

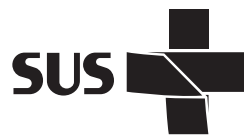


PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

2022 – 2025



SAÚDE



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

2022 – 2025

Rio de Janeiro/RJ
2021

©2022 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Prefeito

Eduardo Paes

Secretário Municipal de Saúde

Daniel Soranz

Subsecretária Geral

Fernanda Adães Britto

Subsecretário de Gestão

Márcio Leal

Subsecretária de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência

Teresa Cristina Navarro Vannucci

Subsecretária de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

Ana Luiza F. R. Caldas

Presidente do Instituto Municipal de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e de Inspeção Agropecuária

Rodrigo Prado

Coordenação Geral da Elaboração do PMS 2022-2025

Liliane Cardoso de Almeida Leal

Carmem Lopes

Fabiana Dias

Coordenação Técnica da Elaboração do PMS 2022-2025

Subsecretaria Geral

Aline Tremarin Juliana Paranhos

André Luis Paes Ramos Lucas Galhardo

Clara Carneiro Paula Bortolon

David Tebaldi Marques Thiago Costa Virgílio

Subsecretaria de Gestão

Cristina Teixeira

Fabiana Silva Araújo

Vilmar da Costa Rego

Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência

Aline Affonso de Carvalho Hugo Marques Fagundes Junior

Ana Lucia Eiras das Neves Jacqueline Gomes Ferreira Lopes

Carla Lopes Porto Brasil Kátia da Costa Silva

Diego da Silva Ferraz Márcio Luis Ferreira

Georgea Bathomarco Correa Artiles Paulo Cardoso Ferreira Pontes

Germana Périssé Paulo de Oliveira Silveira

Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

Alexandre Silva dos Santos Carlos Alberto Serra de Melo

Aline Gonçalves Pereira Carlos Augusto Rodrigues Alvarenga

Aline Rodrigues de Aguiar Debora da Cruz da Silva

Ana Carolina Cardoso Arruda Carvalho de Moura Denise Jardim de Almeida

Ana Helena Rissin Dilma Cupti de Medeiros

Ana Paula Ferreira Barbosa Eliane Antonio Monteiro Almeida

Angela Fernandes Leal da Silva Emanuelle Pereira de Oliveira Correa

Audrey Fischer Erico Eduardo Ribeiro de Souza

Bruno Baptista Cardoso Fernanda Cristina Dias de Ferraz Cruz

Caio Luiz Pereira Ribeiro Fernanda Morena dos Santos Barbeiro Vieira

Flavio Dias da Silva	Rafael do Nascimento Pinheiro
Gilmara Valadão da Silva	Raquel Barbosa de Caprio
Gislani Mateus Oliveira Aguiar	Renata Alves Fonseca de Barros
Glaucilene Martins Nogueira	Renato Cony Serodio
José Augusto Guimarães de Oliveira	Roberta Azevedo Coelho
Juliana Dias Vieira Lima	Rodrigo de Souza Cardoso
Junia Espinha Cardoso	Rodrigo Pereira
Katlin Darlen Maia	Sandra Lobo Torturella
Larissa Cristina Terrez Machado	Silvana Caetano
Lívia de Souza Câmara	Simone de Jesus Abreu
Luciana Freire de Carvalho	Simone Ferreira da Silva Guimarães
Marcio Alexandre Baptista	Suely Kirzner
Márcio Henrique de Oliveira Garcia	Tatiana dos Santos Dias
Marcus Vinicius da Silva Santos	Tatiane Caldeira dos Santos de Salles
Maria Aparecida Duarte Vidon Blanc	Tatiane Vieira de Almeida
Maria Cecília Quiben Furtado Maciel	Taynã do Nascimento
Marina Maria Baltazar de Carvalho	Tuânny Figueiredo Marinho
Maykeline dos Santos Leite	Wagner Alves de Oliveira
Nadja Greffe	Ygor Campos Braga Torea Otero
Nilson de Jesus Macedo	

Instituto Municipal de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e de Inspeção Agropecuária

Luiz Renato Rodrigues Nunes
 Maria Sylvia Ripper Vianna
 Vagner de Araújo Monteiro

Assessoria de Comunicação Social da SMS-Rio

Paula Fiorito
 Cláudia Ferrari
 Clarissa Mello
 Patrícia Avolio

Capa

Victor Lima

Projeto Gráfico e Diagramação

Sandra Araujo
 Aluisio Bispo

Fotos

Abilio Tozini	Marcos de Paula
Aluisio Bispo	Renata Missagia
Edu Kapps	Tainã Ottoni
Fábio Motta	Tiago Sermarini
Joanna Chigres	Virginia Nunes
Jussara José da Costa	Wallace Martins
Lucas Svicero	

Soranz, Daniel

Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro [livro eletrônico] : 2022 - 2025 / Daniel Soranz ; coordenação Liliane Cardoso de Almeida Leal, Carmem Lopes, Fabiana Dias. -- Rio de Janeiro, RJ : Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2022.

PDF

Bibliografia.

ISBN 978-65-86417-09-8

1. Plano Municipal de Saúde (PMS) - Rio de Janeiro (RJ) 2. Saúde pública - Brasil - Administração 3. Planejamento 4. Saúde pública I. Leal, Liliane Cardoso de Almeida. II. Lopes, Carmem. III. Dias, Fabiana. IV. Título.

22-109356

CDD-614.098153

Índices para catálogo sistemático:

1. Plano Municipal de Saúde : Rio de Janeiro :
 Cidade : Saúde pública 614.098153

Eliete Marques da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9380

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE COMPOSIÇÃO — QUADRIÊNIO 2020-2023

Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Maria de Fátima Gustavo Lopes

Secretária Executiva do Conselho Municipal de Saúde

Carmem Terezinha Gomes Sasaki

Representantes dos usuários do SUS

Maria Clara Migowski Pinto Barbosa; Júlia Daniela de Castro; Morgana Eneile Tavares de Almeida; Rene Monteiro de Almeida Júnior; Wilson Nilson da Rocha; Carlos Alberto Bessa Menezes; Osvaldo Sérgio Mendes; Sônia Maria do Nascimento da Paixão; Jorge Agostinho de Almeida Neto; Mara Núbia Maciel; Márcio Berman; Abílio Valério Tozini; Marcello Cláudio Nunes Deodoro; Maria de Fátima Gustavo Lopes; Maria Angélica de Souza; José Cosme dos Reis; Ludugério Antônio da Silva; Neide Maria Neres Tinoco.

Representantes dos profissionais de Saúde

Caroline de Mendonça Araújo; Lucimar Oliveira do Nascimento; Elizabeth Guastini; Sheila Aguiar Marino; Valeska Holst Antunes; Suelen Guimarães dos Santos; Wagner Gomes Bezerra; Marinaldo Silva Santos.

Representantes dos gestores/prestadores

Daniel Ricardo Soranz Pinto; Teresa Cristina Navarro Vannucci; Clara Câmara Soveral Carneiro; Larissa Cristina Terrezo Machado; Marcus Vinícius Abbud Safady; Antônio David da Mota Pinto; Caroline Carvalho Caçador; Carmen Sandra Portugal Nogueira; Carolina Ribeiro Mello; Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti.

CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE COMPOSIÇÃO — QUADRIÊNIO 2020-2023

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE — AP 1.0

Representantes dos usuários do SUS

Dari Miranda Alves; Tatiana Oliveira Xavier; Márcio Berman; Maria da Glória da Silva; Elso de Oliveira; Marcelle Cristiane Esteves; Nair Helena R. B. Barbosa; Lúcia Regina dos Santos.

Representantes dos profissionais de Saúde

Gabriela Ribeiro Medeiros; Roseli Áreas da Silva Brito; Francine Brandão; Mariléa Lúcio Ormond.

Representantes dos gestores/prestadores

Mariana Machado; Francisco de Paula de Negreiros Sayão Lobato Filho; Danielle Victor da Silva; Amanda Aparecida Cano.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE — AP 2.1

Representantes dos usuários do SUS

Ana Cristina da Silva Ramos; Abílio Valério Tozini; Maria Edileusa Braga Freires;

Creusa do Carmo Monteiro; Leda Gusmão da Costa; Vera Lúcia da Conceição Caldeira;
Márcia Ferreira da Costa; Maria Luísa Palhares dos Anjos Silva.

Representantes dos profissionais de Saúde

Vanessa Andrade Martins Pinto; Lenir Rodrigues de Araújo; Rosângela Ferreira Frossard;
Paulo Antônio Marques.

Representantes dos gestores/prestadores

(*)Maria Helena Carneiro de Carvalho; Izabel Maria Teixeira Araújo; Tatiana Rodrigues da Silva;
Isabel dos Santos Ribeiro.

CONSELHO DISTRICTAL DE SAÚDE — AP 2.2

Representantes dos usuários do SUS

Sebastião Matheus da Silva; Nilza Alves Ferreira; Sônia Borges; Nancy dos Santos Senhor da Costa;
Cláudio Cezar Alves da Silva; Kenedy de Moraes Lemos; Carla da Silva; Gilson Rosa Ribeiro;
Marcello Cláudio Nunes Deodoro; José Augusto Carvalhal Cerqueira; Maria Cristina Lopes;
Selma Maria da Silva Santos; Cynthia Vitória Melo Tavares; José Eustáquio Alves;
Arnaldo Rodrigues da Silva; Felipe Vieira dos Santos.

Representantes dos profissionais de Saúde

Marilene Torres dos Santos; Vilma Torres de Azevedo; Rosimere Maria da Silva; Vanda Romeo;
Cíntia Moreira; Marcela Botino Olmedra; Margareth Ferreira da Silva;
Issisnária dos Santos Pereira Jorge.

Representantes dos gestores/prestadores

Jubemar de Medeiros Lima; Cláudia Nastari de Paula; Lúcia de Oliveira Marques;
Rogério Bittencourt de Miranda; Tays Piscitelle Fanchin; Mariana Machado Pires Tavares de Souza;
Adão Alifias da Silva Filho; Mariana Rodrigues Martins.

CONSELHO DISTRICTAL DE SAÚDE — AP 3.1

Representantes dos usuários do SUS

Maria de Fátima Gustavo Lopes; Sônia Maria Fonseca da Silva; Flávia Soares da Silva Ferreira;
Norma Maria da Silva; Osmarino José dos Santos; Carlos Eduardo Moreira Batista;
Hércules Ferreira Mendes; Maria Raimunda Aguiar de Souza; Ana Joventino da Cunha;
Carlos Moraes Gomes; Marília Tavares; Edilson Barbosa Rufino; Nemese da Silva do Nascimento;
Ana Amélia do Rego Silva; Maria Rosilda Pereira de Azevedo Moreira; Edmea Peixoto Pessanha;
Patrícia Honorato de Lima; Carlos Cassiano da Silva.

Representantes dos profissionais de Saúde

Luciana Quagliane Ribeiro; Milton Borges de Oliveira Leal; Roberto Cosme Calvano Serra;
Dinéia da Silva Pereira; Jorge Alfredo de Souza; Aisar Santana Matos; Ricardo do Rego Barros;
Iracema Gomes da Silva; Ingrid Silveira Filipe.

Representantes dos gestores/prestadores

Thiago Wendel Gonzaga da Silva; Alexandre de Carvalho Lara; Valéria Gomes Pereira;
Márcia Cristina Bezerra Tavares; Edilamar dos Santos; Paulo Ricardo Lopes da Costa;
Bruno Leite Moreira; Elaine Lima dos Anjos Matos da Silva; Luciana Santos Braz.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE — AP 3.2

Representantes dos usuários do SUS

Manoel João Santana; Clímério da Silva Rangel; Orlando Tavares; Ângela Maria Passos Moraes Lopes; Adriana Wiermann; Noeli Pinheiro Brandão de Oliveira; Sheila Furtunato Esperidião dos Santos; Jacira Narciso da Silva; Maria Angélica de Souza; Rafael Nazareth de Amorim; Eduardo Pires Lages; Ana Maria Sousa da Silva; Tânia Cristina dos Santos Costa; Jéssica Natália Ferreira Policeno.

Representantes dos profissionais de Saúde

Helder Lattanzi de Souza; Rosilene Alves da Silva Rebelo; Viviane de Souza da Fonseca; José Luiz da Silva; Edson Borga; Ivan Hottum Neto; Lucineide Maria Barros Batalha.

Representantes dos gestores/prestadores

Paula de Souza Carneiro; Sílvia Eurides Soares Veiga; Antônio Araújo da Costa; Érika Pontes e Silva; Valéria Fernandes Teixeira; Márcia Cristina Nunes Costa Lima; Cláudia Cristina Dias Macedo.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE — AP 3.3

Representantes dos usuários do SUS

Paulo da Costa Cunha; José Cosme dos Reis; Ângela Maria Alves Barbosa; Artur Grimaldi; Josué Araújo Dutra Louviz de Azevedo; Carlos José de Souza Azevedo.

Representantes dos profissionais de Saúde

Marlos de Oliveira Dantas; Sílvia Lessa Figueira; Cristiane Bié de Souza.

Representantes dos gestores/prestadores

Ana Luiza Machado Pinto; Alexandre Chaia; Vanessa da Silva.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE — AP 4.0

Representantes dos usuários do SUS

Luís Alexandre Siqueira Fiani de Assis Baptista; Claudio Maciel Pinheiro; Jorge Paes Leme Filho; Sidney de Almeida Teixeira Júnior; Sarah Rubia Nunes Baptista; Simone Giacobbo Kopezynski; Giovanna Vieira de Oliveira; Almir Pereira Barbosa.

Representantes dos profissionais de Saúde

Andreia Maria Camargo Pimenta Mendonça; Cleide Fernandes da Silva; Lilian Falcão de Almeida; Daniella Mudesto Rosa São Thiago.

Representantes dos gestores/prestadores

Linda Cristiane de Paiva dos Santos; Lilian Figueiredo Ribeiro; Carla Bianca Teixeira Nunes; Neise Conceição Ramos Villar.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE — AP 5.1

Representantes dos usuários do SUS

Ludugério Antônio da Silva; Ivanilde Braga Marinho; Sueli Trindade de Souza; Edilson Adad; Florêncio Claudemiro de Souza; César Barros de Moraes; Urquilei dos Santos Pinheiro; Carlos Alberto da Silva Barboza; Andrea Araújo Menezes; Ângela Maria Resende Miranda; João Galdino de Melo; Maria José Barbosa Bezerra; Evandro Pedro Silva; Cláudio Marques da Cruz.

Representantes dos profissionais de Saúde

Erivelton Soares de Medeiros Júnior; Marcela Cristina de Souza Pereira; Suzana Pereira da Silva; Marina Bistriche Gentine; Mônica Guimarães Arruda; José Antônio Bezerra Vasconcelos; Taísa Laudicéia Montenegro da Silva.

Representantes dos gestores/prestadores

Rafael Costa Pinto; Marcélia Alves de Souza Martins; Matheus Dias Pereira; Laura Osthoff; Maria Beatriz de Lucena; Fernanda Ribeiro Fonseca; Valeska Boarim da Silva.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE — AP 5.2

Representantes dos usuários do SUS

Neide Maria Neres Tinoco; Iêda Vieira Franco Thomé; Marlene Maria de Souza; Alcidenil Lacerda; Altivo Pereira de Jesus; Anaídes de Souza Brito; Higino Carlos Coelho Rigo; Maria da Glória Vicente Barbosa; Pedro Paulo Figueiredo Pereira; Mônica Figueira Camacho; Luís Matos Ribeiro; Ana Lúcia Carvalho da Silva Soares; Sônia de Freitas Rabelo; Guilherme Lopes de Souza; Arlene Maria Martins Salles; Márcia Batista Vicente Oliveira.

Representantes dos profissionais de Saúde

Deise José da Silva; Luís Eduardo Souza Costa; Liliane de Souza Pires; Érida Aparecida José da Silva; suplente Sheila dos Santos Pereira; Márcia Regina Castro Queiroz; Rosângela Souza de Jesus; Paula Figueiredo de Oliveira.

Representantes dos gestores/prestadores

Douglas Rodrigues Torres; Níria Carla Kroger Santos; Simone Moreira dos Santos; Viviane de Castro Junqueira Cardozo; Etienne Lima Giannini; Andréa de Medeiros Silva; Ivani Cristina Figueira da Costa; Aline Alvarenga Coelho.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE — AP 5.3

Representantes dos usuários do SUS

Benedito de Oliveira; Eunice Vieira Francisco; Maria Lúcia da Silva Brochado; Rosimar da Rocha; Geraldo Batista de Oliveira; Ottoni Luiz Ferreira Júnior; Francisco Rocha de Oliveira; Jéssica Beatriz Barros de Brito; Wellington Evangelista da Silva; Leandro Ferreira.

Representantes dos profissionais de Saúde

William Gomes da Fonte; Frandinei Mezini Leles; Elizabeth Lopes Quina; Edineia Lino de Oliveira; Vanda Lúcia Chagas de Oliveira.

Representantes dos gestores/prestadores

Vinícius José Ulysséa Ramalho; Simere de Oliveira Pontes; Vanessa Meira Araújo; Bruno Sá Pereira.

O Conselho Municipal de Saúde, no uso de suas competências conferidas pela Lei Federal nº 8.142/90 e Lei Municipal nº 5.104/2009, aprovou o Plano Municipal de Saúde 2022-2025, da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro, conforme decisão da reunião extraordinária do colegiado, realizada no dia 22 de fevereiro de 2022 de forma presencial e pela Plataforma Zoom.

Deliberação S/COMS Nº 480 de 22 de fevereiro de 2022, publicada no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro em 23 de fevereiro de 2022.

LISTA DE SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA	Agência de Vigilância Sanitária
AP	Área de Planejamento
APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Coordenadoria Geral de Atenção Primária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEEC	Comitê Especial de Enfrentamento à Covid-19
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CER	Centro de Emergência Regional
CF	Clínica da Família
CGCCA	Coordenação Geral de Contratualização, Controle e Auditoria
CIB-RJ	Comissão Intergestores Bipartite do Rio de Janeiro
CIR	Comissão Intergestora Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CMM	Controle de Mortalidade Materna
CMS	Centro Municipal de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública

CODS	Conselho Distrital de Saúde
COMS	Conselho Municipal de Saúde
COR	Centro de Operações Rio
CSE	Centro de Saúde Escola
CTI/S	Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
DAC	Doenças do Aparelho Circulatório
DAR	Doenças do Aparelho Respiratório
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DEM	Doenças Endócrino-Metabólicas
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Educação a Distância
EMAD	Equipe Multidisciplinar da Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multidisciplinar de Apoio
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMS	Fundo Municipal de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HMRG	Hospital Municipal Ronaldo Gazolla
HPV	Papilomavírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICSAPS	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde
IECAC	Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro
IMC	Índice de Massa Corporal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INTO	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
IVISA	Instituto Municipal de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e de Inspeção Agropecuária
LASP	Laboratório de Saúde Pública
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bi, Trans, Queer/Questionando, Intersexo, Assexuais/ Arromânticos/Agênero, Pan/Polí, Não-binárias e mais
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRPD	Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
MEC	Ministério da Educação
MIF	Mulheres em Idade Fértil
MRJ	Município do Rio de Janeiro
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais
PADI	Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso
PCRJ	Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro
PDS	Plano de Desenvolvimento Sustentável
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PMS	Plano Municipal de Saúde

PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNCTIS	Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada
PREFC	Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PRMFC	Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade
PSE	Programa Saúde na Escola
PSR	População em Situação de Rua
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RA	Região Administrativa
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAP da Saúde	Rede de Adolescentes e Jovens Promotores da Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SADT	Serviços Apoio Diagnóstico Terapêutico
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SE	Semana Epidemiológica

SEGOV	Secretaria de Estado do Governo
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos
SIHD	Sistema de Informações Hospitalares Descentralizados
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISPACTO	Sistema de Pactuação de Indicadores (Pacto pela Saúde)
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMSDS	Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social
SMS-Rio	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUBG	Subsecretaria de Gestão
SUBGERAL	Subsecretaria Geral
SUBHUE	Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
TB	Tuberculose
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UAP	Unidade de Atenção Primária
UNAD	Unidade de Nutrição e Segurança Alimentar Annes Dias
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição da população por sexo e faixa etária, MRJ, 2010.	25
Gráfico 2	Estimativa de distribuição da população por sexo e faixa etária, MRJ, 2020.	25
Gráfico 3	Taxa de mortalidade por doenças imunopreveníveis, MRJ, 2010 a 2020.	28
Gráfico 4	Taxa de incidência de dengue, zika e chikungunya, MRJ, 2015 a 2021 (por 100 mil habitantes).	29
Gráfico 5	Taxa de mortalidade específica por idade, MRJ, 2010 e 2020 (por 100 mil habitantes).	34
Gráfico 6	Participação percentual das principais causas de morte de residentes, MRJ, 2010 a 2020.	35
Gráfico 7	Taxa de mortalidade por tuberculose e AIDS, MRJ, 2010 a 2020 (por 100 mil habitantes).	36
Gráfico 8	Taxa de mortalidade por doenças imunopreveníveis, MRJ, 2010 a 2020 (por 100 mil habitantes).	36
Gráfico 9	Taxa de mortalidade por Doenças Cardiovasculares, Doenças Isquêmicas do Coração e Doenças Cerebrovasculares, pessoas acima dos 40 anos de idade, MRJ, 2010 a 2020 (por 100.000 habitantes).	37
Gráfico 10	Taxas de mortalidade pelas principais neoplasias no sexo feminino, MRJ, 2010 a 2020 (por 100 mil habitantes).	38
Gráfico 11	Taxas de mortalidade pelas principais neoplasias no sexo masculino, MRJ, 2010 a 2020 (por 100 mil habitantes).	38
Gráfico 12	Taxa de mortalidade por neoplasias, pessoas acima de 40 anos, MRJ, 2010 a 2020 (por 100 mil habitantes).	39
Gráfico 13	Taxa de mortalidade por diabetes mellitus, residentes do MRJ, 2010 a 2020 (por 100 mil habitantes).	39
Gráfico 14	Taxa de mortalidade prematura por DCNT e componentes, residentes MRJ, 2010 a 2020 (por 100 mil habitantes).	40
Gráfico 15	Número de óbitos por causas externas, segundo os principais subgrupos, MRJ, 2010 a 2020.	41
Gráfico 16	Taxa de mortalidade por agressões e intervenções legais, MRJ, 2010 a 2020 (por 100 mil habitantes).	42

Gráfico 17	Taxa de mortalidade por agressões em pessoas com idades entre 15 e 39 anos, MRJ, 2010 a 2020.	42
Gráfico 18	Taxa de mortalidade por acidentes de transporte, MRJ, 2010 a 2020.	43
Gráfico 19	Taxa de mortalidade infantil e componentes, MRJ, 2010 a 2020 (por mil nascidos vivos).	44
Gráfico 20	Razão de mortalidade materna por raça/cor, MRJ, 2010 a 2020.	45
Gráfico 21	Razão de mortalidade materna, MRJ, 2010 a 2020 (por 100 mil nascidos vivos).	45
Gráfico 22	Casos de covid-19 no MRJ, por semana epidemiológica, 10ª semana de 2020 a 40ª semana de 2021.	46
Gráfico 23	Óbitos por covid-19 no MRJ, por semana epidemiológica, 10ª semana de 2020 a 40ª semana de 2021.	47
Gráfico 24	Taxa de internações por condições sensíveis à Atenção Primária, MRJ, 2010 a 2020.	59
Gráfico 25	Panorama das pessoas com deficiência por AP, MRJ, 2010.	65
Gráfico 26	Total de pessoas com deficiência por AP, MRJ, 2010.	66
Gráfico 27	Evolução de nascimentos no MRJ, 2017 a 2020.	68
Gráfico 28	Atendimentos médicos nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) de Porte III, MRJ, 2017 a 2020.	77
Gráfico 29	Atendimentos médicos nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) de Porte II, MRJ, 2017 a 2020.	77
Gráfico 30	Atendimentos médicos nos Centros de Emergência Regional (CER), MRJ, 2017 a 2020.	78
Gráfico 31	Internações em unidades hospitalares de emergência, MRJ, 2017 a 2020.	82
Gráfico 32	Internações em hospitais especializados, MRJ, 2017 a 2020.	83
Gráfico 33	Internações hospitalares (AIH aprovadas) para transplantes de órgãos, tecidos e células, por natureza institucional, MRJ, janeiro a dezembro de 2019.	84
Gráfico 34	Evolução da implantação de CAPS e cobertura na RAPS, MRJ, 1996 a 2020.	87
Gráfico 35	Número de moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos e número de AIH aprovada na especialidade psiquiátrica no MRJ, 2002 a 2020.	89

Gráfico 36	Financiamento federal, repasses por tipos de blocos (R\$ milhões), 2016 a 2020.	94
Gráfico 37	Percentual de recursos próprios aplicados em saúde, SIOPS, 2010 a 2020.	95
Gráfico 38	Percentual das despesas por área de atuação, MRJ, 2020.	97
Gráfico 39	Proporção de AIH por local de residência, MRJ, setembro/2020 a agosto/2021.	99
Gráfico 40	Proporção e quantidade de procedimentos ambulatoriais por local de residência, MRJ, setembro/20 a agosto/21.	100
Gráfico 41	Evolução da fila do SISREG, MRJ, 2014 a 2020.	105
Gráfico 42	Série histórica do tempo médio de espera em dias para o agendamento de consultas e exames por ano, MRJ, 2016 a 2020.	106
Gráfico 43	Percentual de consultas e exames agendados em até 30 dias da data de solicitação por ano, MRJ, 2016 a 2020.	106
Gráfico 44	Tempo médio de liberação (em minutos) de ambulância por ano, MRJ, 2017 a 2020.	107
Gráfico 45	Percentual dos procedimentos ambulatoriais (consultas e exames) realizados em até 90 dias por mês, MRJ, 2018 a 2020.	108
Gráfico 46	Percentual de unidades com contratos vigentes por mês, MRJ, janeiro/2018 a outubro/2021.	109
Gráfico 47	Evolução do tempo de resposta (em dias) da equipe da coordenação de supervisão e auditoria em relação aos tipos de demanda em 2021.	110

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Principais características demográficas, MRJ, 2010, 2020 e 2021.	24
Quadro 2	Relação de programas de dispensação de tecnologias assistivas, MRJ, janeiro/2021 a agosto/2021.	67
Quadro 3	Dados do programa Cegonha Carioca no MRJ, 2011 a 2021.	70
Quadro 4	Chamamentos públicos realizados no ano de 2021.	109

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Estimativa de distribuição da população por sexo e faixa etária, MRJ, 2020.	26
Tabela 2	Indicador de morbidade e seus fatores de risco das principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).	30
Tabela 3	Distribuição das notificações de violência interpessoal e autoprovocada segundo o ano de notificação e o ciclo de vida, MRJ, 2016 a 2020.	32
Tabela 4	Distribuição percentual dos registros por tipo de causa externa, MRJ, VIVA, 2014 e 2017.	33
Tabela 5	Principais grupos de causas de morte em residentes por ordem de magnitude, MRJ, 2010, 2019 e 2020.	35
Tabela 6	Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental, com consumo alimentar maior ou igual a cinco dias, por alimento saudável e não saudável nos últimos sete dias, PeNSE, 2019.	55
Tabela 7	Evolução dos percentuais de população com 18 anos ou mais com excesso de peso e obesidade, por sexo, MRJ, 2017 a 2019.	55
Tabela 8	Redução da prevalência de fumantes em maiores de 18 anos, Brasil, 1989, 2016, 2018, 2019 e 2020.	56
Tabela 9	Panorama das pessoas com deficiência por AP, MRJ, 2010.	65
Tabela 10	Ações de Vigilância Sanitária no período de 2017 a 2020.	91
Tabela 11	Financiamento federal, repasses por tipos de blocos (R\$ milhões), 2016 a 2020.	93
Tabela 12	Percentual de recursos próprios aplicados em saúde, SIOPS, 2010 a 2020.	95
Tabela 13	Receitas e despesas em saúde, valores e percentuais financiados com recursos próprios, SIOPS, 2016 a 2020.	96
Tabela 14	Despesas por função de governo, CGM RJ, 2020.	96
Tabela 15	Produção hospitalar aprovada segundo o município do paciente, Rio de Janeiro, set/2020 a ago/2021.	99
Tabela 16	Produção ambulatorial aprovada segundo o município do paciente, Rio de Janeiro, set/2020 a ago/2021.	100

Tabela 17	Proporção de AIH por tipo de leito e local de residência, MRJ, set/2020 a ago/2021.	101
Tabela 18	Solicitações em fila para exames/procedimentos e consultas de especialidades no SISREG do município do Rio de Janeiro entre os anos de 2014 e 2020.	104
Tabela 19	Auditorias realizadas nos anos de 2017 a 2021.	110
Tabela 20	Evolução da força de trabalho segundo o tipo de vínculo, SMS-Rio, 2016 a 2020.	111
Tabela 21	Capacitações realizadas na SMS-Rio, 2020.	112
Tabela 22	Modalidades de estágios e residência remunerados, SMS-Rio, 2016 a 2020.	113
Tabela 23	Demonstrativo das atividades do voluntariado da SMS-Rio, 2016 a 2020.	113
Tabela 24	Indicadores interfederativos (SISPACTO).	117
Tabela 25	Diretrizes, estratégias e metas.	122

LISTA DE FOTOS

Foto 1	Teste rápido de covid-19 em um dos centros de testagem montados pela SMS-Rio.	48
Foto 2	Campanha de vacinação contra a covid-19.	49
Foto 3	Alunos da Academia Carioca se exercitando em uma Clínica da Família.	54
Foto 4	Consultório de Saúde Bucal em uma Clínica da Família.	61
Foto 5	Atendimento de Saúde Bucal em uma Clínica da Família.	62
Foto 6	Ação de agentes sociais do Consultório na Rua.	63
Foto 7	Parto humanizado em uma unidade de saúde da rede SMS-Rio.	68
Foto 8	Kit Cegonha Carioca entregue às gestantes pelas maternidades de referência.	69
Foto 9	Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso.	71
Foto 10	Hospital Municipal Souza Aguiar, a maior emergência do município do Rio de Janeiro e a segunda maior emergência da América Latina.	76

Foto 11	Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, unidade de referência para os atendimentos de covid-19 na fase mais grave da pandemia.	80
Foto 12	Estoque da farmácia de uma unidade de saúde da rede SMS-Rio.	84
Foto 13	Centro de Atenção Psicossocial Neusa Santos Souza.	86
Foto 14	Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPSad) Antônio Carlos Mussum.	88
Foto 15	Campanha de vacinação antirrábica.	90
Foto 16	Complexo Regulador do município do Rio de Janeiro.	103
Foto 17	Ambulância da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.	107
Foto 18	Cortejo Natalino Plateias Hospitalares/Doutores da Alegria no Hospital Municipal da Piedade (evento realizado antes da pandemia, em dezembro de 2019).	114
Foto 19	Eleição da Comissão Executiva e Substituto da Presidência do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.	115
Foto 20	Reunião de aprovação do Plano Municipal de Saúde 2022-2025 com o Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, realizada no dia 22 de fevereiro de 2022 na SMS-Rio. (Participações presenciais e por videoconferência).	120

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	21
1. A CIDADE E A SAÚDE.....	23
1.1 Condições de Saúde	24
1.1.1 Panorama Demográfico	24
1.1.2 Morbidade	27
1.1.3 Mortalidade	34
1.1.4 Covid-19	46
2. SAÚDE CIDADÃ.....	50
2.1 Promoção da Saúde e Determinantes Sociais da Saúde	50
2.1.1 Aspectos Socioeconômicos	50
2.1.2 Condições de vida, trabalho e ambiente.....	52
2.1.3 Hábitos e estilos de vida	53
2.2 Saúde Presente: acesso às ações e aos serviços de saúde.....	57
2.2.1 Atenção Primária.....	57
2.2.2 Saúde Bucal.....	60
2.2.3 Consultório na Rua	62
2.2.4 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).....	64
2.2.5 Reabilitação	64
2.2.6 Atenção Hospitalar e Maternidades.....	67
2.2.7 Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso.....	70
2.2.8 Urgência e Emergência	74
2.2.9 Transplantes	83
2.2.10 Assistência Farmacêutica.....	84
2.2.11 Saúde Mental.....	86
2.2.12 Vigilância Sanitária	89
3. GESTÃO EM SAÚDE	92
3.1. Financiamento.....	92
3.2. Articulação Interfederativa	97

3.3 Complexo Regulador.....	101
3.3.1 Controle e Avaliação.....	108
3.4 Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.....	111
3.5 Gestão Participativa e Controle Social.....	114
3.6. Painel de Indicadores da Pactuação Interfederativa (SISPACTO)	117
4. OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS	120
4.1 Objetivos.....	120
4.2 Diretrizes, Estratégias e Metas	121
5. REFERÊNCIAS.....	133

APRESENTAÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) da cidade do Rio de Janeiro 2022-2025, mais uma vez, é o resultado de um processo de diálogo caracterizado pelo esforço de fortalecimento do planejamento integrado da saúde. Dessa forma, o conteúdo deste documento, elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio), expressa a identificação das necessidades de saúde da população carioca no que se refere à ampliação da oferta de ações e serviços de saúde e ao aprimoramento dos mecanismos de gestão em saúde, e enfrenta o desafio da retomada da cidade após a pandemia de covid-19.

O método utilizado para a elaboração deste documento envolveu a criação de um grupo de trabalho multidisciplinar com representantes das quatro subsecretarias: Subsecretaria Geral (SUBGERAL), Subsecretaria de Gestão (SUBG), Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE) e Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV), além de um representante do Instituto Municipal de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e de Inspeção Agropecuária (IVISA-Rio), que compõem a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. As equipes trabalharam de forma integrada e conduziram o processo de confecção do PMS em consonância com a discussão do Planejamento Estratégico e a elaboração do Plano Plurianual 2022-2025, reforçando a função do planejamento integrado ao orçamento e ampliando a capacidade de execução, monitoramento e avaliação das ações planejadas com foco nos resultados. O grupo de trabalho técnico e o Conselho Municipal de Saúde resgataram as diretrizes aprovadas pela XIII Conferência Municipal de Saúde, realizada em maio de 2019.

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

- Garantir os insumos adequados à rede hospitalar, custear os investimentos em infraestrutura e as ações relacionadas ao acesso da população aos serviços de saúde hospitalar e investir na qualificação do atendimento das unidades, organizando e ampliando a oferta dos serviços prestados;
- Coletar, consolidar, analisar dados e produzir informações epidemiológicas referentes aos agravos e doenças agudas de notificação compulsória, nascimentos e óbitos, permitindo direcionar e desenvolver ações para a saúde da população, assim como coordenar as ações de vigilância, imunizações e prevenção e controle de doenças de transmissão vetorial, além de atuar na gestão de emergências de saúde pública;
- Subsidiar as demandas de infraestrutura e logística dos elementos essenciais para a oferta de serviços de saúde com qualidade, atendendo às demandas das demais subsecretarias, as ações que envolvem capacitação, o desenvolvimento e a formação dos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) do município do Rio de Janeiro, e o acompanhamento e o custeio das estruturas de controle social (Conselho Municipal de Saúde/COMS e Conselho Distrital de Saúde/CODS) e da Ouvidoria;

- Aprimorar a Atenção Primária à Saúde, garantindo o acesso, fortalecendo a integralidade, a continuidade e a coordenação do cuidado, e consolidando a Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção, com ênfase na ampliação da cobertura assistencial, preconizando a redução de iniquidades sociais;
- Ofertar serviços de saúde à população por meio da reestruturação de sua rede, de acordo com as necessidades e fragilidades de cada área da cidade, tendo como importantes coadjuvantes os Centros de Emergência Regional (CER) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), componentes de um conceito moderno de transversalidade/horizontalidade e estruturação das ações de suporte de urgência e emergência;
- Prover os recursos humanos e os meios administrativos e infraestruturais necessários à realização das atribuições do governo nos temas transversais Longevidade, Bem-Estar e Território Conectado;
- Transformar o modelo hospitalar psiquiátrico numa rede de serviços de atenção psicossocial que garanta acolhimento, atenção à crise, continuidade de cuidados e moradia, promovendo a inclusão social pelo trabalho, cultura e lazer, oferecendo iniciativas de redução de danos e cuidado destinado à população com vulnerabilidade e com transtornos decorrentes do uso de crack, álcool e drogas, além de desenvolver iniciativas de qualificação e formação de novos profissionais de saúde mental;
- Ampliar o acesso, com ênfase ao aprimoramento da gestão do SUS, a partir da qualificação dos processos e fluxos de regulação para os diversos pontos de atenção à saúde, por meio de sistemas informatizados, para garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde, de forma integral, qualificada e em tempo oportuno;
- Ampliar e reorganizar os serviços de média complexidade, estruturando as principais linhas de cuidado em saúde;
- Aumentar as oportunidades e melhorar as condições de desenvolvimento integral das crianças cariocas de 0 a 5 anos de idade em situação de vulnerabilidade.

Considerando esse conjunto amplo e desafiador de objetivos e as propostas da 13ª Conferência Municipal de Saúde, a agenda de prioridades da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro se fundamenta nos quatro grandes eixos que compõem as diretrizes da 13ª Conferência, a saber:

1. Democracia e Saúde;
2. Saúde como direito;
3. Consolidação dos Princípios do SUS;
4. Financiamento adequado e suficiente para o SUS.

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

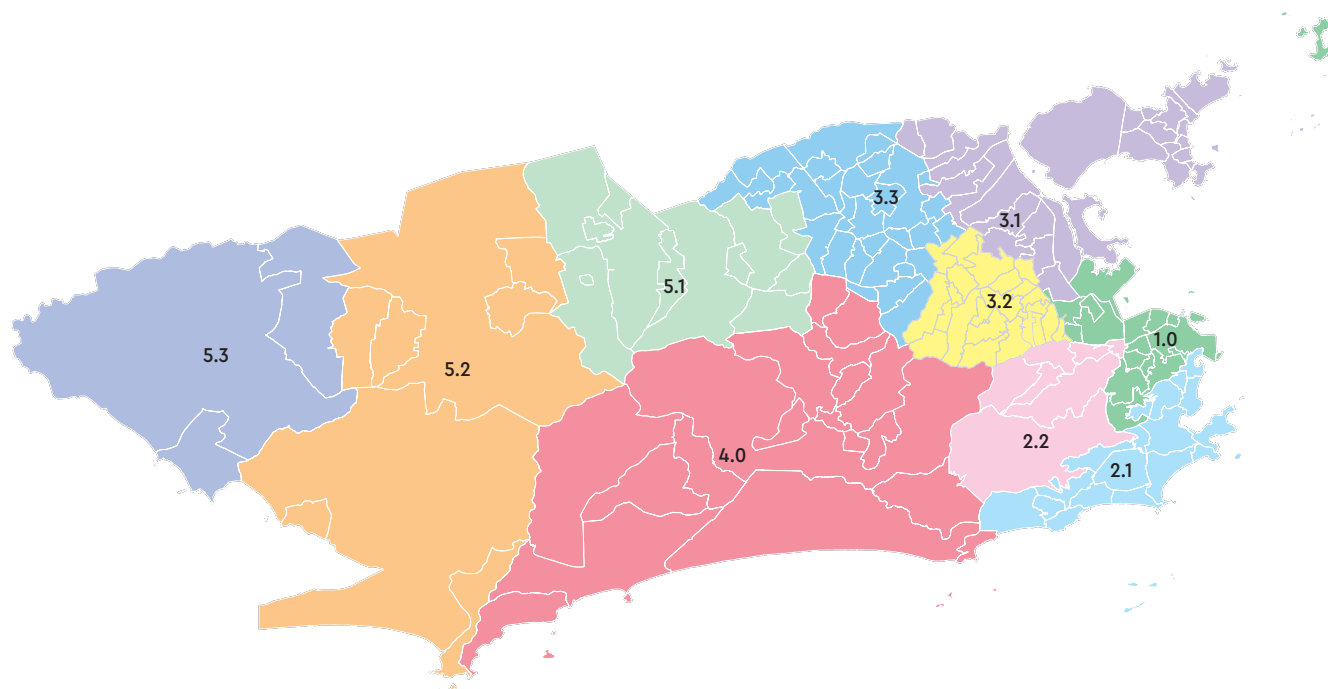
1. A CIDADE E A SAÚDE

O município do Rio de Janeiro tem 1.204km² de área, e densidade demográfica de 5.265,82 habitantes/km², com população estimada para o ano de 2021 de 6.775.561 habitantes. Está organizado em 33 Regiões Administrativas (RA) e 163 bairros. A cidade é bastante heterogênea, apresentando diferentes graus de desenvolvimento e, conseqüentemente, desigualdade na distribuição e na utilização dos recursos disponíveis, inclusive dos serviços de saúde.

Desde a década de 90, o município do Rio de Janeiro é gestor pleno do Sistema Único de Saúde (SUS) e aderiu ao pacto pela saúde em 2010 por meio da Deliberação CIB-RJ n.º 0849, de 11 de fevereiro de 2010 e do Decreto n.º 7.508, que regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Para fins de planejamento em saúde, o município está inserido na Região Metropolitana I, junto a outros onze municípios (Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti e Seropédica), em conformidade com a regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Rio de Janeiro. Com a mesma finalidade, no plano interno, a SMS-Rio trabalha desde 1993 com a divisão da cidade em 10 Áreas de Planejamento (AP).

Figura 1. Mapa das Áreas de Planejamento da cidade do Rio de Janeiro segundo distribuição por Bairros.



Fonte: Elaboração própria.

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

1.1 Condições de Saúde

1.1.1 Panorama Demográfico

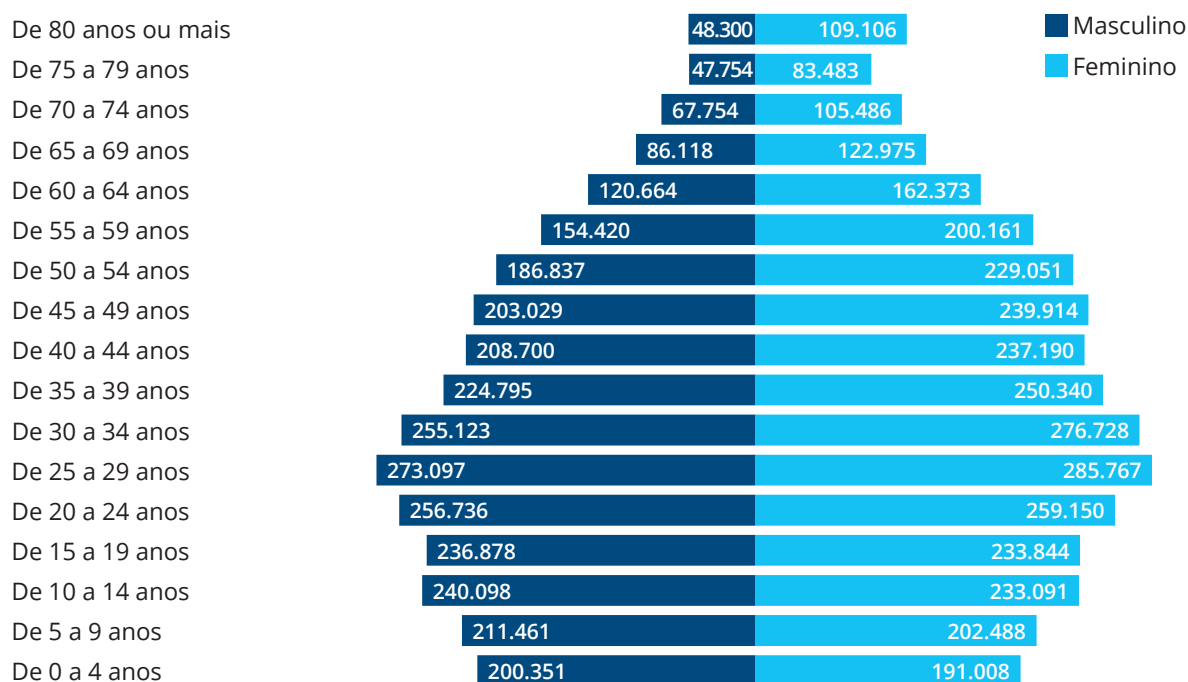
Uma síntese das principais características demográficas do município é apresentada no quadro 1, a seguir.

Quadro 1. Principais características demográficas, MRJ, 2010, 2020 e 2021.

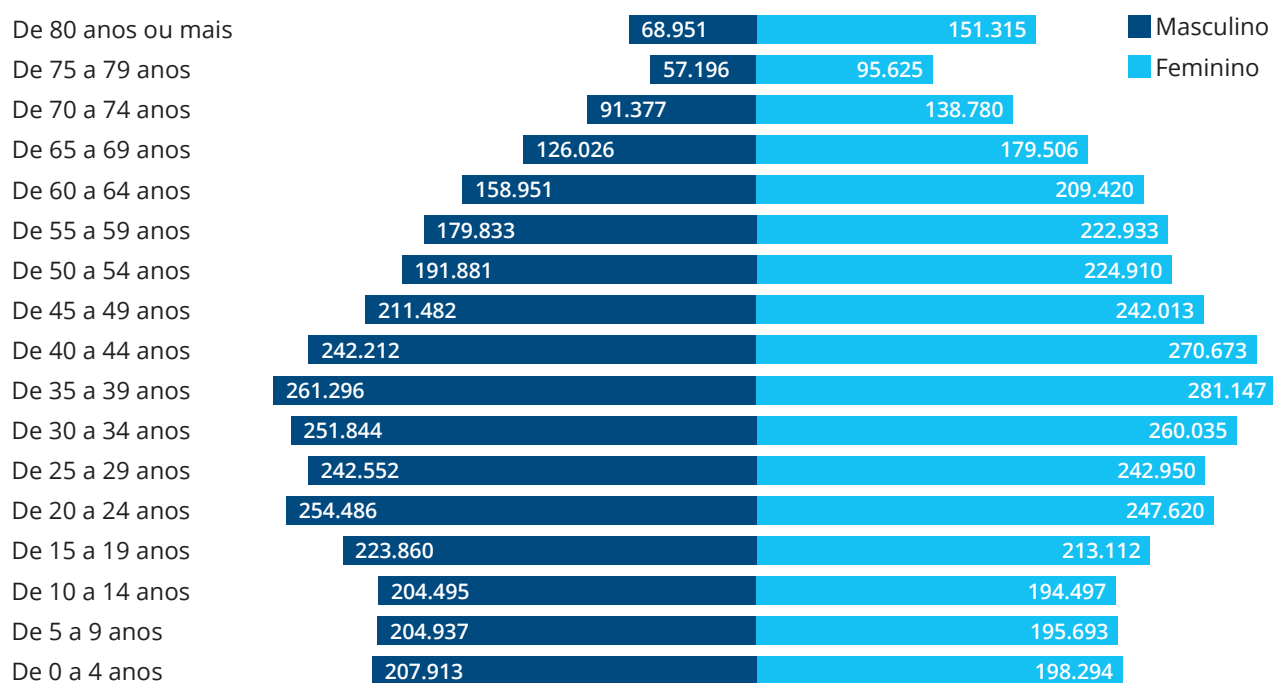
População estimada (2021)	6.775.561	Pessoas
População residente (2010)	6.320.446	Pessoas
População residente — Homens (2010)	2.959.817	Pessoas
População residente — Mulheres (2010)	3.360.629	Pessoas
Razão de sexo — número de homens para cada 100 mulheres (2010)	88	Homens
Esperança de vida ao nascer (2010)	75,7	Anos
Proporção de idosos (2010)	14,9	%
Crescimento populacional (2010/2020)	7,9	%
Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade (2010)	96,9	%
Matrícula no ensino fundamental (2020)	707.912	Pessoas
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (2010)	0,799	—
População cadastrada ESF (2021)	4.923.110	Pessoas
Esgotamento sanitário adequado (2010)	94,4	%
Urbanização de vias públicas (2010)	78,4	%

Fonte: IBGE. População estimada. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama>. Acesso: 27/09/2021. Brasil. Ministério da Saúde. e-Gestor AB, Informação e Gestão da Atenção Básica. <https://www.egestorab.saude.gov.br>. Acesso: 12/04/2022.

As pirâmides etárias, a seguir, evidenciam a tendência de envelhecimento da população do município do Rio de Janeiro, cujo fenômeno está relacionado ao aumento da expectativa de vida da população e à redução da taxa de fecundidade. Este cenário resulta em impactos na saúde da população e exige dos gestores um trabalho pautado em ações e programas de promoção da saúde tendo como diretriz a integralidade do cuidado em todo o ciclo de vida.

Gráfico 1. Distribuição da população por sexo e faixa etária, MRJ, 2010.

Fonte: IBGE. Censo Demográfico de 2010. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama>. Acesso: 13/12/2021.

Gráfico 2. Estimativa de distribuição da população por sexo e faixa etária, MRJ, 2020.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE. Estudo de Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2020. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?popsvs/cnv/popbr.def>. Acesso em 20/12/2021. IBGE. Censo Demográfico de 2010. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama>. Acesso: 13/12/2021..

Nota: População estimada IBGE 2020 — 6.747.815 pessoas. População no último Censo IBGE 2010 — 6.320.446 pessoas.

Tabela 1. Estimativa de distribuição da população por sexo e faixa etária, MRJ, 2020.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
De 0 a 4 anos	207.913	198.294	406.207
De 5 a 9 anos	204.937	195.693	400.630
De 10 a 14 anos	204.495	194.497	398.992
De 15 a 19 anos	223.860	213.112	436.972
De 20 a 24 anos	254.486	247.620	502.106
De 25 a 29 anos	242.552	242.950	485.502
De 30 a 34 anos	251.844	260.035	511.879
De 35 a 39 anos	261.296	281.147	542.443
De 40 a 44 anos	242.212	270.673	512.885
De 45 a 49 anos	211.482	242.013	453.495
De 50 a 54 anos	191.881	224.910	416.791
De 55 a 59 anos	179.833	222.933	402.766
De 60 a 64 anos	158.951	209.420	368.371
De 65 a 69 anos	126.026	179.506	305.532
De 70 a 74 anos	91.377	138.780	230.157
De 75 a 79 anos	57.196	95.625	152.821
80 anos ou mais	68.951	151.315	220.266
TOTAL	3.179.292	3.568.523	6.747.815

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE. Estudo de Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2020. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?popsvs/cnv/popbr.def>. Acesso em 20/12/2021.

1.1.2 Morbidade

A. Doenças Transmissíveis

A implementação da Estratégia Saúde da Família tem impacto reconhecido na redução da ocorrência e das complicações das doenças transmissíveis e imunopreveníveis. Nos últimos 10 anos, observa-se a tendência de controle estabilizado das doenças transmissíveis, especialmente aquelas que dispõem de ações de prevenção e controle tradicionalmente mais eficazes. Ainda que tenham ocorrido surtos, doenças como sarampo, rubéola e difteria mantêm taxas de incidência zero.

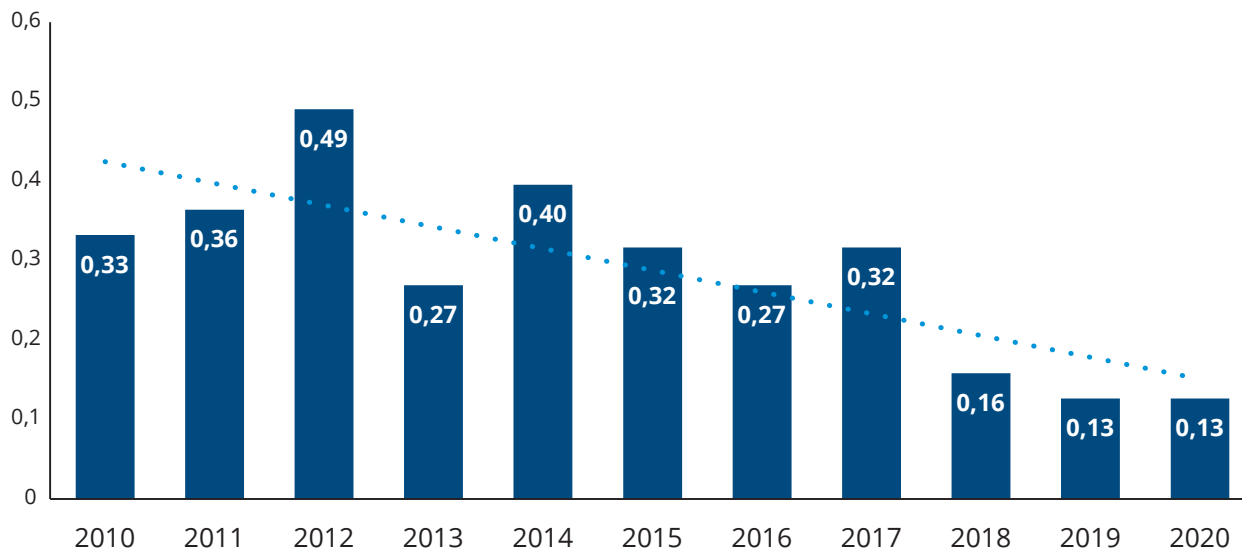
Entretanto, algumas doenças transmissíveis apresentam persistência na endemidade, o que geralmente está relacionado a determinantes multissetoriais para além do escopo de atuação da saúde. Destacam-se, entre elas, a tuberculose, o HIV, a sífilis e a dengue. Há, também, as doenças com potencial epidêmico, destacando-se as variantes de influenza (2009) e de coronavírus (2020).

As ações de enfrentamento da tuberculose são centrais para a SMS-Rio. Capitaneadas pela Gerência Técnica de Doenças Pulmonares Prevalentes, as equipes de saúde empreendem esforços diários para a identificação dos sintomáticos respiratórios, a realização de testes de escarro e radiografia de tórax, o tratamento e o acompanhamento dos pacientes, e o encaminhamento daqueles com doença de maior complexidade. Para o período 2022-2025, a SMS-Rio investirá em melhorias na rede de laboratórios, para aumento da capacidade diagnóstica, treinamento e qualificação das equipes de saúde, criação da caderneta digital do usuário para acompanhamento integral dos pacientes, e gestão da clínica em sistema próprio que possibilite às equipes melhor acompanhamento dos pacientes.

O controle da sífilis, sobretudo a sua transmissão vertical, se dá pelo provimento amplo e adequado de tratamento nas Unidades de Atenção Primária (UAP), com a qualificação do acompanhamento pré-natal, e a notificação e a vigilância adequada dos casos.

A Gerência Técnica de HIV visa o controle da infecção com medidas a serem implementadas no ciclo 2022-2025, como a oferta de profilaxia (PrEP) em todas as unidades de Atenção Primária, a contratação de infectologistas para matriciamento, a ampliação do escopo da Atenção Primária à Saúde (APS), e a criação do centro de referência para o HIV e com ações cotidianas de ampla testagem populacional.

É importante ressaltar que, nos anos de 2020 e 2021, as ações de enfrentamento das doenças transmissíveis sofreram o impacto da pandemia. Ainda que a oferta de testagem e tratamento não tenham sido interrompidas, a relação da população com as unidades de saúde, a priorização de atendimentos a sintomáticos de covid-19 e o esforço de vacinação podem ter provocado danos ainda não mensuráveis ao controle dessas doenças. É esperado, portanto, um aumento na taxa de incidência para 2022 e possível aumento de casos graves.

Gráfico 3. Taxa de mortalidade por doenças imunopreveníveis, MRJ, 2010 a 2020.

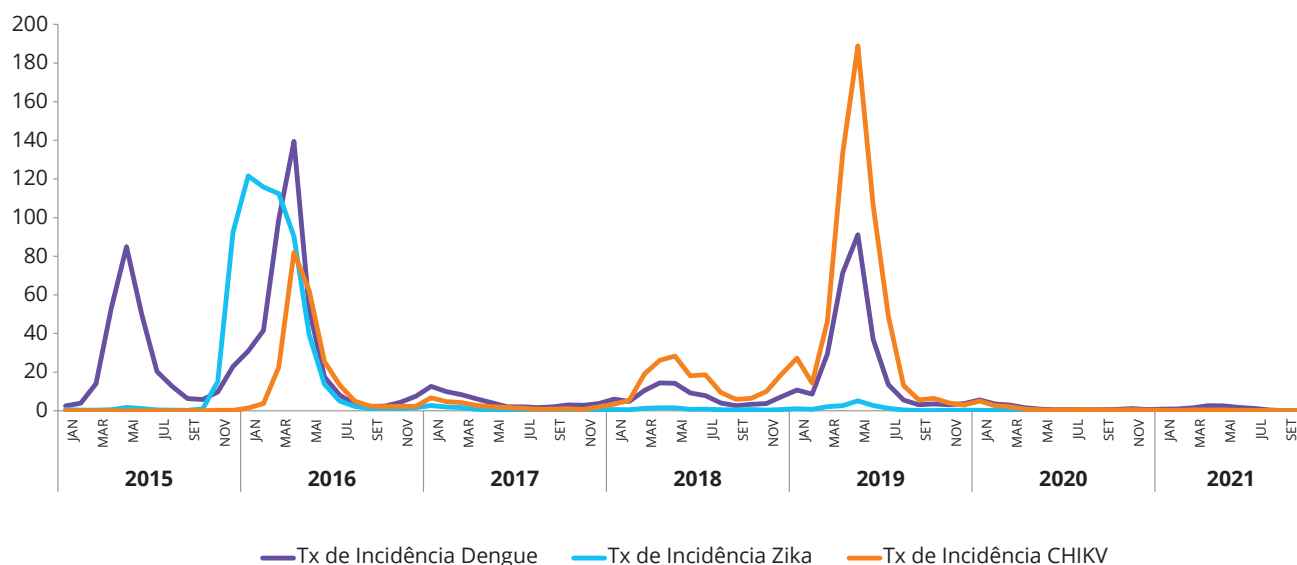
Fonte: SMS/SVS/Sistema de Informação sobre Mortalidade.

Ao longo dos últimos 10 anos, foram observados importantes êxitos na redução da ocorrência de um grande grupo de doenças transmissíveis, sobretudo aquelas que dispõem de ações de prevenção e controle tradicionalmente mais eficazes, as denominadas doenças transmissíveis com tendência declinante.

No que se refere às doenças imunopreveníveis, ao longo do período, o município do Rio de Janeiro alcançou incidência zero de doenças como tétano neonatal, rubéola e difteria, em razão das ações de bloqueio e de vacinação bem estabelecidas na população carioca. A disseminação do sarampo foi evitada na cidade do Rio de Janeiro até 2018, quando, em decorrência do surto na região nordeste, houve reintrodução da circulação autóctone da doença, com incremento expressivo no número de casos a partir da semana 3 de 2020 e decréscimo a partir da semana 13 deste mesmo ano, período em que se iniciaram as ações de distanciamento social relativas à covid-19.

Algumas doenças transmissíveis, como esquistossomose, malária e coqueluche, apresentam persistência na endemicidade e, por isso, requerem contínuo fortalecimento e expansão das estratégias de prevenção e controle.

Gráfico 4. Taxa de incidência de dengue, zika e chikungunya, MRJ, 2015 a 2021 (por 100 mil habitantes).



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Dados sujeitos à revisão.

Com a introdução dos novos arbovírus de interesse (Zika e Chikungunya), surgiram novas preocupações para a saúde pública: os casos de Síndrome Congênita pelo Zika vírus e a cronificação do quadro de Chikungunya. Estes eventos, associados ao risco de introdução de variantes dos vírus da dengue, já monitorados, tornaram evidentes os desafios para a vigilância das arboviroses no que tange a manutenção da coleta e o processamento oportuno dos dados. No ano de 2019, a maior frequência na circulação do Chikungunya deu luz à ocorrência do maior número de óbitos desde a introdução deste agente no cenário epidemiológico da cidade. Esta mudança de padrão demandou execução de ações conjuntas para uma resposta integrada das equipes de assistência no manejo clínico e seguimento dos casos, que culminaram na redução da letalidade para apenas um óbito em 2020.

B. Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Em 2006, o Ministério da Saúde implantou, nas capitais brasileiras, a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) a partir de inquérito telefônico, denominado Vigitel.

No relatório Vigitel 2019, as prevalências encontradas no município do Rio de Janeiro estão apresentadas na tabela 2. A cidade apresentou as maiores frequências do Brasil entre as mulheres adultas que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial (HAS) e diabetes mellitus (DM), 32,8% e 9,0%, respectivamente.

Na versão preliminar do relatório de 2020 divulgado, o Rio de Janeiro foi a capital com maior frequência de fumantes passivos entre as mulheres (11,2%) e ficou entre as três capitais com a menor

frequência para os homens (3,9%). Com relação ao percentual de diagnóstico médico de hipertensão arterial, a cidade ficou em 3º lugar para homens (30,4%) e mulheres (27,3%). Para as mulheres, permaneceu com a maior frequência de diagnóstico de diabetes (12,4%) e excesso de peso (60,1%).

O Vigitel tem colaborado para o monitoramento das doenças crônicas e fatores de risco. Se, por um lado, é possível observar, ao longo desses 15 anos, a redução dos fumantes entre os residentes do MRJ, por outro, tem sido preocupante a elevação da frequência do excesso de peso, obesidade, hipertensão e diabetes, estes últimos podendo refletir maior acesso ao diagnóstico destas duas doenças crônicas de importante magnitude.

O plano de enfrentamento das DCNT estabeleceu como metas reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes, deter o crescimento da obesidade em adultos, aumentar a prevalência da prática de atividade física e o consumo de frutas e hortaliças, deter o consumo de alimentos ultraprocessados, reduzir o consumo regular de bebidas adoçadas, de bebidas alcoólicas, a prevalência de tabagismo e a mortalidade por DCNT atribuída à poluição atmosférica, e atingir 90% de cobertura vacinal contra o HPV, no Brasil, até 2030.

As principais ações para a prevenção e o controle dessas doenças na Atenção Primária concentram-se na educação e na promoção da saúde, no tratamento oportuno e adequado com vigilância da população em risco, além do monitoramento de indicadores como a solicitação de hemoglobina glicada para pacientes com DM e as internações por condições sensíveis à APS.

Em 2021 houve a implementação da caneta de insulina como alternativa para prescrição. Com isso, espera-se melhor adesão dos pacientes para o uso do fármaco. A Caderneta Digital do Paciente permitirá a supervisão de informações sobre o peso e o Índice de Massa Corporal (IMC), exames e medicações do paciente, com desfechos positivos sobre o controle dessas comorbidades.

Tabela 2. Indicador de morbidade e seus fatores de risco das principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

INDICADOR DE MORBIDADE E SEUS FATORES DE RISCO DAS PRINCIPAIS DCNT	2006	2019	2020
	%	%	%
% de adultos fumantes	14,5	10,1	7,4
Masculino	16,1	12,5	6,7
Feminino	13,2	8,1	7,9
% de adultos que fumam 20 ou mais cigarros por dia	5,1	—	—
Masculino	6,6	—	—
Feminino	3,8	—	—
% de adultos ex-fumantes	24,6	—	—
Masculino	31,3	—	—

INDICADOR DE MORBIDADE E SEUS FATORES DE RISCO DAS PRINCIPAIS DCNT	2006	2019	2020
	%	%	%
Feminino	19,1	—	—
% de adultos fumantes passivos no domicílio	—	6	7,9
Masculino	—	5,7	3,9
Feminino	—	6,2	11,2
% de adultos fumantes passivos no local de trabalho	—	7,5	7,2
Masculino	—	12,4	10,2
Feminino	—	3,3	4,8
% de adultos com excesso de peso (IMC $\geq$ 25Kg/m²)	48,3	57,1	60,4
Masculino	52,5	57,9	60,7
Feminino	44,4	56,3	60,1
% de adultos com obesidade (IMC $\geq$ 30Kg/m²)	12,5	21,7	23,8
Masculino	11,7	20,1	21,7
Feminino	13,2	23,1	25,5
% de adultos que praticam atividade física suficiente no tempo livre	16,3	37,8	35,6
Masculino	21,7	45,5	41,1
Feminino	11,8	31,4	31
% de adultos fisicamente inativos	14,3	15,5	16,5
Masculino	15,6	16,7	14,5
Feminino	13,2	14,5	18,2
% de adultos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial	24,7	28	29
Masculino	21	22,4	27,3
Feminino	27,9	32,8	30,4
% de adultos que referem diagnóstico médico de diabetes mellitus	5,9	8,3	11,2
Masculino	4,7	7,5	9,8
Feminino	6,9	9	12,4

Fonte: Brasil, Pesquisas e Inquéritos Vigitel, 2006, 2019 e 2020. (<http://www2.datasus.gov.br/Datasus>; www.gov.br)

Nota: (—) não há indicador no ano selecionado.

B. Acidentes e Violências — Causas Externas

As causas externas constituem um importante problema de saúde pública, com impacto na morbimortalidade de vários grupos populacionais e responsáveis por uma crescente demanda aos serviços de saúde. Nos acidentes destacam-se os de trânsito, quedas, queimaduras, entre outros. Nas violências os destaques são as interpessoais: violência doméstica-intrafamiliar e comunitária

sob várias formas (física, sexual, psicológica, negligência, homofobia, entre outras), além das violências autoprovocadas (automutilação, tentativa de suicídio, suicídio).

Em 2009, o município do Rio de Janeiro iniciou o uso da ficha de notificação da violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e promoveu a sensibilização dos profissionais nas unidades de saúde, o que gerou um aumento gradual nas notificações dos vários tipos e naturezas de violência. Entre os anos de 2016 e 2019, permanece a tendência de aumento, porém foi observada uma redução no ano de 2020, principalmente nos meses de abril e maio, reflexo da pandemia do novo coronavírus nos serviços de saúde e das condições de distanciamento social.

As crianças e adolescentes são vítimas de diferentes tipos de violência, principalmente negligências, violências físicas e sexuais. Enquanto na infância o ambiente doméstico é o principal local de ocorrência, na adolescência o espaço extradomiciliar passa a ter prioridade no perfil epidemiológico. Entre os adultos há predomínio de violência contra pessoas do sexo feminino. Os idosos, embora tenham a menor frequência nas notificações, são os que se destacam na violência física e negligência, ocorridas principalmente no domicílio. A violência sexual e as violências autoprovocadas, como as tentativas de suicídio e as automutilações, são de notificação imediata.

Tabela 3. Distribuição das notificações de violência interpessoal e autoprovocada segundo o ano de notificação e o ciclo de vida, MRJ, 2016 a 2020.

CICLO DE VIDA		ANO DE NOTIFICAÇÃO				
		2016	2017	2018	2019	2020
Criança (0 a 9 anos)	n	1414	2.752	2.443	1.991	1.562
	%	14,7	19,4	16,4	12,8	12,6
Adolescente (10 a 19 anos)	n	1918	2.901	3.130	3.438	2.554
	%	19,9	20,5	21	22,1	20,6
Adulto (20 a 59 anos)	n	5657	7.684	8.480	9.334	7.643
	%	58,8	54,3	57	59,9	61,6
Idoso (60 anos e mais)	n	633	823	823	813	655
	%	6,6	5,8	5,5	5,2	5,3
TOTAL	n	9.622	14.160	14.876	15.576	12.414

Fonte: Sinan NET — Violência — base disponibilizada GTSINAN 04.10.2021.

A inclusão da variável raça/cor nos sistemas de informação em saúde permite ampliar a discussão e a avaliação da situação de saúde nos grupos populacionais e subsidiar ações de planejamento que levem em conta suas necessidades específicas. A análise da incompletude no período analisado variou de 23,3% para 13,0%, refletindo uma melhora na qualidade dos dados. No período compreendido entre os anos 2016 e 2020 há maior proporção de notificação de violência na população negra (54%).

Com relação à população LGBTQIA+ (Lésbicas, Gays, Bi, Trans, *Queer*/Questionando, Intersexo, Assexuais/Arromânticos/Agênero, Pan/Poli, Não-binárias e mais), de 2016 a 2020 foram registradas 315 notificações de motivação trans/lesbo/bi/homofóbica, a maioria contra homossexuais (60%).

Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/contributivas, além de favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis, são objetivos desafiadores que a SMS-Rio propõe. A implementação da Política Nacional de Prevenção de Acidentes e Violência e da Política Nacional de Promoção da Saúde vem contribuir para mudanças de comportamento e, consequentemente, para a redução dos riscos à saúde da população.

A iniciativa carioca está alinhada à Década de Ação para a Segurança no Trânsito 2021-2030 e seu Plano Global, que se alinham à Declaração de Estocolmo, enfatizando a importância de uma abordagem holística da segurança no trânsito e ações de enfrentamento da morbimortalidade no trânsito.

Face a esse movimento, a promoção da saúde vem articulando agendas e instrumentos de planejamento em prol da mobilidade urbana e trânsito mais seguros e sustentáveis. O projeto é inter-setorial e conta com o apoio de instituições internacionais focando em ações educativas voltadas à prevenção de acidentes de trânsito que visem à melhora da qualidade de vida nos espaços urbanos e rurais.

Nas causas externas, também são importantes os achados do VIVA Inquérito, pesquisa amostral realizada em unidades de urgência e emergência. Nos dois últimos inquéritos (2014 e 2017), os acidentes foram as principais causas de atendimento nas emergências hospitalares, 92,5% e 92,6%, respectivamente, representado, principalmente, pelas quedas e acidentes de transporte.

Tabela 4. Distribuição percentual dos registros por tipo de causa externa, MRJ, VIVA, 2014 e 2017.

VIVA INQUÉRITO		2014			2017		
		Masc.	Fem.	TOTAL	Masc.	Fem.	TOTAL
TOTAL DE ENTREVISTADOS		2.380	1.657	4.037	1.323	1.053	2.376
Acidentes	n	2.203	1.531	3.734	1.213	987	2.200
	%	92,6	92,4	92,5	91,7	93,7	92,6
Acidente de transporte	n	481	222	703	244	129	373
	%	20,2	13,4	17,4	18,4	12,3	15,7
Queda	n	723	763	1486	430	498	928
	%	30,4	46	36,8	32,5	47,3	39,1
Queimadura	n	34	13	47	20	3	23
	%	1,4	0,8	1,2	1,5	0,3	1

VIVA INQUÉRITO		2014			2017		
		Masc.	Fem.	TOTAL	Masc.	Fem.	TOTAL
Outros acidentes	n	965	533	1498	519	357	876
	%	40,5	32,2	37,1	39,2	33,9	36,9
Violências	n	177	126	303	110	66	176
	%	7,4	7,6	7,5	8,3	6,3	7,4
Lesão autoprovocada	n	10	17	27	4	2	6
	%	0,4	1	0,7	0,3	0,2	0,3
Maus-tratos/agressões/ intervenção por agente legal público	n	167	109	276	106	64	170
	%	7	6,6	6,8	8	6,1	7,2

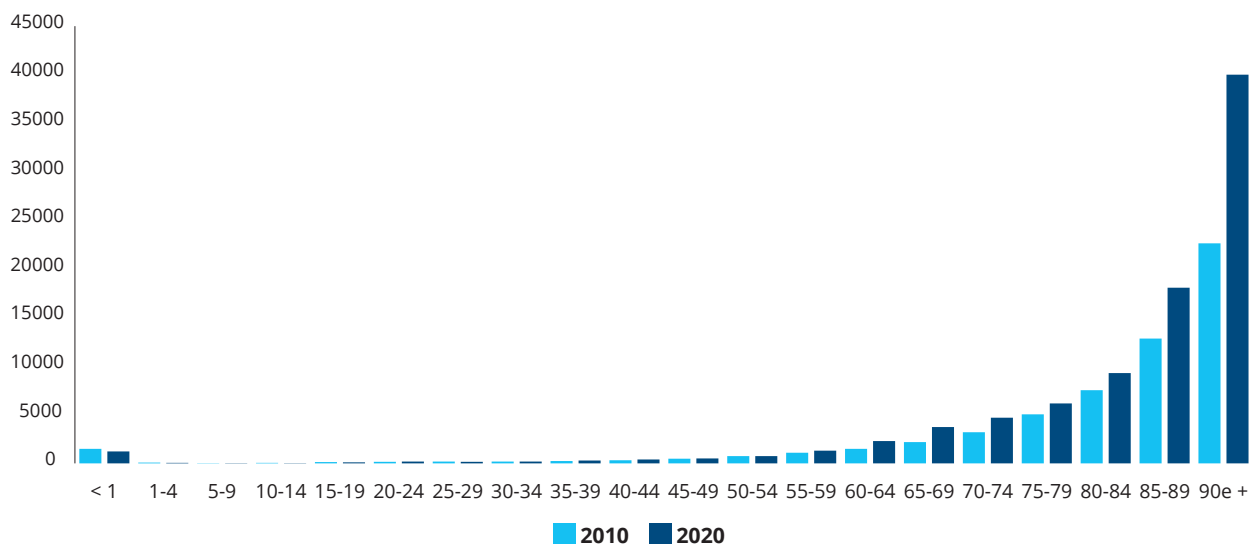
Fonte: VIVA Inquérito. *Dados sujeitos à revisão.

1.1.3 Mortalidade

A. Mortalidade Geral

As taxas específicas por idade refletem a força da mortalidade de idosos na cidade, já que 75% dos óbitos ocorrem em pessoas acima dos 60 anos de idade. O predomínio das mortes em idades mais avançadas é esperado em sociedades com maior grau de desenvolvimento social e econômico. No período de 2010 a 2021 houve aumento de 44,5% na taxa de mortalidade da faixa etária de 60 anos e mais, e de 76,6% na faixa de 90 anos e mais.

Gráfico 5. Taxa de mortalidade específica por idade, MRJ, 2010 e 2020 (por 100 mil habitantes).



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

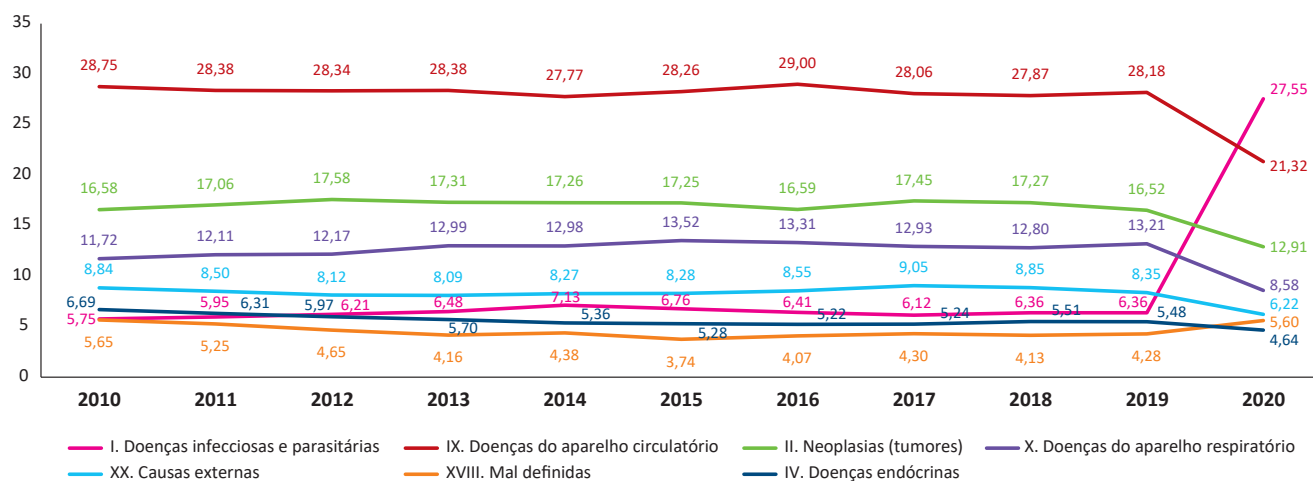
Seis grandes grupos de causas de morte responderam, em média, por 80% óbitos dos cariocas entre 2010 e 2020, a saber: Doenças Cardiovasculares (DCV); Neoplasias (tumores); Doenças do Aparelho Respiratório (DAR); Causas Externas; Doenças Infecto-Parasitárias e Doenças Endócrino-Metabólicas (DEM). No período de 2010 a 2019, esses seis grupos foram os mais frequentes, mantendo certa estabilidade nas proporções de óbitos. No ano de 2020, a pandemia de covid-19 modificou o padrão de mortalidade da cidade, e as mortes por Doenças Infecciosas, que até 2019 era o quinto ou sexto grupo mais frequente, foram responsáveis por 27,6% de todos os óbitos.

Tabela 5. Principais grupos de causas de morte em residentes por ordem de magnitude, MRJ, 2010, 2019 e 2020.

CAPÍTULO CID-10	2010	2019	2020
IX. Doenças do Aparelho Circulatório	1	1	2
II. Neoplasias (tumores)	2	2	3
X. Doenças do Aparelho Respiratório	3	3	4
XX. Causas Externas de Morbidade e Mortalidade	4	4	5
IV. Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	5	6	7
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6	5	1

Fonte: SIM — SMS-Rio (Dados sujeitos à revisão).

Gráfico 6. Participação percentual das principais causas de morte de residentes, MRJ, 2010 a 2020.

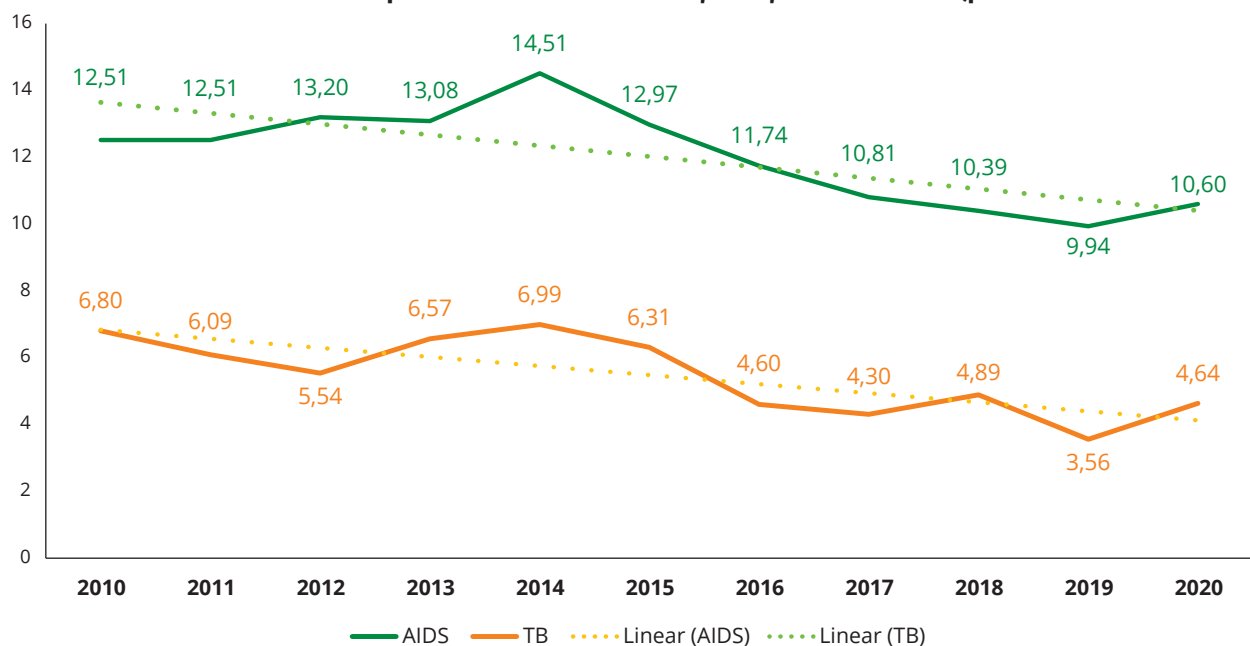


Fonte: SIM / SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.

B. Doenças Transmissíveis

Entre as doenças transmissíveis, tuberculose e AIDS são as principais causas de morte. No MRJ, entre 2010 e 2020, as taxas de mortalidade dos dois agravos apresentaram redução, principalmente após 2014. Em 2020, durante a pandemia de covid-19 observou-se aumento discreto na mortalidade por tuberculose (TB) e por síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS).

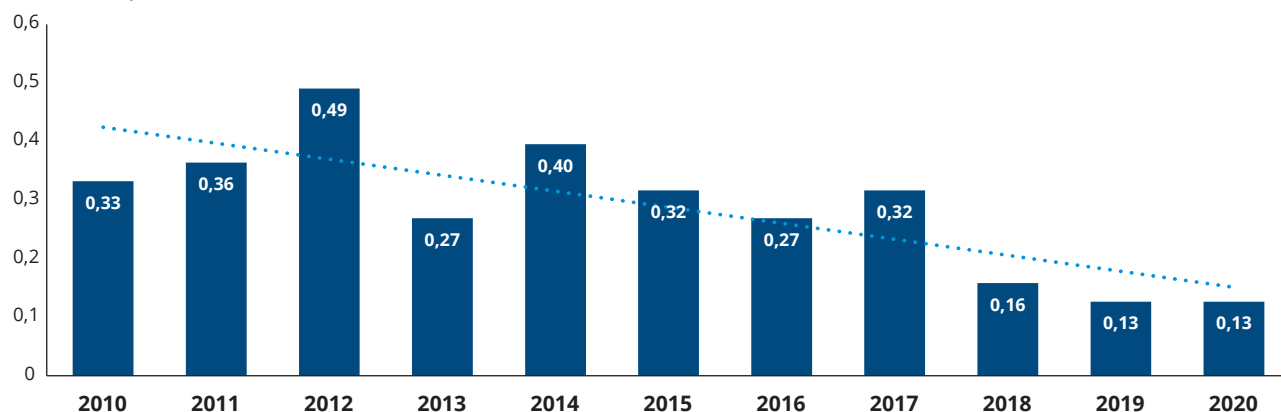
Gráfico 7. Taxa de mortalidade por tuberculose e AIDS, MRJ, 2010 a 2020 (por 100 mil habitantes).



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

No que diz respeito à mortalidade por doenças imunopreveníveis, observa-se redução ao longo dos anos, do risco de morte por doenças que podem ser evitadas pela vacinação. Estratégias ampliadas de imunização da população devem ser tratadas como prioridades nas políticas públicas, a fim de manter a tendência de queda na mortalidade por doenças imunopreveníveis.

Gráfico 8. Taxa de mortalidade por doenças imunopreveníveis, MRJ, 2010 a 2020 (por 100 mil habitantes).

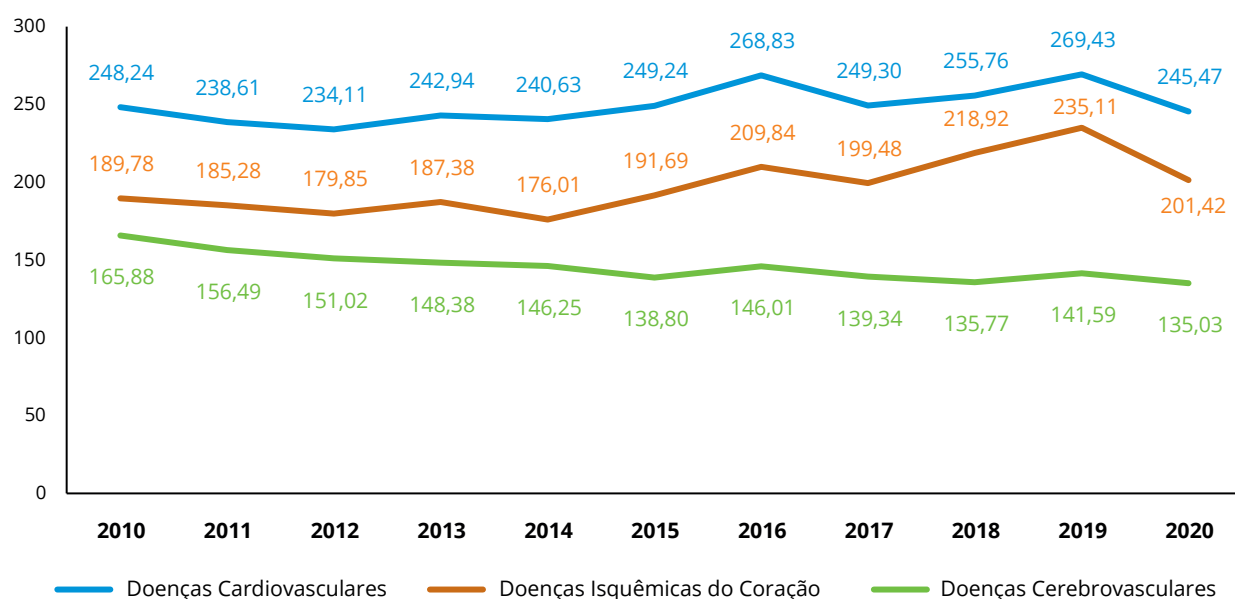


Fonte: SIM / SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.

C. Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As doenças cardiovasculares, em particular aquelas associadas à hipertensão arterial, como as doenças cerebrovasculares e as doenças isquêmicas do coração, são as causas de morte que mais predominaram na cidade entre 2010 e 2019. A taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares permaneceu relativamente estável no período, havendo redução discreta da taxa das doenças cerebrovasculares e aumento das doenças isquêmicas do coração, principalmente a partir de 2014. Em 2020, as doenças cardiovasculares deixaram de ser a principal causa de morte na cidade devido à mortalidade por covid-19.

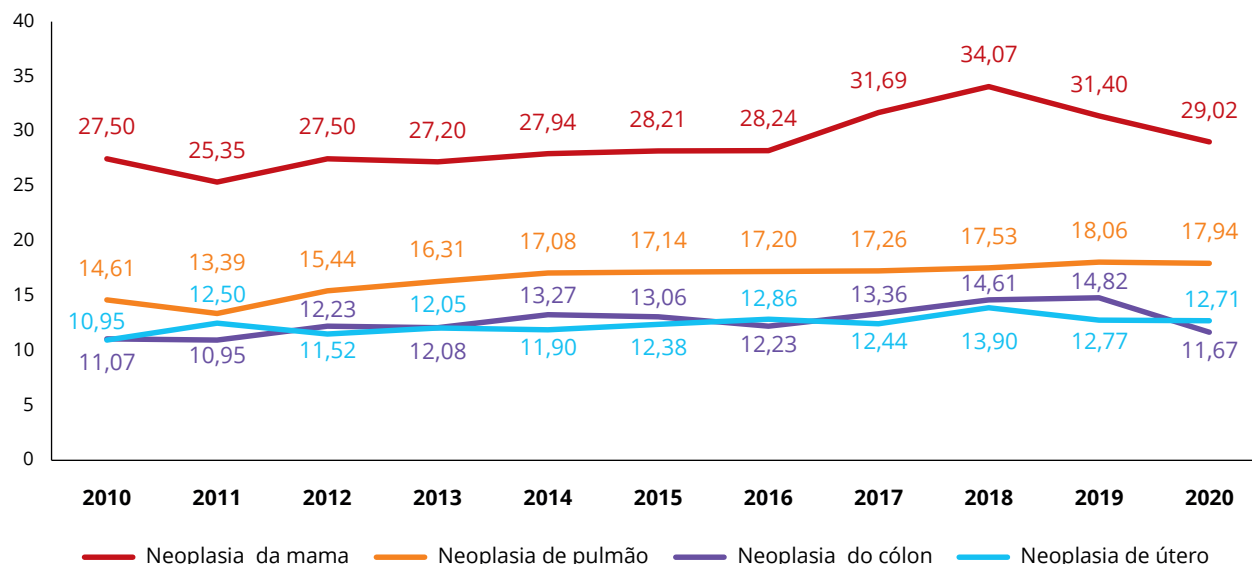
Gráfico 9. Taxa de mortalidade por Doenças Cardiovasculares, Doenças Isquêmicas do Coração e Doenças Cerebrovasculares, pessoas acima dos 40 anos de idade, MRJ, 2010 a 2020 (por 100.000 habitantes).



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

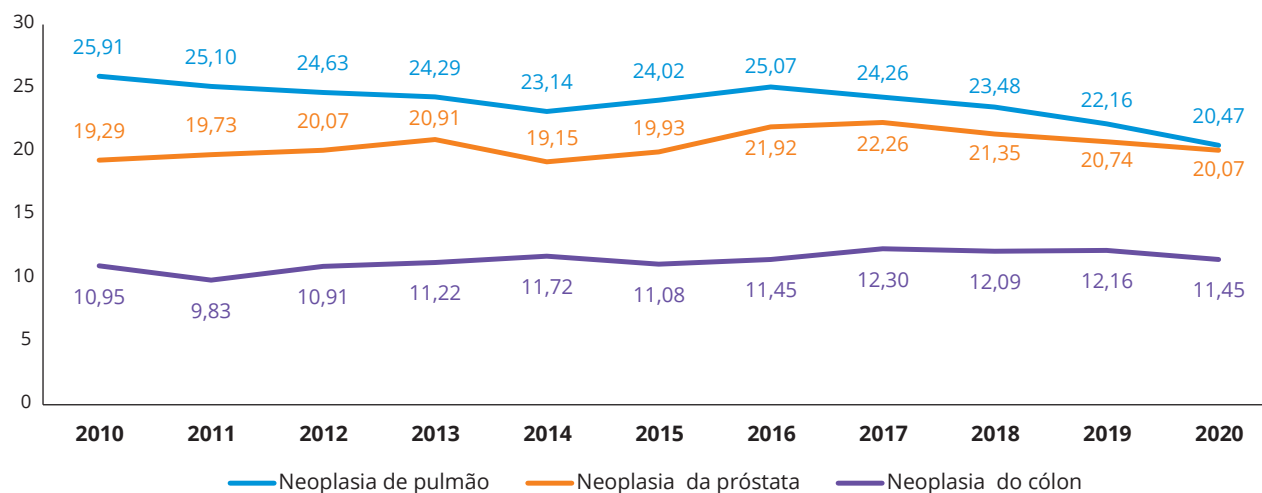
As neoplasias ocupam o 2º lugar na mortalidade de residentes da cidade, com destaque para as neoplasias de pulmão e de cólon em ambos os sexos, de mama e de útero no sexo feminino e de próstata no sexo masculino. A taxa de mortalidade específica por neoplasia apresentou aumento de 10% no período de 2010 a 2019. A neoplasia de pulmão apresentou taxas mais elevadas entre homens, entretanto, observa-se redução para o sexo masculino e discreto aumento na tendência para o sexo feminino. Já a neoplasia de cólon apresenta taxa mais elevada no sexo feminino, com tendência de aumento em ambos os sexos. Em 2020 houve queda de todas as taxas de mortalidade por neoplasias.

Gráfico 10. Taxas de mortalidade pelas principais neoplasias no sexo feminino, MRJ, 2010 a 2020 (por 100 mil habitantes).



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

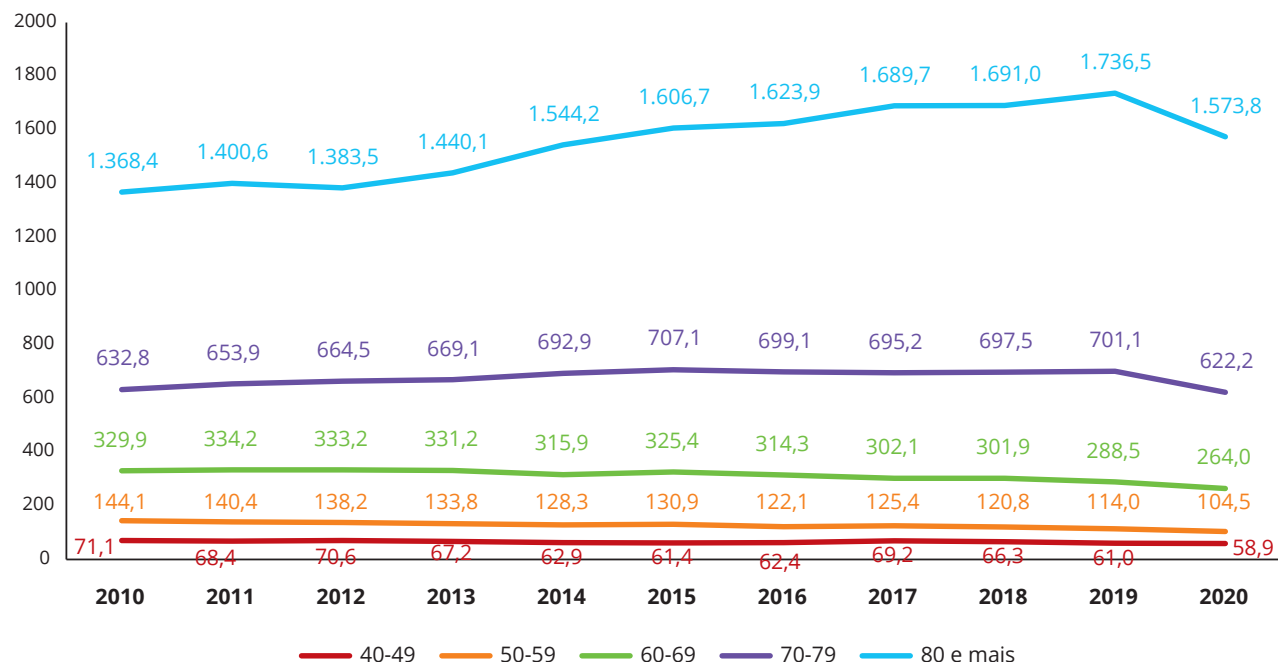
Gráfico 11. Taxas de mortalidade pelas principais neoplasias no sexo masculino, MRJ, 2010 a 2020 (por 100 mil habitantes).



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

No que diz respeito à mortalidade por neoplasias segundo faixa etária, observa-se que a frequência aumenta conforme avanço da idade, particularmente acima dos 40 anos. Constata-se certa estabilidade nas taxas no período de 2010 a 2019, tendência interrompida por quedas em 2020 para todas as faixas etárias.

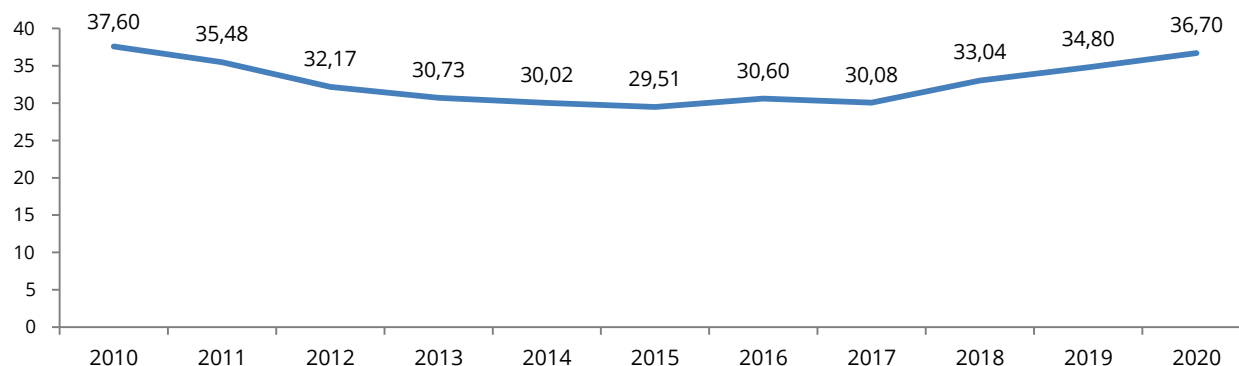
Gráfico 12. Taxa de mortalidade por neoplasias, pessoas acima de 40 anos, MRJ, 2010 a 2020 (por 100 mil habitantes).



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

Dentre os óbitos por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, o diabetes mellitus é responsável por mais de 80% das mortes deste capítulo. Esses óbitos expressam as condições de diagnóstico e assistência médica dispensada. Embora seja uma doença frequente, que interfere no funcionamento de todo o organismo e de importante controle para a manutenção da qualidade de vida, o diabetes é uma doença que aparece mais frequentemente como causa que contribui para a morte. O MRJ evidenciou uma discreta queda da taxa de mortalidade entre 2014-2016 e um novo aumento após esse período. Políticas públicas de promoção, proteção e recuperação da saúde devem ser cada vez mais frequentes para o controle da doença.

Gráfico 13. Taxa de mortalidade por diabetes mellitus, residentes do MRJ, 2010 a 2020 (por 100 mil habitantes).



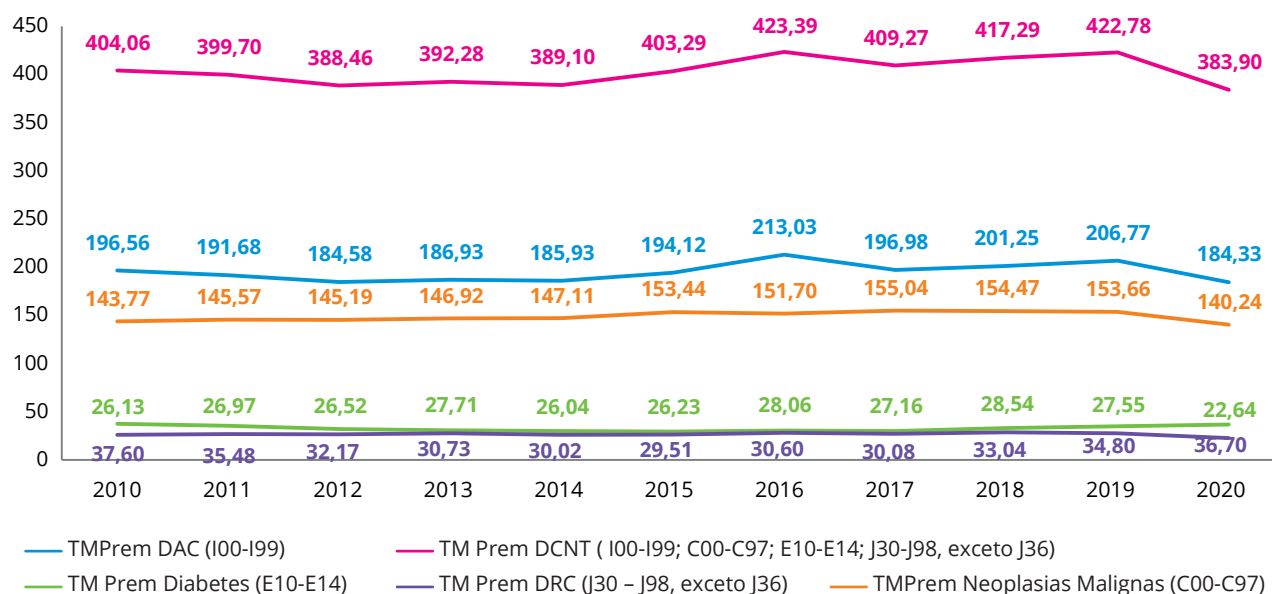
Fonte: SIM / SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.

No grupo das doenças do aparelho respiratório, as pneumonias são as principais causas de morte. Embora essas causas sejam as mais frequentes, são consideradas causas *garbage*, ou seja, causas inespecíficas, pouco úteis ou incompletas, que não permitem identificar e planejar ações de saúde pública. As doenças respiratórias apresentaram um aumento a partir de 2012 com uma queda importante em 2020, principalmente devido à entrada da covid-19, código pertencente ao capítulo de doenças infecciosas e parasitárias da CID-10.

D. Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis

A mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis reflete o envelhecimento da população e está associada à mortalidade por doenças do aparelho circulatório, em especial o acidente vascular cerebral, a doença hipertensiva e a doença isquêmica do coração (RIPSA, 2008). No entanto, a mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis, que mede o risco de morrer por essas doenças na faixa etária de 30 a 69 anos, trata-se de um grave problema de saúde pública, e está identificado no “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030”, com a meta de reduzir em um terço a taxa de mortalidade prematura. Para isso, estão previstos o desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde, a redução dos fatores de risco (tabagismo, alimentação inadequada, obesidade, inatividade física e consumo excessivo de álcool) e o suporte para o tratamento das doenças. Dentre os componentes da taxa de mortalidade prematura por DCNT destacam-se as doenças do aparelho circulatório (DAC) e as neoplasias malignas com média entre 2010 e 2019. No ano de 2020 foi observada uma redução deste indicador, porém é preciso levar em conta o impacto do ano marcado pela pandemia de covid-19. Monitorar este indicador pode colaborar para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das DCNT e seus fatores de risco.

Gráfico 14. Taxa de mortalidade prematura por DCNT e componentes, residentes MRJ, 2010 a 2020 (por 100 mil habitantes).



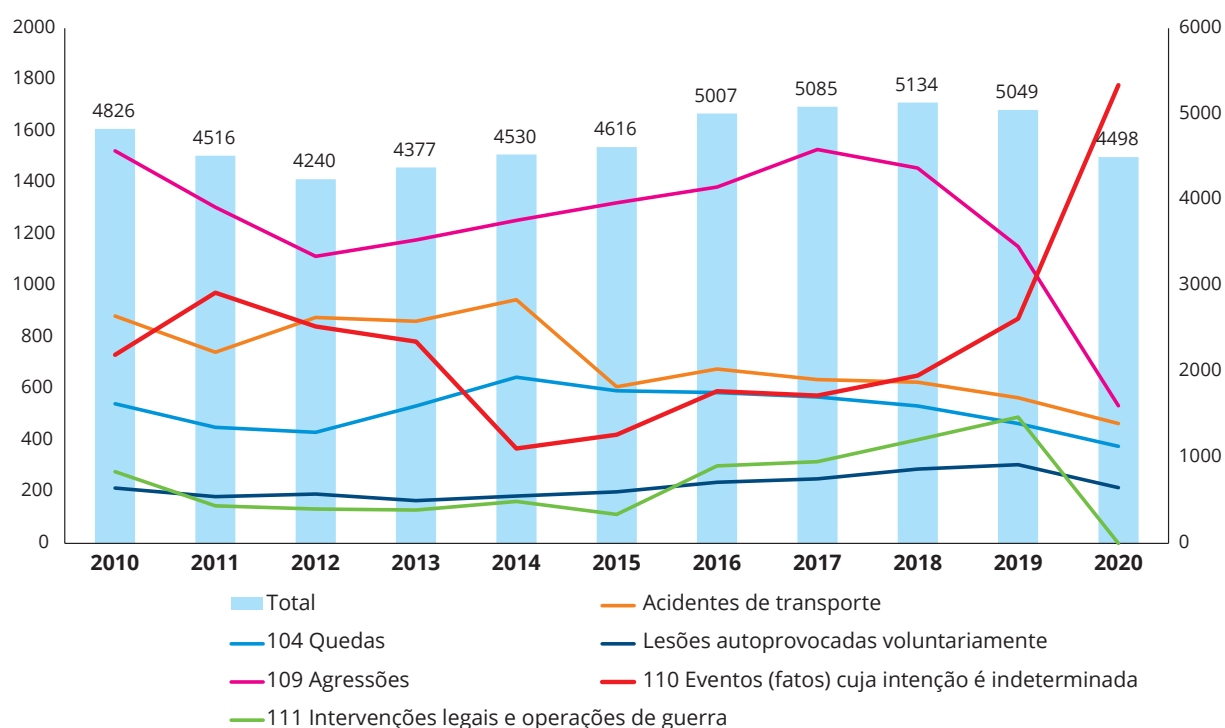
Fonte: SIM / SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.

E. Causas Externas — Acidentes e Violências

As causas externas representaram a quarta causa de morte entre 2010 e 2019 na cidade do Rio de Janeiro, mas configuraram como a principal causa na população de 10 a 39 anos. Dentre os óbitos por causas externas, neste período, destacam-se os óbitos por agressões, incluindo os homicídios, e por acidentes de transportes.

No ano de 2020, em decorrência da pandemia de covid-19, observou-se uma queda importante no número de óbitos por agressões e inversão na principal tipologia dos óbitos por causas externas, assumindo o primeiro lugar os óbitos de intenção indeterminada.

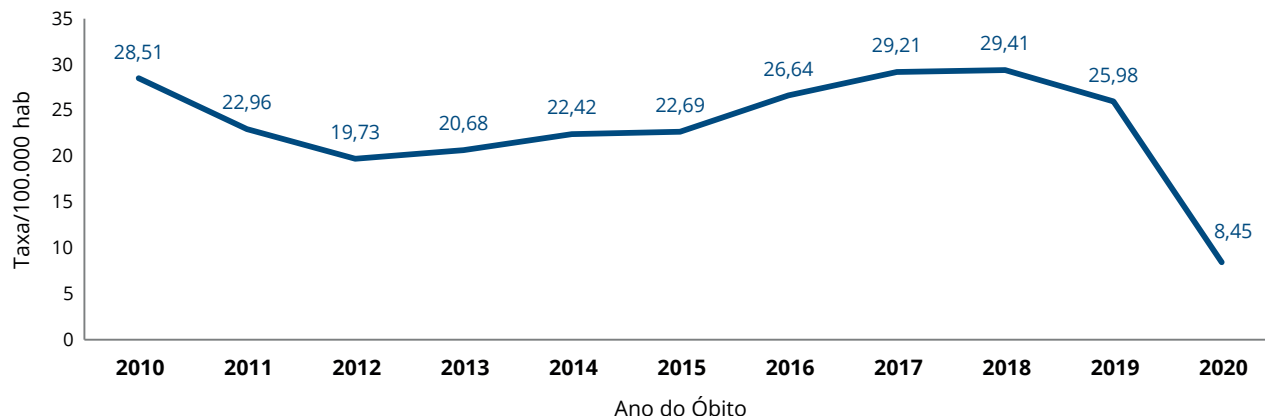
Gráfico 15. Número de óbitos por causas externas, segundo os principais subgrupos, MRJ, 2010 a 2020.



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

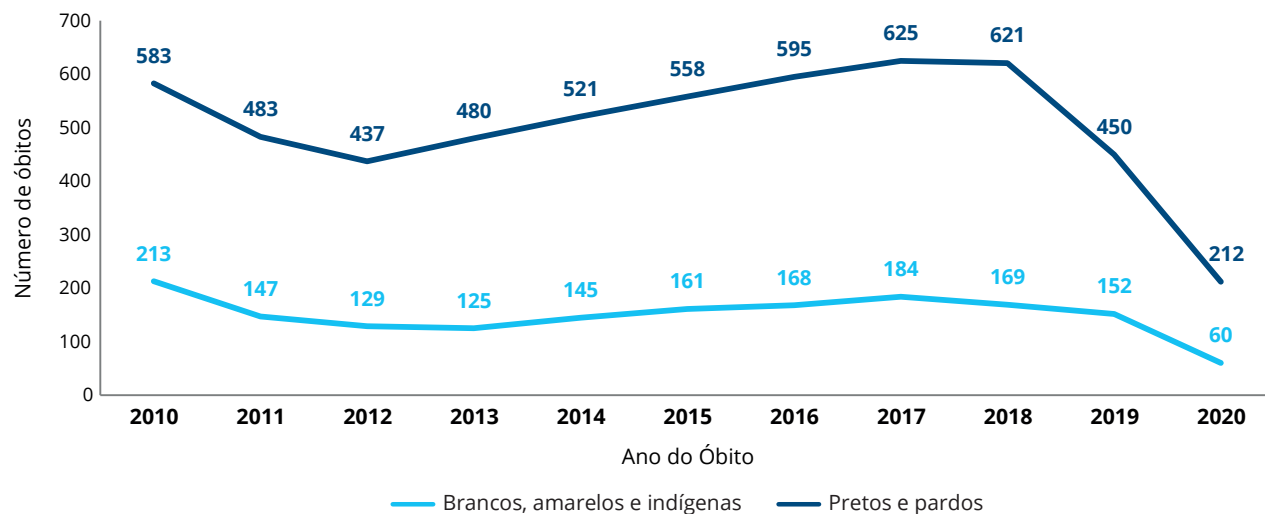
É importante destacar que a taxa de mortalidade por agressões apresenta certa estabilidade entre 2010 e 2019, com uma redução importante em 2020, que tem como hipótese explicativa o distanciamento social promovido pela pandemia de covid-19. Deixando evidente o maior risco da população jovem, dentre as mortes por agressões, 75,3% aconteceram na população de 15 a 39 anos e, nesta faixa etária, 77,6% ocorreram por arma de fogo.

Gráfico 16. Taxa de mortalidade por agressões e intervenções legais, MRJ, 2010 a 2020 (por 100 mil habitantes).



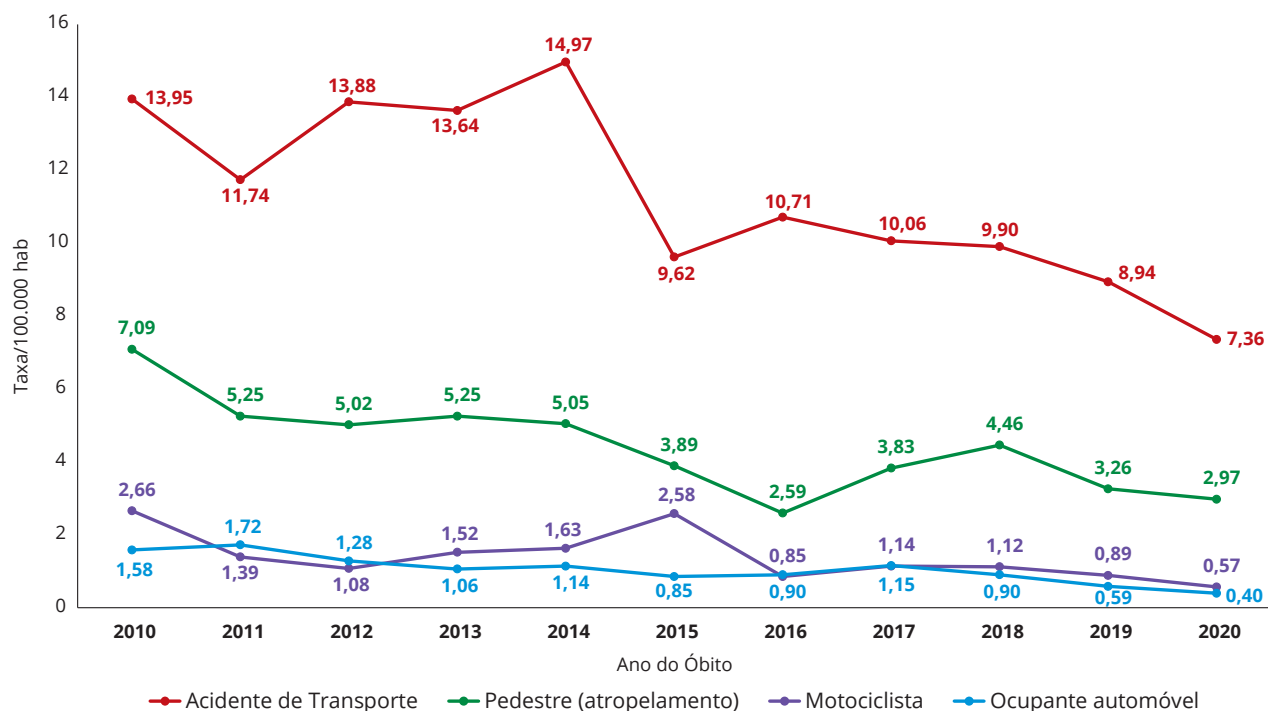
Fonte: SIM. Ano 2020, dados parciais. Ainda em rotina de investigação das causas externas — em out/21 eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada (39,6 %).

Gráfico 17. Taxa de mortalidade por agressões em pessoas com idades entre 15 e 39 anos, MRJ, 2010 a 2020.



Fonte: SIM. Ano 2020, dados parciais. Ainda em rotina de investigação das causas externas — em out/21 eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada (39,6 %).

As mortes decorrentes de acidentes de transporte apresentam tendência de queda ao longo do período, sendo a maior ocorrência entre pedestres (39%), seguida pelos motociclistas (12,4%) e ocupantes de automóvel (9,3%). A maioria dos acidentes entre os anos de 2010 e 2020 são representados por homens (77,5%), de raça/cor preta ou parda (55,9%) de idade entre 15 e 49 anos (60,2%). Promover uma mudança de consciência coletiva capaz de transformar uma realidade complexa como a dos acidentes e violências associados ao trânsito é um dos desafios que a SMS-Rio se propõe a enfrentar no Plano de Desenvolvimento Sustentável e Ação Climática da Cidade do Rio de Janeiro (PDS).

Gráfico 18. Taxa de mortalidade por acidentes de transporte, MRJ, 2010 a 2020.

Fonte: SIM. Ano 2020, dados parciais. Ainda em rotina de investigação das causas externas — em out/21 eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada (39,6 %).

F. Mortalidade Infantil

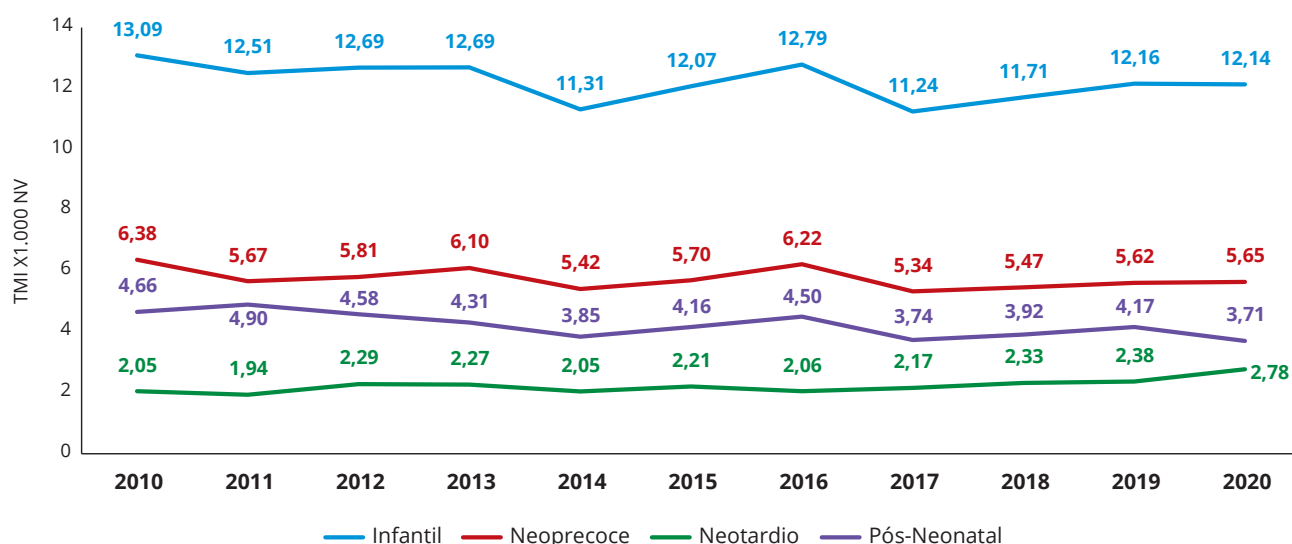
A mortalidade infantil é um indicador que reflete as condições de vida de uma população, pois, além das condições adequadas de atenção à saúde, as condições sanitárias e os determinantes sociais desempenham papel importante nos resultados deste indicador, especialmente as condições socioeconômicas, que podem produzir ou potencializar iniquidades no acesso aos serviços de saúde. É consenso na literatura que a mortalidade infantil resulta de múltiplos fatores como a prematuridade, baixo peso ao nascer, escolaridade materna, malformação congênita, entre outros.

A mortalidade infantil tem três componentes: neonatal precoce (0 a 6 dias), neonatal tardio (7 a 27 dias) e pós-neonatal (do 28º dia até 11 meses e 29 dias). O componente que mais pesa na composição da mortalidade infantil na cidade do Rio de Janeiro é o neonatal precoce, que depende principalmente de tecnologias, por conta da prematuridade, e da necessidade de UTI neonatal, enquanto que a mortalidade pós-neonatal pode ser reduzida por medidas da atenção básica.

Historicamente, a redução das mortes no primeiro ano de vida foi devido ao declínio da mortalidade neonatal precoce (por meio da melhora da assistência ao pré-natal, parto e pós-parto) e da mortalidade pós-neonatal (por meio da melhora das condições de saneamento básico e imunização). Atualmente, o Rio de Janeiro apresenta certa estabilidade do percentual de óbitos evitáveis por ações ligadas à atenção à gestante durante o pré-natal e o parto.

Portanto, o fortalecimento da Atenção Primária e a articulação intersetorial são essenciais para o acesso ao atendimento integral e de qualidade durante toda a trajetória de cuidado ofertado às gestantes e do acompanhamento de desenvolvimento infantil, especialmente durante os dois primeiros anos de vida. Essas ações são fundamentais para a promoção, a recuperação e a prevenção de doenças e agravos à saúde, podendo contribuir para a redução das iniquidades e nas condições de saúde.

Gráfico 19. Taxa de mortalidade infantil e componentes, MRJ, 2010 a 2020 (por mil nascidos vivos).

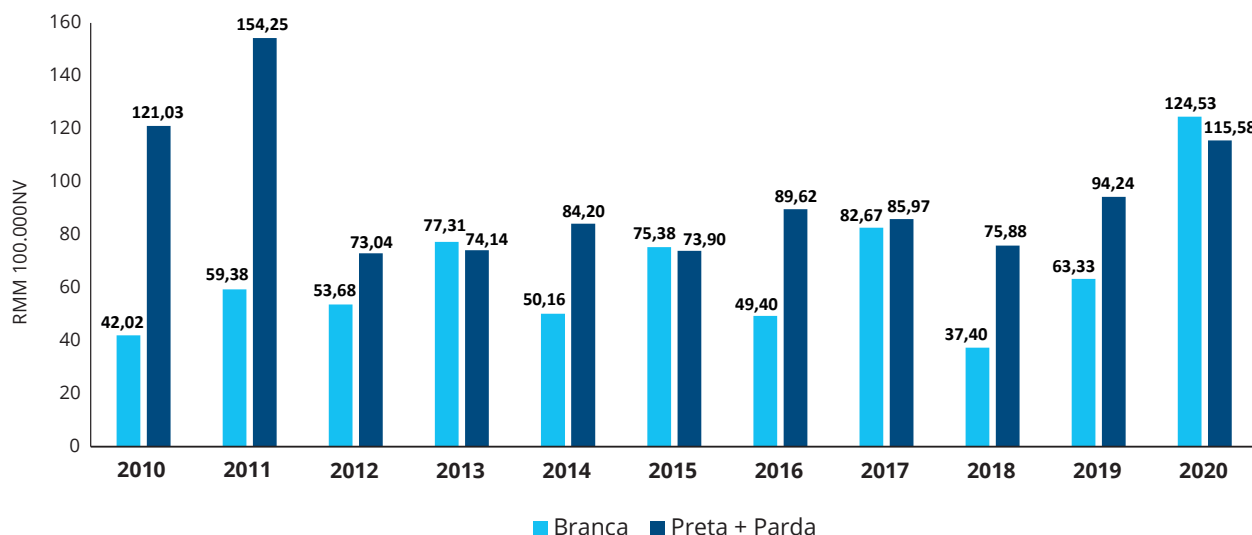


Fonte: SIM / SMS-Rio. Dados sujeitos à revisão.

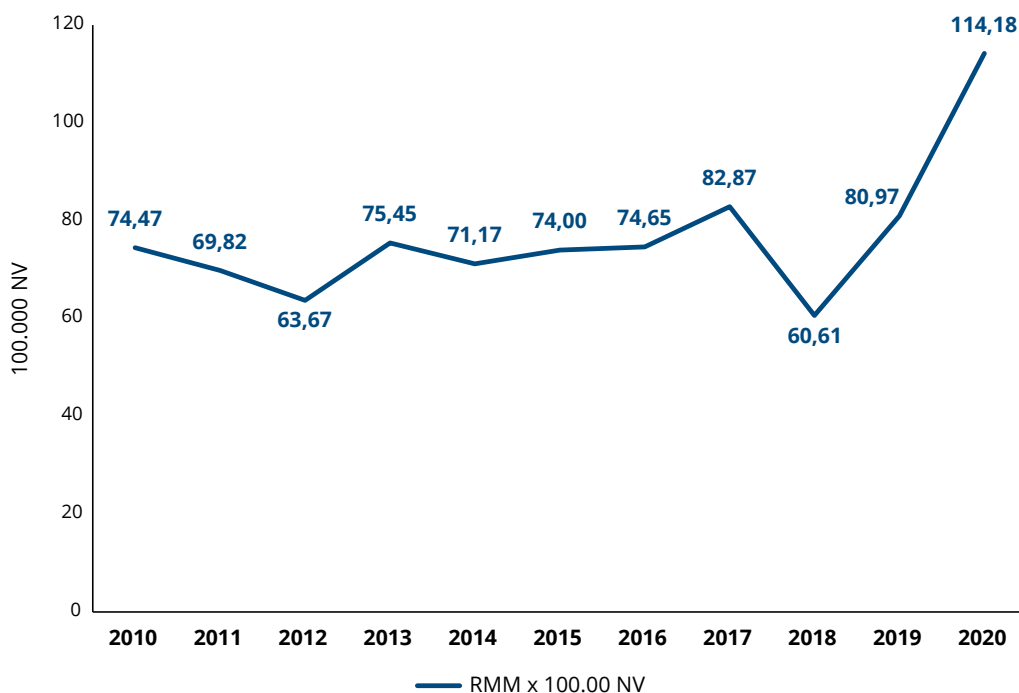
G. Mortalidade Materna

A mortalidade materna é um indicador que reflete a qualidade da atenção à saúde da mulher, pois é evitável em mais de 90% dos casos e sua ocorrência é majoritariamente em países em desenvolvimento. No âmbito da saúde, as taxas elevadas de mortalidade materna estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo, em relação às ações prévias à gestação, tais como o não manejo das comorbidades e a ineficiência de ações de planejamento reprodutivo, durante a assistência pré-natal, no parto e no puerpério (RIPSA, 2008).

Na cidade do Rio de Janeiro, as taxas de mortalidade materna são elevadas ao longo dos anos, atingindo mais as mulheres negras em comparação às brancas, conforme exposto no gráfico 20. Este contexto se agravou ainda mais pela pandemia de covid-19. Em 2020, o número de óbitos maternos foi superior e a covid-19 responsável por 45,8% deles, elevando a razão de mortalidade materna de 81 para 112. Nesse sentido, a mortalidade materna persiste como um importante problema de saúde pública a ser enfrentado pela Saúde e por outros setores, entendendo que para a prevenção e o controle da mortalidade materna, as ações devem ser articuladas em conjunto com outros pontos da rede de atenção à saúde, para traçarmos uma assistência de qualidade e segura evitando mortes evitáveis e melhores resultados.

Gráfico 20. Razão de mortalidade materna por raça/cor, MRJ, 2010 a 2020.

Fonte: SMS/SIM.

Gráfico 21. Razão de mortalidade materna, MRJ, 2010 a 2020 (por 100 mil nascidos vivos).

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

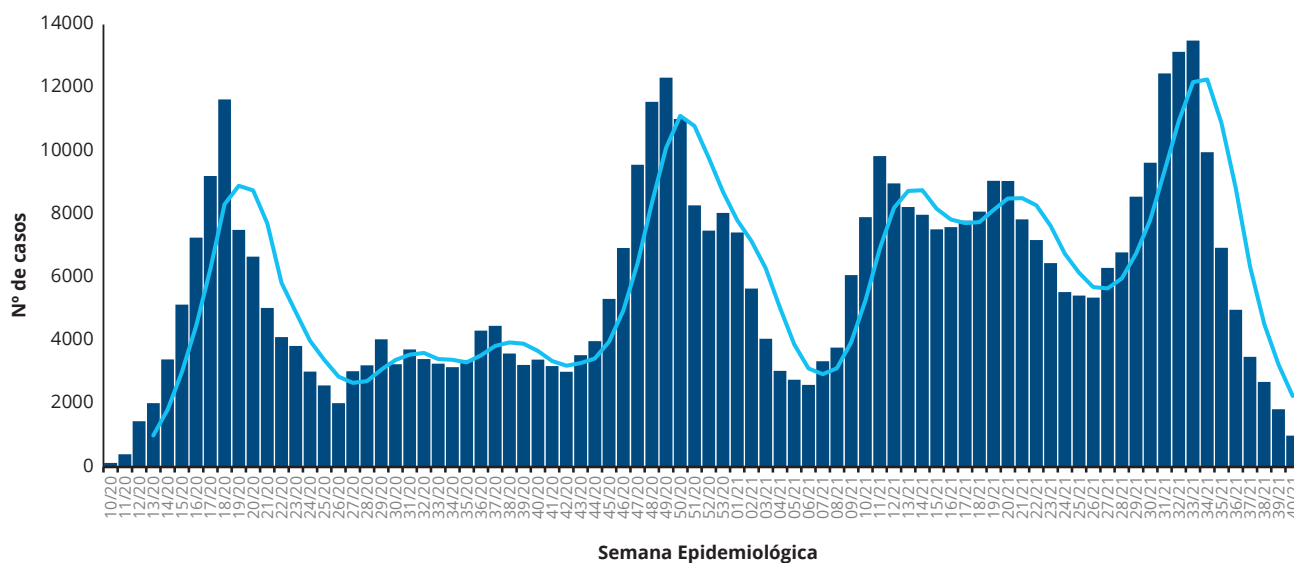
No município do Rio de Janeiro utiliza-se a ferramenta de investigação de óbitos de mulheres em idade fértil para qualificar as informações sobre as causas da mortalidade materna e qualificar a real situação de saúde da população. Desta forma, as Comissões Regionais de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna (CMM) são estruturadas de forma descentralizada nas dez áreas de planejamento, com o objetivo de identificar possíveis falhas na condução dos casos que possam ter colaborado ou terem sido determinantes para o óbito.

Portanto, para conhecer a totalidade dos óbitos maternos, realiza-se a investigação dos óbitos das mulheres em idade fértil (10 a 49 anos de idade) com a finalidade de averiguar se a mulher esteve grávida nos 12 meses que antecederam o óbito, além de identificar casos onde não houve preenchimento adequado da declaração de óbito. Assim, a investigação possibilita a identificação de casos que antes passariam despercebidos e subsidia mudanças nos processos de trabalho da assistência, além de qualificar os sistemas de informação em saúde. O percentual de investigação de mulheres em idade fértil (MIF) vem aumentando gradativamente, com cerca de 90% dos óbitos de MIF investigados.

1.1.4 Covid-19

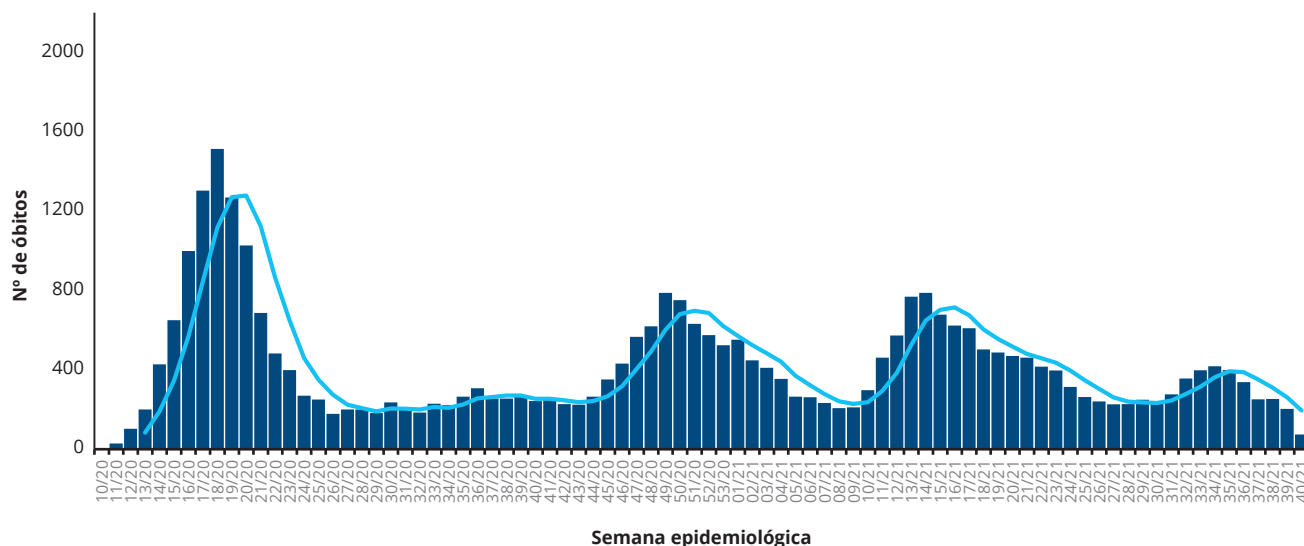
Como pode ser visto na análise de diversos indicadores de saúde, a pandemia de covid-19 trouxe muitos desafios à cidade do Rio de Janeiro. A identificação dos primeiros casos da doença ocorreu no mês de março de 2020, sendo registrados, até outubro de 2021, em torno de 500 mil casos e 35 mil óbitos pela doença. A taxa de incidência é maior na população entre 30 e 39 anos, porém, a taxa de mortalidade apresenta-se mais elevada na população idosa durante todo o período. Ao longo das semanas epidemiológicas observa-se aumento importante no registro de casos e óbitos em momentos coincidentes com a circulação de novas variantes na cidade.

Gráfico 22. Casos de covid-19 no MRJ, por semana epidemiológica, 10ª semana de 2020 a 40ª semana de 2021.



Fonte: SMS-Rio. Boletim epidemiológico — Covid-19. <https://coronavirus.rio/boletim-epidemiologico/>.

Gráfico 23. Óbitos por covid-19 no MRJ, por semana epidemiológica, 10ª semana de 2020 a 40ª semana de 2021.



Fonte: SMS-Rio. Boletim epidemiológico — Covid-19 (<https://coronavirus.rio/boletim-epidemiologico/>).

Em novembro de 2021, o Comitê Especial de Enfrentamento à Covid-19 (CEEC) do MRJ, que inclui especialistas da SMS-Rio, de universidades, de centros de estudo e da Unicef, em sua 18ª reunião realizada no Centro de Operações Rio (COR), tratou de assuntos como a redução de casos e óbitos da doença e a variante Ômicron. Naquele momento, diante da melhora do cenário epidemiológico da cidade, evidenciada pela queda sustentada de casos, óbitos e outros indicadores de covid-19, com todos os casos sendo rastreados e seus contactantes testados pela APS, o CEEC apontou que não havia a indicação de alteração nas medidas restritivas.

Em relação à nova variante Ômicron, originária da África do Sul e que colocou o mundo em alerta mais uma vez, também foi um dos temas discutidos neste encontro do CEEC, onde os especialistas reforçaram a importância de a SMS-Rio continuar investindo em testagem e no monitoramento de vigilância genômica. A maioria dos casos reportados até então tinham sido leves, de pessoas não vacinadas ou vacinadas somente com a primeira dose do esquema vacinal, o que reforçou a importância da vacinação.

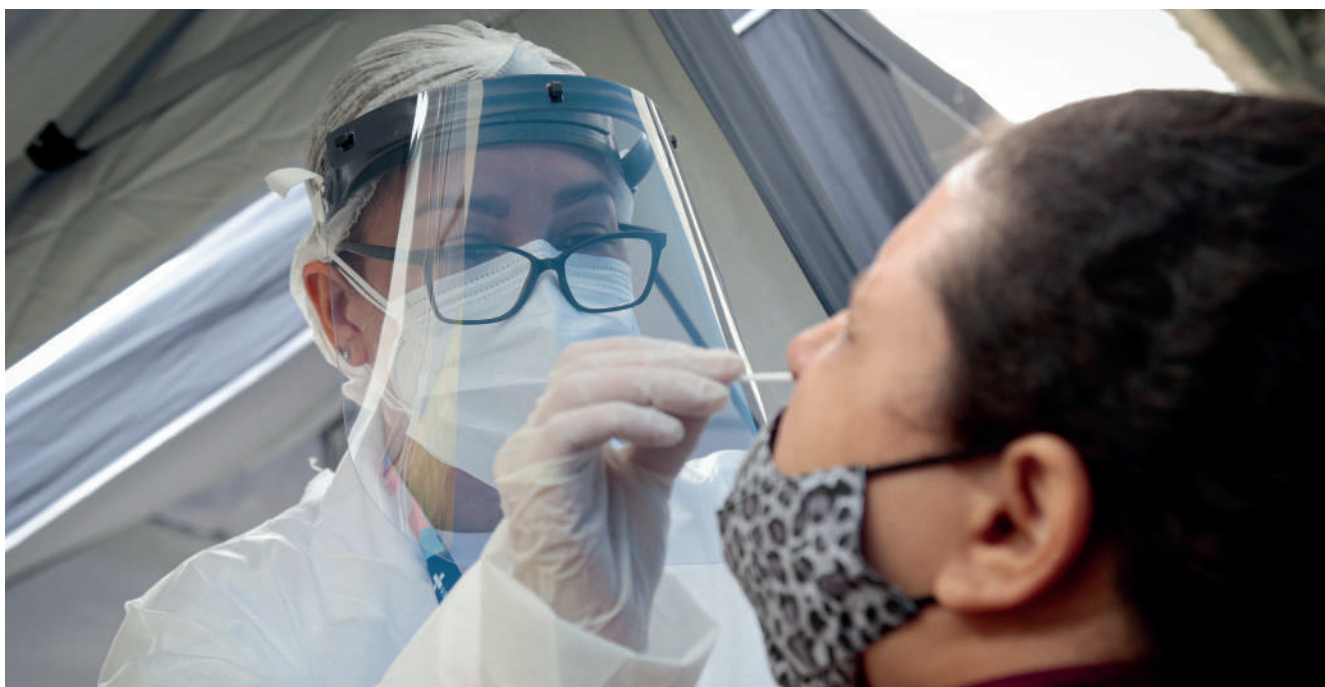
Contudo, a partir da penúltima semana epidemiológica de 2021 (SE 51/2021), devido à alta transmissibilidade e virulência da variante Ômicron, houve uma mudança no cenário epidemiológico no município, por conta do aumento significativo de casos de síndromes respiratórias por covid-19.

Na semana 51/2021 foram confirmados 1.113 casos de covid-19 no MRJ; na semana 52/2021 foram confirmados 9.752 casos; e na semana 01/2022, 50.857 casos, caracterizando um crescimento intenso na curva de casos confirmados. A partir da semana 51/2021 também ocorreu um aumento no número de internações hospitalares por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), evidenciando um maior risco em não vacinados e/ou pessoas com esquema vacinal incompleto.

A campanha de imunização contra a covid-19 teve início em 20 de janeiro de 2021, atendendo, inicialmente, aos grupos mais vulneráveis, como idosos e profissionais de saúde, em consonância com o Plano Nacional de Vacinação contra a covid-19. O MRJ foi pioneiro na ampliação da oferta da vacina para população geral, iniciando, em 29 de maio de 2021, uma nova etapa da sua campanha de vacinação contra a covid-19, com escalonamento por faixa etária de toda a população vacinável, a partir de 12 anos, em ordem decrescente de idade. Isso permitiu acelerar o incremento da cobertura vacinal. Até outubro de 2021 foram aplicadas mais de 10 milhões de doses de vacina contra a covid-19 na cidade, cobrindo com a primeira dose 87% e com a segunda dose 61% da população carioca. Com o avanço da vacinação, observa-se redução importante nas taxas de incidência, internação e mortalidade, deixando evidente a influência da organização e celeridade da campanha de imunização contra a covid-19 no Rio de Janeiro.

A resposta à covid-19 a partir da implantação de um Centro de Operações de Emergência, em janeiro de 2021, tem sido uma estratégia chave para o enfrentamento da doença na cidade do Rio de Janeiro, reforçando um comando único e a articulação entre diferentes setores do setor saúde, no sentido de organizar uma resposta coordenada à pandemia. Diante deste cenário é importante destacar o compromisso e os esforços da SMS-Rio na reorganização, na qualificação e no fortalecimento da rede municipal de saúde, tendo inaugurado, até janeiro de 2022, 17 centros de atendimento e testagem para usuários com sintomas de síndrome gripal. Com as inaugurações, somadas aos 230 centros municipais de saúde e clínicas da família, que também realizam atendimentos e testagem, a SMS-Rio aumentou em 50 vezes a sua capacidade de atendimento e oferta de testes para a população.

Foto 1. Teste rápido de covid-19 em um dos centros de testagem montados pela SMS-Rio.



Crédito: Edu Kapps.

Foto 2. Campanha de vacinação contra a covid-19.



Créditos: Edu Kapps e Fábio Motta (da criança).

2. SAÚDE CIDADÃ

2.1 Promoção da Saúde e Determinantes Sociais da Saúde

O conceito ampliado de saúde deve reforçar a inclusão dos fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais como influenciadores e potencializadores dos problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Desta forma, é fundamental destacar a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e a necessidade do combate às iniquidades de saúde por eles geradas.

Sendo assim, a Superintendência de Promoção da Saúde da SMS-Rio propõe ações estratégicas intra e intersetoriais com os seguintes objetivos: a) favorecer práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais e na integralidade do cuidado, articulando com todos os equipamentos de produção da saúde do território; b) contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social; c) promover o protagonismo e a autonomia de sujeitos e coletividades em promoção e defesa da saúde e da vida; d) realizar ações de comunicação social e mídia direcionadas ao fortalecimento dos princípios e ações em promoção da saúde; e e) promover processos de educação, formação profissional e capacitação específicas em promoção da saúde.

Vale destacar a implantação do Programa Territórios Sociais (Decreto Rio n.º 49.062, de 2 de julho de 2021) com a integração de diversas secretarias municipais, inclusive a saúde, evidenciando a intersectorialidade como forma de promover políticas públicas sociais a partir de uma visão multidimensional da pobreza, permitindo a identificação das famílias socialmente mais vulneráveis, e que, a partir do diagnóstico inicial os órgãos envolvidos no Programa, envolvidos no Programa Territórios Sociais irão ofertar serviços, projetos e ações integrados, visando à melhora das condições de vida dessas famílias.

2.1.1 Aspectos Socioeconômicos

Continua sendo uma prioridade para a SMS-Rio, no campo da redução das iniquidades, o desenvolvimento de estratégias que incorporem ações, privilegiando e dando visibilidade às populações reconhecidamente mais vulneráveis. Dados de 2018 evidenciam a distribuição da população por raça ou cor na cidade, onde os pretos ou pardos representam 55,8%, sendo que a taxa de analfabetismo dentre estes, com 15 anos ou mais de idade, é de 9,1% frente a 3,9% nos brancos. Outras informações merecem destaque por remeterem à desigualdade social nesta parcela da população: a taxa de desocupação da força de trabalho das pessoas de 14 anos ou mais de idade entre os pretos ou pardos é de 13,6%, sendo de 9,5% entre os brancos; dentre as pessoas de 18 a 29 anos com ensino médio completo que não frequentam escola porque trabalham, estão procurando trabalho ou conseguiram trabalho o qual iniciaram recentemente encontravam-se 61,2% de pretos ou pardos frente a 38,1% de brancos; em relação às pessoas residentes em domicílios com ausência de coleta direta ou indireta de lixo, há 12,5% de domicílios onde residem pretos ou

pardos, contrapondo-se aos domicílios onde os residentes se classificam como brancos, com percentual de 6,0%. No que se refere à renda e moradia, as pessoas pretas ou pardas representam 75,2% do percentual de pessoas em ordem crescente de rendimento mensal real, domiciliar per capita, entre os 10% com menores rendimentos, sendo 23,7% das classes de percentual representada por pessoas brancas. Quanto às notificações de violência autoprovocada, no recorte raça ou cor 53% são representados por pretos e pardos, contrapondo-se a 32% brancos.

Para fazer frente a esse cenário de vulnerabilidade, a SMS-Rio vem, progressivamente em seu planejamento, trabalhando na implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), fomentando a criação e se responsabilizando pela coordenação executiva do Comitê Municipal de Saúde Integral da População Negra (Resolução SMS n.º 1.298, de 10 de setembro de 2007), do qual participam representantes da sociedade civil, de universidades e gestores de diversas secretarias municipais.

Representantes da SMS-Rio, como a Superintendência de Promoção da Saúde e a Coordenação de Saúde Mental também compõem do Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Rio de Janeiro, que conta com as representações da sociedade civil, como universidades, ONGs, coletivos e outras instâncias, em especial dos movimentos negros e do movimento de mulheres.

A inclusão do quesito raça/cor nos prontuários e formulários de informações em saúde no Rio de Janeiro (Lei Municipal n.º 4.930, de 22 de outubro de 2008) permite análises para o planejamento de ações que atendam às demandas e necessidades deste grupo populacional.

Dentre outras frentes de trabalho, há a produção do Guia Rápido de Doença Falciforme para a rede de Atenção Primária, com a participação de representantes da sociedade civil e da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ).

Corroborando com o planejamento das ações voltadas à população negra, o Plano Plurianual 2022-2025 apresenta atividades da política integral de saúde da população negra.

Na mesma linha, a SMS-Rio também tem investido em adolescentes e jovens por meio da Rede de Adolescentes e Jovens Promotores da Saúde (RAP da Saúde), cujo objetivo é instrumentalizar adolescentes e jovens em Promoção da Saúde, tecnologias, empregabilidade, educação, cultura e lazer, assistência social e direitos humanos, potencializando o protagonismo juvenil e com dispositivos intersetoriais, de forma que possam atuar como promotores de saúde junto a seus pares e comunidade, assim como construir uma rede de adolescentes e jovens nos territórios.

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

evidenciando a dívida social de décadas passadas. Em setembro de 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, expressava a “necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo”. (OMS, 1978)

A educação é reconhecida como relevante determinante da saúde, e o ambiente escolar como importante espaço social para favorecer escolhas saudáveis e contribuir para modos de vida mais saudáveis.

Considerando o Decreto Federal n.º 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que instituiu o Programa Saúde na Escola (PSE), em 6 de fevereiro de 2015 foram instituídas as diretrizes do Programa Saúde na Escola (PSE) Carioca por meio da Resolução Conjunta SEGOV/SMS/SME/SMDS n.º 01 como estratégia para a integração e a articulação permanentes entre as políticas públicas e as ações de educação, de saúde e de assistência social, visando ao acesso de crianças e adolescentes ao sistema de garantia de direitos sociais: saúde, educação e assistência social; ao fortalecimento das ações integradas de promoção de saúde e proteção social; e à qualificação dos profissionais por meio de capacitações conjuntas. Bienalmente, os secretários municipais de Saúde, de Educação e da Assistência Social pactuam com o Governo Federal o desenvolvimento de ações nas unidades escolares. As ações visam à atenção integral à saúde dos discentes cariocas e incluem capacitações dos profissionais de saúde e de educação para atuação conjunta.

2.1.2 Condições de vida, trabalho e ambiente

A situação da saúde de uma determinada população tem estreita relação com as condições de vida, trabalho e ambiente, incluindo acesso a bens e serviços de promoção da saúde e de prevenção de doenças. Apesar dos inúmeros avanços, o município do Rio de Janeiro possui cerca de 1.018 favelas distribuídas por 5 áreas de planejamento, concentrando 23% da população da cidade nesses espaços, que ainda apresentam condições inadequadas de abastecimento de água, esgotamento sanitário, destino do lixo e drenagem pluvial.

O fornecimento de água no município do Rio de Janeiro é realizado por meio de sistemas de abastecimento, com preponderância do Sistema Guandu que possui uma estação de tratamento com as unidades convencionais que visam à qualidade da água e que respondem por 81% de toda água fornecida. É importante assinalar que o serviço de esgotamento sanitário cobre 94,4% do total de domicílios, com diferenciais conforme as Áreas de Planejamento (AP). Nos bairros da cidade encontramos 70,5% dos domicílios urbanos em vias públicas com arborização, e 78,4% com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). No que se refere à coleta de lixo, 53% dos domicílios possuem coleta domiciliar. Vale destacar que o poder público municipal é responsável pelos serviços de coleta domiciliar e de limpeza de logradouros, praias, parques, mobiliário urbano, túneis, viadutos e, em especial, a limpeza e a higienização de hospitais municipais, bem como a transferência, o tratamento e a disposição final do lixo. Em relação

aos ambientes livres, como praças, largos, parques e jardins, a cidade do Rio de Janeiro possui 3.246 áreas livres que também são diferenciadas conforme as APs.

2.1.3 Hábitos e estilos de vida

Os hábitos e estilos de vida estão intimamente associados à condição de saúde das pessoas. Condutas de risco, como consumo de produtos provenientes do tabaco, de álcool, inatividade física, dieta inadequada, entre outros, integram um amplo espectro de questões sociais, econômicas, políticas e culturais que demandam respostas no campo da saúde, particularmente no que se refere às medidas de promoção da saúde e de prevenção de doenças, circunstâncias essenciais à qualidade de vida individual e coletiva.

Os dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por Inquérito Telefônico (Vigitel, 2019) indicavam que o número de fumantes ativos e passivos, o padrão de consumo alimentar, o consumo de álcool, a prática insuficiente ou a inatividade física e o baixo peso ou o excesso de peso no município do Rio de Janeiro ainda são fatos considerados preocupantes, já que os hábitos de vida estão associados diretamente a uma maior vulnerabilidade às DCNT. Nesse caso, a cessação do consumo do tabaco e seus derivados, o consumo de alimentos minimamente processados e *in natura*, a moderação no uso de álcool, a prática da atividade física regular são medidas estratégicas essenciais para a proteção e a reabilitação dos níveis de saúde da população carioca e a redução das taxas de morbidade e mortalidade.

O Programa Academia Carioca foi implantado no MRJ, em 2009, com o objetivo de promover a prática de atividade física regular de forma mais acessível como um serviço ofertado nas unidades de Atenção Primária. Com a estratégia de melhorar os indicadores de saúde relacionados aos índices de inatividade física e comportamento sedentário, associados a uma maior vulnerabilidade às doenças crônicas degenerativas. Atualmente, com um alcance de mais 180 mil participantes, o Programa Academia Carioca está presente nas dez AP, distribuídas em 202 unidades de Atenção Primária, contando com 101 profissionais de educação física. O Programa agrega valor à abrangência do cuidado na Atenção Primária no município do Rio de Janeiro e, progressivamente, amplia o acesso da população às ações de promoção à saúde e consolida sua prática. Os principais benefícios observados são: 90% dos hipertensos mantêm a pressão arterial em níveis normais; 61% diminuíram o peso; 52% reduziram o risco para doenças cardiovasculares; e 20% deixaram de usar medicamentos (por prescrição médica). Nesse contexto, a implantação desse programa é um modelo de organização de boas práticas de promoção da saúde e se configura como espaço fundamental para: a) construção de ambientes saudáveis; b) fortalecimento dos cidadãos; e c) reorientação dos serviços de saúde com foco na integralidade e na equidade em saúde.

Foto 3. Alunos da Academia Carioca se exercitando em uma Clínica da Família.



Crédito: Tiago Sermarini.

O monitoramento do estado nutricional também é uma das ações fundamentais para o conhecimento da situação de saúde da população, previsto em documentos como a Portaria Interministerial n.º 710/1999, que define a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e reconhece que a alimentação e a nutrição constituem-se em requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde. A Unidade de Nutrição e Segurança Alimentar Annes Dias (UNAD) é o órgão responsável pelo assessoramento, supervisão e avaliação das ações de alimentação e nutrição no âmbito da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) registram melhora na oferta do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses (de 13% para 40%) na população carioca, no período de 1996 a 2019. Este aumento reflete o trabalho em parceria do UNAD com a Gerência da Criança, nas ações de incentivo ao aleitamento materno em creches municipais e conveniadas, bancos de leite humano, entrepostos de coleta e unidades básicas de saúde. Vale ressaltar que, em 2012, o Rio de Janeiro recebeu do Ministério da Saúde o 1º lugar do Prêmio Bibi Vogel, em reconhecimento às ações de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno desenvolvidas na cidade.

Entre os adolescentes cariocas, alunos de escolas públicas observaram, em 2019, os seguintes marcadores de alimentação saudável: 25,7% consumiam regularmente (cinco dias ou mais por semana) frutas e 72,2% feijão. Já em relação aos marcadores de alimentação não saudável, foi

registrado que 32% consumiam regularmente guloseimas, e 24% refrigerantes, segundo os dados levantados pela Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE).

Tabela 6. Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental, com consumo alimentar maior ou igual a cinco dias, por alimento saudável e não saudável nos últimos sete dias, PeNSE, 2019.

LOCAL	ALIMENTO MARCADOR DE HÁBITO SAUDÁVEL		ALIMENTO MARCADOR DE HÁBITO NÃO SAUDÁVEL	
	Feijão	Frutas	Guloseimas	Refrigerante
Brasil	60,6%	26,3%	32%	17,2%
Rio de Janeiro	72,2%	25,7%	32,0%	24,0%

Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2019.

Quanto ao perfil alimentar de adultos da cidade do Rio de Janeiro, foi observado que, em 2019, 33% consumiam frutas e hortaliças regularmente e apenas 22,2% consumiam cinco ou mais porções de frutas ou hortaliças por dia (quantidade recomendada pela Organização Mundial de Saúde); e 66,9% consumiam feijão regularmente. Com relação aos alimentos não saudáveis, 18,6% relatou o consumo regular de refrigerantes e 19,9% consumiam cinco ou mais porções de alimentos ultraprocessados por dia (Vigitel, 2020).

Ao avaliar o perfil nutricional da população carioca, as informações do SISVAN, cujos dados da cidade advêm fundamentalmente de usuários do Programa Bolsa Família, apontam que, em 2019, 18,1% das crianças menores de sete anos de idade apresentavam baixa estatura para a idade; 7%, magreza; e 32,4%, excesso de peso. Observa-se, ainda, que, no mesmo ano, cerca de 3,3% dos adolescentes do município apresentavam baixo peso e 31,1% excesso de peso corporal. Já entre os adultos, segundo o sistema de monitoramento de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), em 2019, 57,1% apresentavam excesso de peso e 21,7% obesidade.

Tabela 7. Evolução dos percentuais de população com 18 anos ou mais com excesso de peso e obesidade, por sexo, MRJ, 2017 a 2019.

VIGITEL	ANO	EXCESSO DE PESO (%)			OBESIDADE (%)		
		Masc.	Fem.	TOTAL	Masc.	Fem.	TOTAL
RJ (Capital)	2017	58,6	55,7	57,0	20,1	20,3	20,2
RJ (Capital)	2018	56,8	58,4	57,7	19,8	24,6	22,4
RJ (Capital)	2019	57,9	56,3	57,1	20,1	23,1	21,7

Fonte: Vigitel — 2017, 2018 e 2019.

Concomitantemente às estratégias de promoção da alimentação saudável, implementadas em toda a rede municipal e de monitoramento do perfil nutricional da população carioca, a SMS-Rio reafirma o compromisso de uma agenda de alimentação e nutrição, considerando a complexidade do perfil alimentar e nutricional e sua intrínseca relação com a saúde da população. Com o objetivo de combater a obesidade infantil, o município do Rio de Janeiro aderiu ao Programa Crescer Saudável, que consiste em um conjunto de ações a serem realizadas no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE), visando contribuir para a promoção da saúde, prevenção e cuidado das crianças matriculadas na Educação Infantil (creches e pré-escolas) e Ensino Fundamental I.

Além disso, a SMS-Rio está atenta ao fato de que um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela maioria das mortes por DCNT e por fração substancial da carga de doenças, dentre esses destaca-se o tabagismo, que é considerado a maior causa evitável isolada de adoecimento e mortes precoces em todo o mundo. O controle de tabagismo obteve muitas conquistas no Brasil, sendo reconhecido mundialmente pelas estratégias adotadas. Na SMS-Rio, o Programa baseia-se nas diretrizes do Programa Nacional e desenvolve atividades estratégicas dentro das unidades de Atenção Primária (nos diversos ciclos de vida), nas escolas e outros espaços do território. São ações para o fortalecimento da legislação, em parceria com o Instituto de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e de Inspeção Agropecuária (IVISA): ambientes 100% livres de fumo, com a proibição de publicidade, promoção e patrocínio de produtos de tabaco, inclusive nos pontos de venda; o tratamento para deixar de fumar; a prevenção da iniciação no tabagismo; e mobilização em datas comemorativas.

Tabela 8. Redução da prevalência de fumantes em maiores de 18 anos, Brasil, 1989, 2016, 2018, 2019 e 2020.

	ANO					
	1989 (A)	2016 (B)	2018 (B)	2019 (B)	2019 (C)	2020 (B)
Homens	43,3%	12,7%	12,1%	12,3%	15,9%	11,7%
Mulheres	27,0%	8,0%	6,9%	7,7%	9,6%	7,6%
TOTAL	34,8%	10,2%	9,3%	9,8%	12,6%	9,5%

Fontes: A) PNSN, 1989; B) MS/SVS — Vigilatel Brasil, 2016, 2018, 2019, 2020; C) PNS, 2019.

Observa-se que o percentual de adultos fumantes no Brasil apresentou uma expressiva queda nas últimas décadas. De acordo com a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), em 1989, 34,8% da população acima de 18 anos era fumante. Já em 2019, na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), eram 12,6%. Comparando a prevalência do Vigilatel entre 2016 a 2020, encontramos o percentual de 10,2% e 9,5% de fumantes, respectivamente.

Apesar da redução ao longo dos anos, a baixa escolaridade se mantém como um elemento importante associado ao tabagismo. Segundo o Vigilatel 2020, o hábito de fumar é particularmente alto entre homens com até oito anos de escolaridade (15,1%), e reduz entre homens com 12 ou mais anos de estudo (9,6%).

O tabaco contribui para o empobrecimento dos indivíduos e de suas famílias, porque os seus consumidores têm maiores chances de adoecerem, perderem produtividade e a renda. Tabaco e pobreza formam um ciclo vicioso do qual é difícil escapar. (Conselho Econômico e Social das Nações Unidas — ECOSOC, 2020).

O Programa de Tabagismo teve início na SMS-Rio no fim da década de 90, com a implantação do tratamento para deixar de fumar em 2004. A partir de 2009, com a expansão da Atenção Primária, houve uma importante ampliação da oferta de atendimento ao fumante, alcançando 213 UAP em 2016. De 2003 a 2020 foram realizados 126 cursos, totalizando 7.090 profissionais treinados. De 2011 a 2020 foram atendidos 85.999 fumantes, destes, 46.282 deixaram de fumar no primeiro mês de tratamento.

Na pandemia, com a mudança na rotina dos atendimentos nas UAP, se priorizou a abordagem individual. Ao longo de 2021 foram oferecidos cursos de educação a distância (EAD) para tratamento do fumante e, a partir de outubro, os grupos de tratamento estão sendo retomados.

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

2.2.1 Atenção Primária

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde. É orientada e se caracteriza pelos seus atributos essenciais e derivados: ser o acesso de primeiro contato, cultivar a longitudinalidade, coordenar o cuidado, prover serviços com abrangência, ter orientação familiar e comunitária, e desenvolver competência cultural. Suas ações se desenvolvem no território, que define o padrão de acesso dos usuários e permite maior integração da equipe de saúde com a comunidade assistida.

A partir de 1970, houve um crescente incentivo para a estruturação da rede por meio da APS, em que se esperava resolutividade de até 85% dos problemas de saúde a ela apresentados com menores custos financeiros ao sistema. Isso se dá, pois o principal recurso da APS está na amplitude de habilidades dos profissionais e na menor complexidade de equipamentos e insumos necessários.

No Brasil, o modelo prioritário para a estruturação da APS no SUS é a Estratégia Saúde da Família (ESF), que surgiu inicialmente como programa na década de 1990 e rapidamente evoluiu para política de Estado, já tendo amalhado sólidas evidências de desfechos positivos em saúde pública ao longo das últimas décadas. Desde 2009, com a expansão da atenção primária, o município do Rio de Janeiro adotou este modelo como prioritário.

Em 2008, a cobertura populacional pela ESF era de 3,5%. Com a inauguração de 116 clínicas da família e a implantação de 1.107 equipes, a cobertura atingiu 70% da população em 2016. Na contramão das crescentes evidências de maior qualidade assistencial e indicadores de saúde, a ex-

pansão da APS foi preterida em anos recentes, com desinvestimento e redução de equipes e consequente desassistência à população. Em 2020, a cobertura populacional pela ESF chegou a 49%.

A expansão da ESF no Rio de Janeiro se iniciou por áreas de vazio assistencial, com o objetivo de ampliar a cobertura por contiguidade sempre que possível. Equipes de Saúde da Família foram implantadas em equipamentos tradicionais de saúde, como os centros municipais de saúde e polí-clínicas, mas unidades de saúde novas eram necessárias. Assim, foi criado e implantado o modelo de clínicas da família.

Atualmente, a rede de Atenção Primária é composta por três tipos de unidades: Clínica da Família (CF), onde todo o território é coberto por equipes de Saúde da Família; Centro Municipal de Saúde (CMS), onde parte ou totalidade do território é coberta por equipes de Saúde da Família; e Centro de Saúde Escola (CSE), que são unidades de ensino-aprendizagem onde todo o território é coberto por equipes de Saúde da Família.

As clínicas da família são serviços de saúde implantados pela SMS-Rio mediante contratos de gestão com organizações sociais. São unidades de saúde com estrutura ideal de atendimento na ESF, equipadas com suporte diagnóstico: raios-X, ultrassom, eletrocardiograma e posto de coleta para exames laboratoriais. Também dispõem de inovações tecnológicas, consultórios informatizados, prontuário eletrônico e acesso à banda larga. Essas condições, todavia, não se restringem aos aspectos estruturais e incluem desde a valorização dos profissionais de saúde, passando pela forma e pelo valor de contratação, chegando à incorporação da residência médica, para garantir a oferta de profissionais especialistas em medicina e enfermagem de família e comunidade que possibilitem a expansão da rede de clínicas da família.

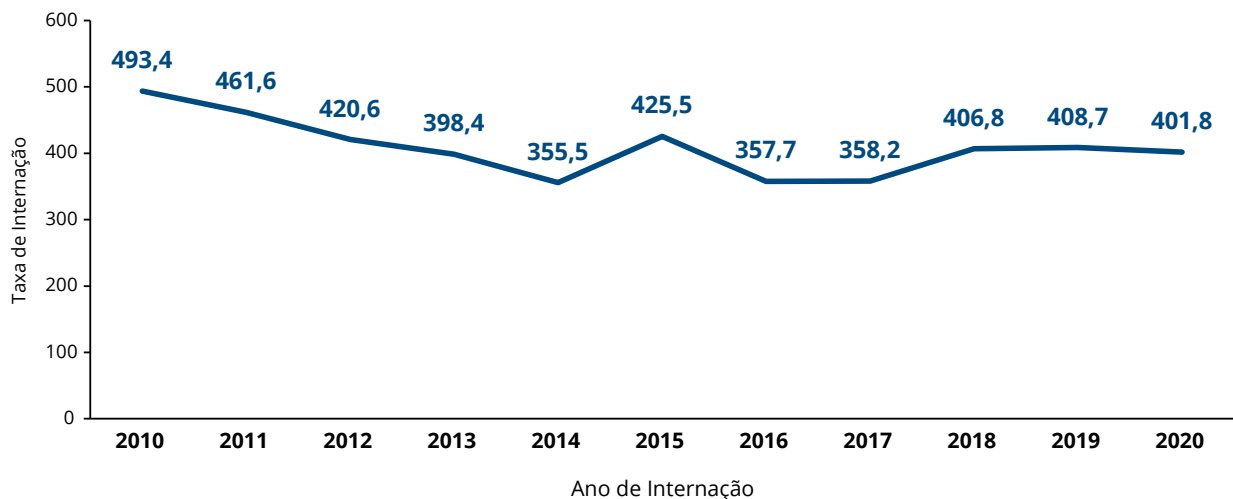
Os itens destacados, a seguir, evidenciam o crescimento da atenção primária na cidade: a) 128 Clínicas da Família; b) 105 Centros Municipais de Saúde; c) 3 Centros Saúde Escola; d) 1.136 equipes de Saúde da Família; e) 1.136 equipes de Saúde da Família com Programa Saúde na Escola; f) 75 Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB); g) 358 equipes de Saúde Bucal; h) aumento significativo no volume de procedimentos realizados pelas unidades de atenção primária; e i) cobertura em todas as APs.

Para além dos investimentos na valorização profissional e nas instalações das unidades, a SUBPAV produz documentos técnicos que são norteadores da rede de APS. A qualificação assistencial se dá pela educação permanente e continuada, incentivada e promovida pela SUBPAV e pelas Coordenações de Área Programáticas (CAP), mas encontra nos Guias de Referência Rápida o seu paradigma da qualidade esperada pelas equipes de saúde. Desde 2011, a SMS-Rio instituiu a Carteira de Serviços da APS, documento pioneiro no Brasil e inspirado em experiências exitosas de países com APS forte. Revisada em 2016 e 2021, a nova versão da Carteira traz informações para a organização do serviço e a relação de ações que os profissionais devem garantir e os usuários devem encontrar nas unidades de saúde.

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

Além disso, o papel de coordenação do cuidado das equipes de Atenção Primária é reforçado pela descentralização da regulação ambulatorial. Atualmente, as unidades de atenção primária do município ficam responsáveis pelo acompanhamento das famílias em todas as etapas do ciclo de vida. Realizam a regulação de exames/consultas especializadas solicitados pela própria unidade, cabendo ao médico responsável técnico a regulação do acesso dos usuários de seu território para outros níveis de complexidade. Com isso, estimula-se o vínculo entre usuários e profissionais, permite-se que a equipe advogue pelo paciente, e garante-se a coordenação do cuidado e o retorno do paciente para a unidade de atenção continuar seu acompanhamento e/ou tratamento.

Gráfico 24. Taxa de internações por condições sensíveis à Atenção Primária, MRJ, 2010 a 2020.



Fonte: <https://www.saude.rj.gov.br/informacao-sus/dados-sus#PRODSIH>

Considerando que um dos eixos estratégicos da gestão é a formação profissional em serviço para consequente qualificação da assistência prestada, estruturou-se, em 2011, o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) da SMS-Rio, que oferece 150 vagas anuais e visa formar profissionais médicos por meio do desenvolvimento de competências específicas e capazes de resolver 85% dos problemas de saúde da população.

Em 2015 foi criado o Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade (PREFC), com a oferta de 60 vagas, por meio do convênio com as instituições de ensino UNIGRANRIO, UERJ e UFRJ, estando os dois últimos ainda vigentes. O PREFC tem como objetivo a formação de enfermeiros altamente qualificados e resolutivos na prática clínica da APS, no que compete ao seu exercício profissional, e está pautado no compromisso ético e político com a construção do SUS e com uma prática integradora e continuada, em equipe multidisciplinar, inserida nas comunida-

des, reconhecendo o processo de trabalho como eixo norteador da formação, desenvolvido na compreensão de que as práticas da APS apresentam complexidades e requerem a incorporação de novos valores, devolvendo à sociedade profissionais que consigam apoiar a construção da autonomia dos sujeitos.

Em 2019 foi feito o cadastramento da SMS-Rio junto ao Ministério da Educação (MEC) enquanto instituição proponente do PREFC, garantindo ao MRJ a autonomia para a formação integral de especialistas em Enfermagem de Família e Comunidade. O Programa teve início em 2020, e inicialmente seriam ofertadas 26 vagas, mas, com o advento da pandemia, houve a ampliação de mais 24 vagas. Chegando a oferta de 50 vagas/ano.

Os resultados esperados por meio do investimento na formação profissional são uma rede assistencial que garanta acesso à população, construa vínculo e seja testemunha das histórias da comunidade, coordene o cuidado e ordene a rede, e ofereça uma relação abrangente de serviços com eficiência e resolutividade.

O monitoramento dos principais indicadores de saúde é fundamental para balizar as ações da APS e calibrar os norteadores da SMS-Rio. No gráfico 24 é apresentado o indicador de Internações por Condições Sensíveis à APS (ICSAPS), que reflete a capacidade da rede de evitar internações pelas condições tratáveis e preveníveis na APS.

Ainda há desafios. A rede é composta de forma heterogênea e o provimento e a fixação de profissionais, especialmente em áreas conflagradas pela violência, se traduzem em dificuldade para a fixação dos mesmos. A expansão da APS é fundamental, com recuperação da cobertura populacional, e a formação de recursos humanos com qualidade técnica prevalecendo como motor dessa expansão.

2.2.2 Saúde Bucal

O acesso e a utilização de ações e serviços de saúde bucal constituem um direito público da população brasileira. Segundo dados do IBGE de 2019, 7,4% da população fluminense, com mais de 18 anos, perderam 13 dentes ou mais, e 18% desta população perderam todos os dentes. Na mesma pesquisa, o instituto apontou que menos da metade deste grupo consultou um dentista nos 12 meses anteriores ao levantamento. As populações socioeconomicamente menos favorecidas são as mais afetadas por agravos, causando baixa autoestima e gerando dificuldades de inserção no mercado de trabalho. Com o objetivo de superar as desigualdades, foram estabelecidas, em 2004, as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), que apresenta como eixos estruturantes a garantia do acesso universal e a assistência integral em saúde bucal.

Foto 4. Consultório de Saúde Bucal em uma Clínica da Família.



Crédito: Joanna Chigres.

Os agravos de saúde bucal no Brasil foram reconhecidos como problemas de saúde pública devido à prevalência, à gravidade e ao impacto individual e comunitário, que exigem custos elevados e efetivos métodos de prevenção e controle. Os cinco principais agravos que acometem a saúde bucal no Brasil em virtude de sua prevalência e gravidade são: cárie dentária, doença periodontal — gengivite e periodontite, edentulismo, maloclusão, câncer de boca, fluorose dentária e traumatismos dentários. Cabe ressaltar que a saúde bucal tem efeito sobre outras doenças crônicas como diabetes e hipertensão, podendo comprometer a qualidade de vida e bem-estar (BRASIL, 2018).

Os principais agravos citados são problemas de saúde sensíveis aos cuidados primários de saúde ofertados pelas equipes de Saúde Bucal (eSB), que são a principal porta de entrada à atenção odontológica na Atenção Primária, ofertando ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, procedimentos clínicos, recuperação, vigilância, apoio aos cuidados paliativos e na redução de danos. A rede de saúde bucal do município do Rio de Janeiro estrutura-se com 404 equipes de Saúde da Família (eSF) com eSB, 18 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) — instalados em centros municipais de saúde ou policlínicas, além de 4 Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD).

A SUBPAV, com o objetivo de melhorar as condições de saúde bucal dos cariocas, propõe, nos próximos quatro anos, as seguintes ações para fortalecer a rede de saúde bucal: aumento do número

de equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária, qualificação dos profissionais da atenção primária e secundária com atividades regulares de educação permanente e também com a inserção de novas tecnologias de cuidado, renovação do parque tecnológico com a compra de novos equipamentos para os atendimentos clínicos e para o Serviços Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT), além de ofertar o serviço de prótese dentária em número suficiente para atender à demanda de encaminhamentos das equipes de saúde bucal.

Foto 5. Atendimento de Saúde Bucal em uma Clínica da Família.



Crédito: Joanna Chigres.

2.2.3 Consultório na Rua

A População em Situação de Rua (PSR) historicamente corresponde a um grupo de grande vulnerabilidade na sociedade e fomenta discussões importantes para a proposição de políticas públicas de saúde do Brasil.

No ano de 2010 foi criado o projeto “Saúde em Movimento nas Ruas”, que serviu como base de construção para formar equipes de Consultório na Rua. Em 2011, a estratégia Consultório na Rua consolidou-se por meio da Política Nacional de Atenção Básica (2011). Atualmente, no município do Rio de Janeiro a rede está composta por 7 Consultórios na Rua, que integram equipes que atuam de maneira multiprofissional e intersetorial com o propósito de desenvolver ações voltadas para a orientação e o cuidado à saúde de pessoas que vivem em situação de rua.

A atuação das equipes é de forma itinerante pelas ruas, desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção e acompanhamento, principalmente nos casos de tuberculose, infecções sexualmente transmissíveis, hepatites virais, doenças de pele, pré-natal e questões relacionadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. Além disso, essas equipes são responsáveis por auxiliar no acesso ao sistema de abrigamento/acolhimento (quando desejado pelo usuário), na obtenção de documentação civil e demais benefícios sociais.

O atendimento à saúde da população em situação de rua é de responsabilidade da rede de Atenção Primária. É importante ressaltar que, mesmo que haja uma equipe de Consultório na Rua em determinada região do município, o atendimento a essa população não é exclusivo do Consultório na Rua. O atendimento deve ser compartilhado com as demais unidades de saúde (unidades de Atenção Primária, policlínicas, UPAs, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais de urgência e emergência), compreendendo a importância e a necessidade de ampliar o acesso desta população à saúde.

Por fim, o papel do Consultório na Rua é ampliar a oferta de um cuidado integral à população em situação de rua que se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, identificando suas necessidades e buscando construir uma atenção compartilhada e em rede.

Foto 6. Ação de agentes sociais do Consultório na Rua.



Crédito: Tainã Ottoni.

2.2.4 Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foram criados em 2008 pela portaria ministerial n.º 154, de 24 de janeiro, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Primária no Brasil, ampliando a oferta de ações e serviços na rede do sistema de saúde.

Em 2011, o município do Rio de Janeiro implantou as primeiras NASF-AB, totalizando 42 para compor a rede de Atenção Primária. Atualmente, o município conta com 75 equipes NASF-AB que são compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento. Atuam de maneira integrada apoiando as equipes de Saúde da Família, o Programa Academia Carioca e as equipes do Consultórios na Rua, de forma a compartilhar práticas e saberes em saúde nos territórios de sua responsabilidade.

A atuação das equipes NASF-AB permite realizar atividades individuais ou compartilhadas entre profissionais, como atendimentos, grupos educativos ou visita domiciliar. Essas práticas têm como objetivo produzir maior capacidade de resolução das equipes de Saúde da Família das condições de saúde identificadas no território de atuação e responsabilidade sanitária. Assim, as equipes NASF-AB constituem-se de notória relevância para a ampliação da clínica, bem como na atuação intersetorial com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde.

2.2.5 Reabilitação

A informação sobre a deficiência para a sociedade traz à luz um tema denso e desconhecido, onde o olhar para a incapacidade deve dar lugar à compreensão das potencialidades individuais, independentemente do corpo físico, e que facilitadores promovem equidade e capacitismo promove exclusão.

Pessoa com deficiência é aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. (Brasil, 2015) Esta definição da Lei Brasileira de Inclusão ressalta a importância de eliminar todas as barreiras, para que a deficiência não seja, por si só, um fator de risco, e de fomentar a implantação de políticas públicas inclusivas, com facilitadores para a inclusão biopsicossocial plena das pessoas com deficiência com igualdade de oportunidades de acesso a todos os serviços, diminuindo a morbidade e a mortalidade relacionadas à deficiência, melhorando qualidade de vida independente e aumentando a participação social. O processo de re/habilitação engloba aspectos para a melhora da funcionalidade do indivíduo, da mesma forma que deve envolver as relações interpessoais e com os ambientes, trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar, pensando em espaços acessíveis e inclusivos.

O Censo 2010 divulga a porcentagem de 23,9% de pessoas com deficiência. Porém, um estudo realizado pelo Grupo de Washington, faz uma releitura dos dados e publica a Nota Técnica n.º 01/2018 — IBGE, trazendo a porcentagem de 6,7% de pessoas com deficiência, porque passa a

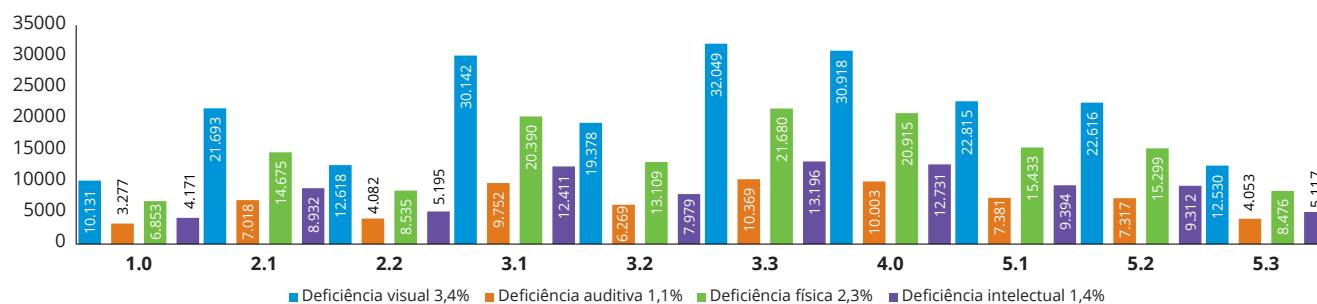
considerar somente indivíduos que responderam que tinham grande dificuldade ou não conseguiam de modo algum realizar atividades. Abaixo apresentamos a relação de pessoas com deficiência no município do Rio de Janeiro por Área de Planejamento.

Tabela 9. Panorama das pessoas com deficiência por AP, MRJ, 2010.

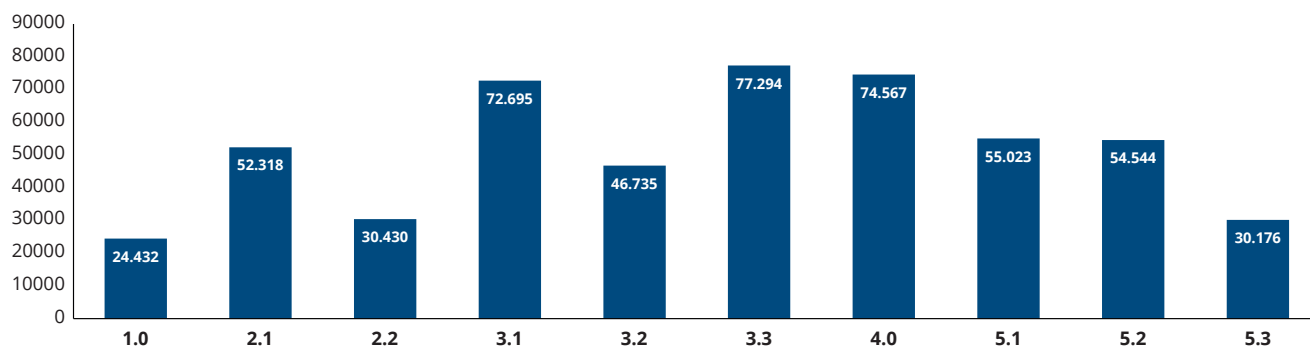
AP	POP. CENSO 2010	DEFICIÊNCIA VISUAL 3,4%	DEFICIÊNCIA AUDITIVA 1,1%	DEFICIÊNCIA FÍSICA 2,3%	DEFICIÊNCIA INTELECTUAL 1,4%	TOTAL
1.0	297.976	10.131	3.277	6.853	4.171	24.432
2.1	638.050	21.693	7.018	14.675	8.932	52.318
2.2	371.120	12.618	4.082	8.535	5.195	30.430
3.1	886.551	30.142	9.752	20.390	12.411	72.695
3.2	569.970	19.378	6.269	13.109	7.979	46.735
3.3	942.638	32.049	10.369	21.680	13.196	77.294
4.0	909.368	30.918	10.003	20.915	12.731	74.567
5.1	671.041	22.815	7.381	15.433	9.394	55.023
5.2	665.198	22.616	7.317	15.299	9.312	54.544
5.3	368.534	12.530	4.053	8.476	5.117	30.176
TOTAL	6.320.446	214.890	69.521	145.365	88.438	518.214

Fonte: IBGE. Censo Demográfico de 2010.

Gráfico 25. Panorama das pessoas com deficiência por AP, MRJ, 2010.



Fonte: IBGE. Censo Demográfico de 2010.

Gráfico 26. Total de pessoas com deficiência por AP, MRJ, 2010.

Fonte: IBGE. Censo Demográfico de 2010.

A fim de garantir direitos à saúde, à assistência, à educação, ao lazer e à cultura, as políticas públicas devem priorizar a acessibilidade em todos os aspectos e para todas as deficiências, diminuindo as barreiras e aumentando as oportunidades. A Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência no MRJ está organizada de forma integrada com os outros pontos de atenção da rede de saúde, com a oferta disponibilizada no sistema de regulação ambulatorial, e conta com cinco Centros Especializados em Reabilitação habilitados pelo Ministério da Saúde, com financiamento de custeio no Fundo Municipal de Saúde, pelo teto de média e alta complexidade e outras cinco unidades de saúde com serviços de reabilitação, a saber:

- 1 (uma) unidade própria habilitada como CER IV, nas modalidades de reabilitação física, auditiva, visual e intelectual;
- 1 (uma) unidade própria habilitada como CER II, nas modalidades de reabilitação física e auditiva;
- 1 (uma) unidade própria habilitada como CER III, nas modalidades física, auditiva e intelectual;
- 1 (uma) unidade própria com habilitação única em auditiva;
- 1 (uma) unidade contratualizada com o município, habilitada como CER II, nas modalidades de auditiva e intelectual;
- 1 (uma) unidade contratualizada com o município, habilitada nas modalidades física e intelectual.

As unidades habilitadas como Centros Especializados em Reabilitação (CER) possuem programas de dispensação de tecnologia assistiva para potencializar o processo de reabilitação e promover inclusão, conforme exposto no quadro 2.

Quadro 2. Relação de programas de dispensação de tecnologias assistivas, MRJ, janeiro/2021 a agosto/2021.

PROGRAMAS	DISPENSAÇÃO
Bolsa de ostomia e adjuvantes	276.006
Aparelho auditivo	4.056
Meio auxiliar de locomoção	1.185
Órtese e prótese	2.674
Visual — bengala articulada	42

Fonte: TABNET Municipal — janeiro a agosto/2021.

Além destes, também são disponibilizados os seguintes recursos:

- Aparelhos de amplificação sonora individual;
- Sistema de frequência modulada individual;
- Implante coclear;
- Prótese de membros.

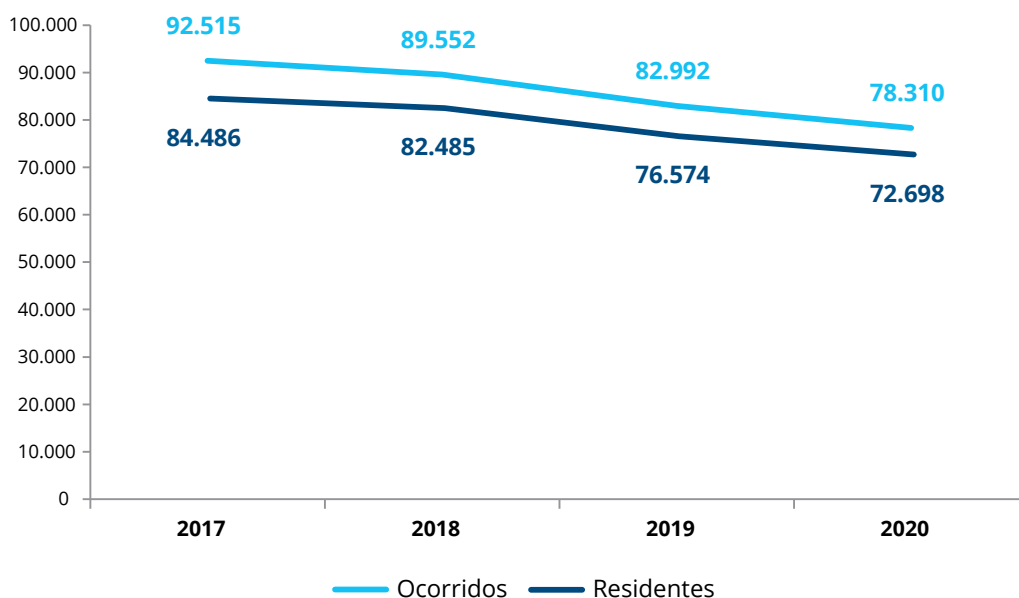
2.2.6 Atenção Hospitalar e Maternidades

A política de qualificação da atenção e rede perinatal na cidade do Rio de Janeiro compreende a participação das maternidades municipais orientadas pelas melhores evidências nas práticas obstétricas e neonatais. A atenção perinatal gerenciada pela SMS-Rio é composta por 11 maternidades e uma casa de parto. Desde 2017, as unidades do MRJ são responsáveis por cerca de 90% dos nascimentos na “população SUS”.

Quanto à variação da capacidade instalada municipal no período de 2017 a 2020, podemos referir a transferência do Serviço de Obstetrícia e Neonatologia do Hospital Municipal Ronaldo Gazolla para o Hospital Maternidade Alexander Fleming, resultado da necessidade de tornar o Hospital Ronaldo Gazolla, a partir de março de 2020, em uma das unidades de referência para atendimento dos casos de covid-19.

A mortalidade materna é um indicador de saúde que reflete a qualidade da atenção prestada à saúde da mulher. No município do Rio de Janeiro, ela atinge de forma desigual as dez áreas programáticas existentes da cidade, constituindo, dessa forma, um desafio diário em busca da redução da razão de mortalidade a índices aceitáveis internacionalmente de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Em 2020, ocorreram 78.310 mil nascimentos na cidade do Rio de Janeiro. Na rede SUS nasceram 51.067, dos quais 44.979 (88%) nas maternidades da rede pública da cidade. Além disso, conforme a SMS-Rio (SUBHUE — Relatório de Gestão 2017 a 2020), as maternidades do MRJ têm a mais baixa proporção de partos cesáreos (34,3% em 2020).

Gráfico 27. Evolução de nascimentos no MRJ, 2017 a 2020.

Fonte: SINASC (em 09/07/2021).

Neste sentido, implantado a partir de 2011, o programa Cegonha Carioca reafirmou o compromisso da SMS-Rio com a qualidade, a segurança e a humanização na atenção à mulher e à criança no Rio de Janeiro, para garantir a estrutura adequada e a qualidade da atenção à saúde de gestantes e bebês na cidade, acompanhando a expansão da Atenção Primária responsável pelo atendimento pré-natal, com a ampliação de leitos obstétricos aliada aos investimentos realizados nas demais maternidades da rede municipal.

Foto 7. Parto humanizado em uma unidade de saúde da rede SMS-Rio.

Crédito: Edu Kapps.

O programa Cegonha Carioca está integrado a um conjunto de outras estratégias permanentes nas maternidades municipais e foi decisivo no compromisso da SMS-Rio com a erradicação da peregrinação de gestantes, da superlotação em algumas maternidades e na perspectiva de redução da mortalidade materna e neonatal. O programa tem como diretriz promover o prazer e a dignidade na vivência da gestação, do parto e do nascimento, e contribuir para a redução da mortalidade materna e neonatal, por meio das seguintes iniciativas: Referência Pré-natal e Maternidade; Acolhimento e Classificação de Risco; e Transporte.

Além de incentivar a realização do pré-natal, a partir de uma extensa articulação da SMS-Rio com todas as maternidades públicas da cidade, foi estabelecida uma rede de referência que garanta a linha de cuidado à gestante, da atenção pré-natal ao parto e nascimento. Com o decreto de emergência sanitária em decorrência da pandemia de covid-19, as visitas de vinculação que ocorriam a partir da 28ª semana de gestação foram suspensas por meio da Resolução Municipal n.º 4.369, de 15 de abril de 2020, publicada no D.O. Rio em 17 de abril de 2020. Dentre as ações para mitigar os efeitos da suspensão temporária e propiciar a vinculação das gestantes e seus acompanhantes às maternidades de referência, foram elaborados vídeos para a realização do Tour Virtual em cada maternidade municipal e na Casa de Parto David Capistrano Filho.

Foto 8. Kit Cegonha Carioca entregue às gestantes pelas maternidades de referência.



Crédito: Renata Missagia.

As maternidades municipais contam com equipe exclusiva para o acolhimento e a classificação de risco das gestantes, garantindo, desde a chegada, a tranquilidade, o apoio e a boa prática clínica obstétrica e neonatal. Por fim, as gestantes cadastradas no Cegonha Carioca contam, também, com uma ação adicional do programa: ambulâncias para o transporte no momento do parto para a maternidade de referência escolhida por elas. Atualmente, o município conta com 10 ambulâncias Cegonha baseadas nas diferentes regiões geográficas da cidade. Esta ação vem se configurando como uma estratégia fundamental para a continuidade do cuidado no pré-natal, referências e organização da rede de atenção obstétrica na cidade.

Quadro 3. Dados do programa Cegonha Carioca no MRJ, 2011 a 2021.

PROGRAMAS	DISPENSAÇÃO
Módulo Pré-Natal/Maternidade de referência	320.890 gestantes visitaram as maternidades e receberam o enxoval
Módulo Acolhimento e Classificação de Risco	1.117.235 mulheres acolhidas e classificadas
Módulo Transporte	143.746 gestantes atendidas pelas Ambulâncias Cegonha

Fonte: Subhue/SMS-Rio.

2.2.7 Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso

O município do Rio de Janeiro, visando ofertar uma assistência prioritária às pessoas com 60 anos ou mais, lançou em 2010 o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI), que, atualmente, estende sua cobertura assistencial para todas as faixas etárias. Desta forma, a sigla PADI possui equivalência nos demais programas da municipalidade com a sigla SAD (Serviço de Atenção Domiciliar).

Foto 9. Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso.



Crédito: Renato Croce

A Atenção Domiciliar foi redefinida pela Portaria MS/GM n.º 2.527, de 27 de outubro de 2011, e caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade do cuidado e integrada à rede de atenção à saúde. O objetivo é a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar, para a humanização da atenção à saúde, a redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou a redução do período de permanência de usuários internados, viabilizando a disponibilização de leitos hospitalares para a retaguarda das urgências e a preservação dos vínculos familiares, além da ampliação da autonomia dos usuários e familiares para o cuidado em saúde.

Trata-se de uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes e que visa cuidar de pacientes portadores de doenças que necessitam de cuidados contínuos que possam ser feitos em residência, portadores de incapacidade funcional provisória ou permanente oriundos de internações prolongadas e/ou recorrentes, com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção, em cuidados paliativos e outros agravos passíveis de recuperação funcional. A proposta é desinstitucionalizar pacientes que se encontram internados em serviços hospitalares; evitar hospitalizações desnecessárias; e apoiar as equipes de Atenção Primária no cuidado aos pacientes que se beneficiarão da atenção à saúde prestada no domicílio.

Seguindo os princípios do SUS, promover o acesso, o acolhimento e a humanização são os pontos chave do PADI, que tem como eixo central de um Serviço de Atenção Domiciliar a continuidade do cuidado que permite agilizar o processo de alta hospitalar segura com o seguimento do cuidado no domicílio. O propósito de um serviço de atenção domiciliar é minimizar intercorrências clínicas no ambiente hospitalar prolongado, como infecções hospitalares, lesões por pressão, *delirium* e outros, fornecendo, também, suporte emocional para pacientes em estado grave ou terminal e seus familiares. O processo de desospitalização ou de admissão de pacientes a partir da Atenção Primária instituiu como critério de eleição o cuidador, que pode ser um parente, um vizinho ou qualquer outra pessoa com vínculo emocional com o paciente e que se responsabilize pelo cuidado junto aos profissionais de saúde e que seja candidato ao programa. São ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde que trazem um escopo amplo de objetivos e finalidades para as equipes que cuidam dos pacientes no domicílio, não focando somente na assistência, mas também se utilizando de estratégias para a educação em saúde e tendo como finalidade primordial o aumento no grau de autonomia do paciente, de seu cuidador e familiares.

A continuidade do cuidado possibilita que não existam rupturas no cuidado prestado ao paciente, ao potencializar a construção de “pontes” entre os pontos de atenção e a pessoa, em seu próprio domicílio. Assim, a integração às Redes de Atenção à Saúde potencializa a transversalidade da assistência ao colocar o usuário e suas necessidades no centro, devendo estar integrada à rede de atenção à saúde. O serviço propicia o uso mais adequado dos recursos, pois o leito, ao ser desocupado para que o paciente seja cuidado no domicílio, não é desativado, sendo imediatamente ocupado por outro que realmente necessita dessa modalidade de atenção, propiciando a otimização dos recursos.

O PADI é composto por 11 equipes multidisciplinares de atenção domiciliar (EMAD), que são compostas por médico, fisioterapeuta, enfermeiro e técnico de enfermagem, e seis equipes multidisciplinares de apoio (EMAP), com assistente social, dentista, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. Cada EMAP atende 90 usuários. O município conta com seis bases do PADI distribuídas de forma estratégica nas áreas programáticas: (1) Hospital Municipal Paulino Werneck; (2) Hospital Municipal Miguel Couto; (3) Hospital Municipal Salgado Filho; (4) Hospital Municipal Francisco de Souza Telles; (5) Hospital Municipal Lourenço Jorge; e (6) Hospital Municipal Rocha Faria.

Desta forma, o PADI presta assistência domiciliar interdisciplinar a idosos, adultos e crianças em situação de restrição ao leito ou ao domicílio para fins de tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e prevenção de agravos. O fluxo de entrada é pela captação direta nos hospitais municipais, CER e UPA e da regulação pelo SISREG dos usuários provenientes dos hospitais estaduais e federais, assim como da Atenção Primária. Com a reestruturação da rede de média complexidade, o PADI busca continuamente reduzir o tempo de permanência no serviço por meio da adequada reabilitação e da ampliação progressiva da meta de usuários atendidos.

Visando à integralidade da assistência, o PADI construiu um Protocolo de Desospitalização de

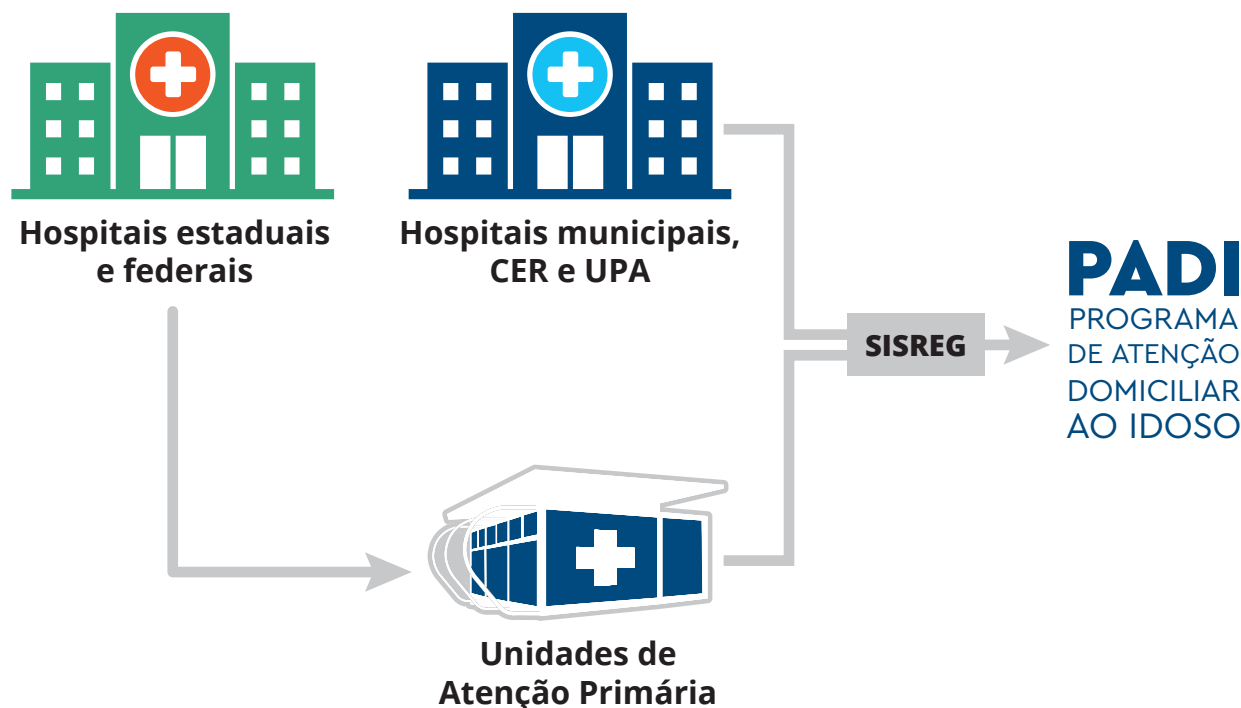
Pacientes com a covid-19 nos hospitais do município, incluindo monitoramento telefônico que permitiu a identificação dos sinais de deterioração clínica, possibilitando uma tomada de decisão assertiva com visitas presenciais de profissionais treinados para o manejo dos pacientes e com programa de reabilitação direcionado para a patologia. Somente em 2021 foram desospitalizados 53 pacientes pós-covid do Hospital Municipal Ronaldo Gazolla.

Em continuidade às ações pós-covid, foi realizado pela SMS-Rio treinamento para a reabilitação dos usuários acometidos por esta infecção e sob cuidados domiciliares. Para a manutenção do cuidado domiciliar, um protocolo de reabilitação pós-covid para a atenção domiciliar encontra-se em construção, buscando o estreitamento dos laços para a desospitalização desses pacientes.

Além disso, foram implementadas ações de reforço na vacinação contra a covid-19. Assim, o PADI, em colaboração com a Atenção Primária, realizou a vacinação em ambiente domiciliar de pacientes com restrição ao domicílio, mesmo pacientes que receberam alta do Programa e com seguimento na APS, de forma a agilizar a vacinação neste grupo prioritário.

O PADI apresenta como linhas de cuidado: a reabilitação; os cuidados paliativos; a educação de cuidados e os cuidados pediátricos.

Figura 2. Fluxo de encaminhamento ao PADI-MRJ.



Fonte: SMS-Rio, Padi, abril 2021. Arte: Ascom/SMS-Rio.

Em conformidade com o Art. 544, será inelegível para a Assistência Domiciliar o usuário que apresentar pelo menos uma das seguintes situações: necessidade de monitorização contínua, necessidade de

assistência contínua de enfermagem, necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência, necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência e /ou necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento.

Para inclusão no PADI do MRJ, em conformidade com os Critérios Administrativos de Elegibilidade, é necessário: residir no município do Rio de Janeiro (exceto Paquetá), possuir cuidador (formal ou informal) que se responsabilizará pelo cuidado, ser paciente restrito ao leito ou possuir limitação que o impeça de sair de casa, residir em local que permita o acesso de profissionais de saúde, possuir laudo médico com encaminhamento ao PADI (desde que de acordo com os critérios clínicos de elegibilidade).

O usuário também deverá atender aos Critérios Clínicos de Elegibilidade: ter estabilidade clínica necessária à alta hospitalar, não necessitar de monitorização contínua, não necessitar de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência e/ou não necessitar de assistência contínua de enfermagem.

2.2.8 Urgência e Emergência

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) tem como finalidade ampliar e organizar o acesso humanizado e integral dos usuários em situações de urgência e emergência por meio da integração de todos os componentes e serviços de saúde, de forma integrada, articulada, sinérgica, ágil e adequada. Como componentes e interfaces da RUE estão as Unidades de Atenção Primária; as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e os Centros de Emergência Regionais (CER); as portas hospitalares de atenção às urgências e emergências; as enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos; o SAMU 192 e a Atenção Domiciliar.

Sendo assim, a RUE, como rede complexa e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, saúde mental etc.), é composta por diferentes unidades de atendimento, que atuam de forma a se complementarem, proporcionando o atendimento de urgência adequado para cada situação. Transversalmente, devem estar presentes em todos os componentes desta assistência: o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso.

A ampliação da Rede de Urgência e Emergência, por meio do modelo assistencial pré-hospitalar da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e da implantação dos Centros de Emergência Regional (CER), reafirmam o compromisso de agilizar a assistência em rede de forma integrada. No entanto, o enfrentamento das situações de urgência e emergência e de suas causas requer não apenas a assistência imediata, mas inclui também ações integradas de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, tratamento contínuo das doenças crônicas, a reabilitação e os cuidados domiciliares, para que se possa garantir um processo contínuo de assistência à saúde.

Desta forma, buscando cumprir todos os requisitos desta assistência, a RUE apresenta como estratégias prioritárias: a articulação entre os seus componentes; a definição da atenção domiciliar organizada por intermédio das equipes; a Multidisciplinariedade da Atenção Domiciliar (eMAD) e das Equipes Multidisciplinares de Apoio (eMAP); a organização dos leitos de retaguarda clínicos; a qualificação da atenção ao paciente crítico ou grave por meio da qualificação das unidades de terapia intensiva; a qualificação da atenção ao paciente pela organização das linhas de cuidado cardiovascular, cerebrovascular e traumatológico e a qualificação das portas hospitalares de urgência e emergência.

No que se refere à distribuição de leitos para assistência clínica ou cirúrgica, esta é dinâmica, possibilitando adequar à capacidade instalada às necessidades epidemiológicas da população. Assim, em um evento com múltiplas vítimas, os leitos clínicos de um ou mais hospitais podem ser convertidos em leitos cirúrgicos, da mesma forma que os leitos cirúrgicos podem ser convertidos em leitos clínicos em situações de epidemia.

Dados epidemiológicos recentes em nossa cidade indicam que, além de uma acelerada progressão de mortes por causas externas, com ênfase nas violências e nos traumas, que se tornaram a quarta causa de óbitos no total, as doenças infecciosas assumiram a primeira posição nas causas de óbito em 2020 e 2021, devido à pandemia pelo coronavírus. Além disso, as doenças crônicas não transmissíveis, como infarto agudo de miocárdio e acidente vascular cerebral, se destacam como relevantes problemas de saúde com elevadas taxas de óbito, demandando uma nova conformação do sistema, com ações que garantam um acompanhamento longitudinal dos usuários e de suas respectivas necessidades de saúde.

Conforme consulta ao SCNES, o município do Rio de Janeiro conta com 14 hospitais que recebem pacientes com agravos de urgência ou emergência, sendo nove hospitais de gestão municipal, dois hospitais de gestão estadual e três hospitais de gestão federal. Esses 14 hospitais possuem 1.047 leitos cirúrgicos, 974 leitos clínicos, 692 leitos obstétricos e 287 leitos pediátricos (clínicos e cirúrgicos), além de 1.112 leitos complementares (DATASUS — setembro/2021). Essas unidades dispõem de serviço de análises clínicas (laboratório) 24 horas, eletrocardiografia, endoscopia digestiva alta, hemodiálise, hemotransfusão, tomografia computadorizada 24 horas e ultrassonografia.

Foto 10. Hospital Municipal Souza Aguiar, a maior emergência do município do Rio de Janeiro e a segunda maior emergência da América Latina.

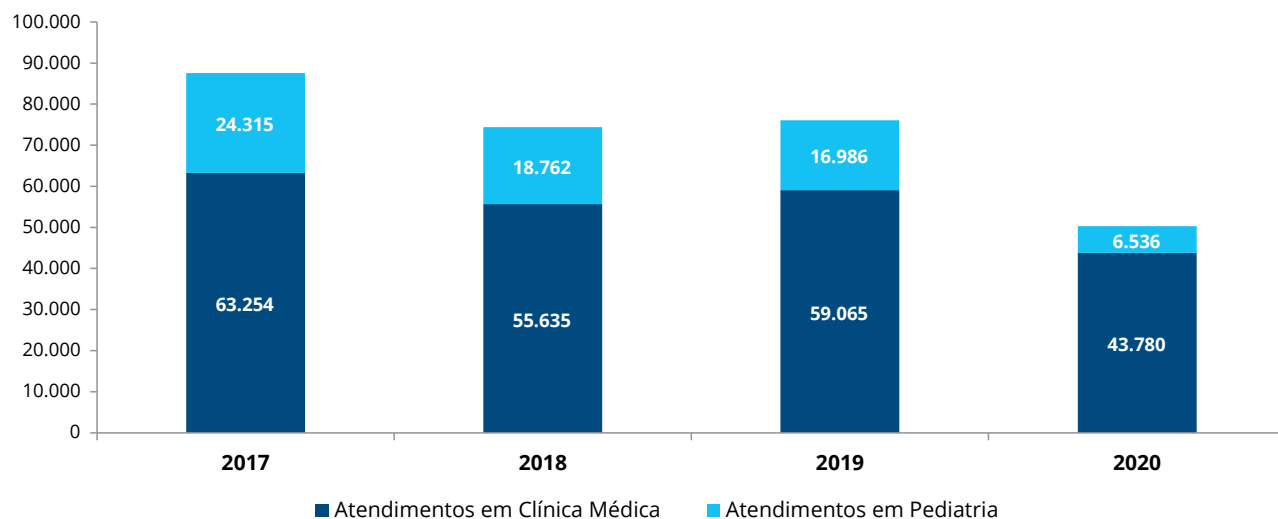


Crédito: Belle Paiva.

É importante ressaltar a importância da articulação dos diversos pontos de atenção, permitindo uma melhor assistência de forma pactuada entre as três esferas de gestão. O componente hospitalar de atenção às urgências deverá garantir e organizar a retaguarda de leitos para a rede de atenção às urgências. Desta forma, o município do Rio de Janeiro conta com seis hospitais de retaguarda de menor porte, além de quatro unidades psiquiátricas, com atendimento de casos direcionados às diversas especialidades clínicas e cirúrgicas. Completam a rede dois hospitais pediátricos e um de geriatria. Os pacientes são referenciados para essas unidades a partir da Atenção Primária (clínicas da família ou centros municipais de saúde) ou dos hospitais de emergência, conforme a necessidade de cada patologia a ser tratada, por meio do Sistema Nacional de Regulação (SISREG).

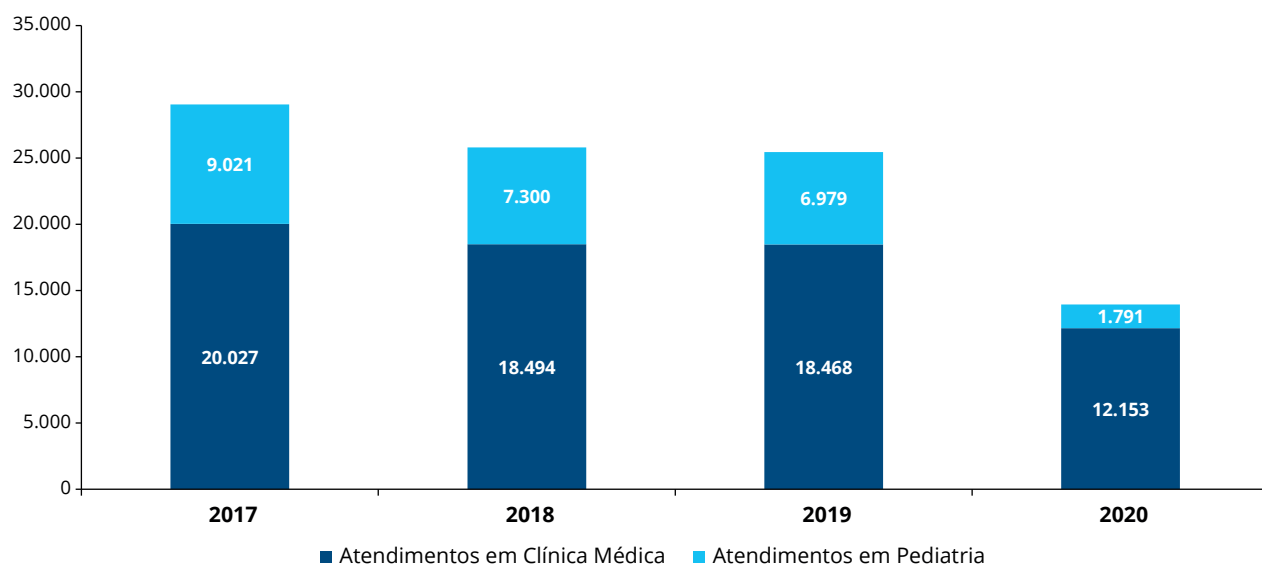
Os hospitais da Rede de Urgência e Emergência possuem perfis de atendimentos diversificados, dentre os quais podemos destacar algumas especialidades: Cirurgia Geral, Ortopedia, Neurocirurgia, Maternidade, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Vascular, Saúde Mental, Urologia, Oftalmologia, Nefrologia e UTI adulto e pediátrico.

Gráfico 28. atendimentos médicos nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) de Porte III, MRJ, 2017 a 2020.



Fonte: TABNET Municipal. // Nota: Somatório das médias mensais de atendimentos médicos do período de 2017 a 2020.

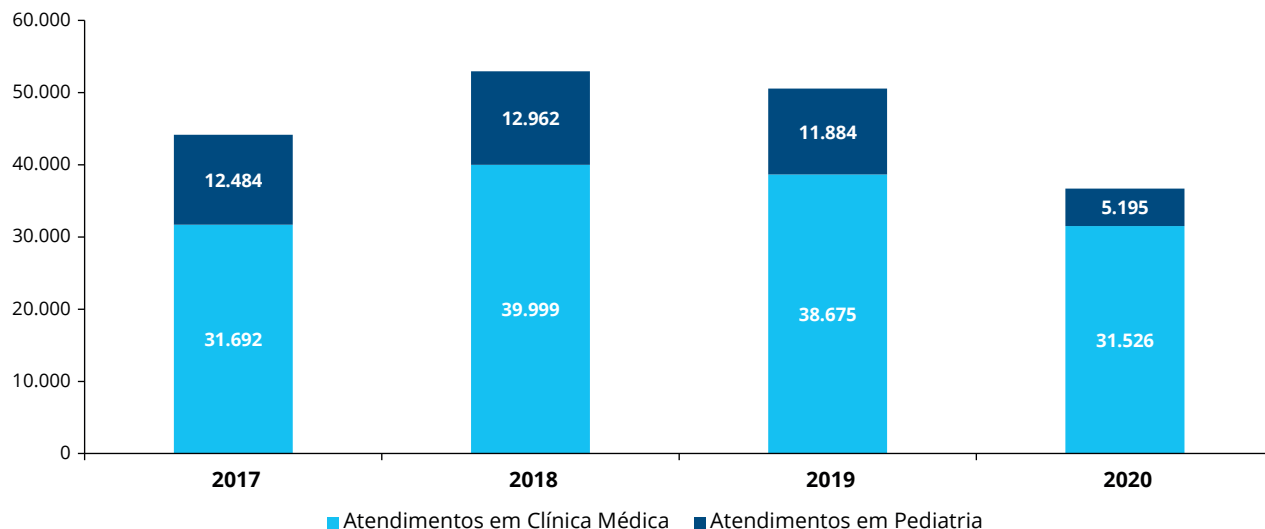
Gráfico 29. atendimentos médicos nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) de Porte II, MRJ, 2017 a 2020.



Fonte: TABNET Municipal. // Nota: Somatório das médias mensais de atendimentos médicos do período de 2017 a 2020.

O CER define um modelo inovador de gestão para o atendimento das urgências e emergências, com acesso a exames laboratoriais e de imagem, permitindo melhor articulação com o sistema de regulação em regime de Vaga Zero, ordenando a demanda por serviços de emergência e o acesso aos leitos e serviços da região e trazendo agilidade no atendimento.

Gráfico 30. Atendimentos médicos nos Centros de Emergência Regional (CER), MRJ, 2017 a 2020.



Fonte: TABNET Municipal. // Nota: Somatório das médias mensais de atendimentos médicos do período de 2017 a 2020.

Desta forma, a Rede de Urgência e Emergência atua em alinhamento às necessidades de saúde local, de forma a atender os usuários da rede que demandam atendimentos mais complexos. A pandemia de covid-19 foi um marco para que houvesse a reestruturação dos fluxos de atendimento, conforme delineamento a seguir.

I. Impacto da pandemia nos procedimentos eletivos:

As restrições de acesso aos hospitais, o contingenciamento de leitos para o tratamento da covid-19 e o medo dos usuários em procurar ajuda médica em função da pandemia provocaram redução acentuada na realização de exames, cirurgias e outros procedimentos eletivos não programados ou que não são considerados de urgência e emergência. Uma das medidas de enfrentamento à covid-19, de reconhecimento nacional e internacional, foi a suspensão temporária de procedimentos eletivos com o intuito de manter o aporte de equipamentos de proteção individual, leitos e evitar o colapso do SUS e consequente desassistência a pacientes infectados pelo coronavírus.

O processo de retomada das cirurgias eletivas e dos atendimentos ambulatoriais ainda encontra-se em curso. Para dar celeridade e prestar uma melhor assistência, a SMS-Rio planeja a reestruturação das especialidades cirúrgicas e o incremento das cirurgias eletivas nos hospitais de retaguarda. Para tal, pretende reformar as unidades hospitalares, renovar o parque tecnológico e realizar a contratação de recursos humanos. Para tal, pretende reformar as unidades hospitalares, renovar o parque tecnológico e realizar a contratação de recursos humanos.

II. Readequação de leitos hospitalares municipais

Em 2020 houve a necessidade de readequação de leitos e mudança do perfil de atendimento, visando dar o suporte direcionado aos pacientes acometidos pela covid-19. O HMRG foi inteiramente transformado, recebendo investimentos em obras físicas de adequação e equipamentos para expansão dos leitos, modernização de mobiliário e parque tecnológico, além do aumento do quantitativo de recursos humanos, transformando-se no hospital de referência para o atendimento aos pacientes graves devido à Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) relacionada ao coronavírus.

Desta forma, o hospital ampliou a sua capacidade de atendimento em 63%, tendo um acréscimo de 173 leitos, isto é, passou de 276 leitos (fev/2020) para 449 leitos (dez/2020). A distribuição do perfil dos leitos também foi fortemente modificada, ampliando em 326% a capacidade de assistência aos pacientes graves — em fev/2020 o HMRG disponibilizava 53 leitos de UTI e em dez/2020, havia 226 leitos de UTI em pleno funcionamento, ou seja, aumento de 173 leitos de UTI. (fonte: CNES – DATASUS)

Durante o ano de 2021, 54 leitos clínicos foram equipados e transformados em leitos de terapia intensiva, ampliando em 24% a capacidade de assistência oportuna ao paciente crítico. Entretanto, em função do planejamento progressivo da vacinação da população da cidade, houve a redução do número de casos graves. Diante deste novo cenário epidemiológico, o HMRG está sendo reconfigurado para atender às necessidades atuais da população. Em virtude da redução da demanda dos leitos de terapia intensiva no tratamento de pacientes acometidos pela SRAG, houve a readequação do perfil hospitalar. Esta modificação tem como objetivo disponibilizar os leitos que outrora eram destinados aos pacientes com covid-19, para os pacientes portadores de diferentes patologias. Em paralelo, foi estruturado um novo serviço especializado de reabilitação, com equipe multidisciplinar dedicada aos pacientes com sequelas da covid-19 e com a programação de avançar para a cobertura das demais enfermidades.

Tal readequação envolve não somente a conversão dos leitos hospitalares, mas também a reativação do centro cirúrgico, agora reequipado para receber o serviço de cirurgia geral eletiva, com a implementação de equipes especializadas para a realização de atendimento ambulatorial e exames complementares. O processo de modificação do perfil assistencial hospitalar e de melhorias terá caráter permanente, para reforçar o suporte às demais unidades de saúde municipais.

Foto 11. Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, unidade de referência para os atendimentos de covid-19 na fase mais grave da pandemia.



Crédito: Divulgação/SMS-Rio.

Para o período de 2022-2025, planeja-se avançar e aprimorar a qualificação dos componentes da Rede de Urgência e Emergência. Quatro projetos importantes serão implantados, tendo sido já iniciados em 2021. São eles:

1. Criação dos centros de especialidades e diagnósticos;
2. Implantação do prontuário eletrônico carioca;
3. Ampliação de leitos nos hospitais municipais; e
4. Requalificação das unidades de urgência e emergência.

O conjunto destas iniciativas tem como propósito a redução do tempo de espera para atendimento e o tempo de permanência hospitalar, a ampliação do acesso à avaliação especializada e a modernização e a integração dos sistemas de registros hospitalares, permitindo a consolidação de informações epidemiológicas significativas para a melhor assistência da população. Além disso, visa permitir que as informações clínicas do cidadão sejam acessadas por todos os níveis da

assistência, o que permitirá a continuidade do cuidado. Adicionalmente, o aumento da oferta de atendimento especializado e de exames diagnósticos precisos elevará a efetividade da atenção à saúde.

1. Centros de especialidades e diagnóstico

A implantação dos centros de especialidades e diagnóstico dar-se-á por meio de investimento significativo, tanto na capacidade instalada dos hospitais municipais como na estruturação de equipes multidisciplinares especializadas. Planeja-se a renovação do parque tecnológico dos serviços especializados das unidades de saúde onde os centros serão implantados, bem como a construção de um Centro de Diagnósticos. Com isso, pretende-se ampliar a oferta de procedimentos diagnósticos e cirúrgicos e melhorar o atendimento de patologias complexas. O fortalecimento dos serviços de referência com alta capacidade de produção busca mitigar gradativamente a espera por cirurgias, exames diagnósticos e consultas especializadas, permitindo, assim, a prestação da assistência de maior qualidade à população, em menor prazo.

2. Prontuário Eletrônico Carioca

A implantação do Prontuário Eletrônico em todas as unidades pré-hospitalares e hospitalares municipais da Rede de Urgência e Emergência permitirá a integração e o compartilhamento das informações de saúde, incluindo histórico clínico, história patológica pregressa, atendimentos e internações prévias, cirurgias realizadas, acompanhamento por especialistas e unidades de referência, resultados de exames laboratoriais e de imagem, medicações de uso contínuo e necessidades especiais. Todas estas informações estarão protegidas conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). (BRASIL, 2018)

A criação do perfil único do usuário tornará o atendimento mais ágil, assertivo e eficaz, além de reduzir a solicitação e os custos e riscos causados por exames e procedimentos duplicados ou desnecessários, estabelecendo e fortalecendo o vínculo entre todos os níveis de atenção para um trabalho integrado e com maior enfoque preventivo.

3. Ampliação de leitos nos hospitais municipais

A ampliação de leitos da rede municipal de saúde tem como objetivo aumentar a capacidade de atendimentos por meio da reestruturação da rede de serviços, de acordo com as necessidades e fragilidades de cada área da cidade. Desta forma, as unidades serão readequadas conforme as demandas clínicas e operacionais, sendo prevista a realização de obras de construção, reformas e ampliação das unidades, potencializando, assim, a oferta de serviços de saúde à população.

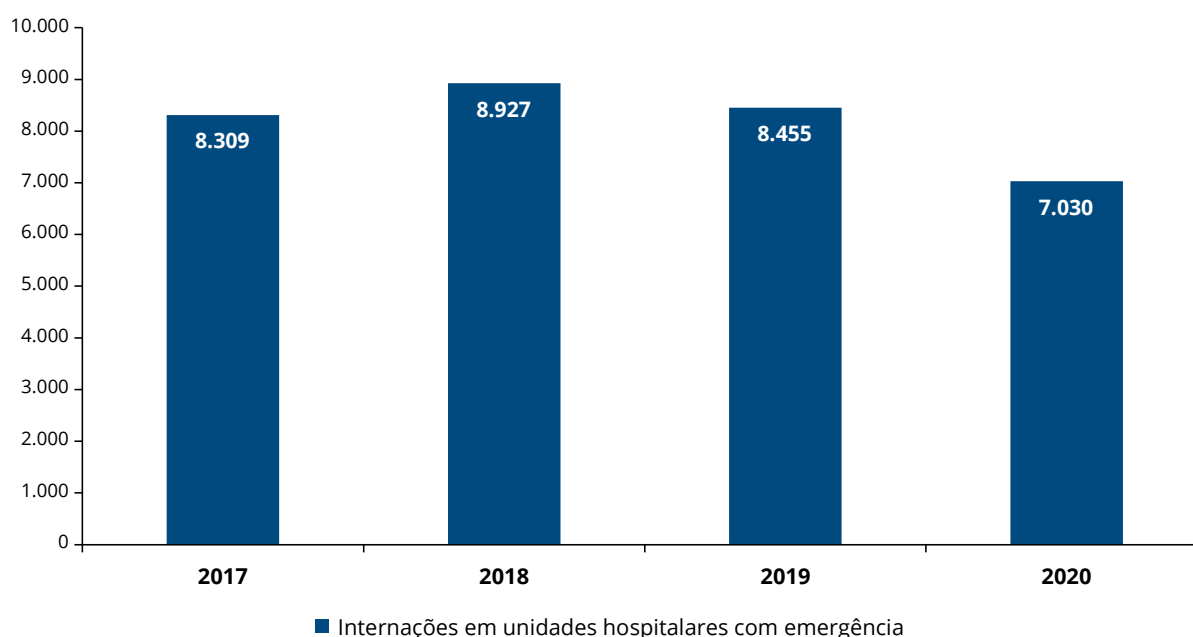
4. Requalificação de unidades de urgência e emergência

As unidades pré-hospitalares e hospitalares são elos importantes na cadeia da rede de atenção às urgências do município. As unidades pré-hospitalares são as unidades de pronto atendimento 24 horas (UPA 24h) e os Centros de Emergência Regionais (CER).

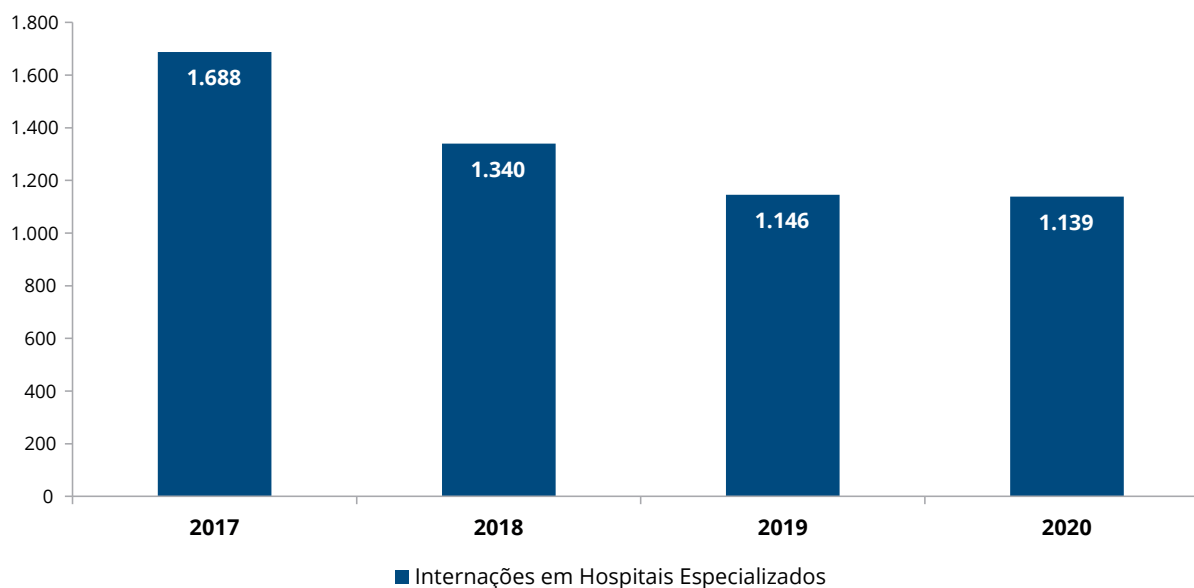
A UPA, estrutura de complexidade intermediária entre as unidades de Atenção Primária e a rede hospitalar, compõem a rede de atenção às urgências e emergências, com pactos e fluxos previamente definidos, para garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contra referenciá-los para os demais pontos de atenção, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população.

O CER compõe essa rede, sendo um modelo de atendimento de urgência e emergência clínica que funciona 24 horas, sempre instalado ao lado de um grande hospital de emergência, absorvendo o atendimento dos casos de menor complexidade e deixando a unidade hospitalar liberada para se dedicar aos casos de maior complexidade, como traumas e cirurgias.

Gráfico 31. Internações em unidades hospitalares de emergência, MRJ, 2017 a 2020.



Fonte: Macroindicadores, SMS-Rio. // Nota: Somatório das médias mensais de internações em unidades hospitalares com emergência no período de 2017 a 2020.

Gráfico 32. Internações em hospitais especializados, MRJ, 2017 a 2020.

Fonte: Macroindicadores, SMS-Rio. // Nota: Somatório das médias mensais de internações em hospitais especializados no período de 2017 a 2020.

Atualmente, a SMS-Rio faz a gestão de 14 Unidades de Pronto Atendimento, sendo 4 Porte II e 10 Porte III. Neste panorama, o CER compõe um total de 7 unidades. As unidades pré-hospitalares, receberão investimentos para a modernização e a qualificação dos recursos humanos, visando garantir um suporte assistencial qualificado.

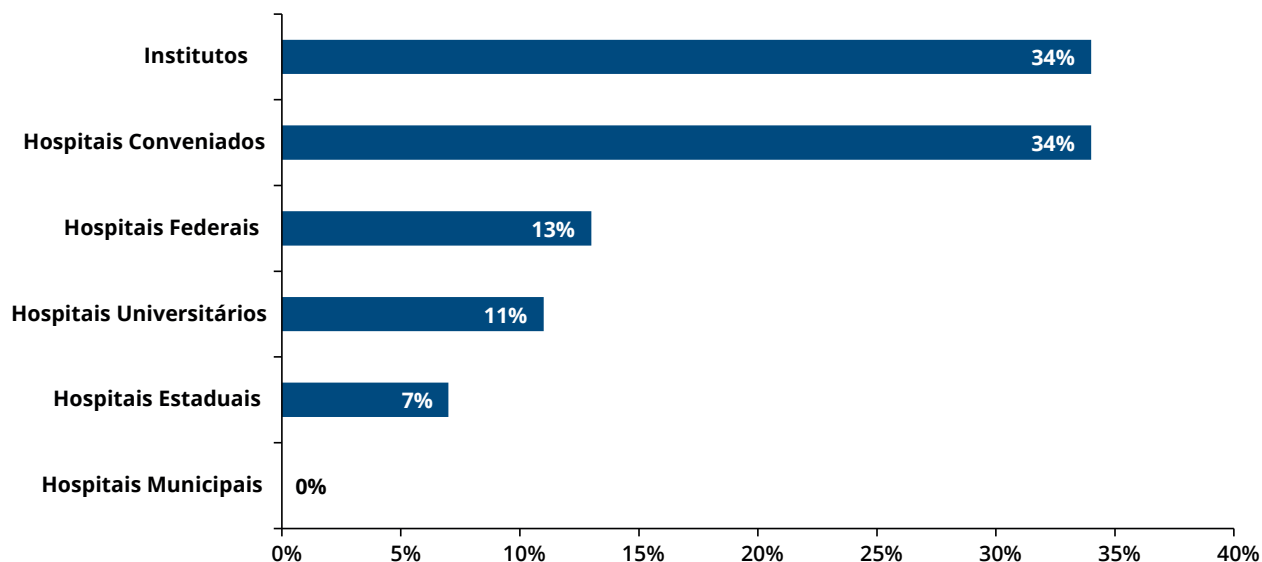
2.2.9 Transplantes

No município do Rio de Janeiro, os transplantes são executados, majoritariamente, por institutos (com destaque para INCA, INTO e IECAC), hospitais contratados pela SMS-Rio (Hospital Adventista Silvestre e Hospital São Francisco na Providência de Deus), hospitais federais, hospitais universitários e hospitais estaduais, nesta ordem (gráfico 33).

No que cabe às unidades próprias, estas têm pouca representatividade na execução de transplantes. Contudo, têm um importante papel na captação de órgãos e na realização de ações relacionadas aos doadores.

As centrais estaduais de transplantes são responsáveis por coordenarem as atividades de transplante, realizando as inscrições e as ordenações dos receptores, além de receberem as notificações de potenciais doadores e coordenarem a logística de todo o processo de doação, desde o diagnóstico de morte encefálica e a abordagem dos familiares, até a retirada e alocação dos órgãos.

Gráfico 33. Internações hospitalares (AIH aprovadas) para transplantes de órgãos, tecidos e células, por natureza institucional, MRJ, janeiro a dezembro de 2019.



Fonte: TABNET Municipal (acesso em novembro, 2021).

2.2.10 Assistência Farmacêutica

Os medicamentos são uma das principais tecnologias terapêuticas utilizadas para o tratamento de doenças na sociedade moderna, e seu acesso e correta utilização ainda representam desafios a serem enfrentados (OPAS, 2013). Nesse sentido, a Assistência Farmacêutica tem papel fundamental na APS, uma vez que compreende importante papel no cuidado ao usuário da Atenção Primária, ao proporcionar ações emancipadoras de autocuidado, educação em saúde, promoção da saúde e do uso racional de medicamentos, para garantir o acesso qualificado da população a medicamentos essenciais. (BARROS *et al*, 2020)

Foto 12. Estoque da farmácia de uma unidade de saúde da rede SMS-Rio.



Crédito: Jussira José da Costa.

A equipe da Assistência Farmacêutica (AF) da Atenção Primária deve estar integrada com os diferentes profissionais e serviços da rede de atenção à saúde, tendo o papel central de contribuir para o acesso e a melhoria da segurança e efetividade do uso de medicamentos a nível individual e populacional, facilitando a tomada de decisões clínicas dos profissionais e do próprio usuário. Nesse contexto, os serviços farmacêuticos buscam contribuir para a atenção integral, coordenada, segura e efetiva, de acordo com as necessidades dos usuários, das famílias e da população brasileira. (CONASEMS, 2021)

A Assistência Farmacêutica teve importantes avanços no município do Rio de Janeiro (MRJ) desde 2009, em paralelo à grande expansão da APS, que teve como modelo reorientador a Estratégia Saúde da Família (ESF). (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016) Todas as unidades de Atenção Primária do MRJ possuem serviço de farmácia composto pelo profissional Farmacêutico e por profissionais de apoio (técnico/auxiliares de farmácia).

Destaca-se que, do ponto de vista histórico, a prática farmacêutica clínica-assistencial centrada no paciente é relativamente recente. (BRASIL, 2015) Por muito tempo, as ações ficaram mais centradas no produto (medicamento) e nas questões logísticas que envolvem o acesso, no entanto, trazem a necessidade de mudança desse paradigma, deslocando o foco de suas ações do medicamento para os indivíduos, família e comunidade. Nesse cenário, torna-se de extrema importância identificar as barreiras inseridas entre os recursos disponíveis (estruturais, humanos e financeiros) e a obtenção dos resultados, para que os desafios à institucionalização da Assistência Farmacêutica da APS sejam superados. (CAETANO *et al*, 2020)

A Gerência da Assistência Farmacêutica atualmente está ligada à Coordenadoria Técnica de Avaliação de Tecnologia em Saúde e Insumos Estratégicos da IVISA-Rio, está organizada de forma hierarquizada e descentralizada, cabendo orientar os Núcleos de Assistência Farmacêutica das Áreas Programáticas e as Chefias das Farmácias Hospitalares. Dentre as principais competências da Gerência da Assistência Farmacêutica estão: orientar a rede para as questões relacionadas à Assistência Farmacêutica; gerenciar os serviços de assistência farmacêutica nas unidades de saúde da SMS-Rio; avaliar a aquisição e o consumo de medicamentos adquiridos pelo município do Rio de Janeiro; definir e avaliar indicadores e monitorar o desempenho dos serviços farmacêuticos; organizar os fluxos relacionados ao abastecimento e à dispensação de medicamentos; elaborar protocolos e notas técnicas relacionadas a medicamentos; construir documentos técnicos para a elaboração de processos licitatórios para a aquisição de medicamentos, antissépticos/saneantes e o fornecimento de nutrição parenteral neonatal para abastecimentos das unidades de saúde da SMS-Rio.

A Assistência Farmacêutica mostra-se como um serviço estratégico do SUS para a promoção à saúde, sendo de grande importância a interação do farmacêutico com os demais profissionais da equipe de saúde e os usuários, visando à melhora na qualidade do atendimento na rede pública de saúde.

2.2.11 Saúde Mental

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) consiste em pontos articulados que oferecem atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas. Sua operacionalização depende dos arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, visando garantir o cuidado longitudinal e integral à população.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades, tais como os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) e os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad), são serviços de saúde abertos e comunitários do SUS, locais de referência e tratamento de adultos, crianças e adolescentes que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes. Os CAPS oferecem ainda acolhimento às pessoas em sofrimento psíquico agudo e aos demais quadros que justifiquem sua permanência num dispositivo de atenção diária, de forma personalizada e promotora da vida. Atendem a população de seu território de abrangência, visando à reinserção social pelo acesso ao trabalho, lazer e cidadania, e fortalecendo os laços sociais e familiares.

Foto 13. Centro de Atenção Psicossocial Neusa Santos Souza.



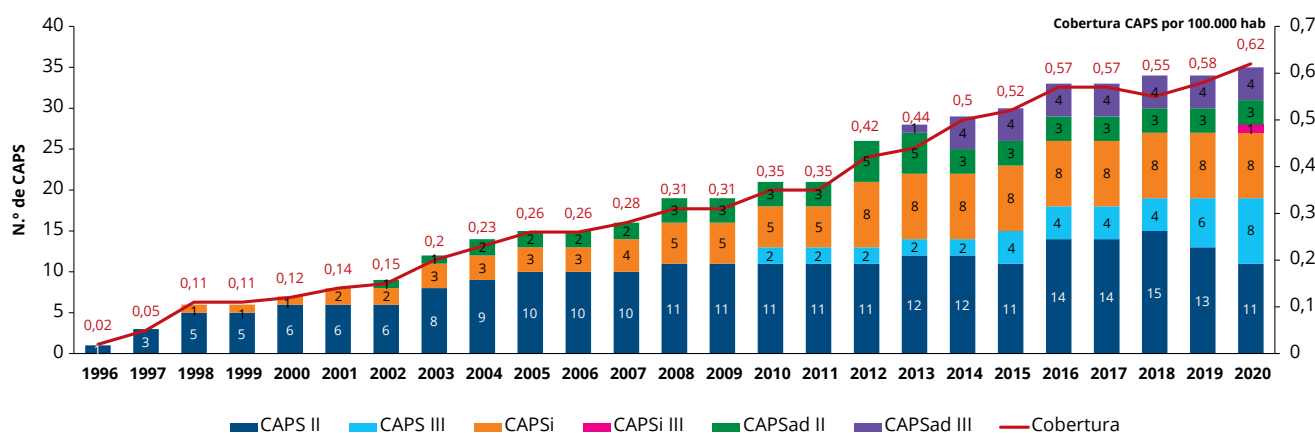
Crédito: Virginia Nunes.

Na condição de serviços públicos de saúde mental no campo da saúde coletiva, os CAPS devem garantir acesso, integralidade e resolutividade na assistência prestada, agregando os diferentes níveis de atenção (primário, secundário e terciário) em uma unidade, gerando reflexões concernentes ao modelo assistencial e à clínica. Têm por objetivo o tratamento, a reabilitação psicossocial e a promoção da autonomia e da cidadania, além de oferecer orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares dos usuários, e psicoterapia, tudo orientado pela noção de cuidado e promoção dos direitos dos usuários.

Os CAPS se caracterizam por: efetuar atendimento prioritário de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, oferecendo atenção diária; organizar, sob coordenação do gestor local, a demanda e a rede de cuidados em saúde mental; possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de organizador da porta de entrada da rede assistencial; coordenar as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas; supervisionar e capacitar as equipes da atenção primária; e realizar e manter atualizado o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos especiais e excepcionais. São responsáveis pela organização do cuidado em saúde mental no território, participando da articulação de toda a rede de assistência, oferecendo diversos tipos de atividades terapêuticas, como oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, individual ou em grupo, dentre outras.

A distribuição destas unidades deve garantir a oferta de atendimento psicossocial por AP da cidade. Uma das estratégias desta gestão é a mudança do porte destas unidades, ampliando o acompanhamento de pacientes por estes centros.

Gráfico 34. Evolução da implantação de CAPS e cobertura na RAPS, MRJ, 1996 a 2020.



Fonte: CNES. Parâmetros de cobertura: cobertura muito boa (acima de 0,70); cobertura boa (entre 0,50 e 0,69); cobertura regular/baixa (entre 0,35 a 0,49); cobertura baixa (de 0,20 a 0,34); cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20).

O cronograma de expansão desta rede está expresso nas metas estabelecidas no PPA 2022-2025, que descreve, inclusive, a necessidade de ampliação do atendimento aos usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas e, ainda, para aqueles que apresentam quadros moderados de sofrimento psíquico, atuando em sintonia com a Atenção Primária, visando garantir o acesso da população ao atendimento qualificado.

Foto 14. Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPSad) Antônio Carlos Mussum.



Crédito: Renata Missagia.

O cuidado voltado para as pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas tem natureza intersetorial e envolve a assistência social, a educação, a cultura, o trabalho e a renda, a ordem pública e a justiça. Seus resultados se orientam pela lógica do cuidado em liberdade e pela redução de danos, estabelecendo formas de comunicação com os usuários e a sociedade, de forma a tirar a centralidade da droga de cena e dar ênfase à vulnerabilidade e à promoção de cidadania.

A expansão da rede de atenção psicossocial exige o aprimoramento das ações de formação em saúde e a qualificação dos trabalhadores de rede já existentes, produzindo mudança nas práticas, articulando as diversas categorias no cuidado integrado e multiprofissional. As ações de capacitação em saúde mental envolvem o trabalho intersetorial e se dão a partir de cursos, oficinas, supervisão, grupos de trabalho e atividades de pesquisa.

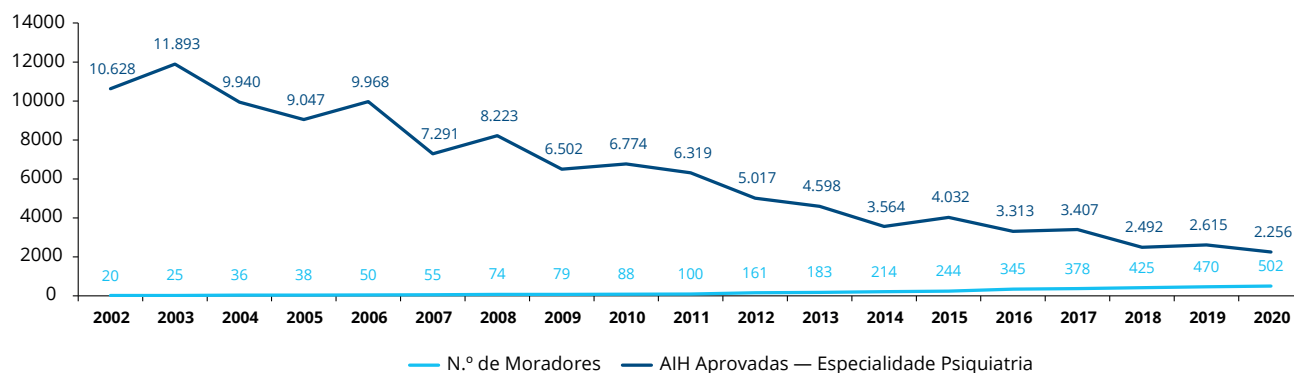
O processo de mudança do modelo centrado no hospital psiquiátrico para o modelo comunitário envolveu a incorporação das emergências psiquiátricas na rede de urgência e emergências, bem como a ampliação da oferta de leitos de acolhimento nos CAPS III, processo esse que necessita ser ampliado e qualificado. A rede de atenção psicossocial deve estar preparada para atender ao sofrimento psíquico agudo grave e articular respostas junto à rede de atenção primária.

Por sua vez, o percurso da reforma psiquiátrica envolve a construção de alternativas para as pessoas que passaram anos de suas vidas em cativeiro, asiladas e afastadas de sua família e de seu meio social. Existe, ainda, um contingente que permanece institucionalizado. Uma rede de 92 Serviços Residenciais Terapêuticos propicia o passo inicial no processo de reabilitação psicossocial

e deverá ser expandida para 105 unidades, de forma a possibilitar a reintegração de uma centena de pessoas à vida social.

As bolsas de incentivo à desinstitucionalização (Bolsa Rio — Lei Municipal n.º 3.400/2002) representam uma consolidada política reparadora da cidade do Rio de Janeiro, voltada para a garantia de direitos à vida digna de um contingente de pessoas esquecidas do convívio social.

Gráfico 35. Número de moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos e número de AIH aprovada na especialidade psiquiátrica no MRJ, 2002 a 2020.



Fonte: Saúde Mental/SMS-Rio; Tabnet Municipal.

A cidade do Rio de Janeiro é responsável pela elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de cada usuário, considerando a hierarquização do cuidado e priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde. O PTS pressupõe um aprofundamento da discussão do problema, das ações e do envolvimento das diversas partes do processo, como a implicação da família e os recursos da equipe e do território, assim como do próprio usuário. É um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. O PTS é construído a partir de diversas perspectivas, baseado na interdisciplinaridade e no vínculo entre profissionais e usuários, por meio do compromisso com o sujeito e sua singularidade, na articulação com a família, trabalho.

2.2.12 Vigilância Sanitária

O Instituto Municipal de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e de Inspeção Agropecuária (IVISA-Rio) desenvolve, de forma integrada e articulada, ações de gestão dos riscos à saúde decorrentes da produção e da circulação de produtos e serviços no campo da vigilância sanitária, da vigilância de zoonoses e da inspeção agropecuária. Neste sentido, é desenvolvido um amplo leque de atividades de Vigilância Sanitária, que vão desde a normatização até a oferta de ações educativas e capacitação técnica do setor regulado, com vistas à proteção da vida humana e fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

A Vigilância em Zoonoses desenvolve estratégias de controle e monitoramento das principais doenças de transmissão animal. Dentre as ações executadas podemos destacar o controle populacional, a vigilância epidemiológica, o diagnóstico laboratorial, as ações de vacinação e o bloqueio vacinal e as consultas clínicas com foco na detecção das zoonoses.

Foto 15. Campanha de vacinação antirrábica.



Crédito: Edu Kapps.

O Laboratório de Saúde Pública (LASP) é um dos 27 laboratórios nacionais credenciados pela ANVISA, responsável pela análise de produtos de interesse da Vigilância Sanitária, como alimentos, medicamentos, cosméticos e saneantes, além de auxiliar na elucidação de surtos vinculados à água de consumo humano e alimentos. É também referência para o estado do Rio de Janeiro no diagnóstico de zoonoses como esporotricose, leishmaniose, toxoplasmose, criptococose e raiva.

Durante a pandemia da covid-19, o IVISA-Rio participou de ações conjuntas com outros órgãos municipais com vistas a garantir o cumprimento das medidas de proteção à vida. Some-se a isso a participação ativa na normatização e na orientação dos diversos setores quanto às medidas de prevenção do contágio em todas as fases da pandemia e do cumprimento integral das medidas permanentes e variáveis de proteção à vida.

Tabela 10. Ações de Vigilância Sanitária no período de 2017 a 2020.

AÇÃO	2017*	2018	2019	2020
Número de inspeções sanitárias	297.976	10.131	3.277	6.853
Número de interdições	638.050	21.693	7.018	14.675
Número de autos de multa	371.120	12.618	4.082	8.535
Número de intimações	886.551	30.142	9.752	20.390
Número de licenças emitidas	569.970	19.378	6.269	13.109

*Em 2017, como parte dos esforços de informatização da produção no campo da Vigilância Sanitária, desencadeados a partir de 2014, foi implantado o SISVISA, que permite maior acurácia dos dados de produção.

Fonte: SISVISA, 2017 a 2020.

Ciência, Tecnologia e Inovação

A Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) é parte integrante da Política Nacional de Saúde, formulada no âmbito do SUS e sendo considerada um instrumento norteador de todas as ações realizadas pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Seu principal objetivo é contribuir para o desenvolvimento nacional de modo sustentável, estimulando a produção de novos conhecimentos direcionados às necessidades do SUS.

A implementação dos pressupostos da PNCTIS no âmbito da SMS-Rio ocorre de maneira transversal a todas as subsecretarias, com suporte da Coordenadoria Técnica de Avaliação de Tecnologia em Saúde e Insumos Estratégicos, vinculada à Presidência do IVISA.

No que concerne às ações relacionadas à Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CTI/S), destaca-se o amplo incremento da oferta pública dos serviços de saúde, mediante a formulação de parcerias com o Terceiro Setor e com instituições de excelência no campo do ensino e da pesquisa.

No campo da pesquisa, as linhas prioritárias para responder às necessidades do sistema de saúde são: processo saúde-doença; sistemas e serviços de saúde; e processo de trabalho, incluindo mecanismos e instrumentos organizativos para a implantação e a implementação da produção e a organização da CTI/S no SUS, de forma descentralizada e equitativa.

Também é importante destacar os programas que cada Subsecretaria desenvolve, cujas estratégias estão relacionadas à ciência, tecnologia e inovação, a partir do desenvolvimento de modelagem e de projetos para a implementação de serviços digitais, incluindo a implantação de prontuário eletrônico, telemedicina, telessaúde e um Centro de Inteligência Epidemiológica.

3. GESTÃO EM SAÚDE

A SMS-Rio é o órgão da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro responsável por formular e executar a política municipal de saúde e, como gestora plena do SUS na cidade, garantir o atendimento universal da população, conforme os preceitos do SUS. É a SMS-Rio que, diante do conhecimento das características e demandas próprias da população carioca, organiza as prioridades da saúde pública da cidade, dentro do que é previsto nas políticas públicas e serviços ofertados pelo SUS.

Em relação à gestão, a SMS-Rio tem a missão e o compromisso de realizar um trabalho pautado na excelência em gestão pública, tendo como diretriz as definições normativas que regem o planejamento do SUS, de modo a atender às necessidades de saúde da população por meio de ações intersetoriais e do fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, em consonância ao orçamento disponível.

Com foco em um planejamento integrado para a obtenção de resultados eficientes, eficazes e efetivos, a SMS-Rio busca ampliar os espaços de diálogo, parcerias e corresponsabilidade, visando aumentar sua capacidade de condução dos processos de trabalho e o investimento nas melhorias dos bens e serviços públicos de saúde para a população.

Os processos de gestão no âmbito da SMS-Rio estão integrados às diretrizes da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, assegurando uma gestão profissional fundamentada em instrumentos de planejamento, avaliação e monitoramento para toda a máquina municipal, mediante a adoção das melhores práticas de administração pública e de uma gestão compartilhada. Considerando a importância da transparência e da visibilidade da gestão em saúde, ressalta-se que a participação social e a cogestão estão incorporadas aos processos de planejamento, sendo congregadas às práticas do cuidado em saúde com atenção prioritária aos usuários dos serviços públicos.

Por conseguinte, a SMS-Rio tem priorizado a avaliação e a socialização de experiências, se apropriando de conceitos e fortalecendo as práticas, processos e estratégias para uma cultura organizacional das ações de planejamento, que deverão integrar o trabalho diário das equipes técnicas, incluindo todo o ciclo do orçamento e gasto público. Em destaque, temos a elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) integrada ao Plano Plurianual (PPA) e à Lei Orçamentária Anual (LOA), assim como a Programação Anual de Saúde e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG).

3.1. Financiamento

A Constituição Federal de 1988 institui o modelo orçamentário brasileiro, que é composto por três instrumentos: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Estes instrumentos de planejamento são da iniciativa do Poder Executivo, que as envia, em formato de proposta, para apreciação e aprovação do Poder Legislativo. Neste sentido, cabe ao chefe do Poder Executivo sancioná-las e executá-las, e compete ao Poder Legislativo o acompanhamento e a fiscalização de sua execução.

A Portaria n.º 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. O financiamento das ações e dos serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, pela Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, e na Portaria n.º 412, de 15 de março de 2013.

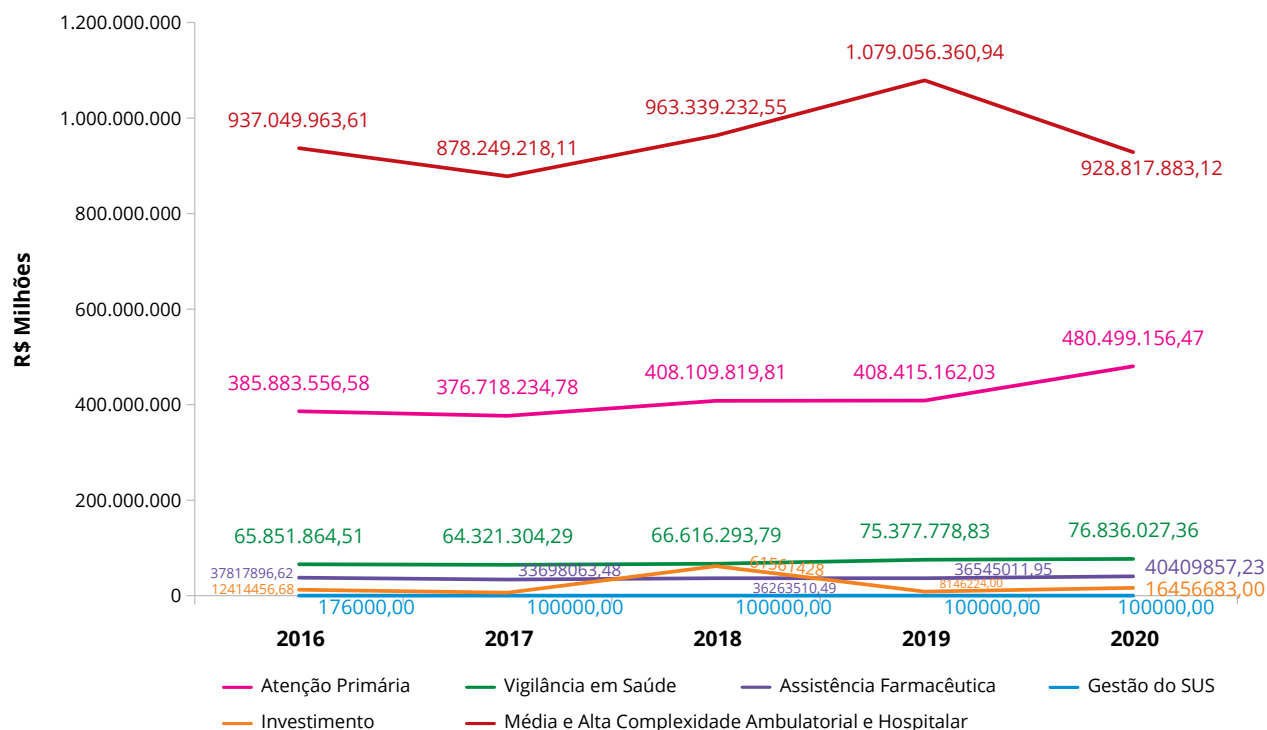
A SMS-Rio recebe do Ministério da Saúde os repasses financeiros de acordo com as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados por meio dos blocos de financiamento: 1) Bloco da Atenção Básica; 2) Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; 3) Bloco da Vigilância em Saúde; 4) Bloco da Assistência Farmacêutica; 5) Bloco de Gestão do SUS; e 6) Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

É importante destacar a publicação da Portaria do Ministério da Saúde n.º 3.992, em dezembro de 2017, que alterou as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais, em que a principal mudança foi a instituição de dois blocos de financiamento: custeio e investimento. Assim, as transferências dos recursos financeiros federais, na modalidade Fundo a Fundo, hoje repassados em seis blocos, serão realizadas por meio de duas contas financeiras, respectivamente, para despesas de custeio e outra para despesas de capital. Ainda que tenha ocorrido a junção dos antigos blocos de financiamento de custeio em um único bloco, os grupos de ações dentro do Bloco de Custeio serão mantidos. Os grupos de ações deverão refletir a vinculação, ao final de cada exercício, do que foi definido em cada programa de trabalho do Orçamento Geral da União e que deu origem ao repasse do recurso, bem como o estabelecido no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde do município.

Tabela 11. Financiamento federal, repasses por tipos de blocos (R\$ milhões), 2016 a 2020.

BLOCOS DE FINANCIAMENTO	2016	2017	2018	2019	2020
Atenção Básica	385.883.556,58	376.718.234,78	408.109.819,81	408.415.162,03	480.499.156,47
Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	937.049.963,61	878.249.218,11	963.339.232,55	1.079.056.360,94	928.817.883,12
Vigilância em Saúde	65.851.864,51	64.321.304,29	66.616.293,79	75.377.778,83	76.836.027,36
Assistência Farmacêutica	37.817.896,62	33.698.063,48	36.263.510,49	36.545.011,95	40.409.857,23
Gestão do SUS	176.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00
Investimento	12.414.456,68	5.870.943,00	61.561.428,00	8.146.224,00	16.456.683,00

Fonte: Portal FNS (Extratos Bancários — <http://www.transparencia.rj.gov.br>).

Gráfico 36. Financiamento federal, repasses por tipos de blocos (R\$ milhões), 2016 a 2020.

Fonte: Portal FNS (Extratos Bancários — <http://www.transparencia.rj.gov.br>).

Conforme a Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000, os repasses podem ocorrer por transferências Fundo a Fundo do Fundo Nacional de Saúde, diretamente para estados e municípios, e/ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

O Fundo Municipal de Saúde (FMS) é uma unidade orçamentária dentro da Secretaria Municipal de Saúde, criado pela Lei n.º 1.583, de 30 de julho de 1990, regulamentada pelo Decreto n.º 9.865, de 5 de dezembro de 1990, alterada pelos Decretos n.º 12.030, de 19 de abril de 1993, e n.º 13.110, de 2 de agosto de 1994. Tem como finalidade o desenvolvimento das ações descentralizadas nas áreas médica, sanitária, hospitalar e de apoio e suprimento, executadas ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com as determinações previstas na legislação pertinente.

As receitas do FMS são constituídas por: recursos do orçamento da União, do estado e do município, observado o disposto na Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000, na Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Portaria n.º 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, e demais legislações pertinentes; auxílios, subvenções, contribuições, transferências e participações em convênios e ajustes; resultados financeiros de suas aplicações; recursos de pessoas físicas e jurídicas, públicas e privadas, nacionais e estrangeiras, sob a forma de doação; todo e qualquer recurso proveniente de multas ou penalidades que tenham origem na fiscalização e nas ações da Secretaria Municipal de Saúde; receitas provenientes do ressarcimento de despesas de usuários com cobertura securitária de entidade privada e outras receitas. A Emenda Constitucional n.º 29 define que os recursos mínimos a serem aplicados pelos municípios nas ações e serviços

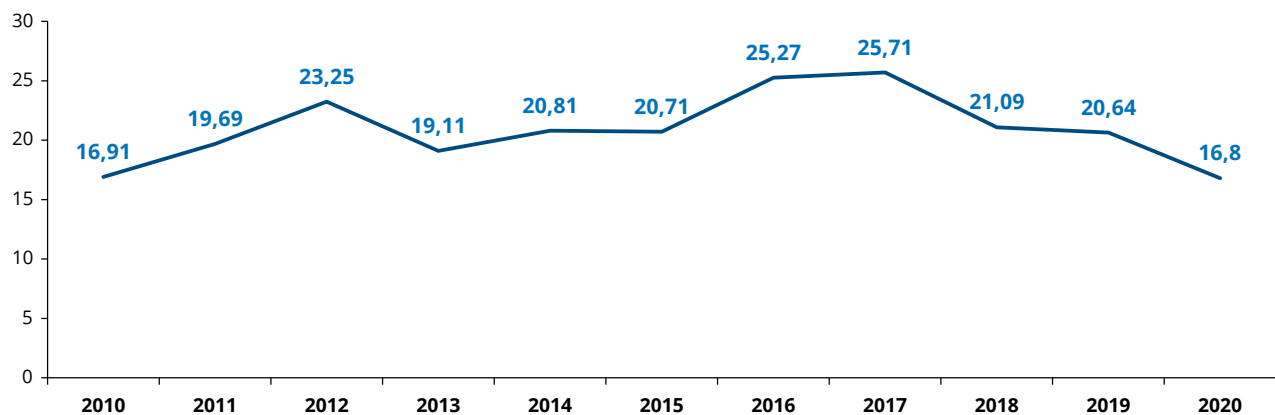
de saúde serão de 15% (quinze por cento) do produto da arrecadação dos impostos e recursos previstos nos art. 156, 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º da Constituição Federal.

Tabela 12. Percentual de recursos próprios aplicados em saúde, SIOPS, 2010 a 2020.

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
16,91	19,69	23,25	19,11	20,81	20,71	25,27	25,71	21,09	20,64	16,8

Fonte: SIOPS — Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Gráfico 37. Percentual de recursos próprios aplicados em saúde, SIOPS, 2010 a 2020.



Fonte: SIOPS — Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal.

A Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, regulamentou o § 3º do art. 198 da Constituição Federal dispondo sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, estados, Distrito Federal e municípios em ações e serviços públicos de saúde. E para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos, só serão consideradas como despesas em ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios instituídos no art. 7º da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. As despesas com ações e serviços de saúde pública, realizadas pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios, são financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

A atual gestão da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, além do planejamento e da execução das políticas públicas, tem como compromisso priorizar as melhorias na gestão e reduzir os desperdícios por meio do uso racional dos recursos básicos e especializados de modo a aumentar os recursos próprios aplicados em saúde.

Tabela 13. Receitas e despesas em saúde, valores e percentuais financiados com recursos próprios, SIOPS, 2016 a 2020.

ANO	RECEITA DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS	DESPESAS PRÓPRIAS COM SAÚDE	APLICADO (%)
2016	13.723.615.275,32	5.472.039.609,39	25,27
2017	13.538.778.206,44	5.680.747.315,66	25,71
2018	14.632.254.988,69	3.682.313.982,29	23,10
2019	15.769.508.367,46	3.255.393.968,84	20,64
2020	15.368.690.546,36	2.435.219.460,86	16,80

Fonte: SIOPS — Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal.

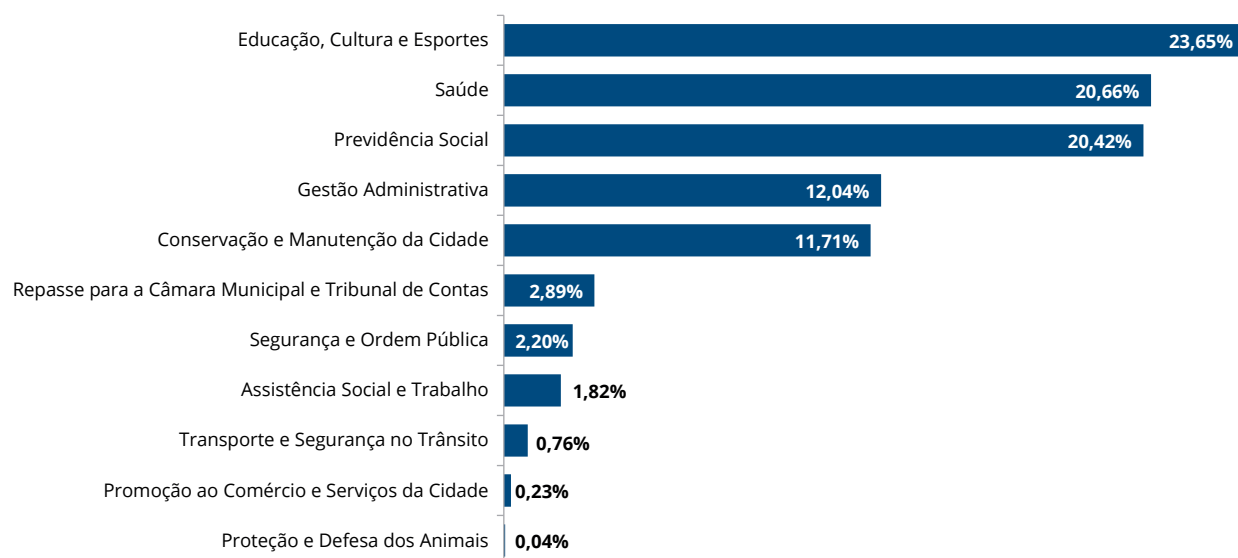
Tabela 14. Despesas por função de governo, CGM RJ, 2020.

FUNÇÕES	2016	2017	2018	2019	2020
Saúde	5.136.542	5.018.921	5.152.067	5.358.055	6.298.529
Educação	6.314.448	6.202.712	6.392.976	7.032.787	7.012.261
Assistência social	819.663	613.110	610.168	694.714	810.881
Trabalho	8.958	15.226	22.426	22.260	19.580
Cultura	231.823	1.725	12.370	149.654	168.937
Previdência social	4.116.470	4.668.623	5.018.613	5.561.002	5.820.759
Habitação	177.688	207.323	180.974	106.867	77.259
Saneamento	890.335	621.803	744.263	718.396	649.915
Urbanismo	4.474.514	2.477.575	2.259.618	2.587.592	2.511.713
Direitos da cidadania	17.765	180.609	164.132	14.296	21.827
Segurança pública	520.264	516.204	531.120	575.127	580.068
Transporte	278.535	229.718	312.362	222.228	254.584
Desporto e lazer	523.287	26.785	30.486	32.720	30.475
Indústria	11.374	7.957	6.645	6.024	5.716
Comércio e serviços	172.170	95.582	89.366	84.857	72.312
Gestão ambiental	130.312	96.342	98.049	98.735	93.964

FUNÇÕES	2016	2017	2018	2019	2020
Ciência e tecnologia	32.641	20.762	11.370	17.097	11.744
Administração	2.551.695	2.740.092	2.314.981	2.564.773	2.634.641
Legislativa	811.185	880.537	832.140	859.720	882.264
Judiciária	121.501	130.608	230.876	178.385	189.965
Encargos especiais	1.538.034	1.819.832	2.827.362	3.116.772	2.341.596
DESPESA TOTAL	28.879.204	26.572.046	27.842.364	30.002.061	30.488.990

Fonte: Controladoria Geral do Município do Rio de Janeiro, Prestação de Contas Anual da Prefeitura, MRJ, 2020.

Gráfico 38. Percentual das despesas por área de atuação, MRJ, 2020.



Fonte: Controladoria Geral do Município do Rio de Janeiro, Prestação de Contas Simplificada do Governo, MRJ, 2020.

3.2. Articulação Interfederativa

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

O Decreto n.º 7.508/2011, que regulamenta a Lei n.º 8.080, sobre a organização do SUS, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, reafirma o processo de planejamento da saúde como ascendente e integrado, do nível local até o federal, considerando os respectivos conselhos de

Saúde, compatibilizando as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros. Os aspectos mais relevantes dessa formulação são: a) o reforço à transparência na gestão do SUS; b) a criação de mecanismos que confirmem maior segurança jurídica nas relações interfederativas; e c) maior controle social.

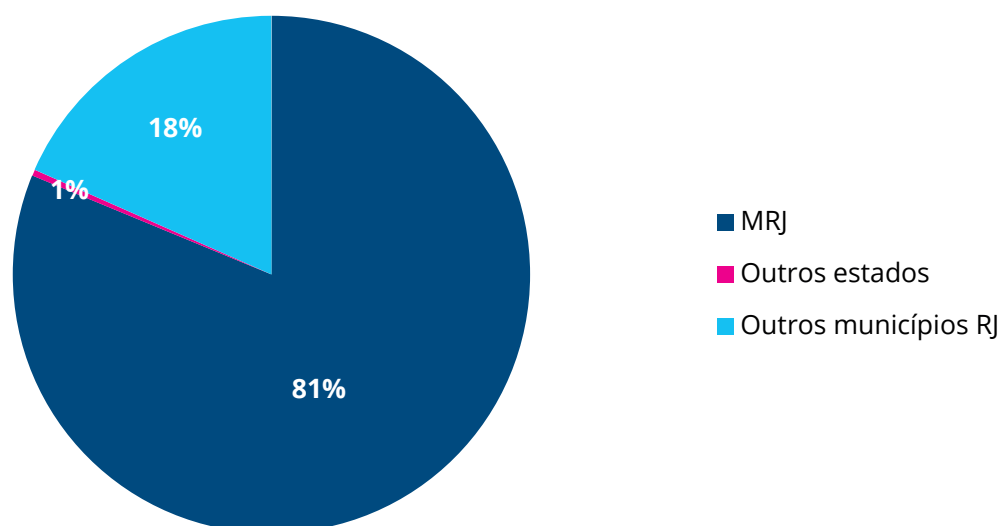
No que tange ao processo de articulação interfederativa, foram mantidas as comissões intergestoras bipartite (CIB) e tripartite (CIT), e a nível regional, as comissões intergestoras regionais (CIR), antes denominadas de colegiados de gestão regional, instituído pelo Pacto pela Saúde. Todavia, a partir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

A confecção do Plano Regional Integrado da Metropolitana I encontra-se em fase final de discussão para aprovação na CIB, já concluído o diagnóstico regional atualizado com os dados referentes a 2020. Trata-se, sem dúvida, de passo importante para o fortalecimento de todos os entes, para o compartilhamento de responsabilidades e para a formalização de futuros acordos em torno da região de saúde.

No contexto do Decreto n.º 7.508/2011, todas as ações e os serviços que o SUS oferece aos usuários para atendimento da integralidade da atenção à saúde devem estar dispostos na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) e na Relação Nacional de Medicamentos (Rename). A programação do cuidado é realizada atentando-se a estes dispositivos.

Atualmente, a Programação Pactuada Integrada (PPI) é a principal estratégia interfederativa de organização do cuidado, sendo o Pacto pela Saúde e as diretrizes do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) instrumentos que reafirmam o processo de regionalização como eixo norteador, e reforçam a importância da pactuação entre gestores.

Registre-se que há grande fluxo de migrantes de outros municípios para os estabelecimentos de saúde situados no município do Rio de Janeiro. Uma análise referente aos últimos 12 meses mostra que os movimentos se dão, principalmente, para procedimentos que requerem internações hospitalares, onde 18% dos atendimentos são para não munícipes. Ao analisar a proporção por valor de AIH, observa-se um percentual de 22% referente aos não munícipes, refletindo a migração para atendimentos em serviços de maior custo e complexidade, impactada pela concentração de hospitais e institutos de natureza federal situados no município do Rio de Janeiro (gráfico 39; tabela 15).

Gráfico 39. Proporção de AIH por local de residência, MRJ, setembro/2020 a agosto/2021.

Fonte: Tabnet Municipal. Acesso em: outubro de 2021.

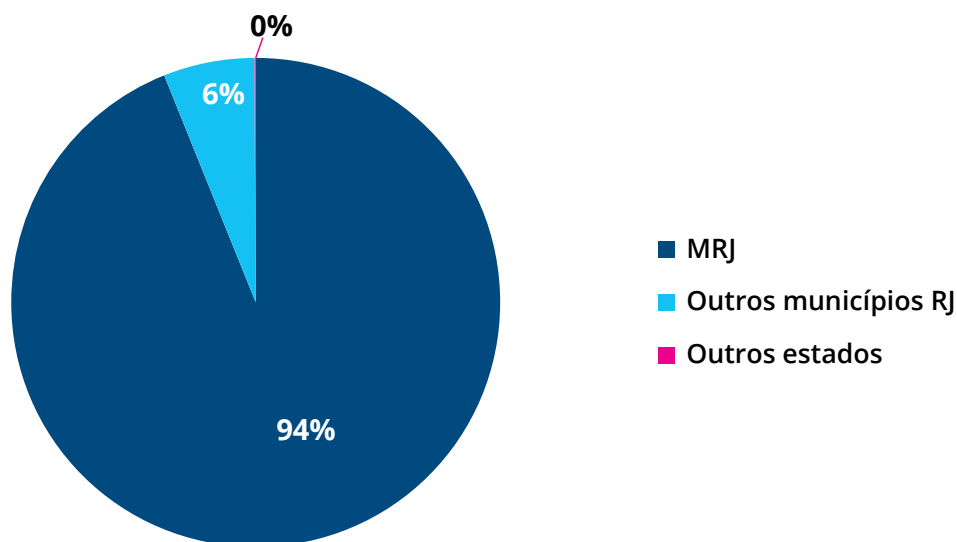
Tabela 15. Produção hospitalar aprovada segundo o município do paciente, Rio de Janeiro, set/2020 a ago/2021.

LOCAL DE RESIDÊNCIA	QUANTIDADE DE AIH APROVADA	VALOR APROVADO	VALOR MÉDIO	% APROVAÇÃO
MRJ	178.195	R\$278.861.012,37	R\$1.564,92	77%
Outros municípios RJ	40.306	R\$81.345.971,54	R\$2.018,21	22%
Outros estados	844	R\$1.918.599,74	R\$2.273,22	1%
TOTAL GERAL	219.345	R\$362.125.583,65	R\$1.952,12	100%

Fonte: Tabnet Municipal. Acesso em: outubro de 2021.

Quanto à produção de procedimentos ambulatoriais, a proporção de não munícipes é de 6%, observando-se também um percentual de 16% quando apurados os valores aprovados (gráfico 40; tabela 16).

Gráfico 40. Proporção e quantidade de procedimentos ambulatoriais por local de residência, MRJ, setembro/20 a agosto/21.



Fonte: 0,3Tabnet Municipal. Acesso em: outubro de 2021.

Tabela 16. Produção ambulatorial aprovada segundo o município do paciente, Rio de Janeiro, set/2020 a ago/2021.

LOCAL DE RESIDÊNCIA	QUANTIDADE DE AIH APROVADA	VALOR APROVADO	VALOR MÉDIO	% APROVAÇÃO
MRJ	26.560.027	R\$316.731.711,26	R\$11,93	83%
Outros municípios RJ	1.731.575	R\$60.597.967,65	R\$35,00	16%
Outros estados	21.873	R\$5.580.489,14	R\$255,13	1%
TOTAL GERAL	28.313.475	R\$382.910.168,05	R\$100,68	100%

Fonte: Tabnet Municipal. Acesso em: outubro de 2021.

Em relação aos tipos de serviços hospitalares, a análise por especialidade de leitos demonstra que a maior migração de não munícipes se dá para internações cirúrgicas (47,4%), apontando a importância da capital no apoio regional com a realização de grande volume de cirurgias aos usuários que não conseguem acesso em suas regiões de origem, especialmente as mais próximas, como Regiões Metropolitanas 1 e 2. As internações clínicas também apresentam volume expressivo, correspondendo a 34,7% das AIH de usuários não munícipes (tabela 17).

Tabela 17. Proporção de AIH por tipo de leito e local de residência, MRJ, set/2020 a ago/2021.

TIPO DE LEITO	CAPITAL		OUTROS MUNICÍPIOS DO RJ		OUTROS ESTADOS	
	n	%	n	%	n	%
Cirúrgico	59.983	29,0	25.144	47,4	392	39,7
Obstétricos	50.977	24,7	3.509	6,6	83	8,4
Clínico	65.760	31,8	18.376	34,7	323	32,7
Crônicos	1.821	0,9	766	1,4	1	0,1
Psiquiatria	5.213	2,5	452	0,9	122	12,4
Saúde mental	889	0,4	21	0,0	0	0,0
Pneumologia sanitária (Tisiologia)	562	0,3	110	0,2	0	0,0
Pediátricos	19.044	9,2	3.909	7,4	54	5,5
Reabilitação	121	0,1	13	0,0	0	0,0
Leito Dia/Cirúrgicos	1.170	0,6	588	1,1	2	0,2
Leito Dia/Aids	121	0,1	107	0,2	10	1,0
Leito Dia/Saúde Mental	892	0,4	29	0,1	0	0,0
TOTAL	206.553	100,00	53.024	100,00	987	100,00

Fonte: Tabnet Municipal. Acesso em: outubro de 2021.

3.3 Complexo Regulador

A Política Nacional de Regulação estabelece que as ações da regulação assistencial estejam organizadas em um complexo regulador sob gestão municipal, garantindo o acesso assistencial da população referenciada, conforme pactuação.

Com a publicação do Decreto Municipal n.º 39.669, de 15 de dezembro de 2014, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro passou a ter, em sua estrutura formal, o Complexo Regulador, após um processo de unificação das Centrais de Regulação, para um mesmo endereço e espaço físico localizado no prédio anexo ao Hospital Municipal Souza Aguiar, à Praça da República, n.º 11.

Buscando garantir a melhor alternativa assistencial face às necessidades de atenção à saúde da população, o Complexo Regulador tem a Coordenação de Regulação Ambulatorial, a Coordenação de Regulação de Urgência e Emergência, e a Coordenação de Regulação Internação hospitalar em sua estrutura, que juntas são responsáveis por coordenar o planejamento, a execução e o controle dos assuntos relativos à regulação do acesso à assistência, com as seguintes atribuições:

- Planejar, executar e controlar os assuntos relativos à regulação do acesso à assistência, com atuação específica e concreta da regulação médica na atenção ambulatorial e hospitalar;
- Ser responsável pelo funcionamento global da Central de Regulação Municipal e suas áreas: regulação ambulatorial, regulação de internação hospitalar, regulação de urgência e emergência, e de procedimentos especiais de alta e média complexidade;
- Distribuir a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e a Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC);
- Padronizar as solicitações por meio de protocolos assistenciais e organizar fluxos de referência e subsídios para o redimensionamento da oferta;
- Elaborar, divulgar e implantar protocolos de regulação;
- Regular a prestação de serviços de saúde ofertados pelas unidades da Rede do SUS, no âmbito do município do Rio de Janeiro;
- Construir e viabilizar as grades de referência e contrarreferência;
- Identificar focos de desajuste sistemático entre oferta e demanda de serviços de saúde;
- Estabelecer a interlocução entre a gestão, o complexo regulador e a rede de serviços;
- Capacitar, em conjunto com o órgão de Recursos Humanos, servidores, gestores e prestadores de serviços de saúde da Rede SUS nos sistemas de informações do SUS;
- Elaborar propostas para o aperfeiçoamento dos instrumentos de controle e de avaliação dos serviços realizados pela Central de Regulação;
- Produzir informações e estudos específicos sobre assuntos relativos à regulação de serviços de saúde;
- Subsidiar o processamento das informações de produção e a programação pactuada e integrada;
- Intermediar as negociações dos critérios regulatórios a serem levados para a pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a partir de acordos prévios entre os gestores e gerentes de estabelecimentos de saúde;
- Promover a formação de recursos humanos para atuar no Complexo Regulador;
- Conduzir as ações relacionadas com a integração e o aperfeiçoamento da relação entre os gestores da esfera federal, estadual e municipal do SUS, no que se refere à mobilização de recursos para a melhora do funcionamento do Complexo Regulador;
- Propor e definir o orçamento para o Complexo Regulador.

Além disso, também é função do Complexo Regulador do município do Rio de Janeiro a articulação com a Central de Regulação Estadual para os casos relativos à alta complexidade.

Foto 16. Complexo Regulador do município do Rio de Janeiro.



Crédito: Lucas Svicerio.

O Complexo Regulador Municipal, para operacionalizar e fazer a gestão das regulações, conta com fluxos próprios, a partir da utilização da Plataforma SMS-Rio e do SISREG, sendo capaz de integrar a rede e demonstrar, em tempo real?, os recursos disponíveis. No caso da atenção ambulatorial especializada, a solicitação e o agendamento de consultas e exames ocorre de maneira descentralizada, por meio do SISREG. No caso de leitos de internação hospitalar e de urgência e emergência, utiliza-se a Plataforma SMS-Rio como ferramenta de gestão para realizar as regulações e gerir a dinâmica de transporte de ambulâncias de Vaga Zero na cidade.

A Plataforma SMS-Rio é de domínio próprio da Secretaria Municipal de Saúde do Município Rio de Janeiro, funciona 24 horas por dia/sete dias por semana sem interrupção e pode ser acessada online pelo link <https://web2.smsrio.org/login/>. Nesta plataforma são inseridas todas as solicitações e regulações médicas relativas à internação hospitalar e ao acesso à rede de urgência e emergência, incluindo a liberação e o controle de viaturas de transporte entre as unidades da rede própria municipal, quer seja hospitalar ou rede de Atenção Primária. Por dia, em média, são regulados cerca de 111 leitos de internação hospitalar e 187 Vagas Zero na referida plataforma.

O SISREG é um Sistema do Ministério da Saúde, escolhido pelo município do Rio de Janeiro para a realização da regulação das consultas e exames da atenção especializada. Em média são feitos cerca de 3.042 agendamentos por dia por meio deste sistema.

A rede de serviços especializados da cidade do Rio de Janeiro apresentou nos últimos anos aumento na busca por consultas ambulatoriais especializadas, procedimentos e exames complementares, decorrente do desmonte sofrido pela APS no período de 2017 a 2020, acrescido das sequelas da pandemia de covid-19. Isto resultou no aumento das filas e do tempo de espera para o agendamento de consultas e exames via SISREG.

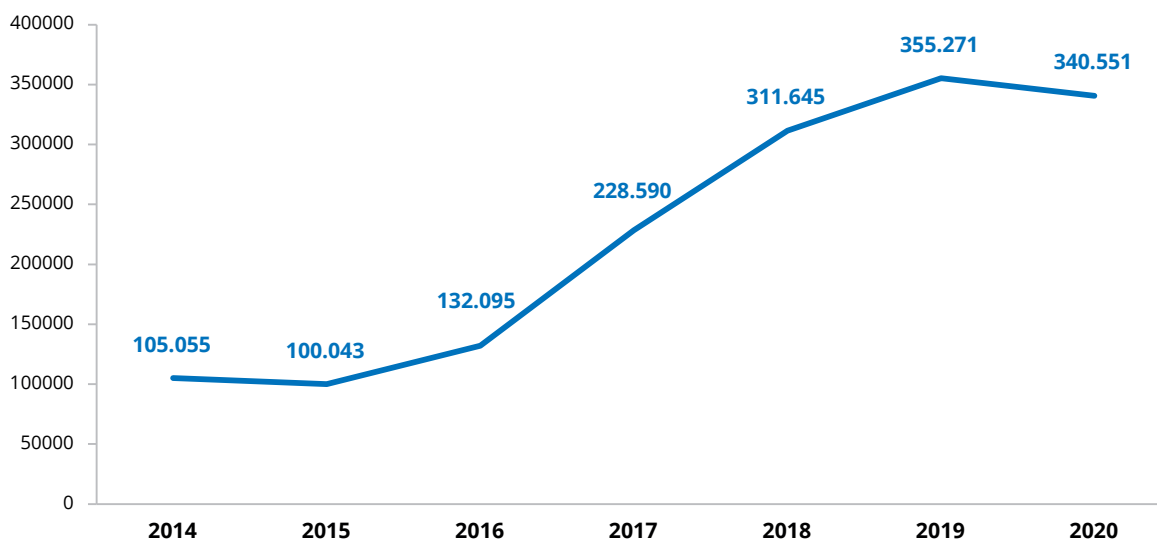
Em janeiro de 2021, o cenário encontrado foi de uma fila de espera de 388.043 de solicitações no SISREG, sendo demonstrado na tabela 18 um aumento significativo de 213.646 solicitações na fila de espera quando comparado a janeiro de 2017 e a janeiro de 2020, com um volume de solicitações pendentes três vezes superior à fila publicada em 2017.

Tabela 18. Solicitações em fila para exames/procedimentos e consultas de especialidades no SISREG do município do Rio de Janeiro entre os anos de 2014 e 2020.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Janeiro	128.405	102.880	104.259	143.390	229.004	314.616	357.036
Fevereiro	127.338	113.669	85.739	162.000	222.083	309.333	350.182
Março	115.118	119.838	85.898	154.121	208.347	307.173	324.061
Abril	71.204	105.868	98.558	160.136	210.597	290.237	318.187
Mai	83.198	100.038	105.858	171.688	211.865	317.440	323.779
Junho	76.418	108.428	99.947	181.274	230.681	341.396	343.643
Julho	81.140	105.028	115.381	201.234	233.443	351.423	364.657
Agosto	91.344	116.441	127.175	218.807	256.304	374.404	372.648
Setembro	102.027	134.227	134.367	225.869	280.789	381.570	375.729
Outubro	121.360	139.160	144.960	241.950	302.325	381.193	343.363
Novembro	144.493	122.776	157.363	238.673	210.535	381.345	357.365
Dezembro	105.055	100.043	132.095	228.590	311.645	355.271	340.551

Fonte: DATASUS/SISREG, 2021.

A seguir apresentamos o gráfico 41, que demonstra o crescimento da fila do SISREG e a ampliação do número de pessoas na fila, com ampliação de 70%.

Gráfico 41. Evolução da fila do SISREG, MRJ, 2014 a 2020.

Fonte: DATASUS/SISREG, 2021.

Diante deste cenário, para o Planejamento Estratégico de 2021 a 2024, considerando o tema ‘longevidade, bem-estar e território conectado’ e com o objetivo de ampliar a oferta de consultas e procedimentos de média complexidade, de forma que os tempos de espera no SISREG sejam reduzidos, foi concebida uma iniciativa estratégica chamada de ‘reorganização da rede de média complexidade’. Os eixos de ação desta proposta incluem dois projetos intitulados “Saúde a tempo e a hora” e ‘Centro de especialidades e centros de imagem’.

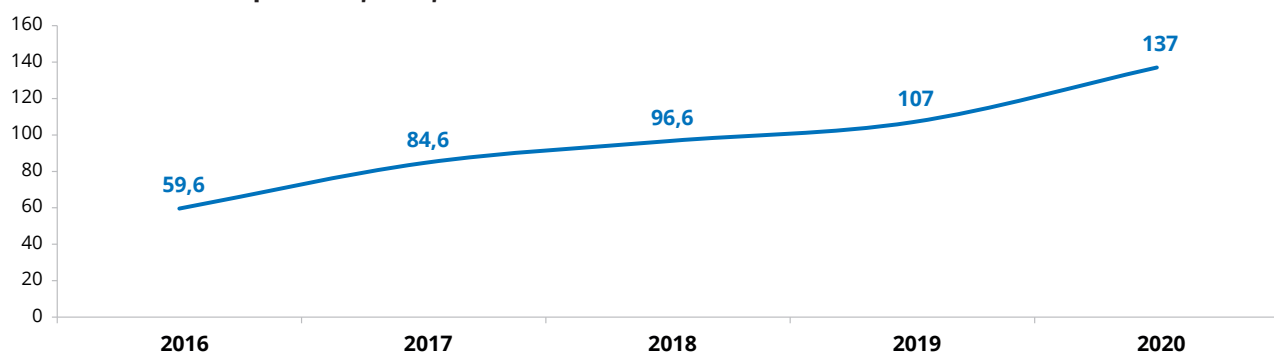
O projeto “Saúde a tempo e a hora” visa ampliar o acesso a partir do aprimoramento da gestão do SUS e da qualificação dos processos e fluxos de regulação, e prevê a ampliação de novos serviços de caráter estratégicos, a fim de garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde, de forma integral, qualificada e em tempo oportuno. Um dos serviços a ser implantado é a telemedicina por meio do uso das tecnologias de informação e comunicação na saúde, que contribuirá para a ampliação da oferta de serviços, democratizando o acesso de modo equânime, com garantia da qualidade. Além disso, o uso desta modalidade de atendimento pode contribuir para a diminuição das filas de espera no Sistema de Regulação, gerando maior rapidez no agendamento de consultas e redução de deslocamentos desnecessários de pacientes com consequente otimização no uso de recursos em saúde.

O projeto “Centro de especialidades e centros de imagem” propõe-se a reestruturar a oferta da atenção especializada a partir da implementação de 21 Centros de Especialidades e Imagens distribuídos nos ambulatorios de hospitais municipais, policlínicas e centros especializados em reabilitação. O projeto objetiva ampliar a oferta das seguintes especialidades: ginecologia, urologia, proctologia, oftalmologia, cirurgia plástica, cirurgia geral, cirurgia de ligadura tubária, vasectomia, infectologia, reabilitação e saúde da criança.

Especificamente no que concerne à regulação, o Plano Plurianual (PPA) traz um programa complementar intitulado “Regulação e Gestão do SUS”, com o objetivo de ampliar o acesso com ênfase no aprimoramento da gestão do SUS, a partir da qualificação dos processos e fluxos de regulação para os diversos pontos de atenção à saúde, por meio de sistemas informatizados, a fim de garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde, de forma integral, qualificada e em tempo oportuno.

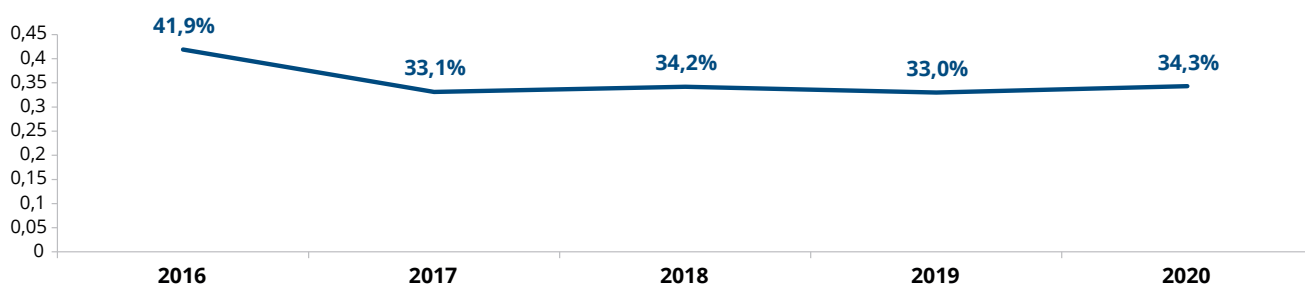
Foram elencados indicadores de acompanhamento para os próximos quatro anos, a fim de avaliar o alcance dos objetivos do planejamento estratégico e do PPA anual, acima descritos. Estes estão relacionados à redução do tempo médio para o agendamento de consultas e exames no SISREG e ao percentual de consultas e exames agendados em até 30 dias da data da solicitação, tendo como metas, respectivamente, 75 dias e 45%. Os gráficos 42 e 43 apresentam a evolução temporal destes indicadores.

Gráfico 42. Série histórica do tempo médio de espera em dias para o agendamento de consultas e exames por ano, MRJ, 2016 a 2020.



Fonte: DATASUS/SISREG.

Gráfico 43. Percentual de consultas e exames agendados em até 30 dias da data de solicitação por ano, MRJ, 2016 a 2020.

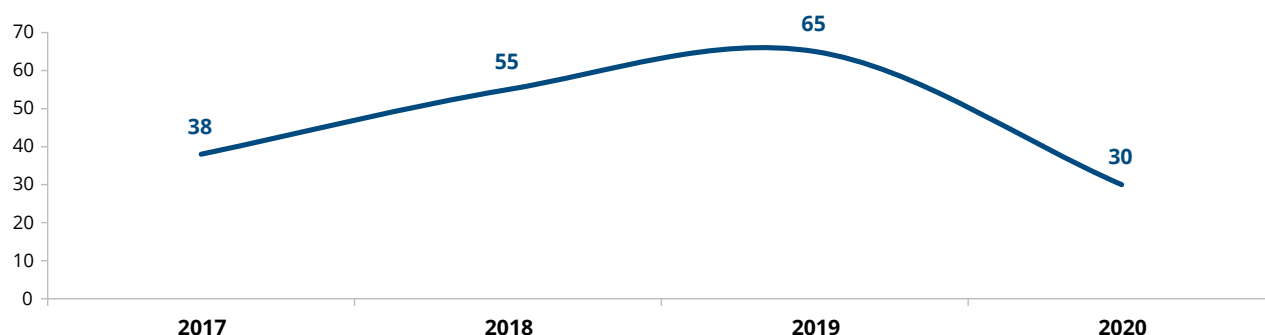


Fonte: DATASUS/SISREG.

Também foram definidos produtos relacionados à redução do tempo médio de disparo de ambulâncias para casos de urgência das unidades de Atenção Primária, ao percentual de consultas e exames agendados em até 90 dias da data da solicitação, ao percentual de unidades prestadoras de serviços ao SUS municipal contratualizadas e ao percentual de auditorias realizadas dentro do prazo, tendo como metas, respectivamente, 25 minutos, 85%, 95% e 95%. Os gráficos 44 e

45 trazem as informações sobre os indicadores de tempo médio de liberação de ambulância e o percentual de agendamento de consultas e procedimento em até 90 dias. A informação sobre os indicadores de unidades contratualizadas e auditorias realizadas será apresentada no item a seguir, referente ao Controle e Avaliação.

Gráfico 44. Tempo médio de liberação (em minutos) de ambulância por ano, MRJ, 2017 a 2020.



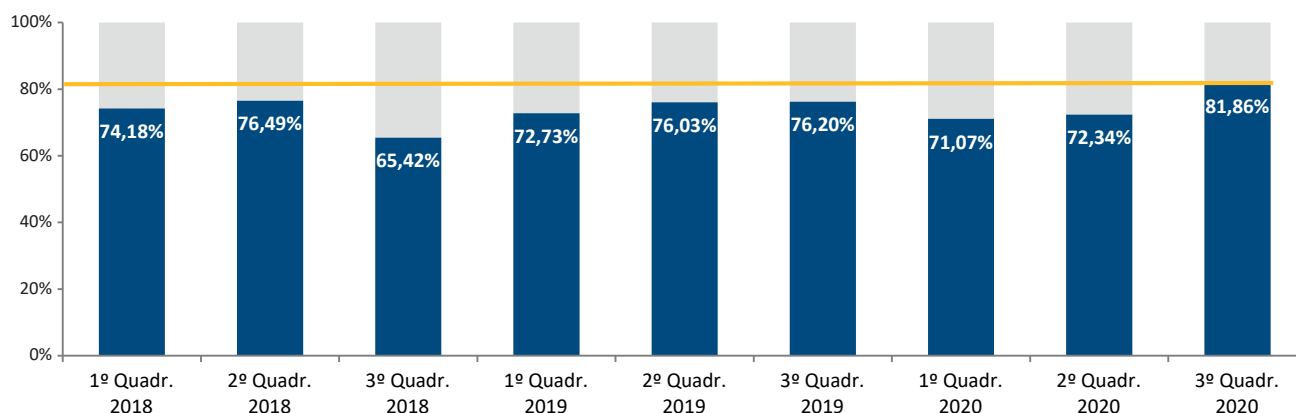
Fonte: Plataforma de ambulâncias. Plataforma SMS-Rio.

Foto 17. Ambulância da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.



Crédito: Marcos de Paula.

Gráfico 45. Percentual dos procedimentos ambulatoriais (consultas e exames) realizados em até 90 dias por mês, MRJ, 2018 a 2020.



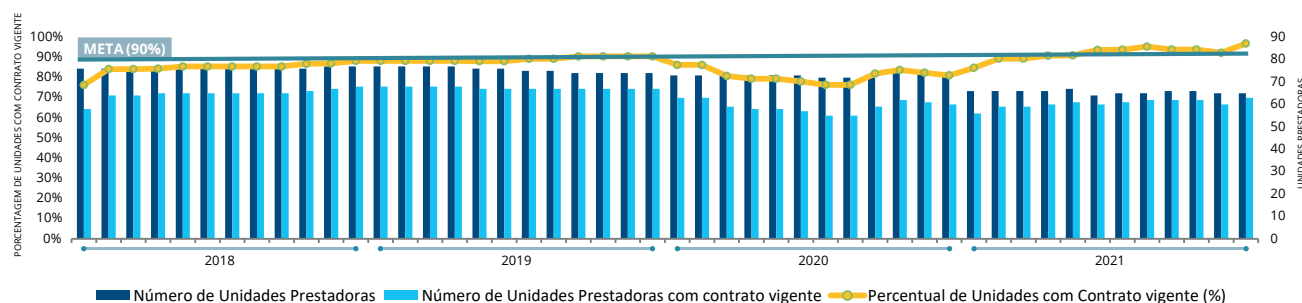
Fonte: DATASUS/SISREG.

3.3.1 Controle e Avaliação

A SMS-Rio também conta, em sua estrutura, com uma coordenação específica que executa as ações de avaliação, controle e auditoria dos prestadores de serviços para o SUS. A Coordenação Geral de Contratualização, Controle e Auditoria (CGCCA) tem como importante atribuição a contratualização de prestadores de serviços públicos, privados ou filantrópicos para a complementação da assistência à rede SUS quando há insuficiência pela rede própria de gestão municipal. Dentre outras atribuições da CGCCA, estão:

- a. Identificar discrepâncias entre oferta e necessidade de serviços de saúde, no âmbito do SUS;
- b. Monitorar a execução físico-financeira pelo Sistema de Informações Hospitalares Descentralizados (SIHD), pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SAI) e demais sistemas no âmbito do SUS;
- c. Controlar os limites financeiros estabelecidos contratualmente;
- d. Gerenciar o cadastro de estabelecimentos de saúde localizados no MRJ por meio do Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES);
- e. Coordenar os processos de habilitação e credenciamento de serviços no âmbito do SUS;
- f. Coordenar o Componente Municipal de Auditoria, programar e controlar as visitas de supervisão e auditoria às unidades de saúde situadas no MRJ.

Ao longo do tempo há progressivo aumento percentual de unidades formalmente contratualizadas no âmbito da Contratualização de Serviços de Saúde, garantindo a qualificação da assistência prestada e a adequação jurídico-administrativa da relação entre o poder público e entes contratados (gráfico 46).

Gráfico 46. Percentual de unidades com contratos vigentes por mês, MRJ, janeiro/2018 a outubro/2021.

Fonte: CGCCA/SUBGERAL/SMS-Rio.

Somente no ano de 2021, já foram realizados sete chamamentos públicos para a contratualização de serviços estratégicos, contemplando as principais necessidades epidemiológicas e solicitações pendentes em fila do SISREG, como oftalmologia, serviços de imagem e fisioterapia, além de renovados os contratos de serviços essenciais como a Terapia Renal Substitutiva (TRS). O Quadro 4 demonstra a linha do tempo dos chamamentos públicos de 2021, com os respectivos quantitativos de procedimentos estimados.

Quadro 4. Chamamentos públicos realizados no ano de 2021.

OBJETO	DATA DA ASSINATURA DOS CONTRATOS	TOTAL DE PROCEDIMENTOS
Leitos covid-19	Deserto	—
TRS	02/05/2021	3301 vagas
Imagem	24/05/2021	16.585
Fisioterapia	07/07/2021 e 20/08/2021	31.874
Apoio diagnóstico	17/09/2021	1.481
Procedimentos cirúrgicos	Deserto	—
Reabilitação	Em andamento	Em andamento

Fonte: CGCCA/SUBGERAL/SMS-Rio.

Vale ressaltar que serviços importantes, como procedimentos cirúrgicos e exames diagnósticos especializados, não apresentaram prestadores interessados ou obteve-se baixa adesão em relação ao quantitativo estimado com os Chamamentos Públicos. Isto porque há baixa valoração dos procedimentos SUS, considerando o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS — Tabela SIGTAP.

Tal situação enseja a necessidade de programação de processos licitatórios para serviços essenciais, como endoscopia, colonoscopia, cirurgias de hérnia e vesículas, dentre outras, vislumbrando

a execução por prestadores privados e/ou filantrópicos com remuneração superior à Tabela SIG-TAP vigente no SUS e cujos valores de referência estejam compatíveis com o mercado, buscando a economicidade preconizada como princípio básico da administração pública.

Quanto à atuação do componente municipal de auditoria, observa-se um incremento de visitas e inspeções no ano de 2021, mesmo em período pandêmico, superando os anos anteriores com mais de 200 auditorias realizadas até novembro deste ano (tabela 19).*

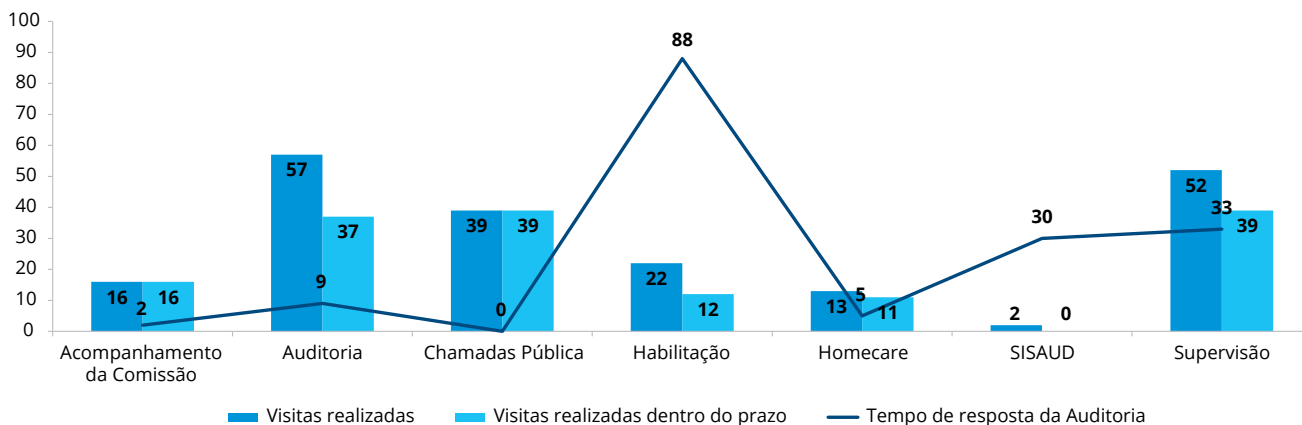
Tabela 19. Auditorias realizadas nos anos de 2017 a 2021.

ANO	NÚMERO DE AUDITORIAS REALIZADAS*
2017	161
2018	131
2019	141
2020	136
2021	201

Fonte: CGCCA/SUBGERAL/SMS-Rio.

Além do quantitativo de visitas realizadas, importa a qualidade das inspeções executadas, buscando sanar inadequações observadas e contribuir com apontamentos da normativa sanitária vigente, para que as unidades estejam em contínua evolução de qualidade do serviço prestado. Ademais, há de se garantir a execução das inspeções em tempo oportuno para atendimento da demanda que originou a necessidade de inspeção. O gráfico 47 apresenta a proporção de visitas realizadas em 2021 dentro do prazo estimado para cada tipo de demanda por supervisão e auditoria.

Gráfico 47. Evolução do tempo de resposta (em dias) da equipe da coordenação de supervisão e auditoria em relação aos tipos de demanda em 2021.



Fonte: CGCCA/SUBGERAL/SMS-Rio.

3.4 Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

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

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

Tabela 20. Evolução da força de trabalho segundo o tipo de vínculo, SMS-Rio, 2016 a 2020.

ANO	TIPOS DE VÍNCULO				TOTAL
	Servidor Municipal (Efetivo + CLT)	Servidor Federal	RioSaúde	Organização Social	
2016	21.868	3.822	629	0	26.319
2017	21.490	3.620	628	0	25.738
2018	20.501	3.370	1.848	0	25.719
2019	19.486	2.876	2.968	0	25.330
2020	19.271	2.663	16.466	0	38.400

Fonte: S/SUBG/CGP, 2021.

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

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

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

As ações de capacitação oferecidas pela Gerência de Treinamento e Desenvolvimento ocorrem nas modalidades presenciais, semipresenciais e a distância. Tais ações mobilizam o profissional e produzem reflexos nos planos individuais e coletivos, agregando valor à organização, qualificando e valorizando os profissionais, bem como os processos de trabalho no âmbito da saúde pública e na satisfação dos usuários.

A velocidade com que os conhecimentos e saberes tecnológicos se renovam na área da saúde aponta para a necessidade de treinamento e desenvolvimento de pessoas de maneira estratégica e constante como parte da cultura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde.

Tabela 21. Capacitações realizadas na SMS-Rio, 2020.

EXERCÍCIO	QUANTIDADE DE EVENTOS*	Nº DE PARTICIPANTES	INVESTIMENTO (R\$)	INVESTIMENTO MÉDIO/ PARTICIPANTE (R\$)
2016	135	4.348	1.531.031,68	352,12
2017	223	2.305	188.592,38	81,82
2018	189	2.333	123.881,00	53,1
2019	254	2.668	218.889,95	82,04
2020	7	188	48.776,92	259,45

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

Exercendo o papel de ordenadora da formação de profissionais de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS, a SMS-Rio oferece programas de residência médica, especializações e estágios remunerados e não remunerados, utilizando os serviços públicos de saúde como campo de ensino e pesquisa. Nesse ponto, cumpre assinalar a criação dos programas de Residência Profissional em Medicina Veterinária, em 2018, e da Residência Profissional em Cirurgia em Trauma Bucomaxilofaciais, em 2020, alinhada às políticas de saúde adotadas pela SMS-Rio. No período de 2016 a 2020, a SMS-Rio ofereceu programas de estágios e residências remunerados (listados na tabela 22), e também disponibilizou programas de estágios obrigatórios não remunerados e treinamentos profissionais.

Tabela 22. Modalidades de estágios e residência remunerados, SMS-Rio, 2016 a 2020.

MODALIDADES	2016	2017	2018	2019	2020
Residência Médica — Unidades Hospitalares	578	559	478	455	444
Residência Médica — Medicina Família e Comunidade	266	186	294	233	220
Residência em Saúde Mental	38	32	34	38	38
Residência em Enfermagem	44	141	151	198	198
Residência em Farmácia	12	12	14	15	15
Residência em Bucomaxilofaciais	0	0	0	0	8
Residência em Medicina Veterinária	0	0	10	20	18
Acadêmico Bolsista	979	905	843	913	954
TOTAL GERAL	1.917	1.835	1.824	1.872	1.895

Fonte: S/SUBG/CGP.

Por fim, é importante destacar que o Núcleo Saúde Voluntário desenvolve a política de voluntariado no âmbito da SMS-Rio, visando ao reconhecimento, à difusão e à valorização das ações voluntárias. No decorrer deste período procuramos potencializar o desenvolvimento da cultura do voluntariado por meio da sensibilização dos gestores, servidores e da comunidade, promovendo a implantação de atividades voluntárias nas unidades de saúde, treinamentos, sistematização e monitoramento das ações voluntárias, ampliando mecanismos de divulgação destas ações e articulando parcerias.

Tabela 23. Demonstrativo das atividades do voluntariado da SMS-Rio, 2016 a 2020.

DEMONSTRATIVO DO VOLUNTARIADO	2016	2017	2018	2019	2020 JAN/MAR	2020 ABR/DEZ
Unidades com voluntariado	47	47	40	46	46	8
Número de treinamentos	10	10	14	16	—	—
Número de voluntários treinados	423	450	392	352	—	—
Quantitativo de voluntários	880	920	810	765	765	120

Fonte: S/SUBG/CGP.

Ressaltamos que as atividades voluntárias presenciais foram suspensas a partir de 13/03/2020, devido às medidas de prevenção contra a covid-19. Em consequência da pandemia, os projetos presenciais foram suspensos, e foram iniciadas atividades online desenvolvidas por voluntários e parceiros (Apresentações do Projeto Doutores da Alegria, Plateias Hospitalares e de Contadores de Histórias). Durante este período, também houve ações de doações de máscaras, kits de higiene, roupas e livros em algumas unidades de saúde realizadas por voluntários.

Foto 18. Cortejo Natalino Plateias Hospitalares/Doutores da Alegria no Hospital Municipal da Piedade (evento realizado antes da pandemia, em dezembro de 2019).



Crédito: Wallace Martins.

3.5 Gestão Participativa e Controle Social

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro tem instituído o Conselho Municipal de Saúde, cujo objetivo é promover a participação popular em debates sobre assuntos relacionados à saúde pública, auxiliando a gestão em prol de um melhor atendimento à população, e fomentar a participação da sociedade na gestão das políticas públicas.

Foto 19. Eleição da Comissão Executiva e Substituto da Presidência do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.



Crédito: Abílio Tozini.

Como órgão deliberativo, o Conselho atua no acompanhamento dos aspectos assistenciais, financeiros e econômicos, nas estratégias e na promoção de saúde, realizando, assim, o controle social. Além do Conselho Municipal de Saúde, acompanhando a divisão das Coordenadorias Gerais de Saúde da cidade em áreas programáticas existem dez Conselhos denominados Conselhos Distritais, atuando no território com o objetivo de auxiliar a gestão regionalmente na identificação das necessidades, de forma a garantir avanços nas políticas públicas de saúde nas regiões.

Para a execução das discussões e deliberações das reuniões do colegiado, o Conselho tem como aporte uma comissão executiva e comissões temáticas, que têm por finalidade exclusiva assessorar o plenário do conselho, fornecendo-lhes subsídios de discussão para deliberar sobre a formulação de estratégias e o controle da execução de políticas em saúde. O Conselho Municipal de Saúde dispõe hoje de estrutura administrativa com a seguinte composição:

- 1 Secretária Executiva;
- 1 Assistente I;
- 1 Assistente II;
- 6 Servidores Administrativos.

O Conselho do município do Rio de Janeiro tem como estratégia de boas práticas reunir-se mensalmente em reuniões ordinárias, das quais são produzidas atas e, quando necessário, realiza-se a convocação de reunião extraordinária, para avaliação de temas ou deliberações emergenciais.

Os Conselhos estão compostos de forma paritária, totalizando 271 membros nos 11 Conselhos de Saúde da Cidade, conforme descrição abaixo:

- Conselho municipal de saúde — 36 membros;
- Conselho Distrital de Saúde da AP 1.0 — 16 membros;
- Conselho Distrital de Saúde da AP 2.1 — 16 membros;
- Conselho Distrital de Saúde da AP 2.2 — 32 membros;
- Conselho Distrital de Saúde da AP 3.1 — 36 membros;
- Conselho Distrital de Saúde da AP 3.2 — 28 membros;
- Conselho Distrital de Saúde da AP 3.3 — 12 membros;
- Conselho Distrital de Saúde da AP 4.0 — 16 membros;
- Conselho Distrital de Saúde da AP 5.1 — 28 membros;
- Conselho Distrital de Saúde da AP 5.2 — 32 membros;
- Conselho Distrital de Saúde da AP 5.3 — 19 membros.

As Comissões Temáticas que subsidiam os conselhos para as deliberações são assim constituídas:

- Comissão de Orçamento e Finanças;
- Comissão de Saúde Mental;
- Comissão de Educação Permanente;
- Comissão de Saúde do Trabalhador;
- Comissão de Gêneros, Raças e Etnias;
- Comissão de IST/AIDS;
- Comissão de Fiscalização da Atenção Primária em Saúde — APS;
- Comissão de Doenças Raras Negligenciadas;
- Comissão de Justiça e Saúde Reprodutiva.

O Conselho Municipal de saúde do Rio de Janeiro possui Regimento Interno, conforme previsto pelo artigo 18 da Lei n.º 5.104, de 3 de novembro de 2009, composto por IX capítulos que descrevem a instituição do Conselho, competências, atribuições dos Conselheiros, dos órgãos dos

INDICADORES	TENDÊNCIA ESPERADA	DESEMPENHO SMS-RIO							SETOR RESPONSÁVEL
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após notificação	▲	89,5	91,1	72,2	95,5	69,3	94,8	97,5	SVS SUBPAV
Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	▲	87,8	86,1	84,5	82,5	75,5	69,0*	68,9*	SAP SUBPAV
Número de casos autóctones de malária	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade	▼	1.609	1.650	1.473	1.432	1.171	1.087	1.149	SAP SUBPAV
Número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos	▼	6	5	2	14	25	10	5	SAP SUBPAV
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	▲	43,7	114,6	380,0	164,1	118,7	115,7	164,7	IVISA
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	▲	0,02	0,02	0,03	0,02	0,02	0,02	0,01	SAP SUBPAV
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária	▲	0,14	0,14	0,15	0,16	0,17	0,13	0,07	SAP SUBPAV
Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e na Saúde Suplementar	▲	43,0	43,9	44,8	46,7	47,6	47,7	47,9	SAP SUBPAV

INDICADORES	TENDÊNCIA ESPERADA	DESEMPENHO SMS-RIO							SETOR RESPONSÁVEL
		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos	▼	15,9	15,3	14,9	14,1	13,1	12,3	11,9	SAP SUBPAV
Taxa de mortalidade infantil	▼	11,4	12,1	12,9	11,2	11,7	12,1	12,1	SVS SUBPAV
Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência	▼	65	68	62	70	50	62	83	SVS SUBPAV
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	▲	62,5*	81,1*	83,0*	82,8*	93,7*	92,4*	88,8*	SAP SUBPAV
Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica	▲	28,2	28,1	31,1	29,8	27,1	24,0	24,7	SAP SUBPAV
Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	▲	9,5	29,0	53,1	46,2	75,0	83,4	71,63	SUBHUE
Número de ciclos que atingiram o mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	▲	3	4	5	5	5	5	3	SVS SUBPAV
Proporção de preenchimento do campo 'ocupação' nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	▲	63,6	77,7	80,8	88,2	89,0	81,9	86,1	SAP SUBPAV

Fonte: TABNET SES/RJ. Pactuação Interfederativa. Resultados dos indicadores MRJ. <https://www.saude.rj.gov.br/informacao-sus/dados-sus/2020/11/indicadores>. (*) Informação não disponível na plataforma e disponibilizada pela Área Técnica responsável SMS-Rio.

Foto 20. Reunião de aprovação do Plano Municipal de Saúde 2022-2025 com o Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, realizada no dia 22 de fevereiro de 2022 na SMS-Rio. (Participações presenciais e por videoconferência).



Crédito: Aluisio Bispo.

4. OBJETIVOS, DIRETRIZES E METAS

4.1 Objetivos

A SMS-Rio traçou os seguintes objetivos para o quadriênio 2022-2025:

- Garantir os insumos adequados à rede hospitalar, custear os investimentos em infraestrutura e as ações relacionadas ao acesso da população aos serviços de saúde hospitalar, além de investir na qualificação do atendimento das unidades, organizando e ampliando a oferta dos serviços prestados;
- Coletar, consolidar, analisar dados e produzir informações epidemiológicas referentes aos agravos e doenças agudas de notificação compulsória, nascimentos e óbitos, permitindo direcionar e desenvolver ações para a saúde da população, assim como coordenar as ações de vigilância, imunizações e prevenção e controle de doenças de transmissão vetorial, além de atuar na gestão de emergências de saúde pública;

- Subsidiar as demandas de infraestrutura e logística dos elementos essenciais para a oferta de serviços de saúde com qualidade, atendendo às demandas das demais subsecretarias, às ações que envolvem capacitação, ao desenvolvimento e à formação dos profissionais do SUS no município do Rio de Janeiro, e ao acompanhamento e custeio das estruturas de controle social (Conselho Municipal de Saúde — COMAS e Conselho Distrital de Saúde — CODS) e da Ouvidoria;
- Aprimorar a Atenção Primária à Saúde, garantindo o acesso, fortalecendo a integralidade, a continuidade e a coordenação do cuidado, e consolidando a Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção, com ênfase na ampliação da cobertura assistencial, preconizando a redução de iniquidades sociais;
- Ofertar serviços de saúde à população por meio da reestruturação de sua Rede de Saúde, de acordo com as necessidades e fragilidades de cada área da cidade, tendo como importantes coadjuvantes os Centros de Emergência Regional (CER) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), componentes de um conceito moderno de transversalidade/horizontalidade e estruturação das ações de suporte de urgência e emergência;
- Prover os recursos humanos e os meios administrativos e infraestruturais necessários à realização das atribuições do governo no Tema Transversal Longevidade, Bem-Estar e Território Conectado;
- Transformar o modelo hospitalar psiquiátrico numa rede de serviços de atenção psicossocial que garanta acolhimento, atenção à crise, continuidade de cuidados e moradia, promovendo a inclusão social pelo trabalho, cultura e lazer, oferecendo iniciativas de redução de danos e cuidado destinado à população com vulnerabilidade e com transtornos decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, além de desenvolver iniciativas de qualificação e formação de novos profissionais de saúde mental;
- Ampliar o acesso, com ênfase no aprimoramento da gestão do SUS, a partir da qualificação dos processos e fluxos de regulação para os diversos pontos de atenção à saúde, por meio de sistemas informatizados, para garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde, de forma integral, qualificada e em tempo oportuno;
- Ampliar e reorganizar os serviços de média complexidade, estruturando as principais linhas de cuidado em saúde;
- Aumentar as oportunidades e melhorar as condições de desenvolvimento integral das crianças cariocas de 0 a 5 anos de idade em situação de vulnerabilidade.

4.2 Diretrizes, Estratégias e Metas

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

1. Democracia e Saúde;
2. Saúde como direito;
3. Consolidação dos Princípios do SUS;
4. Financiamento adequado e suficiente para o SUS.

Desta forma, as diretrizes do PMS 2022 a 2025 são transversais. As estratégias e ações que delas derivam são intercambiáveis, perpassam os diversos setores da SMS-Rio e, portanto, a execução das ações, os resultados e o alcance das metas previstas são de responsabilidade coletiva de gestores, profissionais de saúde e esferas de controle social.

Tabela 25. Diretrizes, estratégias e metas.

Diretriz n.º 1: A saúde, como direito humano fundamental, só existe por meio de políticas, gestão e financiamento públicos, em atenção ao estado democrático de direito, mantendo o Sistema Universal de Saúde, garantidos por meio do acesso a toda população brasileira, ampliação das redes de atenção e promoção do cuidado integral às pessoas, considerando as questões de gênero e da população em situação de vulnerabilidade social, fortalecimento do controle social e comunicação e informação ao cidadão.

Estratégia 1.1 — Aquisição de equipamentos e mobiliário para a rede de unidades de atenção

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Mobiliário adquirido para as unidades de Atenção Primária à Saúde	50	50	50	50	Unidade
Equipamentos adquiridos para as unidades de Atenção Primária à Saúde	2.000	2.000	2.000	2.000	Unidade

Estratégia 1.2 — Construção, ampliação e reforma de unidades de Atenção Primária à Saúde

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Obra realizada	20	20	20	20	Unidade

Estratégia 1.3 — Reforma, ampliação e adequação das instalações de Vigilância em Saúde

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Obra/adequação realizada	9	0	0	0	Unidade
Equipamento adquirido	59	32	36	0	Unidade

Estratégia 1.4 — Construção, ampliação e reforma de unidades hospitalares

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	

Obra de construção, reforma e ampliação realizada	8	6	6	0	Unidade
---	---	---	---	---	---------

Estratégia 1.5 — Aquisição de equipamentos e mobiliários para a rede de unidades hospitalares

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Mobiliário adquirido para unidades hospitalares	3.500	3.500	3.000	0	Unidade
Equipamentos adquiridos para unidades hospitalares	350	350	300	0	Unidade

Estratégia 1.6 — Construção, ampliação e reforma em Emergências

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Reforma, ampliação, construção em Emergências realizadas	2	3	3	0	Unidade

Estratégia 1.7 — Aquisição de equipamentos e mobiliário para a rede de unidades de média complexidade

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Equipamento adquirido para unidades de média complexidade	350	346	336	336	Unidade
Mobiliário adquirido para unidades de média complexidade	250	320	220	200	Unidade

Estratégia 1.8: Construção, ampliação e reforma de Policlínicas.

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Unidade de média complexidade (policlínica, CEO, Centro de Reabilitação) adequado/reformado	8	7	5	3	Unidade

Estratégia 1.9 — Implantação e adaptação de centros de Saúde Mental

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Obra realizada	3	5	6	5	Unidade
Unidade de Saúde Mental com mobiliário renovado	16	16	0	0	Unidade
Unidade de Saúde Mental equipada	16	16	0	0	Unidade

Estratégia 1.10 — Reestruturação das unidades de vigilância sanitária e controle de zoonoses.

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Obra realizada	4	0	2	0	Unidade
Equipamento/mobiliário adquirido	115	175	60	65	Unidade

Estratégia 1.11 — Modernização tecnológica das unidades de campo de estágio

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Unidade equipada/mobiliada	15	17	19	21	Unidade

Diretriz n.º 2: A Saúde, pública e universal, constitui um direito social básico para a manutenção das condições de cidadania da população brasileira e dever do Estado, que deve garantir acesso a serviços qualificados e com processos simplificados para o fortalecimento do SUS.

Estratégia 2.1 — Atenção à saúde e à longevidade da população carioca

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Profissional qualificado para oferta de cuidados ao idoso	419	836	836	836	Unidade

Estratégia 2.2 — Desenvolvimento integral das crianças menores de 6 anos em situação de vulnerabilidade

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Profissional qualificado no cuidado da criança	100	209	263	264	Unidade

Estratégia 2.3 — Atenção à saúde por meio das linhas de cuidados para doenças e agravos

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Lata de fórmula láctea adaptada para lactentes expostos ao HIV menores de 6 meses distribuídas	36.000	36.000	36.000	36.000	Unidade
Teste rápido molecular para diagnóstico de tuberculose pulmonar realizado	15.000	17.000	19.000	21.000	Unidade
Unidade dispensadora de medicamentos para doenças transmissíveis mantidas	10	20	31	41	Unidade

Estratégia 2.4 — Ações estratégicas de promoção da saúde e redução de iniquidades

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Ação de promoção/prevenção em saúde realizada pelas unidades de Atenção Primária	282.862	311.148	342.263	376.489	Unidade
Jovem/adolescente inscrito no curso de formação — RAP da Saúde	158	174	191	210	Unidade
Unidade de Atenção Primária com ações de promoção da saúde/direitos sociais nas escolas	1.114	1.273	1.432	1.591	Unidade
Unidade de Atenção Primária à Saúde com oferta de hormonização para a população transexual mantida	5	10	15	20	Unidade
Atividade da Política de Saúde Integral da População Negra realizada	12	14	16	18	Unidade
Unidade com tratamento para controle do tabagismo implantada/mantida	181	202	225	250	Unidade
Caso de violência notificado/acompanhado	3.275	4.912	6.549	8.186	Unidade
Ficha digitada em tempo oportuno nos casos de violência de notificação imediata	60	60	60	60	Porcentagem

Estratégia 2.5 — Atividades de Imunização

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Dose de imunobiológico do calendário vacinal de rotina, campanhas, bloqueios e vacinas especiais aplicadas	4.600.000	4.600.000	4.600.000	4.600.000	Unidade

Estratégia 2.6 — Vigilância Epidemiológica

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Doença de notificação compulsória imediatamente encerrada em até 60 dias	90	90	90	90	Porcentagem

Estratégia 2.7 — Vigilância em Saúde Ambiental

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Vistoria realizada nos imóveis da cidade	4.825.135	10.519.521	8.290.721	8.461.914	Unidade

Estratégia 2.8 — Vigilância em zoonoses

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Procedimentos para controle reprodutivo em cães e gatos realizados — controle	14.400	15.600	16.800	18.000	Unidade
Consulta clínica para diagnóstico de zoonoses realizado	21.255	23.380	25.720	25.720	Unidade

Estratégia 2.9 — Vigilância e fiscalização sanitária

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Atividade de fiscalização realizada	85.484	94.032	103.435	113.038	Unidade

Estratégia 2.10 — Cegonha Carioca

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Leito qualificado de cuidado à gestante e ao bebê mantido	388	388	388	388	Unidade
Gestante atendida no programa Cegonha Carioca	40.500	42.700	44.500	44.500	Unidade
Reunião realizada	20	20	20	20	Unidade

Estratégia 2.11 — Regulação da Atenção Especializada

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Consulta/exame marcado para até 90 dias da data de solicitação	75	78	81	85	Porcentagem

Estratégia 2.12 — Ampliação e qualificação da Atenção Especializada

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Unidade de média complexidade informatizada	3	8	10	11	Unidade

Estratégia 2.13 — Qualificação do atendimento nas emergências da rede municipal

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Leito de terapia intensiva/enfermaria de retaguarda para a RUE qualificado/mantido	216	216	216	216	Unidade

Estratégia 2.14 — Atendimento móvel de urgência

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Tempo médio de liberação de ambulância para casos de urgência das unidades de Atenção Primária	35	31	28	25	Minuto

Estratégia 2.15 — Implantação de prontuário eletrônico na rede hospitalar municipal

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Hospital com prontuário eletrônico implantado	5	7	6	0	Unidade

Estratégia 2.16 — Implantação de prontuário eletrônico nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Centros de Emergência Regional (CER)

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Unidade de Pronto Atendimento (UPA) / Centro de Emergência Regional (CER) com prontuário eletrônico implantado	0	11	10	0	Unidade

Estratégia 2.17 — Implantação de prontuário eletrônico nos centros de Saúde Mental

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Unidade de Saúde Mental com prontuário eletrônico implantado	17	20	5	4	Unidade

Diretriz n.º 3: Fortalecimento dos princípios doutrinários e organizativos do SUS por meio da sua prática, com Atenção Primária à Saúde como caminho para sua consolidação, vinculando cada cidadão a uma unidade de Atenção Básica à Saúde, implementando políticas públicas para populações com necessidades específicas, integração, acesso, participação social e democracia, a favor do serviço público, como garantia dos direitos e contra o desmonte do SUS.

Estratégia 3.1 — Ampliação e qualificação da Atenção Primária à Saúde

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Ciclo de Debates/Seminário de Avaliação e Monitoramento realizado	266	266	266	266	Unidade

Estratégia 3.2 — Desenvolvimento integral das crianças menores de 6 anos em situação de vulnerabilidade

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Usuário atendido — Primeira Infância Carioca	1.055	2.115	3.700	3.704	Unidade

Estratégia 3.3 — Ampliação e qualificação da Atenção Especializada

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Procedimento ambulatorial de média complexidade realizado	163.375	163.375	163.375	163.375	Unidade

Estratégia 3.4 — Manutenção do custeio dos Centros de Emergência Regionais (CER)

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Atendimento realizado nos Centros de Emergências Regionais (CER)	882.000	882.000	882.000	882.000	Unidade

Estratégia 3.5 — Manutenção do custeio das Unidades de Pronto Atendimento (UPA)

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Atendimento realizado nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA)	1.255.000	1.255.000	1.255.000	1.255.000	Unidade

Estratégia 3.6 — Manutenção das unidades de média complexidade

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Exame de citopatológico de colo uterino realizado	231.420	247.080	263.636	281.298	Unidade
Exame laboratorial realizado nas unidades ambulatoriais	8.883.070	9.484.180	10.125.310	10.809.775	Unidade

Estratégia 3.7 — Manutenção e custeio do Laboratório de Saúde Pública

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Exame realizado no laboratório de diagnóstico de zoonoses	44.000	47.000	50.000	54.000	Unidade
Ensaio nas amostras coletadas realizado pelo laboratório de controle de produtos	56.000	60.000	65.000	71.000	Unidade

Estratégia 3.8 — Atenção à saúde e à longevidade da população carioca

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Unidade com oferta de grupos educativos voltados a abordagem multidimensional ao idoso mantida	44	102	167	236	Unidade

Estratégia 3.9 — Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Usuário atendido pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)	2.650	2.650	2.650	2.650	Unidade

Estratégia 3.10 — Ações de Atenção Psicossocial

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Usuário acompanhado pelos centros de Saúde Mental	16.652	19.104	22.308	25.795	Unidade

Estratégia 3.11 — Ações de desinstitucionalização em Saúde Mental

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Usuário residente nos serviços residenciais terapêuticos e nas moradias assistidas	525	525	525	525	Unidade
Usuário cadastrado nas bolsas de incentivo à desospitalização e de ressocialização	425	425	425	425	Unidade

Estratégia 3.12 — Ações de integração da Vigilância em Saúde

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Ação descentralizada de vigilância em saúde realizada	236	258	280	280	Unidade

Estratégia 3.13 — Gestão de treinamento e desenvolvimento

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Bolsista graduando e pós-graduando qualificado	1.873	1.873	1.873	1.873	Unidade
Servidor capacitado em Gestão e Educação em Saúde	1.500	1.650	1.815	1.996	Unidade
Profissional de saúde treinado	500	1.000	1.500	2.000	Unidade

Estratégia 3.14 — Qualificação da auditoria das unidades do SUS

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Auditoria realizada dentro do prazo estabelecido no cronograma de visitas	85	88	91	95	Porcentagem

Estratégia 3.15 — Administração dos Conselhos Municipal e Distritais de Saúde

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
—	—	—	—	—	—

Diretriz n.º 4: Financiamento adequado, transparente e suficiente para o desenvolvimento democrático, bem como a sustentabilidade orçamentária do SUS, respeitando as diferenças regionais e garantindo o direito à saúde, tendo em vista a integralidade de assistência, a universalidade do acesso e a equidade dos serviços.

Estratégia 4.1 — Manutenção da rede de Atenção Primária à Saúde

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
CAP apoiada — ações de descentralização	10	10	10	10	Unidade
Equipe de Saúde implantada/mantida — CAP 1.0	75	90	90	90	Unidade
Equipe de Saúde implantada/mantida — CAP 2.1	65	70	70	70	Unidade
Equipe de Saúde implantada/mantida — CAP 2.2	45	50	50	50	Unidade
Equipe de Saúde implantada/mantida — CAP 3.1	200	220	220	220	Unidade
Equipe de Saúde implantada/mantida — CAP 3.2	110	130	130	130	Unidade
Equipe de Saúde implantada/mantida — CAP 3.3	180	200	220	220	Unidade
Equipe de Saúde implantada/mantida — CAP 4.0	120	120	120	120	Unidade
Equipe de Saúde implantada/mantida — CAP 5.1	150	180	180	200	Unidade
Equipe de Saúde implantada/mantida — CAP 5.2	150	180	180	200	Unidade

Equipe de Saúde implantada/ mantida — CAP 5.3	110	110	110	120	Unidade
--	-----	-----	-----	-----	---------

Estratégia 4.2 — Ampliação e qualificação da Atenção Primária à saúde

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Unidade de Atenção Primária com oferta de prótese dentária mantida	30	100	180	230	Unidade

Estratégia 4.3 — Implantação de novas tecnologias para a Atenção Primária em Saúde

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Unidade com acesso a serviços de telessaúde/ conhecimento digital mantida	5	10	15	20	Unidade
Solução tecnológica implantada	1	1	1	1	Unidade

Estratégia 4.4 — Assistência Farmacêutica Básica

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Unidade farmacêutica distribuída à população	1.250.000.000	1.250.000.000	1.300.000.000	1.300.000.000	Unidade

Estratégia 4.5 — Manutenção das unidades de média complexidade

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Centro de reabilitação implantado/mantido	3	5	7	7	Unidade
Policlínica implantada/ mantida	11	11	11	11	Unidade
Centro de referência em Saúde do Trabalhador mantido	3	3	3	3	Unidade
Centro de Especialidade (CEO)/Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) mantido	22	22	22	22	Unidade
Centro de Especialidade implantado/mantido	8	16	21	21	Unidade
CRO (Centro de Referência em Obesidade) mantido	1	2	3	3	Unidade

Estratégia 4.6 — Ampliação e qualificação da Atenção Especializada

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Prótese dentária confeccionada	1.440	2.400	3.360	4.800	Unidade

Estratégia 4.7 — Provimento de tecnologia assistiva para a pessoa com deficiência

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Produto de tecnologia assistida distribuído	550.000	550.000	550.000	550.000	Unidade

Estratégia 4.8 — Contratação da rede credenciada

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Unidade de saúde prestadora de serviços ao SUS municipal contratualizada	85	88	91	95	Porcentagem

Estratégia 4.9 — Informação estratégica e resposta às emergências em Saúde Pública

Ação	Meta Física				Métrica
	2022	2023	2024	2025	
Centro de Inteligência Epidemiológica (CIE) implantado/mantido	1	1	1	1	Unidade
Equipe de resposta rápida implantada/mantida	10	10	10	10	Unidade
Amostra laboratorial coletada em unidade sentinela nos casos de síndrome gripal e arbovirose	80	80	80	80	Porcentagem

5. REFERÊNCIAS

- ALBERTI, F. A. A Importância do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde. Centro de Pós-Graduação Oswaldo Cruz.
- BARROS, D. S.L.; SILVA, D. L. M.; LEITE, S.N. Serviços Farmacêuticos Clínicos na Atenção Primária à Saúde do Brasil. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde (Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 1). Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Estudo de Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2020. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?popsvs/cnv/popbr.def>
- BRASIL. Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- BRASIL. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf
- BRASIL. Decreto n.º 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Programa Saúde na Escola. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm
- BRASIL. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf
- BRASIL. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasília: Ministério da Saúde, 1996-2019. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/>
- BRASIL. Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>

BRASIL. Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709.htm

BRASIL. Instrutivo de Reabilitação. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Politica_Portugues.pdf

BRASIL. Portaria n.º 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

BRASIL. Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LCP&numero=141&ano=2012&ato=48dETS61kMVpWTa69>

BRASIL. Portaria n.º 412, de 15 de março de 2013. Redefine as orientações para operacionalização das transferências de recursos federais aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, a serem repassados de forma automática, sob a modalidade fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0412_15_03_2013.html

BRASIL. Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os Artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm

BRASIL. Lei n.º 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10424.htm

BRASIL. Portaria n.º 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011_comp.html

BRASIL. Portaria n.º 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html

BRASIL. Portaria n.º 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html

BRASIL. Portaria n.º 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html

BRASIL. Portaria Interministerial MME/MS n.º 630, de 8 de novembro de 2011. Dispõe sobre o benefício com a Tarifa Social de Energia Elétrica.

CAETANO, M. C.; SILVA, R. M.; LUIZA, V. L. Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária em Saúde à luz do modelo ambiguidade-conflito. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30(4), e300420, 2020.

CÂMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. Lei n.º 1.583, de 30 de julho de 1990. Cria o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <https://cm-rio-de-janeiro.jusbrasil.com.br/legislacao/278233/lei-1583-90>

CÂMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. Lei Municipal n.º 4.930, de 22 de outubro de 2008. Inclusão da informação “raça” em todos os formulários de saúde do município do Rio de Janeiro.

CÂMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. Lei n.º 3.400, de 17 de maio de 2002. Bolsa Incentivo para paciente portador de transtorno mental com história de longa permanência institucional. Disponível em: <https://cm-rio-de-janeiro.jusbrasil.com.br/legislacao/263380/lei-3400-02>

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. CIB-RJ. Deliberação CIB-RJ n.º 0849, de 11 de fevereiro de 2010. Aprovação do Termo de Adesão ao Pacto pela Saúde do MRJ. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/83-2010/fevereiro/1101-deliberacao-cib-rj-n-0849-de-11-de-fevereiro-de-2010.html>

CONSELHO ECONÔMICO E SOCIAL DAS NAÇÕES UNIDAS (ECOSOC). Força Tarefa Interagências das Nações Unidas sobre Prevenção e Controle de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Disponível em: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=E/RES/2020/22

CONASEMS, Instrumento de Referência dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica. DF, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Censo Demográfico. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html?=&t=o-que-e>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=o-que-e>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/metodologia/notas_tecnicas/nota_tecnica_2018_01_censo2010.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários. Alma-Ata: OMS, 1978. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. OPAS. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPAS/OMS. (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas). Washington, DC: OPAS, 2013. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/SerieRAPSANo6-2013.pdf>

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Decreto Rio n.º 49.062, de 2 de julho de 2021. Programa Territórios Sociais. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.mprj.mp.br/documents/20184/1974900/DECRETO+RIO+N%C2%BA+49062+DE+2+DE+JULHO+DE+2021.pdf>

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Decreto n.º 39.669, de 15 de dezembro de 2014. Complexo Regulador. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. RIPSA. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: OPAS, 2008. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/dmdocuments/indicadores.pdf>

REHEM, Tânia Cristina Morais Santa Bárbara e TRAD, Leny Alves Bomfim. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciênc.saúde coletiva* [online]. 2005, vol.10, suppl., pp. 231-242. ISSN 1413-8123.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. SMS-Rio. Resolução SMS n.º 1.298, de 10 de setembro de 2007. Comitê Municipal de Saúde Integral da População Negra.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. SMS-Rio. Boletim Epidemiológico — Covid-19. Disponível em: <https://coronavirus.rio/boletim-epidemiologico/>

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. SMS-Rio. Resolução SMS n.º 1.298, de 10 de setembro de 2007. Comitê Municipal de Saúde Integral da População Negra.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. SMS-Rio. Programa de Controle do Tabagismo. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/tabagismo>

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. SES/RJ. Doença Falciforme na Perspectiva da Atenção Básica: Uma agenda da Superintendência de Atenção Básica no Estado do Rio de Janeiro. Disponível: <https://www.saude.rj.gov.br/atencao-primaria-a-saude/politicas-programas-e-estrategias/linha-de-cuidado-da-doenca-falciforme>

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, maio 2016.

SEGOV; SMS; SME; SMDS. Resolução Conjunta SEGOV/SMS/SME/SMDS n.º 01, de 6 de fevereiro de 2015. Programa Saúde na Escola Carioca. Disponível em: <https://www.rio.rj.gov.br/web/sms/saude-na-escola>

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
Rua Afonso Cavalcanti, 455/7º andar — Cidade Nova
Rio de Janeiro/RJ — CEP: 20.211-111
prefeitura.rio/web/sms

Todos os direitos reservados.

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



Rio
P R E F E I T U R A

SAÚDE

