ANEXO C DO CONTRATO

GESTÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

CORE BARRA

(COM RETAGUARDA DE

UNIDADE FECHADA DE TERAPIA INTENSIVA)

INFORMAÇÕES SOBRE TODAS AS ÁREAS DE PLANEJAMENTO

ÁREA DE PLANEJAMENTO 1.0

Formada por 15 bairros e 6 Regiões Administrativas, com 4,6% da população carioca - 268.280 habitantes, segundo o Censo 2000 - e 2,8% do território (34,39 km²). Sua densidade líquida é de 7.801 habitantes por km².

É o centro histórico da cidade, mas também a área que mais sofreu transformações do cenário urbano.

Nos últimos 30 anos perde população - quase 27% entre 1970 e 2000. Por outro lado, atrai diariamente quase um milhão de pessoas que trabalham nesta região, principalmente no setor de serviços. No período 1991/2000 a população decresceu à taxa de 12,6%, maior entre todas as regiões do município. O Centro (–20,3%) e São Cristóvão (–15,1%) sofreram os maiores decréscimos populacionais, seguidos de Rio Comprido (–10,5%), Zona Portuária (–9,3%) e Santa Teresa (–7,6%). A única RA a apresentar crescimento demográfico foi a de Paquetá (+5,0%).

Em 2000, das seis regiões administrativas que compõem a AP 1.0, cinco estavam entre as consideradas de alto desenvolvimento: (respectivos IDH e posição no ranking municipal): Centro (0,894 – 7ª), Santa Teresa (0,868 – 8ª), Rio Comprido (0,836 – 13ª), Paquetá (0,822 – 17ª) e São Cristóvão (0,814 – 18ª). A RA Portuária, por sua vez, apresentou IDH considerado médio (0,775 – 24ª).

Em 2000, a longevidade na área (71 anos) ficou próxima aos níveis médios da Cidade (70,26 anos), destacando-se, duas RA: Portuária - menor taxa (69,59 anos) - e Centro - com a maior (76,12 anos), valor que se aproxima de algumas RA da Zona Sul. O aumento da

longevidade no período de 1991 a 2000 foi maior no Centro (+8%), avançando de 70,47 para 76,12 anos. A menor variação no período pertenceu à RA do Rio Comprido (+5,9%), ao sair de 67,37 para 71,36 anos.

Estima-se que em 2000, aproximadamente 76.787 pessoas viviam em favelas - 28,6% do total da população da área. Houve um decréscimo demográfico dessa população de 9,9%, no período 1991/2000, mas a perda populacional nas favelas foi menor que a da região como um todo: –12,6%.

A renda média da região (três salários mínimos) é inferior à média da Cidade (quatro salários mínimos). Somente o Centro (R$ 633,36) apresenta renda acima da média municipal (Censo IBGE/2000). O bairro da Gamboa possui a renda média mais baixa: R$ 283,60.

A taxa de alfabetização dos moradores é de 91%, abaixo da média do município (93%), alcançando níveis ainda menores no Caju (79%) e na Mangueira (83%). A população, que possui escolaridade superior é de apenas 11%, inferior a média do Município (18%). Os percentuais mais altos estão no Rio Comprido (23%), Santa Teresa (20%) e Centro (18%). Em compensação, bairros como Gamboa e Santo Cristo apresentam menos de 8%, enquanto Caju e Mangueira apenas 3%. A média de anos de estudo é superior à municipal (6,8 anos) apenas no Centro (7,8 anos) e em Santa Teresa (7,0 anos). Ficam abaixo desta média: Rio Comprido (6,4 anos), Paquetá (6,2 anos), São Cristóvão (6,0 anos) e Portuária (5,2 anos).

ÁREA DE PLANEJAMENTO 2.1 e 2.2

A Área de Planejamento 2, formada por 25 bairros, distribuídos por 6 Regiões Administrativas, representa 17% dos cariocas - 997.478 habitantes, segundo o Censo 2000 - e ocupa 8,2% do território - 100,43 km². Sua densidade líquida é de 9.932 habitantes por km². Para a área da saúde ainda se subdivide na AP 2.1 e AP 2.2.

A AP 2 corresponde à área de expansão da cidade promovida por implantação do sistema de bondes, na segunda metade do século XIX. Com sua configuração geográfica entre o mar e o Maciço da Tijuca, é a região que simboliza a imagem da Cidade do Rio de Janeiro.

Convivem historicamente as edificações de luxo e a ocupação irregular por população de baixa renda, que ocupam principalmente as encostas na AP 2, com a degradação da ambiência e a desvalorização dos imóveis no seu entorno. A quase totalidade das favelas da AP 2 foi objeto de programas de urbanização e regularização.

A população tem se mantido estável. Os dados apontam uma perda de população da ordem de 2,3% entre 1970 e 2000. Por região administrativa, o padrão demográfico não é homogêneo - Copacabana sofreu significativa redução de 32,6%, enquanto Vila Isabel cresceu 10,7%. A Rocinha merece destaque por seu expressivo crescimento de 31,3% no período 1991 e 2000.

AP 2.1 - Nesta região composta por apenas quatro RA (Botafogo, Copacabana, Lagoa e Rocinha) se instalou a população com maior poder aquisitivo. É onde se concentra a maior proporção de idosos da cidade, 20,5%, ou seja, pelo menos um em cada cinco moradores já ingressou na terceira idade. O IDH encontra na AP 2.1 seus três melhores resultados da cidade, a exceção fica por conta da favela Rocinha (29ª). A RA de Copacabana é o destaque com a maior esperança de vida ao nascer (77,8 anos). A RA da Lagoa desponta com a maior renda média per capita da Cidade (R$ 2.228,78).

AP 2.2 - Se caracteriza por um perfil muito próximo ao encontrado na AP 2.1, tanto em termos socioeconômicos como no perfil urbano. Esta AP se compõe de apenas duas RA (Tijuca e Vila Isabel), e seu território com 55km² se limita ao sul e a oeste pelo maciço da Tijuca. A leste faz fronteira com a AP 1.0 e ao norte com a AP 3. A participação do grupo etário idoso aqui também é alta, o segundo maior da cidade (19,6%). Os resultados do IDH confirmam a afirmativa anterior, com as RA da Tijuca e Vila Isabel ocupando respectivamente o quarto e sexto melhores resultados da cidade. Seguindo o mesmo padrão da AP 2.1 aqui também a integração, desta região com o Centro, ocorreu a partir da linha de bonde.

A AP 2 está classificada como de alto desenvolvimento humano (censo 2000/IBGE). Das seis regiões administrativas que compõem a área, cinco estão entre as seis primeiras do município em matéria de IDH: Copacabana lidera (0,956), seguida pela Lagoa (0,951), Botafogo (0,947), Tijuca (0,923) e, em sexto lugar no município, a RA de Vila Isabel (0,916). Em contrapartida, a quarta região menos desenvolvida do município encontra-se nessa área: a RA da Rocinha (0,735).

O IDH evoluiu positivamente no período 1991 e 2000. Copacabana saltou da 3ª posição no ranking em 1991 (0,899) para o 1º lugar (0,956); a Rocinha permaneceu na 29ª posição, embora seu IDH tenha variado de 0,678 para 0,735, o maior crescimento da AP 2 (8,4%). A menor variação no período ficou por conta da Lagoa (4,5%), que, com isso, caiu da 1ª para a 2ª colocação no município.

A longevidade, tendo por referência o ano 2000, é consideravelmente alta na AP 2: 77,76 anos na RA de Copacabana, 76,83 na da Lagoa, 76,52 em Botafogo, 75,19 anos na RA de Vila Isabel e 74,73 anos na Tijuca. A Rocinha, mais uma vez, destoa apresentando uma expectativa de vida inferior: 67,91 anos. As maiores variações na longevidade no período 1991/2000 aconteceram nas RA da

Lagoa (de 72,04 para 76,83 anos) e de Copacabana (de 71,81 para 77,76 anos). O menor avanço, nesse sentido, pertence à Rocinha (+3,3%), de 65,76 para 67,91 anos.

A AP 2 recebeu um fluxo migratório de 57.651 pessoas. A AP 2.1 (Zona Sul) recebeu, entre 1991 e 2000, 42.837 migrantes e a AP 2.2 (Tijuca e Vila Isabel), 14.814 migrantes. Desses migrantes, 75,9% procediam de fora do Estado do Rio de Janeiro, com destaque para a Rocinha - 90,9% de seus 5.308 imigrados não eram fluminenses nem cariocas.

Na AP 2, estima-se que 14,7% do total da população da Zona Sul - 146.538 pessoas viviam em favelas (censo 2000/IBGE). Houve um acréscimo desta população na ordem de 15,3% no período 1991/2000. Enquanto isso, no mesmo intervalo, a AP viu decrescer sua população total (–3,5%).

Em 2000, a renda média da AP 2.1 era de R$ 1.619,74 (mais de 10 salários mínimos), superior à média da cidade (cerca de quatro salários mínimos). Lagoa (R$ 2.228,78) e Copacabana (R$ 1.631,44) superaram a média da AP 2.1, enquanto Botafogo ficou um pouco abaixo (R$ 1.498,20). A Rocinha, entretanto, apresentou uma renda média muito inferior: R$ 219,95. Já na AP 2.2, a renda média era de R$ 1.093,99 (mais de sete salários mínimos), superior à média da cidade. A renda média da Tijuca (R$ 1.184,43) era mais elevada que a de Vila Isabel (R$ 1.005,99).

A taxa de alfabetização dos moradores da AP 2.1 (Zona Sul), é de 98%, acima da média da Cidade (93%). A Rocinha apresenta um nível mais baixo da área: 87,9%. A média de anos de estudo da população residente das RA de Botafogo, Copacabana e Lagoa é de 10 anos, superior à média da cidade (6,8 anos). Na Rocinha, todavia, essa média é inferior: 4,1 anos. Na AP 2.2, a taxa de alfabetização

dos moradores, também é elevada (98%). A média de anos de estudo da população residente das RA da Tijuca (9,3 anos) e de Vila Isabel (8,9 anos) também é superior à média da cidade (censo 2000/IBGE).

ÁREA DE PLANEJAMENTO 3.1, 3.2 e 3.3

A Área de Planejamento 3 possui 80 bairros distribuídos em 13 Regiões Administrativas, que correspondem a 16,6% do território municipal - 203,47 km² - e a 40,2% do total da população residente no Rio de Janeiro - 2.353.590 habitantes, segundo o Censo 2000. Sua densidade líquida é de 11.567 habitantes por km².

Para a área da saúde esta subdividida em três:

AP 3.1 - teve como vetor indutor do crescimento o eixo da Estrada de Ferro da Leopoldina sendo composta de seis RA (Ramos, Penha, Vigário Geral, Ilha do Governador, Complexo do Alemão e Complexo da Maré).

AP 3.2 - teve como meio de integração interna e com o Centro da cidade, o trem, no caso a Estrada de Ferro Central do Brasil. Fazem parte desta região as seguintes RA: Méier, Inhaúma e Jacarezinho.

AP 3.3 - teve como meio de integração interna e com o Centro da cidade, o trem, no caso duas linhas férreas a da Central do Brasil e a Auxiliar. Fazem parte desta região as seguintes RA: Irajá, Madureira, Anchieta e Pavuna.

De cada cinco cariocas, dois moram na AP 3 - o maior contingente populacional do município (40,2%). E, de cada dois moradores de favela, um está na AP 3 (49,9% da cidade).

A população cresceu no período de 1991/2000 à taxa de 1,4%. A maioria das RA teve incremento populacional. Destaque para Maré (19,5%), Pavuna (9,3%), Anchieta (9,2%) e Ilha do Governador (7,3%). Enquanto isso, quatro regiões registraram perdas: Méier (–5%), Inhaúma (–5,8%), Irajá (-3,8%) e Jacarezinho (–11,2%).

Durante muito tempo, as amplas possibilidades de expansão horizontal comandaram a ocupação da AP 3, gerando um espaço com pouca identidade. Nos últimos anos, a estrutura urbana da AP 3 apresenta-se em processo de mudanças. A inauguração da Linha Amarela, em 1997, tornou possível a abertura de novas articulações e acessos no conjunto de bairros diretamente afetados, bem como a conexão, com maior rapidez, entre as AP 3 e 4.0. Por outro lado, aconteceu a segmentação de bairros, cortados pela via expressa.

Das 13 regiões administrativas que compõem a AP 3, apenas 12 são consideradas na pesquisa do IDH (RA de Vigário Geral integrava a RA da Penha à época da pesquisa). Dessas, oito estão entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento: Méier (0,865), Ilha do Governador (0,862), Irajá (0,851), Madureira (0,834), Inhaúma (0,833), Ramos (0,828), Penha (0,805) e Anchieta (0,805). As melhores colocações, Méier e Ilha, correspondem respectivamente à 9ª e à 10ª posição no ranking de 32 regiões administrativas. Em contrapartida, os três piores índices do município estão na AP 3: Jacarezinho (0,731), Complexo da Maré (0,719) e Complexo do Alemão (0,709).
Quanto ao desenvolvimento do IDH na área, todas as regiões tiveram taxas de crescimento positivas entre 1991 e 2000: de 5,7% na Pavuna até 8,1% na região de Madureira. Esta última saltou da 17ª posição no ranking em 1991 (IDH de 0,772) para a 14ª posição (0,834). Jacarezinho, Complexo da Maré e Complexo do Alemão permaneceram nas 30ª, 31ª e 32ª colocações, respectivamente, ficando, nas três últimas posições no ranking municipal (variações em torno de 8%). A menor variação no período ficou por conta da Pavuna, que manteve a 25ª colocação.

A longevidade é considerada média/alta (censo 2000/IBGE): 70,82 anos, ligeiramente acima da média do município (70,26 anos). As RA onde as expectativas de vida são mais elevadas são: Irajá (73,93 anos), Ilha do Governador (72,66 anos), Madureira (72,59 anos), Inhaúma (71,82 anos), Ramos (71,68 anos) e Méier (71,58 anos). Em contrapartida, as regiões com os níveis mais baixos são: Complexo do Alemão (64,38 anos), Complexo da Maré (66,03 anos), Jacarezinho (66,30 anos) e Pavuna (67,41 anos).

As maiores variações na longevidade no período considerado, 1991 a 2000, pertencem às RA de Irajá (de 68,25 para 73,93 anos) e Madureira (de 67,24 para 72,59 anos), respectivamente com +8,3% e +7,9%. O menor avanço nesse sentido ficou por conta da RA do Complexo do Alemão (+2%), de 62,37 para 64,38 anos.

A AP 3 recebeu um fluxo migratório de 72.568 pessoas entre 1991 e 2000 - quase um terço (32%) do total de migrações do município. As regiões administrativas que mais contribuíram para este resultado foram Méier (16,3%), Ilha do Governador (15,4%), seguido por Madureira e Penha (ambas com 11%). Desses imigrantes da AP 3, 70,5% procediam de fora do Estado do Rio de Janeiro. No Complexo da Maré, esse percentual foi ainda maior: 88,1%.

Na AP 3, estima-se que, em 2000, aproximadamente 544.737 pessoas viviam em favelas, o correspondente a 23,1% do total da população da área. Levando em conta que a população de favela, em 1991, correspondia a 480.524 habitantes (ou 20,7%), houve um acréscimo dessa população na ordem de 13,4% no período 1991/2000. Enquanto isso, no mesmo intervalo, a AP viu crescer sua população total em 1,5%.

Em 2000, a renda média da AP 3 era de R$ 417,02 (cerca de 2,76 salários mínimos), inferior à média da cidade (cerca de 4 salários mínimos ou aproximadamente R$ 600,00). Duas regiões apresentaram renda acima da média municipal: Méier (R$ 619,89) e Ilha do

Governador (R$ 616,28). Acima da média da própria AP estavam as seguintes regiões: Irajá (R$ 450,26) e Ramos (R$ 427,62). Todas as demais regiões possuíam médias abaixo de R$ 400,00, sendo que os índices mais baixos pertenciam às regiões do Complexo da Maré (R$ 187,25), Jacarezinho (R$ 177,98) e Complexo do Alemão (R$ 177,31).

A taxa de alfabetização dos moradores, em 2000, era superior à média da Cidade (96%), variando de 97% (RA Méier) até 89% (RA Complexo da Maré). Quanto à evolução da taxa, as maiores variações registradas estavam no Complexo da Maré (7,4%), Complexo do Alemão (6,5%) e Jacarezinho (6,1%).

Na AP 3, a maior média de anos de estudo pode ser encontrada na RA do Méier (7,7 anos). Pouco atrás, estão a da Ilha do Governador (7,2 anos) e a de Irajá (7,1 anos), todas três acima da média municipal (6,8 anos de estudo). Madureira e Inhaúma ficam ligeiramente abaixo desta média (6,7 anos). As piores médias também nesse quesito ficam com o Complexo do Alemão (4,2 anos), Complexo da Maré (4,3 anos) e Jacarezinho (4,7 anos), acompanhadas de perto pela RA da Pavuna (5,5 anos).

ÁREA DE PLANEJAMENTO 4.0

A Área de planejamento 4.0 é formada por 19 bairros distribuídos por três Regiões Administrativas. No conjunto da cidade, a AP 4.0 corresponde a 24% da área - 293,79 km² - e 11,6% da população carioca - 682.051 habitantes, segundo o Censo 2000. Sua densidade líquida é de 2.322 habitantes por km².

Trata-se de extensa área de baixada, limitada pelos maciços da Tijuca e Pedra Branca e pelo Oceano Atlântico, mantida durante muito tempo preservada, sem inserção na malha urbana, em função das próprias características geográficas que lhe dificultavam o acesso, sendo sua base rural, com predominância de sítios e chácaras.

Apenas em meados do século XX ocorreu a inserção definitiva da área ao território da cidade pela implantação de novas conexões rodoviárias. A ocupação foi conduzida pela continuação do eixo litorâneo, vindo da zona sul, expandindo a ação do vetor residencial mais valorizado da cidade. Dois vetores passaram então a conduzir a urbanização da área. Um mais antigo por Jacarepaguá e um novo, pela Barra da Tijuca. Esta última, por extensão, valores ambientais e potencial de crescimento, foi objeto de um plano de ocupação realizado em 1969 por Lucio Costa. Este plano contribuiu para a preservação de diversas áreas naturais de grande importância, mas por outro lado trouxe um modelo de ocupação calcado na segregação de usos, na negação do tecido urbano tradicional – com densidade e espaços públicos de interação, como no Jardim Oceânico e Barrinha – e na dependência em relação ao transporte individual. Um resultado indireto foi a segregação social, com o surgimento e expansão de favelas destinadas a abrigar uma mão de obra para a qual o plano não previu claramente alternativas.

Desde então, a AP 4.0 registra um fantástico crescimento, verificado, sobretudo, na região administrativa da Barra da Tijuca que passou de 5.779 residentes em 1970 para 174.353 em 2000, numa variação de 2.917% em 30 anos. A ação do mercado imobiliário é bastante forte na região, respondendo em 2004 por 69,3% das unidades lançadas em empreendimentos imobiliários efetuados na cidade. Aliás, tal característica se revela constante desde a implantação dos primeiros condomínios residenciais, dotados de infra-estrutura e segurança, construídos em meados da década de 70. Na evolução foram construídos centros comerciais, de entretenimento e lazer. Nos últimos anos, a implantação de centros de serviços tem atraído empresas que tradicionalmente estavam localizadas em áreas mais centrais, fortalecendo a pluralidade de funções localizadas na área.

Os dados demográficos indicam que a população da AP cresceu a 29,6%, no período 1991/2000, o equivalente a um aumento absoluto de 155.749 moradores. A Região Administrativa que mais contribuiu para a obtenção deste resultado foi a da Barra da Tijuca. Nesta, um verdadeiro "boom" vem sendo verificado: variação de 76,5% no período. Em números absolutos isso corresponde a um incremento de 75.562 habitantes. Aliás, no aspecto absoluto, a variação de Jacarepaguá foi ainda maior: mais 80.380 habitantes, com variação percentual de 20,6%. Já a terceira região, a Cidade de Deus, teve ligeira perda populacional, – 0,5%, ou seja, menos 193 habitantes.

O desenvolvimento acelerado que vem ocorrendo na AP 4.0 é indicado por sua participação, da ordem de 25%, na variação verificada no total de domicílios da cidade, entre 1991 e 2000. A velocidade da urbanização encontra um ponto de inflexão, na medida em que não se faz presente na preservação das excepcionais condições naturais da área, sobretudo o sistema lagunar.

Das três regiões administrativas que compõem a AP 4.0, temos o seguinte quadro, com a indicação do IDH e da posição no ranking municipal de cada uma: Barra da Tijuca (0,918 – 5ª), seguida por Jacarepaguá (0,844 – 12ª) e Cidade de Deus (0,754 – 26ª), que está entre as sete últimas.

A observação do IDH no período 1991/2000 demonstra que todas as RA da AP 4.0 tiveram crescimento significativo do índice, acima da média do município, mas apenas a Cidade de Deus melhorou sua posição no ranking municipal (ainda que pouco: da 27ª para a 26ª posição). Barra da Tijuca e Jacarepaguá caíram ambas uma posição no referido ranking. A RA de maior variação foi Cidade de Deus (+8,8%), seguida de Jacarepaguá (+5,8%) e Barra da Tijuca (+5,5%).

Tendo por base o ano 2000, a longevidade média na AP 4.0 era de 71,76 anos, superior à média da cidade (70,26 anos). Nas regiões administrativas, eram estes os resultados em relação à expectativa de vida: 72,69 anos na Barra da Tijuca, 71,78 anos em Jacarepaguá e 67,35 na Cidade de Deus. A maior variação entre 1991 e 2000 foi registrada na Cidade de Deus (+7,7%), responsável pela elevação da longevidade nesta, em mais cinco anos. A menor variação no período foi na RA de Jacarepaguá (+ 4,2% ou + 2,94 anos).

A AP 4.0 recebeu um fluxo migratório de 38.379 pessoas entre 1991 e 2000, o correspondente a 17% do total de migrações do município. No interior da AP, as regiões administrativas que mais contribuíram para este resultado foram Jacarepaguá, com 60,7% e Barra da Tijuca, com 38,4% das migrações. Desses imigrantes da AP 4.0, 81,5% procediam de fora do Estado do Rio de Janeiro, o que significa o maior fluxo deste tipo entre as cinco Áreas de Planejamento. Em Jacarepaguá, este percentual cresceu para 82,3%.

Na AP 4.0, estima-se que, em 2000, aproximadamente 144.394 pessoas viviam em favelas, o correspondente a 21,2% do total da população da área. Levando-se em conta que a população de favela em 1991 era de 72.182 habitantes (então 13,7% da população total da AP 4.0), essa população mais que dobrou no período 1991/2000 (+100%), enquanto a população total cresceu 29,6%.

Em 2000, a renda média da AP 4.0 era de R$ 808,04 (cerca de 5,35 salários mínimos), superior à média da cidade (de cerca de quatro salários mínimos ou algo em torno de R$ 600,00). Das três RA desta área, apenas a Barra da Tijuca (com R$ 1.694,12 ou 11,2 salários mínimos) tem renda acima da média municipal e abaixo desta estão Jacarepaguá (R$ 527,72) e Cidade de Deus (R$ 207,56).

A taxa de alfabetização dos moradores da AP 4.0, em 2000, é de 96%, portanto, superior à média da Cidade (93%), assim dividida: Barra da Tijuca (97%), Jacarepaguá (95%) e Cidade de Deus (94%).

A maior média de anos de estudo pode ser encontrada na região da Barra (8,6 anos). Jacarepaguá fica em segundo lugar com 6,8 anos de estudo. Na terceira posição, aparece a região da Cidade de Deus, bem abaixo, com média de cinco anos de estudo.
No período 1991/2000, todas as RA da AP 4.0 apresentaram evolução nos índices de educação, com crescimento nas taxas de alfabetização: Barra da Tijuca (+ 3,9%), Cidade de Deus (+ 3,5%) e Jacarepaguá (+ 1,9%).

ÁREA DE PLANEJAMENTO 5.1, 5.2 e 5.3

Área de planejamento 5 é formada por 20 bairros e 5 regiões administrativas. Corresponde a 48,4% do território do Município - 592,45km² - e abriga cerca de 26,6% da população carioca. - 1.556.505 habitantes, segundo o Censo 2000. Sua densidade líquida é de 2.627 habitantes por km².

A Zona Oeste, como é conhecida, foi tratada como última fronteira da urbanização do Rio de Janeiro. Nela, foram mantidos, durante muito tempo, os usos agrícolas e as extensas propriedades, que foram se extinguindo com a pressão da urbanização, a partir da década de 1960.

Embora cortada pela ferrovia, que chegava a Santa Cruz, fatores como distância, ausência de serviços e áreas militares, bloquearam a continuidade da expansão urbana, inicialmente concentrada no entorno das estações ferroviárias.
Gradativamente, a ocupação foi sendo expandida, o que é atestado pelo crescimento populacional da área, de 124,3% nos últimos 30 anos (1970/2000).

Como local de moradia para um pouco mais de um quarto da população da cidade, a AP 5 apresenta 11,6% desse contingente morando em ocupações irregulares, loteamentos irregulares ou clandestinos e favelas.

Considerando a presença de vazios urbanos passíveis de urbanização, os recursos ambientais, a implantação de grandes empreendimentos e a interação com municípios limítrofes, a AP 5 revela-se como uma possibilidade de expansão da cidade de forma ordenada e equilibrada ambientalmente, sendo, assim, um desafio e uma responsabilidade.

Interferem na estruturação urbana do entorno onde estão situados, o Complexo Penitenciário de Bangu e as áreas de destino final do lixo da cidade em Gericinó.

Para a área da saúde está subdividida em três:

AP 5.1 - teve como meio de integração interna e com o Centro da cidade, o trem, no caso a linha férrea da Central do Brasil. Esta região se compõe de apenas duas RA, Realengo e Bangu, e tem como limite norte os municípios de Nilópolis e Mesquita, a leste com a AP 3.3 e a AP 4.0, a oeste pela AP 5.2 e ao sul pela AP 4.0. O crescimento urbano acelerado da década de 60 se deu em função da remoção de favelas da Zona Sul da cidade. A RA de Bangu é aquela com maior densidade demográfica da Zona Oeste.

AP 5.2 - teve como meio de integração interna e com o Centro da cidade, o trem, no caso a linha férrea da Central do Brasil. Esta região se compõe de duas RA Campo Grande e Guaratiba e tem como limite norte o município de Nova Iguaçu, a leste com a AP 5.1, a oeste pela AP 5.3 e a Baía de Sepetiba e ao sul pela AP 4.0 e o Oceano Atlântico. A RA de Campo Grande se caracteriza como a mais populosa da cidade, com 484 mil habitantes, em contraposição a Guaratiba, a de menor em toda Zona Oeste. Vale lembrar que Campo

Grande é o grande centro de toda a AP 5 estendendo seu raio de influência econômica aos municípios limítrofes (Nova Iguaçu, Seropédica e Itaguaí). A RA de Guaratiba convive com o pior IDH entre todas as RA.

AP 5.3 - teve como meio de integração interna e com o Centro da cidade, o trem, no caso a linha férrea da Central do Brasil. Esta região se superpõe a RA de Santa Cruz que tem como limite norte os municípios de Nova Iguaçu e Itaguaí, a oeste e ao sul pela Baía de Sepetiba e a leste pela AP 5.2. Esta foi a última AP a sofrer o processo de urbanização. Santa Cruz tem o pior resultado do IDH, ficando em 28º lugar.

Os dados demográficos indicam que, na AP 5, a população cresceu à taxa de 20,5%, no período 1991/2000, o equivalente a um aumento absoluto de 264.329 moradores. Todas as cinco RA da AP tiveram incremento populacional neste período. Porém, em números absolutos, o destaque foi Campo Grande que, com um incremento de 103.420 habitantes, elevou sua população a quase 485 mil habitantes. Já em termos relativos, o destaque foi Guaratiba, com crescimento populacional de cerca de 2/3 (ou 66,5%). O menor crescimento demográfico, tanto absoluto quanto relativo, ficou por conta da RA de Realengo, que atingiu uma população de 239.146 habitantes: foram mais 14.358 habitantes, num incremento de 6,4%.

Na década de 90, as áreas naturais, foram reduzidas de 29% para 25% do território, sendo suprimidos 2.352 hectares de florestas e 51 hectares de vegetação de mangue.

Em 2000, das cinco regiões administrativas que compõem a AP 5, apenas uma estava entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento: Realengo (0,813 – 19ª posição no ranking do município). As demais regiões encontravam-se como a seguir: Campo

Grande (0,792 – 22ª posição), Bangu (0,792 – 23ª posição), Santa Cruz (0,747 – 27ª posição) e Guaratiba (0,746 – 28ª posição). Vale lembrar que o ranking era composto por 32 regiões.

Quanto ao desenvolvimento do IDH na área, todas as regiões tiveram taxas de crescimento positivas entre 1991 e 2000: de 7,4% em Campo Grande até 9,3% em Guaratiba. Apesar da melhora do índice nas cinco RA, três mantiveram-se na mesma posição no ranking e duas ascenderam uma posição (Realengo e Santa Cruz).

Em 2000, a longevidade nesta área era de 68,62 anos. As RA onde as expectativas de vida eram mais elevadas resumiam-se a Realengo (70,39 anos) e Bangu (69,81 anos). Completando o cenário, Campo Grande (com 68,71 anos), Guaratiba (67,12 anos) e Santa Cruz (65,99 anos).

As maiores variações na longevidade no período considerado, 1991 a 2000, pertenceram às RA de Guaratiba (de 62,37 para 67,12 anos) e Realengo (de 66,36 para 70,39 anos), respectivamente com + 7,6% e + 6,1%. O menor avanço neste sentido ficou por conta da RA de Campo Grande (+ 5,4%), de 65,19 para 68,71 anos.

A AP 5 recebeu um fluxo migratório de 42.099 pessoas entre 1991 e 2000, o correspondente a quase 19% do total de migrações do município. No interior da AP, as regiões administrativas que mais contribuíram para este resultado foram Campo Grande, com 33,1%, Santa Cruz, com 19,8% e Bangu (19,1%). Mais atrás estavam Guaratiba e Realengo, respectivamente com 14,6% e 13,6%. Desses imigrantes da AP 5, 69,4% procediam de fora do Estado do Rio de Janeiro (sendo que na RA de Guaratiba a incidência é de 82,5%) e 19,3% da Região Metropolitana do Rio.

Na AP 5, estimava-se que, em 2000, aproximadamente 180.020 pessoas viviam em favelas, o correspondente a 11,6% do total da população da área. Levando em conta que a população de favela em 1991 correspondia a 117.491 habitantes (ou 9,1%), houve um acréscimo desta população na ordem de 53,2% no período 1991 - 2000. Enquanto isso, no mesmo intervalo, a AP viu crescer sua população total em pouca mais de 20,5%.

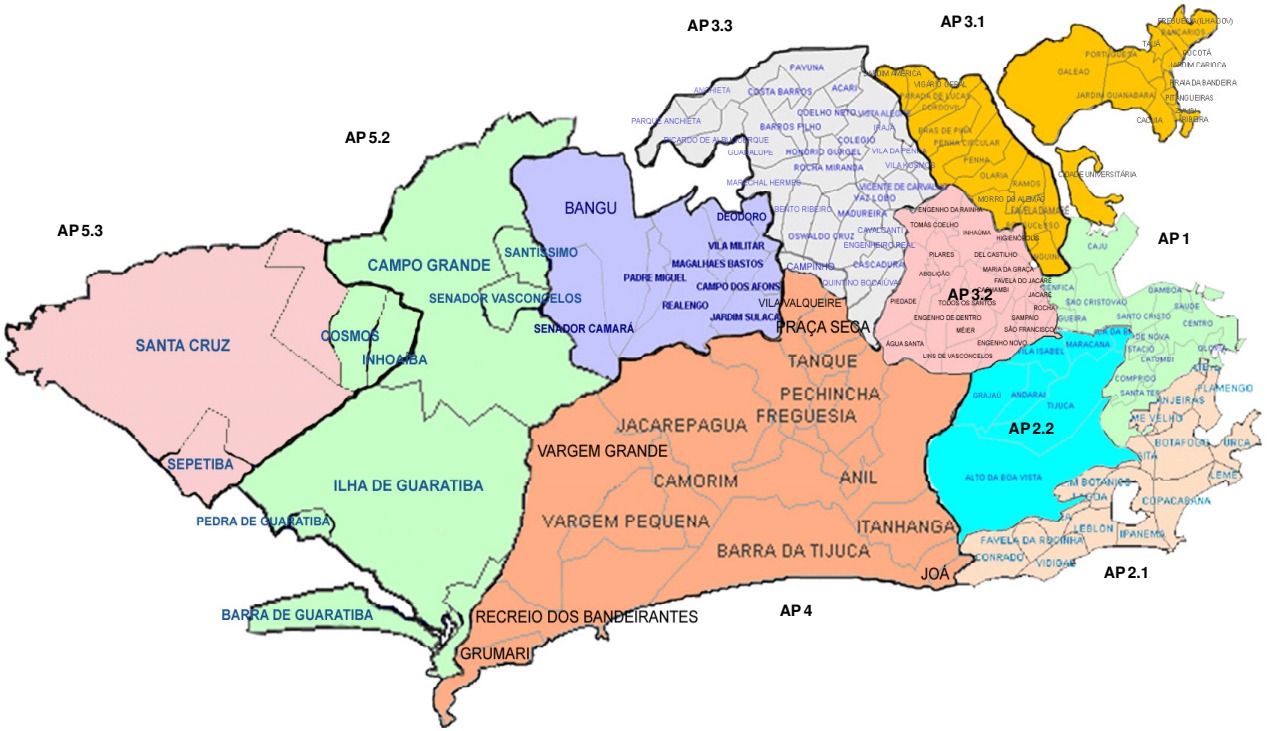
Segundo o texto publicado no Rio Estudo nº 42, em 2002, os dados mais recentes sobre a população de favelas na cidade do Rio de Janeiro, "na Zona Oeste, o IBGE deve ter muito mais dificuldades em distinguir setores normais de subnormais. O padrão de ocupação do solo é relativamente mais homogêneo e contínuo, com uma sucessão de conjuntos habitacionais, loteamentos, parcelamentos irregulares e invasões. Talvez por isso a Zona Oeste tenha apenas 12% de sua população em setores subnormais, menos que qualquer outra área da cidade".

A título de exemplo, a XIX RA – Santa Cruz possui no seu território 114 loteamentos (46 irregulares e 68 clandestinos) e 33 favelas. Este conjunto de assentamentos abriga uma população estimada em cerca de 140.000 habitantes, o que corresponde a aproximadamente 45% do total dos seus moradores (Rio Estudo n° 111 – Santa Cruz e a Fazenda Nacional - Notas sobre a Situação Fundiária, ago. 2004).

Em 2000, a renda média da AP 5 era de R$ 282,10 (cerca de 1,87 salário mínimo), inferior à média da cidade (em torno de R$ 600,00). Nenhuma RA da região apresenta renda acima da média municipal, no entanto, a melhor média pertence à RA de Realengo (R$ 339,73), seguida de Campo Grande (R$ 304,24), Bangu (R$ 287,03), Guaratiba (R$ 234,37) e, por último, Santa Cruz (212,21).
A taxa de alfabetização dos moradores, em 2000, era superior à média da Cidade (93%), com média de 94,8%. A taxa variava de 96,2% (RA Realengo) até 90,7% (RA Guaratiba), com crescimento em todas as RA.

Na AP 5, a maior média de anos de estudo pode ser encontrada na RA de Realengo (6,2 anos). Logo atrás está a de Campo Grande (5,9 anos) e a de Bangu (5,7 anos). As piores médias ficam por conta das regiões de Santa Cruz e Guaratiba, com respectivamente 5,1 e 4,7 anos. Todas as regiões administrativas da AP estão abaixo da média municipal: 6,8 anos de estudo.

**Mapa A – Distribuição dos bairros que compõem as áreas de planejamento
Cidade do Rio de Janeiro**



INDICADORES DE SAÚDE

O acompanhamento das condições de saúde da população carioca se dá a partir de um conjunto de informações produzidas, em grande parte, por dois sistemas de informações - os Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e sobre Mortalidade (SIM).

Nascimentos da Cidade do Rio de Janeiro

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC – possibilita a consolidação de indicadores de importância para o acompanhamento das condições de nascimento das crianças desta cidade, assim como a situação da assistência pré-natal.

Desde 1993 as informações sobre condições de nascimento na Cidade vêem sendo analisadas, e, desde 2003 este sistema encontra-se descentralizado para as 10 Coordenações de Área de Planejamento (AP) da Secretaria Municipal de Saúde. Esta descentralização possibilitou maior agilidade na disponibilização dos dados para os gestores.

Ao longo destes anos tem sido realizado o acompanhamento de alguns indicadores – prematuridade, baixo peso, freqüência de cesarianas, número de consultas de pré -natal, taxa de fecundidade, taxa de natalidade e cobertura SUS.

Estes dados serão analisados em uma pequena série de anos, de 2000 a 2006 para as AP, observando-se as diferenças de padrão em relação ao perfil da Cidade.

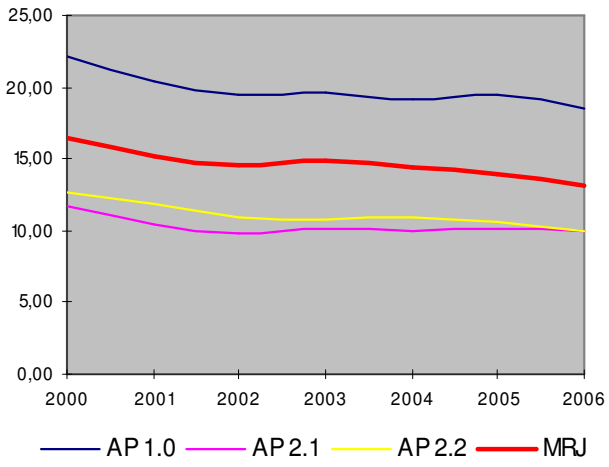
Taxa de Natalidade

A taxa de natalidade é um indicador que expressa a influência dos nascimentos na população em geral, ou seja, possibilita a avaliação do crescimento vegetativo da população quando observada em conjunto com a taxa de mortalidade.

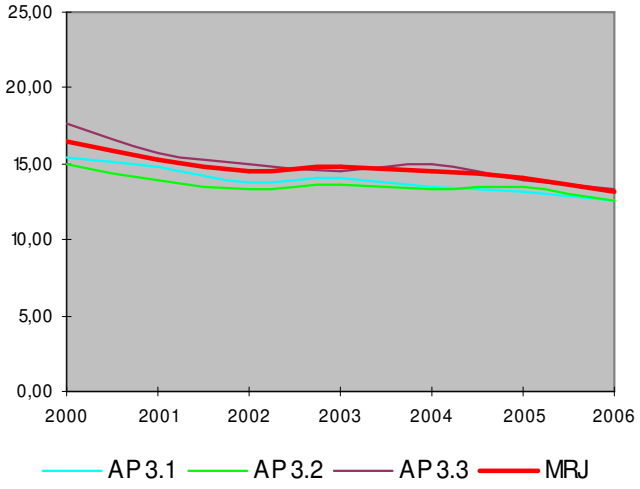
Taxas de natalidade elevadas são encontradas em situações socioeconômicas mais precárias. Para o Brasil a taxa de 2004 foi de 18,11/1000. As taxas das regiões norte/nordeste situam-se acima de 20/1000.

Para a Cidade do Rio de Janeiro em 2006 a taxa de natalidade atingiu o patamar de 13,2/1000. De 2000 a 2006 este indicador apresentou redução de 20%. Entre as AP, as maiores quedas da taxa de natalidade ocorreram nas AP 5.2, 5.3, 5.1 e 3.3. As maiores taxas são encontradas nas AP 1.0 – 18,0/1000 - e AP 5.3 – 15,6/1000. Deve-se levar em consideração a estrutura etária das áreas e o tamanho da população. Neste sentido a AP 1.0, com a taxa mais elevada da Cidade, tem uma população pequena e estrutura etária mais envelhecida que a AP 5.3. A natalidade mais baixa é encontrada nas AP 2.1 e 2.2. As AP 3.1, 3.2 e 3.3 definem a média da Cidade enquanto que as AP 4.0, 5.2 e 5.3 estão acima dela.

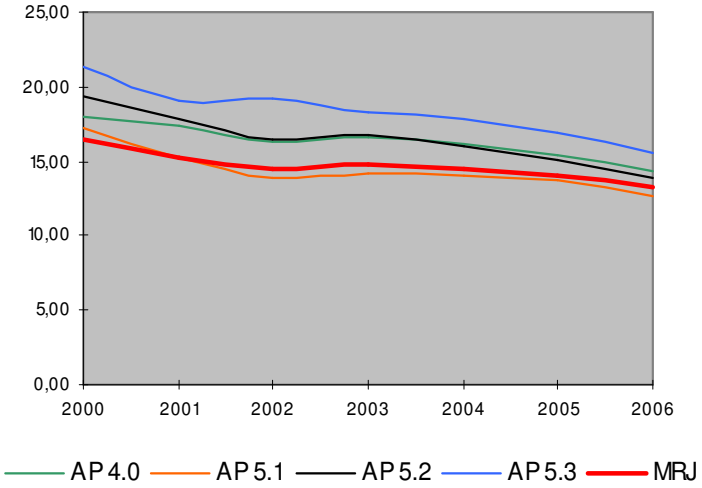
Coeficiente de Natalidade
AP 1.0, 2.1 e 2.2 - 2000 a 2006



Coeficiente de Natalidade
AP 3.1, 3.2 e 3.3 - 2000 a 2006



Coeficiente de Natalidade
AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 - 2000 a 2006



Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

Taxa de Fecundidade

A taxa de fecundidade total é o número médio de filhos nascidos vivos tidos por uma mulher. Expressa a dinâmica demográfica da população em relação à capacidade de reposição populacional.

> *"Taxas inferiores a 2,1 são sugestivas de fecundidade insuficiente para assegurar a reposição populacional. O decréscimo da taxa pode estar associado a vários fatores, tais como: urbanização crescente, redução da mortalidade infantil, melhoria do nível educacional, ampliação do uso de métodos contraceptivos, maior participação da mulher na força de trabalho e instabilidade de emprego".(Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). / IBGE: Censo Demográfico, Contagem da População, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios(PNAD), estatísticas do Registro Civil e estimativas e projeções demográficas.).*

A taxa de fecundidade do Brasil para os anos de 2000 e 2004 foi respectivamente 2,36 e 2,04. Neste pequeno período este indicador decresceu 14%. Em uma série maior, de 1991 a 2004, a taxa decresceu 25%.

Para o Estado do Rio de Janeiro, a taxa de fecundidade em 1991 era de 2,09 e em 2004 encontrava-se em 1,77.

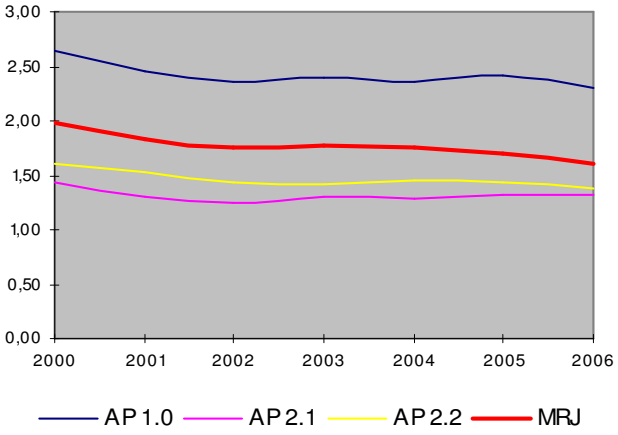
Para a Cidade do Rio de Janeiro, a taxa no ano 2000 situava-se em 1,98 e em 2006 atingiu 1,60. Esta variação representa um decréscimo de 19%, acima do que foi encontrado para o Brasil no mesmo período.

Apesar de pequenas distorções que possam ocorrer em virtude de se ter que trabalhar no cálculo do indicador com estimativas populacionais, e de no cálculo nacional se considerar a faixa etária de mulheres de 15 a 49 anos, enquanto para Cidade consideramos a faixa de 10 a 49 anos, encontramos resultados compatíveis com o comportamento deste índice nacional e regionalmente.

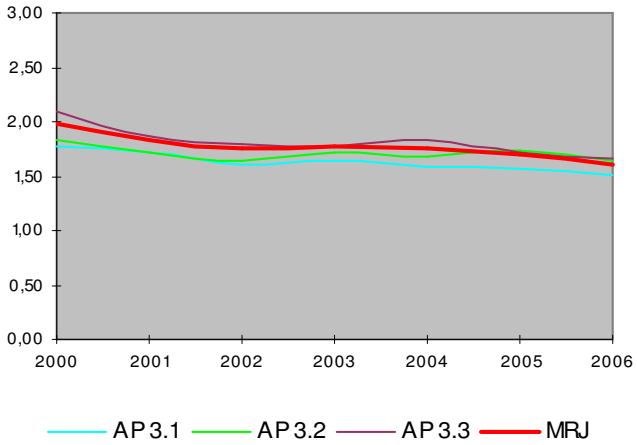
Os resultados indicam, portanto, que as mulheres cariocas têm menos filhos a cada ano que passa, caminhando para a relação de um filho por mulher.

Dentro da Cidade encontramos realidades pouco diferenciadas, mas com o mesmo padrão de queda do indicador. As AP em que mais caiu a fecundidade foram justamente as de maior crescimento populacional – as AP 5.2, 5.3, 5.1 e 4.0 – denominadas como zona oeste, para onde a Cidade se expande e cresce, com exceção da AP 5.1. A AP 3.3 apresenta também queda expressiva da fecundidade, acima da média da Cidade.

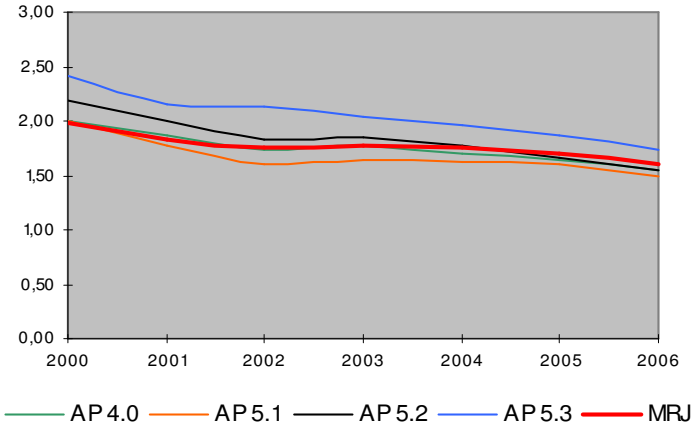
Taxa de Fecundidade
AP 1.0, 2.1 e 2.2 - 2000 a 2006



Taxa de Fecundidade
AP 3.1, 3.2 e 3.3 - 2000 a 2006



Taxa de Fecundidade
AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 - 2000 a 2006



Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

As AP 1.0, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2 apresentam variações de quedas da taxa de fecundidade abaixo daquela observada para a Cidade, mas são áreas que partem de taxas menores, com exceção da AP 1.0. As AP 2.1 e 2.2 têm índice em torno de 1,3 filhos por mulher.

A AP 1.0 apresenta a maior taxa de fecundidade da Cidade, possivelmente influenciada pela intensa perda de população da região e pela população cada vez menor.

Entre as AP da zona oeste, a AP 5.3 tem o maior segundo maior índice da Cidade – 1, 74, e a AP 5.1 o terceiro menor - 1,49.

O que se constata é que mesmo para aquelas áreas em que o crescimento populacional é mais dinâmico e positivo a tendência de declínio do indicador é uma verdade inquestionável. A Cidade do Rio de Janeiro caminha desta forma, para padrões populacionais envelhecidos aonde a participação dos grupos etários mais jovens é cada vez menor.

Condições de Nascimento

A prematuridade, o baixo peso, a maternidade precoce, a freqüência de cesarianas, o número de consultas de pré-natal e a cobertura SUS são indicadores que possibilitam identificar as condições de nascimento e que determinam risco a sobrevivência dos recém-nascidos.

Prematuridade

A prematuridade – nascimentos ocorridos antes da 37ª semana de gestação - é uma condição de risco para sobrevivência dos recém-nascidos. A prematuridade e o baixo peso ao nascer resultam em fragilidades orgânicas que propiciam o desenvolvimento de complicações como as infecções, e maior risco de morte.

A prematuridade pode ser determinada por várias condições como: infecções maternas – vaginoses bacterianas, infecções do trato geniturinário, trabalho de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, pré-eclâmpsia, descolamento prematuro da placenta, gestação gemelar, placenta prévia, restrição do crescimento intra-uterino, polidrâmnio, amnionite, incompetência istmocervical, diabete, abuso de drogas e pielonefrite.

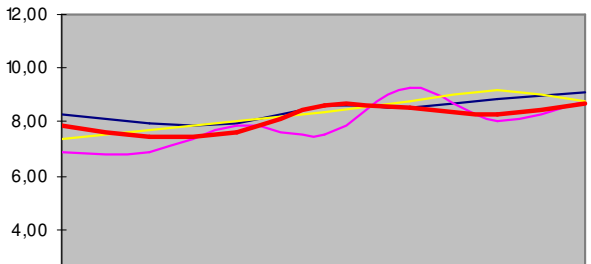
Algumas das condições determinantes da prematuridade são situações evitáveis através da atenção pré-natal adequada. A identificação precoce do desenvolvimento destas patologias e a disponibilidade de recursos para se enfrentar as complicações existentes definirão o risco de morte para o feto, e em muitas circunstâncias também para a mãe.
No Brasil, em 2005, a freqüência de prematuridade esteve em 6,6%. Para a Cidade do Rio de Janeiro, em 2006 a presença de prematuridade esteve em 8,7%.

Para a Cidade do Rio de Janeiro no ano de 2006, a taxa de mortalidade neonatal de recém nascidos, com duração da gestação abaixo de 37 semanas, foi 78 vezes maior que a observada entre os recém-nascidos a termo. Entre os prematuros a mortalidade dos que tinham entre 22 e 27 semanas de gestação foi de 560,5/1000 nascidos vivos; entre 28 e 31 semanas de gestação cai para 204,1/1000 e entre 32 e 36 semanas cai ainda mais para 25,9/1000. É inegável a importância do risco de morte em função da prematuridade.

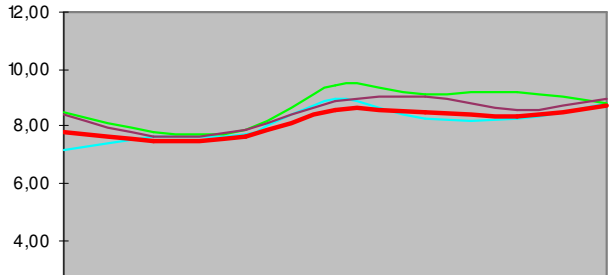
A prematuridade esteve presente em média no período de 2000 a 2006 em 8,1% dos nascimentos da Cidade do Rio de Janeiro.
Em todas as AP a presença de nascimentos prematuros aumentou, no período analisado. Este aumento foi em média de 11,2%.
Algumas AP, entretanto, sobressaíram – 2.1, 3.2, 2.2, 4.0 e 5.1 – situaram-se acima desta média.

É importante lembrar que estamos trabalhando com dados de residência. Neste sentido, deve-se destacar o comportamento da AP em que o peso de aspectos sócio-econômicos podem estar determinando aumento mais expressivo da freqüência de nascimentos prematuros.

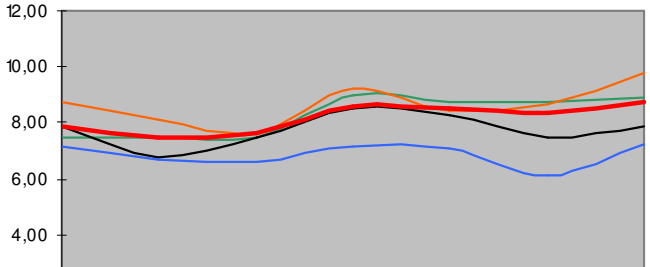
Nascidos Vivos residentes
nas AP 1.0, 2.1 e 2.2
Prematuridade - 2000 a 2006



Nascidos Vivos residentes
nas AP 3.1, 3.2 e 3.3
Prematuridade - 2000 a 2006



Nascidos Vivos residentes
nas AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3
Prematuridade - 2000 a 2006



Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

De modo geral a presença de prematuridade mostra pouca diferença entre as AP, com todas, muito próximas da média da Cidade, com exceção da AP 5.3.

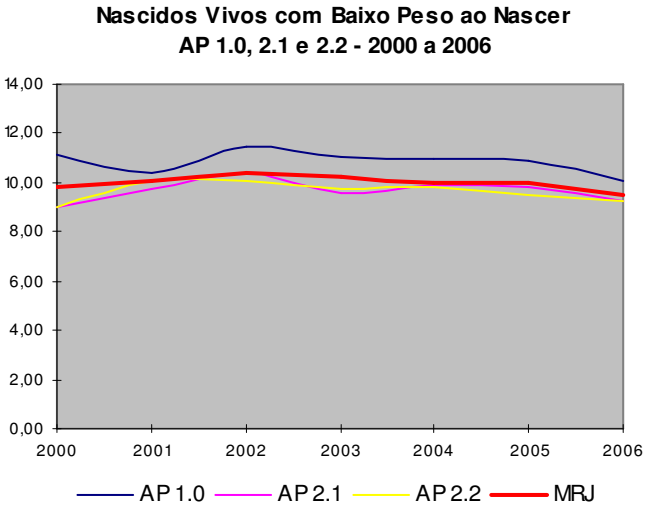
Baixo Peso ao Nascer

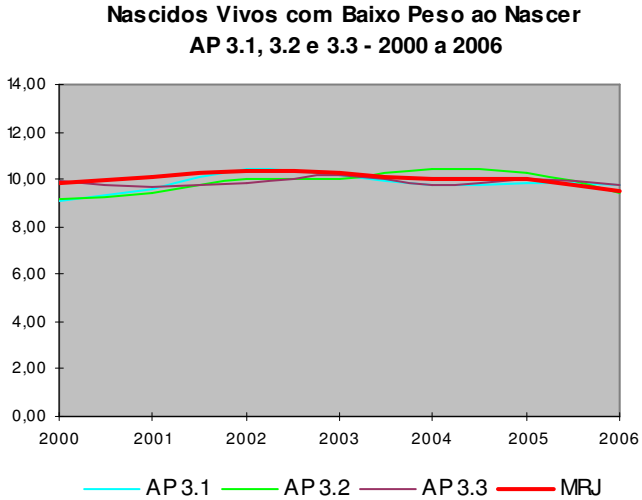
O baixo peso ao nascer – menor que 2,5Kg - é definido como um indicador de risco para morbi-mortalidade infantil, em especial no período neonatal.

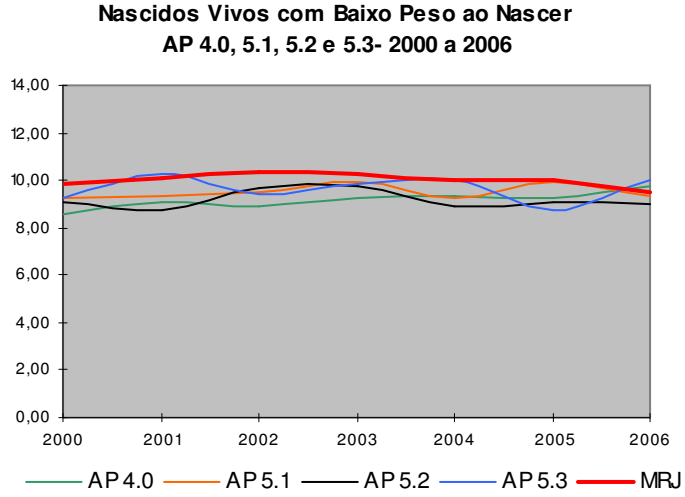
> *"O baixo peso ao nascer pode ser devido à menor duração da gestação, ao retardo de crescimento intra-uterino, ou ainda a uma combinação de ambos (Kramer, 1987). Villar & Belizan (1982) apontam o retardo de crescimento intra-uterino como o maior responsável pelo baixo peso ao nascer nos países em desenvolvimento, ao passo que nos países desenvolvidos esta condição é decorrente principalmente de nascimento pré-termo".(HORTA, B. L., et al. 1996 - Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 12(Supl.1):27-31, 1996)*

Entre 2000 e 2006 a freqüência de baixo peso ao nascer para a Cidade do Rio de Janeiro oscilou entre 10 e 9,5%. Praticamente não se observaram variações importantes no período. Para o Brasil a freqüência de baixo peso girou em torno de 8% para o ano de 2004.

A AP 1.0 apresentou no período freqüências um pouco mais elevadas que a média da Cidade. As AP 2.1, 2.2, 3.1, 3.2 e 3.3 situaram-se na média, e as AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 um pouco abaixo da média do município. Pode-se observar que a diferença entre as AP é bastante pequena sendo um indicador estável nos últimos sete anos.

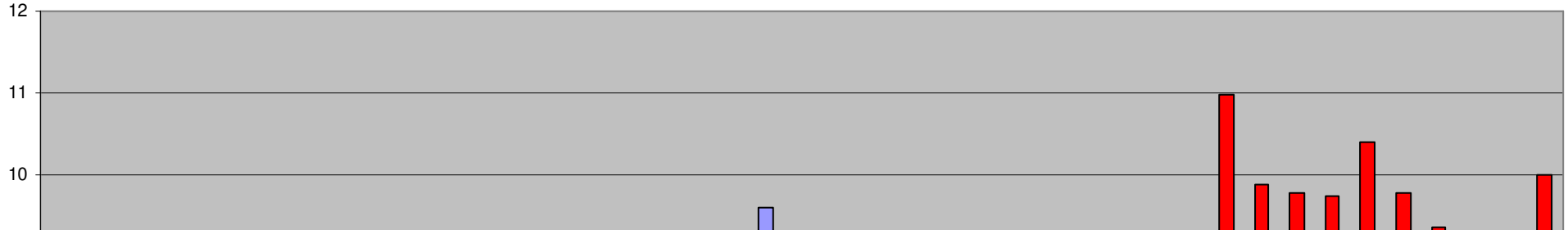






Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

Percentual de Nascidos Vivos com Baixo Peso ao nascer, por regiões, estados e Áreas de Planejamento da cidade do Rio de Janeiro - 2004



Fonte: DATASUS e GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

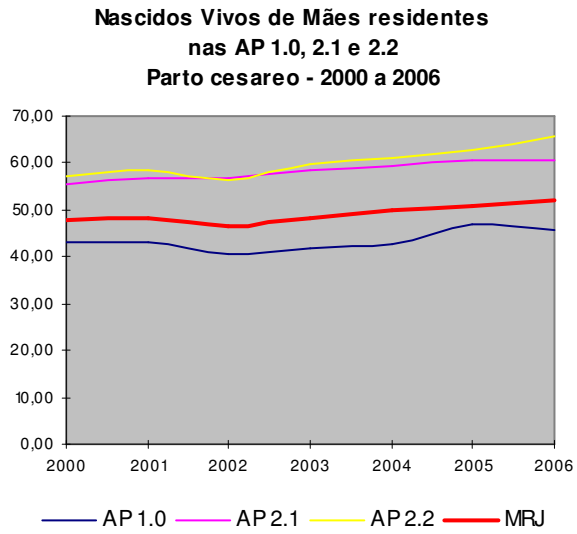
Tipo de Parto – Cesariana

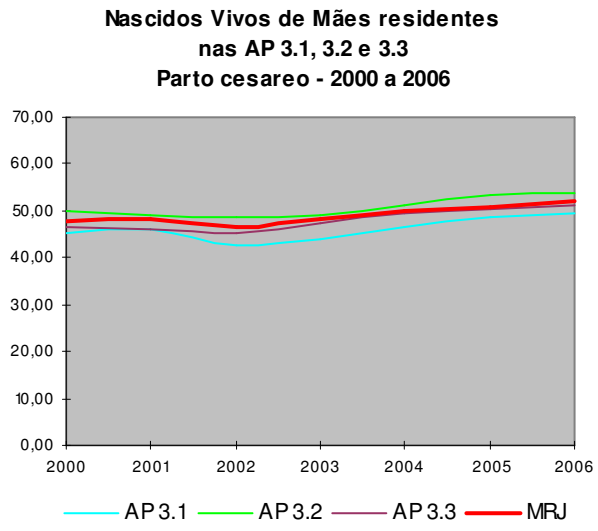
O acompanhamento da informação sobre tipo de parto está associado à importância que a realização de partos cesariana vem assumindo no cenário de nascimentos no Brasil, em especial em algumas localidades. Para o Brasil a freqüência do tipo de parto cesariana em 2005 foi de 43,2%, um patamar elevado quando comparado aos 15% preconizado pela Organização Mundial da Saúde.

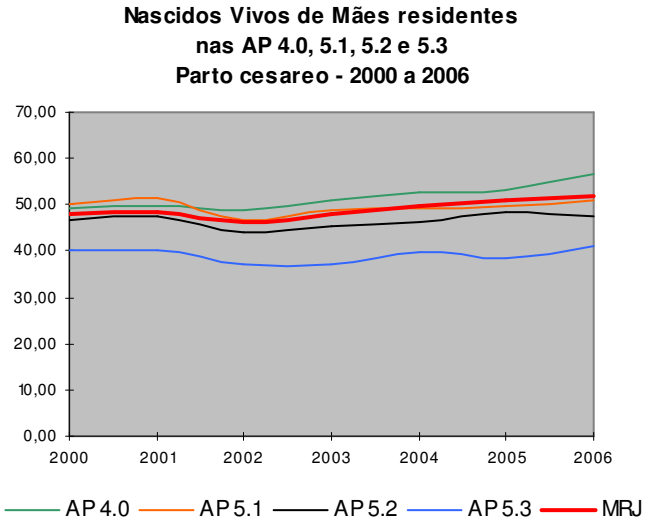
A freqüência de cesarianas na Cidade do Rio de Janeiro entre 2000 e 2006 passou de 47,9% para 52%, um aumento de 8,5%.

As áreas com maiores freqüências de cesariana na Cidade são: AP 2.1, 2.2 e 4.0 - áreas de maior poder aquisitivo. Nestas AP a freqüência foi de respectivamente – 60,7, 65,9 e 56,6%.

O aumento da realização de partos do tipo cesariana não foi uniforme entre as áreas da Cidade. Nas AP 5.1, 5.2 e 5.3, este aumento foi muito menor – variando de 1,2 a 2,5%. Nestas áreas a freqüência de cesarianas foi respectivamente – 50,9; 47,4 e 41,1%.







Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

A realização do parto cesariana segue parâmetros para sua indicação.

"*As indicações absolutas mais tradicionais são: desproporção céfalo-pélvica (quando a cabeça do bebê é maior do que a passagem da mãe); hemorragias no final da gestação; ocorrência de doenças hipertensivas na mãe específicas da gravidez; bebê transverso (atravessado); e sofrimento fetal. A ocorrência de diabete gestacional, ruptura prematura da bolsa d'água e bebê com trabalho de parto prolongado também são consideradas*

indicações relativas para a cesariana. O Ministério da Saúde acrescentou, recentemente, outra indicação para essa cirurgia. É o caso de gestantes portadoras do vírus HIV. A cesariana passou a ser agendada nessas situações porque se descobriu que a hora do parto é o momento de maior troca sanguínea entre a mãe e o bebê. Dessa forma, a cirurgia programada reduz os riscos de transmissão do vírus". (site da SES do Distrito Federal)

A realização indiscriminada de cesarianas pode determinar o surgimento de complicações obstétricas – como as infecções - e neonatais - como a prematuridade iatrogênica, que definem maior risco para mortalidade infantil e materna.

A Cidade do Rio de Janeiro situa-se neste indicador muito acima do preconizado e com tendência de crescimento. A prática médica e a "escolha" da mulher do parto cesáreo congregam fatores de várias naturezas: socioeconômicos, culturais, emocionais, e todas as questões que tem de um lado os médicos e de outro as pacientes. A mudança deste perfil depende de explicitar para a sociedade a discussão dos aspectos éticos e técnicos sobre cesariana e sobre parto natural/normal, e desta forma garantir aos indivíduos as informações necessárias para esclarecimento dos riscos e indicações de um ou outro procedimento.

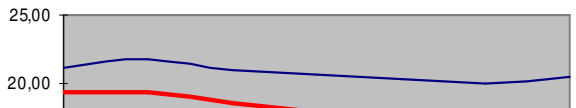
Mães Adolescentes

A freqüência de nascidos vivos de mães adolescentes – idade menor que 20 anos, variou de 19 a 17% entre os anos de 2000 e 2006. Para o Brasil, esta proporção variou de 23,4% em 2000 para 21,8% em 2005.

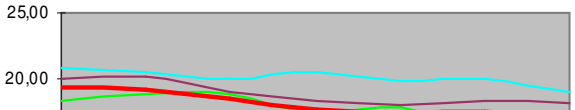
O enfoque da maternidade na adolescência se preocupa com duas questões: o maior risco para mortalidade infantil e materna. As duas situações estão carregadas de dramaticidade relacionada à vivência, em um momento precoce da vida, de situações fortes e definitivas.

"Entre os inúmeros danos relacionados à gestação precoce, são apontados a exposição a abortos e os distúrbios de ordem afetiva, tanto em relação à mulher quanto ao bebê. Uma maior propensão à baixa auto-estima e à depressão também vêm sendo citadas como contribuintes para resultados adversos durante a gestação, o parto e o período neonatal, além de conseqüências emocionais advindas de relações conjugais instáveis".

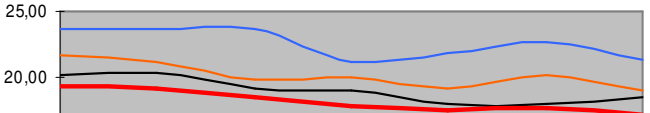
Percentual de Nascidos Vivos de Mães Adolescentes nas AP 1.0, 2.1 e 2.2 2000 a 2006



Percentual de Nascidos Vivos de Mães Adolescentes nas AP 3.1, 3.2 e 3.3 2000 a 2006



Percentual de Nascidos Vivos de Mães Adolescentes nas AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 2000 a 2006



Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

Ao longo do período de 2000 a 2006 as AP 2.1, 2.2 e 4.0 apresentaram-se abaixo da média da Cidade nos nascimentos entre mães adolescentes. Entre as AP 3, a AP 3.1 se manteve acima da média e as AP 3.2 e 3.3 na média. As AP 5.1, 5.2 e 5.3 apresentaram freqüências de mães adolescentes acima da média em todo período.

Para as todas as AP encontramos diminuição da freqüência de nascimentos entre as adolescentes. Entretanto, as AP 4.0, 3.2 e 5.1 se sobressaíram com quedas acima da média da Cidade. A AP 1.0 foi a AP com menor redução.

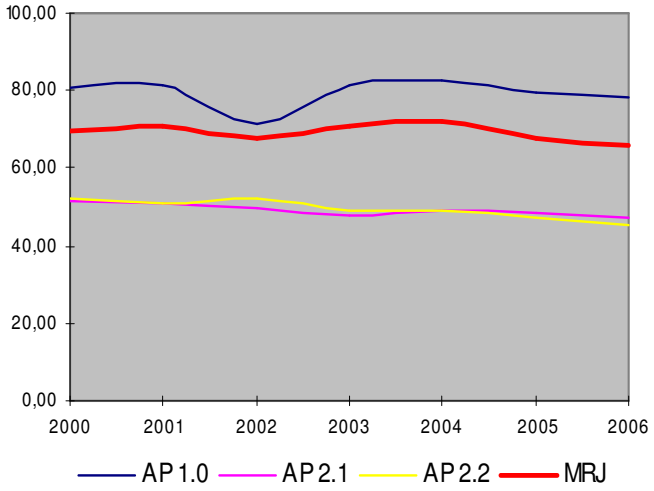
A dinâmica demográfica da Cidade deve ser considerada na análise destes resultados. As AP 2.1 e 2.2, com populações mais envelhecidas, apresentam menor expressividade de nascimentos de mães adolescentes. A AP 4.0, apesar de possuir estrutura etária mais jovem apresenta situação sócio-econômica mais privilegiada com perfil mais próximo das AP 2.1 e 2.2 do que das demais AP da chamada zona oeste da Cidade.

As AP 3.1 e 3.3 definem o padrão/ média da Cidade pelo tamanho da população que possuem. E as AP 5.1, 5.2 e 5.3, mantém perfil acima da média da Cidade em virtude de dois aspectos: a estrutura etária e o perfil socioeconômico. Diferente da AP 4.0 as demais AP da zona oeste se caracterizam pela maior homogeneidade das características socioeconômicas, com predomínio dos grupos populacionais mais pobres, enquanto a AP 4.0 têm grupos muito pobres e outros muito ricos convivendo em uma mesma região.

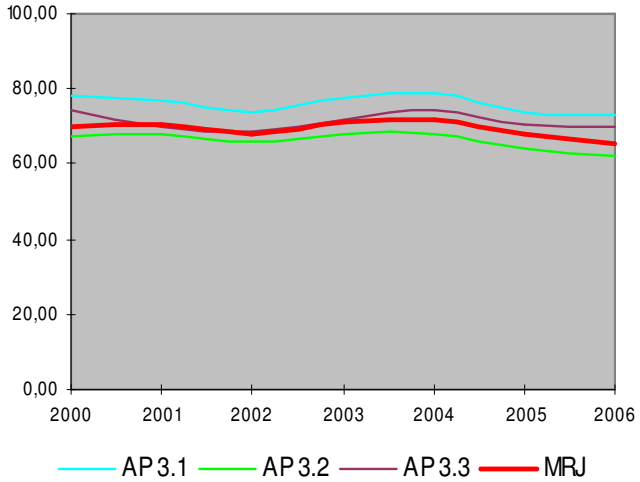
Cobertura SUS – nascimentos em unidades do Sistema Único de Saúde

As unidades de saúde das esferas municipais, estaduais, federais, universitárias e privadas ou filantrópicas conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) compõem a rede de serviços de saúde da Cidade do Rio de Janeiro. Este conjunto de unidades responde por aproximadamente 65 a 70% dos nascimentos ocorridos na Cidade.

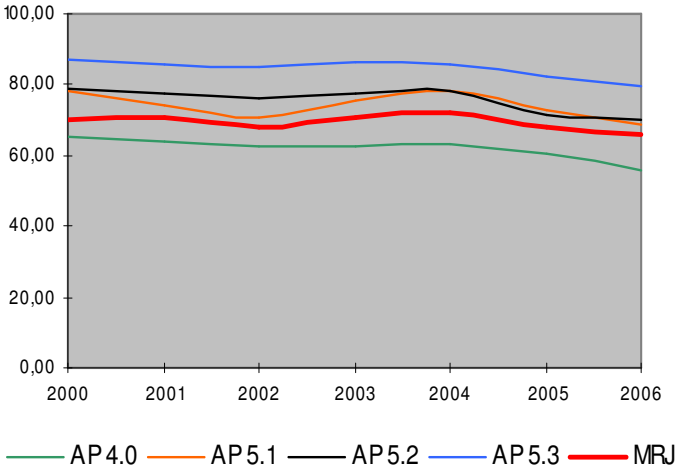
Nascidos Vivos de Mães residentes nas AP 1.0, 2.1 e 2.2, Parto Cobertura SUS - 2000 a 2006



Nascidos Vivos de Mães residentes nas AP 3.1, 3.2 e 3.3, Parto Cobertura SUS - 2000 a 2006



Nascidos Vivos de Mães residentes nas AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 Parto Cobertura SUS - 2000 a 2006



Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

De 2000 a 2006 observa-se declínio, da ordem de 6%, da cobertura dos nascimentos pela rede SUS. Esta queda ocorre em todas as AP, em especial nas AP 4.0, 2.2, 5.1 e 5.2. Para as AP 4.0 e 5.1 o fechamento de duas unidades – respectivamente, Maternidade Municipal Leila Diniz e Casa de Saúde Santa Helena (unidade conveniada com o SUS), pode explicar este decréscimo de cobertura. Nas AP 2.2 e 5.2, possivelmente existem outros fatores, como ampliação da captação por novos planos de saúde privados.

A AP 1.0 apresenta a menor redução de cobertura e as demais AP situam-se próximas à média municipal.

Deve-se considerar em relação a este indicador a dinâmica de oferta de leitos e serviços pelos setores público e privado e a condição socioeconômica da população de cada área, com maior ou menor possibilidade de aquisição de serviços da rede privada, através dos diversos planos de saúde existentes.

Entre as áreas da cidade se observa a combinação destes fatores demarcando as diferenças de utilização da rede pública. As áreas mais carentes utilizando e dependendo mais do serviço público, e as áreas mais ricas utilizando menos.

Consultas de Pré-natal – 7 consultas ou mais

"As mulheres estão sendo chamadas a fazer pré-natal. Elas estão respondendo a esse chamado. Elas acreditam que terão benefícios procurando serviços de saúde. Elas depositam sua confiança e entregam seus corpos aos cuidados de pessoas autorizadas legalmente, a cuidarem delas" (MS, 2004).

O acompanhamento pré-natal é uma ação básica de saúde que insere abordagens preventivas e curativas. A detecção precoce de problemas é o que se objetiva. Problemas que podem ser específicos do desenvolvimento do feto ou referidos exclusivamente à saúde da mãe pela agudização de problemas pré-existentes.

"A assistência pré-natal constitui num conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de vigiar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança, encaminhando-os para soluções imediatas ao Sistema Único de Saúde" (MS, 2004).

O pré-natal é, portanto, uma ação estratégica que afeta a condição de saúde de um grupo populacional através da saúde da criança e da mulher. Uma vertente de atuação tão importante deve ser um eixo prioritário na condução das políticas públicas do setor saúde e para além dele.

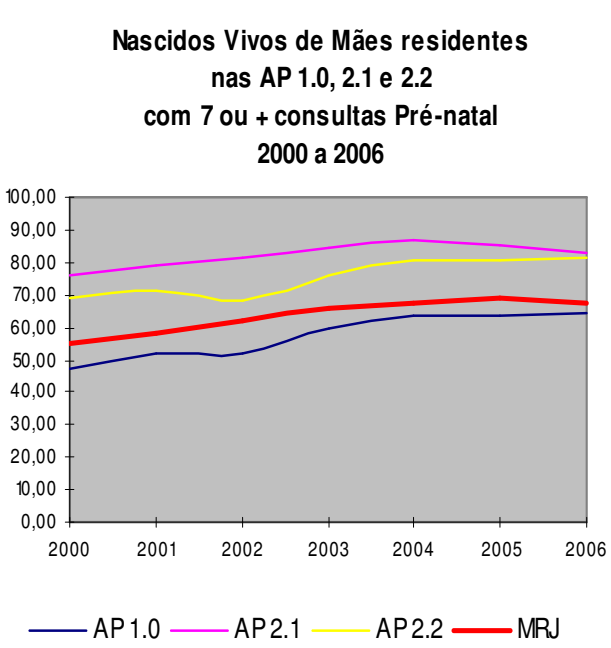
A perspectiva de ampliação da oferta da atenção pré-natal deve ser acompanhada pela preocupação com a qualidade do cuidado que está sendo ofertado. Esta garantia de qualidade significa qualificação profissional e disponibilidade de recursos/insumos. O que se objetiva é a identificação de situações de risco para o desenvolvimento fetal e para a saúde da mulher durante a gravidez ou em decorrência da gravidez, e a disseminação de informações adequadas sobre o cuidado do recém-nascido e da mulher.

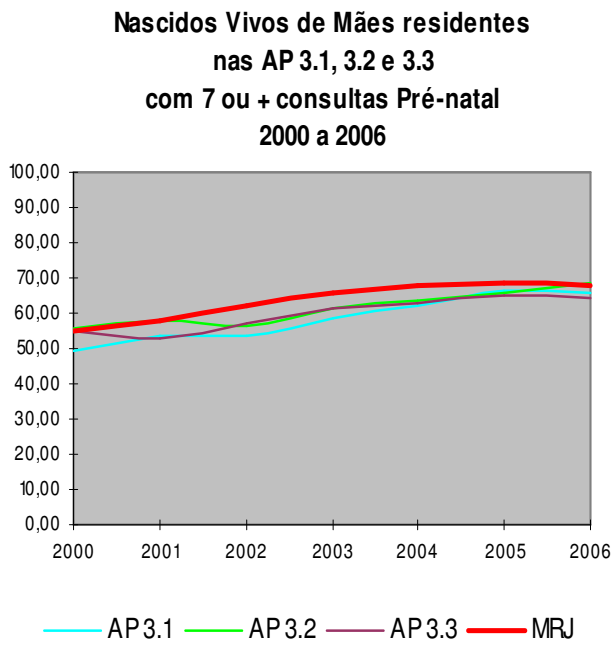
"Considerando as causas diretamente relacionadas com a função reprodutiva, observa-se que óbitos por hipertensão na gravidez, hemorragias, infecção puerperal, complicações no trabalho de parto e abortos, são a maioria, apesar de serem facilmente evitável, através de adequada assistência ao ciclo gravídicopuerperal, em todas as suas etapas: pré-natal, parto e puerpério. As condições de assistência e a própria organização dos serviços são também fatores determinantes das condições de saúde da população e transparecem quando os principais problemas da mulher são analisados".

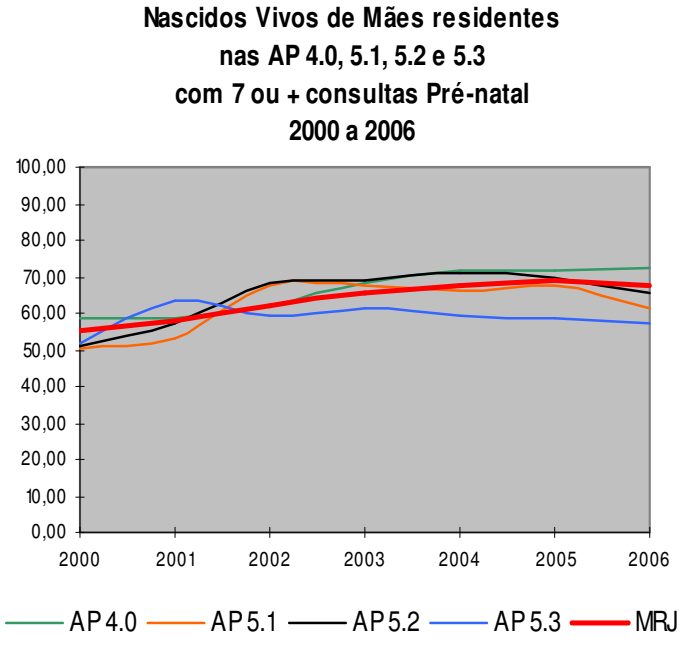
A mortalidade infantil e a materna têm como causas principais: a hipertensão materna, as infecções, a sífilis, as hemorragias - condições identificáveis por adequado acompanhamento pré-natal, e que poderiam evitar a morte de grande número de recém-nascidos e mulheres.

No Brasil a cobertura pré-natal avaliada através do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), para 7 ou mais consultas variou de 43,7 para 52,8%, entre 2000 e 2006. Para a Cidade do Rio de Janeiro a variação foi de 55,3 para 67,5% entre os anos de 2000 e 2006.

A expansão da atenção pré-natal foi, no en







Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

As AP 2.1 e 2.2 apresentaram de 2000 a 2006 níveis de cobertura pré-natal acima da média da cidade. As AP 1.0, 3.1, 3.2 e 3.3 níveis abaixo da média, e as AP da zona oeste oscilam ao redor da média: a AP 5.3 em geral abaixo, e as AP 4.0 e 5.2 um pouco acima.

Na AP 2.1 os patamares já elevados de cobertura – em torno de 80%, se refletem em menores avanços no período. A AP 2.2 que parte em 2000 de níveis um pouco mais baixos de cobertura que a AP 2.1, atinge em 2006 nível semelhante a esta última, apresentando, portanto, importante incremento desta ação.

Três AP têm, entretanto, as maiores variações ou ampliações de cobertura pré-natal – AP 1.0, AP 3.1 e AP 5.2 com aproximadamente 30% de aumento. Estas áreas partem de percentuais em torno de 50% em 2000, para algo em torno de 65% em 2006. As AP 5.1 e 5.3 partem de coberturas também próximas de 50%, e atingem 61,3% e 57,5%, respectivamente em 2006. A AP 5.3, depois da AP 2.1 é a área com menor incremento de cobertura pré-natal para 7 ou mais consultas. As AP 3.2, 3.3 e 4.0 apresentam coberturas bem próximas a média da cidade e variações também próximas ao incremento observado para o município.

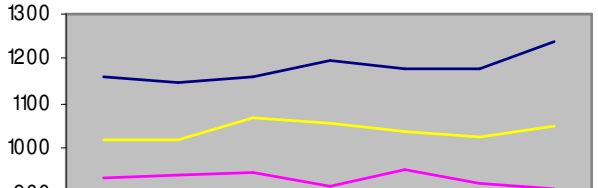
Óbitos na Cidade do Rio de Janeiro

Taxa Bruta de Mortalidade

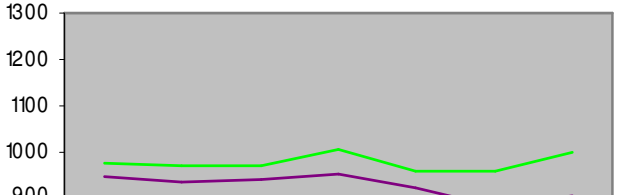
A taxa bruta de mortalidade relaciona a mortalidade total de residentes na Cidade do Rio de Janeiro com a sua população. Neste caso, trabalhamos com um índice por 100 mil habitantes em função do tamanho populacional de cada uma das áreas de planejamento da Cidade.

A taxa bruta de mortalidade da Cidade, no período de 2000 a 2006 foi em média de 849/100 mil habitantes, variando muito pouco de um ano para outro. A maior taxa é encontrada na AP 1.0 (1180,3). 0 e a menor na AP 5.2 (681,4). Os menores índices são encontrados nas AP da zona oeste, onde a estrutura demográfica é mais jovem. Deste modo, a intensidade da taxa é muito condicionada pela composição etária de cada região.

**Taxa de Mortalidade Geral,
residentes nas AP 1.0, 2.1 e 2.2
cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006**



**Taxa de Mortalidade Geral,
residentes nas AP 3.1, 3.2 e 3.3
cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006**



**Taxa de Mortalidade Geral,
residentes nas AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3
cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006**

Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

Mortalidade Infantil

Atualmente a diminuição da taxa de mortalidade infantil na Cidade está atrelada a redução das mortes neonatais, em particular aquelas que ocorrem até o sétimo dia de vida - neonatais precoces. Desse modo, esta redução está relacionada a ações de saúde que envolvem o acompanhamento da gestação, do parto e da assistência em neonatologia.

Nas décadas de 80 e 90, as ações de controle da doença diarréica, desidratação e desnutrição resultaram em importante decréscimo da mortalidade pós-neonatal – acima dos 28 dias de vida, principal responsável pelas elevadas taxas. Ao mesmo tempo ocorrem melhorias nas condições de oferta de saneamento básico e água tratada. Além disto, a ampliação da oferta de serviços de saúde determinou a possibilidade de intervenções curativas e preventivas a grupos populacionais especialmente vulneráveis ao adoecimento e a morte. A queda da mortalidade de menores de um ano naquelas duas décadas se deveu a diminuição das mortes acima dos 28 dias de vida.

Na década de 80 observa-se também diminuição da mortalidade neonatal precoce, mas que não se compara à magnitude da queda do componente pós-neonatal.
A partir da década de 90 a redução da mortalidade infantil está principalmente condicionada à redução da mortalidade neonatal, mas o grupo pós-neonatal ainda tem sua importância. Subsistem em diversas áreas da cidade, grupos populacionais especialmente vulneráveis vivendo em precárias condições e que enfrentam situações determinantes de condições de risco para mortalidade pós-neonatal.

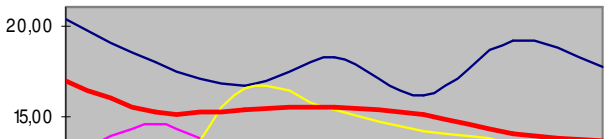
De 2000 em diante a queda da mortalidade infantil ocorre em função principalmente do componente neonatal e principalmente a partir do neonatal precoce.

No período entre os anos de 2000 e 2006, a taxa de mortalidade infantil da Cidade variou de 16,9 para 13,7/1000 nascidos vivos. Isto corresponde a um decréscimo de 19%.

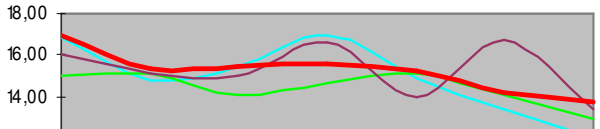
Entre as Áreas de Planejamento o comportamento do indicador não é homogêneo, acompanhando a diversidade de organização da cidade. A taxa de mortalidade infantil das AP 2.1, 4.0 e 2.2, mantém-se em quase todo o período abaixo da média da Cidade. Enquanto as AP 3.1, 3.2 e 3.3 determinam o perfil da Cidade.

As AP 4.0, 3.1, 2.2 e 5.3 apresentaram expressivas variações da taxa com decréscimo do indicador acima da média da Cidade – decréscimos que oscilaram entre 30 e 22% . As AP 5.1, 5.2 e 1.0 obtiveram reduções bem abaixo da média – entre 8 e 12%.

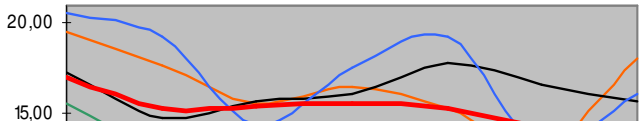
Taxa de Mortalidade Infantil
AP de residência 1.0, 2.1 e 2.2
2000 a 2006



Taxa de Mortalidade Infantil
AP de residência 3.1, 3.2 e 3.3
2000 a 2006

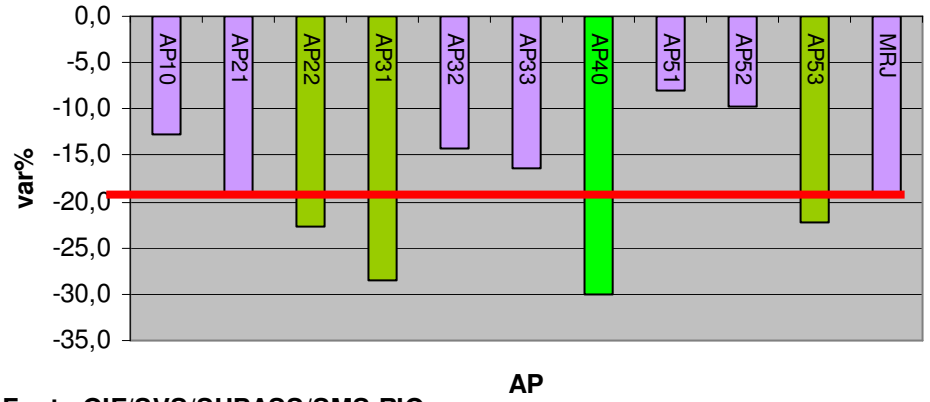


Taxa de Mortalidade Infantil
AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3
de 2000 a 2006



Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

Variações da Taxa de Mortalidade Infantil por Área de Planejamento (AP) no período de 2000 a 2006



Fonte:GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

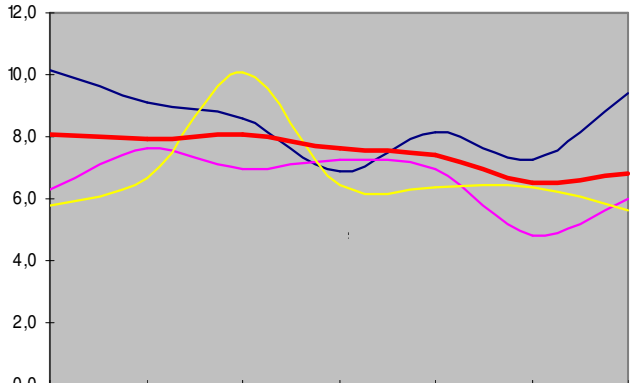
Os componentes da mortalidade infantil

Neonatal Precoce

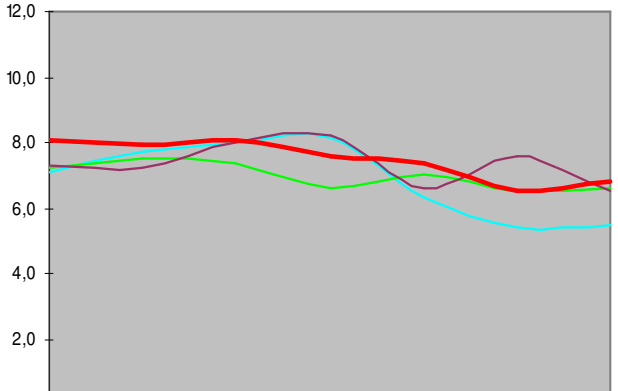
Entre 2000 e 2006 a mortalidade neonatal precoce da cidade decai 16% - variando de 8,1 a 6,8/1000 nascidos vivos. Três AP se destacam – 5.3, 4.0 e 3.1, com respectivamente 44%, 28% e 23% de redução da mortalidade nos sete primeiros dias de vida. As demais AP alcançam resultados abaixo da média de queda observada para a Cidade – 16%.

A AP 2.1 sempre se manteve abaixo da média da Cidade ao longo do período. Encontramos as AP 3.1, 3.2 e 4.0 próximas do perfil encontrado para a AP 2.1. A AP 3.3 determina no período a média da Cidade.

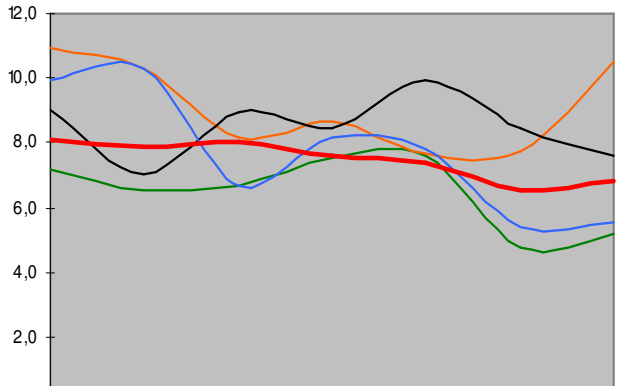
Taxa de Mortalidade Neonatal precoce
AP 1.0, 2.1 e 2.2 - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce
AP 3.1, 3.2 e 3.3 - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce
AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 de 2000 a 2006



Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

As diferenças de declínio da mortalidade neonatal precoce entre as áreas têm múltiplas explicações, mas a maioria delas relacionadas à atenção durante o pré-natal, parto e assistência neonatal. Em relação ao pré-natal respondem por este declínio a expansão do Programa de Saúde da Família e Agentes Comunitários, os investimentos em capacitação profissional e a melhora de captação das gestantes pelas unidades de saúde. Se observarmos a variação de cobertura do pré-natal para 7 e mais consultas constatamos que praticamente todas AP incrementaram em aproximadamente 20% sua atuação, a não ser AP 2.1, que já parte de níveis mais elevados de cobertura.

Outro aspecto importante é a organização da assistência em neonatologia. Esta organização contempla a estruturação dos serviços, com a disponibilidade de equipamentos adequados e de pessoal qualificado, e a organização dos fluxos de encaminhamento às situações de risco – gestantes e recém-nascidos – para serviços de referência na Cidade.

Alguns outros fatores podem também influenciar o comportamento do indicador, como a redução da natalidade e fecundidade. As mais expressivas reduções destes dois indicadores se dão nas AP 5 – chegando perto de reduções da ordem de 30%.

Neonatal Tardia

As mortes neonatais tardias, que ocorrem do 7º ao 28º dia de vida, sofrem decréscimo no período analisado. Esta queda é da ordem de 30%, mas não ocorre de forma progressiva, apresentando importantes flutuações no período. De 2005 para 2006 observa-se maior queda deste componente em algumas AP, entretanto, entre as AP 5 este indicador aumenta. Estas flutuações podem estar relacionadas ao número absoluto de mortes, menor que o observado na mortalidade neonatal precoce. Os óbitos neonatais tardios correspondem a menos da metade, em números absolutos, das mortes dos neonatais precoces.

Assim como na mortalidade neonatal precoce, os recursos disponíveis para a assistência neonatal atualmente, conseguem evitar a morte de recém-nascidos que há 10 anos atrás não seriam considerados viáveis, e consegue prolongar a vida de muitos em que a possibilidade de sobrevivência era muito pequena.

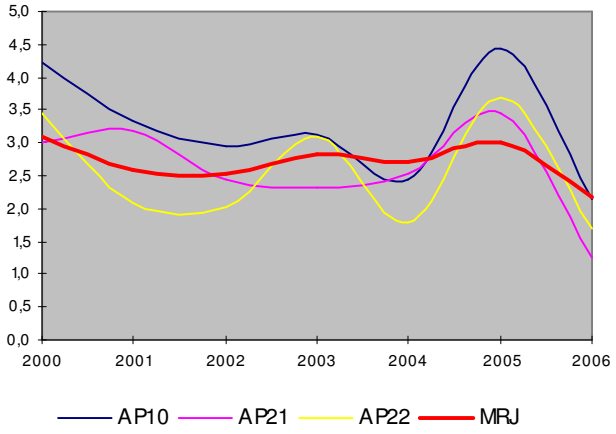
O aprimoramento da assistência neonatal intensiva, com a utilização de recursos tecnológicos cada vez mais potentes consegue postergar a morte, mas para uma parcela de casos não consegue evitá-la. Dois aspectos desta discussão são os conceitos de viabilidade e evitabilidade.

A viabilidade está atrelada as condições mínimas de desenvolvimento do recém-nascido – peso, maturidade pulmonar, e a não ocorrência de complicações durante a própria assistência, que possibilitem que ele sobreviva com uma perspectiva de ter qualidade para o seu futuro.

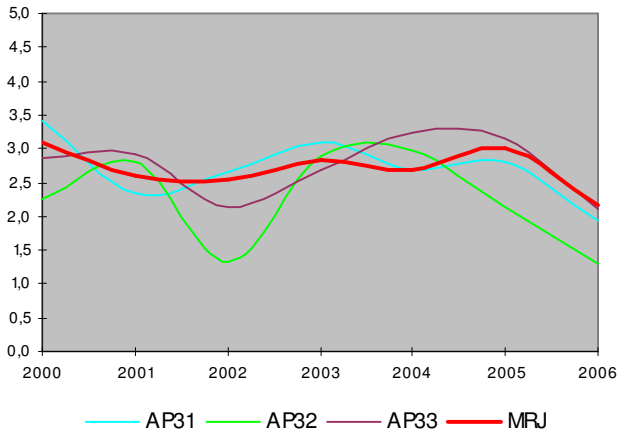
A evitabilidade se refere ao enfretamento da morte, e as possibilidades, com os recursos terapêuticos e tecnológicos disponíveis, de se evitar que ela ocorra.

Entre as áreas de planejamento observam-se oscilações mais expressivas em relação à média da Cidade para as AP 1.0, 2.2, 3.2, 5.3 e 5.1. As demais AP acompanham bem de próximo esta média.

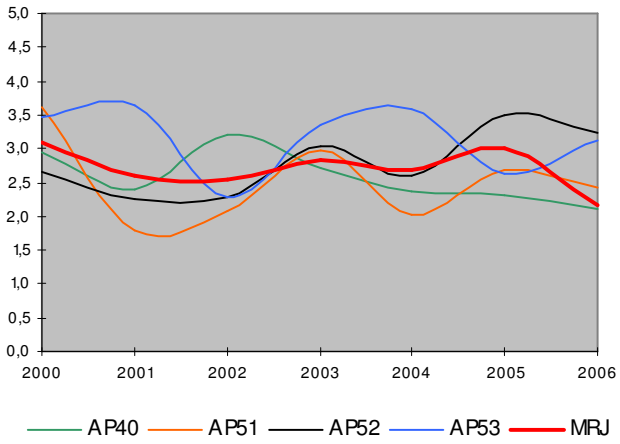
Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia
AP 1.0, 2.1 e 2.2 - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia
AP 3.1, 3.2 e 3.3 - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia
AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 - 2000 a 2006

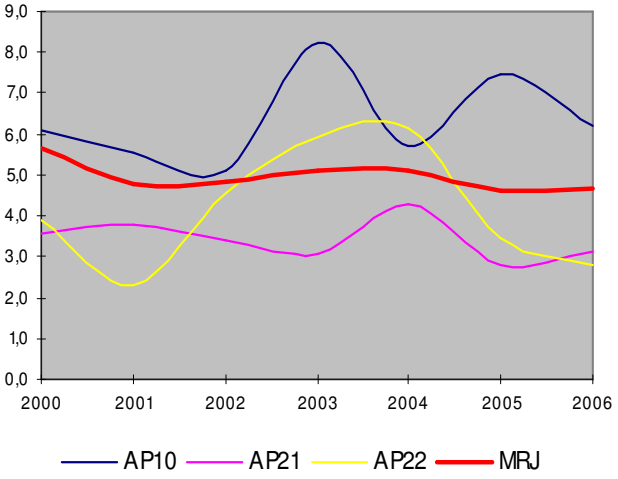


Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

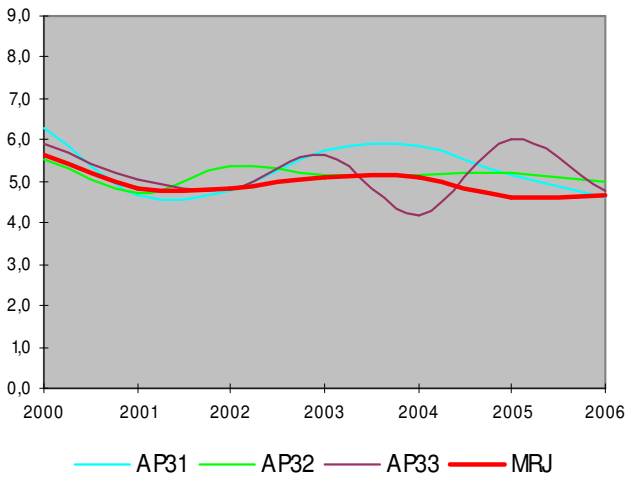
Pós-neonatal

A mortalidade pós-neonatal, que ocorre acima de 28 dias de vida e antes de completar um ano de idade, corresponde a aproximadamente 1/3 das mortes de menores de um ano. As causas de morte mais freqüentes são as Anomalias Congênitas, Doenças Infecciosas e Parasitárias, Doenças do Aparelho Respiratório e Causas Mal Definidas. Em cada um destes grupos de causas destacam-se as Anomalias Congênitas do coração e pulmão, Causa Indeterminada, Septicemias, Diarréia, Pneumonias, Bronquiolite e Broncoaspiração. Aproximadamente metade das mortes pós-neonatais ocorre nos três primeiros meses de vida.

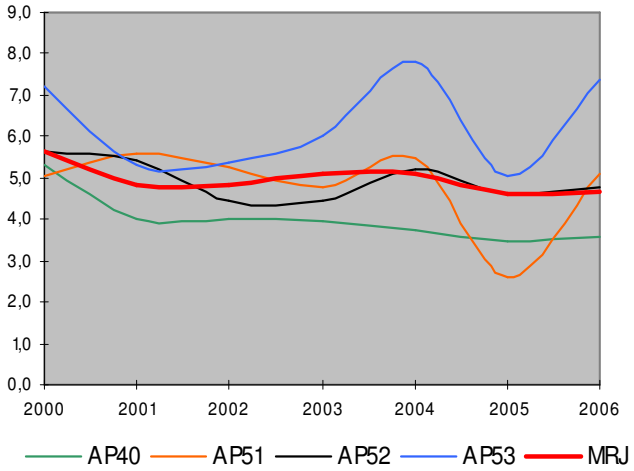
Taxa de Mortalidade Pós-neonatal
AP 1.0, 2.1 e 2.2 - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade Pós-neonatal
AP 3.1, 3.2 e 3.3 - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade Pós-neonatal
AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 - 2000 a 2006



Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

Este componente da mortalidade infantil contém uma parcela de óbitos que migra do período neonatal para o pós-neonatal, pelo adiamento do óbito, ou seja, a evitabilidade da morte é improvável.

Parte importante das mortes pós-neonatais – quase metade delas, poderia ser evitada pela ampliação da cobertura das ações de saúde e de infraestrutura (fornecimento de água e esgotamento sanitário).

De 2000 a 2006 a mortalidade pós-neonatal baixou aproximadamente 17%. Entre as AP se destacaram a AP 2.2, 3.1 e 4.0, com quedas da taxa maiores que a média da Cidade, seguidas das AP 3.3 e 5.2. As AP 5.1 e 5.3 apresentaram de 2005 para 2006, elevação do indicador, o que afeta a variação no período, que passa a ser positiva.

Em relação à taxa média da Cidade as AP 1.0 e 5.3 apresentam taxas mais elevadas.

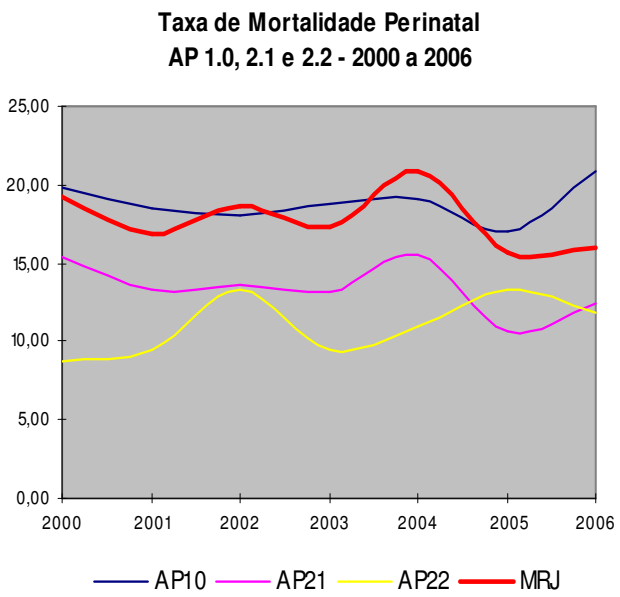
Mortalidade Perinatal

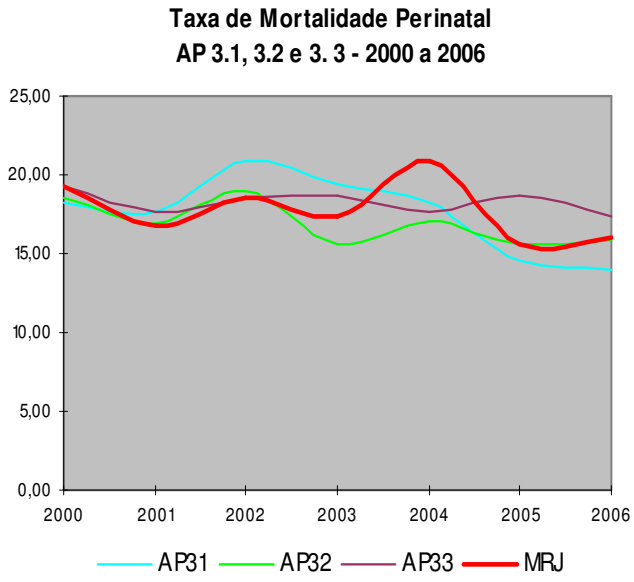
A mortalidade perinatal engloba os óbitos neonatais precoces e fetais, estes últimos considerados em relação ao peso ao nascer – acima de 500 gramas. È um indicador que, de forma mais direta, enfoca os aspectos relacionados ao acompanhamento da gestação e parto. A parcela relativa aos óbitos fetais está relacionada diretamente as intercorrências, durante a gravidez ou durante o trabalho de parto, e ainda sofre influências de problemas como o subregistro.

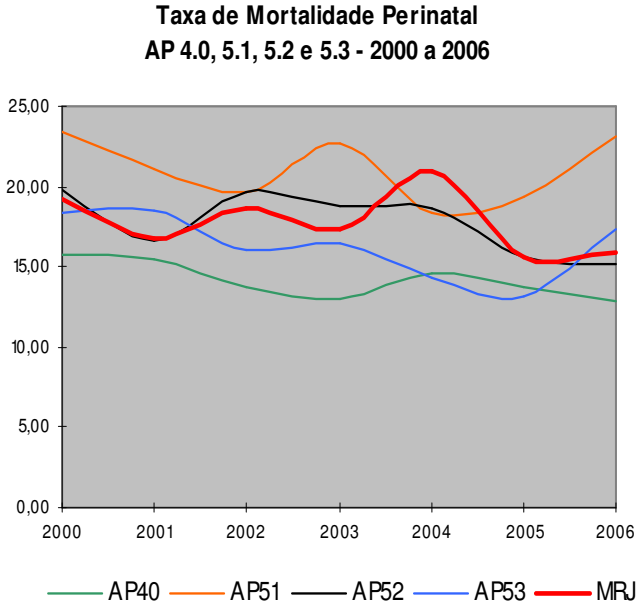
A mortalidade perinatal está associada a uma gama de situações em que as ações de saúde, voltadas para o acompanhamento pré-natal e identificação de situações que possam colocar em risco a gestação, não obtiveram êxito. A hipertensão materna, a infecção de trato urinário e a sífilis congênita aparecem como principais causas de mortalidade deste grupo.

De 2000 a 2006 a mortalidade perinatal decaiu 17%. Entre as AP somente as AP 1.0 e 2.2 têm elevações da taxa. Deve-se relativizar os resultados de variação do indicador, pois a melhoria da notificação dos óbitos fetais faz aumentar o indicador.

As AP 3 determinam a taxa média da Cidade e a AP 5.1 apresenta índices mais elevados. As AP 2.1, 2.2 e 4.0 apresentam taxas mais baixas que a média.







Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

Mortalidade Materna

O indicador de mortalidade materna se refere às mortes de mulheres por causas relacionadas à gestação, parto ou puerpério.

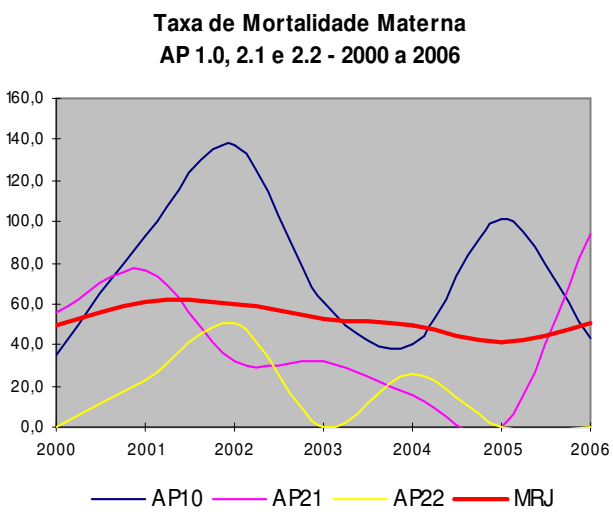
É um indicador clássico do acompanhamento das condições de saúde e de vida.

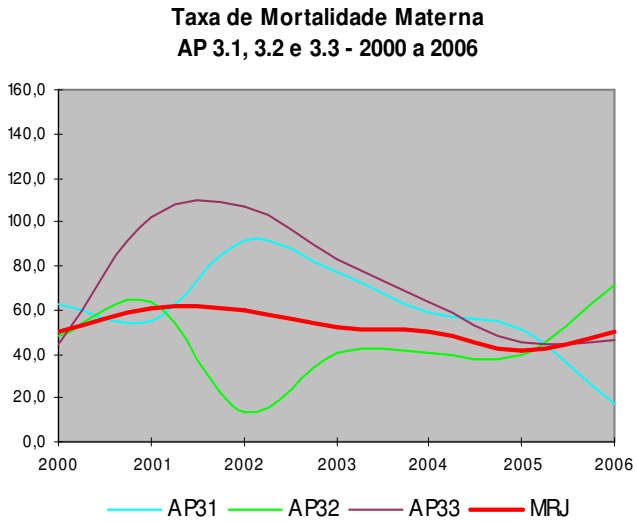
O comportamento da taxa de mortalidade materna reflete problemas relacionados à identificação dos casos de morte materna não notificados como tais.

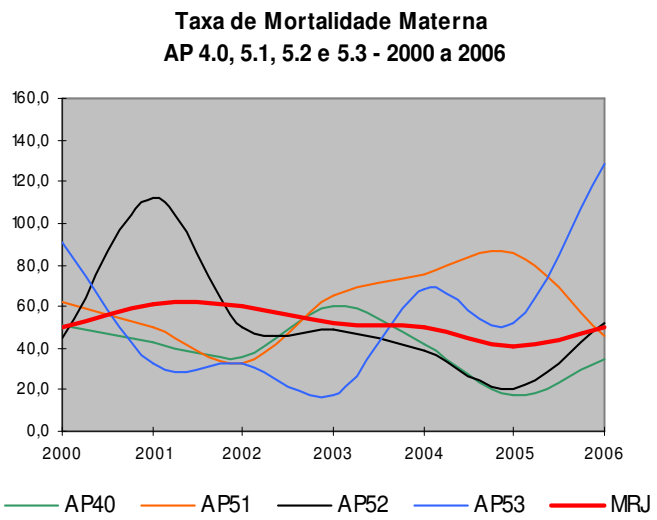
O subregistro da morte materna impõe a necessidade de investigação de todos os óbitos das mulheres em idade fértil, na busca de dados que possibilitem identificar se ela estava ou esteve grávida.

Na Cidade do Rio de Janeiro a taxa de mortalidade materna está situada em 50/100 mil nascidos vivos. Uma taxa elevada e que apresenta ainda um fator de ajuste de 1,35 para a região sudeste, identificado por trabalho realizado em 2001 (LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Maternal mortality in Brazilian State Capitals: some characteristics and estimates for an adjustment factor. **Rev. bras. epidemiol.** , São Paulo, v. 7, n. 4, 2004 .).

A intensa flutuação do indicador, de um ano para outro, representa a dificuldade de identificação dos casos, e a variação acontece de acordo com a capacidade, maior ou menor, de investigação dos casos de óbitos de mulheres em idade fértil.







Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

A taxa de mortalidade materna na cidade praticamente não variou no período de 2000 a 2006. Entre as AP podemos observar comportamentos opostos e variações muito intensas ou irrisórias do indicador. Esta ausência de padrão reflete o problema de registro da informação.

A principal questão que se coloca para a mortalidade materna é o real conhecimento da sua magnitude. A investigação sistemática das mortes de mulheres em idade fértil – meta do Pacto pela Saúde, estabelecido pelo Ministério da Saúde, deve ser implementada em toda Cidade, como forma de identificação e prevenção das situações que ainda expõem a mulher ao risco de morte. A maioria das causas de morte maternas está relacionada a causas evitáveis por ações de saúde eficientes no pré-natal e na assistência obstétrica.

Mortalidade Geral

O Sistema de Informações de Mortalidade – SIM, anteriormente de responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil - SESDEC-RJ, passou a ser gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) em 1995.
As informações aqui apresentadas, referentes aos anos de 2000 a 2006, tratam de período em que o gerenciamento do SIM já se encontrava na esfera municipal. Seguindo a proposta de descentralização da SMS-RJ, o SIM foi descentralizado para as 10 Áreas de Planejamento da cidade a partir de 2005.
Em todos os anos abordados, foram trabalhadas as informações referentes a Óbitos de Residentes no Município do Rio de Janeiro, visando traçar um perfil dos óbitos para cada uma das AP e para a cidade, ao longo destes anos.
As taxas de mortalidade foram calculadas por 100.000 habitantes, e foram expressas em gráficos por conjuntos de AP, incluindo sempre a média do município do Rio de Janeiro. O agrupamento de AP foi feito considerando a localização geográfica e as características semelhantes.

Não foram feitas padronizações de taxas, portanto será preciso considerar, na análise, a composição diferente da população das diversas AP. As Áreas de Planejamento 2.1, 2.2, 3.2 e 1.0 apresentam maior percentual de população idosa, por isso apresentam também as maiores taxas de mortalidade.

As sete principais causas de morte na cidade do Rio de Janeiro, ao longo destes anos analisados, foram:

- Doenças Cardiovasculares
- Neoplasias
- Causas Externas
- Doenças do Aparelho Respiratório
- Causas Mal Definidas
- Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas
- Doenças Infecciosas e Parasitárias

Desta forma trabalharemos mais detalhadamente estas causas de óbito.

Doenças Cardiovasculares

Nas AP com a estrutura etária mais jovem (4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 principalmente), as taxas de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares são menores pela ocorrência preferencial destas nas faixas etárias mais elevadas.

Taxa de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares, residentes nas AP 1.0, 2.1 e 2.2 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006

Taxa de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares, residentes nas AP 3.1, 3.2 e 3.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006

Taxa de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares, residentes nas AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos - IPP

No grupo das Doenças Cardiovasculares destacam-se as Doenças Isquêmicas do Coração e as Doenças Cerebrovasculares, e em ambas foram considerados os óbitos acima de 40 anos, que é a faixa etária predominante de ocorrência destes casos. Observa-se que as Doenças Isquêmicas são a principal causa dentro do capítulo das Doenças Cardiovasculares.

Observando-se que, no conjunto das AP 3, as Doenças Isquêmicas se destacam na AP 3.2, onde a estrutura etária é mais elevada.

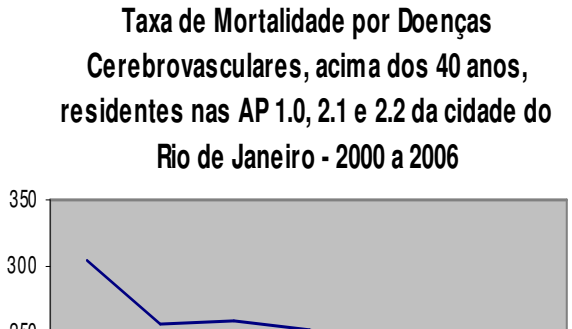
Taxa de Mortalidade por Doenças Isquêmicas do Coração, acima dos 40 anos, residentes nas AP 1.0, 2.1 e 2.2 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006

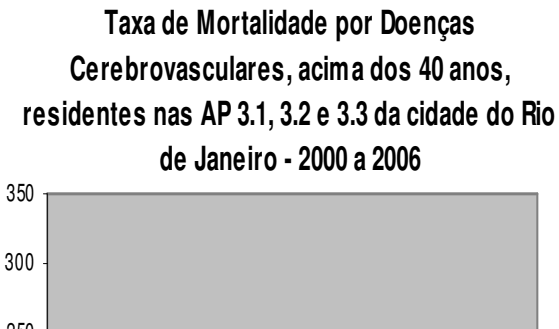
Taxa de Mortalidade por Doenças Isquêmicas do Coração, acima dos 40 anos, residentes nas AP 3.1, 3.2 e 3.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006

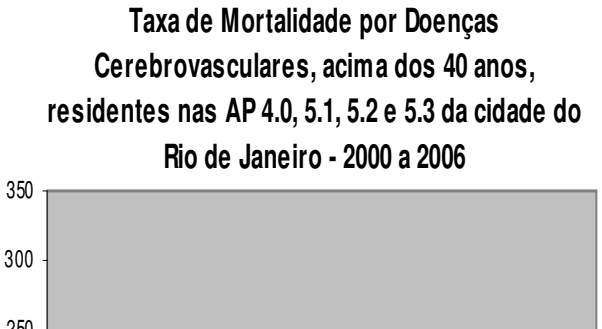
Taxa de Mortalidade por Doenças Isquêmicas do Coração, acima dos 40 anos, residentes nas AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos - IPP

A AP 5.3 tem a taxa de mortalidade mais elevada por Doenças Cerebrovasculares dentre as AP da Zona Oeste. Cabe questionar problemas de acesso à assistência, ou ainda pontuar as alterações de curvas entre a AP 5.3 e a AP 5.2 que pode apontar para problemas de identificação de endereço.







Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos – IPP

Neoplasias

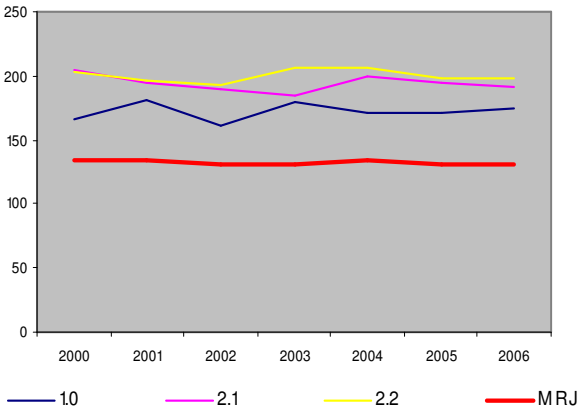
As Neoplasias se destacam em áreas que combinam duas situações: maior contingente de população idosa e de maior renda.

A necessidade de exames de apoio diagnóstico para confirmação da existência de uma neoplasia pressupõe o acesso à assistência especializada e aos serviços de diagnóstico, e podem fazer a diferença na definição das causas de morte. Observa-se que nas AP com melhores características sócio-econômicas – em particular as AP 2.1 e 2.2, o número de óbitos por neoplasias é maior do que em

outras, onde este acesso é mais restrito, seja pela distância geográfica ou pelo menor poder aquisitivo que restringe, aos serviços públicos, a busca por assistência.

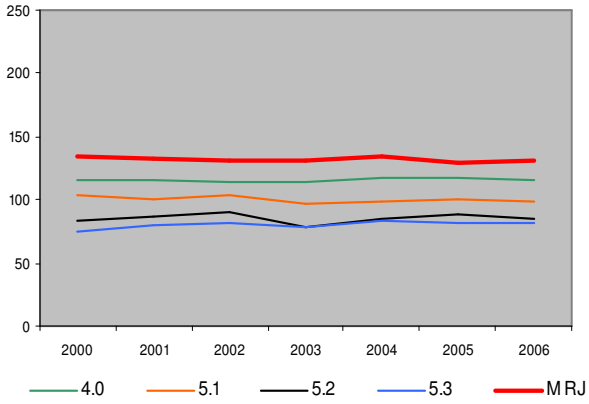
No conjunto das AP 3 e das AP da Zona Oeste da cidade destacam-se as AP 3.2 e 4.0. o que pode representar maior acesso a diagnóstico nestas áreas, e faixa etária mais elevada da sua população.

Taxa de Mortalidade por Neoplasias, residentes nas AP 1.0, 2.1 e 2.2 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Neoplasias, residentes nas AP 3.1, 3.2 e 3.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006

Taxa de Mortalidade por Neoplasias, residentes nas AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos – IPP

Dentre as Neoplasias o maior número de casos ocorre por Neoplasias da Traquéia, Brônquios e Pulmão, seguida pela de Mama.

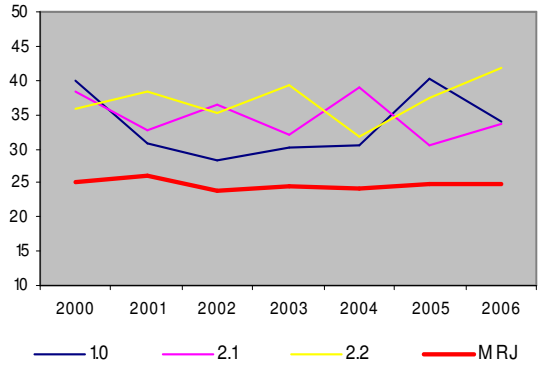
No cálculo das Taxas de Mortalidade por estas duas causas tem-se que a Neoplasia de Mama, como ocorre praticamente de forma exclusiva nas mulheres, aparece com uma taxa mais elevada que a Neoplasia da Traquéia, Brônquios e Pulmão.

Taxa de Mortalidade por Neoplasia de traqueia, bronquios e pulmão residentes nas AP 1.0, 2.1 e 2.2 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006

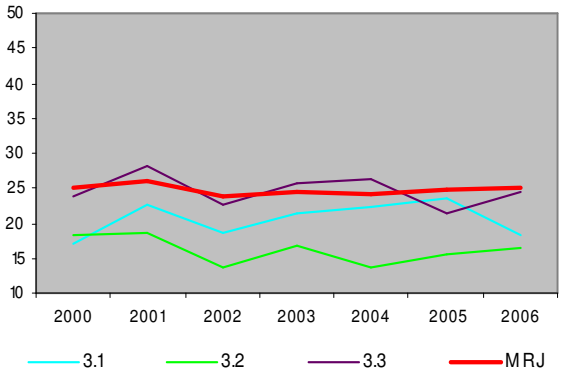
Taxa de Mortalidade por Neoplasia de traqueia, bronquios e pulmão residentes nas AP 3.1, 3.2 e 3.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006

Taxa de Mortalidade por Neoplasia de traqueia, bronquios e pulmão residentes nas AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006

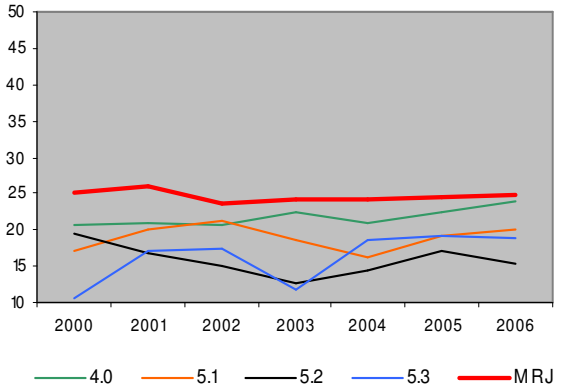
Taxa de Mortalidade por Neoplasia de Mama, residentes nas AP 1.0, 2.1 e 2.2 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Neoplasia de Mama, residentes nas AP 3.1, 3.2 e 3.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Neoplasia de Mama, residentes nas AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos – IPP

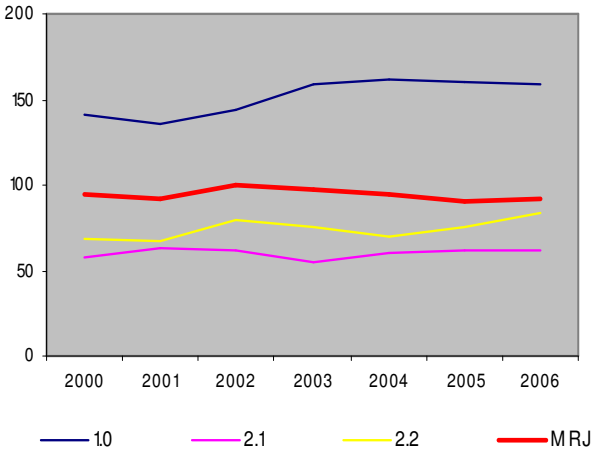
Externas

As Causas Externas encontram-se entre as três primeiras causas de morte na cidade ao longo destes anos.

A AP 1.0 foi a área que apresentou as taxas mais elevadas de óbitos por Causas Violentas.

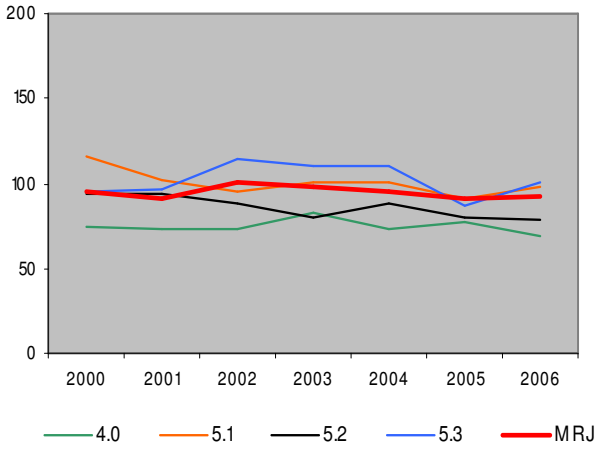
Dentre as violências destacam-se os homicídios e os acidentes. Nos homicídios foram selecionados os óbitos ocorridos entre 15 e 39 anos, faixa etária mais suscetível a este agravo.

Taxa de Mortalidade por Causas Externas, residentes nas AP 1.0, 2.1 e 2.2 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Causas Externas, residentes nas AP 3.1, 3.2 e 3.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006

Taxa de Mortalidade por Causas Externas, residentes nas AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006

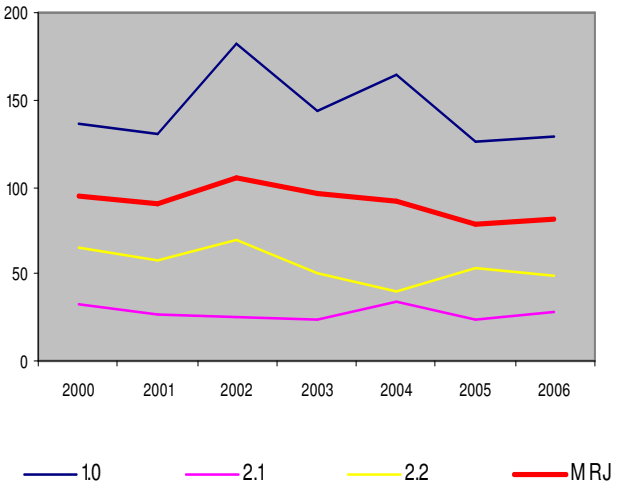


Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos – IPP

Os homicídios predominaram nas áreas 1.0 e 3.3. Nas AP 2.1, 2.2 e também na 4.0 apresentaram-se abaixo da média do município, o que pode representar, tanto questões da faixa etária – população mais idosa (homicídios foram calculados para faixa etária de 15 a 39 anos), quanto uma menor incidência de violências nestas áreas.

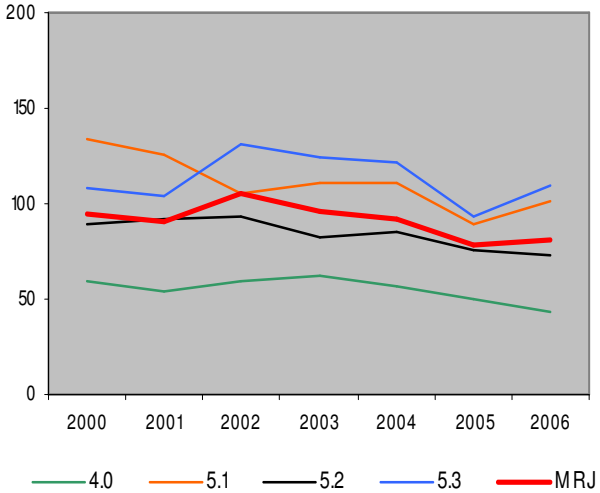
A análise dos óbitos por Homicídios deve considerar áreas de maior vulnerabilidade, como as áreas de ocupação subnormal, que tem uma população residente mais exposta ao risco e de faixa etária mais jovem.

Taxa de Mortalidade por Homicídios, de 15 a 39 anos, residentes nas AP 1.0, 2.1 e 2.2 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Homicídios, de 15 a 39 anos, residentes nas AP 3.1, 3.2 e 3.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006

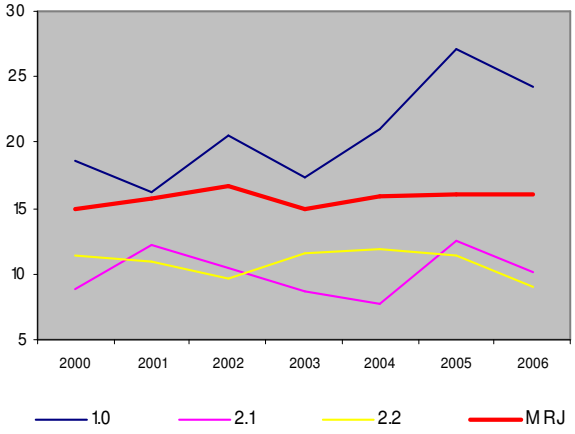
Taxa de Mortalidade por Homicídios, de 15 a 39 anos, residentes nas AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



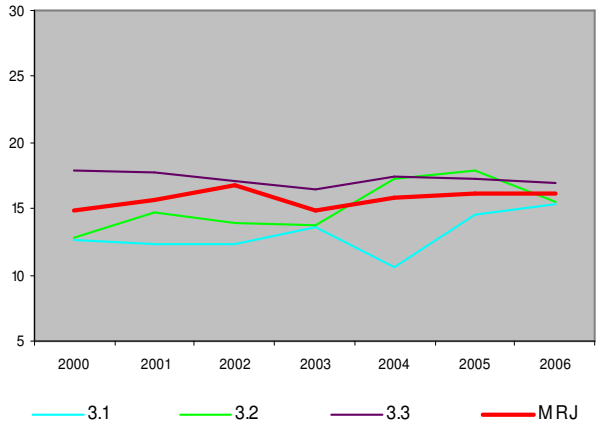
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos – IPP

Os óbitos por Acidentes de transporte foram calculados considerando a população em geral, sem especificação de faixa etária ou sexo. A área que apresentou a maior taxa de mortalidade por acidentes de transporte foi a AP 1.0. As menores taxas apareceram nas AP 2.1 e 2.2. Porém, de uma maneira geral, os óbitos por acidentes de transporte tiveram uma apresentação bastante heterogênea nas AP ao longo do período analisado. Isto pode demonstrar a dificuldade de captação da informação destes eventos, com momentos de maior ou menor possibilidade de esclarecimento da intencionalidade junto a outras bases de dados.

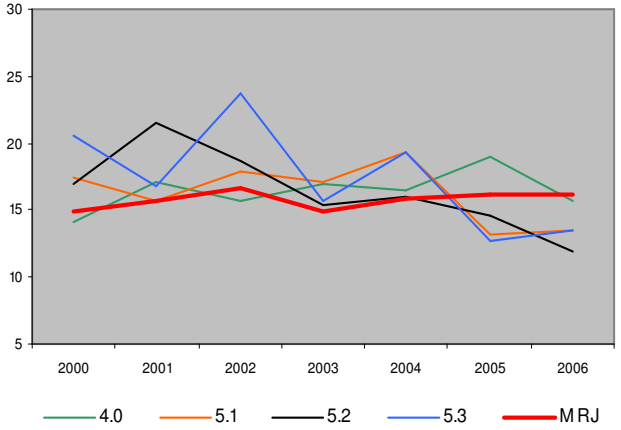
Taxa de Mortalidade por Acidentes de Transporte, residentes nas AP 1.0, 2.1 e 2.2 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Acidentes de Transporte, residentes nas AP 3.1, 3.2 e 3.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Acidentes de Transporte, residentes nas AP da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos – IPP

A AP 3.1 tem estrutura populacional relativamente mais jovem entre as AP 3 o que pode explicar as taxas mais baixas para as Doenças Cardiovasculares e Neoplasias, com padrão semelhante às áreas da zona oeste. Em relação às Causas Externas, a AP 3.1 apresentou menores taxas em relação as demais áreas da área 3 como um todo. Isto pode ter ocorrido em virtude de problemas de registro de endereço de residência.

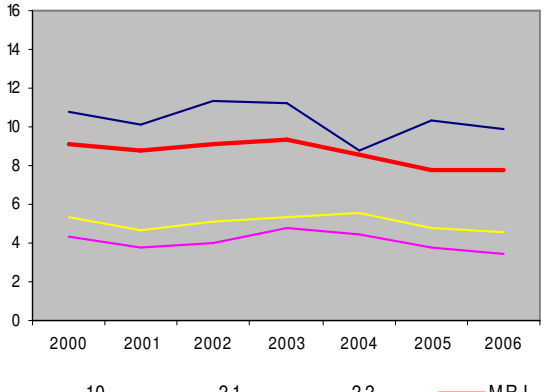
Causas Mal Definidas

O aparecimento das Causas Mal Definidas como causa básica do óbito pode refletir a maior ou menor qualidade e confiabilidade das informações no SIM. O alto percentual de Causas Mal Definidas dificulta a análise do perfil de mortalidade de uma população.

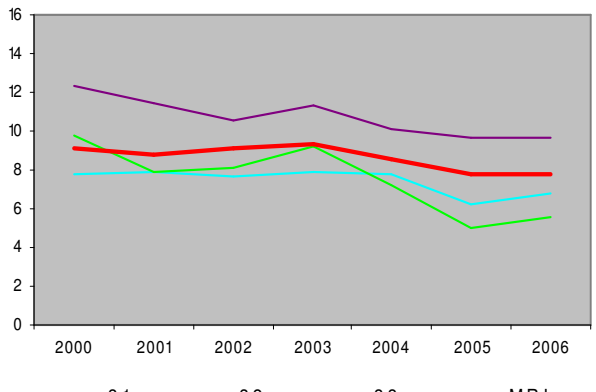
A meta desta cidade é diminuir o percentual de Causas Mal Definidas para 8% do total dos óbitos até 2008, e por isso têm sido feitos investimentos nas CAP para qualificar o preenchimento da declaração de óbito. A proposta de investigação descentralizada - nas Divisões de Vigilância em Saúde, também contribuiu para melhorar a qualidade das informações sobre mortalidade.

As Causas Mal Definidas também apontam para a dificuldade de acesso a um diagnóstico definido da causa da morte. Nas AP de menor poder aquisitivo da população e, portanto, com menor acesso a meios diagnósticos mais sofisticados, este percentual ainda se encontra elevado, como se observa nas AP 5.1, 5.2, 5.3 e 3.3. Entretanto estas áreas já estão realizando um trabalho diferenciado na tentativa de melhorar este indicador.

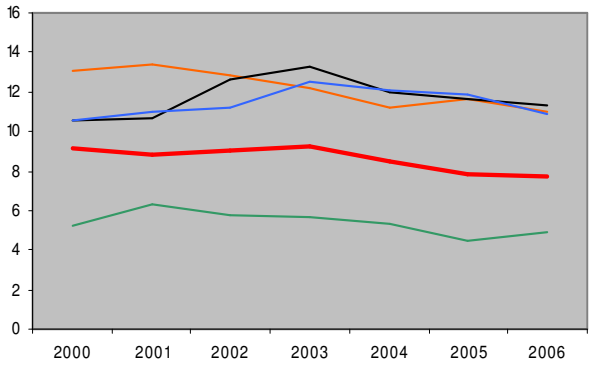
Taxa de Mortalidade por Causas Mal definidas, residentes nas AP 1.0, 2.1 e 2.2 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Causas Mal definidas, residentes nas AP 3.1, 3.2 e 3.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Causas Mal definidas, residentes nas AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



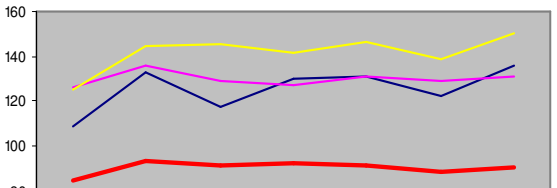
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos – IPP

A AP 3.1 tem um comportamento nas diversas taxas de mortalidade, e na Mortalidade por Causas Mal Definidas não é diferente, que não é de fácil explicação. Em todas as taxas, a AP 3.1 encontra-se com valores abaixo da média do município, sem que a composição de sua população por faixa etária, ou dificuldades de acesso, ou mesmo nível sócio-econômico de seus moradores, possa explicar este fato. Serão necessários outros estudos que possam esclarecer este comportamento.

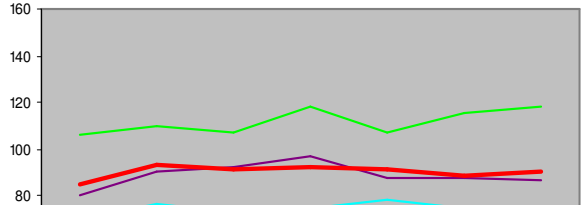
Doenças do Aparelho Respiratório

As Doenças do Aparelho Respiratório também ocorrem com maior freqüência nas faixas etárias mais elevadas (óbitos por pneumonia) e desta forma os maiores percentuais ocorreram nas AP 1.0, 2.1, 2.2 e 3.2.
As AP 3.1, 3.2 e 3.3 por serem as de maior quantitativo populacional, influenciam a construção da média do município. Por este motivo são as áreas que encontram suas taxas mais próximas à taxa da cidade do Rio de Janeiro.

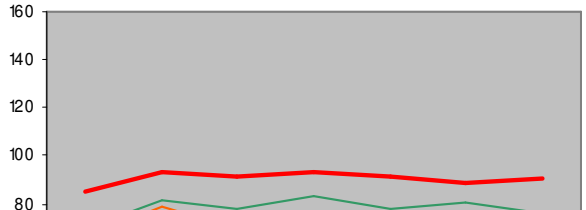
Taxa de Mortalidade por Doenças do Aparelho Respiratório, residentes nas AP 1.0, 2.1 e 2.2 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Doenças do Aparelho Respiratório, residentes nas AP 3.1, 3.2 e 3.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Doenças do Aparelho Respiratório, residentes nas AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006

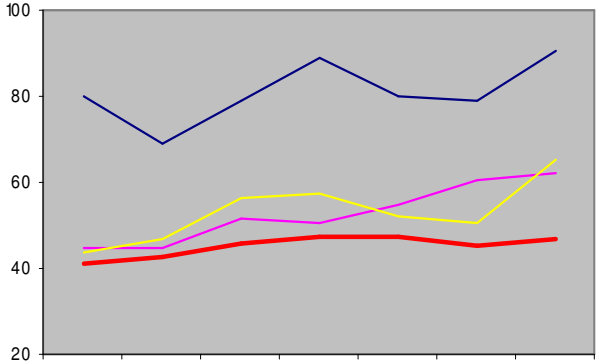


Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos – IPP

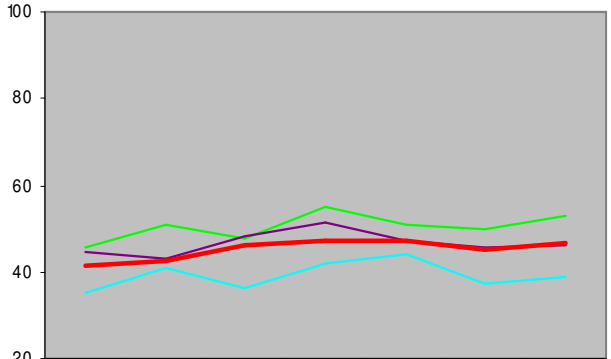
Doenças Infecciosas e Parasitárias

No capítulo das Doenças Infecciosas e Parasitárias a principal causa de óbito, ao longo dos anos, e praticamente em todas as áreas, é a Septicemia. Esta é uma causa não bem definida, e é registrada principalmente na população mais idosa. Por esta razão as AP 1.0, 2.1 e 2.2 apresentam taxas mais elevadas destas causas.

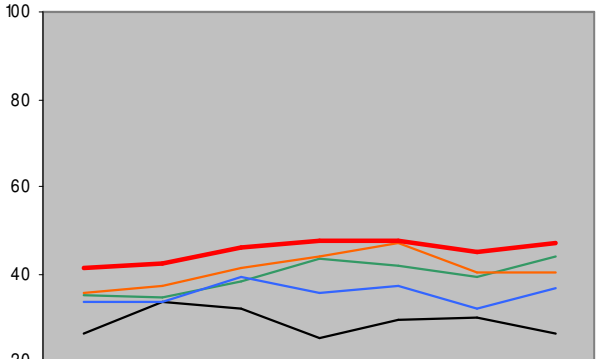
Taxa de Mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias, residentes nas AP 1.0, 2.1 e 2.2 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias, residentes nas AP 3.1, 3.2 e 3.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias, residentes nas AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006

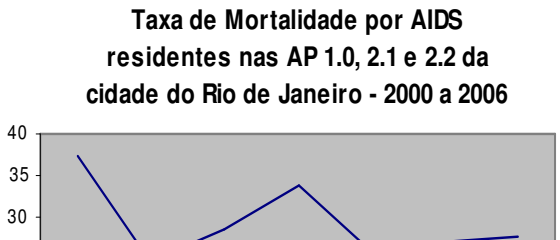


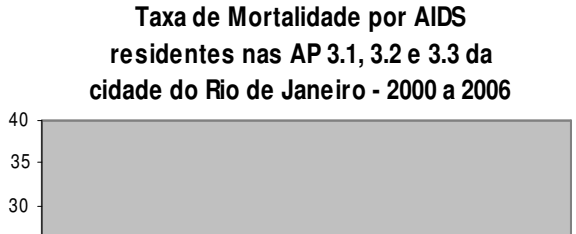
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos – IPP

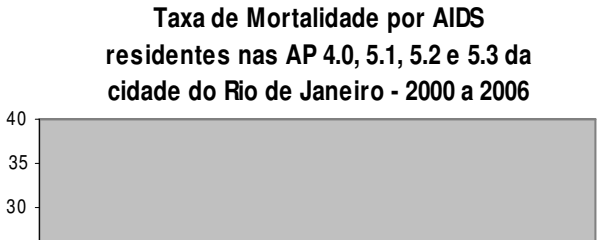
A análise das outras principais Causas Infecciosas e Parasitárias de óbitos, que são a AIDS e a Tuberculose, mostra um comportamento diferente entre as AP, por se tratarem de causas que ocorrem principalmente em faixas etárias mais jovens.

A taxa de mortalidade por AIDS vem se mantendo ao longo dos anos nas AP, com pequenas variações da média do município.

Na AP 1.0 a taxa é mais elevada. Cabe ressaltar que a análise das taxas encontradas na Área de Planejamento 1.0 tem que considerar o pequeno contingente populacional desta área. Com populações menores, qualquer caso de óbito a mais influencia de maneira significativa o cálculo das taxas. Nesta área a concentração de moradores de rua e profissionais do sexo pode ser uma explicação para este comportamento da AIDS, que é uma doença sexualmente transmissível.



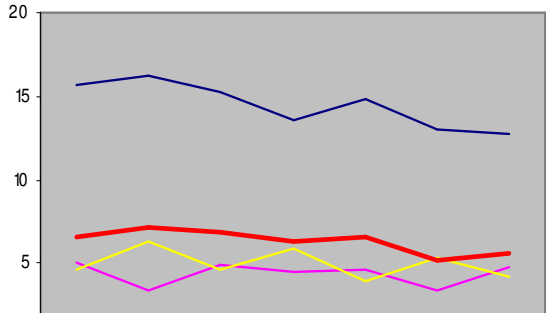




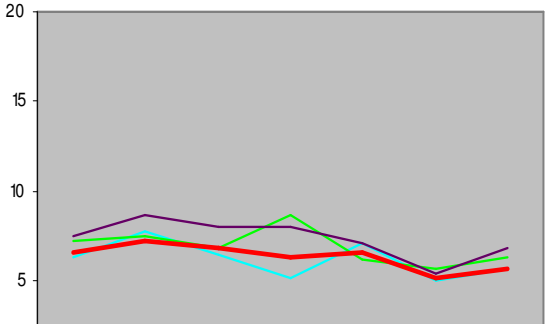
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos – IPP

A tuberculose é uma causa de óbito que voltou a ter importância com o aparecimento da AIDS, tendo inclusive registrado o aparecimento de formas mais graves pela deficiência imunológica que a AIDS causa. Assim o comportamento dos óbitos por tuberculose é bastante semelhante ao dos óbitos por AIDS.

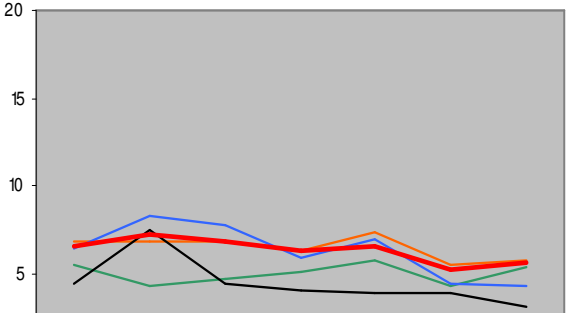
Taxa de Mortalidade por Tuberculose residentes nas AP 1.0, 2.1 e 2.2 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Tuberculose residentes nas AP 3.1, 3.2 e 3.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Tuberculose residentes nas AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006

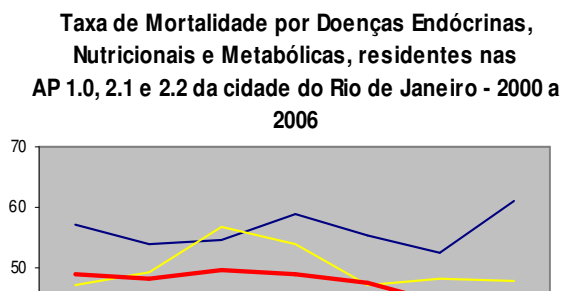


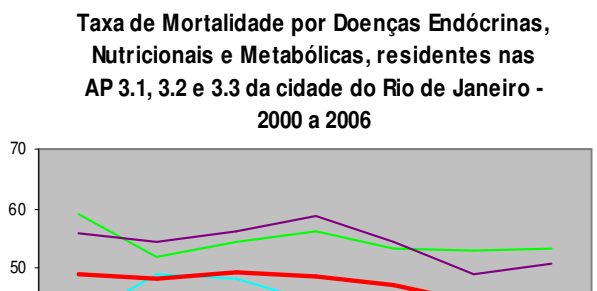
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos – IPP

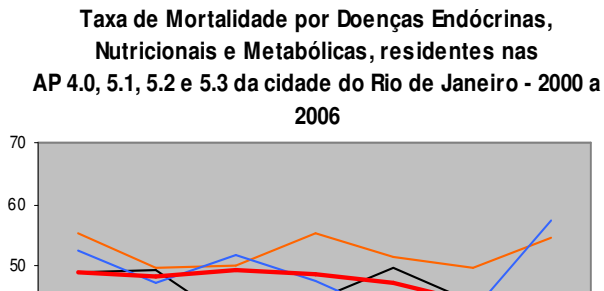
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas

Os óbitos por estas causas apresentaram variações ao longo dos anos analisados. Este comportamento heterogêneo pode ser explicado por problemas na informação da ocorrência destes eventos.

Estas alterações foram observadas em todas as AP, ao longo do período analisado, mas foram principalmente percebidas nas AP 5.1, 5.2 e 5.3.





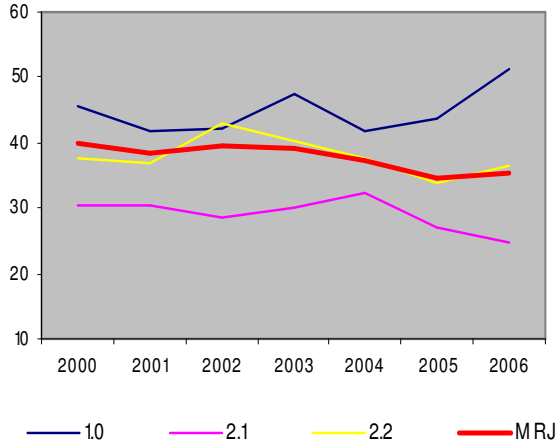


Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos – IPP

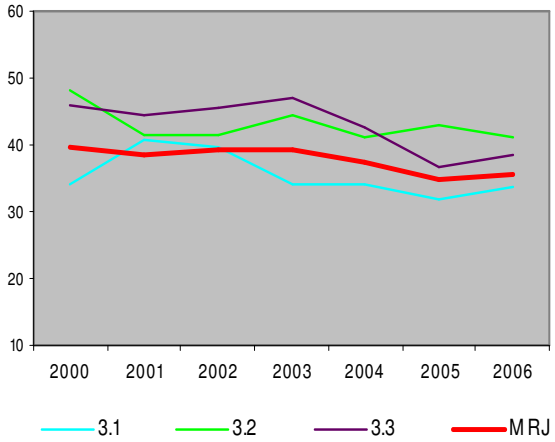
Dentre as Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas destaca-se a Diabetes Mellitus.

Apesar do aumento da prevalência com a idade, e do nível sócio-econômico poder influenciar no acesso a novos medicamentos para controle do Diabetes Mellitus não se encontraram diferenças significativas entre as áreas que pudessem ser explicadas por estes fatos. As pequenas diferenças encontradas podem refletir uma maior ou menor dificuldade de acesso ao diagnóstico e tratamento em dado período. Também pode estar subestimado como causa básica, pois é uma doença que acarreta complicações crônicas, podendo estar contribuindo como causa associada, principalmente nas doenças cardiovaculares,

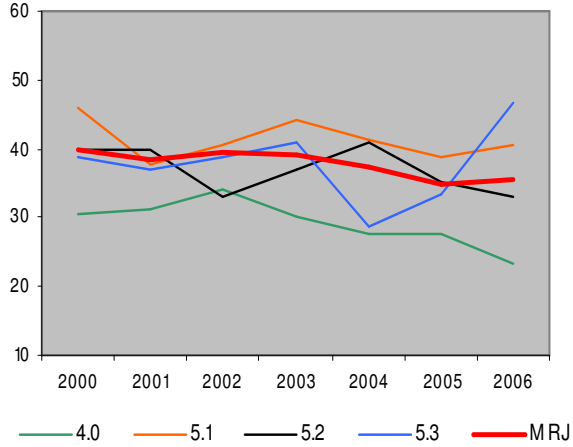
Taxa de Mortalidade por Diabetes residentes nas AP 1.0, 2.1 e 2.2 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Diabetes residentes nas AP 3.1, 3.2 e 3.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Taxa de Mortalidade por Diabetes residentes nas AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 da cidade do Rio de Janeiro - 2000 a 2006



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ e Estimativa Populacional Instituto Pereira Passos – IPP

Comentários

As informações consolidadas neste trabalho possibilitam o reconhecimento de particularidades entre cada uma das dez áreas de planejamento da Cidade, que representam suas características em termos históricos, demográficos e socioeconômicos.

Os indicadores de saúde, mortalidade e nascimentos, possibilitam a identificação e monitoramento de padrões adoecimento, morte e assistência. A análise da situação de saúde exclusivamente a partir destas informações, entretanto não permite o entendimento da realidade de saúde dos diferentes grupos que vivem nesta Cidade. Esta análise deve incorporar informações de outras áreas do conhecimento.

Cada área da Cidade é um universo próprio, como se tivéssemos 10 grandes cidades dentro de uma só. A identidade de cada uma delas determina formas de viver às vezes muito diferentes. E ainda, dentro de uma mesma área temos regiões muito diversas, heterogêneas o que pode se refletir na indefinição de padrões.

A organização do espaço e da distribuição de bens e serviços também não se dá de forma homogênea, e sua maior ou menor oferta reflete diretamente nos resultados dos indicadores de saúde.

ANEXOS

ANEXO I

Indicadores de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro no período de 2000 a 2006

Indicadores		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Demográficos								
População Total	nº	5.857.904	5.875.229	5.919.825	5.968.657	6.021.959	6.105.632	6.194.862
Homens	nº	2.748.143	2.754.176	2.772.801	2.793.293	2.815.747	2.852.545	2.892.259
Mulheres	nº	3.109.761	3.121.052	3.147.025	3.175.364	3.206.212	3.253.086	3.302.603
15 a 39 anos	nº	2.400.074	2.396.677	2.403.707	2.411.977	2.421.596	2.443.265	2.467.044
>= 40 anos	nº	2.134.248	2.166.190	2.211.225	2.258.430	2.307.939	2.368.589	2.432.740
>= 60 anos	nº	751.637	765.268	783.308	802.277	822.239	845.819	870.859
	%	12,8	13,0	13,2	13,4	13,7	13,9	14,1
Mortalidade								
Óbitos Totais	nº	49866	50173	51747	51165	51367	49992	51721
	coef**	8,5	8,5	8,7	8,6	8,5	8,2	17,9
Óbitos Infantis	nº	1655	1340	1272	1369	1335	1207	1123
	coef**	16,9	15,3	15,4	15,5	15,2	14,2	13,7
Mortalidade Neonatal	nº	1093	909	896	920	886	815	734
	coef**	11,3	10,1	10,6	10,4	10,1	9,6	8,9
Neonatal precoce	nº	802	678	669	671	649	558	556
	coef**	8,1	7,9	8,1	7,6	7,4	6,5	6,8
Neonatal tardio	nº	307	231	202	249	237	257	178
	coef**	3,1	2,6	2,5	2,8	2,7	3,0	2,2
Mortalidade Pós-Neonatal	nº	546	431	401	449	449	392	381
	coef**	5,6	4,8	4,8	5,1	5,1	4,6	4,7
Mortalidade Perinatal	coef**	19,3	16,8	18,6	17,4	20,9	15,6	16,0
Mortalidade Materna	nº	49	62	52	46	43	38	41
	coef*	50,8	68,2	59,9	52,2	49,4	44,6	50,1
Dçs Cardiovasculares (total)	nº	14171	14272	14900	13967	14314	13858	14441
	coef*	241,9	242,9	251,7	234,0	237,7	227,0	233,1
Dç Isquemica do Coração(acima de 40 anos)	nº	4741	4824	5091	4673	4839	4825	5051
	coef#	222,1	222,7	230,2	206,9	209,7	203,7	207,6
Dç Cerebrovascular(acima de 40 anos)	nº	4639	4629	4642	4389	4391	4070	3994
	coef#	217,4	213,7	209,9	194,3	190,3	171,8	164,2
Neoplasias	nº	7862	7842	7794	7811	8048	7943	8136
	coef*	134,2	133,5	131,7	130,9	133,6	130,1	131,3
Neoplasia traquéia, brônquios e pulmão	nº	1190	1094	1166	1079	1249	1167	1129
	coef*	20,3	18,6	19,7	18,1	20,7	19,1	18,2
Neoplasia da mama	nº	777	809	747	773	779	802	824
	coef*	25,0	25,9	23,7	24,3	24,3	24,7	25,0
Causas Externas (total)	nº	5536	5387	5930	5831	5721	5554	5702
	coef*	94,5	91,7	100,2	97,7	95,0	91,0	92,0
Homicídios (de 15 a 39 anos)	nº	2274	2182	2545	2311	2227	1913	2007
	coef##	94,7	91,0	105,9	95,8	92,0	78,3	81,4
Acidentes de Transporte(total)	nº	872	924	989	888	956	985	997
	coef	14,9	15,7	16,7	14,9	15,9	16,1	16,1
Causas Mal Definidas	nº	5335	5187	5361	5550	5133	4771	4803
	coef*	91,1	88,3	90,6	93,0	85,2	78,1	77,5
Dçs Respiratórias	nº	4955	5491	5422	5537	5487	5434	5628
	coef*	84,6	93,5	91,6	92,8	91,1	89,0	90,8
Dçs Infecciosas e Parasitárias	nº	2413	2495	2720	2826	2848	2748	2904
	coef*	41,2	42,5	45,9	47,3	47,3	45,0	46,9
AIDS	nº	837	741	824	796	806	692	711
	coef*	14,3	12,6	13,9	13,3	13,4	11,3	11,5
Tuberculose	nº	386	423	404	377	393	314	349
	coef*	6,6	7,2	6,8	6,3	6,5	5,1	5,6
Dçs Endócr Nutricionais Metabólicas	nº	2867	2834	2928	2911	2840	2695	2770
	coef*	48,9	48,2	49,5	48,8	47,2	44,1	44,7
Diabetes Mellitus	nº	2328	2265	2333	2336	2242	2121	2200
	coef*	39,7	38,6	39,4	39,1	37,2	34,7	35,5
Nascidos Vivos								
Número		98846	90925	86912	88317	87641	85303	82040
Coeficiente de Natalidade	coef**	17	15	14	15	14	14	13
Taxa Fecundidade 10-49	coef***	2	2	2	2	2	2	2
Taxa Fecun.específica 10-14	coef***	0,0039	0,0036	0,0036	0,0035	0,0033	0,01120	0,00291
Taxa Fecun.específica 15-19	coef***	0,0718	0,0654	0,0596	0,0577	0,0557	0,05416	0,04992
Mães Adolescentes	%	19,3	19,2	18,5	17,8	17,4	17,6	17,2
Baixo Peso	%	9,8	10,1	10,4	10,2	10,0	10,0	9,5
Prematuridade	%	7,8	7,5	7,6	8,6	8,5	8,3	8,7
Cesareanas	%	47,9	48,3	46,4	48,1	49,8	50,9	52,0
Pré-Natal *Nenhuma consulta*	%	5,4	5,9	4,2	3,5	3,3	3,0	2,7
4 e + consultas	%	85,8	85,3	85,5	87,3	88,5	89,1	88,9
7 e + consultas	%	55,2	58,1	62,0	65,6	67,7	68,9	67,5
Cobertura do SUS	%	69,8	70,8	67,7	70,9	71,9	67,8	65,7

Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ — *** Taxa Fecundidade Total de 10 a 49 e Taxa Fecund Específica

Estimativas Populacionais: IPP/SMU-RJ — # Taxa de mortalidade idade específica para 40 anos ou mais

NOTAS: * Taxa de mortalidade/100 mil hab; ** Coef/1000 ## Taxa de mortalidade idade específicade de 15 a 39 anos

**Coef./1000

Indicadores de Saúde da Área de Planejamento 1.0 da Cidade do Rio de Janeiro de 2000 a 2006

Indicadores		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Demográficos								
População Total	nº	268.280	265.045	262.110	259.276	256.512	253.849	251.312
Homens	nº	127.553	125.929	124.373	122.883	121.457	120.093	118.791
Mulheres	nº	140.727	139.116	137.738	136.393	135.055	133.755	132.522
15 a 39 anos	nº	111.200	109.354	107.643	105.979	104.348	102.764	101.237
>= 40 anos	nº	100.351	100.176	100.058	99.967	99.898	99.855	99.844
>= 60 anos	nº	37.255	37.248	37.267	37.299	37.342	37.399	37.471
	%	13,9	14,1	14,2	14,4	14,6	14,7	14,9
Mortalidade								
Óbitos Totais	nº	3116	3036	3045	3109	3026	2990	3108
	coef**	1161,5	1145,5	1161,7	1199,1	1179,7	1177,9	1236,7
Óbitos Infantis	nº	121	97	85	93	80	95	83
	coef**	20,4	18,0	16,7	18,2	16,2	19,2	17,8
Mortalidade Neonatal	nº	85	67	59	51	52	58	54
	coef**	14,3	12,4	11,6	10,0	10,5	11,7	11,6
Neonatal precoce	nº	60	49	44	35	40	36	44
	coef**	10,1	9,1	8,6	6,9	8,1	7,3	9,4
Neonatal tardio	nº	25	18	15	16	12	22	10
	coef**	4,2	3,3	2,9	3,1	2,4	4,4	2,1
Mortalidade Pós-Neonatal	nº	36	30	26	42	28	37	29
	coef**	6,1	5,6	5,1	8,2	5,7	7,5	6,2
Mortalidade Perinatal	coef**	19,9	18,6	18,1	18,8	19,1	17,0	20,8
Mortalidade Materna	nº	2	5	7	3	2	5	2
	coef*	35,2	92,7	137,3	60,8	40,6	101,0	42,9
Dç Cardiovasculares (total)	nº	900	852	876	830	849	812	862
	coef*	335,5	321,5	334,2	320,1	331,0	319,9	343,0
Dç Isquemica do Coração(acima de 40 anos)	nº	298	281	301	271	296	282	292
	coef#	297,0	280,5	300,8	271,1	296,3	282,4	292,5
Dç Cerebrovascular(acima de 40 anos)	nº	305	259	259	252	235	223	234
	coef#	303,9	258,5	258,8	252,1	235,2	223,3	234,4
Neoplasias	nº	447	481	421	466	437	436	440
	coef*	166,6	181,5	160,6	179,7	170,4	171,8	175,1
Neoplasia traquéia, brônquios e pulmão	nº	49	67	66	62	73	60	59
	coef*	18,3	25,3	25,2	23,9	28,5	23,6	23,5
Neoplasia da mama	nº	56	43	39	41	41	54	45
	coef*	39,8	30,9	28,3	30,1	30,4	40,4	34,0
Causas Externas (total)	nº	380	358	378	412	413	407	400
	coef*	141,6	135,1	144,2	158,9	161,0	160,3	159,2
Homicídios (de 15 a 39 anos)	nº	152	143	196	152	172	129	130
	coef##	136,7	130,8	182,1	143,4	164,8	125,5	128,4
Acidentes de Transporte(total)	nº	50	43	54	45	54	69	61
	coef	18,6	16,2	20,6	17,4	21,1	27,2	24,3
Causas Mal Definidas	nº	288	267	296	292	224	262	249
	coef*	107,4	100,7	112,9	112,6	87,3	103,2	99,1
Dç Respiratórias	nº	292	352	307	336	337	310	341
	coef*	108,8	132,8	117,1	129,6	131,4	122,1	135,7
Dç Infecciosas e Parasitárias	nº	214	183	207	230	205	201	227
	coef*	79,8	69,0	79,0	88,7	79,9	79,2	90,3
AIDS	nº	100	66	75	88	67	69	70
	coef*	37,3	24,9	28,6	33,9	26,1	27,2	27,9
Tuberculose	nº	42	43	40	35	38	33	32
	coef*	15,7	16,2	15,3	13,5	14,8	13,0	12,7
Dç Endócrinas Nutricionais Metabólicas	nº	153	143	143	153	142	133	153
	coef*	57,0	54,0	54,6	59,0	55,4	52,4	60,9
Diabetes Mellitus	nº	122	111	111	123	107	111	129
	coef*	45,5	41,9	42,3	47,4	41,7	43,7	51,3
Nascidos Vivos								
Número		5933	5392	5099	5105	4929	4946	4660
Coeficiente de Natalidade	coef**	22,1	20,3	19,5	19,7	19,2	19,5	18,5
Taxa Fecundidade 10-49	coef***	2,64	2,45	2,36	2,40	2,36	2,41	2,3
Taxa Fecun.específica 10-14	coef***	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Taxa Fecun.específica 15-19	coef***	0,11	0,10	0,09	0,09	0,09	0,09	0,1
Mães Adolescentes	%	21,1	21,7	20,9	20,6	20,3	19,9	20,5
Baixo Peso	%	11,1	10,4	11,5	11,0	11,0	10,9	10,1
Prematuridade	%	8,2	7,9	8,0	8,6	8,6	8,9	9,10
Cesareanas	%	43,3	43,0	40,3	41,9	42,8	47,1	45,8
Sem pré-natal	%	4,8	5,3	5,0	4,7	4,2	3,5	3,95
4 e + consultas de PN	%	83,0	82,0	80,5	82,8	85,7	86,9	93,3
7 e + consultas de PN	%	47,4	51,7	51,8	59,7	63,6	64,0	64,4
Cobertura do SUS	%	80,8	81,6	71,3	81,7	82,3	79,6	78,2

Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ — *** Taxa Fecundidade Total de 10 a 49 e Taxa Fecundidade Específica

Estimativas Populacionais: IPP/SMU-RJ — # Taxa de mortalidade idade específica para 40 anos ou mais

NOTAS: * Taxa de mortalidade/100 mil hab; ## Taxa de mortalidade idade específicade de 15 a 39 anos; **Coef./1000

Indicadores de Saúde da Área de Planejamento 2.1 da Cidade do Rio de Janeiro de 2000 a 2006

Indicadores		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Demográficos								
População Total	nº	630.473	630.909	631.691	632.828	634.326	636.193	638.440
Homens	nº	277.556	277.677	277.941	278.351	278.908	279.616	280.479
Mulheres	nº	352.917	353.231	353.750	354.477	355.418	356.577	357.962
15 a 39 anos	nº	240.384	239.120	237.950	236.875	235.896	235.013	234.227
>= 40 anos	nº	296.005	299.216	302.602	306.171	309.932	313.895	318.068
>= 60 anos	nº	129402	131192	133086	135088	137203	139438	141797
	%	20,5	20,8	21,1	21,3	21,6	21,9	22,2
Mortalidade								
Óbitos Totais	nº	5907	5953	5976	5818	6031	5864	5832
	coef**	936,9	943,6	946,0	919,4	950,8	921,7	913,5
Óbitos Infantis	nº	94	96	79	82	87	71	66
	coef**	12,8	14,6	12,8	12,7	13,7	11,1	10,4
Mortalidade Neonatal	nº	68	71	58	62	60	53	46,00
	coef**	9,3	10,8	9,4	9,6	9,5	8,3	7,2
Neonatal precoce	nº	46	50	43	47	44	31	38
	coef**	6,3	7,6	7,0	7,3	6,9	4,8	6,0
Neonatal tardio	nº	22	21	15	15	16	22	8
	coef**	3,0	3,2	2,4	2,3	2,5	3,4	1,3
Mortalidade Pós-Neonatal	nº	26	25	21	20	27	18	20
	coef**	3,5	3,8	3,4	3,1	4,3	2,8	3,1
Mortalidade Perinatal	coef**	15,4	13,3	13,7	13,2	15,5	10,7	12,5
Mortalidade Materna	nº	4	5	2	2	1	0	6
	coef*	55,6	76,1	32,5	31,8	15,8	0,0	94,1
Dçs Cardiovasculares (total)	nº	1916	1935	1986	1844	1831	1759	1739
	coef*	303,9	306,7	314,4	291,4	288,7	276,5	272,4
Dç Isquemica do Coração(acima de 40 anos)	nº	805	828	835	754	794	761	714
	coef#	272,0	276,7	275,9	246,3	256,2	242,4	224,5
Dç Cerebrovascular(acima de 40 anos)	nº	474	493	504	445	438	420	393
	coef#	160,1	164,8	166,6	145,3	141,3	133,8	123,6
Neoplasias	nº	1289	1231	1198	1170	1266	1238	1222
	coef*	204,4	195,1	189,6	184,9	199,6	194,6	191,4
Neoplasia traquéia, brônquios e pulmão	nº	228	187	191	181	207	187	182
	coef*	36,2	29,6	30,2	28,6	32,6	29,4	28,5
Neoplasia da mama	nº	135	115	129	114	138	109	120
	coef*	38,3	32,6	36,5	32,2	38,8	30,6	33,5
Causas Externas (total)	nº	365	395	392	344	381	389	390
	coef*	57,9	62,6	62,1	54,4	60,1	61,1	61,1
Homicídios (de 15 a 39 anos)	nº	78	62	61	56	79	57	67
	coef##	32,4	25,9	25,6	23,6	33,5	24,3	28,6
Acidentes de Transporte(total)	nº	56	77	66	55	49	80	65
	coef	8,9	12,2	10,4	8,7	7,7	12,6	10,2
Causas Mal Definidas	nº	276	240	250	301	279	241	222
	coef*	43,8	38,0	39,6	47,6	44,0	37,9	34,8
Dçs Respiratórias	nº	793	859	816	805	833	821	838
	coef*	125,8	136,2	129,2	127,2	131,3	129,0	131,3
Dçs Infecciosas e Parasitárias	nº	283	282	327	319	347	384	397
	coef*	44,9	44,7	51,8	50,4	54,7	60,4	62,2
AIDS	nº	90	69	71	58	85	64	63
	coef*	14,3	10,9	11,2	9,2	13,4	10,1	9,9
Tuberculose	nº	32	21	31	28	29	21	30
	coef*	5,1	3,3	4,9	4,4	4,6	3,3	4,7
Dçs Endócrinas Nutricionais Metabólicas	nº	249	242	238	234	263	219	203
	coef*	39,5	38,4	37,7	37,0	41,5	34,4	31,8
Diabetes Mellitus	nº	193	191	181	191	205	172	158
	coef*	30,6	30,3	28,7	30,2	32,3	27,0	24,7
Nascidos Vivos								
Número		7335	6567	6176	6457	6338	6396	6371
Coeficiente de Natalidade	coef**	11,6	10,4	9,8	10,2	10,0	10,1	10,0
Taxa Fecundidade 10-49	coef***	1,4	1,3	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3
Taxa Fecun.específica 10-14	coef***	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Taxa Fecun.específica 15-19	coef***	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
Mães Adolescentes	%	11,8	12,2	12,5	11,0	10,4	10,8	10,8
Baixo Peso	%	9,0	9,7	10,4	9,6	9,9	9,8	9,2
Prematuridade	%	6,8	6,9	7,9	7,5	9,3	8,1	8,8
Cesareanas	%	55,6	56,9	56,8	58,3	59,5	60,7	60,6
Sem pré-natal	%	2,1	2,6	2,8	2,2	1,9	2,0	1,8
4 e + consultas de PN	%	91,3	91,7	92,3	92,8	94,2	93,9	96,7
7 e + consultas de PN	%	76,0	79,2	81,8	84,8	86,4	85,4	82,7
Cobertura do SUS	%	51,3	51,0	41,9	47,5	49,0	48,3	47,5

Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ — *** Taxa Fecundidade Total de 10 a 49 e Taxa de Fecundidade Específica

Estimativas Populacionais: IPP/SMU-RJ — # Taxa de mortalidade idade específica para 40 anos ou mais

NOTAS: * Taxa de mortalidade/100 mil hab — ## Taxa de mortalidade idade específicade de 15 a 39 anos;**Coef./1000

Indicadores de Saúde da Área de Planejamento 2.2 da Cidade do Rio de Janeiro de 2000 a 2006

Indicadores		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Demográficos								
População Total	nº	367.005	364.962	363.064	361.339	359.775	358.371	357.125
Homens	nº	162.727	161.597	160.536	159.541	158.611	157.747	156.947
Mulheres	nº	204.278	203.355	202.528	201.798	201.164	200.624	200.178
15 a 39 anos	nº	136.670	134.976	133.331	131.736	130.187	128.685	127.228
>= 40 anos	nº	168.144	169.556	171.027	172.559	174.152	175.809	177.531
>= 60 anos	nº	71.804	72.679	73.594	74.549	75.547	76.588	77.673
	%	19,6	19,9	20,3	20,6	21,0	21,4	21,7
Mortalidade								
Óbitos Totais	nº	3738	3713	3888	3826	3743	3673	3753
	coef**	1.018,5	1.017,4	1.070,9	1.058,8	1.040,4	1.024,9	1.050,9
Óbitos Infantis	nº	61	48	66	60	56	51	36
	coef**	13,1	11,1	16,6	15,4	14,3	13,5	10,2
Mortalidade Neonatal	nº	43	38	48	37	32	38	26
	coef**	9,2	8,8	12,1	9,5	8,2	10,0	7,3
Neonatal precoce	nº	27	29	40	25	25	24	20
	coef**	5,8	6,7	10,1	6,4	6,4	6,3	5,6
Neonatal tardio	nº	16	9	8	12	7	14	6
	coef**	3,4	2,1	2,0	3,1	1,8	3,7	1,7
Mortalidade Pós-Neonatal	nº	18	10	18	23	24	13	10
	coef**	3,9	2,3	4,5	5,9	6,1	3,4	2,8
Mortalidade Perinatal	coef**	8,8	9,4	13,3	9,5	10,9	13,4	11,8
Mortalidade Materna	nº	0	1	2	0	1	0	0
	coef*	0,0	23,1	50,4	0,0	25,5	0,0	0,0
Dças Cardiovasculares (total)	nº	1294	1267	1318	1220	1184	1169	1124
	coef*	352,6	347,2	363,0	337,6	329,1	326,2	314,7
Dç Isquemica do Coração(acima de 40 anos)	nº	539	517	519	494	463	457	485
	coef#	320,6	304,9	303,5	286,3	265,9	259,9	273,2
Dç Cerebrovascular(acima de 40 anos)	nº	325	316	341	321	303	305	241
	coef#	193,3	186,4	199,4	186,0	174,0	173,5	135,8
Neoplasias	nº	746	715	701	743	744	710	708
	coef*	203,3	195,9	193,1	205,6	206,8	198,1	198,3
Neoplasia traquéia, brônquios e pulmão	nº	112	103	103	101	123	101	98
	coef*	30,5	28,2	28,4	28,0	34,2	28,2	27,4
Neoplasia da mama	nº	73	78	71	79	64	75	84
	coef*	35,7	38,4	35,1	39,1	31,8	37,4	42,0
Causas Externas (total)	nº	251	243	286	270	249	270	297
	coef*	68,4	66,6	78,8	74,7	69,2	75,3	83,2
Homicídios (de 15 a 39 anos)	nº	89	77	93	66	52	69	62
	coef##	65,1	57,0	69,8	50,1	39,9	53,6	48,7
Acidentes de Transporte(total)	nº	42	40	35	42	43	41	32
	coef	11,4	11,0	9,6	11,6	12,0	11,4	9,0
Causas Mal Definidas	nº	197	170	186	191	198	173	163
	coef*	53,7	46,6	51,2	52,9	55,0	48,3	45,6
Dças Respiratórias	nº	458	527	529	511	528	499	538
	coef*	124,8	144,4	145,7	141,4	146,8	139,2	150,6
Dças Infecciosas e Parasitárias	nº	160	170	205	207	188	182	233
	coef*	43,6	46,6	56,5	57,3	52,3	50,8	65,2
AIDS	nº	45	36	46	40	41	32	27
	coef*	12,3	9,9	12,7	11,1	11,4	8,9	7,6
Tuberculose	nº	17	23	17	21	14	19	15
	coef*	4,6	6,3	4,7	5,8	3,9	5,3	4,2
Dças Endócrinas Nutricionais Metabólicas	nº	172	179	206	194	169	172	170
	coef*	46,9	49,0	56,7	53,7	47,0	48,0	47,6
Diabetes Mellitus	nº	138	135	156	146	136	121	130
	coef*	37,6	37,0	43,0	40,4	37,8	33,8	36,4
Nascidos Vivos								
Número		4651	4333	3969	3886	3922	3785	3545
Coeficiente de Natalidade	coef**	12,7	11,9	10,9	10,8	10,9	10,6	9,9
Taxa Fecundidade 10-49	coef***	1,6	1,5	1,4	1,4	1,5	1,4	1,4
Taxa Fecun.específica 10-14	coef***	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Taxa Fecun.específica 15-19	coef***	0,05	0,04	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03
Mães Adolescentes	%	14,8	13,8	14,9	12,9	12,7	13,2	13,1
Baixo Peso	%	9,0	10,1	10,1	9,7	9,8	9,5	9,3
Prematuridade	%	7,4	7,7	8,0	8,3	8,7	9,2	8,8
Cesareanas	%	57,1	58,5	56,3	59,6	61,0	62,9	65,9
Sem pré-natal	%	2,3	2,2	2,3	1,6	1,9	1,9	1,2
4 e + consultas de PN	%	91,0	91,7	90,2	93,3	93,5	92,9	97,1
7 e + consultas de PN	%	69,1	71,1	68,4	75,7	80,7	80,3	81,2
Cobertura do SUS	%	52,2	50,8	43,7	48,9	49,1	47,2	45,1

Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ *** Taxa Fecundidade Total de 10 a 49 e Taxa de Fecundidade Específica

Estimativas Populacionais: IPP/SMU-RJ # Taxa de mortalidade idade específica para 40 anos ou mais

NOTAS: * Taxa de mortalidade/100 mil hab ## Taxa de mortalidade idade específicade de 15 a 39 anos; **Coef./1000

Indicadores de Saúde da Área de Planejamento 3.1 da Cidade do Rio de Janeiro de 2000 a 2006

Indicadores		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Demográficos								
População Total	nº	859.210	865.643	872.453	879.608	887.204	895.142	903.598
Homens	nº	407.271	409.855	412.605	415.510	418.605	421.854	425.323
Mulheres	nº	451.939	455.788	459.848	464.098	468.600	473.288	478.275
15 a 39 anos	nº	359.009	360.122	361.314	362.556	363.910	365.309	366.836
>= 40 anos	nº	293.440	299.566	305.935	312.548	319.432	326.551	334.025
>= 60 anos	nº	99.301	102.090	105.014	108.071	111.284	114.606	118.178
	%	11,6	11,8	12,0	12,3	12,5	12,8	13,1
Mortalidade								
Óbitos Totais	nº	6261	6509	6513	6656	6736	6384	6547
	coef**	728,7	751,9	746,5	756,7	759,2	713,2	724,5
Óbitos Infantis	nº	222	189	185	209	177	158	136
	coef**	16,8	14,7	15,4	17,0	14,8	13,4	12,0
Mortalidade Neonatal	nº	139	129	128	138	107	97	84
	coef**	10,5	10,0	10,7	11,2	9,0	8,2	7,4
Neonatal precoce	nº	94	99	96	100	75	64	62
	coef**	7,1	7,7	8,0	8,1	6,3	5,4	5,5
Neonatal tardio	nº	45	30	32	38	32	33	22
	coef**	3,4	2,3	2,7	3,1	2,7	2,8	1,9
Mortalidade Pós-Neonatal	nº	83	60	57	71	70	61	52
	coef**	6,3	4,7	4,8	5,8	5,9	5,2	4,6
Mortalidade Perinatal	coef**	18,2	17,7	20,9	19,4	18,2	14,5	14,0
Mortalidade Materna	nº	8	7	11	9	7	6	2
	coef*	62,9	54,5	91,9	77,3	58,7	50,8	17,6
Dças Cardiovasculares (total)	nº	1795	1820	1822	1735	1788	1792	1826
	coef*	208,9	210,2	208,8	197,2	201,5	200,2	202,1
Dç Isquemica do Coração(acima de 40 anos)	nº	579	558	566	540	615	587	576
	coef#	197,3	186,3	185,0	172,8	192,5	179,8	172,4
Dç Cerebrovascular(acima de 40 anos)	nº	580	631	614	582	584	550	521
	coef#	197,7	210,6	200,7	186,2	182,8	168,4	156,0
Neoplasias	nº	961	986	969	1028	1043	990	1030
	coef*	111,8	113,9	111,1	116,9	117,6	110,6	114,0
Neoplasia traquéia, brônquios e pulmão	nº	127	132	130	125	155	139	148
	coef*	14,8	15,2	14,9	14,2	17,5	15,5	16,4
Neoplasia da mama	nº	77	103	85	99	104	111	87
	coef*	17,0	22,6	18,5	21,3	22,2	23,5	18,2
Causas Externas (total)	nº	686	714	781	841	839	769	752
	coef*	79,8	82,5	89,5	95,6	94,6	85,9	83,2
Homicídios (de 15 a 39 anos)	nº	297	283	365	354	353	280	204
	coef##	82,7	78,6	101,0	97,6	97,0	76,6	55,6
Acidentes de Transporte(total)	nº	109	106	107	119	94	130	139
	coef	12,7	12,2	12,3	13,5	10,6	14,5	15,4
Causas Mal Definidas	nº	671	680	665	694	690	561	617
	coef*	78,1	78,6	76,2	78,9	77,8	62,7	68,3
Dças Respiratórias	nº	600	661	639	658	692	668	646
	coef*	69,8	76,4	73,2	74,8	78,0	74,6	71,5
Dças Infecciosas e Parasitárias	nº	304	354	317	370	389	333	352
	coef*	35,4	40,9	36,3	42,1	43,8	37,2	39,0
AIDS	nº	110	111	111	115	117	99	93
	coef*	12,8	12,8	12,7	13,1	13,2	11,1	10,3
Tuberculose	nº	54	67	56	45	63	45	51
	coef*	6,3	7,7	6,4	5,1	7,1	5,0	5,6
Dças Endócrinas Nutricionais Metabólicas	nº	355	424	421	389	364	346	393
	coef*	41,3	49,0	48,3	44,2	41,0	38,7	43,5
Diabetes Mellitus	nº	294	353	346	299	301	286	303
	coef*	34,2	40,8	39,7	34,0	33,9	32,0	33,5
Nascidos Vivos								
Número		13205	12839	11982	12323	11930	11811	11323
Coeficiente de Natalidade	coef**	15,4	14,8	13,7	14,0	13,4	13,2	12,5
Taxa Fecundidade 10-49	coef***	1,8	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6	1,5
Taxa Fecun.específica 10-14	coef***	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Taxa Fecun.específica 15-19	coef***	0,07	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,05
Mães Adolescentes	%	21,0	20,5	20,1	20,6	19,8	20,0	19,1
Baixo Peso	%	9,1	9,6	10,4	10,1	9,7	9,8	9,8
Prematuridade	%	7,2	7,6	7,7	9,0	8,3	8,3	8,8
Cesareanas	%	45,2	46,0	42,8	44,0	46,4	48,5	49,4
Sem pré-natal	%	4,3	4,9	4,9	3,9	3,8	3,4	3,2
4 e + consultas de PN	%	84,1	83,9	83,2	85,2	86,9	87,7	94,5
7 e + consultas de PN	%	49,6	53,2	53,7	58,8	62,2	66,4	65,6
Cobertura do SUS	%	78,0	77,0	73,9	77,6	78,9	73,9	73,2

Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ *** Tax *** Taxa Fecundidade Total de 10 a 49 e Taxa Fecund Específica

Estimativas Populacionais: IPP/SMU-RJ # Taxa # Taxa de mortalidade idade específica para 40 anos ou mais

NOTAS: * Taxa de mortalidade/100 mil hab; ## Tax: ## Taxa de mortalidade idade específicade de 15 a 39 anos

**Coef./1000

Indicadores de Saúde da Área de Planejamento 3.2 da Cidade do Rio de Janeiro de 2000 a 2006

Indicadores		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Demográficos								
População Total	nº	565.580	562.884	560.439	558.242	556.292	554.586	553.123
Homens	nº	259.786	258.231	256.787	255.453	254.227	253.108	252.095
Mulheres	nº	305.794	304.653	303.652	302.789	302.065	301.478	301.028
15 a 39 anos	nº	221.732	219.337	217.019	214.774	212.602	210.499	208.466
>= 40 anos	nº	228.382	230.649	233.015	235.482	238.053	240.730	243.517
>= 60 anos	nº	87.149	88.333	89.574	90.876	92.239	93.666	95.159
	%	15,4	15,7	16,0	16,3	16,6	16,9	17,2
Mortalidade								
Óbitos Totais	nº	5494	5446	5435	5603	5306	5290	5514
	coef**	971,4	967,5	969,8	1003,7	953,8	953,9	996,9
Óbitos Infantis	nº	127	118	105	111	112	105	90
	coef**	15,0	15,1	14,1	14,6	15,1	14,0	12,9
Mortalidade Neonatal	nº	80	81	65	72	74	65	55
	coef**	9,5	10,4	8,7	9,5	10,0	8,7	7,9
Neonatal precoce	nº	61	59	55	50	52	49	46
	coef**	7,2	7,5	7,4	6,6	7,0	6,5	6,6
Neonatal tardio	nº	19	22	10	22	22	16	9
	coef**	2,2	2,8	1,3	2,9	3,0	2,1	1,3
Mortalidade Pós-Neonatal	nº	47	37	40	39	38	39	35
	coef**	5,6	4,7	5,4	5,1	5,1	5,2	5,0
Mortalidade Perinatal	coef**	18,5	17,0	18,9	15,6	17,0	15,6	15,9
Mortalidade Materna	nº	4	5	1	3	3	3	5
	coef*	48,5	63,9	13,4	40,9	40,6	40,0	71,5
Dçs Cardiovasculares (total)	nº	1581	1677	1661	1625	1648	1628	1698
	coef*	279,5	297,9	296,4	291,1	296,2	293,6	307,0
Dç Isquemica do Coração(acima de 40 anos)	nº	527	572	570	595	600	552	582
	coef#	230,8	248,0	244,6	252,7	252,0	229,3	239,0
Dç Cerebrovascular(acima de 40 anos)	nº	527	518	508	515	456	475	465
	coef#	230,8	224,6	218,0	218,7	191,6	197,3	191,0
Neoplasias	nº	925	893	921	880	864	862	901
	coef*	163,5	158,6	164,3	157,6	155,3	155,4	162,9
Neoplasia traquéia, brônquios e pulmão	nº	137	145	155	136	125	129	111
	coef*	24,2	25,8	27,7	24,4	22,5	23,3	20,1
Neoplasia da mama	nº	103	105	77	94	77	87	91
	coef*	18,2	18,7	13,7	16,8	13,8	15,7	16,5
Causas Externas (total)	nº	541	501	544	627	516	579	574
	coef*	95,7	89,0	97,1	112,3	92,8	104,4	103,8
Homicídios (de 15 a 39 anos)	nº	191	193	245	237	172	168	155
	coef##	86,1	88,0	112,9	110,3	80,9	79,8	74,4
Acidentes de Transporte(total)	nº	72	83	78	77	96	99	86
	coef	12,7	14,7	13,9	13,8	17,3	17,9	15,5
Causas Mal Definidas	nº	552	447	455	513	400	277	306
	coef*	97,6	79,4	81,2	91,9	71,9	49,9	55,3
Dçs Respiratórias	nº	602	620	602	662	596	638	652
	coef*	106,4	110,1	107,4	118,6	107,1	115,0	117,9
Dçs Infecciosas e Parasitárias	nº	259	287	267	308	284	277	292
	coef*	45,8	51,0	47,6	55,2	51,1	49,9	52,8
AIDS	nº	82	81	68	83	75	59	74
	coef*	14,5	14,4	12,1	14,9	13,5	10,6	13,4
Tuberculose	nº	41	42	38	48	34	31	35
	coef*	7,2	7,5	6,8	8,6	6,1	5,6	6,3
Dçs Endócrinas Nutricionais Metabólicas	nº	334	292	304	313	296	294	295
	coef*	59,1	51,9	54,2	56,1	53,2	53,0	53,3
Diabetes Mellitus	nº	273	233	233	248	229	239	227
	coef*	48,3	41,4	41,6	44,4	41,2	43,1	41,0
Nascidos Vivos								
Número		8463	7825	7461	7598	7398	7484	6993
Coeficiente de Natalidade	coef**	15,0	13,9	13,3	13,6	13,3	13,5	12,6
Taxa Fecundidade 10-49	coef***	1,8	1,7	1,6	1,7	1,7	1,7	1,6
Taxa Fecun.específica 10-14	coef***	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Taxa Fecun.específica 15-19	coef***	0,06	0,06	0,06	0,05	0,05	0,05	0,05
Mães Adolescentes	%	18,4	18,8	19,0	17,5	17,9	16,4	16,1
Baixo Peso	%	9,1	9,4	10,0	10,0	10,4	10,3	9,4
Prematuridade	%	8,5	7,8	7,9	9,4	9,2	9,2	8,8
Cesareanas	%	49,9	48,9	48,6	49,1	51,0	53,3	54,0
Sem pré-natal	%	3,7	4,0	4,1	3,3	3,5	3,1	2,8
4 e + consultas de PN	%	87,6	86,8	84,3	87,4	88,6	88,4	88,6
7 e + consultas de PN	%	55,7	57,9	56,7	61,3	63,2	65,4	68,3
Cobertura do SUS	%	*** Taxa Fecundidad		66,1	67,7	68,2	63,9	61,9
Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ		# Taxa de mortalidade idade específica para 40 anos ou mais						
Estimativas Populacionais: IPP/SMU-RJ		## Taxa de mortalidade idade específicade de 15 a 39 anos						
**Coef./1000								

Indicadores de Saúde da Área de Planejamento 3.3 da Cidade do Rio de Janeiro de 2000 a 2006

Indicadores		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Demográficos								
População Total	nº	928800	933634	938966	944815	951198	958135	965648
Homens	nº	434763	436484	438419	440576	442962	445585	448456
Mulheres	nº	494037	497150	500547	504239	508236	512550	517192
15 e 39 anos	nº	375743	375319	375014	374831	374772	374841	375040
>=40 anos	nº	336620	343496	350647	358086	365827	373884	382273
>= 60 anos	nº	115734	118814	122033	125397	128914	132592	136439
	%	12,5	12,7	13,0	13,3	13,6	13,8	14,1
Mortalidade		**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
Óbitos Totais	nº	8.793	8.719	8.793	8.986	8.749	8.422	8721
	coef**	946,7	933,9	936,5	951,1	919,8	879,0	903,1
Óbitos Infantis	nº	264	223	210	228	198	223	172
	coef**	16,0	15,1	15,0	16,6	14,0	16,7	13,4
Mortalidade Neonatal	nº	167	149	142	150	139	143	111
	coef**	10,1	10,1	10,1	10,9	9,8	10,7	8,6
Neonatal precoce	nº	120	106	112	113	93	101	84
	coef**	7,3	7,2	8,0	8,2	6,6	7,6	6,5
Neonatal tardio	nº	47	43	30	37	46	42	27
	coef**	2,9	2,9	2,1	2,7	3,2	3,2	2,1
Mortalidade Pós-Neonatal	nº	97	74	68	78	59	80	61
	coef**	5,9	5,0	4,9	5,7	4,2	6,0	4,8
Mortalidade Perinatal	coef**	19,3	17,6	18,5	18,6	17,6	18,6	17,3
Mortalidade Materna	nº	7	15	15	10	9	6	6
	coef*	44,0	101,9	107,1	82,6	63,5	45,0	46,7
Dçs Cardiovasculares (total)	nº	2.459	2.420	2.556	2.389	2.499	2.286	2429
	coef*	264,8	259,2	272,2	252,9	262,7	238,6	251,5
Dç Isquemica do Coração(acima de 40 anos)	nº	774	793	826	776	755	770	814
	coef#	229,9	230,9	235,6	216,7	206,4	205,9	212,9
Dç Cerebrovascular(acima de 40 anos)	nº	828	815	847	803	832	725	660
	coef#	246,0	237,3	241,6	224,2	227,4	193,9	172,7
Neoplasias	nº	1.252	1.273	1.192	1.292	1.292	1.223	1304
	coef*	134,8	136,3	126,9	136,7	135,8	127,6	135,0
Neo traq,brônquios/ pulmão	nº	199	174	175	187	196	194	183
	coef*	21,4	18,6	18,6	19,8	20,6	20,2	19,0
Neoplasia da mama	nº	118	140	113	129	134	110	127
	coef*	23,9	28,2	22,6	25,6	26,4	21,5	24,6
Causas Externas (total)	nº	1120	1096	1107	1143	1042	1050	1067
	coef*	120,6	117,4	117,9	121,0	109,5	109,6	110,5
Homicídios (de 15 a 39 anos)	nº	537	529	571	532	456	430	382
	coef##	142,9	140,9	152,3	141,9	121,7	114,7	101,9
Acidentes de Transporte(total)	nº	166	165	161	156	166	165	163
	coef	17,9	17,7	17,1	16,5	17,5	17,2	16,9
Causas Mal Definidas	nº	1.143	1.064	996	1.074	967	923	937
	coef*	123,1	114,0	106,1	113,7	101,7	96,3	97,0
D.Respiratórias	nº	746	841	864	915	830	838	841
	coef*	80,3	90,1	92,0	96,8	87,3	87,5	87,1
D.Infecciosas e Parasitárias	nº	416	402	451	486	449	437	444
	coef*	44,8	43,1	48,0	51,4	47,2	45,6	46,0
AIDS	nº	136	117	141	141	115	119	120
	coef*	14,6	12,5	15,0	14,9	12,1	12,4	12,4
Tuberculose	nº	69	80	75	75	67	51	66
	coef*	7,4	8,6	8,0	7,9	7,0	5,3	6,8
D.Endócrinas Nut.Imunit.	nº	519	507	528	556	517	469	489
	coef*	55,9	54,3	56,2	58,8	54,4	48,9	50,6
Diabetes Mellitus	nº	425	414	428	446	405	353	373
	coef*	45,8	44,3	45,6	47,2	42,6	36,8	38,6
Nascidos Vivos		**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
Número		16470	14720	14016	13768	14171	13314	12837
Coef.Natalidade	coef**	17,7	15,8	14,9	14,6	14,9	13,9	13,3
Taxa Fecundidade 10-49	coef***	2,1	1,9	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7
Taxa Fecun.específica 10-14	coef***	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Taxa Fecun.específica 15-19	coef***	0,08	0,07	0,06	0,06	0,06	0,05	0,05
Mães Adolescentes	%	20,1	20,3	19,1	18,5	18,1	18,4	18,2
Baixo Peso	%	9,9	9,7	9,8	10,1	9,8	10,0	9,8
Prematuridade	%	8,4	7,7	7,9	8,9	9,0	8,6	9,0
Cesareanas	%	46,4	46,2	45,1	47,4	49,6	50,3	51,2
Pré-Natal *Nenhuma consulta*	%	5,3	6,0	4,6	3,9	3,6	3,6	3,1
4 e + consultas	%	85,7	84,7	84,6	86,8	87,9	88,4	87,8
7 e + consultas	%	54,8	53,2	57,2	61,2	62,6	65,3	64,3
Cobertura do SUS	%	74,1	70,1	68,4	72,1	74,7	70,7	69,7

Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ
Estimativas Populacionais: IPP/SMU-RJ
NOTAS: * Taxa de mortalidade/100 mil hab
**Coef./1000
*** Taxa Fecundidade Total de 10 a 49 e Taxa Fecund Específica
# Taxa de mortalidade idade específica para 40 anos ou mais
Taxa de mortalidade idade específicade de 15 a 39 anos

Indicadores de Saúde da Área de Planejamento 4.0 da Cidade do Rio de Janeiro de 2000 a 2006

Indicadores		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Demográficos								
População Total	nº	682051	675302	692979	712206	733128	763877	797387
Homens	nº	326280	323023	331211	340115	349801	364140	379756
Mulheres	nº	355771	352280	361768	372091	383327	399737	417631
15 e 39 anos	nº	293746	290765	297445	304712	312616	324599	337616
>=40 anos	nº	230404	228310	237853	248089	259081	273762	289698
>= 60 anos	nº	69464	68920	72092	75489	79129	83909	89094
	%	10,2	10,2	10,4	10,6	10,8	11,0	11,2
Mortalidade		**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
Óbitos Totais	nº	4640	4872	4894	5049	5100	5199	5424
	coef**	680,3	721,5	706,2	708,9	695,6	680,6	680,2
Óbitos Infantis	nº	189	152	156	168	162	124	124
	coef**	15,5	13,0	13,8	14,2	13,7	10,6	10,8
Mortalidade Neonatal	nº	124	105	111	121	118	83	83
	coef**	10,1	9,0	9,8	10,2	10,0	7,1	7,2
Neonatal precoce	nº	88	77	75	89	90	56	59
	coef**	7,2	6,6	6,7	7,5	7,6	4,8	5,2
Neonatal tardio	nº	36	28	36	32	28	27	24
	coef**	2,9	2,4	3,2	2,7	2,4	2,3	2,1
Mortalidade Pós-Neonatal	nº	65	47	45	47	44	41	41
	coef**	5,3	4,0	4,0	4,0	3,7	3,5	3,6
Mortalidade Perinatal	coef**	15,8	15,5	13,7	12,9	14,6	13,8	12,9
Mortalidade Materna	nº	6	5	4	7	5	2	4
	coef*	50,7	42,6	35,5	60,6	42,3	17,0	34,9
Dças Cardiovasculares (total)	nº	1342	1383	1435	1422	1442	1423	1543
	coef*	196,8	204,8	207,1	199,7	196,7	186,3	193,5
Dç Isquemica do Coração(acima de 40 anos)	nº	441	463	506	472	504	544	601
	coef#	191,4	202,8	212,7	190,3	194,5	198,7	207,5
Dç Cerebrovascular(acima de 40 anos)	nº	419	438	445	436	443	370	384
	coef#	181,9	191,8	187,1	175,7	171,0	135,2	132,6
Neoplasias	nº	783	783	793	808	861	897	927
	coef*	114,8	115,9	114,4	113,5	117,4	117,4	116,3
Neo traq,brônquios/ pulmão	nº	119	116	135	113	144	142	142
	coef*	17,4	17,2	19,5	15,9	19,6	18,6	17,8
Neoplasia da mama	nº	73	74	75	83	80	90	100
	coef*	20,5	21,0	20,7	22,3	20,9	22,5	23,9
Causas Externas (total)	nº	507	495	509	589	537	589	552
	coef*	74,3	73,3	73,5	82,7	73,2	77,1	69,2
Homicídios (de 15 a 39 anos)	nº	176	158	176	191	177	162	148
	coef##	59,9	54,3	59,2	62,7	56,6	49,9	43,8
Acidentes de Transporte(total)	nº	96	115	109	121	121	145	125
	coef	14,1	17,0	15,7	17,0	16,5	19,0	15,7
Causas Mal Definidas	nº	355	423	403	404	394	343	392
	coef*	52,0	62,6	58,2	56,7	53,7	44,9	49,2
D.Respiratórias	nº	474	549	540	594	571	612	609
	coef*	69,5	81,3	77,9	83,4	77,9	80,1	76,4
D.Infecciosas e Parasitárias	nº	238	234	264	309	306	300	350
	coef*	34,9	34,7	38,1	43,4	41,7	39,3	43,9
AIDS	nº	78	63	69	70	81	60	74
	coef*	11,4	9,3	10,0	9,8	11,0	7,9	9,3
Tuberculose	nº	37	29	32	36	42	33	42
	coef*	5,4	4,3	4,6	5,1	5,7	4,3	5,3
D.Endócrinas Nut.Imunit.	nº	252	255	277	258	255	267	239
	coef*	36,9	37,8	40,0	36,2	34,8	35,0	30,0
Diabetes Mellitus	nº	209	211	236	214	202	212	187
	coef*	30,6	31,2	34,1	30,0	27,6	27,8	23,5
Nascidos Vivos		**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
Número		12227	11730	11270	11841	11832	11747	11453
Coef.Natalidade	coef**	17,9	17,4	16,3	16,6	16,1	15,4	14,4
Taxa Fecundidade 10-49	coef***	2,0	1,9	1,7	1,8	1,7	1,6	1,5
Taxa Fecun.específica 10-14	coef***	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Taxa Fecun.específica 15-19	coef***	0,07	0,06	0,05	0,05	0,05	0,04	0,04
Mães Adolescentes	%	17,2	16,6	15,8	14,7	14,6	14,6	14,1
Baixo Peso	%	8,6	9,1	8,9	9,2	9,4	9,2	9,7
Prematuridade	%	7,5	7,5	7,5	9,0	8,8	8,7	8,9
Cesareanas	%	49,1	49,5	48,9	51,1	52,9	53,2	56,6
Pré-Natal *Nenhuma consulta*	%	4,0	5,6	4,4	3,1	2,9	2,8	2,5
4 e + consultas	%	86,4	82,7	83,9	87,4	89,3	89,8	90,2
7 e + consultas	%	58,5	58,3	62,0	68,3	72,0	71,6	72,1
Cobertura do SUS (%)	%	65,3	63,9	62,5	62,9	62,9	60,2	56,1

Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ
Estimativas Populacionais: IPP/SMU-RJ
NOTAS: * Taxa de mortalidade/100 mil hab
**Coef./1000
*** Taxa Fecundidade Total de 10 a 49 e Taxa Fecund Específica
# Taxa de mortalidade idade específica para 40 anos ou mais
Taxa de mortalidade idade específicade de 15 a 39 anos

Indicadores de Saúde da Área de Planejamento 5.1 da Cidade do Rio de Janeiro de 2000 a 2006

Indicadores		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Demográficos								
População Total	nº	659649	661463	663421	665525	667776	677232	687045
Homens	nº	317511	318240	319024	319865	320762	325102	329591
Mulheres	nº	342138	343223	344396	345659	347014	352131	357453
15 e 39 anos	nº	278973	278441	277913	277391	276872	279265	281711
>=40 anos	nº	215987	220399	224928	229575	234344	241756	249458
>= 60 anos	nº	66478	68060	69702	71406	73175	75801	78555
	%	10,1	10,3	10,5	10,7	11,0	11,2	11,4
Mortalidade		**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
Óbitos Totais	nº	5309	5247	5230	5254	5196	5114	5352
	coef**	804,8	793,2	788,3	789,5	778,1	755,1	779,0
Óbitos Infantis	nº	222	178	142	155	142	121	156
	coef**	19,6	17,7	15,5	16,4	15,2	13,0	18,0
Mortalidade Neonatal	nº	165	122	94	110	91	97	112
	coef**	14,6	12,1	10,2	11,7	9,7	10,4	13,0
Neonatal precoce	nº	124	104	75	82	72	72	91
	coef**	10,9	10,3	8,2	8,7	7,7	7,7	10,5
Neonatal tardio	nº	41	18	19	28	19	25	21
	coef**	3,6	1,8	2,1	3,0	2,0	2,7	2,4
Mortalidade Pós-Neonatal	nº	57	56	48	45	51	24	44
	coef**	5,0	5,6	5,2	4,8	5,5	2,6	5,1
Mortalidade Perinatal	coef**	23,4	21,1	19,7	22,7	18,3	19,3	23,1
Mortalidade Materna	nº	7	5	3	6	7	8	4
	coef*	62,6	49,6	32,8	65,4	74,9	85,9	46,2
Dças Cardiovasculares (total)	nº	1267	1252	1329	1276	1321	1282	1335
	coef*	192,1	189,3	200,3	191,7	197,8	189,3	194,3
Dç Isquemica do Coração(acima de 40 anos)	nº	366	389	392	347	387	407	373
	coef#	169,5	176,5	174,3	151,1	165,1	168,4	149,5
Dç Cerebrovascular(acima de 40 anos)	nº	502	442	467	450	457	458	436
	coef#	232,4	200,5	207,6	196,0	195,0	189,4	174,8
Neoplasias	nº	685	669	684	646	662	677	683
	coef*	103,8	101,1	103,1	97,1	99,1	100,0	99,4
Neo traq,brônquios/ pulmão	nº	99	77	101	74	97	86	78
	coef*	15,0	11,6	15,2	11,1	14,5	12,7	11,4
Neoplasia da mama	nº	59	69	73	64	56	68	72
	coef*	17,2	20,1	21,2	18,5	16,1	19,3	20,1
Causas Externas (total)	nº	763	675	634	670	670	614	677
	coef*	115,7	102,0	95,6	100,7	100,3	90,7	98,5
Homicídios (de 15 a 39 anos)	nº	374	350	294	307	305	248	284
	coef##	134,1	125,7	105,8	110,7	110,2	88,8	100,8
Acidentes de Transporte(total)	nº	115	104	119	114	129	89	93
	coef	17,4	15,7	17,9	17,1	19,3	13,1	13,5
Causas Mal Definidas	nº	863	884	851	811	746	787	752
	coef*	130,8	133,6	128,3	121,9	111,7	116,2	109,5
D.Respiratórias	nº	435	520	461	468	428	448	479
	coef*	65,9	78,6	69,5	70,3	64,1	66,2	69,7
D.Infecciosas e Parasitárias	nº	236	244	273	291	315	273	277
	coef*	35,8	36,9	41,2	43,7	47,2	40,3	40,3
AIDS	nº	87	88	107	96	110	79	76
	coef*	13,2	13,3	16,1	14,4	16,5	11,7	11,1
Tuberculose	nº	45	45	45	42	49	37	39
	coef*	6,8	6,8	6,8	6,3	7,3	5,5	5,7
D.Endócrinas Nut.Imunit.	nº	364	329	333	367	343	337	375
	coef*	55,2	49,7	50,2	55,1	51,4	49,8	54,6
Diabetes Mellitus	nº	304	249	270	294	276	263	279
	coef*	46,1	37,6	40,7	44,2	41,3	38,8	40,6
Nascidos Vivos		**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
Número		11331	10072	9174	9435	9351	9306	8646
Coef.Natalidade	coef**	17,2	15,2	13,8	14,2	14,0	13,7	12,6
Taxa Fecundidade 10-49	coef***	2,0	1,8	1,6	1,6	1,6	1,6	1,5
Taxa Fecun.específica 10-14	coef***	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Taxa Fecun.específica 15-19	coef***	0,08	0,07	0,06	0,06	0,05	0,06	0,05
Mães Adolescentes	%	21,7	21,1	19,8	19,9	19,1	20,1	19,0
Baixo Peso	%	9,2	9,3	9,5	9,9	9,3	10,0	9,3
Prematuridade	%	8,7	8,1	7,7	9,2	8,4	8,7	9,8
Cesareanas	%	50,0	51,4	46,8	48,8	49,3	49,6	50,9
Pré-Natal *Nenhuma consulta*	%	7,2	9,0	3,1	3,6	3,6	2,9	3,0
4 e + consultas	%	85,4	83,7	88,6	88,8	88,2	90,1	88,2
7 e + consultas	%	50,2	53,2	67,9	67,8	66,0	67,9	61,3
Cobertura do SUS (%)	%	78,4	74,1	70,7	75,6	78,1	72,5	68,5
Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ		*** Taxa Fecundidade Total de 10 a 49 e Taxa Fecund Específica						
Estimativas Populacionais: IPP/SMU-RJ		# Taxa de mortalidade idade específica para 40 anos ou mais						
NOTAS: * Taxa de mortalidade/100 mil hab	ade de 15 a 39 anos							
**Coef./1000								

Indicadores de Saúde da Área de Planejamento 5.2 da Cidade do Rio de Janeiro de 2000 a 2006

Indicadores		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Demográficos								
População Total	nº	585567	599502	613990	629056	644726	667985	692411
Homens	nº	283961	290376	297034	303947	311123	321930	333260
Mulheres	nº	301606	309126	316956	325110	333603	346055	359151
15 e 39 anos	nº	250724	255840	261125	266585	272229	280991	290143
>=40 anos	nº	176825	183783	191047	198632	206553	217087	228223
>= 60 anos	nº	50356	52350	54436	56618	58903	61939	65155
	%	8,6	8,7	8,9	9,0	9,1	9,3	9,4
Mortalidade		**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
Óbitos Totais	nº	4033	4179	4322	4190	4471	4362	4620
	coef**	688,7	697,1	703,9	666,1	693,5	653,0	667,2
Óbitos Infantis	nº	196	157	158	168	184	166	150
	coef**	17,3	14,7	15,7	16,0	17,8	16,5	15,6
Mortalidade Neonatal	nº	132	99	113	121	130	120	104
	coef**	11,7	9,3	11,2	11,5	12,6	12,0	10,8
Neonatal precoce	nº	102	75	90	89	103	85	73
	coef**	9,0	7,0	8,9	8,5	10,0	8,5	7,6
Neonatal tardio	nº	30	24	23	32	27	35	31
	coef**	2,6	2,2	2,3	3,0	2,6	3,5	3,2
Mortalidade Pós-Neonatal	nº	64	58	45	47	54	46	46
	coef**	5,7	5,4	4,5	4,5	5,2	4,6	4,8
Mortalidade Perinatal	coef**	19,7	16,7	19,7	18,8	18,7	15,5	15,2
Mortalidade Materna	nº	5	12	5	5	4	2	5
	coef*	44,6	112,3	49,7	48,8	38,7	19,9	52,1
Dças Cardiovasculares (total)	nº	1007	1014	1039	964	1069	1040	1200
	coef*	172,0	169,1	169,2	153,2	165,8	155,7	173,3
Dç Isquemica do Coração(acima de 40 anos)	nº	267	273	337	272	261	305	346
	coef#	151,0	148,5	176,4	136,9	126,4	140,5	151,6
Dç Cerebrovascular(acima de 40 anos)	nº	368	374	338	330	412	326	364
	coef#	208,1	203,5	176,9	166,1	199,5	150,2	159,5
Neoplasias	nº	486	516	549	495	543	586	594
	coef*	83,0	86,1	89,4	78,7	84,2	87,7	85,8
Neo traq,brônquios/ pulmão	nº	73	62	61	63	85	85	78
	coef*	12,5	10,3	9,9	10,0	13,2	12,7	11,3
Neoplasia da mama	nº	59	52	48	41	48	59	55
	coef*	19,6	16,8	15,1	12,6	14,4	17,0	15,3
Causas Externas (total)	nº	547	565	540	501	566	530	545
	coef*	93,4	94,2	87,9	79,6	87,8	79,3	78,7
Homicídios (de 15 a 39 anos)	nº	223	234	244	220	233	212	211
	coef##	88,9	91,5	93,4	82,5	85,6	75,4	72,7
Acidentes de Transporte(total)	nº	99	129	115	97	103	97	82
	coef	16,9	21,5	18,7	15,4	16,0	14,5	11,8
Causas Mal Definidas	nº	618	640	776	834	774	781	786
	coef*	105,5	106,8	126,4	132,6	120,1	116,9	113,5
D.Respiratórias	nº	342	366	380	374	380	345	406
	coef*	58,4	61,1	61,9	59,5	58,9	51,6	58,6
D.Infecciosas e Parasitárias	nº	154	200	197	159	189	201	181
	coef*	26,3	33,4	32,1	25,3	29,3	30,1	26,1
AIDS	nº	53	69	65	55	57	59	55
	coef*	9,1	11,5	10,6	8,7	8,8	8,8	7,9
Tuberculose	nº	26	45	27	25	25	26	21
	coef*	4,4	7,5	4,4	4,0	3,9	3,9	3,0
D.Endócrinas Nut.Imunit.	nº	287	297	249	280	320	295	285
	coef*	49,0	49,5	40,6	44,5	49,6	44,2	41,2
Diabetes Mellitus	nº	234	239	203	233	264	236	228
	coef*	40,0	39,9	33,1	37,0	40,9	35,3	32,9
Nascidos Vivos		**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
Número		11321	10686	10063	10508	10340	10032	9587
Coef.Natalidade	coef**	19,3	17,8	16,4	16,7	16,0	15,0	13,8
Taxa Fecundidade 10-49	coef***	2,2	2,0	1,8	1,9	1,8	1,7	1,6
Taxa Fecun.específica 10-14	coef***	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Taxa Fecun.específica 15-19	coef***	0,08	0,07	0,06	0,06	0,06	0,06	0,05
Mães Adolescentes	%	20,2	20,4	19,2	18,9	18,0	18,1	18,6
Baixo Peso	%	9,1	8,8	9,7	9,8	8,9	9,1	9,0
Prematuridade	%	7,8	6,7	7,5	8,5	8,3	7,5	7,9
Cesareanas	%	46,9	47,5	43,9	45,6	46,4	48,3	47,4
Pré-Natal *Nenhuma consulta*	%	8,9	7,8	3,8	3,5	3,0	2,3	2,3
4 e + consultas	%	84,2	85,8	87,3	87,3	88,9	88,8	88,4
7 e + consultas	%	50,9	57,3	68,6	68,7	70,8	69,8	65,7
Cobertura do SUS	%	79,1	77,4	76,2	77,2	77,9	71,7	70,1

Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ — *** Taxa Fecundidade Total de 10 a 49 e Taxa Fecund Específica

Estimativas Populacionais: IPP/SMU-RJ — # Taxa de mortalidade idade específica para 40 anos ou mais

NOTAS: * Taxa de mortalidade/100 mil hab ade de 15 a 39 anos

**Coef./1000

Indicadores de Saúde da Área de Planejamento 5.3 da Cidade do Rio de Janeiro de 2000 a 2006

Indicadores		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Demográficos								
População Total	nº	311289	315845	320583	325510	330634	339500	348773
Homens	nº	150735	152760	154860	157038	159297	163342	167562
Mulheres	nº	160554	163085	165723	168472	171337	176158	181210
15 e 39 anos	nº	131893	133405	134953	136539	138163	141297	144540
>=40 anos	nº	88090	91039	94113	97321	100668	105258	110104
>= 60 anos	nº	24694	25583	26512	27485	28503	29880	31339
	%	7,9	8,1	8,3	8,4	8,6	8,8	9,0
Mortalidade		**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
Óbitos Totais	nº	2165	2240	2342	2394	2379	2361	2528
	coef**	695,5	709,2	730,5	735,5	719,5	695,4	724,8
Óbitos Infantis	nº	137	116	88	105	113	75	87
	coef**	20,6	19,2	14,3	17,6	19,2	13,1	16,0
Mortalidade Neonatal	nº	89	84	55	69	67	46	46
	coef**	13,4	13,9	8,9	11,5	11,4	8,0	8,5
Neonatal precoce	nº	66	62	41	49	46	31	30
	coef**	9,9	10,3	6,7	8,2	7,8	5,4	5,5
Neonatal tardio	nº	23	22	14	20	21	15	17
	coef**	3,5	3,6	2,3	3,3	3,6	2,6	3,1
Mortalidade Pós-Neonatal	nº	48	32	33	36	46	29	40
	coef**	7,2	5,3	5,4	6,0	7,8	5,1	7,4
Mortalidade Perinatal	coef**	18,3	18,6	16,1	16,4	14,4	13,2	17,3
Mortalidade Materna	nº	6	2	2	1	4	3	7
	coef*	90,7	33,1	32,6	17,4	68,1	52,4	128,8
Dças Cardiovasculares (total)	nº	524	582	579	602	546	606	582
	coef*	168,3	184,3	180,6	184,9	165,1	178,5	166,9
Dç Isquemica do Coração(acima de 40 anos)	nº	124	130	151	134	120	142	121
	coef#	140,8	142,8	160,4	137,7	119,2	134,9	109,9
Dç Cerebrovascular(acima de 40 anos)	nº	184	218	211	236	186	199	173
	coef#	208,9	239,5	224,2	242,5	184,8	189,1	157,1
Neoplasias	nº	232	254	259	256	275	278	285
	coef*	74,5	80,4	80,8	78,6	83,2	81,9	81,7
Neo traq,brônquios/ pulmão	nº	35	28	32	33	33	36	38
	coef*	11,2	8,9	10,0	10,1	10,0	10,6	10,9
Neoplasia da mama	nº	17	28	29	20	32	34	34
	coef*	10,6	17,2	17,5	11,9	18,7	19,3	18,8
Causas Externas (total)	nº	298	303	368	361	367	296	352
	coef*	95,7	95,9	114,8	110,9	111,0	87,2	100,9
Homicídios (de 15 a 39 anos)	nº	142	138	176	169	168	132	159
	coef##	107,7	103,4	130,4	123,8	121,6	93,4	110,0
Acidentes de Transporte(total)	nº	64	53	76	51	64	43	47
	coef	20,6	16,8	23,7	15,7	19,4	12,7	13,5
Causas Mal Definidas	nº	330	346	358	408	398	403	380
	coef*	106,0	109,5	111,7	125,3	120,4	118,7	109,0
D.Respiratórias	nº	180	181	190	193	219	224	233
	coef*	57,8	57,3	59,3	59,3	66,2	66,0	66,8
D.Infecciosas e Parasitárias	nº	104	106	126	116	122	109	127
	coef*	33,4	33,6	39,3	35,6	36,9	32,1	36,4
AIDS	nº	45	36	48	40	44	41	52
	coef*	14,5	11,4	15,0	12,3	13,3	12,1	14,9
Tuberculose	nº	20	26	25	19	23	15	15
	coef*	6,4	8,2	7,8	5,8	7,0	4,4	4,3
D.Endócrinas Nut.Imunit.	nº	164	149	166	155	139	145	200
	coef*	52,7	47,2	51,8	47,6	42,0	42,7	57,3
Diabetes Mellitus	nº	121	117	124	133	95	113	163
	coef*	38,9	37,0	38,7	40,9	28,7	33,3	46,7
Nascidos Vivos		**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**
Número		6655	6038	6148	5977	5876	5723	5434
Coef.Natalidade	coef**	21,4	19,1	19,2	18,4	17,8	16,9	15,6
Taxa Fecundidade 10-49	coef***	2,4	2,1	2,1	2,0	2,0	1,9	1,7
Taxa Fecun.específica 10-14	coef***	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00
Taxa Fecun.específica 15-19	coef***	0,10	0,09	0,09	0,07	0,07	0,07	0,07
Mães Adolescentes	%	23,7	23,6	23,7	21,2	21,9	22,7	21,4
Baixo Peso	%	9,2	10,3	9,4	9,9	10,0	8,7	10,0
Prematuridade	%	7,2	6,7	6,6	7,2	7,1	6,2	7,3
Cesareanas	%	40,1	40,2	37,3	37,1	39,8	38,6	41,1
Pré-Natal *Nenhuma consulta*	%	9,7	8,1	5,8	4,9	4,3	3,2	2,9
4 e + consultas	%	83,2	86,3	82,1	83,0	83,8	85,8	85,8
7 e + consultas	%	51,8	63,7	59,5	61,3	59,0	58,6	57,5
Cobertura do SUS	%	87,1	85,6	85,2	86,5	85,7	82,5	79,6

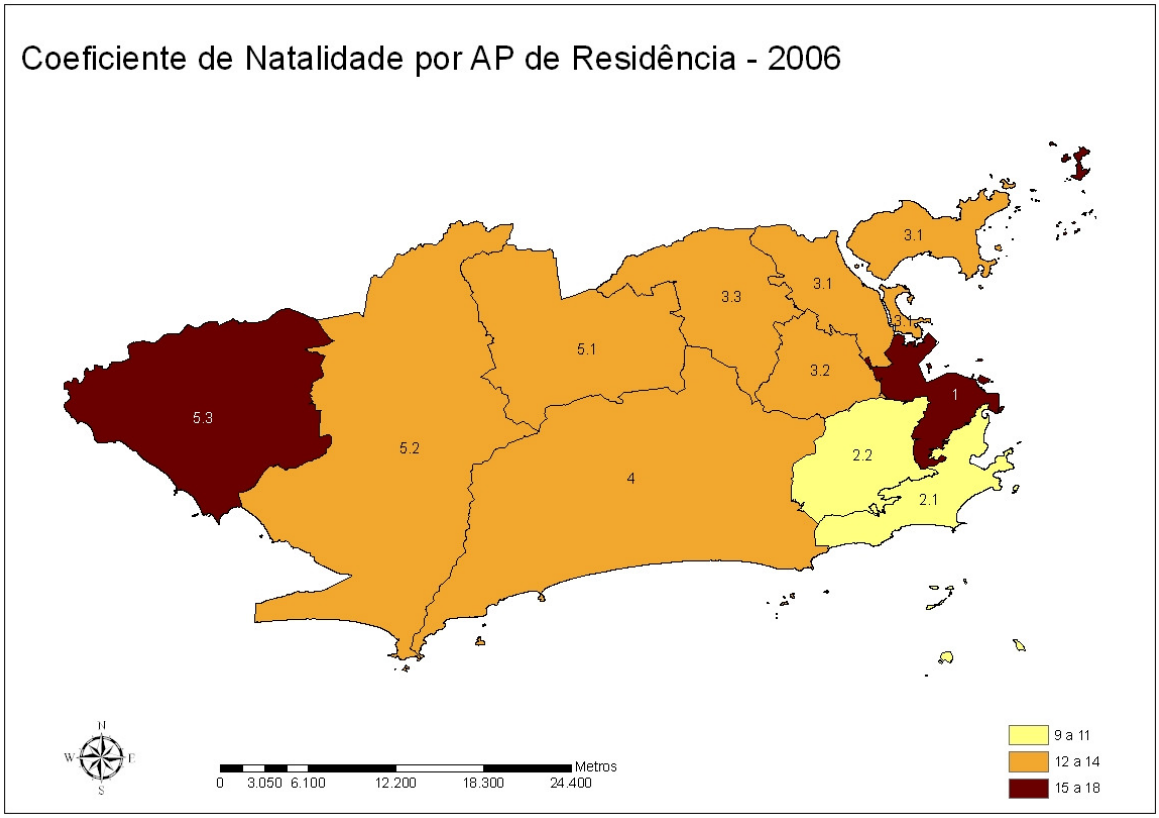
Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RJ — *** Taxa Fecundidade Total de 10 a 49 e Taxa Fecund Específica

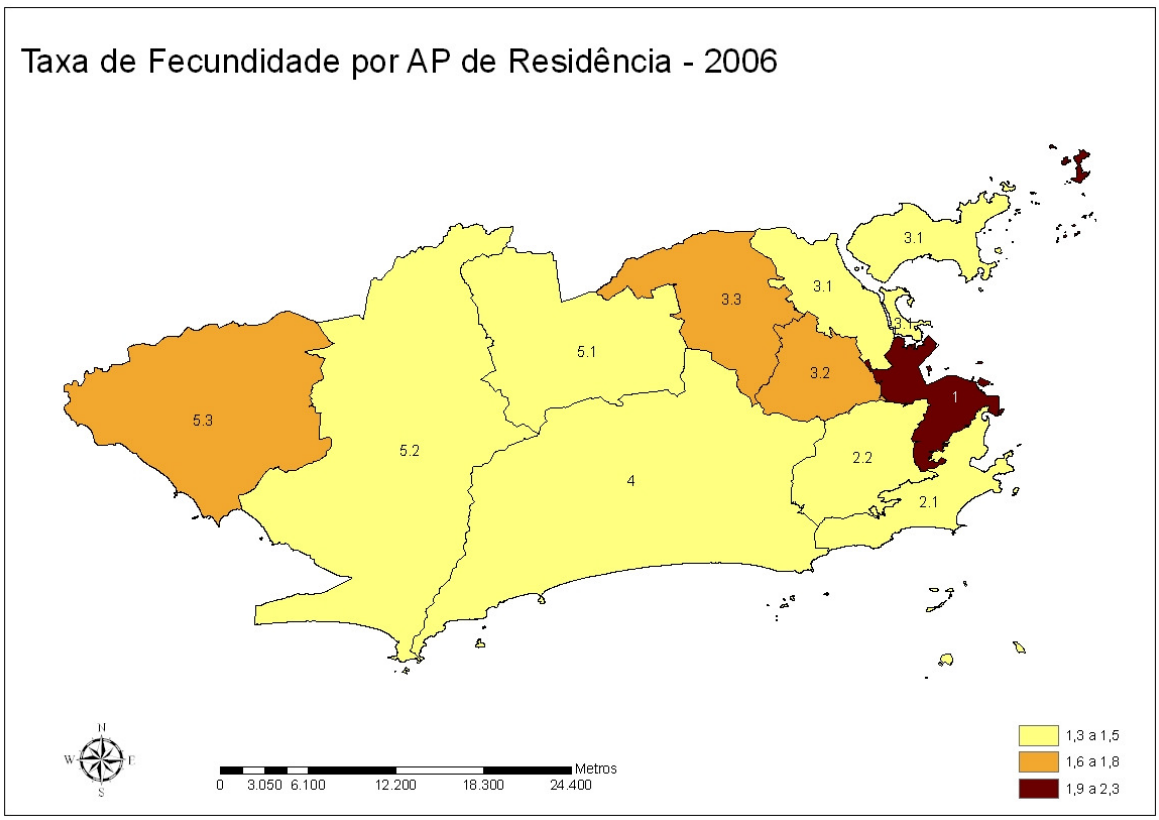
Estimativas Populacionais: IPP/SMU-RJ — # Taxa de mortalidade idade específica para 40 anos ou mais

NOTAS: * Taxa de mortalidade/100 mil hab ade de 15 a 39 anos

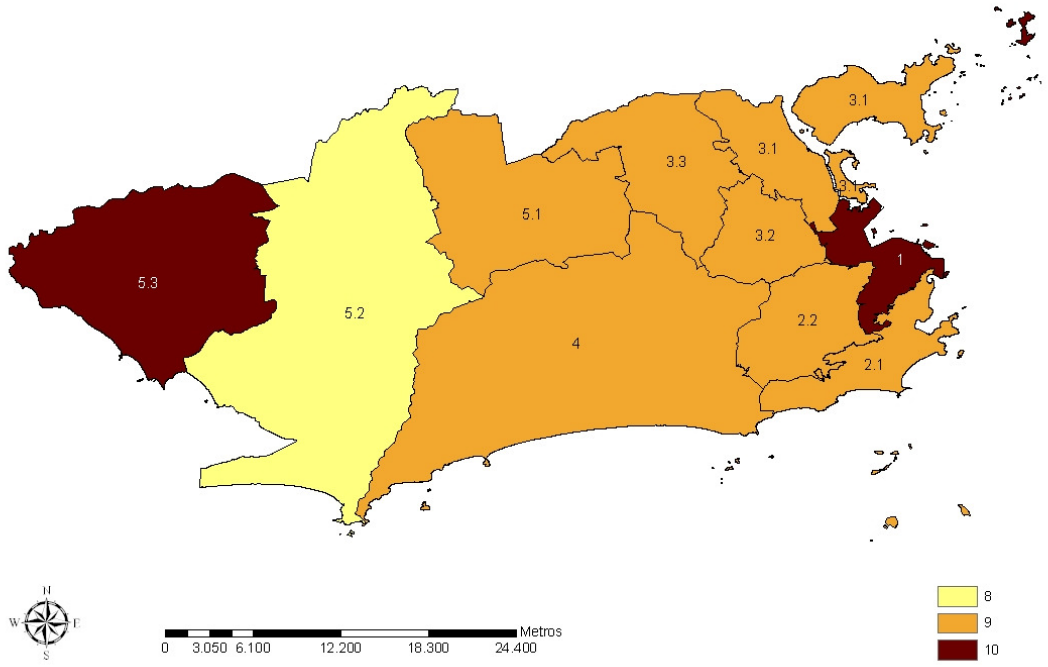
**Coef./1000

ANEXO II

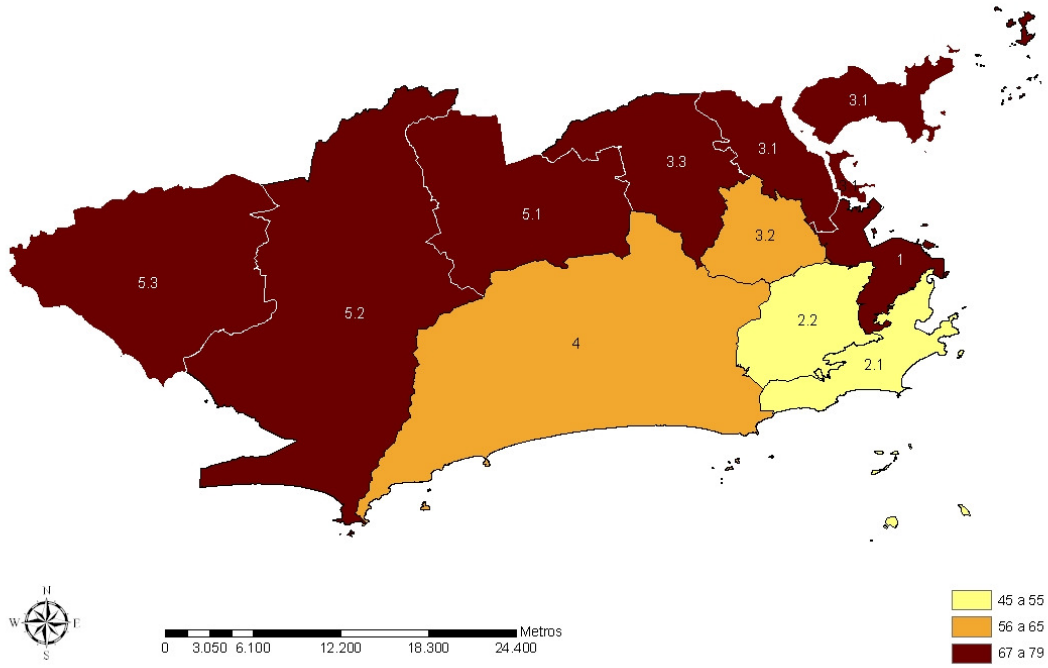

Coeficiente de Natalidade por AP de Residência - 2006
3.1
3.3
3.1
3.1
5.1
3.2
1
5.3
5.2
2.2
4
2.1
N
W
E
S
0 3.050 6.100 12.200 18.300 24.400
Metros
9 a 11
12 a 14
15 a 18

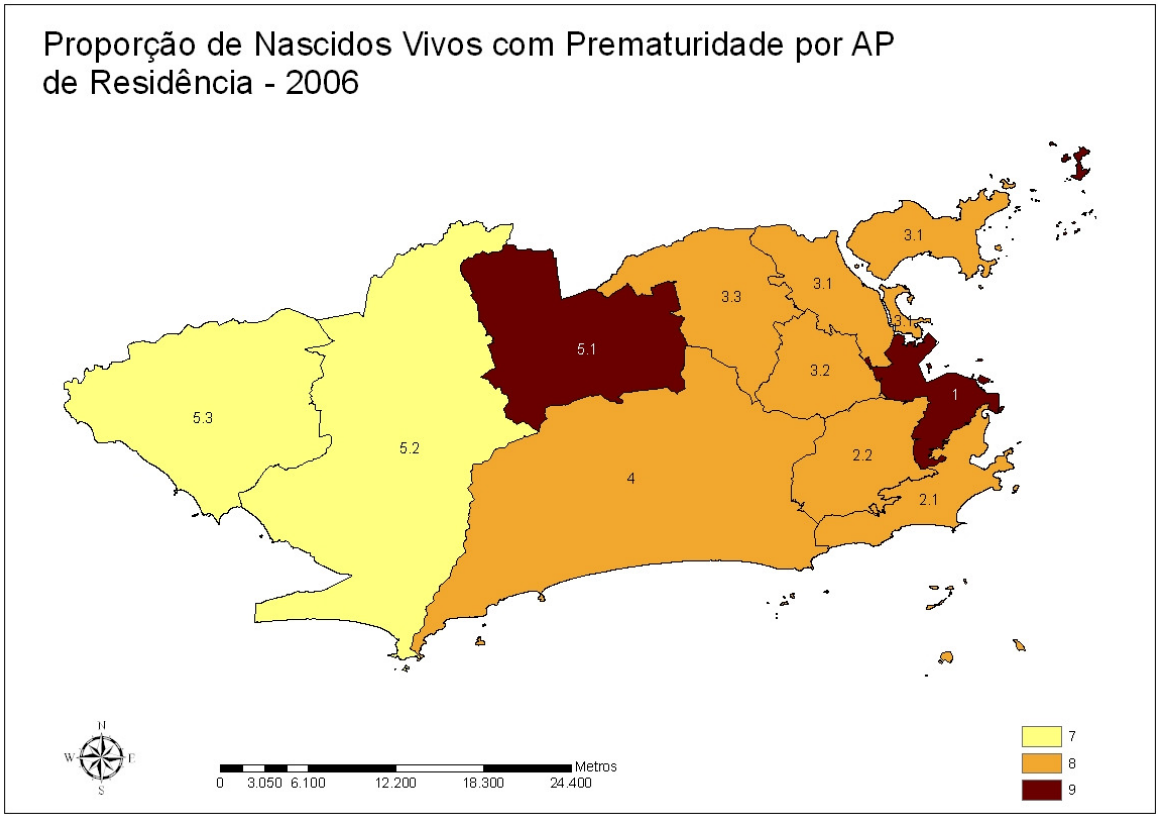

Taxa de Fecundidade por AP de Residência - 2006
3.1
3.3
3.1
5.1
3.2
1
5.3
5.2
2.2
4
2.1
N
W
E
S
0 3.050 6.100 12.200 18.300 24.400
Metros
1,3 a 1,5
1,6 a 1,8
1,9 a 2,3

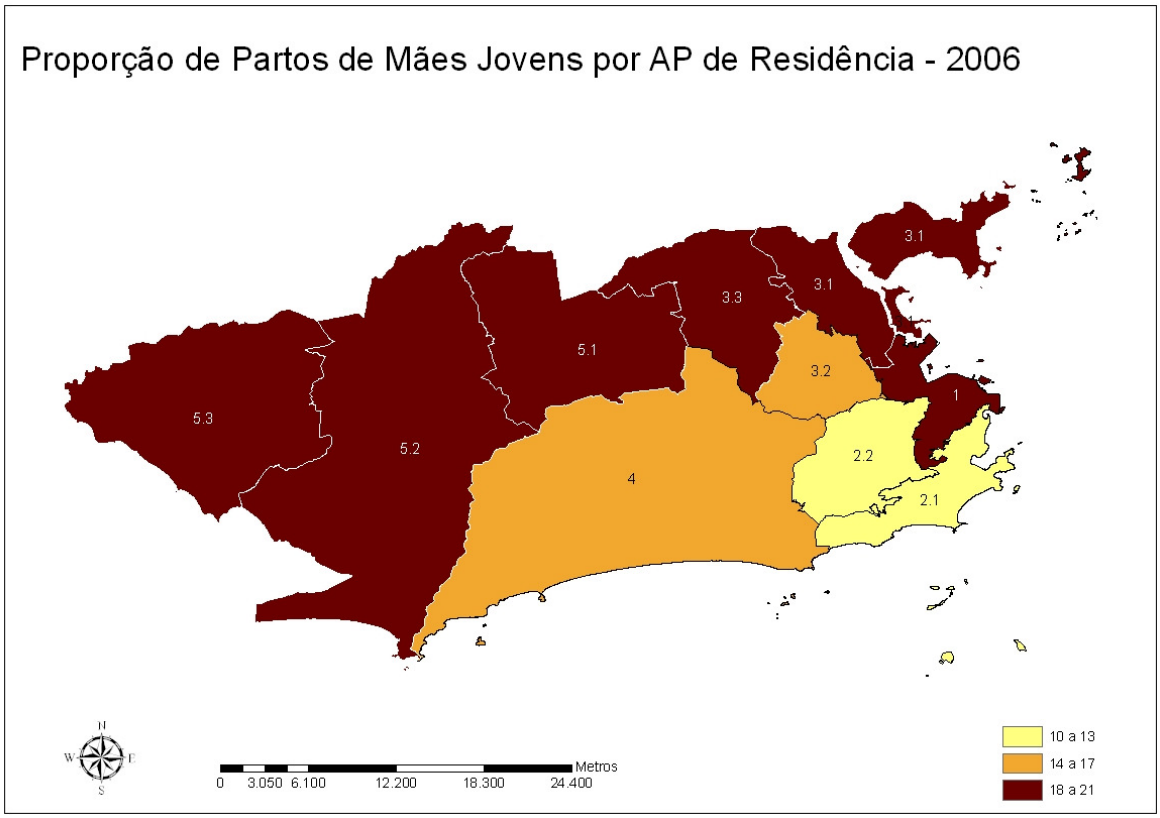
Proporção de Nascidos Vivos com Baixo Peso por AP de Residência - 2006

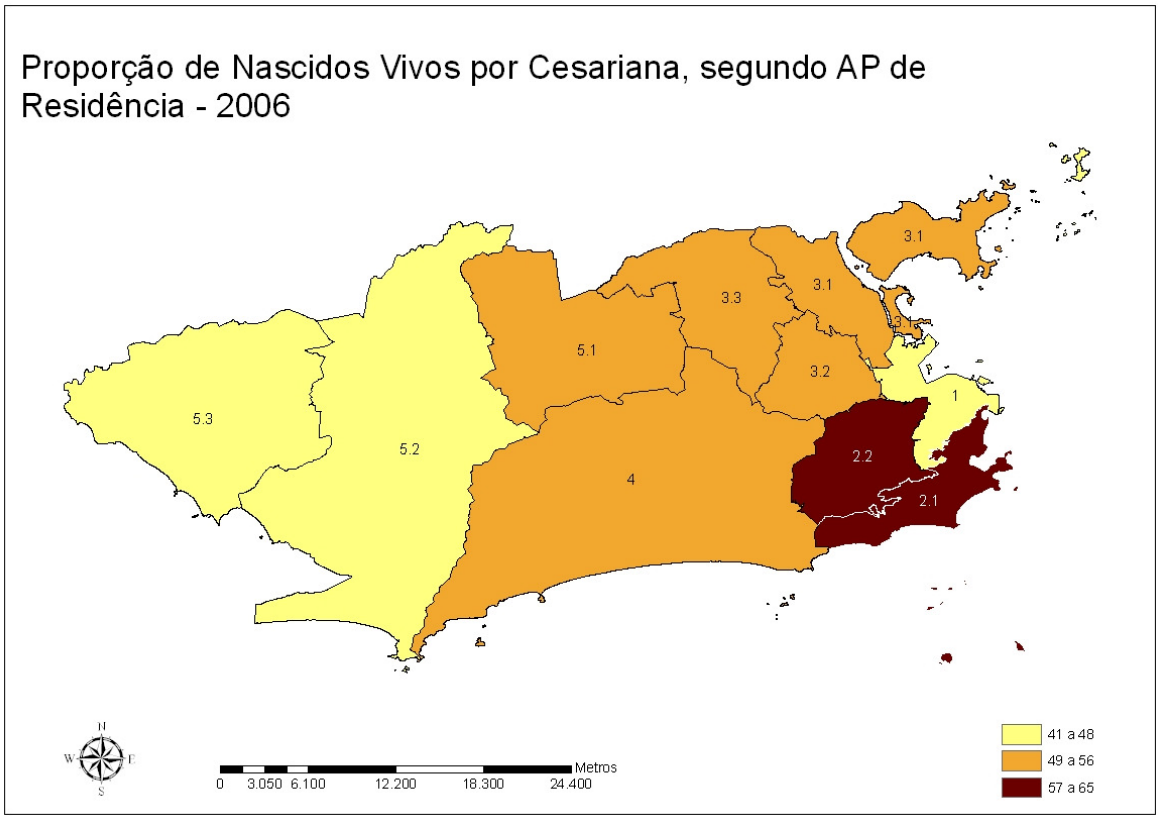


Proporção de Nascidos Vivos com Cobertura do SUS por AP de Residência - 2006

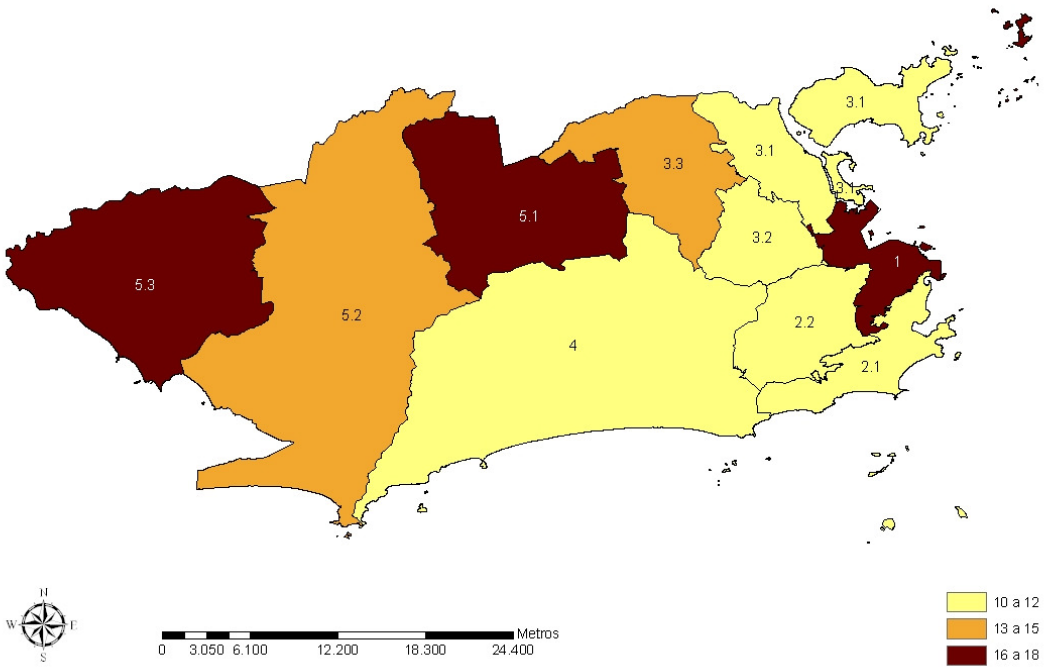



Proporção de Nascidos Vivos com Prematuridade por AP de Residência - 2006
3.1
3.3
3.1
3.1
5.1
3.2
1
5.3
5.2
2.2
4
2.1
N
W
E
S
Metros
0 3.050 6.100 12.200 18.300 24.400
7
8
9

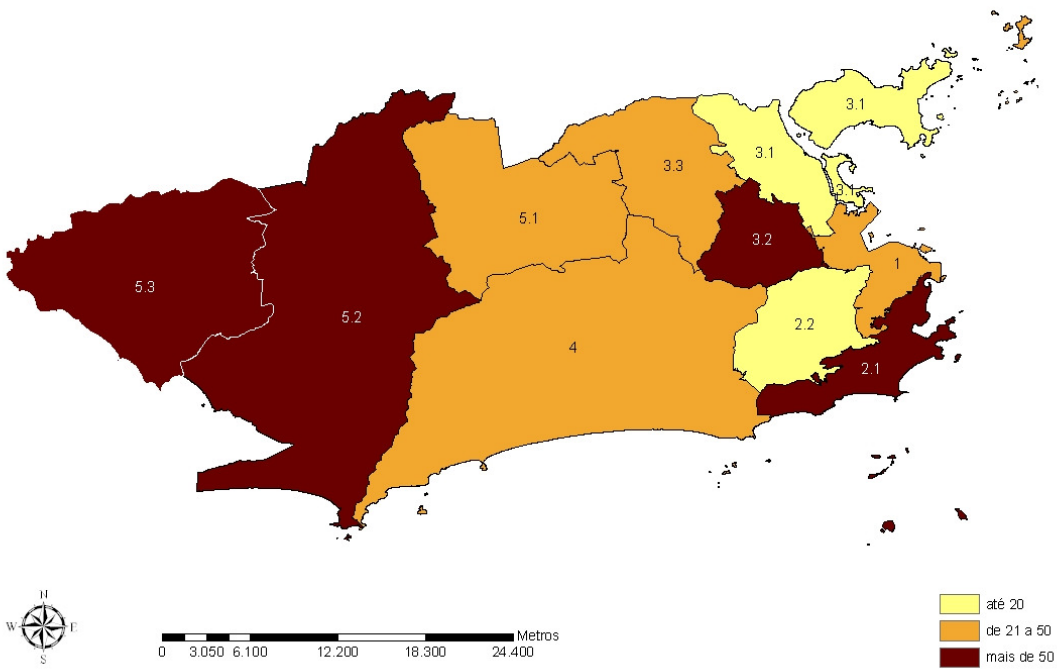

Proporção de Partos de Mães Jovens por AP de Residência - 2006
3.1
3.3
3.1
5.1
3.2
1
5.3
5.2
2.2
4
2.1
N
W
E
S
0 3.050 6.100 12.200 18.300 24.400
Metros
10 a 13
14 a 17
18 a 21

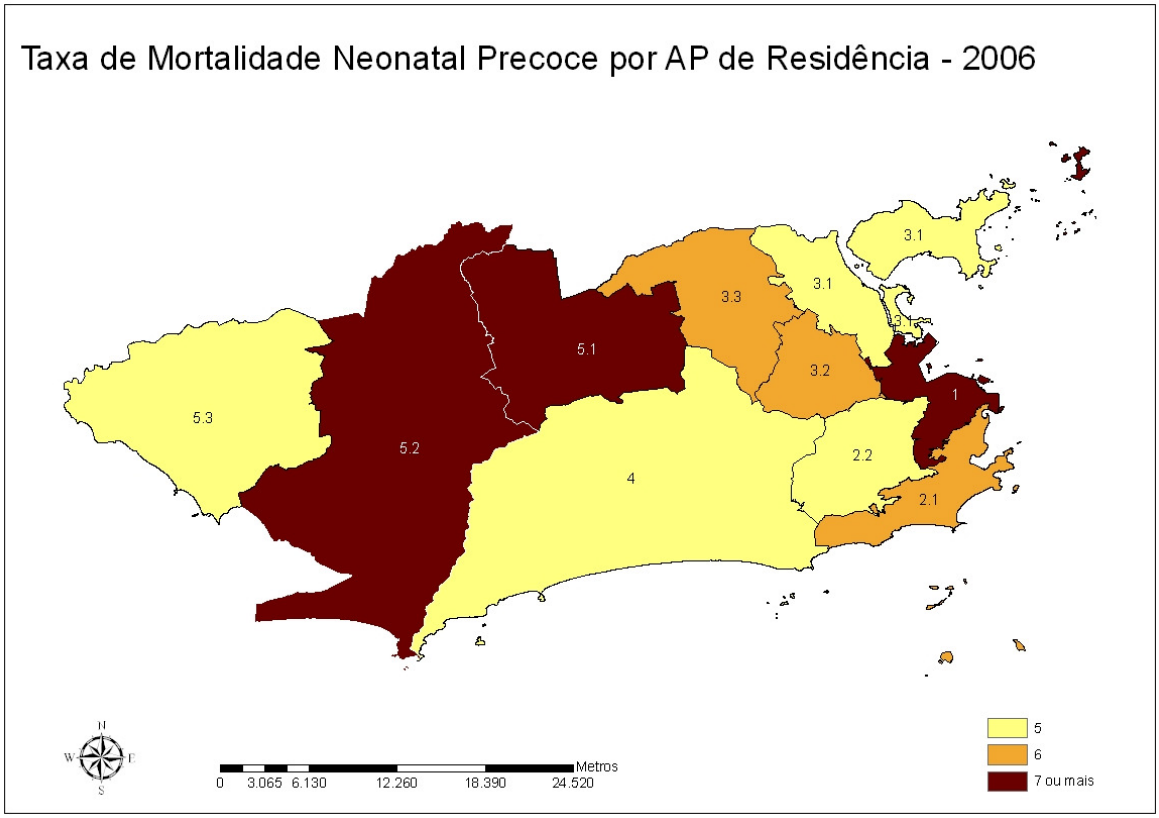

Proporção de Nascidos Vivos por Cesariana, segundo AP de Residência - 2006
3.1
3.3
3.1
5.1
3.2
1
5.3
5.2
2.2
4
2.1
N
W
E
S
0 3.050 6.100 12.200 18.300 24.400
Metros
41 a 48
49 a 56
57 a 65

Taxa de Mortalidade Infantil por AP de Residência - 2006



Taxa de Mortalidade Materna por AP de Residência - 2006




Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce por AP de Residência - 2006
3.1
3.3
3.1
3.1
5.1
3.2
1
5.3
5.2
4
2.2
2.1
N
W
E
S
Metros
0 3.065 6.130 12.260 18.390 24.520
5
6
7 ou mais

AP 1	AP 2	AP 3	AP 4	AP 5
Principal centralidade da cidade, o Centro é o bairro com maior influência na região metropolitana;	Principal referência da imagem da Cidade em nível nacional e internacional;	Proximidade com a Região Metropolitana;	Área de expansão do município, com o maior número de licenças de construção e conseqüentemente com grande aumento de moradores;	Proximidade com a Região Metropolitana – ligação com os municípios de Itaguaí, Mangaratiba e Angra dos Reis através de Santa Cruz; com os municípios de Seropédica e Nova Iguaçu, através de Campo Grande;
Área de ocupação antiga, abrangendo o Centro Histórico da Cidade, com a presença de várias áreas protegidas (APACs) e bens tombados;	Área próxima ao Centro da Cidade e a Barra da Tijuca; 3. Abriga os principais pontos turísticos da Cidade;	Principal porta de entrada da Cidade – Av. Brasil e Aeroporto Internacional Antônio Carlos Jobim;	Grande baixada, circundada pelos Maciços da Tijuca e Pedra Branca com grande parte da sua área ainda preservada.	Eixos viários estruturadores com o Município e com a Região Metropolitana - Av Brasil, BR 101 , Av. das Américas e Estrada Rio/São Paulo;
Presença de vários equipamentos, edificações, instituições, consideradas referências da Cidade, alguns se impondo como centralidades; **Transporte**: Aeroporto, Rodoviário Estadual, Porto, Terminais: rodoviários, hidroviário, ferroviários, Metrô; **Esporte e Lazer**: Estádios de futebol, Sambódromo, Cidade do Samba, Escolas de Samba, Quinta da Boa Vista/Jardim Zoológico, casas noturnas (Lapa), Centro de Tradições Nordestinas etc.; **Cultura**: Museus (Histórico Nacional, do Primeiro Reinado, Nacional de Belas Artes, de Arte Moderna, da Marinha etc.), Observatório Nacional, Teatros (Municipal, João Caetano, Carlos Gomes etc.), Centros Culturais (CCBB, Correios, Casa França Brasil, LIGHT etc.); **Saúde**: Hospitais Municipais, Estaduais, Federais e particulares; **Educação**: Universidades públicas e particulares, colégios tradicionais como Colégio Pedro II; **Igrejas**: Candelária, Catedral Metropolitana, Mosteiro de São Bento, Convento de Sto Antônio etc.; **Institucional**: Sede da Prefeitura da Cidade, Secretarias de Estado, Consulados, Assembléia Legislativa, Câmara Municipal, Áreas Militares, Polícia Federal, Complexo Penitenciário, Palácio da Justiça ; **comércio/Serviços/Negócios**: Sede de grandes empresas (Petrobrás, BNDES), comércio popular (SAARA/Camelódromo), CADEG, comércios especializados;	Áreas, equipamentos, edificações e instituições de referência para a Cidade, alguns se impondo como centralidades: **Praias e orla marítima**; Parque do Flamengo; Lagoa Rodrigo de Freitas; Maracanã; **Centros de comércio** dos bairros de Copacabana, Ipanema, Leblon, Tijuca e Catete; Shoppings Centers; Cinemas, teatros, casas de espetáculos; Restaurantes; **Campi Universitários** da UFRJ, UERJ e de universidades particulares, como PUC, Santa Úrsula e Bennett; Jóquei Clube; Jardim Botânico; **Estações Metroviárias**; Escolas; **Clubes de Futebol:** Flamengo, Fluminense e Botafogo; Cemitério São João Batista; **Hospitais:** Miguel Couto, Rocha Maia, Pedro Ernesto, Lagoa e Hospitais Particulares; **Palácio Guanabara** e **Palácio da Cidade**.	Grandes equipamentos como : **Aeroporto Internacional** Antônio Carlos Jobim; **Cidade Universitária**, na Ilha do Fundão, **Complexos militares**; **Complexos industriais**; **Complexos comerciais**; Centros de abastecimento; **Estações Metroviárias**; **Estações Ferroviárias**; Refinaria de Manguinhos; Instituto Oswaldo Cruz; **Escolas de Samba**; Universidades particulares;	**Áreas de Proteção Ambiental,** como a de Marapendi e Grumari, Chico Mendes, Parque Estadual da Pedra Branca, Bosque da Barra e diversas outras áreas, com potencial para o turismo ecológico; **Pólo industrial** de Jacarepaguá com ênfase na indústria farmacêutica; **Pólo de Cine, Vídeo e Comunicações** que congrega as indústrias do setor; **Aeroporto** de Jacarepaguá e o **Riocentro**, assim como **Parques Temáticos**. .	**Áreas militares** em Deodoro, Realengo, Vila militar, Santa Cruz e Guaratiba, destacando-se em Guaratiba o Centro Tecnológico do Exército e a Restinga de Marambaia, em Santa Cruz a Base Aérea; **Centros de comércio** dos bairros de Campo Grande e Bangu; **Distritos Industriais** de Santa Cruz, Palmares e Campo Grande e Zonas Industriais; Presença de **núcleos pesqueiros** em Guaratiba e Sepetiba; **Áreas de cultivo agrícola**, em especial na região de Santa Cruz, onde se situa a colônia agrícola, nas regiões do Mendanha e Rio da Prata em Campo Grande e na região de Guaratiba com expressiva produção de plantas ornamentais; **Centro Tecnológico do Exército**, a FIPERJ, a **Embratel** em Guaratiba; a **Base Aérea** em Santa Cruz; **Quarteirão Cultural** do Matadouro em Santa Cruz; **Hospitais**: Rocha Faria e Pedro II.
Grandes Complexos de Áreas de Especial Interesse Social: São Carlos/Mineira, Mangueira, Providência, Morro da Coroa, entre outros;	Grandes complexos de Áreas de Fragilidade Urbana: Rocinha, Vidigal, Santa Marta, Pavão-Pavãozinho, Chapéu Mangueira, Tabajaras, Borel, Macacos, entre outros; 6.Grandes conjuntos habitacionais: Cruzada São Sebastião, "Minhocão" da Gávea;	Grandes complexos de Áreas de Fragilidade Urbana – Alemão, Maré e Jacarezinho, entre outros; 5. Grandes conjuntos habitacionais – antigos IAPs;	Uma grande favela apenas, a de Rio das Pedras, não considerada uma área crítica de segurança, e diversas favelas de pequeno porte, principalmente ao longo de rios e canais. Loteamentos irregulares, tanto na área das Vargens Grande e Pequena como na XVI R.A., modificando o tipo de ocupação destes locais; Dois grandes conjuntos habitacionais, como a Cidade de Deus, com problemas de segurança;	Grande número de conjuntos habitacionais;
Malha viária de alcance metropolitano e elementos estruturantes da Cidade, tais como: Av. Brasil, Linha Vermelha, Av. Presidente Vargas, Av. Rodrigues Alves, Av. Francisco Bicalho, Elevado da Perimetral, Paulo de Frontin, Av. 31 de Março;	Malha viária estruturadora dos eixos Norte-Sul-Centro da Cidade e Barra da Tijuca;	Malha viária de alcance metropolitano, destacando-se a Av. Brasil, as linhas Amarela e Vermelha;	Ao longo das Av. das Américas estão dispostos os shoppings, fazendo desta área um Centro de Comércio de alcance Metropolitano.	Principais corredores de transporte de massa – Av. Brasil e rede ferroviária; ramal de cargas e passageiros – ligação com a Baixada Fluminense através de Deodoro;
Área antiga preservada convivendo com área renovada; Áreas de reconstrução do tecido urbano após intervenções estruturais (Metrô, Túneis Santa Bárbara e Rebouças, Av. Presidente Vargas, Perimetral); A expansão das favelas, modificando o padrão de vida do entorno imediato, promovendo o êxodo da população residente e das atividades econômicas; Diversidade de estilos de vida, ligados diretamente à ocupação e aos usos existentes no local (escala humana, casas simples e relação das pessoas com a comunidade, a rua e o bairro, presença de grande quantidade de vilas, principalmente nos bairros periféricos ao Centro); Edificações Desativadas (industriais, comerciais e institucionais)/Subtilizadas, vazios urbanos;	Principais áreas de proteção: a.Do ambiente natural:Parque Nacional da Tijuca; Lagoa Rodrigo de Freitas; Orla Marítima ;Jardim Botânico; Parque da Cidade ; Parque Laje - b.Do ambiente cultural: APAC: Urca, Cosme Velho, Catete, Glória, Laranjeiras, Botafogo Apresenta características das grandes metrópoles: oferta de todos os serviços, áreas de lazer, cultura e turismo, vida noturna intensa, grande circulação de veículos e pessoas, estrutura social complexa.	Complexos industriais desativados; Estilo de vida que ainda preserva a escala humana – casas simples e relações pessoais com a comunidade, a rua e o bairro, convivendo com núcleos habitacionais de classe média.	Grandes "condomínios", áreas fechadas com segurança, criando um novo estilo de vida, com qualidade diferenciada do restante da cidade;	O Complexo Penitenciário de Bangu e as áreas de destino final do lixo da cidade em Gericinó interferem na estruturação urbana do entorno onde estão situados.

Página 1

Principais Problemas

AP 1	AP 2	AP 3	AP 4	AP 5
Perda de população residente e de atividades econômicas, resultando na degradação da área (bairros periféricos ao Centro);	Degradação e esvaziamento de alguns bairros em virtude da proximidade das favelas;	Carência de Áreas Verdes (menos de 1 m2 por habitante), espaços culturais, esportivos, de lazer, de contemplação;	A carência de infra-estrutura urbana em boa parte de Jacarepaguá, Vargens e Recreio.	Carência de espaços verdes e arborização pública escassa., com efeitos sobre o microclima.
Existência de áreas críticas de segurança, relacionadas principalmente aos corredores viários próximos às favelas;	Existência de áreas críticas de segurança, relacionadas aos corredores próximos aos complexos e às grandes favelas;	Existência de áreas críticas de segurança – relacionadas aos corredores próximos aos complexos e às grandes favelas e, ainda, aos grandes imóveis invadidos;	Área de fragilidade ambiental com severos problemas de poluição das lagoas e cursos d'água, agravados pela rapidez da sua ocupação, sem a mesma velocidade de implantação de infra-estrutura.	Precariedade de saneamento básico e de abastecimento de água em várias regiões;
Ocupação dos espaços públicos por atividades econômicas e ambulantes;	Ocupação irregular nas encostas;	Seccionamento dos bairros pelas linhas férreas e metroviárias;	O modelo urbanístico segregador de usos adotado em boa parte da Barra da Tijuca e sua dependência do transporte individual, criando uma situação que afeta, inclusive, outras áreas da cidade.	Precariedade de equipamentos públicos de saúde e educação; Deficiência de equipamentos de cultura e lazer;
Existência de população de rua, principalmente no Centro;	Sistema de drenagem incompatível com o adensamento, resultando em enchentes durante o período de chuvas;	Áreas remanescentes de grandes obras viárias, abandonadas e à mercê de invasões;	Inexistência de transporte de massa na área cria grandes congestionamentos nas vias de acesso/saída.	Incidência significativa de invasões de terras públicas e privadas; Expansão das ocupações irregulares: favelas, loteamentos irregulares e clandestinos; Ocupação descontrolada de áreas frágeis de baixada – manguezais e faixas marginais de rios de canais
Grande quantidade de ônibus, vans e automóveis que circulam e estacionam no Centro;	Rede de esgotamento sanitário em estado obsoleto;	Falta de manutenção do espaço público;	A não implantação da totalidade da malha viária projetada, gerando longos percursos.	Presença de conjuntos habitacionais desarticulados da malha urbana; Precariedade do sistema de transporte;
Falta de manutenção dos espaços públicos e uso inadequado desses espaços pela população (lixo);	Sistema viário saturado;	Incompatibilidade do volume de tráfego com o sistema viário;		Alto nível de poluição da baía de Sepetiba devido à ausência de saneamento e poluição industrial; Assoreamento de rios e canais;
Áreas vazias e subtilizadas remanescentes de obras viárias, de urbanizações não concluídas ou por esvaziamento econômico;	Praias e Lagoa sujeitas à poluição.	Degradação de bairros inteiros em função da não implantação de Projetos de Alinhamento (muitos há mais de meio século em vigor e não implantados!).		Escassez de produção e oferta de habitação para a população de baixa renda;
Expansão das favelas.				Ausência de política para o setor agrícola.

Página 1