



PMS

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO 2026 – 2029



Saúde



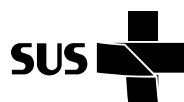


PMS

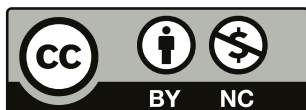
PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO 2026 – 2029



Saúde



Rio de Janeiro/RJ
2026



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte. Todos os direitos reservados. A responsabilidade pelos direitos autorais do conteúdo desta obra é da área técnica.

©2026 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro / Secretaria Municipal de Saúde (SMS-Rio)

Rua Afonso Cavalcanti, 455, 7.º andar, sala 701 — CEP 20211-110

<https://saude.prefeitura.rio>

Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Eduardo Paes

Vice-Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Eduardo Cavaliere

Secretário Municipal de Saúde

Daniel Soranz

Subsecretário-Executivo

Rodrigo de Sousa Prado

Subsecretária-Geral

Fernanda Adães Britto

Subsecretário de Gestão

Márcio Leal Alves Ferreira

Subsecretário de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência

Daniel Lopes da Mata

Subsecretário de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

Renato Cony Seródio

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

Aline Pinheiro Borges

Chefe de Gabinete da SMS-Rio

Rafael Sampaio

Assessoria Técnica de Gabinete da SMS-Rio

Márcia Regina Cardoso Torres

Liliane Cardoso de Almeida Leal

Theresa Rachel Reis Timo

Coordenação-Geral da Elaboração do PMS 2026-2029

Fabiana Dias

Coordenação Técnica da Elaboração do PMS 2026-2029

Liliane Cardoso de Almeida Leal

Carmem Lopes

Daiana Ruffoni

Assessoria de Comunicação Social da SMS-Rio

Paula Fiorito

Cláudia Ferrari

Supervisão Editorial

Aluisio Bispo

Capa

Carol Cardinali

Projeto Gráfico, Diagramação e Editoração Final

Sandra Araujo

Fotos

Cleverson Rodrigues

Edu Kapps

Eliane Fernandes

Erbs Jr.

Maria Eduarda Vigné

Melquisedeque Morone

Oliver Dixon

Priscilla Borges Pinheiro

Rafael Fugen

Renato Croce

Vagner Sá

Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro [livro eletrônico] : 2026 - 2029 / [coordenação Fabiana Dias, Liliane Cardoso de Almeida Leal, Carmem Lopes, Daiana Ruffoni]. -- Rio de Janeiro : Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2026.

PDF

Vários colaboradores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-86417-67-8

1. Plano Municipal de Saúde 2. Planejamento 3. Saúde pública 4. Saúde pública — Brasil — Administração I. Dias, Fabiana. II. Leal, Liliane Cardoso de Almeida. III. Lopes, Carmem. IV. Ruffoni, Daiana.

26-388205.3

CDD-614.098153

Índices para catálogo sistemático:

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

Camila Aparecida Rodrigues — Bibliotecária CRB — SP-010133/O

Subsecretaria-Geral

Aline Costa Tramarin	Juliana Machado Cerri
Andre Luis Paes Ramos	Juliana Paranhos Moreno Batista
Arthur das Neves de Oliveira Araújo	Karoline Silva da Costa
Cassia Medeiros de Oliveira Peres	Katia Regina Nascimento dos Passos
Cassio Luiz de Carvalho Seroa	Larissa Magalhães Paiva
Clara Camara Soveral Carneiro	Lucas Galhardo de Araújo
Cleverson Rodrigues da Silva	Mariana Tomasi Scardua
Cristiany da Silva Ávila	Monica Testa Morangueira
Cristina Oliveira do Nascimento	Paula Bortolon
David Tebaldi Marques	Pedro Chavarria Cabral
Desirée Silva de Queiroz	Raphael Molinaro de Souza Esperon
Edgard Gazzola	Roberta Pantoja Lobo
Fabiana Lustosa Gaspar	Waleska Menengat Corrêa Floresta
Juliana Brito Gonçalves	

Subsecretaria de Gestão

Aline Guedes de Albuquerque	Melissa França S. Batista
Alessandra Almeida Lapa	Patricia de Albuquerque Ferreira
Ana Maria Monteiro de Castro	Paulo Roberto Murad Ferreira
Andrea Moreira Ribeiro Martins	Rachel Gimenez de Freitas de Carvalho
Andressa Chaves Pinto	Raquel Santos de Souza
Christien Aurelio Lima de Oliveira da Silva	Renata Francine Sysak da Silva de Campos
Christiane Santos M. Abreu	Rhubens Willian Cunha Almeida
Daniella Teixeira de Sousa	Simone dos Santos
Eliane Fernandes das Neves Braga	Sonia Maria Oliveira Serafim
Fabiana Silva Araújo	Thayana dos Santos Couto Ramos
Livia dos Santos Chagas	Vania Lucia Monteiro de Carvalho
Luciana Abrão Lougon Soares	Vilmar Costa Rego
Luís Estêvão Souza de Lima Barbosa Ribeiro	

Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência

Alexandra Aleixo	Jacqueline Lopes
Alexandre Alves Modesto	Kátia da Costa Silva
Ana Carolina Muniz	Margareth Rodrigues Máximo
Carla Coutinho Sento Sé	Márcio Luis Ferreira
Daniela Moreira	Michelle Blandy
Daniele Souza	Paulo Silveira
Georgea Artiles	Patrícia Santos Barbastefano
Germana Périssé	Roberta Torquato
Girlana Marano	Sancler Corrêa
Gilsimar Gomes da Fonseca	

Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

Aline da Silva Barbosa Ferreira	Alex Gomes
Aline Rodrigues de Aguiar	Alexandre Silva dos Santos
Alessandra Almeida Lapa	Alice P. Miranda Souto
Amanda Aparecida Cano	Ana Maria Monteiro de Castro
Amanda Rodrigues de S.	Camila Athayde de Oliveira Dias
Ana Cecilia de Oliveira Valdes	Camila Coelho Marques
Ana Helena Rissin	Camilla Barros
Ana Lilia Braga Maciel Zampier	Camilla Rodrigues Cordeiro
Ana Paula Ferreira Barbosa	Carla Patricia Figueiredo Antunes de Souza
Andreia Cristina Mello	Caroline Dias Ferreira
Andressa Chaves Pinto	Clarice Furtado

Clarissa Lima	Lívia Cardoso Gomes Rosa
Cláudia Ramos	Louise Theresa de Araújo Abreu
Cláudia Pinto Porto	Luan Ferreira Reis
Claudia Meneses da Silva	Luisa de Araujo Melo Silva
Christiane Guida da Silva	Ludmila Pereira Macedo
Christiane Santos M. Abreu	Luiz Cláudio Pereira Ribeiro
Cristiane Teixeira da Silva Vicente	Maíra Guazzi
Cristina de Sousa Monteiro Bernardes	Maira Kneipp Ramos
Daniella Teixeira de Sousa	Marcus Vinícius da Silva Santos
Denise Alves José da Silva	Marcelle Ribeiro
Dilma Cupti de Medeiros	Marcio Alexandre Baptista
Edson Teixeira da Costa	Mayara Concolato
Eliane Estevão Cândido	Maylu Julio
Emanuelle Pereira	Mirian Mendes de Abreu
Evanelza Mesquita Sabino Quadros	Nadja Greffe
Fabiana Chicralla Siqueira	Narrima Saad Estephano
Fernanda Morena dos Santos Barbeiro Vieira	Nilson de Jesus Macedo
Flavio Dias da Silva	Paola Barbosa Chagas Rolim
Flávia Andrade Mello de Oliveira	Patricia Dias Mondarto
Gabriela Tavares de Oliveira Cardoso	Patrícia de Oliveira Maia
Gilmara Valadão da Silva	Paulo Pontes
Gisele Rodrigues de Souza	Rafael do Nascimento Pinheiro
Giselle Mendes Bezerra	Raquel Barbosa Caprio
Gislani Mateus Aguilar	Raquel de Oliveira Wilken
Giovani Wissocoski Farizelli	Raquel Pereira de Oliveira
Gleycimara Cardoso Santos da Silva	Ramona Cristina Chagas de Souza
Hugo Fagundes	Renata Alves Fonseca de Barros
Igor Braga	Roberta Azevedo Coelho
Jessica Andressa Reis de Souza	Rodrigo Cardoso
Jorge Eduardo Pio	Rossana Helena Passos Espíndola
José Augusto Guimarães de Oliveira	Silvana Barreto
Joyce Portuguese Rubinstein	Simone de Souza Pires
Junia Cardoso	Suely Kirzner Gheiner
Juliana Dias Cirilo	Sebastião Freire de Oliveira
Juliana Manhães	Tatiana dos Santos Dias
Jurema Boscardin	Tatiane Vieira de Almeida
Kézia Yasmin Bandeira dos Santos	Tuany Marinho
Larissa Haydée Costa Alvadia	Valéria Cristina Batista Campos
Lívia Esteves Reis	Wagner Oliveira

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

Aline Pinheiro Borges
 Claudio Manoel do Nascimento Filho
 Eduardo Cezimbra Laviola
 Maria Sylvia Ripper Vianna
 Vagner de Araújo Monteiro

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
COMPOSIÇÃO — QUADRIÊNIO 2024-2027

Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Osvaldo Sérgio Mendes

Secretária Executiva do Conselho Municipal de Saúde

Lúlia de Mesquita Barreto

Equipe Técnica

Lúlia de Mesquita Barreto; Wagner Ubiratan Candido Alves; Selma Maria Belchior Matos; Marcelo Dionízio Gomes; Maria da Conceição Ramos de Carvalho; Bruno Caetano Ribeiro; Luis Eduardo dos Santos Filho; Laura Guimarães Estrella Moreira.

Representantes dos usuários do SUS

Maria Clara Migowski Pinto Barbosa; Abílio Valério Tozini; Gabriella Santoro da Silveira Machado; Rene Monteiro de Almeida Júnior; Celso dos Reis; Simone Menezes Damasceno; Osvaldo Sérgio Mendes; Sônia Bauer Gomes da Silva; Christiano Barbosa da Silva; Maria de Fátima Gustavo Lopes, Victor Yuri de Oliveira; Júlio Cesar Carneiro Moreira; Diva Kort Kamp de Azevedo; Nancy dos Santos Senhor; Maria Rosilda Pereira de Azevedo Moreira; Maria Angélica de Souza; Ângela Maria Alves Barbosa; Reinaldo da Costa Pereira da Silva; Ludugério Antonio da Silva; Mauro André dos Santos Pereira; Vagner Pereira da Silva.

Representantes dos profissionais de Saúde

Edmilson Soares Reis; Lucimar Oliveira do Nascimento; Hélio Dellatorre da Costa; Cíntia Teixeira de Souza Silva; Tomaz Pinheiro da Costa; Haydee Barreto Lopes; Roger Soares de Oliveira; Julienne de Freitas Parada; Felipe Vieira dos Santos; José Alexandre da Rocha Curvelo.

Representantes dos gestores/prestadores

Daniel Ricardo Soranz Pinto; Luciana Soares Ribeiro; Fabíola Andrade Rodrigues; Clema dos Santos; Bernardo Bicharra Pinto; Carlos Henrique Oliveira e Silva Paixão; Caroline Carvalho Caçador; Carmen Sandra Portugal Nogueira; Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa; Rogério Bittencourt de Miranda.

CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE
COMPOSIÇÃO — QUADRIÊNIO 2024-2027

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE — AP 1.0

Presidente do CDS 1.0

Cássio Murilo Mendonça

Representantes dos usuários do SUS

Juliana Gomes Reiche; Tatiane Oliveira Xavier; Graziela Barros Albuquerque Mello Minguta; Dari Miranda Alves; Julio Cesar Carneiro Moreira; Maria Aparecida Vieira Ribeiro; Vania Rodrigues da Silva; Maria da Penha da Silva; Olga de Cássia Ferreira Querino; Kely Maria Louzada M. Silva; Rafael Ramos da Silva; Mariléa Lúcio Ormond; Cleide Nascimento de Almeida Avelino; Terezinha Aparecida de Vasconcelos; Isaura Simões da Silva Tarso de Melo; Cássio Murilo Mendonça; Aldari Luiza Marques da Silva; Adriana Gomes Pinto Fernandes Alves; Sueli Mayerle Faria; Evandro Divino Machado.

Representantes dos profissionais de Saúde

Heloise Cristiane da Silva Moura Nunes; Sidney Cesar Silva de Almeida; Marcio Berman; Maria Andrea de Vasconcellos; Gabriela Dandara Fernandes; Cíntia dos Santos Silva; Áurea da Cunha Avellar; Leonardo Alexandre da Silveira Rosa; Fernanda dos Reis Melo; Célia Regina Espíndola de Jesus.

Representantes dos gestores/prestadores

Leandro de Sant' Ana Abal; Andrea de Oliveira Costa Mattos; Rodrigo Gonçalves Ferreira; Carlos Vinicius Antunes Gonçalves; Cristina Gonçalves; Marcelo Gouveia da Silva; Marília Loureiro Hildebrandt; Carlos André Uriel Lourival; Francisco de Paula N. Sayão L. Filho; Amine Faria Costa.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE — AP 2.1

Presidente do CDS 2.1

Maria Edileusa Braga Freires

Representantes dos usuários do SUS

Maria Elizabeth Morales Carlos; Diva Kort Kamp de Azevedo; Regina Lucia Cortez Diniz Rocha Lima; Fábio Dutra Costa; Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti; Valéria Regina Silva de Abreu; Elaine Cristina Rodrigues dos Santos; Gilmar dos Santos Silva; Hilda Maria Ferreira de Sena; Denis da Costa Neves; Ana Cristina da Silva Ramos; Creusa do Carmo Monteiro; Luciana Prates Prisco; Maria Edileusa Braga Freire; Marcia Ferreira da Costa; Regina Celia de Oliveira Bueno; Antônio de Maria Bezerra Santiago; Elia de Mello Esteves Lima; Silas Pereira da Silva; Arlene Mendonça da Silva.

Representantes dos profissionais de Saúde

Lucia Maria Sousa de Macedo; Claudene da Silva Pereira; Ana Carolina Figueira Pamplona; Betânia Furtado Serra; Joana D'arc Pereira Machado; Djalma Santos da Silva Junior; Marta Maria Gomes de Mattos; Soraia da Silva Barros; Andrea Monteiro da Silva; Carla Gozlan Prutchi.

Representantes dos gestores/prestadores

Rosângela Ferreira Frossard; Maria Helena Carneiro de Carvalho; Alexandre Fernandes dos Santos; Wander Monteiro da Costa; Jonatas Beloni Silveira Leite; Cristiano Curcio Chame; Maria Cristina Ferreira Lemos; Rosimara de Souza Rocha; Andréa da Conceição Marques; Márcia Pereira de Mattos.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE — AP 2.2

Presidente do CDS 2.2

Nancy dos Santos Senhor

Representantes dos usuários do SUS

Patrícia Benedetti; Selma Maria da Silva Santos; Cláudio Cezar Alves da Silva; José Jandir Borges Alves; Nancy dos Santos Senhor; Marcello Claudio N. Deodoro; Antonio Jorge Prazeres; Stella Maris Monteiro Moraes; Andréa Suzano Viola; José Augusto C. Cerqueira; Ester Pereira Pontes; Adenilde Alves Dantas; Eliane dos Santos Garcia; Gabriel Pruchiniaki.

Representantes dos profissionais de Saúde

Marcelo Araújo Gonçalves de Miranda; Roberto Santoro Pires de Carvalho Almeida; Osvaldina Mendes da Rocha; Vera Lucia Ferreira dos Santos; Angélica Santos de Souza; Maria Lenz Cesar Kemper; Lenir Coelho de Lima.

Representantes dos gestores/prestadores

Jubemar de Medeiros Lima; Claudia Nastari de Paula; Lúcia de Oliveira Marques; Karla Andréa de Matos Leal; Fábio Fonseca da Silva; Fernanda Montanholi dos Santos; Flávia Letícia Machado de Lorenzi.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE — AP 3.1

Presidente do CDS 3.1

Valéria Gomes Pereira

Representantes dos usuários do SUS

Sonia Maria Fonseca da Silva; Thiago dos Santos de Lima; Osmarino José dos Santos; Georgia Rosa dos Santos; Maria Raimunda Aguiar Souza; Luiz Claudio Pessoa dos Santos; Nemese da Silva do Nascimento; Edmea Peixoto Pessanha; Maria Rosilda Pereira de Azevedo Moreira; Elenice Pessoa Barbosa; Carlos Eduardo Moreira Batista; Sérgio Clemente da Silva; Marco Antônio Martins de Oliveira.

Representantes dos profissionais de Saúde

Maria de Fátima Gonçalves Enes; José Sidney Ribeiro Arcanjo; Fábio Eduardo da Silva Malvar de Sant'Anna; Evanda Aparecida Ramos da Rosa; Iracema Gomes da Silva; William Lourenço Braga; Evandro Marcos Scotelari Nepomuceno.

Representantes dos gestores/prestadores

Janaina Vianna Balmant; Carlos Andre Uriel Lourival; Valéria Gomes Pereira; Edilamar dos Santos Fabrício; Washington Luiz Ribeiro; Paulo Ricardo Lopes da Costa; Eduardo Jorge Rosa Dâmaso.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE — AP 3.2

Presidente do CDS 3.2

Maria Angélica de Souza

Representantes dos usuários do SUS

Vera Mattoso; Sheila Furtunato E. dos Santos Gomes; Maria Angélica de Souza; Sidney Lima de Oliveira; Ana Maria Sousa da Silva; Luisa Helena Brenda Vieira; Yan Costa Alves; Lurette Costa de Ornellas; Angela Maria Possas Moraes Lopes; Ozias Teixeira do Nascimento; Carlos Alberto Policeno; Rosa Joaquina Pinheiro Cordovil.

Representantes dos profissionais de Saúde

Eliane Engle Matos; Marcos Prado Purificação; Ana Lucia da Silva; Marcia de Oliveira Magalhães Teixeira; Edson Borga; Rosilene Alves da Silva Rebelo.

Representantes dos gestores/prestadores

Paula de Souza Carneiro; Valéria Fernandes Teixeira; Érika Pontes da Silva; Ana Claudia Duarte de Lemos; Sandra Tavares Alves de Mello; Silvia Eurides Soares Veiga.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE — AP 3.3

Presidente do CDS 3.3

José Cosme dos Reis

Representantes dos usuários do SUS

Angela Maria Alves Barbosa; José Cosme dos Reis; Artur Grimaldi; Josué Araujo Dutra Louviz de Azevedo; Petrina da Consolação Andrade Gutierrez; Luan Batista dos Santos; Mayara Silvestre Pacheco; Diego Carvalho Gervazoni Gomes; Iago da Cunha do Carmo; Marina Costa Bernardes.

Representantes dos profissionais de Saúde

Silvia Lessa Figueira; Alessandra Silva dos Santos; Kátia de Carvalho Rodrigues; Daniele dos Santos Gomes; Maria Aparecida Souza Oliveira.

Representantes dos gestores/prestadores

Ana Luiza Machado Pinto; Rejane Siqueira de Almeida Soares; Marília Santoro Soares; Rosane dos Santos Malafaia; Bruno Pinto Costa.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE — AP 4.0

Presidente do CDS 4.0

Hélio Monteiro da Silva

Representantes dos usuários do SUS

Rosilene de Oliveira Silva; Elizabeth Maria Lisboa Quadros Robledo; João Carlos de Bredariol Valente; Almir Pereira Barbosa; Hélio Monteiro da Silva; Lenira Machado de Jesus Silva; Antonio Ivo Neves; Reinaldo da Costa Pereira da Silva; Remil Ribeiro Rios; Luiz Alexandre Siqueira Fiani de Assis Baptista.

Representantes dos profissionais de Saúde

Vânia Thomaz Borges; Anna Caroline Knop; Sandrini Gomes de Oliveira; Andrea de Deus Campos; Rosângela Gabriel de Sousa.

Representantes dos gestores/prestadores

Carla Valéria Correa Farias; Patrícia Azevedo Janoni; Patrícia Vaz Guimarães Cirigliano; Neise Conceição Ramos Villar; Daniela Oliveira de Vasconcellos.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE — AP 5.1

Presidente do CDS 5.1

Ludugério Antônio da Silva

Representantes dos usuários do SUS

Ludugério Antônio da Silva; Ivanilde Braga Marinho; Florêncio Claudemiro de Souza; Edilson Adad; Maria José Macedo da Silva; José Jorge da Cruz; Eunice Rodrigues da Silva; João Galdino de Melo; Denise Cury; José Maria Pereira; Débora

Resende de M. Nascimento; Anazir Maria de Oliveira; Carlos Alberto da Silva Barboza; José Thomaz da Conceição; Beatriz Fernanda Quintanilha; Maria José Barbosa Bezerra.

Representantes dos profissionais de Saúde

Érica Cristina do Nascimento Rodrigues; Sérgio Oliveira de Andrade; Cleide de Lima Pião; Patrícia de Souza Menezes; Silvio Luís Corrêa de Almeida; Elisa Sierra Oluchi; Vania Maria de Oliveira Mathias; Maria Fátima de Pontes.

Representantes dos gestores/prestadores

Raphael Costa Pinto; Francisco José dos Santos Martins; Cátia Regina Mariano da Silva; Ingrid de Freitas Cavalheiro Sayão; Renata Henriques Soares; Vanessa Assis Valente; Gisele Lopes Croccia; Andreza Batista de Laia.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE — AP 5.2

Presidente do CDS 5.2

José Adriano de Oliveira da Silva Macias

Representantes dos usuários do SUS

Ana Lúcia Carvalho da Silva Soares; Floricena da Conceição Lima Thomaz; Giceli Cândido Silva da Costa; Telma Pires Nogueira; Mauro André dos Santos Pereira; Carlos Marinho Silva; Márcia Batista Vicente Oliveira; Cândida Maria de Souza Serrão; Arichon Angelo Gomes da Silva; José Adriano de Oliveira da Silva Macias; Alba Valeria Israel de Sant'Anna; Arlene Maria Martins Salles.

Representantes dos profissionais de Saúde

Rose Mary Torres da Silva; Luis José de Souza Neto; Márcia Regina Castro Queiroz; Fabricia Diniz Rodrigues; Luis Eduardo Souza Costa; Joice Costa da Silva.

Representantes dos gestores/prestadores

Thiago Wendel Gonzaga da Silva; Ivani Cristina Figueira da Costa; Etienne Lima Giannini; Viviane Gomes Monteiro Agapito; Lilian Fátima de Souza Berg; Hilton José da Silva Ferreira.

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE — AP 5.3

Presidente do CDS 5.3

Gilberto Nicácio Aragão

Representantes dos usuários do SUS

Juarez Alves da Costa; Gilberto Nicácio Aragão; Neusa Maria Figueira de Souza; Maria Lucia da Silva Brochado; Getulio Gomes da Rocha; Eunice Vieira Francisco; Délia Juçara Caldeira; Vagner Pereira da Silva; David Belarmino; Márcia Maria de Mesquita Póvoa; Joel dos Santos; Pedro Paulo Maria Cardoso; Alexandre Fernandes Ferreira; Lourdes de Fátima Lima Barbosa; Luciana Ramos Guerra; José Wellington Barbosa; Josenir Pendão Barcelos; Eliana dos Santos Rosa; Maria Denise Delavy Moreira da Silva; Jorge Antonio Costa de Melo.

Representantes dos profissionais de Saúde

Gilvan Araujo da Silva; Elizabeth Lopes Quina; Julia Azevedo dos Santos; Rosilene Barbosa; Edinéa Lino De Oliveira; Leni Salles Pereira Chaves; Creusnilda Wolfgramm; Carlos Alberto da Maia Valença; Heloisa da Silveira Vieira; Denair Macedo de Farias.

Representantes dos gestores/prestadores

Leila Maria Moreira Rangel Marino; Niria Carla Kroger Santos; Deiselene Muniz Peixoto; Cintia de Oliveira Carvalho; João Roberto Francisco dos Santos; Margareth Alves Rosa Lemes; Aldine Marinho da Silva; Fabiana Monteiro de Assis da Silva; Silvio da Costa Figueiredo Junior; Andrea da Silva.

O Conselho Municipal de Saúde, no uso de suas competências conferidas pela Lei Federal n.º 8.142/90 e Lei Municipal n.º 5.104/2009, aprovou o Plano Municipal de Saúde 2026–2029, da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro, conforme decisão da reunião extraordinária do colegiado, realizada no dia 2 de fevereiro de 2026 de forma presencial no Auditório do Hospital Federal do Andaraí. Resolução SMS n.º 6.678, de 2 de fevereiro de 2026: Deliberação S/COMS n.º 653, de 2 de fevereiro de 2026, publicada no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro em 4 de fevereiro de 2026.

LISTA DE SIGLAS

AGP-Acolhedor	Agente de Portaria Acolhedor
AID	Assistência à Internação Domiciliar
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AP	Área de Planejamento
APAC	Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade
APP	Atenção Primária Prisional
APS	Atenção Primária à Saúde
ASCOM	Assessoria de Comunicação
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BI	<i>Business Intelligence</i>
BLH	Banco de Leite Humano
BPA-C	Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado
CA	Centro Arquivístico
CAC	Coordenadoria de Administração de Contratos
CAIPE	Central de Autorização de Internação e Procedimentos Especiais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CCDTI	Centro Carioca de Diagnóstico e Tratamento por Imagem
CCE	Centro Carioca de Especialidades
CCO	Centro Carioca do Olho
CDI	Coordenadoria de Demandas Institucionais
CDP	Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas
CEDTEA	Centro de Estímulo ao Desenvolvimento no Transtorno do Espectro Autista
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CER	Centro de Emergência Regional
CER*	Centro Especializado em Reabilitação
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CES	Conselho Estadual de Saúde
CGCCA	Coordenação-Geral de Contratualização, Controle e Auditoria
CGCR	Coordenadoria-Geral do Complexo Regulador
CGIPE	Coordenadoria-Geral de Inovação, Projetos, Pesquisa e Educação Sanitária
CGLF	Coordenadoria-Geral de Licenciamento e Fiscalização
CGM	Controladoria Geral do Município
CGP	Coordenadoria de Gestão de Pessoas
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIE	Centro de Inteligência Epidemiológica
CIES	Comissão de Integração Ensino-Serviço
CIL	Coordenadoria de Infraestrutura e Logística
CIR	Comissão Intergestores Regional
CISA	Centro de Inteligência em Segurança dos Alimentos
CLA	Coordenadoria de Licitações e Aquisições
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
COE	Centro de Operações de Emergências
COMDEDINE-RIO	Conselho Municipal de Defesa dos Direitos do Negro da Cidade do Rio de Janeiro
COMPLIR	Conselho Municipal de Defesa e Promoção da Liberdade Religiosa
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CPIR	Coordenadoria de Promoção da Igualdade Racial
CPRE	Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica
CRA	Central de Regulação Ambulatorial
CRPCMM	Comissão Regional de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna
CRIH	Central de Regulação de Internação Hospitalar

CRU	Central de Regulação das Urgências
CTATS	Coordenadoria Técnica de Análise de Tecnologias em Saúde e Insumos Estratégicos
CTGOS	Coordenadoria Técnica de Convênios e Contratos de Gestão com Organizações Sociais
CTSPN	Comitê Técnico de Saúde da População Negra
DNCI	Doença de Notificação Compulsória Imediata
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DIU	Dispositivo Intrauterino
eCR	Equipe de Consultório na Rua
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
eMulti	Equipe Multiprofissional
EPI	Equipamento de Proteção Individual
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETA	Estação de Tratamento de Água
FES	Fundo Estadual de Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FOCO	Fiscalização Orientada por Critérios Objetivos
GAL	Gerenciador de Ambiente Laboratorial
GART	Gerência de Ambiência e Relações com o Trabalho
GDTA	Gerência de Desenvolvimento Técnico Acadêmico
GG SIPN	Grupo Gestor de Saúde Integral para a População Negra
GT	Grupo de Trabalho
GTD	Gerência de Treinamento e Desenvolvimento
GTE	Grupo Técnico de Estudos
HCI	Histórico Clínico Integrado
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IESC	Instituto de Estudos de Saúde Coletiva
IFF	Instituto Federal Fluminense
IGRA	Teste de Liberação de Interferon-Gama (do inglês <i>Interferon-Gama Release Assay</i>)
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INI	Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas
IPS	Índice de Progresso Social
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
IVISA	Instituto Municipal de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e de Inspeção Agropecuária
JCAB	Jornada Científica dos Acadêmicos Bolsistas
JECRIM	Juizado Especial Criminal
LAPS	Laboratório de Análise Pericial de Produtos de Interesse Sanitário e Agropecuário
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
LOA	Lei Orçamentária Anual
LVPS	Lista de Verificação de Parto Seguro
MEOWS	Sistema de Alerta Obstétrico Precoce Modificado — do inglês <i>Modified Early Obstetric Warning Score</i>
MIF	Mulher em Idade Fértil
MMII	Membros Inferiores
MMSS	Membros Superiores
MOPPS	Mapeamento das Oportunidades, Programas, Projetos e Serviços
MRJ	Município do Rio de Janeiro
MROSC	Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil
NAIRR	Núcleo de Atenção Interdisciplinar ao Recém-Nascido de Risco
NAQSS	Núcleo de Apoio e Qualificação dos Serviços de Saúde
NPS	<i>Net Promoter Score</i>
NRA	Núcleo de Regulação Avançada

NSV	Núcleo Saúde Voluntário
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OPME	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
OTICS	Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde do Rio de Janeiro
PAB	Piso da Atenção Básica
PADI	Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso
PAS	Programação Anual de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PcD	Pessoa com Deficiência
PCRJ	Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro
PCSM	Prontuário Carioca de Saúde Mental
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PFPB	Programa Farmácia Popular do Brasil
PFPC	Programa Farmácia Popular Carioca
PIA	Primeira Infância Antirracista
PIB	Produto Interno Bruto
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PMS	Plano Municipal de Saúde
PMSIPN	Programa Municipal de Saúde Integral da População Negra Carioca
PNAISPD	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNR	Política Nacional de Regulação
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PPA	Plano Plurianual

PPD	Derivado Proteico Purificado (Teste Tuberculínico) — do inglês <i>Purified Protein Derivative</i>
PPI	Programação Pactuada Integrada
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PRI	Planejamento Regional Integrado
PSE	Programa Saúde na Escola
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RA	Região Administrativa
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RCL	Receita Corrente Líquida
RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAVEH	Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar
RPA	Recuperação Pós-Anestésica
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCCS	Super Centro Carioca de Saúde
SEAP/RJ	Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro
SER	Sistema de Regulação Estadual
SES/RJ	Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro
SGM	Sistema de Gestão de Medicamentos
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAFIC	Sistema Integrado de Administração Financeira, Orçamentária e Contábil
SICI	Sistema Integrado de Codificação Institucional
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIHD	Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado
SIM-RIO	Serviço de Inspeção Municipal do Rio de Janeiro

SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SISBI	Sistema Brasileiro de Inspeção
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISLOGLAB	Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais
SISPPPI	Sistema de Programação Pactuada e Integrada
SISREG	Sistema de Regulação
SISVISA	Sistema de Informação de Vigilância Sanitária
SLT	Trabeculoplastia Seletiva a Laser (do inglês <i>Selective Laser Trabeculoplasty</i>)
SMAC	Secretaria Municipal do Ambiente e Clima
SMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SMF	Secretaria Municipal de Fazenda
SMIT	Secretaria Municipal de Integridade, Transparência e Proteção de Dados
SMS-Rio	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUASA	Sistema Unificado de Atenção à Sanidade Agropecuária
SUBEX	Subsecretaria-Executiva
SUBG	Subsecretaria de Gestão
SUBHUE	Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência
SUBGERAL	Subsecretaria Geral
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCMRio	Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TJRJ	Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
TORSCH	Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes simplex
TPT	Tratamento Preventivo da Tuberculose

TRM	Teste Rápido Molecular
TRR	Time de Resposta Rápida
TRS	Terapia Renal Substitutiva
TS	Territórios Sociais
UDM	Unidade Dispensadora de Medicamentos
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância (do inglês <i>United Nations Children's Fund</i>)
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador
VSR	Vírus Sincicial Respiratório

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição da população por sexo e faixa etária, MRJ, 2024	43
Gráfico 2	Casos de doenças transmissíveis agudas, MRJ, 2015–2024	47
Gráfico 3	Taxa de incidência de tuberculose, MRJ, 2015–2024	48
Gráfico 4	Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial, MRJ, 2015–2024	49
Gráfico 5	Número de testes rápidos de HIV realizados no MRJ, 2015–2024	51
Gráfico 6	Taxa de mortalidade por Aids no MRJ, 2015–2024	51
Gráfico 7	Razão de casos de sífilis congênita em relação ao total de casos de sífilis em gestantes, MRJ, 2015–2024	52
Gráfico 8	Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis, MRJ, 2015–2025	54
Gráfico 9	Taxa de incidência de dengue, zika e chikungunya, MRJ, 2015–2024 (por 100 mil habitantes)	55
Gráfico 10	Taxa de incidência de dengue por mês e ano, MRJ, 2015–2024 (por 100 mil habitantes)	56
Gráfico 11	Taxa de mortalidade específica por faixa etária, por 100 mil habitantes, MRJ, 2015 e 2023	60

Gráfico 12	Taxa de mortalidade por HIV/Aids e tuberculose, MRJ, 2015–2024	62
Gráfico 13	Taxas de mortalidade pelas principais neoplasias no sexo feminino, MRJ 2015–2024 (por 100.000 habitantes)	63
Gráfico 14	Taxas de mortalidade pelas principais neoplasias no sexo masculino, MRJ 2015–2024 (por 100.000 habitantes)	64
Gráfico 15	Taxa de mortalidade prematura por DCNT e componentes, residentes MRJ, 2015–2024	64
Gráfico 16	Número de óbitos por causas externas, segundo os principais subgrupos, MRJ, 2015–2024	65
Gráfico 17	Taxa de mortalidade infantil e componentes, MRJ, 2015–2024 (por 1.000 nascidos vivos)	66
Gráfico 18	Razão de mortalidade materna, MRJ, 2015–2024 (por 100.000 nascidos vivos)	67
Gráfico 19	Razão de mortalidade materna por raça/cor, MRJ, 2015–2024	68
Gráfico 20	Percentual de óbitos por causa mal definidas, MRJ, 2015–2024	68
Gráfico 21	Evolução do número de unidades de APS com Programa Academia Carioca por total de unidades de APS da SMS-Rio (2009–2024)	72
Gráfico 22	Percentual de cobertura eSF e número de equipes eSF no MRJ, 2015–2025	74
Gráfico 23	Evolução da implantação de CAPS e cobertura* na RAPS, MRJ, 1996–2025	76
Gráfico 24	Evolução das novas internações em psiquiatria e saúde mental, MRJ, entre 2010 e junho de 2025	77
Gráfico 25	Número total de atendimentos das UPAs, MRJ, 2013–2024	113
Gráfico 26	Número total de atendimentos dos CER, MRJ, 2013–2024	115
Gráfico 27	Principais Causas de Óbitos, MRJ, 2022–2025	117
Gráfico 28	Número de leitos por especialidades, MRJ, agosto/2025	118
Gráfico 29	Número de leitos por hospital, MRJ, agosto/2025	118
Gráfico 30	Realização de exames e procedimentos diagnósticos: Espirometria, MRJ, 2019–2024	121
Gráfico 31	Realização de exames e procedimentos diagnósticos: Colonoscopia, MRJ, 2019–2024	122
Gráfico 32	Realização de exames e procedimentos diagnósticos: Manometria, MRJ, 2019–2024	122
Gráfico 33	Realização de exames e procedimentos diagnósticos: Endoscopia Digestiva, MRJ, 2019–2024	122
Gráfico 34	Produção Ambulatorial Global — Hospitais Especializados, MRJ, 2019–2024	123
Gráfico 35	Produção Hospitalar Global — Hospitais Especializados, MRJ, 2019–2024	123
Gráfico 36	Realização de procedimento cirúrgico: Colectomia, MRJ, 2019–2024	127
Gráfico 37	Realização de procedimento cirúrgico: Vasectomia, MRJ, 2019–2024	127

Gráfico 38	Realização de procedimento cirúrgico: Hernioplastias, MRJ, 2019–2024	128
Gráfico 39	Realização de procedimento cirúrgico: Hemorroidectomia, MRJ, 2019–2024	128
Gráfico 40	Número absoluto de laqueaduras tubárias realizadas nas maternidades da SMS-Rio, 2019–2024	138
Gráfico 41	Número de procedimentos realizados no SAD, MRJ, 2010–2024	145
Gráfico 42	Número de pacientes atendidos no SAD, MRJ, 2010–2024	146
Gráfico 43	Percentual de recursos próprios aplicados em Saúde, MRJ, 2015–2025	165
Gráfico 44	Série histórica de solicitações de primeira vez, MRJ, 2016–2025	175
Gráfico 45	Média diária de regulação de leitos de internação hospitalar e de Vaga Zero por mês em 2025, MRJ	176
Gráfico 46	Série histórica do tempo médio de espera em dias para o agendamento de consultas e exames por ano, MRJ, 2020–2024	179
Gráfico 47	Percentual de unidades com contratos vigentes, MRJ, 2021–2024	180
Gráfico 48	Percentual de visitas realizadas no tempo previsto pela equipe da coordenação de supervisão e auditoria em relação aos tipos de demanda, MRJ, 2021–2024	183
Gráfico 49	Produção ambulatorial apresentada e produção ambulatorial aprovada e percentual de aprovação, MRJ, 2021–2024	184
Gráfico 50	Produção hospitalar apresentada e produção hospitalar aprovada e percentual de aprovação, MRJ, 2021–2024	184
Gráfico 51	Quantidade de Licitações na Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (PCRJ)	189
Gráfico 52	Série histórica do quantitativo de eventos e participantes, 2017–2025	197
Gráfico 53	Investimento médio/participante (R\$), 2017–2024	197
Gráfico 54	Série histórica do número de eventos e participantes nas capacitações registradas/desenvolvidas pelos Centros de Estudos e monitoradas pela GTD, 2023–2025	198
Gráfico 55	Evolução do quantitativo de participantes (estagiários e residentes) das modalidades remuneradas da SMS-Rio, 2016–2025	201
Gráfico 56	Percentual de execução das cotas físicas de procedimentos ambulatoriais de Programação Pactuada Integrada (PPI), MRJ Executor, segundo Regiões de Saúde do estado do Rio de Janeiro, 2020–2024	215
Gráfico 57	Série histórica do percentual de execução das cotas financeiras de procedimentos ambulatoriais da Programação Pactuada Integrada (PPI), MRJ Executor, segundo Regiões de Saúde do estado do Rio de Janeiro, 2020–2024	216

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Principais características demográficas, MRJ, 2010, 2021, 2022 e 2024	40
Quadro 2	Principais dimensões e componentes do índice de Progresso Social, MRJ, 2025	41
Quadro 3	Avanços da SMS-Rio na Vigilância em Saúde, MRJ, 2021–2024	88
Quadro 4	Consultas médicas especializadas, CCE	93
Quadro 5	Consultas odontológicas especializadas, CCE	95
Quadro 6	Serviços de apoio especializados, CCE	95
Quadro 7	Capacidade instalada, CCE	96
Quadro 8	Consultas especializadas em oftalmologia, CCO	98
Quadro 9	Exames e procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos, CCO	99
Quadro 10	Serviço de apoio, CCO	100
Quadro 11	Capacidade instalada, CCO	101
Quadro 12	Exames e procedimentos ofertados, CCDTI	103
Quadro 13	Capacidade instalada, CCDTI	108
Quadro 14	Relação das UPAs no MRJ	113
Quadro 15	Relação dos CER e hospitais de referência no MRJ	114
Quadro 16	Dados do programa Cegonha Carioca no MRJ, 2011–2024	134
Quadro 17	Evolução do Complexo Regulador do MRJ, 2021–2024	177
Quadro 18	Chamamentos públicos realizados, MRJ, 2021–2024	181
Quadro 19	Instâncias Intergestoras, Conselhos, Comissões e Colegiados Participativos	212
Quadro 20	Indicadores de Pactuação Tripartite, 2018–2021	218
Quadro 21	Indicadores de Pactuação Bipartite, 2021–2024	220
Quadro 22	Programação Anual de Saúde, 2026–2029	234

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	População por faixas de idade, MRJ, 1991 a 2022, e sua variação percentual	42
Tabela 2	Principais causas de mortalidade em residentes por ordem de magnitude, MRJ, 2015–2024	61
Tabela 3	Produção apresentada, CCE (out/22 a jul/25)	96
Tabela 4	Produção apresentada, CCO (fev/23 a jul/25)	100
Tabela 5	Produção apresentada, CCDTI (fev/23 a jul/25)	107
Tabela 6	Distribuição de leitos hospitalares especializados, MRJ, 2025	121
Tabela 7	Percentual de recursos próprios aplicados em Saúde, MRJ, 2015–2025	165
Tabela 8	Despesa empenhada por função de governo, 2021–2024, CGM (em milhões)	166
Tabela 9	Repasse efetuados pelo Ministério da Saúde à SMS-Rio, por bloco de financiamento, 2021–2024	168
Tabela 10	Vagas ofertadas ao SISREG pela rede credenciada, MRJ, 2021–2024	182
Tabela 11	Auditorias realizadas, MRJ, 2021–2024	182
Tabela 12	Processos de habilitação concluídos e valores incorporados ao Teto MAC municipal, MRJ, 2021–2024	185
Tabela 13	Dados da GART referentes ao período de 2022–2025	192
Tabela 14	Quantitativo de eventos e participantes, 2017–2025	196
Tabela 15	Eventos acompanhados pela Gerência de Treinamento e Desenvolvimento, 2023–2025	198
Tabela 16	Modalidades remuneradas de Estágio e Residências, 2016–2025	200
Tabela 17	Ações e indicadores do voluntariado na SMS-Rio, 2021–2025	207
Tabela 18	Número de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidades segundo o local de residência em unidades sob gestão municipal, hospitais de emergência e pré-hospitalar fixo, 2020–2024	213
Tabela 19	Série Histórica de execução das cotas físicas de procedimentos ambulatoriais da Programação Pactuada Integrada (PPI) da Assistência, MRJ Executor, segundo Regiões de Saúde do estado do Rio de Janeiro, 2020–2024	214
Tabela 20	Número de AIH aprovadas — diagnóstico CID-10, capítulo XV — Gravidez, parto e puerpério, segundo o local de residência, 2020–2024	217
Tabela 21	Percentual de AIH aprovada segundo o local de residência em unidades, MRJ, por tipo de gestão municipal, 2020–2024	217
Tabela 22	Percentual de AIH aprovada (valor aprovado) segundo o local de residência em unidades, MRJ, por tipo de gestão municipal, 2020–2024	217

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Organograma da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro	34
Figura 2	Mapa das Áreas de Planejamento do município do Rio de Janeiro segundo a distribuição por bairros	39
Figura 3	Oficina “Práticas Antirracistas no Cuidado na APS”	82
Figura 4	Reunião de apoiadores de saúde da população negra nas APS	83
Figura 5	Manual de Emergências Obstétricas	136
Figura 6	Passaporte DIU na maternidade	137
Figura 7	Guia de Apoio ao Luto Gestacional e Neonatal	140
Figura 8	Folheto “Entrega Voluntária para Adoção: Um Ato de Proteção”	140
Figura 9	“Manual de Identidade Visual Cegonha Carioca”, para ambiência das maternidades e da Casa de Parto	141
Figura 10	Fluxo de encaminhamento ao SAD	145
Figura 11	Linha do tempo — Histórico Institucional do Complexo Regulador no Município do Rio de Janeiro	170
Figura 12	Manual de RH — Um Guia Prático para o Servidor	193
Figura 13	Pactuações intergestoras	212

LISTA DE FOTOS

Fotos 1	COE Arboviroses	57
Foto 2	Cúpula da Parceria por Cidades Saudáveis, realizada em março de 2023 em Londres	71
Foto 3	RAP da Saúde e Alimentação Saudável — encontro dos alunos do RAP da Saúde sobre o tema “Alimentação Saudável e Adequada”, realizado na área externa do Estádio Nilton Santos em dezembro de 2024	71
Foto 4	Atividade física na APS	73
Fotos 5	Grupo Gestor de Saúde Integral para a População Negra	81
Foto 6	Podcast sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	83
Foto 7	Atividade “Novembro Negro na Saúde”	84
Foto 8	Atendimento clínico em saúde bucal no CMS Maria Cristina Roma Paugartten	86

Foto 9	Escovação supervisionada (Promoção de Saúde) na CF Medalhista Olímpico Ricardo Lucarelli	86
Fotos 10	Ações de Vigilância em Saúde	87
Foto 11	Centro de Inteligência Epidemiológica	90
Fotos 12	OTICS do Hospital Municipal Souza Aguiar	119
Foto 13	Hospital Municipal Souza Aguiar, a maior emergência do município do Rio de Janeiro e a segunda maior emergência da América Latina	120
Fotos 14	Guarita de acesso e jardim interno do Hospital Municipal Raphael de Paula Souza, 2024	124
Foto 15	Fachada do Hospital Municipal da Piedade, 2024	125
Foto 16	Ambulatório do Hospital Municipal Raphael de Paula Souza, 2024	126
Fotos 17	Hospital Municipal Ronaldo Gazolla — inauguração do Centro de Reabilitação e do Super Centro Carioca de Cirurgia, 2023	129
Foto 18	Fachada do Hospital Municipal Álvaro Ramos, 2022	129
Fotos 19	Super Centro Carioca de Vacinação / Complexo Rocha Maia	130
Foto 20	Cúpula do Centro Cirúrgico do Hospital Municipal Barata Ribeiro, 2025	131
Foto 21	Kit Cegonha Carioca entregue às gestantes pelas maternidades de referência	132
Foto 22	Ambulância Cegonha	133
Foto 23	Iniciativa Hospital Amigo da Criança	139
Foto 24	Enfermaria humanizada no Hospital Municipal Jesus	143
Foto 25	Equipe SAD em atendimento no domicílio	146
Foto 26	Profissional farmacêutico, responsável por orientar sobre o uso correto de medicamentos	148
Foto 27	Salão principal do Complexo Regulador do MRJ — Painéis de Monitoramento de Regulação de Internações e Urgências e Emergências (Plataformas SMS-Rio)	172
Foto 28	Salão principal do Complexo Regulador do MRJ — Central de Regulação de Internação e Central de Urgência e Emergência	173
Foto 29	Central de Regulação Ambulatorial do Complexo Regulador do MRJ	173
Foto 30	Aula inaugural dos Programas de Residências em Saúde, Teatro Carlos Gomes, 2025	194
Foto 31	Cerimônia de Formatura dos Programas de Residências em Saúde, Teatro Carlos Gomes, 2025	199
Foto 32	Ambientação dos Acadêmicos Bolsistas, Cidade das Artes, 2024	199
Foto 33	Módulo Compartilhado dos Programas de Residência em Saúde da SMS-Rio, UERJ, 2025	203
Foto 34	Cerimônia de Premiação dos Finalistas da XVI Jornada Científica dos Acadêmicos Bolsistas da SMS-Rio, 2024	204

Foto 35	10ª Mostra de Trabalhos dos Programas de Residência da SMS-Rio, 2024	204
Foto 36	Voluntariado na Saúde / Voluntários Engajados — atividade realizada em 23/07/25 no Hospital Municipal Miguel Couto, em comemoração ao Dia das Crianças	205
Foto 37	Projeto Doutores da Alegria no Hospital Municipal Jesus	206
Foto 38	Reunião do Conselho Municipal de Saúde, realizada em 02/02/2026 no Auditório Dr. José Wazen da Rocha, Hospital Federal do Andaraí	210

SUMÁRIO

MENSAGEM DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE.....	28
MENSAGEM DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.....	30
INTRODUÇÃO.....	32
1. IDENTIDADE ORGANIZACIONAL E ESTRUTURA DA SMS-RIO	33
2. CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	38
2.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS	39
2.2 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS	44
2.3 MORBIDADE	46
2.3.1 Doenças transmissíveis.....	46
2.3.2 Doenças transmissíveis agudas	46
2.3.3 Doenças transmissíveis crônicas.....	48
2.3.4 Tuberculose	48
2.3.5 HIV/Aids.....	50
2.3.6 Sífilis	52
2.3.7 Doenças Crônicas Não Transmissíveis	52
2.3.8 Arboviroses.....	55
2.3.8.1 Panorama da dengue.....	55
2.3.8.2 O papel do COE Arboviroses.....	56
2.3.9 Panorama da covid-19	58
2.3.10 Causas Externas — Acidentes e Violências.....	58
2.4 MORTALIDADE	60
2.4.1 Mortalidade geral.....	60
2.4.2 Mortalidade por doenças transmissíveis	62
2.4.3 Mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis.....	63
2.4.4 Mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis.....	64
2.4.5 Mortalidade por causas externas.....	65
2.4.6 Mortalidade infantil	65
2.4.7 Mortalidade materna	67
2.4.8 Causas mal definidas.....	68

3. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	69
3.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE E AÇÕES TRANSVERSAIS À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	69
3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	73
3.3 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	75
3.4 ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE	78
3.4.1 Atenção Primária Prisional	78
3.4.2 Atenção às pessoas em situação de rua	78
3.5 ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA	80
3.6 ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL.....	84
3.7 VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	87
3.8 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR	90
3.9 VIGILÂNCIA SANITÁRIA.....	91
3.10 ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....	92
3.10.1 Super Centro Carioca de Saúde.....	93
3.10.2 Centro Carioca de Especialidades	93
3.10.3 Centro Carioca do Olho.....	97
3.10.4 Centro Carioca de Diagnóstico e Tratamento por Imagem	102
3.10.5 Reabilitação da Pessoa com Deficiência (PcD).....	110
3.11 ATENÇÃO HOSPITALAR.....	111
3.11.1 Rede de atenção às Urgências e Emergências.....	112
3.11.2 Hospitais gerais e especializados	115
3.11.3 Maternidades	131
3.11.4 Atenção Domiciliar	144
3.12 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	147
3.13 PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR CARIOCA.....	151
4. TECNOLOGIA, INOVAÇÃO E TRANSFORMAÇÃO DIGITAL.....	152
4.1 TRANSFORMAÇÃO DIGITAL NA SMS-RIO	152
4.2 INTELIGÊNCIA TECNOLÓGICA E ASSISTENCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE....	154
4.3 INFORMATIZAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	155
4.4 INOVAÇÃO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA E REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS	156

4.5 INFORMATIZAÇÃO E PAINÉIS DE EFICIÊNCIA NA ATENÇÃO HOSPITALAR.....	156
4.6 SOLUÇÕES DIGITAIS PARA UMA VIGILÂNCIA EM SAÚDE AVANÇADA	158
4.7 PESQUISA, INOVAÇÃO E GESTÃO INTEGRADA NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA	160
4.8 MODERNIZAÇÃO DA GESTÃO DOCUMENTAL	160
4.9 PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS E PRIVACIDADE.....	161
5. GESTÃO EM SAÚDE	163
5.1 FINANCIAMENTO	164
5.2 REGULAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS	169
5.2.1 Complexo Regulador	170
5.2.2 Contratualização, Controle e Auditoria	179
5.3 GESTÃO ESTRATÉGICA DE RECURSOS E CONTRATOS.....	185
5.3.1 Primarização dos serviços públicos como estratégia de eficiência e economia de recursos.....	187
5.3.2 Avanços institucionais na governança das licitações públicas.....	187
5.3.3 Parceria institucional entre a SMS-Rio e os Órgãos de Controle	190
5.4 GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE.....	190
5.4.1 Educação em Saúde.....	193
5.4.2 Desenvolvimento dos trabalhadores do SUS	195
5.4.3 Integração Ensino-Serviço-Comunidade.....	198
5.4.4 Voluntariado na Saúde	205
5.5 GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL	207
5.6 PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO E ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA	210
5.6.1 Pactuação interfederativa	218
6. PROJEÇÕES DE FUTURO PARA O QUADRIÊNIO 2026-2029	223
6.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA INOVAÇÃO, EQUIDADE E PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA	224
6.2 FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	224
6.3 EXPANSÃO E QUALIFICAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	225
6.4 POLÍTICA DE SAÚDE ANTIRRACISTA E EQUIDADE RACIAL	225
6.5 ATENÇÃO ESPECIALIZADA E REGULAÇÃO INTELIGENTE DOS SERVIÇOS	226

6.6 CONTRATUALIZAÇÃO, CONTROLE E AUDITORIA NO PROCESSO DE GOVERNANÇA EM SAÚDE	228
6.7 GESTÃO EFICIENTE PARA A QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR.....	228
6.8 CONSOLIDAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E DA CAPACIDADE DE RESPOSTA ÀS EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA	230
6.9 SEGURANÇA SANITÁRIA NA PROTEÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA	230
6.10 INICIATIVAS ESTRATÉGICAS PARA A GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE	231
6.11 INOVAÇÃO TECNOLÓGICA E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS.....	231
7. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES 2026–2029	233
REFERÊNCIAS	251

MENSAGEM DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Apresento este Plano Municipal de Saúde 2026–2029 como uma expressão de compromisso com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e com as necessidades reais da população carioca. As experiências vividas nos últimos anos, especialmente durante a pandemia de covid-19, marcaram profundamente a gestão pública da saúde e reforçaram aprendizados fundamentais: a importância da atuação baseada em evidências científicas, da organização em rede, do olhar atento aos territórios e, de forma indispensável, da participação do controle social como elemento estruturante dos processos decisórios.

Ao projetar o futuro, este plano não se limita a metas setoriais ou ações isoladas, mas aponta para um esforço contínuo de construção de um sistema de saúde mais integral, equânime e resolutivo. A integralidade do cuidado orienta cada diretriz aqui apresentada, reconhecendo que a saúde é resultado de condições sociais, econômicas, ambientais e culturais, e que as respostas do sistema precisam considerar o indivíduo em sua totalidade e o território em que vive.

Nesse sentido, a promoção da saúde assume papel estratégico, articulando políticas intersetoriais e iniciativas que enfrentem as desigualdades sociais e ampliem as oportunidades de vida saudável, especialmente nos territórios mais vulnerabilizados. O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde permanece como eixo central da organização do cuidado, buscando ampliar o acesso, qualificar as equipes, garantir vínculos duradouros com a população e responder, de forma mais efetiva, aos desafios impostos pelo envelhecimento populacional e pelas condições crônicas.

As projeções para o período também indicam a necessidade de uma rede de atenção psicossocial cada vez mais integrada, humanizada e territorial, capaz de oferecer cuidado em liberdade e de forma articulada com os demais pontos da rede. Da mesma forma, o enfrentamento das iniquidades raciais em saúde é reafirmado como prioridade transversal, exigindo ações permanentes de qualificação do cuidado, produção de informações e revisão de práticas institucionais, com vistas à promoção da equidade.

No campo da atenção especializada e hospitalar, os esforços se concentram na ampliação do acesso, na qualificação da regulação e na integração entre os diferentes níveis de atenção, de modo a garantir trajetórias de cuidado integrais, oportunas e centradas nas pessoas. A vigilância em saúde e a vigilância sanitária, por sua vez, são projetadas como áreas estratégicas para a proteção da saúde coletiva, incorporando inovações tecnológicas, inteligência em saúde e ações preventivas que antecipem riscos e reduzam vulnerabilidades.

A valorização do trabalho em saúde, o investimento permanente em educação e a adoção responsável de inovações tecnológicas compõem um mesmo horizonte de fortalecer a capacidade do sistema público de responder, com qualidade e humanidade, às demandas da população. Todas essas iniciativas estão ancoradas no compromisso com a ética, com a transparência, com a proteção de dados pessoais e com a aproximação entre o sistema de saúde e o cidadão.

Este Plano Municipal de Saúde é, portanto, um instrumento de planejamento, mas também uma declaração de compromissos. Ele reflete o esforço desta gestão em conduzir o SUS carioca na direção de um modelo mais justo, integrado e sensível às desigualdades, capaz de garantir o direito à saúde em toda a sua complexidade. A participação social seguirá sendo elemento essencial desse percurso, assegurando que as escolhas feitas sejam coletivas, legítimas e alinhadas às necessidades de quem vive e constrói o Rio de Janeiro todos os dias.

Daniel Soranz

Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

MENSAGEM DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Como Presidente do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, reafirmo o compromisso histórico e permanente deste colegiado com a formulação, o acompanhamento e o cumprimento do Plano Municipal de Saúde referente ao quadriênio de 2026 a 2029, sendo a participação social um dos pilares desse processo. Trata-se de um instrumento fundamental para a organização das políticas públicas de saúde no município, orientado pelos princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade, e voltado à garantia do direito à saúde para toda a população carioca.

O novo Plano Municipal de Saúde é resultado de uma construção democrática e participativa que marca a trajetória do SUS. Suas diretrizes foram construídas a partir das deliberações da 14ª Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, realizada em 2023, que teve como tema “Orgulho SUS: O Amanhã Começa Hoje”. Esse espaço de escuta e debate reuniu usuários, estudantes, trabalhadores da saúde, gestores e prestadores de serviços, fortalecendo o protagonismo da sociedade civil e assegurando que as prioridades expressas pela população orientassem a formulação das políticas públicas para os próximos anos.

Da mesma forma, cabe destacar as demais conferências de saúde realizadas no período de 2022 a 2025, que também contribuíram para a construção do Plano de Saúde. Entre elas, a 1ª Conferência Municipal de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Rio de Janeiro, realizada em 2024, sob o tema “Democracia, Trabalho e Educação: Desafios e Estratégias para o Desenvolvimento do SUS”, constituiu-se como um espaço estratégico de reflexão, pactuação e fortalecimento institucional, qualificando o debate sobre as relações de trabalho e os processos formativos no SUS, fortalecendo a compreensão coletiva sobre a centralidade da gestão do trabalho e da educação na saúde para a sustentabilidade do sistema.

Outro marco relevante foi a 2ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora como Direito Humano, realizada em 2025, que reafirmou a centralidade da saúde do trabalhador e da trabalhadora como componente essencial das políticas públicas de saúde. As propostas aprovadas nessa conferência reforçaram a necessidade de ambientes de trabalho seguros, da vigilância em saúde do trabalhador e da promoção de condições dignas de vida e trabalho, tanto no setor da saúde quanto nos demais setores produtivos do município.

O Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro consolida, assim, seu papel constitucional de instância deliberativa e de controle social, por meio de uma trajetória coletiva construída com conselheiros, trabalhadores, gestores, movimentos sociais e, principalmente, com os usuários do SUS. Acompanharemos, de forma permanente e sistemática, a execução do Plano Municipal de Saúde correspondente ao período de 2026 a 2029, defendendo o fortalecimento do SUS como política pública essencial para a redução das desigualdades, a promoção da justiça social e a garantia da saúde como direito de todos e dever do Estado.

Seguiremos firmes na defesa de um SUS público, universal, integral e de qualidade, construído com a participação popular e comprometido com o presente e o futuro da população carioca.

Oswaldo Sérgio Mendes

Presidente do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

O Plano Municipal de Saúde (PMS) 2026–2029 é o principal instrumento de planejamento da política de saúde no município para os próximos quatro anos. Ele orienta as ações da gestão municipal de saúde em todos os seus níveis, consolidando-se como referência para a organização, a execução e o monitoramento das políticas públicas de saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sua construção está fundamentada nas orientações estratégicas do Conselho Municipal de Saúde (CMS), que refletem as deliberações das Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde. Além disso, está alinhado com os principais instrumentos de planejamento governamental, como o Plano Estratégico da Cidade do Rio de Janeiro, o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

O PMS também observa os preceitos legais do planejamento ascendente, respeitando as necessidades específicas da população de cada território. Para isso, baseia-se em análises do perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico da população, o que permite definir metas e estratégias voltadas à atenção integral à saúde.

Mais do que um documento técnico, o PMS é resultado de um amplo processo de construção coletiva, que envolveu a participação ativa do Conselho Municipal de Saúde, das unidades e departamentos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio) e de diversos atores sociais, direta ou indiretamente envolvidos, de modo a constituir um processo de construção democrático, participativo e que reflita as necessidades da população, do território e do sistema de saúde.

Assim, o PMS 2026–2029 reflete o compromisso da gestão municipal em garantir as condições essenciais para a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a oferta de assistência integral, contribuindo para a melhora contínua da qualidade de vida da população carioca.

O Plano Municipal de Saúde está estruturado em cinco grandes seções que organizam, de forma integrada, o diagnóstico, as diretrizes e as estratégias para o quadriênio. A primeira seção apresenta a Identidade Organizacional e a Estrutura da SMS-Rio, descrevendo sua missão, visão e forma de organização. Em seguida, a seção de Condições de Vida e Saúde no Município do Rio de Janeiro reúne análises situacionais que fundamentam as necessidades de saúde da população. A terceira seção aborda a Rede de Atenção à Saúde, detalhando a composição, o funcionamento e os desafios dos diferentes níveis de atenção. Na sequência, a seção de Tecnologia, Inovação e Transformação Digital discute os avanços e as iniciativas que impulsionam a modernização da gestão e dos serviços. E a seção de Gestão em Saúde aprofunda os processos de governança, planejamento, financiamento e regulação.

Por fim, são apresentadas as Projeções de Futuro para o Quadriênio 2026–2029 e as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2026–2029, que refletem a Programação de Saúde prevista para o quadriênio e evidenciam os compromissos, as prioridades estratégicas e os resultados esperados que orientarão a atuação da SMS-Rio no período.

1. IDENTIDADE ORGANIZACIONAL E ESTRUTURA DA SMS-RIO

A SMS-Rio é o órgão responsável por planejar, coordenar e executar as políticas públicas de saúde no município, buscando promover o bem-estar e a qualidade de vida da população. Sua identidade organizacional está pautada nos princípios do SUS — universalidade, integralidade e equidade —, orientando suas ações para garantir o acesso aos serviços de saúde de forma eficiente, democrática e participativa.

Nesse sentido, a definição clara da missão, visão e valores é fundamental para orientar o funcionamento e o desenvolvimento de qualquer organização, incluindo a SMS-Rio. A missão estabelece o propósito central e o compromisso da instituição, deixando explícito o motivo de sua existência e o impacto que deseja gerar. A visão projeta o futuro desejado, direcionando as estratégias e inspirando todos os envolvidos a caminharem rumo a objetivos comuns. Já os valores representam os princípios éticos e comportamentais que guiam as ações e decisões diárias, consolidando a cultura organizacional e fortalecendo a identidade da instituição. Juntos, esses elementos promovem alinhamento interno, coerência nas práticas e transparência perante a sociedade, garantindo maior eficácia na entrega dos serviços e no cumprimento das responsabilidades públicas.

A seguir, apresentam-se a missão, a visão e os valores que orientam a atuação da SMS-Rio, refletindo seu compromisso com a promoção da saúde, a gestão eficiente do SUS e o atendimento de qualidade à população carioca.

■ MISSÃO

Prover as condições necessárias para promoção, prevenção e assistência em saúde compreendida de forma sistêmica, executando atividades de excelência na área de saúde pública que resultem em melhorias na qualidade de vida da população carioca.

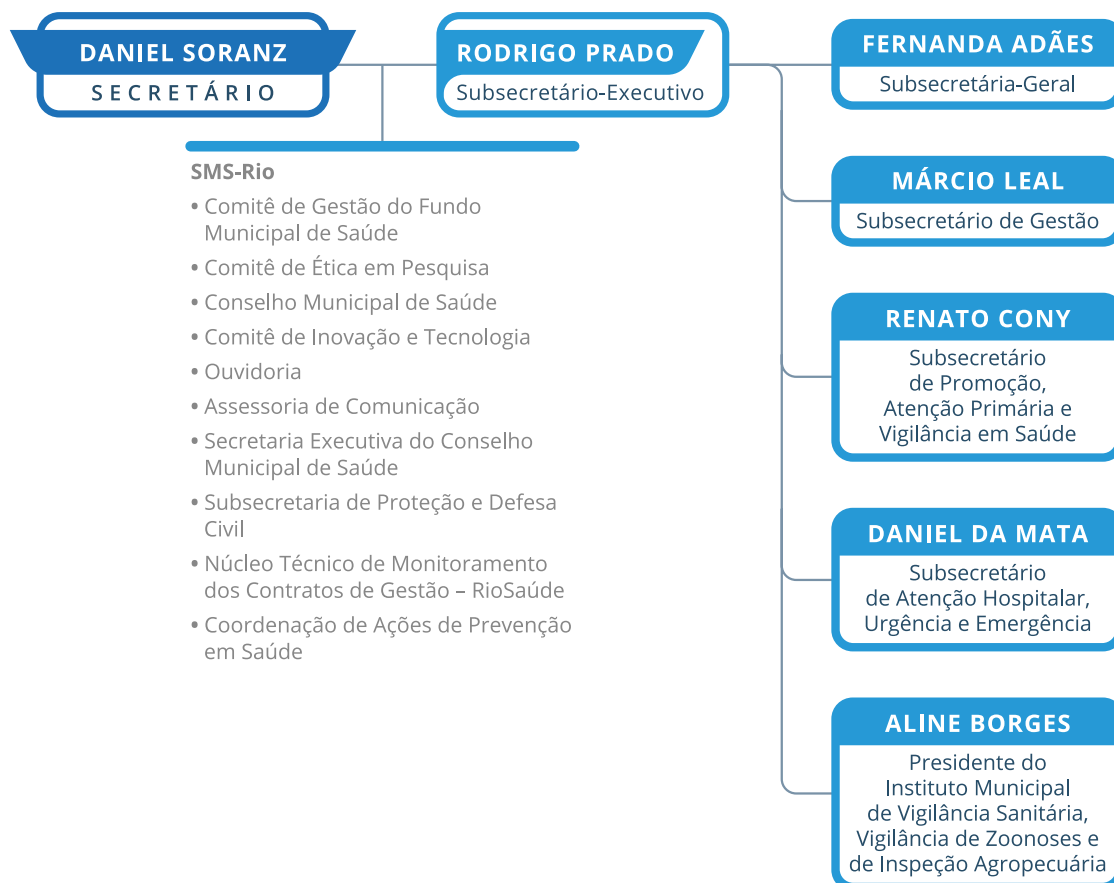
■ VISÃO

Assegurar a saúde integral e universal com qualidade a todos os cidadãos do município do Rio de Janeiro, exercendo a função de gestor pleno do Sistema Único de Saúde.

■ VALORES

- Ética
- Qualidade
- Equidade
- Acessibilidade
- Comprometimento
- Transparência
- Respeito
- Foco no Cidadão

Com uma atuação que integra diversas unidades e equipes multidisciplinares, a SMS-Rio trabalha de forma articulada para enfrentar os desafios sanitários locais, valorizando a participação social e a transparência na gestão dos recursos públicos, apresentando a organização estrutural a seguir.

Figura 1. Organograma da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Fonte: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Sistema Integrado de Codificação Institucional. <https://sici.rio.rj.gov.br/PAG/principal.aspx>. Arte: Ascom/SMS-Rio.

A macroestrutura da SMS-Rio é composta por cinco subsecretarias e por um instituto municipal responsável pelas atividades de vigilância sanitária, vigilância de zoonoses e inspeção agropecuária. A seguir, apresentam-se, de forma sintética, as atribuições dessas unidades organizacionais, bem como a composição de suas respectivas estruturas gerenciais.

SUBSECRETARIA-EXECUTIVA (SUBEX)

Assessorar o Secretário Municipal de Saúde na direção, coordenação e gestão estratégica do órgão, contribuindo para a formulação das políticas e diretrizes da Secretaria em articulação com os demais órgãos da Administração Pública. Compete, ainda, prestar assessoramento direto e imediato ao Titular no desenvolvimento das atividades internas, no relacionamento institucional com outros órgãos e no atendimento ao público em geral, zelando pelo cumprimento dos prazos estabelecidos e coordenando as atividades da equipe de apoio administrativo do Gabinete.

SUBSECRETARIA-GERAL (SUBGERAL)

Assessorar o Secretário Municipal de Saúde nas questões relacionadas à Gestão Plena do SUS no município do Rio de Janeiro, em conformidade com a legislação vigente, analisando a adequação dos pedidos de aquisição de procedimentos constantes da tabela SUS formulados pelas demais Subsecretarias da SMS-Rio, sempre que a oferta disponível na rede pública se mostrar insuficiente. Compete, ainda, encaminhar à Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (CIB/RJ) as demandas institucionais da Secretaria, mediante assinatura dos respectivos documentos de encaminhamento; orientar e fomentar as atividades do Componente Municipal de Auditoria e do Complexo Regulador Municipal; articular e supervisionar as ações de controle e avaliação relacionadas aos sistemas oficiais do Ministério da Saúde; supervisionar os processos de contratualização e os procedimentos de solicitação de habilitação no âmbito do SUS; e prestar assessoramento na articulação das demandas institucionais de competência das demais Subsecretarias. A Subgeral é composta pelas seguintes coordenadorias:

- Coordenadoria Geral de Contratualização, Controle e Auditoria;
- Coordenadoria Geral do Complexo Regulador.

SUBSECRETARIA DE GESTÃO (SUBG)

Assessorar o Secretário Municipal de Saúde na direção, coordenação e gestão estratégica do órgão, participando da formulação das políticas e diretrizes da Secretaria em articulação com os demais órgãos da Administração Pública. Compete, ainda, planejar, coordenar e supervisionar as atividades relacionadas à gestão de Recursos Humanos, Infraestrutura e Logística, Licitações e Aquisições, Documentação, Análise e Controle de Despesas, Contratos e Convênios, em conformidade com as orientações dos respectivos Sistemas Municipais; promover a integração das ações administrativas da Secretaria; definir e monitorar indicadores gerenciais de sua área de atuação; e elaborar relatórios gerenciais destinados a subsidiar os gestores da Secretaria nos processos de tomada de decisão. A Subg é composta por seis coordenadorias e pelo Centro Arquivístico, contando, portanto, com a seguinte estrutura:

- Coordenadoria Técnica de Convênios e Contratos de Gestão com Organizações Sociais;
- Coordenadoria de Demandas Institucionais;
- Coordenadoria de Gestão de Pessoas;
- Coordenadoria de Infraestrutura e Logística;
- Coordenadoria de Licitações e Aquisições;
- Coordenadoria de Administração de Contratos;
- Centro Arquivístico.

SUBSECRETARIA DE PROMOÇÃO, ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SUBPAV)

Assessorar o Secretário Municipal de Saúde na formulação, coordenação e gestão das políticas, ações e serviços de promoção da saúde, atenção primária e vigilância em saúde, planejando, acompanhando e avaliando sua execução na Rede Municipal de Saúde. Compete, ainda, estabelecer diretrizes, coordenar a elaboração de protocolos institucionais, promover a capacitação de profissionais, fomentar a produção técnico-científica, captar recursos para projetos estratégicos, supervisionar a execução orçamentária dos órgãos subordinados e elaborar estudos, indicadores e relatórios gerenciais que subsidiem o planejamento e a tomada de decisão. A Subpav apresenta a seguinte composição estrutural:

- Comitê de Gestão em Atenção Primária;
- Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP 1.0;
- Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP 2.1;
- Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP 2.2;
- Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP 3.1;
- Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP 3.2;
- Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP 3.3;
- Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP 4.0;
- Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP 5.1;
- Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP 5.2;
- Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP 5.3;
- Coordenadoria Geral do Super Centro Carioca de Saúde da Zona Oeste;
- Superintendência de Integração de Áreas de Planejamento;
- Superintendência de Promoção da Saúde;
- Superintendência de Vigilância em Saúde;
- Superintendência de Atenção Primária;
- Superintendência de Saúde Mental.

SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO HOSPITALAR, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (SUBHUE)

Assessorar o Secretário Municipal de Saúde na direção, coordenação e gestão estratégica do órgão, participando da formulação das políticas e diretrizes das ações de saúde em articulação com os demais órgãos da Secretaria. Compete, ainda, planejar, coordenar, acompanhar e avaliar as

ações de atenção hospitalar, urgência e emergência da Rede Municipal de Saúde; promover a integração dos serviços assistenciais; participar da formulação da Política de Desospitalização; analisar a capacidade instalada da rede hospitalar; elaborar protocolos institucionais para os serviços hospitalares, de urgência e emergência; e supervisionar o cumprimento das metas de gestão estabelecidas para essas unidades. A Subhuc apresenta a seguinte conformação:

- Assessoria de Programas de Desospitalização;
- Coordenadoria Geral de Emergência da AP 1.0;
- Coordenadoria Geral de Emergência da AP 2.1;
- Coordenadoria Geral de Emergência da AP 2.2;
- Coordenadoria Geral de Emergência da AP 3.1;
- Coordenadoria Geral de Emergência da AP 3.2;
- Coordenadoria Geral de Emergência da AP 3.3;
- Coordenadoria Geral de Emergência da AP 4.0;
- Coordenadoria Geral de Emergência da AP 5.1;
- Coordenadoria Geral de Emergência da AP 5.2;
- Coordenadoria Geral de Emergência da AP 5.3;
- Coordenadoria Geral do Super Centro Carioca de Saúde;
- Superintendência de Urgência e Emergência;
- Superintendência de Hospitais Gerais e Especializados;
- Superintendência de Hospitais Pediátricos e Maternidades.

INSTITUTO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, VIGILÂNCIA DE ZONÓSES E DE INSPEÇÃO AGROPECUÁRIA (IVISA-RIO)

Assessorar a gestão estratégica da Secretaria Municipal de Saúde e coordenar a formulação, execução, supervisão e avaliação das políticas e ações de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e Inspeção Agropecuária, visando à proteção da saúde da população e à prevenção de riscos sanitários. Também é responsável pela elaboração de normas, planejamento institucional, articulação intersetorial, gestão de sistemas de informação, atendimento ao cidadão e fortalecimento da integração entre saúde humana, animal e ambiental, em conformidade com as diretrizes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e do Sistema Unificado de Atenção à Sanidade Agropecuária (SUASA), a política de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e de Inspeção Agropecuária para o Município. Fazem parte do Instituto as seguintes coordenadorias:

- Coordenadoria Geral de Licenciamento e Fiscalização (CGLF);
- Coordenadoria Geral de Inovação, Projetos, Pesquisa e Educação Sanitária (CGIPE);
- Coordenadoria Técnica de Análise de Tecnologias em Saúde e Insumos Estratégicos (CTATS).

As demais informações sobre a estrutura organizacional e gerencial da SMS-Rio podem ser consultadas no Sistema Integrado de Codificação Institucional, disponível no sítio eletrônico da Prefeitura do Rio de Janeiro (<https://sici.rio.rj.gov.br/PAG/principal.aspx>).

2. CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

O município do Rio de Janeiro (MRJ) configura-se como o segundo mais populoso do país e o mais populoso do estado, com uma população de 6.211.223 habitantes, conforme dados do Censo Demográfico de 2022, e uma população estimada de 6.729.894 habitantes para o ano de 2024. A densidade demográfica registrada em 2022 foi de 5.174,60 habitantes por km², considerando uma área territorial de 1.204 km² (2024).

A estrutura administrativa do município compreende 16 Regiões de Planejamento, 33 Regiões Administrativas (RA), 5 Áreas de Planejamento (AP) e 165 bairros. No âmbito da organização dos seus serviços, com vistas à descentralização da gestão e à organização territorial das ações e serviços de saúde, a SMS-Rio adota, desde 1993, a divisão do território em dez Áreas de Planejamento (AP) designadas: AP 1.0, AP 2.1, AP 2.2, AP 3.1, AP 3.2, AP 3.3, AP 4.0, AP 5.1, AP 5.2 e AP 5.3.

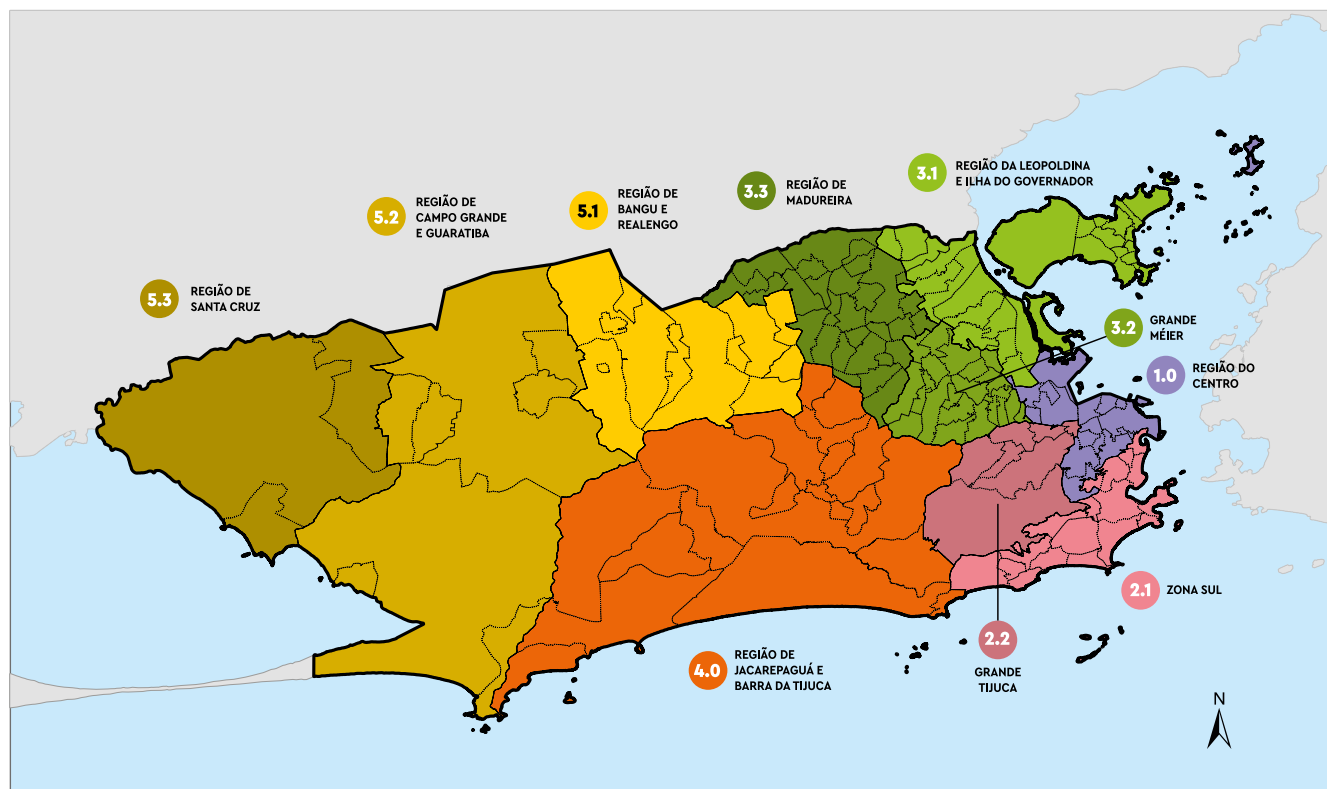
Desde a década de 1990, o MRJ detém a condição de gestor pleno do SUS. Em 2010, formalizou sua adesão ao Pacto pela Saúde por meio da Deliberação CIB-RJ n.º 0849, de 11 de fevereiro de 2010, em conformidade com o Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Este marco normativo estabelece os princípios e diretrizes para a organização do SUS, o planejamento das ações e serviços de saúde, a assistência à saúde e os mecanismos de articulação interfederativa.

No que tange ao processo de regionalização da saúde, o município integra a Região Metropolitana I, juntamente com os municípios de Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti e Seropédica, conforme definido no processo de regionalização do SUS no estado do Rio de Janeiro.

O fluxo de ocupação da cidade do Rio de Janeiro, marcada por intensas desigualdades socioespaciais e por uma rede complexa de interações entre as Áreas de Planejamento, influencia diretamente os perfis epidemiológicos da população. As atividades econômicas, os fluxos de circulação e mobilidade, bem como a distribuição desigual dos equipamentos públicos e privados de saúde,

educação e lazer, configuram territórios com características distintas, que impactam, de forma significativa, os processos de adoecimento e mortalidade. Essa heterogeneidade territorial exige abordagens diferenciadas e estratégias específicas de planejamento e gestão em saúde, orientadas pela equidade e pela integralidade do cuidado.

Figura 2. Mapa das Áreas de Planejamento do município do Rio de Janeiro segundo a distribuição por bairros



Fonte: Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Arte: Ascom/SMS-Rio.

2.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Entre os Censos Demográficos de 2010 e 2022, o município do Rio de Janeiro apresentou variações significativas na composição da população por faixa etária, raça/cor e gênero, refletindo mudanças nos padrões demográficos que geram impactos sociais relevantes e demandam atenção no planejamento das políticas públicas de saúde.

Apresentamos a seguir um panorama com as principais características demográficas da população do MRJ.

Quadro 1. Principais características demográficas, MRJ, 2010, 2021, 2022 e 2024

CARACTERÍSTICAS	RESULTADO	REFERÊNCIA
População estimada (2024)	6.729.894	Pessoas
População residente (2024)	6.729.894	Pessoas
População residente — homens (2024)	3.149.617	Pessoas
População residente — mulheres (2024)	3.580.277	Pessoas
Razão de sexo — número de homens para cada 100 mulheres (2022)	88,6	Homens
Esperança de vida ao nascer (2010)	75,7	Anos
Proporção de idosos (2022)	20,18	%
Crescimento populacional (2010/2022)	-1,73	%
Índice de Desenvolvimento da Educação Básica — anos iniciais (1.º ao 5.º ano / 2023)	6,0	—
Índice de Desenvolvimento da Educação Básica — anos finais (6.º ao 9.º ano / 2023)	5,2	—
Matrículas no ensino fundamental (2024)	696.734	Matrículas
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (2021)	0,762	—
População cadastrada na Estratégia Saúde da Família — ESF (2025)	5.778.700	Pessoas
Esgotamento sanitário adequado (2022)	92,15	%
Urbanização de vias públicas (2010)	78,4	%
Índice de Progresso Social — IPS (2025)	66,13	Pontos

Fontes: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População estimada. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama>. Acesso em 29/07/2025; Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação para a Atenção Básica (SISAB). Relatório de Cadastros Vinculados. Competência: Abril/2025. <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/municipio/indicadores/indicadorCadastro.xhtml>. Acesso em 30/07/2025.

Das informações do Quadro 1, podemos inferir que o planejamento municipal de saúde deve considerar o Índice de Progresso Social (IPS) como uma ferramenta essencial para a identificação das áreas prioritárias de intervenção, orientando políticas públicas que priorizem ações intersetoriais e integradas, voltadas à melhora das condições de vida e saúde da população mais vulnerável do município. Assim, apresentamos no Quadro 2 as dimensões e os principais componentes do IPS do município que interferem e/ou contribuem diretamente para a qualidade de saúde da população.

Quadro 2. Principais dimensões e componentes do Índice de Progresso Social, MRJ, 2025

DIMENSÕES / COMPONENTES IPS	PONTUAÇÃO
Necessidades Humanas Básicas	77,85
Fundamentos do Bem-estar	66,71
Nutrição e Cuidados Médicos	72,94
Água e Saneamento	91,12
Saúde e Bem-estar	56,05
Cobertura Vacinal (Poliomielite)	76,75
Hospitalização por Condições Sensíveis à Atenção Primária	401,81
Mortalidade Ajustada por Condições Sensíveis à Atenção Primária	134,87
Mortalidade Infantil até 5 Anos	14,29
Subnutrição	4,61
Abastecimento de Água Via Rede de Distribuição	97,79
Esgotamento Sanitário Adequado	97,06
Índice de Abastecimento de Água	98,27
Domicílios com Coleta de Resíduos Adequada	71,25
Domicílios com Iluminação Elétrica Adequada	59,77
Expectativa de Vida	75,69
Mortalidade entre 15 e 50 Anos	2,43
Mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis	446,88
Obesidade	27,67
Emissões de CO ₂ por Habitante	2,13
Focos de Calor	0,04
Índice de Vulnerabilidade Climática do Município	55,11
Gravidez na Adolescência	10,81
Índice de Vulnerabilidade das Famílias do Cadastro Único (IVCAD)	0,29
Famílias em Situação de Rua	151,76
IPS do Município	66,13

Fonte: Brasil. IPS Brasil. Disponível em: <https://ipsbrasil.org.br/pt/conheca/ips>. Acesso em 30/07/2025.

Destaca-se, conforme dados da Agência de Notícias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que o Rio de Janeiro foi o segundo município brasileiro com maior perda populacional absoluta no período, com uma redução de aproximadamente 109 mil habitantes em relação ao Censo de 2010. Essa tendência demográfica aponta para transformações no perfil da população, com possíveis repercussões na oferta e demanda por serviços de saúde, exigindo estratégias de planejamento baseadas em evidências e territorializadas.

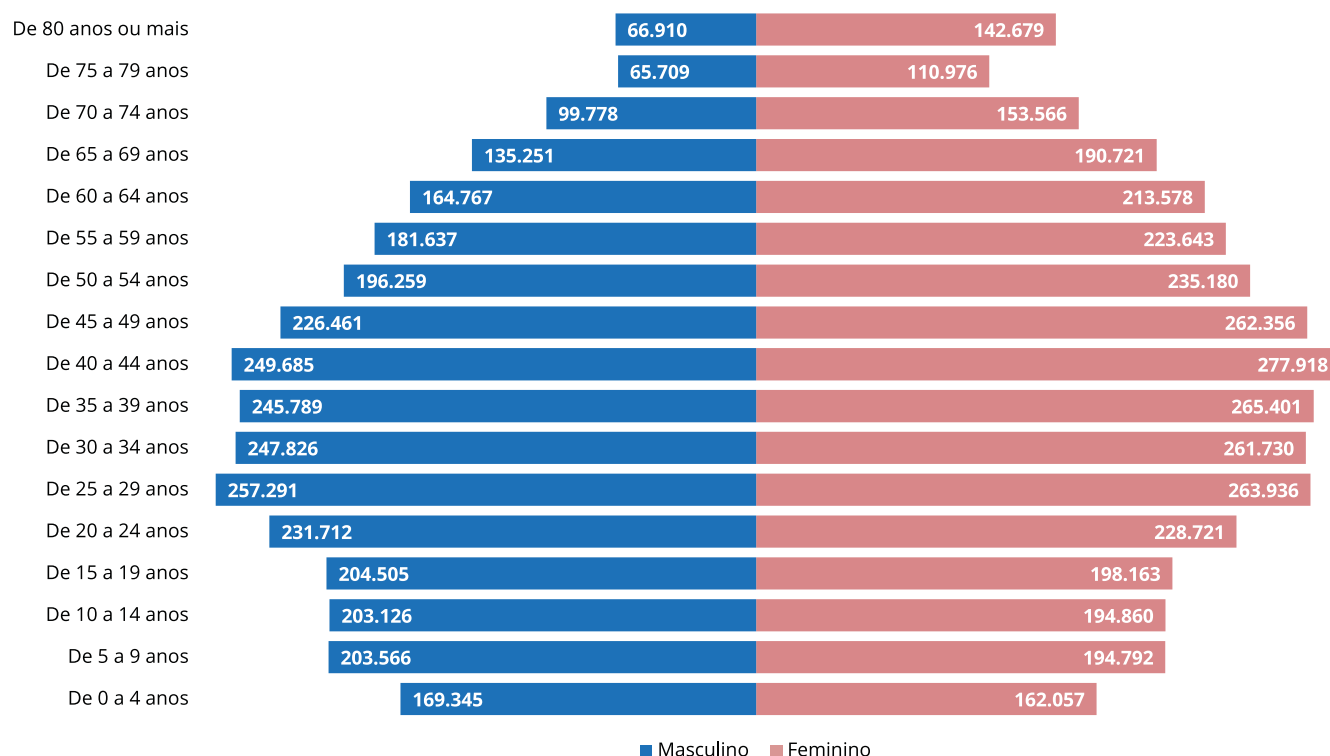
Tabela 1. População por faixas de idade, MRJ, 1991 a 2022, e sua variação percentual

GRUPO DE IDADE	1991	2000	2010	2022	VARIAÇÃO % 1991-2022
0 a 4 anos	433.420	447.305	364.032	310.648	-28.33%
5 a 9 anos	468.119	433.907	395.759	367.196	-21.56%
10 a 14 anos	481.432	442.370	466.567	354.457	-26.37%
15 a 19 anos	456.590	505.464	464.150	371.931	-18.54%
20 a 24 anos	465.473	517.360	508.707	439.660	-5.55%
25 a 29 anos	489.371	472.730	551.103	454.428	-7.14%
30 a 34 anos	474.155	445.097	524.455	460.448	-2.89%
35 a 39 anos	436.444	459.423	468.531	479.813	9.94%
40 a 44 anos	371.417	435.651	439.691	504.195	35.75%
45 a 49 anos	291.888	383.962	436.796	426.864	46.24%
50 a 54 anos	261.704	320.723	410.129	402.001	53.61%
55 a 59 anos	234.460	242.275	349.675	386.411	64.81%
60 a 64 anos	213.108	217.413	279.122	360.818	69.31%
65 a 69 anos	157.998	186.868	206.203	304.598	92.79%
70 a 74 anos	106.084	151.452	170.853	233.160	119.79%
75 a 78 anos	72.268	98.523	129.430	151.529	109.68%
80 anos ou mais	66.837	97.381	155.243	203.066	203.82%
TOTAL	5.480.768	5.857.904	6.320.446	6.211.223	13,32%

Fonte: Data.Rio. Disponível em: <https://www.data.rio/pages/rio-em-sntese>. Acesso em 29/07/2025. Dados sujeitos à revisão.

A pirâmide etária apresentada a seguir evidencia o processo de envelhecimento populacional no MRJ, decorrente do aumento da expectativa de vida e da contínua redução das taxas de fecundidade. Esse cenário demográfico impõe novos desafios à gestão em saúde, demandando o fortalecimento de ações e programas voltados à promoção da saúde e à prevenção de doenças, com foco na integralidade do cuidado ao longo de todo o ciclo de vida. A reorganização da rede de atenção, considerando as especificidades das diferentes faixas etárias, torna-se fundamental para garantir o acesso, a qualidade e a efetividade das políticas públicas de saúde.

Gráfico 1. Distribuição da população por sexo e faixa etária, MRJ, 2024



Fonte: IBGE, Cidades, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama>. Acesso em 10/04/2025. Dados sujeitos à revisão.

Verifica-se que adultos e idosos já representam 63% da população total. Em contrapartida, a população infantil e juvenil apresentou expressivas reduções percentuais. Crianças de 0 a 4 anos tiveram uma redução de aproximadamente 15% para ambos os sexos. A faixa etária de 10 anos apresentou decréscimos de 26% para homens e 28% para mulheres. Adolescentes entre 14 e 18 anos também registraram queda significativa, com variações entre -16% e -26%. Jovens adultos (19 a 29 anos) apresentaram redução entre 13% e 18% para ambos os sexos.

Em relação à população adulta, a faixa etária de 35 a 39 anos registrou leve crescimento de cerca de 2%, destacando-se como uma das poucas faixas com incremento dentro do grupo. Já os adultos entre 40 e 44 anos apresentaram crescimento mais expressivo (aproximadamente 14%), seguido pelo grupo de 55 a 59 anos, com aumentos de 8% para mulheres e 13% para homens.

No segmento idoso, observou-se crescimento acentuado em diversas faixas. A população entre 65 e 69 anos cresceu 47,72%. Idosos entre 70 e 99 anos apresentaram incrementos que variaram de 17% a 91%. A população com 100 anos ou mais também registrou crescimento substancial, com destaque para o aumento de 91% entre as mulheres e de 43% entre os homens.

Quanto à variável cor ou raça, o Censo de 2022 identificou que 54,3% da população do Rio de Janeiro se declarou preta ou parda, enquanto a população branca correspondeu a 45,4%, e a população amarela, a 0,17%.

2.2 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

No tocante às características econômicas, o município contabilizava, em 2022, um total de 2.304.692 empregos formais, com salário médio de R\$ 3.771,00. O emprego formal no setor privado representava 78,7% desse total. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do Rio de Janeiro foi estimado em 0,762, o que caracteriza um alto nível de desenvolvimento humano. Contudo, o fato de o índice não atingir a faixa de desenvolvimento humano muito alto sugere que, apesar da relevância econômica da cidade, persistem desafios relacionados à distribuição da renda, à qualidade dos serviços públicos e à redução das desigualdades sociais, que limitam uma melhora mais expressiva do IDH municipal.

O Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$ 53.078,23 no ano de 2021 indica um nível relativamente alto de riqueza por habitante, posicionando o município de forma intermediária em relação aos demais municípios do estado e do país, o que sugere que, apesar de concentrar grande atividade econômica, essa riqueza não se distribui de maneira homogênea entre a população (IBGE, 2025).

O elevado percentual de receitas externas no ano de 2024, equivalente a 37,61%, revela uma forte dependência de transferências intergovernamentais, o que indica menor autonomia financeira em comparação com outros municípios do estado e do Brasil. Por outro lado, os valores expressivos de receitas realizadas e despesas empenhadas colocam o Rio de Janeiro como o município com maior volume orçamentário do estado e um dos maiores do país, evidenciando seu papel central na economia nacional. Entretanto, o fato de as despesas superarem as receitas aponta para a necessidade de maior equilíbrio fiscal e eficiência na gestão dos recursos públicos (IBGE, 2025).

Em 2022, o município apresentou taxa de escolarização de 98,1% entre crianças e adolescentes de 6 a 14 anos de idade. Em comparação com outros municípios do estado, ocupava a 74ª posição entre 92, enquanto no cenário nacional, situava-se na 4.521ª posição entre 5.570 municípios. No que se refere ao Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), em 2023, o resultado para os anos iniciais do ensino fundamental na rede pública foi de 6, e para os anos finais, de 5,2. No âmbito estadual, o município alcançou a 17ª posição nos anos iniciais e a 10ª posição nos anos finais, entre 92 municípios. Já em nível nacional, ocupou a 2.357ª posição nos anos iniciais e a 1.386ª posição nos anos finais, entre 5.570 municípios (IBGE, 2025).

Apesar da boa cobertura do sistema educacional, os resultados do IDEB mostram que o desempenho da aprendizagem, embora satisfatório, ainda não se destaca nacionalmente. Em comparação com outros municípios do estado, o Rio de Janeiro apresenta posições relativamente favoráveis, sobretudo nos anos finais do ensino fundamental, mas perde competitividade quando analisado no contexto nacional. Assim, os dados sugerem que o desafio do MRJ não está no acesso à escola, mas no fortalecimento da qualidade do ensino e na melhora contínua dos resultados educacionais.

Quanto às condições domiciliares, os dados demonstraram avanços significativos em diversos indicadores de infraestrutura urbana. Cerca de 98,36% dos domicílios estão conectados à rede geral de abastecimento de água, sendo essa a principal forma de fornecimento. O acesso à rede de esgotamento sanitário apresentou crescimento progressivo: de 77,99% em 2000 para 92,15% em 2022, indicando redução do uso de sistemas alternativos de esgotamento.

A cobertura da coleta de resíduos sólidos manteve-se elevada, alcançando 99,14% dos domicílios, número semelhante ao verificado em 2010 (99,25%). A presença de banheiro ou sanitário nos domicílios apresenta-se praticamente universalizada, com cobertura de 99,99%. Em 2010, foram identificados 1.639 domicílios sem banheiro; em 2022, esse número caiu para 291.

Quanto à tipologia dos domicílios, predominam as casas (52,64%), seguidas de apartamentos (39,52%), casas de vila ou condomínio (7,07%) e habitações em cômodos (residências coletivas). Considerando a heterogeneidade socioespacial da cidade do Rio de Janeiro, especialmente no que diz respeito às condições de moradia, essa informação permite concluir que o município apresenta uma estrutura habitacional diversificada e marcada por fortes desigualdades.

A predominância de casas e apartamentos reflete a coexistência de áreas formalmente urbanizadas e de maior renda. No entanto, as habitações em cômodos ou residências coletivas evidenciam a permanência de formas precárias ou adensadas de moradia, frequentemente associadas a favelas e a áreas com menor acesso à infraestrutura urbana adequada. Esses dados reforçam que, apesar dos indicadores médios elevados do município, como o IDH municipal, uma parcela significativa da população ainda vive em condições habitacionais vulneráveis, o que aprofunda as desigualdades sociais e territoriais e impacta negativamente a qualidade de vida, o acesso a serviços públicos e a segurança habitacional em diferentes regiões da cidade.

No que se refere à dinâmica demográfica intraurbana, o Censo de 2022 identificou que 73% dos bairros do município apresentaram redução populacional, enquanto 27% apresentaram crescimento. O bairro com maior aumento populacional absoluto foi Jacarepaguá, com acréscimo de 66.685 habitantes entre 2010 e 2022 (42,39%). O maior decréscimo absoluto ocorreu no bairro da Tijuca, com redução de 21.479 habitantes (13,11%).

Outros bairros com expressiva redução populacional em números absolutos incluem Vila Isabel, Penha, Copacabana, Complexo do Alemão e Realengo. Já os maiores crescimentos percentuais foram observados nos bairros de Camorim (137,01%), Rocha (81,38%), Itanhangá (76,93%) e Recreio dos Bandeirantes (71,83%). Considerando as maiores quedas relativas, estas ocorreram nos bairros de Turiaçu (-32,66%), Saúde (-31,76%), Vaz Lobo (-27,51%), Água Santa (-26,69%) e Glória (-26,30%).

2.3 MORBIDADE

2.3.1 DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

As doenças transmissíveis permanecem como um dos principais desafios de saúde pública do MRJ. Ainda que se observe, ao longo da última década, significativa redução da mortalidade por agravos imunopreveníveis, as doenças transmissíveis permanecem tendo grande risco de evolução para Emergências de Saúde Pública, a exemplo da covid-19.

O cenário epidemiológico municipal é marcado pela ocorrência de agravos reemergentes, como o sarampo em 2020 e a coqueluche em 2024, e doenças persistentes, como a tuberculose e o HIV/ Aids. Esse conjunto de fatores exige da rede de saúde respostas ágeis, vigilância permanente e estratégias integradas de prevenção, diagnóstico e tratamento.

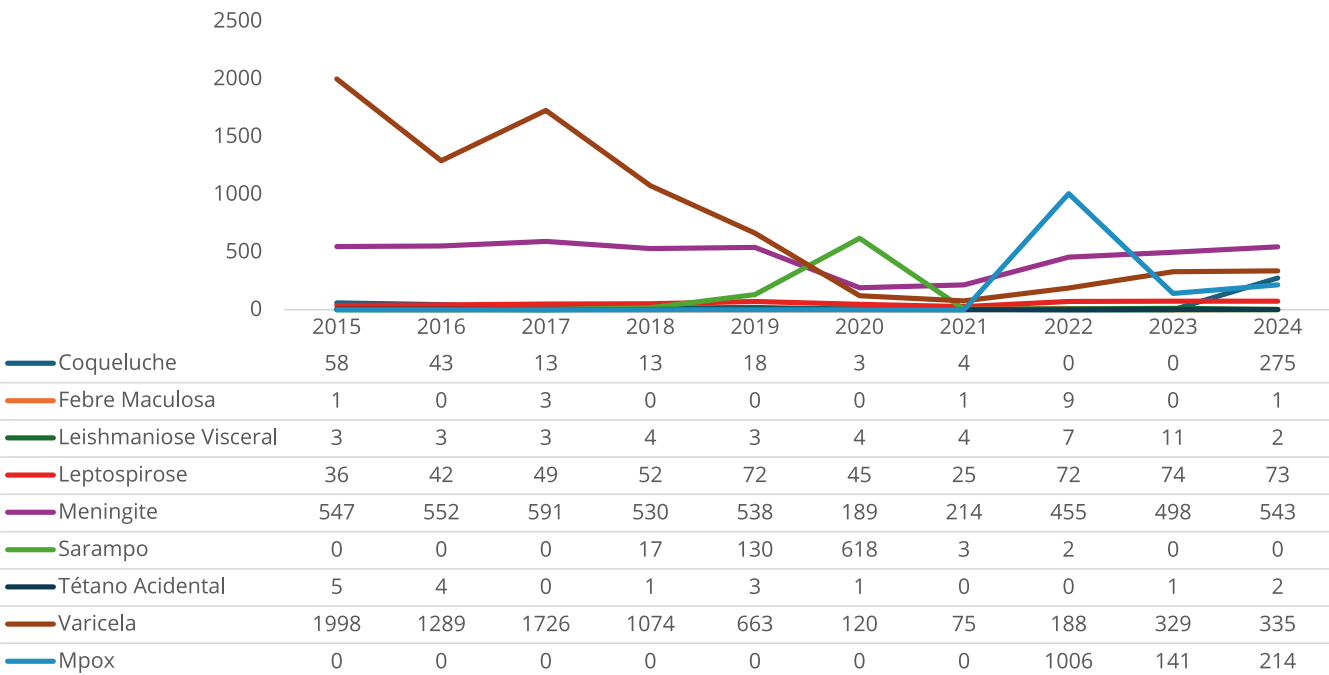
2.3.2 DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS AGUDAS

No cenário municipal da última década, observou-se um comportamento epidemiológico diversificado nas doenças transmissíveis agudas, influenciadas por mudanças climáticas, coberturas vacinais, circulação de patógenos e determinantes sociais.

A introdução da vacinação resultou em uma redução significativa dos casos de varicela. A meningite, por sua vez, manteve uma alta incidência, com uma queda registrada em 2020, seguida por uma retomada dos casos nos anos subsequentes. Já o sarampo reapareceu em surtos entre 2018 e 2020, mas o aumento da cobertura vacinal contribuiu para a melhora do cenário epidemiológico. A coqueluche, apesar de sua circulação reduzida, apresentou um pico em 2024, que foi rapidamente controlado, sem evolução para casos graves ou óbitos.

Por outro lado, doenças como leptospirose e leishmaniose visceral refletem os efeitos das chuvas intensas, enchentes e da urbanização do vetor, evidenciando a influência do ambiente no seu aparecimento. A emergência da MPOX em 2022 reforçou a importância de uma vigilância ágil e integrada, capaz de responder prontamente a novas ameaças, minimizando a ocorrência de casos graves e óbitos.

Gráfico 2. Casos de doenças transmissíveis agudas, MRJ, 2015–2024



Fonte: Observatório Epidemiológico do Rio (EpiRio), 2025. Dados sujeitos à revisão.

Em 2024, a cidade do Rio de Janeiro atingiu a maior cobertura vacinal dos últimos seis anos, resultado que contribuiu significativamente para a redução da mortalidade e a melhora do panorama das doenças imunopreveníveis, como o sarampo. Esse avanço refletiu o impacto positivo da reestruturação da estratégia de vacinação, que se destacou como um marco importante na saúde pública municipal.

Tamanha relevância da estratégia foi reconhecida em 2024 com a publicação, em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF — do inglês *United Nations Children's Fund*), do livro “Vacina, Rio!”, que detalha os avanços e os desafios enfrentados pelo programa, além de apresentar as principais estratégias de sucesso adotadas para ampliar a imunização da população. Essa obra representa um importante registro e inspiração para a continuidade e o fortalecimento das políticas de vacinação no município.

Esse conjunto de evidências demonstra que a dinâmica das doenças agudas no Rio de Janeiro é resultado da interação entre medidas de prevenção, condições ambientais e sociais. Por essa razão, tais doenças têm sido foco de estratégias integradas de prevenção, resposta e adaptação às transformações territoriais, visando minimizar os impactos sobre a morbimortalidade da população.

2.3.3 DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS CRÔNICAS

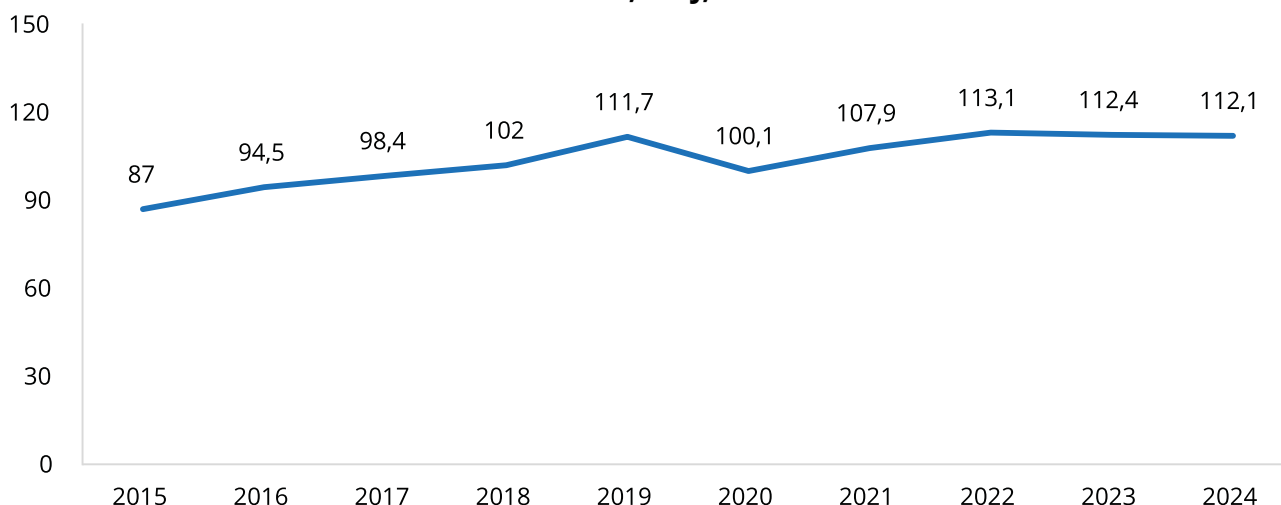
As doenças transmissíveis crônicas representam um importante desafio para a saúde pública no MRJ, devido à sua persistência e impacto prolongado na população. Entre essas enfermidades, destacam-se a tuberculose, o HIV/Aids, as hepatites virais e algumas infecções por parasitas que podem evoluir para quadros crônicos. O contexto urbano, com desigualdades sociais marcantes, influencia diretamente na incidência e na distribuição desses agravos, exigindo estratégias integradas de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento contínuo para controlar sua disseminação e minimizar seus efeitos na saúde da população.

No município, o enfrentamento das doenças transmissíveis crônicas tem sido pautado pela ampliação do acesso aos serviços de saúde, fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica e promoção de campanhas educativas voltadas para a conscientização e adesão ao tratamento. A integração entre diferentes níveis de atenção à saúde, associada ao uso crescente de tecnologias digitais para monitoramento e gestão de dados, tem possibilitado uma resposta mais eficiente. Entretanto, desafios persistem, especialmente no que diz respeito à redução das desigualdades no acesso e à adesão prolongada aos tratamentos, o que demanda investimentos contínuos em políticas públicas e em ações intersetoriais.

2.3.4 TUBERCULOSE

A tuberculose segue como uma das principais causas de morbimortalidade no Rio de Janeiro, associada a determinantes sociais, desigualdades raciais e territoriais. Apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento, o MRJ mantém taxas de incidência superiores à média nacional, além de enfrentar desafios na adesão terapêutica e na redução de óbitos evitáveis. Como município prioritário do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), o município concentra expressivo número de casos novos anuais, sobretudo em favelas e territórios com maior vulnerabilidade social e adensamento populacional.

Gráfico 3. Taxa de incidência de tuberculose, MRJ, 2015–2024

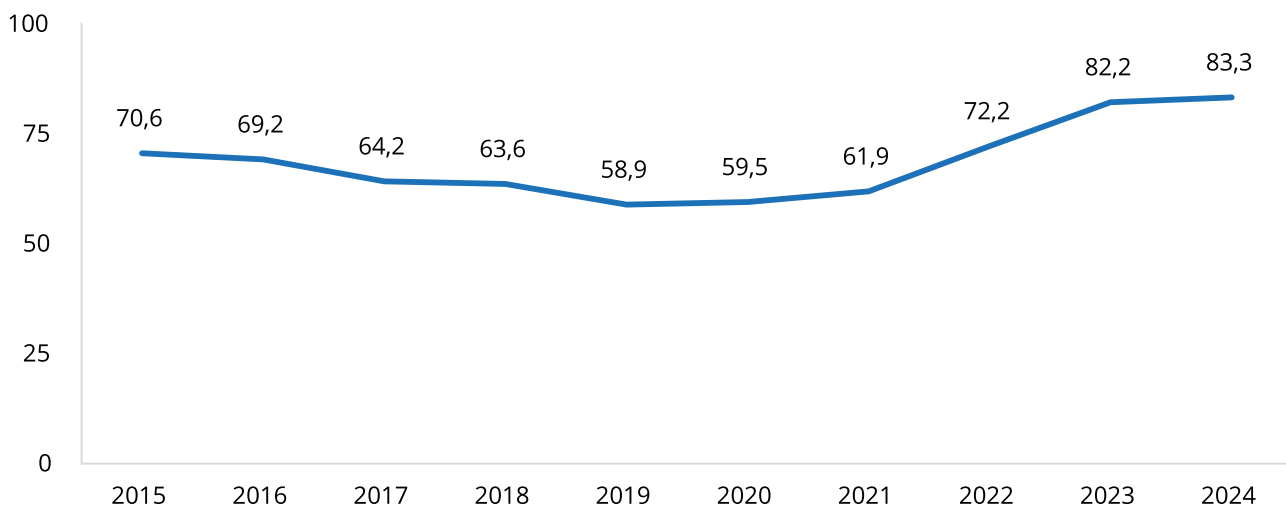


Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Data de extração: 17/08/25 e sujeitos à revisão.

Observou-se que pessoas pretas e pardas apresentaram maior risco de adoecimento e de evolução para óbito, evidenciando a desigualdade racial, e a coinfeção tuberculose/HIV ainda representa parcela significativa dos casos, agravando a complexidade do manejo clínico.

Nos últimos anos, o município avançou de forma significativa no diagnóstico da tuberculose. Houve expansão do diagnóstico laboratorial, com aumento expressivo da proporção de casos de tuberculose pulmonar confirmados por baciloscopia, cultura e Teste Rápido Molecular (TRM) para o diagnóstico. Entre 2021 e 2024, o número de TRM realizados passou de 16.836 para 45.940. Também se ampliou a capacidade de rastreamento da infecção latente, com a incorporação progressiva do Teste de Liberação de Interferon-Gama (IGRA — do inglês *Interferon-Gama Release Assay*) e a retomada do uso do Teste Tuberculínico (PPD — do inglês *purified protein derivative*) em contatos e populações de risco.

Gráfico 4. Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial, MRJ, 2015–2024



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Data de extração: 17/08/25 e sujeitos à revisão.

Além dos avanços no diagnóstico, ocorreram melhorias na gestão clínica e no cuidado integral. O desenvolvimento de uma ferramenta digital de gestão clínica da tuberculose na Atenção Primária à Saúde (APS) tem possibilitado o monitoramento individualizado dos casos, o acompanhamento de exames e a emissão de alertas para situações de abandono.

Como estratégias para o enfrentamento da tuberculose, a busca ativa tem papel de destaque, com foco em sintomáticos respiratórios em territórios vulneráveis, investigação sistemática de contatos e testagem de populações em situação de maior risco, como pessoas privadas de liberdade e em situação de rua.

Outro eixo central é a expansão da Tratamento Preventivo da Tuberculose (TPT), especialmente em casos confirmados e em pessoas vivendo com HIV. Paralelamente, a articulação com programas de proteção social, incluindo transferência de renda, apoio nutricional e acompanhamento integrado, são estratégias importantes para a diminuição dos índices de interrupção de tratamento.

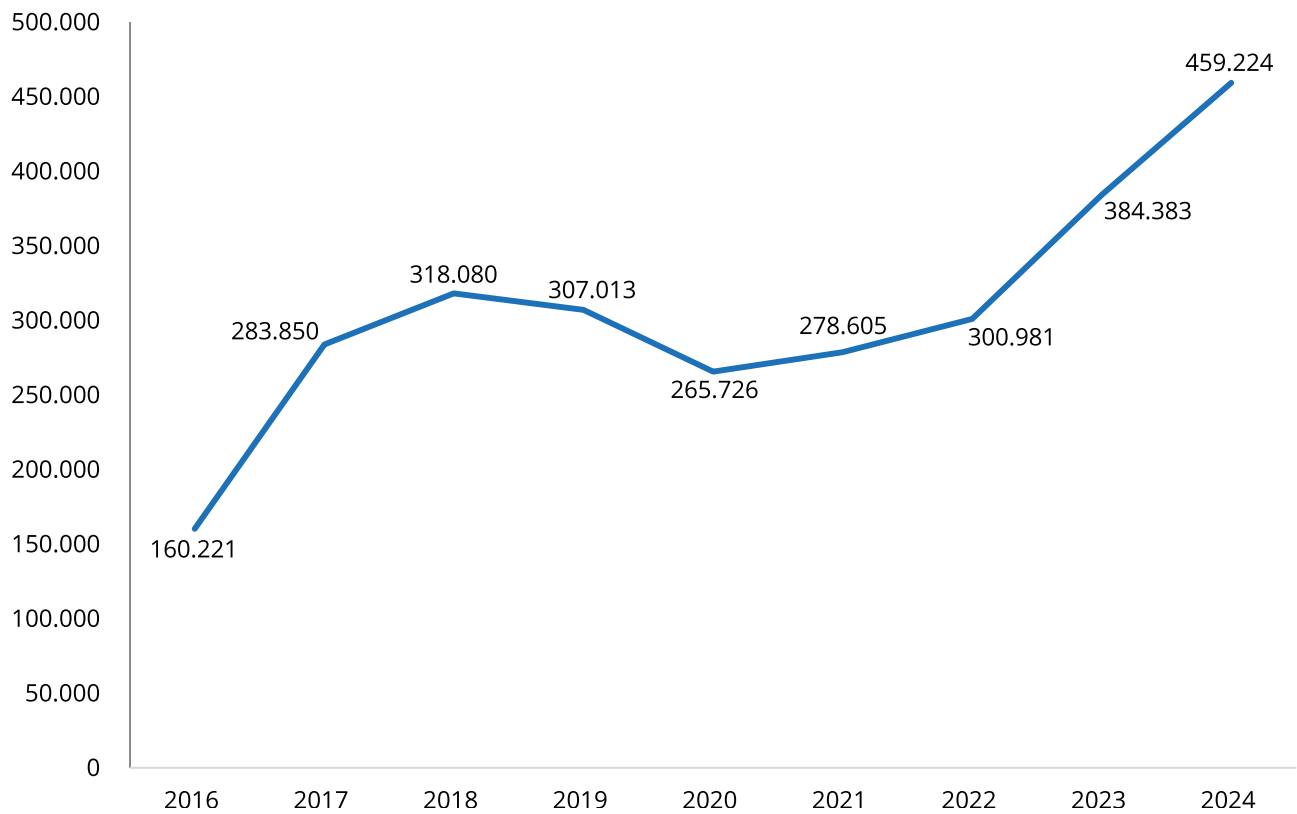
O investimento em tecnologias digitais tem se mostrado uma estratégia promissora, com ferramentas como a integração do prontuário eletrônico a indicadores de vigilância e a emissão de alertas para casos de abandono, contribuindo para um acompanhamento mais eficaz e ágil dos pacientes.

2.3.5 HIV/AIDS

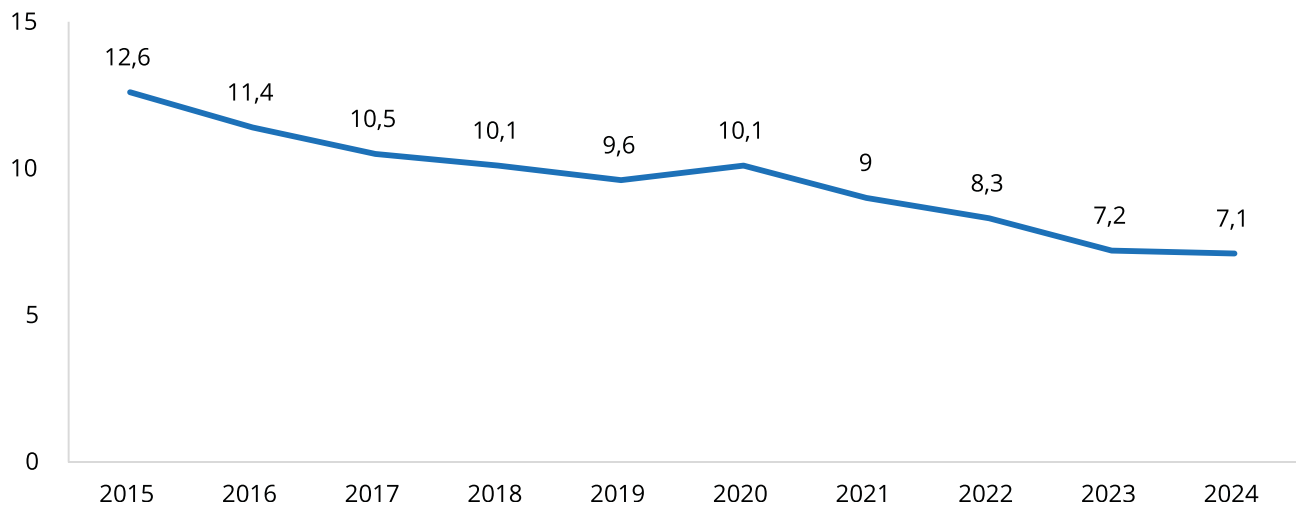
O controle da infecção pelo HIV/Aids no MRJ tem avançado por meio de medidas que abrangem desde a prevenção combinada, com destaque para a expansão da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), até o diagnóstico precoce e o início imediato da terapia antirretroviral. O município já implementou a prescrição de PrEP em todas as unidades da APS, acompanhada da ampliação do número de Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM), que cresceram de 1 em 2018 para 196 em 2025. Nesse mesmo período, o número de usuários cadastrados em uso de PrEP aumentou de 486 para 19.417.

Além disso, a testagem rápida foi intensificada em toda a rede, o que tem favorecido o diagnóstico precoce e a interrupção das cadeias de transmissão. A cidade incorporou recentemente o Projeto Aids Avançada, voltado ao cuidado de pacientes em maior risco de morte, com foco no diagnóstico de infecções oportunistas e intervenções para reduzir ainda mais a mortalidade.

Embora se observe queda constante da mortalidade por HIV/Aids entre 2010 e 2024, houve discreto aumento em 2020, atribuído ao impacto da pandemia de covid-19. Para o próximo quadriênio, as metas concentram-se na estabilização e subsequente redução da taxa de transmissão, fortalecendo a integração com o cuidado da tuberculose e ampliando a proteção social para populações vulneráveis.

Gráfico 5. Número de testes rápidos de HIV realizados no MRJ, 2015–2024

Fonte: Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais (SISLOGLAB). Data de extração: 31/07/25 e sujeitos à revisão.

Gráfico 6. Taxa de mortalidade por Aids no MRJ, 2015–2024

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) — SMS-Rio, 2025. Dados sujeitos a alterações.

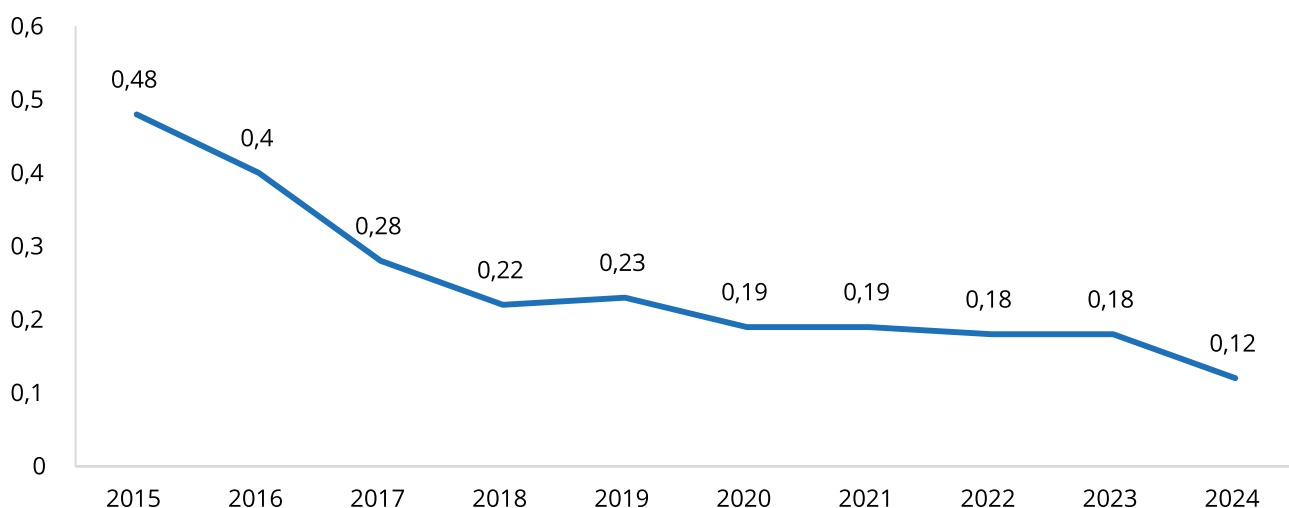
2.3.6 SÍFILIS

A sífilis mantém-se como um dos principais desafios entre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), em especial a sífilis congênita, que reflete falhas na qualidade do pré-natal. O controle da transmissão vertical exige a oferta de tratamento adequado nas unidades de APS, aliado à qualificação do acompanhamento pré-natal, à notificação oportuna e à vigilância efetiva dos casos.

Nos últimos anos, o MRJ registrou um avanço importante: a queda na razão de casos de sífilis congênita em relação ao total de casos de sífilis em gestantes. Esse resultado decorre da implementação de um sistema de vigilância mais robusto, baseado em avaliações periódicas da qualidade das notificações. Ainda assim, permanecem desafios significativos, como garantir a testagem precoce e o tratamento dos parceiros, além de reduzir desigualdades territoriais que impactam a incidência.

O município assumiu o compromisso de alcançar, no próximo quadriênio, a meta pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de 0,10 na razão de sífilis congênita por gestantes notificadas.

Gráfico 7. Razão de casos de sífilis congênita em relação ao total de casos de sífilis em gestantes, MRJ, 2015-2024



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).
Data de extração: 31/07/25 e sujeitos à revisão.

2.3.7 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) respondem por mais da metade das mortes no Brasil e representam também uma das principais causas de carga de doença no MRJ, desfecho esperado de uma transição epidemiológica. Estão associadas a fatores de risco comportamentais amplamente difundidos, como tabagismo, alimentação inadequada e inatividade física, condições clínicas que agravam a morbimortalidade, como hipertensão arterial e diabetes mellitus, além dos determinantes sociais que influenciam as condições de vida da população.

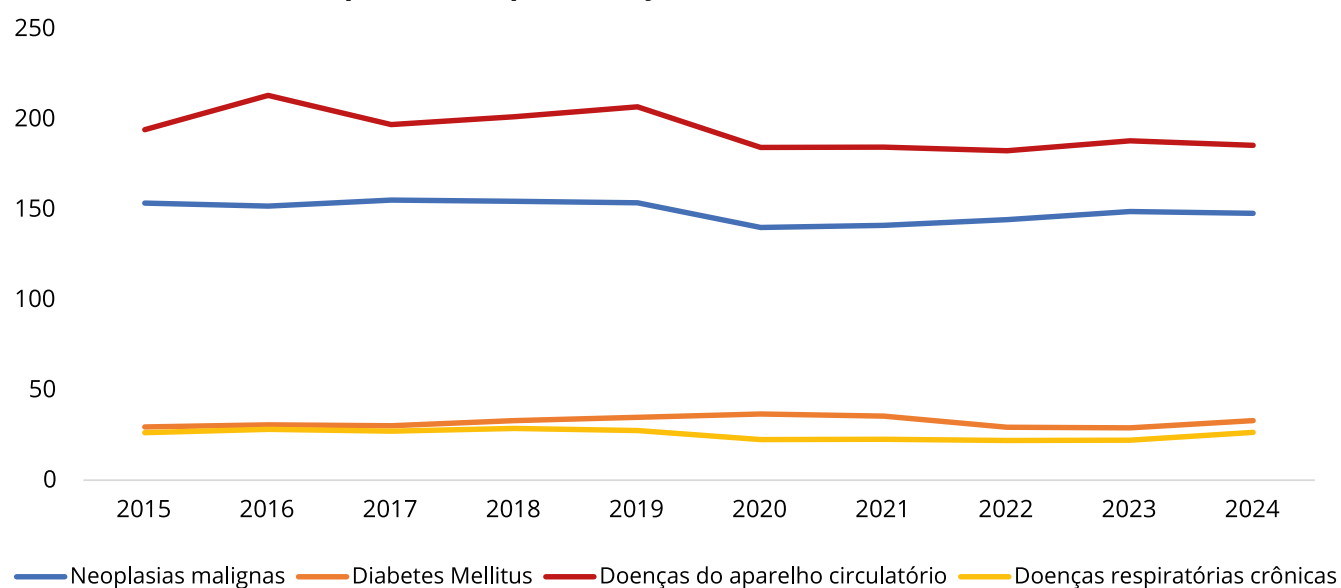
O município participa, desde 2006, do inquérito de saúde Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), que permite acompanhar a prevalência de fatores de risco e de proteção para as DCNT. Os resultados mais recentes indicam avanços e desafios persistentes. Por um lado, houve redução da prevalência do tabagismo, mas, por outro, observou-se um aumento progressivo do sobrepeso, da obesidade, da hipertensão e do diabetes. Esses dados refletem tanto mudanças nos estilos de vida quanto a ampliação do acesso ao diagnóstico.

As doenças cardiovasculares permanecem como a principal causa de morte no município, em especial as doenças cerebrovasculares e as doenças isquêmicas do coração. Embora a taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares tenha permanecido relativamente estável entre 2015 e 2024, verificou-se discreta redução nos óbitos por doenças isquêmicas e aumento nas doenças cerebrovasculares.

As neoplasias ocupam a segunda posição como causa de morte, com destaque para os cânceres de pulmão e cólon em ambos os sexos; de mama e colo do útero nas mulheres; e de próstata nos homens. O câncer de pulmão permanece mais prevalente entre homens, mas houve aumento discreto em ambos os sexos em 2024. Tais padrões evidenciam desigualdades socioeconômicas e ambientais que influenciam diretamente os desfechos.

O diabetes mellitus também se destaca. Após ligeira queda na mortalidade entre 2020 e 2022, observou-se novo aumento nos anos seguintes. Essa oscilação revela que, além do diagnóstico precoce, é crucial investir na continuidade do cuidado, na adesão ao tratamento e na qualidade da assistência ofertada.

No que tange à mortalidade prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (óbitos entre 30 e 69 anos), observou-se que as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias malignas são as principais responsáveis. Enquanto as doenças cardiovasculares atingiram o pico em 2016, seguido de discreta redução após 2019, as neoplasias se mantiveram relativamente estáveis, com leve declínio até 2021 e recuperação gradual até 2024. Essa persistência da mortalidade precoce reforça a necessidade de políticas públicas voltadas à prevenção e ao diagnóstico oportuno, além do fortalecimento da APS.

Gráfico 8. Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis, MRJ, 2015–2025

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) — SMS-Rio, 2025. Dados sujeitos à revisão. Dados de 2024 ainda em fase de aprimoramento da qualificação.

Nos últimos anos, destaca-se a redução da prevalência de tabagismo na população adulta, a ampliação da oferta de medicamentos para hipertensão e diabetes na rede municipal e o aumento do acesso ao rastreamento de câncer de mama e colo do útero, apoiado pela implementação do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) para monitoramento. Também houve expansão das Práticas Integrativas e Complementares (PIC), como a auriculoterapia, que vêm sendo utilizadas como apoio no manejo de condições crônicas.

Apesar desses progressos, permanecem desafios relevantes, como as oscilações na mortalidade por diabetes, que apontam fragilidades no manejo clínico e na adesão ao tratamento, bem como a persistência de elevadas taxas de mortalidade prematura por DCNT. Somam-se a esses fatores as desigualdades territoriais e raciais que limitam o acesso oportuno ao diagnóstico e tratamento.

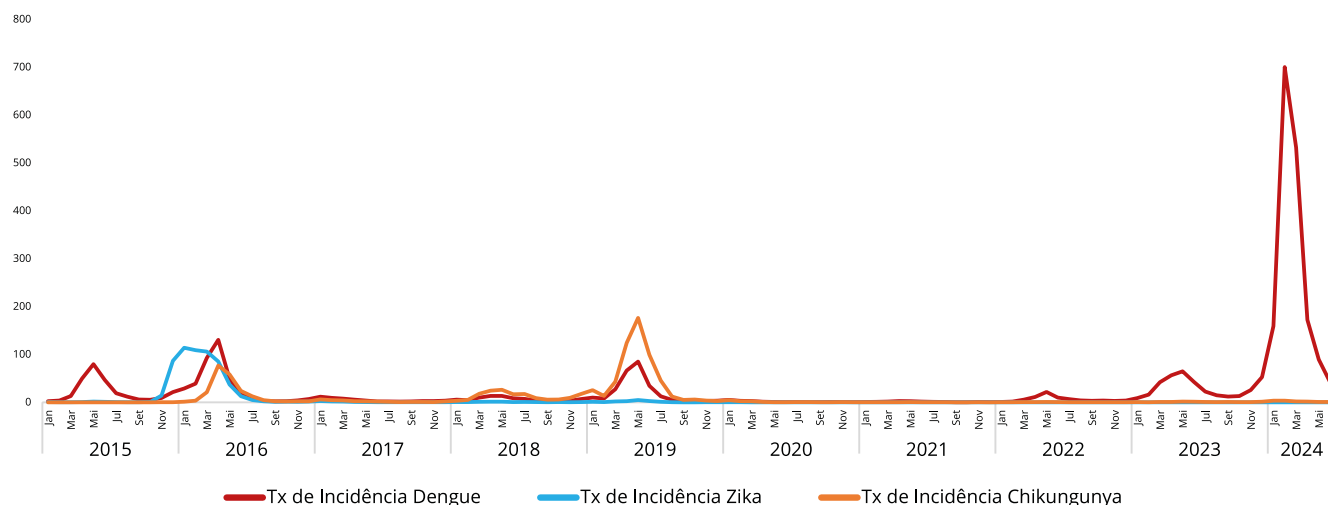
Diante desse cenário, a intensificação de ações de promoção da saúde, com foco em alimentação saudável, combate ao tabagismo, incentivo à atividade física e intervenções intersetoriais considerando a influência dos determinantes sociais, são ações estratégicas para a diminuição da mortalidade precoce por DCNT. O rastreamento organizado para câncer de colo do útero e de mama também tem lugar de destaque, bem como o manejo adequado de casos de hipertensão, diabetes e dislipidemia na APS, o que tem forte relação com a ocorrência de morte por complicações cardiovasculares.

2.3.8 ARBOVIROSES

O município enfrentou episódios marcantes de arboviroses, incluindo a tríplice epidemia de dengue, zika e chikungunya em 2015 e 2016, a maior epidemia de chikungunya em 2019 e, mais recentemente, a epidemia de dengue em 2024, com mais de 100 mil casos notificados e 21 óbitos.

Em 2024 também foram identificados os primeiros casos autóctones de febre do Oropouche, sinalizando a necessidade de vigilância entomológica e laboratorial fortalecida. A resposta do sistema de saúde incluiu planos de contingência sazonais, ampliação da capacidade diagnóstica, comunicação de risco e integração entre vigilância epidemiológica, laboratorial e assistência.

Gráfico 9. Taxa de incidência de dengue, zika e chikungunya, MRJ, 2015–2024 (por 100 mil habitantes)



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Data de extração: 01/08/25 e sujeitos à revisão.

Entre os avanços alcançados, o MRJ anunciou o fim da epidemia de dengue em março de 2024, registrando a menor letalidade dos últimos anos epidêmicos na cidade. Destacam-se uma vigilância robusta, que identificou precocemente a mudança no cenário epidemiológico em outubro de 2023, as ações eficazes de controle vetorial, a expansão da rede laboratorial, a implantação de polos assistenciais e uma APS capilarizada, além do desenvolvimento de planos municipais de contingência mais integrados.

2.3.8.1 PANORAMA DA DENGUE

A dengue consolidou-se como uma das principais emergências em saúde pública do MRJ, com sucessivas epidemias ao longo da última década. O ano de 2024 marcou a maior epidemia já registrada na cidade, com mais de 100 mil casos notificados e 21 óbitos confirmados, representando expressivo desafio para a rede de saúde e para a vigilância epidemiológica, demandando ações de combate ao *Aedes aegypti* nas áreas mais afetadas, bem como ações em conjunto com a rede de urgência e emergência para evitar casos graves e óbitos.

A sazonalidade da doença, aliada à circulação simultânea de diferentes sorotipos do vírus, agravou ainda mais o cenário. O aumento das temperaturas em meses que historicamente deveriam ser mais amenos no município contribuiu para um crescimento acima do esperado na incidência de dengue desde julho de 2023. Esse quadro foi intensificado pela vulnerabilidade ambiental presente em áreas com alta densidade populacional, condições precárias de saneamento básico e dificuldades no manejo ambiental, favorecendo a proliferação do mosquito transmissor e o aumento expressivo no número de casos.

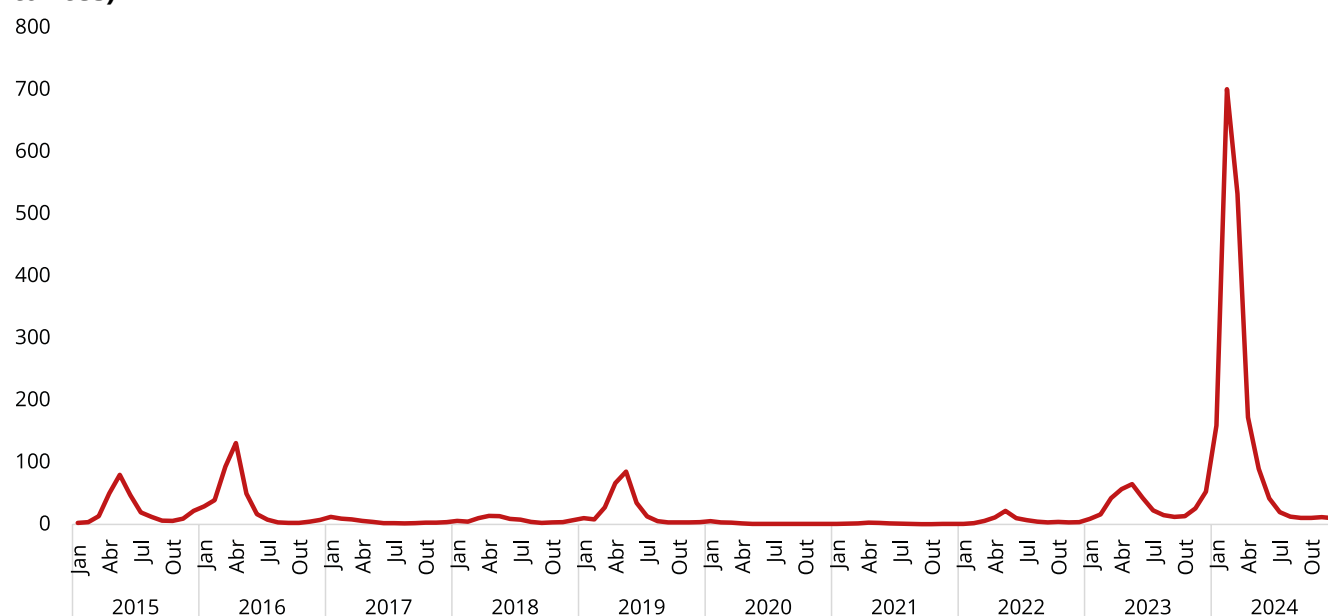
2.3.8.2 O PAPEL DO COE ARBOVIROSES

O município estruturou o Centro de Operações de Emergências (COE Arboviroses), inspirado na experiência exitosa do COE Covid. Esse instrumento de governança foi decisivo para salvar vidas. Por meio do COE Arboviroses foi possível o monitoramento diário em tempo real da evolução dos casos, com disponibilização de painéis de dados abertos ao público, aliado a uma coordenação intersetorial ágil que envolveu saúde, assistência social, educação, meio ambiente e limpeza urbana.

Destaca-se, ainda, a definição rápida de protocolos clínicos para estratificação de risco e manejo oportuno dos pacientes, o reforço da rede assistencial com abertura de leitos específicos em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais de referência, além do apoio técnico às Áreas de Planejamento (AP) para o desenvolvimento de ações focalizadas nos territórios com maior incidência.

A atuação integrada do COE permitiu reduzir o tempo de resposta à emergência, organizar fluxos assistenciais e direcionar recursos de maneira mais eficiente. Essa estruturação foi um dos diferenciais da resposta municipal em 2024, contribuindo diretamente para a redução da letalidade, apesar do elevado número de casos.

Gráfico 10. Taxa de incidência de dengue por mês e ano, MRJ, 2015-2024 (por 100 mil habitantes)



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Data de extração: 01/08/25 e sujeitos à revisão.

Fotos 1. COE Arboviroses



Fotos: Edu Kapps (Arquivo SMS-Rio).

2.3.9 PANORAMA DA COVID-19

A pandemia de covid-19 representou o maior desafio sanitário das últimas décadas, impactando profundamente a morbimortalidade, a organização dos serviços e as políticas públicas de saúde no MRJ. Entre 2020 e 2022, o município registrou ondas sucessivas de casos e óbitos, com variações conforme a circulação de novas variantes do SARS-CoV-2. O ano de 2020 marcou o início abrupto da crise, com elevada mortalidade. Em 2021, verificou-se o maior número de óbitos relacionados à doença. A partir de 2022, com a ampliação da cobertura vacinal, observou-se queda acentuada da mortalidade.

O município destacou-se no cenário nacional pela rápida implantação de estratégias de vigilância, assistência e imunização. Foram estruturadas unidades de referência para atendimento exclusivo de pacientes com covid-19, além da ampliação da rede laboratorial para testagem molecular (RT-PCR e testes rápidos de antígeno). A criação do Centro de Operações de Emergência em Saúde (COE Covid) permitiu monitorar diariamente a evolução dos casos e orientar a tomada de decisões.

Na área de imunização, o município implementou o maior programa de vacinação de sua história, com mais de 8 milhões de doses aplicadas até o final de 2022. Foram adotadas estratégias inovadoras, como a vacinação em *drive-thru*, pontos móveis e vacinação em massa em favelas e comunidades.

Apesar dos avanços, os impactos da pandemia foram profundos. Observou-se excesso de mortalidade, não apenas por covid-19, mas também por doenças crônicas e condições agudas não tratadas adequadamente devido à sobrecarga do sistema. Além disso, a pandemia exacerbou desigualdades sociais, visto que as taxas de incidência e mortalidade foram mais elevadas em territórios de maior vulnerabilidade e entre populações negras e pardas.

O legado da covid-19 para o município inclui a consolidação da vigilância em saúde digital, com uso ampliado de painéis e monitoramentos em tempo real, além da ampliação da capacidade de resposta da rede laboratorial. A pandemia também fortaleceu a integração da vacinação como prioridade estratégica, marcada pela criação dos Super Centros Cariocas de Vacinação, e impulsionou avanços em saúde digital, com destaque para a ampliação na adesão ao prontuário eletrônico e a implementação de sistemas de alerta para vigilância epidemiológica.

2.3.10 CAUSAS EXTERNAS — ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

As causas externas constituem um dos principais problemas de saúde pública no MRJ, tanto pela magnitude de casos quanto pelo impacto sobre a mortalidade precoce e evitável. Incluem acidentes de trânsito, quedas, queimaduras e outros agravos não intencionais, bem como violências interpessoais, domésticas, comunitárias e autoprovocadas (automutilação, tentativas de suicídio e suicídio consumado).

Entre 2020 e 2024, houve aumento contínuo das notificações de violência interpessoal e autoprovocada em todos os ciclos de vida. Esse crescimento pode refletir tanto a intensificação real da violência quanto o aperfeiçoamento da vigilância e do registro nos sistemas oficiais. Em 2024, o município alcançou 28.102 notificações de violências, número expressivo em relação a anos anteriores.

Os tipos de violência notificados variam segundo o ciclo de vida. Em crianças de 0 a 9 anos, predominam casos de negligência e violência física e sexual, geralmente no ambiente domiciliar; entre adolescentes de 10 a 19 anos, as violências física e sexual ocorrem com maior frequência em contextos extradomiciliares; na população adulta de 20 a 59 anos, destaca-se a violência contra mulheres, sobretudo no espaço doméstico; já entre idosos, embora o número absoluto de registros seja menor, sobressaem situações de violência física e negligência, em sua maioria ocorridas no domicílio.

A informação qualificada do campo raça/cor nas notificações de violência possibilita análises mais robustas sobre desigualdades raciais no padrão de ocorrência. As ações direcionadas para melhorar a qualidade do preenchimento resultaram em um aumento das notificações com o campo corretamente preenchido, aumentando de 88% em 2021 para 99% em 2024.

No campo dos acidentes de transporte terrestre, o município implementou em 2024 a notificação compulsória desses eventos e um sistema próprio de registro. Como resultado, foram notificados 1.744 acidentes ainda em 2024 e 7.124 até julho de 2025, evidenciando a magnitude do problema e a importância da integração com o Plano de Segurança Viária da Cidade.

Entre os desafios persistentes, destacam-se a alta incidência de violências interpessoais contra mulheres e crianças, a elevada mortalidade por agressões concentrada em jovens de 15 a 39 anos e a subnotificação ainda presente em determinados territórios e serviços. Soma-se a isso o aumento dos registros de eventos com intenção indeterminada, o que dificulta análises comparativas, além da necessidade de fortalecer a articulação intersetorial entre saúde, segurança pública e assistência social para uma resposta mais efetiva.

A consolidação da rede de vigilância das violências, com padronização de protocolos e apoio às equipes da APS e de emergência são ações prioritárias para o enfrentamento oportuno dos casos de violência, com destaque para desenvolvimento de estratégias específicas de prevenção do suicídio e da automutilação em parceria com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Também são fundamentais as ações destinadas ao reforço de políticas de prevenção voltadas a mulheres, crianças e populações vulneráveis, em uma perspectiva intersetorial, e o aprimoramento do monitoramento das desigualdades raciais e territoriais relacionadas aos padrões de violências e acidentes.

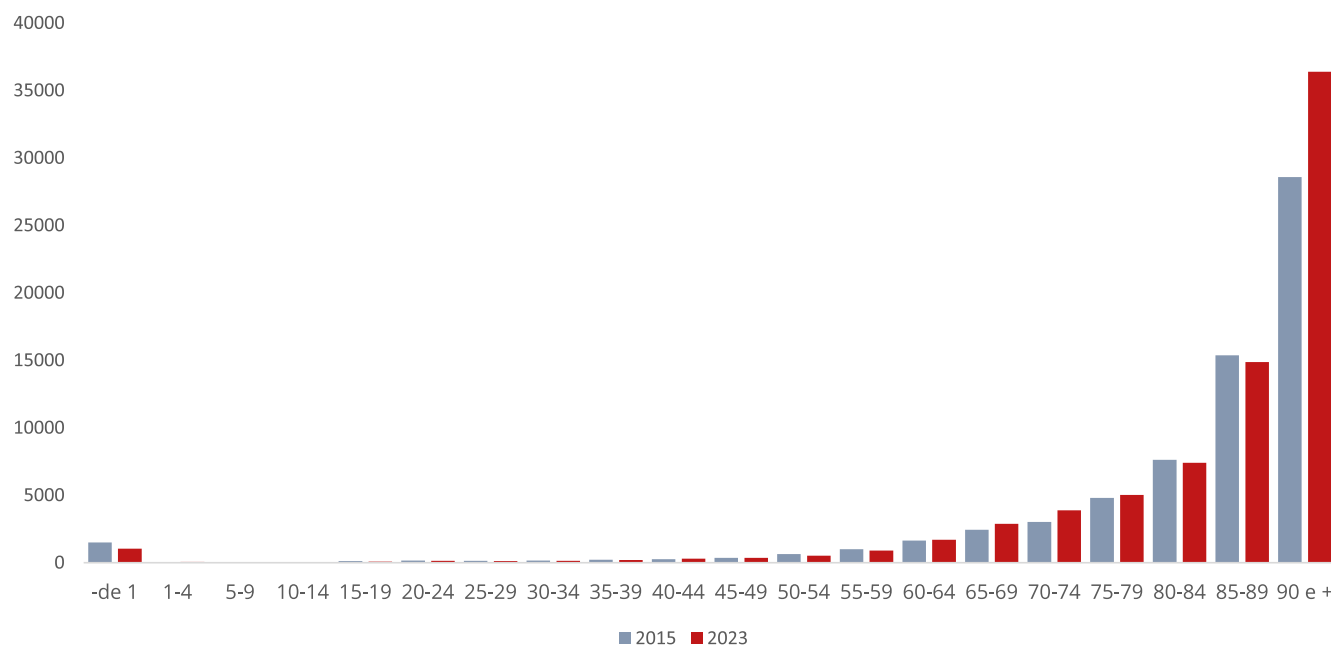
2.4 MORTALIDADE

2.4.1 MORTALIDADE GERAL

Os índices de mortalidade no MRJ refletem a transição epidemiológica brasileira, com predominância de óbitos por DCNT, mas ainda marcada pela persistência de doenças transmissíveis e causas externas. Entre 2015 e 2024, observou-se que as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias mantiveram-se como principais causas de morte, seguidas pelas causas externas. O envelhecimento populacional contribuiu para a concentração dos óbitos em faixas etárias mais avançadas, embora eventos violentos e acidentes sigam impactando a mortalidade precoce, sobretudo entre jovens.

Apesar da relativa estabilidade do número de óbitos, a pandemia de covid-19 alterou significativamente o perfil de mortalidade entre 2020 e 2022, provocando aumento expressivo da mortalidade geral. A partir de 2023, observou-se tendência de retorno aos padrões prévios, ainda que com cicatrizes persistentes no sistema de saúde.

Gráfico 11. Taxa de mortalidade específica por faixa etária, por 100 mil habitantes, MRJ, 2015 e 2023



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) — SMS-Rio, 2025. Dados sujeitos à revisão. Dados de 2024 ainda em fase de aprimoramento da qualificação.

Tabela 2. Principais causas de mortalidade em residentes por ordem de magnitude, MRJ, 2015–2024

CAPÍTULO CID-10	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL	%
IX. Doenças do aparelho circulatório	15.753	16.991	15.757	16.165	17.029	15.423	15.809	15.238	15.502	15.927	159.594	26,0%
II. Neoplasias (tumores)	9.615	9.718	9.801	10.018	9.985	9.317	9.369	9.673	9.960	10.326	97.782	15,9%
X. Doenças do aparelho respiratório	7.535	7.797	7.264	7.426	7.983	6.170	6.877	7.215	7.410	8.478	74.155	12,1%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3.767	3.754	3.439	3.691	3.843	20.048	19.687	5.815	3.931	2.445	70.420	11,5%
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	4.616	5.007	5.085	5.134	5.049	4.576	4.500	4.272	4.591	4.840	47.670	7,8%
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2.944	3.057	2.942	3.194	3.312	3.353	3.273	2.996	3.031	3.341	31.443	5,1%
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2.083	2.384	2.415	2.396	2.584	3.963	5.684	3.984	2.629	2.179	30.301	4,9%
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2.361	2.578	2.469	2.706	3.006	2.403	2.942	3.242	3.249	3.548	28.504	4,6%
XI. Doenças do aparelho digestivo	2.464	2.547	2.442	2.495	2.652	2.309	2.406	2.485	2.542	2.736	25.078	4,1%
VI. Doenças do sistema nervoso	1.521	1.607	1.519	1.684	1.839	1.650	1.738	1.805	1.818	1.991	17.172	2,8%
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1.369	1.236	1.198	1.226	1.185	1.225	1.129	1.013	944	862	11.387	1,9%
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	391	520	461	467	550	431	515	587	640	700	5.262	0,9%
V. Transtornos mentais e comportamentais	284	278	293	317	325	433	507	494	427	413	3.771	0,6%
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	313	340	305	320	320	329	346	342	404	379	3.398	0,6%
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	385	383	362	372	380	314	291	296	290	299	3.372	0,5%
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	252	299	312	295	299	304	241	320	295	328	2.945	0,5%
XV. Gravidez parto e puerpério	84	81	86	72	81	119	129	74	63	44	833	0,1%
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	9	9	8	15	15	7	12	14	12	14	115	0,0%
VII. Doenças do olho e anexos	2	2	2	1	0	3	3	1	3	0	17	0,0%
TOTAL	55.748	58.588	56.160	57.994	60.437	72.377	75.458	59.866	57.741	58.850	613.219	100,0%

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) — SMS-Rio. Dados atualizados em 05/02/2026, sujeitos a alterações.

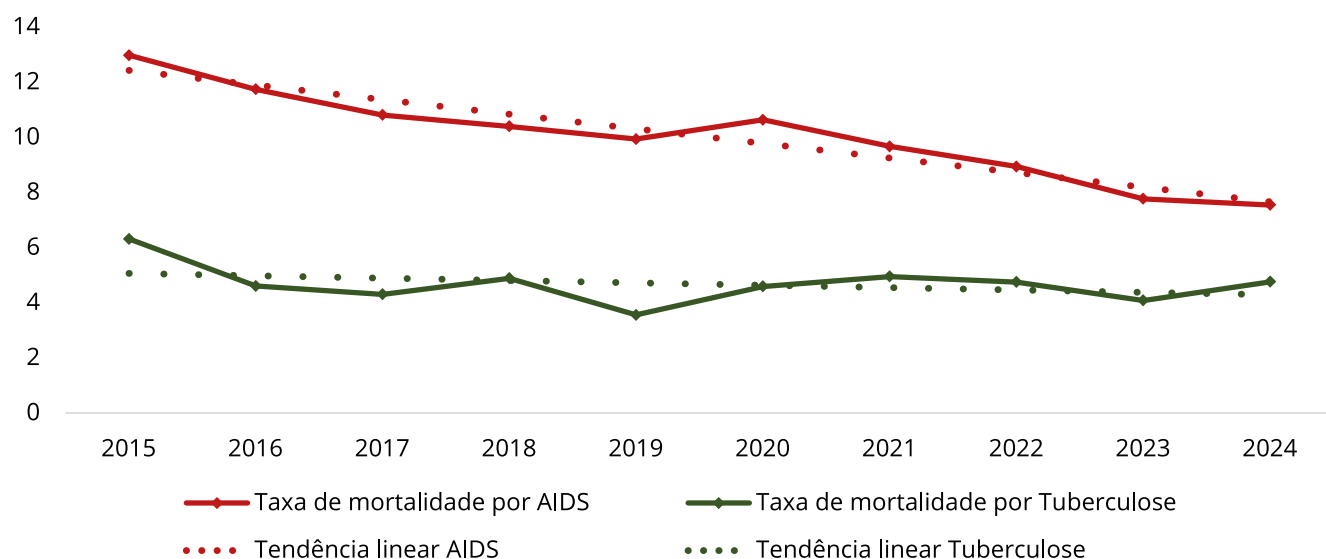
2.4.2 MORTALIDADE POR DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Nos últimos anos, observou-se uma queda dos óbitos por doenças transmissíveis no município, resultado do avanço no diagnóstico precoce, da ampliação da cobertura vacinal e do maior acesso a terapias eficazes. Esse cenário evidencia o impacto positivo das políticas públicas de saúde e das estratégias de prevenção, que contribuíram para reduzir a carga de morbimortalidade associada a essas doenças.

Apesar dos progressos, alguns agravos ainda requerem atenção especial. A tuberculose segue como uma das principais causas de morte por doenças infecciosas, apresentando taxas acima da média nacional. A mortalidade pela doença está fortemente relacionada a fatores de vulnerabilidade social, coinfeção pelo HIV e atrasos no diagnóstico, reforçando a necessidade de ações articuladas de vigilância, assistência e proteção social.

No caso do HIV/Aids, a mortalidade apresenta tendência de queda desde 2010, mas ainda permanece em níveis alarmantes. A pandemia de covid-19 provocou um discreto aumento em 2020, refletindo possíveis interrupções no cuidado e no acompanhamento de pessoas vivendo com HIV. Já as doenças imunopreveníveis registraram baixa mortalidade, resultado da ampliação da vacinação, mas persistem riscos de reemergência devido à redução das coberturas vacinais em anos anteriores, o que demanda esforços contínuos de recuperação e manutenção da confiança da população nos programas de imunização.

Gráfico 12. Taxa de mortalidade por HIV/Aids e tuberculose, MRJ, 2015–2024



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) — SMS-Rio, 2025. Dados sujeitos à revisão.

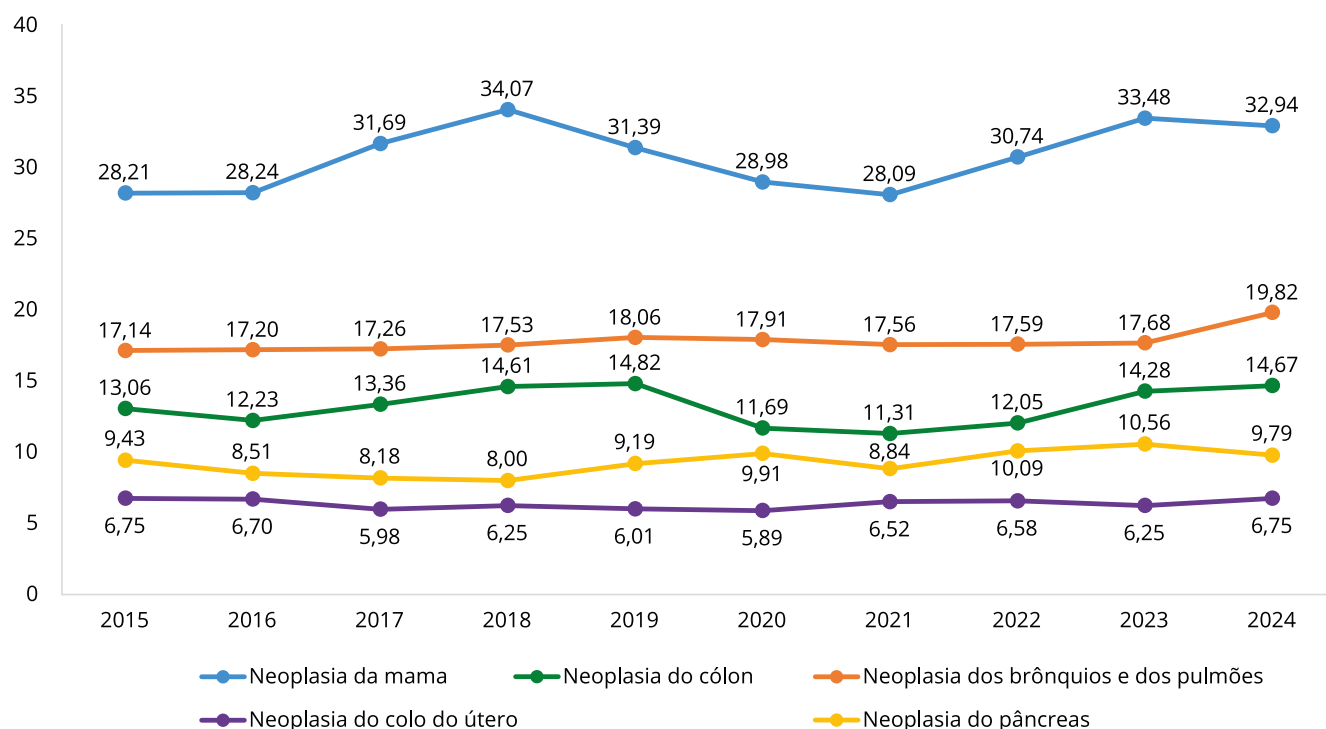
2.4.3 MORTALIDADE POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As DCNT são responsáveis pela maior parte dos óbitos no município. As doenças cardiovasculares, em especial as cerebrovasculares e as isquêmicas do coração, ocupam posição de destaque, respondendo por significativa proporção de mortes em adultos e idosos. Apesar da discreta redução nos óbitos por doenças isquêmicas, observou-se aumento relativo das doenças cerebrovasculares nos últimos anos.

As neoplasias aparecem em segundo lugar, com destaque para câncer de pulmão, cólon, mama, colo do útero e próstata. Tais padrões refletem não apenas fatores de risco individuais e ambientais, mas também desigualdades no acesso ao rastreamento e ao tratamento. O câncer de pulmão continua fortemente associado ao tabagismo, embora o uso de novos produtos, como cigarros eletrônicos, representem um desafio emergente.

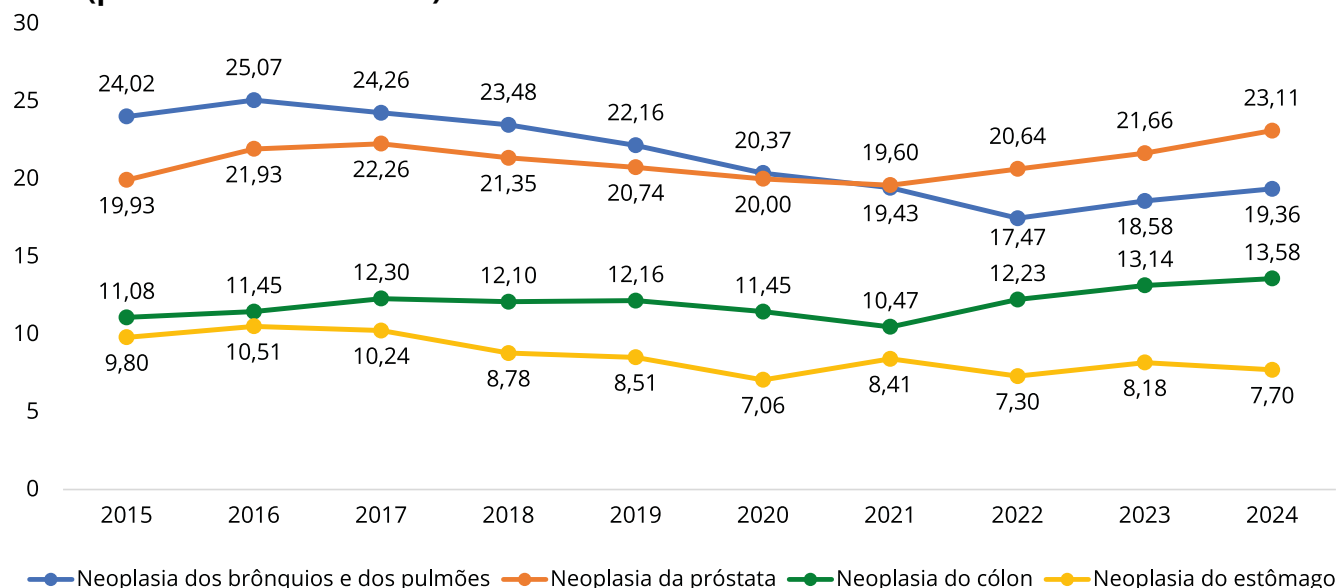
O diabetes mellitus, além de importante fator de risco para complicações cardiovasculares, apresenta tendência oscilante na mortalidade, com períodos de queda e posterior retomada do crescimento, indicando fragilidades no manejo clínico e adesão ao tratamento.

Gráfico 13. Taxas de mortalidade pelas principais neoplasias no sexo feminino, MRJ 2015–2024 (por 100.000 habitantes)



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) — SMS-Rio, 2025. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 14. Taxas de mortalidade pelas principais neoplasias no sexo masculino, MRJ 2015–2024 (por 100.000 habitantes)

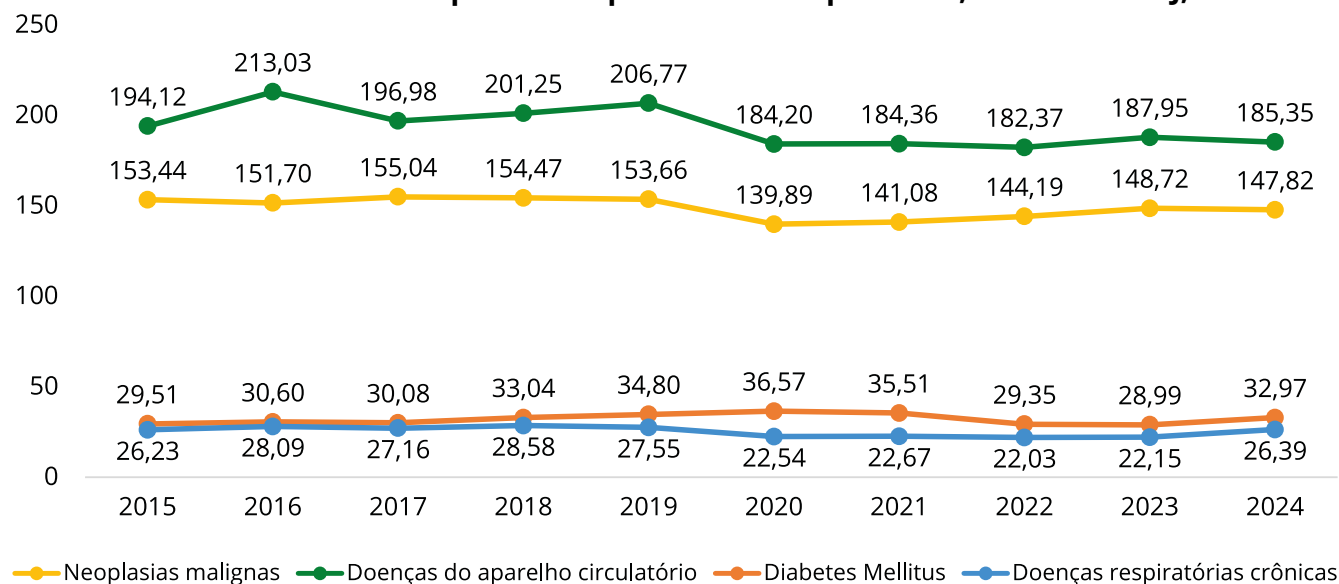


Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) — SMS-Rio, 2025. Dados sujeitos à revisão.

2.4.4 MORTALIDADE PREMATURA POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

A mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT segue como um dos grandes desafios de saúde pública. As doenças do aparelho circulatório e as neoplasias malignas são as principais responsáveis, refletindo fragilidades na prevenção primária, no diagnóstico precoce e na adesão terapêutica. Apesar de uma discreta redução observada até 2019, a partir de 2020 houve estagnação, com retomada de crescimento em alguns agravos, como o câncer de pulmão e as doenças cerebrovasculares. Esses resultados comprometem o alcance da meta da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU) de reduzir em um terço a mortalidade prematura por DCNT.

Gráfico 15. Taxa de mortalidade prematura por DCNT e componentes, residentes MRJ, 2015–2024

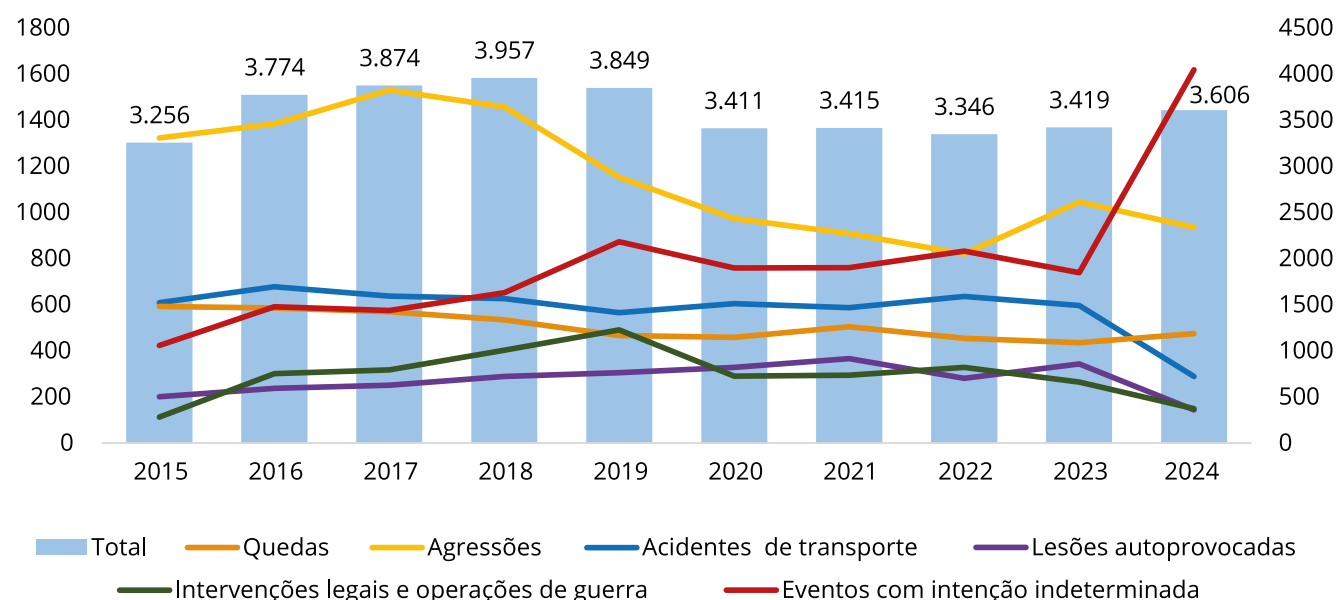


Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) — SMS-Rio, 2025. Dados sujeitos à revisão.

2.4.5 MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS

As causas externas se mantêm entre as principais causas de morte, sobretudo entre adolescentes e adultos jovens. As agressões continuam sendo a principal causa de óbitos nesse grupo, com impacto desproporcional sobre homens jovens, pretos e pardos, residentes em territórios vulneráveis. Os acidentes de transporte terrestre também contribuem significativamente, com tendência de crescimento nos últimos anos. A violência autoprovocada, incluindo suicídios, apresenta aumento gradual, demandando maior articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Gráfico 16. Número de óbitos por causas externas, segundo os principais subgrupos, MRJ, 2015–2024



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) — SMS-Rio, 2025. Dados sujeitos à revisão.

2.4.6 MORTALIDADE INFANTIL

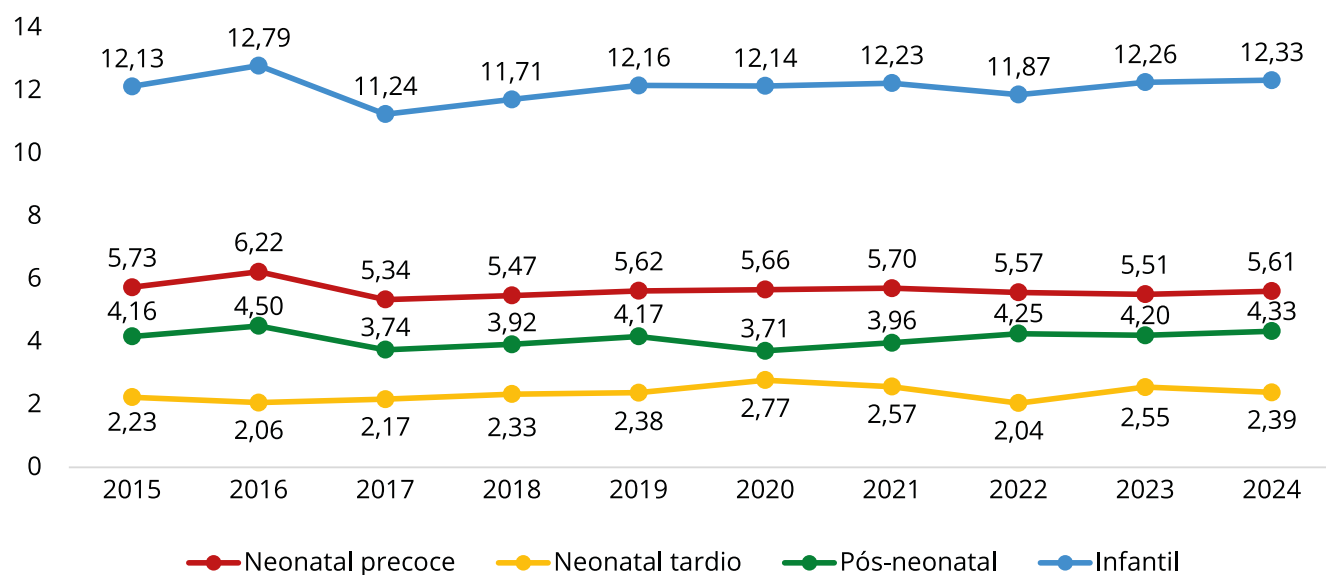
A mortalidade infantil apresentou tendência de queda na última década, mas permanece como um dos indicadores mais sensíveis para avaliar a efetividade das políticas públicas de saúde e as desigualdades sociais no município. Em 2015, o coeficiente era significativamente mais elevado em comparação a 2024, quando houve redução importante. Apesar do avanço, ainda persistem diferenças marcantes entre regiões administrativas e áreas de planejamento, refletindo desigualdade de acesso à atenção pré-natal, ao parto seguro e à puericultura.

O componente neonatal precoce concentra a maioria dos óbitos, associado à prematuridade, baixo peso ao nascer e complicações gestacionais e perinatais. Esses eventos estão intimamente ligados à qualidade da atenção pré-natal e hospitalar, bem como à disponibilidade de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal. Já o componente pós-neonatal relaciona-se mais fortemente a condições evitáveis pela APS, como doenças respiratórias e diarreicas, falhas na cobertura vacinal e no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Estudos locais indicam que as taxas de mortalidade infantil são maiores em áreas de maior vulnerabilidade social, em favelas e periferias, e entre crianças pretas e pardas. Esses dados revelam que o enfrentamento das iniquidades deve ser prioridade para o município. O impacto das desigualdades territoriais e raciais no desfecho infantil evidencia a importância da integração entre saúde, assistência social e políticas de proteção à primeira infância.

Nos últimos anos, o município desenvolveu iniciativas para reduzir a mortalidade infantil, como a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), qualificação da assistência obstétrica e neonatal, fortalecimento da Rede Cegonha e expansão das salas de estabilização neonatal em maternidades. Ainda assim, as metas pactuadas de redução do coeficiente de mortalidade infantil não foram plenamente alcançadas.

Gráfico 17. Taxa de mortalidade infantil e componentes, MRJ, 2015–2024 (por 1.000 nascidos vivos)



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) — SMS-Rio, 2025. Dados sujeitos à revisão.

Como ações para a redução da mortalidade infantil, é fundamental consolidar protocolos de pré-natal de qualidade, assegurando o início precoce do acompanhamento e o número adequado de consultas, além de ampliar o acesso a exames e o rastreamento de risco gestacional, tendo em vista a importância do componente neonatal precoce nas taxas de mortalidade infantil do município.

Também se destaca a necessidade de reforçar a vigilância do óbito infantil e fetal, garantindo investigações completas e devolutivas às equipes, ao mesmo tempo em que se expande a cobertura vacinal e o acompanhamento sistemático da puericultura. Por fim, torna-se essencial integrar ações intersetoriais voltadas à redução da pobreza e à melhora das condições de vida das famílias, promovendo um cuidado mais abrangente e equitativo.

2.4.7 MORTALIDADE MATERNA

A mortalidade materna é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a morte de mulheres durante a gestação ou até 42 dias após o término da gravidez, devido a causas relacionadas ou agravadas pela gestação, excluindo-se causas acidentais ou incidentais. No MRJ, as taxas de mortalidade materna permanecem elevadas e configuram um grave problema de saúde pública.

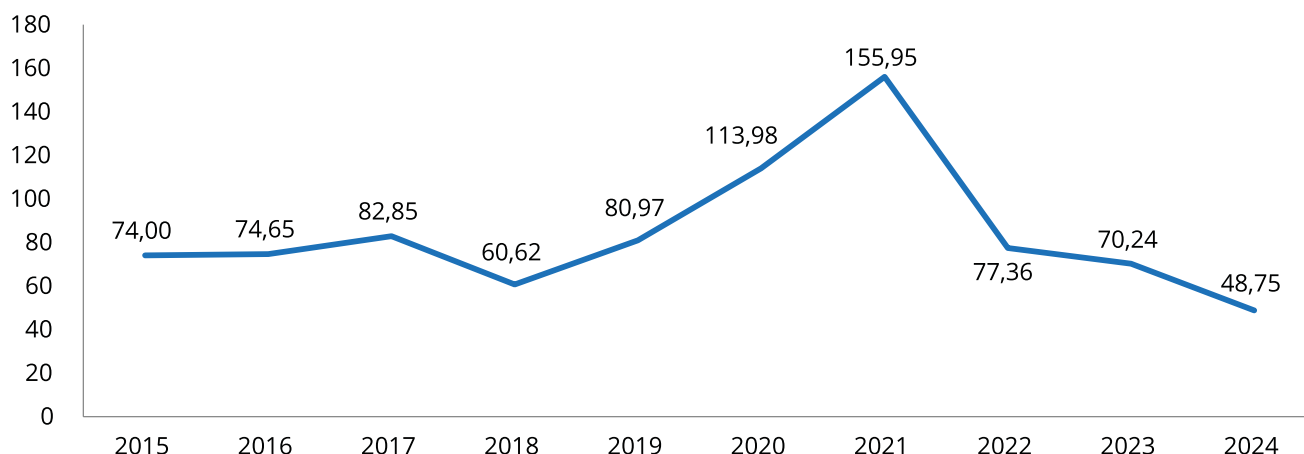
Em 2020, a razão de mortalidade materna subiu de 81 para 112 óbitos por 100.000 nascidos vivos, com a covid-19 sendo responsável por 45,8% dos óbitos. Nesse período, verificou-se a inversão do perfil de mortalidade, com o predomínio de causas obstétricas indiretas. A partir de 2022, as causas obstétricas diretas voltaram a ser mais frequentes.

A investigação de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) é realizada de forma sistemática e interseccional, abrangendo mulheres de 10 a 49 anos e considerando a possibilidade de gestação nos 12 meses anteriores ao óbito. Esse processo alcançou 97% de cobertura em 2024 e permite corrigir falhas de preenchimento das Declarações de Óbito, qualificando as informações e subsidiando intervenções.

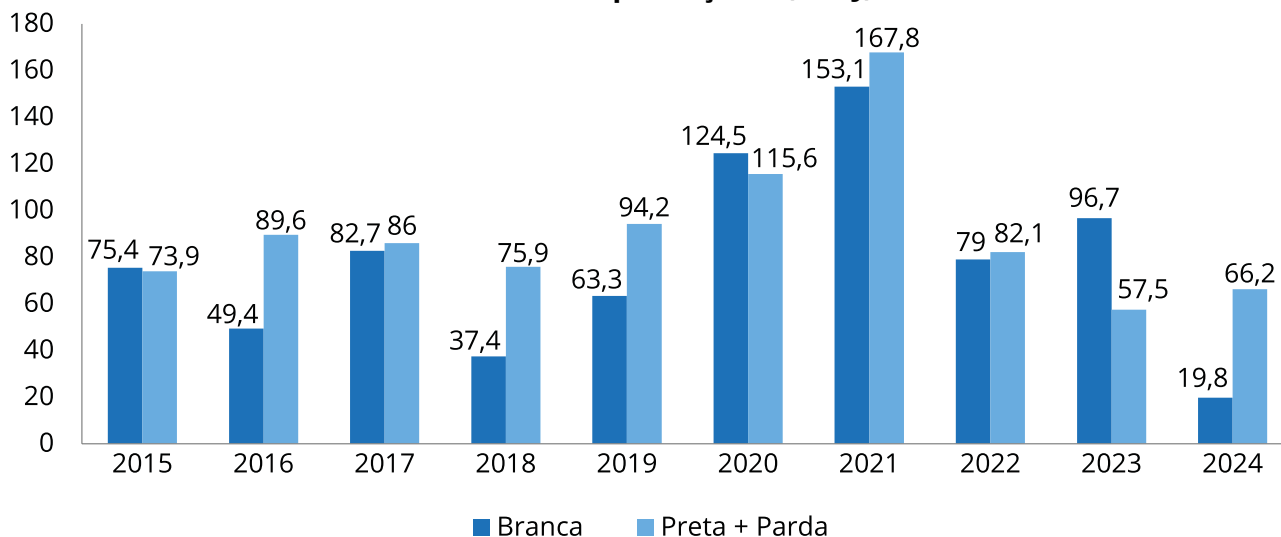
As Comissões Regionais de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna (CRPCMM) atuam nas dez AP, com o objetivo de identificar falhas assistenciais e propor medidas corretivas. Entre os avanços recentes, destacam-se: a ampliação da oferta de métodos contraceptivos no SUS; a qualificação da atenção pré-natal, do parto e do puerpério; a inclusão das temáticas de racismo institucional e violência obstétrica no escopo das ações de enfrentamento; e a capacitação contínua das equipes da APS em saúde sexual, saúde reprodutiva e atenção ao ciclo gravídico-puerperal.

A morte materna é reconhecida como evento sentinela e evitável em até 90% dos casos. A persistência de altas taxas no município demonstra a necessidade de fortalecer a rede de atenção materna e neonatal, assegurando uma assistência qualificada, equânime e segura. O Plano Municipal de Redução da Mortalidade Materna 2026–2029 prevê monitoramento contínuo e revisões anuais para incorporar novas estratégias, aperfeiçoar ações e descontinuar aquelas ineficazes.

Gráfico 18. Razão de mortalidade materna, MRJ, 2015–2024 (por 100.000 nascidos vivos)



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) — SMS-Rio, 2025. Dados sujeitos à revisão.

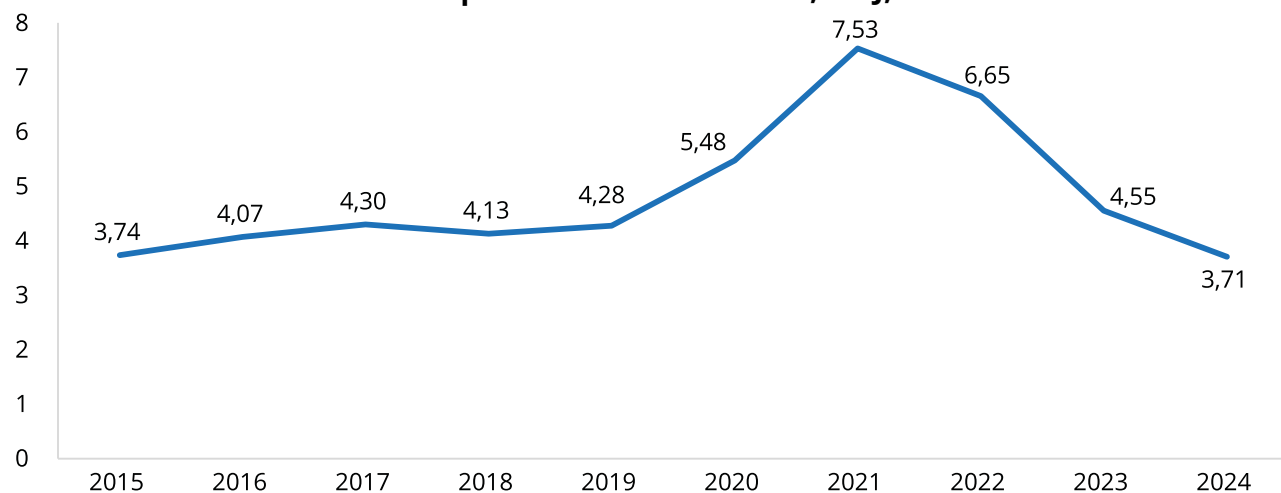
Gráfico 19. Razão de mortalidade materna por raça/cor, MRJ, 2015–2024

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) — SMS-Rio, 2025. Dados sujeitos à revisão.

2.4.8 CAUSAS MAL DEFINIDAS

As causas mal definidas, classificadas como óbitos por sinais, sintomas e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais, representam um indicador indireto da qualidade das informações de mortalidade. No MRJ, observou-se a redução progressiva da proporção de óbitos por causas mal definidas ao longo da última década, reflexo da melhora na investigação dos óbitos e da qualificação do preenchimento das Declarações de Óbito.

Em 2024, a proporção de causas mal definidas atingiu seu menor patamar, demonstrando avanço na vigilância e na capacitação das equipes de saúde. Esse resultado contribuiu para maior precisão na análise do perfil de mortalidade e no planejamento das políticas públicas. Apesar disso, persistem desafios em territórios mais vulneráveis, nos quais ainda há maior frequência de registros incompletos ou inconsistentes, o que reforça a necessidade de manter esforços de vigilância e qualificação contínua.

Gráfico 20. Percentual de óbitos por causa mal definidas, MRJ, 2015–2024

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) — SMS-Rio, 2025. Dados sujeitos à revisão.

3. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Rede de Atenção à Saúde do MRJ figura entre as mais amplas e complexas do país, organizada conforme os princípios do SUS e estruturada em diferentes níveis de atenção. Contudo, a dimensão territorial extensa e as profundas desigualdades socioespaciais configuram desafios contínuos para assegurar o acesso equitativo e a qualidade dos serviços ofertados.

Além dos aspectos exclusivamente sanitários, a rede de saúde municipal está intrinsecamente ligada às condições sociais e econômicas da população, refletindo diretamente na qualidade de vida das famílias e na dinâmica produtiva dos territórios. A heterogeneidade social e territorial característica do Rio de Janeiro impacta os indicadores de saúde, perpetuando iniquidades no acesso a recursos e oportunidades essenciais. Dessa forma, a efetividade da rede de atenção exige estratégias que considerem não apenas a infraestrutura e serviços, mas também os determinantes sociais que moldam a saúde coletiva.

A organização da rede municipal de saúde é estruturada para garantir a continuidade do cuidado, desde a atenção primária até serviços especializados, serviços de urgência, emergência, hospitalar, dentre outros, promovendo a articulação entre os diferentes níveis e profissionais. A SMS-Rio tem atuado no fortalecimento da coordenação do cuidado em toda a rede, aprimorando o fluxo de informações e o trabalho interdisciplinar.

A incorporação de abordagens territoriais e comunitárias têm favorecido a construção de estratégias de cuidado mais sensíveis e eficazes, valorizando a participação social e o protagonismo dos usuários, bem como a inserção das tecnologias digitais, o que tem trazido oportunidades para ampliar o acesso, melhorar a qualidade do atendimento e fortalecer as práticas multidisciplinares. Diante do exposto, serão apresentados a seguir os serviços que compõem a rede de atenção à saúde carioca.

3.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE E AÇÕES TRANSVERSAIS À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Promoção da Saúde constitui um princípio transversal fundamental que permeia todas as ações desenvolvidas pela SMS-Rio enquanto rede de atenção à saúde. Esse enfoque orienta as práticas não apenas na prevenção de doenças, mas na valorização dos determinantes sociais, culturais e ambientais que influenciam a saúde da população.

Ao integrar a Promoção da Saúde em diferentes níveis e serviços, a SMS-Rio busca a construção coletiva de ambientes favoráveis à saúde, ampliando, assim, o impacto das políticas públicas para além do cuidado clínico e fortalecendo a integralidade do sistema.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituída em 2006, orienta a atuação sobre as determinações sociais da saúde, o fortalecimento da equidade e a construção de políticas públicas integradas e intersetoriais. A política reconhece a pluralidade nas formas de viver e orienta práticas que assegurem equidade, integralidade e não discriminação.

Nesse sentido, a promoção da saúde é compreendida como um campo estratégico que articula intervenções ao longo do curso de vida, desde o pré-natal, parto e primeira infância até a adolescência, vida adulta e envelhecimento, contemplando tanto a dimensão assistencial quanto o fortalecimento da autonomia, a criação de ambientes saudáveis e a construção de políticas intersetoriais.

No MRJ, a política de promoção da saúde tem se estruturado a partir da valorização da equidade, diversidade e cidadania. Entre 2022 e 2024, destacaram-se iniciativas de enfrentamento ao racismo institucional, com formações antirracistas para profissionais da APS e a produção de materiais voltados à saúde da população negra.

Também houve avanços no cuidado integral à população LGBTQIA+, em articulação com a Coordenadoria Executiva de Diversidade Sexual, incluindo oficinas em unidades de saúde e a distribuição de mais de 1,5 milhão de preservativos em eventos de grande mobilização. Paralelamente, foram implementadas ações para migrantes e refugiados, como a Caderneta de Saúde Multilíngue, oficinas de capacitação, parcerias intersetoriais e o projeto “Mapeamento das Oportunidades, Programas, Projetos e Serviços” (MOPPS Carioca), ampliando o acesso a serviços e direitos sociais.

Outro eixo estratégico foi o fortalecimento do Programa Saúde na Escola (PSE), que articula saúde e educação na promoção de hábitos saudáveis, prevenção de doenças e estímulo à cidadania entre crianças, adolescentes e jovens. O programa ampliou sua cobertura para escolas em territórios de maior vulnerabilidade, desenvolvendo ações em saúde bucal, alimentação saudável, atividade física, prevenção de violências e uso de álcool e outras drogas.

Também se destacou o Programa Territórios Sociais (TS), criado em 2017 em parceria com o ONU-Habitat, que atua na busca ativa domiciliar e no acompanhamento de famílias em extrema vulnerabilidade. Inicialmente voltado a grandes complexos de favelas e posteriormente expandido para toda a cidade, o TS identifica situações críticas como gestantes sem pré-natal, crianças sem puericultura, abandono de tratamentos e casos de saúde mental, reforçando a articulação intersetorial.

Foto 2. Cúpula da Parceria por Cidades Saudáveis, realizada em março de 2023 em Londres



Foto: Oliver Dixon / Bloomberg Philanthropies Images.

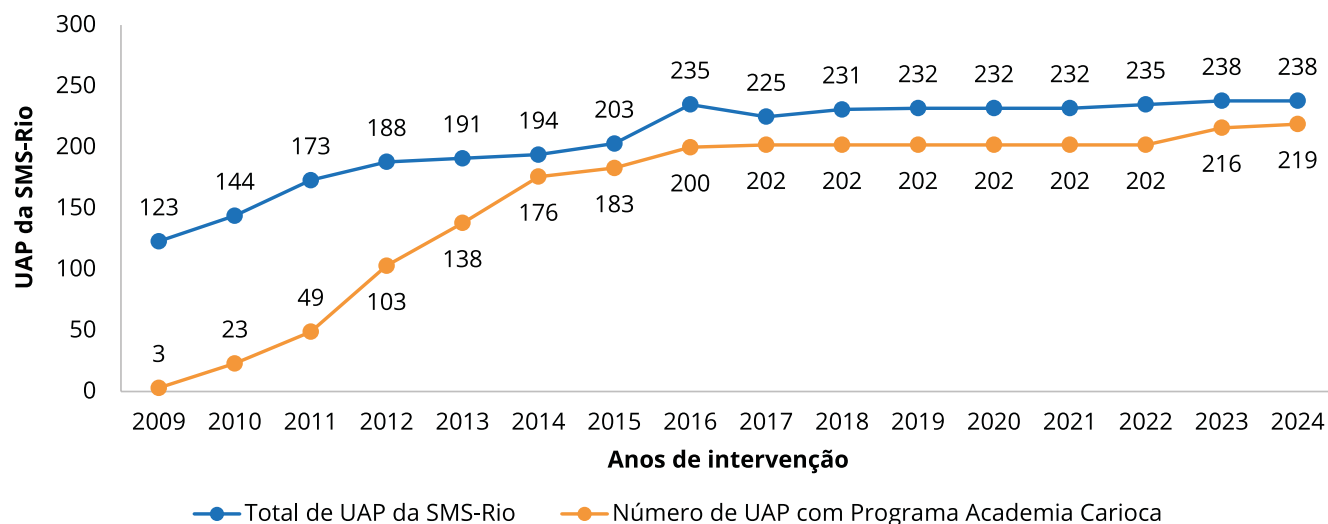
Foto 3. RAP da Saúde e Alimentação Saudável — encontro dos alunos do RAP da Saúde sobre o tema “Alimentação Saudável e Adequada”, realizado na área externa do Estádio Nilton Santos em dezembro de 2024



Foto: Maria Eduarda Vigné / Jovem do RAP da Saúde.

Sobre a promoção de hábitos mais saudáveis, cabe destacar o Programa Academia Carioca implantado em 2009 pela SMS-Rio e que se tornou referência na APS, acompanhando a expansão da ESF e consolidando a inserção do profissional de educação física no SUS carioca (Gráfico 21). Desde 2010, a atividade física integra a Carteira de Serviços da APS, com impacto comunitário, territorial e cultural. Atualmente, está presente nas dez AP, distribuídas em 219 unidades de APS, contando com 125 profissionais de educação física.

Gráfico 21. Evolução do número de unidades de APS com Programa Academia Carioca por total de unidades de APS da SMS-Rio (2009–2024)



Fonte: Ministério da Saúde — Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2025. Dados sujeitos à revisão.

O programa tem como propósito elevar os níveis de atividade física da população cadastrada, articulando inovação, vigilância em saúde e planejamento assistencial. Os resultados comprovam seu potencial preventivo e terapêutico: 90% dos participantes apresentam pressão arterial controlada, a maioria mantém glicemia adequada, 52% reduziram risco cardiovascular com perda de peso e 20% deixaram de utilizar medicamentos, sobretudo para hipertensão e saúde mental, sempre sob prescrição médica.

Os profissionais de educação física ocupam papel estratégico, com baixa rotatividade e longa permanência, fortalecendo o cuidado contínuo às condições crônicas. Durante a pandemia de covid-19, o Programa adaptou-se às necessidades emergenciais, apoiou o Programa de Imunização, e manteve vínculo comunitário e o capital social durante o isolamento por meio de atividades físicas e educativas remotas.

No período de 2022 a 2025, o Programa Academia Carioca retomou as atividades físicas e educativas presenciais nas unidades e reafirmou-se como uma das políticas estruturantes da APS, ampliando sua cobertura de 86% para 92% e alcançando quase 200 mil participantes ativos, superando a marca de um milhão de atendimentos em 15 anos.

Foto 4. Atividade física na APS



Foto: Edu Kapps (Arquivo SMS-Rio).

Portanto, o programa tem contribuído para o acompanhamento em saúde de pessoas com hipertensão e diabetes, apoio às campanhas de vacinação e exames preventivos, retomando à implementação de boas práticas em saúde. Avançou em estratégias de comunicação e mobilização social, com o retorno do Balanço Carioca, seminário temático e celebração dos 15 anos de atuação, e apoiou iniciativas intersetoriais como o Programa Seguir em Frente. Em síntese, tem se consolidado como política pública essencial, ampliando acesso, inovação e integração comunitária na APS.

3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

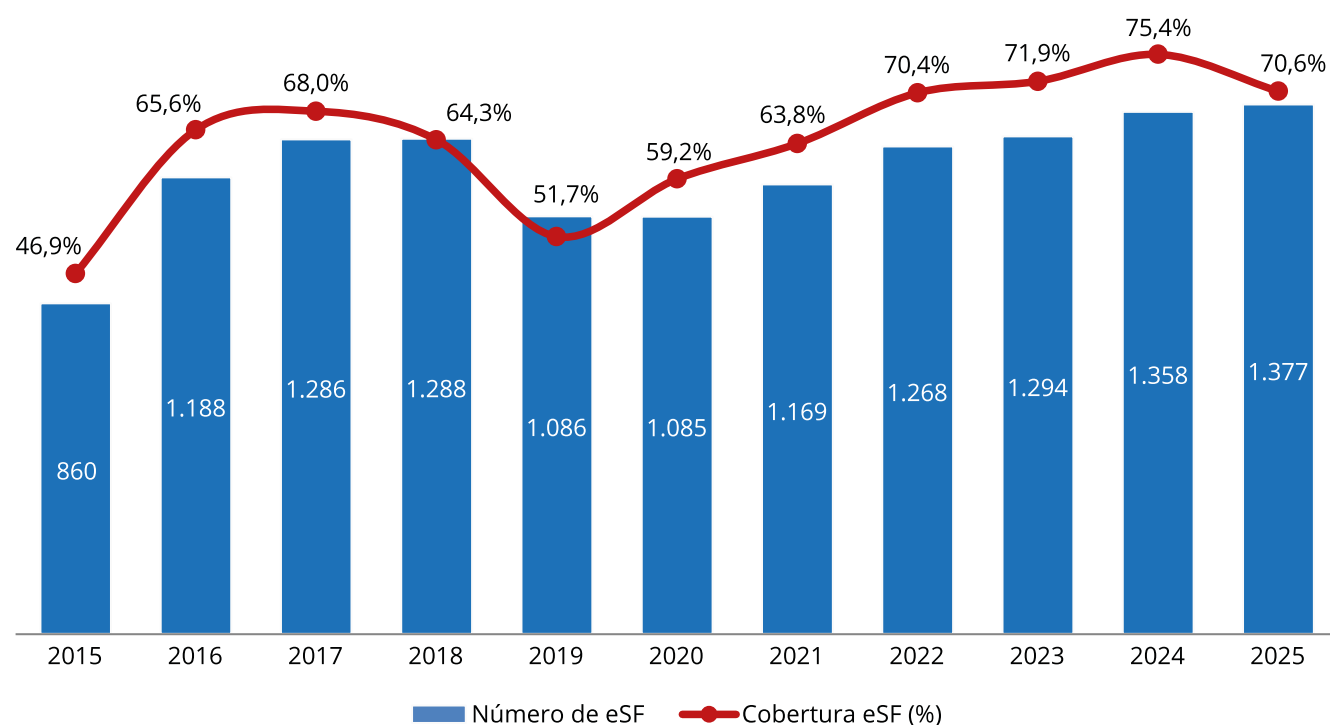
A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada preferencial do SUS e tem função estratégica na coordenação do cuidado. A expansão da APS no MRJ promoveu a ampliação do acesso a consultas médicas, de enfermagem, odontológicas e multidisciplinares ao acompanhamento de condições crônicas e às ações preventivas. Nos últimos anos, houve investimento na modernização tecnológica, com a implantação do prontuário eletrônico em todas as unidades, facilitando a gestão da informação clínica.

A rede de APS conta com 239 unidades, distribuídas em dez AP, e uma cobertura da ESF que alcançou 76,5% da população em 2024, consolidando-se como eixo central da atenção à saúde no território. Essa rede é sustentada por 1.378 equipes de Saúde da Família (eSF), 475 equipes de Saúde Bucal, 132 equipes Multiprofissionais (eMulti) e 15 equipes de Consultório na Rua (eCR), possibilitando a ampliação do escopo de atuação e o aumento da resolutividade dos serviços prestados pela APS.

Em 2024, a instituição da concepção das equipes multiprofissionais (eMulti) pelo Ministério da Saúde e a organização dessas equipes no âmbito do município, proporcionou às equipes de Saúde da Família maior capacidade resolutiva, com a inclusão de nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais nos serviços de saúde, em articulação direta com as eSF. A APS também assumiu papel relevante no enfrentamento da pandemia de covid-19, sendo responsável por uma vacinação expressiva e pelo acompanhamento dos casos pós-covid.

Um marco importante foi a reedição, no ano de 2021, da primeira Carteira de Serviços da Atenção Primária Carioca, publicada inicialmente em 2011. Em paralelo, a rede municipal implementou protocolos clínicos padronizados para hipertensão, diabetes, tuberculose e doenças respiratórias crônicas, fortalecendo a resolutividade da APS.

Gráfico 22. Percentual de cobertura eSF e número de equipes eSF no MRJ, 2015–2025



Fonte: População IBGE 2010 e 2022; período de 2020 a 2024: CNES competência dezembro/2024; período 2025: CNES competência julho/2025. Dados sujeitos à revisão.

Para além do incremento de capacidade, no período de 2021 a 2024, a APS demonstrou desempenho superior em relação aos indicadores clássicos acompanhados pelo Ministério da Saúde. A nota do Indicador Sintético Final do município, averiguado quadrimestralmente, evoluiu no período, passando de 4,8 em 2021 para 8,6 em 2024, tendo sido a maior entre as capitais do Brasil.

A APS no município tem como prioridade reduzir desigualdades territoriais de cobertura, que ainda persistem em áreas de maior vulnerabilidade social, garantindo acesso universal e qualificado. Para isso, torna-se fundamental fortalecer a fixação e a valorização dos profissionais de saúde, em especial médicos e especialistas que atuam na APS, assegurando equipes estáveis e comprometidas com o cuidado nos territórios.

Outro desafio estratégico é ampliar a capacidade de resposta frente ao envelhecimento populacional e à elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, exigindo a reorganização de linhas de cuidado, o acompanhamento contínuo e a oferta de serviços resolutivos. Essas medidas buscam prevenir complicações, reduzir internações evitáveis e promover maior qualidade de vida para a população idosa e portadora de condições crônicas.

Adicionalmente, a consolidação do uso de tecnologias digitais para o monitoramento clínico e a integração da rede assistencial constitui eixo essencial para qualificar o cuidado, ampliar a vigilância em saúde e fortalecer a gestão da informação. Somado a isso, intensificou-se a integração com outras políticas sociais, ampliando a atuação intersetorial no enfrentamento dos determinantes sociais da saúde e promovendo uma abordagem mais abrangente e efetiva para a redução das iniquidades.

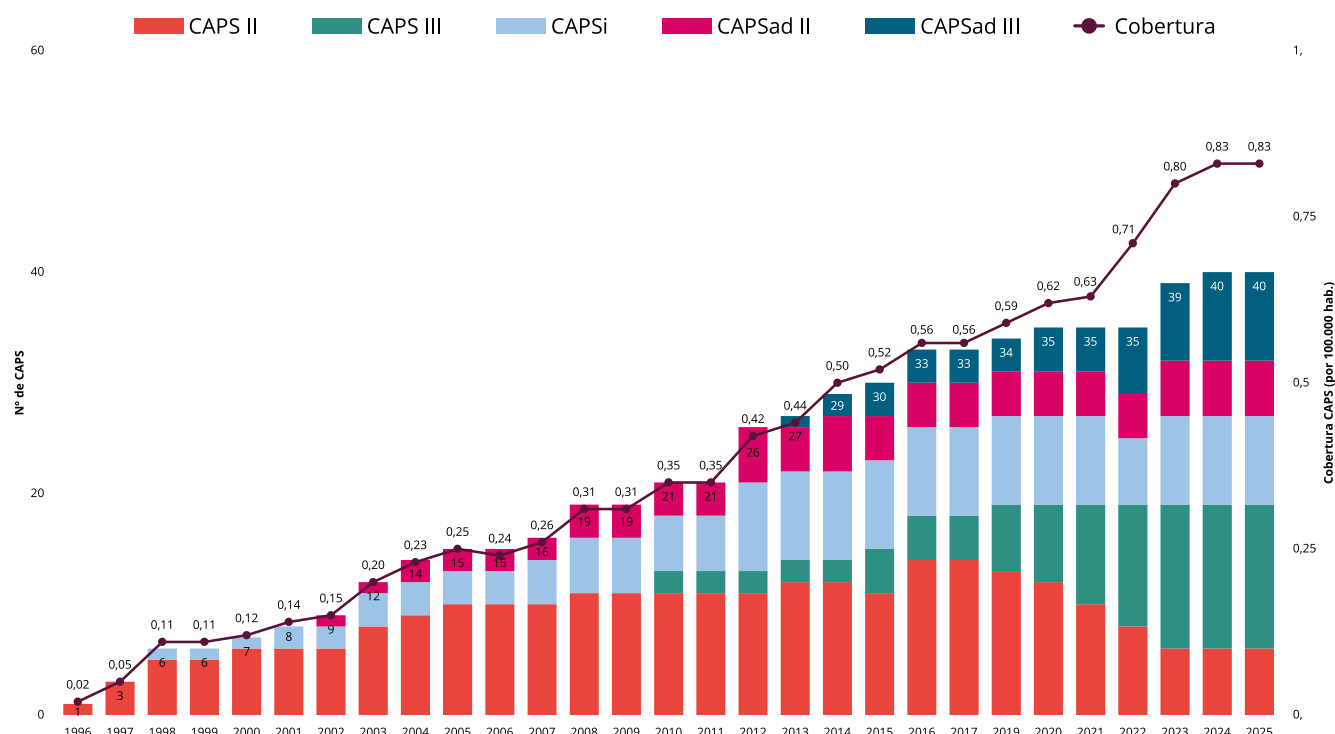
3.3 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria GM/MS n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011, constitui um dos pilares da política de Saúde Mental no MRJ. Estruturada para garantir cuidado integral, contínuo e territorializado às pessoas em sofrimento psíquico ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, sua organização segue as diretrizes do SUS e os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, priorizando o cuidado em liberdade e a substituição do modelo hospitalocêntrico por serviços comunitários e de base territorial. Sua operacionalização depende da articulação entre diferentes serviços e arranjos organizativos de distintas densidades tecnológicas, assegurando o cuidado longitudinal e integral à população.

Atualmente, a rede conta com 39 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), distribuídos de forma a atender às dez AP da cidade. Esses serviços, em suas distintas modalidades — CAPS II e III (transtornos mentais graves e persistentes), CAPSi (infantojuvenil) e CAPSad (álcool e outras drogas) —, constituem dispositivos estratégicos, funcionando como unidades abertas e comunitárias de referência no SUS.

Os CAPS oferecem acolhimento e acompanhamento multiprofissional, atendimento terapêutico, oficinas coletivas, visitas domiciliares e articulação com serviços de educação, assistência social e cultura, favorecendo a reinserção social por meio do acesso ao trabalho, lazer e cidadania. Uma das estratégias prioritárias da gestão atual é a ampliação dos CAPS III e CAPSad III, ambos com funcionamento 24 horas, especialmente em regiões da cidade ainda desassistidas, a fim de ampliar a capacidade de acompanhamento e resposta em situações de crise.

Gráfico 23. Evolução da implantação de CAPS e cobertura* na RAPS, MRJ, 1996–2025

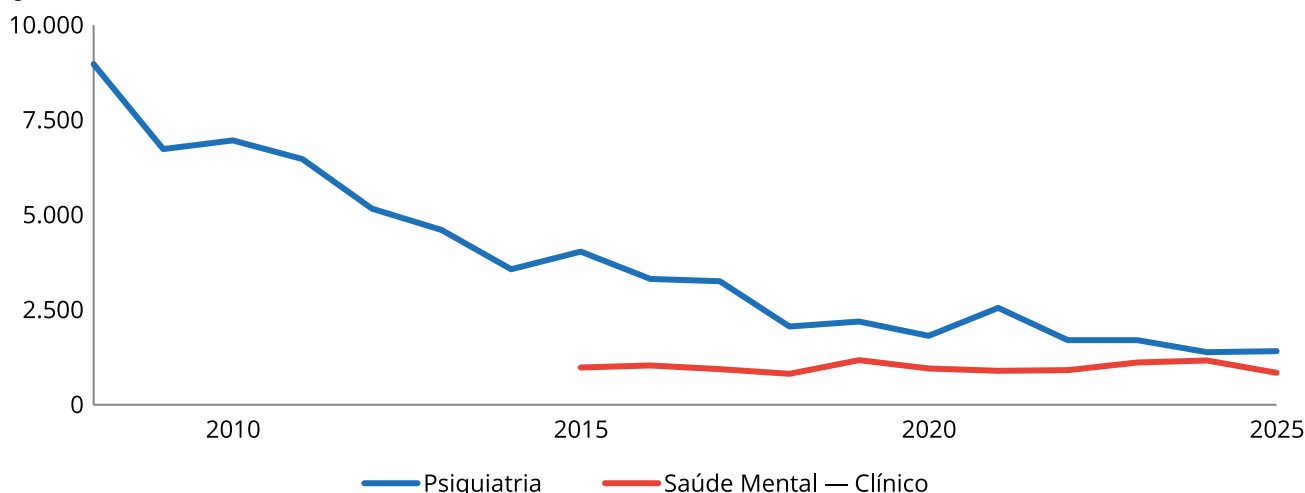


Fonte: CNES. Data de extração: 15/08/2025. Dados sujeitos à revisão. *Parâmetros de cobertura: muito boa (acima de 0,70); boa (entre 0,50 e 0,69); regular/baixa (entre 0,35 a 0,49); baixa (de 0,20 a 0,34); insuficiente/crítica (abaixo de 0,20).

O processo de mudança do modelo centrado no hospital psiquiátrico para o comunitário envolveu a incorporação das emergências psiquiátricas à rede de urgência e emergência, além da ampliação da oferta de leitos de acolhimento integral nos CAPS III. A informatização de todos os CAPS, com a implantação do Prontuário Carioca de Saúde Mental (PCSM), desenvolvido pelo MRJ e pioneiro no Brasil, representou outro marco de qualificação da rede, ampliando a integração das informações e a continuidade do cuidado.

Entre as práticas inovadoras, destacam-se as oficinas culturais, esportivas e artísticas, que ampliam a dimensão terapêutica para além do atendimento clínico, fortalecendo vínculos comunitários e promovendo saúde mental. Campanhas de prevenção do suicídio e ações de redução de danos em territórios vulneráveis reforçam ainda mais a centralidade da RAPS como eixo estratégico da política de Saúde Mental.

Gráfico 24. Evolução das novas internações em psiquiatria e saúde mental, MRJ, entre 2010 e junho de 2025



Fonte: Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Tabnet municipal. Data de extração: 15/08/2025. Dados sujeitos à revisão.

Complementando a rede, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) acolhem pessoas com histórico de longas internações psiquiátricas, promovendo autonomia e reinserção social, enquanto as Unidades de Acolhimento oferecem cuidado transitório a usuários de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade. A política reparadora da Bolsa Rio (Lei Municipal n.º 3.400/2002) reforça essa estratégia ao garantir dignidade e cidadania a indivíduos que viveram por anos em hospitais psiquiátricos. Atualmente, 263 pessoas recebem o benefício, assegurando condições para permanecerem no convívio comunitário.

A rede conta ainda com leitos de atenção integral em hospitais gerais, que funcionam como retaguarda em situações de crise e contribuem para evitar internações prolongadas em instituições psiquiátricas. Além disso, a integração com a APS tem fortalecido a porta de entrada para casos leves e moderados, permitindo que os CAPS concentrem sua atuação em situações mais complexas, apoiados por protocolos clínicos, linhas de cuidado e fluxos regulados.

No que tange à ampliação da rede de CAPS, notou-se o aumento progressivo das filas no Sistema de Regulação (SISREG) para consultas em saúde mental e psiquiatria, o que confirmou a necessidade de ampliação da oferta de cuidado psicossocial de média complexidade, atuando junto às equipes de APS. Assim foi criada a equipe de Deambulatório, equipe multiprofissional territorial da Atenção Psicossocial, vinculada aos CAPS para ampliar a assistência aos usuários em sofrimento psíquico avaliados como casos de média complexidade psicossocial.

Os Deambulatórios, acessados via SISREG após avaliação da APS, atuam em territórios definidos em articulação com unidades de saúde e a rede intersetorial, oferecendo atendimentos individuais, coletivos e apoio técnico-pedagógico às eSF. Atualmente, o município conta com 15 equipes em funcionamento, e a expansão da rede de atenção psicossocial demanda constante qualificação dos trabalhadores, com ações de formação em Saúde Mental realizadas por meio de cursos, oficinas, supervisões, grupos de trabalho e pesquisas, fortalecendo práticas integradas e multiprofissionais.

Para o próximo ciclo de gestão, está prevista a expansão da rede de CAPS, com ênfase na ampliação do atendimento a usuários de álcool e outras drogas e no fortalecimento da integração com a APS, assegurando acesso universal e qualificado. Esse processo de qualificação contínua tem contribuído para a diminuição progressiva das internações psiquiátricas no município, consolidando o cuidado em liberdade, integralidade e cidadania.

3.4 ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

3.4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA PRISIONAL

A Atenção Primária Prisional (APP) foi instituída no MRJ a partir do ano de 2022, mediante a implantação de 22 equipes para ofertar ações e serviços de APS para cobertura de toda população prisional, totalizando 32.637 pessoas privadas de liberdade, distribuídas em 28 unidades prisionais, nos territórios da AP 1.0, 3.2 e 5.1.

No município, a APP é organizada a partir das diretrizes da Carteira de Serviços da APS, reconhecendo as especificidades da população privada de liberdade, predominantemente formada por jovens adultos, homens, pretos, com baixa escolaridade e oriundos das periferias. As equipes intramuros atuam de forma territorializada, contemplando todos os ciclos de vida e estruturando o cuidado de maneira integrada, com foco na resolutividade e no acesso oportuno, inclusive articulando fluxos com os serviços extramuros, para garantir a integralidade da atenção no SUS.

Diante das condições adversas do encarceramento, tais como a superlotação, higiene precária, ventilação insuficiente e alimentação inadequada, a população prisional apresenta alta prevalência de agravos como tuberculose, HIV, doenças respiratórias, de pele, saúde mental e doenças crônicas. A tuberculose, principal causa de morbimortalidade nesse contexto, mobiliza esforços permanentes de busca ativa, diagnóstico laboratorial, rastreamento de ingressos e adesão ao tratamento. Dessa forma, a organização do processo de trabalho intramuros pauta-se no cuidado centrado na pessoa e nas linhas de cuidado da SMS-Rio, estruturando práticas de prevenção, monitoramento e tratamento de condições infecciosas e crônicas.

3.4.2 ATENÇÃO ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

O fenômeno das pessoas em situação de rua é um problema social complexo, que demanda ações contínuas e estratégias específicas de cuidado por parte do sistema de saúde. Atenta a essa realidade, a SMS-Rio vem fortalecendo sua atuação junto a essa população vulnerável. Entre 2021 e 2025, o número de equipes do Consultório na Rua (eCR) foi ampliado de 7 para 15, garantindo cobertura em todas as áreas de planejamento do município.

As eCR são multiprofissionais, vinculadas a uma unidade de APS, e atuam de forma itinerante nos territórios, promovendo o cuidado integral à saúde das pessoas em situação de rua. Um dos

principais diferenciais dessas equipes é a sua capacidade de articulação com a rede de serviços de saúde e com outras políticas públicas, atuando como facilitadores de acesso.

Além das ações de promoção da saúde, prevenção e acompanhamento dos usuários cadastrados, as equipes ofertam apoio e cuidado compartilhado com as demais unidades da atenção primária de suas áreas, compreendendo a importância e a necessidade de ampliar o acesso desta população à saúde.

Entre os desafios atuais das eCR, destaca-se a necessidade de fortalecer e ampliar as ações voltadas às mulheres em situação de rua, com especial atenção à prevenção e enfrentamento da violência de gênero, à oferta qualificada de métodos contraceptivos e ao acompanhamento integral do pré-natal, parto e puerpério.

Outro desafio persistente é o enfrentamento da tuberculose, doença com alta prevalência nessa população. Além disso, os casos de grave vulnerabilidade psíquica, clínica e social demandam constante articulação entre as equipes do Consultório na Rua, a rede de saúde mental, hospitais e serviços de urgência e emergência, visando garantir o acolhimento integrado e a continuidade do cuidado. Esse trabalho em rede exige esforços significativos tanto das equipes quanto de toda a rede de saúde.

O cuidado em saúde mental das pessoas em situação de rua tem ganhado destaque no município com o fortalecimento da RAPS, em articulação com as eCR. Essa rede busca promover cuidados direcionados a grupos em maior vulnerabilidade, incluindo a prevenção e redução de danos relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas, além da reabilitação psicossocial por meio do acesso a trabalho, renda e iniciativas de moradia solidária, reforçando o caráter intersetorial da atenção.

Nos CAPS, o cuidado é estruturado a partir do Projeto Terapêutico Singular (PTS), construído de forma compartilhada entre equipe, usuário e família, articulando diferentes pontos da rede de saúde e outros serviços públicos para garantir integralidade e resolutividade. Atualmente, 2.859 pessoas em situação de rua encontram-se em acompanhamento nos CAPS, evidenciando a importância da RAPS como eixo estratégico na atenção psicossocial dessa população.

Com foco na inclusão social, no cuidado longitudinal e na autonomia das pessoas em situação de rua, especialmente diante da alta prevalência de transtornos mentais e do uso abusivo de álcool e outras drogas, a RAPS implantou 14 Unidades de Acolhimento de caráter transitório, que oferecem cuidado contínuo e reabilitação psicossocial. No último ciclo de gestão, essas unidades realizaram 3.879 acolhimentos, dos quais 728 resultaram na saída da situação de rua, seja pelo retorno às famílias ou pela conquista de moradia convencional.

Com o objetivo de promover a saída qualificada da situação de rua, foram implementadas estratégias de reinserção produtiva ajustadas ao nível de autonomia de cada indivíduo, incluindo capacitação ocupacional e desenvolvimento de atividades nos espaços de acolhimento. Nesse processo, a

RAPS também adota o Emprego Apoiado, metodologia voltada à inclusão de pessoas com deficiência, inclusive biopsicossocial, no mercado formal de trabalho, por meio da mediação de profissionais que facilitam a empregabilidade, reduzem barreiras organizacionais e enfrentam preconceitos.

3.5 ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

A SMS-Rio possui uma estrutura organizacional e operacional para a implementação e a gestão das políticas públicas de saúde voltadas à população negra, constituindo um sistema de governança que deve garantir articulação, planejamento, monitoramento e execução das ações para a promoção da equidade étnico-racial em saúde.

Faz parte dessa estrutura organizacional o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN), instituído pela Resolução SMS n.º 1.298, de 10 de setembro de 2007, que tem como atribuição promover a equidade em saúde por meio da orientação e do acompanhamento das ações, serviços, programas, projetos de educação, informação e atenção voltados à população negra.

O Programa Municipal de Saúde Integral da População Negra Carioca (PMSIPN), instituído por meio da Lei n.º 7.749, aprovada e sancionada no MRJ em 26 de dezembro de 2022, conhecida como Lei Lenora Mendes Louro, também passou a integrar essa rede. Essa Lei tem como principal objetivo promover ações integradas de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde da população negra e afrodescendente, alinhadas à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pela Portaria n.º 992 do Ministério da Saúde, de 13 de maio de 2009.

Entre 2023 e 2024, outros componentes foram criados de modo a compor essa estrutura organizacional. Em alinhamento à PNSIPN e à instituição do PMSIPN, a SMS-Rio publicou a Resolução SMS n.º 5.860/2023, que criou o Grupo de Trabalho Lenora Mendes Louro, que tem atuado como um espaço coletivo, participativo e democrático, reunindo os trabalhadores da SMS-Rio, representantes da sociedade civil e membros da Câmara de Vereadores.

Entre suas principais competências, destacam-se a estruturação de um órgão técnico representativo, a elaboração de um plano de trabalho focado em metas e indicadores para melhorar os resultados em saúde da população negra, e o acompanhamento das ações junto ao Comitê Técnico Municipal de Saúde da População Negra.

Posteriormente, a SMS-Rio publicou a Resolução SMS n.º 6.028/2024, que constituiu o Grupo Gestor Especial de Saúde Integral para a População Negra (GGSSIPN) e os Grupos de Apoio Técnico para implementar o PMSIPN, em alinhamento à Lei Municipal n.º 7.749/2022. Com isso, por meio do Grupo Gestor de Saúde Integral para a População Negra (GGSSIPN), vinculado ao Gabinete do Secretário Municipal de Saúde, a SMS-Rio assumiu a responsabilidade e o compromisso em implementar, de forma transversal, o PMSIPN em todas as instâncias da secretaria, bem como na rede de atenção à saúde.

Fotos 5. Grupo Gestor de Saúde Integral para a População Negra



Fonte: GGSIPN/SMS-Rio.

Assim, a SMS-Rio tem atuado de forma intersetorial, colaborando com outros órgãos da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro para a construção de políticas públicas mais justas e equânimes. Ressalta-se que as ações desenvolvidas pelo GGSIPN estão organizadas em quatro eixos principais, conforme estabelecido pelo PMSIPN e pela Resolução n.º 6028/2024: Gestão e Planejamento; Vigilância em Saúde da População Negra; Rede de Atenção à Saúde; e Informação, Comunicação e Educação voltadas para a promoção da equidade étnico-racial em saúde. Cabe destacar as ações realizadas pela SMS-Rio considerando os eixos a seguir.

- **Gestão e Planejamento:** A SMS-Rio tem fortalecido o planejamento e a coordenação de ações voltadas à melhora dos indicadores de saúde da população negra no MRJ, com foco no cumprimento de metas, na sustentabilidade do PMSIPN e no monitoramento contínuo, em alinhamento à PNSIPN. O GGSIPN atua de forma articulada com áreas internas da SMS-Rio, outras secretarias municipais, o Conselho Municipal de Saúde, o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (CTSPN) e instâncias de controle social, contribuindo para a transversalidade da pauta no PPA 2026–2029 e para o fortalecimento da participação social. Reuniões ordinárias, visitas técnicas às Áreas de Planejamento e articulações intersetoriais têm garantido o acompanhamento das ações, a identificação de demandas e o enfrentamento do racismo institucional. Destaca-se, ainda, a parceria com a UNICEF na implementação da Primeira Infância Antirracista e a participação em espaços de troca e reconhecimento de boas práticas no âmbito estadual.
- **Vigilância em Saúde da População Negra:** No eixo da vigilância em saúde da população negra, a SMS-Rio tem avançado na qualificação da produção, análise e uso de dados com recorte étnico-racial, fundamentais para o monitoramento das desigualdades e a formulação de políticas equitativas. O GGSIPN participa dos Seminários de Prestação de Contas da APS, realiza visitas técnicas e promove oficinas antirracistas para qualificação do preenchimento do quesito raça/cor. A atuação nos Grupos Técnicos de Trabalho e nos Grupos Técnicos de Estudos de mortalidade materna e

infantil incorpora a perspectiva étnico-racial e os determinantes sociais na análise dos óbitos, subsidiando recomendações e ações específicas. A capacitação técnica da equipe, incluindo a certificação em epidemiologia aplicada ao SUS, fortalece a vigilância em saúde com foco na equidade racial.

- **Rede de Atenção à Saúde:** Na Rede de Atenção à Saúde, a SMS-Rio desenvolve ações transversais para ampliar o acesso e qualificar o cuidado à população negra. O GGSIPN atua em instâncias estratégicas, como as Comissões Regionais de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna (CRPCMM) e o Conselho Municipal de Defesa e Promoção da Liberdade Religiosa (COMPLIR), contribuindo para a promoção de direitos, o respeito às práticas culturais e o enfrentamento das iniquidades. Destacam-se ações na APS, na APS Prisional e na RAPS, com elaboração de protocolos para enfrentamento do racismo institucional. A participação em fóruns e seminários intersetoriais tem ampliado o debate e a articulação de estratégias voltadas à redução da mortalidade materna e à atenção integral ao longo do ciclo de vida.
- **Informação, Comunicação e Educação sobre Equidade Étnico-Racial:** A SMS-Rio tem investido na área de informação, comunicação e educação permanente para o enfrentamento do racismo interpessoal, institucional e religioso, com foco na população negra, povos tradicionais e comunidades de terreiro. As ações incluem capacitações sobre o quesito raça/cor, oficinas de práticas antirracistas no cuidado, revisão de materiais educativos, campanhas de promoção da equidade e fortalecimento da participação social, inclusive de adolescentes e jovens. O GGSIPN atua na produção e no compartilhamento de conteúdos educativos, no apoio à formação em residências em saúde, na articulação com instituições de ensino e na ampliação do acesso à informação por meio de redes sociais e eventos institucionais, como o “Novembro Negro na Saúde”. Essas iniciativas têm contribuído para qualificar o cuidado, ampliar a visibilidade das políticas públicas e consolidar avanços no enfrentamento do racismo.

Figura 3. Oficina “Práticas Antirracistas no Cuidado na APS”



Fonte: GGSIPN/SMS-Rio.

Foto 6. Podcast sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra



Fonte: GGSIPN/SMS-Rio.

Figura 4. Reunião de apoiadores de saúde da população negra nas APS



Fonte: GGSIPN/SMS-Rio.

Foto 7. Atividade “Novembro Negro na Saúde”

Fonte: GGSIPN/SMS-Rio.

3.6 ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

A Saúde Bucal é parte indissociável da saúde geral do indivíduo, pois alterações na cavidade oral impactam diretamente nas condições biopsicossociais, além de se relacionarem a diversas doenças sistêmicas, como diabetes, doenças cardiovasculares e respiratórias. A Política Nacional de Saúde Bucal — Brasil Sorridente, reconhecida como Lei n.º 14.572/2023, estabelece diretrizes para garantir o acesso universal, integral e equânime à atenção odontológica no SUS, contemplando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, reafirmando que a saúde bucal deve estar integrada às demais áreas de cuidado da APS.

A rede de saúde bucal integra, de forma estruturante, a APS no MRJ, com 475 equipes atuando de maneira articulada às equipes de Saúde da Família. Essa organização ampliou o acesso da população a ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde bucal, possibilitando a expansão do atendimento odontológico em territórios de maior vulnerabilidade e garantindo cuidados contínuos desde a infância até a terceira idade.

De forma integrada, a atenção em Saúde Bucal articula ações que abrangem desde a promoção e a prevenção até o tratamento e os cuidados paliativos, baseando-se em protocolos e fluxos que fortalecem a conexão entre os diferentes pontos de atenção. Esse modelo incorpora a vigilância em Saúde Bucal, a atuação intersetorial com áreas como educação e assistência social e o uso de tecnologias inovadoras, ampliando a cobertura e a eficiência dos serviços. Ao mesmo tempo, estimula a participação social e responde de maneira qualificada às demandas epidemiológicas do território, como cárie, doença periodontal, câncer de boca, traumatismos, mal oclusões, fluorose e edentulismo, assegurando o cuidado integral e resolutivo da população carioca.

A gestão municipal nos últimos anos tem se destacado no enfrentamento ao edentulismo e na ampliação da oferta de próteses dentárias na APS. Essa ação tem sido prioridade desde a inclusão do procedimento na Carteira de Serviços da APS, em 2021. Para garantir um atendimento resolutivo e humanizado, foram realizados investimentos na qualificação das equipes de Saúde Bucal, na aquisição de materiais e equipamentos, inclusão de tecnologias digitais e na reorganização dos processos de trabalho. Ao integrar a reabilitação protética à APS carioca, o município fortalece a integralidade do cuidado, amplia o acesso da população, reduz filas de espera no sistema de regulação e promove inclusão social, assegurando que os serviços cheguem de forma efetiva a quem mais precisa.

O MRJ conta com 19 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que ofertam as especialidades obrigatórias definidas pela Portaria Ministerial n.º 599/2006 (Endodontia, Periodontia, Cirurgia Oral, Estomatologia e atendimento a Pacientes com Necessidades Especiais), além de, em algumas unidades, Ortodontia, Prótese e Dor Orofacial.

A Atenção Especializada em Saúde Bucal no município inclui ações educativas e preventivas nas maternidades, voltadas ao binômio mãe-bebê, desde a gestação até os primeiros mil dias de vida, e procedimentos de alta complexidade realizados por cirurgias bucomaxilofaciais nos hospitais gerais, como tratamento de traumas, remoção de tumores, correções dentofaciais, reconstruções ósseas e cirurgias ortognáticas. Esses hospitais também desempenham papel formativo por meio da residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais, ao mesmo tempo em que a inclusão de cirurgões-dentistas nos leitos hospitalares, especialmente em UTIs, fortalece a promoção da saúde integral ao prevenir complicações bucais que podem agravar quadros clínicos gerais, como infecções respiratórias e oportunistas.

Apesar dos avanços, persistem desafios, como a desigualdade territorial na oferta de serviços, a demanda reprimida por tratamentos especializados e a necessidade de maior integração entre Saúde Bucal e demais áreas da APS, especialmente nas linhas de cuidado materno-infantil e nas doenças crônicas não transmissíveis.

Foto 8. Atendimento clínico em saúde bucal no CMS Maria Cristina Roma Paugartten



Foto: Edu Kapps (Arquivo SMS-Rio).

Foto 9. Escovação supervisionada (Promoção de Saúde) na CF Medalhista Olímpico Ricardo Lucarelli



Foto: Priscilla Borges Pinheiro.

3.7 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Vigilância em Saúde é definida como o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e a promoção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças.

No período de 2021 a 2024, a Vigilância em Saúde teve como missão garantir a estruturação e o fortalecimento da Rede Municipal de Vigilância em Saúde, robusta e oportuna em todo seu ciclo, com capilaridade no território, integrada com a atenção à saúde, capaz de garantir o monitoramento das condições de saúde, a detecção precoce de riscos e uma resposta rápida e coordenada às Emergências de Saúde Pública.

Fotos 10. Ações de Vigilância em Saúde



Fotos: Edu Kapps (Arquivo SMS-Rio).

Os avanços no quadriênio 2021–2024 foram organizados em seis eixos e estão apresentados no Quadro 3.

Quadro 3. Avanços da SMS-Rio na Vigilância em Saúde, MRJ, 2021–2024

EIXOS	PRINCIPAIS ENTREGAS					RESULTADOS
Deteção e resposta aos potenciais riscos e emergências em saúde	Implantação do Centro de Inteligência Epidemiológica, o primeiro na América Latina	Expansão das Unidades de Vigilância Sentinela de 5 para 10 unidades, para monitoramento de patógenos	Implantação de 10 Unidades de Resposta Rápida nas AP, para resposta a surtos e desastres	Implementação da metodologia adaptada da OMS 7-1-7*, para a investigação de surtos	Implantação do Comitê de Enfrentamento às Emergências em Saúde Pública	Vigilância robusta, que foi capaz de identificar precocemente riscos como a epidemia de dengue de 2024, iniciando a preparação da rede ainda em outubro de 2023. Investigou mais de 2.000 surtos e, em 4 anos, coletou cerca de 30 mil amostras nas unidades sentinelas.
	Sistema de Alerta Precoce — detecção e predição de alterações nos agravos de importância	Ampliação dos Núcleos Hospitalares de Vigilância Epidemiológica na Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (RENAVEH)	Coordenação dos Centros de Operações de Emergência na cidade no período	Monitoramento e atuação de vigilância nos eventos de massa na cidade	Implementação da vigilância genômica de SARS-CoV-2 e vigilância laboratorial	
Clima, Saúde e Ambiente	Protocolo de Enfrentamento ao Calor Extremo, o primeiro do país	NUPDEC Saúde (Núcleo de Proteção e Defesa Civil) em desastres, com mais de 5.000 profissionais treinados	Projeto “SVS na Rua”, promovendo ações de prevenção de arboviroses no território	Descentralização da testagem rápida para Leishmaniose Visceral Humana	Painel do Calor, integrando climatológicos e de saúde para a operação do protocolo de calor	Fortalecimento da resiliência da cidade do Rio de Janeiro e do sistema de saúde, integrando a saúde humana, animal e ambiental
Ampliação do acesso à imunização	Implantação de três Super Centros Cariocas de Vacinação, nas zonas sul, oeste e norte da cidade	Programa Vacina na Escola (Lei n.º 7.920/2023) — macropontos de vacinação extramuros	Qualifica Vacina, com a qualificação de mais de 1.200 profissionais em bases imunológicas	7 Centrais Regionais de Rede de Frio, para a distribuição logística escalonada	Publicação do livro “Vacina, Rio!”, em parceria com a Unicef	Reversão da tendência de queda das coberturas vacinais, encerrando 2024 com a maior cobertura vacinal dos últimos 6 anos.
Ferramentas tecnológicas desenvolvidas	EpiRio, Observatório Epidemiológico da cidade do Rio de Janeiro, com mais de 15 <i>dashboards</i>	Plataforma GeoVacina Rio, para a busca ativa de crianças em atraso da 3ª dose de Pentavalente	Plataformas GEOTB e GEOARBO Rio, que mapeiam e monitoram casos de tuberculose e arboviroses	Painel de Vigilância Mosaico e Painel de Alertas, integrando dados para ação	DataLake da Saúde, com mais de 220 milhões de dados integrados e modelados	Mais capacidade de fazer vigilância, mais informação para ação: 165 ferramentas/produtos em diferentes temáticas.
Formação e qualificação	EpiSUS Fundamental Rio — 10 turmas e mais de 300 epidemiologistas de campo formados	Especialização em Vigilância em Saúde, parceria INI/Fiocruz e IESC/UFRJ, formando 3 turmas e mais de 50 especialistas	Qualifica SINASC e Oficinas de Vigilância do óbito, para aprimorar dados vitais	Capacitação em geoprocessamento com Quantum GIS, com mais de 60 profissionais	Curso básico de investigação de surtos e Curso Básico de Vigilância Epidemiológica	Melhora na prestação de serviços e na tomada de decisões, e aumento da eficiência das ações em saúde.
Agravos não transmissíveis	Colaboração no Monitor de Violência Interpessoal e Autoprovocada	Implementação da notificação compulsória de amputações de membros em unidades hospitalares	Implementação da notificação compulsória de vítimas de acidentes de transporte terrestre	Lançamento do Plano Municipal de Segurança Viária, com diretrizes para a proteção no trânsito	Comissão Permanente de Segurança Viária, com participação permanente da vigilância em saúde	Ampliou o escopo e identificou áreas de risco e tendências de saúde, essenciais para ações preventivas e de reabilitação.

Fonte: SMS-Rio. *Métrica global da OMS para avaliação da velocidade de resposta a surtos de doenças infecciosas.

A Vigilância em Saúde no MRJ avançou na melhora de indicadores estratégicos, como as coberturas vacinais, consolidou parcerias e inovou ao integrar ciência, tecnologia e inteligência epidemiológica nas práticas e na tomada de decisão. Com a implementação de novos pontos na rede de vigilância e processos de trabalho articulados, implantação de plataformas inovadoras e o fortalecimento da capacidade técnica, redefiniu-se o fazer vigilância em saúde em um grande centro urbano, alinhando-se aos desafios contemporâneos e projetando-se como um modelo a ser seguido.

No atual quadriênio de gestão, a Vigilância em Saúde do MRJ terá como missão consolidar a sua capacidade de detectar e responder, de forma rápida e eficiente, a surtos e epidemias, que tendem a se tornar mais frequentes e complexos diante do cenário global de urbanização, mobilidade intensa e mudanças climáticas. O fortalecimento dessa capacidade passa pelo aprimoramento de sistemas de alerta e monitoramento em tempo real, integração de diferentes fontes de dados e qualificação permanente das equipes. A vigilância epidemiológica precisa estar preparada para atuar preventivamente, reduzindo riscos e mitigando impactos sobre a população.

Um eixo central nesse processo será a ampliação da interface entre clima, ambiente e saúde. O MRJ, pioneiro em protocolos de calor e uso de dados climáticos para vigilância, deve avançar no desenvolvimento de novos protocolos que contemplem também a qualidade do ar, poluição atmosférica e demais impactos ambientais que afetam diretamente a saúde humana. Isso implica investir na produção e uso de evidências científicas, capazes de orientar políticas públicas para uma cidade mais resiliente e adaptativa, articuladas com setores estratégicos do MRJ, como o Centro de Operações e Resiliência (COR), Secretaria Municipal do Ambiente e Clima (SMAC) e Defesa Civil municipal.

Outro ponto decisivo será a continuidade da expansão da cobertura vacinal. A manutenção de altos níveis de imunização é fundamental para prevenir o ressurgimento de doenças já controladas e para conter novas emergências sanitárias. Nesse sentido, a inteligência epidemiológica e o desenvolvimento de soluções em inteligência artificial aplicadas à saúde terão papel cada vez mais relevante, de modo a identificar populações em risco, antecipar cenários de propagação de doenças e apoiar a tomada de decisão em tempo real. O MRJ terá a oportunidade de se consolidar como referência no uso dessas tecnologias para a vigilância em saúde.

Por fim, permanecem como desafios prioritários o enfrentamento da mortalidade e o fortalecimento da vigilância dos óbitos no município, garantindo análises qualificadas que subsidiem ações concretas de prevenção. O controle de vetores, especialmente em uma cidade com forte sazonalidade de arboviroses, continuará exigindo inovação, integração comunitária e estratégias intersetoriais. Assim, o planejamento da vigilância deverá equilibrar inovação tecnológica, sustentabilidade das ações e compromisso com a redução das desigualdades em saúde.

Foto 11. Centro de Inteligência Epidemiológica da SMS-Rio

Foto: Edu Kapps (Arquivo SMS-Rio).

3.8 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um componente essencial da rede de saúde do MRJ, responsável por identificar, monitorar e intervir nos fatores de risco relacionados ao trabalho que impactam a saúde da população economicamente ativa. Sua atuação é estratégica em um território marcado por intensa diversidade ocupacional, que abrange desde grandes polos industriais e atividades de comércio e serviços até o trabalho informal, precarizado e sem proteção social.

A VISAT atua de forma integrada com a vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, além de articular-se com a APS e a rede hospitalar. Essa integração permite detectar precocemente agravos relacionados ao trabalho, como acidentes, intoxicações, doenças respiratórias, músculo esqueléticas e transtornos mentais.

Nos últimos anos, a saúde do trabalhador no município avançou com a implementação de protocolos de notificação compulsória de agravos no SINAN, a realização de inspeções conjuntas em setores de maior risco, como construção civil, indústria naval e hospitais, e a criação de fluxos de referência e contrarreferência entre a APS, os serviços de urgência e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Houve também a realização de campanhas educativas sobre prevenção de acidentes, ergonomia e saúde mental no trabalho, além do fortalecimento dos CEREST como referência técnica e assistencial, responsáveis por capacitar profissionais, investigar surtos e apoiar ações intersetoriais com órgãos de fiscalização. Esses esforços resultaram na ampliação do número de notificações, na integração entre APS e serviços especializados e na expansão de campanhas de prevenção em setores estratégicos da economia.

Apesar dos avanços, ainda persistem desafios significativos, como a alta subnotificação de acidentes e doenças relacionados ao trabalho, especialmente no setor informal, e as desigualdades territoriais no acesso aos serviços especializados. Soma-se a isso a insuficiência de recursos humanos qualificados para atuar em VISAT e as dificuldades na articulação intersetorial para o enfrentamento de riscos ocupacionais em larga escala. Esses obstáculos evidenciam a necessidade de ampliar a cobertura dos serviços, investir em formação permanente e fortalecer a coordenação entre saúde, trabalho e fiscalização para garantir maior efetividade das políticas públicas nessa área.

3.9 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

O Instituto Municipal de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e de Inspeção Agropecuária (IVISA-Rio) desempenha um papel central na regulação sanitária e agropecuária do MRJ. Suas competências estão alinhadas com os mais recentes princípios do controle de riscos sanitários advindos de produtos e serviços, tais como a regulação técnica, a ação baseada em evidência, a transparência, a inovação e a articulação intersetorial. Esta complexa estrutura demanda forte coordenação interna, investimento contínuo em tecnologia da informação e atenção à governança integrada.

O IVISA-Rio atua como instância local de regulação sanitária e agropecuária, com dupla vinculação normativa e técnica que envolve o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e o Sistema Unificado de Atenção à Sanidade Agropecuária (SUASA), o que amplia seu campo de atuação e exige elevado grau de articulação interinstitucional.

São competências do IVISA-Rio:

- Exercer funções normativas e regulatórias, podendo editar atos administrativos, interdições e normas técnicas;
- Instituir tarifas, licenciar e sancionar, com autonomia técnica e administrativa;
- Assessorar a alta gestão da SMS-Rio, destacando o papel estratégico do Instituto no controle do risco sanitário;

- Coordenar as políticas públicas locais em consonância com diretrizes nacionais, articulando ações intersetoriais;
- Fiscalizar, de forma ampla e diversificada, com foco em riscos sanitários em inspeções rotineiras ou extraordinárias;
- Atuar em todos os setores econômicos relevantes, tais como alimentos, saúde, medicamentos, cosméticos, transporte, estética, agroindústria e educação;
- Utilizar indicadores, georreferenciamento, epidemiologia e sistemas digitais, focando na gestão baseada em evidências.

Atualmente, fazem parte do Instituto as seguintes coordenadorias:

- **Coordenadoria Geral de Licenciamento e Fiscalização (CGLF):** concentra setores operacionais de fiscalização de serviços, produtos e ambientes de interesse da saúde (alimentos, saúde, serviços veterinários, ambientes coletivos), além do Laboratório de Análise Pericial de Produtos de Interesse Sanitário e Agropecuário (LAPS);
- **Coordenadoria Geral de Inovação, Projetos, Pesquisa e Educação Sanitária (CGIPE):** gerencia e executa as atividades voltadas à pesquisa e inovação e ações em educação sanitária para o público interno e externo;
- **Coordenadoria Técnica de Análise de Tecnologias em Saúde e Insumos Estratégicos (CTATS):** implementa e coordena a gestão das aquisições de insumos estratégicos, observados os princípios e as diretrizes do SUS, assessorando as diversas subsecretarias da SMS-Rio.

3.10 ATENÇÃO ESPECIALIZADA

A rede de atenção especializada municipal é composta por policlínicas, centros de especialidades, hospitais especializados e os Super Centros Cariocas de Saúde, que oferecem desde consultas médicas em diversas especialidades até procedimentos de alta complexidade.

Os hospitais especializados, que fazem parte dessa rede, garantem a retaguarda necessária para o atendimento de alta complexidade, assegurando suporte contínuo e especializado para os casos que demandam intervenções hospitalares específicas.

Destaca-se a rede de reabilitação para pessoas com deficiência, que atua na recuperação funcional de indivíduos com deficiências físicas, intelectuais, auditivas e visuais, integrando-se a programas sociais e educacionais, para promover a inclusão e a autonomia dos usuários.

É importante ressaltar que, no período de 2021 a 2024, a SMS-Rio intensificou investimentos destinados à ampliação da oferta de consultas, exames e procedimentos na atenção especializada, sobretudo por meio da inauguração de novos Centros de Especialidades e do Super Centro Carioca de Saúde localizado em Benfica.

Essas ações estruturantes contribuíram para aumentar a capacidade assistencial, qualificar os fluxos de encaminhamento e fortalecer a continuidade do cuidado no âmbito da rede de atenção à saúde, promovendo maior resolutividade e integração entre os níveis de atenção.

3.10.1 SUPER CENTRO CARIOCA DE SAÚDE

O Super Centro Carioca de Saúde (SCCS), atualmente considerado o maior complexo público de saúde, é formado por três unidades de atenção especializada, sendo elas o Centro Carioca de Especialidade (CCE), o Centro Carioca do Olho (CCO) e o Centro Carioca de Diagnóstico e Tratamento por Imagem (CCDTI).

Localizado no bairro de Benfica, na região do centro da cidade, atende a todas as AP, organizando a sua oferta de consultas, exames e procedimentos exclusivamente por meio do SISREG. Essa oferta está disponível para todas as unidades da SMS-Rio, incluindo as unidades de APS e unidades hospitalares.

3.10.2 CENTRO CARIOCA DE ESPECIALIDADES

A primeira unidade do SCCS a ser inaugurada foi o CCE, em outubro de 2022. Essa unidade conta atualmente com mais de 100 médicos de diferentes especialidades que podem ser modeladas de acordo com as principais demandas de fila do SISREG, de forma a agilizar e melhor atender às necessidades da média complexidade ambulatorial.

Além das especialidades médicas, a unidade conta com serviços diferenciais como o Centro de Especialidades Odontológicas tipo III, o Laboratório de Próteses Odontológicas, o Serviço de Diálise Peritoneal Domiciliar e o Atendimento Multiprofissional de pessoas em oxigenoterapia domiciliar.

Nos Quadros 4, 5 e 6 seguem listados os serviços assistenciais da unidade.

Quadro 4. Consultas médicas especializadas, CCE

ESPECIALIDADES	AÇÕES	ACESSO (SISREG)
Angiologia	Tratamento da insuficiência venosa crônica e varizes	■ Consulta em angiologia
Cardiologia	Tratamento da hipertensão arterial sistêmica refratária e insuficiência cardíaca congestiva	■ Consulta em cardiologia
Cirurgia Vascular	Tratamento de varizes com espuma (não estética)	■ Consulta em cirurgia vascular — tratamento de varizes com espuma não estética
Coloproctologia	Clínica, retossigmoide e biópsias superficiais	■ Consulta em coloproctologia

ESPECIALIDADES	AÇÕES	ACESSO (SISREG)
Dermatologia	Biópsia de pele e pequenos procedimentos	■ Consulta em dermatologia — biópsia de pele ■ Consulta em dermatologia — pequenos procedimentos
Endocrinologia	Tratamento com foco em diabetes	■ Consulta em endocrinologia — diabetes
Fonoaudiologia	Acompanhamento infantil, casos de dislalia, e atrasos da fala/ desenvolvimento	■ Consulta em fonoaudiologia — infantil
Gastroenterologia / Hepatologia	Tratamento das alterações hepatológicas, cirrose, nódulo hepático, esteatose	■ Consulta em gastroenterologia — hepatologia
Ginecologia	Patologia cervical	■ Consulta em ginecologia — patologia cervical
Nefrologia	Tratamento das alterações nos marcadores renais, doença renal crônica	■ Consulta em nefrologia
Neurologia Geral e Subespecialidades	Tratamento dos casos de epilepsia, doença de Parkinson, demências e neurologia pediátrica	■ Consulta em neurologia ■ Consulta em neurologia — epilepsia ■ Consulta em neurologia — pediatria
Ortopedia Geral e Pediátrica	Tratamento de dores mecânicas, desvios de eixo, definição de casos cirúrgicos ou não	■ Consulta em ortopedia geral ■ Consulta em ortopedia — pediatria
Otorrinolaringologia	Clínica, rouquidão, disacusia, otites, sinusites	■ Consulta em otorrinolaringologia
Pneumologia	Tratamento de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, asma, nódulo pulmonar	■ Consulta em pneumologia
Reumatologia	Tratamento de doenças autoimunes, vasculites, artrites	■ Consulta em reumatologia
Urologia Geral e Subespecializada	Clínica (hiperplasia prostática benigna, nódulos, incontinência) e disfunção sexual	■ Consulta em urologia ■ Consulta em urologia — disfunção sexual

Fonte: *Dashboard* — Painel de Gestão SCCS e SISREG, 2025.

Quadro 5. Consultas odontológicas especializadas, CCE

PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS OFERTADOS	AÇÕES	ACESSO (SISREG)
Cirurgia Oral Menor	Exodontias complexas, cirurgia de tecidos moles	■ Consulta em odontologia — cirurgia oral menor
Dor Orofacial	Tratamento da disfunção temporomandibular, bruxismo e dores neuropáticas	■ Consulta em odontologia — dor orofacial
Endodontia	Tratamento e retratamento de canal	■ Consulta em odontologia — endodontia
Estomatologia	Diagnóstico de lesões de boca e mucosa	■ Consulta em odontologia — estomatologia
Atendimento ao Paciente com Necessidades Especiais	Adaptação do atendimento odontológico para pessoas com necessidades especiais com tratamento curativo e reabilitador	■ Consulta em odontologia — paciente com necessidade especial
Periodontia	Tratamento da gengiva e tecidos de suporte	■ Consulta em odontologia — periodontia
Frenectomia Pediátrica	Correção de freios labiais e linguais	■ Frenectomia lingual — pediatria

Fonte: *Dashboard* — Painel de Gestão SCCS e SISREG, 2025.

Quadro 6. Serviços de apoio especializados, CCE

SERVIÇO	AÇÕES	ACESSO (SISREG)
Atenção ao Paciente em Diálise Peritoneal Domiciliar	Monitoramento e suporte clínico especializado de pacientes dialíticos em domicílio	Por meio de captação hospitalar das unidades treinadas
Atenção ao Paciente em Oxigenoterapia Domiciliar	Avaliação, prescrição e acompanhamento de pacientes em uso contínuo de oxigênio em regime domiciliar	Avaliação multiprofissional — oxigenoterapia domiciliar

Fonte: *Dashboard* — Painel de Gestão SCCS e SISREG, 2025.

Desde a inauguração do CCE até 31/07/2025, a unidade produziu 567.866 consultas, exames e procedimentos, conforme a Tabela 3. A taxa de absenteísmo se mantém estável em 26,3%, dado que subsidia o planejamento de ofertas extras no SISREG com a finalidade de manter a capacidade operacional da unidade próxima a sua capacidade instalada (Quadro 7).

Tabela 3. Produção apresentada, CCE (out/22 a jul/25)

GRUPO DE PROCEDIMENTOS (SIGTAP)	QUANTIDADE
01-Ações de promoção e prevenção em saúde	8.295
02-Procedimentos com finalidade diagnóstica	70.807
03-Procedimentos clínicos	442.466
04-Procedimentos cirúrgicos	41.892
07-Órteses, próteses e materiais especiais	4.381
09-Procedimentos p/Ofertas de Cuidados Integrados	25
TOTAL	567.866

Fonte: DATASUS, 2025. Dados sujeitos à revisão.

Quadro 7. Capacidade instalada, CCE

PAVIMENTO	SETOR	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
TÉRREO	Portaria	Guichê de atendimento	2
1.º ANDAR	Recepção	Guichê de atendimento	6
	Recepção de retorno	Guichê de atendimento	3
	Consultórios de Otorrinolaringologia	Consultório de atendimento	1
	Consultórios clínicos indiferenciados	Consultório de atendimento	10
	Consultórios de Urologia	Consultório de atendimento	3
	Consultórios de Dermatologia	Consultório de atendimento	2
	Consultórios pediátricos	Consultório de atendimento	3
	Sala de estabilização	Sala para intercorrências clínicas	1

PAVIMENTO	SETOR	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
2.º ANDAR	Recepção	Guichê de atendimento	6
	Recepção de retorno	Guichê de atendimento	2
	Consultórios de Odontologia	Consultório de atendimento	7
	Consultórios de Coloproctologia e Hepatologia	Consultório de atendimento	2
	Consultórios de Ginecologia Patologia Cervical e Cirurgia Vascular	Consultório de atendimento	2
	Sala Multiprofissional de Oxigenoterapia Domiciliar	Consultório de atendimento	1
	Sala de treinamento — diálise peritoneal	Consultório de atendimento	1
3.º ANDAR	Direção CCE		
	Coordenação Geral SCCS		
	Auditório		
	Lanchonete		

Fonte: Relatório de Gestão — Painel de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais (OSINFO) e CNES, 2025.

3.10.3 CENTRO CARIOCA DO OLHO

O Centro Carioca do Olho (CCO) foi inaugurado em fevereiro de 2023. Trata-se de uma unidade de atenção especializada voltada para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças oftalmológicas, que se destaca como referência em atenção de média e alta complexidade. Oferece atendimentos ambulatoriais, exames especializados e cirurgias de catarata, glaucoma, retina, estrabismo, entre outras subespecialidades oftalmológicas. É considerado o maior prestador de serviço de oftalmologia do SUS em todo o Brasil, e é responsável por cerca de 80% das consultas e procedimentos da especialidade realizados na saúde pública carioca.

Nos Quadros 8, 9 e 10 seguem listados os serviços assistenciais da unidade.

Quadro 8. Consultas especializadas em oftalmologia, CCO

ESPECIALIDADES	AÇÕES	ACESSO (SISREG)
Geral	Acolhimento, triagem e resolução inicial, sendo o eixo organizador do cuidado oftalmológico dentro da unidade	■ Consulta em oftalmologia geral
Glaucoma	Diagnóstico, estadiamento e tratamento clínico e cirúrgico de glaucoma de ângulo aberto e fechado, oferecendo atendimento especializado e integral ao paciente	■ Consulta em oftalmologia glaucoma ■ Oftalmologia — exames para glaucoma
Catarata	Realização de facectomias com implante de lente intraocular (cirurgia de catarata), capsulotomia por Yag Laser e exames complementares pertinentes à realização do procedimento cirúrgico	■ Consulta em oftalmologia cirurgia — catarata ■ Consulta em oftalmologia consulta de cirurgia de catarata 2.º olho ■ Oftalmologia — ecobiometria
Plástica ocular	Tratamento cirúrgico das doenças de pálpebra, seus anexos e cavidade orbitária, incluindo neoplasias	■ Oftalmologia — tratamento cirúrgico de pterígio ■ Consulta em oftalmologia — plástica ocular ■ Oftalmologia sondagem de vias lacrimais (adultos) ■ Oftalmologia sondagem de vias lacrimais (pediatria)
Pediatria	Acolhimento, triagem e resolução inicial, sendo o eixo organizador do cuidado oftalmológico pediátrico dentro da unidade; também responsável pelo atendimento e seguimento de pacientes entre 0 e 18 anos e portadores de estrabismo, realizando atendimento ambulatorial e cirúrgico	■ Consulta em oftalmologia — pediatria ■ Consulta em oftalmologia — reflexo vermelho alterado
Retina	Tratamento clínico e cirúrgico das doenças do segmento posterior do globo ocular, incluindo o deslocamento de retina, retinopatia diabética, degeneração macular relacionada à idade, retinopatia da prematuridade, entre outros	■ Consulta em oftalmologia — retina geral ■ Oftalmologia ultrassonografia do globo ocular ou de órbita

ESPECIALIDADES	AÇÕES	ACESSO (SISREG)
Córnea	Atua na avaliação, diagnóstico, tratamento e acompanhamento das mais diversas patologias corneanas, como o ceratocone, ectasias corneanas e degenerações de córnea, realizando exames da superfície anterior e posterior da córnea, análise microscópica, mapa paquimétrico e procedimentos cirúrgicos como implante de anel escleral e <i>crosslinking</i> , além da adaptação de lentes de contato escleral para portadores de ceratocone elegíveis em protocolo	■ Consulta em oftalmologia — córnea
Estrabismo	Responsável pelo atendimento e seguimento de pacientes portadores de estrabismo em qualquer faixa etária, realizando atendimento ambulatorial e cirúrgico	■ Consulta em oftalmologia — estrabismo ■ Consulta em oftalmologia — pediatria estrabismo
Ceratocone	Atua na avaliação, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes portadores de ceratocone	■ Consulta em oftalmologia — ceratocone
Internados	Atua na avaliação, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes internados em unidades hospitalares da rede SMS-Rio	■ Grupo oftalmologia internado

Fonte: *Dashboard* — Painel de Gestão SCCS e SISREG, 2025.

Quadro 9. Exames e procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos, CCO

PROCEDIMENTOS	AÇÕES	ACESSO (SISREG E AGENDAMENTO INTERNO)
Capsulotomia com YAG Laser	Realizada após cirurgia de catarata, trata a opacificação da cápsula posterior que pode se formar com o tempo	■ Oftalmologia — capsulotomia a yag laser
Iridotomia com laser	Consiste em um YAG Laser que cria um pequeno orifício na íris para melhorar o escoamento do líquido ocular em casos de glaucoma de ângulo estreito	■ Oftalmologia — iridotomia a laser

PROCEDIMENTOS	AÇÕES	ACESSO (SISREG E AGENDAMENTO INTERNO)
Fototrabeculoplastia com laser (glaucoma)	Consiste em uma Trabeculoplastia Seletiva a Laser (SLT — do inglês <i>Selective Laser Trabeculoplasty</i>) — laser aplicado na malha trabecular do olho, para facilitar a drenagem do humor aquoso	■ Oftalmologia — trabeculoplastia a laser
Exerese de calázio e outras pequenas lesões de pálpebras e supercílios	Remoção cirúrgica de lesões	■ Oftalmologia — exerese de calázio e outras pequenas lesões da pálpebra e supercílios
Vitrectomia	Cirurgia de retina	■ Oftalmologia — vitrectomia posterior com inferior

Fonte: *Dashboard* — Painel de Gestão SCCS e SISREG, 2025.

Quadro 10. Serviço de apoio, CCO

SERVIÇO	AÇÕES	ACESSO (AGENDAMENTO INTERNO)
Serviço de Ótica	Serviço de prescrição e dispensação de óculos para pacientes atendidos no CCE, e entrega de lentes corretivas conforme necessidade visual diagnosticada	Por meio de consulta médica em oftalmologia geral e subespecialidades

Fonte: *Dashboard* — Painel de Gestão SCCS, 2025.

Desde a inauguração do CCO até 31/07/2025, a unidade produziu 1.086.917 consultas, exames e procedimentos, conforme a Tabela 4. A taxa de absenteísmo se mantém estável em 19,0%, dado este que subsidia o planejamento de ofertas extras no SISREG com a finalidade de manter a capacidade operacional da unidade próxima a sua capacidade instalada (Quadro 11).

Tabela 4. Produção apresentada, CCO (fev/23 a jul/25)

GRUPO DE PROCEDIMENTOS (SIGTAP)	QUANTIDADE
02-Procedimentos com finalidade diagnóstica	666.480
03-Procedimentos clínicos	309.751
04-Procedimentos cirúrgicos	48.720
07-Órteses, próteses e materiais especiais	60.658
09-Procedimentos p/Ofertas de Cuidados Integrados	1.308
TOTAL	1.086.917

Fonte: DATASUS, 2025. Dados sujeitos à revisão.

Quadro 11. Capacidade instalada, CCO

PAVIMENTO	SETOR	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
TÉRREO	Recepção de retorno	Guichê de atendimento	5
	Recepção de retirada de exame	Guichê de atendimento	3
	Farmácia	Guichê de atendimento	4
	Ótica	Guichê de atendimento	7
	Serviço Social e Ouvidoria		
	Ouvidoria		
	Ouvidoria Presencial		
	Acolhimento Assistência Social		
1º ANDAR	Recepção	Guichê de atendimento	7
	Consultórios de Oftalmologia Geral	Consultório de atendimento	17
	Consultórios de Oftalmologia Pediátrica/ Estrabismo	Consultório de atendimento	3
	Consultório de Risco Cirúrgico	Consultório de atendimento	1
	Consultório de Ortóptica	Consultório de atendimento	1
	Sala de apoio de Enfermagem	Sala da Enfermagem	1
	Sala de estabilização	Sala para intercorrências clínicas	1
	Sala de pré-exame	Sala de exames	4
	Sala de Campo Visual	Sala para exame de Campo Visual	4
	Sala da Direção		
	Faturamento		
	Núcleo Interno de Regulação (NIR)		

PAVIMENTO	SETOR	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
2º ANDAR	Recepção	Guichê de atendimento	6
	Consultórios de Especialidades	Consultório de retina	4
		Consultório de córnea	1
		Consultório de plástica	1
		Consultório de catarata	5
		Consultório de glaucoma	3
	Sala de exames por especialidade	Sala de exames	4
Sala de reunião			
3º ANDAR	Recepção	Guichê de atendimento	5
	Centro cirúrgico	Salas cirúrgicas	10
		Recuperação pós-anestésica (RPA)	10 leitos
		Cabine de troca	4
		Poltronas (pré e pós-cirúrgico)	12
	Vestiários masculino e feminino		
	Central de Material e Esterilização (CME)		
	Área de Banco de Olhos		

Fonte: Relatório de Gestão — Painel de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais (OSINFO) e CNES, 2025.

3.10.4 CENTRO CARIOCA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO POR IMAGEM

O Centro Carioca de Diagnóstico e Tratamento por Imagem (CCDTI) foi inaugurado em fevereiro de 2023. Esta unidade é referência no MRJ para a realização de exames especializados e procedimentos ambulatoriais em apoio à clínica, cirurgia, oncologia, neurologia, ortopedia, cardiologia, pneumologia, reumatologia e outras áreas, atuando como retaguarda de unidades hospitalares e ambulatoriais. Por meio da Tomografia Computadorizada, o CCDTI apoia o funcionamento dos setores de imagem de outras 31 unidades da rede SMS-Rio (unidades avançadas), disponibilizando o sistema de gerenciamento de imagens e laudos.

No Quadro 12 seguem listados os serviços assistenciais da unidade.

Quadro 12. Exames e procedimentos ofertados, CCDTI

PROCEDIMENTO / EXAME	SEGMENTO	ACESSO
Ressonância Magnética	■ Crânio ■ Coluna (cervical, torácica, lombossacra) ■ Abdômen superior ■ Bacia/pelve ■ Mama (bilateral) ■ Mastoides ou ouvidos ■ Pescoço ■ Órbitas ■ Sela túrcica ■ Tórax ■ Vias biliares ■ Articulação temporomandibular ■ Membro superior/inferior (uni ou bilateral) ■ Segmentos diversos para pacientes internados	■ Angioressonância cerebral ■ Ressonância magnética (internados) ■ Ressonância magnética de abdômen superior ■ Ressonância magnética de articulação temporomandibular (bilateral) ■ Ressonância magnética de bacia/pelve ■ Ressonância magnética de coluna cervical ■ Ressonância magnética de coluna lombossacra ■ Ressonância magnética de coluna torácica ■ Ressonância magnética de crânio ■ Ressonância magnética de mama (bilateral) ■ Ressonância magnética de mastoides ou ouvidos ■ Ressonância magnética de membro inferior (bilateral) ■ Ressonância magnética de membro inferior (unilateral) ■ Ressonância magnética de membro superior (bilateral) ■ Ressonância magnética de membro superior (unilateral) ■ Ressonância magnética de órbitas ■ Ressonância magnética de pescoço ■ Ressonância magnética de sela túrcica ■ Ressonância magnética de tórax ■ Ressonância magnética de vias biliares ■ Ressonância magnética do coração/cardíaca

PROCEDIMENTO / EXAME	SEGMENTO	ACESSO
Tomografia Computadorizada	■ Crânio (adulto e pediátrico) ■ Face/seios da face (adulto e pediátrico) ■ Coluna (cervical, torácica, lombossacra) ■ Órbitas ■ Pescoço ■ Tórax (adulto e pediátrico) ■ Abdômen superior ■ Bacia/pelve ■ Mastoides/ouvidos ■ Aparelho urinário ■ Membros superiores/inferiores ■ Sela túrcica ■ Articulação temporomandibular ■ PET-CT (Tomografia por Emissão de Pósitrons)	■ Tomografia computadorizada (internados) ■ Tomografia computadorizada coluna cervical ■ Tomografia computadorizada de articulações temporomandibulares ■ Tomografia computadorizada de coluna lombossacra ■ Tomografia computadorizada de coluna torácica ■ Tomografia computadorizada de crânio ■ Tomografia computadorizada de crânio pediatria ■ Tomografia computadorizada de face pediatria ■ Tomografia computadorizada de face/seios da face ■ Tomografia computadorizada de mastoides ou ouvidos ■ Tomografia computadorizada de órbita ■ Tomografia computadorizada de pelve ou bacia ■ Tomografia computadorizada de pescoço ■ Tomografia computadorizada de sela túrcica ■ Tomografia computadorizada de tórax — pediatria ■ Tomografia computadorizada do abdômen superior ■ Tomografia computadorizada do aparelho urinário ■ Tomografia computadorizada do tórax ■ Tomografia computadorizada de membro inferior ■ Tomografia computadorizada de membro superior ■ Tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT)

PROCEDIMENTO / EXAME	SEGMENTO	ACESSO
Ultrassonografia	■ Abdômen superior / total (adulto e pediátrico) ■ Aparelho urinário ■ Articulações ■ Bolsa escrotal (com e sem Doppler) ■ Parede abdominal ■ Partes moles ■ Próstata (via abdominal) ■ Tireoide ■ Pélvica / transvaginal ■ Mamas (bilateral) ■ Sistema porta com Doppler colorido ■ Artérias carótidas e vertebrais com Doppler	■ Doppler arterial de MMII ■ Doppler arterial de MMSS ■ Doppler venoso de MMII ■ Doppler venoso de MMSS ■ Exames ultrassonográficos — internados ■ Ultrassonografia de abdômen superior ■ Ultrassonografia de abdômen total ■ Ultrassonografia de abdômen total — pediátrica ■ Ultrassonografia de aparelho urinário ■ Ultrassonografia de artérias carótidas e vertebrais com doppler ■ Ultrassonografia de articulação ■ Ultrassonografia de bolsa escrotal ■ Ultrassonografia de bolsa escrotal com doppler ■ Ultrassonografia de parede abdominal ■ Ultrassonografia de partes moles ■ Ultrassonografia de próstata (via abdominal) ■ Ultrassonografia de tireoide ■ Ultrassonografia doppler ilíaca (3 vasos) ■ Ultrassonografia doppler de artérias renais ■ Ultrassonografia doppler de tireoide ■ Ultrassonografia pélvica pediátrica ■ Ultrassonografia pélvica (abdômen inferior) ■ Ultrassonografia pélvica (ginecológica) ■ Ultrassonografia de mamas bilateral ■ Ultrassonografia sistema porta com doppler colorido ■ Ultrassonografia transvaginal

PROCEDIMENTO / EXAME	SEGMENTO	ACESSO
Cardiopulmonares e Neuromusculares	▪ Sistema cardiovascular ▪ Sistema respiratório ▪ Sistema neuromuscular	▪ Ecocardiografia transtorácica ▪ Ecocardiografia transtorácica — pediatria ▪ Espirometria ▪ Espirometria — pediátrica ▪ Eletroneuromiografia ▪ Broncoscopia ▪ Broncoscopia internados ▪ Videolaringoscopia
Cintilografia (Medicina Nuclear)	▪ Miocárdio/perfusão — repouso e estresse ▪ Glândulas salivares (com/sem estímulo) ▪ Óssea (com/sem fluxo sanguíneo — corpo inteiro) ▪ Trânsito esofágico (líquido e semissólido) ▪ Renal (qualitativa/quantitativa)	▪ Cintilografia — linfocintilografia ▪ Cintilografia das glândulas salivares com ou sem estímulo ▪ Cintilografia de paratireoides ▪ Cintilografia do fígado e baço — mínimo 5 imagens ▪ Cintilografia do miocárdio/perfusão — repouso/estresse ▪ Cintilografia óssea com ou sem fluxo sanguíneo (corpo inteiro) ▪ Cintilografia para estudo de trânsito esofágico (líquido) ▪ Cintilografia para estudo de trânsito esofágico (semissólido) ▪ Cintilografia para pesquisa de hemorragia digestiva não ativa ▪ Cintilografia para avaliação de esvaziamento gástrico ▪ Cintilografia para pesquisa de refluxo gastroesofágico ▪ Cintilografia renal (qualitativa e/ou quantitativa) ▪ Cistocintilografia indireta
Ginecologia	▪ Histeroscopia diagnóstica	▪ Consulta em ginecologia — histeroscopia diagnóstica
Gastroenterologia	▪ Trato gastrointestinal	▪ Endoscopia digestiva alta
Densitometria Óssea	▪ Radiodiagnóstico adulto (incluindo adultos de outros municípios)	▪ Densitometria óssea — radiodiagnóstico ▪ Densitometria óssea — radiodiagnóstico — PPI

PROCEDIMENTO / EXAME	SEGMENTO	ACESSO
Mamografia	■ Raio-X mama e estereotaxia	■ Mamografia bilateral ■ Mamografia diagnóstica
Ultrassonografia intervencionista	■ Gânglio linfático, tireoide, mama, região cervical e linfonodo	■ Biópsia de gânglio linfático ■ Biópsia de mama — lesão palpável ■ Biópsia de mama guiada por US ■ Biópsia de mama por estereotaxia ■ Biópsia de tireoide guiada por US
Raio-X	■ Radiografia odontológica (incluindo adultos de outros municípios)	■ Radiografia panorâmica — odontológica ■ Radiografia panorâmica — odontológica — PPI

Fonte: *Dashboard* — Painel de Gestão SCCS e SISREG, 2025.

Desde a inauguração do CCDTI até 31/07/2025, a unidade produziu 686.952 consultas, exames e procedimentos, conforme Tabela 5. A taxa de absenteísmo se mantém estável em 34,6%, dado que subsidia o planejamento de ofertas extras no SISREG com a finalidade de manter a capacidade operacional da unidade próxima a sua capacidade instalada (Quadro 13).

Tabela 5. Produção apresentada, CCDTI (fev/23 a jul/25)

GRUPO DE PROCEDIMENTOS (SIGTAP)	QUANTIDADE
02-Procedimentos com finalidade diagnóstica	651.043
03-Procedimentos clínicos	35.909
TOTAL	686.952

Fonte: DATASUS, 2025. Dados sujeitos à revisão.

Quadro 13. Capacidade instalada, CCDTI

PAVIMENTO	SETOR	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
TÉRREO	Faturamento / Regulação	Faturamento e regulação	1
	Ouvidoria	Ouvidoria presencial	1
	Recepção da Tomografia Computadorizada, da Ressonância Magnética e da Medicina Nuclear	Guichê de atendimento	5
	Recepção de laudos	Guichê de atendimento	5
	Estabilização	Sala de intercorrências clínicas	1
	PET Scan	Sala de exame	1
	Ressonância Magnética	Sala de exame	2
	Tomografia Computadorizada	Sala de exame	1
	Ressonância Magnética e Tomografia Computadorizada	Recuperação pós-anestésica (RPA)	3 leitos
	Cintilografia	Sala de exame	2
	Cintilografia	Cabine de troca	5
	Sala de laudos	Confecção de laudos	1

PAVIMENTO	SETOR	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
1º ANDAR	Direção / Direção das Unidades Avançadas / Gerência administrativa	—	1
	Centro de Estudos	—	1
	Auditório	—	1
	Recepção — Densitometria Óssea	Guichê de atendimento	2
	Densitometria Óssea	Sala de exame	2
	Recepção — Ecocardiograma	Guichê de atendimento	3
	Ecocardiograma	Sala de exame	4
	Recepção — Espirometria/ Eletroneuromiografia	Guichê de atendimento	2
	Espirometria	Sala de exame	2
	Eletroneuromiografia	Sala de exame	2
	Recepção — Radiografia Panorâmica Odontológica	Guichê de atendimento	3
	Radiografia Panorâmica Odontológica	Sala de exame	3
	Recepção — Mamografia	Guichê de atendimento	3
	Mamografia	Sala de exame	2
	Recepção — Pré-consulta Colonoscopia	Guichê de atendimento	3
	Pré-consulta Colonoscopia	Consultório	3

PAVIMENTO	SETOR	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
2º ANDAR	Recepção — Ultrassonografia e Histeroscopia	Guichê de atendimento	10
	Ultrassonografias (com ou sem doppler)	Sala de exame	9
	Ultrassonografia Intervencionista	Sala de exame	1
	Histeroscopia Diagnóstica	Sala de exame	1
	Navegação	Serviço de navegação de pacientes com suspeita de câncer de mama	1
3º ANDAR	Recepção — Colonoscopia, Endoscopia Digestiva Alta (EDA), Broncoscopia e Videolaringoscopia	Guichê de atendimento	6
	Endoscopia Digestiva Alta	Sala de exame	2
	Colonoscopia	Sala de exame	4
	Broncoscopia	Sala de exame	1
	Videolaringoscopia	Sala de exame	1
	Central de Material e Esterilização (CME)	—	1

Fonte: Relatório de Gestão — Painel de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais (OSINFO) e CNES, 2025.

3.10.5 REABILITAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD)

A população do MRJ foi estimada em 6.211.223 milhões de habitantes em 2022, dos quais cerca de 7,4% declararam ter algum tipo de deficiência, sendo mais de 460 mil pessoas (IBGE, 2023). Essas pessoas têm direito à igualdade de oportunidades e ao acesso pleno aos serviços públicos de saúde, educação e assistência social. O município orienta suas ações pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD), atualizada em 2023, que fortalece a integralidade e a equidade do cuidado, assegurando serviços acessíveis e inclusivos em toda a Rede de Atenção à Saúde.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), organizada pela SMS-Rio, tem como objetivo estruturar ações de reabilitação física, auditiva, visual, intelectual e para pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA). Essa rede é composta por unidades próprias, conveniadas e contratua-

lizadas, e conta atualmente com cinco Centros Especializados em Reabilitação (CER*) e quatro centros especializados no atendimento à pessoa com TEA (Centro de Estímulo ao Desenvolvimento no Transtorno do Espectro Autista — CEDTEA).

Além disso, a dispensação de tecnologias assistivas tem alcançado números expressivos: entre janeiro e junho de 2025 foram entregues mais de 270 mil bolsas de ostomia, 8,3 mil aparelhos auditivos, 919 órteses e próteses, 501 meios auxiliares de locomoção e 26 bengalas articuladas.

Entre 2021 e 2024, o município avançou significativamente na estruturação da rede. Houve expansão de pontos de atenção em reabilitação, criação e fortalecimento dos CEDTEA como referência multiprofissional para o TEA, ampliação da oferta de tecnologias assistivas e maior articulação intersetorial com saúde, educação e assistência social.

Destacam-se, ainda, os progressos no diagnóstico precoce do TEA com a adoção de instrumentos como o teste de rastreamento para TEA, M-CHAT e AQ-10, pelas eSF, a inclusão das famílias no processo de cuidado e o fortalecimento da participação social, consolidando a política de atenção à pessoa com deficiência como compromisso público.

Apesar dos avanços, a rede enfrenta desafios importantes. A insuficiência de serviços em algumas regiões, especialmente na Zona Oeste, amplia desigualdades territoriais. A demanda reprimida por atendimentos especializados, sobretudo para o público com TEA, evidencia a necessidade de expansão e a qualificação da força de trabalho. Persistem barreiras físicas e comunicacionais que dificultam a acessibilidade, além do capacitismo e do preconceito contra pessoas com deficiência. Também se destacam as fragilidades na transição para a vida adulta de pessoas com TEA, que enfrentam dificuldades no acesso a emprego, moradia e autonomia.

Nesse quadriênio de gestão, o MRJ terá como compromisso a ampliação do número de CEDTEA, de modo a garantir maior equidade territorial. Pretende-se, ainda, fortalecer a informatização no controle de tecnologias assistivas e a linha de cuidado da pessoa com deficiência em todo o município.

3.11 ATENÇÃO HOSPITALAR

A atenção hospitalar da SMS-Rio é estruturada de forma integrada para responder às necessidades da população carioca, articulando diferentes tipos de unidades com competências complementares. Sua composição abrange a rede de urgência e emergência, responsável pelo atendimento imediato de agravos agudos e situações de risco, atuando como porta de entrada prioritária para casos de maior gravidade e garantindo resposta rápida e qualificada às demandas emergenciais.

Além disso, a rede hospitalar municipal é formada por hospitais gerais, hospitais especializados e maternidades, que desempenham papel fundamental na continuidade do cuidado e na oferta de serviços de média e alta complexidade. Os hospitais gerais prestam atendimento abrangente em diversas clínicas, enquanto as unidades especializadas concentram expertise em áreas es-

pecíficas. As maternidades, por sua vez, são responsáveis pela assistência integral ao ciclo gravídico-puerperal, assegurando acolhimento, segurança e qualidade no cuidado materno-infantil. Em conjunto, esses componentes configuram uma estrutura hospitalar robusta, essencial para garantir acesso, integralidade e qualidade na assistência à saúde da população do Rio de Janeiro.

3.11.1 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

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 APS; as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e os Centros de Emergência Regional (CER); as portas de entrada hospitalares de atenção às urgências e emergências, as enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos; o SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e a Atenção Domiciliar.

Sendo assim, a RUE, constitui uma rede complexa e que atende a diferentes condições clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, saúde mental, entre outras, sendo composta por diferentes unidades de atendimento que atuam de forma complementar, 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 RUE contempla todas as Áreas de Planejamento do MRJ, de modo a garantir a equidade no acesso em todos os territórios.

A ampliação da RUE por meio do modelo assistencial pré-hospitalar da UPA e do CER, com funcionamento 24 horas, reafirmam o compromisso em agilizar a assistência em rede de forma integrada.

A UPA possui estrutura de complexidade intermediária entre as unidades de APS e a rede hospitalar, com pactuações e fluxos previamente definidos, para garantir o acolhimento aos pacientes, intervir em sua condição clínica e contrarreferenciá-los para os demais pontos de atenção, proporcionando a continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população.

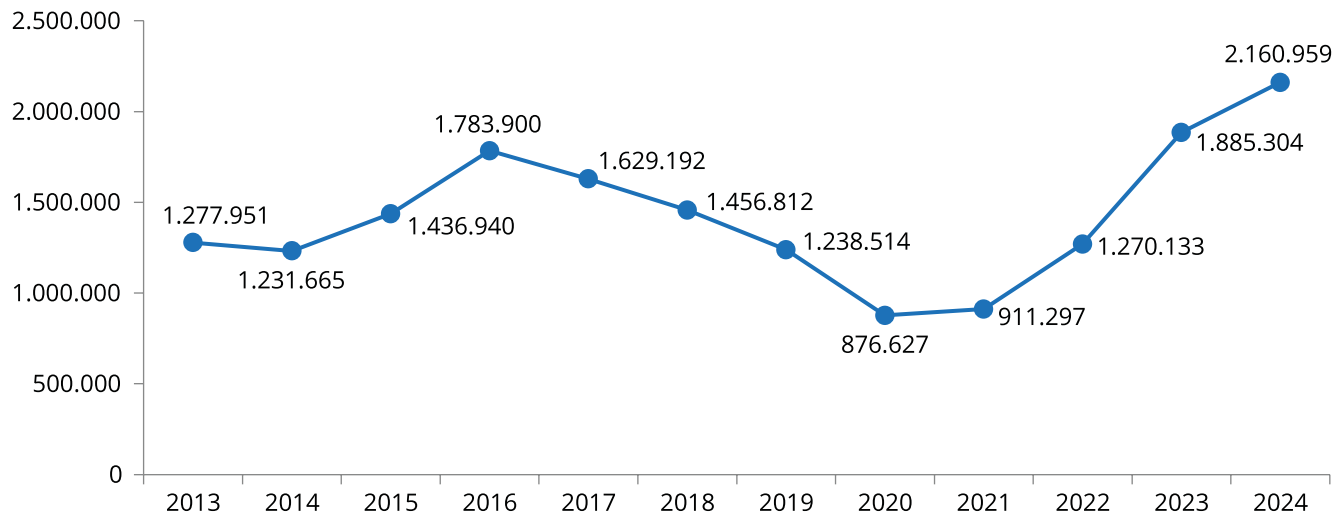
A RUE conta com 15 UPAs de gestão municipal para a ampla cobertura das AP, estando em curso o projeto de construção da UPA Mato Alto, em Guaratiba.

Quadro 14. Relação das UPAs no MRJ

UPA	ENDEREÇO
UPA Cidade de Deus	Rua Edgard Werneck, s/n.º — Freguesia
UPA Complexo do Alemão	Estrada de Itararé, 951 — Ramos
UPA Costa Barros	Estrada de Botafogo, s/n.º — Costa Barros
UPA Del Castilho	Estrada Adhemar Bebiano, 339 — Del Castilho
UPA Engenho de Dentro	Rua Bernardo, s/n.º — Engenho de Dentro
UPA João XXIII	Avenida João XXIII — Santa Cruz
UPA Madureira	Praça dos Lavradores, s/n.º — Campinho
UPA Magalhães Bastos	Rua Professor José Rodrigues, s/n.º — Magalhães Bastos
UPA Manguinhos	Avenida Dom Hélder Câmara, 1.390 — Manguinhos
UPA Paciência	Estrada Santa Eugênia, s/n.º — Paciência
UPA Rocha Miranda	Estrada do Barro Vermelho, s/n.º — Rocha Miranda
UPA Rocinha	Estrada da Gávea, 520 — Rocinha
UPA Senador Camará	Avenida de Santa Cruz, 6.486 — Senador Camará
UPA Sepetiba	Rua José Fernandes, s/n.º — Sepetiba

Fonte: SMS-Rio, 2025.

Gráfico 25. Número total de atendimentos das UPAs, MRJ, 2013–2024



Fonte: SMS-Rio, Macroindicador, 2025. Dados sujeitos à revisão.

O CER constitui 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, trazendo agilidade no atendimento.

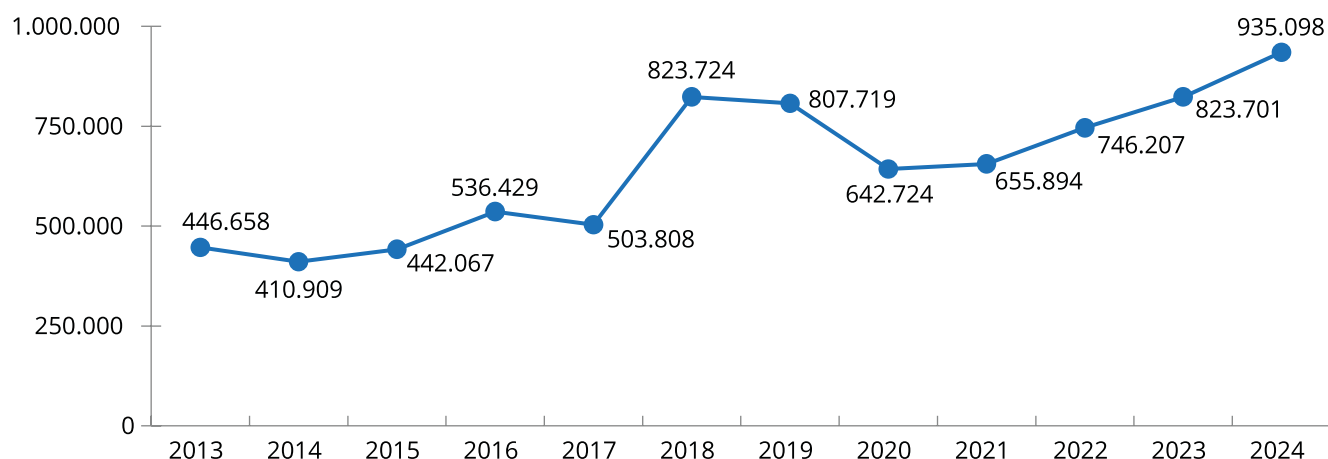
Sempre localizado ao lado de um grande hospital de emergência, esse tipo de unidade é estruturada para absorver os atendimentos de menor complexidade, permitindo que o hospital concentre seus recursos e equipes nos casos de maior gravidade, como traumas e procedimentos cirúrgicos.

A RUE conta com oito CER, incluindo a abertura do CER Andaraí em 2025, todos articulados a hospitais de referência. Essa configuração busca ampliar a oferta de atendimento, reduzir o tempo de resposta e aprimorar os resultados assistenciais. Atualmente, está em desenvolvimento o projeto do CER Méier, que integrará o complexo do Hospital Municipal Salgado Filho, assim como os processos de reestruturação dos CER Campo Grande, vinculado ao Hospital Municipal Rocha Faria, e CER Santa Cruz, associado ao Hospital Municipal Pedro II.

Quadro 15. Relação dos CER e hospitais de referência no MRJ

CER	HOSPITAL	ENDEREÇO
CER Centro	Hospital Municipal Souza Aguiar	Praça da República, 111 — Centro
CER Andaraí	Hospital Federal do Andaraí	Rua Leopoldo, 280 — Andaraí
CER Barra	Hospital Municipal Lourenço Jorge	Avenida Ayrton Senna, 2.000 — Barra da Tijuca
CER Ilha	Hospital Municipal Evandro Freire	Estrada do Galeão, 2.920 — Ilha do Governador
CER Realengo	Hospital Municipal Albert Schweitzer	Rua Nilópolis, 239 — Realengo
CER Leblon	Hospital Municipal Miguel Couto	Rua Mario Ribeiro, 117 — Gávea
CER Santa Cruz	Hospital Municipal Pedro II	Rua do Prado, 325 — Santa Cruz
CER Campo Grande	Hospital Municipal Rocha Faria	Avenida Cesário de Melo, 3.215 — Campo Grande

Fonte: SMS-Rio, 2025.

Gráfico 26. Número total de atendimentos dos CER, MRJ, 2013–2024

Fonte: SMS-Rio, Macroindicador, 2025.

O enfrentamento das situações de urgência e emergência e de suas causas requer não apenas a assistência imediata, mas inclui ações integradas de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, tratamento contínuo das doenças crônicas, a reabilitação e os cuidados domiciliares, para garantir um processo contínuo de assistência à saúde.

Ao buscar 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 Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e das Equipes Multiprofissionais 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 cuidados em saúde; e a qualificação das portas de entrada hospitalares de urgência e emergência.

Desta forma, a RUE atua em alinhamento às necessidades locais de saúde, de acordo com a complexidade sanitária. As unidades que a compõem receberão investimentos para a modernização e a qualificação dos recursos humanos, visando garantir um suporte assistencial qualificado.

3.11.2 HOSPITAIS GERAIS E ESPECIALIZADOS

A SMS-Rio mantém hospitais gerais com acesso de emergência 24 horas, estruturados para atendimento em múltiplas especialidades clínicas e cirúrgicas. Essas unidades, em sua maioria, dispõem de leitos de UTI, centros cirúrgicos e, em alguns casos, serviços de maternidade. Integram essa rede os seguintes estabelecimentos: Hospital Municipal Souza Aguiar, Hospital Municipal Miguel Couto, Hospital Municipal Evandro Freire, Hospital Municipal Salgado Filho, Hospital Municipal Francisco da Silva Telles, Hospital Municipal Lourenço Jorge, Hospital Municipal Albert Schweitzer, Hospital Municipal Rocha Faria e Hospital Municipal Pedro II.

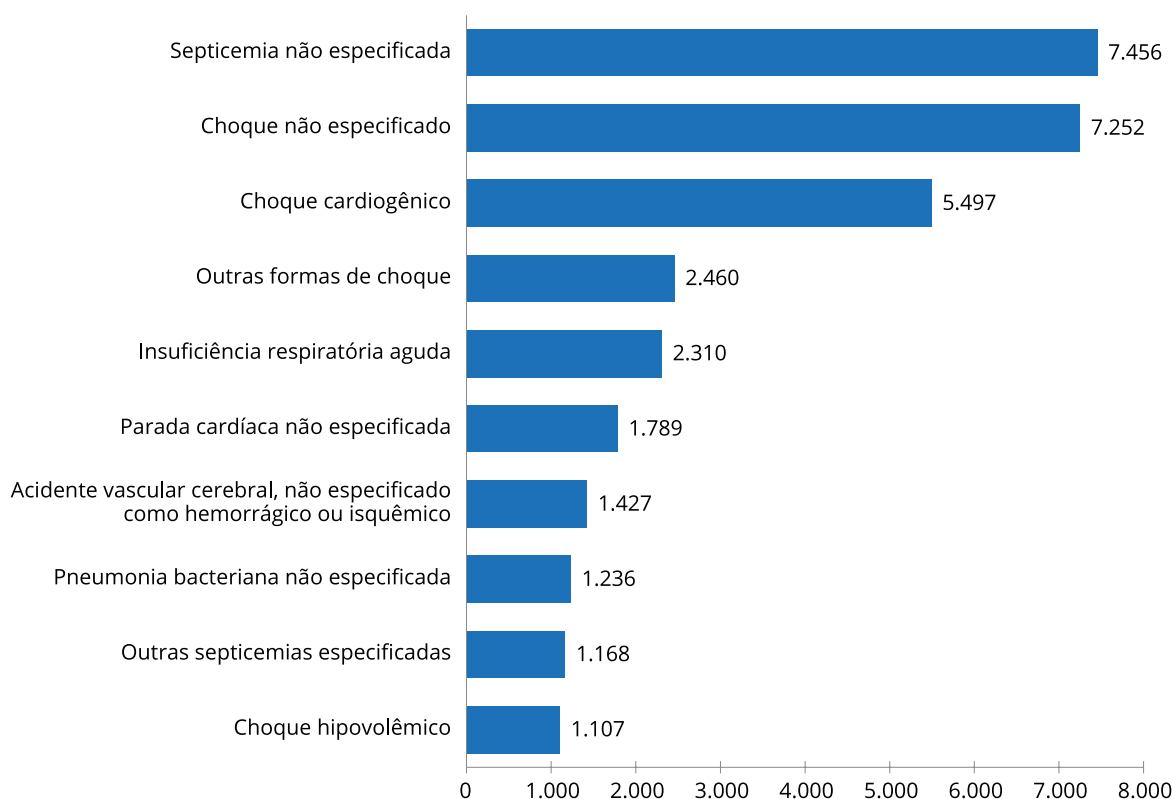
A organização dos leitos para a assistência clínica ou cirúrgica é dinâmica, possibilitando adequações à capacidade instalada e às necessidades epidemiológicas da população. Assim, em um evento com múltiplas vítimas, os leitos clínicos de um ou mais hospitais podem ser convertidos em leitos cirúrgicos, da mesma forma que os leitos cirúrgicos podem ser convertidos em leitos clínicos em situações de epidemia, doenças sazonais ou demais eventos clínicos. Essa adequação também atende à necessidade de acolhimento da livre demanda.

Portanto, a rede hospitalar municipal possui a capacidade de flexibilizar o perfil dos leitos de acordo com a demanda e sazonalidade. Dito isso, identificou-se um novo padrão comportamental, envolvendo maior uso de motocicletas e um exponencial crescimento de atendimentos a traumas decorrentes desta exposição, envolvendo principalmente jovens adultos.

Como resultado dessa situação, ampliamos e capacitamos nosso atendimento ao trauma, adequando a rede de retaguarda para apoio ao atendimento subsequente e fortalecendo as portas de entrada clínica, para manter a emergência hospitalar focada no atendimento ao trauma e a quadros cirúrgicos. Para tanto, unidades de urgência e emergência foram reformadas, tiveram a renovação do seu parque tecnológico e ampliação dos recursos humanos.

Além disso, os dados epidemiológicos recentes no MRJ indicam que, além de uma acelerada progressão de óbitos por causas externas, com ênfase nas violências e nos traumas, as doenças infecciosas (principalmente de origem respiratória), as patologias cerebrovasculares e cardiovasculares, e as doenças crônicas não transmissíveis se destacam como relevantes problemas de saúde com elevadas taxas de óbito.

Esse cenário demanda uma nova conformação do SUS, com ações que garantam um acompanhamento longitudinal dos usuários e de suas respectivas necessidades de saúde. Ressalta-se a construção dos protocolos voltados ao manejo dos casos de Acidente Vascular Cerebral e Infarto Agudo do Miocárdio com estruturação de fluxo assistencial na regulação municipal, e os projetos de Telecárdio e Teleneuro já em desenvolvimento no Hospital Miguel Couto, além da implantação de tratamento hemodinâmico.

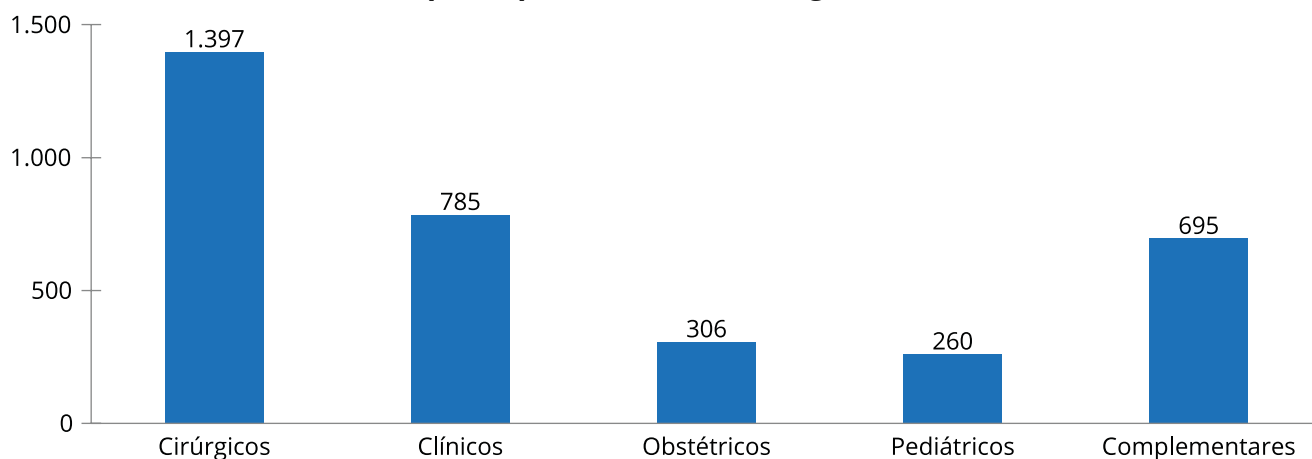
Gráfico 27. Principais Causas de Óbitos, MRJ, 2022–2025

Fonte: Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) TiMed, SMS-Rio, 2025. Dados sujeitos à revisão.

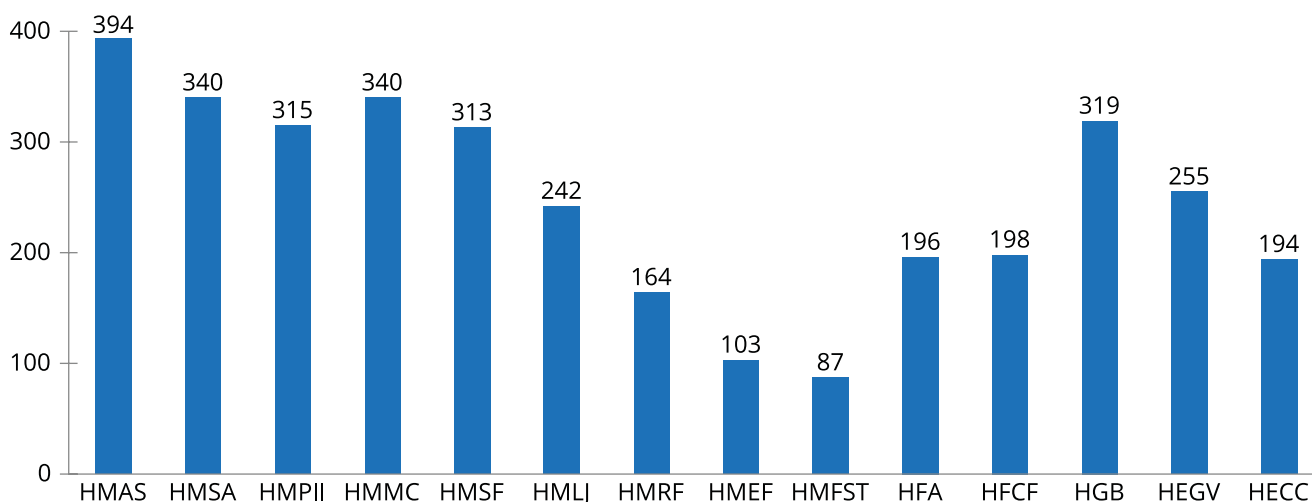
Em relação aos hospitais que recebem pacientes com agravos de urgência ou emergência no MRJ, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), além das nove unidades hospitalares municipais mencionadas anteriormente, temos também dois hospitais federais — Hospital Federal Andaraí e Hospital Federal Cardoso Fontes —, administrados pelo município por meio de acordo de cooperação técnica; dois hospitais de gestão estadual — Hospital Estadual Getúlio Vargas e Hospital Estadual Carlos Chagas —; e um hospital de gestão federal, o Hospital Federal de Bonsucesso. Juntos, esses hospitais disponibilizam 1.397 leitos cirúrgicos, 785 leitos clínicos, 306 leitos obstétricos e 260 leitos pediátricos (clínicos e cirúrgicos), além de 695 leitos complementares (CNES, 2025).

A progressiva reabertura e ampliação de leitos para a rede municipal por meio do acordo de cooperação técnica com os Hospitais Federais do Andaraí e Cardoso Fontes, e os projetos, em desenvolvimento, do novo Hospital Municipal Lourenço e do novo Hospital Municipal Rocha Faria fortalecem a oferta de leitos para todas as especialidades clínicas e cirúrgicas do escopo municipal, tendo como resultado o aumento da capacidade de atendimentos por meio da reestruturação da rede de serviços.

As unidades estão sendo readequadas conforme as demandas clínicas e operacionais, com a realização de obras de construção, reformas e ampliação das unidades já em curso, potencializando, assim, a oferta de serviços de saúde à população.

Gráfico 28. Número de leitos por especialidades, MRJ, agosto/2025

Fonte: CNES, agosto/2025. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 29. Número de leitos por hospital, MRJ, agosto/2025

Fonte: CNES, agosto/2025. Dados sujeitos à revisão.

Essas unidades dispõem de serviço de apoio diagnóstico, incluindo laboratório de análises clínicas, exames anatomopatológicos, exames de diagnóstico por imagem (tomografia computadorizada, ultrassonografia, ecocardiografia, ressonância magnética, radiografia, entre outros) e exames complementares, como eletrocardiograma, endoscopia digestiva alta e colonoscopia. Em consonância com a igualitária oferta de serviços a todas as parcelas da população, um tomógrafo com suporte para peso superior a 200kg foi adquirido e instalado pelo município no Hospital Federal Cardoso Fontes.

A rede assistencial conta com a disponibilização de tratamentos como hemodiálise e hemoterapia nas unidades hospitalares de urgência e emergência, e quimioterapia e radioterapia nas unidades federais gerenciadas pelo acordo de cooperação técnica. Cabe destacar o projeto de tratamento com tecnologia hemodinâmica em desenvolvimento no Hospital Municipal Miguel Couto e o estudo de ampliação da oferta de radioterapia para urgência e emergência no Hospital Federal do Andaraí.

O Hospital Municipal Souza Aguiar possui a maior emergência da rede do município e a segunda maior emergência da América Latina, sendo pioneiro no desenvolvimento do Projeto de Parceria Público Privada e na implantação do Espaço Otics (Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde do Rio de Janeiro), equipado com sala de informática, sala multiuso, sala de reunião e box de simulação. Esse projeto tem promovido a integração do Complexo Municipal Souza Aguiar, fortalecendo a Rede de Atenção à Saúde por meio de educação permanente, treinamentos e reuniões, em busca de um atendimento ainda mais completo e eficaz.

A iniciativa está em expansão na rede municipal, com espaços já implantados no Hospital Municipal Lourenço Jorge e no Instituto Municipal Philippe Pinel, tendo como objetivo o desenvolvimento e a implementação de um conjunto de soluções tecnológicas voltadas à qualificação da rede de trabalhadores do SUS por meio de educação permanente e continuada, monitoramento, avaliação de indicadores de saúde e desenvolvimento de estratégias de comunicação que facilitem o acesso e o compartilhamento de informações entre profissionais de saúde e a sociedade civil.

A qualificação de toda a rede de atendimento é um trabalho desenvolvido continuamente no município, com a atualização e o desenvolvimento de protocolos de atendimento, treinamentos, uso de ferramentas de gestão e projetos de gerenciamento de leitos.

Fotos 12. OTICS do Hospital Municipal Souza Aguiar



Fotos: Edu Kapps (Arquivo SMS-Rio).

Foto 13. Hospital Municipal Souza Aguiar, a maior emergência do município do Rio de Janeiro e a segunda maior emergência da América Latina



Foto: Edu Kapps (Arquivo SMS-Rio).

É importante ressaltar a importância da comunicação e da articulação entre os diversos pontos da rede de atenção, de modo a permitir uma melhor assistência pactuada entre as três esferas de gestão.

Em relação aos hospitais especializados na rede municipal de saúde, esses se destacam pela oferta de leitos clínicos e especializados de retaguarda para as unidades de urgência e emergência, além do potencial cirúrgico, sendo eles: Hospital Municipal Barata Ribeiro, Hospital Municipal da Piedade, Hospital Municipal Francisco da Silva Telles, Hospital Municipal Raphael de Paula Souza, Hospital Municipal Álvaro Ramos, Hospital Municipal Rocha Maia e o Hospital Municipal Ronaldo Gazolla.

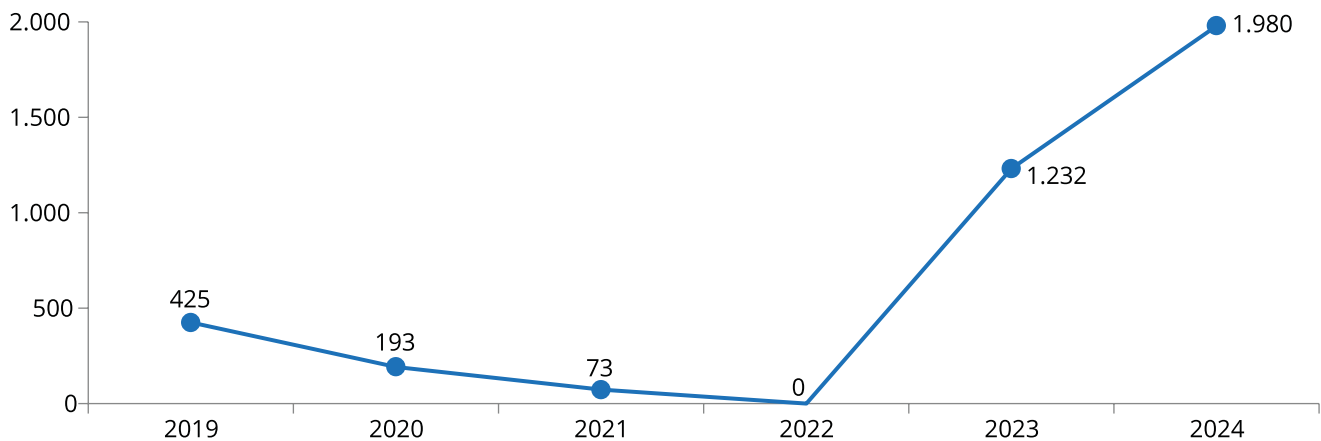
No período pandêmico, ainda em 2021, houve o aumento na oferta de leitos no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, que passou a ofertar 410 leitos, sendo 245 de terapia intensiva. Durante o processo de adequação, a unidade passou por reforma e modernização de diversas áreas assistenciais e administrativas, renovação do parque tecnológico e mobiliário, e ampliação do quadro de profissionais.

Tabela 6. Distribuição de leitos hospitalares especializados, MRJ, 2025

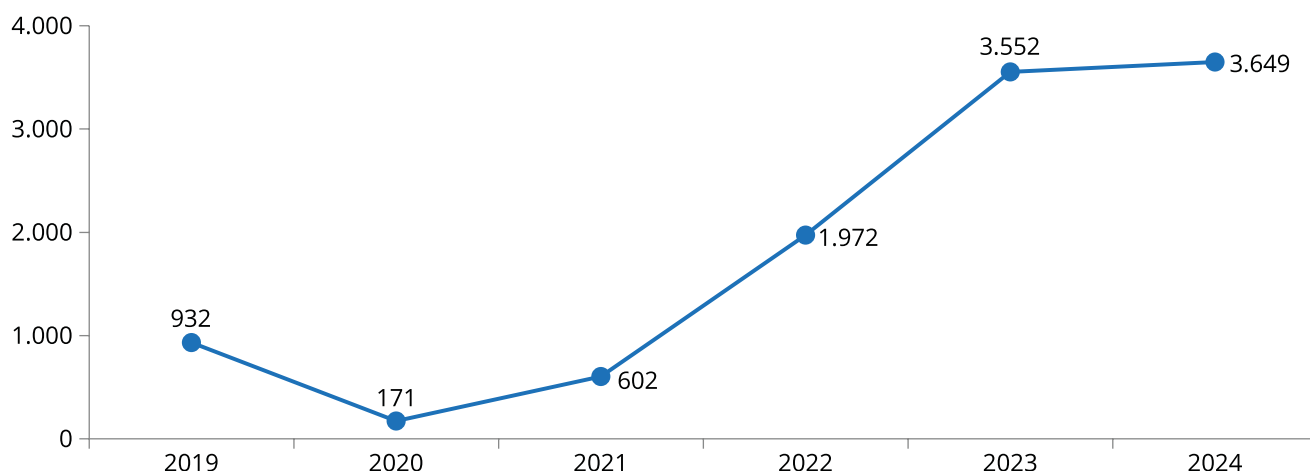
UNIDADE	QUANTIDADE
Hospital Municipal Ronaldo Gazolla	410
Hospital Municipal Barata Ribeiro	132
Hospital Municipal da Piedade	113
Hospital Municipal Francisco da Silva Telles	84
Hospital Municipal Raphael de Paula Souza	84
Hospital Municipal Álvaro Ramos	50
Hospital Municipal Rocha Maia	27
TOTAL	900

Fonte: CNES — Seção Hospitalar Leitos, agosto/2025. Dados sujeitos à revisão.

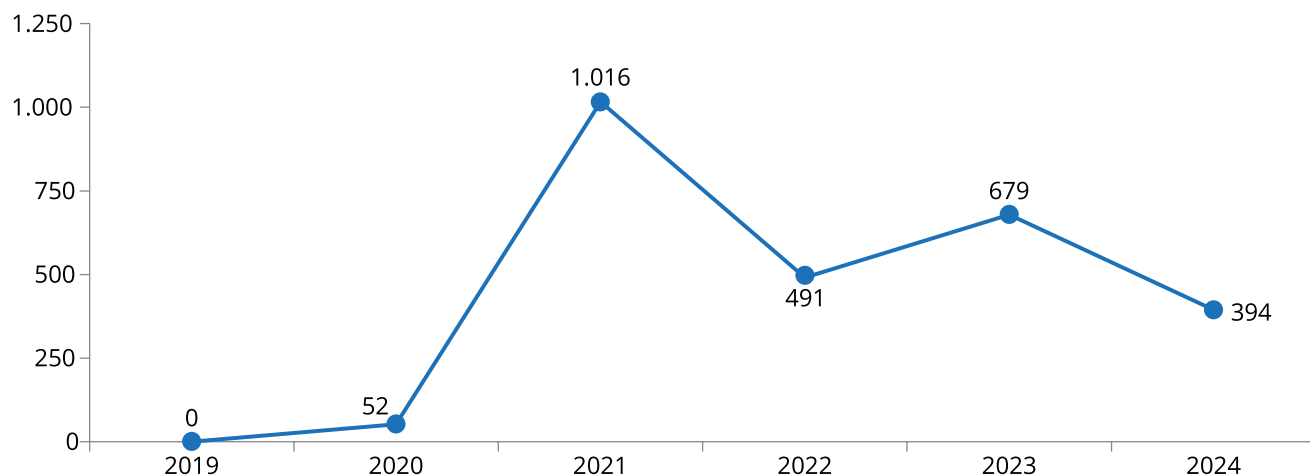
No pós-pandemia, identificou-se uma demanda cirúrgica e ambulatorial represada, o que motivou um planejamento especial para atender ao passivo desta época. Entre os serviços que foram ampliados, destacamos: os especializados, tais como infectologia, pneumologia, ginecologia, proctologia, urologia, cirurgia geral e ortopedia; a manutenção dos leitos de internação; os atendimentos eletivos ambulatoriais, como clínica médica, plástica reparadora, cuidados prolongados; e a realização dos exames e procedimentos diagnósticos, como espirometrias, colonoscopias, manometrias, endoscopias, e colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE).

Gráfico 30. Realização de exames e procedimentos diagnósticos: Espirometria, MRJ, 2019–2024


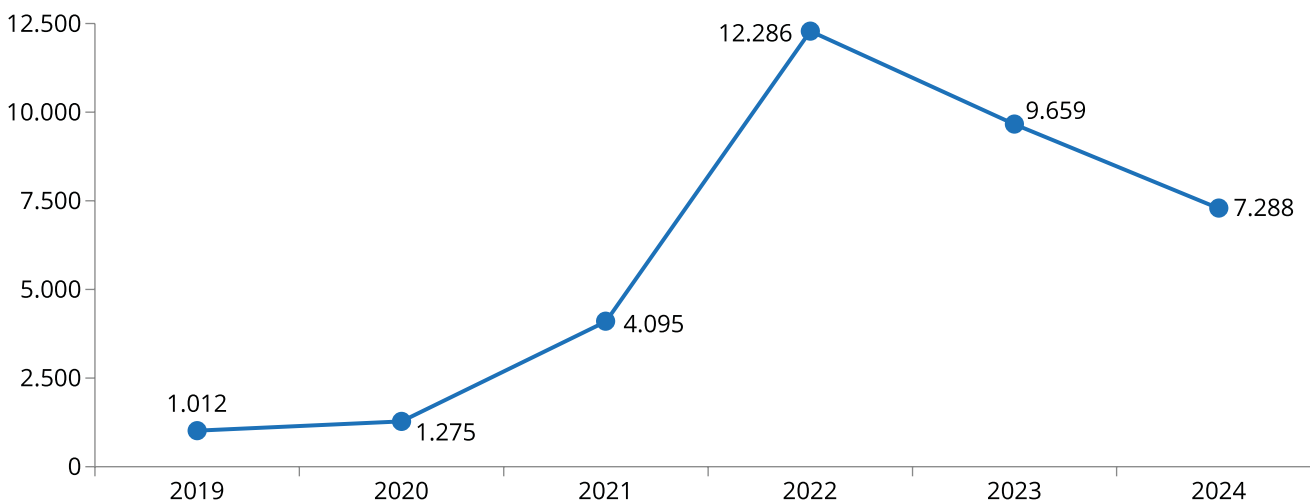
Fonte: Subhue/SMS-Rio, 2025. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 31. Realização de exames e procedimentos diagnósticos: Colonoscopia, MRJ, 2019–2024

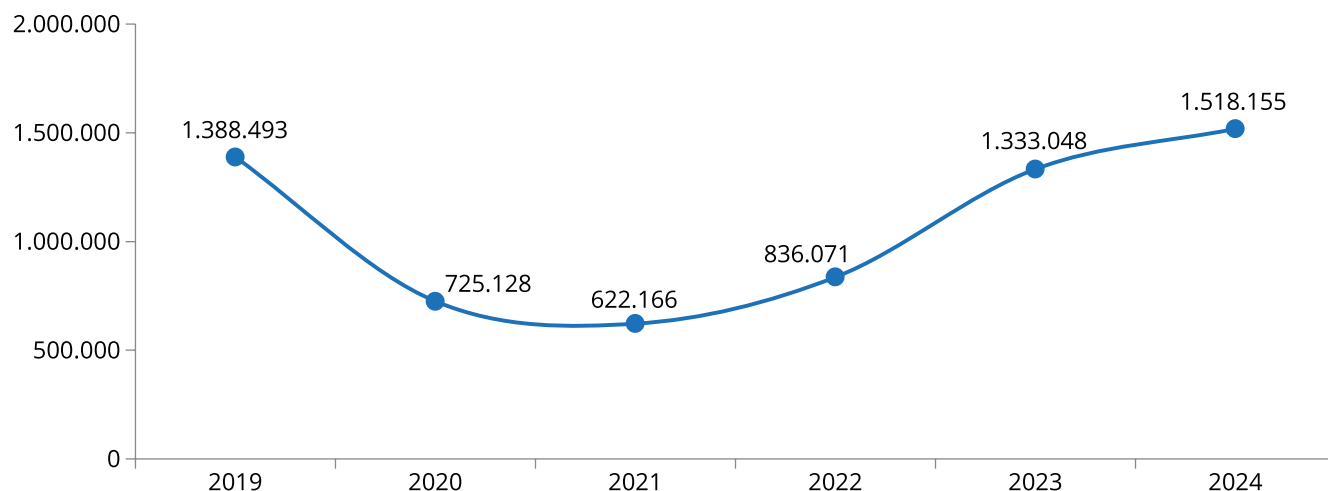
Fonte: Subhue/SMS-Rio, 2025. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 32. Realização de exames e procedimentos diagnósticos: Manometria, MRJ, 2019–2024

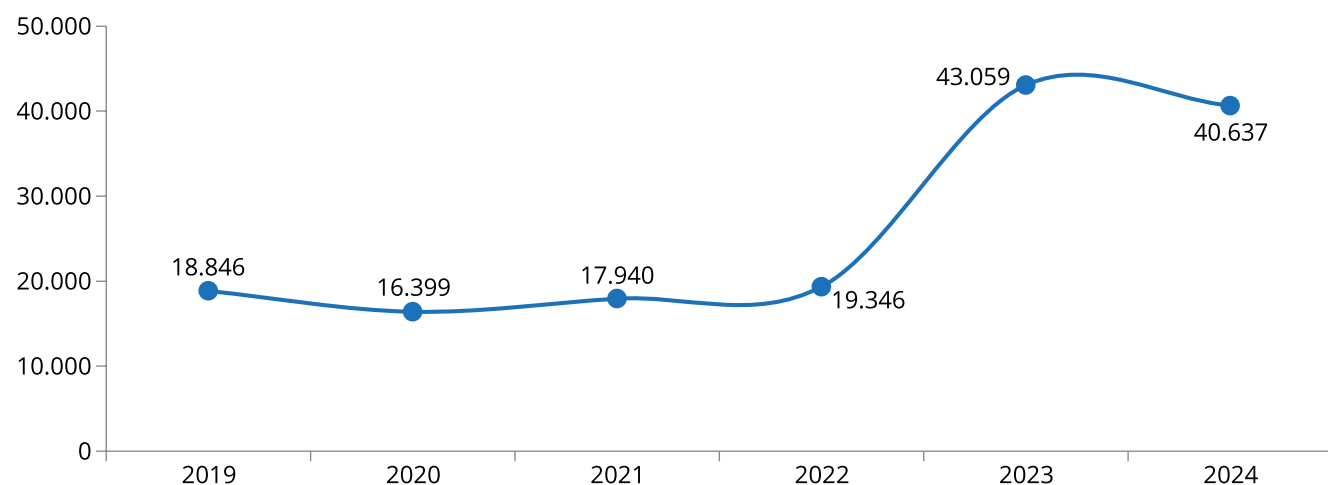
Fonte: Subhue/SMS-Rio, 2025. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 33. Realização de exames e procedimentos diagnósticos: Endoscopia Digestiva, MRJ, 2019–2024

Fonte: Subhue/SMS-Rio, 2025. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 34. Produção Ambulatorial Global — Hospitais Especializados, MRJ, 2019–2024

Fonte: Subhue/SMS-Rio, 2025. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 35. Produção Hospitalar Global — Hospitais Especializados, MRJ, 2019–2024

Fonte: Subhue/SMS-Rio, 2025. Dados sujeitos à revisão.

É importante destacar os investimentos em reformas e na modernização das unidades especializadas, o que constituiu um avanço significativo na melhora da infraestrutura hospitalar, com impacto direto na qualidade do atendimento oferecido à população.

Fotos 14. Guarita de acesso e jardim interno do Hospital Municipal Raphael de Paula Souza, 2024



Foto: Edu Kapps (Arquivo SMS-Rio).



Foto: Renato Croce.

No ano de 2023 teve início a oferta no Sistema de Regulação de novos leitos e de consultas de especialistas para atender à demanda cirúrgica reprimida no período pandêmico. Evidências demonstram o quanto uma infraestrutura hospitalar adequada influencia na satisfação dos pacientes e seus familiares ao proporcionar ambiente mais confortável e acolhedor, contribuindo para uma experiência mais positiva durante a internação.

O investimento nessas unidades resultou em um incremento expressivo da capacidade produtiva assistencial. O Hospital Municipal da Piedade registrou expansão significativa no volume de cirurgias ginecológicas e introduziu procedimentos inovadores na rede municipal, incluindo a realização de manometria e outras intervenções na área de proctologia. Destaca-se, ainda, a oferta de CPRE, suprimindo uma demanda historicamente de difícil atendimento na rede municipal.

Houve também a reestruturação do Hospital Municipal Francisco da Silva Teles, tanto nas enfermarias quanto na porta de entrada, ampliando a capacidade de atendimento, otimizando fluxos, desempenhando papel crucial na melhora dos resultados assistenciais à população, com um sistema de saúde mais eficiente e ágil.

Foto 15. Fachada do Hospital Municipal da Piedade, 2024



Foto: Rafael Fugen.

Considerando o desempenho satisfatório do modelo de gestão vigente, particularmente no que se refere ao aumento da celeridade na oferta de serviços, à elevação da produção assistencial e à redução dos tempos de espera, a SMS-Rio deliberou, em 2024, pela renovação de grande parte dos Termos de Colaboração. As prorrogações foram acompanhadas da revisão dos respectivos Planos de Trabalho, com o objetivo central de reavaliar as filas do SISREG para qualificação da demanda e adequação do escopo operacional, promovendo o ajuste dos serviços a serem ofertados.

Entre as reformulações realizadas no escopo dos serviços, identificou-se a necessidade de ampliar a oferta de leitos de Infectologia e Pneumologia, com suporte em Saúde Mental, no Hospital Municipal Raphael de Paula Souza. Em razão de sua estrutura física ampla e flexível, a unidade também passou a abrigar, em 2024, um polo especializado de atendimento para dengue, contemplando triagem, diagnóstico e tratamento, incluindo leitos dedicados ao manejo de arboviroses.

A unidade passou por obras de adequação e melhorias estruturais que permitiram a expansão de sua capacidade instalada de 34 leitos, em 2020, para 84 leitos, em 2025, mais que duplicando o parâmetro inicial. A infraestrutura atualmente disponível nesse hospital possibilita a ampliação adicional da oferta de leitos, incluindo a implementação de um projeto de qualificação em Cuidados Prolongados e Cuidados Paliativos. Essa expansão visa fortalecer o apoio às internações de Clínica Médica, atendendo a uma demanda crescente e contínua da Central de Regulação do MRJ.

Foto 16. Ambulatório do Hospital Municipal Raphael de Paula Souza, 2024

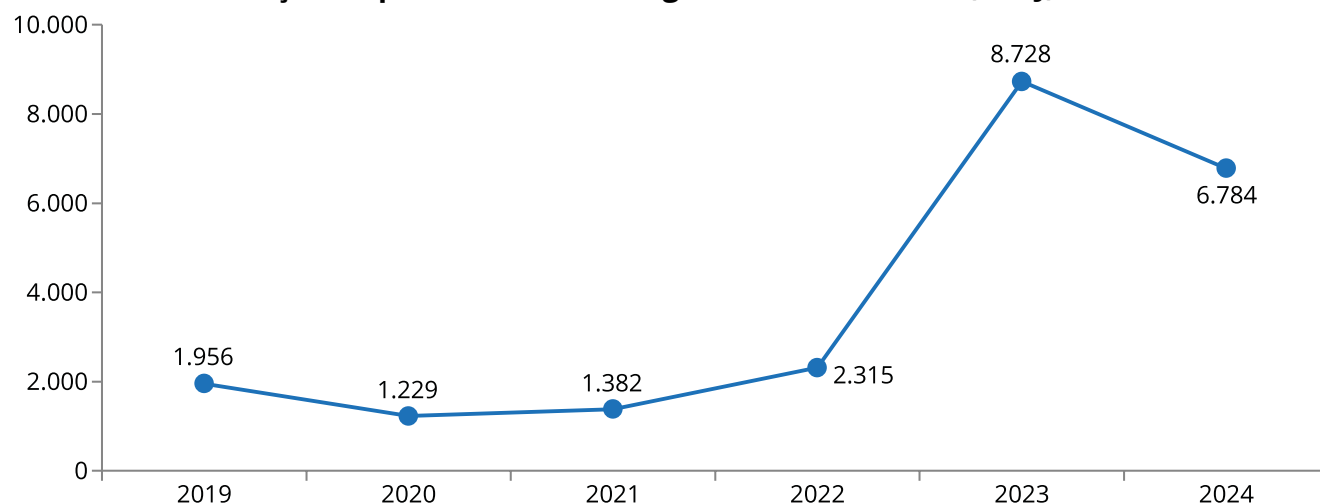


Foto: Erbs Jr.

Entre 2021 e 2024, com base nos dados registrados no DATASUS/TABNET, os sete hospitais especializados realizaram 81.261 cirurgias, 1.321.835 atendimentos ambulatoriais, de urgência e emergência, 125.552 internações e 597.625 exames de diagnóstico por imagem.

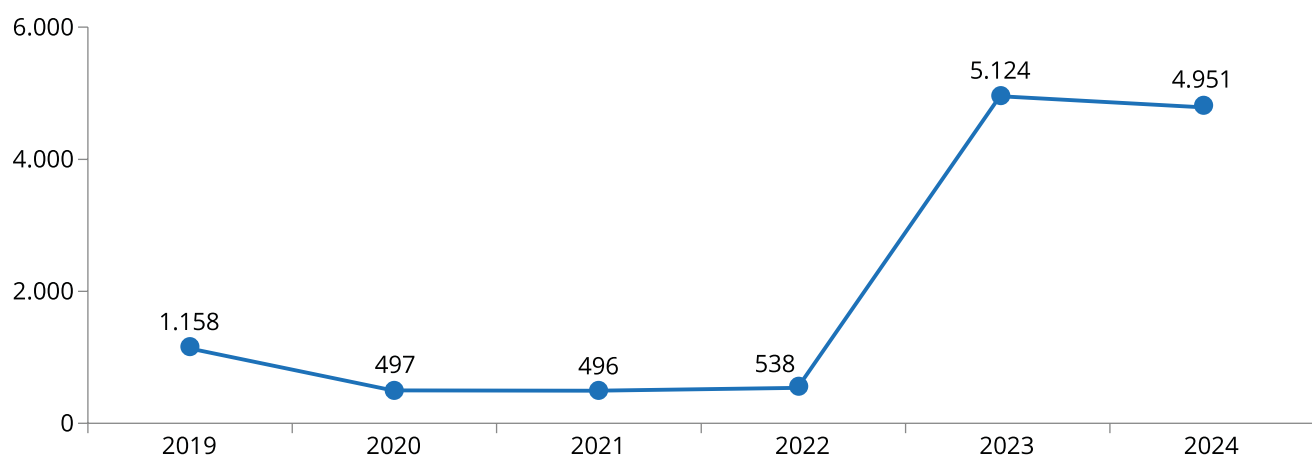
A reestruturação implementada no período impulsionou o crescimento de procedimentos como colecistectomia, vasectomia e laqueadura tubária, entre outros, ampliando a capacidade assistencial e reduzindo o tempo de espera nas filas do Sistema de Regulação. Como resultado, houve maior facilidade de acesso da população aos serviços especializados de saúde. A seguir, apresentam-se os gráficos referentes a alguns desses procedimentos cirúrgicos:

Gráfico 36. Realização de procedimento cirúrgico: Colecistectomia, MRJ, 2019–2024

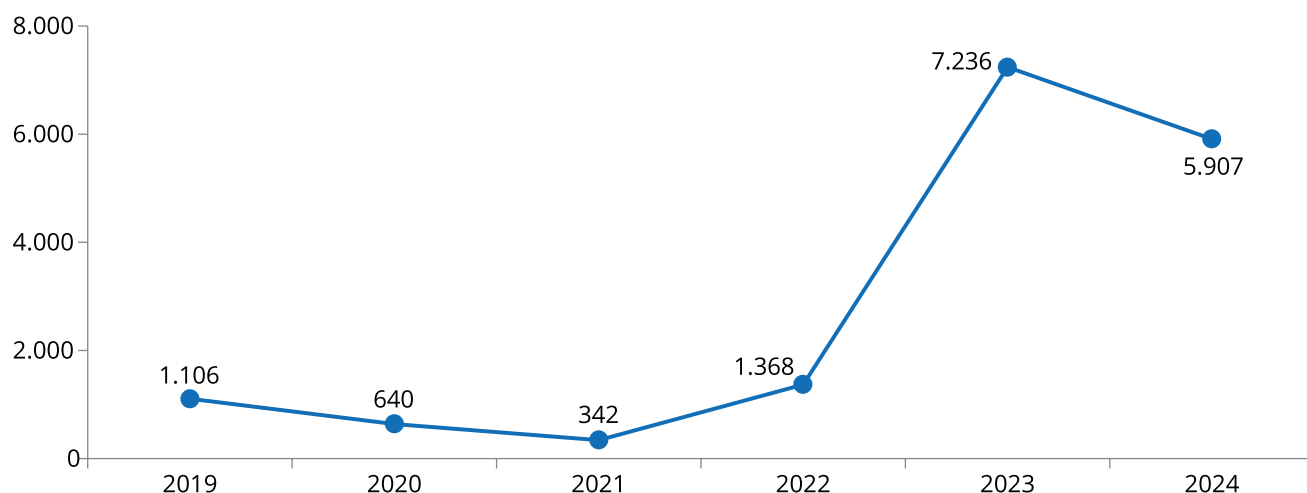


Fonte: Subhue/SMS-Rio, 2025. Dados sujeitos à revisão.

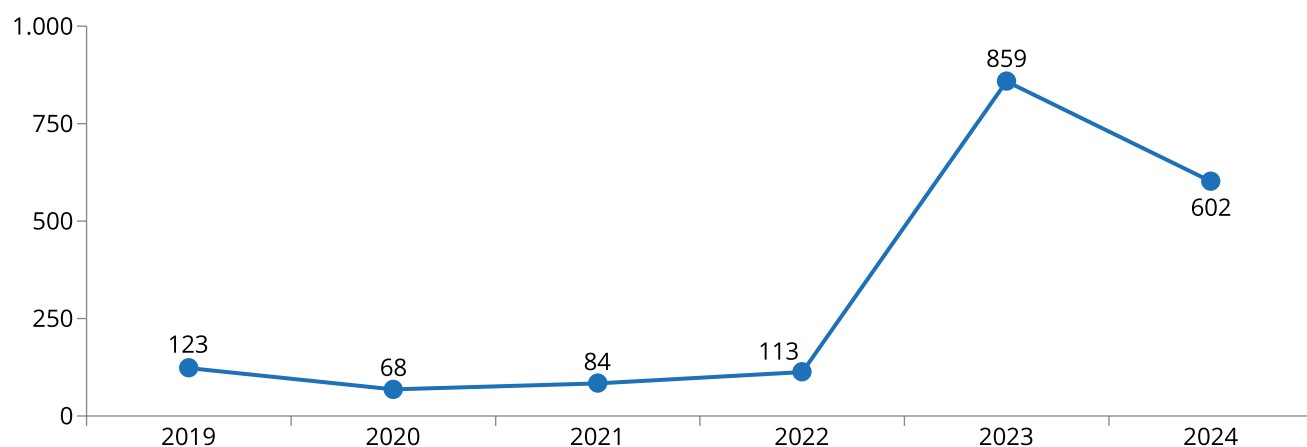
Gráfico 37. Realização de procedimento cirúrgico: Vasectomia, MRJ, 2019–2024



Fonte: Subhue/SMS-Rio, 2025. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 38. Realização de procedimento cirúrgico: Hernioplastias, MRJ, 2019–2024

Fonte: Subhuc/SMS-Rio, 2025. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 39. Realização de procedimento cirúrgico: Hemorroidectomia, MRJ, 2019–2024

Fonte: Subhuc/SMS-Rio, 2025. Dados sujeitos à revisão.

Entre os principais responsáveis pela elevação do volume cirúrgico destaca-se o Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, administrado pela RioSaúde — Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro. A unidade foi reestruturada para responder às demandas assistenciais do período pós-pandemia de covid-19.

Como parte desse processo, foram inaugurados no HM Ronaldo Gazolla, em julho de 2023, o Super Centro Carioca de Cirurgia e o Centro de Reabilitação. Adicionalmente, o hospital dispõe do maior Centro de Terapia Intensiva da América Latina e de uma Central de Monitoramento 24 horas, com expansão prevista para cobertura integral dos leitos por meio de câmeras e vigilância contínua.

Fotos 17. Hospital Municipal Ronaldo Gazolla — inauguração do Centro de Reabilitação e do Super Centro Carioca de Cirurgia, 2023

Fotos: Edu Kapps (Arquivo SMS-Rio).

Diante da crescente demanda, o Hospital Municipal Álvaro Ramos ampliou sua oferta de leitos de Clínica Médica e de Cuidados Prolongados, atingindo um incremento próximo de 50% de sua capacidade instalada. A unidade tornou-se, em 2023, o primeiro hospital da rede municipal a ser habilitado pelo Ministério da Saúde, seguido pelo Hospital Municipal Raphael de Paula Souza e pelo Hospital Municipal Barata Ribeiro. Essas habilitações são fundamentais para assegurar a continuidade do cuidado multiprofissional qualificado aos pacientes que necessitam de reabilitação, recuperação e/ou adaptação a sequelas após períodos prolongados de internação hospitalar.

Foto 18. Fachada do Hospital Municipal Álvaro Ramos, 2022

Foto: Vagner Sá.

Hospitais de transição desempenham um papel fundamental no cuidado de pacientes que, embora tenham superado a fase aguda de doenças, como casos de AVC, ou se recuperado de cirurgias, ainda necessitam de acompanhamento especializado antes de retornarem ao ambiente domiciliar.

O Hospital Municipal Álvaro Ramos, especializado em clínica médica e cuidados prolongados, tem grande potencial para colaborar com a linha de cuidado do AVC e aumentar a oferta de leitos, promovendo um ambiente intermediário, focado na reabilitação, recuperação funcional e suporte contínuo, garantindo uma transição segura e eficaz.

Em uma perspectiva intrasetorial e de trabalho em rede, com a inauguração do Super Centro Carioca de Vacinação dentro do Complexo Rocha Maia, em 2023, o Hospital Municipal Rocha Maia em parceria com o Super Centro Carioca de Vacinação, passou a ser referência municipal em Soroterapia Antirrábica no MRJ, terapia essa que necessita de suporte hospitalar.

Essa estratégia visa otimizar a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde por meio da articulação e colaboração entre diferentes pontos de atenção, como atenção primária, especializada e hospitalar. Essa abordagem busca garantir um cuidado mais coordenado e resolutivo para os usuários do sistema de saúde diante de uma doença grave e letal.

Fotos 19. Super Centro Carioca de Vacinação / Complexo Rocha Maia



Fotos: Edu Kapps (Arquivo SMS-Rio).

Em relação à demanda por procedimentos ortopédicos, como reconstruções ligamentares articulares, artroscopias e implantes de próteses de joelho e quadril, está previsto que o Hospital Municipal Barata Ribeiro passe a realizar essas intervenções. A unidade possui capacidade para executar cirurgias de alta complexidade, como as mencionadas, contribuindo para a redução das filas de espera.

Foto 20. Cúpula do Centro Cirúrgico do Hospital Municipal Barata Ribeiro, 2025



Foto: Edu Kapps (Arquivo SMS-Rio).

Esse trabalho em rede configura retaguarda clínica e cirúrgica para APS e para hospitais de urgência e emergência, buscando otimizar recursos, desocupar leitos de hospitais, agilizar o acesso aos procedimentos e consultas com garantia a todos os níveis de cuidado.

3.11.3 MATERNIDADES

A política de qualificação da atenção e rede perinatal no MRJ compreende a participação das maternidades municipais, orientadas pelas melhores evidências nas práticas obstétricas e neonatais. Em 2024, ocorreram 57.440 nascimentos na cidade, sendo 37.256 na rede SUS, dos quais 33.265 (89,2%) nas maternidades municipais.

A atenção perinatal gerenciada pela SMS-Rio é composta por 13 maternidades e uma Casa de Parto. Destaca-se que, no ano de 2024, houve ampliação da oferta de leitos obstétricos na cidade, com a reinauguração do Hospital Maternidade Paulino Werneck e a inauguração da Maternidade da Rocinha.

Além de reduzir a distância das gestantes e parturientes até o local de nascimento, o Hospital Maternidade Paulino Werneck é a única maternidade da rede municipal presente na AP 3.1, for-

talecendo o vínculo com o território. A Maternidade da Rocinha, implantada em local estratégico, objetiva qualificar o cuidado da comunidade popular com a maior densidade populacional do país e, conseqüentemente, reduzir os desfechos negativos no ciclo gravídico-puerperal.

Visando reafirmar o compromisso da SMS-Rio com a qualidade, a segurança e a humanização na atenção à mulher e à criança no MRJ, em 2011 houve a implantação do programa Cegonha Carioca. Esse programa está integrado a um conjunto de outras estratégias permanentes para 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.

Foto 21. Kit Cegonha Carioca entregue às gestantes pelas maternidades de referência



Foto: Edu Kapps (Arquivo SMS-Rio).

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 garante a linha de cuidado à gestante, da atenção pré-natal ao parto e nascimento, que compreende o módulo pré-natal/maternidade de referência.

As maternidades municipais contam com equipe exclusiva para o acolhimento e a classificação de risco das gestantes e puérperas, garantindo, desde a chegada, a tranquilidade, o apoio e a boa prática clínica obstétrica e neonatal. Por fim, as gestantes munícipes contam 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 12 ambulâncias Cegonha baseadas nas diferentes regiões geográficas da cidade. Esta ação vem se configurando como uma estratégia fundamental para a garantia de acesso, vinculação à maternidade de referência e fim da peregrinação a partir da organização da rede de atenção obstétrica na cidade.

Foto 22. Ambulância do programa Cegonha Carioca



Foto: Edu Kapps (Arquivo SMS-Rio).

O programa Cegonha Carioca atua também na assistência às gestantes e puérperas privadas de liberdade, por meio da Atenção Primária Prisional (APP) e da rede de maternidades. Em 2023, a Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro (SEAP/RJ) e a SMS-Rio, em conjunto, instituíram o fluxo das gestantes privadas de liberdade para visita de vinculação e encaminhamento no trabalho de parto à maternidade de referência (Hospital Municipal Albert Schweitzer) pela ambulância do programa Cegonha Carioca, e não mais pelo transporte de operações especiais da SEAP/RJ.

Caso a gestante precise de um pré-natal de alto risco, a mesma realiza o acompanhamento no ambulatório do Hospital da Mulher Mariska Ribeiro de forma compartilhada com a APP. Essa implementação representou um grande progresso para a garantia do cuidado adequado pela enfermeira obstétrica e humanização destas mulheres.

Quadro 16. Dados do programa Cegonha Carioca no MRJ, 2011–2024

MÓDULO	DISPENSAÇÃO
Pré-natal/maternidade de referência	416.371 gestantes visitaram as maternidades e receberam o enxoval
Acolhimento e Classificação de Risco	1.415.669 mulheres foram acolhidas e classificadas
Transporte	181.592 gestantes foram atendidas pelas Ambulâncias Cegonha

Fonte: Subhuc/SMS-Rio, 2025.

O programa Cegonha Carioca está integrado a um conjunto de estratégias permanentes nas maternidades municipais, sendo decisivo no compromisso da redução da mortalidade materna e neonatal. Em oito das maternidades da rede SMS-Rio são ofertadas vagas de pré-natal de alto risco, sendo elas: Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda e Hospital Maternidade Fernando Magalhães, na AP 1.0; Maternidade da Rocinha, na AP 2.1; Hospital Maternidade Paulino Werneck, na AP 3.1; Hospital Maternidade Carmela Dutra, na AP 3.2; Hospital Maternidade Alexander Fleming, na AP 3.3; Hospital Municipal Lourenço Jorge/Maternidade Leila Diniz, na AP 4.0; e Hospital da Mulher Mariska Ribeiro, na AP 5.1.

A mortalidade materna é um indicador sensível de saúde que reflete a qualidade da atenção prestada à saúde das gestantes e puérperas. No MRJ, ela atinge de forma desigual as 10 Áreas de Planejamento existentes da cidade, constituindo, dessa forma, um desafio diário em busca da redução da mortalidade aos índices estabelecidos pelos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas (ONU). Essa redução demanda esforços coordenados de gestores, profissionais de saúde e pesquisadores, alinhados a políticas públicas eficazes e baseadas em evidências.

Sob esta perspectiva, a SMS-Rio elaborou o Plano Municipal para Redução da Mortalidade Materna. Considerando o cenário epidemiológico na cidade do Rio de Janeiro, este documento visa indicar as principais ações estratégicas adotadas para a redução dos óbitos maternos, haja vista a extrema importância social e expressão clara da priorização da qualidade do acesso e da assistência à saúde da gestante e puérpera no município.

Visando à qualificação da assistência obstétrica, foram capacitados, em 2022, 120 profissionais — entre médicos e enfermeiros obstetras — para a tomada de decisão em situações de emergência, por meio da implantação dos Times de Resposta Rápida (TRR).

No ano seguinte, foi implementada a escala de alerta precoce MEOWS (do inglês *Modified Early Obstetric Warning Score*) na ficha de acolhimento com classificação de risco. Essa ferramenta clínica tem se mostrado essencial na identificação precoce de sinais de deterioração do estado clínico de gestantes e puérperas, contribuindo para a melhora do julgamento clínico e para a tomada de decisões mais assertivas frente às principais causas de morbimortalidade materna.

No mesmo período, foram realizadas oficinas para a elaboração, implementação e validação da Lista de Verificação de Parto Seguro (LVPS) nas maternidades da SMS-Rio, em parceria com a Universidade Federal Fluminense (UFF) e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

A LVPS, desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), constitui um instrumento baseado em evidências científicas destinado a aprimorar a qualidade da assistência às mulheres durante o trabalho de parto. Trata-se de uma ferramenta sistematizada que reúne práticas essenciais e críticas, cuja execução adequada é fundamental para prevenir danos graves à mãe, ao recém-nascido ou a ambos. O instrumento tem como foco as principais causas de mortalidade materna, mortalidade fetal intraparto e mortalidade neonatal, sendo recomendado para utilização em todos os partos pela OMS e pelo Ministério da Saúde.

Ainda como parte das ações voltadas à qualificação contínua da assistência obstétrica, foi elaborada a primeira edição do Manual de Emergências Obstétricas, um instrumento técnico que contempla diretrizes atualizadas sobre acolhimento com classificação de risco, manejo do abortamento, sepse materna, hemorragia pós-parto, síndromes hipertensivas, parada cardiorrespiratória em gestantes e distúrbios ácido-base em contextos de transfusão maciça.

Figura 5. Manual de Emergências Obstétricas

Fonte: Arquivo da Ascom/SMS-Rio.

O acesso ao planejamento reprodutivo é reconhecido como um dos eixos estratégicos prioritários para a redução da mortalidade materna no âmbito do Plano Municipal para Redução da Mortalidade Materna. Neste contexto, a ampliação do acesso a métodos contraceptivos de longa duração, tais como dispositivos intrauterinos (DIU) e implantes hormonais, configura-se como uma estratégia fundamental para a promoção da saúde reprodutiva e do planejamento familiar.

Em 2022, foi iniciada a capacitação de enfermeiros para inserção, revisão e remoção do DIU de cobre no MRJ, fundamentada na Resolução COFEN n.º 690/2022, que regulamenta a atuação do enfermeiro no planejamento familiar e reprodutivo, ampliando o escopo de prática desses profissionais nas unidades de atenção primária e maternidades. Consequentemente, as maternidades municipais passaram a ofertar, de forma ampliada, a inserção do DIU de cobre no pós-parto imediato e pós-aborto, mediante adequada orientação sobre o método, independentemente da existência de risco reprodutivo.

Figura 6. Passaporte DIU na maternidade

Fonte: Arquivo da Ascom/SMS-Rio.

Em 2 de março de 2023, entrou em vigor a Lei n.º 14.443/2022, que promoveu alterações na Lei do Planejamento Familiar (Lei n.º 9.263/1996). A legislação atualizou dispositivos relevantes, tais como a redução da idade mínima para a realização da esterilização voluntária, a dispensa da autorização do(a) parceiro(a) e a possibilidade de realização do procedimento de laqueadura no período periparto. Adicionalmente, estabeleceu prazos para a oferta dos métodos contraceptivos e definiu critérios específicos para a execução da esterilização no contexto do planejamento familiar.

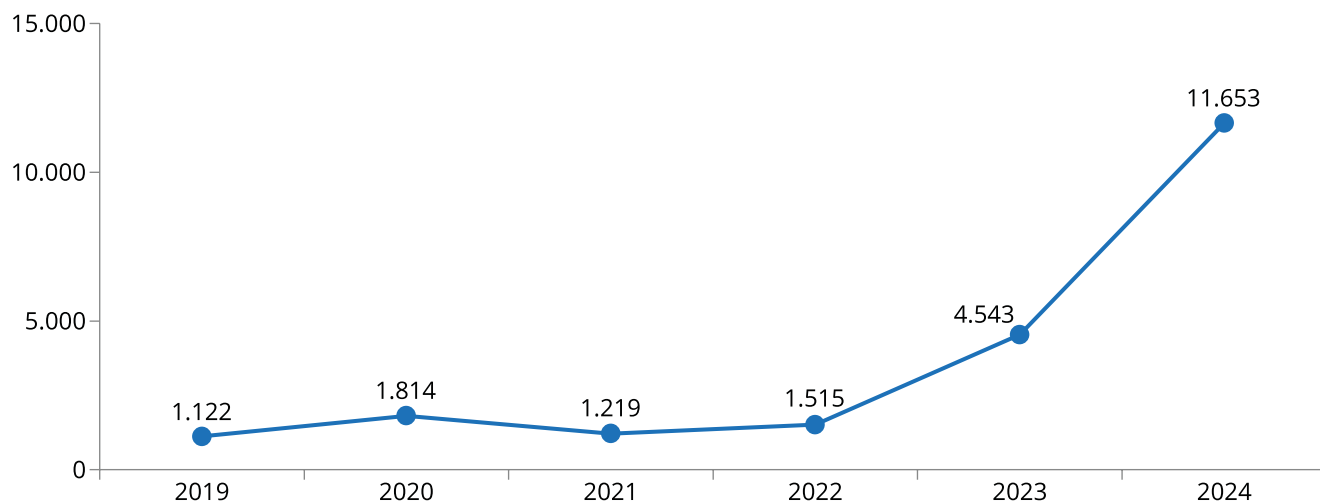
A SMS-Rio implementou ações direcionadas ao fortalecimento das estratégias para garantir o acesso das mulheres às cirurgias de laqueadura por meio da ampliação da oferta via Sistema de Regulação, aprimoramento da gestão das filas de espera e realização das laqueaduras tubárias ginecológicas nas maternidades.

Essas iniciativas resultaram no aumento da oferta de consultas para laqueadura ginecológica, que passou de 1.184 vagas em 2019 para 23.861 em 2024 nas unidades da SMS-Rio, além da redução do tempo médio de espera de 680 para 168 dias no período de 2019 a 2023. Paralelamente, houve incremento na realização de laqueaduras tubárias ginecológicas, totalizando 7.090 procedimentos em 2024.

Nas maternidades sob gestão da SMS-Rio, além da laqueadura tubária ginecológica, a esterilização cirúrgica também é realizada durante cesariana e no pós-parto vaginal (técnica de Sauter), respeitando o intervalo mínimo de 60 dias entre a manifestação de vontade da paciente e o pro-

cedimento cirúrgico. Em 2024, foram realizadas 11.653 laqueaduras tubárias nas maternidades municipais, distribuídas em 2.948 laqueaduras pós-parto vaginal, 4.575 durante cesariana e 4.130 laqueaduras ginecológicas.

Gráfico 40. Número absoluto de laqueaduras tubárias realizadas nas maternidades da SMS-Rio, 2019–2024



Fonte: Subhue/SMS-Rio, 2025. Dados sujeitos à revisão.

Sob a perspectiva da atenção materno-infantil, o estímulo e o suporte ao aleitamento materno, especialmente quando iniciado na primeira hora de vida, estão fortemente associados à promoção de uma alimentação saudável, ao fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e bebê e à redução das taxas de morbimortalidade infantil. Além dos benefícios para o recém-nascido, a amamentação precoce também desempenha um papel importante na prevenção da hemorragia pós-parto, ao favorecer a liberação de ocitocina e a contração uterina.

A rede municipal de saúde possui oito bancos de leite humano (BLH), localizados nas seguintes maternidades: Hospital Maternidade Alexander Fleming; Hospital Maternidade Carmela Dutra; Hospital Maternidade Herculano Pinheiro; Hospital Municipal Lourenço Jorge/Maternidade Leila Diniz; Maternidade do Hospital Municipal Rocha Faria; Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda; Hospital da Mulher Mariska Ribeiro; e Maternidade do Hospital Municipal Albert Schweitzer — todas integram a Rede Nacional de BLH. O BLH do Hospital da Mulher Mariska Ribeiro é o maior da rede, com capacidade para armazenar até 2.000 litros de leite.

Nos anos de 2023 e 2024, o Hospital da Mulher Mariska Ribeiro, o Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda, o Hospital Municipal Albert Schweitzer e o Hospital Municipal Pedro II receberam a certificação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

Foto 23. Iniciativa Hospital Amigo da Criança

Foto: Edu Kapps (Arquivo SMS-Rio).

O Hospital Maternidade Carmela Dutra, o Hospital Maternidade Alexander Fleming, o Hospital Maternidade Herculano Pinheiro, o Hospital Municipal Rocha Faria e o Hospital Municipal Lourenço Jorge/Maternidade Leila Diniz renovaram a certificação da IHAC.

Para receber a certificação, o hospital deve: cumprir os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, instituídos pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS); cumprir critérios como o cuidado respeitoso e humanizado à mulher durante o pré-parto, parto e o pós-parto (Cuidado Amigo da Mulher); garantir livre acesso à mãe e ao pai, permitindo a permanência deles junto ao recém-nascido internado, durante 24 horas; e cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância.

Com o objetivo de erradicar o sub-registro e fortalecer o processo de formação da cidadania desde o nascimento, foi realizada articulação com o Detran para a instalação de unidades avançadas em 10 maternidades, permitindo o registro civil de recém-nascidos ainda durante a internação hospitalar. A iniciativa também viabiliza a regularização da documentação civil ou de pais indocumentados.

Outra ação relevante foi a participação na elaboração do Guia de Apoio ao Luto Gestacional e Neonatal, voltado ao acolhimento de mães, pais e familiares que enfrentam a perda de um bebê durante a gestação ou logo após o parto. O material tem como objetivo oferecer informações qualificadas, orientações práticas e suporte emocional, contribuindo para o enfrentamento do luto e a promoção de cuidados sensíveis e humanizados.

Figura 7. Guia de Apoio ao Luto Gestacional e Neonatal



Fonte: Subhue/SMS-Rio.

No que se refere aos casos de Entrega Voluntária para a Adoção, foi realizada, em articulação com as equipes de Serviço Social das maternidades, a construção do fluxo assistencial, do protocolo operacional e de material informativo (folheto), com vistas à padronização dos procedimentos e à qualificação da resposta institucional nesses contextos. Foram conduzidos treinamentos em todas as maternidades da SMS-Rio, com foco na implementação efetiva do protocolo e na consolidação da linha de cuidado para essa demanda.

Figura 8. Folheto “Entrega Voluntária para Adoção: Um Ato de Proteção”



Fonte: Arquivo da Ascom/SMS-Rio.

No âmbito da assistência neonatal, desde 2023 são adotadas estratégias para o atendimento de recém-nascidos com bronquiolite nas maternidades municipais, com mobilização de leitos no período de sazonalidade da doença, em trabalho conjunto com a Central de Regulação do município.

Visando à qualificação da atenção à saúde de gestantes, puérperas e recém-nascidos, bem como aprimorar as condições de trabalho das equipes multiprofissionais, foram realizadas, entre 2022 e 2024, intervenções estruturais e operacionais em oito maternidades municipais. As ações contemplaram a reestruturação da ambiência, a ampliação da capacidade instalada e o fortalecimento dos processos de planejamento e coordenação das unidades. Tais medidas são alinhadas às diretrizes de boas práticas obstétricas e neonatais e contribuem diretamente para a redução da morbimortalidade materna e neonatal, favorecendo a detecção precoce de riscos, a adoção de condutas baseadas em evidências e a resposta oportuna a agravos à saúde.

Dentre as melhorias nas maternidades, podemos destacar: modernização das fachadas e dos espaços destinados ao acolhimento e classificação de risco; reforma das salas de reuniões e orientações do Cegonha Carioca, das Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (Hospital Municipal Lourenço Jorge/Maternidade Leila Diniz e Hospital Maternidade Fernando Magalhães), das UTIs Neonatal (Hospital Maternidade Carmela Dutra e Hospital da Mulher Mariska Ribeiro), do Núcleo de Atenção Interdisciplinar ao Recém-Nascido de Risco (NAIRR), do Centro Obstétrico e da Central de Material e Esterilização (Hospital Maternidade Alexander Fleming); e implantação do prontuário eletrônico.

Essas ações foram realizadas com a aplicação dos padrões do programa Cegonha Carioca contidos no manual de ambiência para as maternidades e a Casa de Parto, garantindo a identidade visual do programa e reforçando uma boa comunicação visual com os usuários e prestadores de serviço.

Figura 9. “Manual de Identidade Visual Cegonha Carioca”, para ambiência das maternidades e da Casa de Parto



Fonte: Arquivo da Ascom/SMS-Rio.

A renovação e a ampliação do parque tecnológico das maternidades municipais, por meio da aquisição de novos equipamentos, representou um avanço estratégico na qualificação e no fortalecimento das boas práticas obstétricas e neonatais. A aquisição de camas pré-parto, parto e pós-parto, cardiotocógrafos, detectores fetais, aparelhos de aferição de pressão arterial, aspiradores portáteis, berços de acrílico, incubadoras de transporte, bombas infusoras, poltronas para acompanhantes e longarinas de aço inoxidável contribuiu diretamente para a melhora das condições de cuidado, promovendo maior segurança, resolutividade e humanização da assistência.

Além disso, está em andamento a aquisição de equipamentos voltados ao alívio não farmacológico da dor, como a barra de Ling, a cadeira de balanço pélvico (também conhecida como 'cavalinho obstétrico') e a banqueta para parto vertical. Esses recursos visam proporcionar uma experiência de parto e nascimento mais positiva e acolhedora para a mulher, o bebê e suas famílias.

As maternidades trabalham com visitas semanais dos oftalmologistas da rede à unidade neonatal, para exame nos recém-nascidos abaixo de 32 semanas e/ou peso menor que 1.500g expostos a oxigenoterapia por tempo prolongado, sepse presumida ou confirmada e também para os casos de infecções congênitas (Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes simplex — TORSCH) e malformações congênitas associadas ou não com patologias oftalmológicas e, assim, os recém-nascidos são conduzidos junto ao neonatologista. Os prematuros mencionados anteriormente são aqueles com maior probabilidade de desenvolver retinopatia da prematuridade.

A retinopatia da prematuridade se configura como a principal causa de cegueira infantil na América Latina, porém é uma patologia com possibilidade de reversão e cura quando o tratamento acontece oportunamente. Quando se evidencia a retinopatia da prematuridade, os recém-nascidos são submetidos a retinopexia em tempo oportuno, evitando, desta forma, qualquer desfecho desfavorável. Neste sentido, foram adquiridos dois novos equipamentos a serem utilizados para a realização da retinopexia em recém-nascidos lotados em maternidades municipais. Trata-se de uma importante renovação do parque tecnológico, associado à melhor qualidade de vida dos bebês.

Relacionado à atenção pediátrica, a rede municipal conta com dois hospitais especializados: Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto e Hospital Municipal Jesus. Ambos são voltados à população infantojuvenil até 17 anos, 11 meses e 29 dias, proporcionando atendimento integral em todos os níveis de complexidade, sendo o Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto voltado para o atendimento ao portador de fissura labiopalatina.

Com os investimentos realizados no Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto, foi possível qualificar leitos para Hospital-Dia e ampliar leitos cirúrgicos. Já no Hospital Municipal Jesus, houve aumento da produção cirúrgica e reforma de enfermaria, com ambiência voltada à humanização, em parceria com o Instituto Desiderata. Em ambas as unidades foi implantado o prontuário eletrônico.

Foto 24. Enfermaria humanizada no Hospital Municipal Jesus, 2023

Foto: Edu Kapps (Arquivo SMS-Rio).

Alinhado com as diretrizes e objetivos da Rede Alyne, que foi instituída pela da Portaria n.º 5.350/2023, e com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a SMS-Rio delimita como compromissos:

- A ampliação da oferta de vagas para Pré-Natal de Alto Risco nos ambulatórios das maternidades municipais, por meio do fortalecimento de recursos humanos;
- A garantia de acesso das gestantes e puérperas às maternidades de referência, com o Módulo Transporte do programa Cegonha Carioca, que passará a contar com uma ambulância avançada;
- A aquisição de tecnologias para o alívio da dor no momento do parto (banqueta, escada de Leen, cavalinho etc.), com recursos destinados por Emendas Parlamentares;
- A sistematização da oferta de serviços de ginecologia nas maternidades municipais por meio da disponibilização de leitos e da revisão dos processos de trabalho;
- A atualização de Protocolos Assistenciais, Procedimentos Operacionais Padrão de Enfermagem Neonatal e Enfermagem Obstétrica;
- A atualização das Diretrizes Assistenciais em Neonatologia;

- A renovação de parte do parque tecnológico nas maternidades (novas incubadoras de transporte, incubadoras estacionárias, bisturis elétricos etc.) e nos dois hospitais pediátricos (p.ex.: aquisição de tomografia computadorizada para o Hospital Municipal Jesus);
- A realização de melhorias e reformas nas maternidades municipais e Casa de Parto David Capistrano Filho, por meio do emprego de recursos de Emendas Parlamentares.

3.11.4 ATENÇÃO DOMICILIAR

O MRJ instituiu, em 2010, o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI), integrante do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), inicialmente voltado para pessoas com 60 anos ou mais, mas que rapidamente ampliou sua cobertura para todas as faixas etárias. A atenção domiciliar foi redefinida pela Portaria MS/GM n.º 3.005/2024, que compreende ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação realizadas no domicílio, assegurando a continuidade do cuidado e a integração à Rede de Atenção à Saúde.

O SAD se configura como modalidade substitutiva ou complementar à assistência convencional, destinada a pacientes com doenças crônicas que exigem cuidados contínuos, limitações funcionais temporárias ou permanentes, dificuldade de locomoção, necessidade de cuidados paliativos ou reabilitação pós-internação. Seus objetivos centrais incluem desinstitucionalizar pacientes, evitar internações desnecessárias e apoiar a Atenção Primária na gestão de casos que se beneficiem do cuidado em casa.

Em consonância com os princípios do SUS, o SAD prioriza o acesso, o acolhimento e a humanização. Ao agilizar a alta hospitalar e garantir o cuidado domiciliar, busca reduzir complicações associadas à hospitalização prolongada, como infecções, lesões por pressão e delirium, e oferecer suporte emocional a pacientes e familiares. A admissão de usuários dependentes exige a presença de um cuidador, responsável por executar os cuidados conforme orientação da equipe multiprofissional. Além da assistência direta, o programa investe em educação em saúde, para ampliar a autonomia de pacientes e cuidadores.

A continuidade do cuidado após a alta fortalece a articulação entre os pontos da rede de atenção e favorece o uso adequado dos recursos hospitalares, reservando leitos para procedimentos de maior complexidade. O SAD conta atualmente com 20 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas, e 7 Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), compostas por assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, distribuídas em bases hospitalares estratégicas.

Cada EMAD tem capacidade para atender até 60 usuários. O município conta com nove bases do SAD, distribuídas de forma estratégica nas Áreas de Planejamento: Hospital Maternidade Paulino Werneck; Hospital Municipal Miguel Couto; Hospital Municipal Salgado Filho; Hospital Municipal Francisco da Silva Telles; Hospital Municipal Lourenço Jorge; Hospital Municipal Rocha Faria; Hospital Municipal Pedro II; Hospital Municipal Albert Schweitzer; e Hospital Federal Cardoso Fontes.

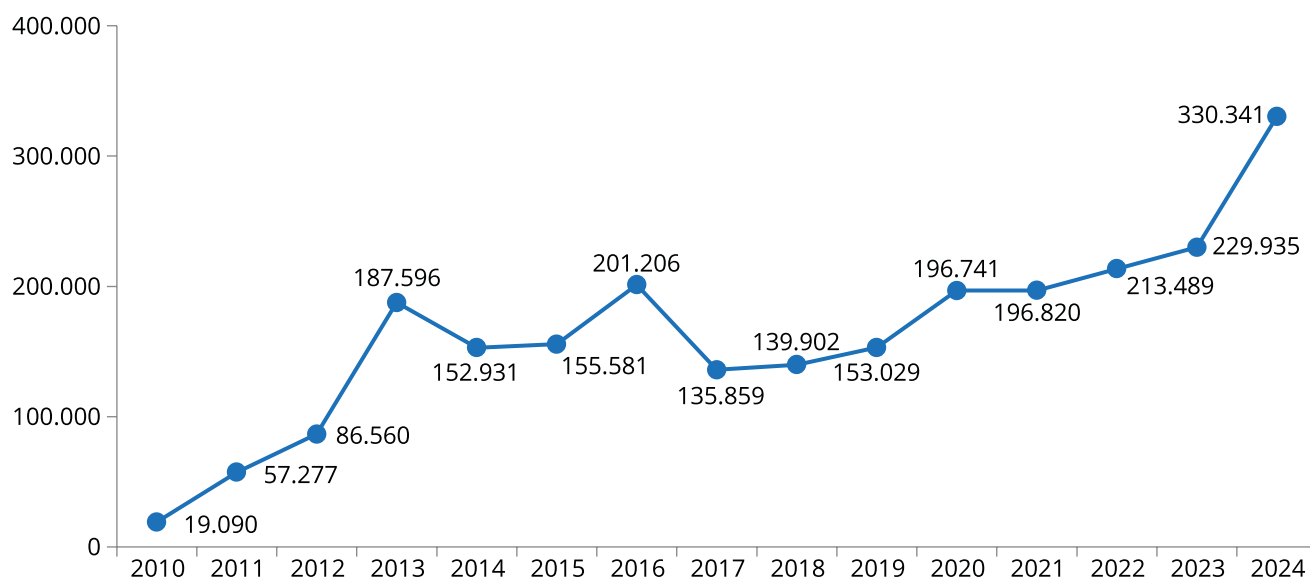
O acesso ao programa ocorre por captação nas unidades hospitalares, CER, UPAs ou via SISREG, incluindo demandas estaduais e federais. A reestruturação da rede de média complexidade reforçou a reabilitação e a capacitação de cuidadores, reduzindo o tempo de permanência no serviço. As principais linhas de cuidado são reabilitação, cuidados paliativos, educação de cuidadores e atenção pediátrica.

Figura 10. Fluxo de encaminhamento ao SAD

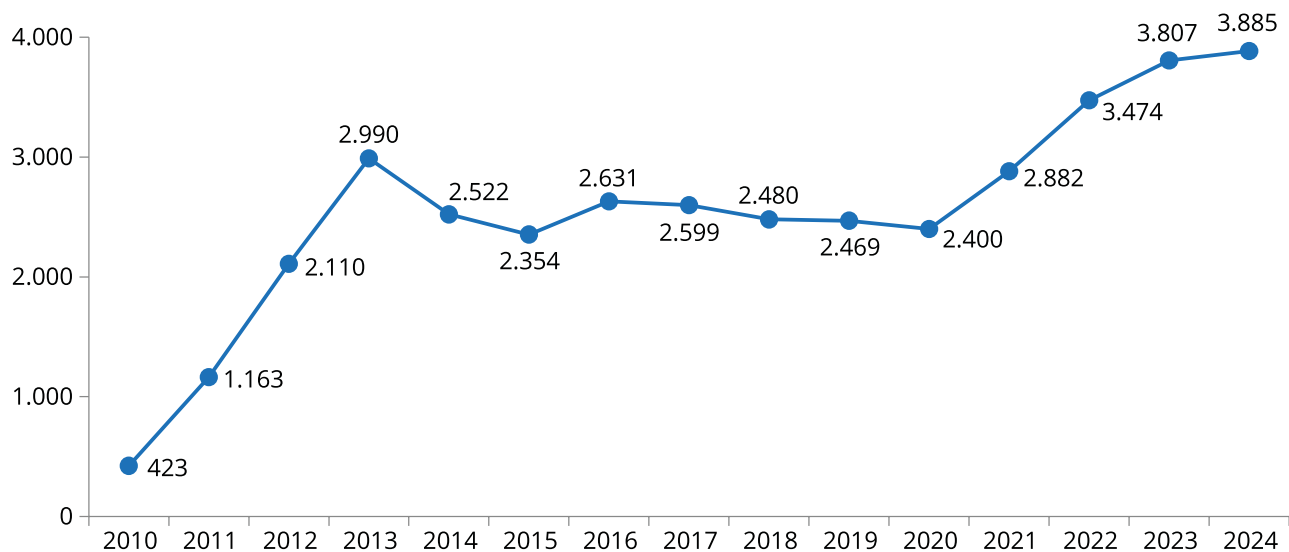


Fonte: Subhuc/SMS-Rio. Arte: Ascom/SMS-Rio, 2025.

Gráfico 41. Número de procedimentos realizados no SAD, MRJ, 2010–2024



Fonte: Subhuc/SMS-Rio, 2025. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 42. Número de pacientes atendidos no SAD, MRJ, 2010-2024

Fonte: Subhuc/SMS-Rio, 2025. Dados sujeitos à revisão.

Foto 25. Equipe SAD em atendimento no domicílio

Foto: Edu Kapps (Arquivo SMS-Rio).

Entre 2021 e 2025, o programa passou por um processo contínuo de expansão e qualificação. Em 2021, foi habilitada uma nova EMAD destinada aos moradores da Ilha do Governador, ampliando a cobertura territorial. No ano seguinte, 2022, intensificou-se a captação de usuários nas unidades hospitalares, além da habilitação de mais uma EMAD baseada no Hospital Municipal Francisco da Silva Telles, que apresentava alta demanda reprimida no SISREG. Em 2023, um novo contrato de gestão elevou o nível de complexidade do programa, permitindo a admissão de pacientes que necessitam de equipamentos e tecnologias no domicílio, estratégia que aprimorou o giro de leitos hospitalares. Nesse ano, foram realizadas 1.834 admissões provenientes das unidades hospitalares. Já em 2024, o SAD passou a ofertar a modalidade de Assistência à Internação Domiciliar (AID), reduzindo a necessidade de contratações emergenciais de serviços privados de *home care* e otimizando custos operacionais.

Nesse mesmo período, novas bases foram implantadas nos hospitais municipais Albert Schweitzer e Pedro II, ampliando o número de EMADs para 19, além de 7 EMAPs e 36 veículos para deslocamento das equipes. Em 2025, com a incorporação do Hospital Federal Cardoso Fontes à gestão municipal, uma nova EMAD foi integrada ao programa, totalizando 20 equipes em funcionamento no MRJ.

3.12 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 ao proporcionar ações emancipadoras de autocuidado, educação em saúde, promoção da saúde e uso racional de medicamentos, para garantir o acesso qualificado da população a medicamentos essenciais (BARROS *et al.*, 2020).

Foto 26. Profissionais farmacêuticos, responsáveis por orientar sobre o uso correto de medicamentos

Foto: Edu Kapps (Arquivo SMS-Rio).

A gestão da Assistência Farmacêutica na SMS-Rio é organizada de forma hierarquizada e descentralizada. Hoje, existem diversos serviços de saúde municipais, considerando as farmácias hospitalares e as farmácias das unidades de atenção primária, que além de dispensarem medicamentos realizam práticas como: gestão; orientação farmacêutica; grupos terapêuticos; visita domiciliar; farmacovigilância; e demais atividades relacionadas ao uso racional de medicamentos.

A rede hospitalar da SMS-Rio conta com unidades com perfis variados (grande porte, maternidades e especializados). Nessas unidades existem serviços farmacêuticos que contam com profissionais com expertise a desempenharem a gestão clínica e administrativa da farmácia.

A equipe da Assistência Farmacêutica da APS 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 melhora da segurança e a 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).

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, traz 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).

Nos últimos quatro anos, a assistência farmacêutica avançou de forma significativa, com destaque para a ampliação da oferta e da qualificação dos serviços farmacêuticos no âmbito do SUS. Entre os principais progressos, ressaltam-se:

A. Inclusão de novas tecnologias disponíveis no SUS

- O medicamento etonogestrel 68mg — implante subcutâneo (IMPLANON®), visa aumentar o acesso da população a métodos de longa duração e baixo índice de falhas. Essa ampliação do escopo dos métodos contraceptivos obedece, também, às diretrizes instituídas pelas políticas públicas sobre os direitos sexuais e reprodutivos que versam sobre a garantia da autonomia das pessoas e ao direito de escolha dos métodos contraceptivos, além de instrumentalizar o profissional para a implementação do melhor método de acordo com a indicação clínica e as necessidades apresentadas.
- O medicamento nirmatrelvir+ritonavir, 150+100mg cmp (PAXLOVID®) foi incorporado ao SUS por meio da Portaria SCTIE/MS n.º 44, de 5 de maio de 2022, para o tratamento da covid-19 não grave em adultos que não requerem oxigênio suplementar, mas que apresentam risco aumentado de progressão para doença grave.
- As canetas de insulina NPH e REGULAR, pois o controle glicêmico otimizado é fundamental no manejo do diabetes mellitus para prevenir complicações crônicas e agudas. A adesão ao tratamento com insulina é crucial para o sucesso clínico, incluindo a prevenção de hipo/hiperglicemia, redução de hospitalizações e melhora na qualidade de vida. Sendo assim, a inclusão das canetas de insulina NPH e REGULAR facilitam a aplicação, aumentam a adesão e diminuem as apreensões.
- O anticorpo monoclonal humanizado Palivizumabe como uma das estratégias para prevenção da infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR) e a imunização passiva com o anticorpo, incluído no Programa de Profilaxia Contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) — 2024.
- Duas novas opções de contraceptivos injetáveis de aplicação mensal, como algestona acetofenida 150mg/ml enantato de estradiol 10mg/ml (PERLUMES®) e acetato medroxiprogesterona + cipionato de estradiol (CICLOFEMINA®), convergindo para ampliar a oferta para melhor adaptação em caso de eventos adversos à primeira escolha, reduzindo as taxas de descontinuação consideradas altas (CONITEC, 2022).

B. Melhora dos sistemas de informação na Assistência Farmacêutica, que passou pela adequação do prontuário eletrônico da APS, incorporando a funcionalidade de gestão de estoques nas farmácias. Com a implantação de ferramentas de *Business Intelligence* (BI), os dados coletados são transformados em informações estratégicas. Dessa forma, os relatórios de gestão passam a ser mais completos, dinâmicos e confiáveis. A análise em tempo real apoia a tomada de decisão e fortalece o planejamento em saúde. Assim, garante-se maior eficiência, transparência e qualidade na assistência prestada à população.

C. Ampliação da assistência farmacêutica no sistema prisional. A população privada de liberdade representa um grupo social em situação de elevada vulnerabilidade, exposto a condições de vida precárias e com acesso limitado a serviços essenciais. O sistema prisional brasileiro apresenta altos índices de doenças transmissíveis, transtornos mentais e enfermidades crônicas, cenário que demanda uma resposta intersetorial, articulada e eficaz no âmbito do SUS (ANDERAUS; CÂNDIDO, 2024). Nesse contexto, a ampliação da assistência farmacêutica no sistema prisional, influencia diretamente a qualidade e a resolutividade do cuidado. Sua atuação é fundamental para assegurar o direito à saúde, garantido pela Constituição Federal e pela Lei de Execução Penal. Entre suas atribuições destacam-se a promoção do uso racional de medicamentos, o incentivo à adesão terapêutica, a garantia da segurança do paciente e o acompanhamento farmacoterapêutico, além de atividades de farmacovigilância e educação em saúde, em conformidade com a Resolução n.º 585/2013 do Conselho Federal de Farmácia (Brasil, 2013; Brasil, 2014; Brasil, 2023).

Esses avanços contribuíram para a integralidade do cuidado, a redução de desperdícios e o fortalecimento do papel do farmacêutico como agente essencial na promoção da saúde pública.

A Gerência da Assistência Farmacêutica atualmente está ligada à Coordenadoria Técnica de Avaliação de Tecnologia em Saúde e Insumos Estratégicos da IVISA-Rio, e está organizada de forma hierarquizada e descentralizada, cabendo orientar os Núcleos de Assistência Farmacêutica das Áreas de Planejamento 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;
- Auxiliar 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;
- Contribuir no direcionamento dos fluxos relacionados ao abastecimento e à dispensação de medicamentos;
- Contribuir na elaboração de 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 abastecimento 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.

3.13 PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR CARIOCA

No âmbito da gestão da SMS-Rio, importantes avanços vêm sendo promovidos para garantir maior eficiência, economicidade e qualidade na prestação dos serviços. Entre esses avanços destaca-se a iniciativa de criar o Programa Farmácia Popular Carioca (PFPC), que vem sendo desenvolvido com o objetivo de ampliar o acesso da população a medicamentos essenciais e de modo garantir a continuidade dos tratamentos na APS. Essa iniciativa busca suprir lacunas de abastecimento causadas por entraves em processos licitatórios, que atualmente inviabilizam a aquisição de cerca de 20% dos medicamentos listados na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME).

Inspirado no modelo do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), o PFPC permitirá que determinados medicamentos da grade da APS sejam dispensados gratuitamente à população em farmácias privadas previamente credenciadas, mediante integração à rede municipal de saúde. O programa representa uma solução eficiente para o enfrentamento dos desafios dos chamados “mercados fluidos”, nos quais a constante oscilação de preços compromete a contratação por pregão eletrônico.

Em sua fase inicial, foram selecionados oito medicamentos estratégicos, sem contratos ativos ou registros em ata, que poderão ser retirados em farmácias conveniadas ao PFPB e que venham a aderir também ao PFPC. A operação do programa será gerenciada por um sistema próprio, o Sistema de Gestão de Medicamentos (SGM), que organiza o fluxo completo de dispensação do medicamento, desde a prescrição até a entrega ao usuário. O SGM conta com diferentes perfis de acesso conforme as atribuições dos profissionais e estabelecimentos envolvidos.

Atualmente, o MRJ conta com 560 farmácias privadas já credenciadas ao PFPB, que estarão aptas a participar do PFPC mediante processo simplificado de adesão. É importante destacar que não haverá sobreposição de medicamentos entre os programas federais e o municipal, garantindo racionalidade e complementaridade na oferta.

Para retirar os medicamentos, o usuário deverá estar cadastrado em uma unidade de saúde da rede municipal e passar por uma consulta médica. Se o medicamento prescrito estiver em falta na farmácia da unidade, o farmacêutico responsável emitirá uma guia de encaminhamento com validade de sete dias. De posse de uma guia, dentro do prazo de validade, constando CPF e portando documento oficial com foto, o usuário poderá retirar a medicação em qualquer farmácia credenciada ao PFPC.

Nos casos em que o paciente esteja impossibilitado de comparecer, será permitida que a retirada seja realizada por um representante legal, conforme critérios estabelecidos pelas normas do programa.

O impacto financeiro estimado para o primeiro ano de operação do PFPC é uma economia de R\$ 1.904.396,88, que pode vir a ser maior com a realização de pesquisas de preços conduzidas que serão realizadas pela SMS-Rio. Para além do aspecto financeiro, o PFPC representa uma estratégia de fortalecimento do cuidado farmacêutico, com potencial para melhorar a adesão ao tratamento, reduzir internações evitáveis e promover melhores desfechos clínicos na rede pública de saúde

4. TECNOLOGIA, INOVAÇÃO E TRANSFORMAÇÃO DIGITAL

A incorporação de tecnologia e inovação no SUS constitui um eixo estratégico com o objetivo de qualificar a gestão, ampliar o acesso, garantir a continuidade do cuidado e fortalecer a vigilância em saúde. No MRJ, a SMS-Rio tem investido, de forma consistente, na digitalização de processos, na integração de sistemas de informação e na implementação de soluções tecnológicas orientadas para resultados.

As ações aqui apresentadas refletem avanços no processo de transformação digital nas diferentes áreas de atuação da SMS-Rio, destacando a Atenção Primária à Saúde, a Atenção Especializada e Hospitalar, a Vigilância em Saúde e a Sanitária, a modernização documental, dentre outras iniciativas, preparando-se para responder, de forma eficaz e equitativa, às demandas atuais e futuras da população.

4.1 TRANSFORMAÇÃO DIGITAL NA SMS-RIO

A SMS-Rio conduz uma transformação digital que hoje sustenta plataformas voltadas à gestão, regulação e acesso à informação.

Em 2021, diante do cenário desafiador da pandemia, diversas soluções foram desenvolvidas para responder, com agilidade, à crise sanitária. Entre elas, destacam-se: o Censo Hospitalar Público (smsrio.org/censo); o Painel Rio Covid-19 (coronavirus.rio/painel), que fornece dados abertos sobre ocupação e regulação de leitos para Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG); e o Aplicativo Rio Covid-19, que permitia ao cidadão notificar sintomas e receber acompanhamento remoto das equipes de Saúde da Família. Outras iniciativas importantes foram o Panorama de Leitos (via Google Data Studio), que apoiava a gestão hospitalar em tempo real, e o Formulário de Agendamento de Vacinas Domiciliares, voltado para idosos, pessoas com deficiência e comorbidades acamadas.

Em 2022, a SMS-Rio intensificou a criação de plataformas voltadas à melhora da gestão e regulação. Foram lançados o Censo de Urgência e Emergência, que monitora, em tempo real, a ocupação de macas e o fluxo de pacientes nas salas vermelha e amarela, e o Sistema Mapa Cirúrgico, integrado ao Censo Hospitalar, que registra dados das cirurgias realizadas nas unidades hospitalares. Nesse período foi implementado o Portal SUBGERAL, reunindo, em um único ambiente,

as principais plataformas e portais da SMS-Rio, como o Notificareg, o Censo Hospitalar Público, o Onde Ser Atendido, o Portal de Transparência SISREG e o Portal minhaSaude.rio.

Ainda em 2022, com foco na experiência do paciente, foram implementados novos serviços digitais, como o aplicativo minhaSaude.rio, lançado em outubro, e um serviço de telefonia para avisos de consultas e procedimentos agendados pela regulação municipal. Também foi reformulado o Portal de Transparência SISREG, incorporando dados de regulação ambulatorial com visualizações em Power BI.

A plataforma minhaSaude.rio (site e app) tornou-se um marco no acesso à informação em saúde pela população carioca. Até então, foram desenvolvidas 15 funcionalidades que permitem aos usuários visualizar dados pessoais e da equipe de Saúde da Família, agendar consultas com médico e enfermeira de referência, acompanhar solicitações no SISREG, acessar histórico de internações, informações cirúrgicas, tempo de espera em unidades de urgência, entre outros.

No campo dos dados clínicos, é possível visualizar laudos laboratoriais e registrar informações como glicemia, pressão arterial, alergias e medidas corporais, com envio de mensagens personalizadas para o monitoramento da saúde. Na área de vigilância em saúde, o usuário pode consultar seu histórico vacinal e solicitar vacinação domiciliar. A funcionalidade “Meus Pets” permite o cadastro e agendamento da castração de cães e gatos.

Usuários com Fibromialgia ou Transtorno do Espectro Autista (TEA) podem solicitar suas carteiras de identificação diretamente na plataforma. No eixo de promoção da saúde, há orientações sobre hábitos saudáveis, como alimentação equilibrada e prática de atividade física.

Mais recentemente, o minhaSaude.rio passou a oferecer teleconsultas na Atenção Primária à Saúde, permitindo atendimentos remotos diretamente da residência. Também foi incorporada uma pesquisa de satisfação com metodologia Net Promoter Score (NPS), para avaliar a experiência do usuário com a plataforma e guiar melhorias com base nas respostas da população.

Em 2023, a SMS-Rio ampliou seus esforços para desburocratizar o acesso ao cuidado integral, com atualizações em todos os sistemas, incluindo a modernização do antigo sistema Avaliação da Neuro, agora com pareceres digitais, visando reduzir deslocamentos desnecessários e otimizar o transporte inter-hospitalar.

Nesse mesmo ano, foram criados dois novos sistemas: o Transporte Veicular, que apoia a operação do transporte sanitário via Taxi-Rio a partir de requisições judiciais; e o Censo Equipamentos, que registra e monitora o parque tecnológico das unidades de saúde, incluindo localização, tipo e estado de funcionamento dos equipamentos de imagem.

A expertise acumulada com o desenvolvimento de sistemas como o Censo Hospitalar e o Censo de Urgência e Emergência levou, em 2024, ao lançamento do Sistema Acolhe Rio, voltado ao registro de usuários acolhidos nas unidades da Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS). A ferramenta qualifica o processo de acolhimento e regulação e amplia a transparência nas ações intersetoriais.

Ao longo de 2024, também foram implementadas diversas melhorias no minhasaude.rio, consolidando a estratégia de Saúde Digital no município. A disseminação do uso do aplicativo e a implementação da Telessaúde na Atenção Primária, inicialmente no Complexo da Maré, foram passos fundamentais nessa direção.

4.2 INTELIGÊNCIA TECNOLÓGICA E ASSISTENCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS no MRJ já realizou mais de 107 milhões de atendimentos, tornando-se um patrimônio valioso para a rede pública. No entanto, esse vasto volume de informações ainda é recebido de forma fragmentada, pois os diferentes sistemas e o prontuário eletrônico utilizados não estão integrados. Essa limitação prejudica a capacidade da gestão e dos profissionais de transformar dados em ações concretas de cuidado. Assim, um dos maiores desafios será converter esses dados em inteligência, alinhando inovação, gestão e atenção clínica.

A integração das bases de dados, aliada ao uso de algoritmos avançados e inteligência artificial, permitirá transformar informações dispersas em conhecimento estratégico, promovendo uma rede mais eficiente, equitativa e orientada para resultados. A criação de um núcleo de inteligência assistencial representa uma oportunidade importante para elevar a qualidade da gestão da saúde no município.

A implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) em todas as unidades da APS foi um marco no processo de digitalização na saúde municipal. A padronização e digitalização dos registros clínicos ampliaram a continuidade do cuidado, a segurança do paciente e a integração das equipes. O PEP já se encontra integrado a sistemas laboratoriais, reduzindo duplicidades e retrabalho, e avança para conexão com regulação e sistemas nacionais (Estratégia e-SUS APS, Sistema de Informação do Câncer — SISCAN, Sistema de Informação de Agravos de Notificação — SINAN), fortalecendo a vigilância epidemiológica.

No campo da Telessaúde, experiências pioneiras, como no Complexo da Maré, demonstram impacto positivo na ampliação do acesso, na continuidade do acompanhamento de pacientes e na interconsulta entre profissionais. A expansão gradual para outros territórios busca enfrentar barreiras geográficas, melhorar o manejo de condições crônicas e ampliar a resolutividade da APS.

Nesse sentido, destacam-se as iniciativas a seguir, organizadas com o intuito de potencializar a inteligência assistencial.

- **Núcleo de Inteligência Assistencial:** Voltado à gestão da clínica, segurança do paciente e cuidado baseado em valor.
- **Data Lake da Saúde:** Repositório seguro para a centralização de dados de todos os sistemas da SMS-Rio.

- **Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP):** Implantado em todas as unidades, consolidou-se como ferramenta essencial para a continuidade do cuidado, a integração das equipes e a segurança do paciente — já integrado a sistemas laboratoriais, com previsão de expansão para a regulação e outros níveis de atenção.
- **BI Farmácia:** Ferramenta de monitoramento, em tempo real, dos estoques de medicamentos, que apoia a logística, a gestão terapêutica e a tomada de decisão.
- **Histórico Clínico Integrado (HCI):** Oferece uma visão completa da jornada do paciente, auxiliando tanto nas decisões clínicas quanto na gestão assistencial. Essa plataforma digital reúne, em um só lugar, informações de saúde acumuladas ao longo de mais de cinco anos, abrangendo a atenção primária, urgência e emergência das unidades da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro. O principal objetivo do HCI é promover uma rede mais integrada e colaborativa, possibilitando atendimentos mais ágeis, eficazes e precisos. O site foi desenvolvido pela Diretoria de Inovação e Tecnologia da SMS-Rio, em parceria com o Escritório de Dados da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.
- **Telessaúde:** Em expansão após experiência exitosa no Complexo da Maré, tem garantido acesso a consultas, interconsultas e telemonitoramento, além de impulsionar aplicativos que permitem ao cidadão marcar consultas, acompanhar exames e acessar informações de saúde.

4.3 INFORMATIZAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A informatização de todos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com a implantação do Prontuário Carioca de Saúde Mental (PCSM), um sistema pioneiro no Brasil, desenvolvido pelo MRJ, representou um importante avanço na qualificação da rede. Essa iniciativa ampliou a integração das informações e garantiu maior continuidade e qualidade no cuidado oferecido aos usuários.

Ao digitalizar os registros clínicos e administrativos, o PCSM possibilitou acesso rápido e seguro aos dados dos pacientes, facilitando a comunicação entre profissionais, evitando a duplicidade de exames e procedimentos, além de promover um acompanhamento mais eficiente dos tratamentos. Com isso, a tomada de decisão clínica tornou-se mais assertiva, beneficiando diretamente o usuário.

Além disso, a informatização contribuiu para a ampliação da transparência sobre os serviços prestados. Gestores puderam monitorar indicadores de desempenho, identificar demandas e planejar ações mais eficazes, assegurando a melhora contínua da qualidade do atendimento. Para os profissionais, o sistema representou uma ferramenta importante para organizar o fluxo de trabalho e otimizar o uso dos recursos disponíveis.

A implantação do PCSM reforçou o compromisso do MRJ com a inovação tecnológica aliada à humanização do cuidado em saúde mental. A digitalização não apenas modernizou a gestão dos serviços, mas também fortaleceu a rede de atenção psicossocial, tornando-a mais integrada, eficiente e centrada nas necessidades dos usuários.

4.4 INOVAÇÃO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA E REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS

No campo da atenção especializada, a SMS-Rio tem investido na implementação de plataformas digitais para ampliar a transparência e a eficiência regulatória, destacando-se iniciativas de aprimoramento gerencial e regulatório, SISREG, Sistema de Notificação na Regulação — Notificareg, Portal de Transparência SISREG e ferramentas associadas, com dados integrados a portais públicos, permitindo à população acompanhar solicitações e tempo de espera. Essas medidas almejam contribuir para uma maior eficiência, transparência e resolutividade no acesso a procedimentos de média e alta complexidade.

Destacam-se, também, a regulação cirúrgica, o monitoramento em tempo real de urgência e emergência, e o fortalecimento dos Núcleos de Regulação Avançada (NRA), por meio de equipes implantadas em todas as unidades municipais, fortalecendo a regulação e a coordenação do cuidado.

4.5 INFORMATIZAÇÃO E PAINÉIS DE EFICIÊNCIA NA ATENÇÃO HOSPITALAR

Toda a rede hospitalar, incluindo UPAs e CER, possui prontuário eletrônico implantado, com integração entre a assistência e os demais blocos de suporte diagnóstico e administrativo, resultando em maior eficiência operacional e economicidade. Mantém-se em andamento o projeto de integração progressiva e compartilhamento de informações em saúde entre as unidades, permitindo acesso ao histórico clínico completo dos usuários em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) (BRASIL, 2018).

A consolidação de um perfil único do usuário tende a tornar o atendimento mais ágil, assertivo e eficaz, reduzindo o tempo de espera e evitando a duplicidade de exames e procedimentos, com impacto direto na diminuição de custos, de riscos assistenciais e do tempo de permanência hospitalar. Além disso, amplia o acesso à avaliação especializada, fortalece o vínculo entre os diferentes níveis de atenção e favorece a continuidade do cuidado, com maior ênfase em ações de caráter preventivo.

A gestão hospitalar tem avançado na digitalização e na automação de processos, com destaque para a Divisão de Inovação e Inteligência de Dados. Além disso, foram criados painéis de eficiência hospitalar para monitoramento de leitos, altas, internações, casos sociais, parcerias, processos de bens e serviços, bem como *dashboards* epidemiológicos por Classificação Internacional de Doenças (CID). Tais soluções tendem a contribuir para a transparência, a agilidade na tomada de decisão e a capacidade de resposta da rede hospitalar.

As principais iniciativas incluem:

- **Portal SUBHUE — Hub Digital Integrado:** O Portal SUBHUE foi criado para ser o ponto central de comunicação e inovação, atendendo tanto ao público interno quanto externo. Ele reúne, em um único ambiente, informações institucionais, notícias, comunicados e, especialmente, ferramentas digitais que facilitam a gestão hospitalar. Além de divulgar as ações da Subsecretaria, o portal serve como base para o desenvolvimento de aplicações que simplificam o trabalho das unidades de saúde, promovendo maior transparência, acesso ágil a dados estratégicos e suporte rápido à tomada de decisões.
- **Automatização da Extração de Dados do Tabnet e Integração com Painéis SIA/SIH:** Foi desenvolvido um robô que realiza automaticamente, de forma mensal e retroativa, a extração dos dados do Tabnet Municipal, que são processados e integrados ao banco central da SUBHUE, alimentando um painel interativo que exibe indicadores de produção ambulatorial (SIA) e internação hospitalar (SIH) das unidades sob gestão. Essa automação elimina trabalhos manuais repetitivos, minimiza erros, assegura atualização constante das informações e fortalece a análise do desempenho hospitalar.
- **Ferramenta de Notificação de Incidentes e Painéis de Gestão Local:** Plataforma digital criada para registrar e acompanhar notificações de incidentes, cobrindo todo o fluxo desde a classificação até a investigação e avaliação final. Centralizando os dados em um banco único, a solução gera relatórios e painéis personalizados para cada gestor, evitando duplicidade de registros, padronizando a coleta de informações e permitindo monitorar tendências e gargalos de forma ágil e precisa. Essa ferramenta fortalece a governança da segurança do paciente e fornece base para melhorias contínuas.
- **Central de Dashboards no Portal SUBHUE:** Todos os *dashboards* produzidos pela Divisão de Inovação e Inteligência de Dados foram organizados e concentrados em um único ambiente dentro do Portal SUBHUE. Isso garante fácil acesso, padronização visual e reduz o tempo necessário para localizar informações estratégicas, além de facilitar a atualização e manutenção dos painéis.
- **Tratamento e Organização da Base de Dados do Prontuário TiMed:** Com acesso à base de dados do prontuário eletrônico TiMed, foi implementado um processo automatizado de tratamento e limpeza de dados, padronizando as informações e reduzindo inconsistências. Esses dados são integrados a *dashboards* atualizados a cada 30 minutos, permitindo que as equipes de gestão monitorem indicadores clínicos e operacionais quase em tempo real.
- **Painéis do Projeto de Eficiência:** Foram desenvolvidos painéis específicos para otimizar a gestão hospitalar, como:
 - E-Kanban de Monitoramento de Leitos;
 - Tempo de Permanência com e sem internação;
 - Monitoramento de Altas;
 - Ociosidade de Leitos;
 - Admissão;

- Internações Hospitalares e na Emergência;
- Porta de Entrada.
- **Painéis de Longa Permanência e Caso Social:** Foi automatizada a coleta de dados sobre pacientes de longa permanência e casos sociais a partir do Portal SMS-Rio, com atualização diária em painéis específicos. Essa solução facilita a identificação e a gestão desses casos que demandam maior articulação intersetorial e planejamento para liberação de leitos.
- **Painel de Acompanhamento de Editais e Aditivos:** Painel interativo que permite acompanhar todas as etapas dos processos de editais e aditivos, exibindo informações sobre lotação atual, data da última movimentação e percentual de conclusão. Essa ferramenta aumenta a transparência, agiliza a tramitação e reduz riscos de atrasos administrativos.
- **Painel de Acompanhamento de Parcerias:** Com integração automática aos dados do painel de informações e prestação de contas do Painel de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais (OSINFO), esse painel oferece visão detalhada dos instrumentos jurídicos (Termos de Colaboração, Contratos de Gestão), saldos, receitas, repasses, despesas e contratos de terceiros, consolidando a análise financeira e operacional das parcerias.
- **Dashboard de Processos de Bens e Serviços:** Automatiza a extração e o acompanhamento das etapas dos processos de aquisição e serviços, incluindo Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) e licitações, com informações sobre lotação, tempo sem movimentação e status atual.
- **Painel de Monitoramento de Leitos e Pacientes Atendidos:** Exibido no Portal SUBHUE, com atualização diária, esse *dashboard* apresenta tempos médios de atendimento, número de pacientes, ocupação de leitos e perfil epidemiológico por CID, com base nos dados do TiMed. Oferece uma visão geral da rede, apoiando decisões rápidas em situações críticas.
- **Painel de Monitoramento de CIDs:** Ferramenta que analisa o volume de atendimentos por CID, distribuídos por bairro e unidade, calculando o percentual em relação ao total de pacientes atendidos. Facilita o planejamento de ações de saúde direcionadas às principais causas de demanda.
- **Monitoramento de Causas Externas:** Painel dedicado ao acompanhamento de atendimentos decorrentes de causas externas, como acidentes de trânsito, quedas e outros traumas, permitindo identificar tendências e subsidiar ações a partir dos dados do prontuário TiMed.

4.6 SOLUÇÕES DIGITAIS PARA UMA VIGILÂNCIA EM SAÚDE AVANÇADA

O fortalecimento da Vigilância em Saúde no município tem como marco a criação do Centro de Inteligência Epidemiológica (CIE), em 2022, com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Localizado no Centro de Operações do Rio (COR), o CIE é pioneiro na América Latina e integra dados clínicos, laboratoriais, ambientais e climáticos, transformando-os em informações estratégicas para resposta rápida.

Entre as soluções implementadas pelo CIE, destacam-se aquelas com impacto direto na qualificação dos processos de trabalho da rede de saúde.

- **EpiRio:** O Observatório Epidemiológico do Rio reúne diversos painéis de monitoramento, abrangendo arboviroses, nascimentos, mortalidade, coberturas vacinais, doenças e agravos, Mpox, covid-19, além de outros materiais técnicos que oferecem informações estratégicas para a saúde pública.
- **Painel de Alertas:** Monitora dados da Rede de Urgência e Emergência utilizando modelagem estatística avançada para identificar tendências de síndromes e sintomas. A ferramenta detecta precocemente mudanças no perfil epidemiológico e destaca atendimentos com CID de interesse, permitindo respostas rápidas por meio da investigação dos casos e devolutivas oportunas.
- **GALBOT:** Plataforma que centraliza dados laboratoriais e automatiza alertas para o monitoramento das doenças prioritárias no município.
- **Painel de Calor:** Pioneiro no combate às mudanças climáticas, integra dados de temperatura, umidade e índice de calor coletados por sensores terrestres e modelos globais. Essa ferramenta apoia o Centro de Operações da Prefeitura do Rio na ativação dos níveis de calor e nas ações de contingência correspondentes.
- **Monitor GEOVACINA RIO:** Exibe a localização geográfica de crianças com vacinação em atraso, facilitando a busca ativa e contribuindo para o aumento da cobertura vacinal. O sistema também identifica as equipes responsáveis e os territórios com menores índices, apoiando estratégias específicas.
- **GEOARBO:** Integra dados sobre arboviroses, incluindo georreferenciamento de casos notificados, taxas de incidência por bairro, mapas de calor da densidade dos ovos do *Aedes aegypti* e distribuição predominante dos sorotipos da dengue, gerando informações acionáveis para o controle vetorial.
- **GEOTB Rio:** Mapeia e monitora a distribuição dos casos de tuberculose, identificando áreas prioritárias e o status de encerramento dos casos, subsidiando as ações das equipes de saúde para o controle da doença.
- **Alerta Carioquinha:** Desenvolvida para gerar alertas à rede de saúde sobre crianças menores de um ano em situação de risco, a ferramenta identifica sinais relacionados a condições respiratórias, neurológicas, vulnerabilidades extremas, desnutrição, doenças diarreicas e atendimentos recorrentes, possibilitando uma atuação rápida e eficaz.
- **Painel Vigilância Mosaico:** Integra diversas fontes e métodos de monitoramento — clínicos, laboratoriais, sindrômicos, ambientais, climáticos, entre outros — para oferecer uma visão abrangente e dinâmica do cenário de saúde.
- **Labsync:** Robô que realiza a sincronização automática dos dados laboratoriais entre o Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) e o SINAN, para os agravos dengue e chikungunya.

4.7 PESQUISA, INOVAÇÃO E GESTÃO INTEGRADA NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Na Vigilância Sanitária municipal, os avanços técnico-científicos obtidos nos últimos anos refletem um compromisso sólido com a produção e o uso do conhecimento, fundamentais para decisões sanitárias mais robustas. Nesse contexto, destacam-se os incentivos à pesquisa, inovação, educação permanente e qualificação técnica.

O Laboratório de Análise Pericial de Produtos de Interesse Sanitário e Agropecuário (LAPS), um laboratório próprio de análise de produtos, está entre os cinco laboratórios municipais do país que compõem a Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária, o que o habilita a emitir laudos fiscais. Recentemente modernizado, o laboratório realiza ensaios automatizados, aumentando sua capacidade para análises periciais e contraprovas. Sua estrutura conta com o Centro de Inteligência em Segurança dos Alimentos (CISA), que coordena um programa permanente de monitoramento da segurança alimentar, funcionando em horário integral, todos os dias da semana.

O Sistema de Informação de Vigilância Sanitária (SISVISA) está em constante aprimoramento para oferecer ferramentas que otimizem as ações de fiscalização, como o uso de *tablets* nos locais de inspeção, automação na emissão de licenças e multas, além da análise dos dados para apoiar a gestão.

Na comunicação com a sociedade, o IVISA-Rio mantém canais como o 1746 para atendimento de denúncias, elogios e críticas, além de perfis ativos nas redes sociais (Instagram, X e Facebook), que somam 178.585 seguidores, representando um crescimento de 17% em relação a 2024. Por esses canais, o IVISA-Rio divulga notas, alertas e suas ações, garantindo transparência nos serviços prestados.

Ao longo dos anos, o IVISA-Rio construiu uma estrutura técnica e organizacional sólida e especializada, capaz de responder, de forma rápida e articulada, com respaldo legal e institucional para exercer suas ações de fiscalização integradas à vigilância, regulação, análise laboratorial e inovação.

Entretanto, novos desafios surgem, como a necessidade de integrar dados e sistemas entre unidades para aprimorar e uniformizar ações e procedimentos, além de ajustar o quadro de recursos humanos especializados às demandas crescentes da complexidade tecnológica.

4.8 MODERNIZAÇÃO DA GESTÃO DOCUMENTAL

A SMS-Rio, por meio da Subsecretaria de Gestão (SUBG) e do Centro Arquivístico, responsável pela administração do sistema arquivístico da secretaria de saúde e tecnicamente vinculado ao Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro, desempenha um papel fundamental na formulação da Política Municipal de Arquivos Públicos e Privados. Atua na identificação, tratamento, organização, preservação e disponibilização de documentos permanentes, com destaque para publicações oficiais, como o Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro.

Com a adesão ao programa DOINET, que permite a consulta de informações públicas e por meio da organização de documentos históricos e descarte de mais de 1,8 mil metros lineares de documentos inativos, promove-se a racionalização do espaço físico e o cumprimento das normas arquivísticas.

Destaque para a Resolução SMS n.º 6.546/2025, que regula a classificação e a temporalidade documental, e a atuação ativa em eventos técnicos e de formação sobre a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) aplicada à saúde.

Entre as ações recentes estão:

- Adesão ao programa DOINET, incorporando legislações municipais históricas;
- Implementação de plano de classificação documental e tabela de temporalidade;
- Eliminação de mais de 1,1 milhão de documentos obsoletos, otimizando o espaço físico;
- Capacitação de equipes e visitas técnicas às unidades de saúde;
- Participação em fóruns nacionais sobre gestão documental e LGPD, com foco em integridade e transparência aplicados à saúde.

Tais medidas fortalecem a governança documental e garantem maior eficiência administrativa.

4.9 PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS E PRIVACIDADE

A proteção dos dados pessoais dos usuários é um pilar essencial da saúde digital, exigindo investimentos contínuos na governança dos dados e segurança da informação em alinhamento à LGPD. A consolidação de um ecossistema digital seguro na área da saúde depende da combinação de infraestrutura tecnológica robusta, capacitação permanente das equipes, inclusão social e digital, participação social e de um ambiente regulatório que assegure confidencialidade, privacidade e segurança no uso das informações.

Nesse contexto, a SMS-Rio instituiu o seu Comitê de Proteção de Dados Pessoais e Privacidade, criado com o objetivo de apoiar tecnicamente a atuação dos encarregados de dados da secretaria, promovendo a governança de dados em todos os níveis da instituição. O comitê atua de forma articulada com os setores da Saúde municipal, contribuindo para a adequação das práticas internas às exigências da LGPD e participando ativamente das discussões no âmbito do Conselho Municipal de Proteção de Dados Pessoais e da Privacidade, que é um órgão da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro coordenado pela Secretaria Municipal de Integridade, Transparência e Proteção de Dados (SMIT).

Esse Conselho, instituído pela Lei Municipal n.º 7.012/2021, é um órgão colegiado de natureza consultiva, propositiva e fiscalizadora, que apoia a Administração Pública Municipal na implementação e conformidade com a LGPD (Lei Federal n.º 13.709/2018). Suas atividades se desenvolvem

por meio de sessões plenárias e Grupos de Trabalho (GT) temáticos, que produzem diretrizes, recomendações e subsídios técnicos para aprimorar a gestão pública e fortalecer a governança de dados no município.

Em 2024, a SMS-Rio foi relatora do Grupo de Trabalho n.º 2, que resultou na elaboração do relatório “Interoperabilidade de Dados na Saúde Pública: Medidas e Salvaguardas para Implementação Respeitando a Proteção de Dados e Privacidade dos Titulares”. O documento propôs diretrizes para a integração progressiva dos sistemas de informação em saúde, iniciando pela Atenção Primária e avançando para a rede hospitalar, laboratórios públicos e farmácias do SUS, com foco na consolidação do HCI.

Entre as recomendações destacam-se:

- A adoção da política de privilégios mínimos e controle de acessos com base na real necessidade de uso;
- A realização de avaliações de impacto à proteção de dados antes da integração de sistemas;
- A implementação de protocolos robustos de segurança da informação, incluindo planos de contingência e rastreabilidade de acessos;
- A garantia dos direitos dos titulares, com transparência e disponibilização do histórico de acessos ao HCI.

Em 2025, a SMS-Rio voltou a assumir a relatoria, agora no Grupo de Trabalho n.º 3, voltado à Capacitação e Conscientização em Proteção de Dados na Rede Municipal de Saúde. O relatório preliminar propôs a criação de um programa contínuo de formação, com treinamentos adaptados a diferentes perfis profissionais, como médicos, enfermeiros, técnicos, atendentes, equipes administrativas e de TI, abordando riscos e responsabilidades específicas.

Destaca-se, ainda, a criação da figura dos “Embaixadores da LGPD” nas unidades de saúde, profissionais responsáveis por multiplicar o conhecimento e fomentar boas práticas, e a realização de campanhas permanentes de conscientização integradas aos canais digitais internos e ações presenciais.

Paralelamente às relatorias, a SMS-Rio participa de outros dois GTs estratégicos: um voltado à elaboração de protocolos padronizados de prevenção, resposta e comunicação de incidentes no setor público; e outro dedicado ao uso ético e seguro da inteligência artificial, com ênfase nas aplicações em saúde digital.

Com essa trajetória, a SMS-Rio reafirma o seu compromisso na promoção de boas práticas em governança de dados, inovação e proteção à privacidade, em conformidade com a legislação vigente e alinhada às demandas atuais da saúde pública. Ao consolidar uma gestão mais eficiente, transparente e centrada no cidadão, contribui diretamente para um novo modelo de saúde digital no Rio de Janeiro.

5. GESTÃO EM SAÚDE

A SMS-Rio é o órgão responsável pela formulação, coordenação, regulação e execução da política municipal de saúde. Na condição de gestora plena do SUS no município, é de sua competência assegurar o acesso universal, integral e equânime da população aos serviços e ações de saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS.

Entre as competências do gestor municipal de saúde, destaca-se a responsabilidade pela articulação, pactuação, acompanhamento, avaliação e auditoria dos serviços e das equipes de saúde sob sua gestão. Tais atribuições são exercidas em consonância com os princípios da gestão participativa, com ênfase na atuação do controle social, notadamente por meio dos Conselhos Municipal e Distritais de Saúde e das Conferências de Saúde.

As Conferências Municipais de Saúde, de caráter deliberativo, configuram-se como instâncias fundamentais para o exercício da participação social e democrática. Esses espaços possibilitam que representantes da sociedade civil e do poder público debatam diretrizes, contribuam na formulação das políticas públicas de saúde e avaliem os resultados alcançados. Entretanto, reconhece-se que, na prática, esses mecanismos nem sempre alcançam plenamente os objetivos previstos nas normativas do SUS, o que demanda ações contínuas de qualificação e fortalecimento.

A participação social foi institucionalizada com a Constituição Federal de 1988 e regulamentada pelas Leis n.º 8.080/1990 e n.º 8.142/1990, que preveem a composição paritária dos Conselhos de Saúde, assegurando a presença de representantes dos usuários, trabalhadores e prestadores de serviços. Este modelo visa à promoção da corresponsabilização, à transparência nos processos decisórios e à construção de uma gestão mais horizontal e dialógica.

Além das instâncias de controle social, destacam-se como instrumentos essenciais de cogestão e avaliação no âmbito municipal o Plano Municipal de Saúde (PMS) — elaborado em alinhamento com o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) —, a Programação Anual de Saúde (PAS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG). Esses instrumentos são fundamentais para o monitoramento da execução das políticas públicas de saúde, contribuindo para a transparência, a prestação de contas à sociedade e a avaliação do cumprimento das metas estabelecidas.

Nesse contexto, é importante o fortalecimento dos mecanismos de controle social e de cogestão, pilares indispensáveis para a consolidação de uma gestão pública da saúde que seja participativa, transparente e comprometida com a melhora contínua do SUS no município.

A atuação da SMS-Rio também se estrutura a partir da análise das especificidades epidemiológicas, sociais e territoriais da população carioca, organizando prioridades e ações em consonância com as políticas nacionais de saúde e com os serviços integrantes da Rede de Atenção à Saúde. A

SMS-Rio pauta sua atuação pela excelência na gestão pública, em conformidade com as diretrizes do planejamento do SUS, com foco na qualificação do cuidado, na articulação intersetorial e na observância dos limites orçamentários.

O planejamento integrado configura-se como eixo central da estratégia institucional da SMS-Rio, orientado para a obtenção de resultados eficazes, eficientes e efetivos. Nesse sentido, são priorizados o fortalecimento dos espaços de diálogo, cooperação e corresponsabilidade, com vistas à ampliação da capacidade de gestão e à promoção de melhorias contínuas nos serviços públicos de saúde.

A gestão da SMS-Rio está alinhada às diretrizes da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, sendo estruturada por instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação, bem como pela adoção de práticas modernas de administração pública e de gestão compartilhada. A transparência, a participação social e a cogestão são princípios estruturantes incorporados aos processos de gestão, com ênfase na valorização dos usuários do SUS e na qualificação da atenção à saúde.

Por fim, destaca-se o compromisso da SMS-Rio com a institucionalização da cultura do planejamento, pautada na avaliação, sistematização e disseminação de experiências e boas práticas. O fortalecimento da cultura organizacional contempla a integração do planejamento ao cotidiano das equipes técnicas, abrangendo todo o ciclo orçamentário, como estratégia de aprimoramento da gestão e melhora dos resultados em saúde.

5.1 FINANCIAMENTO

O avanço da saúde pública no Brasil, consolidado a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, encontrou respaldo jurídico e institucional na Constituição Federal de 1988, que consagrou a saúde como direito de todos e dever do Estado, a ser assegurado mediante políticas sociais e econômicas que garantam o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

Com o objetivo de viabilizar esse direito constitucional, foi criado o SUS, sistema público de atenção à saúde financiado, gerido e operacionalizado, de forma descentralizada, pelas três esferas de governo: União, estados e municípios. Cabe ao poder público garantir os recursos necessários e organizar o sistema de forma a promover o acesso equitativo e qualificado da população aos serviços de saúde.

O financiamento do SUS está previsto na própria Constituição Federal e foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde — Leis Federais n.º 8.080/1990 e n.º 8.142/1990. A Lei n.º 8.080/1990 estabelece que os planos para a Saúde, em cada esfera de gestão, são os instrumentos estratégicos centrais para o planejamento das ações e serviços de saúde. Já a Lei n.º 8.142/1990 define os critérios para a transferência de recursos federais e institui a participação da comunidade na gestão do SUS como condição essencial para o seu funcionamento democrático e transparente.

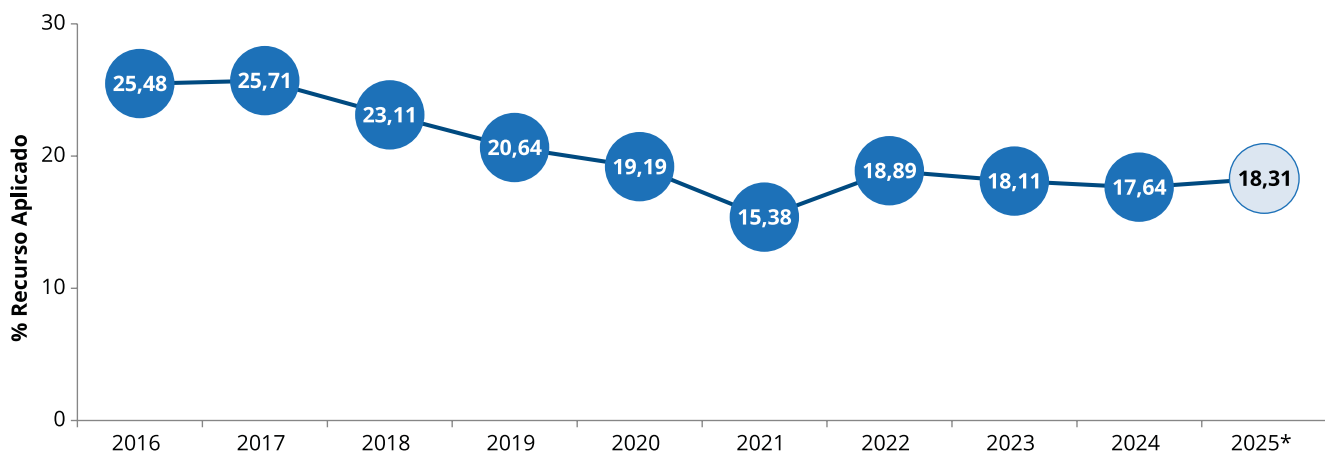
No que tange ao financiamento, a Constituição Federal estabelece as fontes de recursos e os percentuais mínimos obrigatórios de aplicação em saúde por parte de cada ente federativo. Esse marco foi reforçado pela Emenda Constitucional n.º 29/2000, que fixou o percentual mínimo de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) para os municípios e 12% para os estados, vinculando recursos da seguridade social à saúde pública. A Emenda teve sua regulamentação posteriormente aprimorada pela Lei Complementar n.º 141/2012, que detalha os critérios de aplicação, fiscalização e prestação de contas dos recursos. A seguir demonstramos o percentual de recursos próprios aplicados pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Tabela 7. Percentual de recursos próprios aplicados em Saúde, MRJ, 2015–2025

2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025*
20,93	25,48	25,71	23,11	20,64	19,19	15,38	18,89	18,11	17,64	18,31

Fonte: Sistema Integrado de Administração Financeira, Orçamentária e Contábil da Prefeitura do Rio de Janeiro (SIAFIC Carioca). Unidade responsável: Controladoria Geral do Município. Data de extração: 07/01/2026. *2025: Dados até outubro. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 43. Percentual de recursos próprios aplicados em Saúde, MRJ, 2015–2025



Fonte: SIAFIC CARIOCA, Unidade Responsável: Controladoria Geral do Município; data e hora da emissão: 07/01/2026 9:44. Disponível em: <https://controladoria.prefeitura.rio/quadros-da-lrf/>. Dados sujeitos à revisão.

Mesmo com essas definições legais, o financiamento do SUS permanece como um dos maiores desafios enfrentados pelos gestores públicos. A complexidade da estrutura federativa e as necessidades crescentes de saúde da população tornam imprescindível o debate permanente e a adequação do modelo de financiamento. A Seguridade Social, da qual o SUS faz parte, possui orçamento próprio, composto por contribuições previdenciárias e receitas orçamentárias vinculadas. A Constituição ainda permite a complementação do orçamento da seguridade com recursos do orçamento fiscal, conforme as necessidades de financiamento. Na tabela a seguir, realizamos uma demonstração do orçamento da Saúde e demais áreas da cidade do Rio de Janeiro.

Tabela 8. Despesa empenhada por função de governo, 2021–2024, CGM (em milhões)

FUNÇÃO	2021	2022	2023	2024
Saúde	6.809.513	8.526.381	8.648.134	9.405.168
Educação	7.956.456	8.422.513	9.439.326	10.027.734
Previdência Social	5.894.349	6.132.997	6.577.871	7.038.258
Urbanismo	2.212.003	3.510.319	4.196.639	4.639.465
Assistência Social	788.639	896.025	964.628	988.227
Transporte	311.745	1.162.634	2.798.498	2.204.210
Saneamento	570.818	752.596	891.619	1.102.154
Cultura	172.462	251.540	269.495	278.201
Desporto e Lazer	53.048	150.242	148.834	254.667
Gestão Ambiental	70.391	233.529	237.139	246.390
Segurança Pública	576.705	651.792	723.697	804.625
Ciência e Tecnologia	12.934	38.350	44.964	72.200
Direitos da Cidadania	18.862	56.626	89.146	110.740
Trabalho	80.125	82.393	84.437	151.003
Comércio e Serviços	76.821	216.372	223.655	180.938
Habitação	44.816	123.257	217.286	217.563
Administração	2.544.505	3.148.851	3.085.561	3.562.825
Judiciária	152.177	192.475	228.503	217.783
Legislativa	870.887	1.000.378	1.088.748	1.091.463

Fonte: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Controladoria Geral do Município. Prestação de Contas de Governo. Disponível em: <https://controladoria.prefeitura.rio/prestacao-de-contas-anual-de-governo-livros/>. Acesso em 01/08/2025. Dados sujeitos à revisão.

A descentralização da gestão e do financiamento, prevista constitucionalmente, é uma das diretrizes estruturantes do SUS, fundamentada na corresponsabilidade entre União, estados e municípios. Essa descentralização objetiva ampliar o acesso aos serviços de saúde, aumentar a resolutividade local e permitir maior controle social sobre a aplicação dos recursos públicos.

Com a descentralização, os municípios passaram a ter papel central na condução das políticas públicas de saúde em nível local, com destaque para o financiamento da APS, que constitui a principal porta de entrada do sistema.

Para garantir o funcionamento do modelo de financiamento tripartite, os recursos federais são repassados aos estados e municípios de forma regular e automática, por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS), diretamente para os respectivos Fundos Estaduais (FES) e Fundos Municipais de Saúde (FMS). No âmbito municipal, a APS é financiada, em parte, por meio das transferências vinculadas ao Piso da Atenção Básica (PAB), criado em 1998, que compreende: Componente Fixo, definido com base na população residente no município (per capita); e Componente Variável, condicionado à adesão e à execução de programas estratégicos.

O financiamento das ações e serviços do SUS ocorre em articulação com os instrumentos de planejamento e orçamento público, sendo orientado pelo PPA, LDO e LOA, que preveem os recursos destinados ao setor saúde em cada exercício fiscal.

O processo de financiamento compreende três fases interdependentes: definição orçamentária; planejamento das ações e serviços de saúde; e execução orçamentária e financeira. No planejamento, destacam-se o Plano Municipal de Saúde e a Programação Anual de Saúde (PAS), que definem metas, estratégias e alocação de recursos de acordo com as necessidades identificadas. Após a definição e a pactuação das ações, os valores são transferidos e a execução ocorre conforme o previsto, sendo posteriormente monitorada e avaliada por meio de instrumentos como os Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas e o Relatório Anual de Gestão (RAG).

A SMS-Rio, por meio do Fundo Municipal de Saúde, recebe transferências financeiras regulares provenientes do Ministério da Saúde, conforme o disposto na Portaria GM/MS n.º 828, de 17 de abril de 2020, que altera a Portaria de Consolidação n.º 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Essas transferências são efetuadas com base nas ações e serviços públicos de saúde pactuados, abrangendo a Atenção Primária, Atenção Especializada, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Gestão do SUS, bem como ações específicas relacionadas à covid-19.

Os recursos são organizados e repassados em blocos de financiamento, denominados: Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde. A alocação dos recursos em cada bloco deve ser direcionada exclusivamente para as ações correspondentes ao respectivo bloco, respeitando ainda a programação prevista no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde.

A seguir, apresenta-se a tabela com os valores dos repasses efetuados pelo Ministério da Saúde à SMS-Rio nos últimos exercícios, discriminados por bloco de financiamento:

Tabela 9. Repasses efetuados pelo Ministério da Saúde à SMS-Rio, por bloco de financiamento, 2021–2024

BLOCO	BLOCO DE FINANCIAMENTO	2021	2022	2023	2024
CUSTEIO		2.070.479.836,69	1.903.145.603,40	2.650.964.492,54	2.996.586.892,46
	Atenção Básica	588.086.104,40	515.867.913,08	693.570.615,08	868.116.950,44
	Atenção de Média e Alta Complexidade	1.355.564.405,39	1.233.123.474,31	1.723.117.620,94	1.831.918.989,23
	Coronavírus (covid-19)	4.660.000,00	—	—	—
	Assistência Farmacêutica	40.224.951,06	47.111.156,78	40.235.890,47	55.312.206,00
	Vigilância em Saúde	81.844.375,84	106.412.695,27	121.449.661,30	148.581.501,13
	Atenção Especializada	—	—	280.000,00	—
	Gestão do SUS	100.000,00	630.363,96	72.310.704,75	92.657.245,66
INVESTIMENTO		19.741.587,00	4.349.255,66	5.893.739,00	13.472.921,00
	Atenção Básica	2.005.615,00	1.034.754,66	5.357.941,00	12.589.249,00
	Coronavírus (covid-19)	6.948.390,00	—	—	—
	Atenção Especializada	10.787.582,00	3.314.501,00	535.798,00	883.672,00
TOTAL		2.090.221.423,69	1.907.494.859,06	2.656.858.231,54	3.010.059.813,46

Fonte: S/SUBG/CIL/GEO — Gerência de Execução Orçamentária. Repasses Fundo Nacional de Saúde. Regime de Caixa, 2025. Dados sujeitos à revisão.

Esses blocos organizam a destinação dos recursos federais de acordo com a natureza das ações e serviços prestados, permitindo maior clareza, controle e responsabilidade sobre sua aplicação.

Dessa forma, a gestão do financiamento pela SMS-Rio está alinhada e estruturada para garantir transparência, eficiência e efetividade na utilização dos recursos públicos, assegurando à população carioca o direito à saúde, conforme preconizado pela Constituição e pela legislação infraconstitucional do SUS.

5.2 REGULAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

No período de 2021 a 2024, a SMS-Rio, por meio do Programa Regulação e Gestão do SUS, desenvolveu um planejamento anual estruturado em quatro eixos principais. Em 2021, o foco foi na reestruturação da gestão e no combate à covid-19, enfrentando um cenário crítico marcado pelo aumento de 150% nas filas de regulação em relação a 2016, uma redução contínua na oferta de vagas e contratos pendentes com unidades prestadoras de serviços.

Além dos desafios administrativos e orçamentários, priorizou-se a reorganização da Subgeral, a atualização dos contratos da rede credenciada, a gestão eficiente do Complexo Regulador, a implementação de uma regulação baseada em dados, a ampliação da abertura de leitos e a adaptação da rede de atenção para garantir um desempenho assistencial superior e acelerar a vacinação contra a pandemia.

Em 2022, com o eixo “Saúde a tempo e a hora”, a estratégia concentrou-se na ampliação da oferta de vagas no Sistema de Regulação, alcançando um incremento de 35,3% com 416.528 vagas a mais em relação ao ano anterior, por meio da formalização de contratos com unidades públicas e privadas. Houve também a qualificação das equipes de regulação ambulatorial, com a padronização de processos por meio da elaboração do “Manual de Regulação Ambulatorial” e a criação de protocolos específicos para diversas especialidades.

O avanço tecnológico foi marcado pelo desenvolvimento de sistemas digitais, como o Sistema Mapa Cirúrgico e o Censo de Urgência e Emergência, além da implantação dos Núcleos de Regulação Avançada (NRA) em todas as unidades municipais. Serviços digitais voltados ao paciente ganharam destaque, com o lançamento do aplicativo minhasaude.rio, a implementação do serviço telefônico para avisos de consultas e a reformulação do Portal da Transparência com dados regulatórios disponíveis via Power BI. O ano também foi marcado pela resolução de 12 filas da regulação ambulatorial, incluindo especialidades historicamente críticas, como ortopedia e oftalmologia, consolidando a credibilidade do SISREG e reduzindo significativamente os tempos de espera.

No ano seguinte, 2023, o eixo “Saúde Digital, Inovação e Foco no Paciente” guiou ações voltadas para a desburocratização do acesso ao cuidado integral e o fortalecimento dos serviços digitais para usuários, profissionais de saúde e gestores. A SMS-Rio investiu em estratégias de gestão alinhadas à tecnologia e à conectividade, ampliando a digitalização dos processos e a utilização de dados para o cuidado.

Por fim, em 2024, o eixo “Sustentabilidade e Qualidade” orientou as estratégias para ampliar a Saúde Digital no município, com a disseminação do uso do aplicativo minhasaude.rio e a implementação da Telemedicina na Atenção Primária à Saúde, inicialmente no Complexo da Maré. As equipes de auditoria e supervisão concentraram esforços na identificação de falhas administrativas, desperdícios e ineficiências, propondo medidas corretivas para garantir uma aplicação mais eficiente dos recursos e melhores resultados em saúde para a população carioca.

5.2.1 COMPLEXO REGULADOR

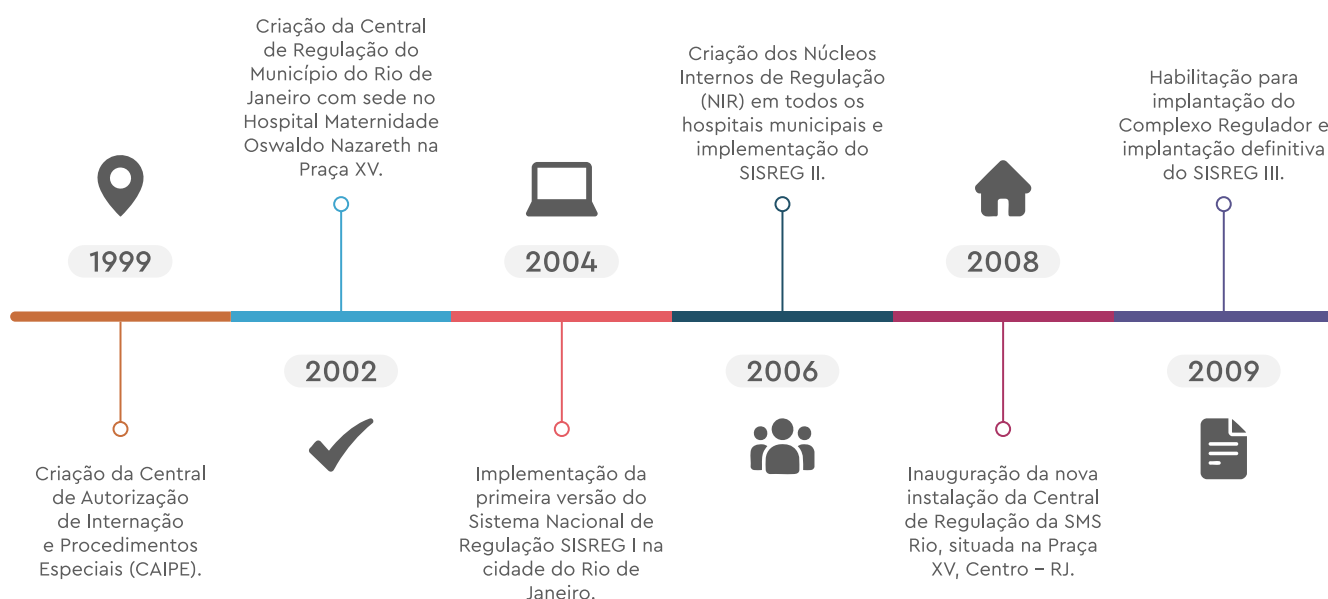
A Portaria n.º 1.559, de 2008, instituiu a Política Nacional de Regulação (PNR) e consolidou os Complexos Reguladores como estruturas obrigatórias no SUS, subdivididos em Centrais de Consultas e Exames, Internações Hospitalares e Urgências.

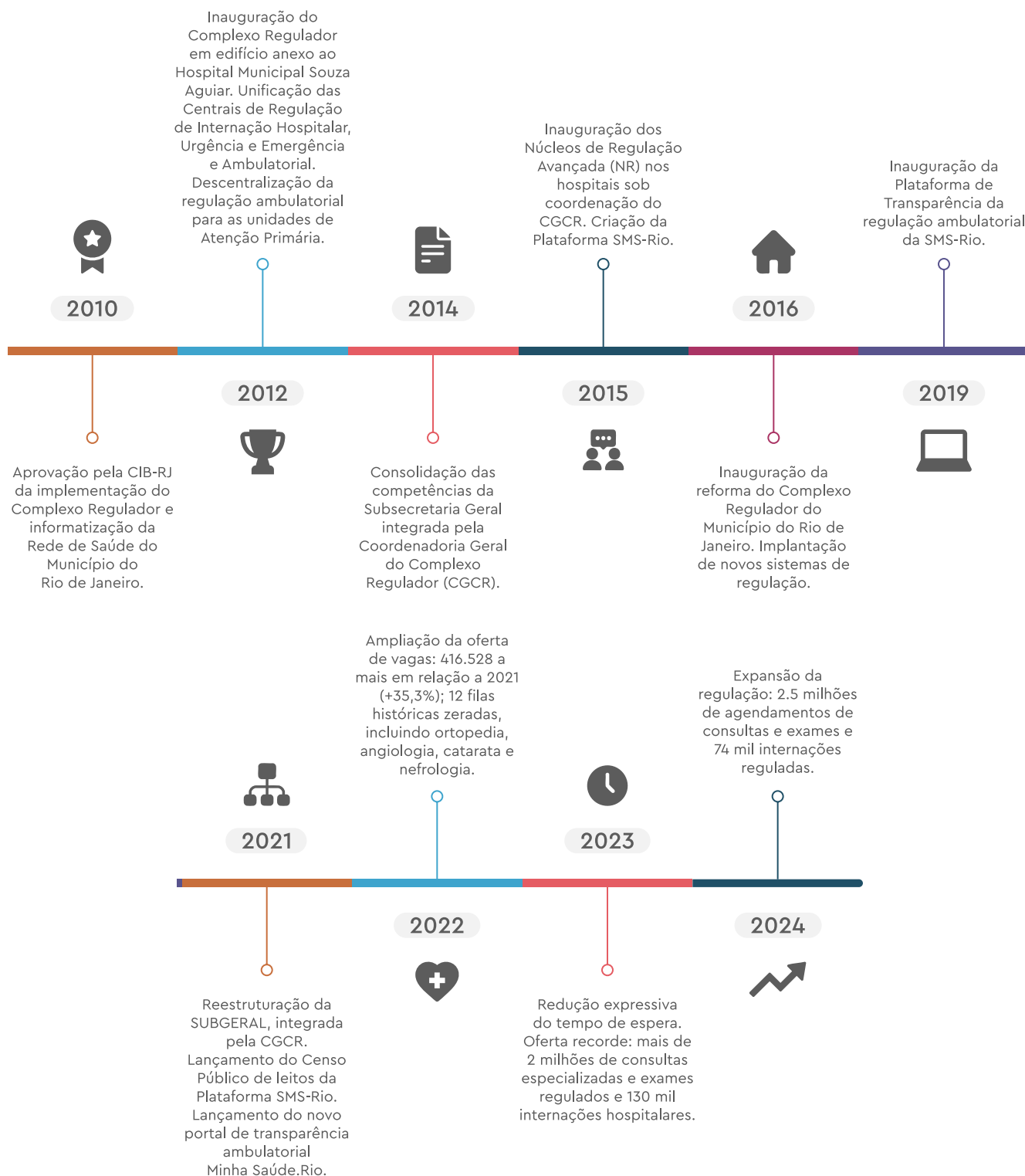
No Rio de Janeiro, esse movimento se materializou a partir da criação da Central de Autorização de Internação e Procedimentos Especiais (CAIPE) em 1999, que representou o embrião da regulação municipal. A consolidação de um sistema de regulação veio em 2002, com a instituição da Central de Regulação Municipal, já integrada ao SISREG. Em 2008, foi inaugurada a Central de Leitos, modernizada em 2012 com a instalação do Complexo Regulador anexo ao Hospital Municipal Souza Aguiar, estruturando-se nas três centrais preconizadas nacionalmente.

O Decreto Municipal n.º 39.669, de 15 de dezembro de 2014, consolidou a estrutura do Complexo Regulador no MRJ ao instituir a Coordenadoria Geral do Complexo Regulador (CGCR) na SMS-Rio. A medida organizou o sistema em três coordenações — Internação Hospitalar; Urgência e Emergência; e Regulação Ambulatorial — alinhadas à Política Nacional de Regulação (Portaria MS n.º 1.559/2008), atribuindo à CGCR a responsabilidade de articular e controlar as Centrais de Regulação municipais, garantindo a integração dos fluxos assistenciais e a comunicação entre os serviços de saúde.

A articulação entre estado e município veio em 2015, com a deliberação CIB n.º 3.470, que pactuou a Central Unificada de Regulação (REUNI-RJ). Assim, o Complexo Regulador carioca consolidou-se como instrumento estratégico de organização do acesso, alinhado às diretrizes federais da Política Nacional de Regulação e às políticas de regionalização da saúde.

Figura 11. Linha do tempo — Histórico Institucional do Complexo Regulador no Município do Rio de Janeiro





Fonte: Subgeral/SMS-Rio, 2025.

O Complexo Regulador do município do Rio de Janeiro tem como atribuições planejar, executar e controlar a regulação do acesso à assistência, garantindo a atuação concreta da regulação médica nas esferas ambulatorial (procedimentos especiais de alta e média complexidade), hospitalar e

de urgência/emergência. Também é responsável pelo funcionamento integrado das Centrais de Regulação, por padronizar solicitações com base em protocolos assistenciais e organizar fluxos de referência e contrarreferência.

Além disso, elabora e implementa protocolos de regulação, realiza ajustes entre oferta e demanda, regula os serviços prestados na rede municipal de saúde e dá suporte às negociações de critérios regulatórios nas instâncias intergestoras. Tem também a função de capacitar gestores e profissionais nos sistemas de informação, propor melhorias nos instrumentos de controle e avaliação, produzir materiais técnicos, subsidiar a programação pactuada e integrada, e propor o orçamento destinado ao Complexo Regulador.

Foto 27. Salão principal do Complexo Regulador do MRJ — Painéis de Monitoramento de Regulação de Internações e Urgências e Emergências (Plataformas SMS-Rio)



Foto: Cleverson Rodrigues / Núcleo de Comunicação e Qualidade / Complexo Regulador do MRJ.

Foto 28. Salão principal do Complexo Regulador do MRJ — Central de Regulação de Internação e Central de Urgência e Emergência



Foto: Cleverson Rodrigues / Núcleo de Comunicação e Qualidade / Complexo Regulador do MRJ.

Foto 29. Central de Regulação Ambulatorial do Complexo Regulador do MRJ



Foto: Cleverson Rodrigues / Núcleo de Comunicação e Qualidade / Complexo Regulador do MRJ.

Para a regulação de procedimentos ambulatoriais, que possibilitam o acesso à Atenção Especializada para garantia da integralidade e continuidade do cuidado, o MRJ adotou, em 2009, o SISREG como ferramenta de regulação. Este sistema, desenvolvido e administrado pelo Ministério da Saúde, é responsável pela solicitação e pelo agendamento descentralizado de consultas e exames, funcionando como a principal ferramenta de regulação ambulatorial da rede municipal.

Em média, são feitos 7 mil agendamentos por dia no SISREG, e nos últimos anos houve um crescimento no número de solicitações, superando todos os valores registrados até então na série histórica. Até 2021, havia uma média de um milhão de solicitações por ano. Em 2024, contudo, foram inseridas 3.050.833 solicitações de primeira vez no SISREG, superando o recorde anterior, registrado em 2023, com 2.714.716 solicitações.

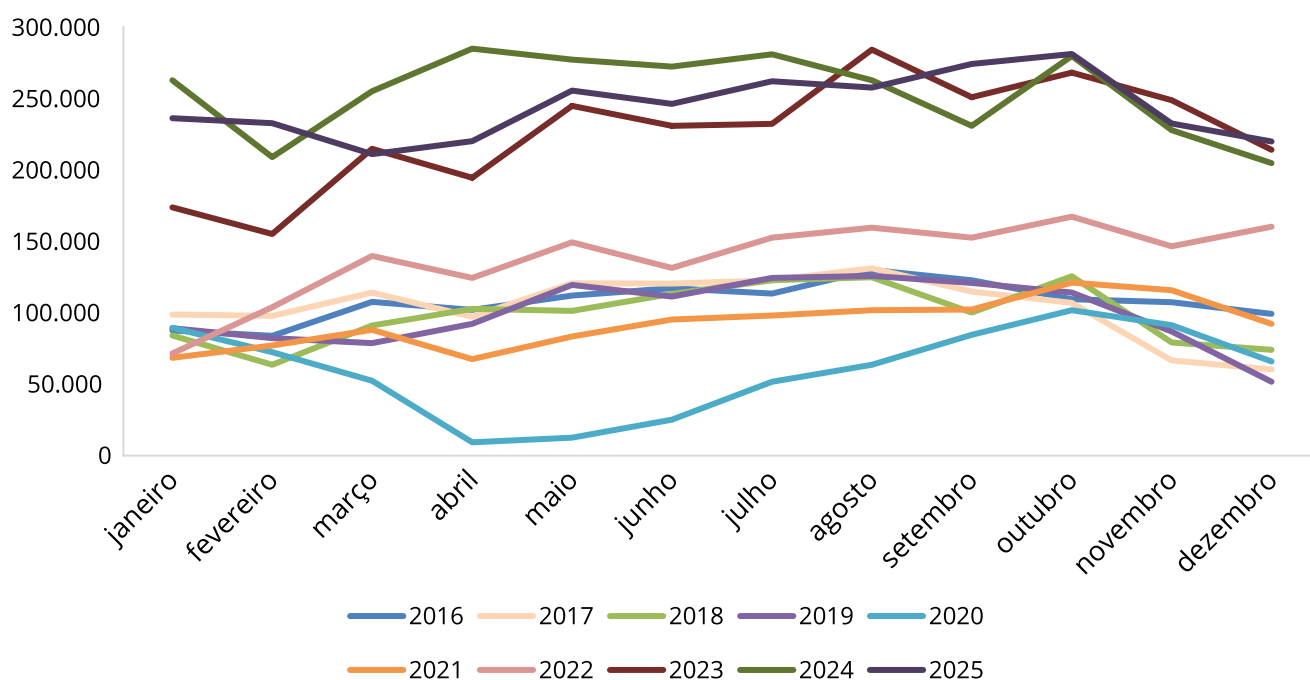
Este crescimento se deu, principalmente, em decorrência da expansão da cobertura da APS e do aumento da carga de doenças na população decorrente do processo de envelhecimento, acrescido da desestabilização dos pacientes crônicos, que tiveram seus atendimentos ambulatoriais reduzidos, devido à suspensão dos atendimentos eletivos em função da pandemia de covid-19.

O aumento progressivo no número de solicitações de primeira vez no SISREG tem superado as projeções e desafiado o planejamento do sistema público de saúde carioca, a despeito das ações de aumento da oferta e qualificação do processo regulatório para prover eficiência no uso dos recursos disponíveis.

O processo regulatório no SISREG é humano dependente, pois o impute da solicitação é manual e não possui qualquer crítica que induza a inserção somente de solicitações válidas de acordo com cada procedimento. Dessa forma, cada solicitação precisa ser analisada individualmente por um médico regulador, que pode autorizá-la, recusá-la ou devolvê-la solicitando informações adicionais, para que esta possa ser devidamente aprovada e agendada.

O crescente aumento no número de solicitações e interações no sistema está exigindo mais dos médicos reguladores, gerando maior carga de trabalho, aumento da morosidade no processo regulatório e, consequentemente, impactos negativos no tempo de resposta à população.

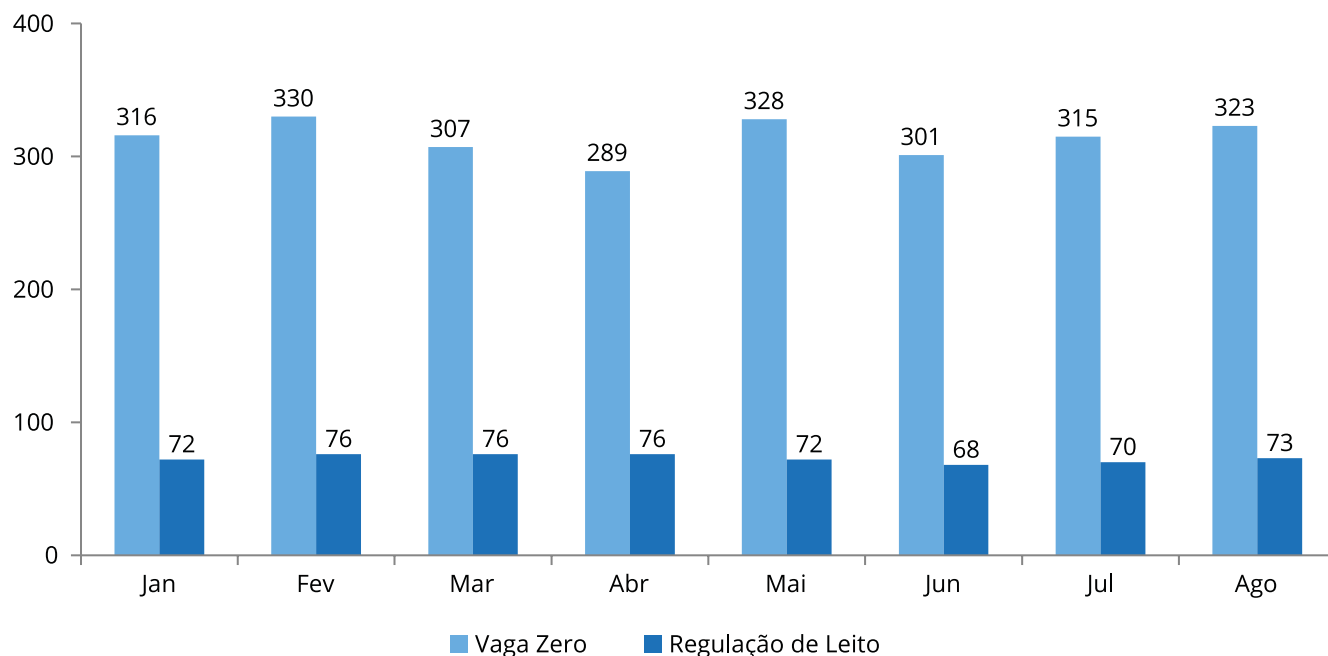
Considerando a necessidade de modernizar o processo regulatório, incorporando tecnologias que automatizem etapas e ampliem a eficiência da análise, está sendo desenvolvido um novo sistema de regulação, inicialmente para procedimentos de alto custo, que apoie à decisão clínica com base nos protocolos de regulação, capaz de realizar pré-avaliações automáticas das solicitações com base em critérios técnicos previamente definidos.

Gráfico 44. Série histórica de solicitações de primeira vez, MRJ, 2016–2025

Fonte: SISREG, 2025. Dados sujeitos à revisão.

A Plataforma SMS-Rio foi criada em 2015 como um conjunto de sistemas informatizados para centralizar e modernizar a gestão da regulação no MRJ. O sistema é de domínio próprio da SMS-Rio, 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 e no Sistema de Regulação Estadual (SER), são inseridas as solicitações e feitas as regulações relativas à internação hospitalar e ao acesso à rede de urgência e emergência, por meio do Vaga Zero, com a liberação de viaturas de transporte entre as unidades da rede municipal. Por dia, em média, são regulados cerca de 73 leitos de internação hospitalar e 313 Vagas Zero na referida plataforma.

Gráfico 45. Média diária de regulação de leitos de internação hospitalar e de Vaga Zero por mês em 2025, MRJ

Fonte: Plataforma SMS-Rio, agosto/2025. Dados sujeitos à revisão.

As principais funções da Plataforma SMS-Rio na regulação são:

- Centralização das informações da rede SUS municipal em banco de dados unificado, garantindo maior transparência e padronização;
- Gerenciamento informatizado de leitos hospitalares e dos serviços de urgência e emergência, substituindo processos manuais;
- Automatização de processos de regulação, garantindo sustentabilidade e acelerando solicitações e autorizações;
- Suporte à tomada de decisão, ao produzir relatórios gerenciais e indicadores sobre oferta e demanda de serviços;
- Organização dos fluxos de acesso, permitindo o acompanhamento, em tempo real, de solicitações, internações e atendimentos;
- Integração com o SER e demais sistemas da SMS-Rio, fortalecendo a rede.

Em resumo, a Plataforma SMS-Rio é uma ferramenta estratégica de gestão e inovação, garantindo maior controle, transparência e eficiência no funcionamento do Complexo Regulador.

No período de 2021 a 2024, o Complexo Regulador do MRJ passou por uma profunda reestruturação e modernização, alcançando avanços significativos na ampliação da oferta de serviços, na redução das filas de espera, na incorporação de tecnologias digitais e na qualificação das equipes.

Esse processo transformou um cenário inicial marcado por graves desafios — como o acúmulo de demandas reprimidas, longos tempos de espera e os impactos da pandemia de covid-19 — em resultados concretos, refletidos em maior acesso, eficiência e transparência para a população carioca.

A gestão conseguiu reverter o colapso e as filas críticas, implementando um modelo de expansão da oferta, digitalização dos processos e qualificação profissional, demonstrando, assim, uma governança eficaz, inovação e capacidade de resposta às necessidades da cidade.

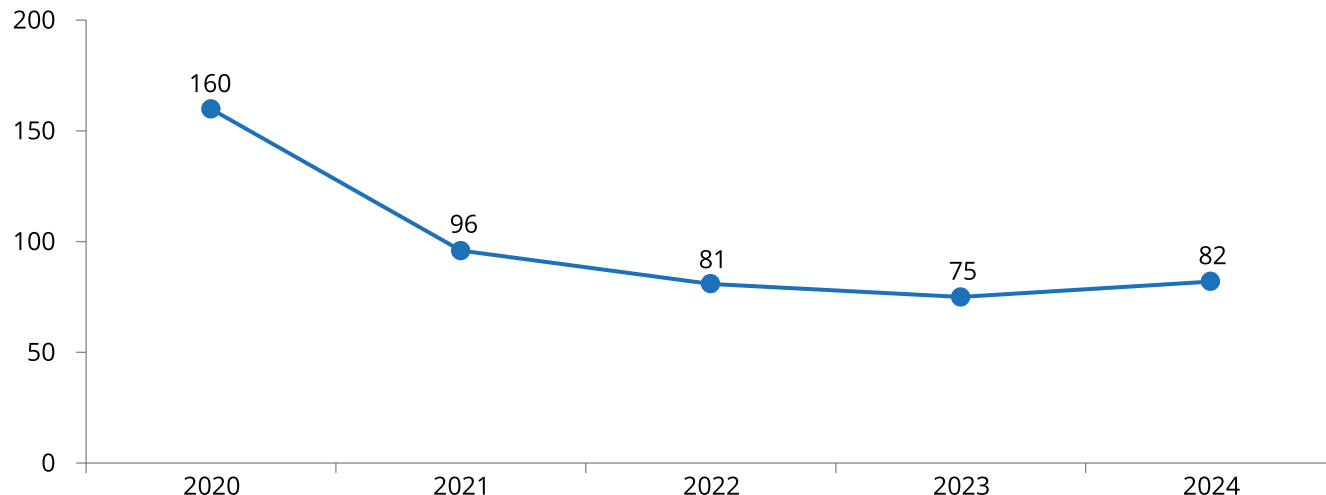
Quadro 17. Evolução do Complexo Regulador do MRJ, 2021–2024

ANO	PRINCIPAIS RESULTADOS	ENFOQUE DA GESTÃO
2021 Reestruturação e enfrentamento da pandemia	■ Fila do SISREG com aumento de 150% em relação a 2016 ■ Perda acumulada de 540.376 vagas (2017–2019) ■ Ampliação imediata da oferta de consultas e cirurgias (aumento de 47% em relação a 2020) ■ Ortopedia com tempo de espera maior que 180 dias ■ Criação do Mapa Cirúrgico, Censo Público de Leitos e Censo de Urgência ■ Expansão emergencial de leitos covid-19 (SRAG)	Reconstrução da capacidade do sistema, resposta emergencial à pandemia e inovação na gestão da informação
2022 Expansão e transformação digital	■ Mais 416.528 vagas em relação a 2021 (aumento de 35,3%) ■ 12 filas históricas zeradas (Ortopedia, Angiologia, Catarata etc.) ■ Implantação dos Núcleos de Regulação Avançada (NRA) ■ 41.205 exames ortopédicos (aumento de 21,8% em relação a 2021) ■ Lançamento do aplicativo minhasaude.rio ■ Reformulação do Portal da Transparência com <i>dashboards</i>	Ampliação do acesso, ganho de eficiência e início da transformação digital

ANO	PRINCIPAIS RESULTADOS	ENFOQUE DA GESTÃO
2023 Consolidação digital e redução de filas	■ Oferta média: 209.945 vagas por mês (aumento de 97% em relação a 2019) ■ Total de 5,2 milhões de vagas (2021–2023) ■ Solicitações no SISREG: de 138.369 por mês para 226.226 por mês (aumento de 63%) ■ Regulação de 1,03 milhão de consultas, 1,32 milhão de exames, 2,5 milhões de procedimentos de alta complexidade e 130 mil internações ■ Tempo de espera: de 160 dias (2020) para 66 dias (2023) ■ Tempo de espera da Ortopedia: de 180 dias para 30 dias ■ Cirurgias de hérnia: fila de 5.432 para 795 ■ Cirurgias de vesícula: fila de 4.733 para 358	Redução de filas históricas, integração digital e uso intensivo de BI
2024 Expansão contínua e qualificação profissional	■ 2,5 milhões de agendamentos de consultas e exames ■ Monitoramento de 1.800 leitos/mês ■ 74 mil internações reguladas ■ 149.829 escalas de profissionais (aumento de 49% vs. 2022) ■ 43 treinamentos de capacitação realizados ■ Oferta mantida: 244.703 vagas/mês ■ Estratégias de <i>overbooking</i> e reorganização de fluxos reduziram a espera para menos de 60 dias em vários procedimentos	Qualificação da regulação, gestão de escalas, fortalecimento da capacidade de resposta e consolidação dos indicadores

Fonte: Complexo Regulador MRJ, 2025.

Gráfico 46. Série histórica do tempo médio de espera em dias para o agendamento de consultas e exames por ano, MRJ, 2020–2024



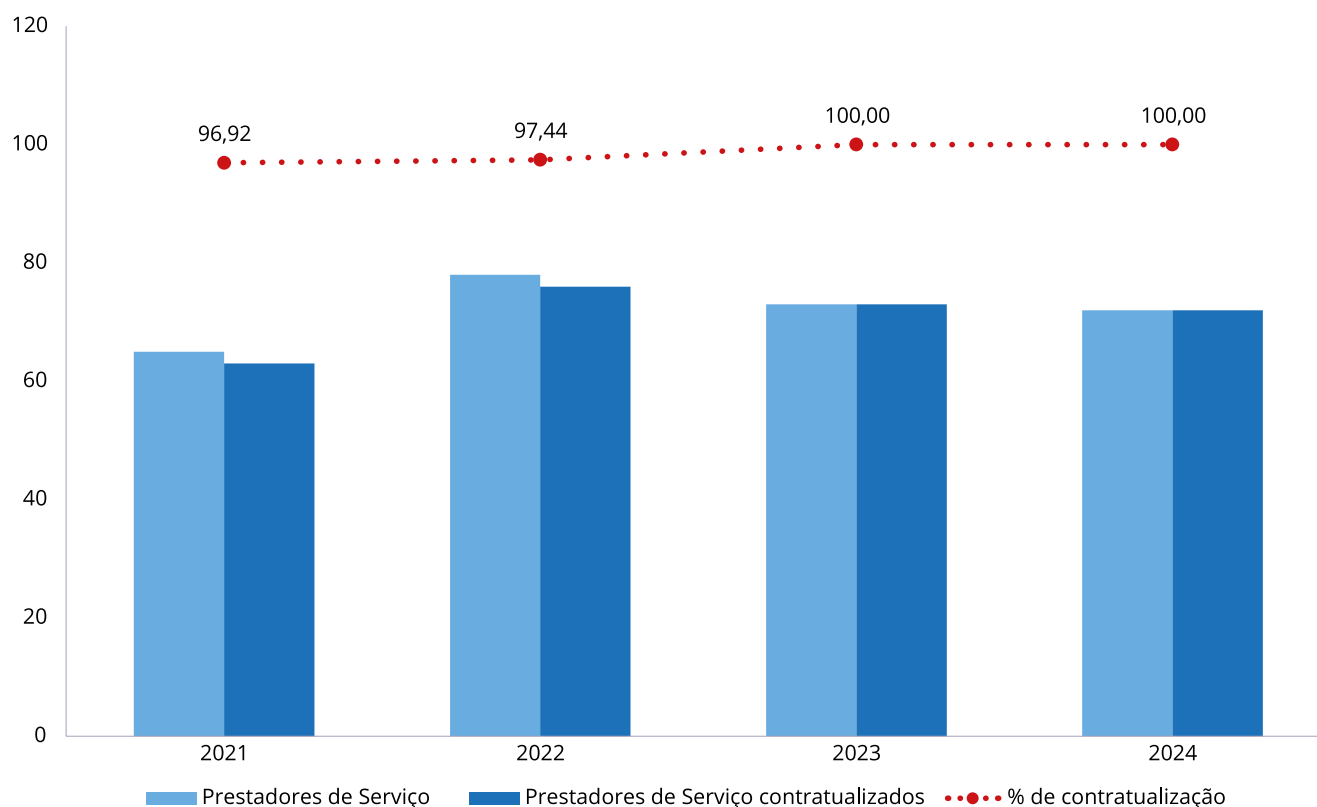
Fonte: Portal da Transparência SISREG — SMS-Rio, 2025. Dados sujeitos à revisão.

5.2.2 CONTRATUALIZAÇÃO, CONTROLE E AUDITORIA

A SMS-Rio 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). Esta Coordenação 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, podemos destacar:

- Identificar discrepâncias entre oferta e necessidade de serviços de saúde no âmbito do SUS;
- Monitorar a execução físico-financeira pelo Sistema de Informações Hospitalares Descentralizados (SIHD), pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e demais sistemas no âmbito do SUS;
- Controlar os limites financeiros estabelecidos contratualmente;
- Gerenciar o cadastro de estabelecimentos de saúde localizados no MRJ por meio do Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES);
- Coordenar os processos de habilitação e credenciamento de serviços SUS;
- 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 houve progressivo aumento percentual de unidades formalmente contratualizadas para complementação dos serviços de saúde do SUS no MRJ, garantindo a qualificação da assistência prestada e a adequação jurídico-administrativa da relação entre o poder público e entes contratados (Gráfico 47).

Gráfico 47. Percentual de unidades com contratos vigentes, MRJ, 2021-2024

Fonte: S/SUBGERAL/CGCCA, 2025. Dados sujeitos à revisão.

Entre os anos de 2021 a 2024 foram realizados um total de 23 chamamentos públicos, tendo em vista as necessidades assistenciais da Rede de Atenção do MRJ e as solicitações pendentes em fila do SISREG. Somente nos anos de 2021 e 2022, foram realizados 20 chamamentos públicos para a contratualização de serviços estratégicos, como oftalmologia, serviços de imagem, procedimentos cirúrgicos e de fisioterapia, além de renovados os contratos de serviços essenciais, como a Terapia Renal Substitutiva (TRS). O Quadro 18 demonstra a linha do tempo dos chamamentos públicos entre os anos 2021 a 2024, com os respectivos quantitativos de procedimentos contratados.

Quadro 18. Chamamentos públicos realizados, MRJ, 2021–2024

ANO	OBJETO	NÚMERO DO CHAMAMENTO	DATA DA ASSINATURA	TOTAL DE PROCEDIMENTOS
2021	Leitos covid-19	001/2021	Deserto	—
	TRS	002/2021	02/05/2021	3.301 (vagas)
	Imagem	003/2021	24/05/2021	16.585
	Fisioterapia	004/2021	07/07/2021 e 20/08/2021	31.874
	Apoio diagnóstico	005/2021	17/09/2021	1.481
	Procedimentos cirúrgicos	006/2021	Deserto	—
	Reabilitação	007/2021	16/02/2022 e 09/10/2023	40.678
2022	Cuidados prolongados	001/2022	Deserto	—
	Eletroneuromiografia	002/2022	13/12/2022 e 28/12/2022	2.822
	Apoio diagnóstico e procedimentos clínicos	003/2022	Deserto	—
	Assistência ventilatória	004/2022	22/07/2022	10.647 (em 2022)
	Laqueadura	005/2022	Deserto	—
	Avaliação urodinâmica	006/2022	03/07/2023	368
	Urolitíase	008/2022	Deserto	—
	Monitoramento holter	009/2022	Deserto	—
	Vesícula	010/2022	Deserto	—
	Hérnia	011/2022	Deserto	—
	Videolaringoscopia	012/2022	—	—
	Ressonância com sedação	014/2022	Deserto	—
	Varizes com espuma não estética	015/2022	Deserto	—
2023	Eletroneuromiografia	001/2023	15/04/2024	1.276
2024	TRS	001/2024	26/04/2024	469 (vagas)
	Reabilitação auditiva, física, intelectual e exames de audiometria	002/2024	29/04/2024	50.980

Fonte: S/SUBGERAL/CGCCA, 2025.

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. Isso porque há baixa valoração dos procedimentos SUS, considerando o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais) do SUS — Tabela SIGTAP.

Tal situação ensejou a realização 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 SIGTAP vigente no SUS e com valores de referência compatíveis com o mercado, buscando a economicidade preconizada como princípio básico da administração pública, desdobrando, assim, na contratação de procedimentos de endoscopia e colonoscopia. Diante do resultado deserto de grande parte destes processos licitatórios, foram realizados, posteriormente, outros chamamentos públicos contemplando procedimentos com valor majorado.

Ao fim, no período de 2021 a 2024, foram assinados 74 termos de contratos, com vigência entre 12 e 60 meses. Os serviços contratualizados foram responsáveis pela oferta de 529.749 procedimentos no SISREG, registrando um incremento de 69,7% em relação ao ano inicial da série histórica (Tabela 10).

Tabela 10. Vagas ofertadas ao SISREG pela rede credenciada, MRJ, 2021–2024

ESFERA	2021	2022	2023	2024
Rede credenciada	312.147	495.175	509.827	529.749

Fonte: SISREG, 2025. Dados sujeitos à revisão.

Quanto à atuação do componente municipal de auditoria, foram realizadas 1.178 visitas no período de 2021 e 2024 (Tabela 11).

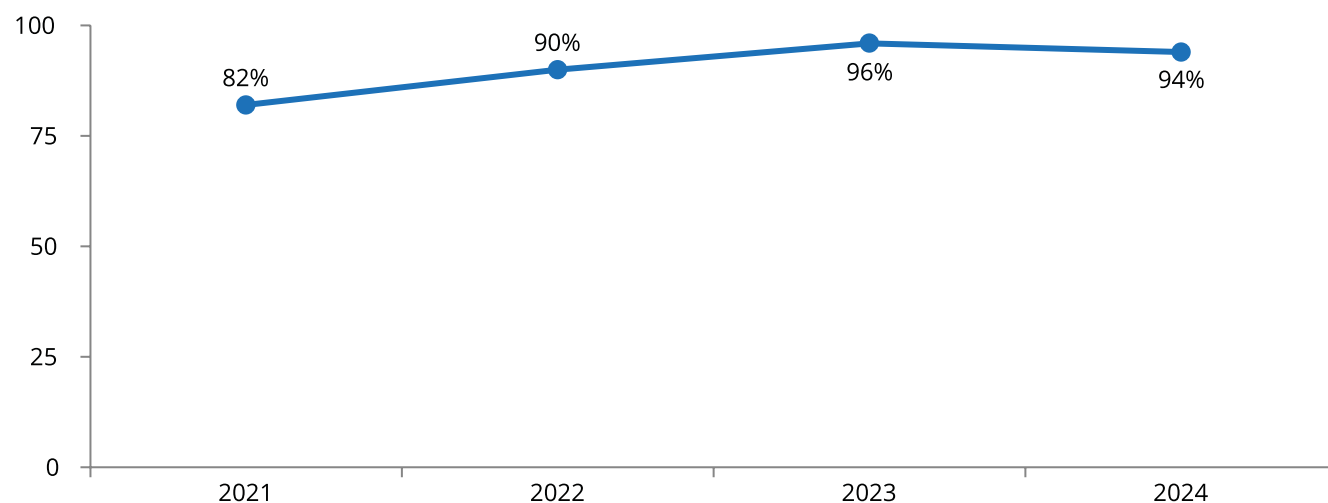
Tabela 11. Auditorias realizadas, MRJ, 2021–2024

ANO	NÚMERO DE AUDITORIAS REALIZADAS
2021	303
2022	312
2023	292
2024	271
TOTAL	1.178

Fonte: S/SUBGERAL/CGCCA, 2025. Dados sujeitos à revisão.

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 48 apresenta a proporção de visitas realizadas entre os anos 2021 a 2024 dentro do prazo estimado para cada tipo de demanda por supervisão e auditoria.

Gráfico 48. Percentual de visitas realizadas no tempo previsto pela equipe da coordenação de supervisão e auditoria em relação aos tipos de demanda, MRJ, 2021–2024

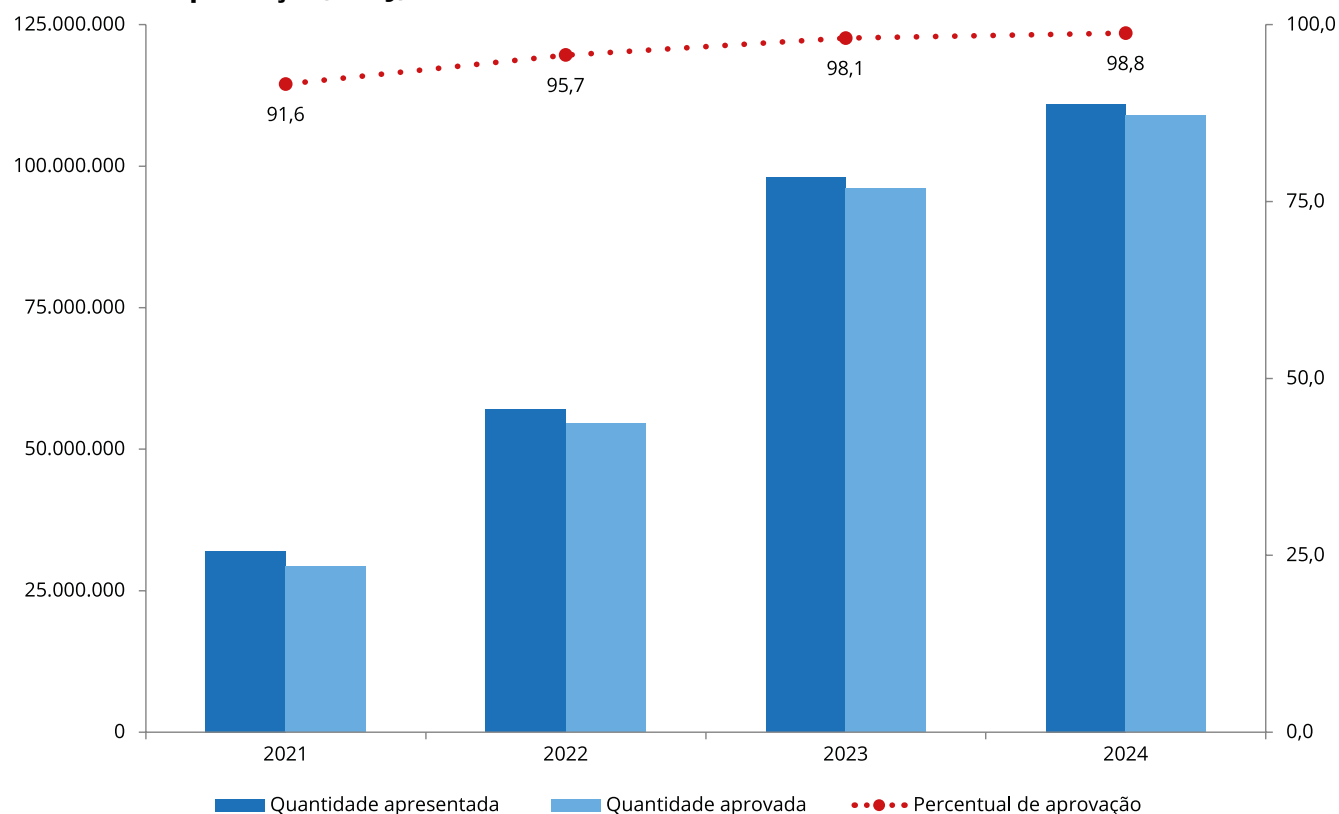


Fonte: S/SUBGERAL/CGCCA, 2025. Dados sujeitos à revisão.

No que se refere ao Controle e Avaliação, destaca-se o aumento de eficiência no registro da produção dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares, com desempenho consistente, fruto do aperfeiçoamento das rotinas que envolvem o monitoramento e o apoio ao processo de faturamento nas unidades, durante o período de 2021 a 2024.

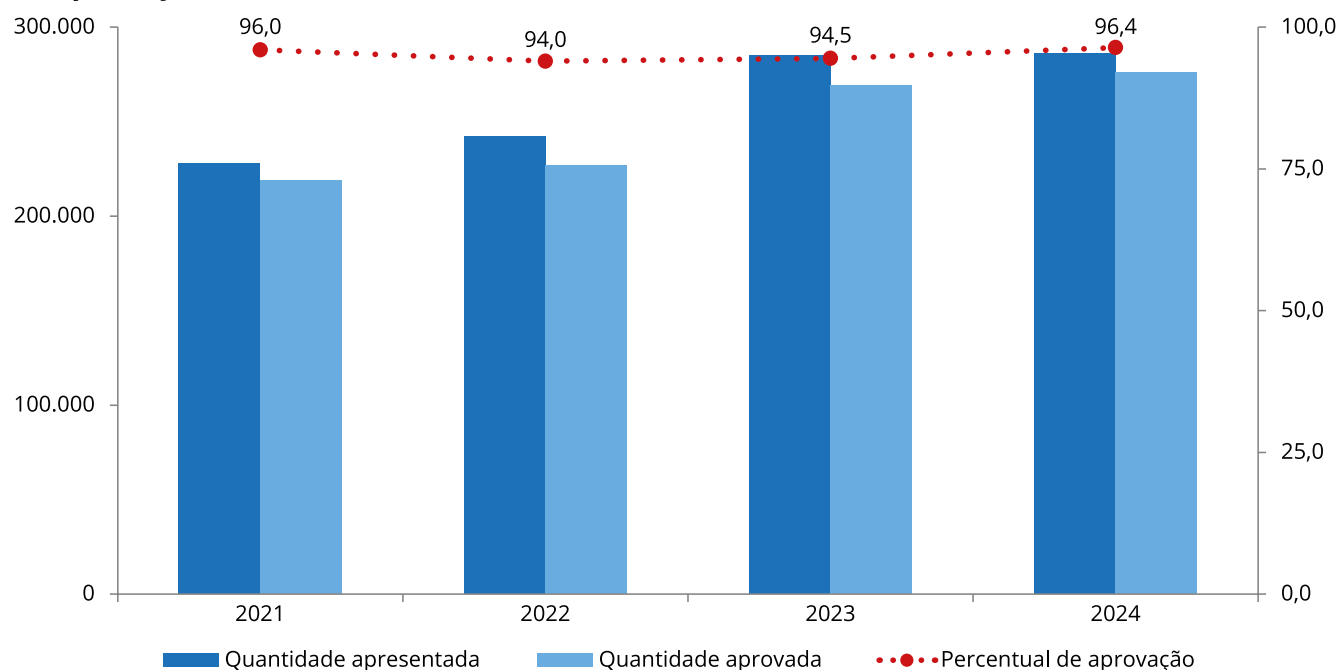
A aprovação da produção ambulatorial e hospitalar registrou o maior percentual da série histórica em 2024.

Gráfico 49. Produção ambulatorial apresentada e produção ambulatorial aprovada e percentual de aprovação, MRJ, 2021-2024



Fonte: Tabnet Municipal, 2025. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 50. Produção hospitalar apresentada e produção hospitalar aprovada e percentual de aprovação, MRJ, 2021-2024



Fonte: Tabnet Municipal, 2025. Dados sujeitos à revisão.

Em relação às habilitações de serviços, que consistem na autorização recebida pelo estabelecimento de saúde para a realização de procedimentos previstos no âmbito do SUS, houve alteração de fluxo, conforme proposto em projeto da SMS-Rio e pactuado pela Deliberação CIB-RJ n.º 6.644, de 9 de dezembro de 2021. As etapas de parecer técnico e auditoria passaram a ser de atribuição municipal, suprimindo tramitações a nível estadual, o que trouxe maior celeridade e volume de processos aprovados.

A mudança pactuada resultou na incorporação de R\$ 87.845.828,72 (oitenta e sete milhões oitocentos e quarenta e cinco mil oitocentos e vinte e oito reais e setenta e dois centavos) a partir de 2021 até 2024, a média de processos concluídos passou de 6 por ano para 19 por ano (Tabela 12).

Tabela 12. Processos de habilitação concluídos e valores incorporados ao Teto MAC municipal, MRJ, 2021–2024

ANO	PROCESSOS CONCLUÍDOS	VALOR INCORPORADO AO TETO MAC
2021	1	R\$ 0,00
2022	10	R\$ 60.819.950,00
2023	30	R\$ 11.554.369,85
2024	19	R\$ 15.471.508,87
TOTAL	60	R\$ 87.845.828,72

Fonte: S/SUBGERAL/CGCCA, 2025. Dados sujeitos à revisão.

5.3 GESTÃO ESTRATÉGICA DE RECURSOS E CONTRATOS

A direção, coordenação e gestão estratégica da SMS-Rio conta com o desempenho fundamental da Subsecretaria de Gestão (SUBG), visto a sua atuação e responsabilidade na gestão de recursos humanos, infraestrutura e logística, licitações e aquisições, processos e contratos da Secretaria com os prestadores de serviços, gestão documental, celebração e acompanhamento de contratos de gestão e convênios com organizações do terceiro setor. Além disso, a SUBG participa da elaboração de políticas e diretrizes da SMS-Rio, juntamente com os demais órgãos, bem como formula relatórios gerenciais que subsidiam a tomada de decisão dos gestores.

A SMS-Rio atua em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Prefeitura da Cidade, estruturando-se de forma a garantir a eficiência na coordenação e execução das políticas administrativas da Secretaria. Composta por seis coordenadorias e pelo Centro Arquivístico, a SUBG desempenha um papel central na gestão estratégica dos recursos e processos internos da SMS-Rio.

A Coordenadoria Técnica de Convênios e Contratos de Gestão com Organizações Sociais (S/SUBG/CTGOS) é responsável por coordenar, supervisionar e integrar as ações relacionadas às parcerias entre a SMS-Rio, entidades do Terceiro Setor e a Administração Indireta, assegurando o acompa-

nhamento rigoroso dos contratos firmados. Esse alinhamento visa garantir a conformidade e a eficácia das parcerias estratégicas que impactam diretamente na prestação dos serviços públicos de saúde.

Paralelamente, a Coordenadoria de Demandas Institucionais (S/SUBG/CDI) atua no gerenciamento das demandas oriundas do Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e órgãos de controle externo. Sua função primordial é assegurar a resposta eficiente e articulada da SMS-Rio frente a essas solicitações, promovendo a integração entre os órgãos de controle e a Secretaria para o cumprimento dos objetivos institucionais.

No que concerne à gestão de recursos humanos, a Coordenadoria de Gestão de Pessoas (S/SUBG/CGP) desempenha um papel estratégico na administração da vida funcional dos servidores. A atuação abrange o planejamento, o treinamento, o desenvolvimento e o controle funcional, além de gerir processos seletivos, ingressos e a administração de estagiários, residentes e bolsistas, buscando o fortalecimento e a capacitação do quadro de pessoal da Secretaria.

A Coordenadoria de Infraestrutura e Logística (S/SUBG/CIL) é incumbida de coordenar as atividades relacionadas à gestão de materiais, suprimentos, patrimônio, manutenção e logística. Isso inclui a gestão do transporte de pessoas, comunicações administrativas, execução orçamentária e a manutenção preventiva e corretiva das instalações e equipamentos, garantindo a operacionalidade e a sustentabilidade física da SMS-Rio.

No âmbito das aquisições, a Coordenadoria de Licitações e Aquisições (S/SUBG/CLA) é o setor responsável pela condução dos processos licitatórios e de aquisição de bens e serviços, assegurando a transparência, a legalidade e a economicidade nas contratações públicas.

A Coordenadoria de Administração de Contratos (S/SUBG/CAC) gerencia a execução, a fiscalização e o acompanhamento dos contratos firmados pela Secretaria, atuando na formalização e no controle desses instrumentos, fundamentais para a gestão eficiente dos recursos públicos.

Por fim, o Centro Arquivístico (S/SUBG/CA) participa da formulação da Política Municipal de Arquivos Públicos e Privados, além de padronizar procedimentos relativos à gestão documental da SMS-Rio. Este setor é responsável pela organização, preservação e concessão de acesso à documentação permanente, incluindo publicações oficiais, garantindo a transparência e o resguardo histórico das informações institucionais.

Assim, a estrutura da SMS-Rio reflete uma organização robusta e integrada, orientada para a excelência na gestão administrativa, buscando otimizar recursos, garantir conformidade legal e promover a eficiência na prestação dos serviços públicos de saúde.

5.3.1 PRIMARIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS COMO ESTRATÉGIA DE EFICIÊNCIA E ECONOMIA DE RECURSOS

Após o acompanhamento rotineiro dos contratos de prestação de serviços relacionados às atividades dos profissionais responsáveis pelo acolhimento e segurança dos pacientes, a SMS-Rio realizou estudos aprofundados que resultaram na formulação de um projeto voltado à primarização das atividades desses profissionais, com o objetivo de aprimorar sua qualificação e desempenho. Nesse contexto, tornou-se imprescindível transferir a gestão dos serviços para a administração direta da SMS-Rio, a fim de fortalecer o controle sobre a execução das atividades e promover a otimização dos recursos públicos, reduzindo, assim, o impacto financeiro sobre o erário municipal.

Os esforços realizados resultaram na formalização do Convênio n.º 081/2023, firmado entre o MRJ, por meio da SMS-Rio, e a Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro S.A. (RioSaúde). O objetivo principal deste convênio foi fortalecer o suporte e a qualificação dos serviços de apoio à saúde, com vistas à melhora do acolhimento e da segurança dos pacientes nas unidades de saúde vinculadas à SMS-Rio, por meio da contratação, gestão e capacitação especializada dos recursos humanos.

O convênio abrange três categorias profissionais específicas: Agente de Portaria Acolhedor (AGP-Acolhedor); Maqueiro Acolhedor; e Recepcionista. O projeto contemplou a implementação de cursos de formação e qualificação contínua, com definição clara e detalhada das competências exigidas para cada função. A ênfase foi dada a práticas voltadas ao acolhimento humanizado, alinhadas às diretrizes e políticas do SUS.

Além do investimento no capital humano, o projeto previu a aquisição de insumos essenciais, tais como uniformes, equipamentos de proteção individual (EPI), crachás e materiais de escritório, visando à otimização da prestação dos serviços. Para aprimorar a segurança e o controle do fluxo de pessoas nas unidades, também foram incorporados radiotransmissores, televisores e câmeras de monitoramento.

Essas iniciativas foram institucionalizadas com a criação do Núcleo de Apoio e Qualificação dos Serviços de Saúde (NAQSS), responsável pela gestão integrada dos profissionais e equipamentos vinculados aos serviços de apoio. O NAQSS promove a capacitação permanente do corpo técnico, a formação de novos trabalhadores e monitora o desempenho da rede municipal por meio do painel gerencial, assegurando a melhora contínua e o funcionamento eficiente do sistema de saúde local.

5.3.2 AVANÇOS INSTITUCIONAIS NA GOVERNANÇA DAS LICITAÇÕES PÚBLICAS

Com a finalidade de reduzir a incidência de contratações diretas e ampliar a adoção de processos licitatórios regulares, a SMS-Rio implementou um conjunto de medidas alinhadas às boas práticas de gestão pública. As ações adotadas não apenas alcançaram os resultados esperados, como também contribuíram para a redução do tempo médio de tramitação e conclusão das licitações.

Entre as principais iniciativas, destacam-se a revisão e a racionalização dos fluxos internos, com foco na eliminação de gargalos processuais, bem como a capacitação contínua das equipes envolvidas nas etapas de planejamento, instrução e execução das contratações. Essas medidas reforçaram a eficiência administrativa e promoveram maior aderência aos princípios da legalidade, economicidade e transparência na gestão contratual.

As medidas que qualificaram os processos de contratações públicas resultaram numa expressiva redução de 93% nas contratações emergenciais de serviços no âmbito da SMS-Rio entre os anos de 2023 e 2024. O progresso continuou e, no ano de 2024, as duas contratações emergenciais que ainda estavam em vigor foram encerradas. Diante disso, a Secretaria alcançou a taxa de 0% de contratações emergenciais de serviços.

Esse contexto evidencia o comprometimento institucional da SMS-Rio com o fortalecimento do planejamento, da governança e da conformidade com os preceitos legais que regem a administração pública. Os esforços empreendidos pela Secretaria foram reconhecidos pelo Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro (TCMRio), bem como na publicação divulgada no site oficial do TCMRio, intitulada: “Conselheiro do TCMRio detalha como o Tribunal zerou as contratações emergenciais na Saúde”, disponível na página eletrônica da instituição.

Conforme noticiado no site oficial do TCMRio, em junho de 2025, durante o seminário “A Prática do Consensualismo nos Tribunais de Contas”, foram apresentados os avanços alcançados pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional da Saúde (GT Saúde). Instituído pela Resolução TCMRio n.º 70, de 26 de abril de 2023, o GT Saúde é composto por representantes do TCMRio, SMS-Rio, RioSaúde e da Controladoria Geral do Município (CGM), tendo como finalidade o aprimoramento da governança e da fiscalização dos recursos públicos aplicados na saúde municipal.

O GT Saúde identificou mais de 800 processos administrativos com fragilidades relacionadas à governança, sendo a recorrência de contratações emergenciais um dos principais pontos críticos. A partir da adoção de uma abordagem baseada no consensualismo e do fortalecimento do diálogo entre a SMS-Rio e os órgãos de controle interno e externo, estabeleceu-se um ambiente institucional pautado na confiança mútua, cooperação técnica e na pactuação de planos de ação com metas definidas.

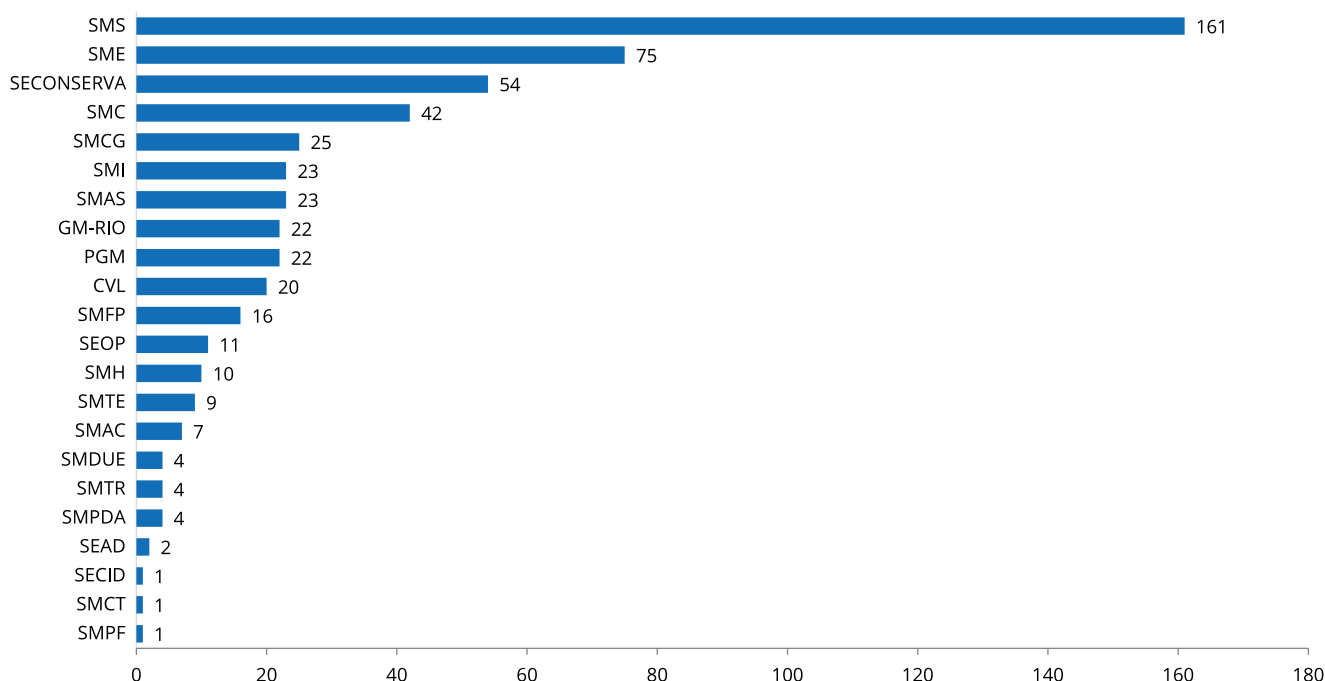
Essa mudança de postura contribuiu significativamente para o aprimoramento dos processos administrativos e para a qualificação da gestão dos serviços de saúde. Como resultado direto desse esforço conjunto e conforme destacado na publicação, as contratações emergenciais foram completamente eliminadas em pouco mais de um ano, representando um avanço expressivo na regularidade e na transparência das contratações públicas no âmbito da SMS-Rio.

O principal desafio do consensualismo reside em superar o receio dos gestores em relação ao controle, promovendo um ambiente propício ao diálogo e reduzindo a incerteza jurídica associada aos processos administrativos. Essa abordagem inovadora fortaleceu a adesão voluntária às

medidas propostas, resultando na consolidação de soluções conjuntas mais robustas e eficazes, em contraposição às decisões meramente impositivas.

Importa, ainda, destacar que a SMS-Rio é, atualmente, o órgão responsável pelo maior volume de licitações realizadas no âmbito da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, conforme evidenciam os dados disponíveis no Portal Compras.gov, refletindo seu papel central na gestão contratual municipal.

Gráfico 51. Quantidade de Licitações na Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (PCRJ)



Fonte: Planilha COMPRAS.GOV.BR — PCRJ, ano 2024. Dados sujeitos à revisão.

Em relação aos pregões homologados nos anos de 2023 e 2024, cabe destacar que as medidas adotadas pela SMS-Rio estão impactando na redução do tempo médio de tramitação dos procedimentos licitatórios. O aumento das contratações realizadas por meio de processos licitatórios, em detrimento de outras modalidades, assim como a redução do prazo médio de tramitação desses certames, refletem o compromisso da gestão com a estrita observância da legislação vigente, a condução eficiente e ágil dos procedimentos, além da padronização das práticas administrativas. Esses esforços têm contribuído, de forma significativa, para a mitigação dos riscos de falhas nos processos licitatórios e, consequentemente, para a diminuição da necessidade de contratações emergenciais.

Dessa forma, a SMS-Rio tem demonstrado seu compromisso com os princípios da legalidade, eficiência e transparência na gestão das aquisições públicas. A ausência de contratações emergenciais vigentes neste ano constitui um reflexo direto dos esforços sistemáticos da gestão, orientados ao fortalecimento do planejamento estratégico, à rigorosa observância da legislação aplicável e à valorização das competências institucionais.

5.3.3 PARCERIA INSTITUCIONAL ENTRE A SMS-RIO E OS ÓRGÃOS DE CONTROLE

Conforme já mencionado, em 2023, a SMS-Rio, em parceria com o TCMRio, a CGM-Rio e a RioSaúde, participou da criação do GT da Saúde com o propósito de identificar fragilidades e propor soluções para o aprimoramento da governança, da gestão de recursos financeiros, contratações, bens patrimoniais e recursos humanos.

Formalmente instituído pela Resolução TCMRio n.º 70, de 26 de abril de 2023, o GT da Saúde definiu planos de ação consensuais que estabeleceram 26 metas específicas para a SMS-Rio naquele ano, além de metas voltadas à transparência e ao atendimento das demandas dos órgãos de controle. Esses planos foram homologados em dezembro de 2023.

O Plano de Ação, desenvolvido de forma colaborativa entre os órgãos de controle interno e externo e a SMS-Rio, contribuiu significativamente para o fortalecimento da gestão da saúde pública municipal, promovendo melhorias nos processos administrativos, operacionais e de controle. A implementação dessas metas, monitorada pelo TCMRio e pela CGM-Rio, fomentou uma maior aproximação entre a Secretaria e os órgãos de controle, que se intensificou no ciclo 2024/2025, período em que foram consensualmente definidas 15 metas subdivididas em 40 etapas.

Entre 2024 e 2025, diversas reuniões foram realizadas, além de visitas, nas quais as equipes do TCMRio e da CGM-Rio estiveram presentes nos setores da Secretaria para acompanhar, compreender e analisar os processos envolvidos no Plano de Ação.

O suporte das equipes dos órgãos de controle orientou e qualificou o trabalho dos servidores envolvidos, gerando avanços significativos na condução das políticas públicas de saúde no município. A expectativa é que a prática do consensualismo se expanda nos próximos anos, ampliando os benefícios dessa colaboração para toda a população carioca.

5.4 GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

A gestão do trabalho e da educação na saúde da SMS-Rio tem passado por importantes transformações, com o propósito de atender às necessidades decorrentes da expansão da rede assistencial e da qualificação dos serviços prestados à população.

Nesse cenário, a Coordenadoria de Gestão de Pessoas (CGP), por meio de suas Coordenações e Gerências, desempenha um papel estratégico na garantia da eficiência e da qualidade dos serviços de saúde. Com base nas diretrizes da SMS-Rio, em conformidade com o Subsistema de Recursos Humanos do Sistema Municipal de Administração, a CGP coordena ações fundamentais de planejamento, administração, formação e desenvolvimento dos servidores.

Dentre suas competências, destacam-se: o controle funcional, assegurando a observância dos direitos, deveres e benefícios dos servidores; a elaboração de projetos voltados para a gestão do

conhecimento; o dimensionamento da força de trabalho ideal para a SMS-Rio; a gestão do fluxo de informações inerentes a cargos em comissão e funções gratificadas; e o desenvolvimento de programas de capacitação, em cooperação com demais órgãos da Secretaria e com a Fundação João Goulart.

Entre 2022 e 2025, a Gestão de Pessoas realizou 63 processos seletivos para a contratação de médicos destinados às unidades hospitalares da rede municipal. Atualmente, além das contratações de profissionais regidas pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), a SMS-Rio adota um novo modelo de contratação administrativa, regulado pela Lei Municipal n.º 8.666, de 8 de novembro de 2024.

Além das ações estruturantes, a Gestão de Pessoas da SMS-Rio, por meio da Gerência de Ambiente e Relações com o Trabalho (GART), desenvolve e implementa programas voltados à melhora do ambiente laboral, com base na análise das condições de trabalho. O objetivo é criar um ambiente propício ao desenvolvimento do potencial humano e ao fortalecimento das relações interpessoais. Tais iniciativas incluem ações de qualidade de vida e o bem-estar sustentável do servidor, por meio de medidas de promoção de saúde.

Entre os projetos desenvolvidos e em implementação pela GART, destacam-se aqueles destinados à criação de uma ambiência favorável ao trabalho e ao fortalecimento do vínculo entre o servidor e a SMS-Rio, tais como:

- **Certame Funcionário Padrão SMS-Rio:** Tem como objetivo reconhecer, incentivar e homenagear os servidores públicos que se destacam pelo desempenho individual, trabalho em equipe, reconhecimento profissional e atuação na comunidade. No ambiente de trabalho, o reconhecimento representa um exemplo e uma identificação a mais entre os funcionários, chefia e usuários das unidades de saúde. Este concurso não só valoriza o funcionário, mas também a sua unidade, que lhe oferece os meios necessários para o seu desenvolvimento;
- **Projeto Prestação de Serviço à Comunidade:** Criado por meio de Convênio entre a SMS-Rio, a Vara de Execuções Penais e Medidas Alternativas (Juizado Especial Criminal/JECRIM e Juizados de Violência Doméstica, do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro/TJRJ) e a 9ª Vara Federal Criminal, com o objetivo de encaminhar pessoas que cometeram algum crime/delito e receberam como pena o cumprimento de medidas alternativas para prestar serviços nas unidades da SMS-Rio. É realizada a identificação da unidade mais adequada e do tipo de atividade a ser executada para a prestação do serviço.
- **Projeto Fica na Casa:** Tem como objetivo a reversão de possíveis exonerações de servidores municipais da SMS-Rio, na tentativa de evitar a perda de profissionais.
- **Programa de Ambientação e Reambientação no Trabalho:** A GART se constitui como um setor de referência para o acolhimento aos servidores da SMS-Rio que estejam vivenciando situações profissionais e/ou pessoais que interferem nas suas relações com o trabalho. Assim, este programa tem como objetivo a melhora da ambiência e das relações no trabalho.

Tabela 13. Dados da GART referentes ao período de 2022–2025

EXERCÍCIO	AMBIENTAÇÃO E REAMBIENTAÇÃO NO TRABALHO	FICA NA CASA	FUNCIONÁRIO PADRÃO SMS-RIO	PRESTAÇÃO DE SERVIÇO À COMUNIDADE	TOTAL DE ATENDIMENTOS
2022	700	29	68	75	872
2023	608	42	81	242	973
2024	482	25	87	206	800
2025	430	28	81	147	686

Fonte: S/SUBG/CGP/GART, 2025. Dados sujeitos à revisão.

Objetivando reconhecer o desempenho dos servidores, incentivar a melhora do serviço público e garantir mais agilidade no atendimento à população, a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro restabeleceu, em 2021, o Acordo de Resultados, que estava suspenso entre 2017 e 2020, instrumento que define metas setoriais, incentiva a gestão por desempenho, reconhece o mérito e viabiliza a concessão de bônus a servidores que atingem os objetivos pactuados. Essa iniciativa promove maior comprometimento dos agentes públicos e alinha a atuação da administração municipal às diretrizes do plano estratégico. A SMS-Rio aderiu ao Acordo de Resultados, estabelecendo metas específicas para as áreas, o que possibilitou a concessão de premiações com base na avaliação de desempenho individual.

Destaca-se, ainda, a criação do “Manual de RH — Um Guia Prático para o Servidor” pela CGP. Ele foi elaborado para reunir, em um guia único, diretrizes, normas e procedimentos que apoiam a Gestão de Pessoas na SMS-Rio. Nele, encontram-se orientações sobre a vida funcional do servidor, além de uma visão da estrutura e atribuições da CGP. Para cada processo de trabalho, o documento inclui um QR Code que, ao ser lido, permite acessar instruções específicas, facilitando a compreensão e a execução das atividades. O documento será atualizado periodicamente, em conformidade com a legislação vigente, garantindo informações revisadas e alinhadas às melhores práticas. O objetivo da CGP é oferecer suporte tanto no desempenho das funções quanto na compreensão dos processos ligados à gestão de pessoas.

Figura 12. Manual de RH — Um Guia Prático para o Servidor



Fonte: S/SUBG/CGP.

Por fim, a CGP reforça seu compromisso em promover a ampliação, o acompanhamento contínuo e o incentivo à implantação e à manutenção das Políticas de Recursos Humanos, alinhando suas ações às diretrizes estratégicas estabelecidas pela SMS-Rio, com o objetivo de fortalecer a gestão de pessoas e garantir a excelência dos serviços prestados.

5.4.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é uma estratégia importante do SUS que ajuda a melhorar a organização dos serviços de saúde. Ela incentiva a Educação em Saúde, que é um processo contínuo de aprendizado e troca de conhecimentos, não se limitando a ensinar técnicas, mas para pensar e melhorar a prática diária dos profissionais e trabalhadores da saúde. A PNEPS busca unir o ensino e o trabalho nos serviços de saúde para transformar a forma como o cuidado é oferecido, fortalecendo os valores básicos do SUS e atendendo melhor às necessidades da população.

Objetivando unificar essas ações, a SMS-Rio, por meio da Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas (CDP), vinculada à Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Subsecretaria de Gestão, desempenha um papel estratégico e fundamental no desenvolvimento e fortalecimento do capital humano da rede municipal de saúde.

A CDP, mediante suas Gerências e os Centros de Estudos das unidades desta Secretaria, promove a formação de estudantes, bem como a qualificação e a atualização contínua dos profissionais de saúde, alinhando suas ações às demandas institucionais, às diretrizes do SUS e à PNEPS.

Foto 30. Aula inaugural dos Programas de Residências em Saúde, Teatro Carlos Gomes, 2025

Foto: Edu Kapps (Arquivo SMS-Rio).

As ações da CDP são organizadas em três áreas principais: (I) Desenvolvimento dos trabalhadores do SUS; (II) Integração ensino-serviço-comunidade; e (III) Voluntariado na Saúde. Reconhece-se que a valorização dos trabalhadores é essencial para melhorar a qualidade dos serviços, fortalecer o cuidado integral e promover a qualidade de vida no ambiente de trabalho.

Nesse contexto desafiador, as ações de desenvolvimento promovidas pela SMS-Rio reconhecem o protagonismo dos profissionais de saúde como agentes centrais na produção do cuidado. Essas ações fomentam a reflexão ética sobre sua prática, reforçando sua responsabilidade na defesa da vida individual e coletiva, e ampliando a compreensão do seu papel na equipe. Essa abordagem busca o equilíbrio entre a satisfação do trabalhador, a excelência técnica e a relevância social do seu trabalho.

Dessa forma, a SMS-Rio almeja contribuir para a formação de profissionais-cidadãos críticos e reflexivos, dotados de conhecimentos, habilidades e atitudes que os capacitem a atuar em um sistema de saúde universal, humanizado e de qualidade, bem como estabelecer um Plano de Educação Permanente para a Secretaria.

Visando à construção de um Plano de Educação Permanente para a SMS-Rio, a CDP, enquanto membro da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) da Região Metropolitana I, participa das Oficinas de Planejamento Anual das Ações de Educação Permanente em Saúde conduzidas pela Coordenação de Educação Permanente, Coordenação de Articulação Institucional e pela Coordenação de Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, e com a representação do

Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), da Comissão Intergestores Regional (CIR), do Conselho Estadual de Saúde (CES) e das Áreas Técnicas da Secretaria Estadual e membros das Secretarias Municipais das Regiões de Saúde, representantes na CIES.

Estas oficinas objetivam rever as ações executadas, estimular o debate e a reflexão crítica sobre a educação permanente em saúde, mapear os desafios e as potencialidades observadas em cada região, colaborar para maior cooperação das áreas técnicas da Secretaria Estadual e das Secretarias Municipais de Saúde e identificar novas prioridades com base nas análises das realidades locais.

A SMS-Rio, por meio de suas Coordenadorias, Subsecretarias, Superintendências, Coordenações, Gerências, Unidades de Saúde e Programas, desenvolve ações de educação permanente em diversas modalidades. Essas iniciativas têm como foco principal a integração ensino-serviço-comunidade, o desenvolvimento de competências profissionais e pedagógicas de forma interprofissional e colaborativa, a inovação, a gestão do conhecimento e da informação em saúde, a difusão de boas práticas e o fomento à pesquisa.

Destacam-se iniciativas da Coordenadoria de Gestão de Pessoas (CGP), como o Curso Execução do Orçamento na Gestão das Despesas Públicas e a Capacitação em Sindicância Administrativa pela Comissão de Ética no Trabalho. A Coordenação de Administração de Pessoas da CGP, por sua vez, realiza capacitações voltadas aos profissionais que atuam nos setores de Recursos Humanos da Rede Municipal de Saúde, abrangendo diferentes processos de trabalho. Essas iniciativas visam fortalecer as competências técnicas e comportamentais dos servidores, contribuindo para a resolução de problemas recorrentes e para a melhora contínua da gestão.

Além disso, há os Ciclos de Debates promovidos pelas Subsecretarias da SMS-Rio, que consistem em uma série de eventos temáticos destinados a profissionais da saúde e gestores públicos, com o objetivo de discutir e aprofundar temas relevantes, alinhados às prioridades institucionais e às diretrizes do SUS.

5.4.2 DESENVOLVIMENTO DOS TRABALHADORES DO SUS

Na área de desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, a Gerência de Treinamento e Desenvolvimento (GTD) da CDP promove ações de capacitação nas modalidades presenciais, semipresenciais e a distância, com o objetivo de atender às demandas específicas da SMS-Rio.

Essas iniciativas mobilizam os profissionais e geram impactos positivos, tanto nos planos individuais quanto coletivos, agregando valor à organização, qualificando e valorizando os servidores e aprimorando os processos de trabalho no âmbito da saúde pública, refletindo diretamente na satisfação dos usuários.

O cenário da saúde pública exige atualização permanente, impulsionada pelas transformações sociais, pelos avanços científicos e pelas inovações tecnológicas que impactam diretamente a gestão

e a prestação de serviços. Capacitar os profissionais de forma estruturada garante maior qualidade na assistência, otimização dos processos e fortalecimento do vínculo com os usuários.

Investir no treinamento e no desenvolvimento dos trabalhadores contribui para qualificar e valorizar a força de trabalho, melhorar os processos internos e a gestão dos recursos, aumentar a eficiência e a eficácia na prestação dos serviços, fortalecer a imagem institucional e a confiança da população, além de promover um ambiente de trabalho motivador e colaborativo.

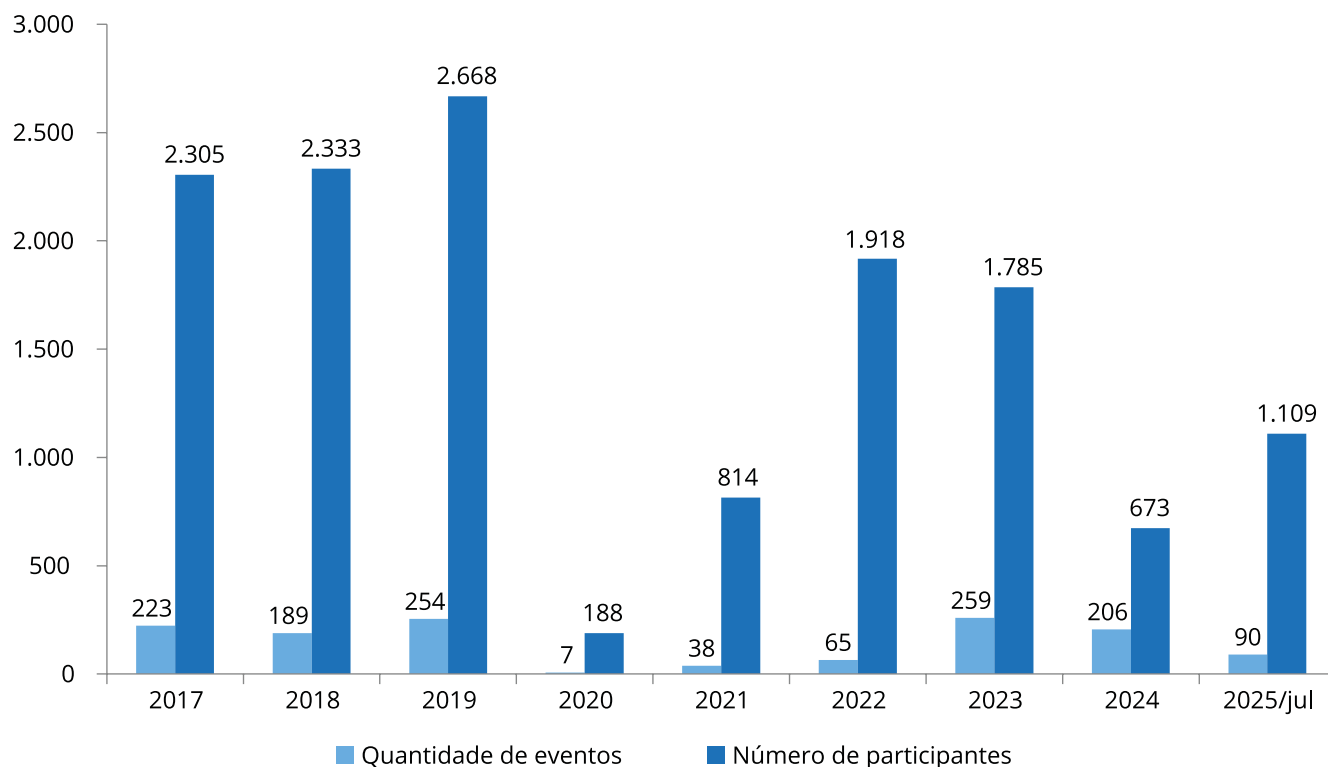
Investir no treinamento e desenvolvimento dos trabalhadores contribui para qualificar e valorizar a força de trabalho, melhorar os processos internos e a gestão dos recursos, aumentar a eficiência e a eficácia na prestação dos serviços, fortalecer a imagem institucional e a confiança da população, além de promover um ambiente de trabalho motivador e colaborativo. A GTD tem como missão oferecer capacitações que promovam o desenvolvimento contínuo das competências técnicas, comportamentais e gerenciais dos servidores, alinhadas às necessidades institucionais e aos princípios do SUS.

Apresentamos, a seguir, um resumo das capacitações realizadas entre 2017 e 2025.

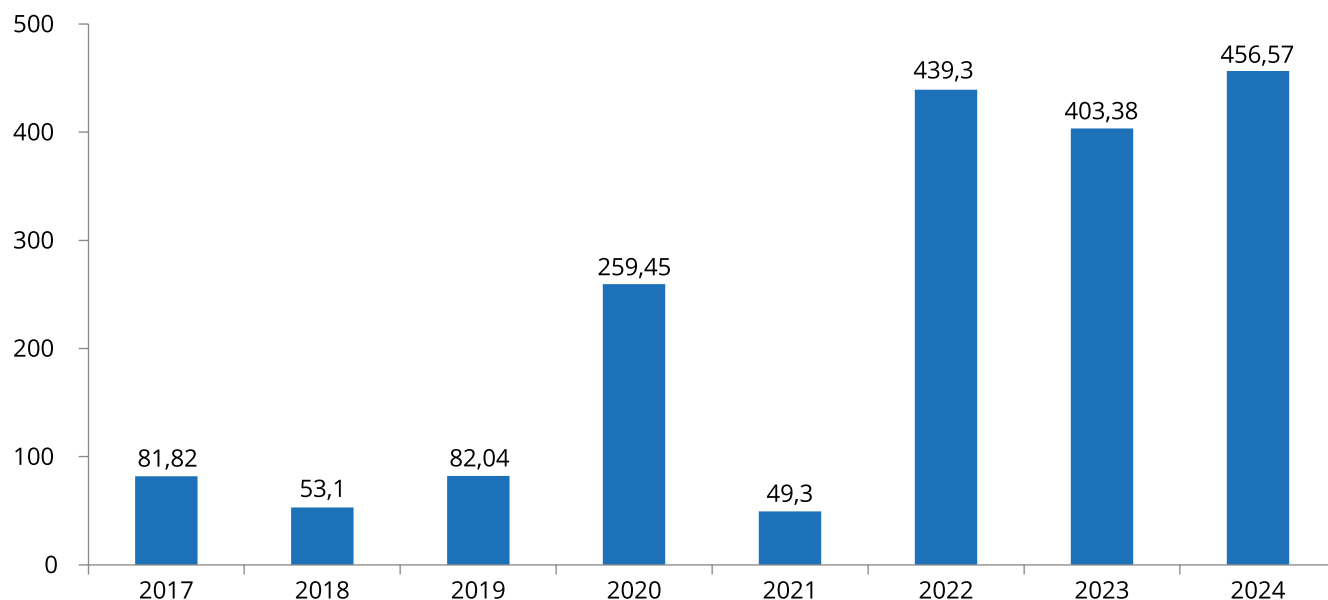
Tabela 14. Quantitativo de eventos e participantes, 2017-2025

EXERCÍCIO	QUANTIDADE DE EVENTOS*	NÚMERO DE PARTICIPANTES	INVESTIMENTO (R\$)	INVESTIMENTO MÉDIO / PARTICIPANTE (R\$)
2017	223	2.305	188.592,38	81,82
2018	189	2.333	123.881,00	53,10
2019	254	2.668	218.889,95	82,04
2020	7	188	48.776,92	259,45
2021	38	814	40.130,09	49,30
2022	65	1.918	842.568,88	439,3
2023	259	1.785	720.042,17	403,38
2024	206	673	307.272,83	456,57
2025/julho	90	1.109	178.516,94	160,97

Fonte: S/SUBG/CGP/CDP/GTD. Dados sujeitos à revisão. *Curso, Congresso, Conferência, Seminário, Encontro Técnico, Jornada, Oficina, *Workshop*, Palestra, Simpósio, Feira, Mostra, Exposição, Visita Técnica, Reunião, Pós-Graduação (Especialização, Mestrado, Doutorado).

Gráfico 52. Série histórica do quantitativo de eventos e participantes, 2017–2025

Fonte: S/SUBG/CGP/CDP/GTD, 2025. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 53. Investimento médio/participante (R\$), 2017–2024

Fonte: S/SUBG/CGP/CDP/GTD, 2025. Dados sujeitos à revisão.

As capacitações registradas e desenvolvidas pelos Centros de Estudos, monitoradas pela GTD, exercem papel fundamental no fortalecimento da SMS-Rio. A partir de 2023, quando a GTD passou a acompanhar sistematicamente essas ações, observou-se uma ampliação significativa na

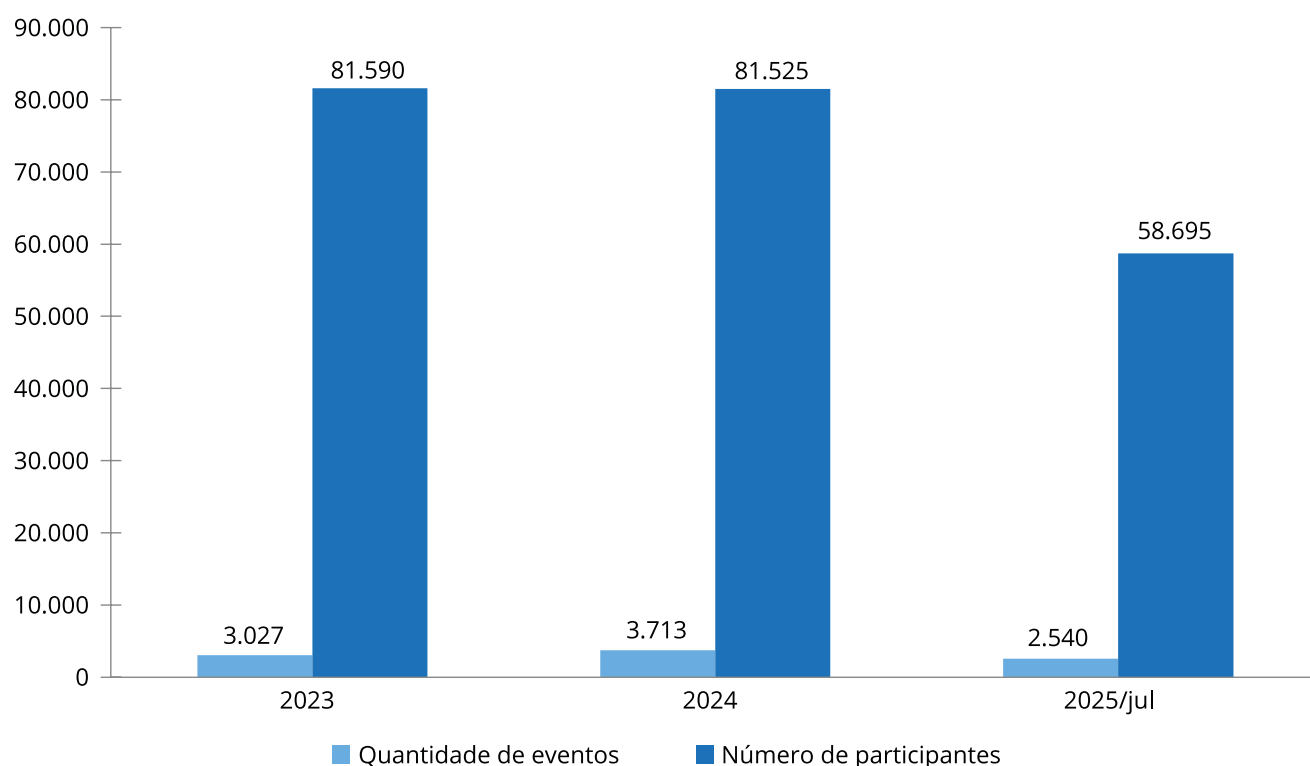
oferta de eventos educacionais, que abrangem desde cursos e oficinas até congressos e pós-graduações para profissionais da SMS-Rio.

Tabela 15. Eventos acompanhados pela Gerência de Treinamento e Desenvolvimento, 2023–2025

EXERCÍCIO	QUANTIDADE DE EVENTOS*	NÚMERO DE PARTICIPANTES
2023	3.027	81.590
2024	3.713	81.525
2025/julho	2.540	58.695

Fonte: S/SUBG/CGP/CDP/GTD, 2025. Dados sujeitos à revisão. *Curso, Congresso, Conferência, Seminário, Encontro Técnico, Jornada, Oficina, *Workshop*, Palestra, Simpósio, Feira, Mostra, Exposição, Visita Técnica, Reunião, Pós-Graduação (Especialização, Mestrado, Doutorado).

Gráfico 54. Série histórica do número de eventos e participantes nas capacitações registradas/desenvolvidas pelos Centros de Estudos e monitoradas pela GTD, 2023–2025



Fonte: S/SUBG/CGP/CDP/GTD, 2025. Dados sujeitos à revisão.

5.4.3 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE

No que se refere à integração ensino-serviço-comunidade, a SMS-Rio, por meio da Gerência de Desenvolvimento Técnico Acadêmico (GDTA) da CDP, exerce papel ordenador e articulador na formação de profissionais de saúde no âmbito municipal, alinhando suas ações às diretrizes do SUS.

Foto 31. Cerimônia de Formatura dos Programas de Residências em Saúde, Teatro Carlos Gomes, 2025



Foto: Edu Kapps (Arquivo SMS-Rio).

A SMS-Rio desenvolve e oferece programas de residência médica, residências profissionais e multiprofissionais, além de estágios não obrigatórios remunerados, utilizando as unidades públicas como campos estratégicos para a prática e o ensino. Essa articulação institucional entre ensino-serviço-comunidade é imprescindível para assegurar a qualificação contínua da força de trabalho, a contribuição na formação de profissionais para o SUS, o aprimoramento das ações e serviços de saúde e, por conseguinte, a elevação da qualidade do atendimento prestado à população.

Foto 32. Ambientação dos Acadêmicos Bolsistas, Cidade das Artes, 2024



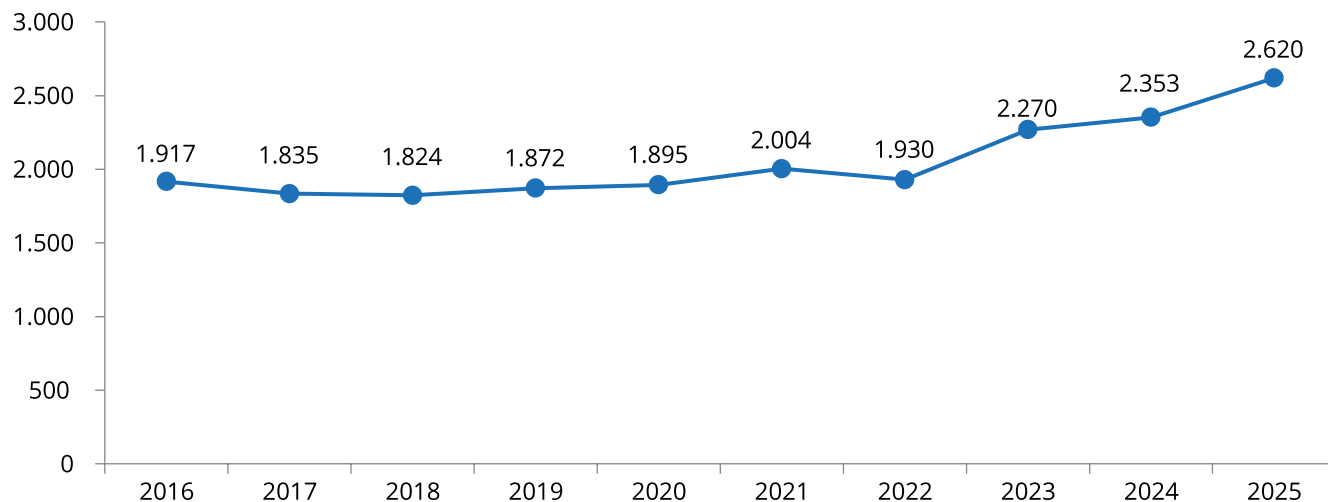
Foto: Edu Kapps (Arquivo SMS-Rio).

Apresentamos, a seguir, as modalidades remuneradas, de estágios e residências referentes ao período de 2016 a 2025.

Tabela 16. Modalidades remuneradas de Estágio e Residências, 2016–2025

MODALIDADES	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Residência Médica — Unidades Hospitalares	578	559	478	455	444	434	502	544	662	736
Residência Médica — Medicina de Família e Comunidade	266	186	294	233	220	240	306	341	360	415
Residência Multiprofissional em Saúde Mental	38	32	34	38	38	38	37	39	36	33
Residência em Enfermagem	44	141	151	198	198	238	224	231	211	207
Residência em Farmácia Hospitalar	12	12	14	15	15	14	14	17	13	16
Residência em Fisioterapia	*	*	*	*	*	*	*	*	5	10
Residência em Cirurgia e Trauma Bucomaxilofaciais	*	*	*	*	8	14	20	18	18	22
Residência em Medicina Veterinária	*	*	10	20	18	19	19	19	18	19
Residência Multiprofissional em Vigilância Sanitária	*	*	*	*	*	10	19	20	18	19
Residência Multiprofissional em Saúde da Família	*	*	*	*	*	*	*	*	*	38
Estágio Não Obrigatório — Acadêmico Bolsista	979	905	843	913	954	997	789	1.041	1.012	1.105
TOTAL	1.917	1.835	1.824	1.872	1.895	2.004	1.930	2.270	2.353	2.620

Fonte: S/SUBG/CGP/CDP/GDTA, 2025. Dados sujeitos à revisão. *Programa não instituído neste período.

Gráfico 55. Evolução do quantitativo de participantes (estagiários e residentes) das modalidades remuneradas da SMS-Rio, 2016–2025


Fonte: S/SUBG/CGP/CDP, 2025. Dados sujeitos à revisão.

Entre 2016 e 2025, a SMS-Rio ampliou seus programas, totalizando 2.620 participantes em 2025, em comparação com 1.917 em 2016. As Residências Médicas em Unidades Hospitalares e a Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade apresentaram crescimento consistente, assim como os Programas de Residências Profissionais e Multiprofissionais. O Programa de Estágio Não Obrigatório (Acadêmico Bolsista) manteve-se expressivo, com 1.105 participantes em 2025, reforçando o compromisso com a formação de profissionais de saúde. Corroborando, ainda, com as propostas do SUS, a rede municipal de saúde possui historicamente um forte caráter formador, com a entrada anual de cerca de 35.000 estudantes de estágio obrigatório.

Ao oferecer esses programas de estágios e residências, a SMS-Rio contribui não apenas para o fortalecimento do SUS, mas também para a qualificação da rede de atenção e o aprimoramento do cuidado em saúde oferecido à população carioca.

Destaca-se também a aprovação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, envolvendo seis categorias profissionais e sete unidades de APS, com início da primeira turma em março de 2025. O programa visa qualificar profissionais para exercerem com excelência suas atividades no âmbito da Atenção Primária à Saúde, integrando competências clínicas, relacionais e atitudinais para o trabalho interprofissional e colaborativo junto às equipes eMulti e outras equipes vinculadas aos outros níveis de atenção, estando, assim, aptos para atuar em rede de forma ética, crítica e inovadora, orientados pelos atributos e funções da atenção primária.

Foram promovidas, ainda, outras ações estratégicas voltadas à integração ensino-serviço-comunidade, destacando-se:

- **Implantação de novos Programas de Residência em Saúde entre 2022–2025:** Programas de Residência Médica nos hospitais municipais Ronaldo Gazolla, Albert Schweitzer, Evandro Freire, Rocha Faria e Pedro II e no Centro Carioca do Olho e Centro Carioca de Diagnóstico e Tratamen-

to por Imagem, Programas Profissionais (Fisioterapia e Enfermagem em Atenção em Terapia Intensiva) no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, e de Ano Adicional de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade nas áreas de Gestão em Saúde e de competências avançadas em Saúde Mental, ampliando as oportunidades de formação especializada na Rede Municipal de Saúde. Desta forma, a SMS-Rio oferta atualmente 47 Programas de Residência em Saúde, próprios ou em parceria com universidades públicas.

- **Implementação de Ações Afirmativas para candidatos inscritos em vagas reservadas:** Em observância à Política Nacional de Ações Afirmativas, especialmente no que se refere ao procedimento de heteroidentificação para verificação da autodeclaração racial de candidatos negros (pretos e pardos) para acesso às cotas, a SMS-Rio pauta-se nas disposições da Resolução CNJ n.º 457/2022 em todos os processos seletivos dos Programas de Residência em Saúde e Programas de Estágio Não Obrigatório (Acadêmico Bolsista). Neste sentido, em 2025, a GDTA, com apoio técnico do Grupo Gestor de Saúde da População Negra do MRJ, ofertou a profissionais da rede o Curso de Capacitação para Membros de Banca de Heteroidentificação, para que pudessem compor as Banca de Heteroidentificação e Recursal destes processos seletivos. Quanto à avaliação dos candidatos inscritos para vagas reservadas a Pessoas com Deficiência (PcD), a GDTA constituiu uma Banca de profissionais com formação adequada para avaliar se a deficiência apresentada pelo candidato o tornaria apto ou inapto a assumir a vaga prevista no edital ao qual estava concorrendo.
- **Criação do Módulo Compartilhado:** Em 2022, orientado pelo princípio político pedagógico da formação para o SUS, os Coordenadores dos Programas de Residências Profissionais e Multiprofissionais da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) da SMS-Rio organizaram, juntamente com a GDTA, uma disciplina no formato de um Módulo Único do SUS. A iniciativa partiu da compreensão de que os Programas de Residência precisavam ter uma disciplina que tratasse dos temas estruturais do SUS como campo de prática e de construção do saber e conhecimento para as políticas públicas, a ciência e a inovação em saúde. Nestes quatro anos, o Módulo contou com a participação de docentes, colaboradores convidados com reconhecida trajetória na consolidação do SUS, distinto saber na área de competência, forte experiência no campo da formação e notória credibilidade na comunidade acadêmica. Estima-se que em 2025, com a ampliação dos Programas, o formato do Módulo encerra um ciclo, mantendo os conteúdos propostos na grade de aulas dos programas. Planeja-se realizar Seminários Integrados abertos não somente para os Residentes, mas também para o corpo docente-assistencial e a rede de atenção à saúde.

Foto 33. Módulo Compartilhado dos Programas de Residência em Saúde da SMS-Rio, UERJ, 2025



Fonte: S/SUBG/CGP/CDP/GDTA.

- **Realização de Jornadas e Mostras de Trabalhos:** Dando visibilidade às ações desenvolvidas no campo da prática, promovendo o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo, a oratória e a interação ensino-serviço-comunidade, a GDTA, em parceria com os Centros de Estudos das unidades, realiza anualmente, nos meses de novembro e dezembro, a Jornada Científica dos Acadêmicos Bolsistas (JCAB), Mostra do Nível Técnico, Mostra do Projeto Acolher, e a Mostra dos Trabalhos dos Programas de Residência da SMS-Rio. A Jornada Científica dos Acadêmicos Bolsistas é realizada nas modalidades pôster ou comunicação oral, nas Áreas de Planejamento (AP) onde o estágio é exercido. A Mostra de Trabalhos dos Programas de Residência é realizada nas modalidades pôster ou comunicação oral, de forma centralizada, unificando, em um mesmo evento, a apresentação dos residentes atuantes nas diversas unidades da rede municipal de saúde. Na Mostra do Nível Técnico e do Projeto Acolher os alunos apresentam seus trabalhos no formato oral, sendo o Nível Técnico de forma individualizada e o Projeto Acolher por Centro de Estudos. Estes eventos têm contribuído para a divulgação de experiências exitosas, o fortalecimento da educação permanente e o estímulo à produção científica e à troca de saberes entre profissionais e estudantes.

Foto 34. Cerimônia de Premiação dos Finalistas da XVI Jornada Científica dos Acadêmicos Bolsistas da SMS-Rio, 2024



Foto: Edu Kapps (Arquivo SMS-Rio).

Foto 35. 10ª Mostra de Trabalhos dos Programas de Residência da SMS-Rio, 2024



Foto: Edu Kapps (Arquivo SMS-Rio).

5.4.4 VOLUNTARIADO NA SAÚDE

No âmbito da SMS-Rio, a gestão do voluntariado é de competência do Núcleo Saúde Voluntário (NSV), integrante da CDP, que desenvolve a política de voluntariado visando ao reconhecimento, à difusão e à valorização das ações voluntárias. Ao longo destes anos, o NSV busca promover a cultura do voluntariado por meio da sensibilização dos gestores, profissionais e usuários. O NSV coordena a implantação de projetos e incentiva a permanência de atividades voluntárias nas unidades de saúde. O NSV ainda realiza a sistematização, o monitoramento e a divulgação das ações voluntárias, promove treinamentos e articula parcerias.

Foto 36. Voluntariado na Saúde / Voluntários Engajados — atividade realizada em 23/07/25 no Hospital Municipal Miguel Couto, em comemoração ao Dia das Crianças



Foto: Eliane Fernandes, Núcleo Saúde Voluntário, SMS-Rio.

Conforme as diretrizes da SMS-Rio, segundo a Resolução SMS n.º 3.160/2016, o voluntariado poderá realizar atividades recreativas, educativas, artísticas, culturais, corporais, Posso Ajudar, ações institucionais, oficinas de autoestima, grupos de autoajuda, educação em saúde e o acolhimento espiritual na vertente inter-religiosa, por meio de pessoas físicas, grupos, Organizações Não Governamentais (ONGs) e associações.

Foto 37. Projeto Doutores da Alegria no Hospital Municipal Jesus

Foto: Edu Kapps (Arquivo SMS-Rio).

As atividades desenvolvidas pelos voluntários visam contribuir para a humanização do atendimento e a redução da ansiedade característica do processo do tratamento, além de proporcionar socialização, alegria e descontração, auxiliar na recuperação da saúde e oportunizar o exercício da cidadania.

Em alinhamento com as práticas integrativas e complementares, o NSV, em parceria com a Gerência de Práticas Integrativas e Complementares da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (S/SUBPAV), elaborou a Circular Conjunta n.º 001/2023 — Orientações para Projetos de Voluntariado em Práticas Integrativas e Complementares. A referida circular vem norteando a implantação e a execução de atividades voluntárias relacionadas a estas práticas nas unidades de saúde.

O NSV contribuiu também na elaboração da Resolução Conjunta SMS/SEID n.º 069/2023, que regulamenta o acolhimento espiritual e a prestação de assistência religiosa nas unidades hospitalares municipais de saúde no âmbito do MRJ. Esta resolução tornou-se referência no processo de implantação e na realização da atividade voluntária de acolhimento espiritual na vertente inter-religiosa, contribuindo para o acesso de voluntários de forma plural e equânime às diversas matrizes religiosas.

Apresenta-se, a seguir, um demonstrativo das principais ações e indicadores do voluntariado na SMS-Rio entre os anos de 2021 e 2025.

Tabela 17. Ações e indicadores do voluntariado na SMS-Rio, 2021–2025

DEMONSTRATIVO DO VOLUNTARIADO NA SMS-RIO	2021	2022	2023	2024	2025 (jan/jun)
Unidades com voluntariado	47	45	45	50	50
Número de treinamentos	3*	13	16	27	11
Número de voluntários treinados	120	366	288	478	282
Projetos/atividades implantados	6	17	8	13	6
Quantitativo de voluntários	1.921*	322	697	980	949

Fonte: S/SUBG/CGP/CDP/NSV, 2025. Dados sujeitos à revisão. *No ano de 2021, em virtude da pandemia de covid-19, as atividades presenciais do voluntariado foram suspensas. Durante esse período, foram realizados treinamentos de forma remota, além do cadastramento de voluntários para atuarem na campanha de vacinação contra a covid-19.

O NSV reafirma seu compromisso de ampliar, monitorar e incentivar a implantação e a continuidade dos projetos e atividades voluntárias nas unidades da rede, bem como de fomentar a articulação de novas parcerias. Além disso, planeja a realização de eventos destinados a valorizar e divulgar o trabalho desenvolvido pelos voluntários, reforçando a sua relevância para a rede municipal de saúde.

5.5 GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL

O Conselho Municipal de Saúde foi instituído em conformidade com a Lei Federal n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde. No âmbito municipal, sua criação se deu inicialmente pela Lei n.º 1.746, de 23 de julho de 1991, posteriormente revogada e substituída pela Lei n.º 5.104, de 3 de novembro de 2009.

O Conselho dispõe de Regimento Interno, conforme estabelece o artigo 18 da referida Lei Municipal n.º 5.104/2009, estruturado em nove capítulos que definem sua natureza, competências, atribuições dos conselheiros, funcionamento dos órgãos colegiados, papéis das presidências, das comissões executivas e grupos de trabalho, estrutura administrativa, realização de conferências de saúde e penalidades cabíveis.

Trata-se de um órgão colegiado, deliberativo e permanente, com a finalidade de assegurar a participação da sociedade nas decisões referentes à saúde pública, colaborando com a gestão municipal na formulação, no acompanhamento e na avaliação das políticas públicas de saúde. Dessa forma, o Conselho atua como instância de controle social do SUS, promovendo o engajamento da população na formulação, na implementação e no monitoramento das ações e serviços de saúde.

No exercício de sua função deliberativa, o Conselho acompanha aspectos assistenciais, financeiros e econômicos da saúde pública municipal, contribuindo para a organização dos serviços e ações voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

O município conta, ainda, com 10 Conselhos Distritais de Saúde, distribuídos de acordo com as Áreas de Planejamento das respectivas Coordenadorias Gerais de Saúde. Esses Conselhos têm como missão apoiar a gestão regional na identificação das necessidades locais e na formulação de estratégias que promovam o aprimoramento contínuo das políticas públicas de saúde em seus respectivos territórios.

Para o pleno exercício de suas atribuições, o Conselho Municipal de Saúde é assessorado por uma Comissão Executiva e por Comissões Temáticas, que oferecem subsídios técnicos, políticos e estratégicos para a deliberação do plenário. A estrutura administrativa do Conselho é composta por:

- 1 Secretária Executiva;
- 1 Assistente I;
- 1 Assistente II;
- 3 Servidores Administrativos;
- 1 Assistente Administrativo;
- 2 Auxiliares Administrativos.

A governança do Conselho ocorre por meio de reuniões ordinárias mensais, devidamente registradas em atas, e por reuniões extraordinárias, convocadas conforme a necessidade, para tratar de demandas emergenciais. Entre as atribuições dos conselheiros estão a realização de visitas fiscalizatórias às unidades de saúde, o acompanhamento da execução da política municipal de saúde, a análise de pedidos de credenciamento de prestadores de serviço e a defesa intransigente dos interesses da população.

O Conselho, em parceria com a SMS-Rio, é responsável pela organização da Conferência Municipal de Saúde e das Conferências Distritais de Saúde, que constituem espaços democráticos de debate entre os diversos segmentos da sociedade, com o objetivo de avaliar a situação de saúde do município e propor diretrizes para o planejamento e a execução das políticas públicas de saúde. As propostas aprovadas são encaminhadas às etapas estadual e nacional das Conferências de Saúde.

Em consonância com o princípio da paridade, a composição dos Conselhos Municipal e Distritais assegura a participação equilibrada entre representantes do governo, prestadores de serviços, trabalhadores da saúde e usuários do SUS, totalizando 347 membros, distribuídos da seguinte forma:

- Conselho Municipal de Saúde — 42 membros;
- Conselho Distrital de Saúde da AP 1.0 — 41 membros;

- Conselho Distrital de Saúde da AP 2.1 — 41 membros;
- Conselho Distrital de Saúde da AP 2.2 — 29 membros;
- Conselho Distrital de Saúde da AP 3.1 — 28 membros;
- Conselho Distrital de Saúde da AP 3.2 — 25 membros;
- Conselho Distrital de Saúde da AP 3.3 — 21 membros;
- Conselho Distrital de Saúde da AP 4.0 — 21 membros;
- Conselho Distrital de Saúde da AP 5.1 — 33 membros;
- Conselho Distrital de Saúde da AP 5.2 — 25 membros;
- Conselho Distrital de Saúde da AP 5.3 — 41 membros.

Com o objetivo de subsidiar tecnicamente as discussões e deliberações do plenário, o Conselho conta com as seguintes Comissões Temáticas:

- Comissão Executiva;
- Comissão de Doenças Raras e Negligenciadas;
- Comissão de Educação Permanente;
- Comissão de Fiscalização da Atenção Primária em Saúde (APS);
- Comissão de Fiscalização Hospitalar;
- Comissão de Gênero, Raças e Etnias;
- Comissão de IST/HIV/AIDS;
- Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher do Conselho Municipal de Saúde (CISMU/CMS);
- Comissão de Orçamento e Finanças;
- Comissão de Saúde do Trabalhador;
- Comissão de Saúde Mental;
- Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador.

Assim, tanto o Conselho Municipal quanto os Conselhos Distritais de Saúde desempenham papel essencial no fortalecimento do controle social, promovendo a participação ativa da sociedade civil na construção de um Sistema Único de Saúde orientado pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade e descentralização.

Esses colegiados contribuem ainda para a ampliação da compreensão da importância da regionalização e da hierarquização dos serviços de saúde, organizados em níveis crescentes de complexidade, com base em critérios epidemiológicos e no perfil da população atendida, assegurando acesso oportuno, resolutivo e de qualidade aos serviços de saúde.

Foto 38. Reunião do Conselho Municipal de Saúde, realizada em 02/02/2026 no Auditório Dr. José Wazen da Rocha, Hospital Federal do Andaraí



Foto: Melquisedeque Morone.

5.6 PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO E ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA

O MRJ integra a região de saúde Metropolitana I, que inclui os municípios da Baixada Fluminense, sendo que a capital concentra o maior contingente populacional do estado, com 39% da população, além de abrigar a maior rede de serviços oferecidos pelo SUS considerando as três esferas de governo.

Desde a Constituição Federal de 1988, o modelo político-administrativo das ações e serviços públicos de saúde enfrenta o desafio de implantar um sistema unificado e descentralizado, regulamentado pela Lei n.º 8.080, de 1990, e pelo Decreto n.º 7.508/2011.

O SUS distribuiu responsabilidades entre os três níveis de governo ao longo de sua implementação. No entanto, o processo de municipalização, marcado por desigualdades nas necessidades de saúde e nas capacidades técnicas e financeiras dos gestores, exigiu a criação de mecanismos de governança e participação social para o controle dessas ações.

A partir da década de 1990, foram estabelecidos instrumentos de planejamento em saúde integrados às leis orçamentárias, com a prestação de contas realizada anualmente. Contudo, embora o planejamento no SUS tenha avançado, ainda enfrenta desafios na sua organização e integração entre gestores e entes federados. A definição de prioridades e metas e a distribuição de recursos nem sempre é consensual ou segue os critérios estabelecidos, o que muitas vezes resulta em fragmentação, desarticulação das ações e uso ineficiente dos recursos.

O MRJ foi habilitado para a Gestão Plena do Sistema Municipal em 2002 (NOAS/2002) e, com o Pacto pela Saúde de 2006, aderiu formalmente à política pela Deliberação CIB RJ n.º 849, de 11 de fevereiro de 2010. Em 2011, o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), previsto no Decreto n.º 7.508/2011, surgiu como um instrumento de planejamento regional e articulação interfederativa, embora, na prática, ainda não tenha se consolidado como um mecanismo efetivo de pactuação.

Permanece em vigor a Programação Pactuada Integrada (PPI), coordenada pela Secretaria de Estado de Saúde (SES), que regula a atuação dos serviços de média e alta complexidade e os recursos financeiros correspondentes, vinculados aos tetos orçamentários municipais. A última grande pactuação ocorreu em 2011 (Deliberação CIB RJ n.º 1.324/2011), com ajustes negociados pelas instâncias intergestoras.

O Planejamento Regional Integrado (PRI), atual dispositivo de regionalização do SUS, instituído pelas normas do COAP, é elaborado na região de saúde e reflete um processo ascendente de planejamento. Ele é pactuado, monitorado e avaliado pela Comissão Intergestores Regional (CIR) e deliberado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB). O município do Rio de Janeiro integra o Plano da Região Metropolitana I (Deliberação CIR n.º 20, de 27 de fevereiro de 2025), que, em geral, considera as necessidades dos planos municipais de saúde.

Desde a década de 1990, as instâncias de pactuação intergestora e de controle social têm sido espaços fundamentais para a discussão das políticas de saúde e do financiamento do SUS. Elas visam atender às demandas regionais, orientar e pactuar o planejamento em seus diferentes níveis. As imagens e o quadro a seguir ilustram essas instâncias envolvidas no processo de construção e pactuação do SUS.

Quadro 19. Instâncias Intergestoras, Conselhos, Comissões e Colegiados Participativos

ESFERA DE GOVERNO	GESTOR	CONSELHOS DE SECRETÁRIOS	COMISSÃO INTERGESTORA	COLEGIADO PARTICIPATIVO — CONTROLE SOCIAL
Federal	Ministério da Saúde (MS)	CONASS	Comissão Intergestora Tripartite (CIT)	Conselho Nacional de Saúde
		CONASEMS		
Estadual	Secretarias Estaduais de Saúde (SES)	COSEMS	Comissão Intergestora Bipartite (CIB)	Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde Conselhos Regionais/ Distritais de Saúde
Municipal	Secretarias Municipais de Saúde		Comissão Intergestora Regional (CIR)	

Fonte: Resolução MS nº 453/2012.

Figura 13. Pactuações intergestoras

Fonte: Elaboração própria, 2025. Arte: Ascom/SMS-Rio.

O MRJ, por concentrar uma grande quantidade de serviços de saúde, historicamente recebe pessoas de outros municípios que são atendidas tanto pelos sistemas oficiais de regulação municipal e estadual quanto por demanda espontânea, especialmente na rede de urgência, emergência, serviços pré-hospitalares fixos e hospitais. Embora muitos dos procedimentos registrados no Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) não exijam o preenchimento obrigatório do campo “local de residência”, a série histórica revela uma crescente demanda de pacientes de outros municípios pela rede de saúde da capital.

Tabela 18. Número de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidades segundo o local de residência em unidades sob gestão municipal, hospitais de emergência e pré-hospitalar fixo, 2020–2024

ANO	2020	2021	2022	2023	2024
Outros municípios	240.983	194.287	173.271	386.271	620.324
%	2,71	2,18	1,52	2,39	3,31
TOTAL	8.900.525	8.915.277	11.413.105	16.190.895	18.735.997

Fonte: SMS-Rio, Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)/Tabnet Municipal, 2025. Dados sujeitos à revisão.

A migração geral de outros municípios para os serviços ambulatoriais da capital apresentou uma redução no ano de 2021, refletindo ainda o período pós-pandemia. Contudo, a produção e o aumento da migração de outros municípios para procedimentos ambulatoriais voltaram a aumentar a partir de 2022 em diante, período em que foram implantados os Super Centros Cariocas de Saúde, chegando a cerca de 1,5 milhão de atendimentos para não munícipes no ano de 2024 em todos os serviços sob gestão municipal na capital.

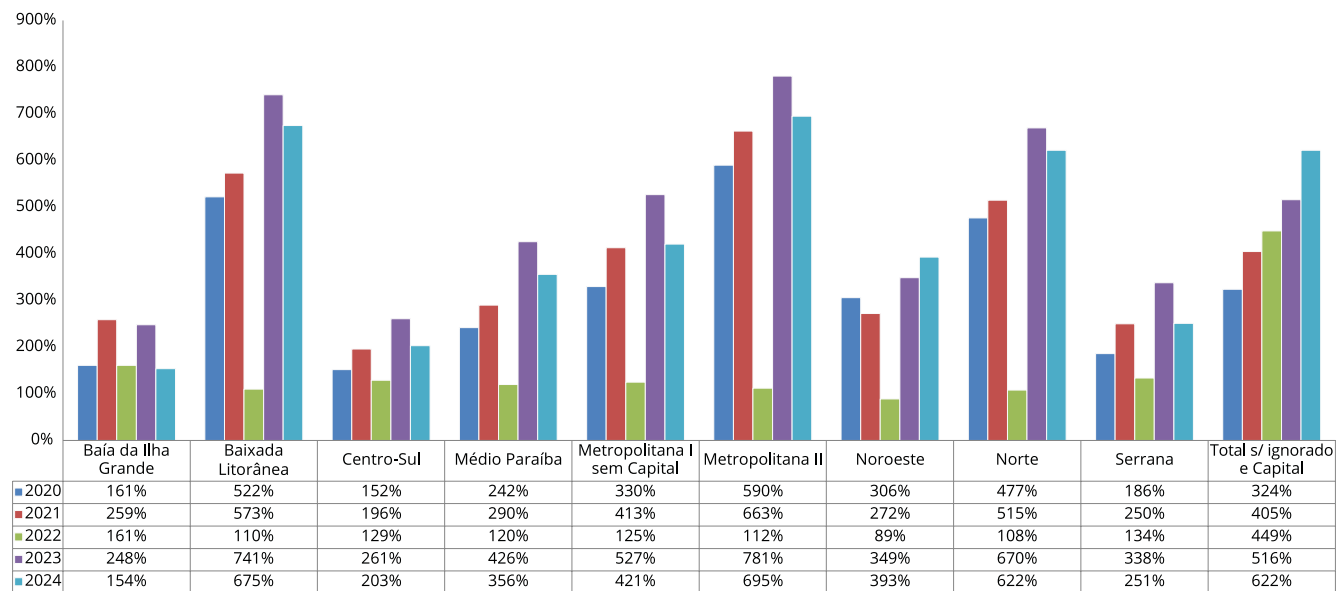
A análise da utilização das cotas físicas da PPI para procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade segundo as regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro demonstra que a execução de serviços ao longo do tempo é crescente e acima do pactuado. Apesar dos ajustes realizados no âmbito das instâncias intergestoras, a base de dados do painel de monitoramento da SES/RJ trabalha com as bases nacionais dos serviços executados, não sendo possível aferir quem acessou diretamente os serviços geridos pelo município de forma espontânea ou regulado.

Tabela 19. Série Histórica de execução das cotas físicas de procedimentos ambulatoriais da Programação Pactuada Integrada (PPI) da Assistência, MRJ Executor, segundo Regiões de Saúde do estado do Rio de Janeiro, 2020–2024

REGIÃO DE SAÚDE/ MUNICÍPIO EN- CAMINHADOR	2020			2021			2022			2023			2024		
	Cota física programada — MAC FAEC	Cota física realizada — MAC FAEC	% Execução	Cota física programada — MAC FAEC	Cota física realizada — MAC FAEC	% Execução	Cota física programada — MAC FAEC	Cota física realizada — MAC FAEC	% Execução	Cota física programada — MAC FAEC	Cota física realizada — MAC FAEC	% Execução	Cota física programada — MAC FAEC	Cota física realizada — MAC FAEC	% Execução
Baía da Ilha Grande	21.591	34.851	161%	14.881	38.481	259%	11.483	38.616	336%	17.393	43.073	248%	21.615	67.708	313%
Baixada Litorânea	17.447	91.062	522%	17.356	99.454	573%	17.356	110.590	637%	17.343	128.520	741%	17.333	152.896	882%
Centro-Sul	27.456	41.870	152%	23.219	45.480	196%	20.443	50.480	247%	20.823	54.374	261%	21.345	61.697	289%
Médio Paraíba	29.509	71.534	242%	24.345	70.495	290%	21.764	85.872	395%	21.764	92.817	426%	21.763	109.344	502%
Metropolitana I sem Capital	312.653	1.031.514	330%	279.753	1.155.771	413%	21.764	85.872	395%	270.225	1.422.917	527%	270.205	1.755.377	650%
Metropolitana II	44.148	260.344	590%	43.277	287.006	663%	43.216	303.744	703%	43.214	337.628	781%	43.212	391.453	906%
Noroeste	7.220	22.088	306%	7.218	19.639	272%	7.218	23.573	327%	7.218	25.191	349%	7.218	33.030	458%
Norte	12.454	59.453	477%	12.451	64.060	515%	12.442	67.243	540%	12.442	83.412	670%	12.442	100.899	811%
Serrana	58.570	109.068	186%	46.018	115.020	250%	39.567	111.295	281%	38.975	131.562	338%	38.553	151.658	393%
Total sem Capital e ignorados	531.048	1.721.784	324%	468.518	1.895.406	405%	195.252	877.285	449%	449.396	2.319.494	516%	453.687	2.824.062	622%
TOTAL IGNORADO ERJ	9.274.266			8.906.109			8.421.615			7.476.332			6.689.175		
OUTRAS UF	29.090			32.425			44.273			68.134			80.607		
TOTAL COM CAPITAL	29.518.899	19.802.862	67%	29.438.453	22.242.918	76%	29.409.175	28.757.121	98%	29.414.703	39.189.796	133%	29.418.896	48.270.539	164%

Fonte: Sistema de Programação Pactuada e Integrada (SISPPi), SES/RJ, 2025. Dados sujeitos à revisão.

Gráfico 56. Percentual de execução das cotas físicas de procedimentos ambulatoriais de Programação Pactuada Integrada (PPI), MRJ Executor, segundo Regiões de Saúde do estado do Rio de Janeiro, 2020–2024

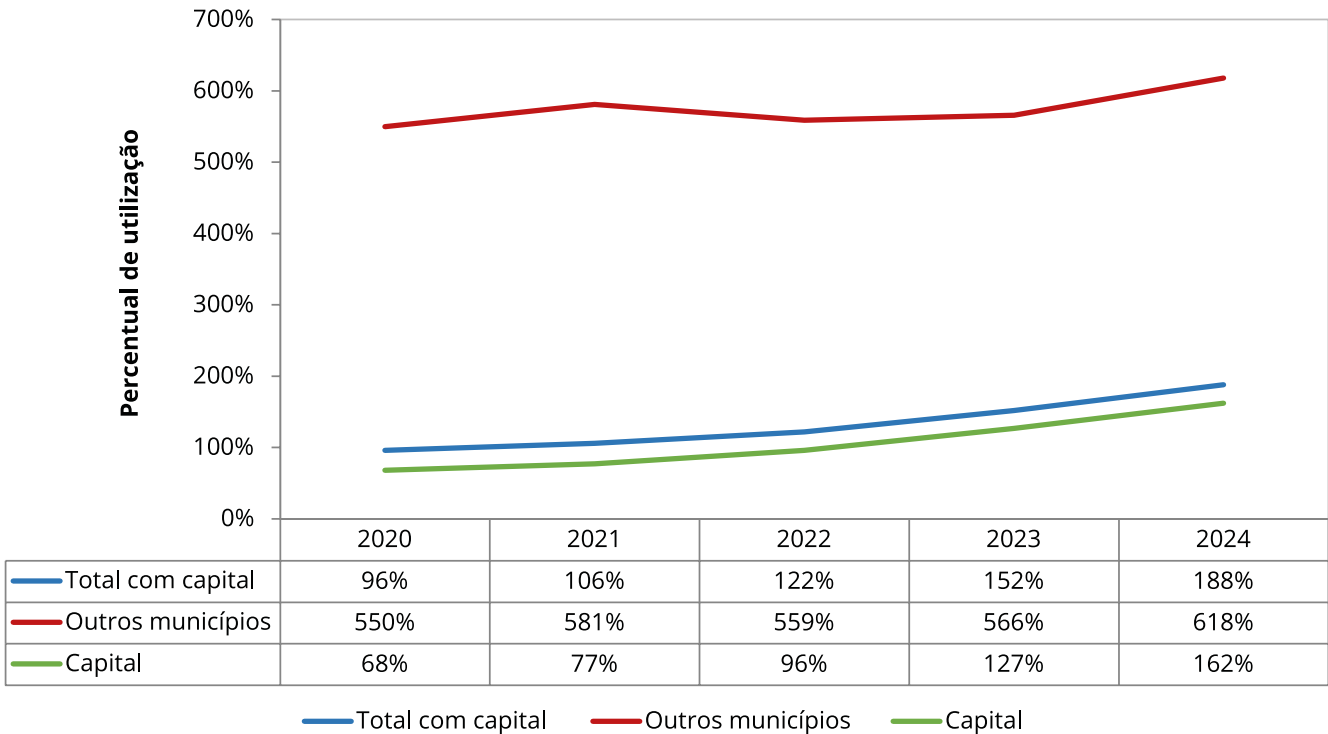


Fonte: Sistema de Programação Pactuada e Integrada (SISPPi), SES/RJ, 2025. Dados sujeitos à revisão.

Apesar dos procedimentos SUS e seus agregados possuírem valores diferentes e sujeitos a ajustes da tabela SUS ao longo da série histórica, a análise dos dados da cota financeira programada da PPI evidencia um panorama da utilização de serviços ofertados em estabelecimentos sob gestão municipal.

Para essa análise foram excluídas as cotas destinadas aos munícipes da capital, observando-se a mesma tendência da utilização de cotas físicas, com aumento crescente da utilização dos serviços acima da pactuação existente. O que chama atenção é a programação projetada para os munícipes da capital, cuja execução no início da série histórica não chegava a 100%, mas a partir de 2022, há um aumento progressivo, superando a estimativa financeira projetada. Tal constatação pode ser atribuída a uma maior dependência do SUS pela população carioca, principalmente após o período da pandemia do covid-19, e a ampliação da oferta de serviços especializados pelo município.

Gráfico 57. Série histórica do percentual de execução das cotas financeiras de procedimentos ambulatoriais da Programação Pactuada Integrada (PPI), MRJ Executor, segundo Regiões de Saúde do estado do Rio de Janeiro, 2020-2024



Fonte: Sistema de Programação Pactuada e Integrada (SISPPPI), SES/RJ, 2025. Dados sujeitos à revisão.

Esse panorama geral da execução da PPI, considerando às limitações metodológicas de dados para uma análise mais fidedigna da utilização dos serviços e seus custos, demonstra a crescente demanda por serviços especializados.

Na atenção hospitalar, as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) aprovadas apresentam percentual de migração de outros municípios para unidades sob gestão municipal superior a 15% no período analisado. Assim como nos serviços ambulatoriais, a partir de 2021, esse percentual apresenta queda com a passagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) para gestão estadual. Com a assunção da gestão dos hospitais federais Cardoso Fontes e Andaraí no final de 2024, esse percentual deve voltar a aumentar, considerando o perfil de tais unidades. De todo modo, demonstra-se a importância da rede de serviços hospitalares da capital, seja para as internações de emergência, seja para procedimentos eletivos.

Das internações de outros municípios do estado relacionadas à gravidez, parto e puerpério realizadas na capital, cerca de 7% são de outros municípios, sendo 6% da baixada fluminense, constatando-se a relevância da atenção materno-infantil da capital, inserida na atual Política Nacional da Rede Alyne.

Tabela 20. Número de AIH aprovadas — diagnóstico CID-10, capítulo XV — Gravidez, parto e puerpério, segundo o local de residência, 2020–2024

AIH POR LOCAL DE RESIDÊNCIA	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL
Total de municípios do ERJ	58.018	54.466	52.033	52.382	50.132	267.031
Total de AIH Metro I sem capital	3.621	3.169	2.747	2.957	2.641	15.135
Total de AIH outros municípios	4.194	3.761	3.442	3.635	3.274	18.306
% AIH municípios da Metro I	6,3	5,9	5,4	5,7	5,3	5,7
% AIH total outros municípios	7,2	6,9	6,6	6,9	6,5	6,9

Fonte: Internações hospitalares do SUS — dados oficiais, MS/SMS-Rio/Tabnet Municipal, 2025. Dados sujeitos à revisão.

Tabela 21. Percentual de AIH aprovada segundo o local de residência em unidades, MRJ, por tipo de gestão municipal, 2020–2024

TIPO DE LEITO	2020		2021		2022		2023		2024	
	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%
Outros municípios ERJ	42.933	19,3	39.507	18,2	41.556	18,4	43.564	16,2	43.111	15,8
Rio de Janeiro — Capital	178.364	80,2	176.758	81,4	183.475	81,3	223.720	83,4	229.288	83,9
Outros estados	965	0,4	763	0,4	722	0,3	954	0,4	875	0,3
TOTAL	222.262	100	217.028	100	225.753	100	268.238	100	273.274	100

Fonte: Internações hospitalares do SUS — dados oficiais, MS/SMS-Rio/Tabnet Municipal, 2025. Dados sujeitos à revisão.

Tabela 22. Percentual de AIH aprovada (valor aprovado) segundo o local de residência em unidades, MRJ, por tipo de gestão municipal, 2020–2024

TIPO DE LEITO	2020		2021		2022		2023		2024	
	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%	N.º absoluto	%
Outros municípios ERJ	R\$ 83.416.722,15	24,6	R\$ 81.958.343,20	21,1	R\$ 81.126.511,95	20,5	R\$ 88.582.134,27	20,3	R\$ 92.930.638,49	18,9
Rio de Janeiro — Capital	R\$ 254.673.509,41	75,0	R\$ 303.796.781,15	78,3	R\$ 312.250.217,46	79,0	R\$ 344.188.818,91	79,1	R\$ 396.622.041,45	80,7
Outros estados	R\$ 1.668.468,55	0,5	R\$ 2.086.827,25	0,5	R\$ 1.658.993,52	0,4	R\$ 2.592.550,45	0,6	R\$ 2.138.706,62	0,4
TOTAL	R\$ 339.758.700,11	100	R\$ 387.841.951,60	100	R\$ 395.035.722,93	100	R\$ 435.363.503,63	100	R\$ 491.691.386,56	100

Fonte: Internações hospitalares do SUS — dados oficiais, MS/SMS-Rio/Tabnet Municipal, 2025. Dados sujeitos à revisão.

A crescente demanda pelos serviços ofertados no SUS na capital, em especial, a rede especializada, e de sua utilização por outros municípios do estado, pressupõem a necessidade de revisão de parâmetros para subsidiar os planos regionais. Para uma nova pactuação devem ser consideradas as redes de atenção existentes, análise da infraestrutura disponível, necessidade de ampliação e seu financiamento. Esse diagnóstico pode subsidiar a criação de melhores parâmetros de distribuição dos recursos dos tetos financeiros entre os municípios, programas de cofinanciamento estadual e os recursos de políticas de incentivo à ampliação de ofertas de serviços especializados ambulatoriais e hospitalares por parte do Ministério da Saúde.

5.6.1 PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA

O SUS fundamenta-se, como princípio basilar para a implementação das políticas públicas de saúde, na articulação, negociação e pactuação entre os entes federativos. A pactuação entre os gestores da União, estados e municípios (Pactuação Tripartite) até o ano de 2021 foi regulamentada pela Resolução CIT n.º 08, de novembro de 2016, que estabeleceu prioridades nacionais de saúde expressas por meio de um conjunto de indicadores com metas a serem alcançadas.

No âmbito estadual, a operacionalização da pactuação bipartite ocorre por meio da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), órgão colegiado paritário constituído por representantes da SES/RJ e das Secretarias Municipais de Saúde, indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). A CIB representa o espaço formal de negociação e deliberação entre os gestores estaduais e municipais, incumbida de pactuar diretrizes, metas e estratégias para a organização e o funcionamento do SUS no território estadual, fortalecendo o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações e serviços de saúde.

A partir do ano de 2022, após a descontinuação da Pactuação Tripartite, a SES/RJ manteve na sua pactuação os indicadores do pacto interfederativo, considerando sua importância para a saúde pública. Nas tabelas a seguir estão demonstrados os valores alcançados pelo MRJ para a Pactuação Tripartite e a Bipartite.

Quadro 20. Indicadores de Pactuação Tripartite, 2018–2021

INDICADOR	EXPECTATIVA	DESEMPENHO SMS-RIO			
		2018	2019	2020	2021
Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelas quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) até 2030	Redução	385,69	386,00	339,50	340,20
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados	Aumento	88,71	95,00	84,10	89,00
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida informados ao SIM	Aumento	95,18	95,70	94,40	92,40

INDICADOR	EXPECTATIVA	DESEMPENHO SMS-RIO			
		2018	2019	2020	2021
Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos de idade com cobertura vacinal preconizada	Aumento	NA	NA	NA	NA
Proporção de casos de Doença de Notificação Compulsória Imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após a notificação	Aumento	68,40	94,80	97,50	95,80
Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos de coortes	Aumento	73,00	NA	NA	85,10
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	Redução	1.094	1.087	1.149	1.352
Número de casos novos de aids em menores de 5 anos	Redução	25	10	5	3
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	Aumento	118,67	115,70	164,70	195,20
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos	Aumento	0,02	0,02	0,17	0,02
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos	Aumento	0,17	0,13	0,01	0,10
Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e Saúde Suplementar	Aumento	47,74	47,70	47,90	48,30
Proporção de gravidez na adolescência	Redução	13,76	12,30	11,90	10,90
Taxa de mortalidade infantil	Redução	11,59	12,10	12,10	12,20
Número de óbitos maternos	Redução	50	62	83	107
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Primária	Aumento	64,98	50,50	45,98	71,80
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	Aumento	93,69	92,40	88,80	91,30
Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde	Aumento	27,05	24,03	24,73	24,77
Percentual de municípios que realizam, no mínimo, seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano	Aumento	100	100	100	100

INDICADOR	EXPECTATIVA	DESEMPENHO SMS-RIO			
		2018	2019	2020	2021
Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	Aumento	96,00	78,80	69,40	91,20
Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	Aumento	5	5	3	0
Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	Aumento	84,66	81,90	86,10	79,00

Fonte: SES/RJ. Disponível em: https://public.tableau.com/app/profile/planejasesrj/viz/METROPOLITANAI_16854489614820/METROPOLITANAI. Acesso em: 2025. Dados sujeitos à revisão. Legenda: NA = Não Apurado.

Quadro 21. Indicadores de Pactuação Bipartite, 2021–2024

INDICADOR	EXPECTATIVA	DESEMPENHO SMS-RIO			
		2021	2022	2023	2024
Taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) pelas quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) até 2030	Redução	340,20	360,90	368,60	390,50
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados	Aumento	89,00	95,50	96,10	**
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida informados ao SIM	Aumento	92,40	93,00	90,03	95,90
Proporção de vacinas selecionadas do Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 2 anos de idade com cobertura vacinal preconizada	Aumento	NA	NA	NA	NA
Proporção de casos de Doença de Notificação Compulsória Imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após a notificação	Aumento	95,80	97,60	97,60	98,44
Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos de coortes	Aumento	85,10	75,90	69,57	71,60
Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade	Redução	1.352	1.280	1.256	**
Razão de nascer com sífilis	Redução	***	***	***	14,90
Número de casos novos de aids em menores de 5 anos	Redução	3	6	6	4
Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro, cloro residual livre e turbidez	Aumento	195,20	100	100	**

INDICADOR	EXPECTATIVA	DESEMPENHO SMS-RIO			
		2021	2022	2023	2024
Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos	Aumento	0,02	0,26	0,32	0,43
Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos	Aumento	0,10	0,15	0,21	0,25
Proporção de parto normal no Sistema Único de Saúde e Saúde Suplementar	Aumento	48,30	47,80	48,11	45,30
Proporção de gravidez na adolescência	Redução	10,90	9,70	9,57	8,70
Taxa de mortalidade infantil	Redução	12,20	12,30	12,40	12,30
Número de óbitos maternos	Redução	107	45	43	28
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Primária	Aumento	71,80	66,29	83,50	79,20
Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF)	Aumento	91,30	82,52	89,07	89,20
Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde	Aumento	24,77	21,21	29,23	25,99
Percentual de municípios que realizam, no mínimo, seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano	Aumento	100	100	**	**
Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica	Aumento	91,20	100,00	96,96	98,00
Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue	Aumento	0,00	4	6	6
Proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho	Aumento	79,00	77,80	89,11	43,52
Proporção de notificações de violência interpessoal e autoprovocada com o campo raça/cor preenchido com informação válida	Aumento	87,40	95,20	97,44	99,11
Municípios com ouvidoria implantada	Aumento	1	1	1	1
Proporção de óbitos maternos investigados	Aumento	100,00	98,90	98,11	96,20
Proporção de óbitos infantis e fetais investigados	Aumento	80,90	93,70	82,80	**
Percentual de casos notificados com Anti-HCV reagente que realizaram exames de HCV-RNA	Aumento	90,25	90,00	77,70	**

INDICADOR	EXPECTATIVA	DESEMPENHO SMS-RIO			
		2021	2022	2023	2024
Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose	Aumento	77,33	84,00	81,10	**
Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera	Aumento	61,00	62,80	66,90	71,50
Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal	Aumento	78,10	70,70	84,03	87,10
Percentual de indivíduos com 13 anos ou mais com primeiro CD4+ acima de 350 céls/ml	Aumento	60,90	62,10	97,10	56,20
Proporção de animais vacinados na campanha de vacinação antirrábica	Aumento	72,40	68,53	61,90	56,00
Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial	Aumento	0,63	0,66	0,77	0,82
Número de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez	Aumento	***	***	***	10.395
Cobertura de inspeção sanitária em estabelecimentos sujeitos aos órgãos de Vigilância Sanitária municipais	Aumento	***	***	***	156,50
Razão de tratamento odontológico concluído pelas equipes de Saúde Bucal na APS	Aumento	***	***	***	0,62
Percentual de contatos examinados dos casos novos de tuberculose pulmonar confirmados laboratorialmente	Aumento	***	***	***	32,80
Percentual de Estações de Tratamento de Água (ETA) com inspeções sanitárias realizadas pelo VIGIAGUA municipal	Aumento	***	***	***	100
Cobertura do estado nutricional da população no estado do Rio de Janeiro	Aumento	***	***	***	29,39
Cobertura de triagem neonatal em tempo oportuno (entre o 3.º e o 5.º dia de vida)	Aumento	***	***	***	NA
Percentual de pacientes com carga viral detectada de hepatite C tratados	Aumento	***	***	***	72,10
Percentual de pacientes em terapia renal substitutiva com sorologia Anti-HCV reagentes tratados	Aumento	***	***	***	NA
Número de casos notificados de transmissão vertical de hepatite B em crianças até 14 anos	Redução	***	***	***	3
Percentual de lotes de dados do SINAN Net enviados com regularidade	Aumento	***	***	***	100

INDICADOR	EXPECTATIVA	DESEMPENHO SMS-RIO			
		2021	2022	2023	2024
Percentual de imóveis pendentes durante os ciclos de visita domiciliares para controle de vetores das arboviroses	Manutenção	***	***	***	8,32
Percentual de amostras coletadas pelas Vigilância Sanitária municipal para o Programa Estadual de Monitoramento Pós-Mercado de Qualidade Sanitária de Alimentos, Cosméticos e Saneantes	Manutenção	***	***	***	93,30
Proporção de óbitos de mulher em idade fértil (MIF) com causa presumível de morte materna investigados	Manutenção	***	***	***	88,64

Fontes: SES/RJ. Disponível em: https://public.tableau.com/app/profile/planejasesrj/viz/METROPOLITANAI_16854489614820/METROPOLITANAI; SMS-Rio, arquivo próprio. Acesso em: 2025. Dados sujeitos à revisão. **Descontinuado. ***Pactuado a partir de 2024. Nota: A partir do ano de 2022, os Indicadores de Pactuação Tripartite foram mantidos na pactuação estadual.

6. PROJEÇÕES DE FUTURO PARA O QUADRIÊNIO 2026–2029

Para o quadriênio 2026–2029, a SMS-Rio projeta o fortalecimento das ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de doenças e ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde. Esse planejamento visa garantir uma rede de atendimento mais integrada e eficiente, com foco na humanização do cuidado e na redução das desigualdades regionais, buscando atender, de forma equânime, às diversas populações do município.

Dentro desse horizonte, a SMS-Rio pretende priorizar o investimento em tecnologias digitais e a modernização dos sistemas de informação em saúde, permitindo maior agilidade e qualidade no diagnóstico, acompanhamento e tratamento dos usuários, assim como, potencializar as práticas de vigilância em saúde. A integração entre Atenção Primária, Atenção Especializada e Atenção Hospitalar será ampliada, promovendo uma maior articulação entre os diferentes níveis de atenção, de modo a melhorar a experiência do usuário do sistema de saúde.

É importante ressaltar o foco prioritário no fortalecimento das ações intersetoriais e da participação comunitária, elementos essenciais para a construção de políticas públicas mais eficazes e democráticas. Nessa diretriz, a SMS-Rio dará ênfase a questões centrais na política municipal de saúde, o que será apresentado a seguir, para assegurar que as metas estabelecidas estejam alinhadas às necessidades reais da população, e assim, consolidar um sistema de saúde mais justo, acessível e sustentável.

6.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA INOVAÇÃO, EQUIDADE E PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

O planejamento das ações de promoção da saúde da SMS-Rio estará focado na ampliação de iniciativas intersetoriais voltadas à intervenção sobre os determinantes sociais da saúde, com atenção especial aos territórios de maior vulnerabilidade. O objetivo será garantir respostas mais integrais e efetivas às necessidades da população. Nesse processo, destaca-se a consolidação de programas voltados à equidade racial, de gênero e sexualidade no âmbito da Atenção Primária, assegurando um cuidado inclusivo e respeitoso.

Além disso, a expansão do uso de ferramentas digitais aplicadas à promoção da saúde e à educação em saúde facilitará o acesso e o alcance das informações. A participação comunitária será reforçada como um eixo estruturante, fortalecendo vínculos locais e promovendo práticas construídas de forma compartilhada, alinhadas à realidade de cada território.

Em relação ao Programa Academia Carioca, a SMS-Rio projeta a universalização da sua cobertura, consolidando a vigilância da inatividade física e do sedentarismo como dados estratégicos para o planejamento de ações. A educação permanente será ampliada com o uso do mapeamento georreferenciado como eixo central, para identificar áreas de risco, orientar respostas territoriais e fortalecer a resiliência comunitária.

Integrado ao prontuário eletrônico e ao aplicativo minhasaude.rio, o programa se consolidará como uma ferramenta essencial para a gestão do cuidado, reafirmando seu papel como estratégia de equidade, inovação e impacto comunitário no fortalecimento do SUS carioca.

6.2 FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A SMS-Rio reitera a centralidade da APS como a ordenadora da rede de atenção à saúde, cuja prioridade será reduzir as desigualdades territoriais de cobertura, especialmente em áreas com maior vulnerabilidade social, garantindo acesso universal e qualificado. Para isso, estão previstas a construção de novas unidades de APS e será fundamental fortalecer a fixação e a valorização dos profissionais de saúde, em especial médicos e especialistas, assegurando equipes estáveis e comprometidas com o cuidado nos territórios.

Outro compromisso estratégico será ampliar a capacidade de resposta ao envelhecimento populacional e à prevalência elevada de doenças crônicas não transmissíveis. Isso exigirá a reorganização das linhas de cuidado, o acompanhamento contínuo e a oferta de serviços resolutivos, com foco na prevenção de complicações, redução de internações evitáveis e promoção da qualidade de vida para idosos e portadores de condições crônicas.

A consolidação do uso de tecnologias digitais para o monitoramento clínico e a integração da rede assistencial será essencial para qualificar o cuidado, ampliar a vigilância em saúde e fortalecer a gestão da informação. Ainda, a intensificação da integração com outras políticas sociais ampliará a atuação intersetorial, para enfrentar os determinantes sociais da saúde e reduzir as iniquidades.

Entre os projetos prioritários, destaca-se o Programa de Redução da Obesidade, que propõe a criação de um protocolo de atendimento específico para pessoas com obesidade. O protocolo incluirá múltiplas abordagens terapêuticas, como acompanhamento psicológico, orientação nutricional, incentivo à prática de atividades físicas e, quando indicado, tratamento medicamentoso com o uso de semaglutida.

Outro projeto importante será a implantação do programa Farmácia Popular Municipal, que prevê a distribuição gratuita de medicamentos à população por meio de uma rede de farmácias privadas conveniadas, em modelo semelhante ao programa federal.

6.3 EXPANSÃO E QUALIFICAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A SMS-Rio tem a previsão de expansão da RAPS, com ênfase no aumento do atendimento a usuários de álcool e outras drogas e no fortalecimento da integração com a APS, assegurando acesso universal e qualificado. A continuidade no processo de qualificação da rede terá como objetivo a redução progressiva das internações psiquiátricas no município, consolidando o cuidado em liberdade, equidade, integralidade e cidadania.

6.4 POLÍTICA DE SAÚDE ANTIRRACISTA E EQUIDADE RACIAL

Reafirmando seu compromisso com uma política de saúde antirracista, a SMS-Rio fortalecerá estratégias para ampliar a visibilidade, a participação e o controle social da população negra, sempre alinhadas aos princípios do SUS. Para isso, foram definidos eixos estratégicos com metas claras para promover a equidade e a qualidade do cuidado.

Na área da saúde da população negra carioca, o foco será reduzir a mortalidade materna, infantil e neonatal, diminuir a morbidade causada por doenças infectocontagiosas como HIV, tuberculose e sífilis, além de reduzir a mortalidade por doenças crônicas e ampliar a qualidade de vida. As ações incluem o fortalecimento da vigilância epidemiológica com dados desagregados por raça e cor, a qualificação do cuidado materno-infantil com uma abordagem antirracista, o enfrentamento intensificado das doenças em territórios vulneráveis e a promoção de hábitos de vida saudáveis, com atenção especial às comunidades quilombolas.

Para combater o racismo institucional, será implementado o registro obrigatório do quesito raça/cor em formulários e prontuários, acompanhado da qualificação dos profissionais para a coleta adequada desses dados. Além disso, serão adotados protocolos específicos para reduzir as desigualdades étnico-raciais no atendimento à saúde.

No cuidado à saúde dos povos de terreiros e quilombolas, a SMS-Rio buscará integrar saberes tradicionais de matriz africana, ampliando a atenção dedicada a essas comunidades. Também serão desenvolvidos materiais educativos que respeitem e valorizem suas tradições culturais.

A experiência dos usuários e usuárias será monitorada, com o objetivo de reduzir as desigualdades raciais na satisfação com os serviços de saúde. Indicadores como tempo de espera, percepção de dor, ocorrência de violência obstétrica, racismo religioso e outras experiências negativas serão acompanhados, para aprimorar um atendimento cada vez mais humanizado e acolhedor.

Por fim, a sustentabilidade financeira dessas ações será garantida pelo acompanhamento rigoroso da execução orçamentária do Plano Municipal de Saúde Integral da População Negra (PMSIPN), além do avanço nas discussões para assegurar recursos suficientes que permitam a implementação plena das estratégias propostas.

6.5 ATENÇÃO ESPECIALIZADA E REGULAÇÃO INTELIGENTE DOS SERVIÇOS

A SMS-Rio está comprometida em ampliar o número de Centros de Diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (CEDTEA), buscando garantir maior equidade territorial. Paralelamente, investirá na informatização para aprimorar o monitoramento do acesso às tecnologias assistivas, fortalecendo, assim, a linha de cuidado para pessoas com deficiência.

Ainda nesse esforço de expansão e qualificação, serão inaugurados novos centros especializados nas regiões da Zona Oeste e Zona Norte, ampliando o atendimento em áreas com maior demanda. Para otimizar o processo regulatório, racionalizar recursos e garantir maior autonomia e transparência, será desenvolvido o Sistema de Regulação Ambulatorial de Alto Custo, que substituirá o atual SISREG. Esse processo de modernização continuará com a implantação da Regulação 4.0, que automatizará cerca de 30% das vagas, diminuindo a burocracia e facilitando o acesso da população aos serviços.

No âmbito da Central de Regulação de Urgência e Emergência (CRUE), está prevista a criação do Painel da Rede de Urgência e Emergência, que permitirá a todas as unidades receberem adequadamente as vagas zero reguladas, sem recusa ou redirecionamento. O fortalecimento da regulação em tempo real será ampliado por meio do uso crescente de *Business Intelligence* (BI) e *dashboards*, enquanto o monitoramento contínuo dos leitos de UPAs e hospitais, que já abrange cerca de 1.800 leitos por mês, buscará maior integração ao sistema estadual. Também será priorizada a redução

do tempo de resposta das transferências inter-hospitalares, com o objetivo de consolidar tempos médios inferiores a 60 minutos para o acionamento e o aceite de casos críticos, além da plena integração com o SAMU 192, o que reduzirá duplicidades de registro e aumentará a precisão na indicação de vagas.

A Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) planeja ofertar leitos de forma espontânea, sem necessidade de avaliação prévia de laudos, além de manter o monitoramento dos pacientes internados em leitos municipais com solicitações de transferência para unidades de maior complexidade. A avaliação da performance hospitalar será aprimorada com o uso de indicadores da EPIMED e o alcance de 100% de integridade dos dados para leitos de UTI, permitindo *benchmarking* orgânico. Também será assegurada total transparência em todas as etapas da linha de cuidado para os procedimentos regulados. Para melhorar a gestão da permanência hospitalar, haverá ampliação do uso de protocolos clínicos e ferramentas digitais, visando reduzir o tempo médio de internação e aumentar a rotatividade. Além disso, o Censo Público de Leitos, criado em 2021, será expandido para incorporar métricas de ocupação, giro de leitos e indicadores de alta programada.

A Central de Regulação Ambulatorial (CRA) tem como meta inserir 100% das vagas ambulatoriais no sistema de regulação, alcançar 70% das consultas e procedimentos realizados em até 75 dias, implementar o *check-in* digital nas unidades de atenção especializada, e monitorar vagas ambulatoriais não ofertadas. Também está prevista a ampliação da oferta de consultas e exames, mantendo um crescimento anual de 16%, com prioridade para especialidades críticas como ortopedia, oftalmologia e cardiologia. Para enfrentar o absenteísmo, serão adotadas estratégias como *overbooking* inteligente e confirmação ativa via canais digitais. A expansão da telemedicina regulada está prevista para especialidades com maior tempo de espera, garantindo acesso mais rápido e resolutivo. Além disso, o treinamento constante dos profissionais da rede — executantes, solicitantes e reguladores — será mantido, assim como o apoio às unidades na organização dos fluxos e na construção de redes de serviços focadas na coordenação do cuidado.

O Núcleo de Regulação Avançada (NRA), que integra o Complexo Regulador com atuação direta nas unidades da Rede de Atenção à Saúde, pretende implantar equipes de maior desempenho. A capacitação contínua das equipes será intensificada, mantendo ciclos regulares de formação bimensal com foco em novas ferramentas digitais e protocolos regulatórios. Também será implantado um curso introdutório na plataforma de educação do Complexo Regulador, em parceria com o Núcleo de Comunicação e Qualidade. As supervisões semanais das equipes atuantes nas unidades serão mantidas, assim como as inspeções bimensais de toda a frota de ambulâncias.

6.6 CONTRATUALIZAÇÃO, CONTROLE E AUDITORIA NO PROCESSO DE GOVERNANÇA EM SAÚDE

A SMS-Rio projeta importantes avanços para aprimorar a modernização, a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde. Para ampliar a transparência e o acesso à informação, serão divulgados *dashboards* baseados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), além da criação de um novo *dashboard* para o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). A disponibilização da versão em banco de dados do TABNET para todos os sistemas de informação de produção também está prevista, facilitando a análise integrada dos dados. Destaca-se a extração da produção exclusivamente por meio do Prontuário Eletrônico, o que garantirá maior precisão e agilidade no registro dos atendimentos.

A solicitação e a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (APAC) serão 100% digitais, simplificando processos e reduzindo burocracias. Chamamentos públicos serão realizados para a execução de serviços nas unidades próprias da SMS-Rio, especialmente nos Super Centros Cariocas, com foco nas áreas de oftalmologia e hemodiálise, assim como para cuidados prolongados, complementado pela publicação do Manual de Contratualização e Acompanhamento, que orientará e padronizará os processos.

No campo da governança clínica, haverá a divulgação de *dashboards* com indicadores de qualidade dos serviços contratualizados, promovendo maior transparência e fornecendo suporte à tomada de decisão baseada em resultados clínicos e operacionais. O pagamento dos serviços contratualizados será vinculado à análise dos resultados e da qualidade, adotando uma abordagem baseada em valor que estimula a excelência na prestação dos serviços.

6.7 GESTÃO EFICIENTE PARA A QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR

A rede de urgência e emergência terá como estratégias prioritárias a articulação entre seus diferentes componentes e a organização da atenção domiciliar por meio das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e as Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Em 2026, será concluída a implantação das bases dos Serviços de Atenção Domiciliar no Hospital Municipal Souza Aguiar e nos hospitais federais Cardoso Fontes e Andaraí, totalizando 28 EMAD e 10 EMAP.

No período de 2027 a 2029, será dada continuidade à implantação de novas bases nos hospitais municipais Ronaldo Gazolla, Barata Ribeiro, Piedade e Evandro Freire. Ademais, nas bases já existentes nos hospitais municipais Salgado Filho, Lourenço Jorge, Miguel Couto e Rocha Faria, será acrescida uma EMAD em cada unidade, com o objetivo de alcançar a cobertura de 70% da população do MRJ, perfazendo um total de 44 EMAD, e 14 EMAP. Além disso, será fundamental a organização dos leitos de retaguarda clínicos e a qualificação do atendimento aos pacientes críticos, especialmente por meio da melhora das unidades de terapia intensiva.

Está em andamento a implantação do CER Méier, que passará a integrar o complexo do Hospital Municipal Salgado Filho, assim como a reestruturação do CER Campo Grande, no Hospital Municipal Rocha Faria, e do CER Santa Cruz, no Hospital Municipal Pedro II. Além disso, o CER Cardoso Fontes encontra-se em fase de conclusão das obras, enquanto seguem os investimentos contínuos voltados à modernização das unidades já existentes.

A atenção ao paciente também será qualificada pela organização das linhas de cuidado em saúde. Essas linhas descrevem o percurso do paciente desde a atenção primária até os serviços especializados, incluindo promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com exemplos como cuidados cardiovasculares, cerebrovasculares e traumatológicos. Também está prevista a qualificação das portas hospitalares de urgência e emergência.

A reabertura e a ampliação progressiva de leitos na rede municipal será impulsionada pelo acordo de cooperação técnica com os hospitais federais Andaraí e Cardoso Fontes, além do desenvolvimento dos novos hospitais municipais Lourenço Jorge e Rocha Faria. Essa expansão fortalecerá a oferta de leitos para todas as especialidades clínicas e cirúrgicas, aumentando a capacidade de atendimento por meio da reestruturação dos serviços, sempre considerando as necessidades específicas de cada área da cidade.

Destacam-se, ainda, projetos inovadores, como o tratamento com tecnologia hemodinâmica, em desenvolvimento no Hospital Municipal Miguel Couto, e o estudo para ampliar a oferta de radioterapia de urgência e emergência, no Hospital Federal do Andaraí.

O Hospital Municipal Souza Aguiar, maior emergência da rede municipal e a segunda maior da América Latina, é pioneiro no Projeto de Parceria Público-Privada e na implantação do Espaço OTICS (Observatório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde do Rio de Janeiro). Esse espaço conta com sala de informática, sala multiuso, sala de reuniões e box de simulação, promovendo a integração do Complexo Municipal Souza Aguiar e fortalecendo a rede de atenção à saúde por meio da educação permanente, treinamentos e reuniões, buscando um atendimento cada vez mais completo e eficaz.

Alinhada às diretrizes da Rede Alyne, instituída pela Portaria n.º 5.350/2023, e à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a SMS-Rio assume compromissos importantes, como ampliar as vagas para pré-natal de alto risco nos ambulatórios das maternidades municipais com fortalecimento dos recursos humanos; garantir o acesso das gestantes e puérperas às maternidades de referência, por meio do Módulo Transporte do Programa Cegonha Carioca, que contará com uma ambulância avançada; adquirir tecnologias para alívio da dor no parto com recursos de emendas parlamentares; sistematizar a oferta de serviços de ginecologia nas maternidades municipais, revisando processos e disponibilizando leitos; atualizar protocolos assistenciais, procedimentos padrão de enfermagem neonatal e obstétrica, e diretrizes em neonatologia; renovar parte dos equipamentos tecnológicos das maternidades e dos hospitais pediátricos; e realizar melhorias e reformas nas maternidades e na Casa de Parto David Capistrano Filho.

6.8 CONSOLIDAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E DA CAPACIDADE DE RESPOSTA ÀS EMERGÊNCIAS DE SAÚDE PÚBLICA

Em relação à Vigilância em Saúde, a SMS-Rio buscará consolidar sua capacidade para detecção, resposta rápida e eficiente a surtos e epidemias, frente ao cenário de urbanização, mobilidade intensa e mudanças climáticas.

O fortalecimento dos sistemas de alerta e monitoramento em tempo real, a integração de diferentes fontes de dados e a qualificação permanente das equipes serão prioridades. A vigilância epidemiológica atuará preventivamente para reduzir riscos e mitigar impactos, com destaque para a ampliação da interface entre clima, ambiente e saúde.

A SMS-Rio, pioneira em protocolos de calor e uso de dados climáticos, avançará no desenvolvimento de novos protocolos para qualidade do ar, poluição atmosférica e outros impactos ambientais. Isso envolverá investimento em evidências científicas para orientar políticas públicas que tornem a cidade mais resiliente e adaptativa, em articulação com órgãos estratégicos como o Centro de Operações e Resiliência, a Secretaria Municipal de Meio Ambiente da Cidade e a Defesa Civil municipal.

A expansão da cobertura vacinal será mantida como prioridade para a prevenção do ressurgimento de doenças e a contenção de emergências sanitárias. A inteligência epidemiológica e o uso crescente de inteligência artificial serão fundamentais para identificar populações em risco, antecipar cenários e apoiar decisões em tempo real. O objetivo será ampliar o Centro de Inteligência Epidemiológica, avançando no uso da IA para promoção e proteção da saúde.

6.9 SEGURANÇA SANITÁRIA NA PROTEÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA

Para o próximo quadriênio, os compromissos da SMS-Rio englobam diversas ações estratégicas voltadas à segurança alimentar e sanitária. Entre as prioridades está a ampliação do monitoramento da qualidade da água em escolas e unidades de saúde municipais, garantindo ambientes mais seguros para a comunidade.

Também está previsto o fortalecimento do Centro de Inteligência em Segurança dos Alimentos (CISA), criado em 2024 como um polo fundamental para a vigilância e a resposta rápida a riscos relacionados à alimentação.

A capacitação técnica seguirá sendo uma prioridade, com a manutenção de cronogramas regulares para qualificar os profissionais responsáveis pela redução dos riscos sanitários no município.

Outro importante avanço será a implantação de uma cozinha experimental, que terá o papel de fomentar o associativismo e incentivar a produção saudável de alimentos. Além disso, esse espa-

ço apoiará a regularização de pequenos produtores rurais, contribuindo para o fortalecimento da agricultura local.

No âmbito da fiscalização, o modelo sanitário e agropecuário será redefinido, com foco no desenvolvimento econômico regional, buscando equilíbrio entre controle e estímulo à produção local.

Para modernizar os processos regulatórios, será implementado o método FOCO (Fiscalização Orientada por Critérios Objetivos), que utiliza tecnologias digitais para melhorar o diagnóstico e a tomada de decisão durante as fiscalizações.

Por fim, a consolidação da equivalência do Serviço de Inspeção Municipal (SIM-RIO) junto ao Sistema Brasileiro de Inspeção (SISBI) ampliará a circulação e a comercialização de produtos locais, fortalecendo a economia e a segurança alimentar da população.

6.10 INICIATIVAS ESTRATÉGICAS PARA A GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

A SMS-Rio reforça seu compromisso em promover a ampliação, o acompanhamento contínuo e o incentivo à implantação e à manutenção das Políticas de Recursos Humanos, alinhando suas ações e diretrizes com o objetivo de fortalecer a gestão de pessoas e garantir a excelência dos serviços prestados.

Para o quadriênio de gestão, estão previstas ações de capacitação em educação em saúde destinadas aos profissionais da instituição, com o propósito de atualizar conhecimentos e práticas relacionadas ao cuidado. Serão promovidas, também, capacitações em gestão voltadas ao aprimoramento das competências essenciais para a gestão pública em saúde. Estima-se que essas ações beneficiem aproximadamente 4.000 profissionais por ano, totalizando 16.000 capacitações ao longo do período, além daquelas realizadas pelas Subsecretarias da SMS-Rio por intermédio de suas áreas técnicas e dos Centros de Estudos das unidades.

A SMS-Rio planeja disponibilizar, anualmente, 2.127 novas vagas nos Programas de Residência em Saúde e no estágio não obrigatório (Acadêmico Bolsista) nas unidades da rede municipal de saúde, ampliando as oportunidades de formação em serviço, além de consolidar e expandir as ações estratégicas de integração ensino-serviço-comunidade, em consonância com as diretrizes da SUS.

6.11 INOVAÇÃO TECNOLÓGICA E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

A SMS-Rio avançará na transformação digital da saúde municipal, promovendo a integração dos sistemas, a modernização dos processos regulatórios e o fortalecimento da qualidade assistencial, consolidando, assim, um legado de transparência, sustentabilidade e inovação.

A saúde digital será estabelecida como uma importante estratégia para aumentar a eficiência dos serviços e aproximar a população do sistema de saúde, por meio da plataforma *minhasaude.rio*, que projeta alcançar 1,5 milhão de usuários. Entre as iniciativas previstas, destaca-se a disponibilização de teleconsultas em psiquiatria e psicologia, ampliando o acesso ao cuidado mental de forma ágil e segura.

Será implementada a pesquisa *Net Promoter Score* (NPS) para avaliar a satisfação dos usuários com os serviços, promovendo melhorias contínuas. Além disso, o *check-in* digital será realizado diretamente pelo usuário nas unidades de atendimento, facilitando o fluxo e reduzindo esperas.

Outra inovação importante será a emissão de pareceres clínicos a distância para pacientes internados, que agiliza decisões médicas e o acompanhamento do quadro clínico. A integração do prontuário eletrônico ao novo sistema de regulação, com a modernização do processo por meio da Regulação 4.0, trará mais agilidade e transparência ao atendimento.

O site *minhasaude.rio* receberá um novo layout, mais moderno e intuitivo, para melhorar a experiência do usuário. Na área da prevenção, será implementada a TelePrEP, voltada para prevenção do HIV, além da Caderneta Digital da Gestante, que reunirá informações essenciais do pré-natal em formato digital.

O desenvolvimento de sistemas de acompanhamento em tempo real será aplicado nas linhas de cuidado prioritárias, como câncer de mama, gestação de alto risco, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e mortalidade infantil, permitindo intervenções mais rápidas e eficazes.

Será implantado o monitoramento remoto pós-alta para crianças menores de 2 anos, com o objetivo de reduzir reinternações e garantir um cuidado contínuo. A dispensação de insumos ganhará uma abordagem inteligente, com serialização e rastreamento, garantindo maior controle e eficiência logística.

Para consolidar o legado digital, será desenvolvido um sistema de mensuração de custo-efetividade e um painel público de governança hospitalar, promovendo transparência e gestão eficiente. Também será implementado um modelo de faturamento inteligente, baseado em valor, alinhado às melhores práticas internacionais.

Por fim, a cultura de proteção de dados será fortalecida, assegurando interoperabilidade segura e a adoção ética de tecnologias emergentes, incluindo inteligência artificial, em consonância com as diretrizes do Conselho Municipal de Proteção de Dados Pessoais e da Privacidade.

Essa atuação reafirma o papel da SMS-Rio na formulação de políticas públicas inovadoras e seguras para o manejo de dados pessoais no município. As iniciativas em andamento no âmbito do Conselho deverão produzir impactos relevantes nesse período de gestão ao estabelecer as bases para um ecossistema de saúde digital confiável e sustentável.

Entre as principais ações estão a interoperabilidade protegida entre os sistemas, o fortalecimento da cultura de proteção de dados como elemento central para a qualidade do atendimento, o aprimoramento da capacidade de resposta a incidentes e a mitigação de riscos cibernéticos, a adoção ética e transparente de tecnologias emergentes, como a inteligência artificial, além da integração com órgãos municipais, estaduais e federais, promovendo o alinhamento de padrões técnicos e jurídicos.

7. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES 2026–2029

As diretrizes que estruturam o PMS 2026–2029 derivam das deliberações da 14ª Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Elas expressam o compromisso da SMS-Rio com a consolidação do SUS como política pública universal, equânime e integral. As quatro diretrizes centrais são:

- **Diretriz 1:** Reconhecer o SUS como promotor da qualidade de vida, assegurando acesso a direitos, informação qualificada e ações voltadas à redução das desigualdades sociais.
- **Diretriz 2:** Reforçar e ampliar os mecanismos de controle social, garantindo a participação contínua, qualificada e propositiva dos usuários, inclusive na fiscalização do orçamento da saúde, como estratégia de enfrentamento das iniquidades e de fortalecimento democrático.
- **Diretriz 3:** Consolidar o SUS enquanto direito universal, integral e equânime, mediante garantia de financiamento adequado, infraestrutura compatível e participação social estruturada.
- **Diretriz 4:** Projetar um futuro inclusivo, fortalecendo o SUS pela valorização da ciência, dos trabalhadores da saúde e da participação popular; pela transparência no financiamento público; pela integração de sistemas de informação; e pela visibilidade e inclusão de grupos historicamente vulnerabilizados — populações em ocupações, refugiados, LGBTQIA+, população negra, em situação de rua, quilombolas, indígenas, pessoas privadas de liberdade, pessoas com deficiência, pessoas com doenças raras, neurodiversos e indivíduos com adoecimentos negligenciados.

Essas diretrizes se articulam aos eixos estratégicos definidos pela Conferência:

- (I) O Brasil que temos, o Brasil que queremos;
- (II) O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas;
- (III) Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia;
- (IV) Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas.

A partir desses fundamentos, a SMS-Rio estabelece, para o quadriênio 2026–2029, objetivos orientados ao aprimoramento da atenção, à qualificação da gestão e à redução das iniquidades em saúde, e consolida por meio do PMS as metas e os indicadores que irão orientar a atuação da Secretaria e a sua Programação Anual de Saúde no período correspondente, passíveis de atualização, conforme novas necessidades forem identificadas.

A execução das ações e o alcance dos resultados previstos configuram uma responsabilidade coletiva, compartilhada entre gestores, trabalhadores da saúde e instâncias de controle social, reafirmando o compromisso municipal com um SUS público, democrático, inclusivo e orientado à equidade.

Quadro 22. Programação Anual de Saúde, 2026–2029

DIRETRIZ N.º 1: O SUS como promotor de qualidade de vida, garantindo acesso a direitos, informação e redução da desigualdade.									
Objetivo 1.1 — Qualificar as ações e ofertas de serviços em saúde, com ênfase na detecção precoce e cuidado integral do indivíduo.									
DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 1.1.1: Realizar ação de escovação com entrega de kit de higiene oral.	Ação de escovação supervisionada com entrega de kits de higiene oral realizada.	—	—	Unidade	2.462.920	615.730	615.730	615.730	615.730
Meta 1.1.2: Realizar tratamento restaurador atraumático nas Unidades de Atenção Primária.	Tratamento restaurador atraumático realizado.	—	—	Unidade	694.600	160.000	168.300	178.200	188.100
Meta 1.1.3: Realizar exame citopatológico de colo uterino.	Exame citopatológico de colo uterino realizado.	263.636	2024	Unidade	1.000.000	250.000	250.000	250.000	250.000
Meta 1.1.4: Realizar exame laboratorial nas unidades ambulatoriais.	Exame laboratorial realizado nas unidades ambulatoriais.	9.930.310	2024	Unidade	39.725.240	9.931.310	9.931.310	9.931.310	9.931.310
Meta 1.1.5: Diagnosticar tuberculose pulmonar por meio de teste rápido molecular.	Teste rápido molecular para diagnóstico de tuberculose pulmonar realizado.	38.585	2024	Unidade	195.000	46.000	48.000	50.000	51.000
Meta 1.1.6: Manter unidade dispensadora de medicamento para doenças transmissíveis.	Unidade dispensadora de medicamentos para doenças transmissíveis mantida.	189	2024	Unidade	239	214	224	234	239
Meta 1.1.7: Manter unidade abastecida com insumos para Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Práticas Integrativas.	Unidade abastecida com insumos para tratamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Práticas Integrativas.	239	2024	Unidade	250	243	248	250	250
➡ Ação n.º 1: Fortalecimento das ações de atenção à Saúde por meio das Linhas de Cuidados e Ciclos de Vida.									

Objetivo 1.2 — Promover o desenvolvimento integral das crianças menores de 6 anos em situação de vulnerabilidade.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 1.2.1: Distribuir insumo para a redução de complicações em crianças menores de 2 anos com sintomas respiratórios.	Insumo para a redução de complicações em crianças menores de 2 anos com sintomas respiratórios distribuído.	—	—	Unidade	230.000	59.000	58.000	57.000	56.000
Meta 1.2.2: Distribuir kit de materiais para avaliação do desenvolvimento infantil às unidades de Saúde da Família.	Kit de materiais para avaliação do desenvolvimento infantil distribuído às unidades de Saúde da Família.	—	—	Unidade	1.535	1.437	1.495	1.526	1.535
Meta 1.2.3: Distribuir material lúdico às crianças inscritas na Primeira Infância Carioca.	Material lúdico distribuído às crianças inscritas no Programa Primeira Infância Carioca.	—	—	Unidade	230.000	59.000	58.000	57.000	56.000

➡ Ação n.º 1: Desenvolvimento integral na Primeira Infância.**Objetivo 1.3 — Garantir o acesso a medicamentos essenciais no âmbito da Atenção Primária à Saúde.**

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 1.3.1: Distribuir Semaglutida.	Semaglutida distribuída.	—	—	Unidade	144.000	36.000	36.000	36.000	36.000
Meta 1.3.2: Distribuir unidade farmacêutica à população.	Unidade farmacêutica distribuída à população.	927.463.970	2024	Unidade	5.200.000.000	1.300.000.000	1.300.000.000	1.300.000.000	1.300.000.000

➡ Ação n.º 1: Garantia da assistência farmacêutica básica.**Objetivo 1.4 — Prover às pessoas com deficiência os recursos e serviços que contribuam para proporcionar ou ampliar suas habilidades funcionais, promovendo qualidade de vida e inclusão social.**

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 1.4.1: Distribuir produto de tecnologia assistida à pessoa com deficiência.	Produto de tecnologia assistida distribuído.	542.355	2024	Unidade	2.200.000	550.000	550.000	550.000	550.000

➡ Ação n.º 1: Provimento de tecnologia assistida para a pessoa com deficiência.

Objetivo 1.5 — Estimular o desenvolvimento de hábitos saudáveis na população e apoiar ações e campanhas afirmativas para a promoção de direitos sociais e redução de iniquidades.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 1.5.1: Notificar/acompanhar caso de violência.	Percentual de casos de violência notificados/acompanhados.	—	—	Percentual	80	80	80	80	80
Meta 1.5.2: Realizar ação de promoção/prevenção em saúde pelas Unidades de Atenção Primária.	Ação de promoção/prevenção em saúde realizada pelas Unidades de Atenção Primária.	223.931	2024	Unidade	235.301	228.711	233.418	235.301	235.301
Meta 1.5.3: Implantar/manter unidade com tratamento para controle do tabagismo.	Unidade com tratamento para controle do tabagismo implantada/mantida.	238	2024	Unidade	250	243	248	250	250
Meta 1.5.4: Atender unidade escolar com ações de promoção da saúde.	Unidade escolar atendida com ações de promoção da saúde.	1.288	2024	Unidade	1.391	1.391	1.391	1.391	1.391

➔ Ação n.º 1: Fomento às ações estratégicas de promoção da saúde e redução de iniquidades.
Objetivo 1.6 — Manter e financiar ações integradas de Vigilância em Saúde.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 1.6.1: Realizar ação de prevenção, promoção e combate a focos de dengue.	Ação de prevenção, promoção e combate a focos de dengue realizada.	—	—	Unidade	1.280	320	320	320	320
Meta 1.6.2: Investigar óbito infantil e fetal.	Proporção de óbito infantil e fetal investigado.	80	2024	Percentual	80	80	80	80	80
Meta 1.6.3: Investigar óbito materno.	Proporção de óbito materno investigado.	95	2024	Percentual	95	95	95	95	95

➔ Ação n.º 1: Manutenção das ações de integração da Vigilância em Saúde.

Objetivo 1.7 — Fortalecer a capacidade de detecção precoce, alerta e resposta rápida às emergências em Saúde Pública.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 1.7.1: Detectar, comunicar e responder, em tempo oportuno, surto ou evento de importância às emergências em Saúde Pública.	Proporção de surto ou evento detectado, comunicado e respondido em tempo oportuno.	—	—	Percentual	90	80	85	85	90
Meta 1.7.2: Ampliar/ manter Centro de Inteligência Epidemiológica (CIE).	Número de Centro de Inteligência Epidemiológica ampliado/mantido.	1	2024	Unidade	1	1	1	1	1
Meta 1.7.3: Coletar amostras laboratoriais em Unidade Sentinela nos casos de síndrome gripal e arboviroses.	Proporção de amostras laboratoriais coletadas em Unidade Sentinela nos casos de síndrome gripal e arbovirose.	80	2024	Percentual	90	80	85	85	90

➡ Ação n.º 1: Fortalecimento das respostas às emergências de Saúde Pública.**Objetivo 1.8 — Garantir a detecção, notificação e investigação de doenças e agravos transmissíveis agudos e não transmissíveis, de notificação compulsória.**

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 1.8.1: Investigar doença de notificação compulsória.	Percentual de doença de notificação compulsória investigada.	—	—	Percentual	99	99	99	99	99
Meta 1.8.2: Encerrar em até 60 dias casos de notificação compulsória imediata (DNCI).	Percentual de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerrados em até 60 dias após a notificação.	99	2024	Percentual	99	99	99	99	99
Meta 1.8.3: Inserir oportunamente no SINAN casos de violência de notificação imediata.	Percentual de casos de violência de notificação imediata inseridos oportunamente no SINAN.	92	2024	Percentual	95	80	80	95	95

➡ Ação n.º 1: Desenvolvimento de ações de Vigilância Epidemiológica.

Objetivo 1.9 — Coordenar e executar as ações de vacinação de rotina, campanhas e bloqueios.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 1.9.1: Aplicar dose de imunobiológico.	Dose de Imunobiológico aplicada.	5.000.000	2024	Unidade	20.000.000	5.000.000	5.000.000	5.000.000	5.000.000

➡ Ação n.º 1: Coordenação das atividades de imunização.**Objetivo 1.10 — Aprimorar a qualidade do cuidado odontológico especializado, promovendo atendimento humanizado, resolutivo e alinhado às diretrizes do SUS.**

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 1.10.1: Entregar prótese dentária.	Número de prótese dentária entregue.	2.587	2024	Unidade	20.710	3.980	5.240	5.500	5.990
Meta 1.10.2: Manter Centro de Especialidade Odontológica/ Laboratório Regional de Prótese Dentária.	Centro de Especialidade Odontológica/ Laboratório Regional de Prótese Dentária mantido.	23	2024	Unidade	23	23	23	23	23
Meta 1.10.3: Realizar procedimentos odontológicos nos Centros de Especialidades.	Procedimento odontológico realizado nos Centros de Especialidades Odontológicas.	—	—	Unidade	1.635.102	352.568	387.459	426.184	468.891

➡ Ação n.º 1: Ações especializadas em Saúde Bucal.**Objetivo 1.11 — Favorecer o acesso das gestantes à assistência pré-natal, garantindo a vinculação à maternidade de referência, assegurando o transporte adequado por ambulância e promovendo a qualificação contínua do acolhimento e da classificação de risco nas maternidades.**

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 1.11.1: Acompanhar a gestante pelo programa Cegonha Carioca.	Gestante acompanhada pelo programa Cegonha Carioca.	33.140	2024	Unidade	158.400	39.600	39.600	39.600	39.600

➡ Ação n.º 1: Promoção da assistência à gestante nas maternidades de rede municipal.

Objetivo 1.12 — Qualificar a assistência ao pré-natal e ao puerpério, ampliando o acesso resolutivo, utilizando o uso de dados para a tomada de decisão, contribuindo para a melhora dos indicadores de saúde e da satisfação dos usuários, e para a redução das iniquidades étnico-raciais em saúde.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 1.12.1: Implementar tecnologia para o cuidado à gestante e puérpera.	Tecnologia para o cuidado à gestante e puérpera implementada.	—	—	Unidade	12	3	3	3	3
Meta 1.12.2: Entregar aparelho digital de aferição de pressão arterial para gestante de risco.	Aparelho digital de aferição de pressão arterial entregue.	—	—	Unidade	20.000	5.000	5.000	5.000	5.000

➔ **Ação n.º 1: Qualificação das ações de cuidado ao ciclo gravídico-puerperal.**

Objetivo 1.13 — Ampliar o acesso e a utilização de métodos contraceptivos de longa duração, priorizando as populações em situação de risco reprodutivo.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 1.13.1: Realizar inserção de contraceptivo de longa duração reversível.	Inserção de método contraceptivo de longa duração reversível realizada.	—	—	Unidade	132.000	30.000	32.000	34.000	36.000
Meta 1.13.2: Realizar procedimento contraceptivo irreversível.	Procedimento contraceptivo irreversível realizado.	—	—	Unidade	27.510	8.000	7.200	6.480	5.830

➔ **Ação n.º 1: Promoção das ações de planejamento sexual e reprodutivo.**

Objetivo 1.14 — Ofertar atendimento oportuno à gestante com condições de risco gestacional aumentado, provendo atendimento humanizado com complexidade clínica adequada à condição de saúde materna.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 1.14.1: Realizar consulta de pré-natal de alto risco.	Consulta de pré-natal de alto risco realizada.	—	—	Unidade	138.400	34.600	34.600	34.600	34.600

➔ **Ação n.º 1: Atendimento pré-natal à gestantes com alto risco gestacional.**

Objetivo 1.15 — Manter e qualificar a Rede de Atenção Psicossocial.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 1.15.1: Implementar Centro de Atenção Psicossocial.	Centro de Atenção Psicossocial implementado/ mantido.	—	—	Unidade	42	39	42	42	42

➔ Ação n.º 1: Manutenção e qualificação da Rede de Atenção Psicossocial.**Objetivo 1.16 — Manter os Serviços Residenciais Terapêuticos e o custeio das bolsas de desospitalização para os egressos de hospitais psiquiátricos.**

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 1.16.1: Manter usuário residente nos serviços residenciais terapêuticos e nas moradias assistidas.	Usuário residente nos serviços residenciais terapêuticos e nas moradias assistidas.	566	2024	Unidade	570	570	570	570	570
Meta 1.16.2: Cadastrar usuário nas bolsas de incentivo à desospitalização e de ressocialização.	Usuário cadastrado nas bolsas de incentivo à desospitalização e de ressocialização.	320	2024	Unidade	260	260	260	260	260

➔ Ação n.º 1: Promoção de ações de desinstitucionalização em Saúde Mental.**Objetivo 1.17 — Promover atendimento especializado e contínuo para crianças e adolescentes com transtorno global do desenvolvimento, melhorando sua qualidade de vida e estimulando seu potencial de desenvolvimento.**

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 1.17.1: Implementar Centro Especializado do Desenvolvimento no Transtorno Global.	Centro Especializado no Estímulo do Desenvolvimento implantado.	2	2024	Unidade	10	7	9	10	10

➔ Ação n.º 1: Promoção de Ações de Cuidado Integral aos Transtornos Globais do Desenvolvimento Infantil.

Objetivo 1.18 — Ampliar a desospitalização dos pacientes e a transição do cuidado, viabilizando a maior oferta de leitos e reduzindo as reinternações hospitalares.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 1.18.1: Atender usuário pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).	Usuário atendido pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)	3.893	2024	Unidade	25.201	4.466	5.858	6.995	7.882

➔ **Ação n.º 1: Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).**

Objetivo 1.19 — Manter e custear a infraestrutura física, técnica e operacional do Laboratório de Saúde Pública (LASP), que visa auxiliar no controle sanitário da água para consumo humano e dos alimentos comercializados no município do Rio de Janeiro.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 1.19.1: Emitir laudo para avaliação da qualidade de alimentos emitidos pelo LASP.	Laudo para avaliação da qualidade de alimentos emitido pelo LASP.	11.419	2024	Unidade	73.000	16.000	17.000	19.000	21.000
Meta 1.19.2: Emitir laudo com avaliação de água para consumo humano das escolas e unidades de saúde da rede municipal.	Laudo com avaliação da qualidade de água para consumo humano das escolas e unidades de saúde da rede municipal emitido pelo LASP.	2.409	2024	Unidade	16.800	3.600	4.000	4.400	4.800

➔ **Ação n.º 1: Manutenção e custeio dos laboratórios de Saúde Pública.**

Objetivo 1.20 — Organizar a infraestrutura, coordenar e executar ações que visam à diminuição ou prevenção de riscos à saúde decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens, e da prestação de serviços de interesse da saúde.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 1.20.1: Realizar visita sanitária.	Visita sanitária realizada.	34.000	2024	Unidade	145.000	35.000	36.000	37.000	37.000
Meta 1.20.2: Formar turma de capacitação em Vigilância Sanitária.	Turma de capacitação em Vigilância Sanitária formada.	372	2024	Unidade	1.600	400	400	400	400

➔ **Ação n.º 1: Vigilância e Fiscalização Sanitária.**

Objetivo 1.21 — Organizar a infraestrutura, coordenar e executar ações que visem à prevenção e ao controle de zoonoses.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 1.21.1: Implantar microchip em animais domésticos.	Microchip implantado em animais domésticos.	33.130	2024	Unidade	168.900	36.400	40.000	44.000	48.500
Meta 1.21.2: Realizar procedimento em medicina veterinária.	Procedimento em medicina veterinária realizado.	85.356	2024	Unidade	438.321	94.840	104.225	114.182	125.074
Meta 1.21.3: Realizar exame no laboratório de diagnóstico de zoonoses.	Exame realizado em laboratório de diagnóstico de zoonoses.	88.450	2024	Unidade	441.500	95.500	105.000	115.000	126.000

➔ Ação n.º 1: Vigilância em zoonoses.**Objetivo 1.22 — Executar os processos e fluxos de regulação, com vistas a promover o acesso à Atenção Especializada com equidade e em tempo oportuno.**

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 1.22.1: Reduzir o tempo de marcação de consulta/exame para até 90 dias da data de solicitação.	Consulta/exame marcado para até 90 dias da data de solicitação.	73	2024	Percentual	79	73	75	77	79

➔ Ação n.º 1: Regulação da Atenção Especializada.**Objetivo 1.23 — Qualificar as ações de auditoria, supervisão e monitoramento das unidades de saúde da rede municipal do SUS, próprias, credenciadas e contratualizadas.**

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 1.23.1: Realizar supervisão/ auditoria em unidades de saúde da Rede SUS sob gestão municipal.	Supervisão/ auditoria realizada em unidades de saúde da Rede SUS sob gestão municipal.	—	—	Unidade	1.060	250	260	270	280

➔ Ação n.º 1: Qualificação da auditoria nas unidades do SUS.

Objetivo 1.24 — Manter as atividades das equipes de reabilitação psicossocial e o custeio das bolsas de apoio à ressocialização.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 1.24.1: Cadastrar usuário na bolsa de apoio à ressocialização.	Usuário cadastrado na bolsa de apoio à ressocialização.	344	2024	Unidade	265	265	265	265	265
Meta 1.24.2: Implantar/ manter equipe de reabilitação psicossocial.	Equipe de reabilitação psicossocial implantada/ mantida.	—	—	Unidade	12	—	10	12	12
Meta 1.24.3: Manter usuários residindo em repúblicas ou moradias assistidas	Usuário residente em repúblicas ou moradias assistidas.	566	2024	Unidade	1.200	—	540	1.200	1.200

➔ **Ação n.º 1: Manutenção de Ações de Reabilitação Psicossocial.**

DIRETRIZ N.º 2: Fortalecimento e investimento no controle social, ampliando e garantindo uma participação contínua, vigilante e propositiva dos usuários, participação ativa no controle do orçamento da saúde, com vistas à redução das iniquidades em saúde, garantindo a democracia.

Objetivo 2.1 — Realizar a administração e a manutenção dos Conselhos Municipal e Distrital de Saúde, de acordo com a Lei n.º 5.104/2009.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 2.1.1: Administrar os Conselhos de Saúde do município do Rio de Janeiro	Conselhos de Saúde no município do Rio de Janeiro.	11	2024	Unidade	11	11	11	11	11

➔ **Ação n.º 1: Administração dos Conselhos Municipal e Distrital de Saúde.**

DIRETRIZ N.º 3: Fortalecimento do SUS como um direito universal, integral e equânime para todas, todos e todes, com garantia de recursos financeiros, infraestrutura das unidades e controle social.

Objetivo 3.1 — Manter a rede de Atenção Primária à Saúde, assegurando sua implantação e manutenção plena.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 3.1.1: Implementar equipe de Atenção Primária Prisional.	Equipe de Atenção Primária Prisional implementada.	—	—	Unidade	22	22	22	22	22
Meta 3.1.2: Apoiar Coordenadoria de Atenção Primária (CAP).	CAP apoiada.	10	2024	Unidade	10	10	10	10	10
Meta 3.1.3: Implantar/manter equipe de Saúde da Família na CAP 1.0.	Equipe de Saúde da Família implantada/mantida — CAP 1.0.	93	2024	Unidade	105	95	100	100	105
Meta 3.1.4: Implantar/manter equipe de Saúde da Família na CAP 2.1.	Equipe de Saúde da Família implantada/mantida — CAP 2.1.	73	2024	Unidade	85	80	80	85	85
Meta 3.1.5: Implantar/manter equipe de Saúde da Família na CAP 2.2.	Equipe de Saúde da Família implantada/mantida — CAP 2.2.	70	2024	Unidade	80	75	80	80	80
Meta 3.1.6: Implantar/manter equipe de Saúde da Família na CAP 3.1.	Equipe de Saúde da Família implantada/mantida — CAP 3.1.	238	2024	Unidade	250	245	245	245	250
Meta 3.1.7: Implantar/manter equipe de Saúde da Família na CAP 3.2.	Equipe de Saúde da Família implantada/mantida — CAP 3.2.	120	2024	Unidade	140	135	135	135	140
Meta 3.1.8: Implantar/manter equipe de Saúde da Família na CAP 3.3.	Equipe de Saúde da Família implantada/mantida — CAP 3.3.	193	2024	Unidade	230	225	225	225	230
Meta 3.1.9: Implantar/manter equipe de Saúde da Família na CAP 4.0.	Equipe de Saúde da Família implantada/mantida — CAP 4.0.	136	2024	Unidade	205	173	180	190	205
Meta 3.1.10: Implantar/manter equipe de Saúde da Família na CAP 5.1.	Equipe de Saúde da Família implantada/mantida — CAP 5.1.	167	2024	Unidade	210	201	201	205	210
Meta 3.1.11: Implantar/manter equipe de Saúde da Família na CAP 5.2.	Equipe de Saúde da Família implantada/mantida — CAP 5.2.	170	2024	Unidade	210	200	200	205	210
Meta 3.1.12: Implantar/manter equipe de Saúde da Família na CAP 5.3.	Equipe de Saúde da Família implantada/mantida — CAP 5.3.	111	2024	Unidade	135	121	125	130	135

➔ **Ação n.º 1: Manutenção da Rede de Atenção Primária à Saúde.**

Objetivo 3.2 — Promover melhorias estruturais e modernizar o parque tecnológico das Unidades de Atenção Primária à Saúde.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 3.2.1: Adquirir mobiliário para Unidades de Atenção Primária à Saúde.	Mobiliário adquirido para Unidades de Atenção Primária à Saúde.	50	2024	Unidade	200	50	50	50	50
Meta 3.2.2: Adquirir equipamento para Unidades de Atenção Primária à Saúde.	Equipamento adquirido para Unidades de Atenção Primária à Saúde.	2.000	2024	Unidade	8.000	2.000	2.000	2.000	2.000

➔ **Ação n.º 1: Aquisição de equipamentos e mobiliário para a Rede de Unidades de Atenção Primária à Saúde.**

Objetivo 3.3 — Ampliar o acesso à Atenção Primária à Saúde e a qualificação da rede de vigilância, por meio de inauguração de novas unidades e readequação de espaços de unidades preexistentes.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 3.3.1: Realizar obra.	Obra realizada.	3	2024	Unidade	40	10	10	10	10

➔ **Ação n.º 1: Construção, ampliação e reforma de Unidades de Atenção Primária à Saúde.**

Objetivo 3.4 — Implantar novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e qualificar ou reformar os já existentes.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 3.4.1: Realizar obra em Centros de Atenção Psicossocial.	Centros de Atenção Psicossocial com obra realizada.	5	2024	Unidade	8	2	2	2	2
Meta 3.4.2: Renovar mobiliário de unidade de Saúde Mental.	Centros de Atenção Psicossocial com mobiliário renovado.	5	2024	Unidade	7	1	2	2	2
Meta 3.4.3: Equipar unidade de Saúde Mental.	Centros de Atenção Psicossocial equipados.	5	2024	Unidade	7	1	2	2	2

➔ **Ação n.º 1: Implantação e estruturação de Centros de Atenção Psicossocial.**

Objetivo 3.5 — Garantir a oferta de serviços de Atenção Especializada à saúde.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 3.5.1: Implementar Super Centro Carioca de Saúde.	Super Centro Carioca de Saúde implementado.	1	2024	Unidade	3	2	2	3	3
Meta 3.5.2: Realizar procedimento de média complexidade.	Procedimento de média complexidade realizado.	19.214.651	2024	Unidade	184.627.767	40.708.264	44.779.090	48.385.857	50.754.556

➔ Ação n.º 1: Manutenção das unidades de Atenção Especializada.**Objetivo 3.6 — Modernizar o parque tecnológico das unidades de média complexidade.**

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 3.6.1: Adquirir equipamento para unidades de média complexidade.	Equipamento adquirido para unidades de média complexidade.	—	—	Unidade	1.400	350	350	350	350
Meta 3.6.2: Adquirir mobiliário para unidades de média complexidade.	Mobiliário adquirido para unidade de média complexidade.	—	—	Unidade	400	100	100	100	100

➔ Ação n.º 1: Aquisição de equipamentos e mobiliários para a rede de média complexidade.**Objetivo 3.7 — Expandir a Rede de Atenção Secundária, promovendo a construção e a requalificação de clínicas especializadas.**

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 3.7.1: Construir/reformar unidade de Atenção Especializada.	Unidade de Atenção Especializada construída/reformada.	—	—	Unidade	4	1	1	1	1

➔ Ação n.º 1: Construção, ampliação e reforma de unidades de Atenção Especializada.

Objetivo 3.8 — Realizar a construção, a ampliação, a reforma e a estruturação das maternidades municipais, para adequação às demandas existentes.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 3.8.1: Construir/reformar maternidade da Rede Municipal.	Maternidade construída/reformada.	—	—	Unidade	6	4	2	0	0
Meta 3.8.2: Adquirir equipamento e/ou mobiliário para maternidades da rede municipal.	Maternidade com equipamento e/ou mobiliário adquirido.	—	—	Unidade	16	4	4	4	4

➔ **Ação n.º 1: Construção, reforma e estruturação de maternidades da rede municipal.**

Objetivo 3.9 — Manter a capacidade de funcionamento das Coordenações de Emergência Regionais e coordenar o fluxo de urgência e emergência.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 3.9.1: Realizar atendimento nas Coordenações de Emergência Regionais (CER).	Atendimento realizado nas Coordenações de Emergência Regionais (CER).	882.000	2024	Unidade	3.829.000	920.000	947.000	969.000	993.000

➔ **Ação n.º 1: Manutenção do custeio das Coordenações de Emergência Regionais (CER).**

Objetivo 3.10 — Manter a capacidade de funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 3.10.1: Realizar atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA).	Atendimento realizado nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA).	1.255.000	2024	Unidade	8.002.000	1.903.000	1.968.000	2.033.000	2.098.000

➔ **Ação n.º 1: Manutenção do custeio das Unidades de Pronto Atendimento (UPA).**

Objetivo 3.11 — Manter as Parcerias Público-Privadas na rede municipal de saúde.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 3.11.1: Manter Parceria Público-Privada em unidades de rede municipal de saúde.	Parceria Público-Privada mantida em unidades da rede municipal de saúde.	1	2024	Unidade	1	1	1	1	1

➔ **Ação n.º 1: Manutenção de Parceria Público-Privada na rede municipal de saúde.**

Objetivo 3.12 — Construir, ampliar e reformar as unidades hospitalares e de urgência e emergência municipais.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 3.12.1: Realizar obra de construção/reforma/ampliação em unidades hospitalares e de urgência e emergência.	Obra de construção/reforma/ampliação realizada.	6	2024	Unidade	4	3	0	0	1

➡ **Ação n.º 1: Construção, ampliação e reforma de unidades hospitalares e de urgência e emergência.**

Objetivo 3.13 — Renovar o parque de equipamentos e mobiliário para a rede de unidades hospitalares.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 3.13.1: Adquirir mobiliário para unidades hospitalares.	Mobiliário adquirido para unidades hospitalares.	485	2024	Unidade	7.710	4.729	1.000	609	1.372
Meta 3.13.2: Adquirir equipamento para as unidades hospitalares.	Equipamento adquirido para unidades hospitalares.	295	2024	Unidade	846	438	233	105	70

➡ **Ação n.º 1: Aquisição de equipamentos e mobiliários para a rede de unidades hospitalares e de urgência e emergência.**

Objetivo 3.14 — Ampliar e qualificar a capacidade operacional da Vigilância em Saúde.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 3.14.1: Adquirir equipamentos para as instalações de Vigilância em Saúde.	Equipamento adquirido.	41	2024	Unidade	687	280	96	308	3
Meta 3.14.2: Realizar obra/adequação	Obra/adequação realizada.	2	2024	Unidade	1	—	1	—	—

➡ **Ação n.º 1: Reforma, ampliação e adequação das instalações da Vigilância em Saúde.**

Objetivo 3.15 — Modernizar a estrutura operacional das unidades de Vigilância Sanitária e de Controle de Zoonoses, visando à eficiência no uso de recursos, ao apoio laboratorial às ações e à melhora dos processos de trabalho.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 3.15.1: Realizar obra.	Obra realizada.	0	2024	Unidade	3	1	2	0	0
Meta 3.15.2: Adquirir equipamento/ mobiliário.	Equipamento/ mobiliário adquirido.	2	2024	Unidade	359	99	79	97	84

➔ **Ação n.º 1: Reestruturação das unidades de Vigilância Sanitária e de Controle de Zoonoses.**

DIRETRIZ N.º 4: Por um amanhã inclusivo para todas, todos e todes, com o fortalecimento do SUS por meio da valorização da ciência, da participação popular e dos trabalhadores da saúde, com garantia e transparência do financiamento da saúde pública, integração dos sistemas de informação em saúde na perspectiva da redução das desigualdades sociais, garantindo visibilidade dos usuários que sobrevivem nas ocupações, os refugiados, a população LGBTQIA+, a população negra, a população em situação de rua, a população quilombola e indígena, a população privada de liberdade, as pessoas com deficiência e pessoas com doenças raras, os sujeitos neurodiversos e os que se encontram em seus adoecimentos negligenciados.

Objetivo 4.1 — Qualificar a prática da Atenção Primária à Saúde por meio da implementação de ações de formação e aprimoramento, buscando estabelecer inovação, melhora da qualidade e desenvolvimento de habilidades e competências, bem como da implantação de novas ferramentas tecnológicas.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 4.1.1: Implantar solução tecnológica.	Solução tecnológica implantada.	1	2024	Unidade	12	6	8	10	12
Meta 4.1.2: Manter Unidade de Atenção Primária à Saúde com acesso a serviço de telessaúde.	Unidade com acesso a serviço de telessaúde mantida.	239	2024	Unidade	250	243	248	250	250
Meta 4.1.3: Realizar Ciclo de Debates / Seminário de Avaliação e Monitoramento.	Ciclo de Debates / Seminário de Avaliação e Monitoramento realizado.	266	2024	Unidade	1.120	280	280	280	280

➔ **Ação n.º 1: Qualificação da Atenção Primária à Saúde e novas tecnologias.**

Objetivo 4.2 — Contribuir na formação de cidadãos-profissionais críticos e reflexivos, com conhecimentos, habilidades e atitudes que os tornem aptos a atuar em um sistema de saúde universal, humanizado e de qualidade.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 4.2.1: Qualificar bolsista e pós-graduando.	Bolsista graduando e pós-graduando qualificado.	1.874	2024	Unidade	8.508	2.127	2.127	2.127	2.127
Meta 4.2.2: Realizar ação de educação permanente e continuada.	Ação de educação permanente e continuada realizada.	—	—	Unidade	16.000	4.000	4.000	4.000	4.000

➡ Ação n.º 1: Gestão de treinamento e desenvolvimento.
Objetivo 4.3 — Garantir o acesso a medicamentos essenciais no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

DESCRIÇÃO DA META	INDICADOR	INDICADOR LINHA BASE			META DO PLANO 2026-2029	META PROGRAMADA			
		Valor	Ano	Unidade de Medida		2026	2027	2028	2029
Meta 4.3.1: Treinar profissional de Atenção Psicossocial para a prevenção de suicídio.	Profissional de Atenção Psicossocial treinado para a prevenção de suicídio.	—	—	Unidade	6.500	500	1.000	2.000	3.000

➡ Ação n.º 1: Manutenção e qualificação da Rede de Atenção Psicossocial.

Fonte: Prefeitura do Rio de Janeiro, SMS-Rio, PPA 2026-2029; Conselho Municipal de Saúde, SMS-Rio, 14ª Conferência Municipal de Saúde, 2023.

REFERÊNCIAS

ANDERAUS, Laura Soares; CÂNDIDO, Gabriel Cardoso. O direito à saúde no cárcere: perspectivas da atenção integral. **Revista dos Estudantes de Direito da Universidade de Brasília**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 210-222, 2024. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/redunb/article/view/53902>. Acesso em: 4 set. 2025.

BARROS, D. S. L.; SILVA, D. L. M.; LEITE, S. N. Serviços farmacêuticos clínicos na atenção primária à saúde do Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, 2020.

BRASIL. **Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF, 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 10 mar. 2026.

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 e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 mar. 2026.

BRASIL. **Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 10 mar. 2026.

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. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LCP&numero=141&ano=2012&ato=48dETS61kMVpWTa69>. Acesso em: 10 mar. 2026.

BRASIL. **Política nacional de saúde integral da população negra: uma política para o SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Portaria de Consolidação n.º 6, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_6_28_SETEMBRO_2017.pdf. Acesso em: 10 mar. 2026.

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. Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0412_15_03_2013.html. Acesso em: 10 mar. 2026.

BRASIL. **Portaria n.º 828, de 17 de abril de 2020.** Altera a Portaria de Consolidação n.º 6/2017/GM/MS, para dispor sobre os Grupos de Identificação das Transferências federais de recursos da saúde. Brasília, DF, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/copy_of_portarias/2020/portaria-no-828-de-17-de-abril-de-2020.pdf/view. Acesso em: 10 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n.º 23/2024: atualizações acerca do uso do medicamento Nirmatrelvir/Ritonavir (NMV/r) adquiridos e distribuídos pelo Ministério da Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-23-2024-svsa-ms-sectics-ms-e-saps-ms>. Acesso em: 29 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.996, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde; CONASS; CONASEMS. **Orientações tripartite para o Planejamento Regional Integrado: Comissão Intergestores Tripartite (CIT).** Brasília, DF, 2018. (Resoluções CIT n.º 23/2017 e n.º 37/2018).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Avaliação de impacto das políticas de saúde: um guia para o SUS** [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. 714 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica. **Ofício Circular n.º 20/2025 e Nota Informativa n.º 2/2025 — COPAFB/CGAFB/DAF/SECTICS/MS: informações acerca das insulinas humanas Regular e NPH — canetas descartáveis e reutilizáveis no âmbito do SUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Contraceptivos injetáveis: acetato de medroxiprogesterona + cipionato de estradiol (25 mg + 5 mg) e algestona acetofenida + enantato de estradiol (150 mg + 10 mg) para mulheres em idade fértil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <http://conitec.gov.br/>. Acesso em: 28 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde: cuidado farmacêutico na atenção básica**. Caderno 1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Principais marcos normativos da gestão interfederativa do SUS**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 274 p. (Série Articulação Interfederativa, v. 2).

BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento. Secretaria de Orçamento Federal. **Manual técnico de orçamento: MTO 2025**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério do Planejamento e Orçamento, 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999**. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências. Brasília, DF, 1999.

CAETANO, M. C.; SILVA, R. M.; LUIZA, V. L. Serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde à luz do modelo ambiguidade-conflito. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, e300420, 2020.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. **Mudanças no financiamento da saúde**. Brasília, DF: CNM, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução CFF n.º 585, de 29 de agosto de 2013**. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Brasília, DF: CFF, 2013.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **14ª Conferência Municipal de Saúde: orgulho SUS — o amanhã começa hoje**. Rio de Janeiro: SMS-Rio, 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Instrumento de referência dos serviços farmacêuticos na atenção básica**. Brasília, DF: CONASEMS, 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Manual do(a) gestor(a) municipal do SUS: diálogos no cotidiano**. 2. ed. digital, rev. e ampl. Brasília, DF: CONASEMS, 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Financiamento da saúde no Brasil: perspectivas dos estados e municípios**. 1. ed. Brasília, DF: CONASS, 2025.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. **Planejamento em saúde**. Disponível em: https://public.tableau.com/app/profile/planejasesrj/viz/METROPOLITANAI_16854489614820/METROPOLITANAI. Acesso em: 18 jul. 2025.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção à Saúde. **Nota Informativa n.º 06/2025 — COOGAF/SUPAFIE/SAS/SES-RJ: atualização da disponibilidade de canetas descartáveis e reutilizáveis, adquiridas e distribuídas pelo Ministério da Saúde**. Rio de Janeiro: SES-RJ, 2025.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção à Saúde. **Nota Técnica Informativa n.º 01/2024 — SUPAFIE/SUBAS/SES-RJ: programa de profilaxia contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) — 2024**. Rio de Janeiro: SES-RJ, 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/rio-de-janeiro/panorama>. Acesso em: 10 jul. 2025.

INSTITUTO MUNICIPAL DE URBANISMO PEREIRA PASSOS. **Características dos domicílios: Censo 2022 — Cadernos do Rio — Prévias do Censo**. Rio de Janeiro: IPP, mar. 2024.

INSTITUTO MUNICIPAL DE URBANISMO PEREIRA PASSOS. **Dados da Cidade**. Rio de Janeiro: IPP. Disponível em: <https://www.data.rio/pages/rio-em-sntese>. Acesso em: 29 jul. 2025.

INSTITUTO MUNICIPAL DE URBANISMO PEREIRA PASSOS. **Prévias do Censo: cor ou raça**. Cadernos do Rio — Prévias do Censo. Rio de Janeiro: IPP, dez. 2024.

INSTITUTO MUNICIPAL DE URBANISMO PEREIRA PASSOS. **Prévias do Censo: dinâmica demográfica dos bairros**. Cadernos do Rio — Prévias do Censo. Rio de Janeiro: IPP, dez. 2024.

INSTITUTO MUNICIPAL DE URBANISMO PEREIRA PASSOS. **Prévias do Censo: sexo e idade**. Cadernos do Rio — Prévias do Censo. Rio de Janeiro: IPP, dez. 2024.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud: documento de posición de la OPS/OMS**. Washington, DC: OPAS, 2013. (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas). Disponível em: <https://iris.paho.org/items/731650f2-e9d7-42d7-b681-ce5574a09854>. Acesso em: 19 jun. 2026.

PAIVA, Larissa Magalhães *et al.* História institucional da regulação assistencial do município do Rio de Janeiro. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, v. 17, n. 1, p. e7229-e7229, 2025.

PFIZER BRASIL. **Atualização Nota Técnica — Paxlovid® (Nirmatrelvir/Ritonavir)**. São Paulo: Pfizer Brasil, 2024. Material informativo de distribuição exclusiva a profissionais de saúde, com base na Nota Técnica n.º 23/2024 do Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.pfizer.com.br/bulas/paxlovid>. Acesso em: 28 ago. 2025.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Decreto Rio n.º 45.585, de 2018**. Dispõe sobre o regulamento administrativo do Código de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e de Inspeção Agropecuária, de que trata a Lei Complementar n.º 197/2018, no tocante ao licenciamento sanitário e aos procedimentos fiscalizatórios, e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2018.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Lei Complementar n.º 197, de 2018**. Dispõe sobre o Código de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e de Inspeção Agropecuária do Município do Rio de Janeiro e acrescenta dispositivos ao Título V do Livro I da Lei n.º 691, de 24 de dezembro de 1984 — Código Tributário Municipal. Rio de Janeiro, 2018.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Lei Ordinária n.º 6.787, de 2020**. Dispõe sobre a criação do Instituto Municipal de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e de Inspeção Agropecuária — IVISA-Rio, e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2020.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Grupo de Trabalho Lenora Mendes Louro. **Programa Municipal de Saúde Integral para a População Negra: relatório final**. Rio de Janeiro: SMS-Rio, 2023. 62 p. Disponível em: https://docs.google.com/document/d/17OqFW87qVahOH7YdRiWlyC_8FWtG0vfp/edit?usp=sharing&oid=117510472. Acesso em: 10 mar. 2026.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2022–2025** [recurso eletrônico]. Organização: Daniel Soranz; Liliane Cardoso de Almeida Leal; Carmem Lopes; Fabiana Dias. Rio de Janeiro: SMS-Rio, 2022.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório anual de gestão 2023**. Rio de Janeiro: SMS-Rio, 2023.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório anual de gestão 2024**. Rio de Janeiro: SMS-Rio, 2024.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Grupo de Trabalho Lenora Mendes Louro. **Programa Municipal de Saúde Integral para a População Negra: relatório final**. Rio de Janeiro: SMS-Rio, 2023. 62 p.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria-Geral. **Relatório de prestação de contas da Subgeral: 2021: reestruturação administrativa e combate à covid-19**. Coordenação técnica: Fernanda Adães Britto; Fabiana Lustosa Gaspar. Rio de Janeiro: Ed. dos Autores, 2023.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria-Geral. **Relatório de prestação de contas da Subgeral: 2022: saúde a tempo e a hora.** Coordenação técnica: Fernanda Adães Britto; Fabiana Lustosa Gaspar; Paula Chagas Bortolon. Rio de Janeiro: Ed. dos Autores, 2023.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria-Geral. **Relatório de prestação de contas da Subgeral: 2023: saúde digital, inovação e foco no paciente.** Coordenação técnica: Fernanda Adães Britto; Paula Chagas Bortolon. Rio de Janeiro: Ed. dos Autores, 2024.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Gestão. **Relatório de acompanhamento do Plano de Ação 2024–2025.** Rio de Janeiro: SMS-Rio, 2025.

TRIBUNAL DE CONTAS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. **Conselheiro do TCMRio detalha como o Tribunal zerou as contratações emergenciais na Saúde.** Rio de Janeiro: TCMRio, 2025. Disponível em: https://www.tcmrio.tc.br/WEB/Site/Noticia_Detalhe.aspx?noticia=17952&detalhada=2&downloads=0. Acesso em: 22 ago. 2025.



Saúde

