da gestão estadual era de enfraquecimento, especialmente pela descontinuidade dos repasses municipais, tanto para atenção primária, quanto para a especializada. Ainda assim, os nove diagnósticos regionais foram produzidos e pactuados nas respectivas Comissões Intergestores Regional (CIR). Eles representam o fruto de um trabalho ascendente, conduzido pela parceria SES-RJ-COSEMS/RJ, que, por meio de oficinas regionais, em muitas delas com a presença de atores estaduais e apoiadores regionais do COSEMS, alcançou esse resultado positivo.

A partir dessas discussões, no âmbito da CIR, os principais problemas das regiões de saúde foram identificados, culminando em amplo Seminário, em novembro de 2018, com a apresentação do diagnóstico situacional do estado e dos dez principais problemas de saúde identificados por cada uma das nove regiões do estado.

Em agosto de 2019, a partir de novo diálogo com o COSEMS, a Assessoria de Planejamento e a Assessoria de Regionalização da SES propõem a retomada desse processo de PRI, com uma matriz norteadora (Quadro 28). Objetiva-se que os gestores, na CIR, validem/revisitem os problemas identificados em 2018, no contexto de uma nova gestão. Nessa matriz, além dos problemas regionais, comparecem a sua fundamentação nos respectivos diagnósticos regionais e as metas quadrienais do PES que lhes são correlacionadas. A última coluna pretende trazer informações dos planos municipais vigentes relacionadas aos problemas elencados e, adicionalmente, visa o aprimoramento dos próximos planos municipais para a vigência 2022-2025, que serão elaborados em 2021.

Quadro 28. Matriz do Planejamento Regional Integrado – PRI.

Principais Problemas Regionais de Saúde (novembro 2018)			
Problemas regionais de saúde identificados	**Descritores dos Problemas Fundamentação no Diagnóstico de Saúde**	**Metas do PES 2020-2023**	**Municípios/Região de saúde**
			. Como este problema regional de saúde comparece nos PMS? . Como este problema tem sido abordado nos espaços regionais?

Fonte: Assessoria de Planejamento e Assessoria de Regionalização, SES-RJ, 2019.

4.4. Controle e Avaliação

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. As políticas de financiamento, de concessão de incentivos, de habilitação e qualificação de serviços da atenção especializada e a orientação à regulação, no que concerne aos limites físicos e financeiros da Programação Pactuada e Integrada (PPI), são processos inerentes a essa função de gestão da saúde. Para tanto, sua atuação se apoia nos dados inseridos nos Sistemas de Informação do SUS.

No estado do Rio de Janeiro, os 92 municípios possuem a gestão de seu sistema de saúde municipal, incluindo seus prestadores e recursos de média e alta complexidade. No entanto, persiste a necessidade de fortalecimento dos mecanismos de controle e avaliação por parte da gestão estadual, de modo a atuar sobre os seguintes aspectos:

- Melhorar o baixo faturamento por parte dos municípios e hospitais estaduais em relação aos recursos da média e alta complexidade (financiamento MAC) alocados no estado;
- Agilizar os processos de habilitação de serviços de atenção especializada;
- Reorganizar a PPI, bem como coordenar e cooperar com os municípios nestas atividades.

4.5. Judicialização da Saúde

O relatório analítico do Conselho Nacional de Justiça – CNJ, intitulado "Judicialização da Saúde no Brasil", aponta que o número de demandas judiciais relativas à saúde aumentou 130% entre 2008 e 2017, enquanto o número de processos judiciais gerais cresceu 50%. Além disso, de acordo com o Ministério da Saúde, houve um crescimento de aproximadamente treze vezes nos gastos do Estado com demandas judiciais, atingindo o montante de R$ 1,6 bilhão em 2016[2]. Essa mesma tendência de crescimento de demandas judiciais relacionadas à saúde está sendo observada no Estado do Rio de Janeiro.

Com o crescimento da judicialização da saúde nos últimos anos, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, por meio da Subsecretaria Jurídica, empreendeu esforços para efetivar meios de melhor se organizar para o enfrentamento dessa questão, seja com estrutura interna e/ou com parcerias e convênios com outros órgãos, tais como Tribunal de Justiça, Tribunal Regional Federal e Defensorias Públicas do Estado e da União. São elas: Assessoria de Atendimento de Demandas Judiciais, Núcleo de Assessoria Técnica ao Judiciário e a Câmara de Resolução de Litígio em Saúde.

A Assessoria de Atendimento a Demandas Judiciais foi criada através da Resolução SES-RJ/SMS-RJ nº. 36 de 17 de julho de 2007 e tem como suas principais atividades receber as intimações referentes às ações de saúde, dar cumprimento às decisões judiciais e organizar e controlar o estoque dos medicamentos e insumos destinados ao atendimento das ordens judiciais. A partir da criação da AADJ, a SES-RJ passou a realizar pregões para registrar o preço de diversos produtos demandados por via judicial, sobretudo medicamentos, buscando assim evitar o desabastecimento e minimizar as perdas dos produtos por expirar o prazo de validade. Além da execução dessas atividades, a AADJ tem ainda o papel de manter ativo o canal de comunicação com o poder judiciário, defensoria e ministério público, oficiando-os sempre que intimada a respeito da ação executada, em resposta às demandas judiciais e/ou questionamentos, tais como sobre estoque de medicamentos, situação do processo de compra e previsão de prazo para satisfação da determinação judicial. No período de 2016 até a primeira quinzena de 2019, a SES-RJ recebeu 18.974 novos processos judiciais, tendo sido observado 116,8% de crescimento no período. Estima-se que pelo menos 70% das demandas judiciais atendidas pela AADJ referem-se a fornecimento de medicamentos. Considerando apenas o ano de

[2] Relatório analítico do CNJ intitulado "Judicialização da Saúde no Brasil" de 2019

2019, até a primeira quinzena de novembro, os medicamentos que tiveram maior número de demandas judiciais foram: Ranibizumabe 10mg/mL; Bevacizumabe 25mg/mL (frascos de 16mL e 4mL) e Aflibercepte 40mg/mL[3].

O Núcleo de Assessoria Técnica ao Judiciário (NAT) foi criado em 2009, com o objetivo de subsidiar tecnicamente os magistrados da Comarca da Capital nas ações judiciais que envolvem fornecimento de medicamentos, insumos para saúde, alimentos e tratamentos médicos, buscando com isso propiciar maior racionalização ao uso dos recursos públicos. O NAT é fruto de um convênio firmado entre o Tribunal de Justiça do Estado e a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. O convênio firmado entre a secretaria de estado de saúde do Rio de Janeiro e o tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, que deu início ao funcionamento do NAT, foi consequência da percepção, tanto do poder judiciário como do executivo, de que o volume de demandas judiciais relacionadas à questão de saúde só aumentam, e que para decisões qualificadas faltava aos magistrados maior entendimento técnico das questões que envolvem a forma de execução do direito à saúde por meio da política pública de saúde. O NAT, em seu início, atendia apenas duas Varas de Fazenda Pública da Capital, pois se tratava de um projeto piloto. Posteriormente, em virtude dos resultados e consolidação das suas atividades de suporte técnico aos magistrados e desembargadores, sua atuação foi expandida para todas as Varas de Fazenda da Capital, Câmaras Cíveis e também passou a dar suporte à Justiça Federal. O NAT, no período de 2016 a julho de 2019, emitiu 19.233 pareceres técnicos em questão de saúde, sendo que os números de pareceres anuais se mostraram estáveis nesse período[4].

A Câmara de Resolução de Litígios de Saúde (CRLS) é fruto de um convênio firmado em junho de 2012 (Termo de Convênio n° 003/0504/2012) entre as Secretarias de Estado e Municipal de Saúde, Procuradorias Geral do Estado e do Município do Rio de Janeiro, União Federal, Tribunal de Justiça do Estado, Defensoria Pública Geral do Estado e da União. A CRLS tem por objetivo evitar o ajuizamento de ações, promovendo o atendimento de partes assistidas pela DPGE e pela DPU, buscando soluções administrativas para oferta de medicamentos, agendamento de procedimentos cirúrgicos, exames médicos, internações e transferências entre unidades de saúde.

No período de 2016 a junho de 2019, foram realizados 62.422 atendimentos na CRLS, sendo que entre os anos de 2016 (13.644 atendimentos) e 2018 (17.333 atendimentos) foi observado um crescimento de 27% no número de atendimentos. No ano de 2019, no período de janeiro a setembro foram realizados 15.224 atendimentos, número superior ao observado no mesmo período de anos anteriores, o que nos leva a projetar que até o final do ano de 2019 o número de atendimentos será 48,8% superior ao observado no ano de 2016. As demandas mais frequentes que chegam à CRLS são relacionadas a acesso a medicamentos, consultas e exames. Para ilustrar, considerando os dados do ano de 2018, do total de 23.733 produtos solicitados (tratando nesse caso produtos como medicamentos, consultas, exames, cirurgias, equipamentos, etc.), 5.627 são referentes a medicamentos, 3.958 a consultas e 2.602 a exames. Um dos principais objetivos da CRLS é buscar resolver as demandas que chegam até ela de forma administrativa, reorientando os pacientes na rede SUS. Quanto a esse aspecto, temos observado que a resolutividade da CRLS tem aumentado no período de 2016 a 2019, sendo que em 2016 era de 53,8% a taxa de resolução administrativa das demandas, e em 2019 a mesma taxa está em 68,4%. Considerando essa resolução administrativa, focando nos principais produtos demandados, temos que apenas 54% das demandas relacionadas a medicamentos são resolvidas administrativamente; já as relacionadas a consultas e exames, são resolvidas com taxas de 88,3% e 86%, respectivamente[5].

Sendo assim, diante do exposto acima, verifica-se que mesmo com os esforços da SES-RJ em propor estruturas e ações que visam mitigar a judicialização da saúde, os mandados judiciais continuam crescendo, assim como as demandas que chegam até o NAT e CRLS, requerendo cada vez mais

[3] Informações fornecidas pela Assessoria de Atendimento de Demandas Judiciais por meio de relatórios feitos pelo setor.
[4] Informações fornecidas pelo Núcleo de Assessoria Técnica ao Judiciário.
[5] Informações fornecidas pela Câmara de Resolução de Litígios de Saúde, por meio de relatório gerencial elaborado pelo setor.

recursos humanos e estrutura para que as respostas sejam dadas em tempo oportuno e com qualidade técnica apropriada.

Numa perspectiva mais ampla, verifica-se que o desafio posto aos poderes executivo, legislativo e judiciário, de preferência com a participação da sociedade civil, é o de construir um consenso que delimite até que ponto é admissível a judicialização da saúde, sem que comprometa a operacionalidade do judiciário e a capacidade de gestão e orçamento, destinado pelo executivo, às ações e serviços de saúde. Para isso, é urgente que sejam construídas também condições para que o sistema de saúde entregue as ações que garantam o mínimo existencial para a sociedade, em conformidade com a constituição, sem que a porta de entrada para o sistema de saúde seja o judiciário ou estruturas paralelas que acabam por ser, no momento, atalhos necessários para minimizar a dificuldade de acesso, mas não suficientes para enfrentar o problema estrutural do sistema único de saúde.

4.6. Auditoria

A auditoria é um instrumento de gestão fundamental para o fortalecimento do SUS, que visa avaliar a gestão pública, de forma preventiva e operacional, sob os aspectos da aplicação dos recursos, dos processos, das atividades, do desempenho e dos resultados mediante a confrontação entre uma situação encontrada e um determinado critério técnico, operacional ou legal. Sua abordagem sistemática visa à avaliação e melhoria da eficácia dos processos de trabalho, controle e governança, objetivando a apuração de possíveis irregularidades e/ou impropriedades, que podem levar a danos tipificados como dolo, fraude ou impropriedade administrativa.

A auditoria é uma atividade formal e documentada sobre fatos já ocorridos (*pos factum*), sejam estes de origem contábil, financeira, assistencial, contratual, denúncia, com foco na demanda e abrangência estabelecida. Esta demanda pode ser interna ou externa (Ministério Público Estadual e Federal, Polícia Civil ou Federal, ALERJ, Ouvidorias, dentre outros).

O componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) teve suas funções e competências estabelecidas através da Resolução SES nº 1137, de 31 de março de 2015.

4.7. Ouvidoria

O estímulo à implantação de serviços de Ouvidoria do SUS no estado do Rio de Janeiro advém do reconhecimento da necessidade de ampliação dos canais de participação do cidadão com o serviço público de saúde. As ouvidorias em saúde permitem que o cidadão, por meio de uma manifestação individualizada, possa interferir nas proposições de formulações de políticas públicas em saúde, transformando sua participação em uma ação que irá afetar toda a coletividade. As atividades desenvolvidas pela Ouvidoria Geral da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro foram organizadas e sistematizadas com o intuito de mapear e ampliar os serviços de Ouvidoria em Saúde no Estado, possibilitando a existência de espaços promotores de cidadania.

O processo de descentralização das Ouvidorias do SUS no estado do Rio de Janeiro inicia em 2012, com a realização de iniciativas que visaram esclarecer aos gestores municipais quanto as competências e atribuições dos serviços de ouvidoria, além de capacitar os profissionais para a atuação nesses serviços e instrumentalizar as equipes. O estado do Rio de Janeiro foi pioneiro na disponibilização de recurso financeiro para a implantação e implementação de Ouvidorias do SUS, por meio do Programa de Apoio aos Hospitais do Interior (PAHI). As Secretarias Municipais receberam tal repasse no ano de 2013. Ressalta-se que havia a prerrogativa estabelecida pelo programa - corte populacional de municípios com até 115.000 habitantes.

Em consonância com o estabelecido no Decreto 7.508/11, que enfatizou a importância da regionalização no SUS, foram adotadas estratégias regionais que permitiram atingir os objetivos

propostos para a descentralização dos serviços de ouvidoria nos municípios das nove regiões de saúde do estado.

A ouvidoria da SES trabalha com o apoio técnico às ouvidorias municipais, por meio da realização periódica de fóruns regionais de ouvidorias do SUS. A troca de experiências, as discussões sobre os processos de trabalho e como as ouvidorias se configuram como espaços para a escuta qualificada do cidadão, constituem estratégias importantes desses eventos. No ano de 2018, foram realizados 12 ciclos de fóruns regionais. Também de forma regional, foram realizados cursos de capacitação em ouvidoria com o intuito de qualificar os profissionais, além de oficinas temáticas para atender a frequente demanda dos ouvidores.

A necessidade de qualificação das respostas fornecidas ao cidadão pelos setores envolvidos em uma dada manifestação resultou na Deliberação CIB-RJ nº 3.413, de 14 de maio de 2015, construída de forma coletiva pelos ouvidores municipais nos fóruns regionais.

Nacionalmente, existe um indicador de monitoramento que se refere a essas estruturas: percentual de ouvidorias existentes nas regiões de saúde. A fim de legitimar a coleta de informações para alimentar indicador, foi pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) a Deliberação nº 2.630, de 12 de dezembro de 2013, que definiu os critérios de implantação de ouvidorias do SUS no Estado do Rio de Janeiro, sendo eles: estrutura física, instrumento normativo, equipe de trabalho, acolhimento das manifestações, fluxo de trabalho e gestão da informação. Essa definição permitiu a existência de parâmetros para a implantação dos serviços de ouvidoria do SUS no ERJ.

O acompanhamento do indicador de ouvidorias implantadas nos municípios foi realizado através do monitoramento *in loco* dos critérios de funcionamento dos serviços de Ouvidoria. Periodicamente, foram visitados os 92 municípios com o intuito de construir dado fidedigno à realidade do Estado sobre o quantitativo de ouvidorias existentes. Para tal foi utilizado o instrumento denominado "Lista de Verificação" que traduziu todos os itens constantes na Deliberação CIB nº 2.630/13. Em 2012, o indicador regional era de 31,5% de municípios com ouvidoria implantada. No ano de 2015, se atingiu 69,5% e, em 2017, o indicador chegou a atingir o percentual de 77,17% (Tabela 48).

Devido a restrições operacionais para a realização dessa atividade, o acompanhamento e monitoramento da implantação dos serviços de ouvidoria não pode ser realizado por meio de supervisão direta, e sim por uma nova metodologia baseada na informação dada pelo gestor municipal, via documento impresso e do preenchimento de formulário eletrônico. Essa nova estratégia não foi frutífera, ocasionou subnotificação. Dessa forma, no ano de 2018, o indicador de percentual de ouvidorias implantadas nas regiões de saúde não forneceu um dado fidedigno.

Tabela 48. Proporção de municípios com ouvidoria implantada e nº de ouvidorias implantadas.

Região de Saúde	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Baía da Ilha Grande	...	33,33	33,33	33,33	33,33	33,33	66,67	66,67	100,00	
Baixada Litorânea	...	22,22	33,33	33,33	44,44	55,56	77,78	77,78	88,88	
Centro Sul	...	0,00	9,09	9,09	18,18	27,27	54,55	63,64	72,72	
Médio Paraíba	...	8,33	8,33	8,33	50,00	66,67	83,33	83,33	83,33	
Metropolitana I	...	25,00	25,00	25,00	41,67	66,67	75,00	75,00	75,00	
Metropolitana II	...	14,29	14,29	14,29	57,14	71,43	71,43	71,43	85,71	
Noroeste	...	...	...	...	...	14,29	35,71	42,86	50,00	
Norte	...	12,50	12,50	12,50	50,00	75,00	87,50	87,50	100,00	
Serrana	...	6,25	6,25	6,25	18,75	43,75	62,50	68,75	68,75	
Estado do Rio de Janeiro	...	10,87	13,04	13,04	31,52	48,91	66,30	69,57	76,09	77,17

Fonte: SES-RJ.

Diante do monitoramento sistemático das Ouvidorias, verifica-se que o desafio posto diz respeito à atuação dos serviços com qualidade. Percebe-se também a necessidade de acompanhamento técnico dos serviços de ouvidoria, objetivando o fortalecimento das diretrizes do SUS

na divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo cidadão.

4.8. Regulação Estadual – Central Estadual e Regionais

A regulação em saúde é uma ferramenta fundamental para garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde. Como política pública do SUS, ela é operada por um conjunto de ações que fazem a ponte entre as demandas dos usuários e seu acesso aos serviços de saúde, ordenadas em fluxos, protocolos assistenciais, centrais de leitos, centrais de consultas e exames articulados entre si por meio de um processo de trabalho interativo e integrado às várias estruturas que compõem o sistema de saúde. Trata-se de um instrumento de gestão, onde se integram a fiscalização e controle, a análise da situação, o planejamento e a comunicação (Nascimento A A M. et al, 2009), sendo estratégica na interface dessas áreas com os diversos níveis de complexidade da assistência, de forma a garantir a assistência integral aos usuários do SUS.

Nesse diagnóstico, serão descritas a organização e operacionalização da regulação sob a gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. A implantação do Complexo Estadual de Regulação, com sua Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (CER/RJ) e oito Centrais Regionais de Regulação (CREG), foi um projeto estratégico do estado do RJ em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, COSEMS-RJ e Ministério da Saúde, tendo sido implantado através da Resolução SES-RJ nº 2.102, de 14 de julho de 2003. O sistema SER – Sistema Estadual de Regulação -, software desenvolvido pela SES para operar o processo de regulação, vem sendo utilizado para articular os municípios, a CER e os provedores de serviço.

A regulação assistencial compreende a função de organização do acesso, que tem como foco específico a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada às necessidades do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada. Deve ainda considerar os limites físicos e financeiros estabelecidos na Programação Pactuada e Integrada (PPI), que são os recursos financeiros federais, alocados nos tetos financeiros municipais, para execução de procedimentos demandados pela população e inexistentes no próprio território. O Complexo Regulador Estadual representa a atuação de um agente regulador, com funções e limites de atuação definidas. Tem como responsabilidade a otimização dos serviços de saúde prioritariamente de alta complexidade, objetivando possibilitar o acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS), utilizando para isto critérios técnicos; elabora e aplica os protocolos assistenciais e de regulação; contribui para otimização dos leitos hospitalares; identifica e organiza as filas de esperas; identifica pontos de desajustes sistemáticos entre a pactuação efetuada e a demanda efetiva dos usuários, subsidiando a gestão no planejamento.

O Complexo Regulador do Estado do RJ é composto por uma Central Estadual e sete centrais regionais (CREG), a saber: Metropolitana I e Metropolitana II, com sede em São Gonçalo; Centro Sul, com sede em Três Rios; Serrana, com sede em Teresópolis; Baixada Litorânea, com sede em Cabo Frio; Norte, com sede em Campos; Noroeste, com sede em Itaperuna; Médio Paraíba e Baía da Ilha Grande; com sede em Volta Redonda.

Com intuito de fortalecer as ações descentralizadas de regulação, foi instituída pela SES-RJ a construção de uma política de cogestão entre as Centrais Regionais de Regulação (CREG) da Secretaria de Estado de Saúde e as Centrais Municipais de Regulação (CMReg) dos municípios polo de cada região, com a perspectiva de garantir maior equidade do acesso da população, em especial às demandas de alta complexidade. Porém, até o presente, somente a CREG Norte, localizada no município de Campos, tem o formato de cogestão oficializado.

O perfil das Centrais Regionais vem sendo modificado ao longo do tempo, não tendo alcançado seu pleno desenvolvimento na função coordenadora e ordenadora do processo regulatório no âmbito

regional. Entre suas atribuições, as CREGs deveriam regular toda a oferta de serviços no território regional, de maneira articulada, integrando recursos assistenciais e financeiros, para alcançar a integralidade na atenção à saúde dos usuários sob sua responsabilidade.

Ao longo do período de implementação da estrutura regulatória, alguns procedimentos foram prioritariamente alocados sob a responsabilidade das CREGs, tais como: cardiovasculares (cirurgias vasculares e cardiovasculares, procedimentos de cardiologia intervencionista, inserção e manutenção de marca-passo, eletrofisiologia, exames especializados e medicina nuclear), internações eletivas (em especial as internações psiquiátricas), atuando na regulação dos procedimentos para serviços localizados em seus territórios ou para as regiões mais próximas, segundo a disponibilidade da oferta. Observa-se que embora os principais exames da cardiologia intervencionista, tais como o cateterismo cardíaco, sejam realizados nas próprias regiões, os demais procedimentos, em especial os especializados da atenção cardiovascular, demandam serviços fora de seu espaço territorial, deslocando usuários para a resolução de seus problemas de saúde. Quando não existe oferta na especialidade necessária, ou quando a demanda extrapola a oferta existente, as centrais regionais transferem as solicitações para outra regional ou para a estadual dependendo da PPI existente ou da ausência dela. É clara a percepção da deficiência quantitativa de serviços em especialidades estratégicas (oncologia e exames para investigação diagnóstica), e que realizem todos os procedimentos em um só serviço ou na mesma região. É imperiosa a definição de políticas que minimizem essas iniquidades.

Apresenta-se, a seguir, as principais características de oferta assistencial das regiões de saúde:

- ✓ A região da Baixada Litorânea conta com duas estruturas estaduais, o Hospital Estadual Roberto Chabo (HERC) e o Hospital Estadual LAGOS. Tem grande dificuldade na assistência à hemodiálise de pacientes internados, pois não há contratos para atendimentos para beira de leito nas unidades municipais.
- ✓ A região Centro Sul conta com um serviço especializado em ortopedia, sob gestão estadual, o Hospital de Traumatologia e Ortopedia D. Lindu (HTODL), que é referência para todos os municípios do estado. Apresenta uma oferta de serviços expressiva e diversificada no Hospital Universitário de Vassouras (HUV), mas depende de outras ofertas especializadas, utilizando muito a região do Médio Paraíba.
- ✓ A região do Médio Paraíba tem uma grande estrutura sob gestão estadual, recém-inaugurada e ainda em expansão, o Hospital Regional Zilda Arns. A região apresenta uma boa estrutura de saúde, com oferta razoável em oncologia e radioterapia, além da cardiovascular, constituindo-se, desse modo, em referência prioritária para a Baía da Ilha Grande.
- ✓ A região Metropolitana I, dividida entre a capital e a Baixada Fluminense, vive situação ímpar. Na capital, além das estruturas federais, encontra-se um grande número de unidades estaduais: HEGV, HECC, HEC; cinco institutos - IECPN, IECAC, HEMORIO, IEISS e IEDE; além do HESM, especializado em pneumologia sanitária. Para o pronto atendimento, existem 17 UPAS instaladas na capital. A Baixada Fluminense conta com um hospital geral – HEAPN - e três hospitais especializados - HTO Baixada, HEMULHER e o HEMAE -. A região conta ainda com 7 UPAS estaduais. Observa-se o desequilíbrio de capacidade instalada entre o município do Rio de Janeiro e os demais municípios da Baixada, tanto em leitos clínicos de média complexidade, quanto de alta complexidade. Tal distribuição desigual, em especial pela inexistência de leitos gerais na Baixada, gera um cenário de desorganização da assistência, com elevada sobrecarga sobre todos os serviços de urgência, na capital e nos municípios da região, e sobre os poucos leitos públicos disponíveis, sendo evidente o déficit de leitos na região. Tal deficiência vem demandando a estruturação e articulação da regulação em todos os seus níveis, objetivando a redução dos danos aos usuários e otimizando os recursos disponíveis. A região é extremamente dependente dos serviços

potencialmente ofertados pelos hospitais e institutos federais, que são também referência para outras regiões do estado, em demandas por serviços altamente especializados. Trata-se de um desafio necessário e iminente, a organização da regulação em rede nessa região, o que beneficiará também as demais.

- ✓ A Região Metropolitana II possui três hospitais estaduais - Hospital Estadual João Batista Cáffaro, Hospital Estadual Alberto Torres (HEAT) e Hospital Estadual Azevedo Lima (HEAL)-, todos com perfil de hospital geral, além de Urgência e Emergência, Centro de Trauma (HEAT) e atendimento ao alto risco obstétrico (HEAL). A região conta também com o Instituto Estadual de Tisiologia (IETAP), especializado em pneumologia sanitária. Conta ainda com 4 UPAs estaduais. Apesar disso, é extremamente dependente da capital. A única estrutura federal da região, o Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), ainda oferta poucos serviços à regulação. Há negociações em andamento para essa expansão.
- ✓ A Noroeste é praticamente autossuficiente e não conta com estrutura sob gestão estadual na região. É dependente apenas para atendimento ao leito de UTI neonatal, UTI de queimados e cirurgia cardíaca infantil.
- ✓ A Região Norte conta com uma UPA estadual. Seus equipamentos de saúde são muito resolutivos para as demandas cardiovasculares. Quase não demanda outras regiões e quando o faz é apenas à Noroeste, muito em função de PPI.
- ✓ A Região Serrana não tem estrutura de saúde sob gestão estadual, apresenta grande dificuldade com leitos de terapia intensiva e não possui assistência vascular de alta complexidade.

De modo geral, as regiões dependem da oferta de serviços especializados existentes na capital. Todas são dependentes de leitos da SES-RJ e aqueles contratualizados por ela, em especial os leitos de terapia intensiva neonatal e pediátrica.

Em julho de 2015, foi criada uma nova estrutura no Complexo Regulador Estadual, produto de negociações técnicas e políticas entre as três esferas de governo (MS, Secretaria de Estado de Saúde e a capital do estado, o município do Rio de Janeiro), para fazer frente à regulação dos recursos ambulatoriais de alta complexidade localizados na capital, unificando sob a gestão estadual as ofertas localizadas nos hospitais federais, institutos federais –INCA, INC, assim como os institutos e ambulatórios estaduais. Foi denominada de REUNI-RJ, e passou a fazer parte do complexo estadual. A REUNI tem por objetivo permitir o acesso de todos os munícipes do estado aos serviços especializados e estratégicos da capital. Tem como premissa uma fila única, onde os critérios de gravidade e equidade são priorizados. Essa equipe regula o acesso do paciente às unidades de saúde através da avaliação e agendamento de consultas de primeira vez nas seguintes especialidades: oncologia cirúrgica, neurocirurgia, ortopedia, cirurgia vascular, cardiologia intervencionista, radioterapia, hematologia, angioplastia, gestação de risco estratégico, cirurgia bariátrica, plástica reparadora pós mastectomia, terapia renal substitutiva, onco e neuro genética e braquiterapia. E entre os exames: cateterismo cardíaco, arteriografia, histeroscopia, cintilografia, ecocardiograma bidimensional infantil.

A Central Estadual de Regulação de Leitos – CER, é responsável pela regulação de um conjunto de leitos disponibilizados nos prestadores públicos estaduais, próprios e contratualizados, e aqueles universitários e federais disponíveis para o SUS. Uma prioridade estratégica para a SES-RJ é a atenção materno-infantil (gestação de alto risco - consultas ambulatoriais de pré-natal de alto risco, pré-natal de risco agregado e aconselhamento em malformação fetal, UTI materna, UTI neonatal e pediátricos). Também são mediadas as internações de UTI adulto, procedimentos especializados como neuroembolização, cirurgias cardíacas, ortopédicas, bariátricas, entre outras.

A Central Estadual e a REUNI coabitam no mesmo espaço desde janeiro de 2016. Estão localizadas na sede do CICC – Centro Integrado de Comando e Controle, sito à Rua Carmo Neto, s/n, na Cidade Nova, RJ. O regime de trabalho se dá em plantões de 24h, em todos os dias da semana, e na operação da rotina ambulatorial, que funciona de segunda à sexta-feira, das 8 às 17h.

Recentemente, foi instituída a Central de Regulação Única de Leitos no município do Rio de Janeiro, através de acordo judicial, assinado em 19 de julho de 2018, que determinou a responsabilidade por regular toda a oferta de leitos no município do Rio de Janeiro independentemente da esfera de gestão. Ficou estabelecido no acordo judicial, que 50% da oferta de leitos da rede federal e estadual será destinado a não munícipes da capital. Também ficou estabelecido que além do critério de gravidade, o critério de desassistência também será considerado. Neste acordo, foi estabelecido o perfil da central única definindo as competências entre a equipe da SMS Rio e a equipe de regulação da SES RJ. Ficou ainda definido que a unificação se dará pela utilização de um único sistema de regulação que será o Sistema Estadual de Regulação - SER e a Plataforma SMS Rio, operada pelo município do Rio de Janeiro. O próximo passo se dará através da unificação no mesmo espaço físico, no Hospital Municipal Souza Aguiar.

Cabe destacar o crescente processo de judicialização dirigido aos Complexos Reguladores, em especial àqueles localizados na capital do estado do Rio de Janeiro, tanto em ações individuais quanto em ações civis públicas coletivas, movidas por cenários de desassistência reiterados. Tais ações têm orientado a participação da SES-RJ na oferta dos serviços deficitários, fazendo parte de seu planejamento.

Entre as principais dificuldades enfrentadas hoje no âmbito estadual, apresentam-se:

- Irregularidade na oferta de consultas e exames, principalmente pela rede federal
- Falta de homogeneidade de modelos de regulação nos municípios e estado;
- Multiplicidade de sistemas de regulação
- Liberação de agendas com intervalo inferior aos 60 dias pactuados;
- Obstáculos burocráticos para efetivar a transferência entre unidades hospitalares federais
- Dependência dos municípios da oferta estadual de leitos e exames;
- Utilização inadequada dos sistemas de regulação;
- Altos índices de judicialização;
- Dificuldade na reposição de recursos humanos;
- Ações Civis Públicas que tensionam os Complexos Reguladores.

A partir desse cenário, são descritas algumas ações estratégicas na área: treinamento das equipes das Secretarias Municipais de Saúde na utilização do SER, criação de regimento interno do Complexo Regulador, de protocolos de regulação, de atendimento às demandas judiciais, absorção da operação de regulação de oncologia de prestadores municipais, revisão de fluxos para patologias específicas (cardiologia neonatal e pediátrica, ortopedia, terapia renal substitutiva), destacando-se a necessidade de prover apoio permanente aos municípios por meio de capacitações e qualificação profissional.

Ainda existem empecilhos técnicos e políticos para que todos os recursos da capacidade instalada da rede pública, localizados nas regiões metropolitanas e nas sete demais, estejam disponibilizados para as estruturas da regulação. Este é um dos grandes desafios a ser superado.

Considerando as decisões judiciais, que determinam a unificação dos Complexos Reguladores do município do Rio de Janeiro e do estado para ampliar o atendimento às demandas dos usuários fluminenses, é um momento estratégico para a expansão e implementação do processo regulatório em todo o estado do Rio de Janeiro, exercendo efeitos transformadores também nas Centrais Regionais de Regulação e nos municípios.

4.9. Educação em Saúde

A SES-RJ busca fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de ações intersetoriais de formação e educação em saúde. Estas ações envolvem a educação permanente tanto dos profissionais que atuam no nível estadual, quanto dos gestores e profissionais do nível municipal; a formação profissional de nível médio e superior, por meio de estágios curriculares, extracurriculares e programas de residência, para provimento de força de trabalho qualificada segundo os preceitos do SUS; além do apoio à execução de projetos científicos para gerar inovação, conhecimento e tecnologia que auxiliem no enfrentamento dos problemas de saúde da população do estado do Rio de Janeiro.

4.9.1. Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço Estadual - CIES

Uma importante instância coordenada pela SES-RJ é a Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço Estadual (CIES-RJ), com abrangência intersetorial e interinstitucional, permanente e que participa da formulação, condução e desenvolvimento de políticas sobre o tema no âmbito estadual e das regiões de saúde. A CIES-RJ conta com representantes da SES-RJ, do COSEMS-RJ, do CES-RJ, de instituições de ensino públicas e privadas que ofertam cursos na área da saúde, de entidades representativas de trabalhadores do SUS e representantes das CIES regionais.

As CIES regionais estão instituídas nas nove regiões de saúde, com papel fundamental no apoio e cooperação técnica junto às CIR no desenvolvimento da política e educação permanente em saúde, incluindo a organização e acompanhamento de múltiplas atividades relacionadas à educação em saúde no âmbito do SUS.

Apesar da sua importância, as CIES regionais não estão em pleno funcionamento em todas as regiões, há pouca regularidade de reuniões ou ausência de técnicos, o que causa um esvaziamento das discussões relativas à formação e à qualificação dos profissionais do SUS em algumas regiões. A fim de contribuir para o fortalecimento das CIES Regionais, a SES-RJ e a CIES-RJ vêm apoiando o planejamento e execução das ações de educação permanente em saúde em cada uma das regiões.

É importante ressaltar que, apesar de algumas regiões ainda encontrarem dificuldades de execução financeira dos seus projetos, a SES-RJ vem estabelecendo estratégias de apoio regional que visam fortalecer o conhecimento sobre Educação Permanente em Saúde, para elaboração de projetos mais qualificados e orientação para execução dos recursos financeiros da PNEPS.

4.9.2. Educação Permanente em Saúde

A educação permanente em saúde tem como um dos seus principais objetivos promover a transformação das práticas em saúde, através da problematização dos processos de trabalho no SUS e a formação e qualificação dos seus profissionais. Desta forma, constitui-se como uma política para transformar e qualificar a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos e as práticas pedagógicas.

No estado, a qualificação dos profissionais de saúde e de seus processos de trabalho se dá através do apoio institucional às áreas técnicas da SES-RJ e regiões de saúde, da elaboração, monitoramento e avaliação do Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS).

O PEEPS congrega o planejamento da SES e regiões de saúde em relação às necessidades de formação e qualificação dos seus profissionais e dos serviços e tem a periodicidade de cinco anos (2019-2023), sendo as diretrizes quinquenais e as ações construídas anualmente. A elaboração deste plano foi feita de forma coletiva, considerando o diagnóstico realizado pelas áreas técnicas e regiões de saúde, e de forma articulada com os instrumentos de planejamento do SUS e orçamentários.

Equivalente ao PEEPS, as regiões devem elaborar os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS) contendo o diagnóstico situacional da região, a fim de identificar os principais problemas/necessidades e estabelecer prioridades na construção de ações/projetos na área da educação em saúde. Estes planos devem também apresentar indicadores de saúde de maior

relevância para o monitoramento, acompanhamento e a avaliação do planejamento proposto, a descrição dos recursos financeiros que serão utilizados, suas respectivas fontes de financiamento, além de um cronograma de execução. Os PAREPS devem ser pactuados em plenária da CIR, e posteriormente, em CIB.

4.9.3. Formação de Profissionais de Saúde

A SES-RJ promove a formação de profissionais de saúde através de processos de ensino e aprendizagem em estágios curriculares, extracurriculares e programas de residência para provimento de força de trabalho qualificada, segundo os preceitos do SUS, preceitos biopsicossociais e epidemiológicos, diretrizes curriculares e princípios pedagógicos.

Os estágios são realizados nas unidades de saúde da SES-RJ e, a partir de 2020, serão ofertadas vagas de acadêmico bolsista no nível central e, também, nas unidades de saúde estaduais.

A Resolução SES-RJ nº 1859/2019 dispõe sobre contrapartidas financeiras ou educacionais, apresentação de plano de trabalho detalhado, participação dos estagiários em espaços de formação ofertados pela SES-RJ e anuência da unidade almejada para celebração de Termos de Cooperação Técnica (TCT). A reformulação produzida estreitou o elo entre a SES-RJ e os Centros de Estudos das unidades, e concedeu autonomia para recepção de alunos junto às Instituições de Ensino.

Atualmente, os programas de residência médica e multiprofissional estão sendo revisados segundo matrizes de competências e qualificação pedagógica. Além disto, cursos de preceptoria serão realizados em todos seis atuais campos de residência médica.

Anualmente, a SES-RJ oferta 113 vagas de residência, distribuídas em 32 cursos de residência médica e multiprofissionais, realizadas em seis unidades estaduais (HEGV, HEAPN, HEDL, IEDE, HEMORIO, CPRJ), conforme demonstrado no quadro abaixo. O ano de 2019 encerra-se com a criação de dois novos cursos de residência médica em âmbito hospitalar (Obstetrícia-Ginecologia e Neurocirurgia), ampliação de vagas de residência em dois programas (Trauma-Ortopedia e Multiprofissional em Hemoterapia/Odontologia), criação de dois cursos de residência em área de atuação (Trauma-Ortopedia/Quadril e Trauma-Ortopedia/Joelho), inserção de bolsas SES no Programa de Medicina de Família e Comunidade UERJ, visando interiorização de residentes médicos, com início em 2020.

Quadro 29: Distribuição de cursos de residência nas unidades estaduais.

Residência Multiprofissional		
Unidade	**Programas**	**Tempo de Duração**
HEMORIO	Hematologia	2 anos
CPRJ	Saúde Mental	2 anos
Residência Médica		
Unidade	**Programas**	**Tempo de Duração**
HEGV	Anestesiologia	3 anos
HEGV	Cirurgia Geral	3 anos
HEGV	Área Básica Cirúrgica	2 anos
HEGV	Ortopedia e Traumatologia	3 anos
IEDE	Endocrinologia	2 anos
IEDE	Endocrinologia Pediátrica	2 anos
IECAC	Cardiologia	2 anos
IECAC	Cirurgia Cardiovascular	5 anos
IECAC	Cirurgia Vascular	2 anos
IECAC	Eletrofisiologia Clínica Invasiva	1 ano
IECAC	Cardiologia Pediátrica	2 anos
IECAC	Ecocardiografia	2 anos
IECAC	Ergometria	1 ano
IECAC	Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular	1 ano
IECAC	Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista	2 anos
IEHE	Hematologia e Hemoterapia	2 anos
IEHE	Hematologia Pediátrica	2 anos
CPRJ	Psiquiatria	3 anos
HEAPN	Pediatria	3 anos
HEAPN	Obstetrícia e Ginecologia	3 anos
HEAPN	Anestesiologia	3 anos
HEAPN	Cirurgia Geral	3 anos
HEAPN	Área Básica Cirúrgica	2 anos
HEAPN	Ortopedia e Traumatologia	3 anos
HEAPN	Medicina Intensiva Pediátrica	2 anos
HEAPN	Cirurgia Pediátrica	2 anos
HTDOL	Ortopedia e Traumatologia	3 anos
Residência Médica (Expansão / Novos) início 2020		
Unidade	**Programas**	**Tempo de Duração**
HTDOL	Ortopedia e Traumatologia	3 anos
HTDOL	Ortopedia de Joelho	1 ano
HTDOL	Ortopedia de Quadril	1 ano
HEMHS	Obstetrícia e Ginecologia	3 anos
IEC	Neurocirurgia	5 anos
Interiorização: Residência de Medicina de Família e Comunidade		
Município	**Programas**	**Tempo de Duração**
Piraí	PMFC	2 anos
Armação de Búzios	PMFC	2 anos
Três Rios	PMFC	2 anos
Mangaratiba	PMFC	2 anos

Fonte: Subsecretaria de Educação e Inovação em Saúde/SES-RJ.

4.9.4. Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Isabel dos Santos

A Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Isabel dos Santos (ETIS) foi criada pelo Decreto nº 13.802/1989, como órgão integrante da estrutura da SES-RJ, com abrangência estadual e com a missão de promover a saúde no estado do Rio de Janeiro, qualificando, habilitando e especializando trabalhadores para o SUS, por meio da educação problematizadora, de acordo com os princípios norteadores da educação profissional de nível técnico.

Desta forma, a escola se insere na Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS) que, por sua vez, tem representação em todas as regiões do Brasil com a finalidade de formar cidadãos competentes na modalidade de educação profissional técnica de nível médio e de formação inicial e continuada, objetivando o preparo do educando para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho em saúde. Atuando de forma descentralizada, a ETIS desenvolveu a qualificação em diversos municípios do estado, por meio dos cursos de auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliares e técnicos em saúde bucal, agentes comunitários de saúde, entre outros.

4.10. Instituto Vital Brazil

O Instituto Vital Brazil (IVB) é um dos 21 laboratórios oficiais do Brasil e uma das quatro instituições produtoras de soros no país. É um órgão da administração indireta do estado do Rio de Janeiro, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde (SES), com objetivos definidos na Lei Estadual n°942 de 18/12/1985. O Instituto tem a sua sede em Niterói e, a partir de 2010, uma filial em Cachoeiras de Macacu, a Fazenda Vital Brazil, onde são criados os cavalos que fazem parte do processo de produção de soro.

A produção do IVB inclui soros antitetânico e antirrábico, o soro contra o veneno da aranha viúva negra, no qual o Instituto é o pioneiro, além de medicamentos voltados para uso humano. Tanto os soros quanto os medicamentos produzidos são distribuídos gratuitamente no SUS, pelo Ministério da Saúde (MS) e pela SES-RJ.

No último quadriênio, o Instituto deu continuidade à produção de soros hiperimunes e distribuição dos medicamentos Rivastigmina e Mesilato de Imatinibe, usados no tratamento da Doença de Alzheimer e no câncer (leucemia mieloide crônica e tumor do estroma gastrointestinal), respectivamente. Em 2017, o IVB deu início ao projeto para distribuição de aparelhos e tiras de Glicosímetro, com a finalidade de colaborar no controle e monitoramento de glicose da população. Nesse mesmo período, o instituto também deu início à obra do Módulo Científico.

Atualmente, o IVB busca novas parcerias para o desenvolvimento, produção e fornecimento de medicamentos e produtos por meio das Parcerias de Desenvolvimento Produtivo (PDP).

Para o próximo quadriênio, as principais diretrizes para o IVB são a retomada da produção de soros em grande escala e a busca de parcerias para a produção e distribuição de novos medicamentos (Capacetabina, Hidroxiuréia, Erlotinibe e Dasatinibe). O Instituto prevê para o período a continuidade dos projetos Glicosímetro e Medicamentos Fitoterápicos, a retomada das atividades do Laboratório de Biomarcadores e ampliação das áreas industrial e científica, objetivando a inovação na atenção à saúde da população, por meio de pesquisa, fabricação de produtos e difusão do conhecimento científico.

4.11. Conselho Estadual de Saúde

Conselho Estadual de Saúde foi criado pela Lei Complementar nº 71 de 15 de janeiro de 1991 e teve sua modificação mais recente na Lei Complementar Nº 152 de 18 de novembro de 2013. O Conselho é composto por 72 Conselheiros (36 titulares e igual número de suplentes):

> *"Art. 6º - O CES/RJ será composto por 36 (trinta e seis) representantes, com o mesmo número de suplentes, com a seguinte distribuição: I- 09 (nove) representantes dos gestores e dos prestadores de serviços de saúde públicos e privados com atuação no Sistema Único de Saúde - SUS, com a seguinte composição: 5 (cinco) da SES, 2 (dois) do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro -COSEMS - RJ, 2 (dois) dos prestadores, indicados respectivamente pelo Secretário da* SES-RJ*, Presidência do*

COSEMS-RJ e órgãos de representatividade dos serviços de saúde do SUS; II - 09 (nove) representantes dos profissionais da área de saúde; III - 18 (dezoito) representantes dos usuários, sendo 9 (nove) representantes de cada região de saúde, oriundos dos Conselhos Municipais de Saúde."

A Plenária de Eleição dos Conselheiros para o triênio 2018/2021 ocorreu em 13 de junho do ano corrente, e a posse dos eleitos em 26 de junho de 2018. Realizada a eleição, houve vacâncias no segmento dos usuários e prestadores de serviço. Uma eleição complementar ocorreu nos dias 17 e 18 de dezembro de 2018, tendo sido a posse dos representantes das novas entidades no dia 21 de dezembro. Mesmo após a segunda eleição, permanece a vacância de nove representações do segmento dos usuários (entre titulares e suplentes) e duas representações dos profissionais de saúde (titular e suplente).

Ao Conselho de Saúde cabe precipuamente a participação regular na formulação e monitoramento da execução da política pública de saúde, no âmbito do estado do Rio de Janeiro, e da análise dos instrumentos de planejamento do SUS que norteiam e monitoram os resultados de sua implantação. Cabe também ao CES, em parceria com a SES-RJ, a convocação das Conferências Estaduais ou Regionais de Saúde, acompanhando o calendário nacional e local. Importante destacar a realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde em 2019, que deverá ser precedida da etapa estadual, que deverá ocorrer no 1º quadrimestre do ano.

Seu colegiado pleno se reúne em geral uma vez por mês, e uma Comissão Executiva é responsável pela coordenação prévia das pautas e assuntos que irão compor a pauta dos trabalhos. Cabe à Secretaria de Estado de Saúde-SES-RJ, dotar o Conselho de estrutura administrativa para o apoio à realização dos trabalhos. Essa estrutura além de funcionários administrativos inclui também um Secretário Executivo, função gratificada pela SES-RJ. As tarefas sob a responsabilidade do Conselho são realizadas por Comissões e Grupos de Trabalho. As comissões são grupos de composição mista e de caráter consultivo, e não deliberativo. São organismos de assessoria ao Conselho, que buscam aprofundar conhecimento sobre determinadas matérias, qualificando a atuação do Colegiado, que sobre elas delibera. As comissões poderão ser integradas, na condição de participantes temporários e de convidados, por pessoas de notório saber sobre tema específico cuja indicação deve ser comunicada à Comissão Executiva e homologada pelo Colegiado Pleno. Os membros das comissões são eleitos em reunião plenária do CES-RJ, conforme o artigo 8º, item do Regimento Interno. Os membros eleitos iniciam imediatamente as funções na Comissão após aprovação do Colegiado Pleno que encaminha para publicação no Diário Oficial a nomeação da referida Comissão. Quanto ao formato, as comissões poderão ser Permanentes, Intersetoriais e Temáticas. Existem ainda os Grupos de Trabalho que são organismos instituídos pelo Plenário para assessoramento temporário ao CES ou às comissões, com objetivos e prazos definidos para o seu funcionamento fixado em até seis meses, podendo ser prorrogado. As comissões permanentes existentes atualmente são: Executiva, Orçamento e Finanças, Fiscalização da Gestão da Saúde, Legislação do SUS, Educação Permanente para o Controle Social, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Comissão de Integração de Ensino e Serviço. As comissões intersetoriais são: Comissão Intersetorial da Saúde Mental (CISM), CISTT, Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde. As comissões temáticas são: Comissão Eleitoral, Comissão da 8 ª Estadual Conferência de Saúde. Os GT do SES são: Teste do Pezinho, Hemodiálise e Análise da denúncia contra Volta Redonda.

Em relação aos instrumentos de planejamento, o Conselho apresenta atualmente as seguintes pendências em relação aos Relatórios de Gestão (RAG) e Programação Anual de Saúde (PAS):

Quadro 30. Situação dos Planos Estaduais de Saúde – SES-RJ**, vigências 2012-2015 e 2016-2019.**

Vigência	Apreciação do Conselho Estadual de Saúde		
	Situação	N. da Resolução	Data da Resolução
2012-2015	Aprovado	86	24/05/2012
2016-2019	Aprovado	174	07/04/2017

Fonte: SES-RJ

Quadro 31. Situação da Programação Anual de Saúde – SES-RJ**, vigências 2012 a 2019.**

Vigência	Apreciação do Conselho Estadual de Saúde		
	Situação	N. da Resolução	Data da Resolução
2012	Aprovada	91	31/10/2012
2013	Aprovada	134	13/01/2016
2014	Em apreciação desde 04/09/2013		
2015	Em apreciação desde 06/05/2014		
2016	Aprovada	159	04/09/2016
2017	Em apreciação desde 16/12/2016		
2018	Em apreciação desde 09/10/2017		
2019	Aprovada	Aguarda publicação	

Fonte: SES-RJ

Quadro 32. Situação do Relatório Anual de Gestão – SES-RJ**, vigências 2012 a 2018.**

Vigência	Apreciação do Conselho Estadual de Saúde		
	Situação	N. da Resolução	Data da Resolução
2012	Aprovado	Aguarda publicação	
2013	Aprovado	134	13/01/2016
2014	Aprovado	Aguarda publicação	
2015	Reprovado	Aguarda publicação	
2016	Reprovado	Aguarda publicação	
2017	Reprovado	Aguarda publicação	
2018	Reprovado	Aguarda publicação	

Fonte: SES-RJ

Obs: A SES RJ vem elaborando Relatórios Anuais de Gestão desde o exercício de 2007. A partir de 2012, passou a ser obrigatória a alimentação do RAG no Sistema SARGSUS. Portanto, está disponível neste sistema um banco de dados com a situação dos relatórios de 2007 a 2010, todos aprovados, com as respectivas deliberações. A partir do RAG 2011, elaborado no exercício 2012, que também foi aprovado pelo CES, os Relatórios estão inseridos no sistema como documento a ser baixado em acesso público e situação de avaliação.

Em relação às pactuações das metas estaduais dos indicadores tripartite, todas foram aprovadas.

4.12. Financiamento das ações e serviços de saúde na secretaria estadual de saúde, no ciclo de planejamento 2016-2019

De acordo com a Constituição Federal de 1988, para se efetivar as políticas públicas, dentre elas a de saúde, a organização do orçamento público é uma condição primordial. Para isso, a Carta Magna, em seu artigo 165, apresenta os três instrumentos orçamentários, quais sejam: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

Na Tabela 49 abaixo, estão demonstrados o retrato da execução orçamentária em cada ano do ciclo de planejamento 2016-2019, sendo que as informações do ano de 2019 referem-se aos meses de janeiro a outubro. No período, a dotação orçamentária destinada às ações e serviço de saúde foram na ordem de, aproximadamente, R$ 20 bilhões de reais. Observa-se que entre os anos de 2016 e 2017 ocorreu um aumento significativo da dotação orçamentária, a qual se manteve estável nos anos subsequentes (Tabela 49).

Tabela 49. Execução orçamentária, por ano, no período de 2016-2019 (jan. a out/2019).

Recursos	R$	2016	2017	2018	2019
Estado	Dotação atualizada	4.389.592.799,12	5.476.450.037,03	5.289.492.213,27	5.296.166.900,00
	Despesas autorizadas	4.370.676.092,62	5.333.059.177,77	5.289.492.213,27	5.036.615.055,19
	Despesas liquidadas	3.744.234.188,51	5.212.084.216,87	5.097.363.237,61	2.436.800.455,73
	Desp. Pagas	1.819.333.190,40	1.825.123.891,21	2.555.212.225,24	2.123.855.825,66
Outras fontes	Despesas autorizadas	869.183.986,18	890.865.636,99	805.293.294,52	792.236.566,00
	Despesas liquidadas	853.015.631,37	813.441.483,40	760.258.669,41	366.425.371,94
	Desp. Pagas	807.776.309,27	770.548.631,76	734.027.828,30	337.927.482,35

Fonte: Sistema integrado de Gestão Orçamentária, Financeira e Contábil do Rio de Janeiro - SIAFE-Rio, 2019/CPO – SES-RJ.

Ainda, em uma breve análise desse período, se observa que tem havido dificuldades de pagamento dentro do próprio ano de exercício. Na Tabela 50, se demonstra a relação de pagamentos como Restos a Pagar, por ano, no ciclo de 2016 a outubro de 2019.

Tabela 50. Restos a pagar pagos em cada um dos anos do ciclo 2016-2019.

Restos a Pagar pago em	Recursos do Estado (R$)	Recursos de outras fontes (R$)	Total (R$)
2016	264.198.016,78	23.365.294,45	287.563.311,23
2017	571.588.144,66	23.365.294,45	594.953.439,11
2018	866.748.114,14	23.365.294,45	890.113.408,59
Jan/out 2019	653.483.179,37	23.365.294,45	676.848.473,82
Total (R$)	2.356.017.454,95	93.461.177,80	2.449.478.632,75

Fonte: Sistema integrado de Gestão Orçamentária, Financeira e Contábil do Rio de Janeiro - SIAFE-Rio, 2019/CPO – SES-RJ.

5. Matriz DOMI do Plano Estadual de Saúde 2020 a 2023

A seguir será apresentada a Matriz DOMI do PES 2020-2023, composta por Diretrizes, Objetivos, Metas Quadrienais e Indicadores, que irão nortear o desenvolvimento da política estadual para o setor, explicitando as prioridades de investimento e gestão do processo de planejamento e execução das ações de saúde programadas anualmente.

Cabe destacar que essa Matriz expressa o produto de um intenso trabalho de articulação interna das áreas técnicas, coordenado pela atual equipe gestora da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, com ênfase no fortalecimento e estruturação das Redes de Atenção à Saúde no território fluminense.

Por fim, importa registrar que para o alcance desse objetivo, o monitoramento e a avaliação do processo de planejamento, realizado através desta Matriz e seus desdobramentos nos demais instrumentos de gestão, deverão ser permanentes e de modo integrado, visando atingir os resultados sanitários propostos.

Plano Estadual de Saúde 2020-2023
Matriz D.O.M.I.

DIRETRIZ 1. Organização e Qualificação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) consolidando a regionalização de modo a impactar positivamente nos resultados sanitários para a população fluminense, ampliando a expectativa de vida saudável.

OBJETIVO 1.1 Fortalecer a Vigilância em Saúde como norteadora do Modelo de Atenção assegurando a sua transversalidade na RAS.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 1.1.1. Divulgar, anualmente, análise epidemiológica das doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, como subsídio ao planejamento, gestão, monitoramento e avaliação do sistema de saúde.	INDICADOR 1.1.1. Análise epidemiológica divulgada anualmente.	Não Orçada
META 1.1.2. Desenvolver, nas 09 regiões de saúde, ações de qualificação da vigilância epidemiológica hospitalar (VEH) de doenças de notificação compulsória.	INDICADOR 1.1.2. Número de regiões de saúde com ações de qualificação da VEH de doenças de notificação compulsória desenvolvidas.	2732 - Realização de Ações de Vigilância Epidemiológica
META 1.1.3. Coordenar, nas 09 regiões de saúde, a qualificação da Rede de Laboratórios de Saúde Pública.	INDICADOR 1.1.3. Número de regiões de saúde com qualificação da Rede de Laboratórios de Saúde Pública coordenada.	2731 - Vigilância Laboratorial de Interesse da Saúde Pública
META 1.1.4. Coordenar, nas 09 regiões de saúde, a execução das ações de preparação e resposta às emergências em saúde pública no âmbito da vigilância em saúde.	INDICADOR 1.1.4. Número de regiões de saúde com execução das ações de preparação e resposta às emergências em saúde pública, no âmbito da vigilância em saúde, coordenada.	2732 - Realização de Ações de Vigilância Epidemiológica
META 1.1.5. Qualificar, nas 09 regiões de saúde, ações de vigilância de fatores ambientais de risco e agravos à saúde (qualidade da água, do ar e do solo).	INDICADOR 1.1.5. Número de regiões de saúde com ações de vigilância de fatores ambientais de risco e agravos à saúde qualificadas.	2736 - Realização de Ações de Vigilância Ambiental
META 1.1.6. Qualificar, nas 09 regiões de saúde, as ações de vigilância epidemiológica e ambiental das arboviroses e zoonoses.	INDICADOR 1.1.6. Número de regiões de saúde com ações de vigilância epidemiológica e ambiental das arboviroses e das zoonoses qualificadas.	2736 - Realização de Ações de Vigilância Ambiental
META 1.1.7. Realizar, nas 09 regiões de saúde, ações de qualificação da vigilância de óbitos .	INDICADOR 1.1.7. Número de regiões de saúde com ações de qualificação da vigilância de óbitos realizadas.	Não Orçada
META 1.1.8. Atingir 85% de adesão e regularidade às notificações de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) dos hospitais com leitos de UTI e/ou	INDICADOR 1.1.8. Percentual de adesão e regularidade às notificações de IRAS dos hospitais com leitos de UTI e/ou que realizam cesariana.	2732 - Realização de Ações de Vigilância Epidemiológica
META 1.1.9. Executar Projeto de Acordo de Cooperação Técnica com a UNESCO da implementação de tecnologias inovadoras de educação para a prevenção das IST/HIV/AIDS no ERJ.	INDICADOR 1.1.9. Projeto de Acordo de Cooperação Técnica com a UNESCO executado.	2733 - Realização de Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos
META 1.1.10. Apoiar, nos 92 municípios, a realização de campanhas e ações de imunização, de modo a alcançar os parâmetros preconizados de cobertura vacinal.	INDICADOR 1.1.10. Número de municípios apoiados na realização de campanhas e ações de imunização.	2732 - Realização de Ações de Vigilância Epidemiológica
META 1.1.11. Aprimorar, nos 92 municípios, as ações de prevenção, vigilância e bloqueio das doenças imunopreveníveis agudas e respiratórias.	INDICADOR 1.1.11. Número de municípios com ações de prevenção, vigilância e bloqueio das doenças imunopreveníveis agudas e respiratórias aprimoradas.	2733 - Realização de Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos
META 1.1.12. Realizar 80% das ações programadas pelo componente estadual do Sistema de Vigilância Sanitária.	INDICADOR 1.1.12. Percentual de ações programadas pelo componente estadual do Sistema de Vigilância Sanitária realizadas.	2729 - Fortalecimento do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária

META 1.1.13. Reestruturar o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária definindo princípios, diretrizes, dispositivos legais, normativos e operacionais.	INDICADOR 1.1.13. Sistema Estadual de Vigilância Sanitária reestruturado.	2729 - Fortalecimento do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária
META 1.1.14. Apoiar, nas 09 regiões de saúde, a qualificação das ações municipais de vigilância sanitária na RAS, em conformidade com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.	INDICADOR 1.1.14. Número de regiões de saúde apoiadas na qualificação das ações municipais de vigilância sanitária.	2729 - Fortalecimento do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária

OBJETIVO 1.2 Fortalecer a Atenção Primária em Saúde (APS) como ordenadora e coordenadora do cuidado nas (RAS).

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 1.2.1. Apoiar tecnicamente as 09 regiões de saúde objetivando o fortalecimento da gestão municipal da APS para aumento da cobertura da Atenção Primária e da Saúde Bucal (SB) .	INDICADOR 1.2.1. Número de regiões apoiadas tecnicamente para o aumento da cobertura da APS e SB.	Não Orçada
META 1.2.2. Apoiar financeiramente as 09 regiões de saúde objetivando o fortalecimento da gestão municipal da APS para aumento da cobertura da Atenção Primária e da Saúde Bucal (SB) .	INDICADOR 1.2.2. Número de regiões apoiadas financeiramente para o aumento da cobertura da APS e SB.	8327 - Fomento à Expansão e à Qualificação da Atenção Primária nos Municípios
META 1.2.3. Incrementar em 20% o número de municípios com o alcance do conjunto mínimo de metas de desempenho do Programa Estadual de Financiamento da APS (PREFAPS).	INDICADOR 1.2.3. Número de municípios com alcance de metas previstas no componente de desempenho do PREFAPS.	8327 - Fomento à Expansão e à Qualificação da Atenção Primária nos Municípios
META 1.2.4. Fomentar a qualidade da SB na APS para que 50% dos municípios realizem 70% do rol de ações elencado para saúde bucal.	INDICADOR 1.2.4. Proporção de municípios que realizam 70% de ações do rol elencado para SB.	8327 - Fomento à Expansão e à Qualificação da Atenção Primária nos Municípios
META 1.2.5. Induzir a ampliação para 80% da cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	INDICADOR 1.2.5. Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.	Não Orçada
META 1.2.6. Coordenar, no mínimo em duas regiões de saúde, a implantação do método PlanificaSUS para a organização da RAS, com base no perfil epidemiológico regional.	INDICADOR 1.2.6. Número de regiões de saúde coordenadas por meio do método Planifica SUS.	8327 - Fomento à Expansão e à Qualificação da Atenção Primária nos Municípios

OBJETIVO 1.3. Implementar a Política Estadual de Promoção de Saúde articulada às Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 1.3.1. Apoiar e qualificar tecnicamente os 92 municípios para o fortalecimento da vigilância e das ações intra e intersetoriais de promoção da saúde.	INDICADOR 1.3.1. Número de municípios apoiados e qualificados tecnicamente para o fortalecimento da vigilância e das ações intra e intersetoriais de promoção da saúde.	2733 - Realização de Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos
META 1.3.2. Fomentar 100 espaços para promoção da saúde e práticas corporais nos moldes do Programa Academias da Saúde.	INDICADOR 1.3.2. Número de espaços para promoção da saúde e práticas corporais nos moldes do Programa Academias da Saúde fomentados.	4539 - Alimentação e Nutrição–vigilância, promoção e organização da atenção nutricional
META 1.3.3. Apoiar institucionalmente as 09 regiões de saúde para a implementação de estratégias de promoção da alimentação saudável e adequada.	INDICADOR 1.3.3. Número de regiões de saúde apoiadas institucionalmente para a implementação de estratégias de promoção da alimentação saudável e adequada.	4539 - Alimentação e Nutrição–vigilância, promoção e organização da atenção nutricional

OBJETIVO 1.4 Qualificar a Atenção Integral à Saúde das Pessoas em todos os Ciclos de Vida com Abordagem de Gênero

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 1.4.1. Apoiar tecnicamente as 09 regiões de saúde para o planejamento reprodutivo.	INDICADOR 1.4.1. Número de regiões de saúde apoiadas tecnicamente para o planejamento reprodutivo.	8330 - Apoio à Saúde da Mulher, Materna e Infantil
META 1.4.2. Estabelecer diretrizes para as linhas de cuidado dos cinco ciclos de vida e de gênero - criança, adolescente, mulher, homem e idoso.	INDICADOR 1.4.2. Diretrizes estabelecidas para as linhas de cuidado dos ciclos de vida.	8330 - Apoio à Saúde da Mulher, Materna e Infantil

META 1.4.3. Expandir em 60% a oferta de leitos de UTI pediátrica para suprir as necessidades em todo o estado por meio das unidades próprias estaduais ou na sua inviabilidade, realizar a contratação de leitos de UTI.	INDICADOR 1.4.3. Percentual de ampliação de contratação de leitos de UTI pediátrico.	4528 - Assistência em Unidade de Tratamento Intensivo
META 1.4.4. Coordenar a implantação, nas 09 regiões de saúde, do cuidado integral às pessoas com doenças raras.	INDICADOR 1.4.4. Número de regiões de saúde com cuidado integral às pessoas com doenças raras implantado.	8330 - Apoio à Saúde da Mulher, Materna e Infantil
META 1.4.5. Elaborar e divulgar o Plano estadual de acolhimento e cuidado à população LGBT	INDICADOR 1.4.5. Plano estadual de acolhimento e cuidado à população LGBT divulgado.	8322 - Fortalecimento da Política de Gestão Estratégica e Participativa

OBJETIVO 1.5. Reduzir a mortalidade materna e a mortalidade infantil no âmbito estadual.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 1.5.1. Coordenar nas 9 regiões de saúde a reorganização das linhas de cuidado materno-infantil a partir do perfil de morbimortalidade regional.	INDICADOR 1.5.1. Número de regiões de saúde com as linhas de cuidado materno-infantil reorganizadas.	8330 - Apoio à Saúde da Mulher, Materna e Infantil
META 1.5.2. Induzir a redução em 20% da sífilis congênita.	INDICADOR 1.5.2. Percentual de redução de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano.	2732 - Realização de Ações de Vigilância Epidemiológica
META 1.5.3. Induzir a redução em 60% da transmissão vertical da hepatite B.	INDICADOR 1.5.3. Percentual de redução de casos de transmissão vertical da hepatite B.	2733 - Realização de Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos
META 1.5.4. Induzir a redução em 50 % dos casos de crianças menores de 5 anos com Aids.	INDICADOR 1.5.4. Percentual de redução da transmissão vertical do HIV em menores de cinco anos.	2733 - Realização de Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos
META 1.5.5. Estruturar os quatro componentes da Triagem Neonatal (triagem auditiva, cardiopatia congênita, reflexo vermelho, triagem biológica).	INDICADOR 1.5.5. Número de componentes da Triagem Neonatal estruturados.	2956 - Realização de Teste de Triagem Neonatal
META 1.5.6. Apoiar, nas 5 maternidades sob gestão estadual, a certificação de "Hospital Amigo da Criança".	INDICADOR 1.5.6. Número de maternidades estaduais certificadas como "Hospital Amigo da Criança".	4539 - Alimentação e Nutrição–vigilância, promoção e organização da atenção nutricional
META 1.5.7. Induzir o aumento em oito pontos percentuais do número de partos normais no SUS.	INDICADOR 1.5.7. Percentual de partos normais no SUS.	8341 - Assistência Ambulatorial e Hospitalar 8330 - Apoio à Saúde da Mulher, Materna e Infantil
META 1.5.8. Instituir o Comitê Estadual de Investigação de Óbitos Infantis e fetais.	INDICADOR 1.5.8. Comitê Estadual de Investigação de Óbitos Infantis instituído.	Não Orçada
META 1.5.9. Fortalecer nas maternidades sob gestão estadual quatro ações de boas práticas na assistência materno-infantil.	INDICADOR 1.5.9. Número de maternidades com quatro ações de boas práticas fortalecidas.	8341 - Assistência Ambulatorial e Hospitalar 2016 - Manutenção das atividades operacionais e Administrativas
META 1.5.10. Expandir a oferta de leitos de UTI Neonatal em 10% para suprir as necessidades do estado por meio das unidades próprias estaduais ou na sua inviabilidade, realizar a contratação de leitos de UTI.	INDICADOR 1.5.10. Percentual de ampliação de contratação de leitos de UTI neonatal.	4528 - Assistência em Unidade de Tratamento Intensivo

OBJETIVO 1.6. Reduzir a mortalidade prematura pelas quatro principais doenças crônicas não transmísseis (DCNT).

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT

META 1.6.1. Apoiar tecnicamente as 09 regiões de saúde para a estruturação do cuidado às pessoas com doenças crônicas, conformando as linhas de cuidado prioritárias.	INDICADOR 1.6.1. Número de regiões de saúde apoiadas tecnicamente para a estruturação do cuidado às pessoas com DCNT.	8341 - Assistência Ambulatorial e Hospitalar 8331 - Operacionalização das UPAs 24h Estaduais 8327 - Fomento à Expansão e à Qualificação da Atenção Primária nos Municípios 4539 - Alimentação e Nutrição–vigilância, promoção e organização da atenção nutricional 8333 - Assistência à Obesidade Mórbida por Cirurgia Bariátrica e Cirurgia Reparadora
META 1.6.2. Fomentar municípios elegíveis das 9 regiões de saúde para o acesso qualificado à atenção integral às pessoas com doença renal crônica.	INDICADOR 1.6.2. Número de municípios cofinanciados para o acesso qualificado à atenção integral às pessoas com doença renal crônica.	4530 - Apoio à Qualificação da Rede de Terapia Renal Substitutiva - RTRS
META 1.6.3. Apoiar tecnica e financeiramente, nas 09 regiões de saúde, a estruturação das referências de alta complexidade cardiovascular.	INDICADOR 1.6.3. Número de regiões de saúde apoiadas tecnica e financeiramente na estruturação das referências de alta complexidade cardiovascular.	8332 - Apoio à Assistência de Alta Complexidade em Cardiologia
META 1.6.4. Fomentar nas 09 regiões de saúde a ampliação das ações de vigilância, rastreio e acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer.	INDICADOR 1.6.4. Número de regiões de saúde fomentadas quanto à ampliação das ações de vigilância, rastreio e acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer.	8334 - Apoio à Assistência Oncológica
META 1.6.5. Estruturar a rede de cuidados às pessoas com doença falciforme, visando o acesso adequado.	INDICADOR 1.6.5. Rede de cuidados às pessoas com doença falciforme estruturada.	8327 - Fomento à Expansão e à Qualificação da Atenção Primária nos Municípios
META 1.6.6. Apoiar institucionalmente as 9 regiões de saúde para a organização da atenção nutricional, na articulação entre a APS e outros pontos de atenção.	INDICADOR 1.6.6. Número de regiões de saúde apoiadas institucionalmente para a organização da atenção nutricional, na articulação entre a APS e outros pontos de atenção.	4539 - Alimentação e Nutrição–vigilância, promoção e organização da atenção nutricional

OBJETIVO 1.7. Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nas regiões de saúde.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 1.7.1. Apoiar os processos de desinstitucionalização nas 5 regiões de saúde que contam com hospitais psiquiátricos: Metropolitana I, Metropolitana II, Centro Sul, Serrana e Norte.	INDICADOR 1.7.1. Número de regiões de saúde apoiadas nos processos de desinstitucionalização.	8106 - Apoio à Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro - RAPS
META 1.7.2. Apoiar tecnicamente, nas 9 regiões de saúde, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).	INDICADOR 1.7.2. Número de regiões de saúde apoiadas tecnicamente na RAPS.	8106 - Apoio à Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro - RAPS
META 1.7.3. Cofinanciar, nas 9 regiões de saúde, os dispositivos estratégicos da RAPS, visando aumento de cobertura dos CAPS.	INDICADOR 1.7.3. Número de regiões de saúde cofinanciadas nos dispositivos estratégicos da RAPS.	8106 - Apoio à Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro - RAPS

OBJETIVO 1.8. Induzir a estruturação da Rede de Cuidado a Pessoas com Deficiência (RCPD) nas regiões de saúde.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 1.8.1. Induzir a Implementação dos 7 Planos de Ação Regionais da RCPD já pactuados.	INDICADOR 1.8.1. Número de Planos de Ação Regionais da RCPD pactuados e implementados.	4533 - Apoio à Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência - RCPD
META 1.8.2. Coordenar a elaboração e implementação dos Planos de Ação das regiões Serrana e Norte.	INDICADOR 1.8.2. Planos de Ação da RCPD das regiões Serrana e Norte implementados.	4533 - Apoio à Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência - RCPD
META 1.8.3. Coordenar a organização de duas linhas de cuidado prioritárias para atenção às pessoas com deficiência.	INDICADOR 1.8.3. Número de linhas de cuidado para atenção às pessoas com deficiência organizadas.	4533 - Apoio à Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência - RCPD

OBJETIVO 1.9. Consolidar a Rede de Urgência e Emergência (RUE) nas regiões de saúde.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 1.9.1. Operacionalizar 100% das UPAs 24 horas estaduais.	INDICADOR 1.9.1. Percentual de UPAs 24 horas estaduais operacionalizadas.	8331 - Operacionalização das UPAs 24h Estaduais

META 1.9.2. Apoiar financeiramente 100% das UPAs 24h municipais, conforme Resolução SES/RJ vigente.	INDICADOR 1.9.2. Percentual de UPAs 24 horas municipais apoiadas financeiramente, conforme Resolução SES/RJ vigente.	2742 - Apoio às UPAS 24 Horas Municipalizadas
META 1.9.3. Apoiar financeiramente 100% das regiões de saúde com o serviço de SAMU regional implantado.	INDICADOR 1.9.3. Percentual de regiões de saúde com o serviço de SAMU regional apoiado financeiramente.	2744 - Assistência Pré-hospitalar Móvel de Urgência e Emergência - SAMU 192
META 1.9.4. Monitorar Critérios de Qualidade em 100% das Unidades de Saúde da RUE adesas ao Programa IAM.	INDICADOR 1.9.4. Percentual de Unidades de Saúde da RUE adesas ao programa IAM, com Critérios de Qualidade monitorados.	A527 - Apoio à Rede de Atenção as Urgências e Emergências em Saúde -RUE
META 1.9.5. Alcançar 100% das UPAs, sob gestão estadual, com trombólise realizada no tratamento do IAM com supra de ST em todos os casos elegíveis.	INDICADOR 1.9.5. Percentual de UPAs com trombólise realizada em todos os casos elegíveis para o tratamento do IAM com supra de ST.	8331 - Operacionalização das UPAs 24h Estaduais
META 1.9.6. Avaliar e monitorar o serviço prestado em 100% das UPAs, sob gestão estadual, para o cumprimento das metas quantitativas, conforme contrato de gestão.	INDICADOR 1.9.6. Percentual de UPAs que atingiram as metas quantitativas, conforme contrato de gestão.	8331 - Operacionalização das UPAs 24h Estaduais
META 1.9.7. Avaliar e monitorar o serviço prestado em 100% das UPAs, sob gestão estadual, para o cumprimento das metas qualitativas, conforme contrato de gestão.	INDICADOR 1.9.7. Percentual de UPAs sob gestão estadual que alcançaram o conceito A ou B de desempenho em, no mínimo, 8 meses ao ano.	8331 - Operacionalização das UPAs 24h Estaduais
META 1.9.8. Coordenar no município do Rio de Janeiro o Serviço de Assistência Móvel de Urgência e Emergência (SAMU) sob gestão estadual.	INDICADOR 1.9.8. SAMU coordenado no município do Rio de Janeiro.	2744 - Assistência Pré-hospitalar Móvel de Urgência e Emergência - SAMU 192 2894 - Realização de Resgate Aéreo para Urgência/Emergência em Saúde
META 1.9.9. Apoiar tecnicamente a elaboração e a implementação dos Planos de Urgência e Emergência das Regiões Baixada Litorânea (BL), Baía da Ilha Grande (BIG) e Noroeste (NO) e a atualização e implementação dos seis Planos de Ação regionais já pactuados.	INDICADOR 1.9.9. Número de Planos de Urgência e Emergência atualizados e implementados.	A527 - Apoio à Rede de Atenção as Urgências e Emergências em Saúde -RUE
META 1.9.10. Implementar Núcleos de Acesso a Qualidade Hospitalar (NAQH) em seis hospitais de emergência sob gestão estadual com leitos de retarguarda da RUE.	INDICADOR 1.9.10. Número de hospitais com NAQHs implementados.	A527 - Apoio à Rede de Atenção as Urgências e Emergências em Saúde -RUE
META 1.9.11. Implementar estratégia de qualificação para ampliação do acolhimento à demanda espontânea de urgência e emergência na APS.	INDICADOR 1.9.11. Estratégia de qualificação implementada.	A527 - Apoio à Rede de Atenção as Urgências e Emergências em Saúde -RUE
META 1.9.12 Ampliar em 52% o número de municipios com oferta de Profilaxia pós exposição de risco - PEP na RUE hospitalar e pré-hospitalar.	INDICADOR 1.9.12. Percentual de ampliação do número de municipios com oferta de PEP na RUE hospitalar e pré-hospitalar.	2733 - Realização de Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos

OBJETIVO 1.10. Aprimorar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças infecciosas mais prevalentes no estado do Rio de Janeiro, conformando linhas de cuidado.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 1.10.1. Apoiar as 9 regiões de saúde para a organização da rede de atenção, estruturando o cuidado integral às pessoas com doenças infecciosas, prioritariamente, sífilis, AIDS, tuberculose, hanseníase, hepatites virais, arboviroses, e outras.	INDICADOR 1.10.1. Número de regiões de saúde apoiadas para a organização da rede de atenção às pessoas com doenças infecciosas prioritárias.	2733 - Realização de Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos
META 1.10.2. Induzir a redução em 15% da mortalidade por AIDS.	INDICADOR 1.10.2. Percentual de redução da mortalidade por AIDS.	2733 - Realização de Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos.
META 1.10.3. Apoiar as 9 regiões de saúde no aumento da proporção de cura dos casos novos da TB com confirmação laboratorial.	INDICADOR 1.10.3. Número de regiões de saúde apoiadas para o aumento da proporção de cura dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial.	2733 - Realização de Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos
META 1.10.4. Induzir o aumento em 40% do número de casos notificados de hepatite C confirmados por HCV-RNA.	INDICADOR 1.10.4. Percentual de aumento do número de casos notificados de hepatite C confirmados por HCV-RNA.	2733 - Realização de Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos
META 1.10.5. Reduzir para o parâmetro médio de 5 a 9,9%, o número de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física 2, avaliados no momento do diagnóstico.	INDICADOR 1.10.5. Percentual dos casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física 2, avaliados no momento do diagnóstico	2733 - Realização de Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos

META 1.10.6. Induzir o aumento para 72,5% do número de indivíduos com 13 anos ou mais com diagnóstico de infecção pelo HIV, em tempo oportuno.	INDICADOR 1.10.6. Percentual de indivíduos com 13 anos ou mais com primeiro CD4 maior que 350 células.	2733 - Realização de Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos

OBJETIVO 1.11. Estabelecer, implantar e implementar a política de saúde do trabalhador.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 1.11.1. Estruturar o componente estadual da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST).	INDICADOR 1.11.1. Componente estadual da RENAST estruturado.	2736 - Realização de Ações de Vigilância Ambiental
META 1.11.2. Apoiar a reestruturação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) nas 9 regiões de Saúde.	INDICADOR 1.11.2. Número de regiões de saúde com CEREST reestruturado.	2736 - Realização de Ações de Vigilância Ambiental

OBJETIVO 1.12. Fortalecer a política de segurança do paciente no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 1.12.1. Implementar práticas de segurança do paciente em 70% das unidades de saúde estaduais pré-hospitalares e hospitalares.	INDICADOR 1.12.1. Percentual de unidades de saúde estaduais pré-hospitalares e hospitalares com práticas de segurança do paciente implementadas.	2729 - Fortalecimento do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária 8325 - Melhoria Gestão Serviço Saúde 8341 - Assistência Ambulatorial e Hospitalar 8331 - Operacionalização das UPAs 24h Estaduais
META 1.12.2. Ampliar em 100% as estruturas de governança estadual de segurança do paciente no SUS, de modo a intensificar as ações do plano estadual de segurança do paciente.	INDICADOR 1.12.2. Percentual de ampliação das estruturas de governança estadual da segurança do paciente no SUS.	2729 - Fortalecimento do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária 8325 - Melhoria Gestão Serviço Saúde 8341 - Assistência Ambulatorial e Hospitalar 8331 - Operacionalização das UPAs 24h Estaduais

OBJETIVO 1.13. Instituir a politica estadual de saúde para a redução da morbimortalidade por violências e acidentes e a promoção da cultura da paz.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 1.13.1. Fortalecer o Núcleo Estadual de Saúde para a Prevenção da Violência, Promoção da Cultura de Paz e Atenção às Pessoas Vítimas de Violência .	INDICADOR 1.13.1. Número de reuniões realizadas pelo Núcleo Estadual de Saúde para a Prevenção da Violência, Promoção da Cultura da Paz e Atenção às Pessoas Vítimas de Violência.	Não Orçada
META 1.13.2. Apoiar tecnicamente, no mínimo, 50% dos municípios acima de 100 mil hab. para implantação dos Núcleos de Saúde para a Prevenção da Violência, Promoção da Cultura da Paz e Atenção às Pessoas Vítimas de Violência.	INDICADOR 1.13.2. Percentual de municípios com mais de 100 mil de habitantes com Núcleos de Saúde para a Prevenção da Violência, Promoção da Cultura da Paz e Atenção às Pessoas Vítimas de Violência implementados.	Não Orçada
META 1.13.3. Apoiar tecnicamente as 9 regiões de saúde para a construção das linhas de cuidado prioritárias para as pessoas em situação de violência e acidentes.	INDICADOR 1.13.3. Número de regiões apoiadas tecnicamente para a construção das linhas de cuidado prioritárias para as pessoas em situação de violência e acidentes.	Não Orçada
META 1.13.4. Implantar em 100% das unidades hospitalares de emergência sob gestão estadual, nova metodologia de acolhimento às vítimas de violência, evitando a revitimização institucional.	INDICADOR 1.13.4. Percentual de unidades hospitalares de emergência sob gestão estadual com fluxo de acolhimento às vítimas de violência implantado.	2016 - Manutenção das atividades operacionais e Administrativas 8341 - Assistência Ambulatorial e Hospitalar

OBJETIVO 1.14. Fomentar ações para garantir a transversalidade da Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 1.14.1. META 1.14.1. Implementar a diretriz de "Acolhimento", segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) em 100% das Unidades de Saúde, sob gestão estadual, nas regiões Metropolitana I, Metropolitana II e Médio Paraíba.	INDICADOR 1.14.1. Percentual de Unidades de Saúde, sob gestão estadual, nas regiões Metro I, Metro II e Médio Paraíba com a diretriz de "Acolhimento" implementada.	2016 - Manutenção das atividades operacionais e Administrativas

META 1.14.2. Implantar o projeto de voluntariado em 10 unidades sob gestão estadual.	INDICADOR 1.14.2. Número de unidades sob gestão estadual com projetos de voluntariado implantados.	2016 - Manutenção das atividades operacionais e Administrativas
META 1.14.3. Implantar Conselho Gestor em 5 unidades hospitalares de emergência e maternidades sob gestão estadual.	INDICADOR 1.14.3. Número de conselhos gestores implantados.	2016 - Manutenção das atividades operacionais e Administrativas

OBJETIVO 1.15. Fortalecer a transversalidade das políticas de equidade na Rede de Atenção à Saúde (RAS) com foco na saúde das populações vulneráveis.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 1.15.1. Produzir 4 boletins epidemiológicos e análises da situação de saúde, como monitoramento dos eixos: população negra, população LGBT, população refugiada, população do campo, da floresta e das águas, população em situação de rua, população privada de liberdade, adolescentes em conflito com a Lei e educação popular em saúde.	INDICADOR 1.15.1. Número de boletins epidemiológicos e análises da situação de saúde divulgados.	8322 - Fortalecimento da Política de Gestão Estratégica e Participativa
META 1.15.2. Induzir a Política de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional por meio de apoio institucional e cofinanciamento aos 9 municípios com unidades prisionais.	INDICADOR 1.15.2. Número de municípios apoiados para indução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.	8322 - Fortalecimento da Política de Gestão Estratégica e Participativa
META 1.15.3. Induzir a Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei por meio do apoio institucional aos 13 municípios com Unidades Sócio-Educativas.	INDICADOR 1.15.3. Número de municípios apoiados para indução da Política de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei.	8322 - Fortalecimento da Política de Gestão Estratégica e Participativa
META 1.15.4. Cofinanciar 100% das equipes de Consultório na Rua implantadas no ERJ por meio do PREFAPS.	INDICADOR 1.15.4. Percentual de equipes de Consultório na Rua cofinanciadas.	8327 - Fomento à Expansão e à Qualificação da Atenção Primária nos Municípios

OBJETIVO 1.16. Fortalecer a atenção especializada de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar, na lógica da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 1.16.1. Gerenciar serviços de saúde em 2 maternidades, 10 hospitais gerais (sendo 3 com maternidades), 7 hospitais especializados, 7 Institutos e 6 ambulatórios.	INDICADOR 1.16.1. Número de unidades de saúde sob gestão estadual gerenciadas.	8341 - Assistência Ambulatorial e Hospitalar
META 1.16.2. Executar e prestar serviços de saúde conforme contrato de gestão celebrado entre a Secretaria de Estado de Saúde (SES/RJ) e a Fundação Saúde (FS), atingindo 100% das metas estipuladas, com margem de tolerância de 10%.	INDICADOR 1.16.2. Percentual alcançado das metas estipuladas no contrato de gestão entre a Secretaria de Estado de Saúde (SES/RJ) e a Fundação Saúde (FSERJ).	2911 / 2912 - Execução do Contrato de Gestão - FES
META 1.16.3. Apoiar financeiramente o Hospital Universitário Pedro Ernesto - HUPE/UERJ para a prestação de serviços especializados em saúde.	INDICADOR 1.16.3. Apoio financeiro ao Hospital Universitário Pedro Ernesto realizado.	8335 - Assistência a Pacientes com Anomalias Craniofaciais 2959 - Assistência a Pacientes com Disfunções Miccionais
META 1.16.4. Criar 11 Unidades estratégicas para o Programa Estadual de Transplantes (PET): 6 Comissões Intra-hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), exclusivas e atuantes, e 5 Organizações de Procura de Órgãos (OPOs).	INDICADOR 1.16.4. Número de unidades estratégicas do Programa Estadual de Transplantes - PET- criadas.	8364 - Fortalecimento do Programa Estadual de Transplantes - PET
META 1.16.5. Realizar 8.000 transplantes de órgãos e tecidos.	INDICADOR 1.16.5. Número de transplantes de órgãos e tecidos realizados.	8364 - Fortalecimento do Programa Estadual de Transplantes - PET
META 1.16.6. Apoiar tecnicamente a estruturação da linha de cuidado da oftalmologia para as 09 regiões de saúde.	INDICADOR 1.16.6. Linha de cuidado da oftalmologia estruturada para as 09 regiões de saúde.	4529 - Apoio à Assistência Oftalmológica de Alta Complexidade
META 1.16.7. Instituir, nas 09 regiões de saúde, a Política Estadual de Média e Alta complexidade.	INDICADOR 1.16.7. Política Estadual de Média e Alta Complexidade instituída nas 9 regiões de saúde.	4587 - Fortalecimento das Ações de Controle e Avaliação

META 1.16.8. Apoiar tecnicamente os 92 municípios para a utilização dos Sistemas de Informação de faturamento do SUS (SIA e SIH) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).	INDICADOR 1.16.8. Número de municípios apoiados tecnicamente para utilização de sistemas de faturamento.	4587 - Fortalecimento das Ações de Controle e Avaliação
META 1.16.9. Atualizar a programação física e financeira dos repasses federais para a atenção especializada de Média e Alta complexidade, no âmbito do estado do Rio de Janeiro.	INDICADOR 1.16.10. Programação física e financeira dos repasses federais para a atenção especializada de Média e Alta complexidade atualizada.	4587 - Fortalecimento das Ações de Controle e Avaliação
META 1.16.10. Garantir auxílio para 100% das solicitações elegíveis de Tratamento Fora de Domicílio - TFD nos termos da legislação estadual vigente.	INDICADOR 1.16.10. Percentual de solicitações elegíveis de TFD com o auxílio garantido.	2721 - Realização de Tratamento Fora de Domicílio - TFD
META 1.16.11. Implantar mecanismo de referência para unidades de APS responsáveis pela continuidade do cuidado em 80% das unidades sob gestão estadual.	INDICADOR 1.16.11. Percentual de unidades, sob gestão estadual, com mecanismo de referência para unidades de APS responsáveis pela continuidade do cuidado.	8327 - Fomento à Expansão e à Qualificação da Atenção Primária nos Municípios 8341 - Assistência Ambulatorial e Hospitalar 8331 - Operacionalização das UPAs 24h Estaduais

OBJETIVO 1.17. Instituir a Política Estadual de Regulação, ampliando, qualificando e integrando diferentes níveis de atenção na Rede de Atenção à Saúde (RAS)

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 1.17.1. Operacionalizar e integrar as 8 centrais de regulação que atendem às 09 regiões de saúde no estado, conforme Política Nacional de Regulação e pactuações em CIB/CIR, viabilizando que o controle social tenha informações em todo o estado sobre as ofertas e demandas do SUS.	INDICADOR 1.17.1.Número de centrais de regulação operacionalizadas e integradas	8323 - Organização do Acesso aos Serviços de Saúde pelas Centrais de Regulação
META 1.17.2. Alcançar, nas 9 regiões de saúde, 100% de recursos de alta complexidade com regulação regional, conforme pactuação CIB e posterior ciência aos Conselhos Municipais e ao Conselho Estadual de Saúde.	INDICADOR 1.17.2. Número de regiões de saúde com 100% de recursos de alta complexidade com regulação regional.	8323 - Organização do Acesso aos Serviços de Saúde pelas Centrais de Regulação
META 1.17.3. Apoiar tecnicamente a operacionalização de 92 serviços de regulação municipais informatizados e integrados.	INDICADOR 1.17.3. Número de serviços de regulação municipais informatizados apoiados tecnicamente.	8323 - Organização do Acesso aos Serviços de Saúde pelas Centrais de Regulação
META 1.17.4. Estabelecer diretrizes para a regulação de procedimentos de Média complexidade nas 09 regiões de saúde.	INDICADOR 1.17.4. Número de regiões de saúde com diretrizes para a regulação de procedimentos de Média complexidade estabelecidas.	8323 - Organização do Acesso aos Serviços de Saúde pelas Centrais de Regulação

OBJETIVO 1.18. Qualificar a assistência farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 1.18.1. Cofinanciar 92 municípios na aquisição de medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.	INDICADOR 1.18.1. Número de municípios cofinanciados na aquisição de medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.	2714 - Assistência Farmacêutica Básica
META 1.18.2. Realizar 2.400.000 atendimentos com medicamentos do componente especializado da assistencia farmaceutica - CEAF.	INDICADOR 1.18.2. Número de atendimentos realizados com medicamentos do CEAF.	2716 - Assistência Farmacêutica Especializada
META 1.18.3. Operacionalizar 3 Unidades RIOFARMES: Praça Onze, Duque de Caxias e Nova Iguaçu.	INDICADOR 1.18.3.Número de Unidades RIOFARMES operacionalizadas.	8328 - Operacionalização de Farmácias Estaduais de Medicamento Especializado-RIOFARMES
META 1.18.4. Apoiar 52 unidades prisionais na aquisição de medicamentos e insumos da atenção básica para população privada de liberdade.	INDICADOR 1.18.4. Número de unidades prisionais apoiadas na aquisição de medicamentos e insumos da atenção básica para população privada de liberdade.	2714 - Assistência Farmacêutica Básica

META 1.18.5. Apoiar financeiramente e tecnicamente os polos municipais de dispensação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF.	INDICADOR 1.18.5. Polos municipais de dispensação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF apoiados financeiramente e tecnicamente.	2716 - Assistência Farmacêutica Especializada

OBJETIVO 1.19. Fortalecer o sistema de apoio e o sistema logístico na Rede de Atenção à Saúde (RAS)

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 1.19.1 Ampliar em 20% a coleta de bolsas de sangue pela Hemorrede Pública (216 mil bolsas ao final de 4 anos).	INDICADOR 1.19.1 Percentual de ampliação da coleta de bolsas de sangue.	2911 / 2912 - Execução do Contrato de Gestão - FES
META 1.19.2 Apoiar tecnicamente a qualificação de 100% dos serviços da Hemorrede pública.	INDICADOR 1.19.2 Percentual de serviços da Hemorrede pública apoiados tecnicamente para qualificação.	2911 / 2912 - Execução do Contrato de Gestão - FES
META 1.19.3. Ofertar 1.000.000 de exames de imagem.	INDICADOR 1.19.3. Número de exames de imagem realizados.	8343 - Realização de Exames de Imagem para Apoio Diagnóstico e Qualificação do Cuidado

DIRETRIZ 2. Fortalecimento da SES/RJ na Gestão do SUS e na Governança Pública atendendo aos interesses da sociedade.

OBJETIVO 2.1. Fortalecer a gestão descentralizada e a regionalização do SUS.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 2.1.1 Implantar 08 núcleos descentralizados da SES nas regiões de saúde.	INDICADOR 2.1.1 Número de núcleos descentralizados da SES implantados.	8326 - Fortalecimento da Capacidade de Governança Regional e Estadual do SUS
META 2.1.2 Apoiar 09 consórcios de saúde.	INDICADOR 2.1.2 Número de consórcios de saúde apoiados.	8324 - Apoio aos Consórcios de Saúde
META 2.1.3 Realizar 03 estudos, por meio de parcerias, para subsidiar o aprimoramento da regionalização no estado do Rio de Janeiro.	INDICADOR 2.1.3 Número de estudos realizados.	8326 - Fortalecimento da Capacidade de Governança Regional e Estadual do SUS
META 2.1.4 Financiar, nas 09 regiões de saúde, novos programas, conforme as necessidades emergentes.	INDICADOR 2.1.4 Número de novos programas de saúde financiados.	2727 - Apoio a Entes para Ações de Saúde

OBJETIVO 2.2. Fortalecer a governança do SUS.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 2.2.1 Promover a cooperação, a concertação e a atuação conjunta da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde na gestão do SUS, por meio das interações intergovernamentais nos espaços de governança bipartites regionais (CIR) e estadual (CIB).	INDICADOR 2.2.1 Número de reuniões dos colegiados de gestão bipartites – CIR e CIB.	8326 - Fortalecimento da Capacidade de Governança Regional e Estadual do SUS

OBJETIVO 2.3. Produzir, qualificar e disseminar informação em saúde oportuna, garantindo publicidade e transparência, apoiando o monitoramento e a tomada de decisão.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 2.3.1. Atualizar 100% das bases de dados das ferramentas de disseminação de informação e monitoramento com periodicidade mensal, quadrimestral ou anual.	INDICADOR 2.3.1. Percentual das bases de dados das ferramentas de disseminação de informação e monitoramento atualizadas.	2016 - Manutenção das atividades operacionais e Administrativas
META 2.3.2. Implantar uma nova ferramenta de disseminação de Informação em Saúde.	INDICADOR 2.3.2. Nova ferramenta de disseminação de informação implantada.	2016 - Manutenção das atividades operacionais e Administrativas

META 2.3.3. Disponibilizar 20 novos Tabnets no Portal da SES.	INDICADOR 2.3.3. Número de novos Tabnets disponibilizados no Portal da SES.	2016 - Manutenção das atividades operacionais e Administrativas

OBJETIVO 2.4. Aprimorar o processo de planejamento em saúde nas três esferas: municipal, regional e estadual.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 2.4.1. Coordenar o processo de elaboração, monitoramento, avaliação e divulgação dos 4 Instrumentos de Planejamento do SUS no âmbito estadual - Plano de Saúde; Programação Anual de Saúde (PAS); Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Relatório Anual de Gestão (RAG) com a participação do controle social.	INDICADOR 2.4.1. Número de instrumentos de planejamento do SUS estaduais elaborados nos seus respectivos períodos.	2751 - Qualificação do Planejamento do SUS
META 2.4.2. Apoiar tecnicamente 100% dos municípios para a elaboração e o monitoramento dos Instrumentos de Planejamento do SUS.	INDICADOR 2.4.2. Percentual de municípios apoiados tecnicamente para a elaboração e o monitoramento dos Instrumentos de Planejamento do SUS.	2751 - Qualificação do Planejamento do SUS
META 2.4.3. Implantar laboratório de inovação para a qualificação do processo de planejamento dos 92 municipios do ERJ.	INDICADOR 2.4.3. Laboratorio de inovação implantado.	2751 - Qualificação do Planejamento do SUS
META 2.4.4. Coordenar, nas 9 regiões de saúde, o processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) com a participação do controle social.	INDICADOR 2.4.4 Número de regiões de saúde com o processo de PRI coordenado.	2751 - Qualificação do Planejamento do SUS

OBJETIVO 2.5. Qualificar o processo de captação de recursos, por meio de estratégias inovadoras.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 2.5.1. Implantar o "Guia de Iniciativas" (Banco de Projetos da SES/RJ) como estratégia para a qualificação dos investimentos.	INDICADOR 2.5.1. Guia de Iniciativas implantado.	2016 - Manutenção das atividades operacionais e Administrativas
META 2.5.2. Ampliar em 20% a captação de recursos das emendas parlamentares federais e dos programas agenciados pelo Governo Federal.	INDICADOR 2.5.2. Percentual de ampliação da captação de recursos.	2016 - Manutenção das atividades operacionais e Administrativas

OBJETIVO 2.6. Investir em construção e recuperação da infraestrutura das Unidades Estaduais de Saúde.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 2.6.1. Construir 29 UPAs em alvenaria, substituindo o padrão construtivo de módulos metálicos pré-fabricados, com acréscimo de ambulatórios de especialidades e centros de exames diagnósticos, com espaço físico para reuniões, capacitações e convivência para os trabalhadores.	INDICADOR 2.6.1. Número de UPAs construídas com acréscimo de ambulatórios de especialidades e centros de exames diagnósticos.	1094 - Construção, Reforma e Aparelhamento de Unidades de Saúde
META 2.6.2. Reformar, modernizar e melhorar a infraestrututura de 30 unidades de saúde sob gestão estadual.	INDICADOR 2.6.2. Número de unidades sob gestão estadual com reforma, modernização e melhorias realizadas.	1094 - Construção, Reforma e Aparelhamento de Unidades de Saúde
META 2.6.3. Construir Hospital de Oncologia e Cardiovascular.	INDICADOR 2.6.3. Hospital de Oncologia e Cardiovascular construído.	1094 - Construção, Reforma e Aparelhamento de Unidades de Saúde
META 2.6.4. Construir Novo Hospital Getúlio Vargas.	INDICADOR 2.6.4. Novo Hospital Getúlio Vargas construído.	1094 - Construção, Reforma e Aparelhamento de Unidades de Saúde
META 2.6.5. Construir Novo Hospital Geral e de Trauma da Baixada.	INDICADOR 2.6.5. Novo Hospital Geral e de Trauma da Baixada construído.	1094 - Construção, Reforma e Aparelhamento de Unidades de Saúde
META 2.6.6. Construir Hospital de doenças Infecto contagiosas.	INDICADOR 2.6.6. Hospital de doenças Infecto contagiosas construído.	1094 - Construção, Reforma e Aparelhamento de Unidades de Saúde

META 2.6.7. Construir Rio Imagem II.	INDICADOR 2.6.7. Rio Imagem II construído.	1094 - Construção, Reforma e Aparelhamento de Unidades de Saúde
META 2.6.8. Construir Hospital Penitenciário.	INDICADOR 2.6.8. Hospital Penitenciário construído.	1094 - Construção, Reforma e Aparelhamento de Unidades de Saúde
META 2.6.9. Retomar as obras do Hospital Mãe de São Gonçalo.	INDICADOR 2.6.9. Hospital Mãe de São Gonçalo com obras retomadas.	1094 - Construção, Reforma e Aparelhamento de Unidades de Saúde
META 2.6.10. Implementar os processos de Hotelaria Hospitalar em 100% das unidades hospitalares de emergência e maternidades sob gestão estadual.	INDICADOR 2.6.10. Percentual de unidades com o serviço de Hotelaria Hospitalar implementado em relação ao programado.	1094 - Construção, Reforma e Aparelhamento de Unidades de Saúde
META 2.6.11. Aprimorar a ambiência em 5 unidades hospitalares de emergência sob gestão estadual, conforme a PNH.	INDICADOR 2.6.11. Número de unidades hospitalares de emergência sob gestão estadual contempladas com melhorias na ambiência.	1094 - Construção, Reforma e Aparelhamento de Unidades de Saúde

OBJETIVO 2.7. Fortalecer a atuação dos Componentes Municipais e Estadual do Sistema Nacional de Auditoria.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 2.7.1 Realizar oito (08) eventos regionais para sensibilizar os gestores na criação e implementação dos Componentes Municipais de Auditoria do SNA, em parceira com a SEAUD/DENASUS.	INDICADOR 2.7.1 Número de eventos regionais sobre auditoria realizados.	8322 - Fortalecimento da Política de Gestão Estratégica e Participativa
META 2.7.2. Auditar 100% das Unidades sob gestão estadual quanto aos aspectos assistenciais, de infraestrutura e administrativo-financeiro, utilizando o SISAUD/SUS.	INDICADOR 2.7.2. Percentual de Unidades sob gestão estadual auditadas.	8322 - Fortalecimento da Política de Gestão Estratégica e Participativa
META 2.7.3. Realizar 100% das auditorias demandadas dentro das competências do Componente Estadual do SNA, utilizando o SISAUD/SUS.	INDICADOR 2.7.3. Percentual das auditorias realizadas em relação às demandadas.	8322 - Fortalecimento da Política de Gestão Estratégica e Participativa
META 2.7.4 Auditar os quatro (04) Relatórios Anuais de Gestão da SES - RAG/SES (01 a cada ano), em cumprimento ao disposto no artigo 42 da Lei Complementar Federal nº 141/2012, utilizando o SISAUD/SUS.	INDICADOR 2.7.4 Número de Relatórios Anuais de Gestão - RAG auditados.	8322 - Fortalecimento da Política de Gestão Estratégica e Participativa

OBJETIVO 2.8. Ampliar e fortalecer a participação popular e o controle social por meio das deliberações do CES/RJ e de sua atuação nas políticas públicas de saúde.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 2.8.1. Adequar a estrutura do Conselho Estadual de Saúde (CES/RJ) para o seu pleno funcionamento.	INDICADOR 2.8.1. Estrutura do CES/RJ adequada às suas prerrogativas legais.	2752 - Fortalecimento do Controle Social - Conselhos Estaduais de Saúde
META 2.8.2. Acompanhar e apoiar 100% dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS).	INDICADOR 2.8.2. Percentual de CMS acompanhados e apoiados.	2752 - Fortalecimento do Controle Social - Conselhos Estaduais de Saúde
META 2.8.3. Capacitar e apoiar 100% dos conselheiros estaduais e municipais.	INDICADOR 2.8.3. Percentual de conselheiros estaduais e municipais capacitados e apoiados.	2752 - Fortalecimento do Controle Social - Conselhos Estaduais de Saúde
META 2.8.4. Realizar 12 Eventos entre Seminários, Conferências Temáticas e Conferência Estadual de Saúde.	META 2.8.4. Número de eventos do CES/RJ realizados.	2752 - Fortalecimento do Controle Social - Conselhos Estaduais de Saúde

OBJETIVO 2.9. Fortalecer a Ouvidoria do SUS como um dos instrumentos de gestão e de avaliação dos usuários.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 2.9.1. Alcançar 100% de municípios com ouvidoria em saúde.	INDICADOR 2.9.1. Percentual de Municípios com ouvidoria implantada.	8322 - Fortalecimento da Política de Gestão Estratégica e Participativa

META 2.9.2. Publicar 16 relatórios sobre ouvidoria com periodicidade trimestral.	INDICADOR 2.9.2. Número de relatórios sobre ouvidoria publicados.	8322 - Fortalecimento da Política de Gestão Estratégica e Participativa

OBJETIVO 2.10. Implantar e manter atualizado o plano de integridade com o objetivo de promover a ética, a moralidade, a integridade e a eficiência no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 2.10.1. Elaborar e publicar o Plano de Integridade da SES.	INDICADOR 2.10.1. Resolução publicada.	2016 - Manutenção das atividades operacionais e Administrativas

OBJETIVO 2.11. Qualificar os controles internos da SES.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 2.11.1. Alcançar o escore de avaliação patrimonial "3", em escala de 1 a 4.	INDICADOR 2.11.1. Escore patrimonial.	2016 - Manutenção das atividades operacionais e Administrativas

OBJETIVO 2.12. Atualizar procedimentos para avaliação das prestações e tomadas de contas.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 2.12.1. Elaborar e publicar 10 procedimentos para avaliação das prestações e tomadas de contas.	INDICADOR 2.12.1. Número de procedimentos publicados.	2016 - Manutenção das atividades operacionais e Administrativas

OBJETIVO 2.13. Aprimorar os processos de contratualização, monitoramento e avaliação de serviços de saúde.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 2.13.1. Monitorar 100% das recomendações de Auditoria e Compliance.	INDICADOR 2.13.1. Taxa de Implementação de Recomendações de Auditoria e de Compliance.	2016 - Manutenção das atividades operacionais e Administrativas

OBJETIVO 2.14. Qualificar o acesso dos usuários aos serviços de saúde mitigando a ocorrência de litígios.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 2.14.1. Atender 100% das ordens judiciais em face da SES/RJ.	INDICADOR 2.14.1. Percentual de ordens judiciais atendidas.	8340 - Atendimento a Litígios em Saúde
META 2.14.2. Elaborar quatro relatórios, um por ano, detalhando os resultados da Assessoria de Atendimento de Demandas Judiciais (AADJ).	INDICADOR 2.14.2. Número de relatórios da AADJ elaborados.	8340 - Atendimento a Litígios em Saúde
META 2.14.3. Formalizar convênio com 08 municípios para ampliação da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde no Interior (CRLS).	INDICADOR 2.14.3. Número de municípios com novos convênios formalizados.	8340 - Atendimento a Litígios em Saúde
META 2.14.4. Atingir 70% de solução extrajudicial do total das demandas atendidas na Câmara de Resolução de Litígios de Saúde.	INDICADOR 2.14.4. (Número de soluções adminstrativas/ N° de demandas apresentadas à CRLS)x 100.	8340 - Atendimento a Litígios em Saúde
META 2.14.5. Elaborar quatro relatórios (um por ano) detalhando os resultados da CRLS, com diagnóstico e mapeamento das demandas mais frequentes com objetivo de orientar a gestão das políticas públicas de saúde.	INDICADOR 2.14.5. Número de relatórios da CRLS elaborados.	8340 - Atendimento a Litígios em Saúde
META 2.14.6. Auxiliar 42 Comarcas do Poder Judiciário do Estado do Rio de Janeiro com o apoio do Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde (NATJus/RJ) para embasar tecnicamente as decisões em matéria de direito à saúde.	INDICADOR 2.14.6. Número de comarcas atendidas.	8340 - Atendimento a Litígios em Saúde
META 2.14.7. Elaborar quatro relatórios (um por ano) com perfil das demandas e análise dos pareceres técnicos elaborados pelo NATJUS/RJ com objetivo de orientar a gestão das políticas públicas de saúde no estado, com divulgação para os Conselhos de Saúde e para a população.	INDICADOR 2.14.7. Número de relatórios do NATJUS/RJ elaborados.	8340 - Atendimento a Litígios em Saúde

DIRETRIZ 3. Desenvolvimento da Educação, Ciência e Tecnologia visando a Inovação em Saúde.

OBJETIVO 3.1. Promover a educação permanente de profissionais de saúde, com vistas à maior eficiência, eficácia e efetividade nos processos de gestão e assistência à saúde.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 3.1.1 Executar 04 Planos Estaduais Anuais de Educação Permanente em Saúde	INDICADOR 3.1.1 Número de Planos Estaduais Anuais de Educação Permanente em Saúde executados.	8321 - Promoção da Educação em Saúde
META 3.1.2 Implantar 12 projetos de educação permanente.	INDICADOR 3.1.2 Percentual de projetos de educação pemanente implantados em relação aos programados.	8321 - Promoção da Educação em Saúde

OBJETIVO 3.2. Aprimorar a formação, qualificação e atualização de profissionais para o SUS.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 3.2.1. Fomentar a política de educação em saúde, de forma integrada, respeitando as especificidades regionais e aproximando as estruturas de gestão e de controle social das instituições de ensino em saúde.	INDICADOR 3.2.1. Número de ações de educação em saúde realizadas na rede SES-RJ, considerando as necessidades regionais	8321- Promoção da Educação em Saúde 4525- Apoio à Pesquisa e Inovação em Saúde 4526- Apoio à Formação Profissional em Saúde

OBJETIVO 3.3 Subsidiar tecnicamente a formação, a atualização e o aprofundamento dos conhecimentos dos estudantes e profissionais da saúde, para a melhoria da qualidade da assistência à população.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 3.3.1. Subsidiar o conhecimento dos estudantes e profissionais da saúde para a melhoria da qualidade da assistência à população, através da concessão de 18.096 bolsas-auxílio para estagiários, residentes e preceptores.	INDICADOR 3.3.1 Número de bolsas pagas para estagiários, residentes e preceptores em relação às programadas.	4526 - Apoio à Formação Profissional em Saúde
META 3.3.2 Aparelhar 8 campos de estágio.	INDICADOR 3.3.2. Número de campos de estágio aparelhados.	4526 - Apoio à Formação Profissional em Saúde

OBJETIVO 3.4 Fomentar linhas de pesquisa no âmbito da SES para aprimorar a qualificação da saúde no Estado do Rio de Janeiro

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 3.4.1. Estruturar e manter o Comitê de Ética em pesquisa.	INDICADOR 3.4.1. Comitê de Ética em pesquisa estruturado.	4525 - Apoio à Pesquisa e Inovação em Saúde
META 3.4.2 Fomentar 8 pesquisas no âmbito da SES para aprimorar a qualificação da saúde no Estado do Rio de Janeiro.	INDICADOR 3.4.2 Número de pesquisas fomentadas no âmbito da SES.	4525 - Apoio à Pesquisa e Inovação em Saúde

OBJETIVO 3.5 Fortalecer o complexo produtivo de ciência, tecnologia e inovação em saúde.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 3.5.1. Produzir 816.000 ampolas de soro hiperimune para tratamento de intoxicações e prevenção de doenças	INDICADOR 3.5.1. Número de ampolas de soro hiperimune produzidas	2924 - Apoio à Produção Industrial e Distribuição de Medicamentos do IVB
META 3.5.2. Entregar 73.600.000 medicamentos.	INDICADOR 3.5.2. Número de medicamentos entregues	8345 - Desenvolvimento Tecnológico, Produção Industrial e Distribuição de Medicamentos
META 3.5.3. Produzir 950.848 testes diagnósticos para controle de doenças.	INDICADOR 3.5.3. Número de testes diagnósticos produzidos	2917 - Produção e realização de testes e produtos laboratoriais
META 3.5.4. Fornecer 4.000.000 tiras de Glicosímetro.	INDICADOR 3.5.4. Número de tiras de Glicosímetro fornecidas	2917 - Produção e realização de testes e produtos laboratoriais
META 3.5.5. Registrar 8 produtos junto a ANVISA.	INDICADOR 3.5.5. Número de produtos resgistrados.	8345 - Desenvolvimento Tecnológico, Produção Industrial e Distribuição de Medicamentos
META 3.5.6. Registrar 5 medicamentos fitoterápicos.	INDICADOR 3.5.6. Número de medicamentos fitoterápicos registrados.	2958 - Estruturação da Assistência Farmacêutica em Plantas Medicinais e Fitoterápicos

DIRETRIZ 4. Aperfeiçoamento e Modernização da Gestão Organizacional para a Valorização das Pessoas e Qualificação dos Processos de Trabalho, impactando na resolutividade da SES/RJ

OBJETIVO 4.1. Instituir melhorias no fluxo dos processos de aquisição no âmbito da SES com o objetivo de aumentar a eficiência do procedimento de aquisição de itens.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 4.1.1.Publicar Resolução com padronização dos fluxos dos processos de aquisição de itens, buscando modernizar e aumentar a eficiência nas compras da SES/RJ.	INDICADOR 4.1.1. Resolução publicada.	2016 - Manutenção das atividades operacionais e Administrativas

OBJETIVO 4.2. Aumentar a exatidão dos dados de estoque prevenindo a ocorrência de danos ao erário provocados por desvio, extravio e vencimento de itens.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 4.2.1. Garantir compatibilidade de 99 % entre o estoque e o sistema de gestão de estoques.	INDICADOR 4.2.1. Percentual de Stock Keeping Units - SKU (Unidades de Manutenção do Estoque) com saldo compatível no confronto entre o estoque físico e o sistema de gestão de estoque.	2016 - Manutenção das atividades operacionais e Administrativas

OBJETIVO 4.3. Prover informação confiável acerca da validade dos itens em estoque com o objetivo de subsidiar o planejamento de aquisição, minimizando as perdas por vencimento e agilizando eventuais ações de recolhimento.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 4.3.1. Atingir 100 % de compatibilidade entre o estoque e o sistema de gestão de estoques em relação aos dados de validade e lote.	INDICADOR 4.3.1 Percentual de SKUs* com validade e lote compatível no confronto entre estoque e o sistema de gestão de estoques.	2016 - Manutenção das atividades operacionais e Administrativas

OBJETIVO 4.4. Modernizar a gestão organizacional, para a valorização das pessoas e qualificação dos processos de trabalho.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 4.4.1. Mapear a força de trabalho da SES/RJ com vistas a identificar as necessidades de adequação.	INDICADOR 4.4.1 Mapeamento da força de trabalho realizado.	2016 - Manutenção das atividades operacionais e Administrativas
META 4.4.2. Realizar 24 encontros da mesa de negociação.	INDICADOR 4.4.2 Número de encontros da mesa de negociação realizados.	2016 - Manutenção das atividades operacionais e Administrativas
META 4.4.3. Apoiar tecnicamente, a partir de 24 encontros, os municípios e as estruturas vinculadas da SES/RJ quanto à disseminação de informação qualificada de RH.	INDICADOR 4.4.3 Número de encontros realizados para o apoio técnico aos municipios e às estruturas vinculadas.	2016 - Manutenção das atividades operacionais e Administrativas
META 4.4.4. Elaborar Projeto "Acolhimento" para aprimorar a entrada dos novos profissionais na SES/RJ.	INDICADOR 4.4.4. Projeto elaborado	2016 - Manutenção das atividades operacionais e administrativas
META 4.4.5. Implementar o Plano de Cargos, Carreira e Salários - PCCS, conforme estabelecido na lei 7.946/18 considerando o artigo 56 da lei 8.484/19 e aprovações da LDO publicada no DOERJ em 02/09/2019.	INDICADOR 4.4.5. PCCS implementado.	2016 - Manutenção das atividades operacionais e administrativas

OBJETIVO 4.5. Aprimorar o Programa de Excelência em Gestão - PEG/SES alinhado às metodologias e ferramentas de gestão, qualidade, segurança do paciente e acreditação.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 4.5.1. Promover a adesão de 70% das Unidades de Saúde da SES/RJ ao Programa de Excelência em Gestão da SES - PEG/SES	INDICADOR 4.5.1 Percentual de Unidades adesas ao Programa de Excelência em Gestão, por ano(total de Unidades adesas/total de unidades da SES/RJ).	8325 - Melhoria Gestão Serviço Saúde
META 4.5.2. Implementar processo de preparação para acreditação em 5 Unidades da SES/RJ.	INDICADOR 4.5.2. Número de Unidades da SES/RJ com processo de preparação para acreditação implementado.	8325 - Melhoria Gestão Serviço Saúde

META 4.5.3 Desenvolver um Sistema de Monitoramento de Indicadores - SMI e estruturar padrões para gerenciamento do mesmo.	INDICADOR 4.5.3. Percentual de etapas do Sistema de Monitoramento de Indicadores (SMI) concluídas.	8325 - Melhoria Gestão Serviço Saúde

OBJETIVO 4.6. Promover Ciclos de Avaliação Continuada da Gestão tendo como diretriz os instrumentos de Autoavaliação da Gestão Pública preconizados pelo Modelo de Excelência em Gestão Pública - MEGP

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 4.6.1. Aumentar para 44 o número de Unidades que realizarão autoavaliações das práticas de gestão considerando os instrumentos nos níveis de 250, 500 e 1000 Pontos.	INDICADOR 4.6.1. Número de Unidades que realizam autovaliações ao ano.	8325 - Melhoria Gestão Serviço Saúde

OBJETIVO 4.7. Desenvolver práticas integradas para identificação e avaliação de necessidades, satisfação e expectativas dos cidadãos usuários dos serviços prestados pelas unidades de saúde.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 4.7.1. Realizar pesquisa de satisfação dos usuários em 80% das unidades de saúde da SES/RJ.	INDICADOR 4.7.1. Percentual de pesquisas de satisfação realizadas (total de unidades que realizaram pesquisa de satisfação/total de unidades).	8325 - Melhoria Gestão Serviço Saúde

OBJETIVO 4.8. Qualificar as ações de perícia médica para aperfeiçoar o atendimento ao servidor público civil estadual.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 4.8.1. Descentralizar os atendimentos de perícia médica para doze municípios do estado do Rio de Janeiro.	INDICADOR 4.8.1. Número de polos de perícia iniciados/ano.	2016 - Manutenção das atividades operacionais e Administrativas
META 4.8.2. Estabelecer cooperação técnica junto a três instituições estaduais a fim de fornecer apoio técnico de acordo com as suas necessidades.	INDICADOR 4.8.2. Número de termos de cooperação técnica firmados/ano.	2016 - Manutenção das atividades operacionais e Administrativas
META 4.8.3. Aperfeiçoar as ações de saúde ocupacional já desenvolvidas junto à Secretaria de Polícia do estado do Rio de Janeiro de forma a reduzir em 10% o número de licenciamentos por causas psiquiátricas.	INDICADOR 4.8.3. Número de policiais licenciados por doenças psiquiátricas/ano.	2016 - Manutenção das atividades operacionais e Administrativas

OBJETIVO 4.9. Aprimorar a Infraestutura de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) às necessidades institucionais.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 4.9.1. Atualizar tecnologicamente 100% dos computadores novos,seminovos e com menos de cinco anos de uso.	INDICADOR 4.9.1. Percentual de atualização tecnológica (AT) AT1 = (quantidade de computadores tecnologicamente atualizados/total de computadores) x 100	2016 - Manutenção das atividades operacionais e Administrativas
META 4.9.2 Conectar 100% das unidades na Rede institucional com capacidade adequada e equipamento de segurança.	INDICADOR 4.9.2. Percentual de atualização tecnológica AT2 = (quantidade de unidades conectadas na rede institucional, com capacidade adequada e equipamento de segurança/total de unidades) x 100	2016 - Manutenção das atividades operacionais e Administrativas

OBJETIVO 4.10 Centralizar as informações do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) - Barramento SAÚDE ERJ.

Meta Quadrienal	Indicador	Programa de Trabalho - PT
META 4.10.1. Atingir 100% das unidades de saúde com Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).	INDICADOR 4.10.1. Percentual de PEP (PEP) PEP1 = (quantidade de unidades de saúde estaduais com PEP implantado/total de unidades de saúde estaduais) x 100	2016 - Manutenção das atividades operacionais e Administrativas
META 4.10.2. Atingir 100% das unidades de saúde conectadas ao barramento SAUDE ERJ.	INDICADOR 4.10.2. Percentual de PEP PEP2 = (quantidade de unidades de saúde conectadas ao Barramento Saúde ERJ/total de unidades de saúde estaduais) x 100	2016 - Manutenção das atividades operacionais e Administrativas

ANEXO A: Diretrizes da 8ª Conferência Estadual de Saúde do RJ em diálogo com o PES

Diretrizes da 8ª Conferência Estadual de Saúde do RJ			
Diretriz Consolidada Eixo I - Garantir a democracia e saúde como direito de cidadania, qualidade de saúde, liberdade de expressão, possibilitando ao cidadão ter acesso aos seus direitos de organização e participação social, considerando que não existe democracia sem direitos sociais que lhe deem concretude, entre os quais o direito a saúde, reafirmando o princípio universal e o protagonismo estatal do Sistema Único de Saúde.			
Propostas por temáticas aprovadas na 8ª Conferência Estadual de Saúde do RJ – Eixo I		**PES 2020-2023 (Objetivos e Metas)**	**Nº das Propostas aprovadas Eixo I**
Temas	**Nº das Propostas aprovadas Eixo I**	**Objetivos**	**Metas**
EDUCAÇÃO EM SAÚDE - capacitar profissionais de saúde; formação profissional.	**1 e 2**	3.1 – Promoção da educação permanente	3.1.1 e 3.1.2
		3.2 – Atualização de profissionais para o SUS	3.2.1
SAÚDE MENTAL - implementar a Rede de Atenção Psicossocial em todos os seus eixos.	**3, 4, 5, 23**	1.7 – Consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	1.7.1, 1.7.2, 1.7.3
DIREITO À SAÚDE - garantia do acesso ao SUS nos princípios da universalidade, integralidade e equidade.	**6 e 18**	2.10 – Implantação do Programa de integridade	2.10.1
		2.11 – Qualificação de controles internos	2.11.1
		2.12 – Avaliação das Prestações e tomadas de contas	2.12.1
		2.13 – Aprimoramento dos processos de contratualização, monitoramento e avalição dos Serviços de Saúde	2.13.1
		2.14 – Qualificação do acesso dos usuários aos serviços de saúde	2.14.1, 2.14.2, 1.14.3, 2.14.4, 2.14.5, 2.14.6, 2.14.7
JUDICIALIZAÇÃO - criação de dispositivos para a garantia do direito à saúde.	**7 e 18**	2.14 - Qualificação do acesso dos usuários aos serviços de saúde	2.14.1 e 2.14.2
OUVIDORIA - descentralização da Ouvidoria	**8**	2.9 – Fortalecimento da Ouvidoria	2.9.1 e 2.9.2
SAÚDE DO TRABALHADOR - fortalecimento da atenção à saúde do trabalhador com o incremento da política pública da área; atender às necessidades de saúde dos trabalhadores por categorias	**9 e 20**	1.11 – Implantação da Política de Saúde do Trabalhador	1.11.1 e 1.11.2
		4.8 – Qualificação das ações de perícia médica	4.8.1, 4.8.2, 4.83
FLUXO DOS USUÁRIOS ENTRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE - direcionamento dos usuários para a continuidade do acompanhamento na rede pública de saúde.	10	1.16 – Fortalecimento da Atenção Especializada	1.16.11

Propostas por temáticas aprovadas na 8ª Conferência Estadual de Saúde do RJ – Eixo I		PES 2020-2023 (Objetivos e Metas)	
Temas	**Nº das Propostas aprovadas Eixo I**	**Temas**	**Nº das Propostas aprovadas Eixo I**
SAÚDE DA MULHER - qualificação da atenção à gestação, parto e puerpério com a priorização do parto normal.	11 e 26	1.4 – Qualificação da Atenção Integral	1.4.1 e 1.4.2
		1.5 – Redução da Mortalidade Materna	1.5.1, 1.5.7, 1.5.9
HUMANIZAÇÃO - expandir o acolhimento nas unidades de saúde.	**12**	1.14 – Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção à Saúde (RAS)	1.14.1, 1.14.2, 1.14.3
INFORMATIZAÇÃO DA RAS - atualizar os equipamentos de informática e conectividade nas unidades e serviços estaduais/ Integração da rede.	**13**	1.17 – Instituição da Política Estadual de Regulação	1.17.3
		4.9 - Aprimorar a Infraestrutura de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) às necessidades institucionais	4.9.1, 4.9.2
INFORMAÇÃO EM SAÚDE - prover divulgação de informações das áreas da saúde.	**14**	1.15 – Fortalecimento da transversalidade das políticas de equidade na RAS	1.15.1
		2.3 – Produção de Informação em Saúde	2.3.1, 2.3.2, 2.3.3
ATUALIZAÇÃO DOS REPASSES DE RECURSOS AOS MUNICÍPIOS	**15**	1.2 – Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde	1.2.2 e 1.2.3
		1.6 – Redução da Mortalidade Prematura	1.6.2 e 1.6.3
		1.7 - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS	1.7.3
		1.9 – Consolidação da Rede de Urgência e Emergência (RUE)	1.9.2 e 1.9.3
		1.15 – Fortalecimento da transversalidade das políticas de equidade na RAS	1.15.2 e 1.15.4
		1.18 – Qualificação da Assistência Farmacêutica	1.18.1
		2.1 Fortalecer a gestão descentralizada e a regionalização do SUS	2.1.4
SAMU - garantia da oferta do SAMU em todos os municípios do ERJ.	**16**	1.9 - Consolidação da Rede de Urgência e Emergência (RUE)	1.9.3 e 1.9.9
PROMOÇÃO DA SAÚDE - transversalidade das políticas públicas para a promoção da saúde.	**17**	1.3 – Política Estadual de Promoção de Saúde articulada às Redes de Atenção à Saúde	1.3.1

Propostas por temáticas aprovadas na 8ª Conferência Estadual de Saúde do RJ – Eixo I		PES 2020-2023 (Objetivos e Metas)	
Temas	**Nº das Propostas aprovadas Eixo I**	**Objetivos**	**Metas**
FORTALECIMENTO DA APS, ORDENADORA E COORDENADORA - atender às necessidades dos usuários.	**19 e 28**	1.2 – Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde	1.2.1, 1.2.2, 1.2.3, 1.2.4, 1.2.5, 1.2.6
REVITALIZAR ESTRUTURAS PREDIAIS ESTADUAIS	**21**	2.6 – Investimento em Infraestrutura	2.6.1, 2.6.2, 2.6.3, 2.6.4, 2.6.5, 2.6.6, 2.6.7, 2.6.8, 2.6.9, 2.6.10, 2.6.11, 2.6.12
DOENÇA RENAL CRÔNICA - garantir o acesso do usuário renal crônico.	**22**	1.6 – Redução da Mortalidade Prematura	1.6.2
APOIO AO FUNCIONAMENTO DOS CONSÓRCIOS	**24**	2.1 – Fortalecimento da regionalização do SUS	2.1.2
CONTROLE SOCIAL - garantir capacitação de conselheiros na gestão de recursos financeiros do SUS.	**25**	2.8 – Ampliação e fortalecimento do Controle Social	2.8.3

Diretriz Consolidada Eixo II - Fortalecer a gestão compartilhada nas regiões de saúde com revisão dos instrumentos de gestão, considerando as especificidades regionais e a concertação de responsabilidade dos Municípios, Estados e União visando oferecer cuidado integral ao cidadão. Fortalecer, garantir e defender as instâncias de controle social, fomentando a participação social em articulação com os movimentos sociais e suas pautas, garantindo a participação cidadã, o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, mantendo as conquistas constitucionais e ampliando a universalização, integralidade e equidade do SUS, construindo estratégias para a efetividade dos resultados e das resoluções das conferências.			
Propostas por temáticas aprovadas na 8ª Conferência Estadual de Saúde do RJ – Eixo II		**PES 2020-2023 (Objetivos e Metas)**	
Temas	**Nº das Propostas aprovadas Eixo II**	**Objetivos**	**Metas**
SAÚDE DO TRABALHADOR - consolidar a atenção à saúde dos trabalhadores com ênfase na dimensão psicológica.	**1**	1.11 – Implantação da Política de Saúde do Trabalhador	1.11.1 e 1.11.2
		4.8 – Qualificação das ações de perícia médica	4.8.1, 4.8.2, 4.83
GESTÃO DE PESSOAS - identificar os perfis de trabalhadores e gestores para o trabalho em saúde; promover fóruns sobre a profissionalização para o SUS.	**2, 4**	2.4 – Aprimoramento do processo de planejamento	2.4.2, 2.4.3, 2.4.4
		4.4 – Modernização da Gestão Organizacional	4.4.1
NÚCLEOS REGIONAIS DA SES - retomada do papel do NDVS nas regiões.	**24**	2.1 – Fortalecimento da Gestão descentralizada	2.1.1
EDUCAÇÃO EM SAÚDE - capacitações em temas da Vigilância em Saúde pelo NDVS; fóruns permanentes de discussão entre gestores e o controle social	**24, 25**	3.1 – Promoção da educação permanente	3.1.1 e 3.1.2
		3.2 – Atualização de profissionais para o SUS	3.2.1
		3.3 – Formação e atualização dos Profissionais de Saúde	3.3.1 e 3.3.2
		3.4 – Fomento de linhas de pesquisa	3.4.1
MELHORIA DA NOTIFICAÇÃO E ALIMENTAÇÃO DOS DADOS NOS SISTEMAS	**5**	1.1 - Fortalecer a Vigilância em Saúde como norteadora do Modelo de Atenção assegurando a sua transversalidade na RAS	1.1.2, 1.1.7, 1.1.8, 1.1.9
		1.16 - Fortalecer a atenção especializada de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar, na lógica da Rede de Atenção à Saúde (RAS).	1.16.8
FORTALECIMENTO DOS MUNICÍPIOS - equacionamento do déficit de Recursos Humanos e estrutura para visitas domiciliares	**15, 17, 40**	1.2 – Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde	1.2.2 e 1.2.3
		1.6 – Redução da Mortalidade Prematura	1.6.2 e 1.6.3
		1.7 - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS	1.7.3
		1.9 – Consolidação da Rede de Urgência e Emergência (RUE)	1.9.2 e 1.9.3
		1.15 – Fortalecimento da transversalidade das políticas de equidade na RAS	1.15.2 e 1.15.4
		1.18 – Qualificação da Assistência Farmacêutica	1.18.1

Propostas por temáticas aprovadas na 8ª Conferência Estadual de Saúde do RJ – Eixo II		*PES 2020-2023 (Objetivos e Metas)*	
Temas	**Nº das Propostas aprovadas Eixo II**	***Objetivos***	***Metas***
REGULAÇÃO - fortalecimento da Regulação com base na regionalização e no fluxo da RAS	**6 e 48**	*2.1 Fortalecer a gestão descentralizada e a regionalização do SUS*	*2.1.4*
APS ORDENADORA DA RAS - AB como eixo central no SUS na busca da integralidade, com a escuta da população em suas necessidades, traçando perfil epidemiológico local/regional, para a organização das ações de saúde. Fortalecimento do NASF. APS como porta de entrada da rede.	**9,36,38,49**	*1.2 – Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde*	*1.2.1, 1.2.2, 1.2.3, 1.2.4, 1.2.5, 1.2.6*
REGULAÇÃO - parcerias intersetoriais buscando o fortalecimento da rede de saúde estratégica para o cuidado. Otimizar os Complexos Regulatórios e unificar a regulação dos recursos assistenciais disponíveis, em especial os estaduais e federais.	**10,13,22**	1.17 – Instituição da Política Estadual de Regulação	1.17.1, 1.17.2, 1.17.3, 1.17.4
INTEGRAÇÃO DAS ESFERAS DE GOVERNO - estabelecer reuniões periódicas entre os entes buscando aumentar a resolutividade do processo de trabalho.	**15**	2.2 - Fortalecer a governança do SUS.	2.2.1, 2.2.2
EXPANSÃO DO ACESSO ÀS ESPECIALIDADES - demanda acesso a especialidades escassas nas regiões de saúde	**12, 37, 51**	1.16 – Fortalecimento a atenção especializada de média e alta complexidade	1.16.1, 1.16.2, 1.16.3, 1.16.4, 1.16.5, 1.16.6, 1.16.7, 1.16.8, 1.16.9, 1.16.10, 1.16.11
INTEGRAÇÃO DAS ESFERAS DE GOVERNO - estabelecer reuniões periódicas entre os entes buscando aumentar a resolutividade do processo de trabalho.	**15**	2.2 - Fortalecer a governança do SUS.	2.2.1, 2.2.2
EXPANSÃO DO ACESSO ÀS ESPECIALIDADES - demanda acesso a especialidades escassas nas regiões de saúde	**12, 37, 51**	1.16 – Fortalecimento a atenção especializada de média e alta complexidade	1.16.1, 1.16.2, 1.16.3, 1.16.4, 1.16.5, 1.16.6, 1.16.7, 1.16.8, 1.16.9, 1.16.10, 1.16.11

Propostas por temáticas aprovadas na 8ª Conferência Estadual de Saúde do RJ – Eixo II		PES 2020-2023 (Objetivos e Metas)	
Temas	**Nº das Propostas aprovadas Eixo II**	**Objetivos**	**Metas**
TRANSPORTE SANITÁRIO - transporte de pacientes em veículo especializado, com acessibilidade e higienização,	**14**	2.1 – Fortalecimento da Gestão descentralizada	2.1.4
VIOLÊNCIA - Promover estratégias de prevenção da Violência com ações intersetoriais - PSE	**18**	1.13 - Instituir a política estadual de saúde para a redução da morbimortalidade por violências e acidentes e a promoção da cultura da paz.	1.13.1, 1.13.2, 1.13.3, 1.13.4
PROMOÇÃO DA SAÚDE - garantir informação e comunicação na promoção da saúde sobre os agravos que acometem a população ou possam vir a ocorrer, buscando a integralidade da atenção.	**19**	1.1- Fortalecimento da Vigilância em Saúde	1.1.1
		1.3 – Implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde	1.3.1
		1.15 - Fortalecimento da transversalidade das Políticas de equidade	1.15.1
OUVIDORIA E CONTROLE SOCIAL - divulgação da ouvidoria da saúde, verificação e funcionalidade dos sistemas governamentais; divulgação do fluxo dos complexos reguladores	**20, 21, 22**	2.8 – Ampliação e fortalecimento do Controle Social	2.8.2, 2.8.3, 2.8.4
		2.9 – Fortalecimento da Ouvidoria do SUS	2.9.2
CONTROLE SOCIAL - capacitação de profissionais e conselheiros; fortalecer a gestão democrática do SUS aumentando a fiscalização e o fortalecimento do controle e avaliação nos municípios junto ao C.S.	**23, 25, 26, 27**	1.16 - Fortalecimento da atenção especializada	1.16.7,1.16.8
		2.8 - Ampliar e fortalecer a participação popular e o controle social por meio das deliberações do CES/RJ e de sua atuação nas políticas públicas de saúde.	2.8.2, 2.8.3, 2.8.4
REGIONALIZAÇÃ0 - regionalizar o acesso à média e alta complexidade	**24, 28, 47**	2.1 Fortalecer a gestão descentralizada e a regionalização do SUS.	2.1.1
		2.4 Aprimorar o processo de planejamento em saúde nas três esferas: municipal, regional e estadual.	2.4.2, 2.4.4
SAÚDE DO IDOSO - qualificação do cuidado das pessoas idosas	**29**	1.4 – Qualificação da Atenção Integral à Saúde	1.4.2
APOIO AOS USUÁRIOS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA - ampliação e qualificação da rede.	**30**	1.6 – Redução da mortalidade prematura	1.6.2
POPULAÇÕES VULNERÁVEIS - criar coordenadoria para populações específicas.	**31**	1.15 – Fortalecimento da transversalidade das Políticas de equidade	1.15.1, 1.15.2, 1.15.3, 1.5.4
SAÚDE MENTAL - construção da linha de cuidado em saúde mental.	**33**	1.7 – Consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	1.7.1, 1.7.2, 1.7.3

Propostas por temáticas aprovadas na 8ª Conferência Estadual de Saúde do RJ – Eixo II		PES 2020-2023 (Objetivos e Metas)	
Temas	**Nº das Propostas aprovadas Eixo II**	**Objetivos**	**Metas**
JUDICIALIZAÇÃO - Acesso aos medicamentos e procedimentos especializados.	**39**	2.14 - Qualificar o acesso dos usuários aos serviços de saúde mitigando a ocorrência de litígios.	2.14.1 e 2.14.3, 2.14.6
ACESSO UNIVERSAL AO SUS - garantia de todos ao acesso a todos os serviços do SUS	**34**	DIRETRIZ 1 - Organização e qualificação da RAS consolidando a regionalização de modo a impactar os resultados sanitários para a população fluminense, ampliando a expectativa de vida saudável.	OBJETIVOS: 1.1 a 1.19
AUDITORIA - fortalecimento dos serviços de Auditoria aumentando sua eficiência.	**35**	2.7 – Fortalecimento da atuação dos componentes municipais e estaduais do SNA	2.7.1, 2.7.2, 2.7.3, 2.7.4
CONSELHOS GESTORES - criação de conselhos gestores nas unidades de saúde,	**42**	1.14 – Fomento de ações para garantir a transversalidade da Política Nacional de Humanização	1.14.3
GESTÃO DE PESSOAS - medidas para a melhoria das condições do trabalho em saúde.	**43**	4.4 – Modernização da gestão organizacional	4.4.1
IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO/E-SUS – APS - ações para incrementar a implantação completa do E-SUS - APS	**44**	1.2 – Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde	1.2.1
EDUCAÇÃO EM SAÚDE - qualificação dos profissionais nas várias frentes; implantação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde.	**45 e 46**	3.1 – Promoção da educação permanente	3.1.1 e 3.1.2
		3.2 – Atualização de profissionais para o SUS	3.2.1
		3.3 – Formação e atualização dos Profissionais de Saúde	3.3.1 e 3.3.2
		3.4 – Fomento de linhas de pesquisa	3.4.1
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - fortalecimento da assistência farmacêutica com a redução da judicialização na aquisição de medicamentos.	**50**	1.18 – Qualificar a assistência farmacêutica	1.18.1, 1.18.2, 1.18.3, 1.18.4
REVITALIZAÇÃO DAS ESTRUTURAS PREDIAIS - hospitais estaduais, UPAs, UBS	**52**	2.6 – Investimento na Infraestrutura das Unidades Estaduais de Saúde	2.6.1, 2.6.2, 2.6.3, 2.6.12
REGULAÇÃO - integração entre as três esferas do cuidado	**32**	1.17 – Instituição da Política Estadual de Regulação integrando diferentes níveis de atenção na rede de atenção à saúde	1.17.1, 1.17.2, 1.17.3, 1.17.4

Diretriz Consolidada Eixo II- Financiamento adequado transparente e suficiente para o desenvolvimento democrático, bem como a sustentabilidade orçamentaria do SUS, respeitando as diferenças regionais e garantindo o direito à saúde, tendo em vista a integralidade da assistência, a universalidade do acesso e equidade dos serviços.			
Propostas por temáticas aprovadas na 8ª Conferência Estadual de Saúde do RJ – Eixo III		**PES 2020-2023 (Objetivos e Metas)**	
Temas	**Nº das Propostas aprovadas Eixo III**	**Objetivos**	**Metas**
CONTROLE SOCIAL - transparência nos repasses do SUS com a divulgação das prestações de contas realizadas pelo Conselho Estadual de Saúde	**2 e 4**	2.10 – Implantação do Programa de integridade	2.10.1
		2.11 – Qualificação de controles internos	2.11.1
		2.12 – Avaliação das Prestações e tomadas de contas	2.12.1
		2.13 – Aprimoramento dos processos de contratualização, monitoramento e avalição dos Serviços de Saúde	2.13.1
		2.14 – Qualificação do acesso dos usuários aos serviços de saúde	2.14.1, 2.14.2, 1.14.3, 2.14.4, 2.14.5, 2.14.6, 2.14.7
EXPANSÃO DO ACESSO À MÉDIA ALTA COMPLEXIDADE - adequar o orçamento estadual para garantir o acesso aos serviços de média e alta complexidade	**3,9,27**	1.16 – Fortalecimento a atenção especializada de média e alta complexidade	1.16.1, 1.16.2, 1.16.3, 1.16.4, 1.16.5, 1.16.6, 1.16.7, 1.16.8, 1.16.9, 1.16.10, 1.16.11
COFINANCIAMENTOS - propostas para o aporte regular de recursos e contrapartidas estaduais para os municípios nas várias áreas da assistência	**5,6,7,8,10,12,13,14, 19,20, 27,28, 29,30,32,33,34,38,39,42**	1.2 – Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde	1.2.2 e 1.2.3
		1.6 – Redução da Mortalidade Prematura	1.6.2 e 1.6.3
		1.7 - Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS	1.7.3
		1.9 – Consolidação da RUE	1.9.2 e 1.9.3
		1.15 – Fortalecimento da transversalidade das políticas de equidade na RAS	1.15.2 e 1.15.4
		1.18 – Qualificação da Assistência Farmacêutica	1.18.1

Propostas por temáticas aprovadas na 8ª Conferência Estadual de Saúde do RJ – Eixo III		PES 2020-2023 (Objetivos e Metas)	
Temas	**Nº das Propostas aprovadas Eixo III**	**Diretrizes / Objetivos**	**Metas**
PROMOÇÃO À SAÚDE - fortalecimento das políticas de promoção da saúde para a redução das internações por condições sensíveis da Atenção Básica e redução das DCNT	**18 e 21**	1.2 Fortalecer a Atenção Primária em Saúde (APS) como ordenadora e coordenadora do cuidado nas RAS	1.2.1
		1.3 - Implementar a Política Estadual de Promoção de Saúde articulada às Redes de Atenção à Saúde (RAS)	1.3.1, 1.3.3
		1.6 – Redução da mortalidade prematura	1.6.1, 1.6.2, 1.6.3, 1.6.4, 1.6.5, 1.6.6
AUMENTAR APLICAÇÃO DE RECURSOS ESTADUAIS NA SAÚDE - cumprimento de forma contínua e regular dos recursos estaduais para a execução do orçamento do setor saúde	**22 e 30**	DIRETRIZ 1. Organização e Qualificação da RAS consolidando a regionalização de modo a impactar positivamente nos resultados sanitários para a população fluminense, ampliando a expectativa de vida saudável.	Todas.
		DIRETRIZ 2. Fortalecimento da SES/RJ na Gestão do SUS e na Governança Pública atendendo aos interesses da sociedade.	Todas
AUMENTAR APLICAÇÃO DE RECURSOS ESTADUAIS NA SAÚDE - cumprimento de forma contínua e regular dos recursos estaduais para a execução do orçamento do setor saúde	**22 e 30**	DIRETRIZ 3. Desenvolvimento da Educação, Ciência e Tecnologia visando a Inovação em Saúde.	Todas
		DIRETRIZ 4. Aperfeiçoamento e Modernização da Gestão Organizacional para a Valorização das Pessoas	Todas
EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O CONTROLE SOCIAL	**23**	2.8 – Ampliação e fortalecimento do Controle Social	2.8.3
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - pleitear o aumento do financiamento da Assistência Farmacêutica	**25 e 31**	1.18 – Qualificar a assistência farmacêutica	1.18.1, 1.18.2, 1.18.3, 1.18.4
POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE: garantia do financiamento (estadual e federal) para a manutenção das ações de saúde para a população privada de liberdade.	**35**	1.15 – Fortalecimento da transversalidade das políticas de equidade	1.15.2 e 1.15.3
		1.18 – Qualificação da Assistência Farmacêutica	1.18.4
SAÚDE BUCAL: aumentar o financiamento para o custeio da Saúde Bucal	**36**	1.2 – Fortalecimento da APS	1.2.1, 1.2.2, 1.2.4
SAUDE DO TRABALHADOR: ampliar os recursos para as ações de saúde do trabalhador	**37**	1.11 – Implantar a política de saúde do trabalhador	1.11.1 e 1.11.2

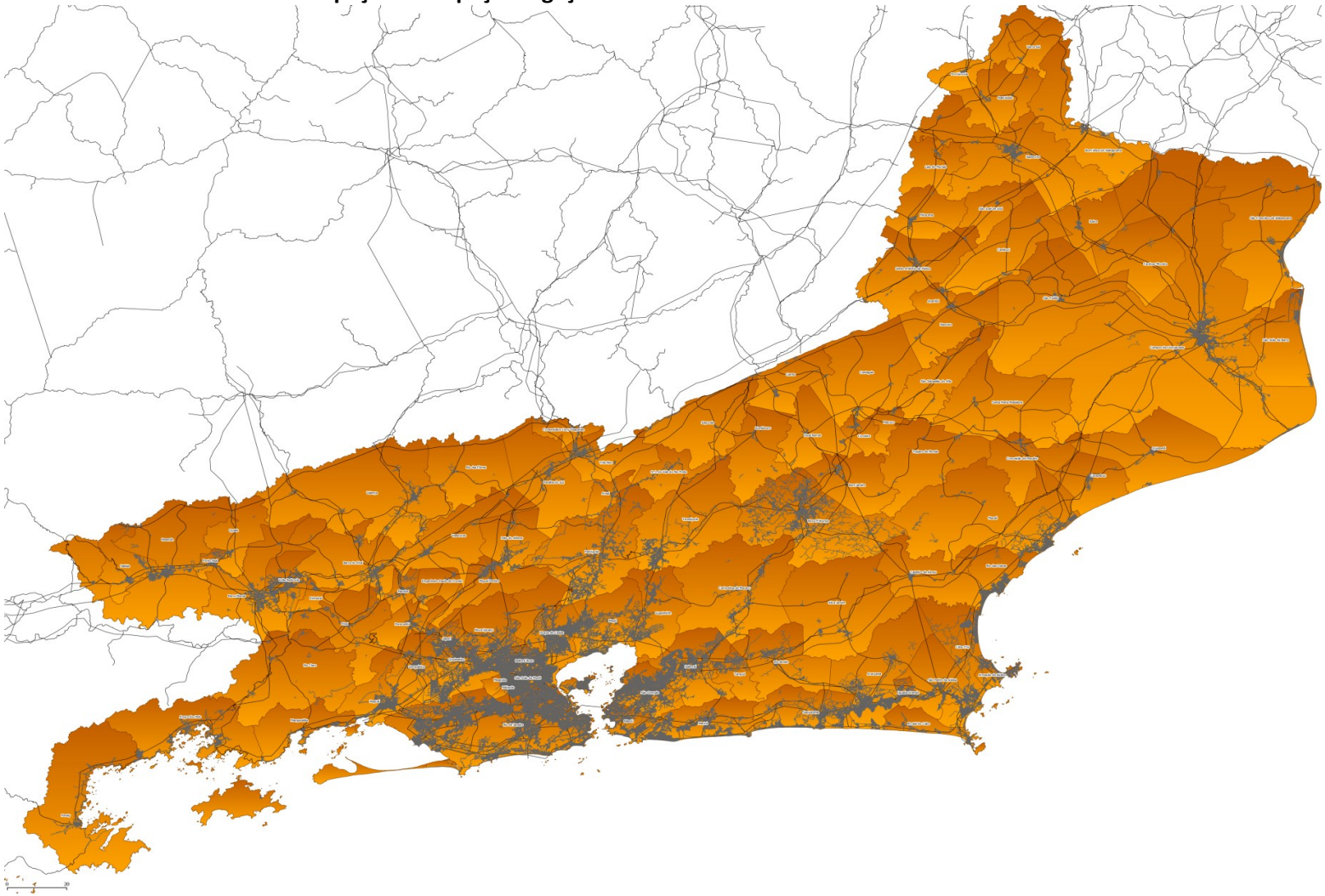
Propostas por temáticas aprovadas na 8ª Conferência Estadual de Saúde do RJ – Eixo III		PES 2020-2023 (Objetivos e Metas)	
Temas	**Nº das Propostas aprovadas Eixo III**	**Diretrizes / Objetivos**	**Metas**
TRANSPORTE SANITÁRIO: incentivar financeiramente os municípios para apoio ao transporte fora de domicílio	**40**	2.1 Fortalecer a gestão descentralizada e a regionalização do SUS.	2.1.4
REVISÃO DA PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA: garantia dos financiamentos das políticas regionais	**43**	1.16 – Fortalecimento da Atenção Especializada	1.16.3
REVISÃO DO GERENCIAMENTO DOS RECURSOS DA SAÚDE E CRIAÇÃO DE PARÂMETROS RÍGIDOS DE MONITORAMENTOS E AVALIAÇÃO COM TRANSPARÊNCIA	**44 e 45**	2.10 – Implantação do Programa de integridade	2.10.1
		2.11 – Qualificação de controles internos	2.11.1
		2.12 – Avaliação das Prestações e tomadas de contas	2.12.1
		2.13 – Aprimoramento dos processos de contratualização, monitoramento e avalição dos Serviços de Saúde	2.13.1
		2.14 – Qualificação do acesso dos usuários aos serviços de saúde	2.14.1, 2.14.2, 1.14.3, 2.14.4, 2.14.5, 2.14.6, 2.14.7
SAÚDE MENTAL - implantação de CAPS em municípios pequenos	**11**	1.7 – Consolidar a rede de atenção psicossocial (RAPS) nas regiões de saúde	1.7.2 e 1.7.3
RELATÓRIOS DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO	**45 e 46**	2.4 – Aprimoramento do processo de planejamento	2.4.1

Propostas por temáticas aprovadas na 8ª Conferência Estadual de Saúde do RJ	Localização
APOIO AO TRATAMENTO FORA DO MUNICÍPIO (Transporte Sanitário)	EIXO I - 27

VIGILÂNCIA EM SAÚDE (soros – animais peçonhentos)	EIXO I - 8
DESTINAÇÃO DAS MULTAS E DPVAT PARA O SUS	EIXO III -1
JUDICIALIZAÇÃO / valores gastos bloqueados	EIXO III - 17
FIM DOS SUBSÍDIOS, ISENÇÕES PARA O SETOR PRIVADO	EIXO III - 26
INVESTIMENTOS EM SANEAMENTO	EIXO III - 16
GESTÃO DO TRABALHO / PCCS	EIXO III – 41, EIXO II - 3
INVESTIMENTOS EM SANEAMENTO BÁSICO E TRATAMENTO E TRATAMENTO DE ÁGUA, FAZENDO COM QUE DIMNUAM OS ÍNDICES DE DOENÇAS.	EIXO III - 12
INSERÇÃO DA FISIOTERAPIA INTENSIVISTA NO QUADRO DAS UPAs EM CUMPRIMENTO A RESOLUÇÃO 501 DE 26/12/2018 DO COFFITO	EIXO II - 7
MANTER ACESSO ÀS FACULDADES PÚBLICAS E AMPLIAR BOLSA DE ESTUDO	EIXO III - 15
DESCENTRALIZAR O SISTEMA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO	EIXO II - 16

ANEXO B

Ocupação do espaço e ligações rodoviárias no estado do Rio de Janeiro.



Fonte: SES-RJ

ANEXO C: Códigos *Garbage*

Códigos Garbage, por capítulo da CID 10, estado do Rio de Janeiro, região Sudeste e Brasil, 2016.

	Óbitos	NCG	%		Óbitos	CG	%		Óbitos	NCG	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias				**VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide**				**XIV. Doenças do aparelho geniturinário**			
Brasil	57.188	21.738	38,01	Brasil	173	125	72,25	Brasil	9.726	9.726	100,00
Sudeste	25.891	11.049	42,68	Sudeste	90	64	71,11	Sudeste	4.261	4.261	100,00
Rio de Janeiro	8.056	4.408	**54,72**	Rio de Janeiro	22	13	**59,09**	Rio de Janeiro	1.051	1.051	**100,00**
II. Neoplasias [tumores]				**IX. Doenças do aparelho circulatório**				**XV. Gravidez parto e puerpério**			
Brasil	215.217	23.318	10,83	Brasil	362.091	150.534	41,57	Brasil	53	53	100,00
Sudeste	102.427	11.845	11,56	Sudeste	171.186	66.278	38,72	Sudeste	18	18	100,00
Rio de Janeiro	21.861	2.394	10,95	Rio de Janeiro	41.265	16.550	**40,11**	Rio de Janeiro	8	8	**100,00**
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár				**X. Doenças do aparelho respiratório**				**XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal**			
Brasil	6.878	3.196	46,47	Brasil	158.041	104.353	66,03	Brasil	833	833	100,00
Sudeste	3.101	1.370	44,18	Sudeste	78.956	54.961	69,61	Sudeste	310	310	100,00
Rio de Janeiro	906	487	**53,75**	Rio de Janeiro	17.745	13.633	**76,83**	Rio de Janeiro	46	46	**100,00**
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas				**XI. Doenças do aparelho digestivo**				**XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas**			
Brasil	78.075	3.436	4,40	Brasil	66.044	10.802	16,36	Brasil	473	473	100,00
Sudeste	30.616	1.718	5,61	Sudeste	30.598	5.109	16,70	Sudeste	193	193	100,00
Rio de Janeiro	8090	487	**6,02**	Rio de Janeiro	5.965	1.358	**22,77**	Rio de Janeiro	50	50	**100,00**
V. Transtornos mentais e comportamentais				**XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo**				**XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat**			
Brasil	12.674	2.686	21,19	Brasil	5874	156	2,66	Brasil	75.706	75.706	100,00
Sudeste	5.886	1.007	17,11	Sudeste	3110	76	2,44	Sudeste	34.064	34.064	100,00
Rio de Janeiro	868	201	**23,16**	Rio de Janeiro	1018	24	**2,36**	Rio de Janeiro	7.911	7.911	100,00
VI. Doenças do sistema nervoso				**XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo**				**XX. Causas externas de morbidade e mortalidade**			
Brasil	36.870	6.454	17,50	Brasil	5.787	2.971	51,34	Brasil	155861	24.001	15,40
Sudeste	18.326	3.060	16,70	Sudeste	2.839	1.500	52,84	Sudeste	54554	11.812	21,65
Rio de Janeiro	3606	570	**15,81**	Rio de Janeiro	577	288	**49,91**	Rio de Janeiro	14580	4.054	**27,81**
VII. Doenças do olho e anexos											
Brasil	20	12	60,00								
Sudeste	9	6	66,67								
Rio de Janeiro	2	2	**100,00**								

Legendas

maior %
maior % que média SE
menor %

>=40%
>20% e <30%
>= 10 e <20%
< 10%

Fonte: Painel de monitoramento da qualidade da definição da causa de morte (Garbage Codes) – DATASUS, 2019.

Frequência (%) de Códigos Garbage, segundo capítulos da CID X, por faixa etária, no estado do Rio de Janeiro, Sudeste e Brasil, 2016.

Localidade	Infantil	1 a 9 anos	10 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 69 anos	70 anos e +	Branco/ Ignorado	Todos
Cap I. (A00-B99) Algumas doenças infecciosas e parasitárias								
Brasil	44,82	39,80	37,54	16,04	26,02	55,74	21,98	38,01
Sudeste	48,08	52,24	40,54	17,15	29,16	61,46	25,37	42,68
Rio de Janeiro	40,13	50,00	40,00	14,47	35,62	81,26	29,73	54,75
Cap II.(C00-D48) Neoplasias [tumores]								
Brasil	18,52	5,37	5,55	8,17	10,70	11,21	32,26	10,83
Sudeste	18,60	4,81	4,36	8,42	11,35	12,03	38,89	11,56
Rio de Janeiro	33,33	3,66	5,83	5,80	10,77	11,33	36,36	10,95
Cap III. (D50-D89) Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários								
Brasil	45,61	33,62	22,68	29,35	39,95	56,92	66,67	46,47
Sudeste	42,31	35,29	20,45	19,86	37,29	54,01	33,33	44,18
Rio de Janeiro	60,00	30,00	23,33	11,43	49,59	63,43	33,33	53,63
Cap IV. (E00-E90) Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas								
Brasil	22,55	18,26	14,50	4,06	2,92	4,27	24,14	4,40
Sudeste	25,29	17,24	13,40	2,39	3,60	5,56	19,05	5,61
Rio de Janeiro	22,22	16,67	12,70	2,63	3,77	6,01	7,14	6,03
Cap V. (F00-F99) Transtornos mentais e comportamentais								
Brasil	-	100,00	27,27	15,16	19,25	25,03	6,25	21,19
Sudeste	-	100,00	21,74	15,66	19,12	14,60	16,67	17,11
Rio de Janeiro	-	-	20,00	18,00	27,51	17,23	25,00	22,69
Cap VI. (G00-G99) Doenças do sistema nervoso								
Brasil	74,77	72,62	71,40	54,72	32,38	11,90	88,24	17,50
Sudeste	75,48	75,60	72,55	58,60	34,07	12,14	81,82	16,70
Rio de Janeiro	76,19	82,61	75,47	56,94	33,29	10,99	80,00	15,79
Cap VII. (H00-H59) Doenças do olho e anexos								
Brasil	100,00	33,33	0,00	-	54,55	80,00	-	60,00
Sudeste	-	0,00	-	-	80,00	66,67	-	66,67
Rio de Janeiro	-	-	-	-	100,00	-	-	100,00
Cap. VIII. (H60-H95) Doenças do ouvido e da apófise mastóide								
Brasil	100,00	78,57	85,71	75,00	78,67	56,90	-	72,25
Sudeste	100,00	100,00	66,67	80,00	77,50	53,13	-	71,11
Rio de Janeiro	100,00	100,00	-	-	62,50	40,00	-	59,09
Cap IX. (I00-I99) Doenças do aparelho circulatório								
Brasil	42,86	37,91	31,85	30,76	32,82	47,49	24,31	41,57
Sudeste	37,68	31,54	27,53	27,37	31,11	44,31	20,24	38,72
Rio de Janeiro	41,94	33,33	27,27	28,03	34,44	44,82	21,62	40,13
Cap X. (J00-J99) Doenças do aparelho respiratório								
Brasil	80,30	79,88	80,13	84,83	63,91	66,07	93,47	66,03
Sudeste	76,66	79,07	82,76	86,77	67,65	69,87	95,18	69,61
Rio de Janeiro	75,22	88,98	84,78	89,14	74,25	77,62	94,38	76,92
Cap XI. (K00-K93) Doenças do aparelho digestivo								
Brasil	21,98	21,65	22,61	16,65	12,30	21,49	13,79	16,36
Sudeste	24,07	18,75	23,62	18,82	12,68	21,59	14,04	16,70
Rio de Janeiro	0,00	7,14	25,81	25,97	18,49	27,59	19,23	22,76
Cap XII. (L00-L99) Doenças da pele e do tecido subcutâneo								
Brasil	8,82	2,70	2,94	7,46	3,28	2,18	0,00	2,66
Sudeste	20,00	0,00	5,88	15,00	2,99	2,00	0,00	2,44
Rio de Janeiro	0,00	0,00	0,00	33,33	3,28	1,67	0,00	2,37
Cap XIII. (M00-M99) Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo								
Brasil	28,57	30,30	17,22	17,25	38,29	67,49	100,00	51,34
Sudeste	50,00	25,00	16,36	15,04	41,11	66,20	100,00	52,84
Rio de Janeiro	50,00	0,00	25,00	15,00	36,11	65,85	100,00	49,91
Cap XIV. (N00-N99) Doenças do aparelho geniturinário								
Brasil	54,35	29,50	23,44	21,01	26,26	23,92	15,38	24,71
Sudeste	47,06	31,71	13,04	16,67	22,39	18,87	17,65	19,89
Rio de Janeiro	15,38	50,00	19,05	21,74	19,46	16,57	15,38	17,48
Cap XV. (O00-O99) Gravidez, parto e puerpério								
Brasil	-	-	2,64	3,32	2,55	-	100,00	2,92
Sudeste	-	-	3,03	3,27	2,05	-	100,00	2,76
Rio de Janeiro	-	-	4,76	3,85	4,65	-	-	4,32
Cap XVI. (P00-P96) Algumas afecções originadas no período perinatal								
Brasil	3,89	3,39	0,00	-	6,25	43,48	35,29	3,96
Sudeste	4,13	0,00	0,00	-	0,00	0,00	60,00	4,15

Rio de Janeiro	2,89	0,00	0,00	-	-	-	100,00	2,94
Cap XVII. (Q00-Q99) Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas								
Brasil	5,19	2,56	1,86	2,77	1,01	0,35	33,33	4,35
Sudeste	5,62	2,06	2,36	-	0,92	0,00	100,00	4,47
Rio de Janeiro	6,88	2,74	0,00	-	1,37	0,00	100,00	5,54
Cap XVIII. (R00-R99) Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de labor., não classif. dos em outra parte								
Brasil	85,58	99,30	100,00	99,96	99,96	99,97	100,00	99,79
Sudeste	85,59	99,37	100,00	100,00	99,97	99,98	100,00	99,83
Rio de Janeiro	93,75	100,00	100,00	100,00	99,97	100,00	100,00	99,95
Cap XX. (V01-Y98) Causas externas de morbidade e de mortalidade								
Brasil	16,59	14,27	10,81	12,07	16,75	19,69	29,90	15,40
Sudeste	12,88	15,24	16,26	18,21	22,35	25,83	38,12	21,65
Rio de Janeiro	7,10	20,14	20,27	24,36	29,91	31,72	39,23	27,84

Fonte: Painel de monitoramento da qualidade da definição da causa de morte (Garbage Codes) – DATASUS, 2019.

ANEXO D: Óbitos no estado do Rio de Janeiro em 2016.

Número de óbitos de residentes no estado do Rio de Janeiro, em 2016.

Causa (Cap CID10)	< 1 ano		1 a 9 anos		10 a 19 anos		20 a 29 anos		30 a 69anos		70 anos e +		Idade Ign		Total		ERJ
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	82	75	36	24	51	29	264	123	2.375	1.438	1.416	2.101	27	9	4.251	3.799	8.050
II. Neoplasias (tumores)	8	4	41	41	63	57	100	107	5.539	6.083	5.051	4.763	6	5	**10.808**	**11.060**	**21.868**
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	7	3	14	6	19	11	18	17	183	184	167	276	3	0	411	497	908
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	9	9	10	8	14	13	35	41	1.741	1.657	1.770	2.757	7	7	3.586	4.492	8.078
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	9	11	33	17	337	121	145	209	4	0	528	358	886
VI. Doenças do sistema nervoso	21	21	32	41	56	41	46	26	420	340	895	1.667	3	2	1.473	2.138	3.611
VII. Doenças do olho e anexos	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	2
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	0	1	2	0	0	0	0	5	3	4	6	0	0	11	11	22
IX. Doenças do aparelho circulatório	13	18	18	9	71	28	195	119	**10.457**	**7.128**	**10.190**	**12.848**	110	36	**21.054**	**20.186**	**41.240**
X. Doenças do aparelho respiratório	128	98	50	**77**	63	29	120	55	3.061	2.137	5.233	6.582	64	22	**8.719**	**9.000**	**17.719**
XI. Doenças do aparelho digestivo	14	6	7	7	19	12	40	37	2.077	952	1.265	1.504	19	7	3.441	2.525	5.966
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	0	3	4	4	0	4	2	184	151	220	438	1	1	417	596	1.013
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	2	0	1	5	11	4	16	88	164	98	186	2	0	197	380	577
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	8	5	6	2	12	9	17	29	934	782	1.728	2.464	11	2	2.716	3.293	6.009
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0	0	0	0	21	0	78	0	86	0	0	0	0	0	185	185
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	**872**	**685**	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	877	686	1.563
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	347	313	37	36	12	22	14	12	31	42	9	17	0	1	450	443	893
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	25	23	20	11	107	32	223	71	2.043	1.133	1.657	2.357	158	34	4.233	3.661	7.894
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	98	85	**87**	52	**1.600**	**156**	**2.962**	**240**	4.808	1.077	1.246	1.632	418	32	**11.219**	3.274	**14.493**
XXI. Contatos com serviços de saúde	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	1.634	1.347	364	322	2.107	482	4.075	990	34.285	23.478	31.094	39.807	834	158	74.393	66.584	140.977

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade-SIM

ANEXO E: Internações hospitalares no estado do Rio de Janeiro, 2017.

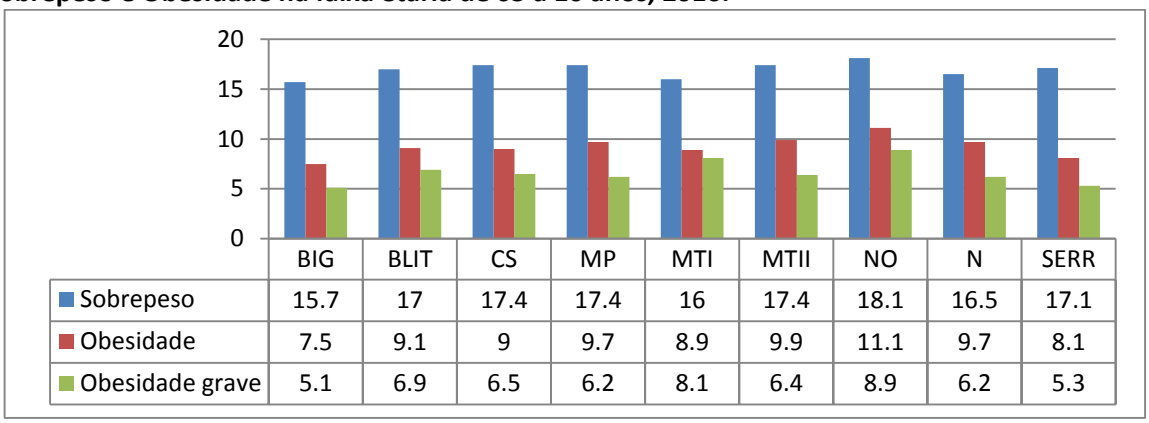
Número de internações Hospitalares por Capítulos da CID 10, segundo Faixa etária e gênero no estado do Rio de Janeiro, 2017.

Diag CID10 (capit)	< 1 a		1 a 9 anos		10 a 19 anos		20 a 29 anos		30 a 69 anos		70 anos e +		Total		ERJ
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2.778	2.693	3.010	2.807	880	803	936	788	7.297	5.138	3.464	4.180	18.365	16.409	34.774
II. Neoplasias (tumores)	25	57	830	526	759	694	584	914	10.232	20.121	4.742	4.565	17.172	26.877	44.049
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	105	73	612	471	355	366	308	327	1.293	1.944	706	824	3.379	4.005	7.384
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	121	87	227	240	254	305	211	258	3.424	3.019	1.392	1.633	5.629	5.542	11.171
V. Transtornos mentais e comportamentais	4	0	12	9	326	178	1.321	551	4.490	3.423	200	309	6.353	4.470	10.823
VI. Doenças do sistema nervoso	203	136	630	487	401	310	370	300	2.546	2.898	854	1.291	5.004	5.422	10.426
VII. Doenças do olho e anexos	29	26	177	151	112	101	74	59	1.650	1.868	1.210	1.835	3.252	4.040	7.292
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	81	73	180	156	96	92	35	31	159	302	19	18	570	672	1.242
IX. Doenças do aparelho circulatório	90	66	271	192	342	226	528	659	21.263	16.090	**9.759**	**10.242**	32.253	27.475	59.728
X. Doenças do aparelho respiratório	4.929	3.579	**5.618**	**4.883**	1.004	981	808	699	6.319	5.275	5.054	5.742	23.732	21.159	44.891
XI. Doenças do aparelho digestivo	657	344	2.393	1.557	2.229	1.613	2.116	2.760	16.691	16.386	3.977	3.608	28.063	26.268	54.331
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	425	380	2.081	1.658	968	610	622	455	3.017	2.876	722	817	7.835	6.796	14.631
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	29	20	316	261	592	347	662	364	4.219	3.744	528	1.002	6.346	5.738	12.084
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	469	540	2.791	1.037	1.581	1.447	931	2.735	8.126	12.780	3.708	3.571	17.606	22.110	39.716
XV. Gravidez parto e puerpério	0	18	0	2	0	**33.072**	0	**79.309**	0	**41.258**	0	4	0	**153.663**	**153.663**
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	**8.448**	**7.749**	29	15	2	202	2	426	7	243	6	0	8.494	8.635	17.129
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômica	735	532	1.600	770	620	336	118	163	225	430	23	27	3.321	2.258	5.579
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	156	144	418	328	337	264	444	373	3.620	2.621	1.364	1.368	6.339	5.098	11.437
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	312	218	2.316	1.407	**5.671**	1.358	**8.765**	1.970	**21.929**	9.773	3.160	5.865	**42.153**	20.591	62.744
XXI. Contatos com serviços de saúde	199	159	326	218	415	234	708	1.207	3.556	3.036	471	606	5.675	5.460	11.135
Total	19.795	16.894	23.837	17.175	16.944	43.540	19.543	94.348	120.063	153.227	41.359	47.507	241.541	372.691	614.232

Fonte: SIHSUS - 2017

ANEXO F: Sobrepeso e obesidade, 2016.

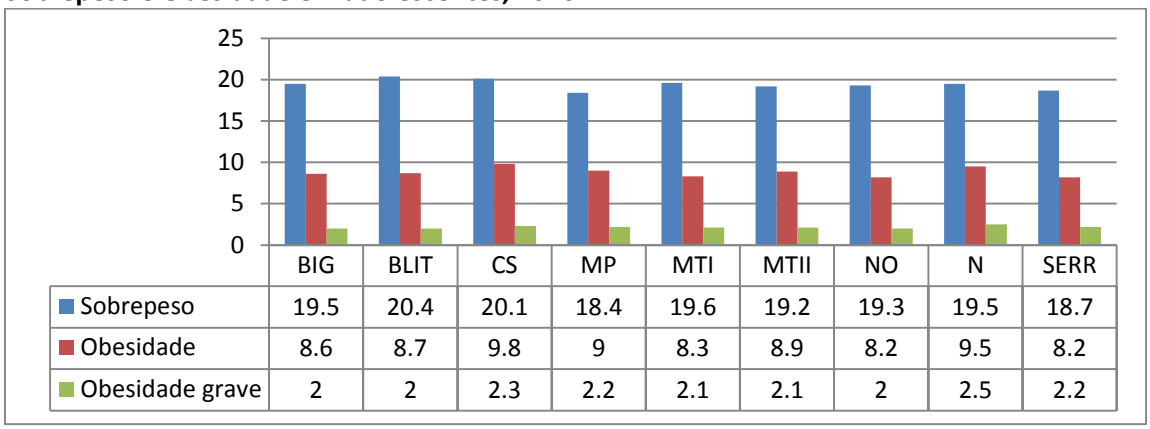
Sobrepeso e Obesidade na faixa etária de 05 a 10 anos, 2016.



	BIG	BLIT	CS	MP	MTI	MTII	NO	N	SERR
Sobrepeso	15.7	17	17.4	17.4	16	17.4	18.1	16.5	17.1
Obesidade	7.5	9.1	9	9.7	8.9	9.9	11.1	9.7	8.1
Obesidade grave	5.1	6.9	6.5	6.2	8.1	6.4	8.9	6.2	5.3

Fonte: SISVAN/DAB/MS- 2016

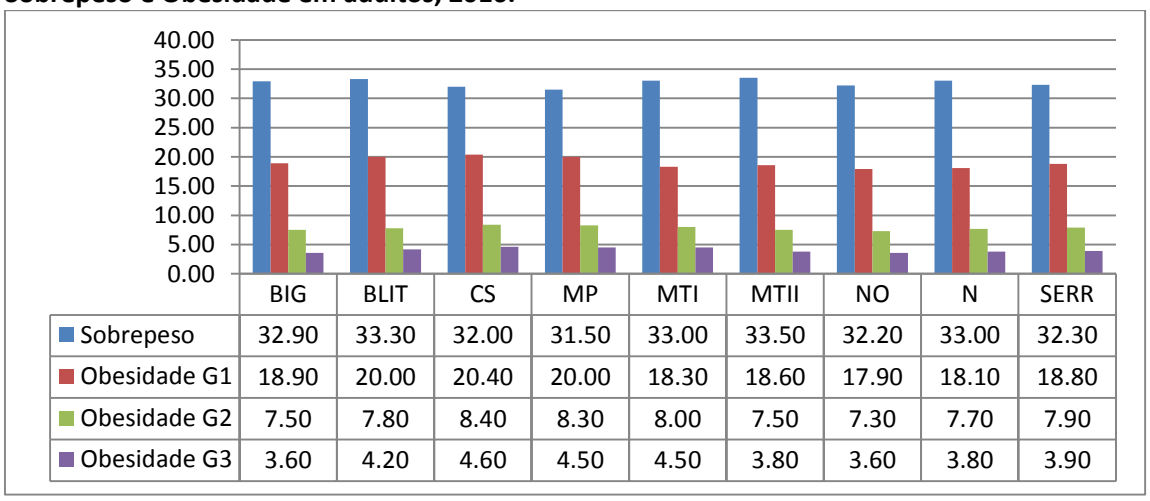
Sobrepeso e Obesidade em adolescentes, 2016.



	BIG	BLIT	CS	MP	MTI	MTII	NO	N	SERR
Sobrepeso	19.5	20.4	20.1	18.4	19.6	19.2	19.3	19.5	18.7
Obesidade	8.6	8.7	9.8	9	8.3	8.9	8.2	9.5	8.2
Obesidade grave	2	2	2.3	2.2	2.1	2.1	2	2.5	2.2

Fonte: SISVAN/DAB/MS- 2016

Sobrepeso e Obesidade em adultos, 2016.



	BIG	BLIT	CS	MP	MTI	MTII	NO	N	SERR
Sobrepeso	32.90	33.30	32.00	31.50	33.00	33.50	32.20	33.00	32.30
Obesidade G1	18.90	20.00	20.40	20.00	18.30	18.60	17.90	18.10	18.80
Obesidade G2	7.50	7.80	8.40	8.30	8.00	7.50	7.30	7.70	7.90
Obesidade G3	3.60	4.20	4.60	4.50	4.50	3.80	3.60	3.80	3.90

Fonte: SISVAN/DAB/MS- 2016.

ANEXO G: Violência

Número de notificações de violência, segundo faixa etária e município, ERJ- 2017.

Região/Mun de not	Faixa etária					Total
	<1 Ano	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	
Baia da Ilha Grande	**23**	**31**	**22**	**51**	**92**	**219**
Angra dos Reis	22	25	13	39	80	179
Mangaratiba	1	3	1	4	4	13
Parati	0	3	8	8	8	27
Baixada Litorânea	**9**	**41**	**45**	**100**	**143**	**338**
Araruama	1	4	5	7	28	45
Armação de Búzios	0	1	0	7	12	20
Arraial do Cabo	0	0	1	4	7	12
Cabo Frio	0	3	2	8	15	28
Casimiro de Abreu	0	2	4	25	18	49
Iguaba Grande	0	1	0	3	4	8
Rio das Ostras	3	16	23	31	26	99
São Pedro da Aldeia	1	5	3	6	8	23
Saquarema	4	9	7	9	25	54
Centro Sul Fluminens	**11**	**15**	**12**	**29**	**56**	**123**
Areal	0	0	0	1	4	5
Comendador Levy Gas	0	0	0	0	0	0
Engenheiro Paulo de F	0	0	0	1	0	1
Mendes	0	1	1	0	1	3
Miguel Pereira	0	0	0	0	0	0
Paracambi	0	0	0	1	2	3
Paraíba do Sul	0	0	0	0	1	1
Paty do Alferes	0	0	0	0	0	0
Sapucaia	0	0	0	1	0	1
Três Rios	1	3	2	3	3	12
Vassouras	10	11	9	22	45	97
Médio Paraíba	**15**	**24**	**32**	**116**	**222**	**409**
Barra do Piraí	1	12	13	43	40	109
Barra Mansa	0	2	2	5	15	24
Itatiaia	2	2	2	7	11	24
Pinheiral	0	0	3	4	8	15
Piraí	0	4	1	4	13	22
Porto Real	1	0	2	1	4	8
Quatis	0	0	1	2	3	6
Resende	1	1	5	30	56	93
Rio Claro	1	0	1	0	6	8
Rio das Flores	1	0	0	1	1	3
Valença	1	1	2	12	30	46
Volta Redonda	7	2	0	7	35	51
Metropolitana I	**1130**	**2208**	**1265**	**1536**	**2535**	**8674**
Belford Roxo	3	3	1	1	7	15
Duque de Caxias	157	144	91	182	333	907
Itaguaí	0	2	0	2	0	4
Japeri	0	3	11	13	25	52
Magé	49	21	20	40	91	221
Mesquita	5	6	7	8	25	51
Nilópolis	2	2	3	1	1	9
Nova Iguaçu	382	714	288	249	392	2025
Queimados	25	24	14	18	11	92
Rio de Janeiro	507	1289	830	1020	1650	5296
São João de Meriti	0	0	0	0	0	0
Seropédica	0	0	0	2	0	2

Região/Mun de not	Faixa etária					Total
	<1 Ano	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	
Metropolitana II	**55**	**98**	**62**	**126**	**236**	**577**
Itaboraí	11	13	9	19	28	80
Maricá	0	1	0	0	3	4
Niterói	20	29	24	50	109	232
Rio Bonito	1	0	1	5	20	27
São Gonçalo	22	55	28	51	62	218
Silva Jardim	1	0	0	1	12	14
Tanguá	0	0	0	0	2	2
Noroeste	**5**	**11**	**8**	**27**	**41**	**92**
Aperibé	0	1	0	1	0	2
Bom Jesus do Itabapoa	0	1	0	1	2	4
Cambuci	0	0	0	0	0	0
Cardoso Moreira	0	0	0	0	0	0
Italva	0	1	0	0	0	1
Itaocara	1	2	2	4	6	15
Itaperuna	2	3	3	13	13	34
Laje do Muriaé	1	0	0	1	0	2
Miracema	0	0	0	3	1	4
Natividade	0	0	0	1	6	7
Porciúncula	0	3	2	3	1	9
Santo Antônio de Pádu	1	0	1	0	11	13
São José de Ubá	0	0	0	0	1	1
Varre-Sai	0	0	0	0	0	0
Norte	**37**	**50**	**49**	**106**	**288**	**530**
Campos dos Goytacaze	4	8	12	45	152	221
Carapebus	2	3	1	4	3	13
Conceição de Macabu	0	0	0	0	0	0
Macaé	29	37	32	51	99	248
Quissamã	2	2	3	2	26	35
São Fidélis	0	0	0	3	5	8
São Francisco de Itabap	0	0	1	1	3	5
São João da Barra	0	0	0	0	0	0
Serrana	**58**	**88**	**57**	**125**	**170**	**498**
Bom Jardim	0	0	0	0	0	0
Cachoeiras de Macacu	0	1	0	0	1	2
Cantagalo	0	0	0	2	0	2
Carmo	0	0	0	0	0	0
Cordeiro	1	1	1	2	12	17
Duas Barras	0	0	0	0	0	0
Guapimirim	3	1	3	9	20	36
Macuco	0	0	0	0	0	0
Nova Friburgo	3	19	6	38	67	133
Petrópolis	49	51	27	34	50	211
Santa Maria Madalena	0	0	0	0	0	0
São José do Vale do Ric	0	0	0	3	3	6
São Sebastião do Alto	0	0	0	0	0	0
Sumidouro	0	0	1	2	0	3
Teresópolis	1	14	19	33	12	79
Trajano de Morais	1	1	0	2	5	9

A negligência/abandono foi o tipo de violência com maior percentual de notificações (32,71%), seguido de violência física (30,36%), com predomínio bastante expressivo da negligência sobre a violência física nas faixas etárias de 0 a 9 anos. Já a violência psicológica/moral aparece como terceiro maior percentual (12,98%), com exceção da faixa de 5 a 9 anos, na qual a violência sexual (18,85%) aparece como o terceiro tipo mais notificado. Cabe ressaltar que foi nesta faixa etária que a violência sexual atingiu seu percentual mais alto.

Em relação às duas faixas etárias adolescentes, a violência física obteve os maiores percentuais (33,26 % e 45,32%), seguida da negligência, na faixa dos 10 aos 14 anos (18,29%), e da violência psicológica, dos 15 aos 19 anos (16,73%). No total de crianças e adolescentes, o principal agressor relatado foi a mãe (35,76%), seguido do pai (25,70%), padrão observado em todas as faixas etárias. Em relação aos adolescentes, a diferença aparece na faixa etária de 14 a 19 anos. Neste grupo etário, em primeiro lugar, com 17,49%, foi relatado como sendo a própria pessoa, em segundo a mãe com 15,91%, e, em terceiro lugar o pai, 13,85%.

Características da ocorrência segundo tipo e agressor/faixa etária, no estado do Rio de Janeiro, 2017.

Características Ocorrência	Faixa etária										Total	
	<1 Ano		1 a 4		5 a 9		10 a 14		15 a 19			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tipo de violência												
Viol Física	232	16,44	329	11,69	394	21,11	1009	33,26	2451	45,32	4415	30,36
Neglig/abandono	979	69,38	1864	66,24	764	40,94	555	18,29	586	10,84	4756	32,71
Viol Psico/moral	89	6,31	158	5,61	243	13,02	492	16,22	905	16,73	1887	12,98
Viol Sexual	19	1,35	308	10,95	352	18,86	478	15,75	343	6,34	1500	10,32
Viol. Autoprovocada	11	0,78	31	1,10	21	1,13	247	8,14	547	10,11	857	5,89
Tortura	3	0,21	12	0,43	13	0,70	28	0,92	60	1,11	116	0,80
Tráfico de seres humanos	1	0,07	0	0,00	0	0,00	1	0,03	3	0,06	5	0,03
Intervenção legal	16	1,13	8	0,28	10	0,54	11	0,36	58	1,07	103	0,71
Trab.Infantil	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Viol Finan/Econo	16	1,13	10	0,36	7	0,38	9	0,30	12	0,22	54	0,37
Outro tipo de violência	45	3,19	94	3,34	62	3,32	204	6,72	443	8,19	848	5,83
Agressor												
Pai	518	33,48	1118	35,76	510	30,00	395	18,76	422	13,85	2963	25,70
Mãe	872	56,37	1611	51,54	657	38,65	498	23,65	485	15,91	4123	35,76
Padrasto	4	0,26	55	1,76	79	4,65	117	5,56	76	2,49	331	2,87
Madrasta	7	0,45	13	0,42	19	1,12	13	0,62	10	0,33	62	0,54
Cônjuge	13	0,84	2	0,06	0	0,00	11	0,52	143	4,69	169	1,47
Desconhecido	23	1,49	35	1,12	42	2,47	174	8,26	420	13,78	694	6,02
ex-conjuge	10	0,65	1	0,03	0	0,00	0	0,00	98	3,22	112	0,97
Ex-Namorado (a)	0	0,00	0	0,00	1	0,06	10	0,47	90	2,95	101	0,88
Namorado (a)	1	0,06	3	0,03	2	0,12	65	3,09	117	3,84	188	1,63
Irmão (ã)	16	1,03	19	0,61	40	2,35	42	1,99	65	2,13	182	1,58
Amigos/conhecidos	25	1,62	78	2,50	155	9,12	343	16,29	311	10,20	912	7,91
Cuidador (a)	2	0,13	22	0,70	11	0,65	4	0,19	10	0,33	49	0,42
Patrão / Chefe	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,10	3	0,03
Pessoa c/ relação instituciona	1	0,06	12	0,38	23	1,35	24	1,14	20	0,66	80	0,69
Policial/agente	1	0,06	2	0,06	2	0,12	11	0,52	48	1,57	64	0,56
Própria pessoa	10	0,65	16	0,51	17	1,00	234	11,11	533	17,49	810	7,03
Outros	44	2,84	139	4,45	142	8,35	165	7,83	197	6,46	687	5,96

Fonte: SinanNet (base atualizada em 06/12/2017)

Analisando a tabela abaixo, percebemos que a violência contra as crianças e adolescentes ocorreu, majoritariamente, na residência com 56,57%. Em segundo lugar destacou-se a via pública, com 19,92% do total dos registros, seguido de “outros locais”, com 15,71%. Esta tendência foi observada nas faixas etárias dos adolescentes, com destaque para “via pública” para os de 15 a 19 anos, que atingiu o seu maior percentual, 34,35%. Já entre as crianças de 0 a 9 anos, em segundo lugar aparece a “opção outros locais” e em terceiro a via pública.

Os dados nos mostram a residência como local privilegiado para a prática da violência contra a criança e o adolescente referendando que os limites impostos pela privacidade e cumplicidade familiar dificultam a identificação e a prevenção da mesma.

Em relação aos autores da violência, quando os dados sinalizam a mãe e o pai como os principais agressores, respectivamente, explica que os atos violentos ocorram no âmbito domiciliar para a faixa etária até 14 anos, uma vez que os adolescentes de 15 a 19 anos, tem a via pública como local privilegiado para evento de violência. Outra variável que pode ser relacionada ao fato da maior incidência de violência ocorrer no âmbito familiar (mãe/pai) é o percentual significativo de seu caráter repetitivo, observando-se o número de notificações com resultado elevado de ignorado/em branco. Com relação à violência sexual, os dados foram expressivos em crianças com faixa etária 5 a 9 anos e em adolescentes. Esse tipo de violência tem como principal agressor pessoas com vínculos de afetividade e que exercem poder sobre suas vítimas. Ressalta-se a importância de se olhar para esse dado, uma vez que muitas vezes a denúncia dos casos não ocorre, pois a vítima pode ser coagida pelo agressor ou por outros familiares que optam por não denunciar para preservar a família.

Em 16,56% das crianças/adolescentes a violência notificada teve caráter repetitivo. Entre as crianças, a faixa etária de 5 a 9 anos obteve maior percentual de resposta positiva para reincidência com 19,97%. Entre os adolescentes foi mais alto o percentual de reincidência na faixa de 10 a 14 anos, com 23,38%. Ressalta-se o resultado elevado de ignorado/em branco neste quesito em todas as faixas.

Quanto à motivação para os atos violentos contra crianças e adolescentes, não se conseguiu identificar dados significativos, considerando alto índice de respostas com "ignorado/em branco", "não se aplica' e "outros" com um total de 61,01%.

Características da ocorrência segundo local de ocorrência, reincidência e motivação/faixa etária, no estado do Rio de Janeiro, 2017.

Características Ocorrência	Faixa etária										Total	
	<1 Ano		1 a 4		5 a 9		10 a 14		15 a 19			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Local da ocorrência												
Residencia	414	56,33	882	62,51	626	59,85	903	56,72	1248	51,66	4073	56,57
Habitação Coletiva	1	0,14	6	0,43	4	0,38	12	0,75	25	1,03	48	0,67
Escola	5	0,68	35	2,48	50	4,78	147	9,23	78	3,23	315	4,38
Local de pratica esportiva	0	0,00	6	0,43	7	0,67	8	0,50	10	0,41	31	0,43
Bar ou Similar	5	0,68	2	0,14	4	0,38	14	0,88	47	1,95	72	1,00
Via pública	60	8,16	98	6,95	117	11,19	329	20,67	830	34,35	1434	19,92
Comércio/Serviços	21	2,86	21	1,49	9	0,86	15	0,94	24	0,99	90	1,25
Indústrias/construção	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6	0,25	6	0,08
Outros	229	31,16	361	25,58	229	21,89	164	10,30	148	6,13	1131	15,71
Reincidência												
Ign/Branco	928	69,10	1752	68,28	884	56,96	1060	47,83	2013	53,21	6637	57,91
Sim	117	8,71	208	8,11	310	19,97	518	23,38	745	19,69	1898	16,56
Não	298	22,19	606	23,62	358	23,07	638	28,79	1025	27,09	2925	25,52
Motivação												
Ign/Branco	859	63,96	1515	59,04	851	54,83	1289	58,17	2478	65,50	6992	61,01
Sexismo	10	0,74	71	2,77	107	6,89	180	8,12	187	4,94	555	4,84
Homofobia	3	0,22	1	0,04	3	0,19	5	0,23	18	0,48	30	0,26
Racismo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,09	1	0,03	3	0,03
Intolerância	0	0,00	0	0,00	2	0,13	1	0,05	2	0,05	5	0,04
Xenofobia	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,09	2	0,05	4	0,03
Conflito Geracional	15	1,12	15	0,58	36	2,32	93	4,20	140	3,70	299	2,61
Situação de Rua	2	0,15	1	0,04	3	0,19	15	0,68	41	1,08	62	0,54
Deficiência	0	0,00	3	0,12	7	0,45	13	0,59	23	0,61	46	0,40
Outros	109	8,12	251	9,78	202	13,02	275	12,41	427	11,29	1264	11,03
Não se Aplica	345	25,69	709	27,63	341	21,97	342	15,43	463	12,24	2200	19,20

Fonte: SinanNet (base atualizada em 06/12/2017

A Tabela abaixo nos mostra os encaminhamentos realizados após os atendimentos dos casos de violência. Os registros mais significativos em relação ao total de encaminhamentos foram, em primeiro lugar, para a rede de saúde com 45,10%, ressaltando que não houve diferença importante para as faixas etárias de 0 a 9 (2.672) e de 10 a 19 anos (2.732). Segue o conselho tutelar com 32,95%, com discreta diferença para o grupo de 0 a 9 anos (2.055) em relação ao grupo de 10 a 19 anos (1.891) .

Analisando por faixa etária não verificamos diferenças relevantes sendo 49,44% para o grupo de crianças de 0 a 9 anos, e 50,56%, para o grupo de adolescentes de 10 a 19 anos no tocante aos encaminhamentos para a Rede de Saúde. Em relação aos encaminhamentos para o conselho tutelar, temos uma discreta elevação nos índices para o grupo de 0 a 9 anos com 52,10% comparado aos adolescentes de 10 a 19 anos, que aparece com 47,90%.

Os dados da tabela revelam que os demais órgãos do sistema judicial são acionados de forma incipiente: Justiça Infância e Juventude, 8,24%,, DECAV – Delegacia Especializada da Criança e Adolescente Vítima, 3,41%, Outras Delegacias, 2,68% e a Defensoria Pública, 0,43%.

O retrato dos encaminhamentos dados, mostra a necessidade de acionar o Sistema de Garantia de Direitos (SGD) de forma mais assertiva para o enfrentamento e prevenção das situações de violência. O Sistema de Garantia de Direitos (SGD) representa a articulação e integração de várias instâncias do poder público na aplicação de mecanismos de promoção, defesa e controle para a efetivação dos direitos humanos de crianças e adolescentes. Os órgãos e autoridades do SGD possuem atribuições específicas, mas esse mesmo sistema lhes confere igual responsabilidade na apuração e total solução dos problemas existentes, tanto no plano individual quanto coletivo. Desse modo, os integrantes precisam estar cientes e comprometidos com seus papeis, atuando com rapidez e de forma compartilhada para resultados efetivos para o público infanto juvenil.

Características da ocorrência segundo encaminhamentos/faixa etária, no estado do Rio de Janeiro, 2017.

Características Ocorrência	Faixa etária										Total	
	<1 Ano		1 a 4		5 a 9		10 a 14		15 a 19			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Encaminhamentos												
Rede de Saúde	654	53,13	1288	51,48	730	40,62	1031	38,14	1701	45,36	5404	45,10
Assistencia Social	50	4,06	77	3,08	82	4,56	148	5,48	161	4,29	518	4,32
Educação	3	0,24	22	0,88	20	1,11	36	1,33	30	0,80	111	0,93
Rede de Atendimento a Mulh	11	0,89	9	0,36	10	0,56	27	1,00	118	3,15	175	1,46
Conselho Tutelar	468	38,02	893	35,69	696	38,73	982	36,33	909	24,24	3948	32,95
Centro de Ref ded Direitos Hu	0	0,00	0	0,00	1	0,06	3	0,11	11	0,29	15	0,13
Ministério Público	6	0,49	9	0,36	11	0,61	10	0,37	8	0,21	44	0,37
DECAV	19	1,54	82	3,28	93	5,18	140	5,18	75	2,00	409	3,41
Outras Delegacias	13	1,06	14	0,56	16	0,89	48	1,78	230	6,13	321	2,68
Justiça da Infância e Juventud	0	0,00	100	4,00	124	6,90	263	9,73	500	13,33	987	8,24
Defensoria Pública	7	0,57	8	0,32	14	0,78	15	0,55	7	0,19	51	0,43

Fonte: SinanNet (base atualizada em 06/12/2017)

ANEXO H: Média e Alta Complexidade em Oftalmologia

Referências Regionais da Rede de Atenção em Oftalmologia, Média e Alta Complexidade, 2018.

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

Fonte: Deliberação CIB-RJ nº 4.881, de 19 de janeiro de 2018.

Centro de Referência em Oftalmologia		CNES
Rio de Janeiro	Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ	2269783

Fonte: Deliberação CIB-RJ nº 4.881, de 19 de janeiro de 2018.

Referências Regionais da Rede de Atenção em Oftalmologia, Reabilitação Visual, 2018.

Região	Referência	Serviços de Reabilitação Visual	CNES
Metro I - RJ	Rio de Janeiro	Instituto Municipal de Reabilitação Oscar Clark	2295326
Metro I - Demais Munic	Niterói	Associação Fluminense de Amparo aos Cegos	3714543
Baía da Ilha Grande			
Baixada Litorânea			
Centro Sul			
Médio Paraíba			
Metropolitana II			
Noroeste			
Norte			
Serrana			

Serviços da Rede Atenção em Oftalmologia, estado do Rio de Janeiro, 2018.

Região	Município	Serviço	CNES	Nível de Complexidade
Metro I	Rio de Janeiro	HU Gafrée e Guinle	2295415	Média
		Hospital de Piedade	2269481	Média
		Policlínica Piquet Carneiro	2269392	Média
		Clínica Dra Roberli	7492987	Média
		CEPOA	2270102	Média
		Centro Médico Dark	3122786	Média
		COSC	2269775	Alta
		Hospital da Ipanema	2269988	Alta
		Hospital dos Servidores	2295423	Alta
		Hospital Cardoso Fontes	2273659	Alta
		Hospital da Lagoa	2280167	Alta
		HU Clementino Fraga Filho	2269880	Alta
		Hospital de Bonsucesso	3055272	Alta
	São João de Meriti	Hospital do Olho de São João de Meriti	2277549	Alta
	Duque de Caxias	SASE – Serv. Assistência Social Evangélico	9193723	Média
		Hospital do Olho	2281988	Alta
	Nova Iguaçu	Clínica Central de Nova Iguaçu	12505	Alta
Metro II	Niterói	HU Antônio Pedro	12610	Alta
		Hospital do Olho Santa Beatriz	6610706	Alta
		IBAP(CLINOP)	2285320	Média
	Rio Bonito	Clinica Ximenes	2291525	Média
	São Gonçalo	Oftalmoclínica de São Gonçalo	25143	Alta
MP	Volta Redonda	Hospital Municipal Dr. Munir Rafful	2267187	Média
	Piraí	Hospital Municipal Flávio Leal	2295075	Média
	Valença	Hospital Municipal de Conservatória	3148130	Média
Serr	Petrópolis	Clinica de Olhos Dr. Tanure	2292386	Alta
	Teresópolis	Hospital São José	3002187	Alta
Norte	Campos dos Goytacazes	Hospital Geral de Guarus	2287250	Média
		Hospital Soc. Portuguesa Beneficente de Campos	2278855	Alta
NO	Itaperuna	Hospital São José do Avaí		Alta

ANEXO I: Polos municipais e Farmácias Estaduais de dispensação de medicamentos do CEAF-RJ

Polos municipais e Farmácias Estaduais de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do estado do Rio de Janeiro (CEAF/RJ) por região de saúde.

Região de Saúde	Município Polo	Município adstrito	Unidade de Saúde
Baía da Ilha Grande	Angra dos Reis	Mangaratiba Paraty	**Fundação de Saúde de Angra dos Reis** Av. Almirante Brasil, 49 - Balneário.
Baixada Litorânea	Cabo Frio	Rio das Ostras Casimiro de Abreu Armação de Búzios Arraial do Cabo Araruama São Pedro da Aldeia Iguaba grande Saquarema	**Farmácia de Medicamentos Excepcionais** (Posto de Assistência Médica) Rua Teixeira e Souza, 2104 – São Cristóvão.
Centro-Sul	Miguel Pereira	Paty do Alferes	**P.S. Senador Roberto Campos** Rua Hamilton Alexandre, 40 – Centro.
	Paraíba do Sul	Paraíba do Sul	**Divisão de Farmácia** Praça Garcia Rodrigues Paes Leme, 96 – Centro.
	Três Rios	Areal Com. Levy Gasparian Sapucaia	**Farmácia Central** Rua da Maçonaria, 320 - Centro.
	Vassouras	Eng. Paulo de Frontin Mendes Paracambi	**Policlínica de Vassouras** Praça Cristóvão Correa e Castro, 32 - Centro.
Médio Paraíba	Barra do Piraí	Piraí	**Farmácia Central** Rua Moreira dos Santos, 768 - Centro.
	Barra Mansa	Porto Real Rio Claro	**Farmácia Municipal de Barra Mansa** Rua João Chiesse Filho, 1000 - Centro.
	Resende	Itatiaia Quatis	**Posto de Saúde de Resende** Rua Dr. João Maia, 56 - Centro.
	Valença	Rio das Flores	**Farmácia Municipal** Rua Silva Jardim, 235 - Centro.
	Volta Redonda	Pinheiral	**Farmácia Municipal de Volta Redonda** Rua 574, 99 - Nossa Senhora das Graças.
Metropolitana I	Duque de Caxias	São João de Meriti	**RIO FARMES Caxias** Rua Marechal Floriano, 586 - Bairro 25 de Agosto.
	Magé	Guapimirim	**Farmácia Central** Estrada do Contorno s/n - Piedade.
	Nova Iguaçu	Belford Roxo Japeri Mesquita Queimados Nilópolis	**RIO FARMES Nova Iguaçu** Rua Governador Roberto Silveira, 210 - Centro.
	Rio de Janeiro	Itaguaí Seropédica	**RIO FARMES Praça XI** Rua Júlio do Carmo, 175 - Centro.
Metropolitana II	Itaboraí	Tanguá	**Farmácia Básica da Prefeitura** Rua Des. Ferreira Pinto, 09 - Centro.
	Niterói	Maricá	**Policlínica Carlos Antônio da Silva** Rua Jansen de Mello s/n - São Lourenço.
	Rio Bonito	Silva Jardim	**Farmácia Central** Rua Getúlio Vargas, 109 – Centro.
	São Gonçalo	São Gonçalo	**Superintendência de Saúde Coletiva** Rua Francisco Portela, 2759 - Parada 40.

Polos municipais e Farmácias Estaduais de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado do Rio de janeiro (CEAF/RJ) por região de saúde. (cont.)

Região de Saúde	Município Polo	Município adstrito	Unidade de Saúde
Noroeste	Bom Jesus do Itabapoana	Cardoso Moreira Italva	**Farmácia Central** Rua Gonçalves da Silva, 210 - Santa Rosa.
	Itaperuna	Laje do Muriaé Natividade Porciúncula Varre e Sai São José de Ubá	**Farmácia de Medicamentos Excepcionais** Rua Lenira Tinoco Calheiros, 38 - Centro.
	Santo Antônio de Pádua	Aperibé Cambuci Itaocara Miracema	**Policlínica Dr. Juarez Manuel de Andrade** Rua Artur Silva, 59 – Centro.
Norte	Campos dos Goytacazes	São Fidélis São Francisco do Itabapoana São João da Barra Quissamã	**Centro de Saúde de Campos** Rua Voluntários da Pátria, 875 - Centro.
	Macaé	Carapebus Conceição de Macabu	**Centro de Saúde Dr. Jorge Caldas** Praça Washington Luiz, s/n - Centro.
Serrana	Cordeiro	Cantagalo Macuco São Sebastião do Alto Santa Maria Madalena Trajano de Morais	**Secretaria de Saúde de Cordeiro** Rua Nacib Simão, 1325 - Rodolfo Gonçalves.
	Nova Friburgo	Duas Barras Bom Jardim Cachoeira de Macacu	**Centro de Saúde Dr. Silvio Henrique Braune** Rua Augusto Cardoso, 62 - Centro.
	Petrópolis	Petrópolis	**Farmácia Municipal (Antiga Farmácia Popular)** Rua Epitácio Pessoa, 56 - Centro.
	Teresópolis	Carmo Sumidouro São José do Vale do Rio Preto	**Divisão de Farmácia** Rua Júlio Rosa, 366 - Tijuca.

Centros de referência que dispensam medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica.

Região	Centros de Referência CEAF
Metropolitana I	Hospital Federal dos Servidores do Estado - HFSE
	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - HUCFF
	Hospital Universitário Gaffrée 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

ANEXO J: Rol dos Indicadores pactuados Tripartite e Bipartite – 2017-2021

ROL DOS INDICADORES PACTUADOS TRIPARTITE – 2017-2021

Indicadores Tripartite	
1	Mortalidade Prematura (30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)
2	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados
3	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida
4	Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de dois anos de idade - Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-valente (2ª dose), Poliomielite (3ª dose) e Tríplice viral (1ª dose) - com cobertura vacinal preconizada
5	Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação
6	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes
~~7~~	~~Número de casos autóctones de malária~~ (não pactuável para o estado e os municípios do RJ)
8	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade
9	Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos
10	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez
11	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e mesma faixa etária
12	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária
13	Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar
14	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos
15	Taxa de mortalidade infantil
16	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência
17	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica
18	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF)
19	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica
20	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios, no ano
21	Ações de Matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica
22	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue-(indicador de pactuação municipal)
23	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho

ROL DOS INDICADORES PACTUADOS BIPARTITE – 2020

	Indicadores Bipartite
24	Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor corretamente preenchido
25	Proporção de municípios com ouvidoria implantada
26	Proporção de óbitos maternos investigados
27	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados
28	Percentual de casos notificados com Anti-HCV reagente que realizaram exame de HCV-RNA
29	Proporção de exame anti-HIV realizado entre os casos novos de tuberculose
30	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera
31	Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal.
32	Percentual de indivíduos com 13 anos ou mais com primeiro CD4+ acima de 350céls/ml
33	Proporção de animais vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina
34	Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial