



Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

PMS

2014 – 2017

**Secretaria Municipal de Saúde
www.rio.rj.gov.br/web/SMS
Rio de Janeiro – 2013**

PREFEITO
Eduardo Paes

VICE-PREFEITO
Jailson de Souza e Silva

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
Daniel Soranz

CHEFE DE GABINETE
Marcia Regina Cardoso Torres

SUBSECRETÁRIO GERAL
José Carlos Prado Junior

SUBSECRETÁRIO DE ATENÇÃO HOSPITALAR, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
João Luiz Ferreira da Costa

SUBSECRETÁRIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA, VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE
Betina Durovni

SUBSECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA, FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA E CONTROLE DE ZOOSE
Arnaldo Lassance

SUBSECRETÁRIO DE GESTÃO
Flávio Alcoforado

COORDENAÇÃO GERAL
Vitória Veloso

ARTE E DIAGRAMAÇÃO
Assessoria de Comunicação Social da Secretaria Municipal de Saúde

FOTOS
Belle Paiva, Gabriel Barros, Radilson Carlos Gomes, Renata Missagia e Sandra Araujo

COORDENAÇÃO TÉCNICA

**Alcides Carneiro
Aline Bressan
Aluísio Bispo
Amanda Melo
Ana Claudia Lescaut
André Geovanne G. Vaz
Angela de Lamare
Angela Mariz
Ayla M. F. de Mesquita
Claudia Ferrari
Clayton Maiatto
Cristiany Avila
Cristina Keiko Abe
Cristina Lemos
David S. Lima Filho
Debora Meth
Denise Bastos Arduini
Denise Jardim de Almeida**

**Eduardo Andrade
Ellen Cormack
Fátima Regina G. Soares
Felipe G. de A. Barros
Felipe O. Vicardi
Flavia Mello
Gabriel Barros
Germana Perisse
Gustavo Borges
Hortense Marcier
Inez Souza
Isis Coutinho Duboc
Janaina Rodrigues
Joaquim Fernandes Lessa
Leila Rodrigues
Leila dos Santos Tavares
Leonardo Araujo de Souza
Luciana M. C. Souza**

**Marcia Regina C. Torres
Marcio Cristiano N. Guimarães
Maria Alice G. Costa
Maria Auxiliadora Gomes
Maria José Caraméz
Maura Montebianco
Nelson Cardoso de Almedia
Nilacyr Barreto da Silva
Nina Lucia Prates N. de Souza
Paula Fiorito
Paulo Mauricio D. de Araujo
Rita Ferreira
Rita Samarques
Rodrigo Moraes
Rodrigo Prado
Sandra Araujo
Solange Cavalcante
Suzane Menezes
Vilmar Costa Reg**

COORDENAÇÃO DE APOIO
Conselho Municipal de Saúde

PRESIDENTE
Hans Fernando Rocha Dohmann

SECRETÁRIO EXECUTIVO
David Salvador de Lima Filho

CONSELHEIROS

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Adelton Gunzburger; Alessandro de Melo Motta; Arthur Monteiro Bastos; Carlos Alberto Tufvesson; Carlos Henrique Alves; Carlos Norberto Varaldo; César Augusto Gomes Soares; Daniel Ricardo Soranz Pinto; Elizabeth Vaserman de Oliveira; Francisco Cláudio de Souza Melo; Geraldo Batista de Oliveira; Gilberto Souto da Silva; Hans Fernando Rocha Dohmann; Hiram Silveira Lucas; Ianê Germano de Andrade; Jackson Silveira Caiafa; José Antônio Alexandre Romano; Ludugério Antônio da Silva; Márcia Vera de Vasconcellos; Maria Alice Gunzburger Costa Lima; Maria Clara Migowski Pinto Barbosa; Maria da Conceição Rodrigues; Maria de Fátima Gustavo Lopes; Maria José dos Santos Peixoto; Marinaldo Silva Santos; Mauro André dos Santos Pereira; Milton Lima; Miriam Andrade de Souza Lopes; Patrícia de Albuquerque Ferreira; Renata Porto; Rogério Marques Gonçalves; Roque Pereira da Silva; Rosemberg Pinheiro; Sheila Marino; Sonia Regina G. da Silva; Vanessa Maciel Fernandes Teles; Vinícius Vieira Martins; Virgínia Mello de Castro Dantas; Vivian Peixoto Nogueira; Zorete Andrade da Silva.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE – AP 1.0
(Atualizada pelo CDS em julho/2014)

I – Entidades representantes dos usuários do SUS:

Cleide Nascimento de Almeida; Dari Miranda; Ana Lúcia Modesto; Vera Lúcia Soares de Oliveira Silva; Jéferson Luiz Barbosa; Reginaldo Froes Pinto; Miguel Macel de França; Áureo Efigenio; Vânia Rodrigues da Silva; José Janduy Borges Alves; Maria de Fátima Lopes; Lucivânia Soares da Costa França; Venilton Rodrigues Pereira; Iraydes Cucco P. Henriques; Carlos Henrique Alves; Henrique Monteiro da Silva; Lucy Francisca Pereira; Lia Márcia dos Santos; Carlos Eduardo da Silva Alcântara; Solange Gomes de Oliveira.

II – Entidades representantes dos profissionais de saúde do SUS:

Áurea da Cunha Avellar de Brito; Georgina Queiroz dos Santos; Jorge da Costa Alves; Julia Valéria Costa Pires; Lurdes Ferreira Nunes; Maria da Gloria Silva; Solange Gonçalves Belchior; Mariléa Lúcio Ormond; Vera Lúcia Abatte; Maristela Alves Costa.

III – Entidades representantes dos gestores/prestadores de serviços de saúde do SUS:

Leonardo de Oliveira Warrak; Diego Willer Ribeiro Oliveira; Beatriz Damasio de Araujo; Cristina Gonçalves; Cláudia Pinto Porto; Maria Marlene da Silva; Roberto José Leal; Ivo Perrone; Ney Costa; Mário Luiz Ferreira Gomes.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE – AP 2.1
(Atualizada pelo CDS em julho/2014)

I – Entidades representantes dos usuários do SUS:

Sonia Maria Loureiro Marquardt; Regina Lucia Faria Abreu Chiaradia; José Raimundo Monteiro Cavalcante; Letícia Milanez Bosisio Isnard; Ana Lucia Milhomens; Arlete Ludovice dos Santos; Sandra da Silva Monteiro; Milton Lima; Vera Lucia da Silva; Maria Iracilda Gomes Silva; Claudia Maximiliano; Gilberto Ferreira de Araújo; Maria Edileuza Braga Freire; Marlene Parente; Celeste da Silva Santos; Mario César da Costa; Silas Pereira da Silva; Geni Pereira da Silva; Marcelo da Silva; Luiza Melciades Rodrigues Maranhão; Magnalda Rodrigues; Danilo Ferreira de Souza; Dalva dos Santos Roque; Joel Luiz Nonato.

II – Entidades representantes dos profissionais de saúde do SUS:

Lizomar Frutuoso Brito; Vanessa Andrade Martins Pinto; Marco Antonio Tinoco; Rita Luziete da Silva; Rosalia Renna; Lenir Rodrigues de Araújo; Flavio Jose Morici de Paula Xavier; Elia de Melo Esteves Lima; Mauro Cataldi; Zenira Maria dos Reis; Adriana Damiano de Oliveira; Leonel Artins.

III – Entidades representantes dos gestores/prestadores de serviços de saúde do SUS:

Paula Travassos de Lima; Luiz Alexandre Essinger; Beatriz Buch; Rosangela Frossard; Maria Cristine Cardoso Pereira; Jane Torgano; Maria Helena Carneiro de Carvalho; Iracema Rangel; Alexander Garcia de Araújo Ramalho; Selene Maria Rendeiro Bezerra; Roberli Bechara; José Luiz de Sá Cavalcante.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE – AP 2.2 (Conforme publicação)

I – Entidades representantes dos usuários do SUS:

Nilza Rosa dos Santos; Ozéas Lopes de Farias; Adolfo da Silva Mendes; José Jandir Borges Alves; Maria Thereza Teixeira de Castro; Márcia Helena de Souza; Maria Eliana Araújo Costa; Jorge Alves e Costa; Jucélia Bessa Pedreira; Jovino Renaldo Nascimento Santos; Luiz Rodrigues Fernandes; Miriam dos Santos Jacintho Ramos; Severino Alves da Silva; Edson Dias da Costa; Marlene Costa dos Santos; Janaina Maria da Silva; Aline de Souza Rodrigues; Maria Alice Gunzburger Costa Lima; Paulo Campos; Luzia Catarina Esteves Rodrigues; Maria Olinda de Jesus Nascimento; Altamiro José Chaves; Felipe Vieira dos Santos; Simone dos Santos Duarte; Jorge Mathias de Souza; Alessandra Volpato; Titular: Juçara Portugal Santiago; Rosilene Mariz dos Santos; Inês Ferreira de Abreu Deodoro; Renata Jardim da Costa Barreto.

II – Entidades representantes dos profissionais de saúde do SUS:

Denise Gaeschlin Almeida; Wilson José Coelho Matheus; Daniele Sad; Denise Teixeira de Souza; Érica Fernanda Palmert Fontes; Maria da Conceição Gomes; Rosimere Maria da Silva; Telma Elisa Muniz; Cristina Maria Carvalho; Jorge Mota; Rosemery Gonçalves de Souza; Mônica Gonçalves de Oliveira; Rodrigo de Oliveira Ribeiro; Jussara de Souto Pinto; Maria Gomes Silveira de Sá Ribeiro.

III – Entidades representantes dos gestores/prestadores de serviços de saúde do SUS:

Alexandre Alves Modesto; Luiz Carlos Moreno de Andrade; Paulo Roberto da Silva; Mara Semiramis de O. Silveira; Claudia Neylor; Maria Aparecida Duarte Vidomn Brante; Maria Cristina Vasconcelos; Patrícia de Andrade Rollo; Suzana de Souza Marques Ferrazani; Rodolfo Acanatassu Nunes; João José Abrahão Caraméz; Reilson Bastos Grinato; Antonio Carlos Iglesias; Carlos Felipe Rizzo Machado; Marise Leão Ramôa.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE – AP 3.1 (Atualizada pelo CDS em julho/2014)

I – Entidades representantes dos usuários do SUS:

Maria de Fátima Gustavo Lopes; Neuma dos Santos Fernandes; Zélia Vieira da Silva; Edineia de Oliveira Borges; Sonia Maria Fonseca da Silva; Dalva Angelina Ferreira Martins; Deise de Jesus Silva Rodrigues; Severino Lino de Oliveira; Luiz Cláudio dos Santos; Antonio Inácio Pequeno; Ana Maria Rodrigues Manço; Renê Santos Silva; Edson da Cunha Silva; Nemese da Silva do Nascimento; Gilson Almeida de Oliveira; Hércules Ferreira Mendes; Waldir Francisco da Costa; Pedro Antônio da Costa Neto; Sergio Clemente da Silva; Eidimir Tiago de Souza; Ailton Aristóteles Costa Ferreira; Altamir Vilela Ferreira; Sidnei Alves da Silva; Luis Henrique Gomes Marques; Sebastião Manoel da Conceição; Enilton Felipe; Claudio Inácio de Lima; Edilson Barbosa Rufino; João Ricardo de Mattos Serafim; Cosme Francisco Toscano; Maria Raimunda Aguiar Souza; Priscila Brenda Souto da Silva; Nilza Pereira de Aguiar; Claudia Henrique da Silva; Marco Antonio Barcellos Gomes; Kátia Regina Damásio da Silva.

II – Entidades representantes dos profissionais de saúde do SUS:

Antonio Luiz Novaes Saraiva; Jorge Rodrigues Moreira; Rozeni Quaresma da Silva; Paulo César do Nascimento Martins; Gilberto Lopes Pinto; Jorge Alfredo de Souza; Cristina Tavares dos Santos; Ana Maria Ferreira Souza; Líbia Prince Rosa; Maria do Socorro Ferraz Machado; Luiz Zamagna; Iracema Gomes da Silva; Fábio Eduardo da Silva Malvard de Santana; Maurissandro Rodrigues de Carvalho; Zélia Pinto de Souza; Kássia Zefiro de Oliveira; Gilberto de Oliveira Reis; Hiero Santos de Oliveira.

III – Entidades representantes dos gestores/prestadores de serviços de saúde do SUS:

Hugo Marques Fagundes Junior; Lidianna Menezes de Moraes; Olga de Abreu Figueiredo da Silva; Fátima Regina Almeida Brandão; Luiz Carlos da Silva Moreno; Christiano Benedicto Ottoni; Márcia Mattos Magalhães Monteiro; Miguel Paulo Duarte Neto; Marilza Felipe Mendonça; Márcia Franco da Silva; Flávio Adolpho Silveira; Margarida Maria Loureiro Mota; Valéria Gomes Pereira; Lúlia de Mesquita Barreto; Luiz Augusto Coelho da Rocha Neto; Carla Cristina Cavalcante Paes Leme; Emília Maria de Andrade Correia; Carlos Maury Cantalice.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE – AP 3.2 (Atualizada pelo CDS em julho/2014)

I – Entidades representantes dos usuários do SUS:

Sonia Regina G. da Silva; Carlos Henrique da Silva; Adriana Wiermann; Carlos Alberto Policeno; Pedro Borges da Silva; Giselia Soares; Sheila Gomes; Ana Maria Souza; Maria do Carmo Correa; Rosangela de Melo; Alexandre Oliveira; Célia Regina Freitas; Ivanildo Jesus; Roberto Carlos Sampaio; Ademir Pitoco; Osias dos Santos; Manoel João de Santana; Charles Moraes; Eduardo Pires; Helena Manhães Soares; Wilson Moreno; Paulo Roberto dos Santos.

II – Entidades representantes dos profissionais de saúde do SUS:

Maria Angélica de Souza; Márcia de Oliveira Magalhães Teixeira; Ana Lúcia da Silva; Norma Suely do Nascimento; Maria Auxiliadora Ozdian; Lucineide Maria Barros Batalha; Edson Borga; Rosilene Alves da Silva Rebelo; Vanderleia Aparecida da Silva; João Paulo Bastos Hildebrandt; Maria de Lourdes da Silva Nascimento Trepte; Eliane Engle Matos; Ana Carolina Silva Souza.

III – Entidades representantes dos gestores/prestadores de serviços de saúde SUS:

Claudia Nastari de Paula; Sergio Luiz Fonseca Adeodato; Carlos Barbosa; Márcia Pereira de Matos; João Berchmans; Valéria Fernandes Teixeira; Carmélia Moreira Gonçalves; Ana Claudia Duarte de Lemos; Juliana Caramore Pessoa; Mônica da Silva Lorenzo; Érica Pontes e Silva; Antonio Carlos de Almeida Melo; Mauro César Calvo; Patrícia da Silva Miranda.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE – AP 3.3 (Atualizada pelo CDS em maio/2014)

I – Entidades representantes dos usuários do SUS:

Sidney Moura Santos; João Batista Silva Sousa; Margarida Maria Azambuja Frouf; José Cosme dos Reis; Alesandro de Melo Motta; Artur Grimaldi; Petrina da Consolação Andrade Gutierrez; Madalena de Almeida Oliveira; João Dionísio Menezes; Silvio de Jesus; Silvia Regina Barbosa; Miguel Silva de Moura; Maria das Graças Silva Ferraz; Bendix Luiz de Moura.

II – Entidades representantes dos profissionais de saúde do SUS:

Janete Gonçalves de Lima Mello; Eliana Marques da Silva; Wellington Martins de Paiva; Maria da Paz Amâncio da Silva; Paulo Murilo de Paiva; Jomar Cosme Marques da Silva; Jeronimo Luiz Franco Soares.

III – Entidades representantes dos gestores/prestadores de serviços de saúde do SUS:

Roberto de Araújo Raposo; Sonia Medeiros de Brito Moraes; Mônica Cristina Araújo Rego; Carlos Alberto Martins Pinto; Kátia Alexandre Braga Duarte dos Santos; Andreia Cardoso Fernandes; Silvana de Andrade Lopes.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE – AP 4 (Atualizada pelo CDS em julho/2014)

I – Entidades representantes dos usuários do SUS:

Carlos Ferreira da Silva; Adelson Gunzburger; Azaury Monteiro de Alencastro Graça Junior; Luis Carlos Gomes; Joselina Cardoso Pachá; Clínio Henriques de Oliveira; Jorge Paes Leme Filho; Jorge da Costa Pinto; 9. Edvaldo Lisbôa de Jesus Filho; Regina Juliani Blanco; Ana Elizabeth da Silva; Carlos Alberto Costa; Marco Antônio G. dos Santos Andrade; Helder Abraão Constantino.

II – Entidades representantes dos profissionais de saúde do SUS:

Jubemar de Medeiros Lima; Rúbia Cláudia Beirão Senna; Ignácio de Loyola de Campos Pinto; Vinícius Oliveira Araújo; Rosana da S. Lopes de Almeida.

III – Entidades representantes dos gestores/prestadores de serviços de saúde do SUS:

Ana Caroline Canedo; Iracema Vieira Polidoro; Danielle Furtado de Oliveira; Evandro Chagas; Maria Edéa Giovanini; Carlos Vitor; Ricardo José de Almeida Souza.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE – AP 5.1 (Atualizada pelo CDS em julho/2014)

I – Entidades representantes dos usuários do SUS:

Ludugério Antonio da Silva; José Thomaz da Conceição; Ivanilde Braga Marinho; Alexandra Ferreira do Espírito Santo; Sueli Trindade de Souza; Cláudio Marques da Cruz; Maria José Barbosa Bezerra; Edílson Adad; Maria Aparecida Florêncio de Souza Trindade; César Barros de Moraes; Maria José Rodrigues; Glória Regina Monteiro Garcez; Ângela Maria Resende de Miranda; Gleber Pinheiro dos Santos; Carlota Elizabeth Ferreira Sant'Anna; José Eufrazio da Costa Filho; Antonio Francisco de Souza; Rogério Rodrigues da Silva; Carlos Alberto Bessa Menezes; Jeová Vieira da Silva; Marina Costa Bernardes; Anazir de Oliveira; José Carlos Cabral; Georgina Macedo Santiago; Fernando Antonio Ferreira da Silva; Maria José de Souza Barbosa; João Galdino de Melo; Gilmar Barbosa da Silva.

II – Entidades representantes dos profissionais de saúde do SUS:

Erivelto Soares de Medeiros Junior; Andréia Andrade de Azevedo; Sônia de França Rodrigues; Márcia Laureano; Mônica Teixeira de Souza; Dulcicleia Costa Monteiro de Albuquerque; Mônica Guimarães Arruda; Adriana Corvello Bandeira; Lindinaura Fonseca Campos; Telma Garrido Silva Freitas; Sandra Gomes de Prado; Vanessa Assis Valente; Maria Bárbara Ferreira Viana; José Antonio Bezerra Vasconcelos.

III – Entidades representantes dos gestores/prestadores de serviços de saúde do SUS:

Tatiane Caldeira dos Santos de Salles; Aline da Costa Barbosa; Dílson Pereira; Neise Conceição Ramos Villar; Marcia Silva de Oliveira; Daniela Marta Lopes Santos; José Antonio Gonçalves Rodrigues; Catia Iara Pisente da Silva; Ana Paula Daltro Leal de Paiva; Leila Gomes Ferreira de Azevedo; Marcia Cristina de Souza; Aline Alvarenga Coelho; Sebastião Till; Hésio César de Souza Maciel.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE – AP 5.2
(Atualizada pelo CDS em julho/2014)

I – Entidades representantes dos usuários do SUS:

Jorge Luis Mateus; Maria Laura Nascimento dos Santos; Cláudio de Moraes Carvalho; Marília Mateus Pinheiro; Graciano Manoel Moraes Caseiro; Paulo Roberto Teixeira do Nascimento; Angélica Millepe de Mello; Cândida Maria de Souza Serrão; Simone Augusto de Oliveira; Jorge José Domingos; Carlos Batista dos Santos; Abigail Clemente Pinto; Maria Souza Farias; Mauro André dos Santos Pereira; Ivana Cláudia Timóteo da Silva; Alcidenil Lacerda; Nena Lopes do Nascimento; Sheila Menezes Rosa dos Santos; Altivo Pereira de Jesus; Marlene Maria de Souza; Luzete Maria Aparecida R. Carneiro; Cláudio Antunes de Jesus; Marcio Antonio Domiciano Paula; Ervin Ferreira da Costa; Jesue Rodrigues Paulo; Sonia Valéria de Ramos; Roseane de Miranda Pamplona; Jorge Pereira Miranda; Maria do Carmo Gomes; Amauri Galvão de Barros.

II – Entidades representantes dos profissionais de saúde do SUS:

Regina de Souza Braga; Cristiana Inácio do Espírito Santo; Sílvia Renata Jardim Muniz; Sueli dos Anjos Silva dos Santos; Neide Maria Neres Tinoco; Carmen Lúcia Gomes Moreira; Érida Aparecida José da Silva; Elton Irade Rosa; Severino Lucindo Costa; Pedro José Bello Gomes; Maria de Fátima Verdan Moreira; Luiz Eduardo Souza Costa; Cristiane dos Passos Guimarães; Eliane Teixeira Rangel; Jorge Barbosa da Silva.

III – Entidades representantes dos gestores/prestadores de serviços de saúde do SUS:

Liliane Cardoso de Almeida Leal; Halene Cristina de Armada Maturana; José Carlos Dias Bicaco; Andréa de Medeiros Silva; Solange Ferreira Kimmings; Glines Lucie da Silva Martins; Anderlane Figueira de Mello; Simone José Alves; Lucimeire da Silva Dutra; Andrea da Silva; Cristina Salgado; Solange da Silva Malfacine; Patrícia Alves Fernandes; Antonio Freitas Moreira; Maria Jose Bezerra de Araujo.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE – AP 5.3
(Atualizada pelo CDS em julho/2014)

I – Entidades representantes dos usuários do SUS:

Adriana Soares Cassiano; Benedito de Oliveira; Cristiana Xavier; Antônio Sérgio Fraga de Andrade; Máximo Dias da Silva; Marcos Antonio Raimundo de Deos; Francisco Teodorico de Sousa; Romulo de Almeida; Geraldo Batista de Oliveira; Haydée Vieira Francisco; Cláudia Batista da Silva e Silva; Getúlio Gomes da Rocha; Maria Lúcia da Silva Brochado; Carlos Jorge; Marines Barbosa Ribeiro; David Belarmino.

II – Entidades representantes dos profissionais de saúde do SUS:

Luiz Vieira Junior; Sueli Mates da Silva; Edneia Lino de Oliveira; Werther da Silva Aromovski; Frandinei Mezin Leles; Marlene da Silva Lopes; Maria Elizabeth Forte da Silva; Claudia Maria Xavier Batista dos Santos; Jairo Barbosa da Silva.

III – Entidades representantes dos gestores/prestadores de serviços de saúde SUS:

Leila Maria Moreira Rangel Marino; Ilza Pereira de Lima; Cristiane de Avelar Folco; Regina Celia Oliveira Ferreira de Melo; Luciana dos Santos Rodrigues; Zeny Fernandes da Silva; Jorge Luiz de Souza Santos; Adriana Barbosa da Fonseca; Valcir José Almeida.

SUMÁRIO

■ LISTA DE GRÁFICOS	10
■ LISTA DE TABELAS	12
■ LISTA DE QUADROS	13
■ LISTA DE FIGURAS	13
■ APRESENTAÇÃO	16
■ 1 – A CIDADE E A SAÚDE	20
1.1 – Condições de Saúde	21
1.1.1 – Panorama Demográfico	21
1.1.2 – Morbidade	23
a) Doenças Transmissíveis	23
b) Doenças Crônicas Não Transmissíveis	24
c) Acidentes e Violências – Causas Externas	26
1.1.3 – Mortalidade	28
a) Mortalidade Geral	28
b) Doenças Transmissíveis	30
c) Doenças Crônicas Não Transmissíveis	31
d) Causas Externas, Acidentes e Violências	34
e) Mortalidade Infantil	36
f) Mortalidade Materna	37
■ 2 – SAÚDE CIDADÃ	40
2.1 – Determinantes e condicionantes de saúde	40
2.1.1 – Aspectos socioeconômicos	41
2.1.2 – Condições de vida, trabalho e ambiente	44
2.1.3 – Hábitos e estilos de vida	45
2.2 – Saúde Presente: acesso às ações e aos serviços de saúde	48
2.2.1 – Atenção Primária	48
2.2.2 – Atenção Especializada	53
2.2.3 – Atenção às Urgências	55
2.2.4 – Transplantes	57
2.2.5 – Assistência Farmacêutica	57
2.2.6 – Saúde Mental	58
2.2.7 – Vigilância Sanitária	59
2.2.8 – Complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde	61

3 – GESTÃO EM SAÚDE.....	64
3.1 – Planejamento	64
3.2 – Financiamento	66
3.3 – Articulação Interfederativa.....	68
3.4 – Complexo Regulador.....	71
3.5 – Gestão do Trabalho e Educação em Saúde	75
3.6 – Gestão Participativa e Controle Social	79
3.7 – Painel de Indicadores Sispacto.....	81
4 – OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS	92
4.1 – Objetivos	92
4.2 – Diretrizes, Estratégias e Metas.....	93
Diretriz 1: Efetivar a universalização do acesso aos serviços de saúde com acolhimento e resolutividade em todos os níveis de assistência.....	93
Diretriz 2: Garantir a continuidade, a qualidade e a humanização do cuidado com vistas à redução das iniquidades por meio de ações de promoção, prevenção, assistência e vigilância em saúde	96
Diretriz 3: Ampliar os espaços de discussão e as informações para a gestão, assegurando a participação e o controle social na elaboração e execução das políticas públicas.....	101
Diretriz 4: Efetivar a política de cuidados aos dependentes químicos	101
Diretriz 5: Aprimorar a Rede de Atenção às Urgências, com articulação junto às demais redes de atenção.....	103
Diretriz 6: Reestruturar o Complexo Regulador Municipal e qualificar o Sistema de Regulação Ambulatorial e Hospitalar	103
Diretriz 7: Fortalecer a gestão do trabalho e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde	105
Diretriz 8: Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de vigilância em saúde e vigilância sanitária	106
5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
6 – GLOSSÁRIO DE SIGLAS	109

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da população por Área de Planejamento. MRJ, 2012	22
Gráficos 2 e 3 – Distribuição da população por sexo e faixa etária. MRJ, 1991, 2000	22
Gráfico 4 – Distribuição da população por sexo e faixa etária. MRJ, 2010	23
Gráfico 5 – Pirâmides etárias. Brasil, 1950/2050	23
Gráfico 6 – Distribuição das internações hospitalares por principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis selecionadas, segundo ano de processamento. MRJ, 2003–2012*	24
Gráfico 7 – Taxa de mortalidade específica por idade e ano. MRJ, 2000 a 2012	28
Gráfico 8 – Participação percentual das principais causas de morte de residentes. MRJ, 2000 a 2012	29
Gráfico 9 – Taxa de mortalidade por Tuberculose e Aids. MRJ, 2000 a 2012	30
Gráfico 10 – Taxa de mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Doença Cerebrovascular (DCV) acima dos 40 anos de idade. MRJ, 2000 a 2012	31
Gráfico 11 – Taxa de mortalidade por neoplasias, pessoas acima de 40 anos. MRJ, 2000 a 2012	32
Gráfico 12 – Número de óbitos e taxa de mortalidade por diabetes <i>mellitus</i> . MRJ, 2000 a 2012	33
Gráfico 13 – Taxa de mortalidade por Causas Mal Definidas. MRJ, 2000 a 2012	33
Gráfico 14 – Taxa de mortalidade por Causas Violentas e Acidentais. MRJ, 2000 a 2012	34
Gráfico 15 – Taxa de mortalidade por agressões em pessoas com idades entre 15 e 39 anos. MRJ, 2000 a 2010	34
Gráfico 16 – Número de óbitos por agressões entre jovens de 15 a 29 anos, por raça e cor. MRJ, 2000 a 2010	35
Gráfico 17 – Taxa de mortalidade por acidentes de transporte. MRJ, 2000 a 2010	36

Gráfico 18 – Taxa de mortalidade infantil e componente. MRJ, 2000 a 2012	36
Gráfico 19 – Mortes maternas: número e taxa/100 mil nascidos vivos. MRJ, 2000 a 2012	37
Gráfico 20 – Evolução do Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal (IDH-M). MRJ, 1991, 2000 e 2010	42
Gráfico 21 – Evolução da cobertura da Estratégia de Saúde da Família. MRJ, 2008 a 2013	49
Gráfico 22 – Evolução do número de procedimentos realizados pelas unidades de Atenção Primária. MRJ, 2009 a 2013	51
Gráfico 23 – Percentual de cobertura da APS, por Área Programática em relação à meta projetada. MRJ, 2013	51
Gráfico 24 – Número de internações por condições sensíveis à Atenção Básica. MRJ, 2009 a 2013	52
Gráfico 25 – Quantidade apresentada de procedimentos de média e alta complexidade, por tipo de prestador e ano de processamento. MRJ, 2008 a 2012	53
Gráfico 26 – Evolução dos nascimentos na rede pública, por esfera administrativa. MRJ, 1994 a 2012	54
Gráfico 27 – Internações hospitalares (AIH aprovadas) para transplantes de órgãos, tecidos e células, por natureza institucional. MRJ, janeiro a julho de 2013	57
Gráfico 28 – Quantitativo de ações de fiscalização realizadas pela Vigilância Sanitária. SMS-Rio, 2009-2012	60
Gráfico 29 – Financiamento federal, repasses por tipos de blocos (R\$ milhões). MRJ, 2008 a 2012	66
Gráfico 30 – Percentual de recursos próprios aplicados em saúde. PCRJ, 2009-2012	67
Gráfico 31 – Despesas por função de governo. PCRJ, 2012	68
Gráfico 32 – Percentual de AIH apresentadas, segundo local de residência. MRJ, março de 2012 a março de 2013	70
Gráfico 33 – Números de consultas e procedimentos no Sisreg, 2º semestre de 2012 e 1º semestre de 2013	73
Gráfico 34 – Série histórica das demandas recebidas/solucionadas na Ouvidoria. SMS-Rio, 2001 a 2012	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Indicadores do Vigitel. MRJ, 2006 e 2011	25
Tabela 2 – Distribuição das notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências segundo ano de notificação e ciclo de vida. MRJ, 2009 a 2011	26
Tabela 3 – Distribuição percentual dos registros por tipo de causa externa. MRJ, VIVA, 2009 e 2011	27
Tabela 4 – Principais grupos de causas de morte em residentes por ordem de magnitude. MRJ, 2000 a 2012	29
Tabela 5 – Indicadores econômicos: variação anual (em %). MRJ, 2000-2010	41
Tabela 6 – Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental, com consumo alimentar maior ou igual a cinco dias, por alimento saudável e não saudável nos últimos sete dias. PeNSE, 2012	46
Tabela 7 – Evolução dos percentuais de população com 18 anos ou mais com excesso de peso e obesidade, por sexo. MRJ, 2009-2011	46
Tabela 8 – Redução da prevalência de fumantes em maiores de 18 anos. Brasil, 1989, 2003, 2006, 2010 e 2011	47
Tabela 9 – Distribuição das AIH apresentadas, segundo complexidade e local de residência. MRJ, março de 2012 a março de 2013	69
Tabela 10 – Distribuição de AIH apresentadas, segundo local de residência e tipos e leitos. MRJ, março de 2012 a março de 2013	70
Tabela 11 – Participação Conselho Municipal de Saúde. SMS-Rio, 2009-2012	80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Principais características demográficas. MRJ, 2013	21
Quadro 2 – Principais indicadores econômicos. MRJ, 2008 e 2010	42
Quadro 3 – Avanços na saúde em números. SMS-Rio, 2009 a 2012	48
Quadro 4 – Receitas e despesas em saúde, valores e percentuais financiados com recursos próprios. PCRJ, 2008 a 2013	67
Quadro 5 – Evolução da força de trabalho, segundo tipo de vínculo. SMS-Rio, 2009 a 2012	75
Quadro 6 – Resultado das avaliações de desempenho, Acordo de Resultados. PCRJ, 2011 a 2012	76
Quadro 7 – Capacitações realizadas por tipos de eventos. SMS-Rio, 2012	76
Quadro 8 – Fóruns EAD em atividade, número de acessos 2012 e acumulado. SMS-Rio, 2012	77
Quadro 9 – Modalidades de estágios e residências remunerados. SMS-Rio, 2011 a 2013	78

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa da divisão do município do Rio de Janeiro por Áreas de Planejamento em Saúde, 1993	20
Figura 2 – Mapa da distribuição de beneficiários do Cartão Família Carioca e ESF. MRJ, 2013	43
Figura 3 – Mapa da distribuição das Unidades de Atenção Primária por AP. MRJ, 2009	49
Figura 4 – Mapa da distribuição das unidades de Atenção Primária por AP. MRJ, 2013	50
Figura 5 – Modelo de planejamento estratégico. PCRJ, 2009 a 2012	64

■ APRESENTAÇÃO



APRESENTAÇÃO



O Plano Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro 2014-2017, mais uma vez, é o resultado de um amplo processo de diálogo, caracterizado pelo esforço de fortalecimento do planejamento integrado da saúde. Dessa forma, o conteúdo deste documento expressa a identificação das necessidades de saúde da população carioca e os avanços efetuados, no período 2009-2013, tanto no que se refere à ampliação da oferta de ações e serviços de saúde, quanto no que tange ao aprimoramento dos mecanismos de gestão em saúde.

O método utilizado para a elaboração deste trabalho envolveu a criação de um grupo de trabalho multidisciplinar com representantes das cinco subsecretarias que compõem a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. As equipes trabalharam de forma integrada e conduziram o processo de confecção do PMS em concomitância com a discussão e a elaboração do Plano Plurianual 2014-2017, reforçando a função do planejamento integrado ao orçamento e ampliando a capacidade de execução, monitoramento e avaliação das ações planejadas. Simultaneamente, o grupo de trabalho resgatou o debate e as diretrizes aprovadas pela XI Conferência Municipal de Saúde, realizada em setembro de 2011, contemplando o amplo debate político sobre as prioridades e os desafios no campo da saúde.

A partir da análise situacional, apresentada na primeira parte do documento, foram definidos os seguintes objetivos para os próximos quatro anos:

- Ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, com redução de desigualdades regionais e aperfeiçoamento da qualidade e das ações e serviços prestados, tendo a atenção primária como ordenadora do cuidado e o acolhimento com resolutividade como política de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS);
- Consolidar a Estratégia de Saúde da Família e as Redes de Atenção à Saúde, com vistas à integralidade das ações ofertadas e à equidade da atenção prestada à população;
- Reduzir as iniquidades, aumentar a qualidade de vida da população e de suas gerações futuras por meio de um conjunto amplo de ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde;
- Consolidar a rede informatizada nos serviços municipais de saúde, objetivando a integração dos sistemas, o fortalecimento das ações de monitoramento e de avaliação, qualificando a gestão e integrando as diversas áreas técnicas;
- Fortalecer a Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde;
- Reestruturar o Complexo Municipal de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria;
- Assegurar a participação e o controle social na elaboração e na execução das políticas públicas de saúde;
- Consolidar a Gestão Plena da Saúde.

A partir desse conjunto amplo e desafiador de objetivos, foram definidas as diretrizes, ações e metas que compõem a agenda de prioridades da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, orientada por oito grandes eixos de atuação:

- 1) Estruturação da Informação Clínica;
- 2) Elaboração do Programa de Recursos Humanos;
- 3) Gestão dos Indicadores;
- 4) Gestão Plena;
- 5) Reestruturação da Regulação;
- 6) Relacionamento com os Órgãos de Controle;
- 7) Gestão Orçamentária;
- 8) Comunicação.

Sob eles há uma gama diversificada de ações coordenadas que reiteram o compromisso do governo municipal com a gestão transparente, direcionada, responsável e inovadora.

■ A CIDADE E A SAÚDE

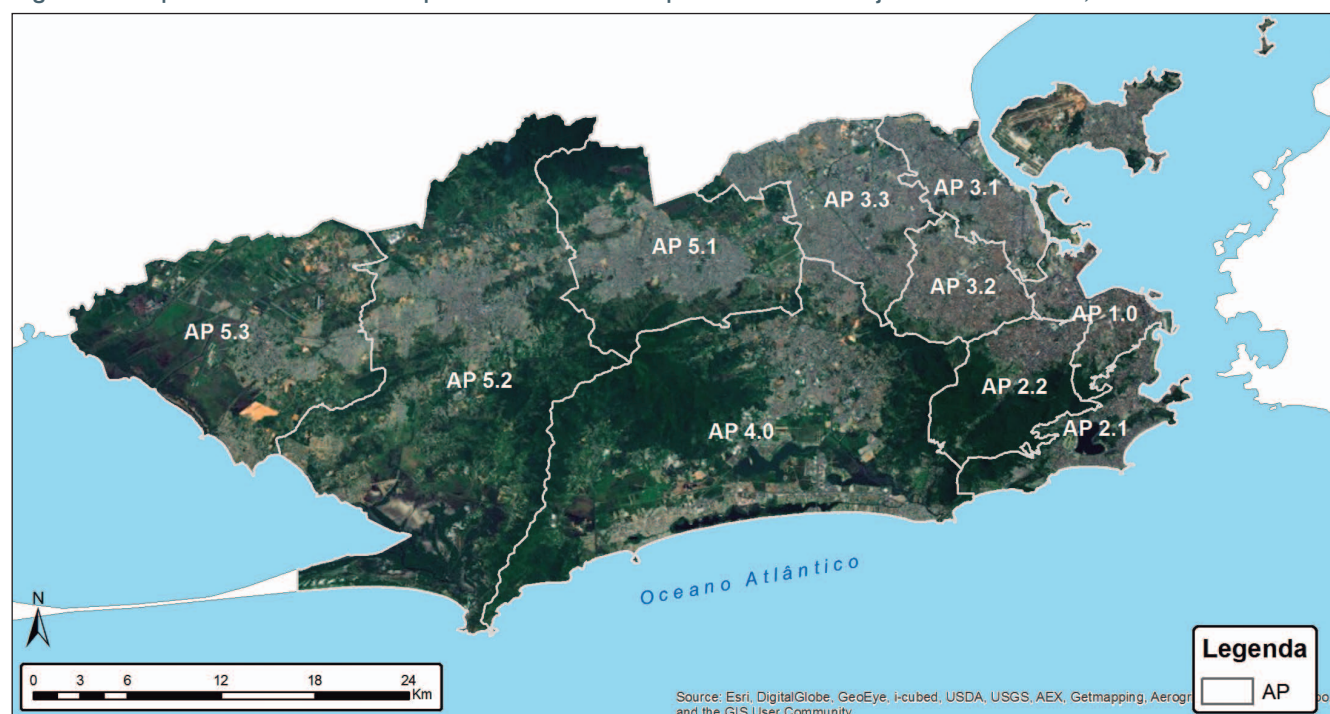


1 – A CIDADE E A SAÚDE

O Rio de Janeiro tem 1.224Km² de área, e densidade demográfica de 5.163 habitantes/Km². Está organizado em 33 Regiões Administrativas (RA) e 160 bairros. A cidade é bastante heterogênea, apresentando diferentes graus de desenvolvimento e, conseqüentemente, desigualdade na distribuição e utilização dos recursos disponíveis, inclusive dos serviços de saúde.

Para fins de planejamento em saúde, o município está inserido na Região Metropolitana de Saúde I, do estado do Rio de Janeiro. Com a mesma finalidade, no plano interno a Secretaria Municipal de Saúde trabalha, desde 1993, com a divisão da cidade em 10 Áreas de Planejamento (AP), figura 1.

Figura 1 – Mapa da divisão do município do Rio de Janeiro por Áreas de Planejamento em Saúde, 1993



Elaboração: S / SUBPAV / SAP

Fonte: IPP

Data: agosto de 2013

A dinâmica de ocupação da cidade e a rede de interações entre as Áreas de Planejamento, através das atividades econômicas, da circulação, da mobilidade e da distribuição dos equipamentos públicos e privados de saúde, educação e lazer, determinam as características de cada região e das formas de adoecimento e mortalidade.

As APs são muito heterogêneas, em função da história e evolução da ocupação. A AP 1 concentra a maior proporção de pessoas morando em favelas (29,0%). Por outro lado, é nessa área que se concentra o maior aparato público de saúde instalado na cidade. Já a AP 2.1 tem a maior população de idosos (23,1%), a maior densidade demográfica da cidade (14.051 hab./Km²), a menor proporção de crianças de 0 a 14 anos (12,8%) e concentra o maior IDH do município. A exceção fica por conta da favela Roci-

nha (29ª no ranking do IDH). A AP 2.2 se caracteriza por um perfil muito próximo ao encontrado na AP 2.1. A participação do grupo etário idoso na AP 2.2 também é alta, a segunda maior da cidade (22,1%). As APs 3.1, 3.2 e 3.3 juntas se caracterizam como a área mais populosa da cidade (37,9%), sendo que metade dos moradores de favelas vive nessa região. A AP 4 é a segunda maior em área, com 294Km², aproximadamente 1/4 do território da capital fluminense. Esta região é um vetor de expansão urbana de rendas média e alta. Hoje, tem a segunda maior população (910 mil habitantes) e a menor densidade demográfica da cidade (3.097 hab./km²). Por fim, as APs 5.1, 5.2 e 5.3, em termos demográficos, conformam a segunda área mais populosa do município, respondendo por 27% da população da cidade. Em outras palavras, de cada quatro cariocas, pelo menos um mora na Zona Oeste, que se constitui num vetor de expansão urbana para as populações de média e baixa renda.

Atento às necessidades e especificidades da população, o processo de expansão da Estratégia de Saúde da Família implicou num amplo debate sobre a territorialização da cidade em microrregiões de saúde no âmbito das APs. Cada Coordenadoria de Atenção Primária (CAP) foi responsável por desenhar seus Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) para o aperfeiçoamento político-institucional, assim como das formas de organização da atenção à saúde no município.

1.1 – Condições de Saúde

1.1.1 – Panorama Demográfico

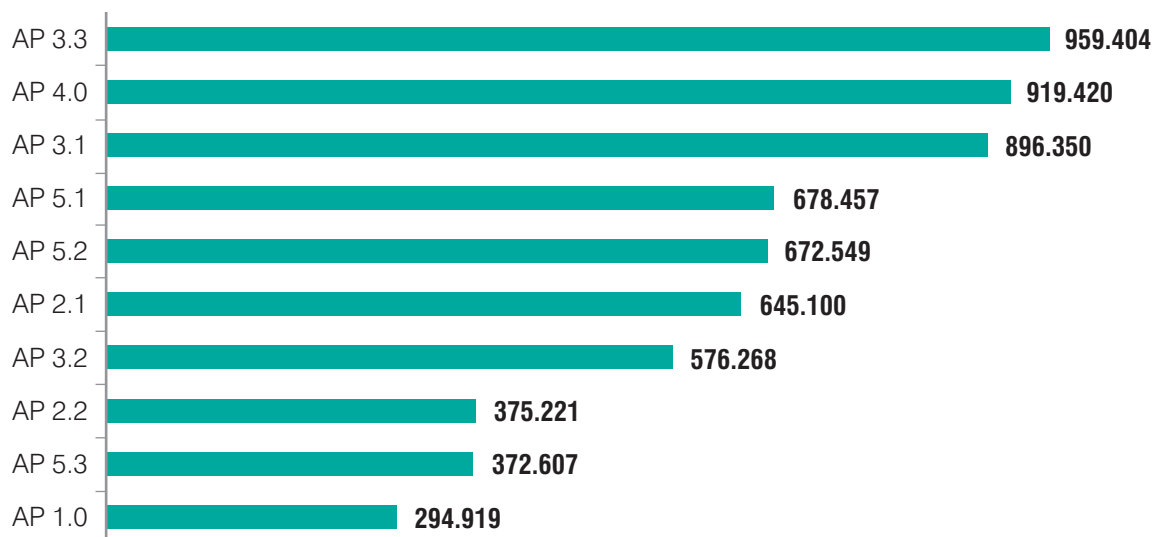
Uma síntese das principais características demográficas do município é apresentada no [quadro 1](#), a seguir.

Quadro 1 – Principais características demográficas. MRJ, 2000, 2010 e 2013

População residente, 2010	6.320.446	peessoas
População residente – Homens, 2010	2.959.817	peessoas
População residente – Mulheres, 2010	3.360.629	peessoas
Razão de sexo – nº de homens para cada 100 mulheres, 2010	88	homens
Esperança de vida ao nascer, 2010	75,7	anos
Proporção de idosos, 2010	14,9	%
Crescimento populacional, 2010/2000	7,9	%
População residente alfabetizada, 2010	95,8	%
População cadastrada pela ESF, 2013	2.836.867	peessoas
Grau de urbanização, 2010	100	%
Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal (IDH-M), 2013	0,799	
Índice de exclusão social, 2000	0,69	

A distribuição da população por Áreas de Planejamento (AP) pode ser visualizada no gráfico 1, abaixo.

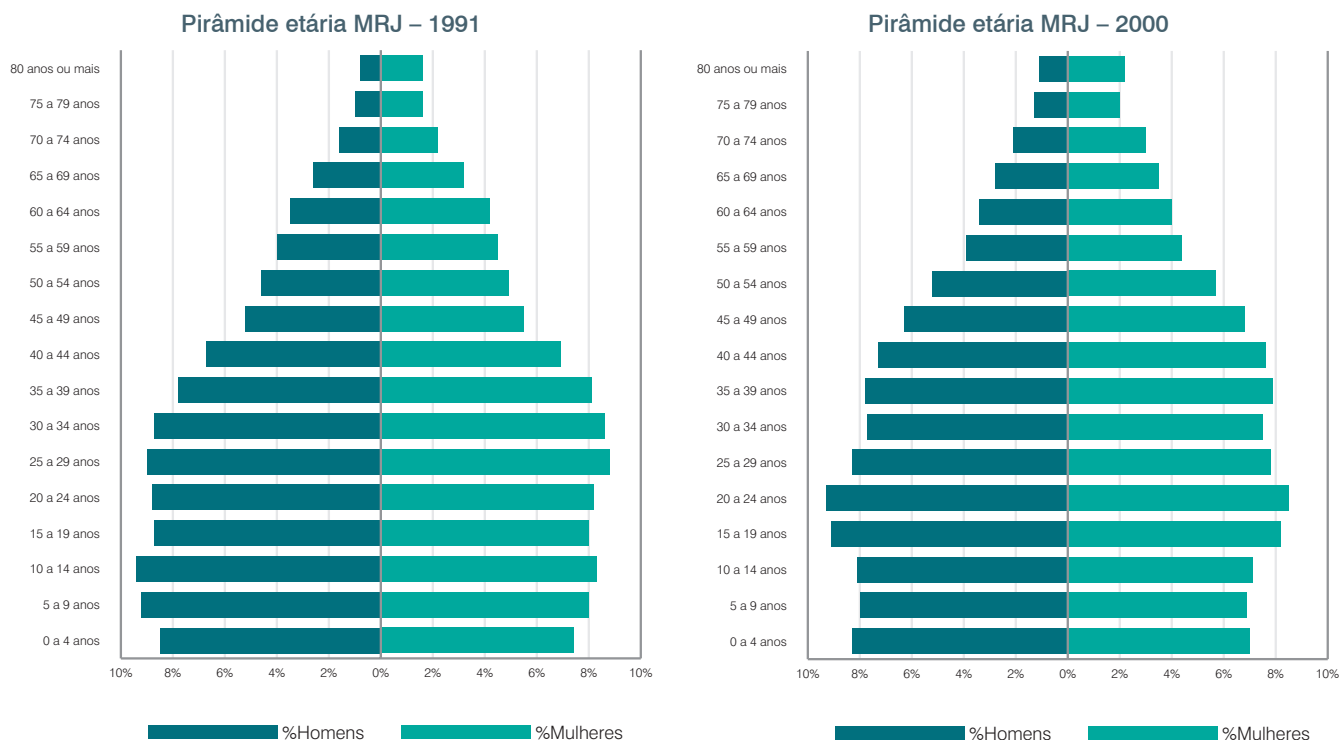
Gráfico 1 – Distribuição da população por Área de Planejamento. MRJ, 2012



Fonte: IBGE; IPP; SUBPAV. Acesso em agosto 2013.

As pirâmides etárias, a seguir, evidenciam a transição demográfica e a crescente tendência de envelhecimento da população do município do Rio de Janeiro. As mudanças decorrentes desse fenômeno relacionam-se diretamente com o aumento da expectativa de vida da população e a redução da taxa de fecundidade, e têm impactos importantes na saúde da população, exigindo dos gestores uma abordagem fundamentada em programas abrangentes de promoção da saúde e de cuidado integral em todo o ciclo de vida.

Gráficos 2, 3 e 4 – Distribuição da população, por sexo e faixa etária. MRJ, 1991, 2000, 2010



Pirâmide etária MRJ – 2010

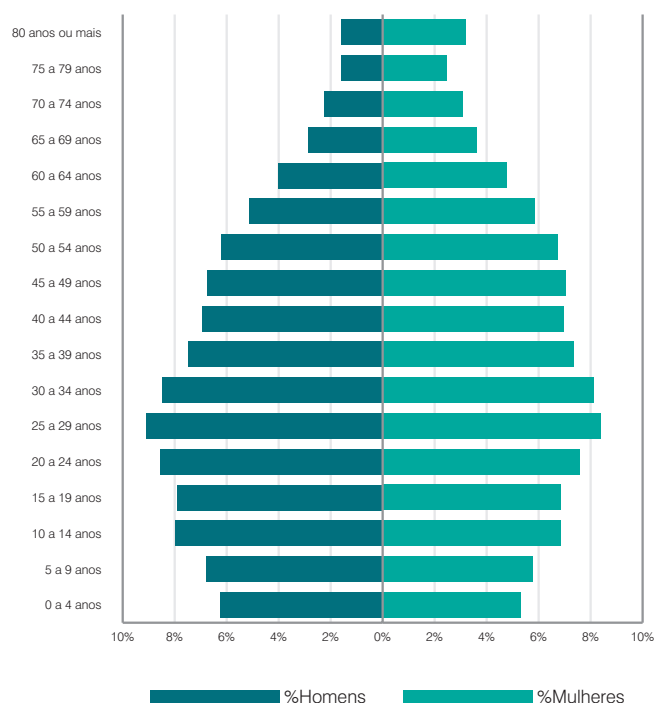
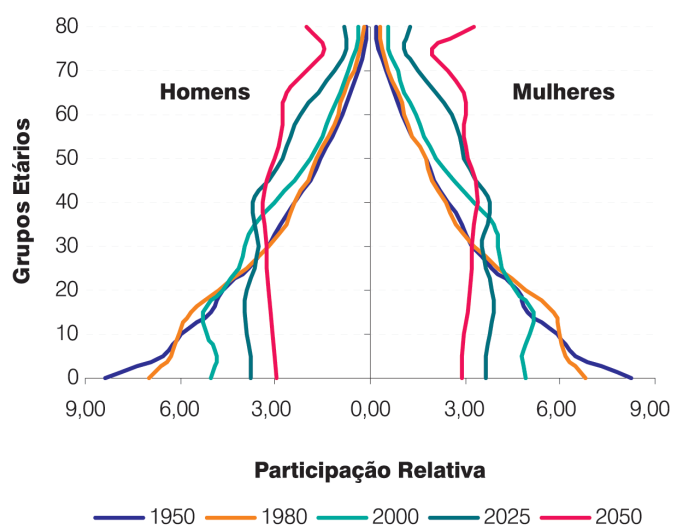


Gráfico 5 – Pirâmides etárias. Brasil, 1950/2050



Fonte: IBGE, Censo Demográfico de 1950, IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica, 2004.

1.1.2 – Morbidade

a) Doenças Transmissíveis

Ao longo dos últimos 10 anos, podemos verificar importantes êxitos na redução da ocorrência de um grande grupo de doenças transmissíveis, sobretudo aquelas que dispõem de ações de prevenção e controle tradicionalmente mais eficazes, as denominadas doenças transmissíveis com tendência declinante. Em 2012, doenças como sarampo, rubéola e difteria tiveram taxas de incidência zero.

Porém, algumas doenças transmissíveis apresentam persistência na endemidade, fato que, muitas vezes, é relacionado a determinantes multissetoriais, externos às ações típicas do sistema de saúde. Dessa forma, requerem contínuo fortalecimento e expansão das estratégias de prevenção e controle. Figuram entre as doenças transmissíveis com quadro persistente: esquistossomose, malária, coqueluche e dengue. No caso do município do Rio de Janeiro, a dengue é a que tem maior expressão. Todos os casos de malária são alóctones, e 95% dos casos de esquistossomose também.

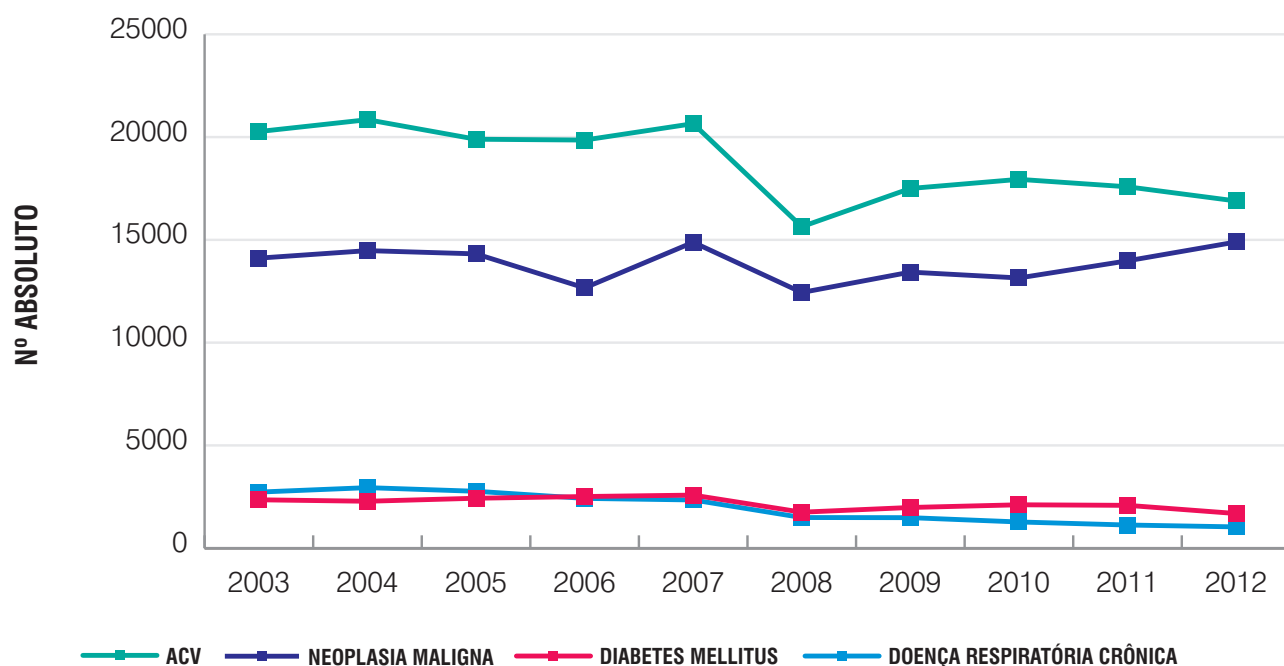
Devem ser consideradas também as doenças inusitadas, muitas vezes com elevada letalidade, magnitude e transcendência, as denominadas doenças emergentes. Nesses casos, destacamos a introdução de um novo subtipo do vírus Influenza A, o H1N1 de linhagem suína, em 2009, e a emergência dos primeiros casos autóctones de Leishmaniose Visceral e Febre Maculosa Brasileira do município do Rio de Janeiro, respectivamente entre 2011 e 2013.

b) Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Na cidade do Rio de Janeiro, os quatro principais grupos das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) respondem por 33,7% do total de internações pagas pelo SUS.

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de internação, seguidas das neoplasias malignas, que apresentaram aumento no período analisado. As internações por diabetes *mellitus* se mantiveram estáveis, e por doenças respiratórias apresentaram decréscimo.

Gráfico 6 – Distribuição das internações hospitalares por principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis selecionadas, segundo ano de processamento. MRJ, 2003–2012*



Fonte: Datasus/Sistema de Internações Hospitalares (SIH); acesso em 05/09/2013. *Dados sujeitos à revisão.

Quando consideramos taxas específicas da internação hospitalar segundo gênero, verificamos que, entre os homens, as internações hospitalares por neoplasia maligna de próstata e cólon apresentaram incremento; as de esôfago, decréscimo; e as de pulmão e estômago mantiveram-se estáveis. Entre as mulheres, as taxas específicas de internação hospitalar por neoplasias malignas de mama e colo do útero mantiveram-se elevadas. A neoplasia de mama sofreu aumento significativo entre 2011 e 2012. O câncer de cólon apresentou incremento, enquanto as neoplasias de estômago, traqueia, brônquios e pulmão mantiveram-se estáveis.

Em 2006 foi implantada, pelo Ministério da Saúde, a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) a partir de inquérito telefônico, denominado Vigitel, nas capitais brasileiras. No relatório do Vigitel 2011, as prevalências encontradas no município do Rio de Janeiro foram: 14,1% de fumantes; 20,6% de ex-fumantes; 49,6% de excesso de peso ($IMC \geq 25Kg/m^2$); 16,5% de obesidade ($IMC \geq 30Kg/m^2$); 12,5% de inatividade física; 29,8% de hipertensão; e 6,2% de diabetes.

Tabela 1 – Indicadores do Vigitel. MRJ, 2006 e 2011

INDICADOR DE MORBIDADE E SEUS FATORES DE RISCO/PROTEÇÃO	2006	2011
	%	%
% de adultos fumantes	14,5	14,1
Masculino	16,1	15,5
Feminino	13,2	12,9
% de adultos que fumam 20 ou mais cigarros por dia	5,1	5,5
Masculino	6,6	5,1
Feminino	3,8	5,8
% de adultos ex-fumantes	24,6	20,6
Masculino	31,3	24,4
Feminino	19,1	17,4
% de adultos com excesso de peso (IMC $\geq$ 25Kg/m²)	48,3	49,6
Masculino	52,5	55,5
Feminino	44,4	44,2
% de adultos com obesidade (IMC $\geq$ 30Kg/m²)	12,5	16,5
Masculino	11,7	15,8
Feminino	13,2	17,2
% de adultos que praticam atividade física suficiente no tempo livre	16,3	30,0
Masculino	21,7	38,9
Feminino	11,8	22,5
% de adultos fisicamente inativos	14,3	12,5
Masculino	15,6	13,3
Feminino	13,2	11,9
% de adultos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial	24,7	29,8
Masculino	21,0	23,9
Feminino	27,9	34,7
% de adultos que referem diagnóstico médico de diabetes <i>mellitus</i>	5,9	6,2
Masculino	4,7	7,3
Feminino	6,9	5,3

Fonte: <http://www2.datasus.gov.br/Datasus> – Pesquisas e Inquéritos – Vigitel (de 2006 a 2011)

c) Acidentes e Violências – Causas Externas

A Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) foi implantada no município do Rio de Janeiro (MRJ) no ano de 2006, tendo como objetivo o impacto destes agravos no perfil da morbimortalidade da população.

No plano das causas externas, também são importantes os achados do inquérito VIVA, que é uma pesquisa amostral realizada pelo Ministério da Saúde nas capitais brasileiras, em unidades de urgência e emergência. O VIVA é dividido em dois componentes: a notificação contínua dos casos de violência nas unidades de saúde e o inquérito bianual. O município do Rio de Janeiro participou de todos os inquéritos: em 2006 e 2007 com uma unidade e, em 2009 e 2011, ampliando para seis unidades. Entre 2009 e 2012, houve incremento nas notificações entre crianças e adolescentes.

Tabela 2 – Distribuição das notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências segundo ano de notificação e ciclo de vida. MRJ, 2009 a 2011.

CICLO DE VIDA		ANO DE NOTIFICAÇÃO			
		2009	2010	2011	2012*
Criança (0 a 9 anos)	n	11	178	669	986
	%	12,2	23,3	38,1	31,2
Adolescente (10 a 19 anos)	n	26	187	562	918
	%	28,9	24,5	32,0	29,0
Adulto (20 a 59 anos)	n	50	370	466	1108
	%	55,6	48,5	26,6	35,0
Idoso (60 anos e mais)	n	3	28	58	152
	%	3,3	3,7	3,3	4,8
Total	n	90	763	1.755	3.164

Fonte: VIVA (componente de notificação contínua); e Sinan. *Dados sujeitos à revisão.

Diante da necessidade de ampliar a notificação para novas formas de violência, tais como as ligadas à motivação por orientação sexual, está em curso um processo de ampliação do uso da ficha de notificação. O cenário das violências decorrentes da homofobia, informadas e/ou notificadas, comprovam que há, ainda, muito a ser feito para a garantia de direitos da população de lésbicas, gays, bissexuais e travestis (LGBT). Segundo dados do Governo Federal, em 2012, foram registrados pelo poder público 3.084 denúncias sobre 9.982 violações relacionadas à população LGBT, envolvendo 4.851 vítimas e 4.784 suspeições. Em relação a 2011, houve um aumento de 166,0% de denúncias e 46,6% de violações. O estado do Rio de Janeiro teve um aumento de 234,5% de denúncias em relação a 2011, sendo as principais denúncias no levantamento nacional, 83,2% por violência psicológica e 74,0% por discriminação, ocupando a 13ª posição de denúncias no ranking nacional¹. Para combater a violência homofóbica, o preconceito e

¹ Segundo dados do Relatório Brasileiro de Violência Homofóbica (SEDH/BRASIL, 2012).

promover políticas públicas balizadas na cultura de respeito à livre orientação sexual e identidade de gênero, a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro criou, em 2011, a Coordenadoria Especial da Diversidade Sexual/CEDS-Rio que vem atuando em estreita parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Nos dois últimos inquéritos (VIVA 2009 e 2011), a partir de amostra definida, foram entrevistadas 2.273 e 2.328 vítimas de acidentes e violências. Segundo o VIVA, os acidentes foram as principais causas de atendimento nas emergências hospitalares, 89,7% e 90,9% nos anos de 2009 e 2011, respectivamente.

Tabela 3 – Distribuição percentual dos registros por tipo de causa externa. MRJ, VIVA, 2009 e 2011.

VIVA INQUÉRITO		2009			2011		
		Masc.	Fem.	TOTAL	Masc.	Fem.	TOTAL
TOTAL DE ENTREVISTADOS		1.360	913	2.273	1.340	988	2.328
ACIDENTES	n	1.234	804	2.038	1.222	894	2.116
	%	90,7	88,1	89,7	91,2	90,5	90,9
Acidente de transporte	n	247	132	379	270	148	418
	%	18,2	14,5	16,7	20,1	15,0	18,0
Queda	n	452	396	848	425	458	883
	%	33,2	43,4	37,3	31,7	46,4	37,9
Queimadura	n	19	13	32	21	5	26
	%	1,4	1,4	1,4	1,6	0,5	1,1
Outros acidentes	n	516	263	779	506	283	789
	%	37,9	28,8	34,3	37,8	28,6	33,9
VIOLÊNCIAS	n	126	109	235	117	94	211
	%	9,3	11,9	10,3	8,7	9,5	9,1
Lesão autoprovocada	n	2	12	14	6	13	19
	%	0,1	1,3	0,6	0,4	1,3	0,8
Maus-tratos/agressões	n	121	96	217	109	81	190
	%	8,9	10,5	9,5	8,1	8,2	8,2
Intervenção por agente legal	n	3	1	4	1	0	1
	%	0,2	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0
Em branco/Ignorado	n	0	0	0	2	0	2
	%	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1

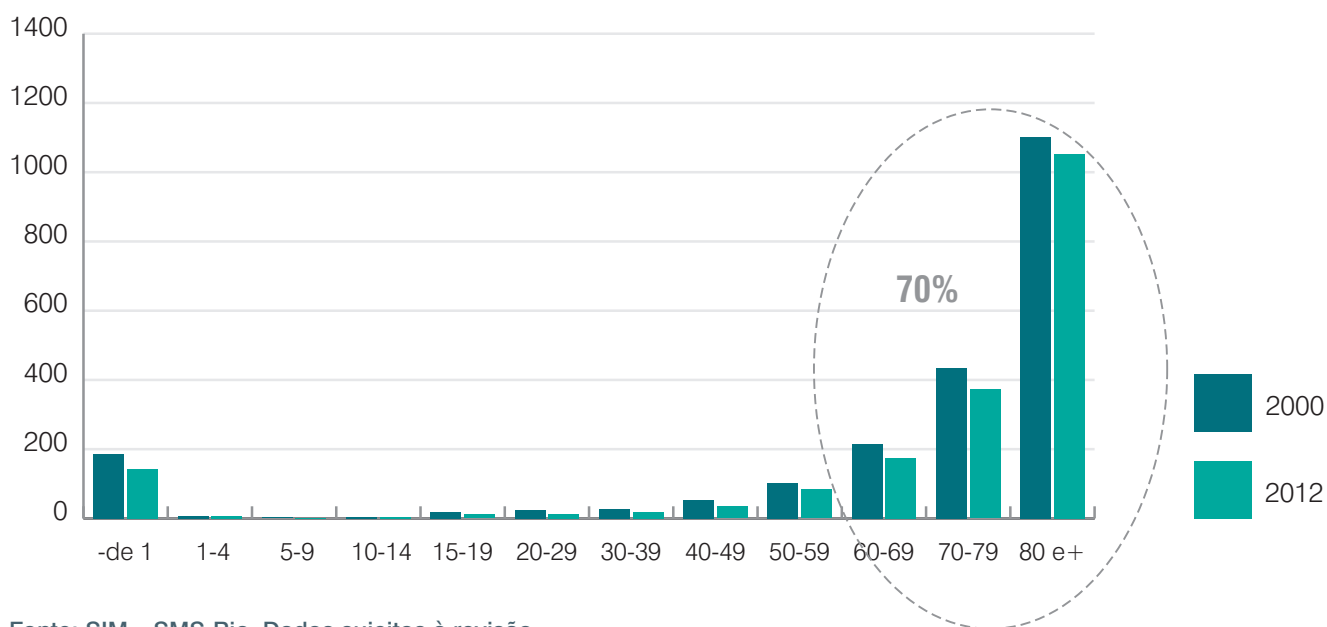
Fonte: VIVA Inquérito. *Dados sujeitos à revisão.

1.1.3 – Mortalidade

a) Mortalidade Geral

O predomínio das mortes em idades mais avançadas é esperado em sociedades com maior grau de desenvolvimento social e econômico. As taxas específicas por idade refletem no município a força da mortalidade acima dos 60 anos de idade (75%), especialmente a partir dos 70 e, inegavelmente, depois dos 80. Isso é esperado e desejável. Até mesmo para os grupos mais idosos, a evolução das taxas é de decréscimo – ou seja, mesmo nos grupos etários acima dos 60 anos, as taxas em 2000 eram superiores às aquelas observadas em 2012, o que representa o aumento da expectativa de vida da população carioca.

Gráfico 7 – Taxa de mortalidade específica por idade e ano. MRJ, 2000 a 2012.



Fonte: SIM – SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.

Dois movimentos refletem o aumento da expectativa de vida: o crescimento do percentual de idosos no total da população e o decréscimo das taxas gerais de mortalidade.

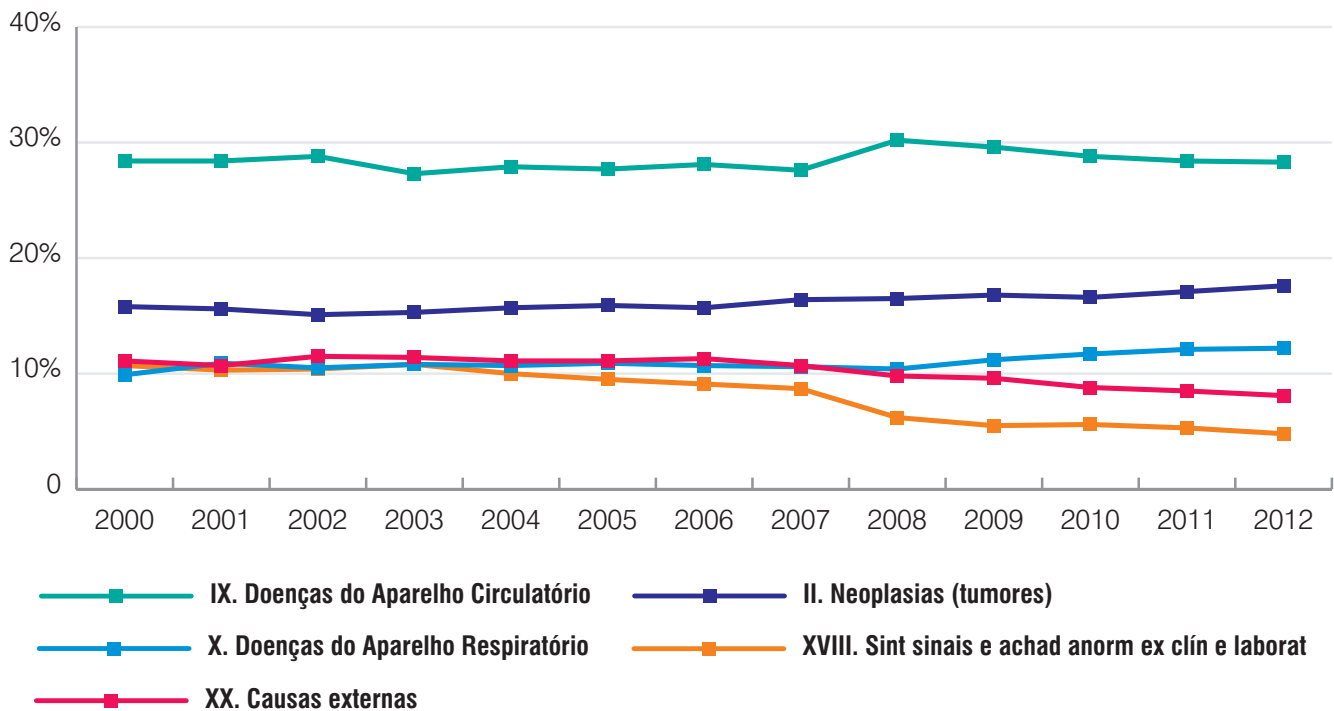
Seis grandes grupos de causas de morte responderam, em média, por 80% das causas de morte dos cariocas entre 2000 e 2012, a saber: Doenças Cardiovasculares (DCVs); Neoplasias (Câncer); Doenças Endócrino-Metabólicas (DEMs); Doenças do Aparelho Respiratório (DARs); Sinais e Sintomas Mal Definidos (Causas Mal Definidas) e Causas Externas. Contudo, é importante destacar que, ao longo dos últimos 13 anos, a participação de cada um desses grupos de causas mudou. As DCVs praticamente não alteram a sua importância, sendo responsáveis, em média, por 1/3 das mortes. As mortes decorrentes de câncer cresceram 11%, mantendo-se na 2ª causa de morte. O grupo que mais cresceu foi o das DARs, 22%, passando da 5ª para a 3ª colocação. As Causas Mal Definidas e as Causas Externas, por outro lado, diminuíram as parcelas na causalidade dos óbitos, respectivamente 55% e 27% de decréscimo, com as Causas Mal Definidas caindo do 4º para o 7º lugar, enquanto que as Causas Externas caíram apenas uma posição.

Tabela 4 – Principais grupos de causas de morte em residentes por ordem de magnitude. MRJ, 2000 e 2012

CAPÍTULO CID-10		2000	2012
IX.	Doenças do Aparelho Circulatório	1º	1º
II.	Neoplasias (tumores)	2º	2º
XX.	Causas Externas de morbidade e mortalidade	3º	4º
XVIII.	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	4º	7º
X.	Doenças do Aparelho Respiratório	5º	3º
IV.	Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	6º	6º

Fonte: SIM – SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 8 – Participação percentual das principais causas de morte de residentes. MRJ, 2000 a 2012



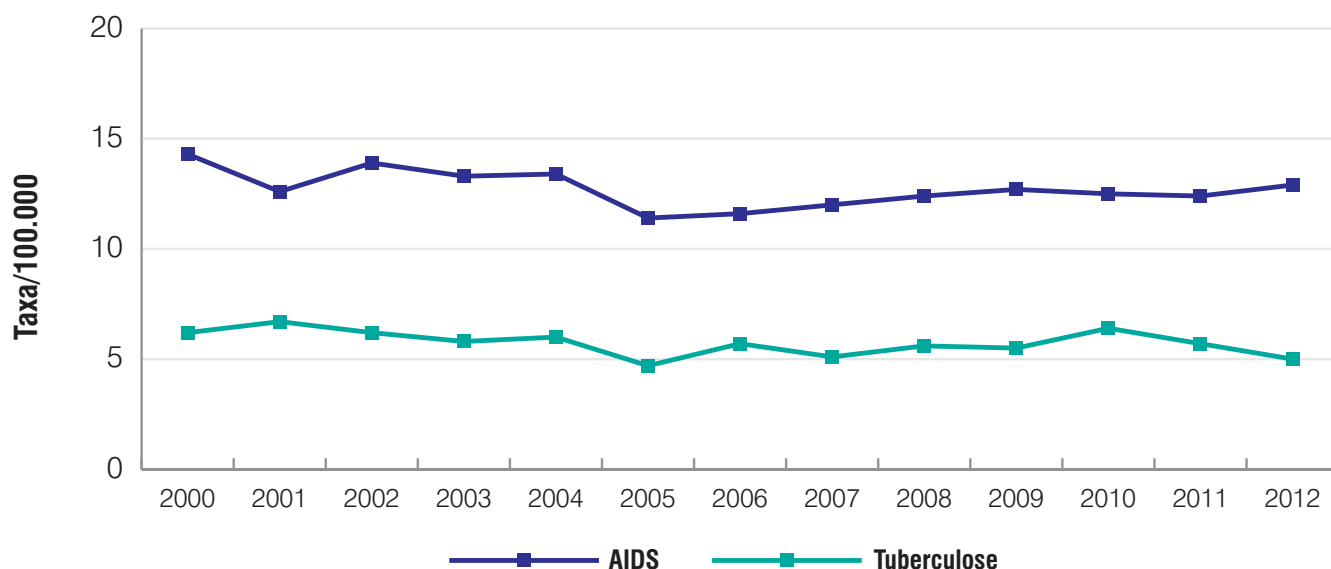
Fonte: SIM – SMS-Rio, 2000-2012. Dados sujeitos à revisão.

Entre os demais grupos de causas de morte, não tão importantes em termos proporcionais, mas estratégicos no desenvolvimento das políticas públicas integradas, destacam-se: as Doenças Infecciosas Parasitárias (DIP) e os Transtornos Mentais e Comportamentais – o primeiro grupo englobando doenças transmissíveis, como tuberculose e Aids, e o segundo agrupando as demências senis e a doença de Alzheimer – esta última com importante crescimento na última década: de 17 óbitos em 2000 para 688 óbitos em 2012.

b) Doenças Transmissíveis

Entre as Doenças Transmissíveis, a tuberculose e a Aids são as principais causas de morte. A tuberculose tem sido um grande desafio para a saúde pública em todo o país. No MRJ, apresentam pequenas variações, ora com indicação de decréscimo, ora com incremento. Entre 2010 e 2012 podemos observar uma queda. É importante destacar as iniciativas da SMS-Rio para ampliar as ações de controle da TB e da Aids, com investimentos no aumento e na qualificação da capacidade diagnóstica.

Gráfico 9 – Taxa de Mortalidade por tuberculose e Aids. MRJ, 2000 a 2012



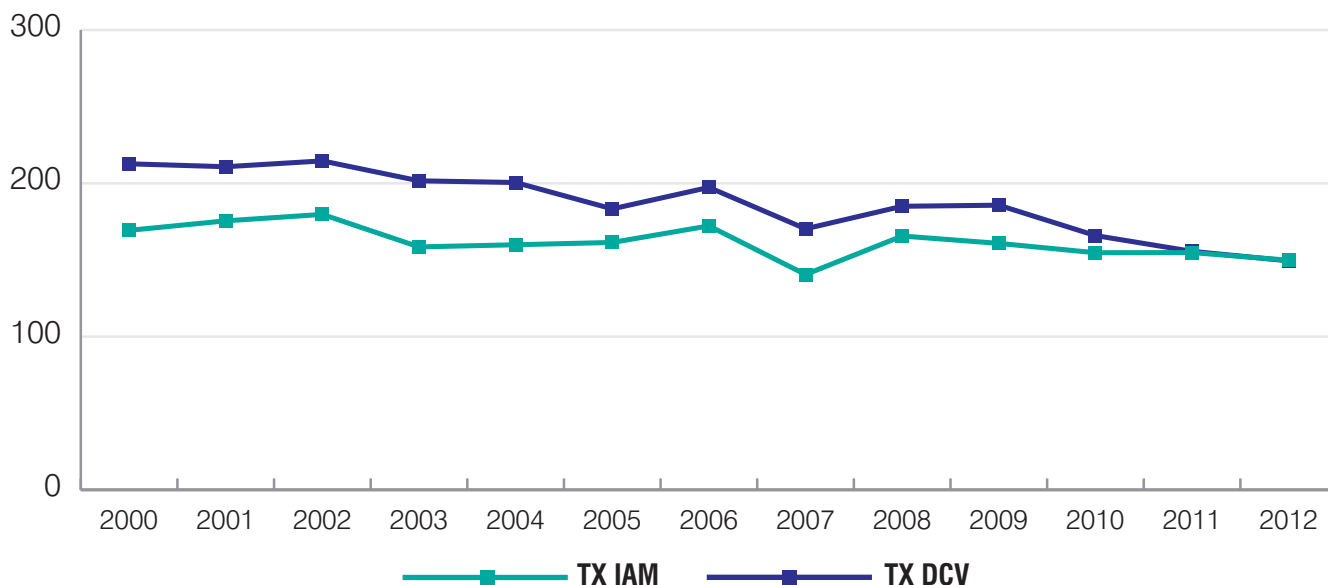
Fonte: SIM – SMS-Rio, 2000-2012. Dados sujeitos à revisão.



c) Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As Doenças Cardiovasculares, em particular aquelas associadas à hipertensão arterial, como as Doenças Cerebrovasculares e as Doenças Isquêmicas do Coração, como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), são as causas de morte que mais predominam na cidade. As taxas de mortalidade por Doenças Cerebrovasculares e IAM decresceram entre 2000 e 2012, mas continuam a responder pela maior parte das mortes acima dos 40 anos.

Gráfico 10 – Taxa de mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Doença Cerebrovascular (DCV) acima dos 40 anos de idade. MRJ, 2000 a 2012



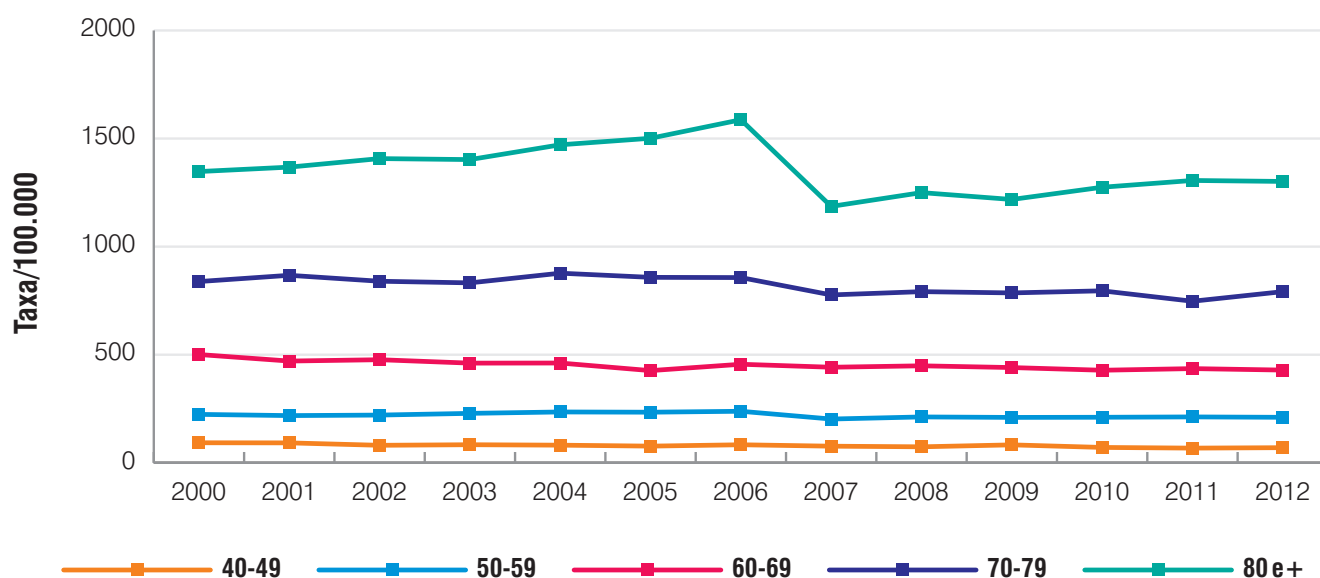
Fonte: SIM – SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.



Observamos o contínuo crescimento das neoplasias. O aumento do câncer de mama pode ser relacionado, em parte, à aceleração do processo de industrialização, ao envelhecimento populacional e à maior capacidade de detecção precoce, incluindo a introdução de protocolos de rastreamento clínico.

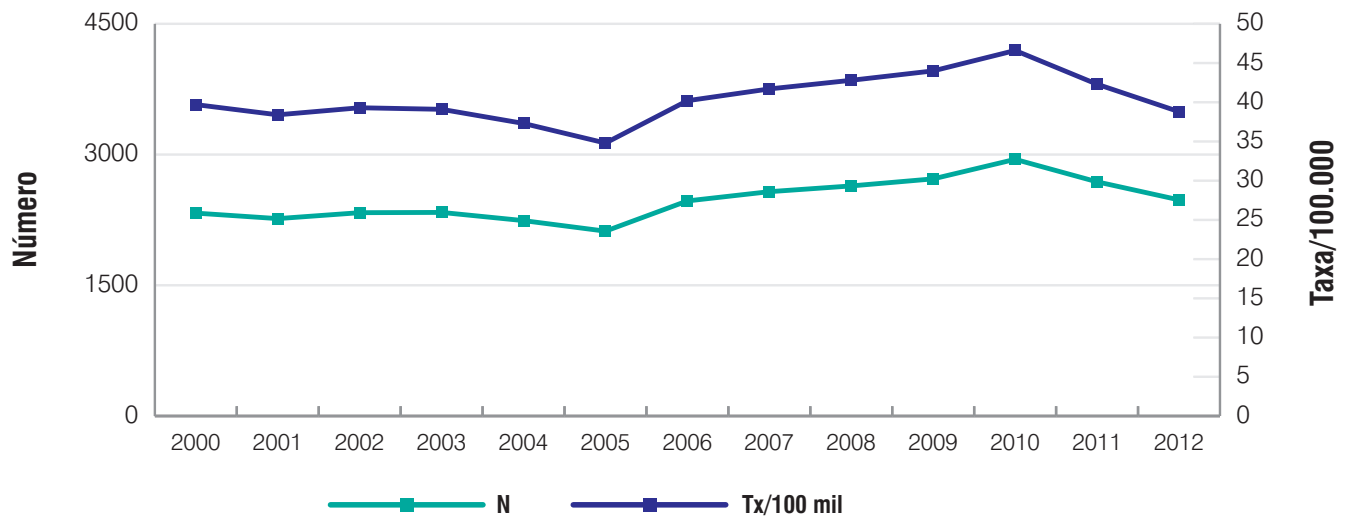
O certo é que a frequência de neoplasias cresce conforme avança a expectativa de vida, mas quando observamos as taxas de mortalidade por estas causas segundo idade, particularmente acima dos 40 anos, constatamos redução das taxas, mesmo entre os mais velhos. Alguns fatores influenciam este perfil, particularmente a identificação precoce e os recursos terapêuticos disponíveis, que possibilitam o controle e a maior sobrevida dos pacientes. Os tipos de neoplasias responsáveis pela maior parte das mortes foram: pulmões, cólon/reto/ânus, mama, próstata e estômago.

Gráfico 11 – Taxa de mortalidade por neoplasias, pessoas acima de 40 anos. MRJ, 2000 a 2012



Fonte: SIM – SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.

Entre as Doenças Endócrino-Metabólicas, o diabetes *mellitus* é responsável pelo maior número de mortes. Observamos, entretanto, uma queda no número de mortes, no período 2010-2012. Por ser uma doença que interfere no funcionamento de todo o organismo, seu controle é particularmente importante para a manutenção da qualidade de vida das pessoas que o desenvolvem. Desse modo, atualmente, ações para controle do diabetes *mellitus* estão implantadas em toda a rede de atenção primária, incluindo desde ações educativas até o fornecimento de medicamentos de uso contínuo e exames laboratoriais.

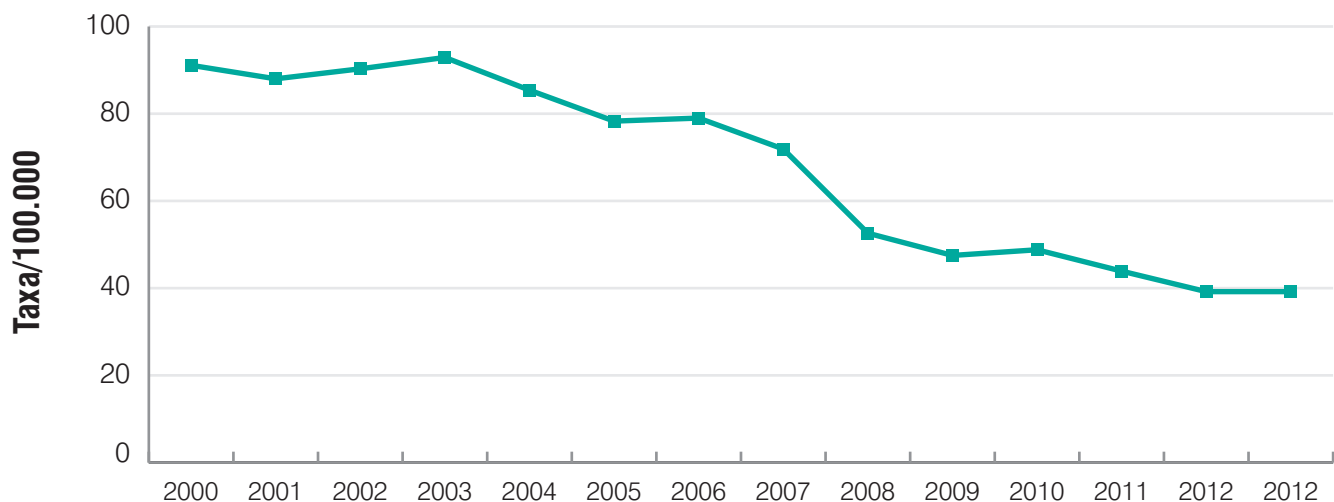
Gráfico 12 – Número de óbitos e taxa de mortalidade por diabetes *mellitus*. MRJ, 2000 a 2012

Fonte: SIM – SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.

Para o grupo das Doenças do Aparelho Respiratório, as pneumonias são as principais causas de morte. As faixas etárias extremas apresentam as maiores variações com aumento da mortalidade. Entre os idosos, o aumento da mortalidade por pneumonias é mais expressivo, sendo o envelhecimento populacional um forte determinante para o incremento das taxas gerais por esta causa.

As Causas Mal Definidas – Sinais e Sintomas Mal Definidos – reduziram a participação na causalidade dos óbitos da cidade do Rio de Janeiro. Essa retração decorreu, sobretudo, do trabalho de qualificação do registro das causas de morte e dos esforços de investigação epidemiológica das equipes das Coordenadorias de Atenção Primária, nos locais de ocorrência dos óbitos. Essa melhor definição dos problemas de saúde da população possibilita maior controle, prevenção das doenças mais frequentes e promoção da saúde.

Gráfico 13 – Taxa de mortalidade por Causas Mal Definidas. MRJ, 2000 a 2012

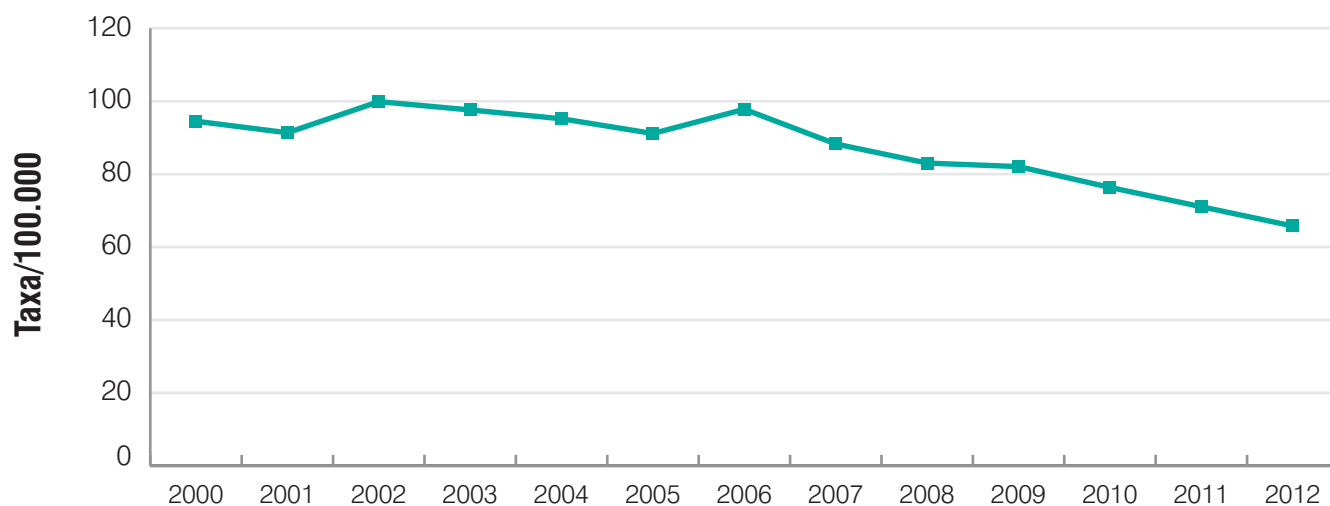


Fonte: SIM – SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.

d) Causas Externas – Acidentes e Violências

As Causas Violentas e Acidentais, também denominadas Causas Externas, figuram como importante causa de morte na cidade, não obstante o declínio deste grupo, a partir de 2006.

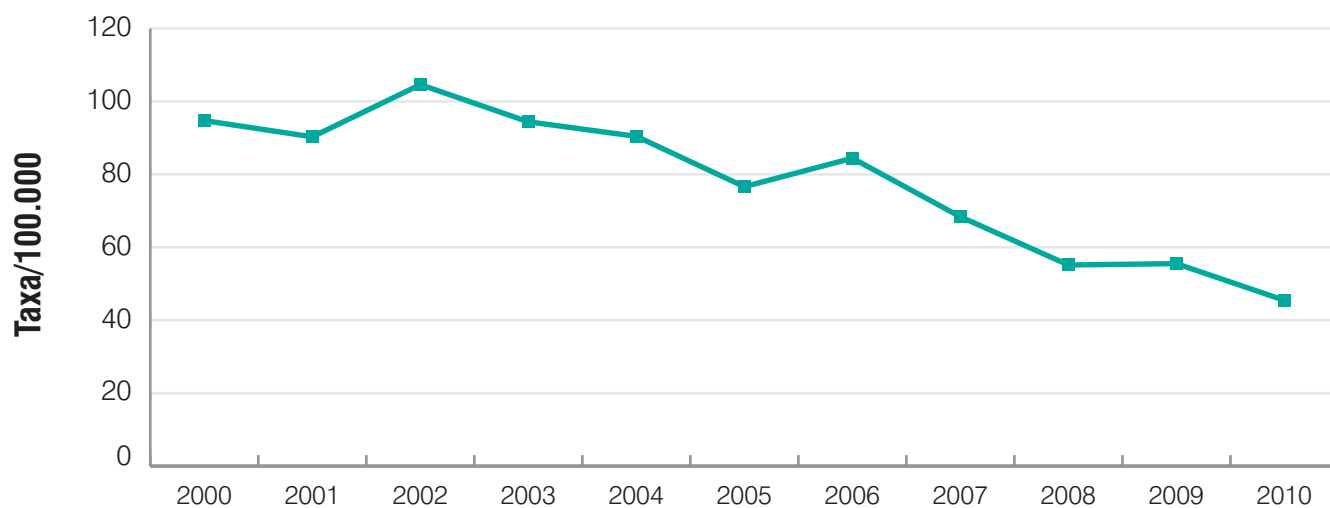
Gráfico 14 – Taxa de mortalidade por Causas Violentas e Acidentais. MRJ, 2000 a 2012



Fonte: SIM – SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.

É importante destacar que as mortes por agressões, que predominam entre as pessoas de 15 e 39 anos, são as agressões por arma de fogo e também apresentaram declínio a partir de 2006.

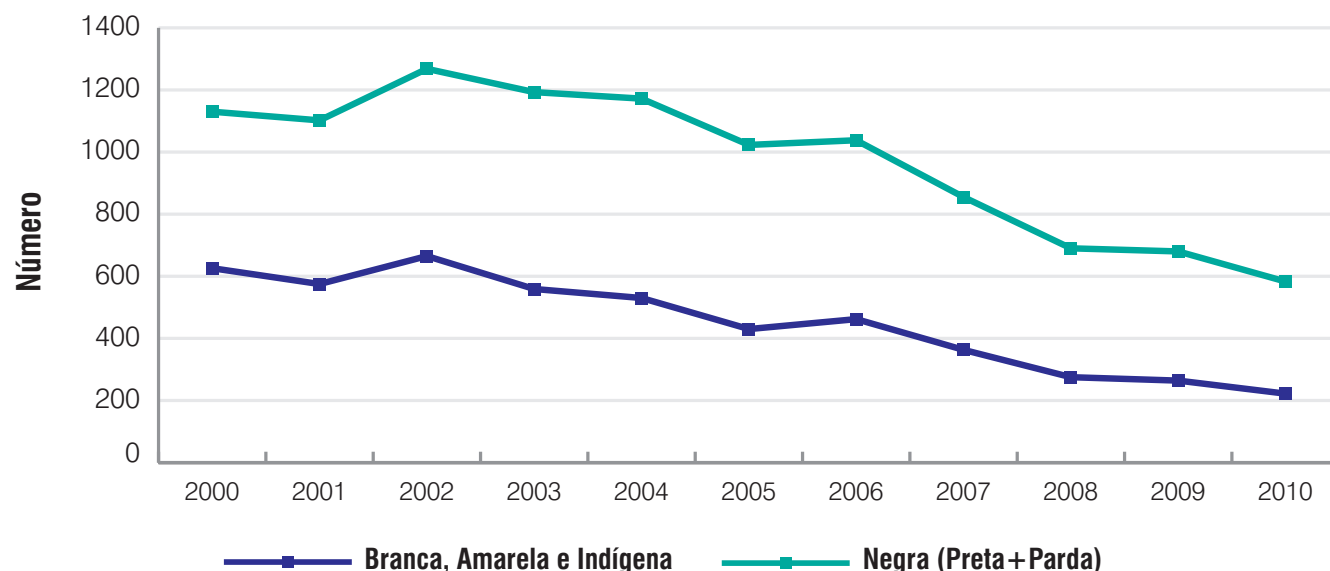
Gráfico 15 – Taxa de mortalidade por agressões em pessoas com idades entre 15 e 39 anos. MRJ, 2000 a 2010



Fonte: SIM – SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.

Segundo o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), em 2010, morreram no Brasil 49.932 pessoas vítimas de homicídio, ou seja, 26,2 a cada 100 mil habitantes. Sendo que 70,6% das vítimas eram negras. Em 2010, foram 26.854 jovens, entre 15 e 29 anos, vítimas de homicídio, ou seja, 53,5% do total. Entre os jovens assassinados, 74,6% eram negros e 91,3% das vítimas de homicídio eram do sexo masculino. A mortalidade de pessoas de 15 a 29 anos na cidade, em 2010, revela um panorama preocupante.

Gráfico 16 – Número de óbitos por agressões entre jovens de 15 a 29 anos, por raça e cor. MRJ, 2000 a 2010



Fonte: SIM – SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.

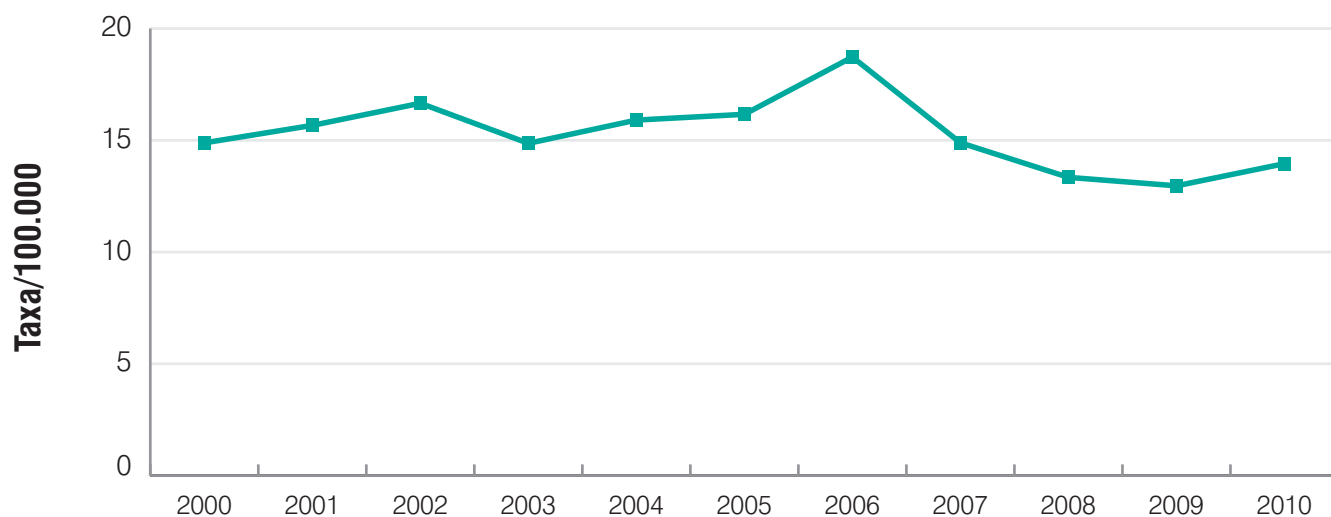
As mortes decorrentes de acidentes de transporte não apresentam a mesma configuração das agressões. E, apesar do declínio entre os anos de 2006 e 2009, elas voltaram a crescer em 2010. Dentro deste subgrupo, as mortes de pedestres (atropelamentos) predominam e as taxas de mortalidade entre motociclistas são ascendentes. As mortes de motociclistas reproduzem o mesmo cenário de óbitos por homicídios: as principais vítimas são jovens negros, de baixa escolaridade e renda reduzida – o que reforça a necessidade de políticas públicas orientadas para reduzir as iniquidades em saúde.

Promover uma mudança coletiva de consciência, capaz de transformar uma realidade complexa como a dos acidentes e violências associados ao trânsito, é o desafio que a SMS se propõe. A implementação da Política Nacional de Prevenção de Acidentes e Violência e da Política Nacional de Promoção da Saúde visa promover a adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis.

A iniciativa carioca está alinhada à Década de Ações para a Segurança no Trânsito, mobilização promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que envolve centenas de países, dentre eles o Brasil, com o objetivo de preservar cinco milhões de vidas nos próximos dez anos, por meio da prevenção de acidentes de trânsito.

Integrando esses esforços, nossa cidade vem investindo em ações em prol da mobilidade urbana e do trânsito seguro, no contexto da promoção da saúde. Na SMS-Rio, o trabalho é pautado pelos projetos Mobilidade, Segurança e Cidadania e Vida no Trânsito, desenvolvidos com o apoio do Ministério da Saúde. As iniciativas combinam pesquisas, projetos educativos e ações intersetoriais.

Gráfico 17 – Taxa de mortalidade por acidentes de transporte. MRJ, 2000 a 2010

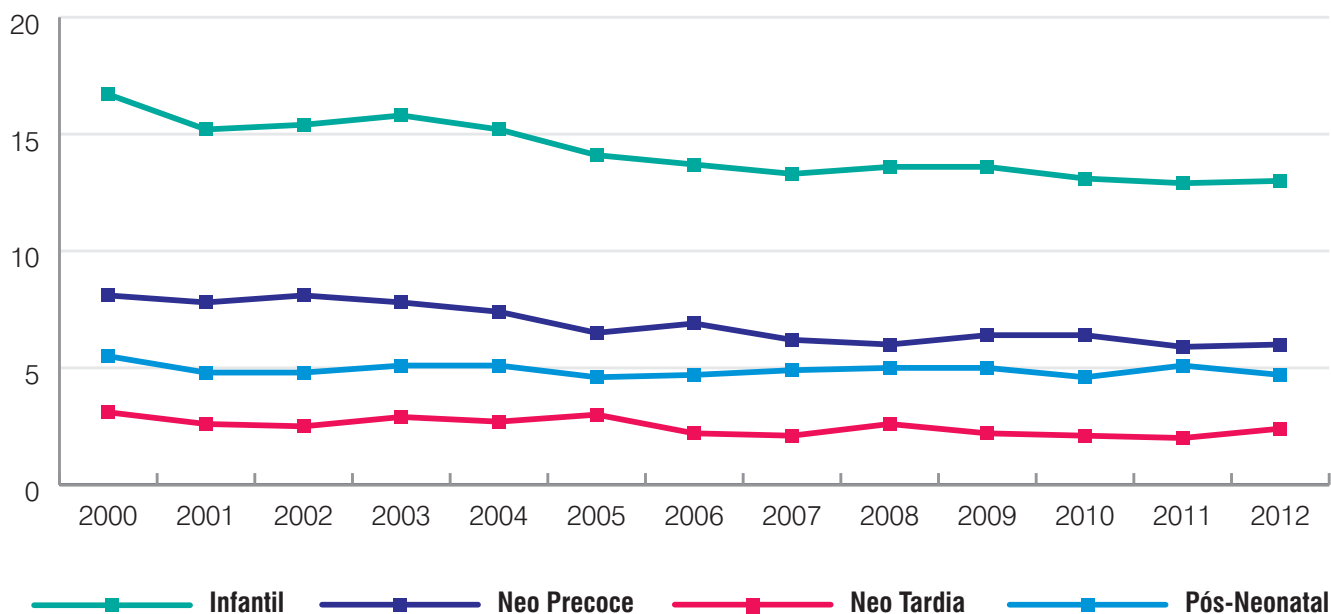


Fonte: SIM – SMS-Rio, 2000-2012. Dados sujeitos à revisão.

e) Mortalidade Infantil

O declínio das mortes no primeiro ano de vida se deve, em grande parte, à redução da mortalidade infantil por atenção adequada ao recém-nascido – mortalidade neonatal precoce (até o 6º dia de vida). Mas observa-se também a redução das mortes pelo desenvolvimento de ações de diagnóstico e tratamento adequados.

Gráfico 18 – Taxa de mortalidade infantil e componentes. MRJ, 2000 a 2012

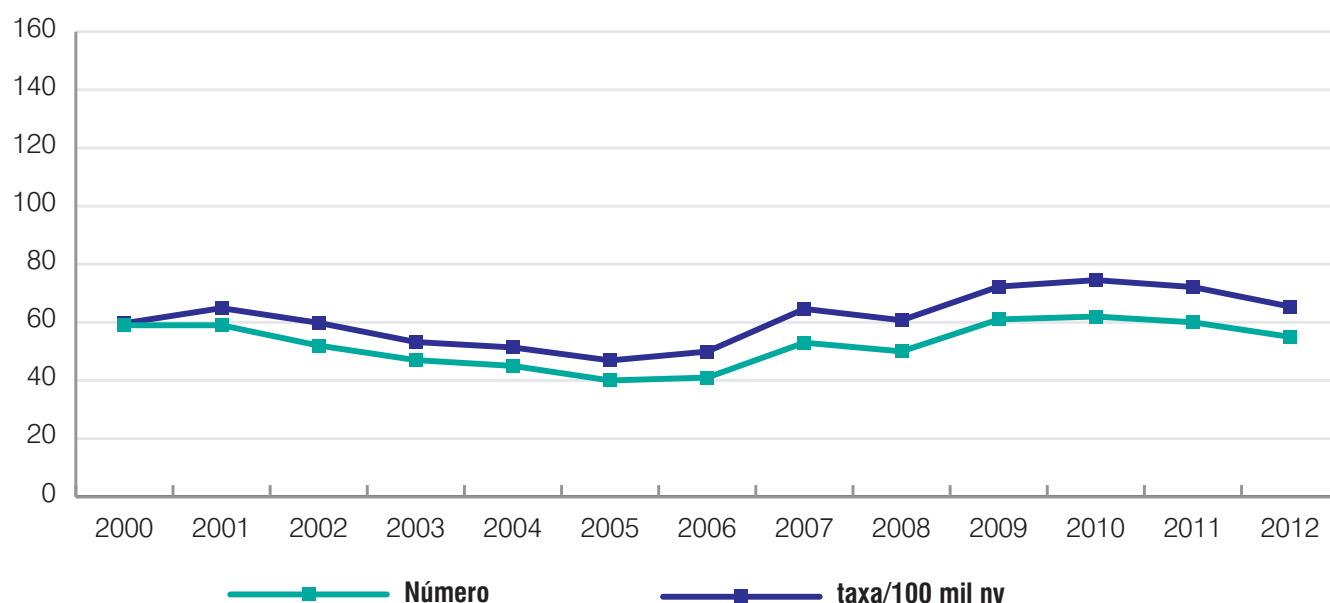


Fonte: SIM – SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.

f) Mortalidade Materna

O aumento dos óbitos maternos decorre da intensificação das ações de investigação epidemiológica de mais de 70% das mortes de mulheres em idade fértil, conforme rotinas estabelecidas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), pelo Ministério da Saúde e implantadas pela SMS-Rio desde 2007. As investigações possibilitaram a identificação de casos que antes passariam despercebidos e o problema subdimensionado. A morte materna persiste como importante problema de saúde pública que deve ser enfrentado persistentemente pelo setor de saúde e pela sociedade.

Gráfico 19 – Mortes maternas: número e taxa/100 mil nascidos vivos. MRJ, 2000 a 2012



Fonte: SIM – SMS-Rio, 2000-2012. Dados sujeitos à revisão.

A realidade da atenção à saúde sofreu profundas transformações que, associadas ao desenvolvimento social e econômico, possibilitaram o controle de muitas doenças e o aumento da capacidade para que muitos óbitos sejam evitados. Mortes que antes ocorreriam, seja por falta de acesso à atenção da saúde, pela inexistência de tecnologia e terapêuticas adequadas, ou pela ausência de protocolos e normas de atendimento, felizmente deixaram de ocorrer. Não é por menos que observamos o aumento da expectativa de vida e a evolução positiva de muitos indicadores de saúde.

Contudo, ainda convivemos com agravos passíveis de controle por medidas de prevenção e tratamentos adequados, como a tuberculose. E também sofremos a perda de contingentes expressivos de jovens pela violência, principalmente decorrentes do uso das armas de fogo e pelo trânsito.

■ SAÚDE CIDADÃ



2 – SAÚDE CIDADÃ

2.1 – Determinantes e condicionantes de saúde



Atualmente, não há dúvidas de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos, de grupos e da população em geral, estão relacionadas à situação de saúde. Ou seja, o processo saúde-doença evidencia a saúde como resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico. Os determinantes e condicionantes sociais da saúde não são modificados pelo modo tradicional de produção do cuidado. Desta forma, o setor saúde necessita operar considerando a saúde como direito de cidadania e trabalhando com conceito ampliado de saúde, a singularidade dos sujeitos, coletividades e de contextos sociais.

Nesse ponto tem relevo o conjunto de ações de promoção da saúde desenvolvidas no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, como uma estratégia de articulação transversal que tem os seguintes objetivos: a) dar visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre as necessidades dos sujeitos e coletividades; b) promover a qualidade de vida, reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais; e c) ampliar a autonomia e a responsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e /ou extinguir desigualdades étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação sexual, entre outras.

Some-se a isso, nas áreas de atuação das Unidades de Polícia Pacificadora (UPP), onde foram implantadas unidades de UPP Social, a intensa mobilização dos serviços da rede de atenção primária à saúde, que atuam de forma conjunta nos territórios, contribui para a promoção da integração urbana, social e econômica dessas áreas com os objetivos de: a) contribuir para consolidar o processo de pacificação; b) promover a cidadania local nos territórios pacificados; e c) promover a saúde e a qualidade de vida, enfatizando a relevância da participação comunitária em todo o processo.

2.1.1 – Aspectos socioeconômicos

Três grandes fatores estão no âmago da revitalização da economia carioca nos últimos anos: 1) a consolidação da estabilidade econômica brasileira associada ao alinhamento das três esferas de governo; 2) a descoberta do pré-sal; e 3) a ocorrência de grandes eventos esportivos internacionais. A conjunção desses fatores positivos tem sido a força motriz para promover uma grande transformação do Rio. Hoje, a cidade possui a menor taxa de desemprego e a maior taxa de investimento do Brasil, representa 50% do PIB do Estado (U\$60 bilhões) e absorve 1/4 do investimento externo direto no país.

Tabela 5 – Indicadores econômicos: variação anual (em %). MRJ, 2000 a 2010

ANOS	INDICADORES					
	Postos de trabalho	Produção física da indústria de transformação	Volume de vendas do comércio varejista ampliado (1)	Inflação (IPC-DI)	Arrecadação ISS (2)	Rendimento médio real habitual das pessoas ocupadas
2000	2.13	4.58	...	7.95	6.17	...
2001	0.65	-3.01	...	6.93	6.07	...
2002	2.84	-7.97	...	8.21	-0.53	...
2003	-1.37	-2.72	...	14.79	-7.93	...
2004	3.15	-0.03	...	6.35	6.94	-0.67
2005	3.22	-6.62	5.59	6.04	8.54	3.85
2006	4.16	8.87	4.56	3.57	9.10	1.02
2007	10.83	2.94	8.11	3.43	12.45	5.60
2008	-0.59	-4.15	8.94	5.46	16.87	4.34
2009	3.22	-4.17	4.71	5.22	7.57	2.46
2010	5.26	5.41	8.49	5.11	7.60	9.61

Fontes: IBGE; Fundação Getúlio Vargas – FGV; Ministério do Trabalho e Emprego – TEM e Controladoria Geral do Município do Rio de Janeiro – CGM.

Notas: (1) Inclui venda de veículos, motos, partes e peças, e material de construção; (2) Deflacionado pelo IPC-DI do Município; e (...) Dado numérico não disponível.

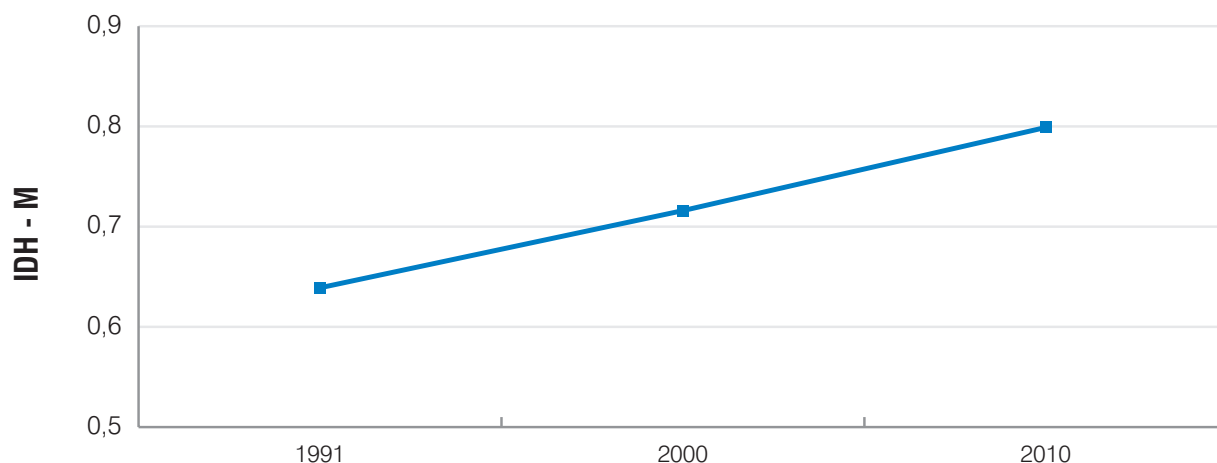
Quadro 2 – Principais indicadores econômicos. MRJ, 2008 e 2010

INDICADORES ECONÔMICOS	
PIB – Produto Interno Bruto (IBGE – 2008)	
PIB (em milhões de reais de 2008)	154.777
Participação do setor primário (em %)	0,04
Participação do setor secundário (em %)	12,07
Participação do setor terciário (em %)	87,89
PIB Município RJ/PIB Brasil 2008	5,11
Participação no PIB do Estado (em %)	45,10
PIB <i>per capita</i> (em reais de 2008)	25.122
Taxa de desocupação (PME – IBGE 2010 – em %)	5,12
Grau de formalização do trabalho (PME – IBGE – 2010 – em %)	59,76

Fonte: IBGE, 2008, 2010.

O Índice de Desenvolvimento Humano do Rio de Janeiro é alto, 0,799, maior do que a média nacional. Porém, ocupa o 45º lugar no ranking do IDH-M dos municípios brasileiros. Entre os três indicadores que compõem o IDH-M, o que mais contribuiu para a pontuação geral do Rio em 2013 foi o de longevidade (0,845; classificação “desenvolvimento muito alto”), seguido por renda (0,840; “desenvolvimento muito alto”) e por educação (0,719; “alto”)¹.

Gráfico 20 – Evolução do Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal (IDH-M). MRJ, 1991, 2000 e 2010



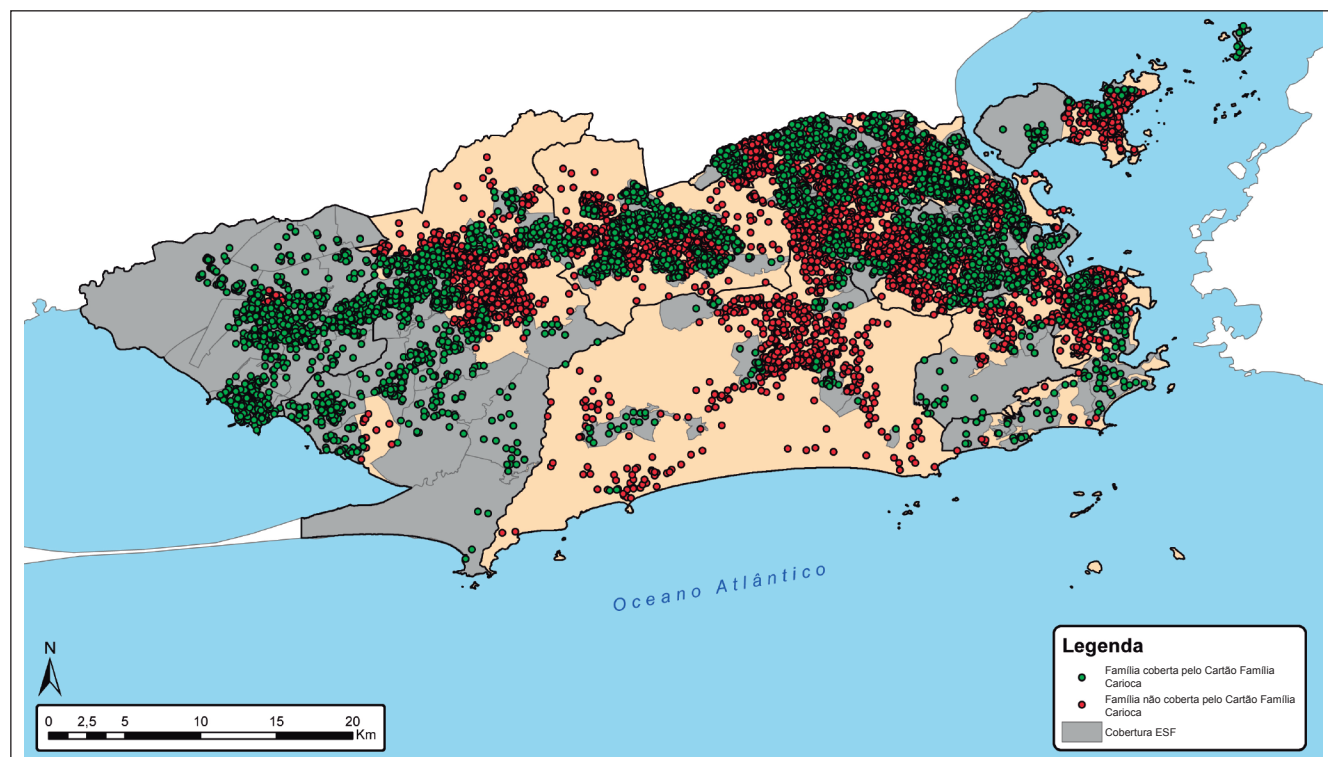
Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013.

Entre 2008 e 2012, a variação percentual da média salarial dos trabalhadores na atividade formal foi de

¹ “Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013”, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud).

R\$1.913,28 para R\$2.401,72². Contudo, ainda persiste uma diferença significativa entre os muito ricos e os muito pobres. Nesse sentido, é importante destacar a iniciativa da Prefeitura do Rio de implantar o Cartão Família Carioca, um programa de complemento financeiro ao programa federal Bolsa Família. Trata-se de um investimento em capital, com ações claras no campo da educação e da saúde, a fim de reduzir as vulnerabilidades sociais entre aqueles que estão em situação de miserabilidade. O Plano Estratégico da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro – 2013-2016 estabelece como meta ter 100% das famílias que recebem o Cartão Família Carioca cobertas pela ESF em 2016. A seguir, a Figura 2 demonstra a situação atual de cobertura da ESF desse grupo específico:

Figura 2 – Mapa de distribuição de beneficiários do Cartão Família Carioca e ESF, MRJ, 2013



Fonte: www.subpav.org, acesso em 19/09/2013.

Um importante desafio para redução das iniquidades é desenvolver estratégias que incorporem ações, privilegiando e dando visibilidade às populações reconhecidamente mais vulneráveis. No município do Rio de Janeiro, a população negra representa 47,96%, sendo esta a parcela da população que ocupa os extratos socioeconômicos e educacionais mais baixos do município. Nas favelas, o percentual desses jovens chega a 19,1%, enquanto que nos bairros formais cai para 14,3%. Merecem destaque as seguintes informações sobre os jovens de 15 a 24 anos: 52,5% são negros; 20,4% das jovens já têm, pelo menos, um filho; 16,2% não estudam, não trabalham e não procuram emprego; 24,2% vivem em domicílios pobres e 10,6% são pobres; e 9,8% são responsáveis pelo domicílio em que vivem³.

Para fazer frente a esse cenário de vulnerabilidade, a SMS-Rio vem, progressivamente em seu planejamento, trabalhando na implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), fomentando a criação e se responsabilizando pela coordenação executiva do Comitê Municipal de Saúde

² Fonte: RAIS/CAGED/MTE, 2012.

³ Fonte: Rio de Janeiro. Cadernos do Rio: juventude. IPP, 2013.

Integral da População Negra (Resolução SMS nº 1.298 de 10 de setembro de 2007), do qual participam representantes da sociedade civil e de universidades e gestores de diversas secretarias municipais. Representantes da SMS também compõem o Comitê Estadual de Saúde da População Negra. A inclusão do quesito raça/cor nos formulários de informações em saúde no Rio de Janeiro (Lei Municipal nº 4.930 de 22 de outubro de 2008) permite análises para planejamento de ações que atendam demandas e necessidades deste grupo populacional.

Na mesma linha, a SMS-Rio também tem investido em adolescentes e jovens por meio da Rede de Adolescentes e Jovens Promotores da Saúde (RAP da Saúde), cujo objetivo é ampliar as ações de promoção da saúde na cidade, incentivando o protagonismo juvenil, as ações intersetoriais e a participação comunitária. Embora trabalhe com diferentes faixas de idade, o RAP tem nos jovens o seu público preferencial. O diálogo de jovem para jovem visa contribuir para a participação ativa dos jovens nas políticas públicas, facilitando a aproximação entre comunidade, serviços de saúde e políticas públicas.

Para fechar a análise sobre os principais aspectos socioeconômicos, vale destacar a expressiva taxa de alfabetização das pessoas de 10 anos ou mais de idade, que, em relação a 2006, apresentou aumento de dois pontos percentuais em 2010, e ficou em 97,2%, sendo 97,3% para homens e 97,1% para as mulheres. Entre os jovens há um crescimento contínuo dos anos de escolaridade. A população de 40 anos ou mais concentra maior número de analfabetos, um total de 111.230, evidenciando a dívida social de décadas passadas.

A educação é reconhecida como relevante determinante da saúde, e o ambiente escolar como importante espaço social para favorecer escolhas saudáveis e contribuir para modos de vida mais saudáveis. A integração das redes de educação básica e de atenção primária à saúde é feita através do Programa Saúde na Escola – PSE, que promove articulação entre unidades escolares e unidades básicas de saúde (Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde) de forma contínua e sustentada, para garantir melhoria da qualidade de vida dos estudantes, protagonismo juvenil e fortalecimento de redes de proteção social e promoção da saúde nos territórios. Anualmente, os secretários municipais de Saúde e de Educação pactuam com o Governo Federal o desenvolvimento de ações em saúde nas unidades escolares. As ações visam à atenção integral à saúde dos discentes cariocas e incluem capacitações dos profissionais de saúde e educação para atuação conjunta.

2.1.2 – Condições de vida, trabalho e ambiente

A saúde tem estreita relação com as condições de vida, trabalho e ambiente, incluindo acesso a bens e serviços de promoção da saúde e de prevenção de doenças. Apesar dos inúmeros avanços, o município possui cerca de 1.000 favelas distribuídas por seus bairros, com condições inadequadas de abastecimento de água, esgotamento sanitário, destino do lixo e drenagem pluvial.

O abastecimento de água no município do Rio de Janeiro é realizado através de 16 sistemas, com preponderância do Sistema Guandu que possui uma estação de tratamento com as unidades convencionais que visam à qualidade da água e que respondem pela maior parte de toda a água utilizada. As Áreas de Planejamento apresentam um percentual satisfatório com relação à adequação de água, embora existam locais com percentual abaixo do desejável. Nestes bairros, geralmente há intermitência do abastecimento, mesmo com existência de rede canalizada até o domicílio, obrigando, desta maneira, o morador a buscar fontes alternativas de água, perfurando poços superficiais, utilizando água de nascentes despro-

tegidas e realizando ligações clandestinas à rede pública. Na mesma linha, é importante assinalar que o serviço de esgotamento sanitário cobre 90,0% do total de domicílios, com diferenciais conforme as APs. No que se refere à coleta de lixo, o poder público municipal é responsável pelos serviços de coleta domiciliar e de limpeza de logradouros, praias, parques, mobiliário urbano, túneis, viadutos, e, em especial, a limpeza e higienização de hospitais municipais, bem como a transferência, tratamento e disposição final do lixo. O acesso aos serviços, todavia, também é diferenciado conforme as APs.

2.1.3 – Hábitos e estilos de vida

Os hábitos e estilos de vida estão intimamente associados à condição de saúde das pessoas. Conduções de risco, como hábito de fumar, alcoolismo, sedentarismo, dieta inadequada, entre outros, integram um amplo espectro de questões sociais, econômicas, políticas e culturais que demandam respostas no campo da saúde, particularmente no que se refere às medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças, circunstâncias essenciais à qualidade de vida individual e coletiva.

Os dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel, 2006/2007) indicavam altos índices de inatividade física no município do Rio de Janeiro. Fato considerado preocupante, já que a diminuição do nível de atividade física está associada diretamente a uma maior vulnerabilidade às DCNT. Nesse caso, a promoção da atividade física regular é uma medida estratégica essencial para a proteção e a reabilitação dos níveis de saúde da população carioca e redução das taxas de morbidade e mortalidade.

O Programa Academia Carioca da Saúde (Pacas) foi implantado no MRJ, em 2009, com o objetivo de promover a prática de atividade física de forma mais acessível como estratégia de melhorar os indicadores de saúde. Atualmente, com mais de 40 mil participantes, a Academia Carioca está presente nas dez APs, distribuído em 172 unidades de atenção primária, contando com 90 profissionais de educação física. As academias agregam valor à expansão da atenção primária no município do Rio de Janeiro e, progressivamente, amplia o acesso da população às ações de promoção à saúde e consolida seu conceito. Os principais benefícios observados são: 97% dos hipertensos mantêm a pressão arterial em níveis normais; 91% dos diabéticos mantêm a glicemia em níveis normais; 92% diminuíram de peso; 8,6% deixaram de usar medicamentos (por prescrição médica); e 89% reduziram a dose do medicamento (por prescrição médica). Nesse contexto, a implantação desse programa é um modelo de organização de boas práticas de promoção da saúde e se configura como espaço fundamental para: a) construção de ambientes saudáveis; b) fortalecimento dos cidadãos; e c) reorientação dos serviços de saúde com foco na integralidade e na equidade em saúde.

O monitoramento do estado nutricional também é uma das ações fundamentais para o conhecimento da situação de saúde da população, previsto em documentos como a Portaria Interministerial nº 1010/2006, que define a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), mesmo que, em alguns desses, o foco esteja em determinado grupo etário. O Instituto de Nutrição Annes Dias (Inad), que acompanha o padrão alimentar da população carioca, tem registrado aumento do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses de idade (de 13,8% para 41,0%) no período de 1996 a 2008. Este aumento reflete o trabalho em parceria do Inad com a Gerência da Criança, nas ações de incentivo ao aleitamento materno em creches municipais e conveniadas, bancos de leite humano, entrepostos de coleta e unidades básicas de saúde. Em 2012, o Rio de Janeiro recebeu do Ministério da Saúde o 1º lugar do Prêmio Bibi Vogel, em reconhecimento às ações de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno desenvolvidas na cidade.

Entre os adolescentes cariocas, alunos de escolas públicas, observaram, em 2012, os seguintes marcadores de alimentação saudável: 28,7% consumiam regularmente, (cinco dias ou mais por semana) frutas e 71,1% feijão. Já em relação aos marcadores de alimentação não saudável, foi registrado que 41% consumiam regularmente guloseimas, e 41,3% refrigerantes.

Tabela 6 – Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental, com consumo alimentar maior ou igual a cinco dias, por alimento saudável e não saudável nos últimos sete dias. PeNSE, 2012

LOCAL	ALIMENTO MARCADOR DE HÁBITO SAUDÁVEL		ALIMENTO MARCADOR DE HÁBITO NÃO SAUDÁVEL	
	Feijão	Frutas	Guloseimas	Refrigerante
Brasil	69,9%	30,2%	41,3%	33,2%
Rio de Janeiro	71,1%	28,7%	41,0%	41,3%

Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012.

Quanto ao perfil alimentar de adultos da cidade do Rio de Janeiro, foi observado, em 2010, que 29,3% consumiam regularmente frutas e hortaliças; 73,6%, feijão; e 32,2% refrigerantes. Além disso, 27,5% relataram ter o hábito de consumir carne com excesso de gordura, e 54,5%, leite integral.

Quanto ao perfil nutricional da população carioca, as informações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), cujos dados da cidade advêm fundamentalmente de usuários do Programa Bolsa Família, em 2010, 9,7% das crianças menores de sete anos de idade apresentavam baixa estatura para idade; 5,7%, magreza; e 32,3%, excesso de peso.

Entre adolescentes, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada em 2009 com estudantes de escolas públicas e privadas da cidade do Rio de Janeiro, registrou 2,5% de baixo peso e 27,2% de excesso de peso. Já entre os adultos, segundo dados do sistema de monitoramento de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), em 2011, 49,6% apresentavam excesso de peso, e 16,5%, obesidade.

Tabela 7 – Evolução dos percentuais de população com 18 anos ou mais com excesso de peso e obesidade, por sexo, MRJ, 2009-2011

VIGITEL RJ	ANO	EXCESSO DE PESO (%)			OBESIDADE (%)		
		TOTAL	Masc.	Fem.	TOTAL	Masc.	Fem.
RJ (Capital)	2009	50,6	56,2	45,0	17,8	19,7	15,9
RJ (Capital)	2010	52,8	56,5	49,1	16,3	14,2	18,4
RJ (Capital)	2011	49,8	55,5	44,2	16,5	15,8	17,2

Fonte: Vigitel, 2009, 2010 e 2011.

Concomitantemente às estratégias de promoção da alimentação saudável, implementadas em toda a rede municipal e de monitoramento do perfil nutricional da população carioca, a Secretaria Municipal de Saúde reafirma o compromisso de uma agenda de alimentação e nutrição, considerando a complexidade do perfil alimentar e nutricional e sua intrínseca relação com a saúde da população, investindo também na implementação de Centros de Referência em Obesidade (CRO), como parte integrante do tratamento da linha de cuidado em obesidade.

Atualmente, o município possui três CROs implantados dentro das Clínicas da Família (CF Souza Marques, CF Felipe Cardoso e CF Marcos Valadão), cujo atendimento é realizado por equipe multiprofissional com consultas individuais, grupos educativos e interconsultas. O acompanhamento ambulatorial tem apresentado resultados positivos no perfil de saúde desses usuários, e a perda de peso tem alcançado índices de 15%, em relação ao peso inicial, após seis meses de tratamento no serviço, com ênfase na mudança do estilo de vida. Vale ressaltar o impacto no controle da pressão arterial, dos níveis glicêmicos e dos lipídios séricos, além da melhoria na autoestima e autonomia para a realização das atividades da vida diária. Além disso, a SMS-Rio está atenta ao fato de que um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela maioria das mortes por DCNT e por fração substancial da carga de doenças, dentre esses, destaca-se o tabagismo (Vigitel, 2009).

O controle de tabagismo no Brasil obteve muitas conquistas ao longo dos últimos 15 anos, sendo reconhecido mundialmente pelas estratégias adotadas. A SMS-Rio, através Assessoria de Controle de Tabagismo, está empenhada na redução do número de fumantes. Desse modo, tem estimulado a mudança de comportamento entre a população, seguindo as cinco linhas definidas pelo Ministério da Saúde: 1) ambientes 100% livres de fumo (Decreto Municipal nº 29.284/2008 e Lei Estadual nº 5.517/2009), 2) oferta pública de tratamento para deixar de fumar; 3) prevenção da iniciação no tabagismo; 4) mobilização em datas comemorativas; e 5) divulgação da legislação. Essas estratégias refletiram em uma redução da prevalência de fumantes, especialmente entre a população masculina. No município do Rio de Janeiro, atualmente, existem 196 unidades distribuídas pelas APs, prestando esses serviços à população carioca. Em 2012, foram atendidas no programa aproximadamente 11.765 pessoas.

Tabela 8 – Redução da prevalência de fumantes em maiores de 18 anos. Brasil, 1989, 2003, 2006, 2010 e 2011

ANO	1989 (a)	2003 (b)	2006 (c)	2010 (d)	2011 (e)
TOTAL	35,0%	22,5%	16,5%	15,5%	15,0%
Homens	43%	27%	20%	18%	18%
Mulheres	27%	18%	13%	13%	12%

Fontes: a) PNSN, 1989; b) Fiocruz, 2003. Pesquisa Mundial de Saúde; c) MS/SVS – Vigitel Brasil, 2006; d) MS/SVS – Vigitel Brasil, 2010; e) MS/SVS – Vigitel Brasil, 2011.

Apesar da redução ano a ano, a baixa escolaridade se apresenta como um elemento importante associado ao tabagismo. Os achados do Vigitel 2012 revelam que o hábito de fumar é maior entre pessoas com até oito anos de escolaridade (16%), quase o dobro da frequência observada entre as pessoas com 12 anos ou mais anos de estudo (9%).

2.2 – Saúde Presente: acesso às ações e aos serviços de saúde



O sistema de saúde do município do Rio de Janeiro tem apresentado melhorias significativas nos últimos anos, em particular a ampliação da cobertura do programa de atenção básica (Estratégia de Saúde da Família), o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (Padi), que visa a desospitalização do segmento idoso, além da abertura de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e da reestruturação do atendimento de urgência e emergência. Desse modo, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro se orgulha dos resultados obtidos nos últimos quatro anos, em todas as frentes, com avanços significativos no quadro sanitário da cidade.

Quadro 3 – Avanços na saúde em números. SMS-Rio, 2009 a 2012

Total unidades inauguradas (2009/2012)	101	Novos leitos (2009/2012)	1.116
Clínicas de Saúde da Família	71	Médicos contratados (2009/2012)	4.500
Unidades de Pronto Atendimento	14	Pacientes em atendimento no Padi (2012)	1.083
Coordenações de Emergência Regional	5	Média de cirurgias/ano (2009/2012)	> 41.000
Hospitais de Emergência	2	Procedimentos ambulatoriais (2012)	75.231.837
Maternidades	2	Doses aplicadas de vacinas (2012)	> 4.100.000
Centros de Atenção Psicossocial	7	Unidades reformadas	80

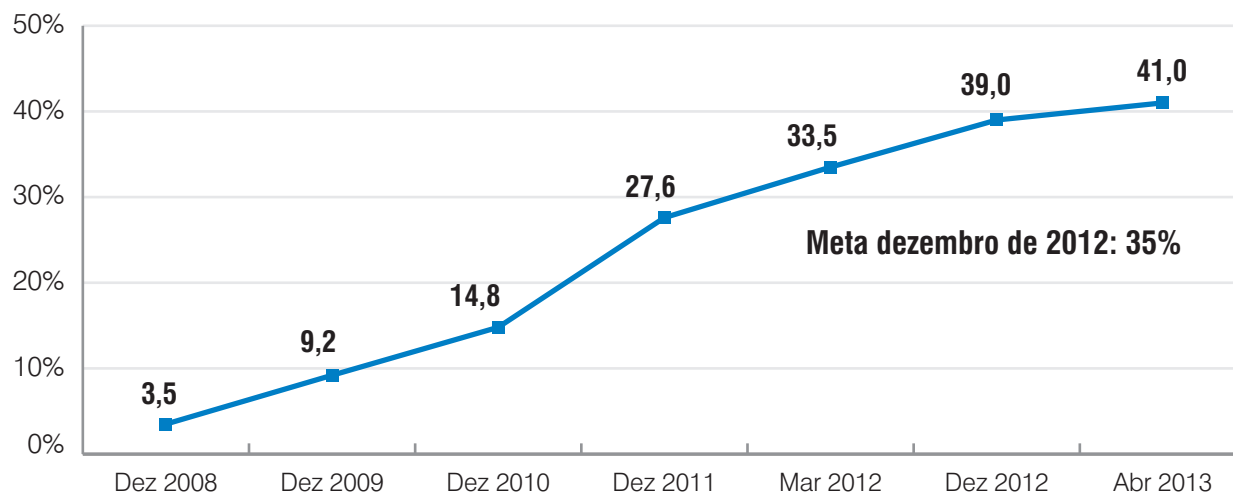
Fontes: S/SUBPAV/SAP, SAI/SUS e SIH/SUS.

2.2.1 – Atenção Primária

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de acesso ao Sistema Único de Saúde, caracterizando-se, principalmente, pela longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação do cuidado, podendo contar com características complementares, como a orientação familiar e comunitária, e as características culturais. No Brasil, estudos mostraram efeitos importantes da APS, especialmente da Estratégia de Saúde da Família (ESF), na melhoria da saúde da população.

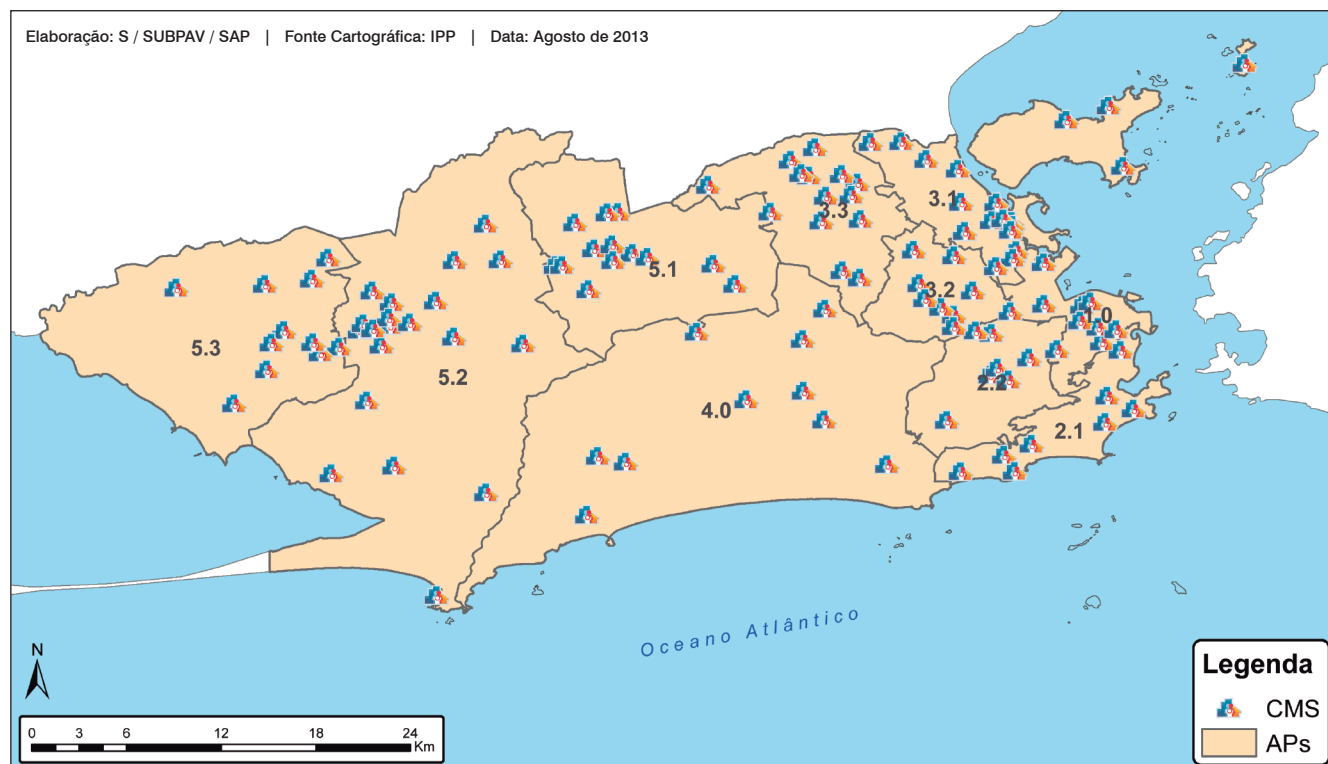
No município do Rio de Janeiro, entre os anos de 2008 e 2013, mais de 2,5 milhões de pessoas passaram a ter acesso à saúde, com a ampliação de 3,5% para 41% da cobertura de Saúde da Família. Mais de 800 equipes foram implantadas e menos de 7% delas estão incompletas (CNES, 2013)¹. Neste mesmo período, foram inauguradas 71 novas Clínicas da Família, ampliando a rede de saúde de 100 para 194 unidades.

Gráfico 21 – Evolução da cobertura da Estratégia de Saúde da Família. MRJ, 2008 a 2013



Fonte: S/SUBPAV/SAP, 2013.

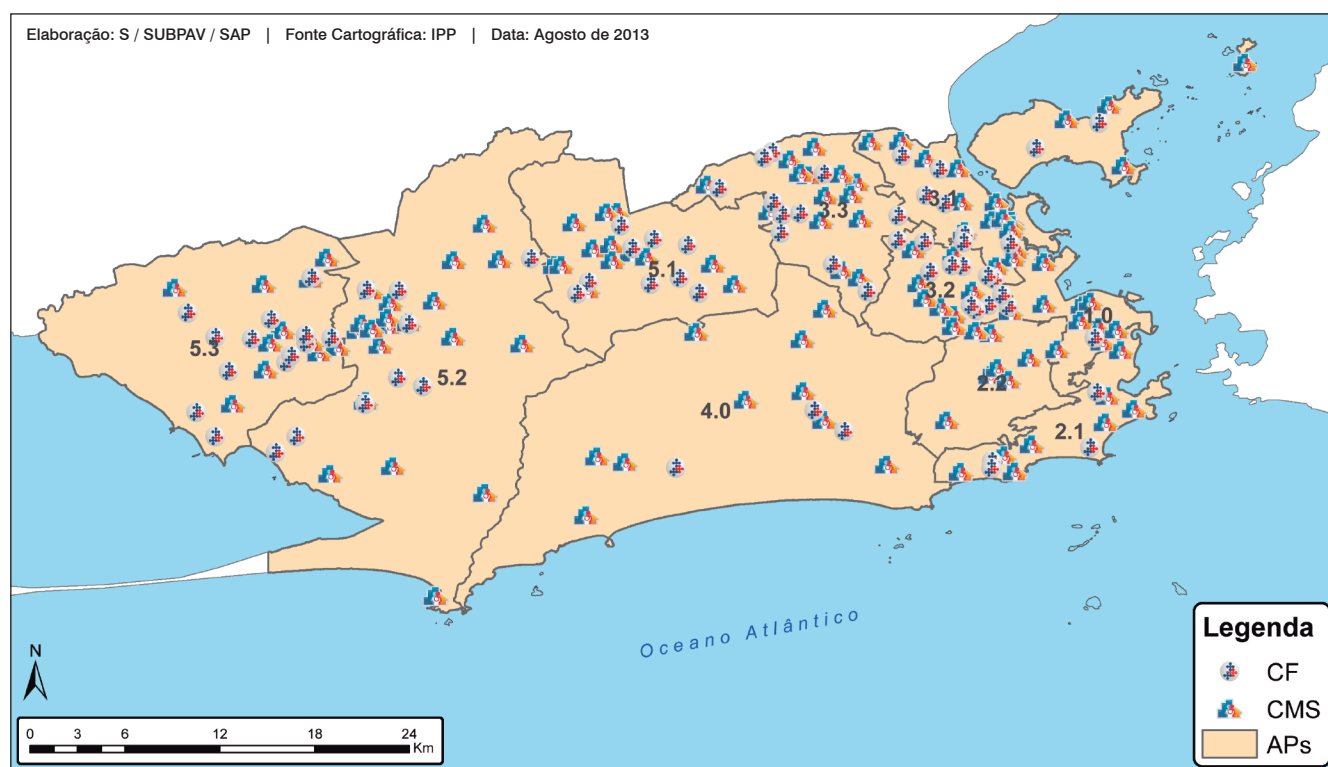
Figura 3 – Mapa da distribuição das unidades de Atenção Primária por AP. MRJ, 2009. (n=108)



Fonte: S/SUBPAV/SAP, 2013.

¹ Dados preliminares de agosto de 2013. Disponível em: http://www.subpav.org/cnes/cnes_eq_cobertura_listar.php

Figura 4 – Mapa da distribuição das unidades de Atenção Primária por AP. MRJ, 2013. (n=194)



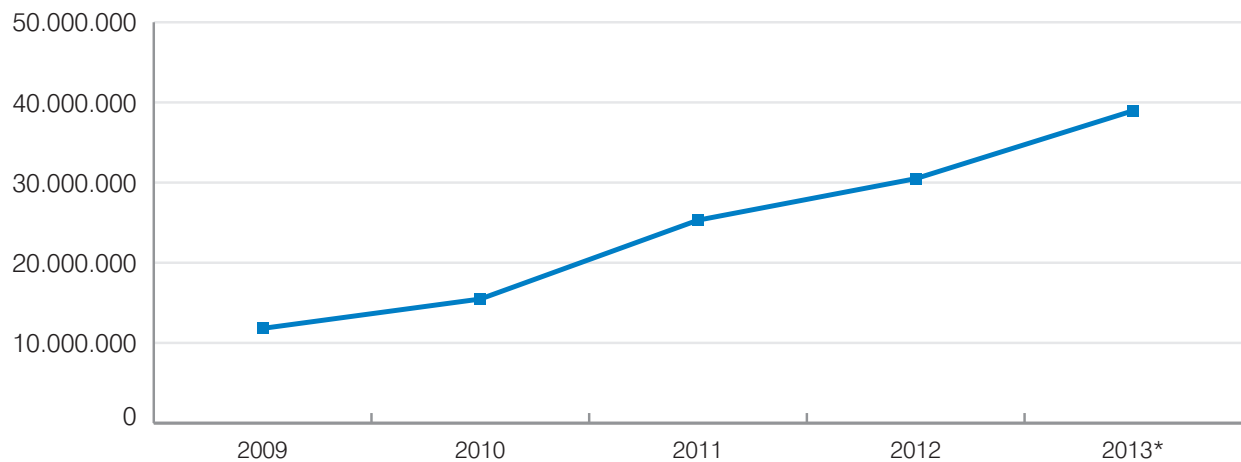
Fonte: S/SUBPAV/SAP, 2013.

A expansão da ESF no Rio de Janeiro iniciou por áreas de vazio assistencial, na tentativa de ampliar a cobertura por contiguidade, sempre que possível. Atualmente, a rede de atenção primária é composta por três tipos de unidades: unidades tipo A (unidades de saúde onde todo o território é coberto por equipes da Estratégia de Saúde da Família); unidades tipo B (unidades de saúde tradicionais, com incorporação de uma ou mais equipes da ESF, que cobrem parcialmente o território); e unidades tipo C (unidades básicas de saúde tradicionais, sem a presença de equipes de Saúde da Família).

As Clínicas da Família são serviços de saúde implantados pela SMS-Rio, mediante contratos de gestão com organizações sociais. Estas são unidades de saúde com estrutura ideal de atendimento na ESF, equipadas adequadamente, incluindo suporte diagnóstico: raios-x, ultrassom e posto de coleta para exames laboratoriais, e também dispõem de inovações tecnológicas, consultórios informatizados, prontuário eletrônico, e acesso à banda larga. Essas condições, todavia, não se restringem aos aspectos estruturais, incluem também a valorização dos profissionais de saúde, passando pela forma e pelo valor de contratação, chegando à incorporação da residência médica para garantir a oferta de profissionais especialistas em medicina de família frente ao crescimento das Clínicas da Família.

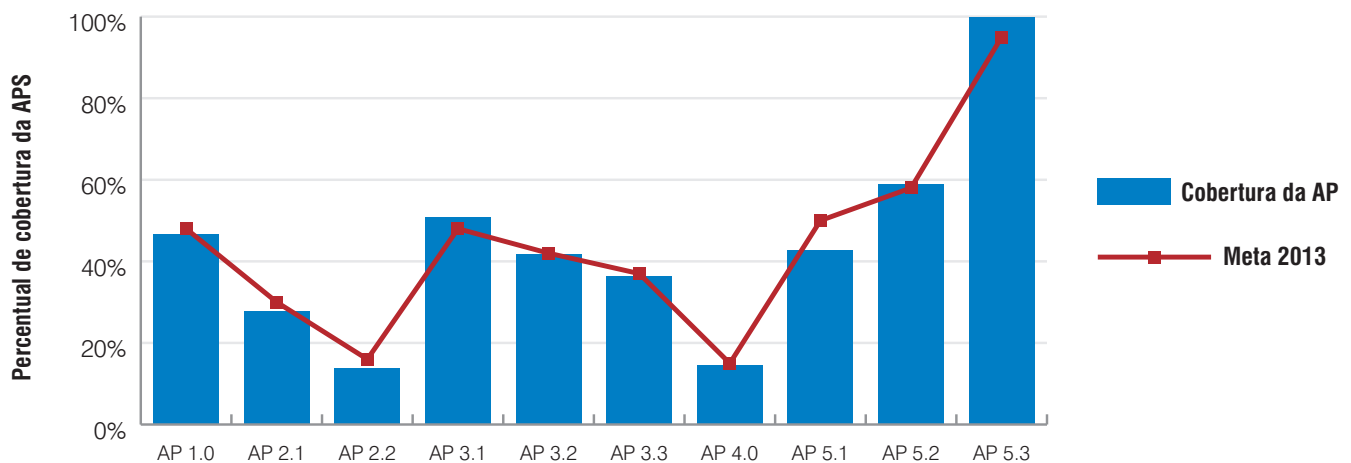
Os itens destacados, a seguir, evidenciam o crescimento da atenção primária na cidade: a) 115 unidades de saúde tipo A, sendo 71 Clínicas da Família; b) 74 unidades de saúde tipo B; c) 8 unidades de saúde tipo C; 805 equipes de Saúde da Família; d) 642 equipes de Saúde da Família com Programa Saúde na Escola; e) 54 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf); f) 299 equipes de Saúde Bucal; g) aumento significativo no volume de procedimentos realizados pelas unidades de atenção primária; e h) cobertura em todas as APs.

Gráfico 22 – Evolução do número de procedimentos realizados pelas unidades de Atenção Primária. MRJ, 2009 a 2013



Fonte: SIA/SUS, 2013. (*) Dados 2013, estimados com base na produção janeiro-julho de 2013.

Gráfico 23 – Percentual de cobertura da APS, por Área Programática em relação à meta projetada. MRJ, 2013



Fonte: CNES e Plano Plurianual, 2012-2015.

Neste período, a Secretaria Municipal de Saúde instituiu a Carteira de Serviços da APS¹, cujo objetivo foi definir ações e serviços de saúde oferecidos. Em versão própria para profissionais e usuários, a carteira tem facilitado a organização do processo de trabalho das equipes e unidades, além de garantir aos usuários o conhecimento dos serviços oferecidos pela atenção primária.

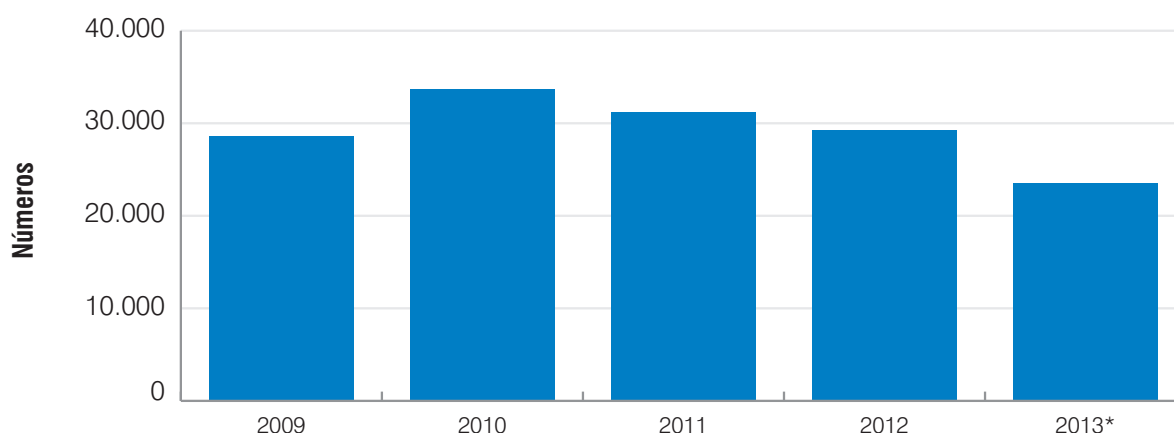
Outro indutor na qualificação da gestão da clínica tem sido o pagamento por desempenho clínico incorporado ao contrato de gestão, celebrado entre a Secretaria Municipal de Saúde e as Organizações Sociais, onde equipes e profissionais recebem um adicional de acordo com resultados qualitativos apresentados no acesso, satisfação das pessoas e assistência clínica.

Além disso, o papel de coordenação do cuidado das equipes de Atenção Primária é reforçado por meio

¹ A Carteira de Serviços da Atenção Primária está disponível em: <http://www.subpav.org/index.php?p=dow>

da descentralização da regulação ambulatorial. Atualmente, as unidades de atenção primária do município ficam responsáveis pelo acompanhamento das famílias em todas as etapas do ciclo de vida. Realizam a regulação de exames/consultas especializadas, solicitados pela própria unidade por intermédio de um médico responsável técnico, que tem como uma das suas atribuições a regulação do acesso dos usuários de seu território para outros níveis de complexidade, garantindo o vínculo, a coordenação do cuidado e o retorno do paciente para a unidade de atenção continuar seu acompanhamento e/ou tratamento.

Gráfico 24 – Número de internações por condições sensíveis à Atenção Básica. MRJ, 2009 a 2013*



Fonte: SIH/SUS Datasus. (*) Estimativa 2013.

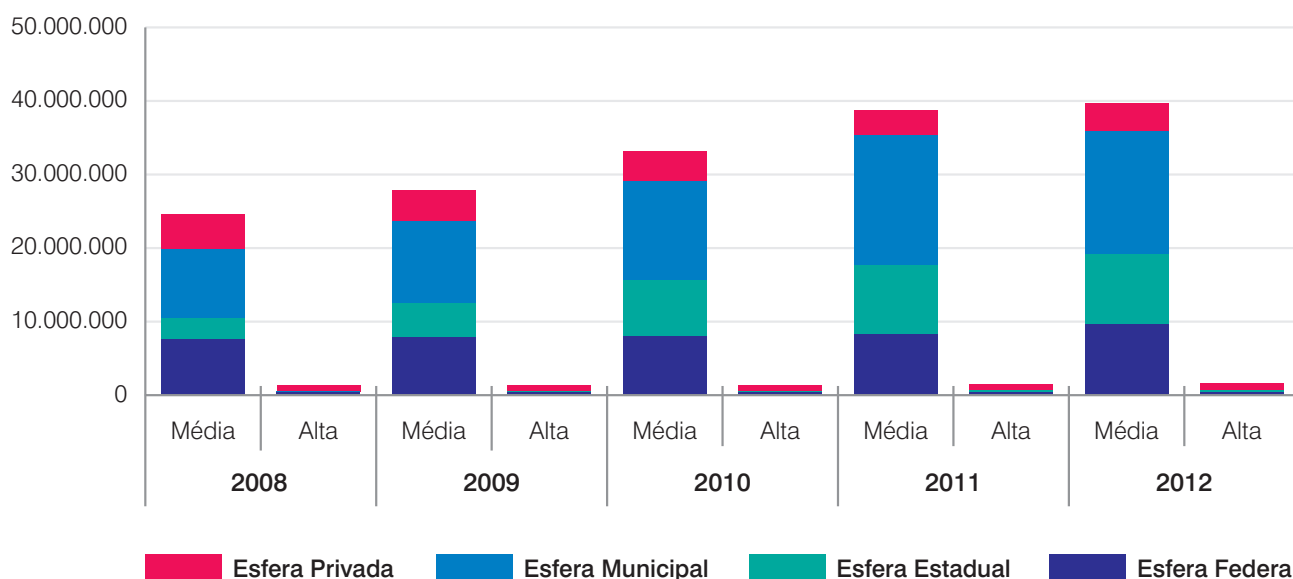


Considerando que um dos eixos estratégicos da gestão é a formação profissional em serviço para consequente qualificação da assistência prestada, estruturou-se, em 2011, o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) da SMS-Rio. Este programa oferece 60 vagas anuais e visa formar profissionais médicos através do desenvolvimento de competências específicas e capazes de resolver 90% dos problemas de saúde da população. Atualmente, são 103 residentes, envolvendo 30 preceptores, distribuídos em toda a rede de Atenção Primária.

2.2.2 – Atenção especializada

A atenção especializada no âmbito do SUS, de média e alta complexidade, caracteriza-se por um conjunto de procedimentos, cujo objetivo é propiciar à população o acesso aos serviços de maior densidade tecnológica e alto custo, com necessidade de pessoal especializado, integrando-se aos demais níveis de atenção à saúde. No município do Rio de Janeiro, a rede própria de serviços de saúde tem expressiva participação na produção de procedimentos de média e alta complexidade.

Gráfico 25 – Quantidade apresentada de procedimentos de média e alta complexidade, por tipo de prestador e ano de processamento. MRJ, 2008 a 2012



Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), 2013.

Diante desse cenário, um dos grandes desafios é avançar nas negociações para pactuação da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases), fortalecendo as Redes de Atenção à Saúde e as formas de regimentos do SUS, baseadas em critérios técnicos e administrativos, em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS. A SMS-Rio, considerando a oferta municipal, acaba de finalizar o documento que servirá para organizar o acesso aos serviços de média e alta complexidade, ambulatoriais ou hospitalares, e para garantir a integralidade do cuidado em saúde.

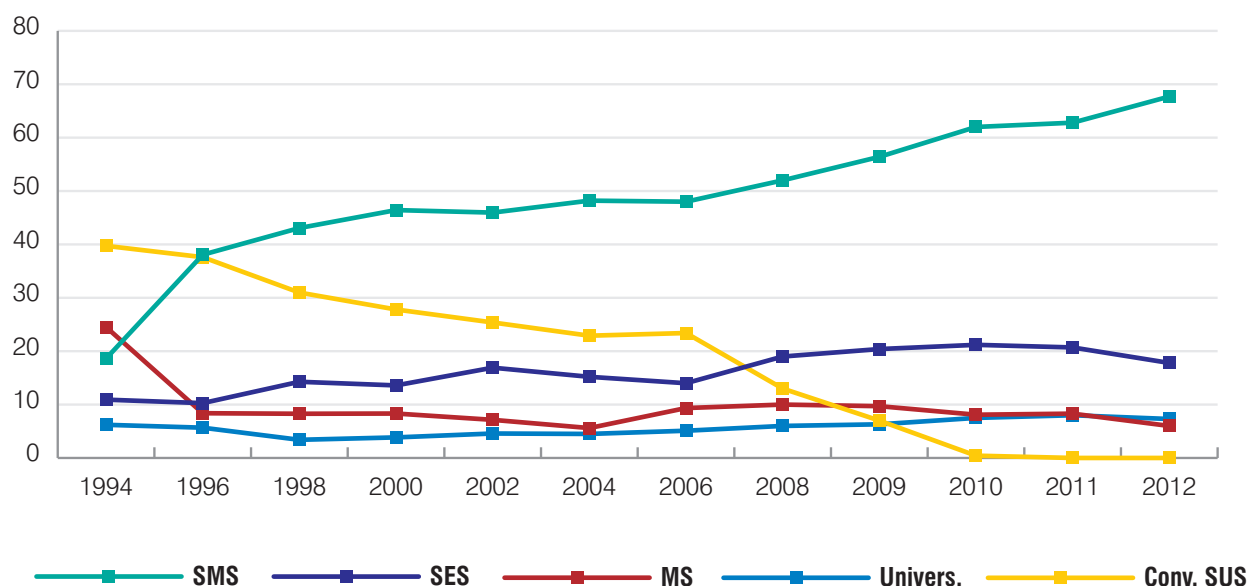
A regionalização e a hierarquização das ações de saúde de média e alta complexidades são cruciais, tanto para conferir maior racionalidade e otimização dos recursos do SUS, quanto para garantir a integralidade da assistência. Seguindo essa trilha, está em curso na SMS-Rio a reestruturação do desenho do complexo regulador municipal.

Também assume especial relevo para a agenda municipal sobre a atenção especializada, a consolidação das Redes de Atenção à Saúde do SUS, como uma estratégia que integra e organiza os pontos de atenção e que se caracteriza pela formação de relações horizontais entre eles, pela centralidade nas necessidades de saúde da população, pela responsabilização da atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional e pelo compromisso com os resultados sanitários e econômicos. Nesse ponto, são

exemplos da garantia de continuidade e da qualidade do cuidado com resolutividade as experiências do programa Cegonha Carioca e do Programa de Atenção Domiciliar Idoso (Padi).

Implantado a partir de 2011, o Cegonha Carioca reafirmou o compromisso com a qualidade, a segurança e a humanização na atenção à mulher e à criança no Rio de Janeiro. Para garantir a estrutura adequada e a qualidade da atenção à saúde de gestantes e bebês na cidade, acompanhando a expansão da atenção primária responsável pelo atendimento pré-natal, foram inauguradas três maternidades: Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda, Hospital da Mulher Mariska Ribeiro e Maternidade do Hospital Municipal Pedro II. Essas unidades representaram um acréscimo de 200 leitos obstétricos e 90 leitos neonatais. Essa ampliação, aliada aos investimentos realizados nas demais maternidades da rede municipal, tornou a SMS a responsável por cerca de 70% dos nascimentos na rede pública da cidade. Em 2012, foram 38 mil nascidos vivos nas maternidades da rede municipal. Além disso, as maternidades do MRJ têm a mais baixa proporção de partos cesáreos (35%).

Gráfico 26 – Evolução dos nascimentos na rede pública, por esfera administrativa. MRJ, 1994 a 2012



Fonte: SINASC, 2013.

O programa Cegonha Carioca tem como metas centrais o prazer e a dignidade na vivência da gestação, do parto e do nascimento, e contribui para a redução da mortalidade materna e neonatal, através de seus três módulos: Referência Pré-natal e Maternidade; Acolhimento e Classificação de Risco; e Transporte. Além de incentivar a realização do pré-natal, a partir de uma extensa articulação da SMS com todas as maternidades públicas da cidade, foi estabelecida uma rede de referência que garanta a linha de cuidado à gestante, da atenção pré-natal até a atenção ao parto e ao nascimento. As maternidades municipais contam com equipe exclusiva para o acolhimento e a classificação de risco das gestantes, garantindo, desde a chegada, a tranquilidade, o apoio e a boa prática clínica obstétrica e neonatal. Por fim, as gestantes cadastradas no Cegonha Carioca contam também com uma ação adicional do programa: ambulâncias para o transporte no momento do parto para a maternidade de referência escolhida por elas. Atualmente, o município conta com 10 ambulâncias Cegonha baseadas nas diferentes regiões geográficas da cidade. Esta ação vem se configurando como uma estratégia fundamental para a erradicação da

peregrinação das gestantes no momento do parto e para o fortalecimento das referências e organização da rede de atenção obstétrica na cidade.

Já o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (Padi) foi lançado em 2010, com objetivo de oferecer assistência em casa a pessoas com 60 anos ou mais. O serviço é prestado, prioritariamente, aos portadores de doenças que necessitem de cuidados contínuos e que possam ser feitos na residência. O Padi cuida de pessoas com doenças crônicas passíveis de recuperação funcional e com autonomia. Os principais benefícios são a aceleração da recuperação, a redução do tempo médio de internação hospitalar e a liberação dos leitos para outros pacientes. Até o momento, mais de 5.260 pessoas já foram atendidas pelo programa e mais de 185 mil procedimentos foram realizados, por 20 equipes multidisciplinares compostas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Atualmente são assistidas cerca de 1.560 pessoas, de todas as faixas etárias, incluindo crianças, oriundas dos hospitais municipais Miguel Couto, Salgado Filho, Paulino Werneck, Lourenço Jorge, Pedro II e Francisco da Silva Telles.

2.2.3 – Atenção às Urgências

Dois grandes movimentos foram realizados visando à melhoria do acesso e da qualidade do atendimento na rede de urgência e emergência.

O primeiro deles foi a modernização, a readequação e a melhoria do quantitativo de recursos humanos, criando condições para a implantação do Plano de Excelência de Atendimento para Urgência e Emergência. O perfil de funcionamento das unidades tradicionais foi reformulado para integração ao novo modelo assistencial. Foi implantado o acolhimento com classificação de risco, orientado para o atendimento do paciente no menor tempo, priorizando a gravidade, e não a ordem de chegada, possibilitando, de forma ágil e efetiva, prover os cuidados necessários ao tratamento. Este processo também qualificou a rede de referência e contrarreferência, entre as estruturas de saúde de diferentes complexidades, organizando e aprimorando os critérios de encaminhamentos com agendas entre as unidades.

O segundo movimento diz respeito à ampliação da rede de urgência e emergência com a construção, ao longo dos últimos quatro anos, de 14 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e 5 Coordenações de Emergência Regional (CERs). É importante destacar que as CERs definem um novo modelo de gestão para o atendimento das urgências e emergências. Essas unidades são responsáveis por receber e executar o acolhimento com classificação de risco dos pacientes, com possível diagnóstico clínico. Funcionam sempre ao lado de um grande hospital de emergência, com acesso a exames laboratoriais e de imagem.

As Coordenações de Emergência Regional possibilitaram a ampliação do sistema de regulação em regime de vaga zero, ordenando a demanda por serviços de emergência e o acesso aos leitos e serviços da região, trazendo agilidade no atendimento, na realização de exames e internação. Em conjunto, as cinco unidades ofertam para a população 192 leitos, divididos em atendimentos pediátricos e de adultos, em salas amarela e vermelha, e leitos de terapia intensiva, permitindo, com isso, duplicar a capacidade de atendimento das emergências.



As CERs solucionaram a superlotação das unidades de emergência dos hospitais municipais Souza Aguiar, Miguel Couto e Lourenço Jorge, dobrando a capacidade de atendimento nas emergências. Em 2012, as CERs atingiram a meta de 24.300 atendimentos.

O esforço de reestruturação no atendimento de urgência e emergência no município foi acompanhado por investimento significativo para a renovação do parque tecnológico pela Secretaria Municipal de Saúde. Destacamos que, no período de 2009 a 2012, foram adquiridos: 3 tomógrafos; 9 aparelhos de ultrassonografia; 7 arcos cirúrgicos; 40 aparelhos de anestesia; 50 mesas de cirurgia; 35 focos cirúrgicos; 24 bisturis elétricos; 98 ventiladores microprocessados; 100 monitores multiparamétricos; e 52 cardioversores.

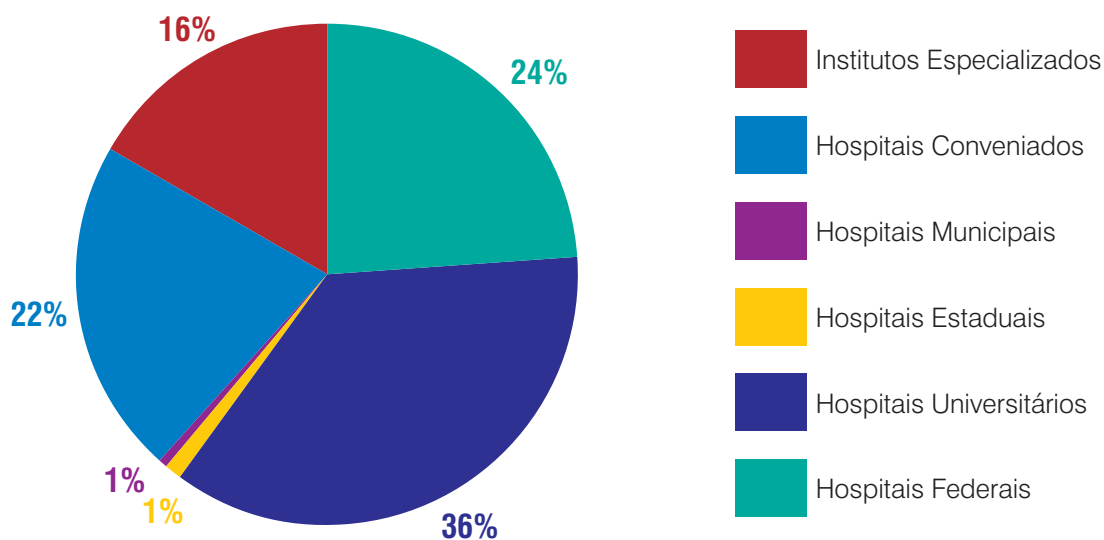
As Unidades de Pronto Atendimento fixo (UPAs) também são um elo importante na renovada estrutura da rede de atenção às urgências no município. As 14 UPAs (tipos 2 e 3) absorvem pacientes provenientes da demanda espontânea e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). Em quatro anos, a cidade atingiu o quantitativo de 4,2 milhões de atendimentos, e temos como meta até 2017 atingir 5,3 milhões.

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) incorpora diversos componentes para sua constituição: a promoção e a prevenção; a atenção primária em saúde por meio das unidades básicas; o pré-hospitalar móvel; as UPAs; as portas de entrada hospitalares de urgência; as enfermarias de retaguarda aos atendimentos (leitos clínicos resolutivos, unidades de cuidado intensivo e leitos de longa permanência); as inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e trauma); e o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (Padi). A implantação da RUE tem, entre seus principais avanços, a regulação dos leitos hospitalares, por meio da central de regulação, e a garantia de acesso à integralidade dos serviços àqueles que necessitam. Todas estas iniciativas apontam na direção proposta do acolhimento com classificação de risco, qualidade e resolutividade do cuidado.

2.2.4 – Transplantes

No município do Rio de Janeiro, os transplantes são executados pelos hospitais federais, universitários e hospital contratado pela SMS-Rio. As centrais estaduais de transplantes são responsáveis por coordenar as atividades de transplante, realizando as inscrições e as ordenações dos receptores, além de receberem as notificações de potenciais doadores e coordenar a logística de todo o processo de doação, desde o diagnóstico de morte encefálica e abordagem dos familiares, até a retirada e alocação dos órgãos. Todavia, os hospitais da rede própria do município têm um importante papel na captação de órgãos e na realização de ações relacionadas aos doadores.

Gráfico 27 – Internações hospitalares (AIH aprovadas) para transplantes de órgãos, tecidos e células, por natureza institucional. MRJ, janeiro a julho de 2013



Fonte: TABNet RJ: acesso em setembro, 2013.

2.2.5 – Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica é um componente fundamental para o acesso, a qualidade da assistência à saúde e, portanto, para o SUS. A elaboração da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume-Rio) visa à qualificação dos serviços de assistência farmacêutica, o desenvolvimento e a valorização de recursos humanos, além da garantia de acesso e promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo, atendendo aos preceitos da Portaria MS nº 3.916/98, que institui a Política Nacional de Medicamentos.

Nesse sentido, a terceira edição da Remume-Rio foi estabelecida pela Resolução SMS nº 2.177/2013. O elenco atual da Remume-Rio visa uma harmonização referente à nova Rename, publicada pelo Ministério da Saúde em março de 2012. O objetivo desse documento é listar de forma sistemática os medicamentos selecionados e padronizados para uso no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, além de outros insumos de uso direto na assistência aos pacientes.

Na atual listagem foram alocados todos os medicamentos empregados amplamente na rede municipal de saúde, incluindo aqueles utilizados nas linhas de cuidado preconizados pela SMS-Rio, contendo também os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica que são financiados e distribuídos pelo Ministério da Saúde (antirretrovirais, medicamentos para tratamento da tuberculose, hanseníase, saúde da mulher, vacinas etc.). Desse modo, a Remume-Rio 2013 contém 386 especialidades farmacêuticas (excetuando-se os produtos imunobiológicos e saneantes), totalizando 676 itens, distribuídos em 14 grupos. Foram alocados, na versão 2013, os produtos antissépticos, saneantes, insumos utilizados na linha de cuidado do diabetes, os contraceptivos intrauterinos e os contraceptivos pelo método de barreira.

A gestão da Assistência Farmacêutica no município é organizada de forma hierarquizada e descentralizada. Hoje, existem cerca de 300 serviços de saúde municipais que distribuem e dispensam medicamentos, com a eficácia e a segurança necessárias. O Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF) da SMS-Rio é reconhecido, tecnicamente e gerencialmente, como instância responsável pela Assistência Farmacêutica no nível municipal, desempenhando suas funções de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos. O trabalho desempenhado pelo NAF também está relacionado aos processos de gerenciamento da informação e dos recursos humanos, promoção do uso racional de medicamentos e às ações de farmacovigilância. O objetivo principal desse sistema é apoiar as ações de saúde, garantindo o uso racional de medicamentos e o acesso da população a medicamentos eficazes e seguros.

A ampliação da rede de serviços de saúde municipal também implicou em mudanças na gestão e logística de armazenagem, controle de estoques, triagem de pedidos, separação, embalagem, expedição e distribuição de medicamentos e insumos para atendimento aos pacientes. Somente em 2012, 899,4 milhões de medicamentos foram dispensados para as unidades, uma quantidade 86,5% maior do que a registrada em 2008, quando foram distribuídos pouco mais de 482 milhões.

A nova Central de Distribuição de Medicamentos e Materiais Médico-cirúrgicos, em Jacarepaguá, foi fator determinante na melhoria da gestão do serviço, possibilitando condições mais adequadas de operacionalização. O serviço terceirizado, que entrou em operação em 2012, possui infraestrutura que atende a todas as normas e diretrizes da Anvisa e da Vigilância Sanitária Estadual, com câmara fria, local específico para saneantes, sistema via web, leitoras com códigos de barras, e frota de caminhões refrigerados com rastreamento via satélite. O controle de estatísticas na nova central leva em conta fatores como entradas e saídas por item, unidade, relatórios de giro, prazo de validade e lotes, agilizando o pedido pelas unidades, permitindo planejamento de compra mais eficaz e garantindo baixos índices de perda. A taxa média de descartes no ano passado ficou abaixo de 1%.

2.2.6 – Saúde Mental

A rede de atenção psicossocial no município do Rio de Janeiro conta com um conjunto de serviços e equipamentos variados, quais sejam: os Centros de Atenção Psicossocial, os Serviços Residenciais Terapêuticos, os leitos de atenção integral e bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos. Atualmente, a cidade é capaz de oferecer uma cobertura pela rede de Centros de Atenção Psicossocial a 45% da demanda estimada. Estes centros são constituídos como uma rede para a cobertura regular e os atendimentos à população com transtorno mental grave e persistente, e também àqueles com transtornos em decorrência do uso nocivo e abusivo de álcool, crack e outras drogas.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) compõem a rede de cuidado da saúde mental, instituindo, através de ações territoriais, o atendimento à criança, ao adolescente e ao adulto com transtorno mental grave e persistente. A distribuição destas unidades pela cidade propicia uma oferta de atendimento psicossocial por AP. Uma das estratégias desta gestão é o aumento e o acompanhamento de pacientes matriculados nestes centros.

O cronograma de expansão desta rede está expresso nas metas estabelecidas no PPA 2014-2017, com a implantação de um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Outras Drogas (CAPSad) a cada ano, haja vista a necessidade de ampliação ao atendimento dos usuários com transtornos por conta do uso abusivo de álcool, crack e demais substâncias psicoativas. Atualmente, os Centros de Atenção Psicossocial representam os centros nodais do atendimento aos usuários mais graves da rede de saúde mental.

A expansão da rede de atenção psicossocial exige a necessidade de aprimoramento das ações de formação em saúde e a qualificação dos trabalhadores da rede de atenção psicossocial já existente, produzindo uma mudança das práticas, mediante qualificação das diversas categorias profissionais envolvidas no cuidado, e com a subsequente melhoria da saúde da população. As ações de capacitação em saúde mental são múltiplas e dão-se a partir de cursos, oficinas, grupos de trabalho, supervisão e atividades de pesquisa.

Considerando o percurso da reforma psiquiátrica no Rio de Janeiro, além do resultado de anos de asilamento dos pacientes de saúde mental, hoje ainda existe no município um importante contingente quantitativo de pacientes a serem desinstitucionalizados. A alta destas pessoas, depois de longa internação, se dá com a saída destes para residências terapêuticas e/ou moradias assistidas. O Programa de Residências Terapêuticas, que se expande a cada ano, propicia um passo essencial no processo de reabilitação psicossocial, garantindo as diversas formas de morar dos usuários e de integração com seu território e na sociedade.

Ainda no campo das ações de desinstitucionalização, as bolsas de incentivo à desospitalização e de ressocialização são um importante recurso que se soma às residências terapêuticas nas altas dos pacientes de longa permanência. Elas só podem ser concedidas por ocasião da alta do paciente, atrelada à manutenção do tratamento deste usuário num CAPS.

A direção de trabalho em curso na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro visa à consolidação da Rede de Atenção Psicossocial que privilegia um modelo de cuidado em Saúde Mental pautado na atenção extra-hospitalar e territorial. Com isso, fazem-se necessárias práticas de atenção à crise que não sejam excludentes e nem repliquem a lógica asilar. Para isso, temos como meta a substituição dos leitos psiquiátricos de longa permanência com concomitante ampliação da Rede Substitutiva, a saber, CAP e residência terapêutica.

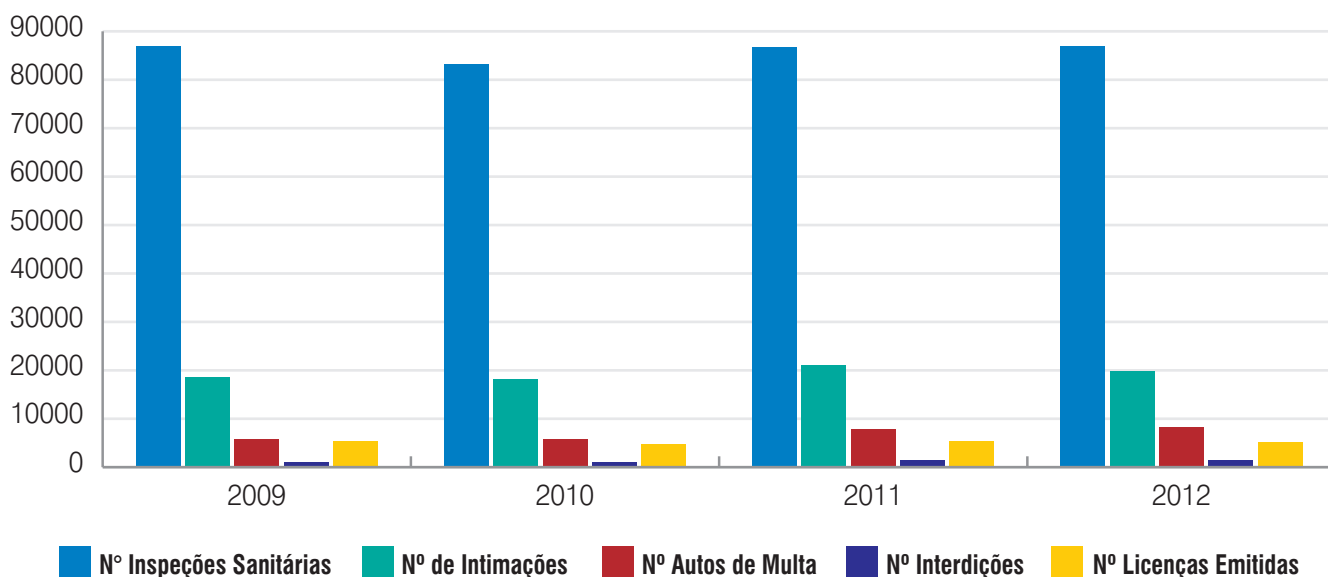
2.2.7 – Vigilância Sanitária

A vigilância sanitária é composta por um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, e de intervir em toda a cadeia produtiva de bens e serviços que estão relacionados com a saúde. Sob a perspectiva da intersetorialidade, sua integração com a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção e para o alcance de resultados. Sendo assim, a vigilância sanitária tem como objetivo intervir nos riscos de agravos à saúde por meio de ações preventivas e promotoras da saúde, contribuindo, desta forma, para a melhoria da qualidade de vida da população.

É papel da Vigilância Sanitária reduzir os riscos e danos à saúde, e promover o cuidado. E ainda realizar ações de saúde do trabalhador, controle de zoonoses, coleta e análise de amostras laboratoriais de interesse à saúde pública, cadastro, análise de projetos arquitetônicos, criação de normas, fiscalização, emissão de licença de funcionamento sanitário e de aplicação de sanções legais, conforme legislação própria.

Dessa forma, a Vigilância Sanitária Municipal está estruturada com base na prestação de serviços de vigilância e fiscalização sanitária em produtos, serviços de interesse à saúde e ao meio ambiente; na educação em saúde e vigilância sanitária; na saúde do trabalhador; no controle de zoonoses; e no laboratório de controle de produtos. Esses serviços desenvolvem um amplo leque de ações, a saber: 1) gestão em vigilância sanitária; 2) autorização de empresas sujeitas à vigilância sanitária; 3) registro, notificação e cadastro sanitário de produtos alimentícios; 4) monitoramento sanitário de produtos e serviços; 5) gerenciamento do risco sanitário; 6) análise e aprovação de projetos básicos de arquitetura; 7) informação, educação e comunicação em vigilância sanitária; 8) acolhimento e atendimento a notificações, denúncias e reclamações; 9) regulamentação de ações de saúde pública sob vigilância sanitária; 10) fiscalização sanitária de produtos e serviços; 11) emissão de certificados e relatórios; 12) inspeção sanitária dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária; 13) emissão de licença sanitária; 14) alerta e resposta a surtos e eventos de importância em saúde pública; 15) interrupção da cadeia de transmissão; 16) diagnóstico laboratorial de eventos de interesse de saúde pública; e 22) diagnóstico de zoonoses e controle populacional de animais de interesse de saúde pública.

Gráfico 28 – Quantitativo de ações de fiscalização realizadas pela Vigilância Sanitária, SMS-Rio, 2009-2012



Fonte: S/SUBVISA, 2013

É oportuno esclarecer que as ações e os serviços de vigilância sanitária no âmbito do município do Rio de Janeiro são, parcialmente, financiados com receitas de duas fontes de recursos da própria Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses. A primeira tem como fato gerador a inspeção sanitária (Taxa de Inspeção Sanitária – TIS – fonte 120) e a segunda se vincula à aplicabilidade administrativa sancionatória (Multas – fonte 195).

2.2.8 – Complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde

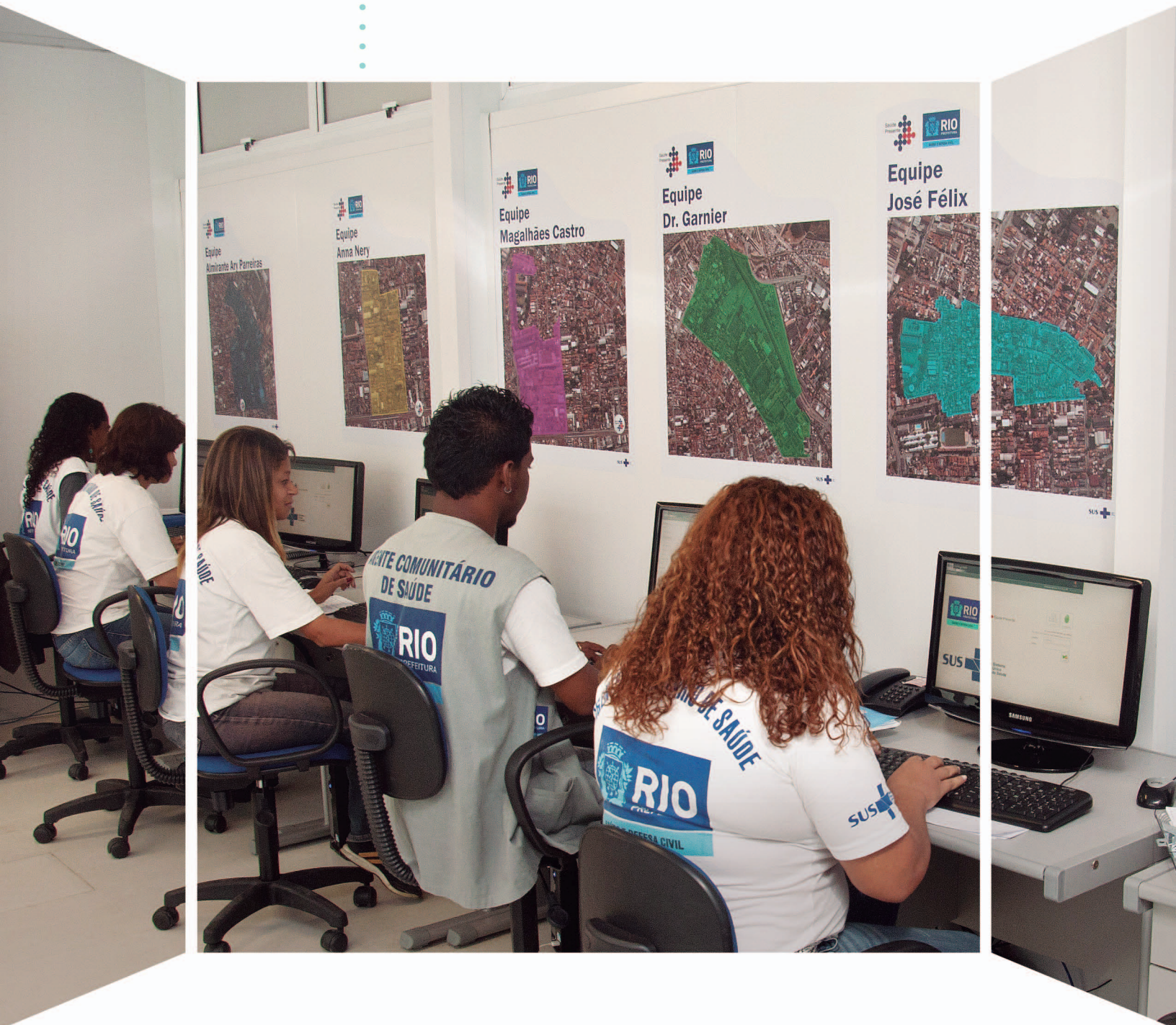
A Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) é parte integrante da Política Nacional de Saúde, formulada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O artigo 200, inciso V, da Constituição Federal estabelece as competências do SUS e, dentre elas, inclui o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico em sua área de atuação. Desse modo, impõe à sociedade e aos gestores públicos o desafio de responder à demanda nacional por uma base tecnológica e industrial compatível com as propostas de desenvolvimento econômico e, simultaneamente, com as necessidades do SUS.

Para tanto, é preciso agenda pública que estimule a produção de soluções inovadoras, orientadas para atender às necessidades da população usuária do SUS, para influenciar de modo positivo a regulação de preços no mercado de insumos para a saúde, com redução de custos e gerando, também, oportunidades de investimento, emprego e renda. Desta forma, a atividade econômica será impulsionada mediante o lançamento de diversos produtos e serviços utilizados para promover, diagnosticar, tratar e recuperar a saúde.

Essa perspectiva tem tido amplo apoio no âmbito da Prefeitura e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. O município já conta com *hubs* tecnológicos nas áreas de telecomunicações, energia, saúde, tecnologia, inovação, mídia e entretenimento. No que se refere à saúde, destaca-se o amplo incremento da oferta pública dos serviços de saúde, mediante a formulação de parcerias com o Terceiro Setor e com instituições de excelência no campo do ensino e da pesquisa.

Também é importante destacar o programa Saúde Inteligente como uma das estratégias da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no campo da gestão. Trata-se do estudo dos insumos necessários à modelagem e ao desenvolvimento de projeto, para implementação dos serviços de uma plataforma de informações para gestão da rede, da manutenção e ampliação do parque tecnológico, incluindo a implantação de prontuário eletrônico, telemedicina e um centro de informações em saúde.

■ GESTÃO EM SAÚDE



3 – GESTÃO EM SAÚDE

No campo da gestão, a Secretaria Municipal de Saúde tem se pautado pelos princípios de excelência em gestão pública, com foco no planejamento integrado ao orçamento para a obtenção de resultados eficientes, eficazes e efetivos. Ampliando, ao mesmo tempo, os espaços de diálogo, de parceria e de corresponsabilidade, a atual administração busca potencializar suas funções e sua capacidade de conduzir os processos de trabalho e a produção qualificada de bens e serviços públicos de saúde para a população.

3.1 – Planejamento

A saúde é uma prioridade de governo, e os processos de planejamento no âmbito da SMS-Rio articulam-se às diretrizes da PCRJ de assegurar uma gestão profissional dotada de instrumentos de planejamento e acompanhamento para toda a máquina municipal, mediante a adoção de melhores práticas de administração pública, o planejamento ascendente e de compatibilização sistêmica dos instrumentos de planejamento com atenção prioritária ao cidadão e à sociedade na condição de usuários de serviços públicos. Conforme modelo representado na figura 5, abaixo:

Figura 5 – Modelo de planejamento estratégico. PCRJ, 2009 a 2012



Nessa vertente, a Secretaria Municipal de Saúde tem buscado, por meio do diálogo, reflexão, avaliação e socialização de experiências, promover o aprofundamento e o aprimoramento de conceitos, práticas, processos e estratégias, e internalizar na cultura organizacional as ações de planejamento, tornando-o parte do trabalho diário das equipes técnicas, a fim de qualificar a administração pública no campo da saúde: do planejamento ao monitoramento e avaliação, incluindo todo o ciclo do orçamento e gasto público. De

modo específico, assume especial relevo a própria elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) integrada ao Plano Plurianual (PPA) e à Lei Orçamentária Anual (LOA), assim como os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) e a Programação Anual de Saúde (PAS).

A criação da Subsecretaria de Gestão Estratégica e Integração da Rede de Saúde (SUBGER) significou um reforço ao componente de planejamento, a partir da adoção de metodologias participativas, abordagem por processos, análises compreensivas e orientação para resultados que atendam, de forma harmoniosa e balanceada, às necessidades de todas as partes interessadas na organização. Dessa forma, através de grupos de trabalho (GTs) estão sendo produzidos ou aprimorados planos de ação; formulários padronizados; relatórios de gestão; relatórios financeiros; protocolos técnicos; fluxos operacionais etc. Visando o aperfeiçoamento e a consolidação das redes de atenção à saúde e da gestão plena do SUS no território do MRJ pela SMS-Rio, estão sendo negociados e instituídos os Colegiados Gestores Regionais com participação de gestores de unidades de saúde de diferentes esferas administrativas situados nas Áreas de Planejamento da cidade.



O Plano Municipal de Saúde e o Plano Plurianual foram elaborados no âmbito de um desses GTs. Para tanto, foram realizadas 18 reuniões, no período de abril a novembro de 2013, que contaram com representantes de vários setores da SMS-Rio, incluindo a Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde e, especificamente para discussão do PMS 2014-2017, com dois representantes do próprio Conselho.

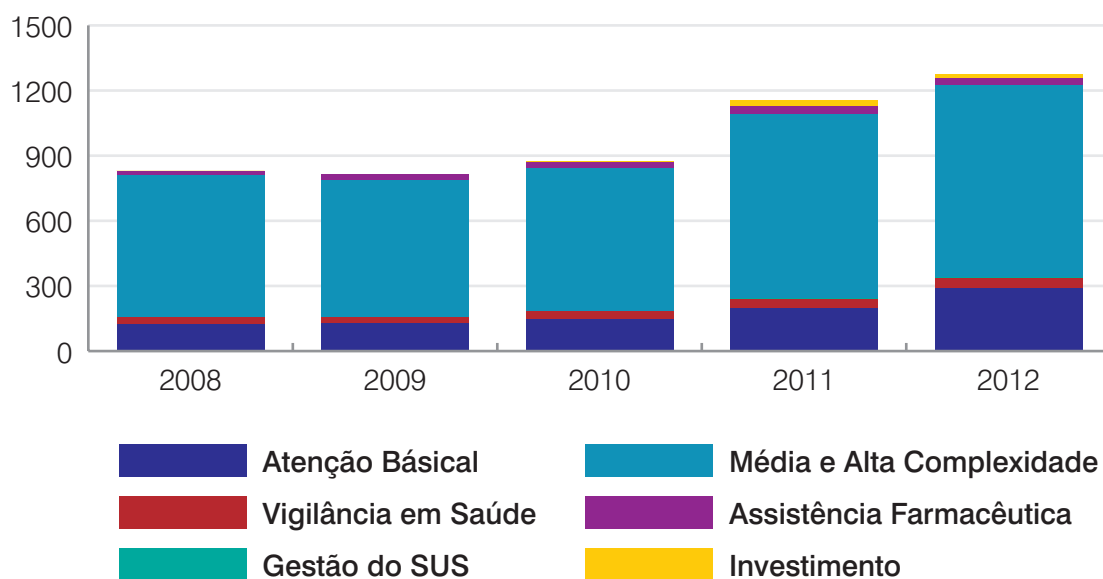
3.2 – Financiamento

O modelo orçamentário brasileiro é definido na Constituição Federal de 1988 e é composto por três instrumentos: o Plano Plurianual – PPA, a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO, e a Lei Orçamentária Anual – LOA. E todos são de iniciativa do Poder Executivo, que as envia, sob a forma de proposta, para apreciação e aprovação do Poder Legislativo. Cabe ao chefe do Poder Executivo sancioná-las e executá-las, e compete ao Poder Legislativo acompanhar e fiscalizar sua execução.

A Portaria nº 204/GM de 29 de janeiro de 2007 regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. O financiamento das ações e dos serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e Portaria nº 412, de 15 de março de 2013.

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro tem recebido repasses do Ministério da Saúde, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados através dos seguintes blocos de financiamento: a) Bloco de Atenção Básica; b) Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; c) Bloco de Vigilância em Saúde; d) Bloco de Assistência Farmacêutica – Componente Básico; e) Bloco de Assistência Farmacêutica – Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional; f) Bloco de Gestão do SUS; e g) Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

Gráfico 29 – Financiamento federal, repasses por tipos de blocos (R\$ milhões). MRJ, 2008 a 2012



Fonte: Fundo Municipal de Saúde, 2013.

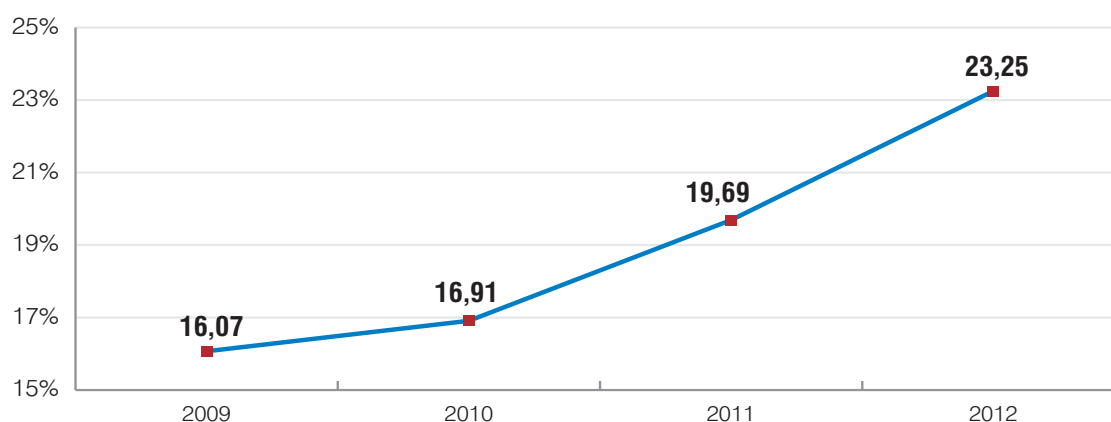
De acordo com a Emenda Constitucional 29, de 13 de setembro de 2000, os repasses podem ocorrer por meio de transferências fundo a fundo do Fundo Nacional de Saúde, diretamente para estados e municípios e/ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde. O Fundo Municipal de Saúde – FMS é um instrumento de suporte financeiro, criado pela Lei nº 1.583, de 30 de julho de 1990, regulamentada pelo Decreto nº 9.865, de 05 de dezembro de 1990, alterada pelos Decretos nº 12.030, de 19 de abril de

1993, e nº 13.110, de 02 de agosto de 1994. Tem por objetivo o desenvolvimento das ações descentralizadas nas áreas médica, sanitária, hospitalar e de apoio e suprimento, executadas ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com as determinações previstas na legislação pertinente.

As receitas do FMS são constituídas por recursos do orçamento da União, do Estado e do Município, observado o disposto na Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, na Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, e demais legislações pertinentes; auxílios, subvenções, contribuições, transferências e participações em convênios e ajustes; resultados financeiros de suas aplicações; recursos de pessoas físicas e jurídicas, públicas e privadas, nacionais e estrangeiras, sob a forma de doação; todo e qualquer recurso proveniente de multas ou penalidades que tenham origem na fiscalização e nas ações da Secretaria Municipal de Saúde; receitas provenientes do ressarcimento de despesas de usuários com cobertura securitária de entidade privada e outras receitas.

O atual governo tem assumido uma série de responsabilidades no planejamento e na execução das políticas públicas de saúde. Dessa forma, vem aumentando os recursos próprios aplicados em saúde, além de priorizar a melhoria na gestão como forma de reduzir desperdícios.

Gráfico 30 – Percentual de recursos próprios aplicados em saúde. PCRJ, 2009 a 2012



Fonte: Siops, 2013.

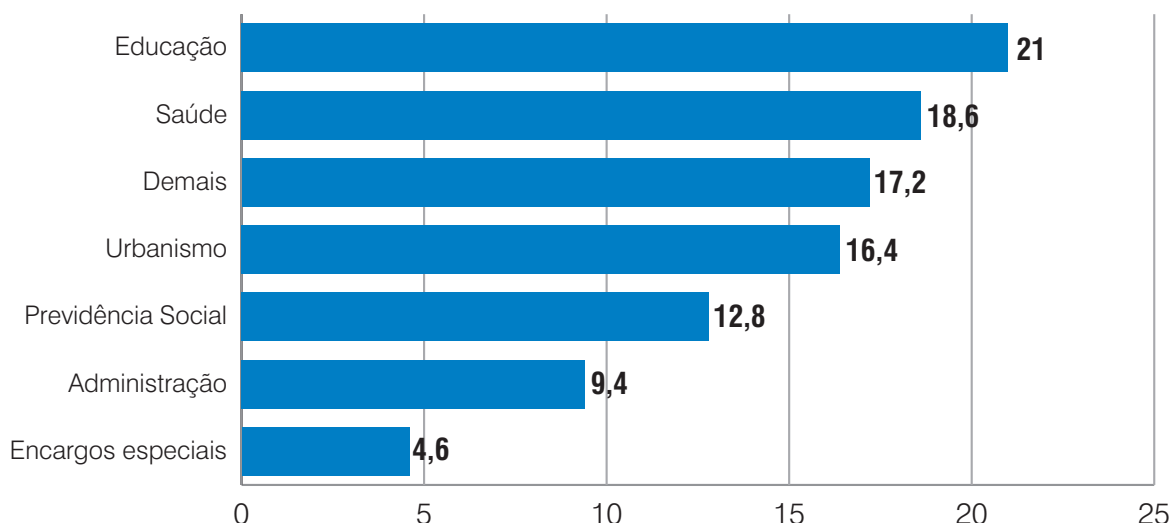
Quadro 4 – Receitas e despesas em saúde, valores e percentuais financiados com recursos próprios. PCRJ, 2008 a 2013.

ANO	RECEITA DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS (R\$)	DESPESAS PRÓPRIAS COM SAÚDE (R\$)	APLICADO (%)
2008	6.651.815.301,24	1.046.580.650,34	15,73%
2009	7.208.078.619,23	1.158.277.554,75	16,07%
2010	8.140.297.240,59	1.376.623.515,07	16,91%
2011	9.362.042.652,63	1.843.386.198,30	19,69%
2012	10.474.861.617,65	2.435.668.992,18	23,25%

Fonte: Siops, 2013.

Em 2012, os R\$3.869.000,00 empenhados para Saúde representam 18,6% de todos os recursos empenhados em toda a Prefeitura.

Gráfico 31 – Despesas por função de governo. PCRJ, 2012



Fonte: CGM – Prestação de Contas. Exercício 2012.

3.3 – Articulação Interfederativa

O município do Rio de Janeiro é gestor pleno do SUS desde a década de 90, tendo reiterado essa condição com a adesão ao Pacto pela Saúde, em 2010. Em relação à Regionalização do Sistema de Saúde no Estado, a capital integra a Região Metropolitana I em conjunto com os municípios da Baixada Fluminense. Ademais, como herança histórica de ter sido capital federal, o município detém a maior concentração de serviços públicos de saúde das três esferas administrativas, incluindo institutos federais de referência nacional.

O Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080 sobre a organização do SUS, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, reafirma o processo de planejamento da saúde como ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros. Os aspectos mais relevantes dessa formulação são: a) o reforço à transparência na gestão do SUS; b) a criação de mecanismos que confirmem maior segurança jurídica nas relações interfederativas; e c) maior controle social.

No que tange ao processo de articulação interfederativa, foram mantidas as instâncias intergestoras bi-partite (CIB), tripartite (CIT) a nível regional as comissões intergestoras regionais (CIR), antes denominada colegiado de gestão regional, instituído pelo Pacto pela Saúde. Todavia, a partir do referido decreto, o debate nesses fóruns tem avançado, em qualidade e em profundidade, acerca das grandes questões da Região Metropolitana I e na busca de soluções coletivas para problemas comuns a todos os envolvidos.

O marco legal do contrato organizativo da ação pública é mais um reforço à articulação e ao papel colaborativo dos entes federativos na organização e integração das ações e serviços de saúde. E, embora ainda esteja em processo de discussão, implicará na programação integrada de serviços para as Regiões de Saúde. A confecção do Plano Regional Integrado da Metropolitana I, em fase final de discussão para apro-

vação na CIB, é, sem dúvida, um passo importante para o fortalecimento de todos os entes, para o compartilhamento de responsabilidades e para a formalização de futuros acordos em torno da Região de Saúde.

No contexto do Decreto nº 7.508/2011, todas as ações e os serviços que o SUS oferece aos usuários para atendimento da integralidade da atenção à saúde devem estar dispostos na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) e na Relação Nacional de Medicamentos (Rename). Neste sentido, Renases e Rename se constituem como peças orientadoras a serem utilizadas na reformulação das programações pactuadas. Atualmente, contudo, a principal ferramenta de articulação continua a ser a Programação Pactuada Integrada (PPI). O Pacto pela Saúde e as diretrizes do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) reafirmam o processo de regionalização como eixo norteador, e reforça a pactuação entre gestores.

Registre-se que há grande fluxo de migrantes de outros municípios para os estabelecimentos de saúde situados no município do Rio de Janeiro. Os movimentos se dão, principalmente, para procedimentos e internações em alta complexidade. Os dados de internação hospitalar, a seguir, foram analisados de forma geral considerando as internações de média e alta complexidade e a esfera administrativa do hospital executor. Com relação à complexidade dos procedimentos, a maior migração ocorre para procedimentos de Alta Complexidade, o que reflete a concentração de hospitais e institutos de natureza federal situados no município do Rio de Janeiro.

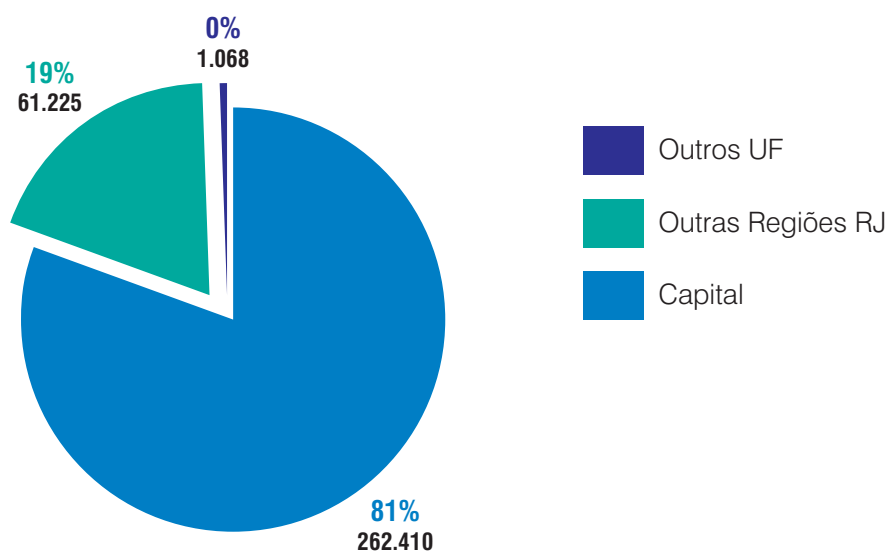
Tabela 9 – Distribuição das AIH apresentadas, segundo complexidade e local de residência. MRJ, março de 2012 a março de 2013

LOCAL DE RESIDÊNCIA	MC	%	AC	%
Outros Estados	566	0,2	398	1,5
Outros Municípios	46.761	17,3	9.317	35,6
Capital	223.723	82,5	16.440	62,9
TOTAL	271.050	100%	26.155	100%

Fonte: Tabnet Municipal (MC=Média Complexidade / AC=Alta Complexidade).



Gráfico 32 – Percentual de AIH apresentadas, segundo local de residência. MRJ, março de 2012 a março de 2013



Fonte: S/SUBGER/SURCA. Tabnet Municipal, junho 2013. Dados sujeitos à revisão.

Tabela 10 – Distribuição de AIH apresentadas, segundo local de residência e tipos e leitos. MRJ, março de 2012 a março de 2013

TIPOS DE LEITOS	OUTROS ESTADOS		REGIÕES ERJ		CAPITAL	
	N	%	N	%	N	%
Cirúrgico	715	66,9	30.699	50,1	82.885	31,5
Obstétrico	10	0,94	3.937	6,4	56.307	21,4
Clínico	190	17,7	17.779	29,0	62.257	23,7
Crônico	20	1,8	2.140	3,5	9.727	3,7
Psiquiatria	40	3,7	611	1,0	22.168	8,4
Pneumologia	0	0,0	253	0,4	1.259	0,4
Pediátrico	91	8,5	5.299	8,6	25.040	9,5
Reabilitação	0	0,1	6	0,1	190	0,1
Leito Dia	2	0,1	501	0,8	2.577	0,9
TOTAL	1.068	100%	61.225	100%	262.410	100%

Fonte: Tabnet Municipal, acesso em 2013.

A análise da migração hospitalar, segundo regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, mostra que 16% são provenientes das regiões metropolitanas I e II, sendo que somente 3% migram do interior do estado. Com relação às especialidades utilizadas, a migração ocorre em sua maioria para procedimentos cirúrgicos, tanto para outros estados quanto para outras regiões do estado do Rio de Janeiro.

Quanto aos procedimentos ambulatoriais, conforme descrito acima, só é possível verificar a migração ambulatorial pelos seguintes documentos: Boletim de Produção Ambulatorial Individualizada (BPAI) e Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (Apac). No entanto, esses correspondem a apenas 53% do que é apresentado na produção ambulatorial. A análise da migração ambulatorial, segundo regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, mostra que 15,5% são provenientes das regiões metropolitanas I e II, sendo que 6,5% migram do interior do estado.

3.4 – Complexo Regulador

A Política Nacional de Regulação estabelece que as ações da regulação assistencial estejam organizadas em um complexo regulador definido como a estrutura operacional das ações da regulação do acesso, e deve ter como atribuições: I – garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada; II – garantir os princípios da equidade e da integralidade; III – fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde; IV – elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação; V – diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência; VI – construir e viabilizar as grades de referência e contrarreferência; VII – capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde; VIII – subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde; IX – subsidiar o processamento das informações de produção; e X – subsidiar a programação pactuada e integrada.

O Complexo Regulador pode ser formado por uma ou mais estruturas denominadas centrais de regulação que são responsáveis pela ordenação do acesso aos serviços de assistência à saúde. Esta ordenação, conforme preconizado, atua pelo lado da oferta, buscando otimizar os recursos assistenciais disponíveis, e pelo lado da demanda, buscando garantir a melhor alternativa assistencial face às necessidades de atenção e assistência à saúde da população.

Assim, são atribuições do Complexo Regulador Municipal, relacionar e ordenar os serviços de saúde ofertados, qualificar o fluxo dos pacientes na Rede de Saúde, estabelecer as rotinas de envio, recebimento, avaliação e hierarquização das solicitações, possibilitar e permitir o acesso de todos os estabelecimentos de saúde, solicitantes e/ou executantes, que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) no município do Rio de Janeiro, ao Sistema de Regulação.

A ampliação das atividades de regulação em saúde no município do Rio de Janeiro converge para a adesão aos princípios da legislação vigente do Ministério da Saúde estabelecidos pelas Portarias GM/MS nº 1.571/2007, de 29 de junho de 2007, GM/MS nº 1.559/2008, de 1º de agosto de 2008, GM/MS nº 2.907/2009, de 23 de novembro de 2009, GM/MS nº 4.279/2010, de 30 de dezembro de 2010, da Deliberação CIB RJ nº 1.128, de 11 de novembro de 2010, do Decreto nº 7.508/2011, de 28 de junho de 2011, da Portaria GM/MS nº 1.792, de 22 de agosto de 2012, além da Deliberação CIB RJ nº 1.128, de 11 de novembro de 2010, que aponta que cada prestador responde a um único gestor; a regulação dos prestadores locais será realizada pelo gestor do território, e, ainda, que a execução da referência inter-

municipal seja feita pelo município executante da mesma, cabendo ao gestor estadual a supervisão das referências intermunicipais e a execução das referências interestaduais. Considerando esse marco legal e a importância estratégica da regulação para a gestão de excelência no âmbito do SUS, a Secretaria, a partir de abril de 2013, sob a coordenação da Subsecretaria de Gestão Estratégica e Integração da Rede de Saúde (SUBGER), deu início à reestruturação do desenho do Complexo Regulador Municipal.

O Rio de Janeiro é uma cidade com grande densidade populacional e amplo parque de estabelecimentos de saúde, sob administração dos três entes federados, com diferentes complexidades, conformando uma rede de saúde com especificidades que irão se refletir na conformação do Complexo Regulador. Desse modo, a reestruturação do Complexo Regulador Municipal passa, necessariamente, pela integração dos serviços de saúde das unidades das esferas federal e estadual às redes assistenciais no município, consolidando a figura do gestor pleno do SUS.

Na condição de gestor pleno, o Rio é responsável pela regulação do acesso à atenção especializada dos munícipes e não munícipes, assumindo como sua atribuição o acesso ordenado, regulado e em tempo hábil para esta população. Para isso, necessita da disponibilidade total da oferta de serviços das unidades federais e estaduais localizadas no território, por meio do Sisreg III.

Desde 2010, a Central de Regulação do Município realizou a importação dos dados de todas as unidades públicas de saúde municipais situadas no Rio de Janeiro e cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, incluindo os seus leitos de UTI, adotando o Módulo de Internação do Sisreg III, sistema oficial do Ministério da Saúde, elaborado pelo Datasus. A partir desse momento, a totalidade física dos leitos existentes nas unidades públicas, que internam pacientes SUS, oficialmente se encontra importada ao Sisreg, bem como unidades pré-hospitalares e unidades básicas.

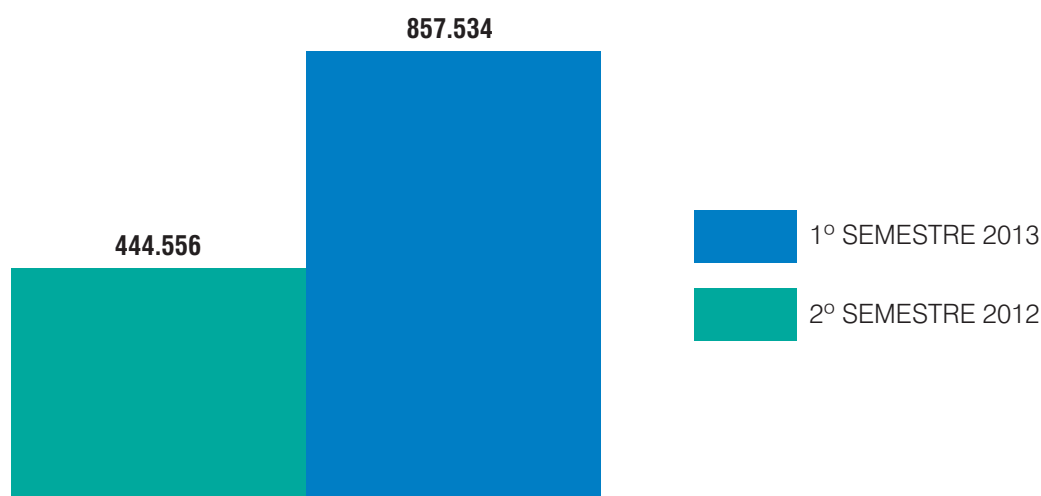


A regulação do acesso aos procedimentos ambulatoriais e internações deu-se de forma centralizada e operada por uma única central até meados de 2012, quando a gestão da operação do acesso aos procedimentos ambulatoriais especializados passou a ser conduzida pela Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV). Por isso, convencionou-se denominar a operação de procedimentos e consultas especializadas de 'central de regulação ambulatorial', e a operação das internações de 'central de internações'. Atualmente, integrando a estrutura da SMS-Rio, o complexo regulador municipal apresenta dois componentes: regulação ambulatorial, regulação hospitalar e controle e avaliação.

Regulação Ambulatorial

O objetivo é regular consultas ambulatoriais especializadas e exames complementares. As vagas para esse nível de complexidade, desde meados de 2012, têm sido solicitadas pelos médicos da atenção primária, segundo critérios de prioridade clínica, fortalecendo, desse modo, os princípios de acessibilidade, longitudinalidade, abrangência das ações, e coordenação do cuidado pela atenção primária. Atualmente, há 282 profissionais médicos reguladores distribuídos nas unidades de atenção primária da SMS-Rio. O efeito desta ação está refletido nos números de procedimentos regulados por dia, cerca de 2.500; e no aumento da oferta geral de mais de 400 mil procedimentos e consultas quando se compara o ano de 2013 ao de 2012.

Gráfico 33 – Números de consultas e procedimentos no Sisreg, 2º semestre de 2012 e 1º semestre de 2013



Fonte: Sisreg III, setembro, 2013.

A estrutura da central de regulação ambulatorial opera com o total de 10 profissionais e 1 estagiário, realizando as seguintes atividades: a) relatórios de produção da oferta a partir de dados coletados no Sisreg; b) relatórios de disponibilidade e aproveitamento de ofertas do município do Rio de Janeiro; c) adequação dos tetos físicos dos procedimentos nas unidades; d) ativação, alterações e acompanhamento das agendas dos profissionais das unidades executantes; e) suporte via e-mail e telefone às unidades executantes; f) referência para os municípios que utilizam o Sisreg do Rio de Janeiro; g) treinamento para operação do Sisreg III; h) habilitação e manutenção dos cadastros dos operadores do Sisreg III, módulo ambulatorial; i) monitoramento das demandas de ouvidorias e mandados judiciais; j) avaliação e encaminhamento das demandas específicas para cada setor; k) devolução das solicitações pendentes no sistema com mais de seis meses de inserção; e k) gerenciamento da plataforma Notificareg.

Em 2013, dando sequência à consolidação da coordenação do cuidado pela atenção primária e à ampliação da oferta de consultas e procedimentos no sistema de saúde do MRJ, estão entrando, paulatinamente no sistema de regulação municipal, as agendas dos hospitais e institutos federais e estaduais, além das unidades próprias municipais que contam com atenção especializada.

Regulação Hospitalar

Regula internações eletivas hospitalares e procedimentos especiais no âmbito do território municipal. Cabe, ainda, a esta instância a articulação com a Central de Regulação Estadual e com a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade.

A estrutura da central de regulação de leitos é composta por 69 profissionais que desenvolvem as seguintes atividades: a) regulação das internações eletivas; b) regulação de leitos entre unidades; c) regulação de procedimentos de alta complexidade ou custo; d) análise e regulação de mandados judiciais e demandas do Ministério Público; e) regulação regional da AP 3.2; f) intermediação com a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES) para internação das cirurgias bariátricas; g) Tratamento Fora do Domicílio (TFD) para outros estados; h) Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC); i) Terapia Renal Substitutiva; j) acesso ao tratamento de radioterapia; e k) regulação do Vaga Zero (média de 3.600 solicitações/mês, por email e telefone, de regulação de pacientes em situação Vaga Zero).

Controle e Avaliação

A gestão da regulação pressupõe elementos que perpassam o planejamento com base nas demandas identificadas, a ordenação do acesso dos pacientes aos diferentes pontos de atenção da rede de saúde e a atuação dos órgãos de monitoramento, avaliação, controle e auditoria sobre a execução dos serviços realizados, onde os municípios e estados são responsáveis pela aplicação dos recursos financeiros destinados a assistência ambulatorial e hospitalar.

A SMS-Rio conta em sua estrutura com duas coordenações específicas, porém, integradas para executar as ações de avaliação, controle e auditoria dos prestadores de serviços para o SUS.

A Coordenação de Controle e Avaliação tem as seguintes atribuições: a) monitoramento e execução físico-financeira das unidades integrantes do Sistema de Informações Hospitalares Descentralizados – SIHD; b) controle dos limites financeiros por tópico de atenção; c) avaliação, em conjunto com a área técnica responsável, quanto à adequação dos registros de Autorização de Internação Hospitalar – AIH; d) elaboração de propostas para o aperfeiçoamento dos instrumentos de controle e avaliação dos serviços e das unidades de assistência à saúde; e) alimentação dos sistemas de informação do SUS com dados dos serviços ambulatoriais e hospitalares prestados pelas unidades de saúde; f) gerenciamento do cadastro de estabelecimentos de saúde não conveniados ao SUS; e h) cadastro das Fichas de Programação Orçamentária – FPO – nos respectivos sistemas de informação oficiais.

Já a Coordenação de Supervisão e Auditoria desempenha as atividades de: a) avaliação e auditoria do sistema de saúde do município do Rio de Janeiro; b) auditoria, quando solicitada, da produção de serviços de saúde pública e privada, sob gestão do município do Rio de Janeiro, em articulação com órgãos de controle, avaliação e regulação assistencial do SUS; c) gerenciamento dos supervisores e auditores do SUS; e d) elaboração de calendário de visita às unidades de saúde sob gestão do município.

Desse modo, as ações de controle e avaliação no âmbito do município buscam integrar um amplo processo de gestão que interrelaciona várias funções do sistema de saúde, como planejamento, programação, habilitação/credenciamento de serviços, supervisão e auditoria, contratualização/contratação e regulação do acesso.

3.5 – Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

No município, a gestão do trabalho em saúde tem passado por importantes mudanças, buscando responder aos desafios da expansão da rede de saúde e ao compromisso com a melhora da qualidade dos serviços prestados aos cidadãos, com a otimização do uso dos recursos disponíveis, com a prestação de contas de suas ações e com a valorização do capital humano como uma prioridade, tanto em relação ao aspecto profissional quanto à qualidade de vida.

Do ponto de vista quantitativo, a expansão da atenção primária, a partir de 2010, implicou a substituição de todos os vínculos profissionais em regime precário, como contratos por cooperativas. Atualmente, todas as contratações de profissionais são regidas pela CLT. No âmbito da atenção hospitalar, foram implantados projetos por convênios, visando ao desenvolvimento das urgências e emergências, à gestão de hospitais, ao sistema de pronto atendimento, e à reestruturação da gestão.

Quadro 5 – Evolução da força de trabalho, segundo tipo de vínculo. SMS-Rio, 2009 a 2012

ANO	TIPOS DE VÍNCULO						TOTAL
	Servidor municipal	Servidor federal	Cooperativa/Fundação	Organização Social	Fiotec	Convênios	
2009	25.411	5.338	932	0	664	2.299	34.644
2010	25.048	5.218	0	5.015	1.447	593	37.321
2011	24.422	5.072	0	8.549	2.119	573	40.735
2012	24.534	4.673	0	14.427	2.323	899	46.856

Fonte: S/SUBG/CGP/CAP, 2013.

A partir de 2009, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro aderiu ao “Acordo de Resultados” que estabelece metas setoriais, promove a gestão de alto desempenho, a meritocracia e o pagamento de bônus àqueles que alcançam as metas pactuadas. O servidor foi reconhecido como parte integrante do mecanismo institucional a partir do alcance das metas estabelecidas pelo chefe do executivo e das metas setoriais definidas pelo secretário municipal de saúde, o que resultou em premiação remuneratória, com a avaliação do desempenho individual.

Quadro 6 – Resultado das avaliações de desempenho, Acordo de Resultados. SMS-Rio, 2011 a 2012

ANO	DESEMPENHO SERVIDOR ESTATUTÁRIO MUNICIPAL E FEDERAL				
	Ótimo	Muito bom	Bom	Regular/Insuficiente	TOTAL
2011	7.275	10.530	3.529	496	21.830
	33,3%	48,2%	16,2%	2,3%	100%
2012	13.363	9.861	2.135	264	25.623
	52,2%	38,5%	8,3%	1,0%	100%

Fonte: S/SUBG/CGP/CAP, 2013.

No campo das iniciativas de implantação de mecanismos de meritocracia e de gestão por resultados, como vetores de desenvolvimento do serviço público, vale destacar o Programa Líderes Cariocas, de formação de liderança para a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, criado em 2012, com objetivo capacitar potenciais líderes para ocupar posições estratégicas dentro da estrutura da PCRJ. A SMS-Rio logrou aprovar 17 funcionários no primeiro ano do programa, o segundo maior número de aprovados por órgãos.

O ingresso de novos servidores estatutários, no período de 2010-2013, se deu como resultado de um concurso vigente à época e outro realizado em 2011. A partir desses dois processos, foram providos os 735 candidatos aprovados para o cargo médico nas diversas especialidades, restando 880 auxiliares de enfermagem a serem providos. Atualmente, está em curso a realização de novo concurso, para médicos e demais profissionais de saúde – com um total de 1.247 vagas – com o objetivo de substituir profissionais contratados por tempo determinado e outras demandas da rede municipal de saúde.

As ações de capacitação vêm se constituindo como espaço de reflexão dos processos de trabalho, permitindo que se produza o conhecimento sobre si mesmo, a equipe e a instituição. O que se pretende é estimular os profissionais de saúde para mudanças que qualifiquem a sua prática. Assim, as ações de capacitação oferecidas pela Gerência de Treinamento e Desenvolvimento utilizam metodologias de ensino-aprendizagem presenciais, semipresenciais e à distância. A educação à distância é utilizada como ferramenta estratégica, já que permite o autogerenciamento na construção do saber.

Quadro 7 – Capacitações realizadas, por tipos de eventos. SMS-Rio, 2012

EVENTOS	Nº de eventos	Nº de participantes	TOTAL	% de investimento por tipo de evento	Investimento médio por participante (R\$)
			R\$		
Cursos	53	1.132	479.813,55	21%	423,86
Congressos	31	4.557	944.878,22	42%	207,35
Eventos*	111	3.881	810.931,11	37%	208,95
TOTAL	195	9.570	2.235.622,88	100%	233,61

Fonte: S/SUBG/CGP(*) Conferências, seminários, encontros técnicos, oficinas, workshop, palestras, simpósios, feiras, mostras, exposições, visitas técnicas e reuniões de trabalho.

O ambiente virtual de aprendizagem comporta tanto a possibilidade de educação continuada, quanto a de educação permanente. O pilar da tecnologia midiática voltada para a educação é a interatividade, o que implica na efetiva existência de trocas e criação de redes. Neste sentido, o ambiente fórum apresenta potencial facilitador para a criação de rodas de conversa. Certamente, as possibilidades do ambiente virtual de aprendizagem são bastante amplas e servem a uma extensa gama de possibilidades, mas cada ação educativa deve passar por crivo especializado, tanto para disponibilizar ferramentas que dinamizem o diálogo com os participantes, quanto para precisar a abordagem pedagógica mais adequada.

Quadro 8 – Fóruns EAD em atividade, número de acessos 2012 e acumulado. SMS-Rio, 2012

TEMA	FOCO	INÍCIO	Nº DE ACESSOS	
			2012	Acumulado
Linhas de Cuidado e Programas Especiais	Protocolos e orientações técnicas direcionados às Linhas de Cuidado. Os documentos são dinâmicos, constantemente atualizados e produzidos pelas respectivas gerências/colaboradores.	09/04/2010	6.441	16.617
Regulação	Informações gerais sobre regulação e a Central Municipal de Regulação.	09/04/2010	1.426	3.383
Influenza H1N1	Protocolos, cartilhas e manuais para orientação. Fóruns e casos ilustrativos.	28/07/2009	3.491	18.629
Tutorial em Saúde	Problematização, Educação Permanente e Educação de Adulto.	16/03/2009	1.131	8.821
Manejo Clínico da Dengue	Protocolos, cartilhas e manuais para a orientação. Fóruns e casos ilustrativos.	03/04/2008	26.344	27.679
Unidos pela Cura	Deteção precoce do câncer infanto-juvenil.	20/03/2007	1.175	66.233
Medicina Oral	Informações gerais sobre regulação e a Central Municipal de Regulação.	02/10/2008	1.651	9.216
TOTAL GERAL			41.659	150.578

Fonte: S/SUBG/CGP, 2013.

Exercendo o papel de ordenadora da formação de profissionais de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS, a SMS-Rio oferece programas de residência médica, especializações e estágios remunerados e não remunerados, utilizando os serviços públicos de saúde como campo de ensino e pesquisa. Nesse ponto, cumpre assinalar a criação dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, em 2012, e de Acadêmico Bolsista de Medicina – Atenção Primária, em 2011, alinhada às políticas de Atenção Primária adotadas pela SMS-Rio. No período de 2011-2013, a SMS ofereceu os seguintes programas de estágios e residências remunerados:

Quadro 9 – Modalidades de estágios e residências remunerados. SMS-Rio, 2011 a 2013

MODALIDADES	2010	2011	2012	2013
Residência Médica – Unidades Hospitalares	461	500	532	545
Residência Médica – Medicina de Família e Comunidade	0	0	47	102
Residência em Saúde Mental	35	34	37	38
Residência em Enfermagem	44	31	29	88
Residência em Farmácia	14	14	16	19
Acadêmico Bolsista	998	605	566	588
TOTAL GERAL	1.552	1.184	1.227	1.380

Fonte: S/SUBG/CGP.

Durante o período de 2010-2013, a SMS também disponibilizou programas de estágios obrigatórios não remunerados e treinamentos profissionais. Em 2013, foram 9.125 estágios, 1.993 internatos de medicina, e 190 treinamentos.

Por fim, é importante destacar o Núcleo Saúde Voluntário, que busca potencializar o reconhecimento, a difusão e a valorização das ações voluntárias. Assim, a SMS-Rio procura promover a cultura do voluntariado e a implantação de atividades voluntárias, capacitação de voluntariado, sistematização e monitoramento das ações, criando mecanismos de divulgação e articulação de parcerias. Atualmente, 35 unidades trabalham com voluntariado. São 665 voluntários, dos quais 554 treinados em 2013.



3.6 – Gestão Participativa e Controle Social



O município do Rio de Janeiro tem no controle social um grande referencial de participação da população na orientação das políticas públicas. Além de contar com o Conselho Municipal de Saúde (COMS), que, de forma mais ampliada, analisa as questões das ações do município como um todo, também conta com 10 Conselhos Distritais de Saúde, nos moldes da estrutura e atribuições do conselho municipal, porém, visando às realidades locais de cada Área Programática. O município tem cerca de 600 conselheiros, representantes de diferentes setores da sociedade civil.

O Conselho Municipal de Saúde é um órgão permanente e deliberativo, que viabiliza a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, e tem por finalidade auxiliar a administração pública na formulação de estratégias e no controle da execução de políticas públicas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Cabe ao COMS a aprovação de diferentes instrumentos da gestão. Também tem sob sua competência a organização da Conferência Municipal de Saúde, a cada quatro anos.

O COMS é constituído por 40 membros de forma paritária, sendo 10 representantes dos segmentos de usuários, 10 profissionais de saúde e 10 gestores/prestadores de serviços (público, privado e filantrópico), e 10 representantes do segmento dos usuários dos Conselhos Distritais de Saúde das Áreas de Planejamento. Os membros do COMS realizam visitas de fiscalização às unidades de saúde integrantes do SUS, emitem pareceres sobre projetos de lei, acompanham a execução da política municipal de saúde, e analisam os pedidos de credenciamento e descredenciamento junto ao SUS formulados pelas unidades prestadoras de serviços de saúde, além de assumir, em posições políticas, a defesa da saúde da população.

Para viabilizar as decisões oriundas das reuniões do colegiado, o conselho conta com uma comissão executiva e com comissões temáticas, que elaboram estratégias e operacionalizam decisões sobre temas específicos. O Conselho Municipal de Saúde dispõe de uma secretaria executiva, órgão da SMS-Rio, que dá apoio administrativo, além, de supervisão e assessoramento técnico.

Todos os conselheiros têm mandato de quatro anos, com possibilidade de reeleição para mais quatro contínuos. Embora a forma de atuação do COMS seja colegiada, a partir de 2009, a eleição do presidente passou a ser de forma direta, obtida pela maioria absoluta dos membros. O conselho faz reunião ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, quantas vezes sejam necessárias.

Com o advento da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, ficou mais evidente a forma de atuação do Conselho nos aspectos das deliberações sobre as diretrizes orçamentárias, políticas de saúde, fiscalização e acompanhamento da gestão do SUS.

Tabela 11 – Participação Conselho Municipal de Saúde. SMS-Rio, 2009-2012

TIPOS DE PARTICIPAÇÃO	2009	2010	2011	2012
Processos de credenciamento	31	42	45	32
Temas apresentados	43	47	50	42
Publicações	30	38	53	51
TOTAL	104	127	148	125

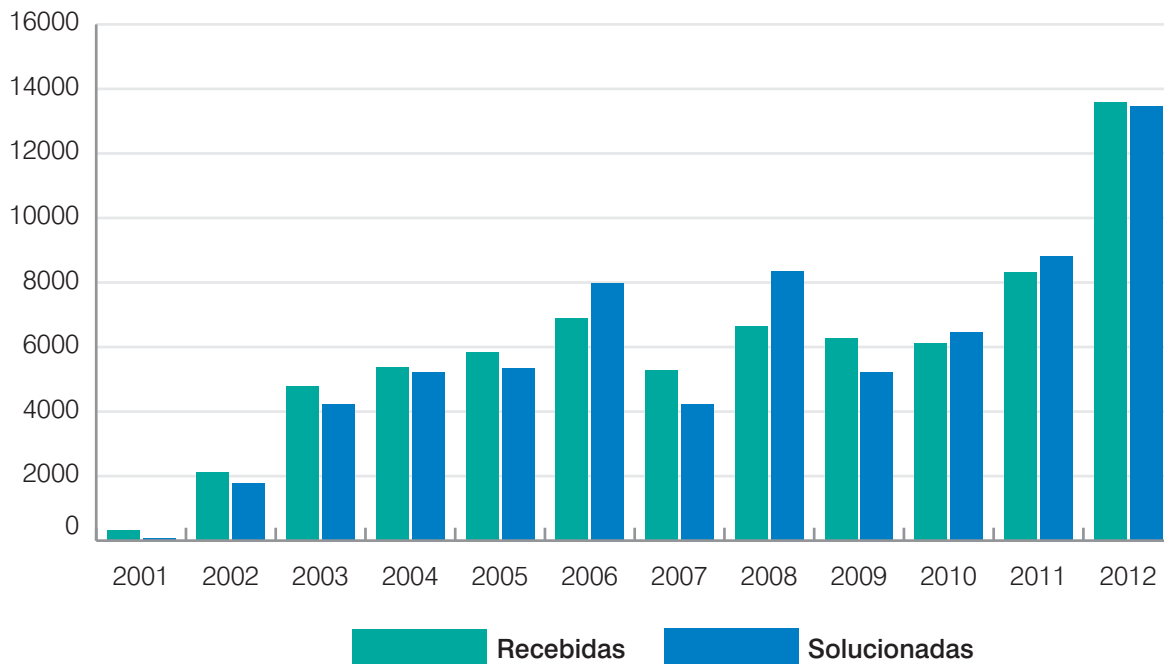
Fonte: Conselho Municipal de Saúde, 2013.

Outro espaço estratégico para o exercício cotidiano e democrático da comunicação entre o cidadão e os gestores de saúde são as ouvidorias. A ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde é o canal de comunicação entre o cidadão e o órgão, recebendo manifestações registradas sob a forma de críticas, reclamações, sugestões e elogios. Visa à melhor solução para o solicitante, mediando conflitos, sinalizando aos gestores os possíveis problemas, e a necessidade de ações para solução e melhoria da qualidade dos serviços prestados à população.

A ouvidoria da SMS-Rio iniciou suas atividades em 2001, integrando o Sistema de Ouvidorias da Prefeitura. Desta época aos dias atuais, fortaleceu-se através da criação das ouvidorias descentralizadas das Coordenadorias de Atenção Primária e de diversos hospitais, incluindo os quatro grandes hospitais de emergência: hospitais municipais Miguel Couto, Lourenço Jorge, Salgado Filho e Souza Aguiar.



Gráfico 34 – Série histórica das demandas recebidas/solucionadas na Ouvidoria. (*) Dados acumulados. SMS-Rio, 2001 a 2012



Fonte: Ouvidoria. SMS-Rio, 2013. (*) Anos de 2006, 2008, 2010 e 2011 incluem a solução de demandas recebidas no ano imediatamente anterior.

3.7 – Painel de Indicadores Sispecto – 2012/2015

	TENDÊNCIA ESPERADA	DESEMPENHO SMS-RIO					METAS SMS-RIO			SETOR RESPONSÁVEL
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	▲	7,2	22,4	28,3	39,0	39,0	46	48	50	SAP SUBPAV
Proporção de interações por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)	▼	31,9	35,4	35,6	32,2	31,2	31	30,5	30	SAP SUBPAV
Cobertura de acompanhamento das Condiionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família	▲	40,8	35,7	33,0	36,1	54,1	45	48	50	CSF SUBPAV

Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	▲	15	9,8	10,2	25,2	25,5	23,0	25,0	26,0	CSB SUBPAV
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	▲	0,37	0,26	0,36	0,59	0,70	0,70	1,0	1,3	CSB SUBPAV
Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	▼	4,6	5,2	5,4	5,4	5,6	6,5	6,0	5,5	SUBPAV
Razão de procedimentos ambulatoriais de média complexidade e população residente	▲	0,5	0,9	1,0	1,1	1,2	0,8	0,9	0,9	G Poli SUBPAV
Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente	▲	1,9	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,1	2,3	SUBHUE
Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente	▲	2,6	2,6	2,8	2,9	3,0	2,9			SUBPAV
Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade na população residente	▲	1,6	1,9	1,8	2,0	2,1	2,1	2,1	2,1	SUBGER/ SURCA

Proporção de serviços hospitalares com contratos de metas firmado	▲	19,5	22,0	6,5	12,3	10,0	12,0	20,0	25,0	SUBGER/ SURCA
Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado	▲	1	11	74	138	220	235	240	245	SVS SUBPAV
Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente	▲	70,1	69,0	70,1	66,0	64,5	66,8	65,6	64,5	SUBHUE
Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)	▼	15,3	16,1	17,4	16,3	16,6	18,1	17,5	16,6	SUBHUE
Proporção de óbitos em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI)	▼	8,5	10,6	10,4	9,3	9,3	10,6	9,9	9,2	SUBHUE
Cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192)	▲	100	100	100	100	100	N/a	N/a	N/a	SUBHUE
Proporção das internações de urgência e emergências reguladas	▲	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	80	80	80	SUBGER/ SURCA

Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população da mesma faixa etária	▲	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4	G Câncer SUBPAV
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária	▲	0,06	0,05	0,04	0,06	0,12	0,12	0,14	0,16	G Câncer SUBPAV
Proporção de parto normal	▲	46,4	44,6	42,8	43,5	42,4	43,0	43,0	43,0	SUBHUE
Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal	▲	66,3	65,8	65,0	64,7	68,0	67,0	68,0	69,0	SVS SUBPAV
Número de testes de sífilis por gestante	▲	0,5	0,4	0,4	0,7	0,6	0,8	0,9	0,9	DST/Aids SUBPAV
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	▼	50	61	62	60	55	47	42	40	SVS SUBPAV
Taxa de mortalidade infantil	▼	13,6	13,6	13,1	12,9	13,1	12,5	12,0	11,0	SVS SUBPAV
Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	▼	62,5	67,4	76,5	82,8	86,9	79,0	80,0	80,0	SVS SUBPAV

Proporção de óbitos maternos investigados	▼	100	100	100	100	100	100	100	100	SVS SUBPAV
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados	▼	65,3	75,7	84,5	85,0	87,0	75,0	78,0	83,0	SVS SUBPAV
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	▼	752	805	898	1.473	1.569	1.150	1.400	1.200	DST/Aids SUBPAV
Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	▲	0,24	0,24	0,27	0,27	0,33	0,49	0,59	0,63	SUBHUE
Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNTs (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e respiratórias crônicas)	▼	417,6	415,0	404,1	399,7	388,6	381,0	371,0	368,0	SVS SUBPAV
Proporção de vacinas do Calendário Básico de Vacinação da Criança com coberturas vacinais alcançadas	▲	50	50	50	50	50	75	75	75	SVS SUBPAV

Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar basilar	▲	74,6	72,1	71,9	73,3	72,8	74,0	76,0	78,0	GPS SUBPAV
Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	▲	43,0	50,0	53,5	57,3	62,7	55,0	60,0	65,0	DTS/Aids e TB SUBPAV
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida	▲	93,8	94,5	94,4	94,8	95,2	95,0	95,0	95,0	SVS SUBPAV
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação	▲	68,9	76,9	83,8	87,0	82,7	80,0	80,0	80,0	SVS SUBPAV
Proporção de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados	▲	3.060	3.291	610	741	2.753	4.000	4.000	4.000	SUBVISA
Percentual de municípios que executam ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios	▲	14,3	28,6	85,7	85,7	100,0	80,0	100,0	100,0	SUBVISA
Número de casos novos de Aids em menores de 5 anos	▼	39	38	36	49	13	40	42	40	DTS/Aids SUBPAV

Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200cel/mm³	▲	29,5	28,5	29,4	28,1	26,2	25,0	24,0	23,0	DTS/Aids SUBPAV
Número de testes sorológicos anti-HCV realizados	▲	15.690	15.888	12.915	20.349	15.136	24.000	23.000	25.000	G Hepatite SUBPAV
Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	▲	84,9	83,4	84,9	90,8	92,4	90,0	90,0	90,0	GDS SUBPAV
Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados	▲	60,9	67,7	62,3	51,0	62,1	73,0	68,0	71,0	GDS SUBPAV
Número absoluto de óbitos por Leishmaniose Visceral	▼	0	1	0	0	0	0	0	0	SUBPAV
Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina	▲	108,9	87,3	33,6	x	61,8	46,0	80,0	80,0	SUBVISA
Número absoluto de óbitos por dengue	▼	157	2	10	51	35	30	28	25	SVS SUBPAV

Proporção de imóveis visitados em pelo menos quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue	▲	22,5	26,8	39,4	41,3	65,7	80,0	80,0	80,0	SVS SUBPAV
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	▲	s/i	145,4	160,6	182,9	205,6	100,0	100,0	100,0	SUBVISA
Proporção de ações de educação permanente implantadas e/ou realizadas	▲	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	85	85	85	SUBG/CGP
Proporção de novos e/ou ampliação de programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família/ Saúde Coletiva	▲	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	n/a	n/a	6	SUBG/CGP
Proporção de novos e/ou ampliação de Programas de Residência Médica em Psiquiatria e Multiprofissional em Saúde Mental	▲	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	n/a	n/a	0	SUBG/CGP

Número de pontos do Telessaúde Brasil redes implantados	▲	3	23	23	23	23	23			GABINETE
Proporção de trabalhadores que atendem ao SUS na esfera pública com vínculos protegidos	▼	97,8	97,3	98,6	96,8	94,3	92,0	92,0	94,0	SUBG/CGP
Número de mesas ou espaços formais municipais e estaduais de negociação permanente do SUS implantados e/ ou mantidos em funcionamento	▲	1	1	1	1	1	n/a			SUBG
Proporção de Plano de Saúde enviado ao Conselho de Saúde	▲	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	1	1	1	SUBGER
Proporção de conselhos de saúde cadastrado no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (Siacs)	▲	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	1	1	1	GABINETE/ OUVIDORIA
Proporção de municípios com ouvidorias implantadas	▲	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	17	17	17	GABINETE/ OUVIDORIA
Componente do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) estruturado	▲	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	1	1	1	SUBGER/ SURCA
Proporção de entes com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preços em Saúde	▲	s/i	s/i	s/i	s/i	s/i	1	1	1	SUBG

■ OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS



Crianças e Mulheres - Dados Referidos

	Nº		Nº
< 1 ano	789	Nº Gestantes < 20 anos	11
		Nº Gestantes > 20 anos	
		Total de Gestantes	104

Escolaridade e Analfabetismo

	Nº	%
Crianças de 7 a 14 anos na Escola	2907	99,8
Crianças de 7 a 14 anos fora da Escola	06	0,2
Maiores que 14 anos alfabetizados	15737	98,3
Maiores que 14 anos não alfabetizados	345	1,7

Rede Pública de Água

	Nº	%
Rede Pública	59	98,3
		0
		0,2

III - INDICADORES

Crianças

Nº de Re
% Ba

Gestante

Cada
Menores de 2
Acompa

Doenças Ref

Hipertensão Art
Diabetes Mel

Número de Consu

Médico 17
Enfermeiro 13

4 – OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS

4.1 – Objetivos



A SMS-Rio tem os seguintes objetivos, para o quadriênio 2014-2017:

- Ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, com redução de desigualdades regionais e aperfeiçoamento da qualidade e das ações e serviços prestados;
- Consolidar a Estratégia de Saúde da Família e as Redes de Atenção à Saúde, com vistas à integralidade das ações ofertadas e à equidade da atenção prestada à população;
- Efetivar um conjunto amplo de ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde, com vistas ao aumento da qualidade de vida da população e de suas gerações futuras;
- Fortalecer a Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde;
- Reestruturar o Complexo Municipal de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria;
- Consolidar a rede informatizada nos serviços municipais de saúde, objetivando a integração dos sistemas, o fortalecimento das ações de monitoramento e de avaliação, qualificando a gestão e integrando as diversas áreas técnicas;
- Assegurar a participação e o controle social na elaboração e na execução das políticas públicas de saúde;
- Consolidar a Gestão Plena da Saúde.

4.2 – Diretrizes, Estratégias e Metas

As oito diretrizes que compõem o Plano Municipal de Saúde refletem os compromissos e as prioridades da SMS-Rio, formulados a partir dos seguintes eixos estratégicos:

- Estruturação da informação clínica;
- Elaboração do programa de gestão de pessoas;
- Gestão de indicadores;
- Reestruturação da regulação;
- Relacionamento com os órgãos de controle;
- Gestão orçamentária;
- Fortalecimento da comunicação;
- Gestão plena da saúde.

Assim, as diretrizes do PMS 2014 – 2017 são transversais. As estratégias e ações que delas derivam são intercambiáveis, perpassam os diversos setores da SMS-Rio e, portanto, a execução das ações, os resultados e o alcance das metas previstas são de responsabilidade coletiva de gestores, profissionais de saúde e esferas de controle social.

Diretriz 1: Efetivar a universalização do acesso aos serviços de saúde com acolhimento e resolutividade em todos os níveis de assistência.

Estratégia 1.1: Construção, ampliação, reformas e renovação do parque tecnológico em unidades de Atenção Primária; aliada à manutenção e à ampliação das equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, com prioridade para as áreas com menores Índices de Desenvolvimento Social.

Ação	Meta Física				Unidade
	2014	2015	2016	2017	
Manutenção do custeio da Rede de Atenção Primária à Saúde	100%	100%	100%	100%	Percentual
Construir, ampliar e reformar Unidades de Saúde da Família	17	14	05	24	Unidade
Construir, ampliar e reformar Unidades de Saúde da Família (Orçamento Participativo – OP)	2	1	0	0	Unidade
Manutenção do custeio da Rede de Atenção Primária à Saúde – ESF e ESB já existentes	814	814	995	1.167	ESF e ESB

Manutenção do custeio da Rede de Atenção Primária à Saúde – ESF e ESB implantadas	–	181	172	41	ESF e ESB
Ampliar a população coberta pelas equipes de Saúde da Família na AP 1.0	51%	59%	81%	81%	Percentual
Ampliar a população coberta pelas equipes de Saúde da Família na AP 2.1	33%	36%	36%	36%	Percentual
Ampliar a população coberta pelas equipes de Saúde da Família na AP 2.2	24%	31%	42%	42%	Percentual
Ampliar a população coberta pelas equipes de Saúde da Família na AP 3.1	54%	61%	66%	72%	Percentual
Ampliar a população coberta pelas equipes de Saúde da Família na AP 3.2	54%	59%	66%	66%	Percentual
Ampliar a população coberta pelas equipes de Saúde da Família na AP 3.3	42%	46%	57%	61%	Percentual
Ampliar a população coberta pelas equipes de Saúde da Família na AP 4.0	36%	56%	70%	74%	Percentual
Ampliar a população coberta pelas equipes de Saúde da Família na AP 5.1	64%	83%	95%	95%	Percentual
Ampliar a população coberta pelas equipes de Saúde da Família na AP 5.2	65%	76%	83%	83%	Percentual
Ampliar a população coberta pelas equipes de Saúde da Família na AP 5.3	94%	96%	100%	100%	Percentual

Estratégia 1.2: Implantação e manutenção do custeio da Rede de Apoio Secundário à Saúde, formada por Policlínicas, Unidades de Atenção Secundária, Centros de Reabilitação, Centros de Especialidade Odontológica e Laboratório Regional de Prótese Dentária.

Ação	Meta Física				Unidade
	2014	2015	2016	2017	
Promover atenção integral ao cuidado em Saúde Bucal (Ações Especializadas)	45.000	47.250	49.613	52.093	Procedimento
Garantir a manutenção do custeio da Rede de Apoio Secundário à Saúde – Policlínicas e Unidades de Atenção Secundária mantidas	20	20	20	20	Unidade
Garantir a manutenção do custeio da Rede de Apoio Secundário à Saúde – Centros de Reabilitação implantados e mantidos	3	3	3	3	Centro
Manter os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD)	6	6	6	6	CEO e LRPD
Manter Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	57	57	57	57	NASF
Realizar consultas médicas especializadas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade	25.172.178	25.172.178	25.172.178	25.172.178	Procedimento

Estratégia 1.3: Implantação, reforma e manutenção de unidades hospitalares e de pronto atendimento.

Ação	Meta Física				Unidade
	2014	2015	2016	2017	
Construir, ampliar e reformar unidades hospitalares	6	18	19	19	Unidade hospitalar
Manutenção do custeio da Rede Hospitalar	100%	100%	100%	100%	Percentual
Adquirir novos equipamentos para as unidades hospitalares	45	0	0	0	Equipamento
Garantir internação hospitalar no SUS	262.391	262.391	262.391	262.391	Internação

Diretriz 2: Garantir a continuidade, a qualidade e a humanização do cuidado com vistas à redução das iniquidades por meio de ações de promoção, prevenção, assistência e vigilância em saúde.

Estratégia 2.1: Continuidade de planos, programas, projetos e ações que tenham como objetivo a melhoria das condições de saúde da população carioca e gerações futuras.

Ação	Meta Física				Unidade
	2014	2015	2016	2017	
Realizar escovação bucal supervisionada	83.628	99.604	115.580	115.580	Escovação
Captar a população para participar das atividades protagonizadas por jovens promotores de saúde	10.016	10.566	11.095	11.650	Atividade

Estratégia 2.2: Garantia da atenção integral à saúde de portadores de doenças crônicas, pessoas idosas e portadores de deficiências físicas e agravos incapacitantes, visando à melhoria da qualidade de vida da população.

Ação	Meta Física				Unidade
	2014	2015	2016	2017	
Ampliar e qualificar serviços de Atenção a Pessoas Vivendo com Deficiências	1	2	2	2	Unidade
Adquirir e garantir a distribuição de órteses, próteses, meio auxiliar de locomoção e bolsa de ostomia	368.270	563.452	591.625	621.206	Unidade
Realizar procedimentos em Atenção Domiciliar	130.000	130.000	130.000	130.000	Procedimento
Garantir atendimento a pacientes por Ações de Práticas Integrativas e Complementares	124.400	190.332	199.849	209.841	Paciente

Estratégia 2.3: Efetivação de ações de Atenção Integral aos Ciclos da Vida e Gênero, com ênfase nas atividades promotoras de equidade em saúde, intensificando a promoção da saúde, incluindo práticas de atividade física nas unidades de atenção primária, tratamento para controle do tabagismo, vigilância nutricional, jovens promotores de saúde, atenção à saúde do escolar e atividades do Núcleo de Cultura, Ciência e Saúde.

Ação	Meta Física				Unidade
	2014	2015	2016	2017	
Captar o usuário para participar das práticas de atividade física nas unidades de Atenção Primária	47.625	50.006	52.507	55.132	Usuário
Implantar nas unidades tratamento para controle do tabagismo	9	9	9	9	Programa implantado

Realizar atividades pelo Núcleo de Cultura, Ciência e Saúde	40	40	40	40	Atividade
Garantir cobertura nas escolas com ações do PSE pelas unidades de Atenção Primária	153	153	153	153	Escola
Implantar e manter, nas unidades de saúde, ações e atividades de alimentação e nutrição	1.383	1.900	1.900	1.900	Ação
Produzir material de comunicação em saúde	917.903	963.799	1.011.988	1.062.588	Material produzido
Implementar ações intersetoriais de promoção da saúde	64	64	64	64	Ação
Implementar ações e atividades da política de equidade em saúde da população negra	18	18	18	18	Ação
Manutenção do custeio do Instituto de Nutrição e Alimentação Annes Dias	100%	100%	100%	100%	Percentual
Núcleo Regional de Gestão Intersetorial de Saúde na Escola implantado e mantido	10	10	10	10	Núcleo

Estratégia 2.4: Fortalecimento de ações e programas de saúde e linhas de cuidado.

Ação	Meta Física				Unidade
	2014	2015	2016	2017	
Realizar campanha para testagem de Sífilis e HIV	1	2	2	2	Campanha
Implantar e manter unidades para tratamento de HIV e Hepatites Virais	1	2	2	2	Unidade implantada

Implantar e manter serviço de apoio e diagnóstico para Tuberculose	56	86	91	95	Serviço implantado
Realizar avaliação do estado nutricional de usuários atendidos pelas ESF	732.123	1.992.000	3.012.200	3.021.200	Usuário

Estratégia 2.5: Acompanhamento dos condicionantes de saúde da população inscrita no Programa Bolsa Família e no cartão Família Carioca por meio da Estratégia de Saúde da Família.

Ação	Meta Física				Unidade
	2014	2015	2016	2017	
Garantir o acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família e do cartão Família Carioca	65%	70%	75%	85%	Percentual

Estratégia 2.6: Garantia da assistência farmacêutica, incluindo produção e distribuição de medicamentos fitoterápicos.

Ação	Meta Física				Unidade
	2014	2015	2016	2017	
Garantir a distribuição de fármacos à população	1.000.000	1.150.000	1.270.000	1.370.000	Fármaco
Garantir a distribuição de fitoterápicos à população	20.000	22.000	24.180	26.622	Fitoterápico

Estratégia 2.7: Garantia de suporte diagnóstico, no âmbito do SUS, incluindo a coleta de exames laboratoriais nas unidades ambulatoriais.

Ação	Meta Física				Unidade
	2014	2015	2016	2017	
Ofertar exames laboratoriais nas unidades ambulatoriais	2.011.949	3.078.282	3.232.196	3.393.806	Exame

Estratégia 2.8: Oferta de exames citopatológicos do colo do útero e da mama para rastreamento do câncer.

Ação	Meta Física				Unidade
	2014	2015	2016	2017	
Realizar exames para rastreamento do câncer de colo cérvico-uterino e de mama	227.515	348.098	365.503	383.778	Exame

Estratégia 2.9: Ampliação do acesso e garantia da qualidade de pré-natal e parto humanizados, por meio do programa Cegonha Carioca.

Ação	Meta Física				Unidade
	2014	2015	2016	2017	
Garantir o atendimento do programa Cegonha Carioca	50.000	50.000	50.000	50.000	Gestante
Qualificar os leitos de cuidado à gestante/bebê	354	354	354	354	Leito

Estratégia 2.10: Efetivação de políticas de atenção e cuidados a crianças e adolescentes HIV positivos.

Ação	Meta Física				Unidade
	2014	2015	2016	2017	
Garantir por meio de parceria com a Sociedade Civil Organizada o acompanhamento de crianças e adolescentes HIV positivos	38	58	61	64	Criança
Fornecer lata de fórmula especial para crianças HIV positivos e outras necessidades especiais	28.000	42.840	44.982	47.231	Lata

Diretriz 3: Ampliar espaços de discussão e as informações para a gestão, assegurando a participação e o controle social na elaboração e execução das políticas públicas, respeitando as deliberações do pleno do Conselho Municipal de Saúde.

Estratégia 3.1: Fortalecimento da participação social com vistas à manutenção e à ampliação de canais participativos, fundamentais ao aprimoramento do SUS e à consolidação das políticas de promoção de equidade em saúde.

Ação	Meta Física				Unidade
	2014	2015	2016	2017	
Fortalecer as Ouvidorias do Nível Central, CAP e Hospitais	1 Ouvidoria Central, 10 Ouvidorias CAP e 7 Ouvidorias Hospitais	1 Ouvidoria Central, 10 Ouvidorias CAP e 7 Ouvidorias Hospitais	1 Ouvidoria Central, 10 Ouvidorias CAP e 7 Ouvidorias Hospitais	1 Ouvidoria Central, 10 Ouvidorias CAP e 7 Ouvidorias Hospitais	
Manter os Conselhos Municipais e Distritais de Saúde	1 COMS e 10 CODS	1 COMS e 10 CODS	1 COMS e 10 CODS	1 COMS e 10 CODS	
Disponibilizar um veículo permanente para cada CODS	2	3	7	10	Veículo

Diretriz 4: Efetivar a política de cuidados aos dependentes químicos, seguindo as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Estratégia 4.1: Fortalecimento da rede de Saúde Mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.

Ação	Meta Física				Unidade
	2014	2015	2016	2017	
Implantar Centro de Atenção Psicossocial (CAPSad) mais Unidade de Acolhimento	2	2	2	2	CAPSad
Manter e qualificar Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	30	32	34	38	CAPS

Capacitar usuários e profissionais em Saúde Mental	435	456	478	500	Usuário
Ampliar e manter número de usuários matriculados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	5.457	5.729	6.051	6.342	Usuário
Ampliar o número de novos usuários beneficiados a cada ano com o tratamento para uso de crack, álcool e outras drogas	202	243	292	350	Usuário
Ampliar o número de usuários inseridos nos serviços residenciais terapêuticos e nas moradias assistidas	305	320	336	352	Usuário
Manter os serviços e as ações de Atenção Psiquiátrica Hospitalar	100%	100%	100%	100%	Percentual
Cadastrar usuário nas bolsas de incentivo à desospitalização e de ressocialização	508	533	559	586	Usuário
Ampliar a rede substitutiva ao fechamento de leitos psiquiátricos de longa permanência	51	55	60	65	Leito

Diretriz 5: Aprimorar a Rede de Atenção às Urgências, articulada às demais redes de atenção.

Estratégia 5.1: Fortalecimento da rede de urgência e emergência por meio da implantação do Acolhimento com Classificação de Risco e a oferta de serviços regionalizados.

Ação	Meta Física				Unidade
	2014	2015	2016	2017	
Qualificar os leitos de retaguarda de enfermagem para a RUE	243	243	243	243	Leito
Implantar os protocolos clínicos das redes de infarto, trauma e neurocirurgia	100%	100%	100%	100%	Percentual
Implantar e monitorar protocolo clínico de Sepsis nos serviços de emergência	50%	75%	90%	100%	Percentual
Realizar atendimentos nas Unidades de Pronto Atendimento fixo (UPA)	1.438.446	1.366.525	1.298.197	1.233.288	Procedimento
Realizar atendimento nas Coordenações de Emergência Regional (CER)	498.015	572.717	658.625	757.418	Procedimento

Diretriz 6: Reestruturar o Complexo Regulador Municipal e qualificar o Sistema de Regulação Ambulatorial e Hospitalar.

Estratégia 6.1: Ampliação da oferta de procedimentos regulados de unidades prestadoras de serviços da Rede SUS.

Ação	Meta Física				Unidade
	2014	2015	2016	2017	
Ampliar o percentual de AIH autorizadas pelo SISREG	85%	90%	95%	100%	Percentual

Realizar visitas de supervisão e auditoria em unidades da rede SUS	1.800	1.800	1.800	1.800	Visita
Garantir Plano Operativo Anual (POA) em todas as unidades de saúde do SUS	100%	100%	100%	100%	Percentual

Estratégia 6.2: Consolidação da rede informatizada nos serviços municipais de saúde para o fortalecimento do Complexo Regulador e das ações de monitoramento e de avaliação, planejamento e gestão.

Ação	Meta Física				Unidade
	2014	2015	2016	2017	
Ampliar percentual de exames com laudos de telemedicina emitidos nos Hospitais e Clínicas da Família	5%	20%	35%	50%	Percentual
Manter os serviços e as ações de Atenção Psiquiátrica Hospitalar	100%	100%	100%	100%	Percentual
Cadastrar usuário nas bolsas de incentivo à desospitalização e de ressocialização	508	533	559	586	Usuário
Ampliar a rede substitutiva ao fechamento de leitos psiquiátricos de longa permanência	51	55	60	65	Leito
Implantar prontuário eletrônico nas unidades de Saúde de Atenção Primária	60%	65%	70%	80%	Percentual
Implantar prontuário eletrônico em UPA, CER e hospitais	20%	30%	50%	75%	Percentual

Modernizar a Central de Regulação e a SURCA, e qualificar o Sistema de Regulação	60 novos computadores	2 salas de situação	1 sala de situação	1 sala de situação	
Implantar soluções de TI que possibilitem a interoperatividade dos sistemas utilizados no âmbito do SUS	10%	30%	50%	75%	Percentual
Manutenção dos sistemas de gestão da SMS	100%	100%	100%	100%	Percentual

Diretriz 7: Fortalecer a gestão do trabalho e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde.

Estratégia 7.1: Investimento na formação, capacitação e qualificação da força de trabalho do SUS.

Ação	Meta Física				Unidade
	2014	2015	2016	2017	
Capacitar servidores em gestão e educação em saúde	2.500	2.750	3.000	3.200	Servidor
Ampliar a qualificação de acadêmicos bolsistas e pós-graduandos na rede	910	910	910	910	Acadêmico e pós-graduando

Estratégia 7.2: Promoção da integração ensino-serviço e a melhoria contínua das condições de trabalho, incluindo a modernização tecnológica das unidades de saúde e dos campos de estágio.

Ação	Meta Física				Unidade
	2014	2015	2016	2017	
Equipar unidades da SMS para o campo de estágio	10	10	10	10	Unidade

Promover a modernização da biblioteca da SMS com aplicação de novas tecnologias da informação	1	1	1	1	Biblioteca
Manter o Comitê de Ética e fortalecer a pesquisa como ferramenta estratégica para a qualificação da força de trabalho em saúde	1	1	1	1	Comitê de Ética

Diretriz 8: Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de vigilância em saúde e vigilância sanitária.

Estratégia 8.1: Fortalecimento das ações de vigilância em saúde, prevenção e controle de doenças.

Ação	Meta Física				Unidade
	2014	2015	2016	2017	
Realizar vistoria em imóveis na cidade, incluindo o LIRAa	4.333.487	4.550.162	4.777.670	7.166.505	Vistoria
Investigar eventos de notificação com potencial para tornar-se emergência em saúde pública	30	32	33	33	Investigação
Investigar doenças e agravos de notificação compulsória	1.520	1.600	1.650	1.650	Investigação
Investigar óbitos em mulheres em idade fértil	78%	83%	87%	91%	Percentual

Potencializar as ações da Coordenação de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS)	1	1	1	1	
Implantar e manter ações descentralizadas de vigilância e promoção em saúde	119	255	255	255	Ação
Realizar campanhas de vacinação	3	3	3	3	Campanha
Realizar aplicação de vacinas	4.000.000	4.000.000	4.000.000	4.000.000	Vacina
Realizar inspeções em estabelecimentos comerciais de maior risco	32.194	33.804	35.494	37.269	Inspeção
Ampliar e fortalecer as equipes de saúde do trabalhador	2	2	2	2	Equipe
Manter as ações de controle de zoonoses e medicina veterinária	100%	100%	100%	100%	Percentual
Realizar ações educativas em vigilância sanitária	480	528	580	640	Ação
Construir e reformar unidades de Zoonoses e Vigilância Sanitária	2	0	0	1	Unidade

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância e Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.

Brasil. Política Nacional de Promoção da Saúde, 2006.

BRASIL. Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 297 p.

BRASIL. Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 132 p.

WORTHEN, Blaine R.; SANDERS, James R.; FITZPATRICK, Jody L. Avaliação de programas: concepções e práticas. São Paulo: Editora Gente, 2004. 730 p.

Brasil. Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

Castro IRR, Engstrom EM, Cardoso LO, Damião JJ, Rito RVFV, Gomes MASM. Tendência temporal da amamentação na cidade do Rio de Janeiro: 1996-2006. Rev Saúde Pública 2009; 43(6): 1021-1029.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.

Índice de Desempenho do Sistema Único de saúde – ID SUS, Ano I, 2011.
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/IDSUS_29-09-12.pdf

Política Nacional de Saúde LGBT. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_LGBT.pdf

Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil: ano 2012.
<http://www.sdh.gov.br/assuntos/lgbt/pdf/relatorio-violencia-homofobica-ano-2012>

Coordenadoria Especial da Diversidade Sexual – CEDS, Rio de Janeiro, RJ. 2013. Racismo como Determinante Social de Saúde.
<http://www.seppir.gov.br/publicacoes/arquivos/racismo-como-determinante-social-de-saude>

Juventude VIVA: Panorama do Município do Rio de Janeiro. SVS/ Coordenação de Vigilância Epidemiológica/ Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – GVDANT

Instituto Pereira Passos – Cadernos do Rio Favela x Não Favela/ junho 2013.
http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivos/3288_favelas_bairros_formais.PDF

Instituto Pereira Passos – Cadernos do Rio – Demografia/ junho 2013.
http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivos/3288_favelas_bairros_formais.PDF

6 – GLOSSÁRIO DE SIGLAS

Aids – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA)
AIH – Autorização para Internação Hospitalar
Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária/MS
AP – Área de Planejamento
Apac – Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade
BK – Bacilo de Koch
BPAI – Boletim de Produção Ambulatorial Individual
CAP – Coordenadoria de Atenção Primária
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Outras Drogas
CEDS-Rio – Coordenadoria Especial da Diversidade Sexual
CER – Coordenação de Emergência Regional
CIB – Comissão Intergestora Bipartite
Cievs – Coordenação de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde
CIR – Comissão Intergestora Regional
CIT – Comissão Intergestora Tripartite
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CMS – Conferência Municipal de Saúde
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRAC – Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade
COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública
COMS – Conselho Municipal de Saúde
CRO – Centro de Referência em Obesidade
DAR – Doenças do Aparelho Respiratório
Datasus – Departamento de Informática do SUS/MS
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV – Doenças Cardiovasculares
DEM – Doenças Endócrino-Metabólicas
DIP – Doenças Infecciosas Parasitárias

DM – Diabetes <i>Mellitus</i>
DT – Doenças Transmissíveis
EAD – Ensino à Distância
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FMS – Fundo Municipal de Saúde
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz/MS
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal
IMC – Índice de Massa Corpórea
Inad – Instituto de Nutrição Annes Dias
IPP – Instituto Pereira Passos
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis
LOA – Lei Orçamentária Anual
MRJ – Município do Rio de Janeiro
MS – Ministério da Saúde
NAF – Núcleo de Assistência Farmacêutica
Nasf – Núcleos de Apoio à Saúde da Família
Notificareg – Sistema de Notificação na Regulação utilizado pela Atenção Primária
Pacas – Programa Academia Carioca de Saúde
Padi – Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso
PCRJ – Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro
PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde Escolar
PIB – Produto Interno Bruto
PNAM – Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNCTIS – Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
PPA – Plano Plurianual

PRMFC – Programa de Residência em Medicina da Família e Comunidade
PSE – Programa Saúde nas Escolas
RA – Região Administrativa
RAP – Rede de Adolescente e Jovens Promotores de Saúde
Remume-Rio – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
Rename – Relação Nacional de Medicamentos
Renases – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RH – Recursos Humanos
RUE – Rede de Urgência e Emergência
SEDH – Relatório Brasileiro de Violência Homofóbica
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
Siops – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
Sispacto – Sistema de Monitoramento dos Indicadores do Pacto pela Vida
Sisreg – Sistema de Regulação
Sisvan – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUBGER – Subsecretaria de Gestão Estratégica e Integração da Rede de Saúde
SUBHUE – Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgências e Emergências
SUBPAV – Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde
Surca – Superintendência de Regulação, Controle e Auditoria
SUS – Sistema Único de Saúde
Tabnet – Tabulador para Internet
TB – Tuberculose
TEIAS – Territórios Integrados de Atenção a Saúde
TIS – Taxa de Inspeção Sanitária
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo
Vigitel – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VIVA – Vigilância de Violências e Acidentes

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
Rua Afonso Cavalcanti, 455/7º andar
Cidade Nova – Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20.211-111
<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/>

Todos os direitos reservados.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 1.000 exemplares