

ANEXO C DO CONTRATO

GESTÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

CORE LEBLON

**(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 – 7^a), Santa Teresa (0,868 – 8^a), Rio Comprido (0,836 – 13^a), Paquetá (0,822 – 17^a) e São Cristóvão (0,814 – 18^a). A RA Portuária, por sua vez, apresentou IDH considerado médio (0,775 – 24^a).

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

**CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS
COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS
PROCESSO ADMINISTRATIVO
00/000000/Ano**

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 (29^a). 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 3^a posição no ranking em 1991 (0,899) para o 1^o lugar (0,956); a Rocinha permaneceu na 29^a 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 1^a para a 2^a 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.

**CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS
COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS
PROCESSO ADMINISTRATIVO
00/000000/Ano**

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 – 5^a), seguida por Jacarepaguá (0,844 – 12^a) e Cidade de Deus (0,754 – 26^a), 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 27^a para a 26^a 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%).

**CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS
COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS
PROCESSO ADMINISTRATIVO
00/000000/Ano**

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.

**CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS
COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS
PROCESSO ADMINISTRATIVO
00/000000/Ano**

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 nº 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**

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 vêm 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, frequência 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

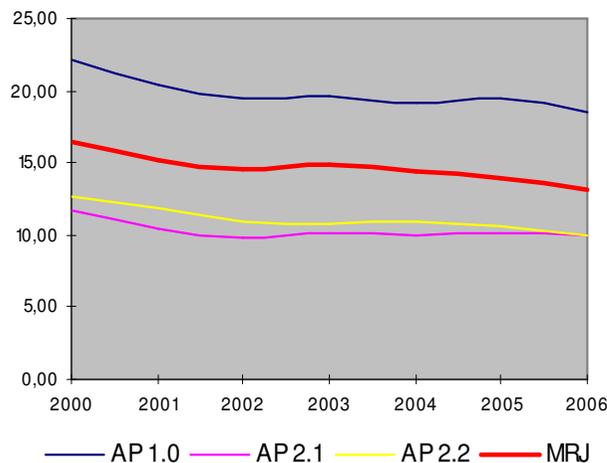
A taxa de natalidade é um indicador que expressa a influência dos nascimentos na população em geral, ou seja, possibilita a avaliação do crescimento vegetativo da população quando observada em conjunto com a taxa de mortalidade.

**CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS
COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS
PROCESSO ADMINISTRATIVO
00/00000/Ano**

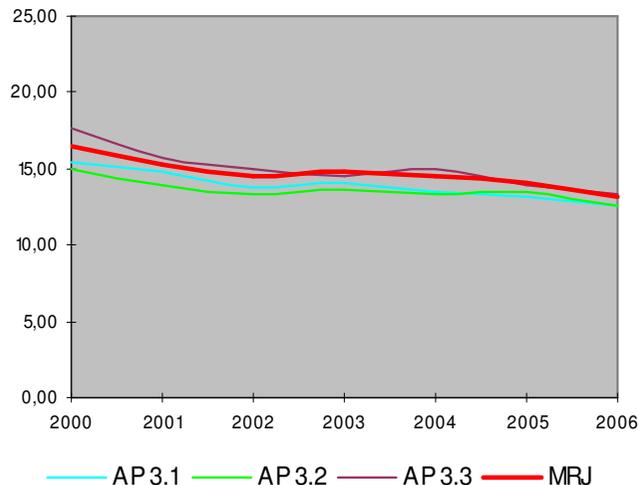
Taxas de natalidade elevadas são encontradas em situações socioeconômicas mais precárias. Para o Brasil a taxa de 2004 foi de 18,11/1000. As taxas das regiões norte/nordeste situam-se acima de 20/1000.

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.

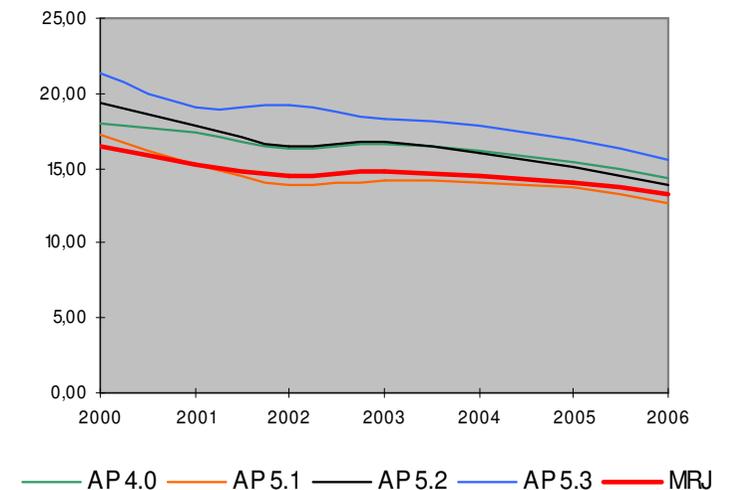
**Coeficiente de Natalidade
AP 1.0, 2.1 e 2.2 - 2000 a 2006**



**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.

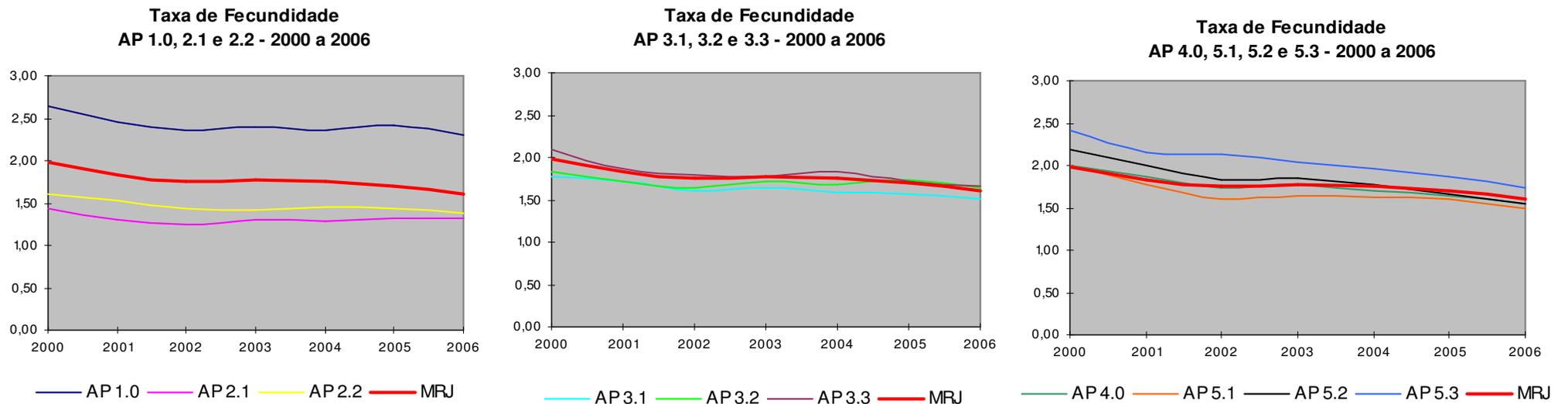
Para a Cidade do Rio de Janeiro, a taxa no ano 2000 situava-se em 1,98 e em 2006 atingiu 1,60. Esta variação representa um decréscimo de 19%, acima do que foi encontrado para o Brasil no mesmo período.

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.

**CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS
COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS
PROCESSO ADMINISTRATIVO
00/000000/Ano**

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.



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 frequência 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 – vaginose 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.

**CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS
COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS
PROCESSO ADMINISTRATIVO
00/000000/Ano**

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.

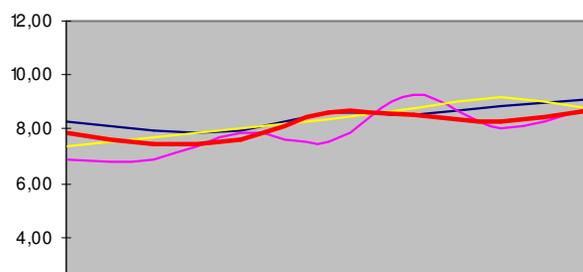
No Brasil, em 2005, a freqüência de prematuridade esteve em 6,6%. Para a Cidade do Rio de Janeiro, em 2006 a presença de prematuridade esteve em 8,7%.

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.

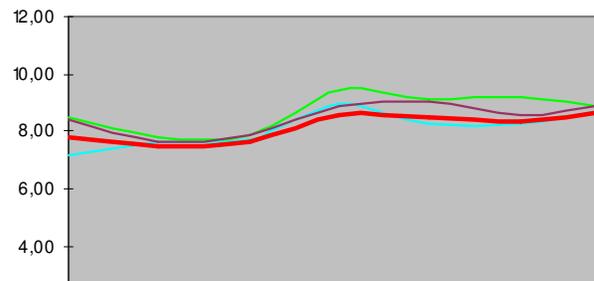
A prematuridade esteve presente em média no período de 2000 a 2006 em 8,1% dos nascimentos da Cidade do Rio de Janeiro. Em todas as AP a presença de nascimentos prematuros aumentou, no período analisado. Este aumento foi em média de 11,2%. Algumas AP, entretanto, sobressaíram – 2.1, 3.2, 2.2, 4.0 e 5.1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

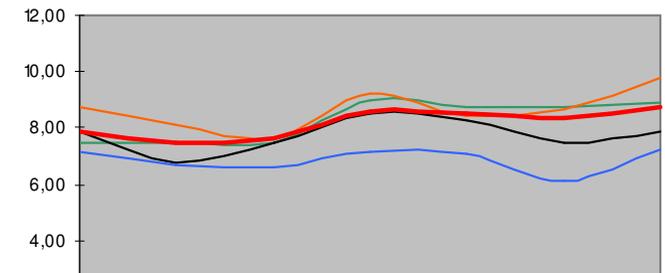
**Nascidos Vivos residentes
nas AP 1.0, 2.1 e 2.2
Prematuridade - 2000 a 2006**



**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

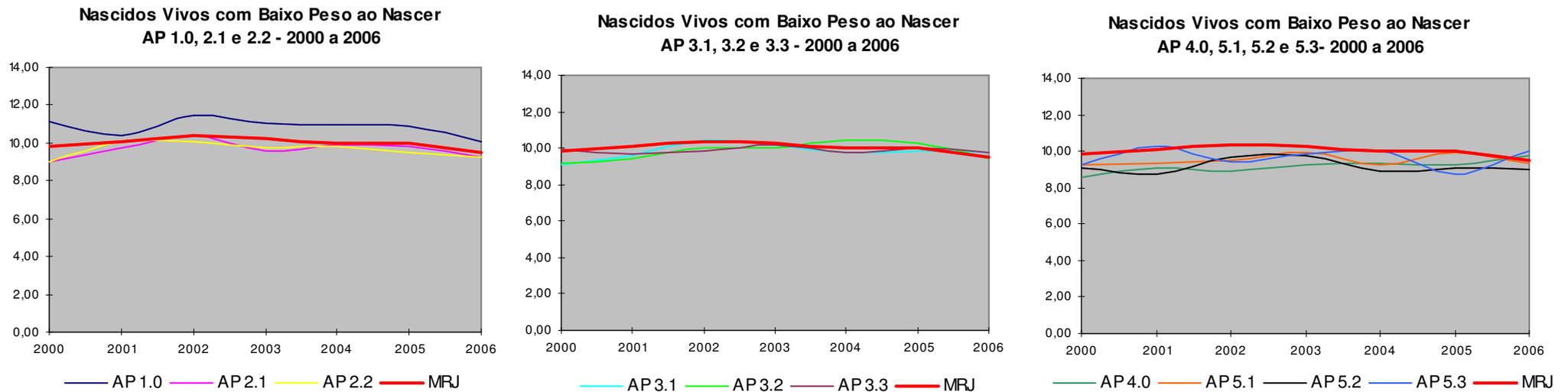
O baixo peso ao nascer – menor que 2,5Kg - é definido como um indicador de risco para morbi-mortalidade infantil, em especial no período neonatal.

“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 frequência 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 frequência de baixo peso girou em torno de 8% para o ano de 2004.

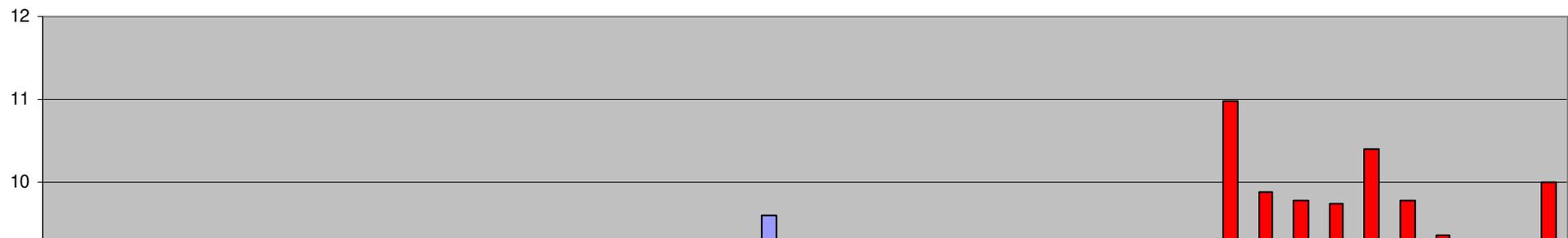
**CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS
COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS
PROCESSO ADMINISTRATIVO
00/00000/Ano**

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

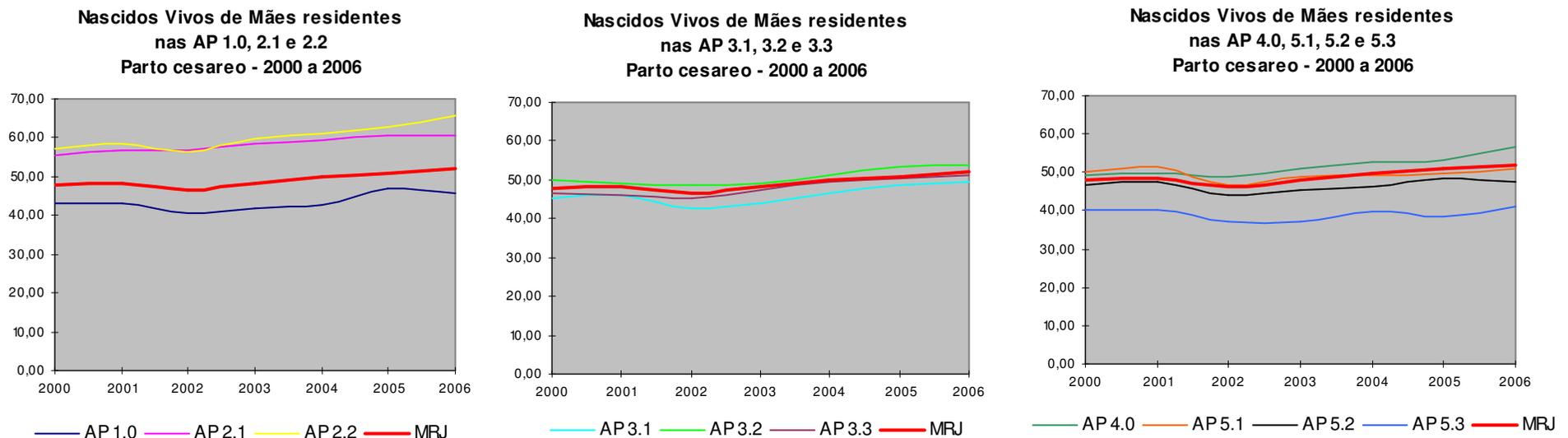
O acompanhamento da informação sobre tipo de parto está associado à importância que a realização de partos cesariana vem assumindo no cenário de nascimentos no Brasil, em especial em algumas localidades. Para o Brasil a frequência do tipo de parto cesariana em 2005 foi de 43,2%, um patamar elevado quando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

**CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS
COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS
PROCESSO ADMINISTRATIVO
00/00000/Ano**

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 diabetes gestacional, ruptura prematura da bolsa d'água e bebê com trabalho de parto prolongado também são consideradas

**CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS
COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS
PROCESSO ADMINISTRATIVO
00/000000/Ano**

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

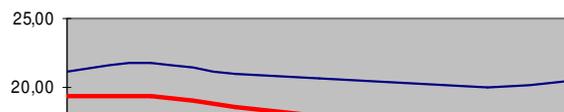
A freqüência de nascidos vivos de mães adolescentes – idade menor que 20 anos, variou de 19 a 17% entre os anos de 2000 e 2006. Para o Brasil, esta proporção variou de 23,4% em 2000 para 21,8% em 2005.

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.

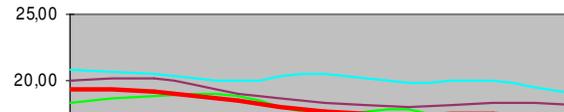
“Entre os inúmeros danos relacionados à gestação precoce, são apontados a exposição a abortos e os distúrbios de ordem afetiva, tanto em relação à mulher quanto ao bebê. Uma maior propensão à baixa auto-estima e à depressão também vêm sendo citadas como contribuintes para resultados adversos durante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

}

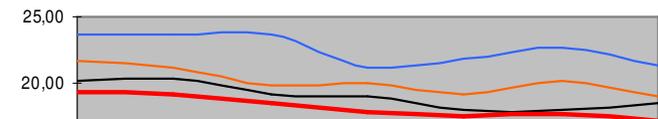
**Percentual de Nascidos Vivos de Mães
Adolescentes nas AP 1.0, 2.1 e 2.2
2000 a 2006**



**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 frequências de mães adolescentes acima da média em todo período.

Para as todas as AP encontramos diminuição da frequência 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.

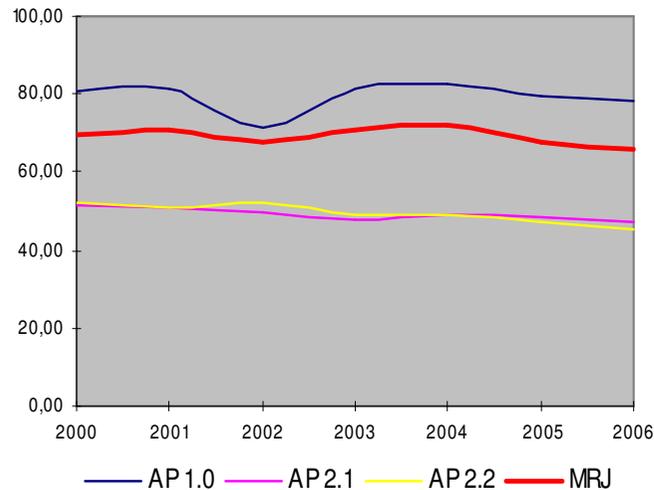
A dinâmica demográfica da Cidade deve ser considerada na análise destes resultados. As AP 2.1 e 2.2, com populações mais envelhecidas, apresentam menor expressividade de nascimentos de mães adolescentes. A AP 4.0, apesar de possuir estrutura etária mais jovem apresenta situação sócio-econômica mais privilegiada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

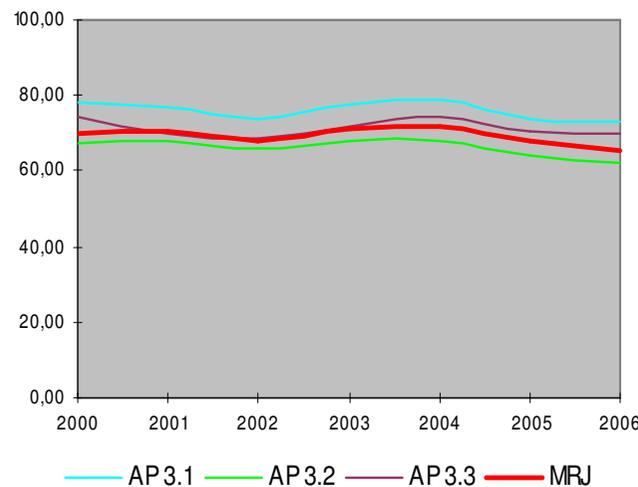
Cobertura SUS – nascimentos em unidades do Sistema Único de Saúde

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.

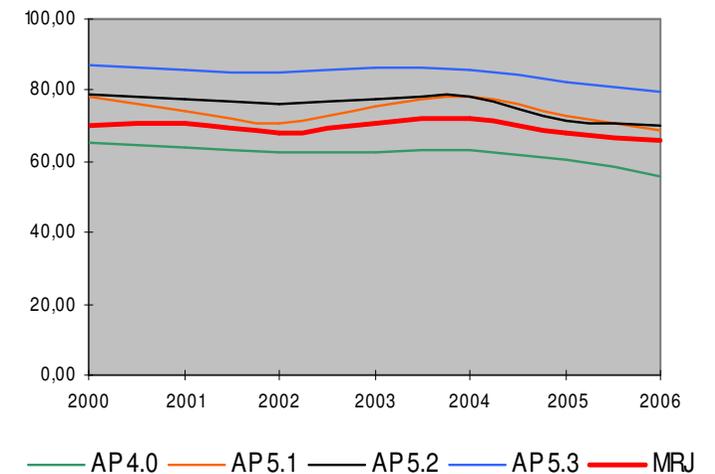
Nascidos Vivos de Mães residentes nas AP 1.0, 2.1 e 2.2, Parto Cobertura SUS - 2000 a 2006



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.

**CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS
COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS
PROCESSO ADMINISTRATIVO
00/000000/Ano**

“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.

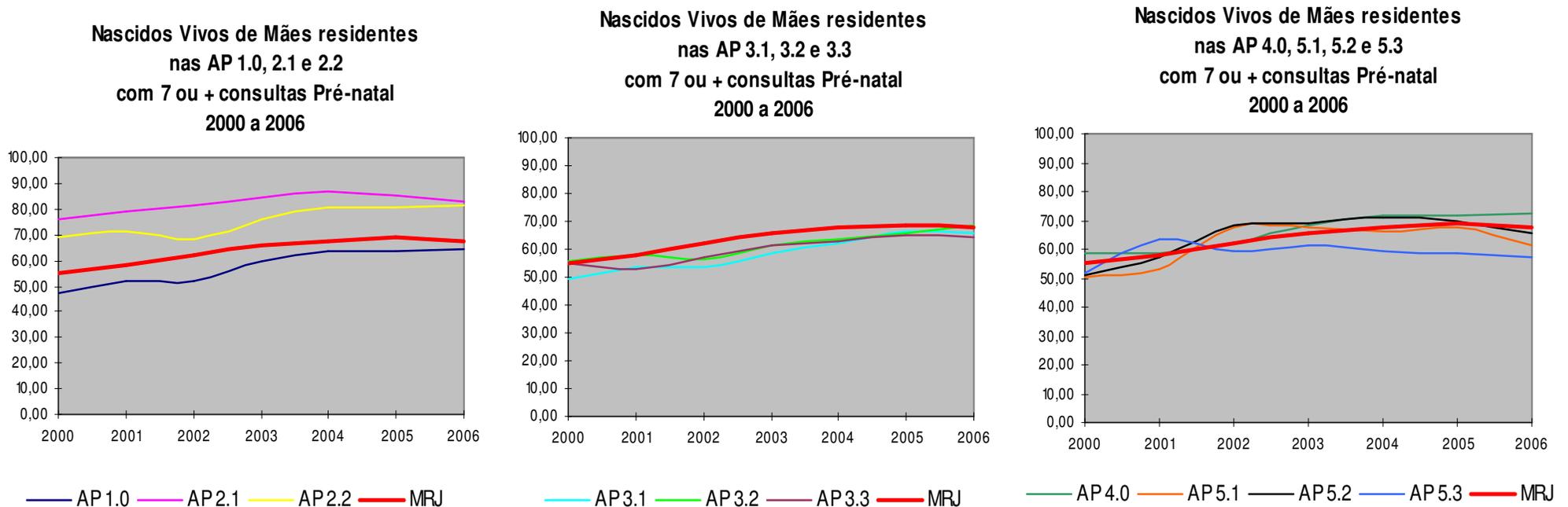
“Considerando as causas diretamente relacionadas com a função reprodutiva, observa-se que óbitos por hipertensão na gravidez, hemorragias, infecção puerperal, complicações no trabalho de parto e abortos, são a maioria, apesar de serem facilmente evitável, através de adequada assistência ao ciclo gravídico-puerperal, 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.

**CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS
COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS
PROCESSO ADMINISTRATIVO
00/000000/Ano**

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.

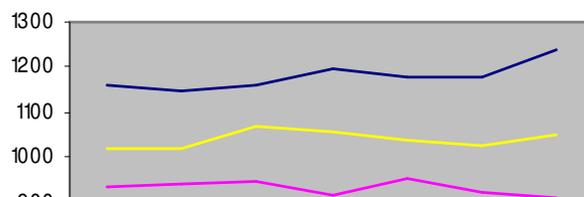
Óbitos na Cidade do Rio de Janeiro

Taxa Bruta de Mortalidade

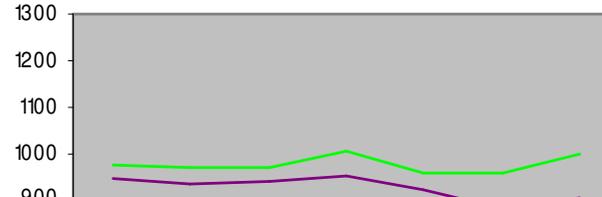
A taxa bruta de mortalidade relaciona a mortalidade total de residentes na Cidade do Rio de Janeiro com a sua população. Neste caso, trabalhamos com um índice por 100 mil habitantes em função do tamanho populacional de cada uma das áreas de planejamento da Cidade.

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.

**CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS
COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS
PROCESSO ADMINISTRATIVO
00/00000/Ano**

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.

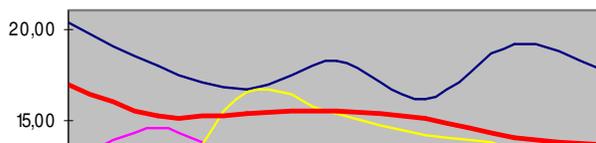
De 2000 em diante a queda da mortalidade infantil ocorre em função principalmente do componente neonatal e principalmente a partir do neonatal precoce.

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%.

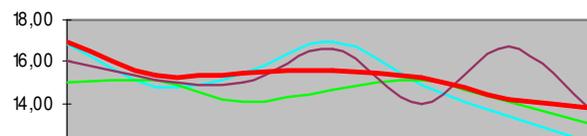
Entre as Áreas de Planejamento o comportamento do indicador não é homogêneo, acompanhando a diversidade de organização da cidade. A taxa de mortalidade infantil das AP 2.1, 4.0 e 2.2, mantém-se em quase todo o período abaixo da média da Cidade. Enquanto as AP 3.1, 3.2 e 3.3 determinam o perfil da Cidade.

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%.

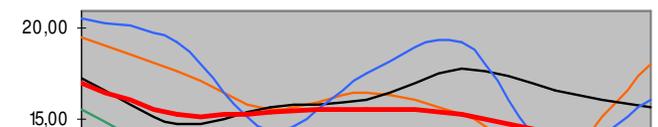
**Taxa de Mortalidade Infantil
AP de residência 1.0, 2.1 e 2.2
2000 a 2006**



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

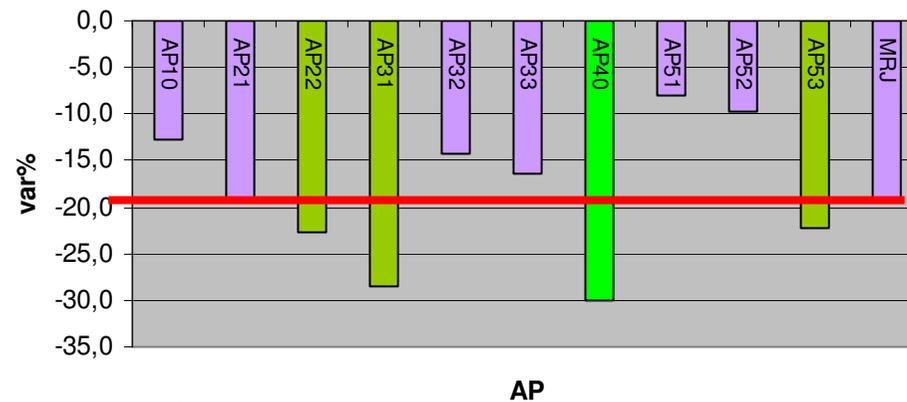


**Taxa de Mortalidade Infantil
AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3
de 2000 a 2006**



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

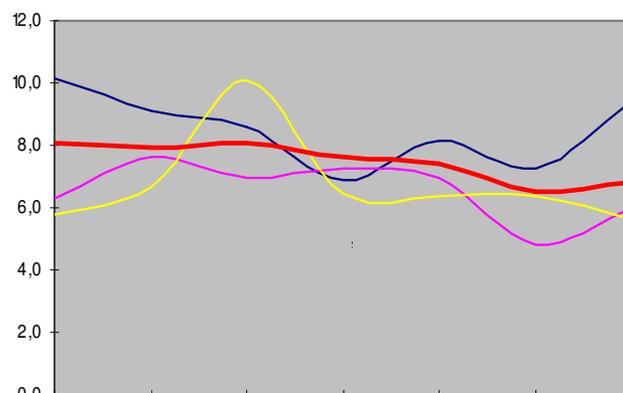
Os componentes da mortalidade infantil

Neonatal Precoce

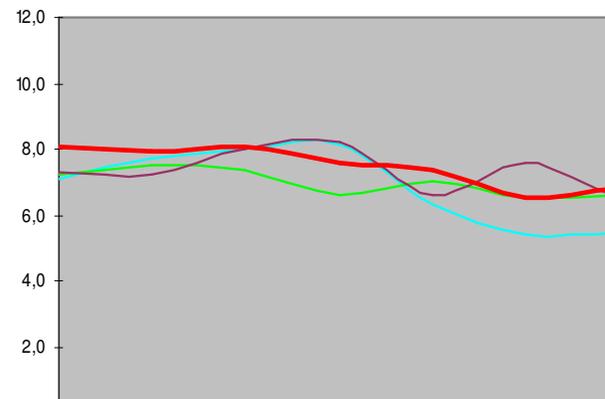
Entre 2000 e 2006 a mortalidade neonatal precoce da cidade decaiu 16% - variando de 8,1 a 6,8/1000 nascidos vivos. Três AP se destacam – 5.3, 4.0 e 3.1, com respectivamente 44%, 28% e 23% de redução da mortalidade nos sete primeiros dias de vida. As demais AP alcançam resultados abaixo da média de queda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

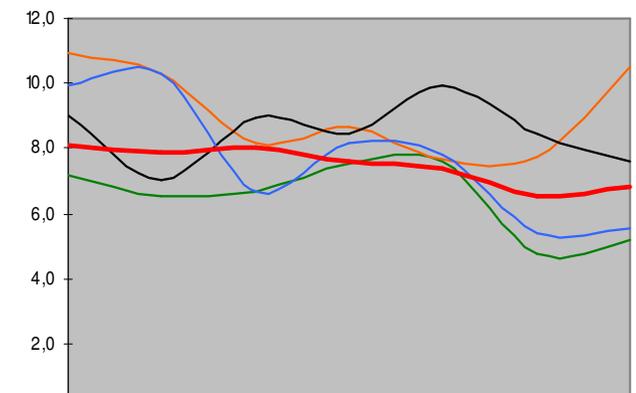
**Taxa de Mortalidade Neonatal precoce
AP 1.0, 2.1 e 2.2 - 2000 a 2006**



**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.

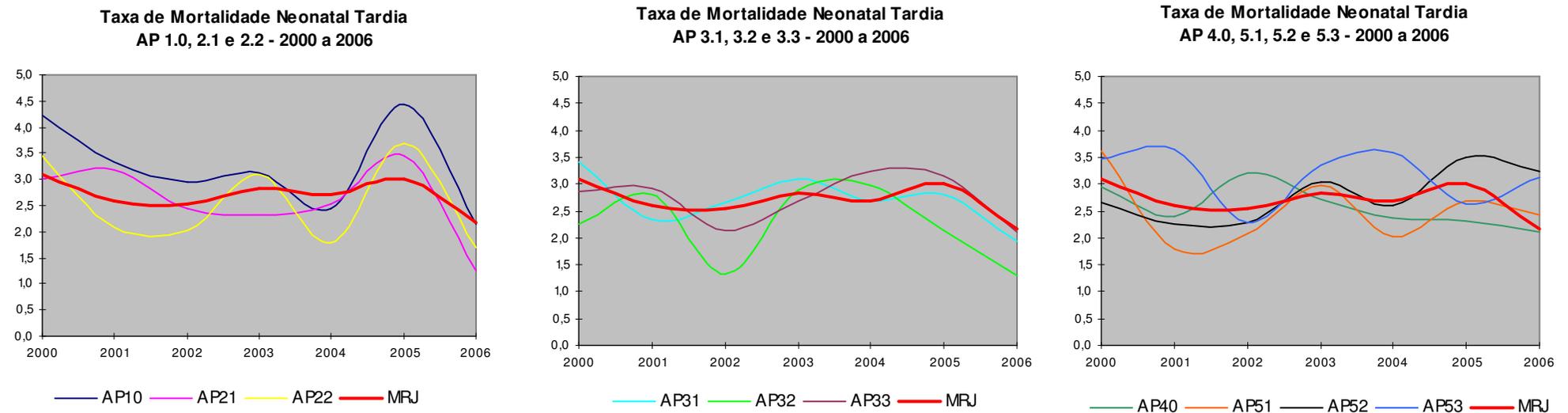
Assim como na mortalidade neonatal precoce, os recursos disponíveis para a assistência neonatal atualmente, conseguem evitar a morte de recém-nascidos que há 10 anos atrás não seriam considerados viáveis, e consegue prolongar a vida de muitos em que a possibilidade de sobrevivência era muito pequena.

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.

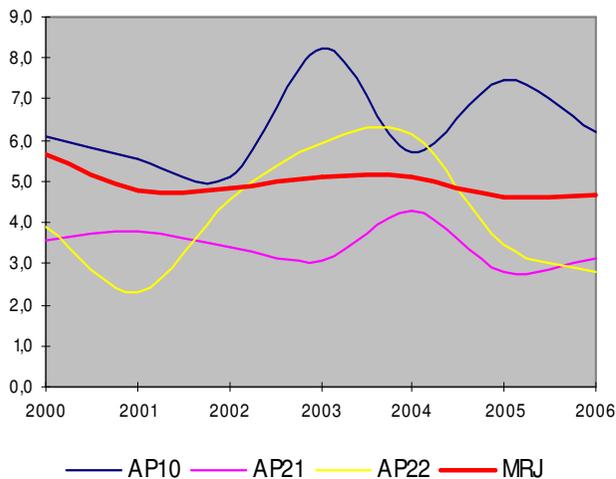


Fonte: GIE/SVS/SUBASS/SMS-RIO

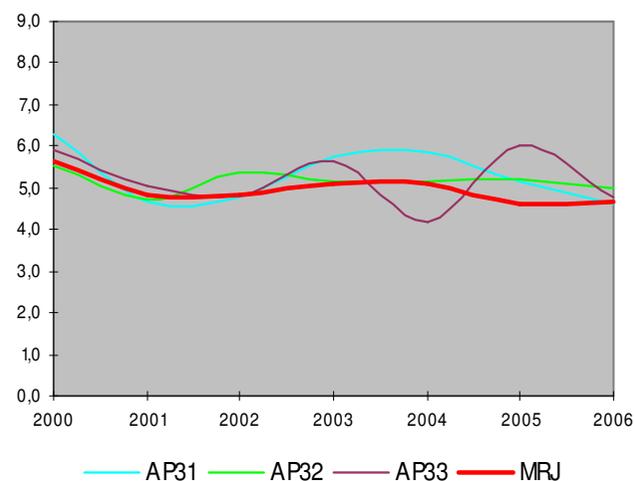
Pós-neonatal

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.

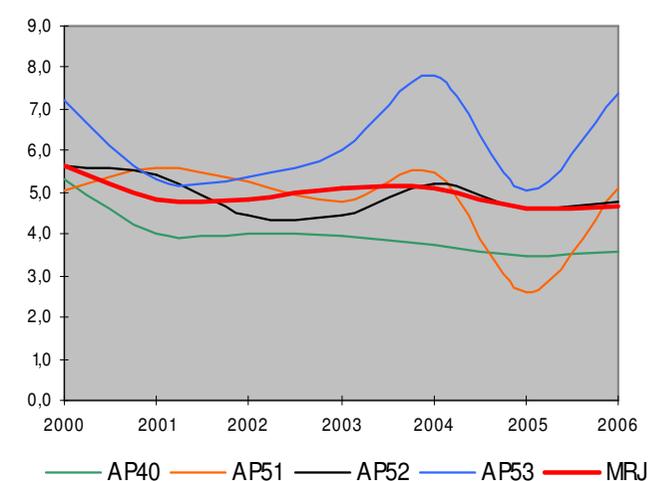
**Taxa de Mortalidade Pós-neonatal
AP 1.0, 2.1 e 2.2 - 2000 a 2006**



**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. É 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.

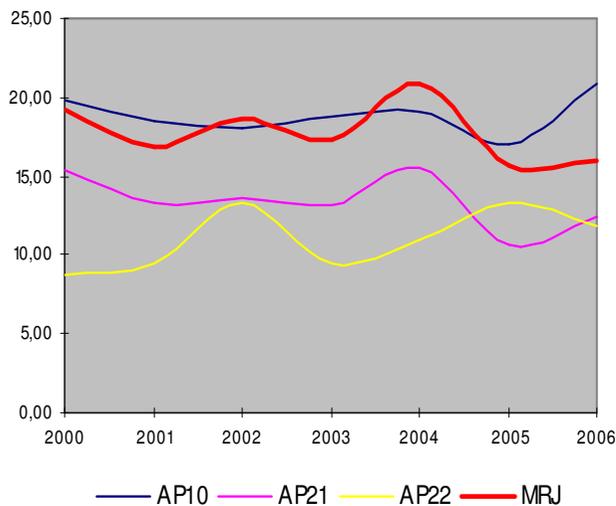
**CONVOCAÇÃO PÚBLICA PARA PARCERIAS
COM ORGANIZAÇÕES SOCIAIS
PROCESSO ADMINISTRATIVO
00/000000/Ano**

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.

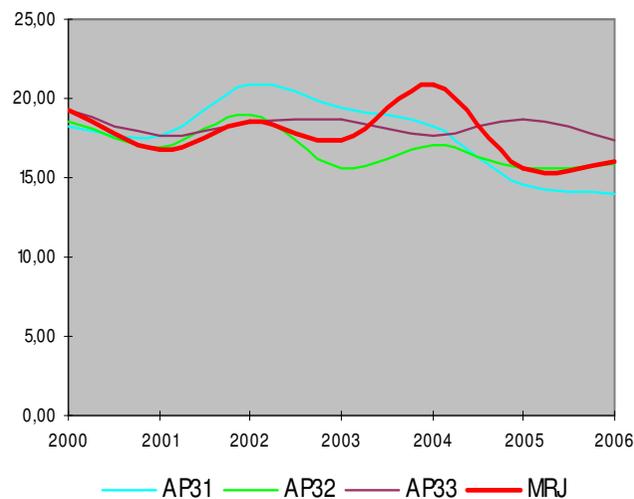
De 2000 a 2006 a mortalidade perinatal decaiu 17%. Entre as AP somente as AP 1.0 e 2.2 têm elevações da taxa. Deve-se relativizar os resultados de variação do indicador, pois a melhoria da notificação dos óbitos fetais faz aumentar o indicador.

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.

**Taxa de Mortalidade Perinatal
AP 1.0, 2.1 e 2.2 - 2000 a 2006**



**Taxa de Mortalidade Perinatal
AP 3.1, 3.2 e 3.3 - 2000 a 2006**



**Taxa de Mortalidade Perinatal
AP 4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 - 2000 a 2006**

