Diagnóstico de Saúde da Região Metropolitana I

Secretaria de Saúde

GOVERNO DO ESTADO RIO DE JANEIRO

SUS

2020

GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO
Secretaria de Saúde
Subsecretaria Geral

Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

ALEX DA SILVA BOUSQUET

Subsecretaria Geral

GUSTAVO EMILIO ARCOS CAMPOS

Assessoria de Planejamento em Saúde SES/RJ

MONICA MORRISSY MARTINS ALMEIDA

Assessoria de Regionalização SES/RJ

DAYSE SANTOS DE AGUIAR

Secretaria Executiva da CIR Metropolitana I

Representante SES Nível Central
Titular: MONICA MORRISSY MARTINS ALMEIDA
Suplente: RAFAELA ALMEIDA

Secretaria Executiva da CIR
Secretário Executivo: PATRÍCIA VANDA DOS SANTOS ROCHA
Assistente: SIDNÉA ALVIM DA SILVA

Município Sede: Nova Iguaçu

Julho/2020

SUMÁRIO

SEÇÃO	PÁG.
I. CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO	1
1.1. Aspectos Demográficos	4
1.2. Condições socioeconômicas da região	9
1.3. Condições de saneamento básico	11
1.4. Cenário dos planos privados de saúde na região	13
1.5. Aspectos Epidemiológicos	14
√ Perfil de Mortalidade - óbitos na Região Metropolitana I	14
√ Perfil de Morbidade - Internações Hospitalares na Região Metropolitana I	16
1.6. Indicadores de Saúde	20
√ Taxa de Mortalidade Prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis -DCNT	20
√ Notificação de casos de violência em Unidades Públicas de Saúde	21
√ Mortalidade Materna	23
√ Imunização em menores de um ano	25
√ Mortalidade Infantil e componentes neonatal e pós-neonatal	28
√ Sífilis Congênita	28
√ Cenário Epidêmico de Dengue e Chikungunya	29
II. ATENÇÃO À SAÚDE	30
2.1. Vigilância em Saúde	30
2.2. Atenção Básica	38
√ Capacidade Instalada de Atenção Básica e Saúde da Família	38
√ Programa Mais Médicos para o Brasil	41
√ Saúde Bucal	43
√ Programa Saúde na Escola	48
√ Estratégia e-SUS AB	49
√ Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	50
√ Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)	51
√ Razão de exames citopatológicos em mulheres de 25 a 64 anos e população da mesma faixa etária por município da região Metropolitana I	52
√ Indicadores do Programa de Melhoria da Qualidade (PMAQ)- 2º ciclo.	53
Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica	53
Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada	54
Média de atendimentos de puericultura	54
√ Acompanhamento das crianças notificadas com suspeita de Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZ) e STORCH.	56
2.3. Atenção Especializada	57
√ Consultas Especializadas	58
√ Existência, Necessidade e Déficit de Leitos de UTI Segundo Tipologia: Adulto, Pediátrico, Neonatal, UCI Neonatal - SES-RJ/ SAECA/2019	63
III. SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE PACTUADOS EM REDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	64
√ Cardiovascular	64
√ Oncologia	68
√ Neurocirurgia	71
√ Oftalmologia	76
√ Terapia Renal Substitutiva	76
√ Ortopedia	74
IV. REDES TEMÁTICAS	79

4.1. Rede Cegonha 79
√ Algumas características da população materno infantil na Região Metropolitana I 80
√ Parto e Nascimento 85
√ Saúde da Criança 87
√ Necessidades de Estruturação da Rede para qualificação das ações na linha de cuidado materno-infantil 89
√ Propostas para organização e fortalecimento da Linha Materno-Infantil na região 92
4.2. Rede de Atenção Psicossocial – RAPS 95
4.3. Rede de Urgência e Emergência – RUE 96
4.4. Rede de Cuidado da Pessoa com Deficiência 98
1º Eixo: Matriz Diagnóstica 99
2º Eixo: Situação da Capacidade Instalada 101
3º Eixo: Indicadores de Gestão 101
V. GOVERNANÇA REGIONAL DA SAÚDE 101
5.1. Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense – CISBAF 103
√ Missão 103
√ Gestão / Estrutura 103
√ Serviços 104
Marque Fácil 104
Implantação do SAMU 192 e da Central de Regulação Baixada Fluminense 104
Núcleo de Educação Permanente – NEP 104
Licitações Regionais 104
Telessaúde 105
√ Observatório de Saúde da Baixada Fluminense 105
√ Processos Seletivos 105
√ Contratos de Programa 105
VI. PLANEJAMENTO REGIONAL 106
VII. REGULAÇÃO 106
VIII. CONTROLE SOCIAL 109
FONTES E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 110
ANEXOS 130

LISTA DE FIGURAS

Figura 01. Localização da Região Metropolitana I no estado do Rio de Janeiro 2
Figura 02. Ocupação do território e ligações rodoviárias dos municípios da Região Metropolitana I. 3
Figura 03. Região Metropolitana I – concentração de unidades de saúde SUS 3
Figura 04. Faixas de Desenvolvimento Humano Municipal 10
Figura 05. Taxa de Mortalidade Prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT 21
Figura 06. LIRAa de outubro de 2019: *Aedes aegypti*. 29
Figura 07. Distribuição dos municípios da Região Metropolitana de acordo com os CEREST da área de abrangência 32

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01. Estrutura etária da Região Metropolitana I, 2000 – 2015. 6
Gráfico 02. Taxas específicas de fecundidade (filhos por 100 mulheres), Região Metropolitana I, 2000 e 2015. 6
Gráfico 03. Estruturas etárias dos municípios da região Metropolitana I, 2015. 7
Gráfico 04 - Distribuição da População Ocupada na Região Metropolitana I de acordo com o município de residência. 33
Gráfico 05. Distribuição de Empregos Formais por Grandes Setores na Região Metropolitana I 33
Gráfico 06. Número de Afastamentos do Trabalho relacionados com a saúde do trabalhador registrados pelo INSS no período de 2012 a 2016 na Região Metropolitana I. 34
Gráfico 07. Número de Acidentes de trabalho com morte registrados pela Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT na Região Metropoliitana 1 no período de 2012 a 2016. 35
Gráfico 08. Número de Notificações de agravos e doenças relacionadas ao Trabalho, registrados no SINAN, no período de 2009 a 2012. 35

LISTA DE QUADROS

Quadro 01. Tratamento de resíduos sólidos, ano de referência 2016. 12
Quadro 02. Síntese da mortalidade segundo capítulo CID-10 na região Metropolitana I 15
Quadro 03. Síntese da Morbidade Hospitalar segundo capítulo CID-10 na região Metropolitana I, 2015 a 2017 17
Quadro 04. Cobertura Vacinal de Vacinas Selecionadas PQAVS, 2013 – 2017 26
Quadro 05. Distribuição dos municípios da Região Metropolitana I quanto à existência de Referência Técnica em Saúde do Trabalhador - 2017 37
Quadro 06. Distribuição dos municípios da Região Metropolitana I quanto à existência de Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - 2017 37
Quadro 07. Distribuição dos CEREST da Região Metropolitana I quanto à existência de Conselho Gestor de Unidade 37
Quadro 08. Distribuição das Vagas Desocupadas no Programa Mais Médicos na Região Metropolitana I e a Previsão de Reposição 43
Quadro 09. Centros de Especialidades Odontológicas, Região Metropolitana I 47
Quadro 10. Laboratórios de Prótese Dentária por município da Região Metropolitana I 47
Quadro 11. Diagnóstico da capacidade instalada para detecção de câncer de boca 48
Quadro 12. Acompanhamento das Condicionalidades do Programa Bolsa Família na Região Metropolitana I, no ano de 2017 50
Quadro 13. Cálculo da Necessidade de Leitos Obstétricos e Neonatais na Região Metropolitana I (planilha automatizada Ministério da Saúde) 61
Quadro 14. Leitos de UTI existentes, necessários e déficit estimado 63
Quadro 15. Leitos de UTI existentes, necessários e déficit estimado, acumulado e real, e contratação estadual 63
Quadro 16. Leitos de UTI Pediátrica existentes, necessários, déficit estimado e real e contratação estadual 64
Quadro 17-A. Análise dos serviços cardiovasculares segundo especialidade e desempenho na Região Metropolitana I e no estado do Rio de Janeiro - 2019 65
Quadro 17-B. Análise dos serviços cardiovasculares segundo especialidade e desempenho na Região Metropolitana I e no estado do Rio de Janeiro - 2019 65

Quadro 18. Comparativo da produção da Alta Complexidade em Cardiologia, por prestador, segundo parâmetros da habilitação, 2017. 66
Quadro 19. Pactuação para as referências do atendimento cardiovascular do adulto – Metropolitana I – nov. 2016 a nov. 2017 67
Quadro 20. PPI - Municípios de referência para Alta Complexidade em Cardiologia Pediátrica – Região Metropolitana I 67
Quadro 21. Principais municípios executores por especialidade de Alta Complexidade em Cardiologia Pediátrica, região Metropolitana I, nov. 2016 a nov. 2017. 68
Quadro 22. Síntese dos atendimentos de Alta Complexidade em Oncologia aos residentes da Região Metropolitana I, no período de nov/2016 a nov/2017 69
Quadro 23-A. Pactuação para as referências do atendimento oncológico do adulto – Metropolitana I – nov. 2016 a nov. 2017 70
Quadro 23-B. Pactuação para as referências do atendimento oncológico – Metropolitana I – nov. 2016 a nov. 2017 70
Quadro 24. Municípios executores da Alta Complexidade em Oncologia, por município encaminhador da Metropolitana I, nov. de 2016 a nov. 2017 71
Quadro 25. Referências da Alta Complexidade em Neurocirurgia - PPI 73
Quadro 26. Municípios executores da Alta Complexidade em Neurocirurgia Pediátrica, por município encaminhador da Região Metropolitana I, novembro de 2016 a novembro 2017 74
Quadro 27. Municípios executores da Alta Complexidade em Neurocirurgia do adulto, por município encaminhador da Metro I, nov. de 2016 a nov. 2017 75
Quadro 28. PPI - Municípios de referência para Alta Complexidade em Cirurgia Ortopédica e Traumatológica do Adulto, Região Metropolitana I 77
Quadro 29. PPI - Municípios de referência para Alta Complexidade em Cirurgia Ortopédica e Traumatológica Pediátrica, Região Metropolitana I 77
Quadro 30. Principais municípios executores por especialidade de Alta Complexidade em Cirurgia Ortopédica e Traumatológica do Adulto, Região Metropolitana I, novembro de 2016 a novembro de 2017 78
Quadro 31. Principais municípios executores por especialidade de Alta Complexidade em Cirurgia Ortopédica e Traumatológica Pediátrica, Região Metropolitana I, nov. 2016 a nov. 2017 79
Quadro 32. Situação dos Instrumentos de Gestão dos municípios da Região Metropolitana I 106

LISTA DE TABELAS

Tabela 01. População estimada e densidade de ocupação dos municípios da Região Metropolitana I 4
Tabela 02. População SUS-dependente na Região Metropolitana I por município 5
Tabela 03. Envelhecimento na Região Metropolitana I. 8
Tabela 04. Expectativa de vida ao nascer e aos 60 anos de idade na Região Metropolitana l, para o quadriênio 2012-2015 8
Tabela 05. IDH-M dos municípios da Região Metropolitana I e suas posições em relação ao Estado do Rio de Janeiro e do Brasil 11
Tabela 06. Evolução do Saneamento básico (%) na Região Metropolitana I, 2010 e 2016 12
Tabela 07. Variação anual da população que dispõe de plano de saúde na modalidade hospitalar 13
Tabela 08. Variação anual da população que dispõe de plano de saúde na 14

modalidade ambulatorial
Tabela 09. Proporção de unidades de saúde que atendem ao SUS que realizam notificação de violência, doméstica, sexual e outras violências 22
Tabela 10. Taxa de mortalidade materna segundo região de Saúde, município e estado do Rio de Janeiro. Período: 2012-2016 23
Tabela 11. Número de óbitos maternos na região Metropolitana I, municípios e estado do Rio de Janeiro, 2012-2016 24
Tabela 12. Indicador de proporção de óbitos maternos investigados na região Metropolitana I, municípios e estado 24
Tabela 13. Indicador de proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados na região Metropolitana I, municípios e estado do Rio de Janeiro – 2014 - 2017 25
Tabela 14. Taxas de mortalidade infantil, neonatal e pós-neonatal segundo Região de Saúde e municípios – 2016. 28
Tabela 15. Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade na Região Metropolitana I, estado e municípios 29
Tabela 16. Série Histórica de Cobertura Populacional Estimada de Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família por Município da Região Metropolitana I. 39
Tabela 17. Unidades Básicas de Saúde, Equipes de ESF, Saúde Bucal, NASF e Consultório na Rua por município da região Metropolitana I no ano de 2017. 40
Tabela 18. Número de profissionais do Programa Mais Médicos por município da região Metropolitana I. 42
Tabela 19. Distribuição das Vagas Ocupadas no Programa Mais Médicos na Região Metropolitana I 42
Tabela 20. Perda de Profissionais do Programa Mais Médicos Segundo Término do Contrato 43
Tabela 21. Série Histórica da Cobertura de Saúde Bucal na AB por Município. 2014-2017 44
Tabela 22. Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada por município da Região Metropolitana I 45
Tabela 23. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos por município da Região 45
Tabela 24. Adesão ao PMAQ-AB- Saúde Bucal 46
Tabela 25. Panorama de adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE), 2017 49
Tabela 26. Envio de Fichas segundo modelo de transmissão, 2018 50
Tabela 27. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB), por município da região Metropolitana I, 2014 a 2017 51
Tabela 28. Razão de exames citopatológicos em mulheres de 25 a 64 anos e população da mesma faixa etária por município da região Metropolitana I 52
Tabela 29. Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica dos municípios da região Metropolitana I 53
Tabela 30. Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada dos municípios da região Metropolitana I 54
Tabela 31. Média de atendimentos de puericultura nos municípios da região Metropolitana I 55
Tabela 32. Casos notificados na região Metropolitana I no Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP) de crianças suspeitas de SCZ e STORCH – agosto de 2015 a 05 de abril de 2018 56
Tabela 33. Percentual de consultas médicas realizadas na Região Metropolitana I, segundo parâmetros de consultas esperadas da Portaria 1631/2015 58
Tabela 34. Leitos gerais de internação existentes, região Metropolitana I – CNES, Jan. 2018. 59

Tabela 35. Necessidade Atual de Leitos Obstétricos considerando a Capacidade Instalada da Região Metropolitana I 62
Tabela 36. Migração de Gestantes da Região Metropolitana I em 2018 62
Tabela 37. Síntese dos atendimentos de Alta Complexidade em Cardiologia aos residentes da Região Metro I, no período de nov/2016 a nov. de 2017 67
Tabela 38. Estimativa para novos serviços oncológicos na Região Metropolitana I e no estado do Rio de Janeiro 69
Tabela 39. Rede de Neurocirurgia no estado do Rio de Janeiro e na Região Metropolitana I e sua adequação aos parâmetros populacionais 72
Tabela 40. Síntese dos atendimentos de Alta Complexidade em Neurologia aos residentes da Região Metropolitana I, no período de nov. 2016 a nov. de 2017 72
Tabela 41. Oftalmologia no Estado do Rio de Janeiro e Região Metropolitana I. 76
Tabela 42. Terapia Renal Substitutiva no Estado do Rio de Janeiro e Região Metropolitana I 76
Tabela 43. Síntese dos atendimentos de Alta Complexidade em Ortopedia e Traumatologia aos residentes da Região Metropolitana I, no período de novembro de 2016 a novembro de 2017 76
Tabela 44. População residente nos municípios da Região Metropolitana I e que se autodeclarou portadora de algum tipo de deficiência física ou mental/intelectual, permanente ou temporária, no Censo 2010, segundo graus de deficiência 100

Governo do Estado do Rio de Janeiro

Secretaria de Estado de Saúde

Assessoria de Planejamento/Assessoria de Regionalização

Comissão Intergestores Regional da região Metropolitana I

I. CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO

A região Metropolitana do Rio de Janeiro, primeira região de governo do estado, foi instituída pela Lei Complementar nº 20 de 1º de julho de 1974. Para fins de Planejamento em Saúde, foi dividida em região Metropolitana I (objeto deste Diagnóstico) e região Metropolitana II quando da elaboração, em 2001, do primeiro Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR). A divisão seguiu as orientações da NOAS/2001, em função do grande contingente populacional e da capacidade instalada local.

Em 2009, o município do Rio de Janeiro suscitou um debate em torno das características de seu território, como o porte populacional e a capacidade instalada, demandando que a capital correspondesse a uma região de saúde, com a sua consequente saída da região Metropolitana I. A formalização ocorreu por meio da Deliberação CIB nº 753 de 13 de novembro de 2009, que criou o CGR da capital.

Contudo, um ano após a constituição das 10 regiões de saúde, foram retomadas as discussões sobre essa configuração, considerando aspectos conceituais e jurídicos. As análises e debates realizados no âmbito dos CGR e da CIB concluíram que a capital não deveria permanecer como uma região de saúde de um só município, resultando no retorno do Rio de Janeiro à região Metropolitana I, conforme a Deliberação CIB nº 1.383 de 18 de agosto de 2011. Atualmente a região possui a mesma configuração do PDR de 2001, sem a divisão em microrregiões como havia na ocasião.

A região Metropolitana I localiza-se entre as regiões do Médio Paraíba, Centro Sul e Serrana. Representa 7,9% da área do estado e é composta por doze municípios de características bastante diversas entre si. Os municípios que compõem a região são: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti e Seropédica. É a segunda maior área metropolitana do Brasil, com população inferior apenas à Região Metropolitana de São Paulo, sendo a terceira da América do Sul e 20ª maior do mundo (Estado do Rio de Janeiro - Revisão do PDR 2012- 2013). O clima dominante é o tropical semi-úmido, com verões muito quentes e chuvosos e invernos secos, com temperaturas amenas. A temperatura média anual é de 22°C a 24°C e o índice pluviométrico fica entre 1.000 a 1.500 milímetros anuais.

A distribuição desigual dos serviços e equipamentos urbanos, a crescente demanda por habitações, acompanhada do aumento de submoradias e expansão de favelas, a intensa degradação ambiental e o esgotamento dos recursos naturais, o aumento do desemprego, da exclusão social e da violência são características marcantes desta região. Essa desigualdade tem origem histórica, para alguns iniciada com a fusão do estado da Guanabara e antigo estado do Rio de Janeiro a partir de 15 de março de 1975 (Lei Complementar Nº 20 de 01/07/1975), fato importante na compreensão das características do estado e, principalmente, da região Metropolitana I, da qual faz parte a cidade do Rio de Janeiro.

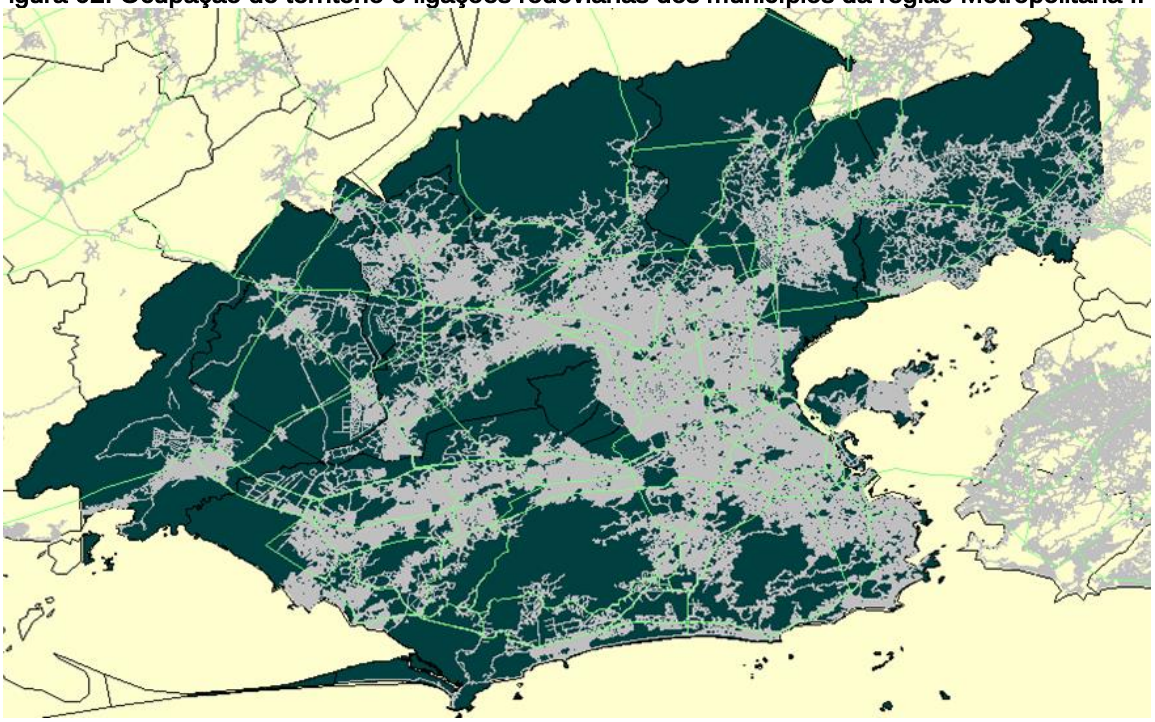
A figura 01, a seguir, mostra a localização da região no estado do Rio de Janeiro.

Figura 01. Localização da região Metropolitana I no estado do Rio de Janeiro.

Fonte: SES-RJ, 2018

A região possui uma ampla malha rodoviária e ferroviária que favorece o deslocamento dentro da própria região e entre as demais regiões de saúde com as quais mantém limites geográficos, o que possibilita receber, frequentemente, população de outras regiões que buscam na região Metropolitana I atendimento à saúde (figuras 02 e 03).

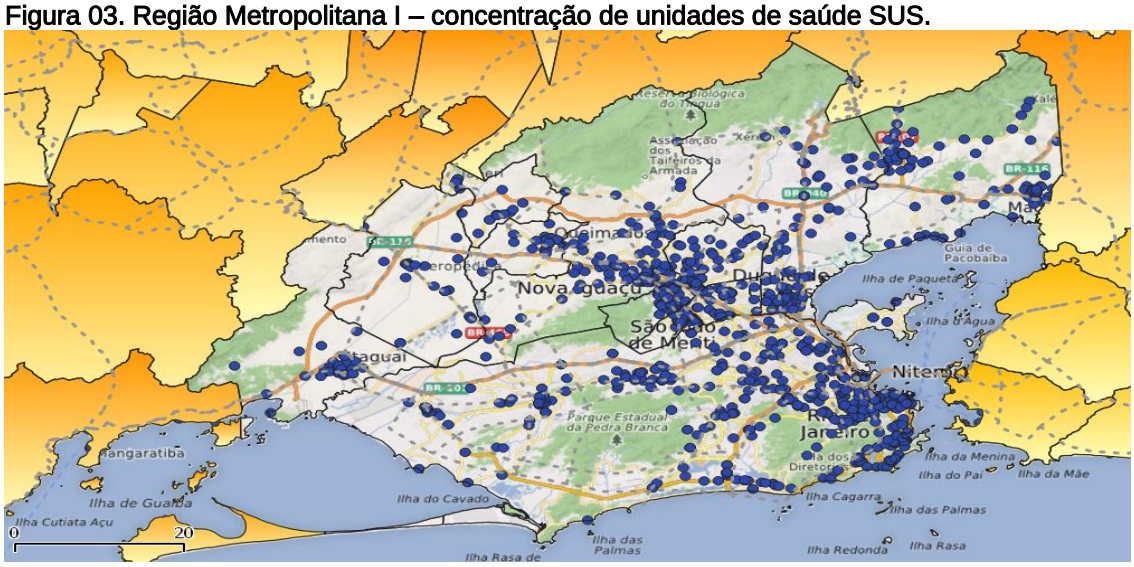
Figura 02. Ocupação do território e ligações rodoviárias dos municípios da região Metropolitana I.



Fonte dos dados brutos: Base de logradouros do Censo Demográfico 2010. Elaboração: SES-RJ, 2018.

Estradas
Ruas residenciais

Figura 03. Região Metropolitana I – concentração de unidades de saúde SUS.



Fonte dos dados brutos: MS/CNES, fevereiro de 2016. Elaboração: SES-RJ, 2017.

1.1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Com altíssima densidade demográfica líquida, a região Metropolitana I constitui espaço de pressão social em virtude do crescimento econômico nem sempre acompanhado pelo atendimento às necessidades básicas da população. A Região apresentou taxa de urbanização de 99,6% em 2010, segundo dados do Censo Demográfico do IBGE, sendo sua densidade demográfica bruta bastante elevada, com 2.870,14 habitantes por km². A extensão territorial da região compreende uma área de 3.440,12 km², o equivalente a 7,9% da área total do estado. O município que apresenta maior densidade demográfica é o município de São João de Meriti com densidade de 13.165,13 hab./km^2, seguido pelos municípios de Nilópolis com 8.126,34 hab./km^2, Belford Roxo com densidade de 5.882,09 e Rio de Janeiro com densidade de 5.345,89 hab./km^2. Por outro lado, o município de menor densidade demográfica bruta é Itaguaí, com apenas 401,72 hab./km^2. As densidades líquidas, ainda maiores, são apresentadas na tabela 01.

O município do Rio de Janeiro, capital do estado, possui a maior população da Região com 6.320.446 habitantes, e sua localização geográfica privilegiada favorece o turismo que é um ponto forte nessa região. Sua infraestrutura portuária que é próxima aos centros de produção e consumo e a disponibilidade da malha viária federal e estadual permitem um fluxo intenso de transporte dos bens e produtos fabricados no estado e a chegada de bens e produtos importados de outras localidades, transformando-o num importante polo comercial da região.

Tabela 01. População estimada e densidade de ocupação dos municípios da região Metropolitana I

Estado, região e municípios	População estimada				Densidade demográfica (hab./km^2)	
	2015	2016	2017	2018	Em áreas urbanizadas	Líquida
Metropolitana I	**10.117.992**	**10.153.138**	**10.186.591**	**10.450.114**	**6.164,06**	**3.530,26**
Belford Roxo	481.127	494.141	495.783	508.614	7.446,03	6.272,42
Duque de Caxias	882.729	886.917	890.997	914.383	5.054,90	2.578,85
Itaguaí	119.144	120.855	122.369	125.913	2.842,84	470,31
Japeri	99.863	100.562	101.237	103.960	3.823,50	1.242,27
Magé	234.809	236.319	237.420	243.657	2.173,97	869,94
Mesquita	170.753	171.020	171.280	175.620	11.887,12	7.403,46
Nilópolis	158.306	158.319	158.329	162.269	16.484,69	8.160,77
Nova Iguaçu	807.488	797.435	798.647	818.875	5.387,67	2.300,20
Queimados	143.631	144.525	145.386	149.265	3.023,79	1.894,66
Rio de Janeiro	6.476.629	6.498.837	6.520.266	6.688.927	7.023,39	5.993,74
S. João de Meriti	460.623	460.541	460.461	471.888	13.085,78	13.272,07
Seropédica	82.890	83.667	84.416	86.743	1.761,08	322,63
Estado	**16.550.009**	**16.635.996**	**16.718.956**	**17.159.960**	**4.211,99**	**433,26**

Fontes: Ministério da Saúde/SVS/CGIAE - Estimativas de população para 2015; IBGE. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS – Estimativas de população para 2016, 2017 e 2018. IBGE – Áreas Urbanizadas do Brasil, 2015.

A distribuição da população SUS dependente nesta região é bastante elevada, em torno de 7.496.511 habitantes de acordo com estimativa do TCU, o que corresponde a 75,92% da população residente total. Daí a necessidade de efetiva regulação dos serviços de saúde pelo gestor estadual, a fim de enfrentar a alta demanda que muitas vezes é acrescida pela migração de habitantes de outros municípios de fora da região. A tabela a seguir apresenta essa dependência do SUS por município da região.

Tabela 02. População SUS dependente na região Metropolitana I por município

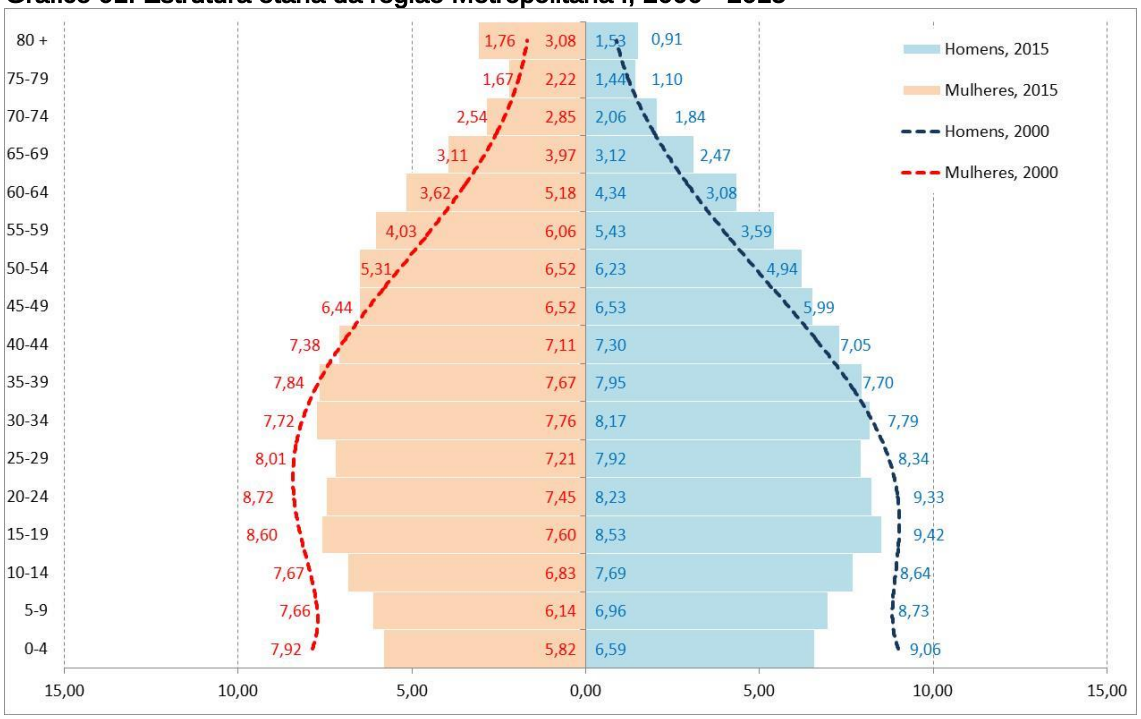
Municípios	População total	População SUS dependente	
		N	%
Belford Roxo	469.332	354.346	75,50
Duque de Caxias	855.048	645.561	75,49
Itaguaí	109.091	82.364	75,50
Japeri	95.492	72.096	75,49
Magé	227.322	171.628	75,49
Mesquita	168.376	127.124	75,50
Nilópolis	157.425	118.856	75,50
Nova Iguaçu	796.257	601.174	75,49
Queimados	137.962	104.461	75,71
Rio de Janeiro	6.320.446	4.771.937	75,50
São João de Meriti	458.673	346.298	75,49
Seropédica	78.186	59.030	75,49

Fonte: IBGE/Censo Demográfico 2010

A distribuição etária e por sexo é semelhante à estadual e não difere muito entre os municípios. O perfil evidencia um envelhecimento progressivo da população, como demonstrado na sua estrutura etária (gráfico 01), que ilustra de que forma essa população está distribuída. Assim como na região Metropolitana II, observa-se a quase estabilidade da população entre 30-44 anos, para ambos os sexos, sugestiva de mortalidade diferencial ou migração seletiva por idade.

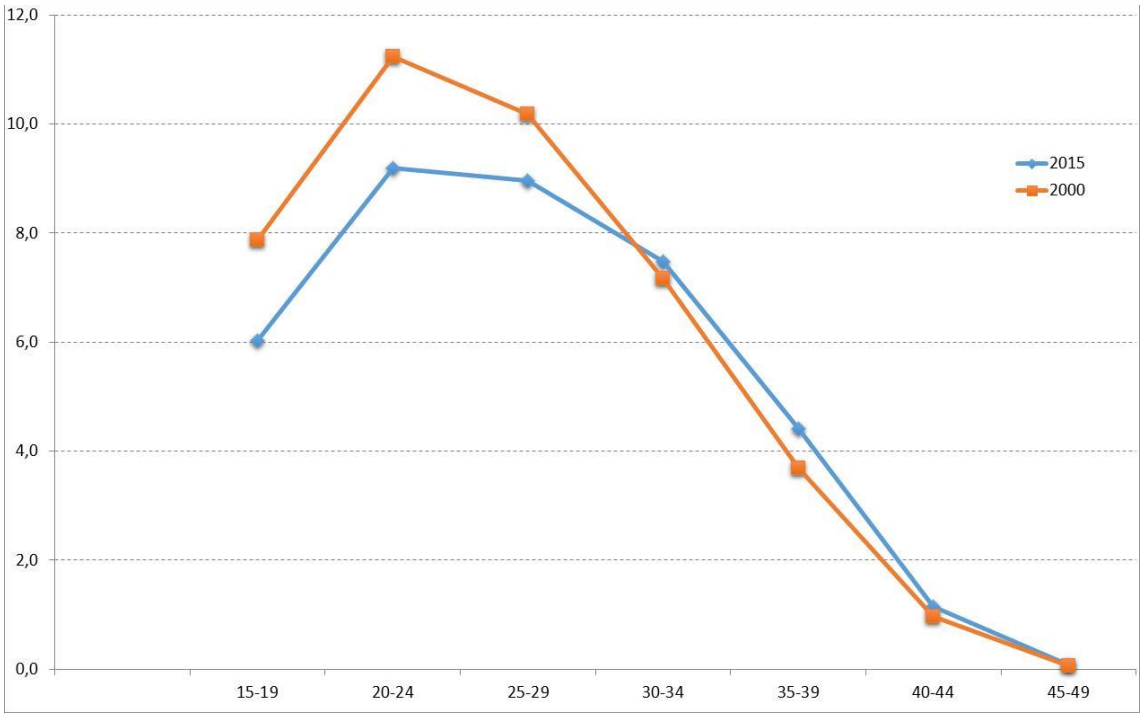
O gráfico 01 apresenta a estrutura etária da região Metropolitana I, comparando as populações masculina e feminina de 2000 e 2015. Observa-se uma pirâmide típica de transição demográfica: marcada redução da população dependente jovem (0 a 14 anos), das mulheres em idade fértil (especialmente entre os 15 a 24 anos, faixas de maior concentração da fecundidade no passado), amadurecimento da população em idade ativa (14-64 anos) e incremento da população idosa (65 anos em diante), principalmente feminina. As taxas de fecundidade comparativas entre os anos de 2000 e 2015 são mostradas no gráfico 02.

Gráfico 01. Estrutura etária da região Metropolitana I, 2000 - 2015



Fontes: IBGE: Censo Demográfico 2000. Ministério da Saúde/SVS/CGIAE - Estimativas de população para 2015.

Gráfico 02. Taxas específicas de fecundidade (filhos por 100 mulheres), região Metropolitana I, 2000 e 2015.

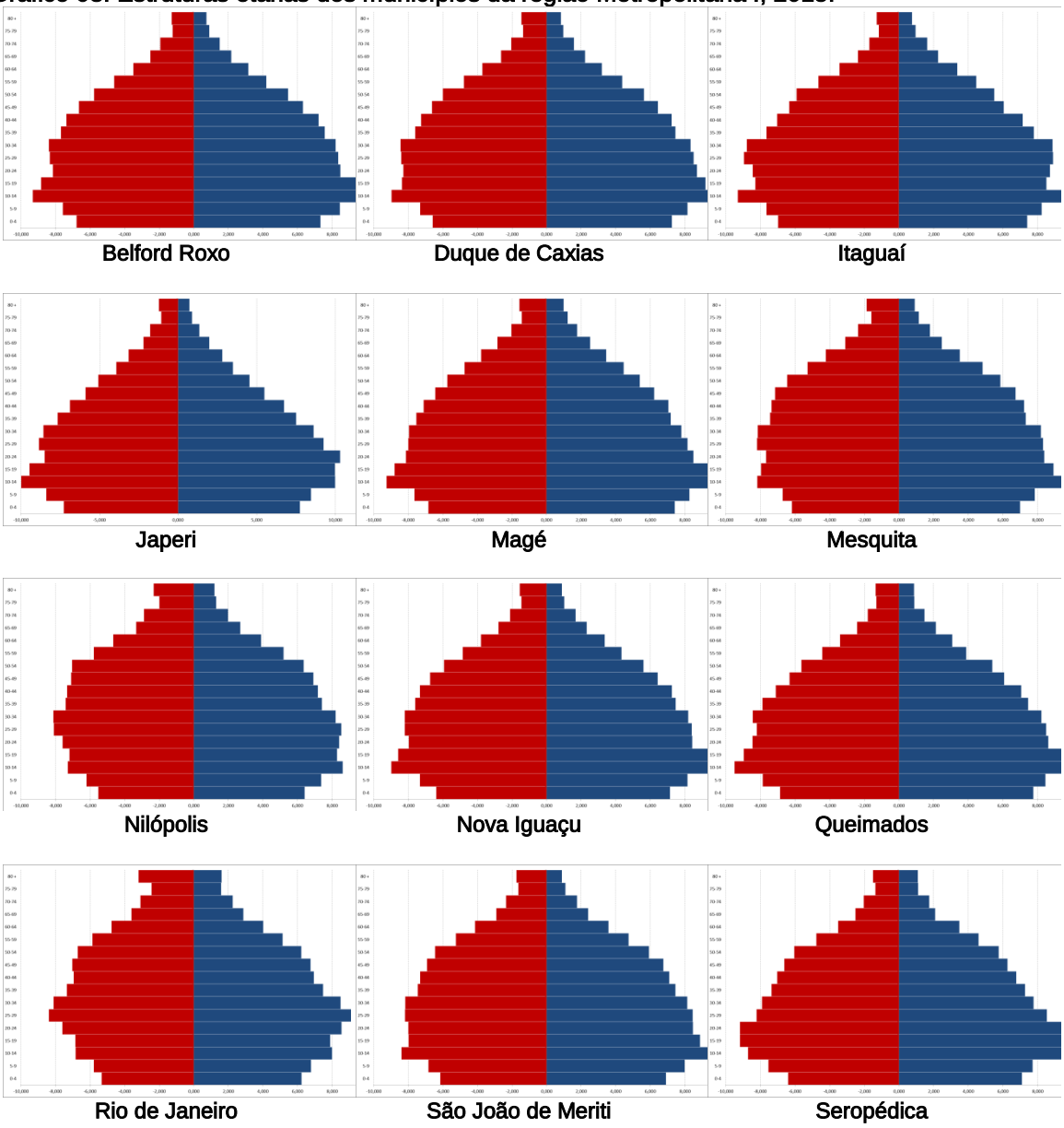


Fonte: SINASC, 2000 e 2015, e IBGE: Censo Demográfico 2000. Ministério da Saúde/SVS/CGIAE - Estimativas de população para 2015.

É preciso lembrar que os resultados regionais tendem a mascarar as peculiaridades de cada município componente, refletindo o perfil dos mais populosos (no

caso, a capital, Rio de Janeiro). Como se observa no gráfico 03, a maior parte dos municípios da região Metropolitana I ainda está longe de alcançar os níveis de envelhecimento populacional da capital, apesar de todos terem apresentado queda nos níveis de fecundidade–como se observa no estreitamento da base das pirâmides.

Gráfico 03. Estruturas etárias dos municípios da região Metropolitana I, 2015.



Fonte dos dados brutos: Ministério da Saúde/SVS/CGIAE/Estimativas de população para 2015.

Apresenta-se a seguir a tabela 03, onde se pode observar o comportamento do envelhecimento da população da região em comparação à capital e ao estado. Tanto as proporções de idosos quanto os índices de envelhecimento da região são superiores aos do estado, influenciados pelos resultados do Rio de Janeiro. Mesquita, Nilópolis e São João de Meriti são os municípios que mais se aproximam dos resultados da capital.

Tabela 03. Envelhecimento na região Metropolitana I

Estado, região e municípios	Índice de envelhecimento			Proporção de idosos		
	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculina	Feminina
Belford Roxo	31,03	25,20	37,05	10,91	9,54	12,21
Duque de Caxias	33,58	26,62	40,78	11,50	9,87	13,05
Itaguaí	28,77	25,66	32,16	10,61	9,93	11,32
Japeri	26,08	21,95	30,70	9,49	8,30	10,77
Magé	35,34	29,89	41,03	12,10	10,94	13,23
Mesquita	56,24	41,14	72,31	15,60	13,07	17,91
Nilópolis	52,13	37,96	66,93	15,35	12,63	17,79
Nova Iguaçu	35,44	28,11	43,08	11,88	10,28	13,39
Queimados	29,71	24,21	35,53	10,57	9,26	11,82
Rio de Janeiro	61,12	44,81	78,18	16,66	13,69	19,37
São João de Meriti	41,05	31,55	50,89	13,31	11,34	15,14
Seropédica	35,10	30,51	40,10	11,90	11,11	12,70
Metropolitana I	**51,16**	**38,36**	**64,53**	**14,99**	**12,48**	**17,31**
Estado	**49,33**	**38,43**	**60,74**	**14,64**	**12,52**	**16,63**

Fonte dos dados brutos: Ministério da Saúde/SVS/CGIAE/Estimativas de população para 2015.

Os demais municípios da região apresentam envelhecimento inferior à média estadual, mesmo para o sexo feminino, conforme demonstrado na tabela abaixo. Nela está apresentada a expectativa de vida ao nascer e aos 60 anos de idade na região Metropolitana I, e seus resultados são inferiores à média estadual, com exceção de Mesquita e Rio de Janeiro. Itaguaí e Queimados, por sua vez, apresentam as menores expectativas de vida ao nascer. Observa-se que a diferença entre os sexos é muito alta, chegando a quase dez anos em Mesquita e Nilópolis para a expectativa de vida ao nascer.

Tabela 04. Expectativa de vida ao nascer e aos 60 anos de idade na região Metropolitana I, para o quadriênio 2012-2015.

Estado, região e municípios	Expectativa de vida ao nascer			Expectativa de vida aos 60 anos		
	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino
Região	**74,80**	**70,95**	**78,39**	**21,89**	**19,45**	**23,76**
Belford Roxo	72,70	68,81	76,60	20,36	18,14	22,27
Duque de Caxias	72,65	68,84	76,42	20,26	18,19	21,97
Itaguaí	71,46	67,66	75,80	19,13	17,37	20,99
Japeri	71,92	68,79	75,35	20,09	18,41	21,63
Magé	71,62	68,03	75,37	19,76	18,03	21,35
Mesquita	74,80	70,21	79,12	22,41	19,18	25,01
Nilópolis	72,29	67,82	76,53	20,73	18,18	22,64
Nova Iguaçu	72,17	68,23	76,08	20,10	17,98	21,88
Queimados	71,34	67,24	75,50	19,55	17,57	21,26
Rio de Janeiro	75,94	72,24	79,26	22,53	20,03	24,39
São João de Meriti	72,74	68,65	76,68	20,54	18,11	22,49
Seropédica	74,63	71,49	77,95	21,51	20,24	22,73
Estado	**74,91**	**71,14**	**79,00**	**21,85**	**19,56**	**23,12**

Fonte: MS/SIM, 2012 a 2015; Estimativas de população 2012 a 2014 (IBGE) e 2015 (Ministério da Saúde/SVS/CGIAE). Tábua modelo de mortalidade Coale-Demeny Oeste.

1.2. CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS DA REGIÃO

A região concentra 70% da força econômica do estado e 8,04% de todos os bens e serviços produzidos no país, mas perdeu dinamismo econômico a partir das primeiras décadas do século XX. Sua história de crise econômica se iniciou quando o pioneirismo industrial do atual município do Rio de Janeiro perdeu essa liderança para São Paulo, nas décadas de 1920 e 1930, principalmente em função dos lucros excedentes gerados pela exportação de café por parte dos produtores paulistas, o que possibilitou a ampliação de seu parque industrial. Isso fez com que o Rio de Janeiro passasse a ocupar a segunda posição no conjunto da produção industrial do país.

A queda da participação relativa do município do Rio de Janeiro no cenário industrial do país foi, porém, acompanhada por uma diversificação na produção industrial local, onde se destacaram as indústrias metalúrgicas, de minerais não metálicos, química, farmacêutica, de bebidas, editorial e gráfica e da construção civil e o deslocamento das unidades industriais do centro e zona norte da cidade para outras localidades. O bairro de Santa Cruz transformou-se num distrito industrial, atraindo grandes empresas como a White Martins, Casa da Moeda do Brasil e Grupo Gerdau, entre outras.

A segunda causa de perda do dinamismo econômico se deu quando a cidade do Rio de Janeiro deixou de ser a capital do país, em 21 de abril de 1960, e passou a ser uma cidade-estado – o estado da Guanabara. Como capital, por 150 anos, foi o centro político-administrativo, financeiro e comercial do país e abrigava um importante setor bancário, além de ser a sede de numerosas empresas privadas e estatais, o que marcou fortemente sua dinâmica econômica até a capital ter sido transferida para Brasília.

Essa transferência, que levou para Brasília a sede de inúmeros órgãos federais, como ministérios e importantes autarquias, e a não realização dos investimentos prometidos pelo governo federal foram a causa do começo da decadência econômica desta cidade-estado, não só pela perda da atratividade como localização de sedes de empresas privadas e estatais, mas também no que diz respeito às sedes do sistema financeiro, que se deslocaram para a cidade de São Paulo.

O desenvolvimento da indústria de petróleo permitiu um novo crescimento da produção industrial no estado, mas essas atividades se concentraram fora da região Metropolitana I e, além disso, não proporcionaram grande expansão do emprego nem melhorias das desigualdades sociais existentes, apesar da Refinaria de Duque de Caxias (REDUC) ser importante polo petroquímico da região, com várias indústrias implantadas a seu redor que conferem muitos empregos e impulsionam a economia do município de Duque de Caxias. Os municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias se destacaram no cenário estadual no que diz respeito ao desempenho industrial, ficando em primeiro e terceiro lugares no *ranking* estadual, respectivamente; e com relação a serviços, na mesma ordem de municípios, ficaram na primeira e segunda posições.

A região Metropolitana I do Rio de Janeiro apresentou, em 2010, um PIB de R$ 248.529.048.000,00, superando a média estadual e constituindo o segundo maior polo de riqueza nacional. Os municípios do Rio de Janeiro e Duque de Caxias, juntos, representam mais de 50% de todo o PIB estadual, sendo que a capital contribuiu com 76,55% do PIB metropolitano e 46,73% do PIB estadual. Duque de Caxias, o segundo

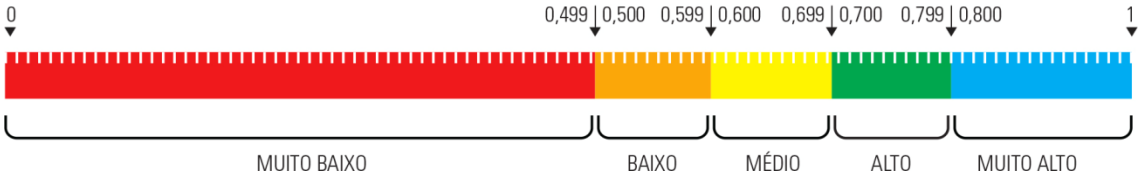
município mais representativo do estado e da região, contribuiu com 6,50% do PIB estadual e 10,80% do PIB metropolitano, ficando à frente de Campos de Goytacazes, o maior campo petrolífero do estado.

O primeiro indicador do grau de instabilidade do trabalho é a taxa de desocupados, ou seja, o percentual de pessoas acima de 14 anos que estavam desocupadas e procurando trabalho, que em 2010 foi de 6,3% na região, relevante decréscimo em relação aos 9,2% observados em 2003, de acordo com o boletim de janeiro de 2012 do SEBRAE.

A mesma fonte aponta um total de 46,9% de pessoas empregadas com carteira assinada e 1,5% de subocupação. Predominam na estrutura sócio-ocupacional da metrópole do Rio de Janeiro os trabalhadores manuais da indústria, do comércio e dos serviços, que somados representam cerca de 60% dos ocupados. As ocupações de nível superior chegam a 28% e de dirigentes 10%. Entre os trabalhadores manuais, há um relativo equilíbrio entre os ocupados na indústria, no comércio e serviço especializado. Os operários da construção equivalem a 7,3% do total de ocupados; os prestadores de serviços especializados a 11,1%; os trabalhadores do comércio a 9,7%; e os trabalhadores domésticos a 8,8%. Essas categorias ocupacionais, juntamente com as ocupações médias de escritório, são as cinco grandes classes de trabalhadores na metrópole do Rio de Janeiro.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) permite, em tese, medir o desenvolvimento de uma população além da dimensão econômica. O índice pretende reunir três dos requisitos mais importantes para a melhoria da qualidade de vida das pessoas: a oportunidade de se levar uma vida longa e saudável (saúde), de ter acesso ao conhecimento (educação) e de poder desfrutar de um padrão de vida digno (renda). O IDH-M é um número que varia entre 0 e 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano de uma unidade federativa, município, região metropolitana ou UDH. São considerados muito baixos IDH-M na faixa de 0,000 a 0,499, baixos entre 0,500 a 0,599, altos entre 0,700 a 0,799 e muito altos entre 0,800 a 1,000. A figura a seguir ilustra essas faixas.

Figura 04. Faixas de Desenvolvimento Humano Municipal



Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil

A tabela 05, a seguir, apresenta a distribuição dos municípios da região com seus IDH-M e a posição que ocupam em relação aos demais municípios brasileiros e do estado do Rio de Janeiro. Os municípios da região Metropolitana I, em sua maioria, estão na faixa dos IDH-M altos e somente Belford Roxo, Japeri e Queimados estão na faixa de IDH-M médio – resultados que apontam para a necessidade de cautela na avaliação das condições socioeconômicas e de qualidade de vida em geral de um município com base no seu IDH-M, unicamente.

Tabela 05. IDH-M dos municípios da região Metropolitana I e suas posições em relação ao estado do Rio de Janeiro e do Brasil.

Municípios	Posição BR	Posição RJ	IDH-M	IDH-M Renda	IDH-M Longevidade	IDH-M Educação
Belford Roxo	2.332º	70º	0,684	0,662	0,808	0,598
D. de Caxias	1.574º	49º	0,711	0,692	0,833	0,624
Itaguaí	1.454º	38º	0,715	0,703	0,814	0,638
Japeri	2.924º	83º	0,659	0,637	0,809	0,555
Magé	1.638º	51º	0,709	0,685	0,832	0,626
Mesquita	850º	16º	0,737	0,704	0,839	0,678
Nilópolis	488º	9º	0,753	0,731	0,817	0,665
Nova Iguaçu	1.514º	41º	0,713	0,691	0,818	0,641
Queimados	2.439º	73º	0,680	0,659	0,810	0,589
Rio de Janeiro	45º	2º	0,799	0,840	0,845	0,719
S. João de Meriti	1.331º	34º	0,719	0,693	0,831	0,646
Seropédica	1.514º	41º	0,713	0,695	0,805	0,648

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil, IBGE 2010

1.3. CONDIÇÕES DE SANEAMENTO BÁSICO

A Lei Federal 11.445/2007, que estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico, define em seu artigo 2º os princípios fundamentais da prestação desse serviço. Fica clara a necessidade de um saneamento básico integrado e universal, em que os serviços de abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos e drenagem e manejo das águas pluviais sejam oferecidos para a melhoria da qualidade de vida da população e preservação ambiental.

A estreita relação da saúde com a provisão de medidas sanitárias é bastante conhecida, principalmente no que se refere à água de abastecimento doméstico e ao destino de dejetos. Cerca de 80% das doenças de países em desenvolvimento como o Brasil é proveniente da água de qualidade ruim. Dentre essas doenças destacamos a febre tifoide, disenteria, cólera, diarreia, hepatite, leptospirose e giardíase. O tratamento do esgoto sanitário também constitui uma das mais importantes medidas preventivas de enfermidades.

Na região Metropolitana I, a maior parte da população tem o abastecimento de água realizado sob responsabilidade do poder público. De acordo com o Plano Estadual de Recursos Hídricos do Rio de Janeiro, o sistema de esgoto sanitário da região Metropolitana I do Rio de Janeiro considerou a população urbana igual a 11.427.349 habitantes, dos quais 38,6% estavam sem atendimento por rede coletora, 31,4 % tinham atendimento por rede coletora sem tratamento, e 30% eram atendidos por rede coletora com tratamento. As vazões de esgotos em 2010 eram de 19.594 litros por segundo e, em um cenário futuro (2030), chegarão a 39.344 l/s. Vale ressaltar que a cidade de Japeri não dispunha de redes coletoras.

O tratamento do esgoto é fundamental para garantir condições sanitárias às habitações, mas mesmo sua coleta simples é crucial para as questões de degradação

ambiental. Segundo outros dados fornecidos pelo Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento, muitos municípios ainda não possuem seus esgotos tratados. Na tabela a seguir estão descritas as condições de saneamento básico: abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo, comparando-se os anos de 2010 e 2016. Os resultados zerados não foram informados ao sistema. O quadro 01 detalha o tratamento de resíduos sólidos nos municípios da região.

Tabela 06. Evolução do saneamento básico (%) na região Metropolitana I, 2010 e 2016.

Municípios	Abastecimento de água [1]		Esgotamento sanitário [2]		Coleta direta de lixo [3]	
	2010	2016	2010	2016	2010	2016
Belford Roxo	72,64	78,12	80,74	39,80	83,48	100,00
D. de Caxias	61,21	86,12	83,98	44,29	90,17	90,15
Itaguaí	79,24	85,16	74,51	40,66	90,11	0,00
Japeri	80,97	73,46	65,38	0,00	78,08	91,00
Magé	38,00	78,43	62,14	41,96	91,01	95,00
Mesquita	91,51	98,99	92,63	49,61	93,54	100,00
Nilópolis	91,04	99,78	98,37	94,74	97,10	99,99
Nova Iguaçu	74,82	93,80	83,22	45,08	91,59	95,40
Queimados	80,85	82,27	81,31	41,01	84,11	100,00
Rio de Janeiro	96,65	0,00	92,87	0,00	82,83	0,00
S. J. de Meriti	92,57	93,64	94,13	62,00	95,97	0,00
Seropédica	89,99	70,63	62,43	33,70	86,83	0,00

Fonte: IBGE / Microdados da Amostra do Censo Demográfico 2010 e Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental – SNSA, 2018

1 Percentual da população residente que dispõe de rede geral.
2 Percentual da população residente que dispõe de coleta de esgoto por rede geral.
3 Percentual da população residente que dispõe de coleta direta de lixo.

Quadro 01. Tratamento de resíduos sólidos, ano de referência 2016.

Município	Os resíduos sólidos domiciliares e públicos coletados são enviados para outro município	Existe coleta seletiva no município	Existe no município a coleta diferenciada de resíduos sólidos dos serviços de saúde	O município envia RSS coletados para outro município
Belford Roxo	Não	Não	Sim	Duque de Caxias
D. de Caxias	Nova Iguaçu	Não	Sim	Não
Itaguaí	N/I	N/I	N/I	N/I
Japeri	Nova Iguaçu	Sim	Sim	Nova Iguaçu
Magé	Nova Iguaçu	Sim	Sim	S João da Barra
Mesquita	Nova Iguaçu	Sim	Sim	Nova Iguaçu
Nilópolis	Nova Iguaçu	Sim	Sim	Nova Iguaçu
Nova Iguaçu	Não	Sim	Sim	Não
Queimados	Rio de Janeiro, Paracambi	Não	Sim	Nova Iguaçu
Rio de Janeiro	Seropédica	Sim	Sim	Não
S. J. de Meriti	N/I	N/I	N/I	N/I
Seropédica	N/I	N/I	N/I	N/I

Fonte: Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental – SNSA, 2018

Entre os doze municípios da região, nove informaram dados no sistema do Ministério das Cidades. Com relação à coleta de resíduos sólidos domiciliares e públicos,

nove municípios da região informaram enviá-los a outros municípios, em sua maioria para os municípios de Nova Iguaçu, Seropédica e Rio de Janeiro. Seis municípios informaram existir coleta seletiva no município, e 100% deles informaram existir coleta diferenciada de resíduos sólidos dos serviços de saúde. Somente três municípios informaram realizar manejo em seus próprios territórios. Os demais informaram que enviam a outros municípios para despejo e tratamento.

Segundo a ABRELPE (2017), os municípios de Duque de Caxias, São João de Meriti, Japeri e Belford Roxo ainda dispõem seu lixo a céu aberto. O saneamento básico precisa de fortes investimentos na canalização e tratamento do esgotamento sanitário, assim como na busca por soluções tecnológicas para o equacionamento dos resíduos sólidos na região, objetivando a reversão de problemas de saúde pública que advém da falta de oferta desse serviço para a população local, buscando reduzir a iniquidade na distribuição desses serviços.

1.4. CENÁRIO DOS PLANOS PRIVADOS DE SAÚDE NA REGIÃO

Apresenta-se a seguir duas tabelas que descrevem a variação anual da população que dispõe de plano de saúde nas modalidades hospitalar e ambulatorial na região. Constata-se a vultosa perda dos planos de saúde complementares desde o período 2016 -2015, seguida de nova queda entre 2017-2018, desta vez, porém, parcialmente compensada pelo crescimento dos planos de modalidade ambulatorial. As elevadas taxas de desemprego decorrentes de perdas na economia, acompanhadas de grave crise ética no estado, são o pano de fundo desse cenário. A população desassistida pela perda de planos de saúde irá pressionar o SUS nos municípios, gerando demandas em todos os níveis, e, portanto, é preciso prever investimentos para esse incremento de clientela.

Tabela 07. Variação anual da população que dispõe de plano de saúde na modalidade hospitalar.

Planos hospitalares	2015-2014		2016-2015		2017-2016		2018-2017	
	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens
Belford Roxo	-390	-736	-3.430	-3.662	-172	-96	-800	-1.161
Duque de Caxias	-6.181	-9.042	-9.871	-10.833	-120	23	-381	-192
Itaguaí	-543	-1.711	-164	-891	-31	-28	789	960
Japeri	106	9	-242	-458	-18	-26	130	65
Magé	385	-188	-992	-1.317	-278	-262	790	986
Mesquita	755	510	-642	-664	-235	-152	99	146
Nilópolis	63	54	-2021	-1.965	-39	-23	-312	-260
Nova Iguaçu	-417	-1.349	-7.830	-7.528	-223	-148	-183	193
Queimados	-47	-469	-1.591	-1.533	-42	-42	-93	-87
Rio de Janeiro	-25.007	-30.190	-112.440	-111.580	-2.419	-350	-22.892	-18.215
São João de Meriti	-553	-986	-4.747	-4.731	32	31	-1.038	-1.015
Seropédica	307	336	222	58	-40	-24	234	283
Metropolitana I	**-31.522**	**-43.762**	**-143.748**	**-145.104**	**-3.585**	**-1.097**	**-23.657**	**-18.297**

Fonte: Microdados da ANS, competências de junho de 2014, 2015, 2016, 2017 e 2018

Essa migração e perspectiva de inclusão de um grande contingente de usuários no SUS, no âmbito dos municípios, da região e do estado, demandam monitoramento e planejamento das redes de atenção à saúde para que as estruturas tenham condições para acolhê-los e manter o sistema de saúde em funcionamento adequado.

Tabela 08. Variação anual da população que dispõe de plano de saúde na modalidade ambulatorial.

Planos ambulatoriais	2015-2014		2016-2015		2017-2016		2018-2017	
	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens
Belford Roxo	-5.068	-3.347	-54	-97	9	11	436	326
Duque de Caxias	9.870	6.934	-341	-878	2	10	742	636
Itaguaí	972	865	-229	-294	-6	8	93	79
Japeri	-3.171	-2.208	108	100	3	7	41	26
Magé	1.183	925	-112	-51	-16	-14	323	237
Mesquita	-516	-187	280	188	63	59	88	211
Nilópolis	-8.212	-5.290	393	283	-171	-75	172	177
Nova Iguaçu	11.146	7.123	188	293	34	55	1.098	712
Queimados	-226.407	-151.562	28	31	-1	3	63	66
Rio de Janeiro	235.590	161.749	-14.374	-14.113	-750	-68	10.314	7.313
S. João de Meriti	4.640	3.002	-102	-109	5	-2	323	297
Seropédica	-70	61	214	140	-6	-4	145	121
Metropolitana I	**19.957**	**18.065**	**-14.001**	**-14.507**	**-834**	**-10**	**13.838**	**10.201**

Fonte: Microdados da ANS, competências de junho de 2014, 2015, 2016, 2017 e 2018.

Atribui-se o incremento dos planos de modalidade ambulatorial aos preços mais acessíveis que os hospitalares e às demandas de cuidados crônicos que demandam atendimento em especialidades, especialmente na população mais idosa.

1.5. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

√ PERFIL DE MORTALIDADE - ÓBITOS NA REGIÃO METROPOLITANA I

Foram utilizados para a pesquisa das principais causas de óbito na região Metropolitana I os dados do Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, de 2016, disponibilizados pela área técnica dos Dados Vitais da SES-RJ.

Foi construído um quadro síntese dos óbitos ocorridos na região Metropolitana I em 2016, segundo capítulo da CID-10, em ordem decrescente de frequência (quadro 02). Foi também realizada uma análise das causas de óbito segundo sexo e faixa etária, cujas tabelas seguem em anexo.

Observa-se que entre as dez primeiras causas de óbitos, na região, estão as doenças crônicas (doenças do aparelho circulatório, neoplasias (tumores), doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas e metabólicas, as causas externas de morbidade e mortalidade e as doenças Infecciosas e parasitárias).

Esses dados demonstram o perfil de transição epidemiológica vivido nessa região em especial, no estado e no Brasil, onde o envelhecimento da população traz uma forte carga de doenças crônicas, e a elevada taxa de urbanização e a ausência de

investimento em políticas públicas básicas fomentam a violência, refletida nos óbitos por acidentes e agressões. Convive-se ainda com doenças infecciosas, vinculadas à pobreza e às más condições de educação e de vida.

Quadro 02. Síntese da mortalidade segundo capítulo CID-10 na região Metropolitana I.

Capítulo CID 10		2016
IX	Doenças do aparelho circulatório	3.978
II	Neoplasias (tumores)	2.191
X	Doenças do aparelho respiratório	1.736
XX	Causas externas de morbidade e mortalidade	1342
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exame clínico e laboratorial	863
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	837
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	785
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	652
XI	Doenças do ap. digestivo	578
VI	Doenças do sistema nervoso	378
XVI	Algumas afecções orig. no período per perinatal	154
XII	Doenças da pele e tecido conjuntivo	106
III	Doenças do sangue, órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários	105
V	Transtornos mentais e comportamentais	79
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossomiais	81
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	48
XV	Gravidez, parto e puerpério	29
CID não disponível ou ao preenchido		0

Fonte: 1996 a 2010: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade. 2011 a 2015: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Subsecretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade

Ao analisarmos o perfil de mortalidade em menores de um ano, é verificada a predominância de causas do capítulo XIV da CID 10 - **algumas afecções originadas no período perinatal**, seguidas do capítulo XVII - **malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas**, onde prevalecem as **malformações congênitas do aparelho circulatório**, do capítulo X, as **doenças do aparelho respiratório** e ainda do capítulo I - **algumas doenças infecciosas e parasitárias**, entre elas a sífilis congênita.

Na faixa etária entre 1 e 9 anos, o capítulo XX - **causas externas de morbidade e mortalidade,** é o mais frequente com acidentes, em especial os de transporte, causas externas e agressões entre as principais causas por grupos. A seguir o capítulo X - **doenças do aparelho respiratório**, com a *influenza* e pneumonias como as principais causas, o capítulo II – **neoplasias (tumores malignos**) e a seguir, o capítulo XVII - **malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas**, onde prevalecem as **malformações congênitas do aparelho circulatório.** Chama atenção no capítulo I - **algumas doenças infecciosas e parasitárias**, entre elas a tuberculose.

Entre 10 e 19 anos, os resultados do capítulo XX - **causas externas de morbidade e mortalidade** são muito expressivos, respondendo por cerca de 66,6% do número total de óbitos. **Agressões (Intervenções legais e operações de guerra), acidentes (acidentes de transporte)** e **outras causas externas de traumatismos acidentais)** são as principais causas de morte, seguidos por: capítulo II - **neoplasias (tumores malignos),** capítulo IX -

doenças do aparelho circulatório, e capítulo XVIII – **sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais.**

Dos 20 aos 29 anos, as primeiras causas de óbitos estão no capítulo XX - **causas externas de morbidade e mortalidade,** em percentual semelhante à faixa etária anterior, de 61%, e entre elas: **agressões (intervenções legais e operações de guerra), acidentes (acidentes de transporte**) e **outras causas externas de traumatismos acidentais**. O capítulo I – **algumas doenças infecciosas e parasitárias** - traz entre as principais causas, por grupos, **doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV])** e **tuberculose**. No capítulo IX - **doenças do aparelho circulatório**, as **doenças isquêmicas do coração.** O capítulo XVIII – **sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais** está entre as cinco principais causas. Está presente também o capítulo II - **neoplasias (tumores).**

Na faixa etária entre 30 a 69 anos, o capítulo IX - **doenças do aparelho circulatório** é a primeira causa de óbitos, com 30,1% do total (**doenças isquêmicas do coração, doenças hipertensivas e doenças cerebrovasculares).** A seguir o capítulo II - **neoplasias (tumores malignos**) com os **tumores do aparelho digestivo, aparelho respiratório** e **mama**. Capítulo X - **doenças do aparelho respiratório (*influenza*** e **pneumonias).** Capítulo XX - **causas externas de morbidade e mortalidade**, com a predominância de **agressões**, seguido do capítulo I – **algumas doenças infecciosas e parasitárias**, como a **doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV], outras doenças bacterianas** e **tuberculose.**

Na faixa etária de 70 anos e mais, a primeira causa de óbitos é o capítulo IX - **doenças do aparelho circulatório**, com 32,5% do total de óbitos, representados principalmente por **doenças isquêmicas do coração, doenças hipertensivas, outras formas de doença do coração e doenças cerebrovasculares.** A seguir, causas do capítulo X - **doenças do aparelho respiratório**, especialmente ***influenza*** **[gripe] e pneumonia**. Do capítulo II **– neoplasias**, especialmente **tumores malignos dos órgãos digestivos**, e **tumores malignos dos aparelhos respiratório e intratorácico**. Do capítulo IV - **doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, (diabetes mellitus)** e capítulo XIV - **doenças do aparelho geniturinário,** especialmente a **insuficiência renal**.

√ PERFIL DE MORBIDADE - INTERNAÇÕES HOSPITALARES NA REGIÃO METROPOLITANA I

Apresentam-se no quadro 03 as internações ocorridas na região Metropolitana I, segundo capítulo da CID-10, em ordem decrescente de ocorrência nos anos de 2015, 2016 e 2017. A primeira causa de internação hospitalar é representada pelo capítulo XV (gravidez, parto e puerpério), que inclui circunstâncias naturais da vida fértil das mulheres e não apenas internações por patologias. Seguem-se as internações por causas externas, que impactam o sistema de saúde e demandam robustas estruturas de Urgência e Emergência para a adequada assistência. São seguidas pelas doenças crônicas e os quadros de doenças infecciosas e parasitárias, compatíveis com as informações apresentadas anteriormente na apresentação do perfil sócio sanitário da região.

As doenças crônicas são responsáveis atualmente por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. O crescimento é tão vertiginoso que a OMS estima que no ano 2020 as doenças crônicas correspondam a 80% de toda a carga de doença dos países em desenvolvimento. Ainda segundo a OMS, a aderência aos tratamentos

chega a ser de apenas 20%, levando a estatísticas negativas na área da saúde, com encargos muito elevados para a sociedade, governo e familiares nos países em desenvolvimento. O Brasil, seguindo a tendência mundial, tem passado por processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional desde a década de 1960, resultando em alterações nos padrões de ocorrência de patologias, como aumento significativo da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis.

Foi realizada a análise dos dados relativos às internações hospitalares no SUS na região Metropolitana I, no exercício de 2017, através da tabulação das internações segundo capítulos da CID-10, por sexo e faixa etária, que, em conjunto com outras análises, darão subsídio ao planejamento de ações de saúde para esse território.

Quadro 03. Síntese da Morbidade Hospitalar por capítulo CID-10 na região Metropolitana I, 2015 a 2017.

Capítulo CID-10		2015	2016	2017
XV	Gravidez, parto e puerpério	109.399	100.199	106.272
XIX	Lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas	37.595	34.655	35.995
XI	Doenças do ap. digestivo	32.773	28.433	28.320
II	Neoplasias (tumores)	30.017	26.103	26.373
IX	Doenças do ap. circulatório	28.073	26.316	25.908
X	Doenças do aparelho respiratório	23.798	21.426	19.970
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	20.929	19.675	19.892
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	22.245	20.888	20.036
XVI	Algumas afecções orig. no período per perinatal	13.821	12.987	12.935
XII	Doenças da pele e tecido conjuntivo	9.100	8.273	8.021
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exame clínico e laboratorial	6.507	6.808	7.296
V	Transtornos mentais e comportamentais	7.944	6.369	6.885
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	8.017	6.863	6.403
XXI	Contatos com serviços de saúde	5.026	5.241	6.045
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	5.565	5.077	4.881
VI	Doenças do sistema nervoso	5.195	5.000	4.825
VII	Doenças do olho e anexos	3.997	3.546	4.567
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossomiais	3.860	3.513	3.856
III	Doenças do sangue, órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários	3.538	3.285	3.931
VIII	Doenças do ouvido e apófise mastóide	766	699	695
XX	Causas externas de morbidade e mortalidade	49	63	0

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Fev. de 2018

As internações mais frequentes **em menores de 1 ano**, no ano de 2017, ocorreram por afecções do capítulo XVI da CID-10, **algumas afecções originadas no período perinatal**, com **48,7% em média** de ocorrência na região Metropolitana I. O baixo peso ao nascer como condição de risco, os desconfortos respiratórios, os quadros de septicemia bacteriana e outras infecções do período perinatal e a icterícia neonatal são patologias que possuem relação com os cuidados pré-natais e perinatais, e podem advir de quadros de prematuridade, por exemplo. Suscitam a necessidade de investigar a qualidade das ações do pré-natal e cuidados com o bebê na Atenção Básica e as condições de parto na

região. A segunda maior causa de internações nessa faixa etária são as **doenças do aparelho respiratório**, capítulo X da CID-10,com **19,5% em média na região**. As pneumonias e bronquiolites são as causas mais frequentes, e configuram condições sensíveis à Atenção Básica, considerando que cuidados integrais às gestantes, seus bebês e famílias podem reduzir ou mesmo evitar tais internações. A terceira causa de maior frequência nas internações nessa faixa etária está no capítulo I, **algumas doenças infecciosas e parasitárias**, com **16,2% do total de internações**. Do total de internações nesse conjunto de causas, a sífilis se destaca com mais de 50% do total de internações do capítulo. Trata-se de agravo passível de cura no período pré-natal, e que vem demandando dos serviços de saúde e da gestão em seus diversos níveis no estado e no país novas estratégias para seu enfrentamento.

Na faixa etária seguinte, de **crianças de 1 a 9 anos**, observa-se uma dispersão de causas de internação, quando as **doenças respiratórias** são as que ocorrem com maior frequência, seguidas de **algumas doenças infecciosas e parasitárias**; entre elas se destacam as **infecções intestinais**. Importante se faz correlacionar o cenário de saneamento da região com as patologias infecciosas ou decorrentes dela. Na sequência temos as **doenças da pele e tecido subcutâne**o, tendo como principais causas as **celulites, abscessos cutâneos, furúnculos e antraz**. A seguir aparecem as **doenças do aparelho geniturinário**, com destaque para as **hipertrofias de prepúcio, fimose e para fimose**, seguidas das **doenças glomerulares, em especial a síndrome nefrítica.** Ainda merecem destaque nessa faixa etária os **traumas,** com **fraturas de ombro, braço e antebraço,** e também **traumatismo craniano**, que demandam estruturas de urgência e emergência para seu atendimento. No capítulo XVI, **doenças do aparelho digestivo**, as **doenças do apêndice**, em especial as **apendicites** e as hérnias são os diagnósticos de maior frequência. As **malformações congênitas** mais citadas são os **testículos não descidos, hipospadias** e **malformações congênitas do pé**. Citamos ainda, por sua relevância, as internações por **leucemias mieloides e linfoides**, pensando na necessidade de qualificação da Atenção Básica para seu diagnóstico precoce, e aquelas por **doença falciforme**, que com elevada prevalência em nosso estado e na região Metropolitana I também demandam a Atenção Básica para evitar internações, promovendo o manejo das crianças de forma preventiva.

Nas internações de **crianças e adolescentes de 10 a 19 anos**, percebe-se uma mudança substancial na composição das internações, com o capítulo XV - **gravidez, parto e puerpério** - compondo **60% do total de internações**, onde **40,3%** foram **partos**. Optou-se por manter integralmente as causas encontradas, por retratarem as complicações decorrentes da gravidez, parto e puerpério, e para provocar reflexões sobre a organização dos serviços, de Atenção Básica e hospitalares, objetivando ações que possam reduzir ao máximo tais agravos. São seguidas pelos **traumas**, com percentual significativamente maior do sexo masculino sobre o feminino, que irão se repetir em número cada vez maior, demandando políticas de prevenção para sua redução. Já surgem as **doenças do aparelho geniturinário** com maior frequência do sexo masculino, as **hipertrofias de prepúcio, fimoses e parafimoses e torções de testículo.** No **aparelho digestivo** as causas mais frequentes são **as apendicites e hérnias**, demandando diagnóstico e tratamento cirúrgico oportuno. Nas **doenças respiratórias**, as **pneumonias e doenças das amigdalas, adenoides e quadros de asma** são condições que possuem boas respostas com uma Atenção Básica estruturada. As **neoplasias**, embora com percentual pequeno diante do total de internações, foram mantidas para marcar a necessidade da

instituição de diagnóstico precoce. O perfil de adoecimento é dos **cânceres comuns na infância e adolescência**, como as **leucemias linfoide e mieloide** e **doença de Hodgkin**. No capítulo I das **doenças infecciosas e parasitárias**, a **tuberculose** e as **doenças pelo HIV** chamam a atenção para a importância das políticas de busca ativa de sintomáticos respiratórios, objetivando evitar a propagação da doença, e de promoção da saúde e prevenção de IST, que na Atenção Básica encontram *locus* privilegiado para essas ações por sua proximidade com a população. Em quadro à parte, por serem números pequenos, foram descritas patologias relevantes para a região, para que sejam inseridas no planejamento de ações de controle tais como os **transtornos falciformes, diabetes mellitus** e **quadros psiquiátricos**.

Na faixa etária dos **20 aos 29 anos**, as causas do capítulo XV – **gravidez, parto e puerpério** contribuem com o maior percentual das internações, **75,2%,** considerando ser essa a idade fortemente reprodutiva para as mulheres. Além do parto, também estão incluídas nas internações desse capítulo as **complicações obstétricas de abortamentos, parto e puerpério**. A seguir verificam-se as internações por traumatismos do capítulo XIX – **lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas**, do capítulo XI – **doenças do aparelho digestivo** e do capítulo XIV – **doenças do aparelho geniturinário**, todas predominantemente no sexo masculino.

Na faixa etária de pessoas de 30 a 69 anos, residentes na região Metropolitana I, as internações por causas do capítulo XV – **gravidez, parto e puerpério** ocorrem em maior número, com 19,68% do total, com os partos seguidos das complicações por abortamento e puerpério. Seguem-se as internações pelo capítulo II – **neoplasias (tumores malignos**), com leve tendência superior de internações femininas, e maior número de internações em tumores de mama, neoplasias benignas femininas, seguidas dos tumores malignos do aparelho digestivo no sexo masculino e feminino e tumores malignos dos órgãos genitais femininos. As internações pelo capítulo XIX – **lesões, envenenamentos e algumas outras consequências por causas externas**, informam traumatismos diversos seguidas do capítulo XI – **doenças do aparelho digestivo** (transtornos da vesícula biliar, vias biliares e pâncreas, hérnias e doenças do fígado) e do capítulo IX – **doenças do aparelho circulatório** (doenças cerebrovasculares, doenças isquêmicas e outras doenças do coração).

As principais causas de internações em usuários de 70 anos ou mais ocorrem no capítulo IX – **doenças do aparelho circulatório**, com 19,8% do total, com as **doenças cerebrovasculares**, seguidas de **outras formas de doença do coração** e **doenças isquêmicas do coração**. Em seguida se seguem as internações do capítulo XIX – **lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas**, onde os traumatismos são preponderantes, em especial as fraturas de fêmur. Na sequência, as causas do capítulo II – **neoplasias (tumores)** são os tumores de mama, próstata, aparelho digestivo, bexiga e estômago.

As crescentes evidências de várias partes do mundo sugerem que, ao receberem tratamento eficiente, apoio ao autogerenciamento e seguimento regular, os pacientes apresentam melhoras. As evidências também demonstram que sistemas organizados de assistência são essenciais para produzir resultados positivos: ou seja, sistemas integrados de prestação de serviços de saúde com foco nas necessidades de saúde da população; coordenação e integração do cuidado; sistemas de informação que ligam consumidores, prestadores e pagadores de serviços através de cuidados; informação

sobre custos, qualidade e satisfação dos usuários; uso de incentivos financeiros e estruturas organizacionais para alinhar governança, gestores e profissionais de saúde para alcançarem objetivos comuns; e contínua melhoria dos serviços prestados.

1.6. INDICADORES DE SAÚDE

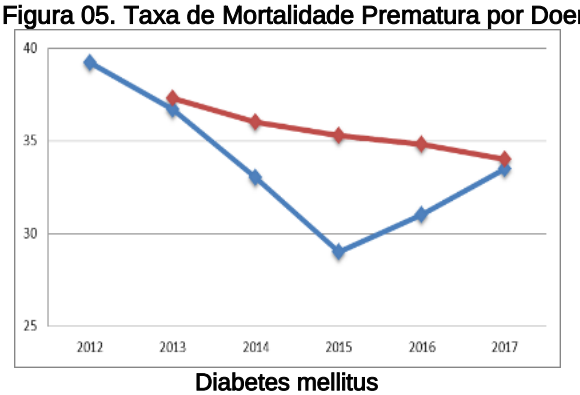
√ TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA POR DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS -DCNT

Apresenta-se a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos de idade) por 100 mil habitantes e sua projeção, considerando a redução de 2% ao ano e usando como base de cálculo o ano de 2012. Analisam-se as quatro doenças crônicas não transmissíveis – DCNT: doenças cardiovasculares (DAC), neoplasias malignas (NEO), diabetes mellitus (DM) e doenças respiratórias crônicas (DRC) de residentes na região Metropolitana I, de 2013 a 2017.

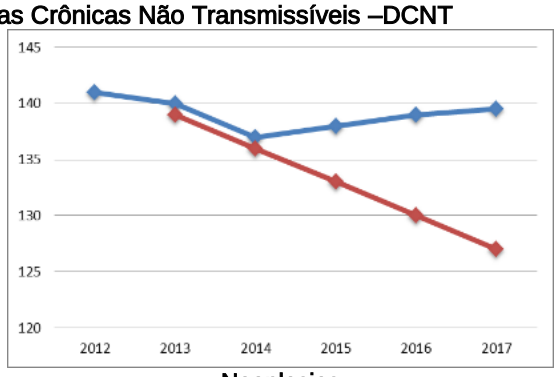
Observando-se a figura a seguir, que apresenta o total das taxas de mortalidade (conjunto das quatro DCNTs) da região Metropolitana I e comparando-as com a linha de projeção da redução das taxas de 2% ao ano, verificou-se que em 2013 houve uma redução da taxa se aproximando da projeção e em 2014 a meta de redução de 2% foi alcançada. De 2015 para 2016 houve um aumento da taxa e afastamento da projeção e um declínio quando avança para 2017, contudo, ainda afastada da projeção.

Buscando entender como se comportou cada doença no total das DCNTs na Metropolitana I, verificou-se que o diabetes mellitus esteve em todo o período abaixo da linha de projeção, ou seja, alcançou a redução de 2% ao ano. O mesmo se verifica nas doenças respiratórias crônicas, no período de 2013 a 2015 e, a partir desse período, a taxa transpôs a linha, declinou e tocou novamente a linha de projeção. Quanto às doenças cardiovasculares, DAC, até 2014 cumpriu a meta, depois disso, aumentou, declinou e em 2017 esteve bem próxima da linha de projeção. Quanto às neoplasias, em 2013 a taxa quase tocou a linha de projeção e, em 2014, alcançou a meta. A partir daí se afastou acentuadamente da linha da projeção. As neoplasias influenciaram negativamente no cumprimento da meta de redução da região e consequentemente influenciando na meta estadual.

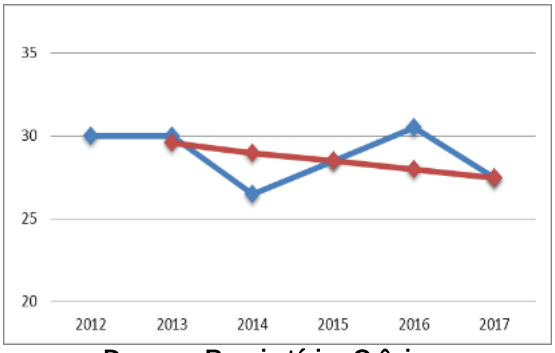
Figura 05. Taxa de Mortalidade Prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis –DCNT



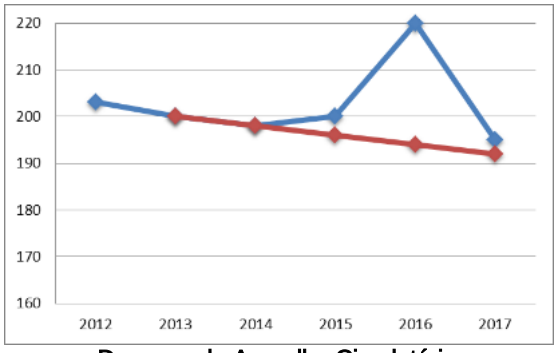
Diabetes mellitus



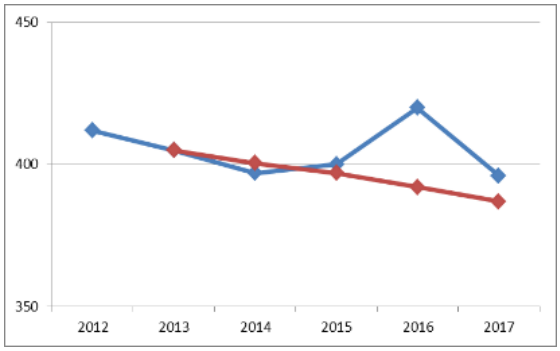
Neoplasias



Doenças Respiratórias Crônicas



Doenças do Aparelho Circulatório



Total das 04 DCNTs

Taxa

Taxa projetada

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM/SVS/SES-RJ. Atualização das Bases: 2014 em 19/04/2016; 2015 em 12/01/2018; 2016 em 28/02/2018 e 2017 (dado preliminar) em 16/03/2018). Dados populacionais: estimativa 2012: (IBGE), 2013: estimativas preliminares efetuadas em estudo patrocinado pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSA e 2014 e 2015: estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE (Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas)

√ NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE VIOLÊNCIA EM UNIDADES PÚBLICAS DE SAÚDE

É certo que as violências representam um conjunto de agravos à saúde com consequências fatais como o óbito, onde se podem destacar as causas ditas acidentais relacionadas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes – e as ditas causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Mediante a relevância do tema, o estado do Rio de Janeiro tem pactuado um indicador que tem como meta alcançar 25% de unidades notificadoras de violência, no período de um ano.

Para a construção do indicador estadual, utilizamos para o denominador as unidades cadastradas no CNES com vínculo com o SUS. A tabela a seguir apresenta os resultados desse indicador por região de saúde do estado.

Tabela 09. Proporção de unidades de saúde que atendem ao SUS que realizam notificação de violência, doméstica, sexual e outras violências

Estado e regiões	2015			2016			2017
	Numerador	Denominador	Proporção	Numerador	Denominador	Proporção	Proporção
Estado	**674**	**3.289**	**20,49**	**702**	**3.347**	**20,97**	**20,68**
Baía da Ilha Grande	12	102	11,76	18	101	17,82	21,36
Baixada Litorânea	38	224	16,96	33	229	14,41	16,25
Centro Sul	9	247	3,64	13	246	5,28	6,48
Médio Paraíba	40	418	9,57	38	425	8,94	11,50
Metropolitana I	**392**	**995**	**39,40**	**437**	**1.026**	**42,59**	**37,62**
Metropolitana II	62	401	15,46	58	436	13,30	15,81
Noroeste	45	237	18,99	32	240	13,33	20,98
Norte	26	324	8,02	27	330	8,18	7,36
Serrana	50	341	14,66	46	314	14,65	13,28

Fonte: SINAN/SES-RJ/2017

A região Metropolitana I apresentou o melhor resultado entre as demais, com 37,61% de unidades notificadoras, superando o resultado do estado do Rio de Janeiro, apesar de São João de Meriti ter apresentado notificações zeradas. Os demais municípios variaram de 5,58% para Itaguaí a 59,92% para o Rio de Janeiro, este último superando a meta estadual. Podemos concluir que temos um grande desafio enquanto gestores do setor saúde, pois os resultados acima demonstram o quanto é preciso investir em capacitação e construção de uma rede de atenção integral e de proteção social às pessoas vítimas de violências. Com base no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002) e na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria GM/MS n.737, de 16 de maio de 2001), implantou-se a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (Portaria GM/MS n. 936, de 18 de maio de 2004) e incluiu-se a redução das violências como prioridade na Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria GM/MS n. 687, de 30 de março de 2006). O fenômeno da violência ocorre em todas as sociedades humanas, portanto a meta que precisamos alcançar é que 100% das Unidades de Saúde estejam capacitadas a detectar, atender, notificar e encaminhar para a rede de proteção os casos de violência atendidos.

√ MORTALIDADE MATERNA

A região Metropolitana I apresentou em 2016 uma taxa de mortalidade materna de 68,8 por 100 mil nascidos vivos, um pouco menor que o resultado do estado, e enquanto região vem demonstrando tendência de decréscimo desde 2012. Destacam-se municípios com redução das taxas e outros ainda apresentando elevados resultados, o que requer atenção na gestão do sistema. Os indicadores de investigação de óbitos maternos na região têm resultados positivos, porém cabe destacar a fragilidade dos dados em alguns municípios; as lacunas de investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil na região corroboram a necessidade de qualificar a estrutura da vigilância de óbitos nos municípios.

Tabela 10. Taxa de mortalidade materna segundo região de saúde, município e estado do Rio de Janeiro. Período: 2012-2016

Região, municípios e estado	2013	2014	2015	2016
Metropolitana I	**82,9**	**76,1**	**75**	**68,8**
Belford Roxo	81,8	104,5	51	69,3
Duque de Caxias	84,4	108,7	90,6	95,7
Itaguaí	157,2	55,1	-	155,4
Japeri	263,7	185,6	60,8	67,5
Magé	59,3	28	82,3	85,6
Mesquita	114,9	-	75,8	41,6
Nilópolis	197,6	142,2	-	50,7
Nova Iguaçu	95,6	82,4	63,7	33,8
Queimados	84,2	40,7	249,4	-
Rio de Janeiro	76,4	72,2	75	74,5
São João de Meriti	58,9	57,1	57,1	16,1
Seropédica	-	-	174,1	-
Estado	**80,8**	**73,2**	**70,5**	**71,2**

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM: Secretaria Estadual de Saúde - SES/RJ. Situação da base estadual em 08/11/2019, com óbitos ocorridos até agosto/2019. Nascidos vivos: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC: 2010 a 2017: Ministério da Saúde MS. Situação da base nacional em 23/05/2019. 2018 em diante: Secretaria Estadual de Saúde - SES/RJ. Situação da base estadual em 08/11/2019, com nascimentos ocorridos até agosto/2019.

Tabela 11. Número de óbitos maternos na região Metropolitana I, municípios e estado do Rio de Janeiro, 2012-2016

Região, Municípios e Estado	2012	2013	2014	2015	2016
Metropolitana I	**116**	**117**	**111**	**111**	**94**
Belford Roxo	8	6	8	4	5
Duque de Caxias	8	11	15	13	13
Itaguaí	2	3	1	-	3
Japeri	1	4	3	1	1
Magé	2	2	1	3	3
Mesquita	2	3	-	2	1
Nilópolis	3	4	3	-	1
Nova Iguaçu	15	11	10	8	4
Queimados	4	2	1	6	
Rio de Janeiro	59	67	65	68	62
São João de Meriti	10	4	4	4	1
Seropédica	2	-	-	2	-
Mun. ignorado/não preenchido	1	1	1	-	1
Estado	**180**	**181**	**171**	**167**	**156**

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM: 2010: Ministério da Saúde MS. Situação da base nacional em 23/05/2019. 2011 em diante: Secretaria Estadual de Saúde - SES/RJ. Situação da base estadual em 08/11/2019, com óbitos ocorridos até agosto/2019.

Tabela 12. Indicador de proporção de óbitos maternos investigados na região Metropolitana I, municípios e estado

Região, Municípios e Estado	2013	2014	2015	2016
Metropolitana I	**95,69**	**99,07**	**96,15**	**97,87**
Belford Roxo	80	100	100	60
Duque de Caxias	100	100	100	100
Itaguaí	66,67	100	...	100
Japeri	100	100	100	100
Magé	100	100	66,67	100
Mesquita	100	...	100	100
Nilópolis	100	100	...	100
Nova Iguaçu	72,73	90	71,43	100
Queimados	100	100	83,33	...
Rio de Janeiro	100	100	100	100
São João de Meriti	100	100	100	100
Seropédica	...	...	100	...
Município ignorado/não preenchido	100	...	...	100
Estado	**92,78**	**97,59**	**94,34**	**94,9**

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): módulo de investigação, Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna. Dados de 2018 em diante são preliminares, com situação da base nacional em outubro/2019.

Tabela 13. Indicador de proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) investigados na região Metropolitana I, municípios e estado do Rio de Janeiro – 2014 - 2017

Região, Municípios e Estado	2014	2015	2016	2017
Metropolitana I	**86,93**	**83,3**	**80,58**	**86,55**
Belford Roxo	56,25	46,23	31,9	55,1
Duque de Caxias	99,5	100	98,94	85,79
Itaguaí	74,07	100	100	98,81
Japeri	100	100	67,65	62,5
Magé	84,62	73,58	91,74	82,08
Mesquita	73,26	98,61	100	100
Nilópolis	53,68	75	66,25	77,05
Nova Iguaçu	69,81	63,38	51,07	53,94
Queimados	79,71	54,79	81,4	67,16
Rio de Janeiro	93,43	89,35	88,03	93,8
São João de Meriti	75,56	56,15	53,13	95,36
Seropédica	82,5	97,3	100	100
Mun. ignorado/não preenchido	46,43	41,38	20	55,56
Estado do Rio de Janeiro	**86,86**	**84,19**	**82,64**	**86,87**

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM): módulo de investigação, Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna. Dados de 2018 em diante são preliminares, com situação da base nacional em outubro/2019.

√ IMUNIZAÇÃO EM MENORES DE UM ANO

Os dados apresentados no quadro a seguir foram obtidos junto à Coordenação Estadual do Programa de Imunização, e apresentam os resultados de coberturas vacinais de algumas das principais doenças imunopreveníveis em crianças menores de 1 ano no período de 2013 a 2017.

São preocupantes as baixas coberturas das quatro vacinas em muitos municípios da região, e estratégias para a abordagem desses problemas são necessárias na gestão municipal, em especial na Atenção Primária à Saúde, considerando as fragilidades existentes em municípios da região Metropolitana I.

Observam-se coberturas de vacinas abaixo de 95% em muitos municípios da região, e atualmente (outubro de 2019), alguns persistem com baixos registros de imunização contra o sarampo. Atribui-se tal fato a alguns fatores tais como: não registro ou atraso no registro de doses aplicadas no SIPNI; erros de digitação; não transmissão para a base de dados nacional dos dados registrados; não processamento pelo DATASUS dos dados transmitidos, devido a incompatibilidade de versão do SIPNI, ao invés de digitar como registro válido; sistemas próprios de registro e/ou transmissão incompatíveis com o SIPNI; profissionais nas salas de vacina nas unidades básicas de saúde que demandam qualificação para a transição de sistemas de informação; irregularidade no abastecimento dos imunobiológicos; baixas coberturas de Atenção Básica e fatores culturais de desconhecimento da importância da imunização.

Quadro 04. Cobertura Vacinal de Vacinas Selecionadas PQAVS, 2013 – 2017

Município	Tríplice Viral- D1 (1 ano)					Tríplice Viral- D2				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Belford Roxo	84,12	106,12	96,99	66,15	86,13	36,4	73,67	70,3	22,27	24,66
Duque de Caxias	99,47	112,34	108,18	107,62	74,43	75,45	90,41	86,24	86,31	59,22
Itaguaí	92,14	127,94	96,27	113,73	131,55	19	46,62	55,96	49,03	81,63
Japeri	108,83	137,48	104,88	104,33	85,9	25,52	112,38	90,77	69,94	45,64
Magé	116,28	121,07	133,44	145,01	118,77	28,42	79,26	45,57	24,23	70,48
Mesquita	126,57	138,9	107,82	114,55	147,86	18,81	81,24	79,49	71,89	80,67
Nilópolis	109,25	108,15	83,47	92,94	86,3	37,39	100,1	86,29	42,84	46,59
Nova Iguaçu	100,28	129,19	102,11	117,1	84,46	53,19	92,43	101,64	56,6	45,69
Queimados	94,96	142,6	97,56	101,34	82,27	45,25	157,81	97,26	79,95	64,06
Rio de Janeiro	108,03	97,75	105,75	113,23	105,85	93,26	93,85	88,78	75,63	82,46
São João de Meriti	108,48	95,07	91,2	90,89	86,31	57,36	74,69	88,16	87,01	69,36
Seropédica	91,41	92,84	84,54	116,04	130,32	25,02	89,17	115,26	7,27	55,92
MÉDIA	105,29	105,06	104,48	109,72	99,87	76,71	91,51	87,27	70,15	71,77

Municípios	Penta (<1 ano)					Pólio (<1 ano)				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Belford Roxo	64,64	64,14	70,64	44,58	80,49	69,01	65,15	76,89	33,02	69
Duque de Caxias	92,55	92,1	99,79	89,68	62,23	110,4	101,88	112,51	89,28	61,43
Itaguaí	80,74	95,05	97,43	82,63	110,81	70,77	91,11	102,68	81,58	111,86
Japeri	112,14	99,4	105,08	100,49	64,13	106,97	99,13	102,44	57,95	27,64
Magé	98,05	83,93	115	102,66	103,89	99,85	99,66	133,65	80,7	90,14
Mesquita	91,14	98,34	96,86	98,93	115,97	87,64	100,2	96,05	102,41	105,73
Nilópolis	88,39	95,37	107,94	84,98	84,17	112,28	137,08	110,8	72,65	69,34
Nova Iguaçu	80,66	93,83	100,97	105,79	97,73	81,8	107,16	99,83	53,87	85,65
Queimados	78,41	95,85	95,16	86,8	99,23	83,44	102,01	111,54	76,77	82,15
Rio de Janeiro	94,31	96,62	99,48	104,5	106,06	102,5	100,22	108,11	101,42	101,6
São João de Meriti	89,43	78,77	90,61	83,48	76,6	93,07	95,85	95,39	85,4	79,56
Seropédica	101,57	124,85	98,34	99,47	109,64	99,91	113,12	133,17	98,77	63,37
MÉDIA	90,91	93,22	98,1	97,97	97,91	98,35	99,37	106,14	89,89	91,85

Municípios	Pneumo (<1 ano)				
	2013	2014	2015	2016	2017
Belford Roxo	50,45	49,45	56,71	50,35	80,93
Duque de Caxias	82,24	83,44	92,88	98,67	68,59
Itaguaí	71,08	89,41	90,76	99,94	117,04
Japeri	92,41	99,93	89,64	97,71	79,1
Magé	87,16	72,12	99,08	115,04	115,88
Mesquita	77,2	87,97	95,09	107,79	132,43
Nilópolis	74,22	77	97,34	90,05	86,59
Nova Iguaçu	74,97	81,55	91,01	106,15	110,64
Queimados	71,47	82,62	81,85	96,37	97,92
Rio de Janeiro	90,07	95,36	96,47	120,24	103,89
São João de Meriti	74,08	62,89	78,52	98,04	90,92
Seropédica	102,31	99,7	94,13	125,15	99,47
MÉDIA	84,2	87,81	92,4	110,64	99,76

Monitoramento de Vacinação contra Febre Amarela - Estado do Rio de Janeiro - 2008 a 2018							
Município	População alvo (FA)[1]	Doses distribuídas[2]	Total de Doses aplicadas[3]	(%) de doses administradas na população alvo[4]	População a ser vacinada[5]	Total de Doses aplicadas SIPNI[6]	(%) CV SIPNI[7]
Belford Roxo	475,228	249,850	195,416	41.12	279,812	163,431	34.39
Duque de Caxias	869,476	501,320	284,810	32.76	584,666	155,784	17.92
Itaguaí	113,697	68,600	60,051	52.82	53,646	38,902	34.22
Japeri	97,339	58,300	59,992	61.63	37,347	31,906	32.78
Magé	230,831	176,000	158,789	68.79	72,042	153,174	66.36
Mesquita	169,723	84,970	80,809	47.61	88,914	65,163	38.39
Nilópolis	158,188	98,400	130,810	82.69	27,378	85,022	53.75
Nova Iguaçu	803,324	707,300	588,115	73.21	215,209	536,835	66.83
Queimados	140,711	139,100	51,918	36.90	88,793	30,709	21.82
Rio de Janeiro	6,406,003	3,859,405	3,973,672	62.03	2,432,331	3,212,087	50.14
São João de Meriti	460,297	204,900	154,960	33.67	305,337	79,251	17.22
Seropédica	80,183	67,500	49,226	61.39	30,957	43,093	53.74
Metropolitana I	10,005,000	6,215,645	5,788,568	57.86	4,216,432	4,595,357	45.93
Total (92 municípios)	**16,259,215**	**11,414,230**	**10,419,082**	**64.08**	**5,840,133**	**9,014,175**	**55.44**

SES-RJ/SVS/SVEA/CVE/GDITR-IMUNIZAÇÕES

1. População Total - Fonte: IBGE 2018;

2. Doses distribuídas: Relatório de saídas por requisitantes - SIES, de 01/01/2017 a 24/09/2018 - (http://sies.saude.gov.br)

3. Total Doses aplicadas: Sistemas de informação do PNI: TABNET (de 2008 a 2016)+ SIPNIWEB (2017 e 2018 - doses plenas) + Campanha FA 2018 (doses fracionadas)

4. Cobertura vacinal: numerador - doses aplicadas na população alvo (total 2018); denominador - população alvo para FA X 100.

5. População residual a ser vacinada.

* Para o município do Rio de Janeiro foram distribuídas 5.000 para o INI/FIOCRUZ e Hemorio

6/7. Doses / CV com base nos dados digitados no SI-PNI (doses plenas + individualizadas) - Oficial em 27/11/2018 (Fonte - SI-PNI)

Dados sujeitos à revisão.

√ MORTALIDADE INFANTIL E COMPONENTES NEONATAL E PÓS-NEONATAL

A mortalidade infantil na região Metropolitana I em 2016 foi de 13,9 por mil nascidos vivos, e no estado do Rio de Janeiro, de 13,7 por mil nascidos vivos. A tabela a seguir revela a heterogeneidade entre os municípios, e corrobora o fato de que o componente neonatal, diretamente ligado às condições do pré-natal e da assistência ao parto, é o que mais pesa na mortalidade infantil na região. Esse tema será detalhado na Rede Cegonha, em outro ponto desse diagnóstico.

Tabela 14. Taxas de mortalidade infantil, neonatal e pós-neonatal segundo Região de Saúde e municípios – 2016.

Região, Municípios e Estado	Mortalidade Infantil	Mortalidade Neonatal	Mortalidade Pós-neonatal
Metropolitana I	**13,9**	**8,7**	**5,2**
Belford Roxo	16,6	9,1	7,5
Duque de Caxias	15,8	8,9	6,8
Itaguaí	17,1	11,9	5,2
Japeri	8,8	6,1	2,7
Magé	20,3	14	6,3
Mesquita	16,7	8,3	8,3
Nilópolis	18,2	12,2	6,1
Nova Iguaçu	13,1	8,2	4,9
Queimados	18,4	12,7	5,7
Rio de Janeiro	12,9	8,3	4,5
São João de Meriti	13	7,1	6
Seropédica	16	9,8	6,2
Estado do Rio de Janeiro	**13,7**	**8,8**	**4,9**

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM: 2016. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC: 2016. Situação da base nacional em 23/05/2019.

√SÍFILIS CONGÊNITA

Trata-se de um agravo que impacta a morbimortalidade infantil no Brasil, no estado e na região Metropolitana I e que vem demandando esforços e iniciativas para seu enfrentamento. A sífilis é multicausal, e demanda o funcionamento de uma rede de saúde articulada e integrada em seus diferentes níveis de atenção, desde a APS às maternidades e UTIs neonatais. As ações para seu enfrentamento serão detalhadas na seção que trata da Rede Cegonha. Apresenta-se na tabela a seguir o número de casos de sífilis congênita nos últimos quatro anos para a região Metropolitana I.

Tabela 15. Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade na região Metropolitana I, estado e municípios

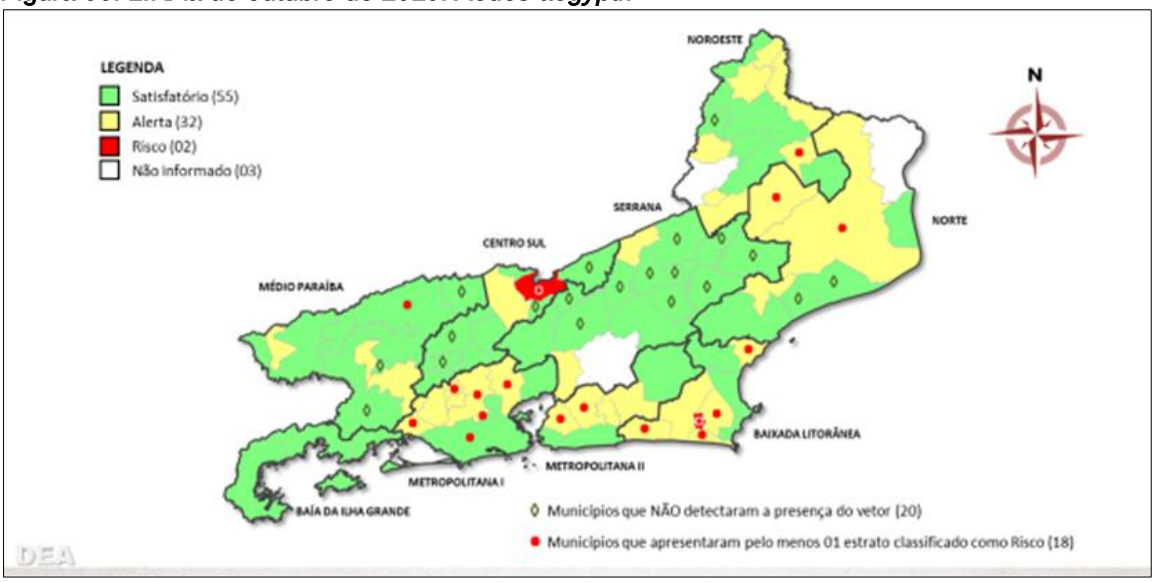
Região, Municípios e Estado	2015	2016	2017	2018
Metropolitana I	**2.507**	**2.548**	**3.091**	**2.818**
Belford Roxo	108	142	246	291
Duque de Caxias	280	318	353	318
Itaguaí	12	6	12	20
Japeri	10	17	45	27
Magé	69	44	112	108
Mesquita	33	50	87	90
Nilópolis	25	26	40	53
Nova Iguaçu	127	264	456	456
Queimados	35	44	75	52
Rio de Janeiro	1.650	1.473	1.432	1.171
São João de Meriti	151	157	225	227
Seropédica	7	7	8	5
Estado do Rio de Janeiro	**3.418**	**3.424**	**4.335**	**4.177**

Fonte: SES/RJ - SINAN, 2017

√ CENÁRIO EPIDÊMICO DE DENGUE E CHIKUNGUNYA

Foi realizado um levantamento do LIRAa (Levantamento do Índice Rápido do *Aedes aegypti*) em outubro de 2019, e observando as taxas de incidência de arboviroses, identificamos que a região Metropolitana I está entre as oito regiões do estado que apresentam municípios com cenário epidêmico para febre de chikungunya e/ou dengue. Os municípios que apresentaram estratos classificados como em risco foram Duque de Caxias (59 estratos: 31 satisfatórios, 23 em alerta e 05 em risco); Itaguaí (09 estratos: 02 satisfatórios, 05 em alerta e 02 em risco); Japeri (07 estratos: 04 satisfatórios, 02 em alerta e 01 em risco); Mesquita (08 estratos: 01 satisfatório, 05 em alerta e 02 em risco); Nova Iguaçu (53 estratos: 18 satisfatórios, 29 em alerta e 06 em risco); Rio de Janeiro (245 estratos: 151 satisfatórios, 89 em alerta e 05 em risco). O estado do Rio de Janeiro permanece na classificação de ALERTA (1%).

Figura 06. LIRAa de outubro de 2019: *Aedes aegypti*.



Ao compararmos a incidência de chikungunya nos municípios com taxas de incidência maior que 300, nos anos de 2018 e 2019, se destacam Queimados, Itaguaí, Rio de Janeiro, Magé, Japeri e Nova Iguaçu. Com relação à vulnerabilidade para dengue tipo 2, o município de Queimados está classificado sob risco em conjunto com outros municípios para a população nascida entre 2008 e 2018, mas o alerta para os demais municípios da região deve ser mantido.

Com relação às características predominantes dos depósitos identificados na região Metropolitana I, encontram-se o tipo A2 (30,5%), que se refere ao recipiente usado como reservatório de água complementar para consumo humano, o que reflete a deficiência no sistema de abastecimento e aponta para a necessidade de uma ação integrada dos setores do poder público, não dependendo apenas dos ocupantes do imóvel. E o tipo B (20%) que se refere aos depósitos móveis - vasos/frascos com água, prato, garrafas, pingadeira, recipientes de degelo em geladeiras, bebedouros em geral, pequenas fontes ornamentais, materiais em depósitos de construção (sanitários estocados, etc.), e objetos religiosos. Para esse tipo de depósito as soluções são de responsabilidade dos ocupantes do imóvel, pois requerem ações cotidianas de inspeção dos seus ambientes para eliminação de possíveis criadouros do mosquito.

II. Atenção à Saúde

A atenção à saúde se refere à organização estratégica do sistema e de suas práticas em resposta às necessidades de saúde da população. Ela é expressa em políticas, programas e serviços de saúde de acordo com os princípios e diretrizes que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS).

As redes de atenção à saúde são caracterizadas pela formação de relações horizontais entre pontos de atenção (espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde) com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde, coordenadora do cuidado em todos estes pontos. Sua organização depende de uma definição da região de saúde, com limites geográficos e população abrangida, e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região (Portaria GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010).

A Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018, que dispõe sobre o processo de planejamento regional integrado, coloca a organização da Rede de Atenção à Saúde com elemento central à assistência e vigilância nas regiões de saúde.

Assim, esta seção está dividida em vigilância em saúde, atenção básica, redes temáticas de atenção à saúde e atenção especializada.

2.1. Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde está relacionada às práticas de atenção e promoção da saúde e aos mecanismos de prevenção de doenças. É composta por várias áreas de conhecimento, abordando política e planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações,

ambiente e processo de trabalho. Deve estar inserida em todos os níveis de atenção da saúde.

A partir de saberes e práticas da epidemiologia, da análise de situação de saúde e dos determinantes e condicionantes sociais da saúde, as equipes de saúde da atenção primária podem programar e planejar ações, de maneira a organizar os serviços, aumentando o acesso da população a diferentes atividades e ações de saúde. A vigilância se distribui entre: epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador.

Para confecção deste diagnóstico foi enviado a todos os municípios da região um questionário a fim de identificar a estrutura das vigilâncias. Os 12 municípios devolveram os questionários, mas nem todas as questões tinham respostas devido à fragmentação do serviço de vigilância dentro dos organogramas vigentes. Todos os municípios da região Metropolitana I possuem serviços de Vigilância em Saúde, porém apenas três deles possuem publicação em Diário Oficial municipal.

Os doze municípios que compõem a região possuem Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária e Vigilância em Saúde do Trabalhador, embora algumas destas vigilâncias estejam fora da estrutura da Vigilância em Saúde. Existem profissionais nomeados para cada uma delas, mas as atribuições e competências ainda não foram publicadas.

Em relação à existência de Código Sanitário, que estabelece normas, e define as competências no que se refere à Vigilância Sanitária e tem por finalidade estabelecer as normas de ordem e interesse públicos, organização e funcionamento dos serviços e ações de Vigilância Sanitária, somente seis municípios possuem seus Códigos Sanitários publicados.

Os programas de Vigilância Ambiental vinculados são principalmente o VIGIAR, o VIGIAGUA, o VIGISOLO, o VIGIDESASTRES, dengue e outros (leishmaniose; acidentes com animais peçonhentos e raiva), que não aparecem em todos os municípios.

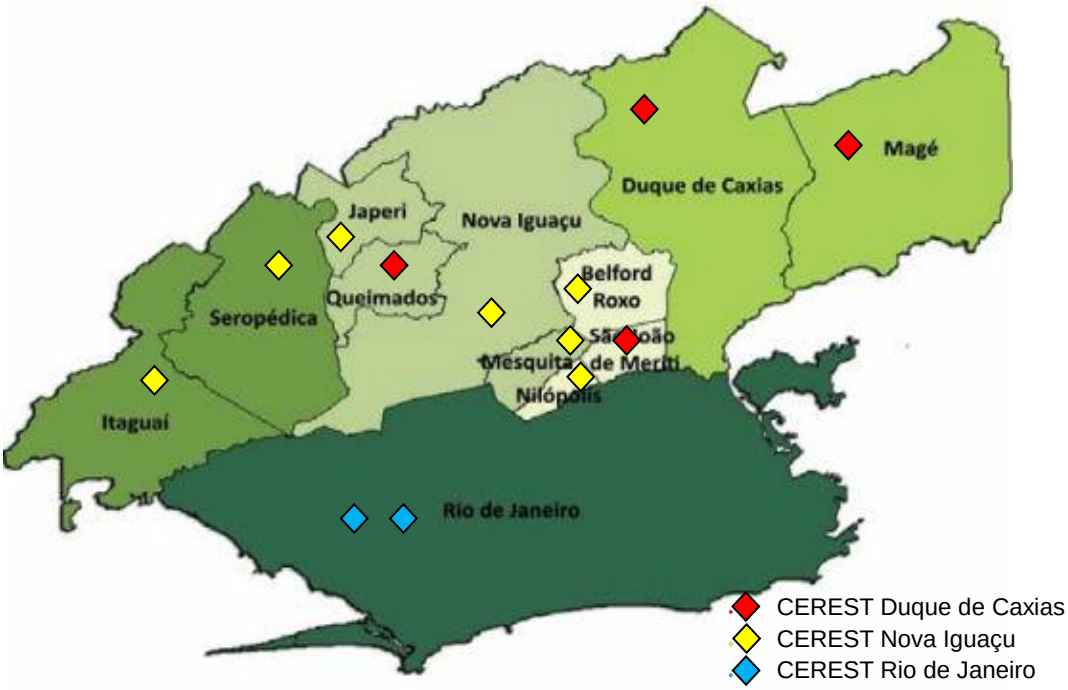
Com relação aos recursos materiais necessários para o desempenho das funções de vigilância, nem todas as vigilâncias possuem linha telefônica; nenhuma vigilância possui aparelho de fax; os computadores não são exclusivos para a maioria dos programas e muitos não são compatíveis. A maioria dos municípios informou que alimenta os sistemas de informação (SIM, SINAN, SINASC, SC-API), no entanto os computadores também não são exclusivos. Existe uma deficiência recorrente de frota de carros para o serviço.Além da necessidade de planejar o recurso financeiro para adaptá-lo às necessidades das vigilâncias municipais, há ainda prioridades regionais como: instituição das estruturas das vigilâncias preconizada pelo MS (Vigilância em Saúde; Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador);implantação de Laboratórios Regionais LACEN; implantação e estruturação do CCZ Regional; implantação e estruturação SVO Regional; e implantação de Fórum Regional de Vigilância em Saúde.

Apresentamos a seguir algumas informações sobre saúde e trabalho na região Metropolitana I, que visam subsidiar as ações que serão propostas no Planejamento Regional de Saúde.

Hoje, dentro desta região de saúde, existem 04 (quatro) CERESTs – Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - habilitados pelo Ministério da Saúde, assim

distribuídos: 01 CEREST no município polo de Duque de Caxias que congrega os municípios de Magé, São João de Meriti e Queimados; 01 CEREST no município polo de Nova Iguaçu que congrega os municípios de Belford Roxo, Itaguaí, Japeri, Mesquita, Nova Iguaçu, Nilópolis e Seropédica e 02 CERESTs no município do Rio de Janeiro, conforme pode ser observado na figura abaixo.

Figura 07. Distribuição dos municípios da região Metropolitana de acordo com os CEREST da área de abrangência



Considerando os dados do Censo Demográfico 2010[1], a população residente na região Metropolitana I totaliza **9.873.610 habitantes**; destes, **3.327.400** correspondem ao quantitativo de população ocupada, ou seja, população que exerce alguma atividade remunerada, devidamente comprovada. Este dado é importante para a identificação dos trabalhadores no âmbito desta região de saúde, conforme previsto na PNSTT. Observamos que este contingente populacional corresponde a 33,7% (IBGE, 2015) da população desta região. No entanto, destacamos que para as ações de saúde do trabalhador este percentual ainda é maior, pois conforme já exposto, tais ações devem contemplar todos os trabalhadores priorizando pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade, como aqueles inseridos em atividades ou em relações informais e precárias de trabalho, em atividades de maior risco para a saúde, submetidos a formas nocivas de discriminação, ou ao trabalho infantil, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção. Atualmente a População Economicamente Ativa (PEA)[2] no Brasil gira em torno de 50% da população total, e no estado do Rio de Janeiro este índice tem correspondido a 56,6%; estes dados

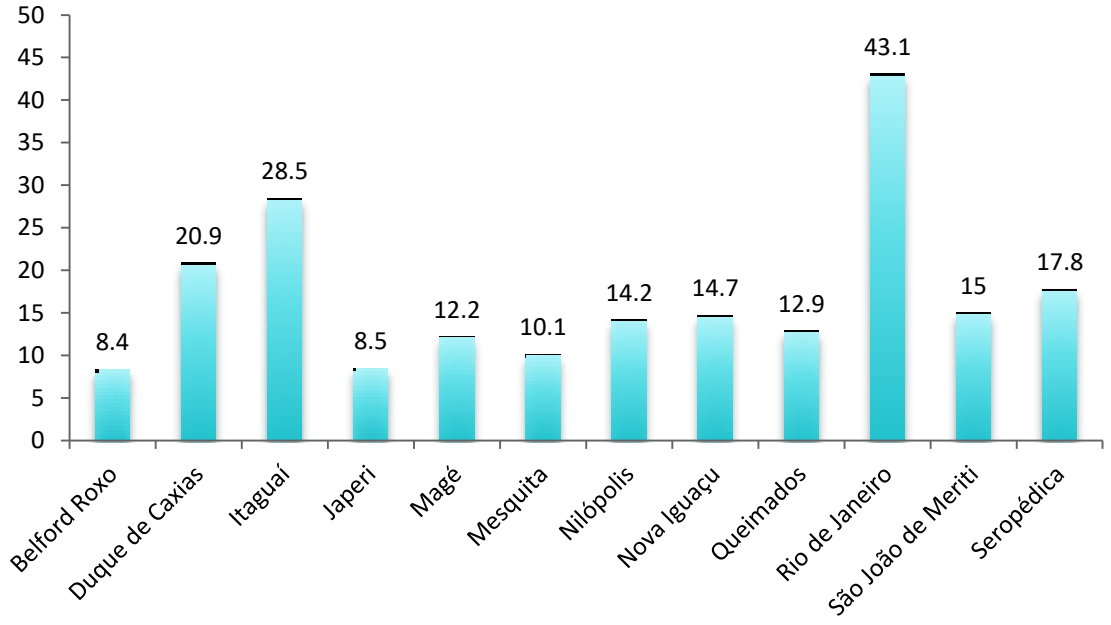
[1] IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2012). Cidades. Acesso em 19 de fevereiro de 2018, disponível em http://cidades.ibge.gov.br

[2] Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a **População Economicamente Ativa – PEA –** é a porção da população que está com idade e em condições de trabalho, estando empregada ou, de alguma forma, procurando por emprego.

apontam para a relevância da implementação de ações de saúde do trabalhador nesta região.

No gráfico 04 apresentamos o percentual da população ocupada nos municípios da região Metropolitana I para o ano de 2015.

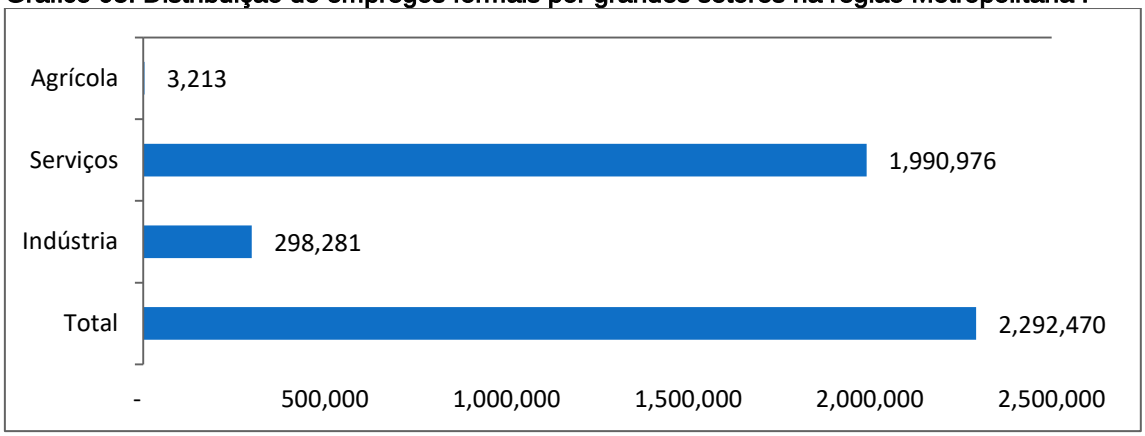
Gráfico 04. Distribuição da População Ocupada na região Metropolitana I de acordo com o município de residência.



Fonte: IBGE, 2015

Quanto à inserção dos trabalhadores da região no mercado de trabalho, de acordo com a RAIS 2015 (Relação Anual de Informações Sociais) existem na região 228.377 empresas e 2.081.643 de empregos formais distribuídos por três grandes setores: agrícola, serviço e indústria, como pode ser observado a seguir no gráfico 05.

Gráfico 05. Distribuição de empregos formais por grandes setores na região Metropolitana I



Fonte: RAIS 2015

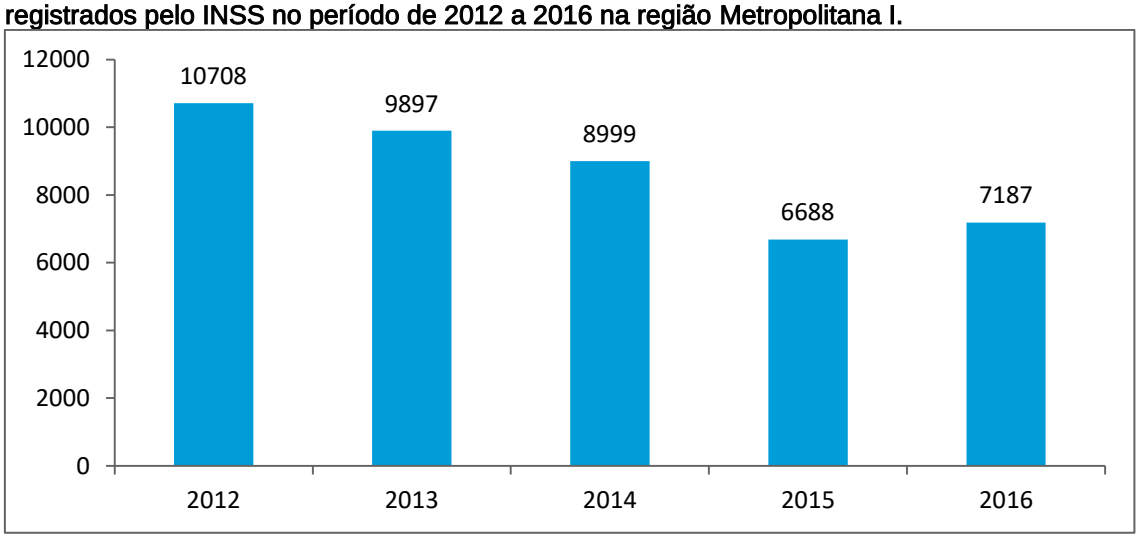
Uma análise preliminar dos dados nos permite tecer algumas considerações: a primeira diz respeito à relação entre os empregos formais e a taxa de população ocupada na região, onde os dados sugerem a existência de um número expressivo de postos de trabalho informais; outra se refere à distribuição dos trabalhadores pelos grandes setores, onde observamos a predominância do setor de serviços.

No que tange à situação de saúde dos trabalhadores na região, salientamos a inexistência de estudos científicos e de informações consistentes que envolvam toda a população trabalhadora, fato associado de um lado à pulverização das informações nos sistemas disponíveis para consulta como: anuário do INSS, RAIS, SINAN e SIM; e de outro à subnotificação dos registros nos sistemas de informação, seja pelos dados fornecidos pelas empresas do INSS, ou pelas informações notificadas pelos serviços de saúde no SINAN e SIM.

Apesar disso, tais informações apontam para a magnitude dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho na região, bem como reafirmam a necessidade de integração dos sistemas de informação e de estabelecimento de estratégias que qualifiquem os dados e reduzam a subnotificação.

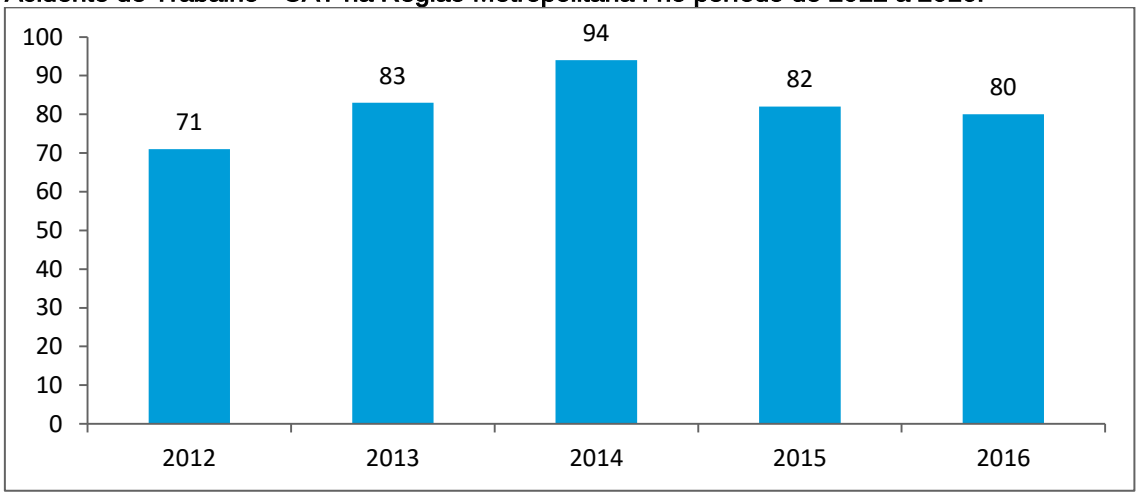
Isso posto, apresentamos a seguir três gráficos que demonstram, mesmo que de forma parcial, a situação de adoecimento e morte da população trabalhadora na região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, contendo informações sobre: número de afastamentos do trabalho por agravos relacionados ao trabalho; mortes relacionadas com o trabalho; e número de notificações de agravos relacionados ao trabalho registrados no SINAN.

Gráfico 06. Número de Afastamentos do Trabalho relacionados com a saúde do trabalhador registrados pelo INSS no período de 2012 a 2016 na região Metropolitana I.



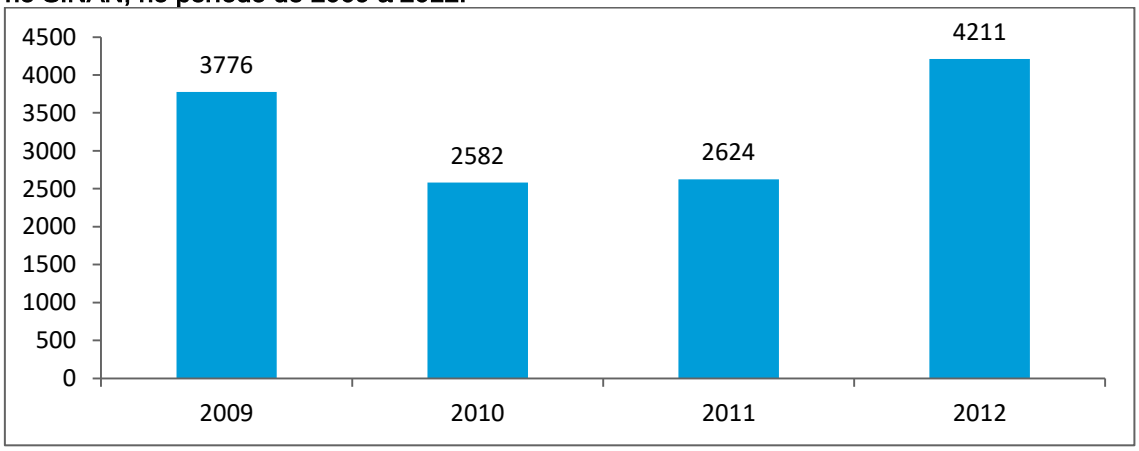
Fonte: Observatório Digital de Saúde e Segurança no Trabalho/2018

Gráfico 07. Número de Acidentes de trabalho com morte registrados pela Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT na Região Metropolitana I no período de 2012 a 2016.



Fonte: Observatório Digital de Saúde e Segurança no Trabalho/2018

Gráfico 08. Número de Notificações de agravos e doenças relacionadas ao Trabalho, registrados no SINAN, no período de 2009 a 2012.



Fonte: Rio com Saúde/ Vigilância em saúde do trabalhador

Segundo dados disponibilizados pelo Observatório Digital de Saúde e Segurança no trabalho, no período de 2012 a 2016 foram registrados 43.479 afastamentos do trabalho relacionados com a Saúde do Trabalhador, e 410 acidentes com morte envolvendo os trabalhadores nesta região de saúde, como pode ser observado nos gráficos anteriores. Cabe destacar que tais informações referem-se, apenas, aos trabalhadores formais, ficando de fora um grande percentual de trabalhadores que embora estejam ocupados, estão inseridos informalmente no mercado de trabalho, bem como servidores públicos das três esferas de governo.

Quanto às informações registradas no SINAN, referentes aos agravos e doenças relacionadas ao trabalho na região, apresentamos no gráfico 07 o número de notificações registradas neste sistema no período de 2009 a 2012. Salientamos que estes dados carecem de atualização. Um dos nós críticos deste sistema, em relação à Saúde do Trabalhador, diz respeito ao acesso aos dados produzidos pela área seja na esfera federal, estadual ou municipal.

Verificamos que no período de 2009 a 2012 foram notificados 13.193 casos de agravos e doenças relacionados ao trabalho nesta região de saúde. Embora a base do SINAN tenha uma abrangência maior, pois considera um universo de trabalhadores mais amplo do que a base do sistema do INSS, constatamos que há uma grande discrepância entre os dados apresentados no gráfico 05 e no gráfico 07. Ainda que os períodos expostos nos gráficos não sejam coincidentes, notamos que o ano de 2012 é comum aos dois gráficos. Tomando por referência este ano, constatamos que no SINAN foram registrados 4.211 casos de agravos ou doenças relacionadas ao trabalho e pelo INSS foram registrados 10.708 afastamentos. Logo, as informações do SINAN representam 39,3% dos casos registrados pelo INSS; este possível subregistro aponta para um lapso de 60% das informações do SINAN em relação aos dados registrados pelo INSS, e se considerarmos a possibilidade de abrangência deste sistema, este lapso é muito maior face ao expressivo número de trabalhadores que se encontram na informalidade e não possuem cobertura da Previdência Social.

Com os dados expostos até aqui, é possível identificar a relevância da implementação das ações de saúde do trabalhador na região Metropolitana I, bem como a urgência na construção de uma Política de Saúde do Trabalhador que considere a realidade local e regional. Para tanto, se faz necessário que os gestores locais assumam a saúde do trabalhador como uma área de ação e intervenção, e para isto destacamos a formalização das referências técnicas em saúde do trabalhador nos municípios que compõem a região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, conforme Deliberação CIR – Metropolitana I n.º 30 de 23 de setembro de 2016, que pactua a designação pelo gestor municipal de referência técnica para a implantação e implementação das ações de Saúde do Trabalhador em seu respectivo município.

Identificamos que, mesmo após a pactuação, alguns municípios ainda não possuem Referência Técnica para as ações de saúde do trabalhador, ou embora possuam a referência, não há desenvolvimento de ações que correspondam àquelas previstas na PNSTT. O próximo quadro apresenta a relação dos municípios que compõem a Região Metropolitana e a existência de Referência Técnica em Saúde do Trabalhador.

Conforme preconizado na PNSTT, a participação dos trabalhadores como sujeitos deste processo deve ser incentivada a partir da criação de fórum de participação, bem como dos mecanismos existentes e formalizados de controle social como os conselhos gestores dos CERESTs e as CISTTs (Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador) municipais. Uma das ações propostas pelo Grupo de Trabalho é o fomento à participação social, via a potencialização dos Conselhos Gestores nos CERESTs, bem como da implementação da CISTTs municipais. Ressaltamos que este grupo de trabalho conta com a participação do controle social, que inclusive compõe o colegiado que coordena as ações. Em relação ao controle social apenas o CEREST Duque de Caxias possui conselho gestor formalizado e atuante; os demais CERESTs não contam com este mecanismo de participação social. Quanto às CISTTs municipais, observamos que estão muito incipientes, e apenas alguns municípios conseguiram formalizar e garantir o seu pleno funcionamento como pode ser visto nos quadros abaixo.

Quadro 05. Distribuição dos municípios da região Metropolitana I quanto à existência de Referência Técnica em Saúde do Trabalhador - 2017

Municípios	Referência Técnica
Belford Roxo	Sem Referência Técnica
Duque de Caxias	Com Referência Técnica
Itaguaí	Com Referência Técnica
Japeri	Com Referência Técnica
Magé	Com Referência Técnica
Mesquita	Com Referência Técnica
Nilópolis	Sem Informação
Nova Iguaçu	Sem Informação
Queimados	Com Referência Técnica
Rio de Janeiro	Com Referência Técnica
São João de Meriti	Com Referência Técnica
Seropédica	Com Referência Técnica

Fonte: Atas de reuniões do Grupo de Trabalho de Saúde do Trabalhador CIR região Metropolitana I, 2018

Quadro 06. Distribuição dos municípios da região Metropolitana I quanto à existência de Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador - 2017

Município	CIST	Situação
Belford Roxo	Existe	Em implantação
Duque de Caxias	Existe	Atuante
Itaguaí	Existe	Não Atuante
Japeri	Existe	Atuante
Magé	Existe	Atuante
Mesquita	Não Existe	Sem Informação
Nilópolis	Sem Informação	Sem Informação
Nova Iguaçu	Sem Informação	Sem Informação
Queimados	Existe	Atuante
Rio de Janeiro	Sem Informação	Sem Informação
São João de Meriti	Existe	Sem Informação
Seropédica	Existe	Sem Informação

Fonte: Atas de reuniões do Grupo de Trabalho de Saúde do Trabalhador CIR região Metropolitana I, 2018

Quadro 07. Distribuição dos CEREST da região Metropolitana I quanto à existência de Conselho Gestor de Unidade

CEREST	Situação Conselho Gestor
Duque de Caxias	Em pleno funcionamento
Nova Iguaçu	Não existe
Rio de Janeiro	Não existe

Fonte: Atas de reuniões do Grupo de Trabalho de Saúde do Trabalhador CIR região Metropolitana I, 2018

Para finalizar, reforçamos que as informações expostas são preliminares, e não produzem um diagnóstico final da região. Mas são indicativos para uma reflexão acerca da situação de trabalho e saúde, apontando para a necessidade premente de fortalecer a

política de saúde do trabalhador, através da criação de mecanismos de controle social, bem como da estruturação das áreas técnicas de saúde do trabalhador nos municípios e na região.

2.2. ATENÇÃO BÁSICA

Embora a Atenção Básica (AB) seja de responsabilidade municipal, a baixa cobertura e resolutividade da mesma contribuem para o aumento da demanda por serviços de saúde em outros níveis de atenção, de maior complexidade, seja pelo aprofundamento das patologias ou por insuficiência de capacidade instalada para resolver questões de saúde de menor complexidade. Considerando que muitos municípios não possuem equipamentos de todos os níveis de atenção dentro do seu território e que geralmente os fluxos assistenciais para acesso a estes níveis são pactuados regionalmente, é relevante a discussão sobre Atenção Básica no planejamento regional, uma vez que a mesma quando presente nos territórios municipais, com cobertura adequada e com boa resolutividade, pode gerar uma redução da demanda e um melhor direcionamento dos usuários para acessar os serviços de média e alta complexidade pactuados na região.

A região se caracteriza por uma baixa cobertura de Atenção Primária em relação às demais regiões do Estado, embora tenha melhorado nos últimos anos, principalmente pela expansão da Estratégia da Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro. No momento atual (2019), vem sofrendo a redução do investimento na Estratégia Saúde da Família com a consequente perda de um grande número de equipes, retornando a região a baixos patamares de cobertura.

√ CAPACIDADE INSTALADA DE ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA FAMÍLIA

Em relação à capacidade instalada de Atenção Básica na região Metropolitana I observa-se que houve um aumento na cobertura de Atenção Básica regional ao longo dos últimos anos, chegando a 63.74% em 2017. No entanto a cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) da região, embora também tenha sofrido aumento nos últimos anos, continua menor que 60%. No ano de 2017, 53,94% da população residente foi assistida pelas equipes da estratégia.

Essa diferença entre as coberturas populacionais estimadas de AB e ESF aponta que existem ainda muitas equipes de Atenção Básica tradicional, sendo forte esse modelo na região. A tabela a seguir apresenta uma série histórica dessa cobertura populacional estimada em todos os municípios da região.

Tabela 16. Série Histórica de Cobertura Populacional Estimada de Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família por Município da região Metropolitana I.

Municípios, Região e Estado	Cobertura por equipes de atenção básica				Cobertura por equipes de saúde da família			
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Belford Roxo	33,01	32,57	35,48	35,37	28,17	28,07	30,12	27,93
Duque de Caxias	36,66	40,14	34,79	40,57	26,67	29,63	23,24	27,07
Itaguaí	75,17	94,34	88,63	81,74	44,79	55,85	52,12	51,38
Japeri	56,1	57,49	36,35	42,15	56,1	55,68	34,55	41,17
Magé	86,09	76,79	82,28	56,94	86,09	76,79	82,28	56,94
Mesquita	56,49	60,01	61,67	62,15	38,52	36,43	32,33	36,31
Nilópolis	100	100	100	100	65,39	65,38	65,38	65,37
Nova Iguaçu	46,04	52,75	53,44	52	29,15	36,8	33,75	35,91
Queimados	25,93	33,54	35,25	33	24,34	28,28	28,46	26,26
Rio de Janeiro	54,42	55,02	68,62	70,89	43,36	44,06	59,47	62,63
São João de Meriti	35,7	40,72	37,19	53,97	23,96	34,45	31,46	48,69
Seropédica	80,67	92,46	91,56	94,3	80,67	92,46	91,56	90,72
Metropolitana I	**51,93**	**53,6**	**61,77**	**63,74**	**40,58**	**42,41**	**51,24**	**53,94**
Estado do Rio de Janeiro	**60,31**	**60,61**	**66,56**	**68,55**	**48,22**	**48,58**	**54,45**	**56,87**

Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB

Apenas cinco dos doze municípios que constituem a região apresentaram coberturas de Estratégia Saúde da Família (ESF) acima de 50% no último ano que foram os municípios de Itaguaí, Magé, Nilópolis, Rio de Janeiro e Seropédica. Além disso, os municípios de Belford Roxo, Duque de Caxias, Queimados e São João de Meriti registraram coberturas de ESF abaixo de 30%. As coberturas municipais de Atenção Básica apresentam um panorama melhor, e oito dos doze municípios apresentam cobertura da AB maior que 50%.

Observamos que o município do Rio de Janeiro apresentou um aumento de 16,5% na Cobertura Populacional Estimada por Equipes de Atenção Básica, quando comparamos 2014 com 2017. Na região também observamos no mesmo período que os municípios de Mesquita e Nova Iguaçu apresentaram ampliação nas suas coberturas de 5,66% e 5,96% respectivamente. Em alguns municípios, como Belford Roxo, Itaguaí, Magé, Nova Iguaçu e Queimados observamos uma redução de cobertura de Atenção Básica.

Essa redução de cobertura de AB, bem como a baixa cobertura de saúde da família observada na região se dá em razão das muitas dificuldades enfrentadas nos municípios nos últimos anos, tais como:

- Infraestrutura inadequada das UBS: o que ocasionou o fechamento de algumas unidades;
- UBS situadas em locais alugados: o que amplia o gasto de manutenção das equipes de ESF e ocasiona a possibilidade de cortes de verbas com o fechamento das UBS;
- Déficit de profissionais nas equipes de ESF: Dificuldades na manutenção dos profissionais nas ESF por falta de pagamento ou necessidades de mudança no tipo de contratação dos profissionais;

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerada prioritária para a orientação, expansão e consolidação da Atenção Básica no país. A mesma tem como princípios a adscrição da população em dado território, responsabilidade sanitária, vínculo entre profissionais de saúde e comunidade e o cuidado mais próximo de onde as pessoas vivem, compreendendo e considerando em sua prática, portanto, os determinantes e as condições de sua saúde. Dentro deste contexto, as Unidades Básicas de Saúde são o local prioritário de atuação das eAB e eSF e sua distribuição, preferencialmente, deve considerar os mesmos princípios da estratégia de Saúde da Família. Destacamos também como equipes que constituem a atenção básica os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF- AB) e as equipes de consultório na rua (eCNR).

São atribuições primordiais dos NASF-AB: participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica a que estão vinculadas; contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários, principalmente por intermédio da ampliação da clínica; realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde da coletividade e de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde.

Tabela 17. Unidades Básicas de Saúde, Equipes de ESF, Saúde Bucal, NASF e Consultório na Rua por município da região Metropolitana I no ano de 2017.

Municípios e Região	UBS	ESF	ESB na ESF	NASF	ECNR
Belford Roxo	33	40	8	3	1
Duque de Caxias	43	70	33	3	1
Itaguaí	21	18	10	0	0
Japeri	9	12	3	1	0
Magé	41	39	17	1	0
Mesquita	24	18	7	0	0
Nilópolis	8	30	5	3	0
Nova Iguaçu	59	83	24	14	2
Queimados	17	11	2	0	0
Rio de Janeiro	287	1239	434	77	7
S. João de Meriti	17	65	8	1	1
Seropédica	18	22	16	0	0
Metropolitana I	**577**	**1647**	**567**	**103**	**12**

Fonte: CNES. Competência dez. 2017.

As eCNR foram criadas para prestar atenção integral à população em situação de rua, que possui um movimento muito peculiar dentro dos territórios e se apresenta em condição de extrema vulnerabilidade. A composição dessas equipes é multiprofissional e suas atividades devem ser realizadas de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de unidades básicas de saúde (UBS) do território onde estão atuando. A tabela 17 apresenta a capacidade instalada dos municípios da região Metropolitana I no que diz respeito ao número de Unidades Básicas de Saúde (UBS), número de equipes de Saúde da Família,

Saúde Bucal, Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), Consultório na Rua no ano de 2017.

A região registrava em 2017, 1.647 equipes de Saúde da Família e 567 equipes de Saúde Bucal implantadas em 577 Unidades Básicas de Saúde presentes nos municípios da região Metropolitana I. Podemos observar um número importante de Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF); ao todo são 103 na região, no entanto 4 municípios ainda não possuem equipes credenciadas pelo Ministério da Saúde, Itaguaí, Mesquita, Queimados e Seropédica.

Sobre as equipes de Consultório na Rua, Belford Roxo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro e São João de Meriti são municípios que já atuam atendendo a essa população em situação de vulnerabilidade, tão presente nos grandes centros urbanos, como é o caso de muitos municípios da região Metropolitana I. Ao todo a região conta com 12 equipes de consultório na rua implantadas pelos municípios e recebendo incentivo do Ministério da Saúde. Esse trabalho vem sendo ampliado e as ações realizadas estão sendo regularmente discutidas com a Superintendência de Atenção Básica da Secretaria de Estado de Saúde.

√ PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

Outra dificuldade enfrentada pela região é a fixação do profissional médico e a garantia de profissionais 40h nas equipes da ESF, portanto o Programa Mais Médicos foi uma importante estratégia para garantir o funcionamento de muitas equipes.

O Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) foi instituído pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, com a finalidade de captar e formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS). Buscava-se por meio do projeto diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, reduzindo as desigualdades regionais na área da saúde e fortalecendo a prestação de serviços de atenção básica em saúde em nosso país (BRASIL, Ministério da Saúde, 2013). O estado do Rio de Janeiro participa do Programa desde seu início e já teve 682 profissionais médicos distribuídos em seu território nas equipes de atenção básica.

No segundo semestre de 2018, a região contava com 320 médicos do programa, sendo que apenas dois municípios, Magé e Nilópolis, não participavam do mesmo. Na maioria dos municípios participantes do programa a quantidade de médicos do programa contempla mais de 50% das equipes de saúde da família dos municípios, exceto Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São João de Meriti e Seropédica, o que mostra a importância desse programa na garantia da cobertura de saúde da família nesses municípios. A tabela a seguir mostra a distribuição de médicos do Programa Mais Médicos por município naquele momento.

Tabela 18. Número de profissionais do Programa Mais Médicos por município da região Metropolitana I.

Municípios e Região	Número de médicos do programa Mais Médicos no segundo semestre de 2018
Belford Roxo	25
Duque de Caxias	53
Itaguaí	14
Japeri	9
Magé	0
Mesquita	10
Nilópolis	0
Nova Iguaçu	37
Queimados	11
Rio de Janeiro	133
São João de Meriti	25
Seropédica	3
Metropolitana I	**320**

Fonte: SGP/MS/2018.

Com o resultado das eleições presidenciais em 2018, e as manifestações contrárias às características do programa pelo candidato eleito, o governo cubano se manifestou pelo rompimento do convênio, e retorno ao país, de todos os médicos que trabalhavam no Brasil naquele momento.

Em atualização realizada em outubro de 2019, foi apurado que existem na região Metropolitana I, 232 vagas restantes do Programa Mais Médicos. Dessas, 164 se encontram ocupadas segundo o quadro abaixo:

Tabela 19. Distribuição das Vagas Ocupadas no Programa Mais Médicos na região Metropolitana I

Municípios	Vagas
Duque de Caxias	42
Itaguaí	9
Japeri	8
Rio de Janeiro	103
Seropédica	2
Vagas Ocupadas	**164**

Fonte: SAPS/MS-2019

A distribuição das vagas desocupadas está descrita na tabela a seguir, onde se observa que 75 vagas estão desocupadas, e somente existe previsão para a reposição de 7 vagas.

Quadro 08. Distribuição das Vagas Desocupadas no Programa Mais Médicos na região Metropolitana I e a Previsão de Reposição

Municípios e Região	Vagas	Reposição Prevista	
Belford Roxo	2	Sim	2
Duque de Caxias	10	Não	0
Itaguaí	6	Não	0
Japeri	1	Não	0
Nova Iguaçu	1	Sim	1
Queimados	2	Sim	2
Rio de Janeiro	49	Não	0
São João de Meriti	2	Sim	2
Seropédica	2	Não	0
Metropolitana I	**75**	**-**	**7**

Fonte: SAPS/MS-2019

O relatório de monitoramento do Programa Mais Médicos – MS informa os prazos de término dos contratos vigentes, onde é possível verificar que nos próximos três anos, os municípios envolvidos perderão um grande contingente de médicos para atuarem na Atenção Primária à Saúde, especificamente na Estratégia de Saúde da Família. O impacto sobre a cobertura de serviços na APS será muito significativo, haja vista as dificuldades históricas de investimento e manutenção de profissionais e produção de serviços suficiente para prover atenção à saúde de qualidade na região.

A tabela a seguir mostra a distribuição das perdas de profissionais nos anos de 2019, 2020, 2021 e 2022.

Tabela 20. Perda de Profissionais do Programa Mais Médicos Segundo Término do Contrato

Municípios e Região	2019	2020	2021	2022
Duque de Caxias	2	18	20	0
Itaguaí	1	8	0	2
Japeri	0	1	6	1
Nova Iguaçu	0	0	0	0
Rio de Janeiro	2	53	24	25
Seropédica	0	0	1	1
Metropolitana I	**5**	**80**	**51**	**29**

Fonte: SAPS/MS-2019

√ SAÚDE BUCAL

Em relação à Saúde Bucal na Atenção Básica, a maioria dos municípios teve aumento de cobertura de equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, no período de 2014-2017, alcançando maior percentual no ano de 2016 (27,82%). De 2008 a 2017 foram cadastradas 353 novas equipes de saúde bucal na região. Isto demonstra ampliação no acesso aos serviços de atenção básica. A tabela a seguir apresenta uma série histórica dessa cobertura em todos os municípios da região.

Tabela 21. Série Histórica da Cobertura de Saúde Bucal na AB por município. 2014-2017

Região e Municípios	2014	2015	2016	2017
Metropolitana I	**25,57**	**25,41**	**27,82**	**27,25**
Belford Roxo	9,80	9,32	9,48	9,23
Duque de Caxias	28,63	31,83	32,04	18,71
Japeri	23,89	18,49	54,60	12,53
Itaguaí	54,07	56,19	13,87	51,38
Magé	60,50	28,62	31,23	24,82
Mesquita	16,81	19,64	16,99	18,95
Nilópolis	33,23	33,33	36,65	34,20
Nova Iguaçu	22,21	25,72	27,03	25,90
Queimados	12,29	14,43	14,85	19,82
Rio de Janeiro	26,26	26,15	29,56	30,57
São João de Meriti	6,85	7,53	9,32	11,95
Seropédica	59,90	63,64	63,64	69,56

Fonte dos dados até 2016: Informação em Saúde/ Secretaria de Estado da Saúde- RJ. Fonte dos dados em 2017: e-Gestor Atenção Básica/ Ministério da Saúde

***Nota:** Para 2017 o Indicador apresentou mudanças no método de cálculo relevantes referentes a: - Alteração nos parâmetros de cobertura para equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família; - Parâmetros diferentes para diferentes tipos de equipe. Os valores apresentados de 2014 a 2016 referem-se ao método de cálculo anterior.

Na análise do período, os municípios de Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti e Seropédica alcançaram maior percentual de cobertura de Saúde Bucal na atenção básica no ano de 2017.

Esta ampliação gradual ao longo dos anos deveria redundar em um aumento percentual do número médio de pessoas que participaram da ação coletiva de escovação supervisionada. Expressando, portanto, a proporção de pessoas que tiveram acesso à escovação dental sob orientação/supervisão de um profissional de saúde visando à prevenção de doenças bucais, prioritariamente a cárie dental e a doença periodontal, subsidiando o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas públicas e ações de saúde bucal através da análise das prioridades da Atenção Básica em Saúde Bucal prestada à população.

No ano de 2017, a Portaria 2.148, de 28 de agosto de 2017 (artigo 2º) encerra a importação dos dados do e-SUS AB para o SIA/SUS a partir da competência de agosto de 2017, dificultando a continuidade do registro do procedimento no SIA/SUS, fonte de dados que compõe o método de cálculo do indicador. Ainda assim, no panorama geral da região, observa-se manutenção dos resultados.

A tabela a seguir apresenta uma série histórica desse indicador em todos os municípios da região.

Tabela 22. Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada por município

Região e Municípios	2014	2015	2016	2017
Metropolitana I	**0,58**	**0,46**	**0,48**	**0,46**
Belford Roxo	0,52	0,39	0,28	0,07
Duque de Caxias	0,23	0,14	0,23	0,08
Itaguaí	0,01	-	0,01	0,12
Japeri	0,03	0,16	0,05	0,03
Magé	0,04	0,02	0,02	0,04
Mesquita	0,26	0,03	0,02	0,06
Nilópolis	-	-	-	-
Nova Iguaçu	1,59	0,29	0,27	0,06
Queimados	0,67	0,59	0,08	-
Rio de Janeiro	0,56	0,61	0,67	0,69
São João de Meriti	0,20	-	-	0,02
Seropédica	2,97	0,25	0,07	-

Fonte: 2014-2015: Informação em Saúde / Secretaria de Estado da Saúde - RJ ; 2016: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), em 16/01/2017; 2017: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), em 15/03/2018

Outro indicador de saúde bucal que apresentou queda acentuada nos números no ano de 2017 foi a Proporção de exodontia em relação aos procedimentos. Este resultado condiz com o indicativo de redução percentual esperado para o indicador, mas pode não estar relacionado à melhoria da qualidade da assistência, e sim à diminuição na oferta dos serviços em saúde bucal com redução do acesso da população; e também à alteração do sistema de registro da produção da atenção básica pelo Ministério da Saúde, com a publicação da Portaria 2.148, em 28 de agosto de 2017 (artigo 2º), que encerra a importação dos dados do e-SUS AB para o SIA/SUS (fonte do indicador) a partir da competência agosto de 2017; gerando subnotificação dos dados realizados na atenção básica.

Tabela 23. Proporção de exodontia em relação aos procedimentos, por município

Região e Municípios	2014	2015	2016	2017
Metropolitana I	**6,33**	**5,41**	**5,19**	**0,07**
Belford Roxo	6,40	5,63	7,49	0,03
Duque de Caxias	13,05	3,29	2,18	0,05
Itaguaí	5,01	5,76	5,57	0,04
Japeri	9,48	7,51	8,39	0,16
Magé	16,47	20,92	23,31	0,07
Mesquita	5,21	5,22	4,82	0,03
Nilópolis	1,08	1,33	2,27	0,25
Nova Iguaçu	6,34	5,54	4,15	0,02
Queimados	23,37	15,95	6,88	0,00
Rio de Janeiro	5,79	5,53	5,92	0,09
São João de Meriti	8,30	9,71	6,98	0,1
Seropédica	7,54	6,88	11,46	0,17

Fonte: 2014-2015: Informação em Saúde / Secretaria de Estado da Saúde - RJ ; 2016: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), em 16/01/2017; 2017: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), em 15/03/2018

Além da ampliação de cobertura, a região Metropolitana I investiu também em ferramentas de qualificação das equipes de saúde bucal na atenção básica, através da adesão do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB). A tabela a seguir apresenta o relatório da adesão das equipes nos 3 ciclos do programa do Ministério da Saúde.

Tabela 24. Adesão ao PMAQ-AB- Saúde Bucal

Municípios	1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo
Belford Roxo	04	12	09
Duque de Caxias	03	25	33
Itaguaí	03	03	10
Japeri	01	05	03
Magé	0	0	08
Mesquita	06	07	07
Nilópolis	0	05	05
Nova Iguaçu	0	18	24
Queimados	0	02	04
Rio de Janeiro	258	296	377
São João de Meriti	04	07	07
Seropédica	08	16	16

Fonte: Portaria Nº 2.812, de 29 de novembro de 2011; Portaria Nº 635, de 17 de abril de 2013; Portaria Nº 1.658 de 12 setembro de 2016

Observa-se que a Saúde Bucal da região Metropolitana I teve um aumento gradual de adesão ao PMAQ-AB, no comparativo do primeiro e terceiro ciclos (de 287 para 503 equipes de saúde bucal). Na continuidade da atenção em saúde bucal, e para dar conta da necessidade de saúde dos usuários, a região Metropolitana I apresenta Centros de Especialidades Odontológicas em todos os municípios da região, em um total de 34 CEOs, com oferta mínima de 05 especialidades odontológicas: pacientes com deficiência, periodontia, endodontia, cirurgia oral menor e diagnóstico bucal.

O quadro a seguir apresenta o relatório dos tipos e quantidades de CEOs por município da região Metropolitana I, além do informe sobre a adesão dos CEOs à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e ao PMAQ-CEO.Observa-se que a maioria dos municípios da região realizou a adesão dos CEOs à RCPD. Quanto às adesões ao PMAQ-CEO, o 2º ciclo teve avanços: a adesão de mais um CEO do município de Duque de Caxias e a adesão de mais 03 CEOs do município do Rio de Janeiro. Vê-se novamente como o Programa ampliou a cobertura de adesão na região. Quanto à oferta do serviço de próteses dentárias, a região possui 05 municípios credenciados pelo Ministério da Saúde, na faixa de 20-50 próteses dentárias/por mês. O quadro 10 apresenta os municípios credenciados.

Quadro 09. Centros de Especialidades Odontológicas, região Metropolitana I

Município	Nº de CEOs	Tipo de CEO	Adesão RCPD	Adesão 1º ciclo PMAQ-CEO	Adesão 2º ciclo PMAQ-CEO
Belford Roxo	2	II	Sim	Sim	Sim
Duque de Caxias	3	I	Sim	Sim	Sim
		II	Não	Não	Sim
		III	Sim	Sim	Sim
Itaguaí	1	II	Não	Não	Não
Japeri	1	II	Sim	Não	Não
Magé	3	I	Sim	Sim	Sim
		III	Sim	Sim	Sim
		I	Não	Não	Não
Mesquita	1	II	Sim	Sim	Sim
Nilópolis	1	II	Não	Sim	Sim
Nova Iguaçu	1	III	Sim	Sim	Sim
Queimados	1	II	Não	Não	Não
Rio de Janeiro	2	I	Não	Não	Não
	15	II	Não	10 Sim	13 Sim
	1	III	Não	Não	Não
São João de Meriti	1	II	Sim	Sim	Sim
Seropédica	1	II	Não	Sim	Sim

Fonte: MS/SAS/DAB/Brasil Sorridente/Cidades Atendidas; Portaria Nº 2.513/GM, de 29 de outubro de 2013; Portaria Nº 1.814, de 7 de outubro de 2016.

Quadro 10. Laboratórios de Prótese Dentária por município da região Metropolitana I

Municípios	Portaria de Habilitação	Faixa de produção
Belford Roxo	GM 1825 (24/08/2012)	20-50
Nilópolis	GM 2486 (31/10/2012)	20-50
Rio de Janeiro	GM 2375 (07/10/2009) / GM 1172 (19/05/2011) / GM 1110 (28/05/2012)	20-50
São João de Meriti	GM 870 (19/04/2010) / GM 1172 (19/05/2011) / GM 1825 (24/08/2012)	20-50
Seropédica	GM 2071 (23/07/2010) / GM 1172 (19/05/2011) / GM 1825 (24/08/2012) / GM 2759 (12/12/2014)	20-50

Fonte: MS/SAS/DAB/Brasil Sorridente/Cidades Atendidas

Numa análise da oferta de próteses dentárias nestes municípios (Procedimentos: Prótese Parcial Mandibular Removível, Prótese Parcial Maxilar Removível, Prótese Total Mandibular, Prótese Total Maxilar, Próteses Coronárias/Intra-Radiculares Fixas/Adesivas [Por Elemento]), no período de janeiro de 2013 a janeiro de 2018, foram ofertadas 9.514 próteses, de acordo com o SIASUS/DATASUS.

Outra oferta de serviços em odontologia vale ser destacada neste diagnóstico regional, que é a rede de saúde bucal para o controle do câncer de boca. Para compor, a região apresenta todos os municípios com CEOs, num total de 34 unidades com a especialidade mínima de Diagnóstico Bucal.

O quadro a seguir apresenta o Diagnóstico da capacidade instalada para detecção de câncer de boca, elaborado pela Área Técnica de Saúde Bucal da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, a partir das respostas dos Coordenadores

Municipais de Saúde Bucal que responderam ao questionário com as questões apontadas.

Quadro 11. Diagnóstico da capacidade instalada para detecção de câncer de boca

Municípios	Há referência no município para a realização de biópsia?	Para onde são encaminhadas as peças para o exame anatomopatológico?
Belford Roxo	Estomatologia da UFRJ	Encaminham os casos para a Patologia da UFRJ
Duque de Caxias	CEO	Hospital Municipal Moacyr do Carmo
Itaguaí	CEO	Instituto Brasileiro de Análises Clínicas localizado em Paracambi e UERJ
Magé	Os dois CEOs municipais e os 02 hospitais municipais realizam biópsia	Referenciam para o Hospital Municipal de Magé e o Hospital Municipal Piabetá
Mesquita	CEO	UFRJ
Nilópolis	Sim, o CEO realiza	UERJ em alguns casos também faz a biópsia. Mas o município tem pactuação com o Laboratório de Anatomia Patológica WAFA LTDA
Nova Iguaçu	Sim. CEO e CF Corumbá	UFRJ
Rio de Janeiro	SIM, nos CEOs	HUCFF - UFRJ/ HUPE - UERJ/ Hospital Jesus/ DASA (Laboratório terceirizado contratado pela SMS/RJ)
São João de Meriti	CEO	Laboratório Sudeste (no próprio município)

Fonte: Instrumento elaborado pela Área Técnica de Saúde Bucal da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro – 2018.

A continuidade da rede de oncologia para a saúde bucal, em nível hospitalar, para Consulta de Cirurgia de Cabeça e Pescoço – exceto tireoide (Oncologia) é realizada através do REUNI, pelo Sistema de Regulação Estadual (SER) para as unidades de referência para o estado.

√ PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, visa à articulação das redes públicas de Saúde e de Educação para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público no país.

A adesão ao PSE é realizada por ciclos, e está condicionada à assinatura conjunta dos Secretários Municipais de Saúde e de Educação, de um Termo de Compromisso Municipal, em período específico estabelecido pelo Governo Federal.

O último período de adesão ocorreu no ano de 2017 para o ciclo 2017-2018, mostrado na tabela a seguir. Todos os municípios da região Metropolitana I aderiram ao programa; ao todo, 1.282 equipes de saúde da família foram pactuadas no PSE para atuar em 1.971 escolas e creches da rede pública de ensino. Este ciclo do programa beneficiará na região 850.212 alunos.

Apesar dos benefícios e avanços referentes à adesão ao PSE, os municípios relatam que a ausência de planejamento territorial no momento da adesão pode ser um fator dificultador da realização das atividades do programa, visto que algumas escolas contratualizadas no PSE estão fora do território de cobertura das ESF/UBS.

Tabela 25. Panorama de adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE), 2017

Municípios e Região	Número de escolas e creches pactuadas	Número de equipes de atenção básica pactuadas	Número de alunos pactuados
Belford Roxo	32	29	21.700
Duque de Caxias	16	16	7.062
Itaguaí	31	16	13.158
Japeri	30	16	12.523
Magé	61	35	16.825
Mesquita	42	13	13.908
Nilópolis	21	31	11.136
Nova Iguaçu	109	77	42.559
Queimados	14	9	5.263
Rio de Janeiro	1.538	979	673.020
São João de Meriti	27	18	9.323
Seropédica	50	43	23.735
Metropolitana I	**1.971**	**1.282**	**850.212**

Fonte: DAB. Competência 2017.

√ ESTRATÉGIA E-SUS AB

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) foi instituído a partir da Portaria GM/MS 1.412, de 10 de julho de 2013 com objetivo de qualificar a gestão da informação, atendendo às necessidades de cuidado na Atenção Básica. O e-SUS AB possui dois softwares públicos: coleta de dados simplificada (CDS) e prontuário eletrônico cidadão (PEC).

Mesmo que o município esteja enviando alguma produção via PEC ou sistema próprio, é importante que seja monitorado se todas as equipes de Saúde da Família estão enviando alguma produção via PEC ou sistema próprio. Afinal, as equipes que não enviarem alguma produção via PEC estão sujeitas a suspensão de recursos financeiros federais – Piso de Atenção Básica (PAB variável).

Os municípios da região Metropolitana I vêm enfrentando dificuldades na informatização das Unidades Básicas de Saúde e têm sua produção enviada via e-SUS, mas ainda nenhum município da região realiza o envio exclusivamente pelo Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). O município do Rio de Janeiro possui sistema próprio de prontuário eletrônico e por isso tem o maior número de fichas enviadas via PEC;já os demais municípios têm envio prioritário pelo sistema de Coleta de Dados Simplificado (CDS). Isso dificulta a gestão do cuidado pelas equipes de atenção básica e saúde da família e a gestão da produtividade das equipes pela gestão municipal da Atenção Básica.

A seguir, o informativo do envio de fichas via e-SUS da competência de fevereiro de 2018.

Tabela 26. Envio de fichas segundo modelo de transmissão, 2018

Municípios	Total	CDS offline	CDS online	PEC	Sist. próprio	Anterior a 1.3
Belford Roxo	1.685	1.482	0	203	0	0
Duque de Caxias	2.970	2.679	205	86	0	0
Itaguaí	2.621	2.592	29	0	0	0
Japeri	1.672	0	1.672	0	0	0
Magé	12.258	7.412	4.846	0	0	0
Mesquita	2.076	81	1.875	120	0	0
Nilópolis	2.759	25	2.734	0	0	0
Nova Iguaçu	30.556	30.318	238	0	0	0
Queimados	7.005	0	1.564	5.441	0	0
Rio de Janeiro	760.372	8.345	9.952	102.796	639.229	50
S. João de Meriti	12.409	11.492	49	868	0	0
Seropédica	4.140	4.140	0	0	0	0

Fonte: SISAB/e-SUS – fevereiro de 2018.

√ COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA Bolsa FAMÍLIA (PBF)

Observamos no quadro a seguir que a região Metropolitana I apresentou um discreto aumento de 3,94% na cobertura de acompanhamento das famílias beneficiárias do Programa na 2ª vigência de 2017 em relação à 1ª vigência. Tal achado pode ser atribuído ao fato de alguns municípios (Duque de Caxias, Itaguaí, Magé e Queimados) apresentarem redução do número de famílias acompanhadas para as condicionalidades do Programa. O município do Rio de Janeiro apresentou um aumento de aproximadamente 5% da primeira para a segunda vigência.

Quadro 12. Acompanhamento das Condicionalidades do Programa Bolsa Família na região Metropolitana I, no ano de 2017

Municípios e Região	Famílias para acompanhar			Famílias acompanhadas			% de famílias acompanhadas	
	Vigência			Vigência			Vigência	
	1ª	2ª	Variação	1ª	2ª	Variação	1ª	2ª
Belford Roxo	33.020	29.675	-3.345	13.832	12.552	-1.280	41,89	42,30
D. de Caxias	41.235	35.063	-6.172	18.718	12.535	-6.183	45,39	35,75
Itaguaí	6.466	5.882	-584	3.579	3.123	-456	55,35	53,09
Japeri	7.387	6.619	-768	2.887	2.643	-244	39,08	39,93
Magé	14.055	12.495	-1.560	8.612	7.153	-1.459	61,27	57,25
Mesquita	7.455	6.608	-847	2.828	2.517	-311	37,93	38,09
Nilópolis	6.060	5.244	-816	3.050	2.750	-300	50,33	52,44
Nova Iguaçu	38.157	36.195	-1.962	14.521	17.756	3.235	38,06	49,06
Queimados	10.071	8.959	-1.112	4.767	4.056	-711	47,33	45,27
Rio de Janeiro	189.395	188.756	-639	147.547	156.451	8.904	77,90	82,89
S. J. de Meriti	14.571	12.730	-1.841	5.792	5.418	-374	39,75	42,56
Seropédica	4.519	4.139	-380	2.298	3.075	777	50,85	74,29
Metropolitana I	372.391	352.365	-20.026	228.431	230.029	1.598	61,34	65,28

Fonte: Boletim do PBF- ATAN/SES-RJ – Março de 2018

O acompanhamento das condicionalidades da Saúde no PBF possibilita acesso a direitos básicos, sendo fundamental criar vínculos das famílias beneficiárias com sua eSF e/ou eAB de referência, e desta forma ofertar os serviços presentes nas Unidades Básicas de Saúde.

√ PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA (ICSAB)

Outro indicador que permite avaliar a resolutividade na Atenção Básica é a proporção das internações sensíveis à atenção básica em relação ao total das internações clínicas realizadas em um município. Esse indicador pressupõe que são necessárias internações para o tratamento clínico de uma gama de afecções; que dentre essas afecções existe um subconjunto de causas mais sensíveis à efetividade da Atenção Básica; e que, portanto, uma certa proporção dessas internações poderia ser evitada por ações mais qualificadas de cuidado desenvolvidas pela Atenção Básica.

As condições sensíveis à atenção básica são agravos à saúde cuja morbidade e mortalidade podem ser reduzidas por meio de uma atenção básica oportuna e resolutiva. A redução na proporção de ICSAB pode estar relacionada a melhorias no primeiro nível de atenção. No entanto, essa associação requer uma investigação mais aprofundada, pois pode ser influenciada por diversos fatores, como características dos pacientes, variabilidade da prática clínica hospitalar e acesso às unidades hospitalares.

Na tabela a seguir, observam-se os dados em série histórica referentes à proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica na região Metropolitana I.

Tabela 27. Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB), por município da região Metropolitana I, 2014 a 2017

Estado, Região e Municípios	2014	2015	2016	2017
Estado Rio de Janeiro	**26,92**	**26,24**	**24,63**	**23,79**
Metropolitana I	**22,75**	**22,81**	**22,35**	**22,61**
Belford Roxo	33,12	35,03	28,90	26,81
Duque de Caxias	24,22	23,07	26,02	24,34
Itaguaí	15,73	15,21	21,99	22,68
Japeri	46,14	34,99	23,81	23,87
Magé	26,62	25,20	28,87	31,92
Mesquita	22,07	21,16	19,70	16,48
Nilópolis	16,73	19,69	16,36	17,03
Nova Iguaçu	24,96	26,38	23,19	22,47
Queimados	30,89	36,34	26,64	22,71
Rio de Janeiro	20,26	20,53	20,61	21,82
São João de Meriti	20,05	20,83	18,97	18,45
Seropédica	18,12	21,46	25,15	24,96

Fonte: Indicadores do Pacto/SES-RJ/www.saude.rj.gov.br/ Informações em Saúde

No ano de 2017, a proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica no estado do Rio de Janeiro alcançou 23,79%, mantendo a redução gradativa observada. Ao analisarmos a série histórica das ICSAB, observamos que a média da

região se aproximou da média estadual em 2017. No entanto, avaliando o indicador por município, constatamos que cinco municípios (Belford Roxo, Duque de Caxias, Magé, Queimados e Seropédica) encontram-se acima da média da região e do estado no mesmo período.

√ Razão de exames citopatológicos em mulheres de 25 a 64 anos e população da mesma faixa etária por município da região Metropolitana I

Este indicador propicia a análise de variações geográficas e temporais no acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos (BRASIL, 2013).

O principal e mais amplamente utilizado método para rastreamento de câncer do colo do útero é o teste de Papanicolau (exame citopatológico do colo do útero) para detecção das lesões precursoras. Com uma cobertura da população-alvo de no mínimo 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir em média 60% a 90% da incidência de câncer invasivo de cérvix na população (WHO, 2002). O indicativo de meta deste indicador é uma razão de 0,85.

Segundo o quadro abaixo a região alcançou no ano de 2016 a razão de 0,09. O município de Itaguaí foi o que apresentou no mesmo período o melhor resultado da região, obtendo uma razão de 0,51. O município de Queimados apresentou o resultado de 0,40, sendo este o segundo melhor resultado alcançado. Os municípios de Duque de Caxias, Japeri e Seropédica obtiveram respectivamente os resultados de 0,32, 0,31 e 0,35.

Tabela 28. Razão de exames citopatológicos em mulheres de 25 a 64 anos e população da mesma faixa etária por município da região Metropolitana I

Estado, Região e Municípios	2014	2015	2016
Estado do Rio de Janeiro	**0,19**	**0,18**	**0,18**
Metropolitana I	**0,09**	**0,09**	**0,09**
Belford Roxo	0,23	0,18	0,07
Duque de Caxias	0,34	0,33	0,32
Itaguaí	0,43	0,36	0,51
Japeri	0,51	0,43	0,31
Magé	0,02	0,03	0,01
Mesquita	0,31	0,19	0,21
Nilópolis	0,12	0,07	0,08
Nova Iguaçu	0,18	0,23	0,24
Queimados	0,30	0,34	0,40
Rio de Janeiro	0,02	0,02	0,03
São João de Meriti	0,01	0,01	0,01
Seropédica	0,36	0,35	0,35

Fonte: Indicadores do Pacto//SES-RJ/www.saude.rj.gov.br/Informações em Saúde

√ INDICADORES DO PROGRAMA DE MELHORIA DA QUALIDADE (PMAQ)- 2º CICLO.

O PMAQ, instituído pela Portaria GM/MS nº 1.654, tem entre suas diretrizes estimular a melhoria de padrões e indicadores de acesso e de qualidade das equipes de Atenção Básica, articulando o repasse de recursos com a avaliação e certificação das equipes a partir dos parâmetros preconizados pelo programa (Brasil, 2011).

Para o debate regional elencamos aqui os seguintes indicadores do PMAQ- 2° ciclo para trabalharmos regionalmente:

Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica

O indicador de desempenho Proporção de Gestantes Cadastradas pela Equipe de Atenção Básica procurou analisar no 2º ciclo do PMAQ a captação das gestantes para realização do pré-natal com a equipe de Atenção Básica da área onde residem. Dentre as ações relacionadas com a melhoria do acompanhamento do pré-natal destacam-se a realização das visitas domiciliares com vistas à busca ativa das gestantes e captação precoce das mesmas, além do acompanhamento de taxas de natalidade do território para acompanhamento da tendência do indicador, além da correta alimentação do sistema de informação da atenção básica.

Observamos na tabela a seguir que os municípios da região variam bastante na proporção de gestantes cadastradas. Este resultado pode refletir a dificuldade de alimentação dos sistemas de informação e a falha na busca ativa das gestantes no seu território de abrangência. Os municípios de Duque de Caxias, Magé, Nilópolis, Queimados, Rio de Janeiro e São João de Meriti foram os que apresentaram resultados acima de 50, sendo o município do Rio de Janeiro o que alcançou o melhor resultado, com a proporção de 69,13.

Tabela 29. Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica dos municípios da região Metropolitana I

Municípios	Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de Atenção Básica
Belford Roxo	29,71
Duque de Caxias	56,01
Itaguaí	40,87
Japeri	23,68
Magé	55,04
Mesquita	45,32
Nilópolis	51,50
Nova Iguaçu	23,94
Queimados	64,55
Rio de Janeiro	69,13
São João de Meriti	50,53
Seropédica	38,47

Fonte: e- gestor- PMAQ- 2018

Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada

Este indicador possibilita estimar a média de atendimentos por gestante cadastrada, permitindo uma análise da suficiência da oferta desses atendimentos diante da demanda potencial das gestantes cadastradas. É fundamental que sejam realizadas atividades de capacitação dos profissionais das equipes para melhoria do acesso e qualidade das ações de pré-natal e, também, do monitoramento e avaliação dessas ações. Segundo o caderno de indicadores do PMAQ 2º ciclo (2012), os dados em 2010 apontaram para uma média de 7 atendimentos/gestante.

Destacamos aqui como ações estratégicas para a melhoria deste indicador: ofertar pré-natal em todas as UBS, de acordo com a singularidade do território e suas equipes; capacitar os profissionais das equipes com o intuito de melhorar o acesso e qualidade das ações, implantando protocolo de pré-natal nas UBS; investir na qualidade das informações e-SUS AB; garantir a disponibilidade suficiente de insumos, equipamentos, exames e medicamentos necessários ao atendimento de pré-natal, segundo as normativas vigentes; garantir acesso a referências especializadas para os casos de pré-natal de alto risco, dentre outras.

Na tabela a seguir observamos que cinco municípios de região alcançaram resultados superiores à média de sete atendimentos por gestantes. São eles: Magé, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados e Rio de Janeiro. Os municípios de Seropédica e São João de Meriti ficaram bem próximos de alcançar o resultado de sete consultas, enquanto o município de Japeri foi o que apresentou a menor média de consultas de pré-natal por gestantes da região.

Tabela 30. Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada dos municípios da região Metropolitana I

Municípios	Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada
Belford Roxo	5,43
Duque de Caxias	5,85
Itaguaí	3,06
Japeri	3,05
Magé	8,03
Mesquita	6,21
Nilópolis	9,16
Nova Iguaçu	7,30
Queimados	8,22
Rio de Janeiro	8,00
São João de Meriti	6,54
Seropédica	6,92

Fonte: e- gestor- PMAQ- 2018

Média de atendimentos de puericultura

Este indicador verifica o número médio de atendimentos de puericultura realizados por médico ou enfermeiro, por criança menor de dois anos cadastrada na equipe de Atenção Básica. O atendimento de puericultura permite o diagnóstico precoce de problemas relacionados ao crescimento, estado nutricional, desenvolvimento

neuropsicomotor e comportamental, além da prevenção de doenças imunopreveníveis e promoção de hábitos de vida saudáveis, entre outros.

Conforme o Caderno de Atenção Básica nº 33 (2012), o Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês). Segundo o censo de 2010, a média de atendimentos de puericultura para crianças menores de dois anos seria de 4,5 / criança / ano.

Dentre as ações que podem promover melhorias neste indicador destacam-se: capacitar tecnicamente a equipe, particularmente dos profissionais que fazem o acompanhamento domiciliar, para identificar e captar precocemente as crianças, iniciando de forma oportuna a puericultura na UBS; ofertar consultas de puericultura em todas as UBS, de acordo com a singularidade do território e suas equipes; capacitar médicos e enfermeiros para qualificar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, melhorando a confiança técnica dos profissionais e a satisfação dos usuários com essas ações (exemplo: AIDPI neonatal e criança); garantir condições adequadas para realização dessas ações pelas equipes de Atenção Básica, com suficiência de equipamentos, vacinas, insumos e medicamentos e suplementos essenciais à sua execução de forma resolutiva.

Na tabela a seguir observamos que o município de Nova Iguaçu apresenta a maior média de consultas de puericultura na faixa dos menores de dois anos, alcançando o resultado de 8,72. Os municípios de Belford Roxo, Queimados e Seropédica alcançaram resultados superiores aos encontrados no censo de 2010 no país. O município com a menor média de consultas de puericultura para a faixa etária do indicador foi Mesquita.

Tabela 31. Média de atendimentos de puericultura nos municípios da região Metropolitana I

Municípios	Média de atendimentos de puericultura
Belford Roxo	5,67
Duque de Caxias	2,54
Itaguaí	1,72
Japeri	3,09
Magé	3,81
Mesquita	2,33
Nilópolis	3,87
Nova Iguaçu	8,72
Queimados	6,68
Rio de Janeiro	3,55
São João de Meriti	3,02
Seropédica	5,04

Fonte: e- gestor- PMAQ- 2018

√ ACOMPANHAMENTO DAS CRIANÇAS NOTIFICADAS COM SUSPEITA DE SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS (SCZ) E STORCH

Com a publicação da Portaria Interministerial nº 405, de 15/03/2016, que estabelece a Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia, o estado do Rio de Janeiro começou a monitorar através da Planilha de Acompanhamento na Assistência à Saúde, encaminhada pelo Ministério da saúde, todos os casos notificados de microcefalia no Registro de Evento de Saúde Pública (RESP), que é o instrumento utilizado para notificação e posterior investigação para fechamento diagnóstico dos casos.

Com o passar do tempo essa estratégia foi ampliada pelo Ministério da Saúde, que passou a solicitar a notificação e acompanhamento das crianças acometidas pela Síndrome do Zika Vírus e STORCH. Hoje 100% das crianças notificadas no RESP estão na Planilha de Acompanhamento na Assistência à Saúde. Esta planilha com informações de todos os casos do estado é encaminhada mensalmente ao Ministério da Saúde com o seguimento das crianças na rede. Ressaltamos que o estado solicita aos municípios que atualizem esta planilha com informações sobre o trajeto desta criança ao longo da rede de atenção à saúde.

De acordo coma tabela a seguir, a região apresenta 714 casos notificados.Destes, segundo informações dos municípios, 239 encontram-se em puericultura e apenas 138 em estimulação precoce. Este déficit entre número de casos notificados e número de crianças inseridas na rede de atenção à saúde (puericultura e estimulação precoce) pode sinalizar que os municípios não estão atualizando o seguimento dos casos para envio ao estado. No entanto, vale pensar nos processos que ocorrem nos municípios para fechamento diagnóstico e seguimento da criança na Assistência à Saúde, sendo muito importante que os diversos pontos da rede se comuniquem e lancem mão do ponto focal para localização das crianças.

Tabela 32. Casos notificados na região Metropolitana I no Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP) de crianças suspeitas de SCZ e STORCH– agosto de 2015 a 05 de abril de 2018

Municípios e Região	Casos notificados no RESP	Casos em seguimento pelo município	Crianças notificadas na Puericultura	Crianças notificadas em estimulação precoce
Belford Roxo	41	40	3	0
Duque de Caxias	57	54	29	25
Itaguaí	19	18	15	14
Japeri	7	7	2	0
Magé	24	22	1	1
Mesquita	5	5	2	0
Nilópolis	9	9	1	0
Nova Iguaçu	45	42	15	10
Queimados	9	9	1	0
Rio de Janeiro	466	446	166	87
São João de Meriti	32	30	4	1
Seropédica	0	0	0	0
Metropolitana I	714	682	239	138

Fonte: Planilha de seguimentos dos casos notificados de suspeitos de SZV e STORCH. - abril de 2018

2.3. ATENÇÃO ESPECIALIZADA

A capacidade instalada da região Metropolitana I é uma situação única no país, por estar subordinada a diferentes instâncias de gestão hospitalar. Tendo o município do Rio de Janeiro sido a capital do país, por muitas décadas abrigou o maior parque hospitalar federal, com grandes complexos hospitalares como: o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO); o Instituto Nacional do Câncer (INCA); Hospital dos Servidores do Estado (HSE); Hospital Federal de Bonsucesso (HFB); Hospital Federal da Lagoa (HFL); Hospital Federal do Andaraí (HFA), Hospital Federal Cardoso Fontes (HFCF) e Hospital Federal de Ipanema (HFI).

Além desses há ainda hospitais universitários federais que são o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, o Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira (IPPMG) e a Maternidade Escola, subordinados à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); e o Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, subordinado à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Ainda no âmbito federal, o Instituto Fernandes Figueira e Instituto Evandro Chagas sob gestão da Fiocruz.

Em relação às consultas, exames e procedimentos especializados de saúde, estes se concentram em três municípios: Rio de Janeiro, Nova Iguaçu e Duque de Caxias, que são os grandes prestadores de saúde da região, mas que apresentam déficit destes procedimentos para atender até mesmo a seus próprios munícipes.

Considerando-se todos os procedimentos ambulatoriais realizados de janeiro a dezembro de 2017 na região Metropolitana I, 36% deles foram em atenção básica, 40% em média complexidade e 24% em alta complexidade.Essa demanda por serviços especializados impacta diretamente no planejamento regional, visto que esses são, em sua maioria, serviços de referência regional que acabam não conseguindo atender à esta demanda superdimensionada.

De forma a oferecer parâmetros quantitativos que auxiliassem a análise da oferta de serviços nos municípios/regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, foram estimados o número de leitos gerais e complementares, de consultas e de exames esperados, de acordo com o preconizado na Portaria GM/MS nº 1631 de 1º de outubro de 2015. A Portaria 1631, ora em vigor, oferece um rol de parâmetros que tratam exclusivamente da necessidade de serviços de saúde por meio de estimativas de oferta de ações e serviços, visando contribuir com o planejamento da localização geográfica dos recursos da Atenção Especializada.

Embora norteadora, a metodologia utilizada para a construção dos parâmetros apresenta limitações, tais como "*os distintos perfis epidemiológicos, demográficos, a formação médica e os traços culturais das populações, que modificam o perfil da demanda e da utilização dos serviços de saúde*", em cada território. Estas limitações demandam uma análise atenta da adequação dos parâmetros obtidos com a realidade local. Destaca-se também que, para se conformarem as Redes de Atenção, outros critérios complementares são igualmente importantes: "*qualidade dos serviços; segurança dos usuários e dos trabalhadores da saúde; necessidade de transporte sanitário; sistemas de comunicação; assistência farmacêutica; normas construtivas e de equipamentos e dispositivos; e insumos sanitários*".

"Todos os parâmetros da seção de Atenção Especializada da Portaria 1631 estão em processo de revisão e serão mantidos e/ou ajustados no próximo caderno de parâmetros assistenciais" (Critérios e Parâmetros Assistenciais SUS – 2017 – Caderno 1, Seção IV – Atenção Especializada).

√ CONSULTAS ESPECIALIZADAS

Em 2017, com exceção da endocrinologia/metabologia, e mesmo quando considerada apenas a população exclusivamente SUS, a região Metropolitana I apresentou produção de consultas abaixo da esperada em todas as especialidades selecionadas para a análise, de acordo com a metodologia preconizada na Portaria 1631, como se observa na tabela a seguir.

Tabela 33. Percentual de consultas médicas realizadas na região Metropolitana I, segundo parâmetros de consultas esperadas da Portaria 1631/2015

Profissional -CBO	Estimativa da necessidade de consultas		Produção 2017	% Produção Esperada	
	Pop Total 2015	Pop. Exclus. SUS 2015			
	10.117.992	6.863.260	2.401.541	Pop. Total	Pop . Excl. SUS
Angiologista	172.006	116.675	70.315	40,9	60,3
Pneumologista	252.950	171.582	88.391	34,9	51,5
Cardiologista	607.080	411.796	321.068	52,9	78,0
Coloproctologista	161.888	109.812	27.618	17,1	25,2
Dermatologista	384.484	260.804	211.866	55,1	81,2
Endocrinologista e Metabologista	252.950	171.582	184.769	73,0	107,7
Gastroenterologista	141.652	96.086	84.959	60,0	88,4
Nefrologista	161.888	109.812	37.022	22,9	33,7
Neurologista	657.669	446.112	190.288	28,9	42,7
Oftalmologista	1.396.283	947.130	225.288	16,1	23,8
Ortopedia e Traumatologista	1.517.699	1.029.489	729.604	48,1	70,9
Otorrinolaringologista	364.248	247.077	94.617	26,0	38,3
Reumatologista	101.180	68.633	53.074	52,5	77,3
Urologista	354.130	240.214	82.662	23,3	34,4

Fontes: SIASUS/MS; Parâmetros: Portaria 1631/2015.
Nota: Produção aprovada, por município de atendimento.

Em 2017, com exceção da endocrinologia/metabologia, e mesmo quando considerada apenas a população exclusivamente SUS, a região Metropolitana I apresentou produção de consultas abaixo da esperada em todas as especialidades selecionadas para a análise, de acordo com a metodologia preconizada na Portaria MS nº 1.631/2015. Estima-se que, com a metodologia de cálculo adotada (utilizando-se no numerador a produção, segundo município de atendimento, e como denominador a população da região na qual se encontram os municípios executores), se obtenha a potencial cobertura regional, sem no entanto garantir a equidade da distribuição dos atendimentos entre os municípios da região.

Tabela 34. Leitos gerais de internação existentes, região Metropolitana I – CNES, Jan. 2018.

Município	Leitos de internação existentes - CNES Janeiro/2018												
	Cirúrgicos		Clínicos		Obstétricos		Pediátricos		Outras Especialidades		Hospital/DIA	Total	
	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	SUS	Não SUS
Belford Roxo	25	0	25	0	74	0	112	0	6	0	0	242	0
Duque de Caxias	162	0	196	12	151	0	124	0	9	0	10	652	12
Itaguaí	7	0	49	0	26	0	10	0	4	0	1	97	0
Magé	15	0	80	2	27	0	20	0	0	0	0	142	2
Mesquita	1	0	0	0	98	0	1	0	0	0	0	100	0
Nilópolis	87	0	32	0	54	0	0	0	2	0	0	175	0
Nova Iguaçu	236	0	139	0	95	0	49	0	11	0	6	536	0
Queimados	0	0	0	0	0	0	76	0	0	0	0	76	0
Rio de Janeiro	2.898	41	2.578	187	947	20	747	3	1798	53	384	9.352	306
São João de Meriti	23	0	54	0	89	0	70	0	21	0	7	264	0
Seropédica	5	0	0	0	22	0	0	0	0	0	0	27	0
Região	**3.459**	**41**	**3.153**	**201**	**1.583**	**20**	**1.209**	**3**	**1.851**	**53**	**408**	**11.663**	**320**

Fonte: CNES/DATASUS/Jan 2018

Diferença entre Leitos de Internação Estimados e Existentes, CNES Jan/2018																
Município	Obstetrícia				Clínicos				Cirúrgicos				Pediatria			
	Estim. de Necessidade	Existentes		Necess Atual	Estim. de Necessidade	Existentes		Necess Atual	Estim. de Necessidade	Existentes		Necess Atual	Estim. de. Necessidade	Existentes		Necess. Atual
		SUS	Não SUS			SUS	Não SUS			SUS	Não SUS			SUS	Não SUS	
Belford Roxo	17	74	0	-57	24	25	0	-1	25	25	0	0	72	112	0	-40
D. de Caxias	140	151	0	-11	470	196	12	274	243	162	0	81	135	124	0	11
Itaguaí	15	26	0	-11	47	49	0	-2	13	7	0	6	12	10	0	2
Japeri	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Magé	34	27	0	7	96	80	2	16	11	15	0	-4	22	20	0	2
Mesquita	132	98	0	34	0	0	0	0	3	1	0	2	33	1	0	32
Nilópolis	14	54	0	-40	4	32	0	-28	37	87	0	-50	1	0	0	1
N. Iguaçu	99	95	0	4	391	139	0	252	173	236	0	-63	91	49	0	42
Queimados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	51	76	0	-25
R. Janeiro	690	947	20	-257	3743	2578	187	1.165	2.240	2.898	41	-658	895	747	3	148
S. J. Meriti	90	89	0	1	102	54	0	48	16	23	0	-7	21	70	0	-49
Seropédica	20	22	0	-2	0	0	0	0	1	5	0	-4	0	0	0	0
Região	**1,265**	**1,583**	**20**	**-318**	**5,122**	**3,153**	**201**	**1,969**	**3,054**	**3,459**	**41**	**-405**	**1,161**	**1,209**	**3**	**-48**

Fonte: CNES/DATASUS/Jan 2018

O cálculo da estimativa da necessidade de leitos foi realizado com base nos parâmetros da Portaria nº1631/2015. A portaria leva em consideração variáveis nos cenários locais (existência de capacidade instalada), desempenho dos serviços, migração para outros municípios e regiões, e deve ser analisada segundo a realidade vivenciada (filas de espera, demanda reprimida) demonstrada pelas Centrais de Regulação Municipais, Regional e Estadual. Segundo a estimativa realizada com dados de janeiro de 2018, se todos os leitos existentes no CNES estivessem operacionais, a grande demanda seria de leitos para internação de clínica médica conforme aponta a tabela a seguir. É importante sempre considerar a possível flutuação na oferta de leitos, repercutindo na análise das necessidades do momento. Portanto, o monitoramento permanente da demanda por vagas, observada na regulação dos leitos de internação e complementares, assim como da oferta desses recursos, são definitivos para o planejamento da assistência. Para o Diagnóstico Regional, se utilizou o "retrato" da oferta de leitos em janeiro de 2018.

Foi realizada uma atualização dos leitos em janeiro de 2019 para verificar uma possível mudança de cenário. Na Metropolitana I, entre janeiro de 2018 e janeiro de 2019, houve perda de leitos de internação em todas as especialidades: 144 cirúrgicos (4,2%), 133 clínicos (4,2%), 154 obstétricos (9,7%), 145 pediátricos (12%), 29 leitos-dia (7,1%) e 753 de outras especialidades (40,7%), este último possivelmente em função do processo de desinstitucionalização de pacientes de saúde mental. A metade dos leitos cirúrgicos perdidos foi da Baixada Fluminense. O município do Rio de Janeiro registrou aumento de leitos obstétricos e pediátricos e a Baixada apresentou redução. Tanto os leitos-dia quanto os de outras especialidades foram reduzidos apenas no município do Rio de Janeiro. Ao analisar a estimativa da necessidade de leitos obstétricos na região Metropolitana I, a percepção dos técnicos e gestores acerca do resultado dos cálculos que informavam a ausência de déficit de oferta, era de que havia uma dicotomia entre essa informação e a vivência cotidiana das maternidades com relatos de superlotação e usuárias peregrinando em busca de atendimento.

A SES/RJ a partir da Assessoria de Planejamento e área técnica de Saúde da Mulher promoveu um estudo que será relatado a seguir, para avaliar esse cenário.

Para se estimar a necessidade de leitos obstétricos e neonatais na região, foi utilizada uma planilha *Excel* automatizada, disponibilizada pela área técnica de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde, montada com base nos parâmetros da Nota Técnica "Parâmetro de Cálculo para Cálculo da Necessidade de Leitos Obstétricos Rede Cegonha" (Memorando nº 118 DAPES/SAS/MS). A ferramenta de cálculo determina o número de leitos necessários para partos de risco habitual e de alto risco, considerando que 15% dos leitos sejam destinados à gestação de alto risco.

A população de Nascidos Vivos utilizada nessa estimativa foi de 2015, em função da epidemia de Zika em 2016, quando houve uma significativa redução no número de nascidos vivos. Foi utilizado percentual de cobertura à população atendida exclusivamente pelo SUS, com devido ajuste para mães sem plano de saúde com assistência hospitalar, em junho de 2016 (TABNET da ANS). A taxa de ocupação empregada foi de 85%.

Quadro 13. Cálculo da Necessidade de Leitos Obstétricos e Neonatais na região Metropolitana I (planilha automatizada Ministério da Saúde)

2017	Estimativa de Gestantes				Necessidade de Leitos						
Municípios/Região	RN SUS Dependentes	Estimativa Gestantes	GRH	GAR	Leitos Obstétricos Totais	Leitos Risco Habitual	Leitos Gestante de Alto Risco	UTI Neonatal 2/1000	UCI Neonatal 2/1000	Canguru 1/1000	UTI Adulto
Belford Roxo	6.505	7.155	6.082	1.073	76,1	59	17,3	13	13	7	5
Duque de Caxias	11.339	12.473	10.602	1.871	133	103	30,2	23	23	11,3	8
Itaguaí	1.461	1.608	1.366	241	17,1	13,2	4	3	3	1,5	1
Japeri	1.511	1.662	1.413	249	18	14	4	3	3	2	1,1
Magé	3.266	3.592	3.053	539	38,2	30	9	7	7	3,3	2,3
Mesquita	2.081	2.289	1.945	343	24,3	19	6	4,2	4,2	2,1	1,5
Nilópolis	1.537	1.691	1.437	254	18	14	4,1	3,1	3,1	1,5	1,1
Nova Iguaçu	9.944	10.939	9.298	1.641	116,4	90	26,4	20	20	10	7
Queimados	2.022	2.224	1.890	334	24	18,3	5,4	4	4	2	1,4
Rio de Janeiro	49.541	54.495	46.321	8.174	580	448	132	99,1	99,1	50	35
São João de Meriti	5.492	6.042	5.135	906	64,3	50	15	11	11	5,5	4
Seropédica	1.026	1.128	959	169	12	9,3	3	2,1	2,1	1	1
Total aproximado Metropolitana I	**95.218**	**104.740**	**89.029**	**15.711**	**1.115**	**861,0**	**254,0**	**191,0**	**191,0**	**96,0**	**67,0**
Total aproximado Baixada Fluminense	**46.185**	**50.804**	**43.182**	**7.621**	**541,4**	**419,8**	**124,4**	**93,4**	**93,4**	**47,2**	**33,4**

Fonte: MS/2017

Como fragilidades, esse método não considera outros procedimentos obstétricos e complicações, que também ocupam os leitos em maternidades (21% a mais, segundo a Portaria GM/MS nº 1631/2015). Além disso, segundo relatos de gestores de maternidades estaduais, a sífilis congênita pressiona a ocupação dos leitos obstétricos, destinando um percentual de leitos para a internação de mães e bebês diagnosticados com sífilis congênita que demandam tratamento após o nascimento, elevando assim a taxa de ocupação. Em relação à migração das gestantes da região Metropolitana I, avaliada no ano de 2017, todas foram atendidas na própria região, embora fora de seus municípios. Apenas o município do Rio de Janeiro deu conta do atendimento de 99% dos procedimentos obstétricos realizados em suas gestantes.

Tabela 35. Necessidade Atual de Leitos Obstétricos considerando a Capacidade Instalada da região Metropolitana I

Municípios, Região e Estado	Estimado	C/ 21%	Instalado 2019	Diferença	Diferença c/ 21%
Belford Roxo	76,1	92,1	0	-76	-92
Duque de Caxias	133	160,5	151	18	-9
Itaguaí	17,1	20,7	26	9	-5
Japeri	18	21,4	0	-18	-21
Magé	38,2	46,2	27	-11	-19
Mesquita	24,3	29,5	98	74	68
Nilópolis	18	21,8	0	-18	-22
Nova Iguaçu	116,4	140,8	95	-21	-46
Queimados	24	28,6	0	-24	-5
São João de Meriti	64,3	77,8	48	-16	-30
Rio de Janeiro	580	701,8	950	370	248
Seropédica	12	14,5	22	10	7
Total aproximado Metropolitana I	**1.121,4**	**1.355,7**	**1.417**	**295,6**	**61,3**
Total aproximado Baixada Fluminense	**541,4**	**653,8**	**467**	**-34**	**-174**

A metodologia proposta pelo MS não prevê deficit de leitos obstétricos na região, apenas de leitos neonatais. O número de leitos existentes na região Metropolitana I, segundo esse método de cálculo, é de aproximadamente 296 leitos a mais do que a necessidade. Ao atualizar as informações acerca da capacidade instalada de leitos obstétricos na região Metropolitana I, em junho de 2019, foi possível verificar a redução no número de leitos, em especial à custa do fechamento progressivo de leitos privados, conveniados ao SUS, na Baixada Fluminense na última década. A tabela a seguir demonstra a migração das gestantes da região Metropolitana I no ano de 2018.

Tabela 36. Migração de Gestantes da região Metropolitana I em 2018

Municípios e Região	Total	% Atendidas no município	% Encaminha	% Recebe
Belford Roxo	5.457	0,53	99,47	6,25
Duque de Caxias	9.772	73,57	26,43	19,31
Itaguaí	1.051	60,70	39,30	4,93
Japeri	1.034	-	100,00	
Magé	2.866	73,73	26,27	11,84
Mesquita	1.886	61,45	38,55	86,83
Nilópolis	1.222	-	100,00	
Nova Iguaçu	10.341	64,45	35,55	29,96
Queimados	1.739	-	100,00	
Rio de Janeiro	60.597	98,82	1,18	7,67
São João de Meriti	4.748	41,55	58,45	56,34
Seropédica	970	86,70	13,30	47,86
Metropolitana I	**102.747**			

Autoria da Assessoria de Planejamento/SES-RJ

Para atender às gestantes que utilizam exclusivamente o SUS, predominam atualmente, no Rio de Janeiro e nos municípios da Baixada Fluminense, leitos obstétricos instalados em maternidades públicas na capital, onde as maternidades são municipais e federais, e na Baixada Fluminense, que são estaduais e municipais. Foi realizada a análise em separado da situação da Baixada Fluminense, para verificar como o recurso de leitos obstétricos se comporta ali. Conclui-se que para os municípios da BF, existe um déficit de leitos entre 34 a 174 leitos obstétricos, enquanto a capital, com sua robusta capacidade instalada, consegue equacionar sua própria demanda e receber algumas gestantes da BF.

√ Existência, Necessidade e Déficit de Leitos de UTI Segundo Tipologia: Adulto, Pediátrico, Neonatal, UCI Neonatal - SES-RJ/ SAECA/2019

No estudo realizado pela SES-RJ/SAECA para a estimativa de necessidades dos leitos de UTI adulto e pediátrico para a região, encontra-se grande disparidade entre o número de leitos habilitados e os existentes. Os empecilhos nos processos de habilitação levam a um cenário impreciso quanto à necessidade real dos leitos, haja vista a existência de grande número de leitos existentes nas unidades públicas sem habilitação ou em processo para essa finalidade. Outro fator agravante é que esses leitos são praticamente inexistentes fora dos municípios com redes mais estruturadas ou que possuam unidades hospitalares estaduais em seus territórios. Tal fator leva a extrema dependência dos municípios sem leitos de UTI, acarretando desassistência e dificuldades no acesso.

Observa-se nos quadros a seguir a necessidade de leitos adultos, pediátricos e neonatais no estado e região Metropolitana I. Cabe ressaltar a necessidade de investimento na habilitação dos leitos existentes, e a persistência da necessidade de contratação de leitos privados de UTI e UCI Neonatal assim como de UTI pediátrica através de Chamamento Público pela SES-RJ.

Quadro14. Leitos de UTI existentes, necessários e déficit estimado

Estado e Região	UTI Adulto			UTI Pediátrico			UTI Neonatal			UCI Neonatal		
	E	N	Déficit	E	N	Déficit	E	N	Déficit	E	N	Déficit
Estado do RJ	942	1005	-63	97	197	-100	326	357	-31	189	536	- 347
Metropolitana I	426	576	-150	75	119	-44	247	222	25	148	334	- 186

Fonte: SAECA/SES-RJ/2019
Nota: E = Existentes; N = Necessários Déficit = N - E

Quadro 15. Leitos de UTI existentes, necessários e déficit estimado, acumulado e real, e contratação estadual

Estado e Região	UTI Neonatal			UCI Neonatal			Déficit Acumulado	Contratação Estadual	Déficit Real
	E	N	Déficit	E	N	Déficit			
Estado do RJ	326	357	-31	189	536	-347	-378	250	-128
Metropolitana I	247	222	25	148	334	-186	-161	128	-33

Fonte: SAECA/SES-RJ/2019
Nota: E = Existentes; N = Necessários Déficit = N - E

Quadro 16. Leitos de UTI Pediátrica existentes, necessários, déficit estimado e real e contratação estadual

Estado e Região	UTI Pediátrica			Contratação Estadual	Deficit Real
	E	N	Deficit		
Estado do RJ	97	197	-100	36	-64
Metropolitana I	75	119	-44	32	-12

Fonte: SAECA/SES-RJ/2019
Nota: E = Existentes; N = Necessários Déficit = N - E

III. SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE PACTUADOS EM REDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Serão apresentadas considerações acerca das principais demandas da Programação Pactuada Integrada dos serviços de Alta Complexidade para a região Metropolitana I, municípios de execução e produção dos serviços no período de novembro de 2016 a novembro de 2017.

√ CARDIOVASCULAR

Demonstra-se abaixo estudos acerca do cenário dos serviços cardiovasculares na região Metropolitana I: número de serviços existentes, os que cumprem a produção mínima, a necessidade estimada de serviços e a situação de déficit ou suficiência dos existentes.

Foram utilizados nesse estudo os parâmetros de portarias do Ministério da Saúde, que vigoraram de 2004 a 2006, com o objetivo de estimar a necessidade dos serviços cardiovasculares para a população do estado e da região. Embora as portarias tenham sido suspensas em 2012 sem a substituição por outras, sua aplicação norteia a análise do cenário vigente.

As informações foram organizadas segundo especialidades cardiovasculares: cirurgia cardiovascular do adulto (marca-passo, cirurgias, revascularização e troca valvar), cirurgia cardiovascular pediátrica, cirurgia intervencionista (cateterismo e angioplastia), cirurgia vascular, cirurgia endovascular e eletrofisiologia.

Quadro17-A. Análise dos serviços cardiovasculares segundo especialidade e desempenho na região Metropolitana I e no estado do Rio de Janeiro - 2019

Estado e Região	Cirurgia Cardiovascular (marca-passo, cirurgias, revascularização, troca valvar)				Cirurgia Cardiovascular Pediátrica				Cirurgia Intervencionista (cateterismo, angioplastia)			
	E	Produção Mínima	N	Deficit	E	Produção Mínima	N	Déficit	E	Produção Mínima	N	Déficit
Estado do Rio de Janeiro	23	7	22,9	-15,9	4	1	17,2	-16,2	21	11	17,2	-6,2
Metropolitana I	9	2	13,9	-11,9	4	1	10,4	-9,4	9	3	10,4	-7,4

Fonte: SAECA/SES-RJ/DATASUS
Nota: E = Existentes; N = Necessários; Déficit = N - E

Quadro17-B. Análise dos serviços cardiovasculares segundo especialidade e desempenho na região Metropolitana I e no estado do Rio de Janeiro - 2019

Estado e Região	Cirurgia vascular				Cirurgia Endovascular (aneurismas)				Eletrofisiologia (ablação)			
	E	Produção Mínima	N	Deficit	E	Produção Mínima	N	Déficit	E	Produção Mínima	N	Déficit
Estado do Rio de Janeiro	18	1	27,46	-26,46	7	4	3,43	0,57	6	1	5,28	-4,28
Metropolitana I	8	-	16,72	-16,72	3	1	2,09	-1,09	4	1	3,22	-2,22

Fonte: SAECA/SES-RJ/DATASUS
Nota: E = Existentes; N = Necessários; Déficit = N - E

Ao analisarmos os serviços cardiovasculares na região, é possível verificar que,entre os serviços existentes, poucos realizam a produção mínima prevista segundo os parâmetros estipulados na portaria. Os déficits por especialidade cardiovascular apontados no quadro acima devem ser interpretados como a diferença entre a necessidade estimada e os serviços com produção mínima. É fato que os serviços realizam procedimentos em número insuficiente, priorizando aqueles considerados mais rentáveis e evitando a realização dos demais, de onde se depreendem os motivos da dificuldade do acesso dos usuários e as filas de espera na Central de Regulação. O quadro a seguir ilustra a produção dos serviços cardiovasculares localizados na região Metropolitana I.

Quadro 18. Comparativo da produção da Alta Complexidade em Cardiologia, por prestador, segundo parâmetros da habilitação, 2017.

Municípios	Prestador	Habilitação	Parâmetro Mínimo	Produção 2017
Duque de Caxias	HSCor Serviço de Hemodinâmica LTDA	Cir. Cardiovasc (Ad) Cir. Vasc. CardioInterv	180 ..... 90 ..... 144	148 0 607
Rio de Janeiro	MS Hospital Geral da Lagoa[2]	Cir. Cardiovasc (Ad) Cir. Vasc. CardioInterv.	180 ..... 90 ..... 144	61 50 0
Rio de Janeiro	MS Hospital dos Servidores do Estado	Cir. Cardiovasc (Ad) Cir. Vasc. CardioInterv.	180 ..... 90 ..... 144	9 30 45
Rio de Janeiro	MS Hospital Geral de Bonsucesso[2]	Cir. Cardiovasc (Ad e Ped) Cir. Vasc. CardioInterv.	240 ..... 90 ..... 144	75+2 28 31
Rio de Janeiro	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho[2]	Cir. Cardiovasc (Ad.) Cir. Vasc. CardioInterv. Endovasc. Eletrofisiologia	180 ..... 90 ..... 144 ..... 120 ..... 39	125 47 53 94 2
Rio de Janeiro	Hospital Universitário Pedro Ernesto[3]	Cir. Cardiovasc (Ad e Ped) Cir. Vasc. CardioInterv. Endovasc. Eletrofisiologia	240 ..... 90 ..... 144 ..... 120 ..... 39	110+1 22 55 57 7
Rio de Janeiro	SES IECAC - Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro[4]	Cir. Cardiovasc (Ad e Ped) Cir. Vasc. CardioInterv. Eletrofisiologia	240 ..... 90 ..... 144 ..... 39	272+52 51 263 0
Rio de Janeiro	Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras	Cir. Cardiovasc (Ad e Ped) CardioInterv. Eletrofisiologia	240 ..... 144 ..... 39	719+170 844 23

Fonte: SAECA/SES-RJ/DATASUS

Apresenta-se abaixo uma síntese da produção dos serviços de alta complexidade cardiovascular dos serviços ativos na região, onde se pode observar que sua produção foi destinada à absorção de mais de 90% dos munícipes atendidos para cirurgia vascular e endovascular, cardiologia intervencionista e eletrofisiologia. Essa análise vai ao encontro da discussão feita acima, com relação à insuficiência de serviços e ao não alcance da produção mínima por serviço. Torna-se necessária a busca de referências em outras regiões de modo a suprir as deficiências. Houve necessidade de encaminhamento de uma parcela de seus munícipes para prestadores de outras regiões, para cirurgia cardiovascular (Centro Sul, Serrana e Norte) e para cirurgia vascular (Médio Paraíba e Serrana). Importante registrar a diminuição da oferta de vagas nos hospitais federais, que

vem comprometendo o atendimento à demanda da região, que concentra, inclusive, todos os atendimentos da alta complexidade cardiovascular pediátrica e eletrofisiologia do estado. Destaca-se a ausência de produção mínima dos serviços de cirurgia vascular, apesar da existência de serviços habilitados na região.

Tabela 37. Síntese dos atendimentos de Alta Complexidade em Cardiologia aos residentes da região Metropolitana I, no período de nov/2016 a nov. de 2017

Especialidade	Residentes da região atendidos		Residentes atendidos na própria região		% Residentes atendidos na própria região		Produção total da região	
	Adulto	Pediátrico	Adulto	Pediátrico	Adulto	Pediátrico	Adulto	Pediátrico
Cir. Cardiovascular	1.228	121	1.065	121	86,7	100	1.201	184
Cir. Vascular	189	46	183	46	96,8	100	224	68
Cardio Intervencionista	1638	40	1.488	40	90,8	100	1.691	66
Endovascular	132	0	124	0	93,9	0	137	0
Eletrofisiologia	14	6	14	4	100	66,7	21	8

Fonte: SIH/DATASUS

Quadro 19. Pactuação para as referências do atendimento cardiovascular do adulto – Metropolitana I – nov. 2016 a nov. 2017

Município Encaminhador	Cir. Cardiovasc.	Cirurgia Vascular	Cardiologia Intervencionista	Cirurgia Endovascular	Eletrofisiologia
Belford Roxo	D. de Caxias	D. de Caxias	D. de Caxias	R. de Janeiro	R. de Janeiro
Duque de Caxias	D. de Caxias	D. de Caxias	D. de Caxias	R. de Janeiro	R. de Janeiro
Itaguaí	Vassouras	Vassouras	Vassouras	R. de Janeiro	Vassouras
Japeri	Vassouras	Vassouras	Vassouras	R. de Janeiro	Vassouras
Magé	D. de Caxias	D. de Caxias	D. de Caxias	R. de Janeiro	R. de Janeiro
Mesquita	D. de Caxias	D. de Caxias	D. de Caxias	R. de Janeiro	R. de Janeiro
Nilópolis	D. de Caxias	D. de Caxias	D. de Caxias	R. de Janeiro	R. de Janeiro
Nova Iguaçu	D. de Caxias	D. de Caxias	D. de Caxias	R. de Janeiro	R. de Janeiro
Queimados	Vassouras	Vassouras	Vassouras	R. de Janeiro	Vassouras
Rio de Janeiro	R. de Janeiro, Petrópolis	R. de Janeiro	R. de Janeiro, Petrópolis	R. de Janeiro	R. de Janeiro
S. João de Meriti	D. de Caxias	D. de Caxias	D. de Caxias	R. de Janeiro	R. de Janeiro
Seropédica	Vassouras	Vassouras	Vassouras	R. de Janeiro	Vassouras

Fonte: SIHSUS
Nota: Municípios executores de 85% ou mais dos procedimentos do município encaminhador.

Quadro 20. PPI - Municípios de referência para Alta Complexidade em Cardiologia Pediátrica – região Metropolitana I

Metropolitana I	Cir. Cardiovascular	Cirurgia Vascular	Cardiologia Intervencionista	Cirurgia Endovascular	Eletrofisiologia
	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro

Quadro 21. Principais municípios executores por especialidade de Alta Complexidade em Cardiologia Pediátrica, região Metropolitana I, nov. 2016 a nov. 2017.

Municípios	Cir. Cardiovascular	Cir. Vascular	Cardiologia Intervencionista	Endovascular	Eletrofisiologia
Belford Roxo	Rio de Janeiro	-	-	-	-
Duque de Caxias	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	-	-
Itaguaí	Rio de Janeiro	-	Rio de Janeiro	-	-
Japeri	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	-	-	-
Magé	Rio de Janeiro	-	Rio de Janeiro	-	-
Mesquita	Rio de Janeiro	-	Rio de Janeiro	-	-
Nilópolis		-	Rio de Janeiro	-	-
Nova Iguaçu	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	-	Rio de Janeiro
Queimados	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	-	-	-
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	-	Rio de Janeiro
São João de Meriti	Rio de Janeiro	-	-	-	-
Seropédica	Rio de Janeiro	-	-	-	-

Fonte: SIH DATASUS
Nota: Municípios executores de 85% ou mais dos procedimentos do município encaminhador.

√ ONCOLOGIA

A Rede de Oncologia no estado do Rio de Janeiro é composta por 27 UNACONs, 02 serviços de radioterapia isolados em funcionamento e 02 hospitais de cirurgia oncológica, distribuídos em 12 municípios nas regiões de saúde, exceto a Baía da Ilha Grande. Para estimar a necessidade para serviços de referência de alta complexidade em oncologia, utiliza-se a estimativa INCA/2018 para o ERJ, quando são esperados 42.620 casos novos/ano (excetuando o câncer de pele não melanoma). A necessidade de unidades habilitadas no estado comporta até 47 unidades para toda a população. Ou seja, são necessárias mais 20 unidades para contemplar 100% da população do estado. Segundo a Central Estadual de Regulação, apesar de a capacidade instalada ser significativa na região, seu desempenho não atinge os parâmetros determinados e o funcionamento dos serviços, em sua maioria públicos, sofre redução de oferta e desabastecimento de insumos sem medir o impacto sobre a população usuária. Existe demanda reprimida para início de tratamento (cirúrgico e quimioterápico) em algumas especialidades tais como a mastologia, hematologia e cirurgia torácica. Nas demais especialidades a entrada no sistema tem sido equacionada pela regulação centralizada da Oncologia. No momento atual, segundo semestre de 2019, a oferta de radioterapia é insuficiente para a região, e a SES-RJ tem realizado Chamamentos Públicos para suprir o deficit, ainda sem sucesso. Considerando uma cobertura de 80% da população, temos a seguinte necessidade de novos serviços para a região Metropolitana I e para toda a população do estado do Rio de Janeiro:

Tabela 38. Estimativa para novos serviços oncológicos na região Metropolitana I e no estado do Rio de Janeiro

Região de Saúde e Município	Metropolitana I	Estado do Rio de Janeiro
População Total 2018	10.450.114	17.159.960
População SUS dependente 2018	8.360.091	13.727.968
Parâmetro UNACON/CACON (1/365.106 Hab.)	28,6	47
Parâmetro UNACON/CACON SUS (1/365.106 Hab.)	22,9	37,6
UNACON/CACON Existentes	15	27
Déficit (existente/necessário)	**-7,9**	**-10,6**

Fonte: SAECA/INCA/DATASUS

De acordo com as produções informadas nos sistemas de faturamento do SUS, os serviços habilitados para o tratamento dos pacientes com câncer realizam, em geral, um número baixo de cirurgias oncológicas. Já no que diz respeito à produção de quimioterapia, especialmente em serviços privados, filantrópicos e INCA, esta tem atingido o parâmetro mínimo estabelecido pela Portaria. De outubro de 2018 até a presente data, 05 municípios solicitaram abertura de processo para analisar a complementação de extra teto (Barra Mansa, Cabo Frio, Petrópolis, Rio Bonito e Vassouras). Quanto a novos serviços a serem habilitados, existem 03 possíveis novas habilitações para os próximos anos:

- 01 UNACON município do Rio de Janeiro (Fundação do Câncer)
- 01 UNACON município de Duque de Caxias (Complexo Hospital Moacir do Carmo + HINJA)
- 01 UNACON município de Angra dos Reis (Hospital de Japuíba).

Quadro 22. Síntese dos atendimentos de Alta Complexidade em Oncologia aos residentes da região Metropolitana I, no período de nov/2016 a nov/2017

Especialidades	Atendimentos a residentes da região		Atendimentos a residentes na própria região		% atendimentos a residentes na própria região		Produção total da região	
	Adulto	Pediátrico	Adulto	Pediátrico	Adulto	Pediátrico	Adulto	Pediátrico
Quimioterapia	92.183	2.242	91.274	2.242	99,0	100	106.341	3.332
Radioterapia	325.120	2.455	324.402	2.455	99,8	100	345.129	4.344
Cirurgia Oncológica	3844	65	3836	65	99,8	100	4697	84
Cirurgia Cabeça e Pescoço	282	3	282	3	100	100	361	5

Fontes: SIHSUS DATASUS, SIASUS DATASUS

O quadro 22 apresenta a produção de 12 meses dos componentes da assistência oncológica, demonstrando que os procedimentos de quimioterapia, radioterapia e cirurgia oncológica nos adultos foram atendidos prioritariamente na própria região Metropolitana I, com um pequeno percentual sendo referenciado para fora da região. Os residentes que tiveram procedimentos de cirurgias de cabeça e pescoço foram tratados na própria região, assim como as crianças. Por centralizar um grande conjunto de serviços oncológicos públicos, a região Metropolitana I é também referência para as outras regiões do estado. Considerando as estimativas da necessidade de novos serviços apresentadas anteriormente, é possível inferir que o acesso ao tratamento gera atrasos em seu início, comprometendo as chances de cura dos pacientes.

Quadro 23-A. Pactuação para as referências do atendimento oncológico do adulto – Metropolitana I – nov. 2016 a nov. 2017

Alta Complexidade Ambulatorial	Oncologia					
	Quimioterapia			Radioterapia		
Município Encaminhador	Hematologia	Oncologia Clínica	Oncologia Pediátrica	Braquiterapia	Outros Procedimentos Radioterápicos	Radioterapia Geral
Belford Roxo	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu
Duque de Caxias	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu
Itaguaí	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu
Japeri	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu
Magé	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu
Mesquita	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu
Nilópolis	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu
Nova Iguaçu	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu
Queimados	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu
S. João de Meriti	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu
Seropédica	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	RJ

Fontes: SIASUS DATASUS

Quadro 23-B. Pactuação para as referências do atendimento oncológico– Metropolitana I – nov. 2016 a nov. 2017

Alta Complexidade Hospitalar	Cirurgia Oncológica - Geral		Cabeça e Pescoço
	Adulto	Pediátrico	Adulto e Pediátrico
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro, Volta Redonda	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Demais municípios da Metropolitana I	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro

Fontes: SIHSUS DATASUS

Quadro 24. Municípios executores da Alta Complexidade em Oncologia, por município encaminhador da Metropolitana I, nov. de 2016 a nov. 2017

Município Encaminhador	Quimioterapia Adulto	Radioterapia Adulto	Cirurgia Oncol. Adulta	Cirurgia Oncol. Pediátrica	Cirurgia de cabeça e pescoço (Adulto+ Pediátrico)
Belford Roxo	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
D. de Caxias	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Itaguaí	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Japeri	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Magé	Rio de Janeiro, Petrópolis, Teresópolis	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Mesquita	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Nilópolis	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Nova Iguaçu	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Queimados	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
S. J. de Meriti	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Seropédica	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro

Fontes: SIH DATASUS, SIA DATASUS
Nota: Municípios executores de 85% ou mais dos procedimentos do município encaminhador.

A região Metropolitana I, apesar de concentrar muitas unidades que atendem oncologia e o próprio INCA, é também referência para todo o estado em algumas especialidades, e vem diminuindo os serviços prestados pelos hospitais federais e universitários localizados no município do Rio de Janeiro. Existem unidades sem habilitação na região (Nova Iguaçu), e os diagnósticos não são realizados de maneira oportuna pelo acesso reduzido a exames necessários para acelerar o início do tratamento.

√ NEUROCIRURGIA

Apesar da existência de unidades hospitalares habilitadas para a execução de procedimentos de alta complexidade em neurocirurgia, elas não realizam a produção mínima exigida pelas portarias do Ministério da Saúde. A maior produção é a realização de neuroembolização. O acesso aos serviços é comprometido pela baixa estruturação da rede, desde a atenção primária até os serviços diagnósticos de média e alta complexidade, além da oferta insuficiente nos serviços especializados. O Instituto Estadual do Cérebro foi habilitado em dezembro de 2017, portanto sua produção não foi computada nesse estudo.

Tabela 39. Rede de Neurocirurgia no estado do Rio de Janeiro e na região Metropolitana I e sua adequação aos parâmetros populacionais.

Estado/Região	Unidade de Neurocirurgia				Centro de Referência em Neurocirurgia Quantidade Máxima)			
	Existente	Produção Mínima	Necessário	Déficit	Existente	Produção Mínima	Necessário	Déficit
Estado do RJ	26	2	17,16	-15,16	1	-	2,75	-2,75
Metropolitana I	10	-	10,45	-10,45	-	-	1,67	-1,67

Fonte: SAECA/SES-RJ/DATASUS

Tabela 40. Síntese dos atendimentos de Alta Complexidade em Neurologia aos residentes da região Metropolitana I, no período de nov. 2016 a nov. de 2017

Especialidades	Residentes da região atendidos		Residentes atendidos na própria região		% Residentes atendidos na própria região		Produção total da região	
	Adulto	Pediátrico	Adulto	Pediátrico	Adulto	Pediátrico	Adulto	Pediátrico
Neurocirurgia Coluna Vertebral e Nervos Periféricos	497	28	492	28	99,0	100	711	41
Neurocirurgia Dor Funcional	73	0	73	0	100	0	82	0
Neurocirurgia Função Estereotáxica	1	0	1	0	100	0	1	0
Neurocirurgia Trauma e Anomalias Desenvolvimento	58	7	58	7	100	100	62	7
Neurocirurgia Tumores do Sistema Nervoso	289	19	287	19	99,3	100	344	26
Neurocirurgia Vascular	63	1	63	1	100	100	66	1
Investigação Cirúrgica da Epilepsia	2	0	2	0	100	0	3	0
Tratamento Neuroendovascular	87	2	0	0	0,0	0	1	0

Fonte: SIH DATASUS

Quadro 25. Referências da Alta Complexidade em Neurocirurgia - PPI

Município Encaminhador	Município Executor							
	Neurocir. Coluna e Nervos Periféricos	Neurocir. Trauma e Anom. Desenvolv.	Neurocir. Tumores do Sistema Nervoso	Tratamento da Dor Funcional	Vascular	Tratamento Neuroendovascular	Função Estereotáxica	Invest. Cirur. Epilepsia
Belford Roxo	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Itaperuna, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
D. de Caxias	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Itaperuna, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Itaguaí	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Itaperuna, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Japeri	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Itaperuna, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Magé	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Itaperuna, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Mesquita	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Itaperuna, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Nilópolis	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Itaperuna, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Nova Iguaçu	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Itaperuna, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Queimados	Itaperuna	Itaperuna	Itaperuna, Rio de Janeiro	Itaperuna	Rio de Janeiro	Itaperuna	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Itaperuna, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
S. J. de Meriti	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Itaperuna, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Seropédica	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Itaperuna, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro

Fonte: SIH DATASUS

Quadro 26. Municípios executores da Alta Complexidade em Neurocirurgia Pediátrica, por município encaminhador da região Metropolitana I, novembro de 2016 a novembro 2017

Município Encaminhador	Neurocir. Coluna e Nervos Periféricos	Neurocir. Trauma e Anom. Desenvolv.	Neurocir. Tumores do Sistema Nervoso	Tratamento da Dor Funcional	Vascular	Tratamento Neuroendovascular
Belford Roxo	Rio de Janeiro	-	Metropolitana II	-	Rio de Janeiro	Petrópolis
Duque de Caxias	Rio de Janeiro	-	Médio Paraíba	-	Rio de Janeiro	-
Japeri	-	-	-	-	Rio de Janeiro	-
Magé	Rio de Janeiro	-	-	-	-	-
Mesquita	-	Rio de Janeiro	-	-	-	-
Nova Iguaçu	Rio de Janeiro	-	-	-	Rio de Janeiro	-
Queimados	Rio de Janeiro	-	-	-	-	-
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	-	-	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
São João de Meriti	Rio de Janeiro	-	-	-	Rio de Janeiro	-

Fonte: SIH DATASUS
Nota: Municípios executores de 85% ou mais dos procedimentos do município encaminhador.

Quadro 27. Municípios executores da Alta Complexidade em Neurocirurgia do adulto, por município encaminhador da região Metropolitana I, nov. de 2016 a nov. 2017.

Município de Residência	Neurocirurgia da Coluna e Nervos Periféricos	Trauma e Anormalidadesdo Desenvolvimento	Tumores do SN	TT. da Dor Funcional	Neurocirurgia Vascular	Cir. Neuroendovascular	Função Estereotáxica	Invest. e Cir. de Epilepsia
Belford Roxo	Rio de Janeiro	-	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Petrópolis, Itaperuna	-	-
Duque de Caxias	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro, N. Iguaçu	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Petrópolis	-	-
Itaguaí	Rio de Janeiro	-	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	-	Petrópolis	-	-
Japeri	Rio de Janeiro	-	Rio de Janeiro, N. Iguaçu	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu	-	-	-
Magé	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	-	Petrópolis	-	-
Mesquita	Rio de Janeiro	-	Rio de Janeiro	-	-	-	-	-
Nilópolis	Rio de Janeiro	N. Iguaçu	Rio de Janeiro	-	Rio de Janeiro, N. Iguaçu	-	-	-
Nova Iguaçu	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro, N. Iguaçu	Rio de Janeiro, N. Iguaçu	Rio de Janeiro	N. Iguaçu, Rio de Janeiro	Petrópolis	-	-
Queimados	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	-	-	-	-
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Petrópolis	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
São João de Meriti	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro, N. Iguaçu	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	N. Iguaçu, Rio de Janeiro	Petrópolis	-	-
Seropédica	Rio de Janeiro, P. do Sul	-	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro		Petrópolis	-	-

Fonte: SIH DATASUS
Nota: Municípios executores de 85% ou mais dos procedimentos do município encaminhador.

√ OFTALMOLOGIA

Abaixo são apresentadas as informações acerca dos serviços de Oftalmologia, onde é possível observar o déficit na região Metropolitana I, considerando os parâmetros utilizados.

Tabela 41. Oftalmologia no estado do Rio de Janeiro e região Metropolitana I

Estado e Região	População	Unidade Especializada de Oftalmologia		
		Existente	Necessário	Déficit
Estado do Rio de Janeiro	13.727.968	30	68,71	-38,71
Metropolitana I	8.360.091	17	41,85	-24,85

* Portaria 288/2008 – 1 Unidade Especializada de oftalmologia para 200.000 hab.

√ TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

Acerca da Terapia Renal Substitutiva, verifica-se que existe no estado do Rio de Janeiro um deficit de 203 máquinas e na região Metropolitana I, 98 máquinas.

Tabela 42. Terapia Renal Substitutiva no estado do Rio de Janeiro e região Metropolitana I

TRS	Estado do RJ	Metropolitana I
População residente	11.907.054	7.283.963
População alvo TRS Total (0,12% acima de 20 anos)	14.288	8.741
Máquinas necessárias pelo parâmetro Pop. Total	2381	1457
Máquinas necessárias pelo parâmetro Pop. SUS	2143	1311
Máquinas existentes	1940	1213
Déficit total	-441	-244
Déficit de Máquinas SUS (90%)	-203	-98

Fonte: SES-RJ/SAECA/CNES/DATASUS

√ ORTOPEDIA

Tabela 43. Síntese dos atendimentos de Alta Complexidade em Ortopedia e Traumatologia aos residentes da região Metropolitana I, no período de novembro de 2016 a novembro de 2017

Especialidade	Residentes da região atendidos		Residentes atendidos na própria região		% Residentes atendidos na própria região		Produção total da região	
	Adulto	Pediátrico	Adulto	Pediátrico	Adulto	Pediátrico	Adulto	Pediátrico
Col. Vert. e Caixa Torácica	642	12	628	10	97,8	83,3	710	12
Cint.Escapular	71	0	71	0	100	0	100	0
Membros Superiores	8	2	8	2	100	100	10	3
Cintura Pélvica	811	0	749	0	92,4	0	1.033	2
Membros Inferiores	840	18	833	18	99,2	100	1.008	27
Geral	81	160	77	158	95,1	98,8	122	214

Fonte: SIHSUS/SISPPI

Quadro 28. PPI - Municípios de referência para Alta Complexidade em Cirurgia Ortopédica e Traumatológica do Adulto, região Metropolitana I

Município Encaminhador	Col. Vert. e Caixa Torácica	Cintura Escapular	Membros Superiores e Inferiores	Cintura Pélvica	TO - Gerais
Belford Roxo	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Duque de Caxias	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Itaguaí	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Japeri	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Magé	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Mesquita	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Nilópolis	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Nova Iguaçu	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Queimados	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
S. João de Meriti	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Seropédica	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro

Fonte:SIHSUS/SISPPI/2017

Quadro 29. PPI - Municípios de referência para Alta Complexidade em Cirurgia Ortopédica e Traumatológica Pediátrica, região Metropolitana I

Município Encaminhador	Col. Vert. e Caixa Torácica	Cintura Escapular	Membros Superiores e Inferiores	Cintura Pélvica	TO - Gerais
Belford Roxo	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu
Duque de Caxias	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Itaguaí	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Japeri	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu
Magé	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu
Mesquita	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu
Nilópolis	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu
Nova Iguaçu	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu
Queimados	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
S. João de Meriti	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Nova Iguaçu
Seropédica	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro

Fonte:SIHSUS/SISPPI

Quadro 30. Principais municípios executores por especialidade de Alta Complexidade em Cirurgia Ortopédica e Traumatológica do Adulto, região Metropolitana I, novembro de 2016 a novembro de 2017

Município Encaminhador	Col. Vertebral e Caixa Torácica	Cintura Escapular	Membros Superiores	Cintura Pélvica	Membros Inferiores	Cir. Ortop. Gerais
Belford Roxo	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	-	Rio de Janeiro, P. do Sul	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Duque de Caxias	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro, P. do Sul
Itaguaí	Rio de Janeiro, Niterói	-	-	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	-
Japeri	Rio de Janeiro, P. do Sul	-	-	Rio de Janeiro, P. do Sul	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Magé	Rio de Janeiro, Petrópolis	-	-	Rio de Janeiro, P. do Sul	Rio de Janeiro	-
Mesquita	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	-	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Paraíba do Sul
Nilópolis	Rio de Janeiro	-	-	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Nova Iguaçu	Rio de Janeiro, N. Iguaçu	Rio de Janeiro	-	Rio de Janeiro, P. do Sul	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Queimados	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	-	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	-
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
São João de Meriti	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	-	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Seropédica	Rio de Janeiro	-	-	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	-

Fonte: SIH DATASUS/2017

Quadro 31. Principais municípios executores por especialidade de Alta Complexidade em Cirurgia Ortopédica e Traumatológica Pediátrica, região Metropolitana I, nov. 2016 a nov. 2017

Município Encaminhador	Cintura Escapular	Membros Superiores	Col. Vert. e Caixa Torácica	Cintura Pélvica	Membros Inferiores
Belford Roxo	-	-	-	N. Iguaçu, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Duque de Caxias	-	-	-	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Itaguaí	-	Rio de Janeiro	-	-	-
Japeri	-	-	-	-	-
Magé	-	-	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Mesquita	-	-	-	N. Iguaçu	-
Nilópolis	-	-	-	-	-
Nova Iguaçu	-	-	Rio de Janeiro	N. Iguaçu, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Queimados	-	-	-	Rio de Janeiro	-
Rio de Janeiro	-	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
S. João de Meriti	-	-	-	N. Iguaçu, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Seropédica	-	-	-	Rio de Janeiro	-

Fonte: SIHSUS/MS
Faixa Etária Ped. ≤ 21 anos.
Dados atualizados em 08/01/2018
Nota: Municípios executores de 85 % ou mais dos procedimentos do município encaminhador.

IV. REDES TEMÁTICAS

As redes temáticas de atenção à saúde são caracterizadas pela formação de relações horizontais entre pontos de atenção (espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde),tendo como centro de comunicação a Atenção Primária à Saúde, coordenadora do cuidado em todos estes pontos. A sua organização depende de uma definição da região de saúde, com limites geográficos e população abrangida, e do estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região (Portaria GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010). Todas as redes estabelecidas como prioritárias pelo Ministério da Saúde vêm sendo implantadas no estado do Rio de Janeiro com a coordenação da Secretaria de Estado de Saúde, que promove junto aos municípios das nove regiões de saúde a elaboração, qualificação e revisão de planos de ação regionais, monitoramento das metas, realização de visitas e reuniões técnicas para acompanhamento e qualificação das ações.

4.1. REDE CEGONHA

Em 27 de junho de 2011 foi publicada no Diário Oficial da União a Portaria nº 1.459, que institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha; esta consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Um dos objetivos é dar mais qualidade aos serviços do SUS na área de atenção à saúde das mulheres e

crianças – da confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal e o parto, até os dois primeiros anos de vida do bebê.

A estratégia para o início da implantação da Rede Cegonha no Brasil e no estado do Rio de Janeiro obedeceu a critérios epidemiológicos (altas Taxas de Mortalidade Infantil e de Razão de Mortalidade Materna) e de densidade populacional. Para a região Metropolitana I, por se tratar de uma área de grande extensão geográfica dentro do estado do Rio de Janeiro, com complexo hospitalar próprio, fez-se necessária à criação de um plano de ação próprio, onde podemos demonstrar a atual cobertura do sistema de saúde oferecida às usuárias, bem como suas necessidades de melhorias.

O Plano de Ação Regional - PAR da Rede Cegonha da região Metropolitana I foi atualizado em 2019, é fruto das discussões e do trabalho do Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha desta região e tem por objetivo atualizar o diagnóstico da situação de saúde materno-infantil nos doze municípios que a compõem, consolidando propostas para melhoria da rede de atenção voltada para esta população.

Desde o ano de 2011, quando a Rede Cegonha foi instituída pelo Ministério da Saúde (MS) e a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) aderiu a esta iniciativa, ocorreram encontros e eventos importantes que marcaram seu processo de implementação na região Metropolitana I. Neste ano foi feito o primeiro Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado do Rio de Janeiro, que contemplava além da região Metropolitana I também a Metropolitana II. Em 2016 foi iniciado o processo de atualização do PAR da Rede Cegonha, desta vez de forma separada da região Metropolitana II. Cabe destacar que a Rede Cegonha é uma iniciativa fundamental para a Metropolitana I, tendo como um de seus frutos a construção do Fórum Perinatal, que vem ocorrendo desde 2015, sendo palco de discussões importantes sobre a atenção materno-infantil.

√ ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO MATERNO INFANTIL NA REGIÃO METROPOLITANA I

O segmento materno-infantil representa, demograficamente, o principal componente da população brasileira. Em conjunto, crianças, adolescentes e mulheres no período reprodutivo somam aproximadamente 63% do atual efetivo demográfico do país. O acompanhamento da evolução dos indicadores aplicados a esse segmento populacional é essencial para avaliar o impacto de mudanças sociais e econômicas, assim como de avanços ou eventuais retrocessos na disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde.

Dados demográficos da região apontam que 24,68% da população feminina em idade fértil encontram-se na adolescência, com idades entre 10 e 19 anos. Em face dessa constatação, as ações inerentes à promoção da saúde da adolescente necessitam ser intensificadas na Atenção Básica, com garantia de acesso aos serviços e qualidade da assistência oferecida. As ações intersetoriais entre a educação, saúde e assistência social também se tornam de grande relevância para o atendimento humanizado.

Cabe aos municípios estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento reprodutivo para homens e mulheres, adultos e adolescentes no âmbito da atenção integral à saúde, desenvolvendo as seguintes ações:

- Ampliar o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos contraceptivos;
- Ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo incluindo a reprodução assistida;
- Garantir a oferta de métodos contraceptivos para a população em idade reprodutiva;
- Estimular a participação e inclusão da população do sexo masculino e de adolescentes nas ações de planejamento reprodutivo;
- Garantir o fornecimento de preservativos e contraceptivos para adolescentes;
- Elaborar e/ou revisar, imprimir e distribuir material técnico e educativo sobre a saúde da mulher, incluindo as adolescentes e jovens;
- Reduzir a morbimortalidade por câncer de mama e colo de útero na população feminina;
- Aumentar a cobertura de exames colpocitológicos para as mulheres na faixa etária prioritária;
- Prevenir e tratar as ISTs na população sexualmente ativa;
- Fomentar a implantação dos comitês de mortalidade materna.

Considerando os desafios para melhorar a saúde das gestantes e crianças, a prevenção de óbitos é uma ação essencial e deve ser fortalecida a partir da qualificação das investigações dos óbitos ocorridos. Neste sentido, é fundamental a constituição e o fortalecimento dos Comitês de Investigação e Prevenção dos Óbitos Maternos e Infantis - CIPOMI, entendendo que estes comitês devem se voltar para identificação e aprofundamento dos nós críticos e qualificação da gestão e da assistência ao pré-natal, parto e puerpério e não devem ter caráter punitivo. O CIPOMI tem o intuito de recomendar mudanças das ações no processo do cuidado e de gestão, colaborando para a redução da incidência de óbitos. Para qualificar a investigação dos óbitos e a produção de recomendações para a rede de serviços de saúde, é necessário investir em agilidade e articulação entre os diferentes profissionais e setores da saúde e sociedade civil.

Com a Rede Cegonha, estão sendo desenvolvidas ações para reativação e fortalecimento dos Comitês, com objetivo de reunir movimentos sociais, gestores e profissionais para discutir os óbitos maternos, a fim de qualificar a investigação e as recomendações a serem produzidas e seguidas pelos serviços.

Atualmente existem comitês instituídos formalmente nos municípios de Nova Iguaçu, Mesquita, Itaguaí, São João de Meriti, Belford Roxo, Duque de Caxias, Magé e Rio de Janeiro. No entanto, segundo o documento Análise Situacional dos Comitês de Mortalidade Materna da região Metropolitana I, produzido pelo Fórum Perinatal desta região, isso não implica necessariamente em uma atuação efetiva. Entre os desafios apontados estão: a insuficiência de recursos humanos; a fragilidade dos vínculos empregatícios que acarreta a rotatividade de funcionários e, consequentemente, a descontinuidade das ações; a falta de qualificação adequada para atuação nos Comitês; a insuficiência de uma infraestrutura que possibilite espaço físico adequado, equipamentos, mobiliários, rede telefônica, internet, viaturas e outros itens mínimos para a realização das atividades de um Comitê; a insuficiência de dados e informações que viabilizem um monitoramento de indicadores; dentre outros.

Em relação às taxas de mortalidade infantil, a razão de prevalência entre países menos desenvolvidos e países industrializados é de 18,2 vezes mais óbitos nos países em desenvolvimento. Este fato também demonstra a importância da mortalidade infantil como fator fundamental de distinção de níveis de saúde entre povos e regiões.

Recomenda-se a criação e fortalecimento dos Comitês Estaduais e Municipais de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal como importante estratégia de melhoria na organização da assistência de saúde para a redução das mortes preveníveis, bem como a melhoria dos registros sobre a mortalidade. O grupo condutor regional (GCR) vem encorajando a importância dos municípios em manter ativos os comitês municipais, reforçando a relevância em investigar 100% dos óbitos. Em municípios que não possuem os comitês instituídos, o GCR tem destacado a importância de sua construção.

A série histórica aponta para uma tendência à redução da mortalidade infantil na região e no estado, em todos os seus componentes. Vale destacar que a mesma tendência aparece de forma distinta entre os municípios da região, conferindo ao monitoramento deste indicador importância fundamental, assim como à investigação dos óbitos infantis, a fim de que sejam identificadas as ações a serem implementadas para que novos óbitos sejam evitados.

Nesse sentido, observa-se que a investigação de óbitos infantis e fetais, na maioria dos municípios da região, é um problema a ser enfrentado. Vale destacar que as dificuldades já apresentadas no que se refere à investigação da morte materna são as mesmas, repercutindo ainda mais nos óbitos fetais e infantis, numericamente maiores que os óbitos maternos. Importante destacar que o município de Mesquita, mesmo enfrentando as dificuldades, conseguiu manter a taxa de 100% de óbitos infantis investigados.

Diante da existência de Comitê de Mortalidade Materna em grande parte dos municípios da região e da importância da investigação dos óbitos ocorridos nos municípios, pode-se destacar como causas para os baixos números de óbitos investigados: a falta de viatura e quantitativo de funcionários para investigação; informações de endereços falsos nos dados hospitalares; discrepância entre dados lançados para abastecimento do sistema pelos municípios e os dados apresentados pelo Ministério da Saúde; falta de adesão de alguns setores ao Comitê de Mortalidade.

Compreende-se a necessidade de fortalecimento dos Comitês Municipais através de ações voltadas para seu melhor funcionamento, buscando investigar 100% dos óbitos e levantar ações para evitar novos óbitos da sua população. Contudo é preciso salientar que sem intervenções dos gestores municipais, estaduais, federais, e de setores como regulação obstétrica, dificilmente será possível alcançar a redução da mortalidade materna, infantil e fetal.

O objetivo do pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação e garantir um parto saudável, sem impacto para a saúde materno-infantil. Este acompanhamento deve abordar aspectos psicossociais e atividades educativas e preventivas, iniciadas o mais precocemente possível e sem data de término, já que não existe alta do pré-natal. Desta maneira, estados e municípios necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal, com mecanismos estabelecidos de referência e contra referência.

A Política Nacional de Humanização toma o acolhimento como postura prática nas ações de atenção e gestão das unidades de saúde, o que está de acordo com os compromissos firmados pela Rede Cegonha no intuito de melhorar a qualidade da assistência à mulher e à criança, garantindo seus direitos. Para sua validação, alguns indicadores são avaliados através do SISPRENATAL Web, que vem sendo utilizado desde 2013, porém necessita de ajustes para seu bom funcionamento.

Como já colocado, uma das estratégias da Rede Cegonha é que todas as Unidades Básicas de Saúde realizem com qualidade o pré-natal de risco habitual, e que existam fluxos na rede municipal e/ou regional para o atendimento do pré-natal de alto risco. Toda gestante ao receber o diagnóstico de gravidez deve ser cadastrada no SISPRENATAL Web (até o ano de 2017) e no e-SUS (a partir de 2017) e durante todo o pré-natal esse sistema deve ser informado da realização de consultas, exames, vacinas, parto, puerpério. Esse sistema é uma ferramenta importante para monitorar o acompanhamento das gestantes por suas equipes.

Na região Metropolitana I, ainda é muito baixo o número de gestantes cadastradas pelo SISPRENATAL Web, o que mostra a necessidade de sensibilizar os profissionais para a importância desse instrumento no processo de trabalho das equipes. Inserido na Rede Cegonha, o SISPRENATAL Web é um sistema *online* para o cadastro de gestantes e acompanhamento do pré-natal, permitindo assim o monitoramento e avaliação da atenção ao pré-natal e ao puerpério prestadas pelos serviços de saúde a cada gestante, desde o primeiro atendimento nas Unidades de Saúde na Atenção Básica até a alta complexidade. Esse sistema contribui ainda para promover a segurança da saúde e qualidade de vida da mãe e da criança, auxiliando na identificação de agravos responsáveis pelas principais causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal. Sendo assim, torna-se necessário capacitar permanentemente os profissionais envolvidos com o registro desses dados. O sistema e-SUS, a partir de novembro de 2018 foi o substituto do SISPRENATAL, mas visto que está em transição, ainda se encontra com algumas dificuldades nos municípios onde o sistema de atendimento ao cliente não é feito *online*, e sim através de fichas de produção impressas deste sistema. Uma das dificuldades elencadas por grande parte dos municípios, principalmente os da Baixada Fluminense, é o cadastro das gestantes que não são vinculadas à equipe de Estratégia de Saúde da Família, que são atendidas em modelo de unidades básicas tradicionais, onde a produção não é alimentada pelo e-SUS e sim pelo SIAB.

Observa-se que das seis consultas mínimas exigidas pelo programa, todos os municípios ultrapassaram a margem dos 50% de gestantes com mais de sete consultas de pré-natal, e o município do Rio de Janeiro mantém a margem acima de 70% entre o período de 2013 a 2016, chegando a atingir mais de 80% em 2017 e 2018.Conforme demonstram os dados, a captação precoce das gestantes vem aumentando ao longo dos últimos anos. É preconizado que se inicie o pré-natal com até 12 semanas de gestação a fim de identificar e/ou diagnosticar doenças preexistentes e/ou adquiridas no período gravídico-puerperal, e assim oferecer tratamento e cuidados adequados, evitando um agravamento do quadro que elevaria seu risco. A oferta de TIG é um bom instrumento para diagnóstico precoce da gestação a fim de dar início ao pré-natal, conforme preconizado.

Os dados no Plano demonstram que o número de gestantes com 20 semanas e que realizaram exames laboratoriais é muito baixo, e vem diminuindo ainda mais como

mostrado na série histórica. A realização dos exames no primeiro trimestre é de fundamental importância para que seja realizado diagnóstico precoce, tratamento e/ou acompanhamento imediato de algumas patologias, proporcionando um parto mais seguro e tranquilo para mãe, bebê e equipe que vai acompanhar o parto

Com base nos dados apresentados, vemos que o SISPRENATAL Web não representa a realidade do número de gestantes acompanhadas pelas equipes da Atenção Básica, mas também sabemos que são muitas as dificuldades na realização do pré-natal adequado (captar precocemente, realizar exames e receber os resultados em tempo oportuno, completar esquema vacinal, orientações referentes ao pré-natal, parto, puerpério e puericultura). Alguns nós críticos são identificados: a rotatividade dos profissionais das equipes, em especial na ESF; a necessidade de sensibilizar os profissionais da importância de informar seus atendimentos nos sistemas no período correto, através de treinamentos e monitoramento periódico; a importância de constituir espaços de discussões permanentes sobre o tema.

O indicador de número de casos de sífilis na gestante reflete a qualidade da atenção pré-natal, incluindo o diagnóstico precoce e o tratamento adequado. A proposta de vigilância compulsória da sífilis na gestação inicia-se em um momento em que o Ministério da Saúde, em conjunto com os estados e municípios, está reforçando as ações de controle da transmissão vertical da sífilis. Em que pese os esforços para controle desse agravo, a sífilis congênita permanece como um problema de saúde pública tanto no Brasil quanto em outros países do mundo.

Algumas ações vêm sendo implementadas pelos municípios, como a utilização de testes rápidos de sífilis nas unidades de atenção básica e realização de capacitações para os profissionais.No entanto, os dados ainda são alarmantes e faz-se necessário um plano de enfrentamento conjunto para melhoria deste cenário. Entre as dificuldades encontradas estão as relacionadas à baixa adesão do parceiro ao tratamento, às prescrições inadequadas e à pouca disponibilidade e realização da aplicação da penicilina nos serviços de atenção básica em alguns municípios. Parece estratégico neste contexto investir na descentralização do diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes e seus parceiros, buscando facilitar o acesso e garantir a adesão e conclusão do tratamento.

O município de Nova Iguaçu adotou como estratégia a descentralização dos testes rápidos para todas as unidades de saúde, assim como a administração da medicação penicilina benzatina em todas as unidades de saúde, conforme preconizado. Com essa estratégia, a busca por portadores de sífilis assintomáticos foi intensificada, permitindo assim realizar o tratamento no estágio primário da doença.

Em função do aumento da incidência da sífilis e da sífilis congênita ocorrido nos últimos anos e além das ações supramencionadas, destaca-se a implementação, em 2018, do Projeto de Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção, sob coordenação do Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde e da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como uma iniciativa prevista na Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil lançada em 2016.

Os municípios do Estado do Rio de Janeiro com mais de 100.000 habitantes e/ou com índice composto de sífilis (taxa de incidência de sífilis congênita em <1a e taxa de

mortalidade perinatal, nos últimos 5 anos), foram convidados a participar do Projeto de Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção. Na região Metropolitana I os municípios participantes são: São João de Meriti, Magé, Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Queimados, Belford Roxo, Nova Iguaçu, Nilópolis e Mesquita. Estes municípios receberam apoiadores institucionais incumbidos de auxiliar na identificação dos nós críticos e potencialidades relacionadas às necessidades de saúde e ao enfrentamento da sífilis nos territórios. Dentre as diversas estratégias e ações, ressalta-se a realização de oficinas de planejamento com os municípios da Baixada Fluminense, bem como o desenvolvimento e construção da linha de cuidado da sífilis congênita e das crianças expostas, regional e municipal, em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

√ PARTO E NASCIMENTO

Este componente é um eixo estratégico para a mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento nas maternidades existentes nos municípios e Regiões de Saúde, tanto por propor diretrizes para implementação das boas práticas obstétricas e neonatais, como para tratar do alto número de cesarianas que ainda ocorre em nosso país, estado, municípios. A questão das altas taxas de cesárea é ponto central que precisa ser enfrentado por gestores, trabalhadores e usuárias(os) do sistema de saúde.

Vários esforços vêm sendo feitos em relação à assistência ao parto em algumas maternidades, com a introdução, por exemplo, de profissionais de saúde com a formação de doulas; acompanhamento do parceiro em todo o processo de internação; adaptação dos protocolos clínicos às condutas não medicamentosas de alívio à dor; diminuição de episiotomias; diminuição no uso de ocitócitos; grupos de gestantes para ambientação; e visitas individuais para conhecer a maternidade (maternidade portas abertas), etc. Porém há um enfrentamento importante quanto à formação dos profissionais da assistência (médicos e enfermeiros), que precisam ser mais sensibilizados para a adoção das boas práticas obstétricas e neonatais baseadas em evidências. Um fator dificultador neste processo é a precarização dos vínculos profissionais, com alta rotatividade, o que dificulta o trabalho de capacitação e sensibilização.

Direitos como a presença do acompanhante, acesso a métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto, conhecimento prévio da maternidade onde acontecerá o parto, dentre outros, são diretrizes que devem ser perseguidas para que de fato se efetive a mudança de modelo de atenção proposta com a Rede Cegonha.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que o total de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja de 15%. Esta determinação está fundamentada no preceito de que apenas 15% do total de partos apresentam indicação precisa de cesariana, ou seja, existe uma situação real onde é fundamental para preservação da saúde materna e/ou fetal que aquele procedimento seja realizado cirurgicamente e não por via natural (OMS, 1996). As normas nacionais estabelecem limites percentuais, por estado, para a realização de partos cesáreos, bem como critérios progressivos para o alcance do valor máximo de 25% para todos os estados. Nos municípios analisados os percentuais estão bastante elevados.

De acordo com o Documento Preliminar para Contratualização da Rede Cegonha, elaborado pelo Ministério da Saúde, a meta é de redução da Taxa de Cesárea em 10%

ao ano até alcançar 25% nas maternidades de risco habitual, 30% nas maternidades de alto risco tipo 1e 35% nas maternidades de alto risco tipo 2.

Há uma cultura em nosso país de banalização da realização de cesarianas, seja por parte dos usuários como dos profissionais, o que se nota ainda mais quando se analisam os dados das maternidades privadas. Nas maternidades públicas da região Metropolitana I, observa-se que 38% dos partos são cesarianas. Nas maternidades conveniadas, principalmente localizadas na Baixada Fluminense, o índice de cesáreas se mantém acima de 70% nos últimos três anos apresentados. Vale salientar que nas maternidades localizadas no município do Rio de Janeiro, de âmbito federal, embora tenham o perfil de atendimento voltado para a gestação de alto risco, a ocorrência de cesáreas está acima do esperado. Importante destacar o trabalho realizado na Casa de Parto Davi Capistrano Filho, sob gestão do município do Rio de Janeiro, onde só são realizados partos normais conduzidos por enfermeiras obstétricas.

Uma estratégia para a redução do índice de cesariana na região Metropolitana I é pactuar com gestores da região um plano de ação que vise a redução de taxas elevadas das cesáreas que estão em desacordo com as boas práticas vigentes. Na maternidade do município de Nova Iguaçu é utilizado um protocolo de qualificação obstétrica na classificação de risco, porém não há a denominação da categoria de enfermagem obstétrica em seu organograma funcional. Nas maternidades de gestão municipal do município do Rio de Janeiro utiliza-se o Protocolo de Manchester, adaptado para a área obstétrica nas portas de entrada para acolhimento e classificação de risco. Outra estratégia a ser abordada é a utilização da Classificação de Robson nas maternidades para monitorar as taxas de cesáreas.

Importante analisar a taxa de cesárea em primíparas, pois é comum que as gestantes submetidas à cesárea no primeiro parto tenham cesáreas subsequentes. A região Metropolitana I possui taxa de 55,52% de cesáreas em primíparas, variando de 64% em Itaguaí e Seropédica a 43% em Japeri. Vemos uma concentração da ocorrência de cesáreas nas faixas etárias de 20 a 49 anos, com aumento ainda maior no intervalo de 30 a 49 anos. É possível que uma das razões para que as faixas etárias mais adultas tenham maior taxa de cesariana, seja em parte pela ausência de políticas de planejamento reprodutivo e a demanda por laqueadura tubária seja latente. Por esta forma de esterilização não ser ofertada adequadamente por laparoscopia, acaba sendo realizada durante o parto.

Podemos observar taxas crescentes de parto normal nas instituições de saúde do SUS e suplementares. Porém, em alguns municípios como Japeri, Magé e Queimados houve um declínio no ano de 2018. Mesmo com aumento significativo, Itaguaí e Seropédica ainda continuam abaixo da média da Região. Nilópolis foi o único município que, em 2018, teve suas gestantes na média do Estado do Rio de Janeiro, embora sem maternidade pública no momento.

De forma geral, questões culturais, pouca informação relacionada ao parto normal, e muitas vezes incentivo por profissionais de saúde, podem ser atribuídos como fatores que levam as gestantes a optar pelo parto cesáreo. Com o intuito de modificar esse panorama, o município do Rio de Janeiro sinaliza que vem realizando ações para intensificar a mudança dos indicadores elevados de partos cesáreos, como, por exemplo, a presença de doulas nas maternidades, garantindo o acompanhamento do pai durante o parto, realizando grupos informativos, etc.

A região apresenta alto índice de Apgar menor que 7 no 1º minuto, considerando que o preconizado pelo MS seria este dado menor ou igual a 3,o que aponta para a necessidade de maior capacitação dos profissionais que atuam na assistência ao parto (médicos e enfermeiros), não só ao recém-nascido na sala de parto como principalmente no acompanhamento da vitalidade fetal no final de gestação e durante o trabalho de parto. Quando se observa o índice de Apgar menor que 7 no 5º minuto, pode-se notar melhora acentuada das taxas, o que nos leva a crer que provavelmente houve assistência adequada ao recém-nascido.

É necessário que haja maior disponibilidade de equipamentos como USG com Doppler e Cardiotocografia pré e intraparto, caso seja necessário. Importante assinalar algumas dificuldades encontradas para qualificar a assistência ao parto, como a formação universitária ainda pouco voltada para as questões da humanização e das boas práticas; as baixas remunerações; e a precarização dos vínculos.

√ SAÚDE DA CRIANÇA

A vulnerabilidade social pode potencializar os efeitos negativos das demais condições de risco que podem ocorrer no período gestacional e na primeira infância. Sendo assim, compreende-se que uma possibilidade de se reconhecer as gestantes e crianças em condições de maior vulnerabilidade social se dá por meio da captação daquelas que são beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF). Desta forma, a rotina de acompanhamento e de cumprimento das condicionalidades do PBF precisa ser qualificada nessa perspectiva.

É necessário ainda reforçar junto às equipes e serviços a importância de cuidar da primeira infância, incentivando a mãe a manter o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e a introduzir uma alimentação saudável na medida em que a criança for crescendo.

Para melhoria da situação de Aleitamento Materno e de introdução adequada de novos alimentos na primeira infância, estão em andamento a expansão da implantação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), com capacitação dos profissionais no desenvolvimento destas ações. Cabe ainda apontar a estratégia do Ministério da Saúde de incentivar o seguimento compartilhado entre maternidades e a atenção básica dos recém-nascidos de risco através do Método Canguru. Destacamos a recente formação do primeiro grupo de tutores do estado do Rio de Janeiro voltados para esta ação.

Mesmo considerando as iniciativas em curso, percebe-se a necessidade de melhor organizar a rede nos municípios para atendimento à criança saudável na puericultura até dois anos, bem como às crianças vulneráveis (beneficiários do PBF, egressos de UTI Neonatal, e outros).

Apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade do aleitamento materno sobre outras formas de alimentar a criança na primeira infância, e de todos os esforços de diversos organismos nacionais e internacionais, as taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as de aleitamento materno exclusivo, estão bastante aquém do recomendado, e o profissional de saúde tem um papel fundamental

na reversão desse quadro. Como fatores de risco para essa situação, identificaram-se: baixa escolaridade materna, ausência de programa de incentivo como IHAC e IUBAAM, primiparidade, maternidade precoce e trabalho informal. A fim de reverter esse cenário, estão sendo promovidas capacitações em IUBAAM e reuniões do Polo de Aleitamento Materno da Metropolitana I, para incentivar as ações e sensibilizar os gestores. Foi também estabelecida parceria com a UERJ para o ano de 2018, para o projeto de extensão "Apoiando a amamentação na Baixada Fluminense", visando a realização de levantamento de dados e avaliação de todas as unidades de saúde dos municípios, a fim de identificar as unidades básicas de saúde que possuem critérios para serem habilitadas na IUBAAM.

Têm sido apontadas algumas dificuldades no seguimento de pré-natal de mulheres portadoras de HIV, como o acesso aos exames de diagnóstico e acompanhamento dessas pacientes na gestação, no parto e pós-parto. Nesse sentido, as equipes responsáveis pelo acompanhamento das gestantes devem atuar intensificando ações para oferecer o acompanhamento pré-natal, incluindo os exames que constam nos protocolos, bem como tratamento quando indicado. Deve se atentar para o tratamento ao parceiro também.

Os dados apontam para uma redução dos casos de AIDS em menores de cinco anos na Região, o que sugere que o acompanhamento de mulheres no pré-natal, diagnosticadas antes ou durante, tem sido realizado em conformidade com o protocolo do Ministério da Saúde. Assim, sugere-se como meta para 2019 a pactuação da ocorrência de nenhum caso de AIDS em menores de cinco anos, embora os esforços da área da saúde nem sempre sejam suficientes frente às vulnerabilidades existentes.

O baixo peso ao nascer (BPN) é considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública em todo o mundo, contribuindo substancialmente para a morbimortalidade infantil. Os fatores associados ao baixo peso ao nascer são: prematuridade; nascimento no domicílio; sexo feminino; idade materna menor que 17 anos e maior que 38 anos; a não realização de pré-natal ou menos de 4 consultas; crianças não brancas; mães sem ocupação fora do lar; e mães solteiras. Em países desenvolvidos, observam- se valores em torno de 5 - 6%. (IBGE-2004 RJ). Na região Metropolitana I, observamos que no período entre 2012 a 2015 9,2% dos nascidos vivos tiveram peso menor que 2.499 gramas. A análise da situação do baixo peso ao nascer deve ser aprofundada mediante a observação da idade gestacional da criança.

Observa-se nos dados do Plano que, em 2015, o número de nascidos vivos com idade gestacional menor que 37 semanas de gestação corresponde a 11,1% do total de nascimentos na região, apontando para a importância de ações de qualificação do pré-natal e da assistência prestada na maternidade.

Diversas causas podem ser atribuídas à ocorrência de partos prematuros, que podem acontecer em decorrência da presença de patologias de base como doenças crônicas (diabetes e hipertensão), ISTs, entre outras. A prematuridade pode ocorrer também por fatores sócio demográficos como os relacionados às condições de vida da população.

Grande parte das causas de prematuridade são as infecções perinatais e o seu controle, dadas as dificuldades para realização dos exames complementares, disponibilização de antibióticos, adesão aos tratamentos, entre outras. É relevante

considerar, principalmente na rede privada, as antecipações de cesarianas eletivas que levam a um risco maior de prematuridade. Para buscar diminuir o número de nascidos vivos prematuros, deve-se ter maior atenção na abordagem às infecções durante a gestação, incluindo a sífilis, contando com maior presteza dos diagnósticos, tratamento eficiente e maior controle.

Com relação ao número de crianças menores de um ano acompanhadas em consulta de puericultura, podemos observar um número reduzido de consultas realizadas. Ressaltamos também que a migração do sistema de informação para o e-SUS AB parece não emitir resultados condizentes com a realidade, o que demanda atenção à qualificação da implantação do sistema.

À Central Estadual de Regulação são solicitadas vagas para: pré-natal de alto risco materno e/ou fetal; parto de alto risco; UTI materna e neonatal; tratamento de câncer materno e infantil; exames especiais; dentre outros. No momento, o principal nó crítico é a falta de vagas para parto de gestantes de alto risco materno e fetal, pois apesar das referências estarem estabelecidas, os municípios ainda encontram muitas dificuldades de acesso, o que vem sendo discutido no âmbito da Comissão Intergestores Regional (CIR).

Sobre as vagas para pré-natal de alto risco em maternidade de alto risco, principalmente para encaminhamento de gestantes obesas grau 3 e obesidade mórbida, tem sido muito difícil a captação de vagas/leitos. São colocadas à disposição no sistema de regulação uma ou nenhuma vaga por mês. É o que acontece também com as gestantes de alto risco fetal (com malformação fetal), que acabam parindo em maternidades de baixo risco, o que aumenta a probabilidade de mortalidade materna e neonatal.

Uma proposta seria que, após a realização do primeiro atendimento, fosse realizada a classificação de risco para que pudessem melhor encaminhar essas usuárias, com o auxílio dos Núcleos Internos de Regulação - NIRs à Central de Regulação. As vagas para gestantes de alto risco devem ser ofertadas em consonância com a classificação do MS e não casadas com UTI neonatal. A Central de Regulação Estadual para os RNs vem funcionando com maior agilidade nos últimos anos e tem conseguido transferir mais adequadamente os RNs de alto risco. Destaque-se a disponibilização de 250 leitos de UTI Neonatal contratados pela SES-RJ através de Chamamento Público.

√ NECESSIDADES DE ESTRUTURAÇÃO DA REDE PARA QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES NA LINHA DE CUIDADO MATERNO-INFANTIL

A rede de saúde é composta pelos serviços dos diferentes níveis de atenção, que vão desde a Atenção Básica, organizada sobretudo através da Estratégia Saúde da Família (ESF), até os serviços especializados e as unidades hospitalares. Esta rede deve ser trabalhada para que haja maior articulação e comunicação entre os serviços, de modo a garantir o percurso do usuário através dos diferentes pontos de atenção do sistema.

No caso da linha de cuidado materno-infantil, é importante conhecermos a cobertura de atenção básica dos municípios e as ações voltadas para esta população, como o planejamento reprodutivo, o pré-natal e a puericultura. Faz-se necessário

observar a cobertura de equipes de Atenção Básica em relação à população do município, mas também a qualidade das ações desenvolvidas, pois não basta haver uma alta cobertura – um número de equipes proporcional à população – sem que as ações de saúde reflitam melhoria da qualidade de vida naquele território. No caso da Baixada Fluminense, as coberturas da ESF ou mesmo de Atenção Básica são insuficientes para conferir os cuidados às gestantes nos territórios. E cabe ressaltar a queda da cobertura no município do Rio de Janeiro, com a perda de um grande contingente de profissionais já qualificados.

Em relação ao pré-natal de risco habitual, as Unidades Básicas realizam esta ação cobrindo sua população adscrita. Ainda são encontradas dificuldades para realização do pré-natal de risco habitual, como a alta rotatividade de profissionais nas Unidades, dificuldade dos médicos trabalharem em conjunto com a enfermagem, necessidade de utilização e padronização de protocolos, mas estas têm sido discutidas no âmbito do Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha, e possíveis soluções têm sido encaminhadas.

Seguindo da Atenção Básica para o nível da Atenção Especializada, é importante identificarmos no contexto de implementação da Rede Cegonha os serviços de Pré-Natal de Alto Risco, referências para realização dos Exames de Pré-Natal e serviços especializados que atendam às crianças que necessitem deste acompanhamento.

Na região Metropolitana I, o pré-natal de alto risco em alguns municípios é realizado nos Ambulatórios Municipais com médicos obstetras exclusivos para esta finalidade. Contudo, grande parte dos municípios não possui o ambulatório municipal para atendimento de pré-natal de risco. Neste caso as gestantes são referenciadas para maternidades de referência através da Central de Regulação (SER ou SISREG).

Há um certo grau de conflito, pois o município que possui o ambulatório com serviço especializado, mas não tem o hospital municipal com habilitação em GAR, depende do sistema de regulação para encaminhar a gestante para a maternidade, onde ela deverá realizar uma visita ao local que será de referência para situações de parto e/ou emergenciais. Visualiza-se que o sistema é falho, no sentido de que o município pode realizar o pré-natal nos ambulatórios municipais, mas não há uma garantia de que o parto da gestante em situação de risco seja no hospital de referência, uma vez que apenas é regulado quando se agrega a realização do pré-natal na maternidade referenciada. O contexto da Regulação atual dificulta esta referência; sendo assim, o grupo condutor regional pretende convidar os responsáveis pela regulação estadual e municipal para que sejam retomadas as articulações nas reuniões no ano de 2019, a fim de que esta problemática seja solucionada.

No município do Rio de Janeiro, as gestantes são referenciadas aos ambulatórios de alto risco intra-hospitalar, mas são acompanhadas também pela unidade básica de saúde. Em Nova Iguaçu há o ambulatório extra-hospitalar, onde todas as gestantes são vinculadas a maternidade municipal Mariana Bulhões e acompanhadas e/ou monitoradas pelas unidades básicas de saúde.

Em relação à atenção ao parto e nascimento, identificamos na região Metropolitana I 30 (trinta) maternidades, sendo 15 de risco habitual e 15 com perfil de alto risco. O município de Rio de Janeiro concentra o maior número de maternidades, sendo 18 no total. Os municípios de Japeri e Queimados não possuem maternidades em seus

territórios. Em Nilópolis, no Hospital Estadual Vereador Melchíades Calazans, a maternidade foi desativada. Já no município de Belford Roxo, o Hospital de Clínicas de Belford Roxo deixou de atender às gestantes do SUS.

A região Metropolitana I possui sete maternidades habilitadas para atendimento à Gestação de Alto Risco, conforme identificado no CNES, sendo seis localizadas no município do Rio de Janeiro e uma em Nova Iguaçu. Apesar disso, existem algumas maternidades que, mesmo não sendo habilitadas, são referência importante para o atendimento às gestantes e recém-nascidos de Alto Risco na Região e poderão ser habilitadas pelo MS.São elas: Hospital Municipal Pedro II (SMS RJ); Hospital Municipal Ronaldo Gazolla (SMS RJ).

Podemos observar que, na Baixada Fluminense, o baixo risco tem se concentrado nas maternidades municipais, porém hoje os municípios de Queimados, Belford Roxo e Nilópolis perderam as referências das maternidades alocadas no seu território. Sendo assim, as gestantes têm sido encaminhadas ao Hospital da Mãe, em Mesquita, e para a Maternidade Municipal Mariana Bulhões, em Nova Iguaçu. Para o alto risco, a maior parte dos municípios utiliza como referência os hospitais estaduais da região. Os hospitais da Mulher Heloneida Studart e Adão Pereira Nunes têm concentrado grande parte das referências para o alto risco, além da Maternidade Municipal Mariana Bulhões, que também tem admitido grande parte desta clientela, chegando a um percentual de 40% de parto das gestantes residentes fora do município de Nova Iguaçu/mês.

Para o cálculo da suficiência dos leitos obstétricos, neonatais e de UTI adulto na região Metropolitana I, foram utilizados os parâmetros da Nota Técnica “Parâmetro de Cálculo para Necessidade de Leitos Obstétricos Rede Cegonha (Memorando nº 118 DAPES/SAS/MS)”, aplicados a cada município e à Região de Saúde como um todo, de forma a se obter o número de leitos necessários.

É importante evidenciar que o cálculo da população SUS dependente por meio dos dados de beneficiários de Planos de Saúde da ANS pode estar subestimado, pois não se pode garantir que a proporção de gestantes com planos de saúde corresponda às MIF beneficiárias desses planos, bem como não se pode garantir a temporalidade da cobertura do plano, ou seja, se não há carência ou mesmo se há cobertura para obstetrícia no momento do parto. Entende- se que a crise atual impõe que se relativize o princípio da universalidade do SUS, mas há que se garantir o acesso aos cuidados obstétricos, e principalmente a assistência ao parto, a todas as gestantes que necessitem.

No site do CNES, levantou-se o número de leitos obstétricos, os leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, classificados como leitos de UTIN; os leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional, classificados como leitos de UCINCo; os leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru, classificados como leitos de UCINCa; e os leitos de UTI Adulto. Os leitos Neonatais foram assim classificados a partir da Portaria nº 930/2012.Observou-se que os parâmetros para o cálculo de leitos neonatais e de UTI adulto utilizados na Nota Técnica são consonantes com as Portarias GM nº 650 (Outubro/2011) e nº 930 (Maio/2012). Contudo, o cálculo dos leitos obstétricos totais, conforme proposto na Nota Técnica, não foi encontrado em nenhuma das portarias publicadas e que servem de parâmetros para a Rede Cegonha.

Para análise da suficiência de leitos, foram aplicados os parâmetros de acordo com as referidas Portarias e a população SUS dependente da região Metropolitana I. Depois foi levantado o número de leitos de cada Maternidade que atende ao SUS na região Metropolitana I através do CNES e então comparamos os leitos existentes com a necessidade de leitos, e atestamos a insuficiência do número de leitos maternos e infantis na Região (referências no Plano Regional Rede Cegonha).

A crise econômico-financeira que assola o país e em especial o estado do Rio de Janeiro repercute de forma significativa nos serviços de saúde, e se potencializa nos serviços hospitalares, de maior custo. Por este motivo, embora se tenha como metas para os leitos obstétricos a Taxa de Ocupação Operacional de 85% e o Tempo Médio de Permanência entre 2,4 e 3,1 dias, o cenário que ora se apresenta é bastante desfavorável ao seu alcance.

É importante ressaltar que, somando-se ao déficit de recursos, há um expressivo aumento da demanda: uma grande parcela da população que perdeu seu emprego, perdeu juntamente os planos de saúde ofertados pelos seus ex-empregadores. Deve ser assinalado também que houve redução no poder de compra de planos de saúde com cobertura completa (hospitalar, ambulatorial e obstétrica), fazendo com que mulheres com acompanhamento privado durante a sua gestação possam não contar com cobertura para o parto, o qual acabaria por ocorrer nos serviços públicos.

Observa-se que a capacidade instalada de leitos neonatais da região Metropolitana I encontra-se aquém da quantidade desejada, pois possui número de leitos abaixo do preconizado na Nota Técnica DAPES/SAS/MS (Memorando nº 118 DAPES/SAS/MS). Sobre os leitos de UTI Adulto, deve-se atentar que o número de leitos existentes, atende a todos os pacientes que deles necessitem, não sendo exclusivo para gestantes ou puérperas graves. Portanto, a aparente “suficiência” de leitos de UTI Adulto não condiz com a realidade dos municípios, que utilizam estes leitos para pacientes de diversos perfis. Faz-se necessário um alinhamento em relação ao Plano da Rede de Urgência e Emergência, para melhor articulação e não sobreposição dos recursos.

As maternidades da região Metropolitana I possuem apenas 8 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru, causando um déficit de 103 leitos que deveriam ser implementados nas Maternidades que atendem aos recém-nascidos de risco. Desta forma, a implementação da UCINCO pode ser uma estratégia potente de atenção aos recém-nascidos de baixo peso, considerando ainda a nova proposta do Ministério da Saúde de estimular e organizar o cuidado compartilhado do recém-nascido de risco entre Maternidades e Atenção Básica, para dar seguimento ao acompanhamento do bebê após a alta hospitalar.

√ PROPOSTAS PARA ORGANIZAÇÃO E FORTALECIMENTO DA LINHA MATERNO- INFANTIL NA REGIÃO

Tendo em vista o processo de implementação da Rede Cegonha, o esforço constante dos municípios em conjunto com o estado para a organização da atenção materno-infantil da região e a necessidade de novos recursos para o custeio e ampliação de leitos obstétricos/neonatais, foram apresentadas ao Ministério da Saúde as propostas da região para a captação destes recursos, assim como as unidades que podem receber recursos de incentivo da Rede Cegonha. Cabe também nas demandas ao governo do estado, para além da manutenção das maternidades sob sua gestão, a proposta de

incentivos financeiros para o apoio aos municípios no custeio às maternidades, haja vista a realização do mesmo para a Maternidade Mariana Bulhões, que é uma das referências regionais.

Sobre as ações de **Educação Permanente**, a região Metropolitana I aponta as seguintes necessidades:

- Qualificação do Pré-Natal através de capacitações para enfermeiros e médicos que atuam nos serviços;
- Divulgação e implementação das Boas Práticas nas Maternidades, realizando reuniões periódicas com as equipes das Maternidades para acompanhamento das ações e dos indicadores;
- Realização do Seminário de Boas Práticas da região Metropolitana I;
- Realização de cursos de suporte à vida ao recém-nascido e reanimação neonatal para as equipes assistenciais das Maternidades;
- Realização de cursos de Apoio ao Aleitamento Materno, especialmente da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC);
- Capacitação dos profissionais para alimentação adequada dos dados nos sistemas de informação (e-SUS);
- Fortalecimento das ações de Educação em Saúde;
- Fortalecimento das diretrizes da Lei 11.108 de 07/04/2005 (do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato)

Sobre as **ações propositivas para a organização da linha materno-infantil**, destacam-se:

- A partir da alta nas Maternidades, organização de linha de cuidado, com garantia de atendimento de puerpério e puericultura na Atenção Básica ou serviço que realiza pré-natal, buscando melhor articular e acompanhar o retorno da mãe e do bebê para casa;
- Atualização de lista das Unidades de AB/ ESF e outras que realizam pré-natal nos municípios da Metropolitana I, para que as Maternidades tenham estes contatos e possam utilizá-los para referenciar as pacientes quando necessário;
- Elaboração de fluxo voltado à identificação dos casos de pacientes com sífilis e retorno destes casos à Atenção Básica, acompanhando gestante e parceiro para tratamento adequado;
- Identificação dos casos de pacientes com sífilis e retorno destes casos à Atenção Básica, acompanhando gestante e parceiro para tratamento adequado (necessidade de parceria com órgãos de Vigilância Epidemiológica);
- Implementação do Pré-Natal do Parceiro;
- Retomada do Fórum Regional de IST/AIDS e Hepatites Virais da Metropolitana I;
- Realização de estudo relativo à oferta de apoio diagnóstico laboratorial e de imagem voltados à assistência pré-natal;
- Fortalecimento do vínculo entre o Grupo da Rede Cegonha municipal e estadual com a regulação municipal e estadual, para garantir a assistência e/ou parto das gestantes referenciadas ao pré-natal de alto risco;
- Garantia do acesso às consultas de pré-natal de alto risco às gestantes assim classificadas;
- Estabelecimento de protocolos clínicos normatizados e adequados à epidemiologia da Região;

- Implementação de instrumento para o monitoramento das Boas Práticas de Parto e Nascimento nas maternidades da região;
- Estabelecimento e pactuação de metas relacionadas às ações da Rede Cegonha para os municípios e para a Região;
- Fortalecimento dos Comitês Municipais de Investigação e Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil;
- Estreitamento de fluxos de investigação de óbitos entre os municípios da região;
- Implementação dos Grupos Condutores Municipais da Rede Cegonha;
- Fortalecimento do Fórum Perinatal da região Metropolitana I;
- Acompanhamento próximo em relação à aplicação dos recursos da Rede Cegonha na Região.

Um dos objetivos ao atualizar o Plano de Ação da Rede Cegonha da Metropolitana I é reforçar a rede hospitalar convencional, onde a gestante não precise peregrinar pela vaga tanto no pré-natal quanto no momento do parto, o que na prática significa garantia de vaga para as gestantes e recém-nascidos nas unidades de saúde. Almeja-se como projetos de melhoria a criação de novas estruturas de assistência e acompanhamento, como melhoria na ambiência das maternidades e das Casas da Gestante e do Bebê, melhoria no acolhimento e assistência às gestantes de risco, e a implantação dos Centros de Parto Normal.

Mas o processo enfrenta desafios. Inicialmente, os gestores estão buscando incentivos e recursos, que são mesmo necessários para se qualificar a rede, mas é difícil mudar a cultura da cesárea e tornar predominante o modelo de atenção ao parto e ao nascimento que se propõe. Para que a Região seja fortalecida na contextualização da Rede Cegonha, é necessária uma readequação no sistema de regulação, para então ser garantido a essas gestantes 100% do local de parto e/ou intercorrências obstétricas, tanto de risco habitual como de alto risco.

Ressaltando que, embora com muitas limitações na estrutura de atendimento (referências para pré-natal de alto risco, leitos hospitalares para parto de risco habitual e alto risco, quantidade de profissionais especialistas inferior à demanda de usuárias que procuram o serviço público de saúde), a Metropolitana I vem exercendo papel significativo no processo de humanização do pré-natal e parto, mantendo quase que equiparados os índices de parto normal ao parto cesariano e uma cobertura significativa do número de consultas realizadas no pré-natal, com um mínimo de seis consultas conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

4.2. REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – RAPS

A Rede de Atenção Psicossocial vem sendo construída na região Metropolitana I, que possui a maior densidade demográfica do estado, com apenas dois municípios com população abaixo de 100 mil habitantes (Japeri e Seropédica), e dois prestes a atingir 1 milhão de habitantes (Duque de Caxias e Nova Iguaçu).

De maneira geral, embora todos os municípios apresentem ao menos um dos componentes da RAPS (geralmente o CAPS), há um déficit considerável de serviços para o acolhimento e o cuidado adequado à população (tendo por referência os critérios populacionais estabelecidos pelo MS), sendo necessários investimentos significativos por parte dos gestores municipais para a implantação de novos serviços. No entanto, as dificuldades financeiras enfrentadas nos últimos anos, e as mudanças nas gestões municipais, têm gerado lentidão nos processos de implantação da rede em curso.

Tendo em vista o seu grande contingente populacional e a demanda por atendimentos de emergência em saúde mental (internações de curta duração), atualmente a região Metropolitana I apresenta um déficit de leitos de saúde mental em hospital geral (SHR), o que tem levado ao encaminhamento para as portas de entrada do município do Rio de Janeiro, inclusive hospitais psiquiátricos, como o IPUB/UFRJ. Esse fato demonstra a necessidade de qualificação da rede para a sustentação da atenção à crise nos dispositivos já existentes, como os CAPS, localizados no território. Ainda em função deste déficit, o Grupo Condutor Regional da RAPS discutiu a possibilidade de regionalização de alguns leitos junto aos municípios.

A criação de um fluxo regionalizado para as internações de curta duração também tem sido discutida pela SES, através da área responsável pela saúde mental, tendo em vista que sete municípios da região não contam com leitos de saúde mental em hospital geral: Belford Roxo, Itaguaí, Japeri, Mesquita, Nilópolis, Queimados, Seropédica.

Como perspectivas para a RAPS na região:

- Melhoria do funcionamento dos existentes e implantação de novos Serviços Residenciais Terapêuticos;
- Apesar do grande investimento feito na saúde mental do município do Rio de Janeiro, ainda existe a necessidade de implantação de novos dispositivos na AP 1.0, formada pelos bairros de Benfica, Caju, Catumbi, Centro, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama;
- Qualificação dos municípios para o matriciamento da atenção básica nas ações da saúde mental, inclusive melhorando a alimentação nos sistemas informatizados;
- Contratação de supervisores clínico-institucionais para a qualificação da RAPS nos seguintes municípios: Nilópolis, Queimados, Magé, Japeri, Itaguaí, Seropédica e Belford Roxo;
- Implantação de CAPS AD em municípios com contingente populacional menor do que o exigido em portaria (Japeri e Seropédica);
- Expansão do número de CAPS III;
- Ampliação do modelo CAPS AD III e UA para a atenção ao uso de álcool e outras drogas, em oposição às Comunidades Terapêuticas, conforme tem sido demonstrado no município do Rio de Janeiro;

- Necessidade de manutenção da rede existente, assim como de formas de contratação que não ocasionem a precarização e a alta rotatividade dos recursos humanos, que tem por consequência direta o prejuízo ao cuidado da clientela.

A região não reestruturou o Grupo Condutor Regional da RAPS, o que tem dificultado a discussão das questões regionais de forma mais ampla e eficaz. Em 2019, com o início de um novo ciclo de governo estadual, foi concebido e proposto um modelo de cofinanciamento estadual para os dispositivos da RAPS, o que está demandando da região a reorganização em rede de modo a captar os novos recursos para o fortalecimento dos equipamentos e responder às demandas da gestão municipal da Saúde Mental.

4.3. REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – RUE

O Plano de Ação das regiões Metropolitana I e Metropolitana II foi confeccionado em conjunto e aprovado conforme Deliberação CIB-RJ nº 1.735, de 12 de abril de 2012, e publicado repasse de recursos ministeriais pela Portaria GM/MS n° 1.269, de 28 de junho de 2012, posteriormente atualizada pela Portaria GM/MS nº 1.276, de 26 de junho de 2013, com distribuição de recursos do Ministério da Saúde para expansão e qualificação dos pontos de atenção necessários. Neste momento inicial, foram publicados recursos referentes às **portas de entrada** em funcionamento e pactuadas como estratégicas e para **leitos de retaguarda** contando com sua implantação consequente ao recurso.

O monitoramento das metas pactuadas entre o gestor e o prestador dos serviços de saúde para os Leitos Clínicos de Retaguarda e Portas de Entrada Hospitalares de Urgência foi realizado em 2014. Algumas transferências de leitos foram propostas, pactuadas em deliberações CIB, ratificadas em 2018 e informadas ao Ministério da Saúde, contudo não houve publicação de Portaria Ministerial com a transferência de leitos e recursos (Deliberação CIB-RJ n° 5.469, de 30 de agosto de 2018, que ratifica a pactuação de remanejamento de leitos de retaguarda clínica da rede de urgência e emergência da região Metropolitana II). No ano de 2018 estavam programadas novas visitas de monitoramento pelo Grupo Condutor Estadual (Secretaria de Estado de Saúde, COSEMS e CGUE-MS), contudo houve adiamento e cancelamento por parte do Ministério da Saúde. Ressalta-se ser fundamental tal monitoramento, tendo em vista a necessidade de avaliação, orientação quanto a adequações e potenciais remanejamentos de recursos conforme relatório final e discussão em Grupo Condutor Regional.

Em ação organizada pela SAS com apoio da Coordenação de Urgência e Emergência foram realizadas, no segundo semestre de 2018, imersões de equipes técnicas em alguns hospitais estaduais, visando, dentre outros objetivos, a organização dos componentes pactuados no PAR RUE. Os Hospitais Estaduais apoiados, que fazem parte do PAR RUE, foram o HEAPN e IECAC. O HEGV recebeu apoio de outras equipes da SAS para aprimoramento das rotinas de atendimento.

Quanto aos **leitos de terapia intensiva** foi publicada **Portaria GM/MS n° 3.036, de 27/12/2016**, referente à **qualificação** de leitos de Unidade de Terapia Intensiva tipo II (UTI tipo II) das regiões Metropolitana I e II com R$ 12.453.776,64/ano. Tais leitos ainda não

foram monitorados pelo Ministério da Saúde. Contudo ainda temos hospitais importantes que ainda não possuem habilitação de seus leitos de terapia intensiva existentes, impactando na recepção de recursos de habilitação e, naturalmente, impossibilitando na solicitação de recursos federais de qualificação destes leitos de terapia intensiva e, por fim, na qualidade da infraestrutura e da assistência.

Houve publicação de Portarias Ministeriais com aditivos e decréscimos a esse plano: **Portaria GM/MS n° 1.662, de 16/07/2018**, referente a acréscimo de valores à porta de entrada do Hospital Municipal de Nova Iguaçu, passando de porta de entrada geral R$ 100.000,00/mês para tipo II com R$ 300.000,00/mês; **Portaria GM/MS n° 1.841, de 16/07/2018**, referente a valores de qualificação de 21 leitos de Unidade de Terapia Intensiva tipo II no Hospital Municipal de Nova Iguaçu, incorporando R$ 2.583.288,96/ano e **Portaria GM/MS n° 2.258, de 27/07/2018**, que estabeleceu a suspensão da transferência de recursos do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e do Município de Belford Roxo, referente à porta de entrada geral do Hospital Municipal de Belford Roxo (perda de R$ 100.000,00/mês). A **Portaria GM/MS n° 3.969, de 28 de dezembro de 2017,** que habilita 64 leitos da Unidade de Tratamento Intensivo - UTI Adulto - Tipo II, do Hospital Estadual Alberto Torres Geral - São Gonçalo/RJ, onde já foi solicitada qualificação ao Ministério da Saúde.

O componente SAMU 192 foi monitorado pelo Ministério da Saúde em 2015. Contudo no ano de 2018 o SAMU 192 da capital e da Baixada Fluminense sofreu corte de recursos federais devido a problemas de falta de informação de produção, associado a redução da frota ativa. As avaliações ministeriais são mensais, e na falta de informações há suspensão de repasses do programa, que retornam quando os dados são regularizados. No início de 2019, sob a nova gestão estadual, foram retomados os repasses do SAMU da região Médio Paraíba, e o custeio foi estendido aos demais SAMUs regionais, entre eles o da Baixada Fluminense. Está em estudo a migração da gestão do SAMU da capital, hoje gerenciado pelo CBMERJ, para a gestão da SES-RJ.

As UPAs 24h foram monitoradas pelo Ministério da Saúde em 2015. Existem processos de requalificação em andamento e em avaliação junto ao Ministério da Saúde. A Superintendência de Gestão das Unidades Pré-Hospitalares e Hospitalares fica responsável pelas UPAs Estaduais enquanto as UPAs Municipais têm como referência técnica estadual a Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. O repasse estadual, que havia sofrido descontinuidade nos últimos dois anos, foi retomado a título de contrapartida para o custeio dos serviços, com o compromisso de manutenção dos serviços com parâmetros de qualidade. Essa retomada impacta a região Metropolitana I em especial, pelo grande número de equipamentos estaduais e municipais, que com a normalização e regularidade da assistência produzirão melhoria da assistência à saúde da população.

Em 2018 foi revista e pactuada a grade de referência do SAMU da região, realizada com a participação das coordenações de urgência e emergência municipais, a equipe gestora do CISBAF e representantes da SES-RJ. O ano de 2019 terminou com uma nova atualização da grade de referência do SAMU, revisando a orientação para alguns serviços.

4.4. REDE DE CUIDADO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A Comissão Intergestores Regional da Metropolitana I instituiu o Grupo Condutor Regional da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (RCPD) da região Metropolitana I, através da Deliberação CIR Metropolitana I Nº 37, de 24 de setembro de 2013, que teve como objetivo a estruturação de uma Rede de Atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde das pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua.

O Grupo Condutor Regional da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência da região Metropolitana I, através da análise das matrizes diagnósticas fornecidas pelos municípios, elaborou o Plano de Ação Regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, onde buscou seguir a política pública relacionada à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), instituída a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012, que foi proposta pelo Ministério da Saúde, com base na inclusão da pessoa com deficiência à rede de serviços existentes, envolvendo desde a Atenção Básica até os serviços de reabilitação e de cuidados especializados como também a Rede de Urgência e Emergência. Seus objetivos incluem a ampliação do acesso e qualificação do cuidado às Pessoas com Deficiência no SUS, através do acolhimento e classificação de risco, sua vinculação a pontos de atenção específicos, voltados principalmente para reabilitação, articulação e integração dos diferentes pontos de atenção da rede.

A RCPD abrange pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, definindo o cuidado para deficiências físicas, auditivas, intelectuais e transtornos do espectro do autismo, visuais, ostomizados e múltiplas deficiências no âmbito do SUS. O Grupo Condutor Regional da RCPD, através de reuniões periódicas em que todos os representantes municipais eram convocados, elaborou o Plano Regional juntamente com o representante da área técnica da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência da Secretaria Estadual de Saúde, a fim de informar a situação diagnóstica regional e elaborar fluxo de atendimento da Região, assim comoapresentação de novas propostas de habilitação de serviços junto à Coordenação Geral da Pessoa com Deficiência/DAPES/SAS/MS.

A região Metropolitana I possui 4 (quatro) Centros Especializados em Reabilitação (CER) localizados no município do Rio de Janeiro, habilitados pelo Ministério da Saúde em média e alta complexidade para os atendimentos de reabilitação, seja ela física, auditiva, intelectual, visual, ostomias e/ou múltiplas deficiências;e 1 (um) Centro Especializado em Reabilitação, nas modalidades física, intelectual, pólo de ostomizados e referência municipal em estimulação precoce, no município de Duque de Caxias, recentemente habilitado pelo Ministério da Saúde como CER II. Possui também 4 (quatro) Centros habilitados em modalidade única pelo Ministério da Saúde, sendo: 1 (um) no município do Rio de Janeiro, 2 (dois) no município de Duque de Caxias e 1 (um) no município de Nova Iguaçu. Destaca-se também a construção, em andamento, de um CER IV no município de Duque de Caxias.

A rede é composta de três níveis de atenção, sendo os encaminhamentos para os serviços de média e alta complexidade realizados conforme os arranjos municipais. A AFAC (reabilitação visual) é a referência para toda a Baixada Fluminense e é regulada

pelo RESNIT (Regulação em Saúde de Niterói). O Instituto Santa Catarina (habilitado em modalidade única de média e alta complexidade em reabilitação auditiva), o SASE (habilitado em média complexidade em reabilitação auditiva e aguardando habilitação para alta complexidade) e AACD (em reabilitação física e oficina ortopédica) recebem os usuários através da Atenção Básica dos municípios mediante guia de referência e contra referência, conforme a pactuação em Deliberação CIB-RJ 1273/2011. Todos atendem aos munícipes da Baixada Fluminense.

O município do Rio de Janeiro tem todo o seu atendimento de média e alta complexidade com vagas disponibilizadas via SISREG, sendo a atenção básica a porta de entrada no sistema.

Os **componentes** da RCPD propostos são:

- Atenção Básica: composto por Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Atenção Odontológica (CEO).
- Atenção Especializada: onde se inserem os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação (habilitados anteriormente à Portaria GM/MS nº 793/2012, que veda novas habilitações para esse tipo de ponto de atenção), os Centros Especializados em Reabilitação (CER) e as Oficinas Ortopédicas (local e itinerante).
- Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência: classificação de risco, equipes de referência em reabilitação na urgência e emergência para ação pré-deficiência, acesso regulado e urgências e emergências odontológicas.

Operacionalização (quatro fases):

- Diagnóstico e desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;
- Adesão dos municípios à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
- Contratualização dos Pontos de Atenção;
- Acompanhamento pelo Grupo Condutor Regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

1º Eixo: Matriz Diagnóstica

A matriz diagnóstica apresenta a análise da situação da saúde da Pessoa com Deficiência na região Metropolitana I, para a elaboração deste Plano Regional de Ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. A tabela a seguir apresenta dados coletados no Censo 2010 e dão um panorama da população com deficiência na região.

✓

Tabela 44. População residente nos municípios da região Metropolitana I e que se autodeclarou portadora de algum tipo de deficiência física ou mental/intelectual, permanente ou temporária, no Censo 2010, segundo graus de deficiência

Municípios	População 2010	Visual		Auditiva		Motora		Mental ou Intelectual
		Grande dificuldade	Não consegue de modo algum	Grande dificuldade	Não consegue de modo algum	Grande dificuldade	Não consegue de modo algum	
Belford Roxo	469.332	14.462	1.838	18.104	783	8.290	1.633	6.589
Duque de Caxias	855.048	28.817	3.333	7.020	1.994	17.446	3.350	10.431
Itaguaí	109.091	3.121	271	785	188	1.989	388	1.453
Japeri	95.492	2.765	409	534	249	1.581	374	1.172
Magé	227.322	9.224	471	2.144	441	5.998	921	3.472
Mesquita	168.376	5.359	689	1.410	201	3.622	592	2.205
Nilópolis	157.425	4.080	534	1.210	289	3.022	631	1.824
Nova Iguaçu	796.257	26.553	2.227	5.883	1.513	16.997	2.730	9.163
Queimados	137.962	4.537	431	938	293	3.037	372	1.829
Rio de Janeiro	6.320.446	174.293	23.594	51.178	12.958	123.813	27.487	75.314
São João de Meriti	458.673	15.441	1.567	3.709	830	9.808	1.703	5.632
Seropédica	78.186	2.604	231	728	119	1.720	265	1.086
Metropolitana I	**9.873.610**	**291.256**	**35.595**	**93.643**	**19.858**	**197.323**	**40.446**	**120.170**

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

2º Eixo: Situação da Capacidade Instalada

A Atenção Primária à Saúde vem demonstrando ser um elemento chave na constituição do SUS, com capacidade de influir nos indicadores. Evidências indicam que um sistema de saúde baseado na Atenção Primária alcança melhores resultados relativos à saúde da população. Na região Metropolitana I, uma parcela importante da população é atendida na atenção primária, mas no que tange ao atendimento à pessoa com deficiência os dados mostram limitaçõesorganizacionais e assistenciais dos municípios.

A região vem trabalhando para garantir os direitos dos usuários da RCPD, buscando recursos e implementando a rede de atenção com vistas a fortalecer a região e suprir as demandas dos usuários.

3º Eixo: Indicadores de Gestão

- ✓ **Plano Diretor Regional (PDR):** A Secretaria de Estado de Saúde possui PDR que abrange todos as regiões de saúde do Estado e está contruindo a atualização dos Planos Regionais Integrados;
- ✓ **Programação Pactuada Integrada (PPI):** Todos os municípios da região possuem PPI e estão no processo de revisão no GT de Planejamento da região Metro I;

Controle Social: Os municípios integrantes da região Metropolitana I possuem o controle social do SUS, através dos Conselhos Municipais de Saúde, assim como Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência, vinculado às Secretarias Municipais de Assistência Social.

V. GOVERNANÇA REGIONAL DA SAÚDE

A Comissão Intergestores Regional da Metropolitana I, anteriormente denominada de Colegiado Gestor Regional – CGR, foi instituída após o Decreto nº7508/2015. É composta pelos Secretários Municipais de Saúde e seus suplentes, que substituem os gestores na ausência deles, um representante da SES-RJ e seu suplente, e conta com uma Secretaria Executiva responsável pelo apoio técnico e logístico aos trabalhos. O processo de trabalho entre a CIR Metropolitana I e as Secretarias Municipais de Saúde da região se dá através de reuniões regulares mensais, precedidas de reuniões da Câmara Técnica onde são debatidos e preparados os assuntos para as reuniões deliberativas. O trabalho é realizado em contato direto com os Secretários de Saúde e com os técnicos designados, por meio eletrônico (e-mail) e por meio móvel (WhatsApp).

A região Metropolitana I possui Grupos de Trabalho no âmbito da CIR com objetivo de realizar estudos de interesses regionais. Sua formação é de técnicos municipais indicados pelos Secretários Municipais de Saúde. Os Grupos de Trabalho são:

1) **GT Atenção Básica** – Composto por Coordenadores Municipais de Atenção Básica. De acordo com a pauta discutida no GT demais coordenações são convidadas, como: Saúde Bucal, Imunização, Saúde do Escolar, etc. Possui o apoio e a participação da área técnica da SES/RJ.

2) **GT Saúde do Trabalhador –** Composto por Coordenadores Municipais de Saúde do Trabalhador. Este GT funciona em separado do GT de Vigilância em Saúde.

3) **GT Vigilância em Saúde –** Composto por Coordenadores Municipais de Vigilância em Saúde. De acordo com a pauta os Coordenadores Municipais de Vigilância Ambiental, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária são convidados com o apoio e participação do NDVS da região.

4) **GT Planejamento Regional** – Composto por Coordenadores Municipais de Planejamento. Possui grande representatividade por parte dos municípios, onde o GT realizou um estudo sobre câncer de colo de útero, levando à pactuação da programação de remanejamento de exames citopatológicos na região, tendo papel estratégico na condução da CIR.

Os Grupos Condutores Regionais são:

1) **Rede de Atenção às Urgências e Emergências** – Composto por Coordenadores Municipais de Urgência e Emergência, com apoio e participação da área técnica nas reuniões.

2) **Rede de Atenção Psicossocial** – Composto por Coordenadores Municipais de Saúde Mental, com apoio e participação da área técnica nas reuniões.

3) **Rede Cegonha** – Composto por Coordenadores Municipais de Saúde da Mulher, com apoio e participação da área técnica nas reuniões.

4) **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência –** Composto por Coordenadores Municipais da Pessoa com Deficiência, com apoio e participação da área técnica nas reuniões.

5) **Comissão de Integração Ensino-Serviço –**Composto por Superintendência de Educação Permanente em Saúde/SES/RJ; Secretaria Executiva da CIR M1; Secretarias Municipais de Saúde, representadas por técnicos da área de educação permanente. O regimento interno da CIES M1 retornou para novas adequações. Após pactuações da CIR e CIB, a comissão iniciará o trabalho para compor os assentos representativos das instituições de ensino da região.

Para que o processo de Governança Regional se torne sólido, há necessidade de manter a integração entre as esferas envolvidas no processo. Na região Metropolitana I, o perfil dos participantes na CIR é na maioria de suplentes do gestor. Para que a governança regional se consolide os gestores deveriam ser presença constante neste espaço de decisão.

Consideram-se ainda como atribuições da CIR: trabalhar propostas de capacitações e de fortalecimento do conhecimento dos técnicos das Secretarias Municipais de Saúde; estabelecer, monitorar e avaliar, de forma contínua, o processo de planejamento regional; acompanhar a execução dos recursos regionais alocados nas Secretarias Municipais de Saúde; contribuir na elaboração do desenho do processo regulatório intra e inter-regional de saúde, na construção de fluxos e protocolos de abrangência regional e na efetivação dos serviços de saúde dos municípios para o fortalecimento da região.

5.1. CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA BAIXADA FLUMINENSE – CISBAF

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense – CISBAF foi criado em fevereiro de 2000 e representa o esforço conjunto de 11 municípios da região **(Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti e Seropédica)** para superar os problemas comuns na área de saúde e contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS.

O consórcio é um instrumento de gestão e articulação das redes de saúde na Baixada Fluminense. Através do consórcio os gestores discutem questões problemas comuns com o objetivo de encontrarem soluções conjuntas, pactuarem parcerias e elaborarem projetos regionais para captação de recursos de investimento e custeio. Com a aprovação do seu estatuto e a sua estrutura organizacional, os prefeitos dos municípios consociados vêm se revezando a cada dois anos na presidência do consórcio, assim como os secretários municipais de Saúde no Conselho Técnico, independente dos partidos políticos ou coligações que os elegeram e mantendo as orientações programáticas previstas para o consórcio.

Com a elaboração do plano estratégico, o CISBAF conduziu atividades que redundaram em várias realizações, captando expressiva soma de recursos financeiros junto às esferas federal e estadual e, dessa forma, contribuindo decisivamente para a melhoria das condições de saúde da região.

A partir de 2009, o CISBAF, em conformidade com a Lei nº 11.107/05 regulamentada pelo Decreto Presidencial 6017/2007, passa a ser um consórcio público com personalidade jurídica de direito público, sendo uma autarquia interfederativa municipal. Na ocasião, um Protocolo de Intenções foi aprovado e ratificado através de novas leis municipais, assim como novos estatutos e uma nova estrutura organizacional pública também foram criados. O CISBAF é o maior consórcio de saúde do Brasil em termos de população abrangida, considerando os cerca de 3,6 milhões de habitantes da região.

√MISSÃO

Instrumento de gestão regional na promoção de investimentos, otimização de recursos buscando melhor custo benefício, prestação de serviços solidária e pactuada principalmente na atenção especializada, implantação de inovações na gestão da saúde, reestruturação da Rede Regional de Saúde, bem como capacitação permanente de recursos humanos (entre gestores da saúde, gerentes e profissionais de saúde).

√GESTÃO / ESTRUTURA

- Conselho de Municípios: Órgão deliberativo, constituído pelos prefeitos dos municípios consorciados ou seus representantes.
- Conselho Fiscal: Órgão de fiscalização, constituído por representantes dos municípios participantes e que se compõe de 03 (três) membros efetivos e o mesmo número de membros suplentes, todos indicados pelo Conselho dos municípios.

- Conselho Técnico: Constituído pelos Secretários de Saúde dos municípios consorciados ou seus representantes.
- Secretaria Executiva: Órgão executivo do Consórcio e constituído por um Secretário Executivo indicado pelo Presidente do Conselho de municípios e por uma Diretoria, composta pelos Diretores Administrativo-Financeiro, Diretor Técnico, coordenação de Gestão de Pessoas e de Assistência e por equipe de apoio técnico e administrativo, aprovados pelo mesmo Conselho.

√SERVIÇOS

Marque Fácil

Em iniciativa inédita na região, o CISBAF está iniciando a prestação de serviços na área da saúde com a criação do Marque Fácil, ofertando aos 11 municípios da Baixada Fluminense consultas e exames especializados. O serviço visa atender à enorme demanda por consultas especializadas para diagnóstico e acompanhamento, bem como exames de média e alta complexidade. A contratação de prestadores de saúde regionais possibilita o atendimento à população mais ágil e humanizado, e para as prefeituras representa a desoneração decorrente da construção e do custeio de novos equipamentos, além da contratação de recursos humanos especializados.

Implantação do SAMU 192 e da Central de Regulação Baixada Fluminense

O CISBAF viabilizou a implantação regional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, em outubro de 2004, projeto do Ministério da Saúde. No mesmo período foi instalada a Central de Regulação do SAMU 192 Baixada Fluminense, gerenciada pelo consórcio. Ao todo, 12 municípios (Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, São João de Meriti e Seropédica) integram o SAMU Baixada Fluminense.

Núcleo de Educação Permanente – NEP

Atendendo as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – Portaria nº 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007, o NEP/CISBAF planeja, elabora os conteúdos e ministra cursos de atualização e capacitação dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia da Saúde da Família e na Urgência e Emergência dos 11 municípios que integram o consórcio. O objetivo central é promover a transformação do processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde.

Licitações Regionais

O consórcio vem incrementando essa atividade, desde 2011, com a premissa de oferecer maior celeridade administrativa e obter na modalidade de registro de preços, seja presencial ou eletrônica, menor preço para a aquisição de serviços e bens na área

da saúde. O trabalho exitoso que vem sendo realizado resultou, recentemente, na criação da Câmara Técnica de Licitação do CISBAF, composta pela equipe técnica do Setor de Licitação do CISBAF e por membros das Comissões de Licitação Municipais.

Telessaúde

Inaugurado na Baixada Fluminense no dia 22 de agosto de 2013, o Telessaúde visa melhorar a qualidade do atendimento e da atenção básica no Sistema Único da Saúde (SUS), aumentar a resolutividade, otimizar recursos, fixar profissionais de saúde nos locais de difícil acesso, reduzir os deslocamentos de pacientes e elevar as ações de prevenção de doenças. O programa também funciona como um observatório de saúde, onde os dados trocados entre os profissionais, através da plataforma colaborativa, servem de matéria-prima para os gestores no planejamento das ações municipais.

√ OBSERVATÓRIO DE SAÚDE DA BAIXADA FLUMINENSE

Instituído pelo consórcio em maio de 2016, tem como propósito promover a análise, estudo e pesquisa dos indicadores de saúde como subsídio para a formulação e avaliação de políticas públicas dos municípios, bem como dos processos de formação e capacitação profissional com o objetivo de apoiar os espaços institucionais para o funcionamento e o aprimoramento contínuo do Sistema Único de Saúde – SUS. Para tanto, realiza estudos nas bases bibliográficas e outras fontes de informação dos bancos de dados oficiais, utilizando tecnologia de mapas de calor para identificação dos agravos.

√ PROCESSOS SELETIVOS

Amparado no Protocolo de Intenções, Estatuto e instrumentos legislativos municipais aplicáveis ao consórcio, o CISBAF organiza e realiza Processos Seletivos Públicos de interesse de um ente consorciado, quando solicitado, para preenchimento de vagas específicas na área da saúde.

√ CONTRATOS DE PROGRAMA

Amparado no Protocolo de Intenções, Estatuto e instrumentos legislativos municipais aplicáveis ao consórcio, o CISBAF firma, quando solicitado, contratos de programa na área da saúde com seus entes consorciados. Os contratos podem ser de natureza gerencial de serviços públicos específicos e se dão de maneira conjunta ou coordenada, por meio do regramento da prestação dos serviços e da alocação de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais, conforme as necessidades e as possibilidades de cada um dos entes envolvidos.

VI. PLANEJAMENTO REGIONAL

Quadro 32. Situação dos Instrumentos de Gestão dos municípios da região Metropolitana I Ciclo 2018-2021

Município	PMS 2018-2021	PAS 2018	RAG 2017
Belford Roxo	Aprovado sem publicação da Resolução	Aprovada sem publicação	Aprovado com ressalvas
Duque de Caxias	Aprovado com publicação da Resolução	Aprovado com publicação	Aprovado com ressalvas
Itaguaí	Aprovado sem publicação da Resolução	Aprovada sem publicação	Aprovado sem ressalvas
Japeri	Aprovado sem publicação da Resolução	Aprovada sem publicação	Aprovado sem ressalvas
Magé	Aprovado sem publicação da Resolução	Aprovada sem publicação	Aprovado com ressalvas
Mesquita	Plano sem parecer de aprovação, sem publicação	Sem PAS inserida no sistema	Aprovado com ressalvas
Nilópolis	Aprovado sem publicação da Resolução	Sem PAS inserida no sistema	Enviado ao CES sem apreciação
Queimados	Aprovado sem publicação da Resolução	Sem PAS inserida no sistema	Aprovado sem ressalvas
Rio de Janeiro	Aprovado com publicação da Resolução	Sem PAS inserida no sistema	Aprovado sem ressalvas
São João de Meriti	Aprovado sem publicação da Resolução	Sem PAS inserida no sistema	Enviado ao CES sem apreciação
Seropédica	Não há plano anexado	Sem PAS inserida no sistema	Enviado ao CES sem apreciação

Fonte: SARGSUS em 30/10/20219

VII. REGULAÇÃO

Dos doze municípios que compõem a região, nove responderam às questões apresentadas, o que representa 75% de municípios. Destes todos declararam possuir infraestrutura para o funcionamento do setor de Regulação em Saúde com local próprio, onde seus munícipes comparecem para fazer os agendamentos de consultas e/ou exames, procedimentos de acordo com suas necessidades.

Uma das fragilidades encontradas é a variedade de nomenclaturas para o setor, que demonstra diferentes formas de organização estrutural e dificulta a inserção de dados para sistemas regionais e a discriminação do município encaminhador, entre outros problemas.

Os dois maiores complexos reguladores da região são a Central Estadual de Regulação Estadual (CER) e o Complexo Regulador do município do Rio de Janeiro, sendo esse o mais antigo, que foi criado em 2009 e aprovado em CIB em 2010. Atualmente, o Complexo Regulador do município do Rio de Janeiro está subordinado à Subsecretaria de Regulação, Controle e Avaliação. As atividades desenvolvidas neste complexo incluem a regulação de internações eletivas, vaga zero (urgência e emergência) e a regulação ambulatorial para consultas e exames.

A regulação da Urgência e Emergência para os casos de transferência de pacientes hospitalizados e a alta complexidade é realizada por meio do sistema estadual de regulação – SER; através dos NIR locais e na regulação ambulatorial, pacientes que

necessitam de consultas/exames/procedimentos e cirurgias ambulatoriais são referendados para os complexos reguladores onde estão as referências pactuadas.

De acordo com a informação recebida através das respostas ao questionário, 55% dos municípios não recebem pacientes de outros municípios, e quando seus munícipes necessitam de transferência e/ou internação contam com o sistema de regulação estadual. Os demais 45% dos municípios são referências para outros, destacando-se os municípios de Duque de Caxias, Nova Iguaçu e Rio de Janeiro. Ressalta-se que Seropédica recebe pacientes de outros municípios somente para o atendimento em obstetrícia.

Quanto à regulação das consultas, exames e outros procedimentos ambulatoriais, observa-se que a regulação é feita através do sistema SISREG e/ou via PPI. Usuários dão entrada com suas solicitações no setor de Regulação e são liberados após o acolhimento administrativo da solicitação. Já para o acesso à alta complexidade através do SER, o paciente deixa os documentos necessários (cópia de CNS, RG e comprovante de residência) no setor de regulação e quando ele é agendado, a SMS entra em contato para retirada dos documentos e orientações sobre o agendamento.

Alguns municípios declararam a existências de outros tipos de sistemas de agendamento, tais como: Klinikos, TRS e Agenda Municipal.

No município de Belford Roxo o fluxo do paciente inicia-se na triagem, onde são recebidos e verificados os documentos junto à requisição do exame; após a conferência segue para os marcadores e o paciente recebe seu exame devidamente agendado. Caso não haja vaga, os pacientes são colocados em fila de espera gerando demanda reprimida.

O município de Magé relata grande procura nas especialidades Coronariana, Oncologia, Hematologia e Cirurgia Vascular. Possuem dificuldades em dar o devido desfecho a estas especialidades, por não conseguirem agendamento em tempo hábil para resolução clínica. Além do cadastro no sistema, estes casos são referenciados para hospitais de referência com a finalidade de otimizar o acesso.

No município de Nova Iguaçu a regulação de pacientes ambulatoriais para média e alta complexidade é realizada através da central de regulação municipal. A rede própria municipal solicita os procedimentos através de um sistema privado para central de regulação que distribui as demandas para fora do município através dos sistemas SER e SISREG; o processo de regulação é executado por médicos e enfermeiros que classificam e ordenam as demandas.

No município do Rio de Janeiro a regulação ambulatorial atua de forma descentralizada para grande parte dos procedimentos, onde médicos das unidades de Atenção Primária solicitam e agendam de acordo com a disponibilidade de vagas (média de 6.000 procedimentos regulados por dia), além de fortalecer os princípios de acessibilidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado pela atenção primária.

Adicionalmente, um rol de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, denominados procedimentos estratégicos, são regulados pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, por meio da Central Unificada de Regulação – REUNI RJ, em regime de cogestão com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, conforme pactuação bipartite (Deliberação CIB-RJ nº 3.470/2015).

O Complexo Regulador Municipal também tem acesso como solicitante e gestor ao Sistema Estadual de Regulação – (SER), sendo permitido o seu uso por todas as unidades de saúde do território que necessitem de algum procedimento regulado no âmbito estadual. Entre as maiores dificuldades apresentadas, os municípios apontaram a questão do acesso, tempo de espera prolongado para alguns procedimentos e a baixa resolutividade do sistema, principalmente para os procedimentos de alta complexidade.

Mesmo assim, verifica-se que há um claro reconhecimento de melhoria do acesso através dos sistemas por parte dos municípios respondentes. Estes apontam um grande avanço na regulação, que apesar da pouca oferta tem buscado oferecer um atendimento digno ao paciente. Reconhecem também que o sistema de regulação tem sido um instrumento que permite integrar a rede, promovendo um acesso equânime, resolutivo e integral e se caracterizando como um importante instrumento de apoio da gestão na implementação das ações de saúde.

Os municípios avaliam que tem melhorado a comunicação com os usuários, assim como a redução da demanda reprimida, das desigualdades regionais e o aperfeiçoamento da qualidade e das ações e serviços prestados, tendo a atenção primária como ordenadora do cuidado e do acolhimento com resolutividade, como política de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) em unidades Federais e Estaduais. Outros avanços positivos e melhorias retratados nas devolutivas foram:

- Infraestrutura adequada das instalações;
- Progressivo aumento da oferta da rede pública federal;
- Monitoramento de informações gerenciais;
- Implementação de estratégias de monitoramento permanente para a identificação das especialidades com maior demanda reprimida, revisão contínua de protocolos e fluxos, territorialização da oferta e seu aproveitamento, e análise da ociosidade e absenteísmo;
- Monitoramento contínuo do processo de trabalho da regulação ambulatorial em conjunto com a área técnica da Atenção Primária, a fim de reforçar a eficiência do processo regulatório.

As expectativas apontadas pelos municípios em relação à regulação demonstram um claro comprometimento com a qualidade, resolutividade e acesso, de forma a responder a expectativa dos usuários do SUS, dentre elas:

- Que todas as vagas fossem disponibilizadas em tempo hábil, de acordo com a necessidade de cada munícipe;
- Diminuição do tempo de permanência de pacientes internados para disponibilizar mais leitos;
- Garantia de acesso aos serviços de saúde de forma adequada que assegure os princípios da equidade e da integralidade;
- Que a região Metropolitana I, através do GT de PPI, reformule todas as pactuações identificando as ofertas, substituindo procedimentos que o município executor não oferece, e redistribuindo cotas de maneira que os municípios que não possuem tal serviço possam ser contemplados.

VIII. CONTROLE SOCIAL

Com o objetivo de fazer um diagnóstico da problemática que envolve o controle social na região de saúde Metropolitana I, foi elaborado um questionário contendo oito perguntas relacionadas à existência e funcionalidade dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) dos municípios que compõem a região. Onze dos doze municípios da região responderam ao questionário, correspondendo a 92% do total.

Sobre a infraestrutura observou-se que em 10(dez) municípios os conselhos possuem sala, secretária, computador e internet para seu funcionamento. As reuniões/plenárias ordinárias são realizadas mensalmente e em caso de necessidade uma reunião extraordinária é convocada. Nos onze (11) municípios cujos conselhos responderam ao questionário, a última conferência de saúde realizada ocorreu em 2015.

As comissões temáticas são definidas a partir da discussão e necessidade de cada Conselho que tem autonomia para essa organização e estruturação.

As dificuldades pontuadas em relação à infraestrutura foram: a falta de veículo para a execução dos trabalhos; internet muito lenta; escassez de material de escritório; falta de climatização da sala. Outras dificuldades abordadas foram a falta de amparo legal para cobertura das despesas com alimentação e transporte para os Conselheiros; dificuldade de disponibilização de funcionários para os conselhos distritais; pouca participação das áreas técnicas de saúde e da sociedade nas reuniões do CMS; pouco comprometimento da Gestão; falta de uma equipe técnica para suporte de análise de documentos; pouca participação do gestor nas reuniões do CMS.

No Plano Regional, os conselhos têm a expectativa de verem contemplados os seguintes pontos: capacitação Regional para os Conselheiros de Saúde; equipe Técnica Regional para apoio aos Conselhos de Saúde da Metropolitana I (Advogado e Contador); ampliação do número de Leitos de Retaguarda de UTI Pediátrica (NEO Pediátrica); aumento da oferta dos serviços de média e alta complexidade; ampliação do atendimento no Hospital Melchíades Calazans – Baixada; discussão e definição de soluções no âmbito regional para o diagnóstico e tratamento dos casos oncológicos; discussão e definição de soluções no âmbito regional para a retaguarda das Urgências e Emergências clínicas, inclusive saúde mental, pediátrica e cirurgias; que a atenção primária de saúde seja contemplada com 100% de cobertura.

Existe na região um Fórum Regional de Conselhos Municipais de Saúde que realiza reuniões regulares para tratar de temáticas relativas a problemas comuns a todos os municípios.

FONTES E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRELPE, Associação Brasileira de Empresas de Limpeza Pública e Resíduos Especiais. Panorama de Resíduos Sólidos no Brasil 2017. São Paulo, SP, 2017.

AGEVAP, Associação Pró-Gestão das Águas da Bacia do Rio Paraíba do Sul. Plano de Recursos Hídricos da Bacia do Paraíba do Sul (2007-2010) – Relatório Contratual R7. Resende: AGEVAP, 2006. Disponível em: http://www.ceivap.org.br/gestao_2.php.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Assistência de Média e Alta Complexidade. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. 1ª edição, 2015. Brasília, DF. Disponível em www.conass.org.br/biblioteca.

BRASIL. Decreto Presidencial Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

BRASIL. Decreto Presidencial Nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento.

BRASIL. Decreto Presidencial Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE).

BRASIL. Decreto Presidencial Nº 5.055, de 27 de abril de 2004. Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em municípios e regiões do território nacional.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativas de população para 2016, 2017 e 2018, projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Disponível em https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=o-que-e.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Base Cartográfica Vetorial Contínua do Brasil, ao milionésimo, 2016. Disponível em: ftp://geoftp.ibge.gov.br/cartas_e_mapas/bases_cartograficas_continuas/bcim/versao201.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil, 2013. Disponível emhttp://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/home/.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Atlas do Censo Demográfico 2010, 2013.
Disponível em https://www.ibge.gov.br/geociencias/atlas/tematicos/16361-atlas-do-censo-demografico.html?=&t=acesso-ao-produto.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades, 2012. Disponível em http://cidades.ibge.gov.br.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Microdados da Amostra do Censo Demográfico 2010, 2012. Disponível em https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Base de logradouros do Censo Demográfico 2010, 2016. Disponível em https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-

sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/9532-ibge-disponibiliza-base-de-faces-de-logradouros-do-censo-2010.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000, 2001. Disponível em CD-ROOM, conforme em https://www.ibge.gov.br/censo/divulgacao_digital.shtm.

BRASIL. Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. Painel de Assentamentos da Reforma Agrária SR-07 – Rio de Janeiro, 2017. Disponível em http://painel.incra.gov.br/sistemas/index.php.

BRASIL. Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos.

BRASIL. Lei Nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Lei Nº 11.445, de 5 de janeiro de 2007. Estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico.

BRASIL. Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

BRASIL. **Lei Nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004.** Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências.

BRASIL. Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. Lei Nº 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.

BRASIL. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o *Estatuto da Criança e do Adolescente*.

BRASIL. Lei Complementar Nº 20, de 1º de julho de 1974. Dispõe sobre a criação de Estados e Territórios.

BRASIL. Ministério da Educação. Sistema Nacional de Informações da Educação Profissional e Tecnológica - SISTEC. Disponível em http://sistec.mec.gov.br/consultapublicaunidadeensino).

BRASIL. Ministério da Educação. Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior - Cadastro e-MEC. Disponível em http://emec.mec.gov.br/emec/nova#avancada.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Regional. Secretaria Nacional de Saneamento – SNS. Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento: 24º Diagnóstico dos Serviços de Água e Esgotos – 2018. Brasília: SNS/MDR, 2019. 180 p.: il.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Regional. Secretaria Nacional de Saneamento –

SNS. Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento: Diagnóstico do Manejo de Resíduos Sólidos Urbanos – 2018. Brasília: SNS/MDR, 2019. 247 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Informações em Saúde Suplementar. Sistema de Informações de Beneficiários. Brasília, 2018. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT Nº 37, de 22 de março de 2018. Dispor sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT Nº 12, de 26 de janeiro de 2017. Torna obrigatório o levantamento entomológico de Infestação por *Aedes aegypti* pelos municípios e o envio da informação para as Secretarias Estaduais de Saúde e destas, para o Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT Nº 1, de 29 de setembro de 2011 Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Portaria Nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprovar o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 453, de 10 de maio de 2012. Define diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): Demografia dos Povos Indígenas. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portal do Ministério da Saúde. Ministério da Saúde fará monitoramento online de partos cesáreos no país. Publicado em 07 de março de 2018. Disponível em https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42714-ministerio-da-saude-fara-monitoramento-online-de-partos-cesareos-no-pais

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 4.299, de 27 de dezembro de 2018. Publica a lista dos estados e municípios elegíveis para o processo de doação de Unidades Móveis, tipo Unidade de Suporte Básico (USB) e Unidade de Suporte Avançado (USA), com encargos, a título de implantação e ampliação de frota do Componente SAMU 192.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3672, de 14 de novembro de 2018. Habilita Unidade de Suporte Básico (USB) destinada ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), pertencente a Central de Regulação das Urgências Regional Centro Sul Fluminense, Três Rios (RJ) e estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde a ser incorporado ao Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC do Estado do Rio de Janeiro e Município de Engenheiro Paulo de Frontin.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.582, de 6 de novembro de 2018. Dispõe sobre a aplicação de recursos aprovados pela Lei 13.658, de 7 de maio de 2018 que abriu crédito especial, em favor de diversos órgãos do Poder Executivo Federal,

cabendo ao Ministério da Saúde, crédito orçamentário na ação 20YL, com a finalidade de permitir a Estruturação de Academias da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.390, de 19 de outubro de 2018. Restabelece a transferência mensal de recursos financeiros destinados ao custeio mensal de Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.914 de 26 de setembro de 2018. Habilita Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde a ser incorporado ao Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) do Estado do Rio de Janeiro e Município de Paraty.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.824 de 27 de setembro de 2018. Qualifica Unidades de Suporte Básico (USB), da base descentralizada do Município de Paraty (RJ), pertencente a Central de Regulação das Urgências, destinadas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Regional de Angra dos Reis - Baía de Ilha Grande e estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde a ser incorporado ao Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), do Estado do Rio de Janeiro e Município de Paraty.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.571, de 20 de agosto de 2018. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Unidades do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.258, de 27 de julho de 2018. Estabelece a suspensão da transferência de recursos do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e do Município de Belford Roxo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.044, de 5 de julho de 2018. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Unidades do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.841, de 16 de julho de 2018. Aprova aditivo à Etapa I do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado do Rio de Janeiro e da região Metropolitana I e II e estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde a ser incorporado ao Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar-MAC do Estado do Rio de Janeiro e do Município de Nova Iguaçu.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.662, de 16 de julho de 2018. Aprova aditivo à Etapa I do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado do Rio de Janeiro e da região Metropolitana I e II e estabelece recursos do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde a ser incorporado ao Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC do Estado do Rio de Janeiro e do Município de Nova Iguaçu.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 415, de 23 de fevereiro de 2018. Habilita leitos da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional - UCINCO e desabilita leitos de Cuidados Intermediários do HUV Hospital Universitário de Vassouras - Fundação Educacional Severino Sombra - Vassouras (RJ) e estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde a ser incorporado ao Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC do Estado de Rio de Janeiro e do Município de Vassouras.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 411, de 23 de fevereiro de 2018. Altera o número de leitos da Unidade de Tratamento Intensivo - UTI do HUV Hospital Universitário de Vassouras - Vassouras (RJ) e estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde a ser incorporado ao Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC do Estado de Rio de Janeiro e do Município de Vassouras.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.969, de 28 de dezembro de 2017. Habilita 64 leitos da Unidade de Tratamento Intensivo - UTI Adulto - Tipo II, do hospital Estadual Alberto Torres Geral - São Gonçalo/RJ, localizado no Estado do Rio de Janeiro e estabelece recurso do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a ser incorporado ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Estado do Rio de Janeiro.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.863, de 27 de dezembro de 2017. Habilita Estados, Municípios e Distrito Federal, a receberem, em parcela única, recursos fundo a fundo destinados à aquisição de Unidade Móvel SAMU 192.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017. Dispõe sobre o novo cálculo para as habilitações dos leitos hospitalares de Saúde Mental.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS N° 2, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XXII: Institui a Política Nacional de Atenção Básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.148, de 28 de agosto de 2017. Estabelece o início do envio de dados de serviços da Atenção Básica para o Conjunto Mínimo de Dados (CMD) e encerra o envio de dados para o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.084, de 28 de abril de 2017. Determina a exclusão da crítica no SIH/SUS para registro de cesarianas dos Estados que não formalizaram a adesão ao Pacto pela Redução da Taxa de Cesariana.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial Nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 895, de 31 de março de 2017. Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrico, Unidade Coronariana, Queimados e Cuidados Intermediários Adulto e Pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 5, de 4 de janeiro de 2017. Aprova o Componente Hospitalar do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado e dos Municípios do Rio de Janeiro e, para sua implementação, estabelece recursos do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a serem incorporados ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 10, de 3 de janeiro de 2017. Redefine

as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.037, de 27 de dezembro de 2016. Aprova o Componente Hospitalar do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado e dos Municípios do Rio de Janeiro e, para sua implementação, estabelece recursos do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a serem incorporados ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.036, de 27 de dezembro de 2016. Aprova aditivo à Etapa I do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado e dos Municípios do Rio de Janeiro e, para sua implementação, estabelece recursos do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a serem incorporados ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.814, de 7 de outubro de 2016. Homologa a contratualização/recontratualização dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ao segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 405, de 15 de março de 2016. Estabelece a Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria GM/MS Nº 1.634, de 1º de outubro de 2015. Suspende e remaneja recursos do Limite Financeiro Anual do Estado e dos Municípios do Rio de Janeiro, e aprova o Componente Parto e Nascimento das Etapas III e IV dos Planos de Ação Regionais da Rede Cegonha do Estado e dos Municípios do Rio de Janeiro e aloca recursos financeiros para sua implementação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1631, de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.609, de 30 de setembro de 2015. Suspende e remaneja recursos do limite financeiro anual do Estado e dos Municípios do Rio de Janeiro, aprova o Componente Hospitalar das Etapas II e III do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado e dos Municípios do Rio de Janeiro, aprova o Componente Parto e Nascimento da Etapa II do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha do Estado e dos Municípios do Rio de Janeiro, e aloca recursos financeiros para suas implantações.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.759, de 12 de dezembro de 2014. Estabelece recursos do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios para confecção de próteses dentárias nos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.027, de 8 de outubro de 2014. Habilita Centros Especializados em Reabilitação (CER).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.180, de 29 de maio de 2014. Habilita Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) a receberem os incentivos financeiros destinados ao custeio mensal dos serviços especializados de saúde bucal.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.100, de 23 de maio de 2014. Qualifica 6 (seis) Unidades de Suporte Básico, 4 (quatro) Unidades de Suporte Avançado e a Central de Regulação das Urgências do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) Regional do Médio Paraíba (RJ) e autoriza a transferência de custeio aos Fundos Municipais de Saúde. *Retificada pela Portaria GM/MS Nº 2.542, de 23 de novembro de2016.*

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.513, de 29 de outubro de 2013. Homologa a contratualização dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.301, de 07 de outubro de 2013. Estabelece recursos a serem incorporados ao limite financeiro anual de Média e Alta Complexidade do Estado do Rio de Janeiro e Município de Angra dos Reis (RJ).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.580, de 1º de agosto de 2013. Habilita Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.276, de 26 de junho de 2013. Aprova alterações da Etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Rio de Janeiro e Municípios, e aloca recursos financeiros.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 876, de 16 de maio de 2013. Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 680, de 24 de abril de 2013. Estabelece recursos anuais a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios para confecção de próteses dentárias nos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD).

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria GM/MS Nº 2.173, de 28 de setembro de 2012. Habilita a Central de Regulação das Urgências e as Unidades de Suporte Básico e Avançado a receber recursos de custeio destinadas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) Regional Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro (RJ) e autoriza a transferência de custeio aos Fundos Municipais de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 1.823 de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.753, de 17 de agosto de 2012. Habilita as Unidades de Suporte Básico dos Municípios de Paraíba do Sul (RJ) e Sapucaia (RJ), destinadas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), da Central Regional Centro Sul Fluminense (RJ) e autoriza a transferência de custeio aos Municípios.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 1.269, de 28 de junho de 2012. Aprova a Etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Rio de Janeiro e Municípios, e aloca recursos financeiros para sua implantação. *Revogada pela* Portaria *GM/MS nº 1276 de 26.06.2013.*

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.132, de 31 de maio de 2012. Habilita a Central de Regulação das Urgências e o Município de Três Rios (RJ) a receber Unidades de Suporte Básico e Avançado, destinadas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), da Central Regional Centro Sul Fluminense (RJ) e autoriza a transferência de custeio ao Município.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal noâmbito do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 835, de 25 de abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.018, de 21 de dezembro de 2011. Aprova Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado do Rio de Janeiro e aloca recursos financeiros para sua implementação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MSNº 2.384, de 07 de outubro de 2011. Habilita o Município de Angra dos Reis (RJ) a receber o quantitativo referente às Unidades de Suporte Básico e Avançado destinado ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) Regional de Angra dos Reis (RJ).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.200, de 14 de setembro de 2011. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Revogada pela Portaria GM/MS Nº 1.645, de 2 de outubro de 2015, que dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)*.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N*º* 1.600, de *7 de julho de 2011.* Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MSNº 918, de 26 de abril de 2011. Habilita o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) Regional da Baía de Ilha Grande (RJ).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. *Revogada pela Portaria GM/MS Nº 1.378, de 9 de julho de 2013.*

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.953, de 25 de novembro de 2009. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.813, de 20 de novembro de 2008. Define recursos financeiros do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.027, de 26 de novembro de 2007. Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - PARTICIPASUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente

em Saúde e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 599 de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 936, de 18 de maio de 2004. Dispor sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 1.347, de 24 de julho de 2002. Institui o Programa Nacional de Controle da Dengue e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 737, de 16 de maio de 2001. Aprova, na forma de Anexo, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova, na forma do Anexo, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS Nº 826, de 23 de julho de 2013. Habilita estabelecimentos de saúde contemplados com Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS Nº 650, de 5 de outubro de 2011. Dispõe

sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 646, de 10 de novembro de 2008. Exclui e inclui códigos de habilitação de serviços especializados, e habilita estabelecimentos na alta complexidade em Neurocirurgia.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS Nº 400, de 16 de novembro de 2009. Estabelece Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS Nº 237, de 25 de maio de 2008. Habilita Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS Nº 756, de 27 de dezembro de 2005. Regulamenta e define as Redes Estaduais e/ou Regionais de assistência ao paciente neurológico na alta complexidade.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. (PMAQ). Manual Instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF - 3º ciclo, 2015-2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. (PMAQ). Manual Instrutivo – Anexo. Ficha de Qualificação dos indicadores. Brasília, DF, Julho 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Nº 1, de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Memorando nº 118 DAPES/SAS/MS - Nota Técnica: Parâmetro de Cálculo para Cálculo da Necessidade de Leitos Obstétricos Rede Cegonha.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, nº 38: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade – Brasília:Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica, nº 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Sistema de Informação do Câncer - SISCAN (colo do útero e mama) Disponível em https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/sistema-de-informacao-do-cancer-siscan-colo-do-utero-e-mama/

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada em Saúde. Sistema de Informações Hospitalares – SIH. Disponível em http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=11633.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada. Sistema de

Informações Ambulatoriais – SIA. Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qauf.def.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Sistema e-Gestor Atenção Básica. Disponível em https://egestorab.saude.gov.br/.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretária Executiva, Departamento de Informática do SUS. Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – SCNES. Disponível em http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp (Estabelecimentos e Profissionais).

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. Sistema de Gerenciamento de Programas – SGP, 2018. Disponível em https://maismedicos.saude.gov.br/login.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores:2013 – 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 156 p.:il(Série Articulação Interfederativa, v1).

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão - SARGSUS. Disponível em https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!usuarioLogado.action?SARGSUS_TOKEN=DJW3-IWGB-DCXQ-FEEX-ANK9-4P5C-GG3T-5PDX.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas. Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2015. Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?novapop/cnv/popbr.def.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas. Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, 1996 a 2018. Disponível em http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise da Situação de Saúde. Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC, 1994-2018. Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvrj.def.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN Net. 2008-2017. Disponível em http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=30009921.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV - SISCEL. Dados atualizados em 12/03/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade de Água para Consumo Humano – SISÁGUA, 2009-2017. Disponível em: http://sisagua.saude.gov.br/sisagua/login.jsf.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Sistema de Informação do Programa Nacional de

Imunizações - SI-PNI. Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Disponível em http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv.

CAMPOS, GWS. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. OlhoMágico (UEL),10(2):7-14,2003.

EGLER, CAG *et al*. Dinâmica territorial e a estruturação espacial do estado do Rio de Janeiro. Cadernos do Desenvolvimento Fluminense, Rio de Janeiro, pp. 11–22, jul/dez 2015.

GAWRYSZEWSKI VP, MONTEIRO MG. Mortality from diseases, conditions and injuries where alcohol is a necessary cause in the Americas, 2007-09.Addiction,109(4): 570-7, 2014.

GELEDÉS. Instituto da Mulher Negra. Centro Feminista de Estudos e Assessoria. Guia de enfrentamento do racismo institucional. 2013. Disponível em: https://www.geledes.org.br/tag/guia-de-enfrentamento-do-racismo-institucional/.

GIORDANI, J.A. La planificacion como proceso social. Un esquema de análisis. Cuadernos Sociedade Venezolana de Planificación: Teoría y Método de la Planificación,3:147-77, 1979.

KRUG, E.G. *et al.*, eds. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2002. Disponível em https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201706/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf.

MATUS, C. Política, planejamento e governo. Brasília: Editora IPEA, 1993.

MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO. Ministério Público do Trabalho. Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho, 2018. Disponível em https://observatoriosst.mpt.mp.br.

PAIM, JS. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção à saúde. In PAIM, J.S. Saúde, política e reforma sanitária. Salvador: COOPTEC-ISC, 361-365, 2002.

PETRÓPOLIS. Lei Municipal Nº 7.512, de 28 de abril de 2017. Dispõe sobre a reorganização da estrutura administrativa da Secretaria de Saúde do Município de Petrópolis.

REICHMANN, M.L.A.B. Orientação para projetos de Centro de Controle de Zoonoses. 2ª ed. São Paulo: Instituto Pasteur, 2000 (Manuais), 45p,il.

RIO DE JANEIRO. Decreto Nº 44.699, de 02 de abril de 2014. Altera a estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Saúde – SES, RJ, 2014.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 5.709, de 07 de Fevereiro de 2019. Pactua o processo de pactuação e cronograma das reuniões para

debate dos indicadores que compõem o Rol de Indicadores Tripartite e Bipartite para o ano de 2019, conforme anexos.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 5.656 de 17 de janeiro de 2019. Pactua a inclusão no Plano de Ação Regional da Rede Cegonha da região Noroeste na referência regional de alto risco materno e neonatal.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 5.633, de 06 de dezembro de 2018. Pactua o escalonamento dos pleitos contidos nos Planos de Ação Regionais para a composição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no estado do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 5.469, de 30 de Agosto de 2018. Ratificar a pactuação de remanejamento de leitos de retaguarda clínica da Rede de Urgência e Emergência da Região Metropolitana 2, realizado no ano de 2014, conforme tabelas em anexo I.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB RJ Nº 5.415, de 12 de julho de 2018. Pactua o termo de Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) que entre si celebram a Fundação Educacional Severino Sombra (FUSVE) e a Secretaria Municipal de Saúde de Miguel Pereira, para fins que especifica.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ nº 5.414, de 12 de julho de 2018. Pactua o Termo de Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) que entre si celebram a Fundação Educacional Severino Sombra (FUSVE) e a Secretaria Municipal de Saúde de Vassouras que pode ser conferido no *link:* http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/boletins-cib/2263-termo-de-contrato-organizativo-de-acao-publica-ensino-saude-coapes/file.html.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 5296, de 10 de maio de 2018. Pactua a inclusão de adendo ao plano de ação regional da Rede Cegonha da Região Centro Sul Fluminense.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 5.287 de 10 de Maio de 2018. Pactua a atualização do Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência da Região Centro Sul do Estado do Rio de Janeiro, que pode ser conferido no link: http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/boletins-cib/2258-plano-regional-centro-sul/file.html.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ N° 4881, de 19 de janeiro de 2018. Pactua a recomposição da Rede de Atenção em Oftalmologia do Estado do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 4.839, de 20 de dezembro de 2017. Pactua a atualização do Plano de ação regional da Rede Cegonha da região Serrana.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ nº 4.838, de 20 de Dezembro de 2017. Pactua a atualização do Plano de ação regional da Rede Cegonha da região Noroeste.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ nº 4.837, de 20 de Dezembro de 2017. Pactua a atualização do Plano de ação regional da Rede Cegonha da região Norte.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 4.836, de 20 de dezembro de 2017. Pactua a atualização do Plano de ação regional da Rede Cegonha da região Médio Paraíba.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 4.835, de 20 de dezembro de 2017. Pactua a atualização do Plano de ação regional da Rede Cegonha da região Metropolitana II.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 4.834, de 20 de dezembro de 2017. Pactua a atualização do Plano de ação regional da Rede Cegonha da região Metropolitana I.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 4.833, de 20 de dezembro de 2017. Pactua a atualização do Plano de ação regional da Rede Cegonha da região Centro Sul Fluminense.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 4.832, de 20 de dezembro de 2017. Pactuar a atualização do plano de ação regional da Rede Cegonha da Região Baixada Litorânea.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 4.831, de 20 de dezembro de 2017. Pactua a atualização do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha da região da Baía da Ilha Grande.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 4.820, de 18 de novembro de 2017. Pactua o credenciamento e habilitação do Serviço de Referência em Gestação do Alto Risco Tipo II – GAR, no Hospital Estadual Azevedo Lima, inscrito no CNES nº 0012521, localizado no município de Niterói/RJ.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 4.783, de 30 de novembro de 2017. Pactua o Plano da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência da região Noroeste.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 4.758, de 09 de novembro de 2017. Pactuar a adequação no Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência da Região Serrana, incluindo 03 (três) leitos novos de UTI Tipo II do Hospital São José, inscrito no CNES nº 2292386.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 4.705, de 17 de Outubro de 2017. Pactuar *ad referendum* o remanejamento da reserva técnica de média e alta complexidade da Secretaria de Estado de Saúde para custeio do serviço de obstetrícia no município de Rio Bonito.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB Nº 4.631, de 10 de Agosto de 2017. Repactuar o credenciamento e habilitação do Hospital Universitário de Vassouras, CNES n.2273748, localizado no município de Vassouras/RJ, como Unidade de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia, abrangendo os serviços de neurocirurgia do trauma e anomalias do desenvolvimento, neurocirurgia da coluna e nervos periféricos, neurocirurgia dos tumores do sistema nervoso e neurocirurgia vascular, bem como aprovar o impacto financeiro.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 3.988, de 20 de março de 2017. Pactuar a alteração do Hospital Rocha Faria, que foi municipalizado, para o Hospital Estadual Carlos Chagas a referência dos municípios Itaboraí, Maricá,

Niterói e São Gonçalo no atendimento odontológico aos pacientes com deficiência.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 3590, de 18 de novembro de 2015. Pactua o credenciamento e a habilitação do Serviço Hospitalar de Referência em Atenção a Gestação de Alto Risco Tipo II – GAR II - no Hospital Universitário Sul Fluminense, CNES N.º 2273748, localizado no município de Vassouras.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 3.571, de 27 de outubro de 2015. Pactua a atualização do Plano de Ação Regional da Rede Cegonha da região da Baía da Ilha Grande.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 3.470, de 20 de Julho de 2015. Pactua a criação de uma central unificada de regulação – REUNI-RJ - com o objetivo de ordenação do acesso dos usuários dos municípios fluminenses aos serviços estratégicos localizados no município do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 3.296, de 30 de dezembro de 2014. Pactua o Plano de ação regional da Rede Cegonha da região Norte.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 3.276, de 18 de Dezembro de 2014. Pactua a inclusão de unidades hospitalares para a realização dos procedimentos odontológicos em centro cirúrgico, para a pessoa com deficiência.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 3.271, de 04 de dezembro de 2014. Pactua a adesão do Hospital Geral São Pedro de Alcântara no município de Paraty para o atendimento aos pacientes com deficiência em centro cirúrgico, do município de Paraty.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 3.250, de 01 de dezembro de 2014. Pactua o Plano de Ação Regional da Rede Cegonha da região Noroeste, conforme previsto na Portaria n.º 1.459 GM/MS de 24 de junho de 2011.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 3248, de 01 de dezembro de 2014 - Anexos. Pactua os Planos de Ação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) das nove regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro. Disponível em http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/anexos/1565-anexo-da-del-3248/file.html.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 3.240, de 18 de novembro de 2014. Pactua o plano de ação regional da Rede Cegonha da Baixada Litorânea.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 3.129, de 25 de agosto de 2014. Aprova a recomposição da rede de atenção em alta complexidade cardiovascular do estado do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 3.053, de 31 de julho de 2014. Aprova a alteração do município de alocação do recurso da Educação Permanente em Saúde da região Norte, referente à Portaria GM/MS nº 2.813/2008, para Macaé.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 3.006, de 26 de Junho de 2014. Pactuar a criação do Grupo Condutor Regional da rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência da Região Centro Sul do Estado do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 2.918 de 14 de maio de 2014. Pactua o Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência da Região da Baía da Ilha Grande.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ N° 2.883 de 12 de maio de 2014. **Pactua as referências da rede de alta complexidade oncológica, no âmbito do estado do Rio de Janeiro.**

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB Nº 2.796, de 18 de Março de 2014. Estabelece, na forma do anexo I, o Plano de Ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência da Região Centro-Sul do Estado do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 2.790 de 14 de março de 2014. Pactua as referências da rede de atenção aos ostomizados no âmbito do estado do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 2.737, de 06 de fevereiro de 2014. Pactua a Rede de Referência e Contra Referência dos Ambulatórios para Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e Outras Hemoglobinopatias do Estado do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ N° 2.669, de 30 de dezembro de 2013. Pactua o Plano de Ação Regional da Rede Cegonha da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ N° 2.648, de 12 de dezembro de 2013. Pactuar a atualização do Anexo do Plano de Ação Regional de Atenção às Urgências e Emergências da Região Centro Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 2.607, de 27 de Novembro de 2013. Pactua *ad referendum* a atualização do Plano Diretor de Regionalização 2013 do Estado do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB Nº 2.526 de 23 de Outubro de 2013. Pactua a Deliberação CIR MP nº 45, de 28 de agosto de 2013, e aprova alterações no Plano de Ação Regional.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 2.276, de 13 de junho de 2013. Aprova o Plano da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência da Região Noroeste.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 2.094, de 13 de dezembro de 2012. Aprova o plano de ação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) da região Centro-Sul Fluminense do estado do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB Nº 1.735, de 12 de abril de 2012. Aprova o Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência – RUE da Região Metropolitana (I e II) do estado do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 1.649, de 8 de março de 2012. Repactua a rede de atenção à saúde das pessoas ostomizadas no estado do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 1.570, de 12 de janeiro de 2012. Aprova a referência e contra-referência em Hemoterapia – 2012.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite.Deliberação CIB-RJ Nº 1.565, de 12 de janeiro de 2012. Aprova o Plano Regional de Urgência e Emergência da Baía da Ilha Grande (BIG) do Estado do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 1452 de 09 de novembro de 2011. Aprova a configuração das Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, na forma estabelecida no anexo desta Deliberação.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº °1.445 de 18 de outubro de 2011. Aprova o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado do Rio de Janeiro, referente ao exercício 2011/2012.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 1.383, de 18 de agosto de 2011. Aprova o retorno da capital para a Região Metropolitana.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 1377, de 21 de julho de 2011. Aprovar a Rede Inicial da Implementação da Rede Cegonha, em conformidade com a Portaria nº. 1.459, de 24 de junho de 2011.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 1.335, de 13 de agosto de 2010. Aprova os parâmetros para estruturação da vigilância em saúde no âmbito do Estado do Rio De Janeiro.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 1.128, de 11 de novembro de 2010. Aprova as Diretrizes do Complexo Regulador do estado do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB RJ Nº 995, de 05 de agosto de 2010. Cria a Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço da região Noroeste CIES-Noroeste/RJ.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 873, de 30 de março de 2010. Aprova a criação do Comitê Gestor de Atenção às Urgências da Região Centro Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 855 de 11 de fevereiro de 2010. Aprova a referência e contra-referência em hemoterapia no estado do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB Nº 854, de 11 de fevereiro de 2010. Aprova a divisão dos Recursos destinados ao Projeto de Educação Permanente em Saúde - período 2008/2009 -, entre as Regiões Norte e Noroeste para o desenvolvimento das ações de fortalecimento da Atenção Primária em Saúde, com foco na Saúde do Idoso, fortalecimento da Atenção Primária em Saúde e Saúde Mental.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 792, de 3 de dezembro de 2009. Aprova o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde do Estado do Rio de Janeiro 2009/2010.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 754, de 13 de novembro de 2009. Aprova as novas referências para internação dos munícipes

moradores da região de saúde Noroeste, bem como a regulação de internações e operacionalização das AIHs pela Central Estadual Regional de Regulação-Noroeste.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 753, de 13 de novembro de 2009. Constitui o Colegiado de Gestão Regional da Capital, composto pela Região de Saúde formada pelo município do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 648 de 05 de maio de 2009. Constitui os colegiados de gestão regional do Estado do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ Nº 573, de 04 de dezembro de 2008. Aprova o Plano de Educação Permanente em Saúde do estado do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ N° 561 de 13 de novembro de 2008. Aprova a rede de atenção em alta complexidade de traumatologia e ortopedia.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ N° 0087 de 13 de junho de 2001. Aprova os Tetos Financeiros Globais/Mensais dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Regional Baixada Litorânea. Deliberação CIR-BL Nº 49, de 23 de outubro de 2014. Institui o Grupo Condutor Regional da RAPS BL (GCR-RAPS).

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Regional Centro Sul. Deliberação CIR-CS Nº 07, de 27 de abril de 2017. Pactua o “Protocolo Regional de Atenção à Saúde Mental da região Centro Sul“.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Regional Metropolitana I. Deliberação CIR – Metro I Nº 30, de 23 de setembro de 2016. Pactua a designação pelo gestor municipal de referência técnica para implantação e implementação das ações de saúde do trabalhador em seu respectivo município.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Regional Metropolitana I. Deliberação CIR – Metro I Nº 37, de 24 de setembro de 2013. Pactua a criação do Grupo Condutor Regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência da Região Metropolitana I.

RIO DE JANEIRO. Comissão Intergestores Regional Serrana. Deliberação CIR-S Nº 03, de 27 de novembro de 2013. Pactua a implantação da Rede de Referência e Contra-referência para Atenção Integral à Pessoa com Coagulopatia Hereditária.

RIO DE JANEIRO. Instituto Estadual do Ambiente. Plano Estadual de Recursos Hídricos do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro,

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. Lei Nº 7.211, fevereiro de 2016. Institui o PLANO PLURIANUAL do Estado do Rio de Janeiro – PPA 2016-2019.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Resolução SES Nº 1.589, de 19 de outubro de 2017, que regulamenta o Decreto Estadual n° 46.094, de 22 de setembro de 2017, o qual institui o programa de incentivo financeiro aos municípios em saúde – PROMUNI, para exercício 2017.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Resolução SES n° 1.511, de 27 de abril de 2017. Estabelece a transferência de recursos financeiros referentes à contrapartida estadual para o custeio das UPAS 24H municipais.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Resolução SES Nº 1.468, de 12 de dezembro de 2016, que estabelece a transferência de recursos referentes à contrapartida estadual para custeio dos serviços de atendimento móvel de urgência regionais, habilitados e/ou qualificados pelo Ministério de Saúde no estado do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Resolução SES Nº 300 de 13 de abril de 2012. Define a Política de Atenção Integral à Pessoa com Coagulopatia Hereditária no Estado do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Resolução SESDEC Nº 1.335, de 13 de agosto de 2010. Aprova os parâmetros para estruturação da vigilância em saúde no âmbito do estado do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Resolução SES Nº 2.736, de setembro de 2005. Institui os Núcleos Descentralizados de Vigilância da Saúde – NDVS, nas regiões de saúde.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Resolução SES Nº 2.102, de 14 de Julho de 2003. Estabelece a missão da Rede de Centrais de Regulação do Estado do Rio de Janeiro, bem como sua função, cria o Fórum de Coordenadores das Centrais de Regulação e dá outras providências.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde, Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico e Ambiental - Saúde do Trabalhador. Disponível em http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=0wLVAsxjzw0%3d.

SOUZA, I.C. Onde está o dinheiro da saúde? Recife:Fiocruz Pernambuco, 2018. Versão 1.0.3, atualizada em 30/08/2018. *Aplicativo para dispositivos móveis.*

PORTELA G & TOURINHO R. A Força dos Agrotóxicos Legais e Ilegais no Brasil. EcoDebate, 27 de janeiro de 2016. Disponível em https://www.ecodebate.com.br/2016/01/27/a-forca-dos-agrotoxicos-legais-e-ilegais-no-brasil-por-graca-portela-e-raiza-tourinho/.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Library Cataloguing-in-Publication Data. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. – 2nd ed. Geneva, 2002.

I. Mortalidade

Nas tabelas abaixo, encontram-se discriminadas as principais causas de mortalidade de habitantes da região, por faixa etária, no ano de 2017. Os agrupamentos e categorias de causas mais frequentes foram discriminados por capítulos da CID 10. Os capítulos assinalados em azul escuro correspondem àqueles com a maior frequência de óbitos. De forma a detalhar as causas dos óbitos, foram destacados os agrupamentos mais frequentes destes capítulos (em negrito e precedido por um ponto). Algumas categorias (precedidas por dois pontos) foram detalhadas, inclusive quando não pertencentes aos agrupamentos ou aos capítulos em destaque, devido a sua importância para o planejamento em saúde.

Principaiscausas de mortalidade de indivíduos menores de um ano, por capítulos da CID 10, Metropolitana I, 2016.

Causa (CID10 3C)	N			%		
	M	F	Total	M	F	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	52	43	95	5,1	5,0	5,0
A41 Outr septicemias	22	19	41	2,1	2,2	2,2
.A50 Sifilis congen	15	11	26	1,5	1,3	1,4
B20 Doenc p/HIV result doenc infecc e parasit	0	1	1	0,0	0,1	0,1
II. Neoplasias (tumores)	7	3	10	0,7	0,4	0,5
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	5	2	7	0,5	0,2	0,4
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5	5	10	0,5	0,6	0,5
VI. Doenças do sistema nervoso	9	13	22	0,9	1,5	1,2
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	0	1	0,1	0,0	0,1
IX. Doenças do aparelho circulatório	8	13	21	0,8	1,5	1,1
I42 Cardiomiopatias	4	5	9	0,4	0,6	0,5
X. Doenças do aparelho respiratório	91	75	166	8,9	8,8	8,8
. J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	60	48	108	5,8	5,6	5,7
.. J18 Pneumonia p/microorg NE	56	47	103	5,5	5,5	5,5
. J20-J22 Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores	22	18	40	2,1	2,1	2,1
.. J21 Bronquiolite aguda	20	18	38	1,9	2,1	2,0
XI. Doenças do aparelho digestivo	6	5	11	0,6	0,6	0,6
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	0	1	0,1	0,0	0,1
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	1	1	0,0	0,1	0,1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	3	2	5	0,3	0,2	0,3
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	531	415	946	51,8	48,5	50,1
. P00-P04 Feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto	177	137	314	17,3	16,0	16,6
. P00 Fet rec-nasc afet afec mat n obr rel grav at	90	81	171	8,8	9,5	9,1
. P20-P29 Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal	178	144	322	17,3	16,8	17,1
.. P21 Asfixia ao nascer	23	19	42	2,2	2,2	2,2
.. P22 Desconforto respirat do recem-nascido	80	57	137	7,8	6,7	7,3
.. P24 Sindr de aspiracao neonatal	25	18	43	2,4	2,1	2,3

Causa (CID10 3C)	N			%		
	M	F	Total	M	F	Total
. P35-P39 Infecções específicas do período perinatal	**75**	83	158	**7,3**	9,7	8,4
. P36 Septicemia bacter do recem-nascido	67	74	141	6,5	8,7	7,5
P77 Enterocolite necrotizante do feto e rec-nasc	27	17	44	2,6	2,0	2,3
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	221	203	431	21,5	23,7	22,8
. Q00-Q07 Malformações congênitas do sistema nervoso	27	28	55	2,6	3,3	2,9
.. Q00 Anencefalia e malformacoes similares	8	10	19	0,8	1,2	1,0
.. Q02 Microcefalia	3	3	6	0,3	0,4	0,3
.. Q03 Hidrocefalia congen	3	3	6	0,3	0,4	0,3
.. Q04 Outr malformacoes congen do cerebro	9	6	15	0,9	0,7	0,8
. Q20-Q28 Malformações congênitas do aparelho circulatório	79	74	153	7,7	8,7	8,1
.. Q24 Outr malformacoes congen do coracao	5	8	13	0,5	0,9	0,7
. Q30-Q34 Malformações congênitas do aparelho respiratório	21	20	41	2,0	2,3	2,2
.. Q33 Malformacoes congen do pulmao	19	19	38	1,9	2,2	2,0
. Q60-Q64 Malformações congênitas do aparelho urinário	16	5	21	1,6	0,6	1,1
.. Q61 Doenc cisticas do rim	6	3	10	0,6	0,4	0,5
. Q80-Q89 Outras malformações congênitas	36	21	57	3,5	2,5	3,0
.. Q89 Outr malformacoes congen NCOP	31	19	53	3,0	2,2	2,8
. Q90-Q99 Anomalias cromossômicas não classificadas em outra parte	21	35	56	2,0	4,1	3,0
.. Q91 Sindr de Edwards e sindr de Patau	12	14	26	1,2	1,6	1,4
R95-R99 Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade	16	17	33	1,6	2,0	1,7
.. R99 Outr causas mal definidas e NE mortalidade	15	13	28	1,5	1,5	1,5
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	71	58	129	6,9	6,8	6,8
# . V01-X59 Acidentes	66	52	118	6,4	6,1	6,3
. W75-W84 Outros riscos acidentais à respiração	61	47	108	5,9	5,5	5,7
# . X85-Y09 Agressões	4	4	8	0,4	0,5	0,4
Total	**1.026**	**855**	**1.888**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fonte: MS/DATASUS/SIM, 2016

Principais causas de mortalidade de indivíduos na faixa etária entre 1 e 9 anos, por capítulos da CID 10, Metropolitana I, 2016.

Causa (CID10 3C)	N			%		
	M	F	Total	M	F	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	23	9	32	9,9	4,7	7,5
. A15-A19 Tuberculose	1	1	2	0,4	0,5	0,5
. A30-A49 Outras doenças bacterianas	17	6	23	7,3	3,1	5,4
.. A41 Outr septicemias	14	4	18	6,0	2,1	4,2
II. Neoplasias (tumores)	30	24	54	12,9	12,5	12,7
. C00-C97 Neoplasias [tumores] malignas(os)	29	24	53	12,4	12,5	12,5
. C00-C75 Neoplasias [tumores] malignas(os), declaradas ou presumidas como primárias, de localizações especificadas, exceto dos tecidos linfático, hematopoietico e tecidos correlatos	19	18	37	8,2	9,4	8,7
. C69-C72 Neoplasias [tumores] malignas(os) dos olhos, do encéfalo e de outras partes do sistema nervoso central	9	9	18	3,9	4,7	4,2
. C81-C96 Neoplasias [tumores] malignas(os), declaradas ou presumidas como primárias, dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos correlatos	9	6	15	3,9	3,1	3,5
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	10	2	12	4,3	1,0	2,8
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	7	5	12	3,0	2,6	2,8

Causa (CID10 3C)	N			%		
	M	F	Total	M	F	Total
VI. Doenças do sistema nervoso	19	29	48	8,2	15,1	11,3
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0	1	1	0,0	0,5	0,2
IX. Doenças do aparelho circulatório	11	6	17	4,7	3,1	4,0
I42 Cardiomiopatias	3	2	5	1,3	1,0	1,2
X. Doenças do aparelho respiratório	33	43	76	14,2	22,4	17,9
. J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	22	31	53	9,4	16,1	12,5
.. J18 Pneumonia p/microorg NE	21	28	49	9,0	14,6	11,5
XI. Doenças do aparelho digestivo	6	4	10	2,6	2,1	2,4
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	4	6	0,9	2,1	1,4
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	1	1	0,0	0,5	0,2
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	4	1	5	1,7	0,5	1,2
.. N17-19 Insuf renal	3	1	4	1,3	0,5	0,9
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	25	22	47	10,7	11,5	11,1
. Q20-Q28 Malformações congênitas do aparelho circulatório	10	12	22	4,3	6,3	5,2
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	16	9	25	6,9	4,7	5,9
R99 Outr causas mal definidas e NE mortalidade	13	8	21	5,6	4,2	4,9
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	47	35	82	20,2	18,2	19,3
# . V01-X59 Acidentes	38	23	61	16,3	12,0	14,4
. V01-V99 Acidentes de transporte	8	8	16	3,4	4,2	3,8
. W00-X59 Outras causas externas de traumatismos acidentais	30	15	45	12,9	7,8	10,6
# . X85-Y09 Agressões	5	8	13	2,1	4,2	3,1
Total	233	192	425	100,0	100,0	100,0

Fonte: MS/DATASUS/SIM, 2016

Principais causas de mortalidade de indivíduos na faixa etária entre 10 e 19 anos, por capítulos da CID 10, Metropolitana I, 2016.

Causa (CID10 3C)	N			%		
	M	F	T	M	F	T
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	32	17	49	2,4	5,9	3,0
. A15-A19 Tuberculose	1	4	5	0,1	1,4	0,3
. B20-B24 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	11	7	18	0,8	2,4	1,1
II. Neoplasias (tumores)	42	32	74	3,1	11,1	4,5
. C00-C97 Neoplasias [tumores] malignas(os)	41	32	73	3,0	11,1	4,5
. C00-C75 Neoplasias [tumores] malignas(os), declaradas ou presumidas como primárias, de localizações especificadas, exceto dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos correlatos	25	18	43	1,9	6,3	2,6
. C81-C96 Neoplasias [tumores] malignas(os), declaradas ou presumidas como primárias, dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos correlatos	13	12	25	1,0	4,2	1,5
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	12	9	21	0,9	3,1	1,3
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	8	6	14	0,6	2,1	0,9
. E10-E14 Diabetes mellitus	5	5	10	0,4	1,7	0,6
V. Transtornos mentais e comportamentais	7	9	16	0,5	3,1	1,0
F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	6	8	14	0,4	2,8	0,9
VI. Doenças do sistema nervoso	34	21	55	2,5	7,3	3,4
IX. Doenças do aparelho circulatório	54	17	71	4,0	5,9	4,3
. I20-I25 Doenças isquêmicas do coração	15	1	16	1,1	0,3	1,0
.. I21 Infarto agudo do miocardio	11	1	12	0,8	0,3	0,7

Causa (CID10 3C)	N			%		
	M	F	T	M	F	T
. I30-I52 Outras formas de doença do coração	19	6	25	1,4	2,1	1,5
.. I42 Cardiomiopatias	9	5	14	0,7	1,7	0,9
. I60-I69 Doenças cerebrovasculares	9	9	18	0,7	3,1	1,1
X. Doenças do aparelho respiratório	45	17	62	3,3	5,9	3,8
. J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	20	11	30	1,5	3,8	1,8
. J18 Pneumonia p/microorg NE	19	10	29	1,4	3,5	1,8
XI. Doenças do aparelho digestivo	12	8	20	0,9	2,8	1,2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	0	2	0,1	0,0	0,1
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	2	7	9	0,1	2,4	0,6
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	7	4	11	0,5	1,4	0,7
XV. Gravidez parto e puerpério	0	13	13	0,0	4,5	0,8
. O94-O99 Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte	0	9	9	0,0	3,1	0,6
.. O96 Morte qq caus obst mais 42d menos 1a parto	0	6	6	0,0	2,1	0,4
.. O99 Outr doenc mat COP compl grav parto puerp	0	3	3	0,0	1,0	0,2
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2	0	2	0,1	0,0	0,1
.. P21 Asfixia ao nascer	2	0	2	0,1	0,0	0,1
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	8	9	17	0,6	3,1	1,0
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	83	24	107	6,2	8,4	6,6
. R99 Outr causas mal definidas e NE mortalidade	77	23	100	5,7	8,0	6,1
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	996	94	1090	74,0	32,8	66,7
. V01-X59 Acidentes	164	46	210	12,2	16,0	12,9
. V01-V99 Acidentes de transporte	80	23	103	5,9	8,0	6,3
. W00-X59 Outras causas externas de traumatismos acidentais	84	23	107	6,2	8,0	6,6
. W65-W74 Afogamento e submersão acidentais	18	2	20	1,3	0,7	1,2
. X40-X49 Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição à substâncias nocivas	18	9	27	1,3	3,1	1,7
.. X59 Exposicao a fatores NE	23	2	25	1,7	0,7	1,5
. X60-X84 Lesões autoprovocadas intencionalmente	13	6	19	1,0	2,1	1,2
. X85-Y09 Agressões	642	35	677	47,7	12,2	41,5
. Y35-Y36 Intervenções legais e operações de guerra	139	0	139	10,3	0,0	8,5
Total	**1.346**	**287**	**1.633**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fonte: MS/DATASUS/SIM, 2016

Principais causas de mortalidade de indivíduos na faixa etária entre 20 e 29 anos, por capítulos da CID 10, Metropolitana I, 2016.

Causa (CID10 3C)	N			%		
	M	F	Total	M	F	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	176	91	267	6,8	14,2	8,3
. A15-A19 Tuberculose	26	12	38	1,0	1,9	1,2
. B20-B24 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	115	61	176	4,5	9,5	5,5
II. Neoplasias (tumores)	65	64	129	2,5	10,0	4,0
. C50 Neoplasias [tumores] malignas(os) da mama	0	9	9	0,0	1,4	0,3
. C51-C58 Neoplasias [tumores] malignas(os) dos órgãos genitais femininos	0	19	19	0,0	3,0	0,6
. C60-C63 Neoplasias [tumores] malignas(os) dos órgãos genitais masculinos	9	0	9	0,3	0,0	0,3
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	11	12	23	0,4	1,9	0,7
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	24	33	57	0,9	5,2	1,8
. E10-E14 Diabetes mellitus	17	22	39	0,7	3,4	1,2
V. Transtornos mentais e comportamentais	25	13	38	1,0	2,0	1,2

Causa (CID10 3C)	N			%		
	M	F	Total	M	F	Total
. F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	19	10	29	0,7	1,6	0,9
VI. Doenças do sistema nervoso	25	15	40	1,0	2,3	1,2
IX. Doenças do aparelho circulatório	134	67	201	5,2	10,5	6,3
. I20-I25 Doenças isquêmicas do coração	37	10	47	1,4	1,6	1,5
.. I21 Infarto agudo do miocardio	25	5	30	1,0	0,8	0,9
. I30-I52 Outras formas de doença do coração	63	17	80	2,4	2,7	2,5
. I42 Cardiomiopatias	34	10	44	1,3	1,6	1,4
. I60-I69 Doenças cerebrovasculares	14	22	36	0,5	3,4	1,1
.. I60 Hemorragia subaracnoide	4	9	13	0,2	1,4	0,4
.. I61 Hemorragia intracerebral	6	4	10	0,2	0,6	0,3
X. Doenças do aparelho respiratório	88	39	127	3,4	6,1	4,0
. J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	42	21	63	1,6	3,3	2,0
XI. Doenças do aparelho digestivo	26	18	44	1,0	2,8	1,4
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3	2	5	0,1	0,3	0,2
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	2	12	14	0,1	1,9	0,4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	12	18	30	0,5	2,8	0,9
.. N17-19 Insuf renal	6	5	11	0,2	0,8	0,3
XV. Gravidez parto e puerpério	0	54	54	0,0	8,4	1,7
O00-O08 Gravidez que termina em aborto	0	9	9	0,0	1,4	0,3
O15 Eclampsia	0	2	2	0,0	0,3	0,1
O23 Infecc do trato geniturinario na gravidez	0	1	1	0,0	0,2	0,0
. O60-O75 Complicações do trabalho de parto e do parto	0	6	6	0,0	0,9	0,2
. O85-O92 Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério	0	7	7	0,0	1,1	0,2
. O94-O99 Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte	0	29	29	0,0	4,5	0,9
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	10	7	17	0,4	1,1	0,5
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	157	51	208	6,1	8,0	6,5
R.. 99 Outr causas mal definidas e NE mortalidade	152	48	200	5,9	7,5	6,2
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1815	145	1960	70,5	22,7	61,0
. V01-X59 Acidentes	403	73	476	15,7	11,4	14,8
# . V01-V99 Acidentes de transporte	237	30	267	9,2	4,7	8,3
. V01-V09 Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	29	6	35	1,1	0,9	1,1
. V20-V29 Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	31	6	37	1,2	0,9	1,2
. V80-V89 Outros acidentes de transporte terrestre	155	7	162	6,0	1,1	5,0
.. V89 Acid veic mot n-mot tipos de veic NE	151	7	158	5,9	1,1	4,9
. W00-X59 Outras causas externas de traumatismos acidentais	166	43	209	6,5	6,7	6,5
. W00-W19 Quedas	29	4	33	1,1	0,6	1,0
. W65-W74 Afogamento e submersão acidentais	19	0	19	0,7	0,0	0,6
. X40-X49 Envenenamento [intoxicação] acidental por e exposição à substâncias nocivas	36	22	58	1,4	3,4	1,8
X59 Exposicao a fatores NE	59	8	67	2,3	1,3	2,1
. X60-X84 Lesões autoprovocadas intencionalmente	43	11	54	1,7	1,7	1,7
. X85-Y09 Agressões	1117	47	1164	43,4	7,3	36,2
Y34 Fatos ou eventos NE e intenc nao determinada	52	6	58	2,0	0,9	1,8
Y35-Y36 Intervenções legais e operações de guerra	191	2	193	7,4	0,3	6,0
Total	2.573	640	3.213	100,0	100,0	100,0

Fonte: MS/DATASUS/SIM, 2016

Principais causas de mortalidade de indivíduos na faixa etária entre 30 e 69 anos, por capítulos da CID 10, Metropolitana I, 2016.

Causa (CID10 3C)	N			%		
	M	F	Total	M	F	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1624	979	2603	7,9	6,5	7,3
A15-A19 Tuberculose	283	85	368	1,4	0,6	1,0
A30-A49 Outras doenças bacterianas	552	397	949	2,7	2,7	2,7
B20-B24 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	616	376	992	3,0	2,5	2,8
II. Neoplasias (tumores)	3281	3826	7107	15,9	25,6	20,0
. C15-C26 Neoplasias [tumores] malignas(os) dos órgãos digestivos	1242	971	2213	6,0	6,5	6,2
.. C16 Neopl malig do estomago	284	147	431	1,4	1,0	1,2
.. C18 Neopl malig do colon	222	244	466	1,1	1,6	1,3
.. C25 Neopl malig do pancreas	181	152	333	0,9	1,0	0,9
. C30-C39 Neoplasias [tumores] malignas(os) do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	659	485	1144	3,2	3,2	3,2
.. C34 Neopl malig dos bronquios e dos pulmoes	509	439	948	2,5	2,9	2,7
. C50 Neoplasias [tumores] malignas(os) da mama	3	879	882	0,0	5,9	2,5
. C51-C58 Neoplasias [tumores] malignas(os) dos órgãos genitais femininos	0	660	660	0,0	4,4	1,9
.. C53 Neopl malig do colo do utero	0	290	290	0,0	1,9	0,8
.. C54 Neopl malig do corpo do utero	0	80	80	0,0	0,5	0,2
.. C55 Neopl malig do utero porcao NE	0	68	68	0,0	0,5	0,2
. C56 Neopl malig do ovario	0	193	193	0,0	1,3	0,5
C60-C63 Neoplasias [tumores] malignas(os) dos órgãos genitais masculinos	261	0	261	1,3	0,0	0,7
. C61 Neopl malig da prostata	242	0	242	1,2	0,0	0,7
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1011	989	2000	4,9	6,6	5,6
. E10-E14 Diabetes mellitus	839	827	1666	4,1	5,5	4,7
V. Transtornos mentais e comportamentais	141	72	213	0,7	0,5	0,6
. F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	102	35	137	0,5	0,2	0,4
VI. Doenças do sistema nervoso	237	206	443	1,1	1,4	1,2
VII. Doenças do olho e anexos	2	0	2	0,0	0,0	0,0
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	4	3	7	0,0	0,0	0,0
IX. Doenças do aparelho circulatório	6497	4650	11147	31,5	31,1	31,3
. I10-I15 Doenças hipertensivas	671	621	1292	3,3	4,2	3,6
.. I10 Hipertensao essencial	407	404	811	2,0	2,7	2,3
I20-I25 Doenças isquêmicas do coração	2408	1434	3842	11,7	9,6	10,8
.. I21 Infarto agudo do miocardio	1955	1174	3129	9,5	7,8	8,8
. I30-I52 Outras formas de doença do coração	1808	1112	2920	8,8	7,4	8,2
.. I42 Cardiomiopatias	849	467	1316	4,1	3,1	3,7
.. I50 Insuf cardiaca	429	304	733	2,1	2,0	2,1
. I60-I69 Doenças cerebrovasculares	1259	1104	2363	6,1	7,4	6,6
.. I61 Hemorragia intracerebral	365	279	644	1,8	1,9	1,8
.. I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	446	359	805	2,2	2,4	2,3
X. Doenças do aparelho respiratório	1956	1419	3375	9,5	9,5	9,5
. J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	1047	755	1802	5,1	5,0	5,1
. J40-J47 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	379	309	688	1,8	2,1	1,9
.. J44 Outr doenc pulmonares obstrutivas cronicas	279	235	514	1,4	1,6	1,4
XI. Doenças do aparelho digestivo	1244	595	1839	6,0	4,0	5,2
K70 Doenc alcoolica do figado	138	16	154	0,7	0,1	0,4
K74 Fibrose e cirrose hepaticas	343	91	434	1,7	0,6	1,2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	120	102	222	0,6	0,7	0,6
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	55	103	158	0,3	0,7	0,4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	558	499	1057	2,7	3,3	3,0
. N17-19 Insuf renal	256	172	428	1,2	1,1	1,2

Causa (CID10 3C)	N			%		
	M	F	Total	M	F	Total
N39 Outr transt do trato urinario	198	246	444	1,0	1,6	1,2
XV. Gravidez parto e puerpério	0	52	52	0,0	0,3	0,1
. O10-O16 Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério	0	6	6	0,0	0,0	0,0
. O60-O75 Complicações do trabalho de parto e do parto	0	6	6	0,0	0,0	0,0
. O94-O99 Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte	0	30	30	0,0	0,2	0,1
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	18	25	43	0,1	0,2	0,1
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1172	665	1837	5,7	4,4	5,2
R99 Outr causas mal definidas e NE mortalidade	989	541	1530	4,8	3,6	4,3
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2593	651	3244	12,6	4,4	9,1
. V01-V09 Pedestre traumatizado em um acidente de transporte	94	38	132	0,5	0,3	0,4
. V20-V29 Motociclista traumatizado em um acidente de transporte	30	6	36	0,1	0,0	0,1
. V80-V89 Outros acidentes de transporte terrestre	262	49	311	1,3	0,3	0,9
# . W00-X59 Outras causas externas de traumatismos acidentais	655	217	872	3,2	1,5	2,5
. W00-W19 Quedas	221	72	293	1,1	0,5	0,8
. W65-W74 Afogamento e submersão acidentais	32	3	35	0,2	0,0	0,1
. W75-W84 Outros riscos acidentais à respiração	95	65	160	0,5	0,4	0,4
. X58-X59 Exposição acidental a outros fatores e aos não especificados	190	28	218	0,9	0,2	0,6
. X60-X84 Lesões autoprovocadas intencionalmente	148	55	203	0,7	0,4	0,6
. X85-Y09 Agressões	1047	145	1192	5,1	1,0	3,4
. Y10-Y34 Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	198	67	265	1,0	0,4	0,7
Y35 Intervencao legal	48	1	49	0,2	0,0	0,1
Total	**20.616**	**14.962**	**35.578**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fonte: MS/DATASUS/SIM, 2016

Principais causas de mortalidade de indivíduos na faixa etária de 70 anos e mais, por capítulos da CID 10, Metropolitana I, 2016.

Causa (CID10 3C)	N			%		
	M	F	Total	M	F	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	956	1507	2463	5,0	5,7	5,4
A15-A19 Tuberculose	73	34	107	0,4	0,1	0,2
A30-A49 Outras doenças bacterianas	781	1299	2080	4,1	5,0	4,6
A41 Outr septicemias	744	1235	1979	3,9	4,7	4,4
. B20-B24 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	12	11	23	0,1	0,0	0,1
II. Neoplasias (tumores)	3065	3082	6147	15,9	11,7	13,5
. C15-C26 Neoplasias [tumores] malignas(os) dos órgãos digestivos	919	1044	1963	4,8	4,0	4,3
.. C16 Neopl malig do estomago	192	156	348	1,0	0,6	0,8
.. C18 Neopl malig do colon	221	266	487	1,1	1,0	1,1
.. C22 Neopl malig figado vias biliares intra-hepat	118	95	213	0,6	0,4	0,5
.. C25 Neopl malig do pancreas	127	209	336	0,7	0,8	0,7
. C30-C39 Neoplasias [tumores] malignas(os) do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	558	397	955	2,9	1,5	2,1
.. C34 Neopl malig dos bronquios e dos pulmoes	497	348	845	2,6	1,3	1,9
. C50 Neoplasias [tumores] malignas(os) da mama	7	465	472	0,0	1,8	1,0
. C51-C58 Neoplasias [tumores] malignas(os) dos órgãos genitais femininos	0	334	334	0,0	1,3	0,7

Causa (CID10 3C)	N			%		
	M	F	Total	M	F	Total
.. C53 Neopl malig do colo do utero	0	65	65	0,0	0,2	0,1
.. C54 Neopl malig do corpo do utero	0	66	66	0,0	0,3	0,1
.. C55 Neopl malig do utero porcao NE	0	61	61	0,0	0,2	0,1
. C60-C63 Neoplasias [tumores] malignas(os) dos órgãos genitais masculinos	682	0	682	3,5	0,0	1,5
. C61 Neopl malig da prostata	675	0	675	3,5	0,0	1,5
. C64-C68 Neoplasias [tumores] malignas(os) do trato urinário	207	118	325	1,1	0,4	0,7
.. C71 Neopl malig do encefalo	76	76	152	0,4	0,3	0,3
. C76-C80 Neoplasias [tumores] malignas(os) de localizações mal definidas, secundárias e de localizações não especificadas	165	233	398	0,9	0,9	0,9
. C81-C96 Neoplasias [tumores] malignas(os), declaradas ou presumidas como primárias, dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos correlatos	197	204	401	1,0	0,8	0,9
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	107	184	291	0,6	0,7	0,6
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1071	1781	2852	5,6	6,8	6,3
. E10-E14 Diabetes mellitus	858	1392	2250	4,5	5,3	4,9
V. Transtornos mentais e comportamentais	64	95	159	0,3	0,4	0,3
VI. Doenças do sistema nervoso	505	1046	1551	2,6	4,0	3,4
G30 Doenc de Alzheimer	338	824	1162	1,8	3,1	2,6
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	3	3	6	0,0	0,0	0,0
IX. Doenças do aparelho circulatório	6264	8508	14772	32,6	32,4	32,5
. I10-I15 Doenças hipertensivas	876	1426	2302	4,6	5,4	5,1
.. I10 Hipertensao essencial	555	983	1538	2,9	3,7	3,4
.. I11 Doenc cardiaca hipertensiva	205	322	527	1,1	1,2	1,2
. I20-I25 Doenças isquêmicas do coração	2082	2355	4437	10,8	9,0	9,8
.. I21 Infarto agudo do miocardio	1643	1876	3519	8,5	7,2	7,7
.. I25 Doenc isquemica cronica do coracao	394	426	820	2,0	1,6	1,8
. I30-I52 Outras formas de doença do coração	1456	2036	3492	7,6	7,8	7,7
.. I42 Cardiomiopatias	449	554	1003	2,3	2,1	2,2
.. I50 Insuf cardiaca	448	641	1089	2,3	2,4	2,4
. I60-I69 Doenças cerebrovasculares	1447	2059	3506	7,5	7,8	7,7
.. I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	587	853	1440	3,1	3,3	3,2
.. I67 Outr doenc cerebrovasculares	391	582	973	2,0	2,2	2,1
X. Doenças do aparelho respiratório	3324	4329	7653	17,3	16,5	16,8
. J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	2022	2968	4990	10,5	11,3	11,0
. J40-J47 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	772	651	1423	4,0	2,5	3,1
.. J44 Outr doenc pulmonares obstrutivas cronicas	653	533	1186	3,4	2,0	2,6
XI. Doenças do aparelho digestivo	840	1015	1855	4,4	3,9	4,1
K56 Ileo paralitico e obstr intestinal s/hernia	93	140	233	0,5	0,5	0,5
K74 Fibrose e cirrose hepaticas	111	80	191	0,6	0,3	0,4
K92 Outr doenc do aparelho digestivo	183	207	390	1,0	0,8	0,9
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	156	341	497	0,8	1,3	1,1
L89 Ulcera de decubito	55	144	199	0,3	0,5	0,4
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	72	135	207	0,4	0,5	0,5
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1074	1606	2681	5,6	6,1	5,9
. N17-19 Insuf renal	297	358	655	1,5	1,4	1,4
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	952	1476	2429	5,0	5,6	5,3
R99 Outr causas mal definidas e NE mortalidade	596	825	1422	3,1	3,1	3,1
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	766	1115	1881	4,0	4,3	4,1
. V01-V99 Acidentes de transporte	77	56	133	0,4	0,2	0,3
. W00-X59 Outras causas externas de traumatismos acidentais	399	558	957	2,1	2,1	2,1
. W00-W19 Quedas	216	245	461	1,1	0,9	1,0
.. W84 Riscos NE a respiracao	134	251	385	0,7	1,0	0,8

Causa (CID10 3C)	N			%		
	M	F	Total	M	F	Total
. X60-X84 Lesões autoprovocadas intencionalmente	29	9	38	0,2	0,0	0,1
. X85-Y09 Agressões	24	10	34	0,1	0,0	0,1
. Y10-Y34 Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	181	347	528	0,9	1,3	1,2
. Y83-Y84 Reação anormal em paciente ou complicação tardia causadas por procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos médicos sem menção de acidente ao tempo do procedimento	52	124	176	0,3	0,5	0,4
Total	**19.221**	**26.232**	**45.455**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Fonte: MS/DATASUS/SIM, 2016

II. Morbidade Hospitalar - Internações

Para a tabulação dos dados das internações hospitalares relacionadas abaixo, foram selecionados os Capítulos da CID 10 com maior percentual de internações de usuários por região de residência, discriminando-se apenas seus agrupamentos e categorias mais frequentes. Nas linhas dos Capítulos, encontram-se os totais dos agravos, a eles correspondentes, ocorridos nessa faixa etária. O total geral de agravos ocorridos na faixa etária se encontra na linha final da tabela. Algumas categorias relevantes para o planejamento em saúde também foram assinaladas, mesmo que não se destacassem em frequência. Os percentuais calculados são relativos ao total de casos de internações da região, na faixa etária avaliada.

METROPOLITANA I - Internações em menores de 1 ano

CID10 (Capítulos - Categorias)	N			%		
	M	F	Total	M	F	Total
Capitulo XVI - Algumas afec originadas no período perinatal	5900	5465	11365	47,3	50,3	48,7
P05-P08 Transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal	1179	1221	2400	9,4	11,2	10,3
P07 Transt rel gest curt dur peso baix nasc NCOP	1036	1046	2082	8,3	9,6	8,9
P20-P29 Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal	1780	1368	3148	14,3	12,6	13,5
P22 Desconforto respirat do recem-nascido	1239	928	2167	9,9	8,5	9,3
P35-P39 Infecções específicas do período perinatal	1064	1177	2241	8,5	10,8	9,6
P36 Septicemia bacter do recem-nascido	277	276	553	2,2	2,5	2,4
P39 Outr infecc especificas do periodo perinatal	703	811	1514	5,6	7,5	6,5
P50-P61 Transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto e do recém-nascido	989	936	1925	7,9	8,6	8,2
P59 Ictericia neonatal dev outr causas e as NE	856	783	1639	6,9	7,2	7,0
Capítulo X - Doenças do ap. respiratório	2614	1934	4548	20,9	17,8	19,5
J09 - J18 Influenza [gripe] e pneumonia			0	0,0	0,0	0,0
J15 Pneumonia bacter NCOP	946	703	1649	7,6	6,5	7,1
J18 Pneumonia p/microorg NE	684	525	1209	5,5	4,8	5,2
J21 Bronquiolite aguda	782	537	1319	6,3	4,9	5,6
Capítulo I - Algumas doenças infec e parasit	1884	1898	3782	15,1	17,5	16,2
A30 -A49 Outras doenças bacterianas	760	616	1376	6,1	5,7	5,9
A41 Outr septicemias	153	131	284	1,2	1,2	1,2
A49 Infecc bacter de localiz NE	473	395	868	3,8	3,6	3,7
A50- A64 Infecções de transmissão predomin sexual	904	1095	1999	7,2	10,1	8,6
A50 Sifilis congen	854	1041	1895	6,8	9,6	8,1
A51 Sifilis precoce	23	21	44	0,2	0,2	0,2

CID10 (Capítulos - Categorias)	N			%		
	M	F	Total	M	F	Total
A52 Sifilis tard	1	2	3	0,0	0,0	0,0
A53 Outr form e as NE da sifilis	20	21	41	0,2	0,2	0,2
Total	12481	10873	23354	100	100	100

Fonte: MS/DATASUS/SIHSUS, 2017

METROPOLITANA I - internações de 1 a 9 anos, 2017

CID10 (Capítulos - Categorias)	N			%		
	M	F	Total	M	F	Total
Capítulo X - Doenças do ap.respiratório	2698	2365	5063	20,8	25,3	22,7
J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	1799	1669	3468	13,9	17,8	15,5
J15 Pneumonia bacter NCOP	988	941	1929	7,6	10,1	8,6
J18 Pneumonia p/microorg NE	736	656	1392	5,7	7,0	6,2
J20-J22 Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores	135	107	242	1,0	1,1	1,1
J21 Bronquiolite aguda	133	102	235	1,0	1,1	1,1
J30-J39 Outras doenças das vias aéreas superiores	351	264	615	2,7	2,8	2,8
J35 Doenc cronicas das amigdalas e das adenoides	337	254	591	2,6	2,7	2,6
J40-J47 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	237	189	426	1,8	2,0	1,9
J45 Asma	203	167	370	1,6	1,8	1,7
Capítulo I - Algumas doenças infec e parasitárias	1859	1727	3586	14,3	18,5	16,1
A00-A09 Doenças infecciosas intestinais	462	456	918	3,6	4,9	4,1
A04 Outr infecc intestinais bacter	282	295	577	2,2	3,2	2,6
A09 Diarreia e gastroenterite orig infecc presum	154	137	291	1,2	1,5	1,3
A30-A49 Outras doenças bacterianas	1207	1090	2297	9,3	11,6	10,3
Capítulo XIV - Doenças do ap.genitourinário	1397	464	1861	10,8	5,0	8,3
N00-N08 Doenças glomerulares	104	71	175	0,8	0,8	0,8
N00 Sindr nefritica aguda	55	26	81	0,4	0,3	0,4
N30-N39 Outras doenças do aparelho urinário	161	316	477	1,2	3,4	2,1
N40-N51 Doenças dos órgãos genitais masculinos	1063	0	1063	8,2	0,0	4,8
N47 Hipertrofia do prepucio fimose e parafimose	952	0	952	7,3	0,0	4,3
Capítulo XII - Doenças da pele e tec subcutâneo	1322	1011	2333	10,2	10,8	10,5
L00-L08 Infecções da pele e do tecido subcutâneo	1126	814	1940	8,7	8,7	8,7
L02 Abscesso cutaneo furunculo e antraz	177	121	298	1,4	1,3	1,3
L03 Celulite	888	637	1525	6,9	6,8	6,8
Capítulo XIX - Lesões, envenenamentos e alg out conseq	1259	748	2007	9,7	8,0	9,0
S06 Traum intracraniano	177	117	294	1,4	1,3	1,3
S42 Frat do ombro e do braco	134	96	230	1,0	1,0	1,0
S52 Frat do antebraco	262	97	359	2,0	1,0	1,6
Capítulo XI - Doenças do ap.digestivo	1205	843	2048	9,3	9,0	9,2
K35-K38 Doenças do apêndice	315	179	494	2,4	1,9	2,2
K35 Apendicite aguda	243	147	390	1,9	1,6	1,7
K40-K46 Hérnias	501	353	854	3,9	3,8	3,8
K40 Hernia inguinal	282	113	395	2,2	1,2	1,8
K42 Hernia umbilical	187	212	399	1,4	2,3	1,8
Capítulo XVII - Mal formações congenitas	1030	501	1531	7,9	5,4	6,9
Q53 Testiculo nao-descido	306	0	306	2,4	0,0	1,4
Q54 Hipospadias	157	0	157	1,2	0,0	0,7
Q66 Deform congen do pe	85	65	150	0,7	0,7	0,7
Total	12957	9358	22315	100	100	100
Capítulo II - Neoplasias (tumores)	457	323	780	3,5	3,5	3,5
C91 Leucemia linfoide	150	104	254	1,2	1,1	1,1
C92 Leucemia mieloide	46	5	51	0,4	0,1	0,2

CID10 (Capítulos - Categorias)	N			%		
	M	F	Total	M	F	Total
Capitulo III - Doenças do Sangue e orgãos hemato	389	294	683	3,0	3,1	3,1
D57 Transt falciformes	250	181	431	1,9	1,9	1,9

Fonte: MS/DATASUS/SIHSUS, 2017

METROPOLITANA I - internações de 10 a 19 anos, 2017

CID10 (Capítulos - Categorias)	N			%		
	M	F	T	M	F	T
Capítulo I - Algumas doenç infec e parasitárias	393	396	789	4,3	1,4	2,2
A15 Tuberc respirat c/conf bacteriol e histolog	16	17	33	0,2	0,1	0,1
A16 Tuberc vias respirat s/conf bacter histol	2	1	3	0,0	0,0	0,0
A17 Tuberc do sist nervoso	1	1	2	0,0	0,0	0,0
A18 Tuberc de outr orgaos	2	4	6	0,0	0,0	0,0
A19 Tuberc miliar	0	1	1	0,0	0,0	0,0
B20 Doenc p/HIV result doenc infecc e parasit	8	9	17	0,1	0,0	0,0
B22 Doenc p/HIV result em outr doenc espec	1	1	2	0,0	0,0	0,0
B23 Doenc p/HIV result em outr doenc	0	1	1	0,0	0,0	0,0
B24 Doenc p/HIV NE	8	13	21	0,1	0,0	0,1
Capítulo II - Neoplasias tumores	455	429	884	5,0	1,6	2,4
C40 Neopl malig ossos/cartilag artic membros	41	41	82	0,5	0,1	0,2
C49 Neopl malig tec conjuntivo e outr tec moles	17	24	41	0,2	0,1	0,1
C50 Neopl malig da mama	0	9	9	0,0	0,0	0,0
C53 Neopl malig do colo do utero	0	2	2	0,0	0,0	0,0
C56 Neopl malig do ovario	0	20	20	0,0	0,1	0,1
C71 Neopl malig do encefalo	26	18	44	0,3	0,1	0,1
C81 Doenc de Hodgkin	16	12	28	0,2	0,0	0,1
C83 Linfoma nao-Hodgkin difuso	38	18	56	0,4	0,1	0,2
C91 Leucemia linfoide	121	74	195	1,3	0,3	0,5
C92 Leucemia mieloide	53	18	71	0,6	0,1	0,2
Capítulo X - Doenças do ap.respiratório	514	482	996	5,7	1,8	2,7
J15 Pneumonia bacter NCOP	83	84	167	0,9	0,3	0,5
J18 Pneumonia p/microorg NE	109	82	191	1,2	0,3	0,5
J34 Outr transt do nariz e dos seios paranasais	63	58	121	0,7	0,2	0,3
J35 Doenc cronicas das amigdalas e das adenoides	113	145	258	1,2	0,5	0,7
J45 Asma	30	37	67	0,3	0,1	0,2
Capítulo XI - Doenças do ap.digestivo	1195	855	2050	13,2	3,1	5,6
K35-K38 Doenças do apêndice	721	371	1092	7,9	1,3	3,0
K35 Apendicite aguda	563	312	875	6,2	1,1	2,4
K36 Outr form de apendicite	125	46	171	1,4	0,2	0,5
K40-K46 Hérnias	130	73	203	1,4	0,3	0,6
K55-K63 Outras doenças dos intestinos	89	40	129	1,0	0,1	0,4
K80-K87 Transtornos da vesícula biliar, das vias biliares e do pâncreas	57	166	223	0,6	0,6	0,6
K80 Colelitiase	39	106	145	0,4	0,4	0,4
Capítulo XII - Doenças da pele e tec.subcutâneo	566	366	932	6,2	1,3	2,5
L02 Abscesso cutaneo furunculo e antraz	46	39	85	0,5	0,1	0,2
L03 Celulite	321	150	471	3,5	0,5	1,3
Capítulo XIV - Doenças do ap.genitourinário	809	591	1400	8,9	2,1	3,8
N30-N39 Outras doenças do aparelho urinário	77	174	251	0,8	0,6	0,7
N40-N51 Doenças dos órgãos genitais masculinos	591	0	591	6,5	0,0	1,6
N44 Torcao do testiculo	105	0	105	1,2	0,0	0,3
N47 Hipertrofia do prepucio fimose e parafimose	443	0	443	4,9	0,0	1,2
N80-N98 Transt não-inflam trato genital feminino		133	133	0,0	0,5	0,4
Capítulo XV - Gravidez, parto e puerpério		21956	21956	0,0	79,8	60,0
O00-O08 Gravidez que termina em aborto	0	1412	1412	0,0	5,1	3,9

CID10 (Capítulos - Categorias)	N			%		
	M	F	T	M	F	T
O00 Gravidez ectopica	0	54	54	0,0	0,2	0,1
O01 Mola hidatiforme	0	3	3	0,0	0,0	0,0
O02 Outr produtos anormais da concepcao	0	314	314	0,0	1,1	0,9
O03 Aborto espontaneo	0	625	625	0,0	2,3	1,7
O04 Aborto p/razoes medicas e legais	0	13	13	0,0	0,0	0,0
O05 Outr tipos de aborto	0	111	111	0,0	0,4	0,3
O06 Aborto NE	0	285	285	0,0	1,0	0,8
O07 Falha de tentativa de aborto	0	1	1	0,0	0,0	0,0
O08 Complic conseq aborto gravidez ectop molar	0	6	6	0,0	0,0	0,0
O10-O16 Edema, protein e transt hipert na grav, no part puerp	0	674	674	0,0	2,5	1,8
O10 Hipertens pre-exist complic grav parto puerp	0	69	69	0,0	0,3	0,2
O11 Dist hipertens pre-exist proteinuria superp	0	4	4	0,0	0,0	0,0
O12 Edema e proteinuria gestac s/hipertensao	0	1	1	0,0	0,0	0,0
O13 Hipertensao gestacional s/proteinuria signif	0	128	128	0,0	0,5	0,3
O14 Hipertensao gestacional c/proteinuria signif	0	322	322	0,0	1,2	0,9
O15 Eclampsia	0	45	45	0,0	0,2	0,1
O16 Hipertensao materna NE	0	105	105	0,0	0,4	0,3
O20 Hemorragia do inicio da gravidez	0	86	86	0,0	0,3	0,2
O21 Vomitos excessivos na gravidez	0	68	68	0,0	0,2	0,2
O22 Complic venosas na gravidez	0	8	8	0,0	0,0	0,0
O23 Infecc do trato geniturinario na gravidez	0	448	448	0,0	1,6	1,2
O24 Diabetes mellitus na gravidez	0	44	44	0,0	0,2	0,1
O26 Assist materna outr complic lig predom grav	0	2	2	0,0	0,0	0,0
O29 Complic anestesia admin durante gravidez	0	1	1	0,0	0,0	0,0
O30 Gestacao mult	0	48	48	0,0	0,2	0,1
O31 Complic especificas de gestacao mult	0	2	2	0,0	0,0	0,0
O32 Assist prest mae apres anorm conh susp feto	0	96	96	0,0	0,3	0,3
O33 Assist prest mae desprop conhecida suspeita	0	53	53	0,0	0,2	0,1
O34 Assist prest mae anor conh susp org pelv mat	0	147	147	0,0	0,5	0,4
O35 Assist prest mae anorm lesao fet conhec susp	0	2	2	0,0	0,0	0,0
O36 Assist prest mae outr probl fet conhec susp	0	99	99	0,0	0,4	0,3
O41 Outr transt membranas e liquido amniotico	0	125	125	0,0	0,5	0,3
O42 Ruptura prematura de membranas	0	625	625	0,0	2,3	1,7
O43 Transt da placenta	0	1	1	0,0	0,0	0,0
O44 Placenta previa	0	5	5	0,0	0,0	0,0
O45 Descolamento prematuro da placenta	0	44	44	0,0	0,2	0,1
O47 Falso trabalho de parto	0	228	228	0,0	0,8	0,6
O48 Gravidez prolongada	0	265	265	0,0	1,0	0,7
O60-O75 Compl do trab de parto e do parto	0	1977	1977	0,0	7,2	5,4
O60 Trabalho de parto pre-termo	0	5	5	0,0	0,0	0,0
O61 Falha na inducao do trabalho de parto	0	24	24	0,0	0,1	0,1
O62 Anormalidades da contracao uterina	0	201	201	0,0	0,7	0,5
O63 Trabalho de parto prolongado	0	64	64	0,0	0,2	0,2
O64 Obstr trab parto dev ma-posic ma-apres feto	0	22	22	0,0	0,1	0,1
O65 Obstr trab parto dev anorm pelvica da mae	0	65	65	0,0	0,2	0,2
O66 Outr form de obstrucao do trabalho de parto	0	12	12	0,0	0,0	0,0
O68 Trab parto e parto complic sofrimento fetal	0	222	222	0,0	0,8	0,6
O69 Trab parto parto compl anorm cordao umbilic	0	1	1	0,0	0,0	0,0
O70 Laceracao do perineo durante o parto	0	6	6	0,0	0,0	0,0
O71 Outr traum obstetricos	0	83	83	0,0	0,3	0,2
O72 Hemorragia pos-parto	0	8	8	0,0	0,0	0,0
O73 Retencao placenta e membranas s/hemorragias	0	171	171	0,0	0,6	0,5
O74 Complic anestesia durante trab parto e parto	0	2	2	0,0	0,0	0,0
O75 Outr complic do trab parto e do parto NCOP	0	1091	1091	0,0	4,0	3,0

CID10 (Capítulos - Categorias)	N			%		
	M	F	T	M	F	T
O80-O84 Parto		14753	14753	0,0	53,6	40,3
O80 Parto unico espontaneo	0	14147	14147	0,0	51,4	38,7
O81 Parto unico p/forceps ou vacuo-extrator	0	29	29	0,0	0,1	0,1
O82 Parto unico p/cesariana	0	474	474	0,0	1,7	1,3
O83 Outr tipos de parto unico assistido	0	102	102	0,0	0,4	0,3
O84 Parto mult	0	1	1	0,0	0,0	0,0
O85-O92 Comp relac predomin com o puerpério	0	366	366	0,0	1,3	1,0
O85 Infecc puerperal	0	105	105	0,0	0,4	0,3
O86 Outr infecc puerperais	0	83	83	0,0	0,3	0,2
O87 Complic venosas no puerperio	0	1	1	0,0	0,0	0,0
O89 Complic da anestesia admin durante puerperio	0	16	16	0,0	0,1	0,0
O90 Complic do puerperio NCOP	0	75	75	0,0	0,3	0,2
O91 Infecc mamarias assoc ao parto	0	76	76	0,0	0,3	0,2
O92 Outr afeccoes mama e lactacao assoc ao parto	0	10	10	0,0	0,0	0,0
O94-O99 Out afec obst não class out parte	0	377	377	0,0	1,4	1,0
O94 Seqüelas complic gravidez parto e puerpério	0	1	1	0,0	0,0	0,0
O95 Morte obstetrica de causa NE	0	1	1	0,0	0,0	0,0
O98 Doen inf paras mat COP compl grav part puerp	0	20	20	0,0	0,1	0,1
O99 Outr doenc mat COP compl grav parto puerp	0	355	355	0,0	1,3	1,0
Capítulo XIX - Lesões, enven e algum out conseq de caus ext	3020	724	3744	33,3	2,6	10,2
S00-S09 Traumatismos da cabeça	375	88	463	4,1	0,3	1,3
S02 Frat do cranio e dos ossos da face	116	20	136	1,3	0,1	0,4
S06 Traum intracraniano	221	55	276	2,4	0,2	0,8
S27 Traum de outr orgaos intratoracicos e dos NE	78	8	86	0,9	0,0	0,2
S36 Traum de orgaos intra-abdominais	98	7	105	1,1	0,0	0,3
S42 Frat do ombro e do braco	163	53	216	1,8	0,2	0,6
S50-S59 Traumatismos do cotovelo e do antebraço	600	59	659	6,6	0,2	1,8
S52 Frat do antebraco	567	52	619	6,2	0,2	1,7
S62 Frat ao nivel do punho e da mao	177	28	205	2,0	0,1	0,6
S72 Frat do femur	197	44	241	2,2	0,2	0,7
S80-S89 Traumatismos do joelho e da perna	419	116	535	4,6	0,4	1,5
S82 Frat da perna incl tornozelo	352	96	448	3,9	0,3	1,2
S92 Frat do pe	98	25	123	1,1	0,1	0,3
Total	9074	27504	36578	100,0	100,0	100,0
D57 Transt falciformes	131	122	253	1,4	0,4	0,7
E10 Diabetes mellitus insulino-dependente	57	94	151	0,6	0,3	0,4
E84 Fibrose cistica	13	8	21	0,1	0,0	0,1
F19 Transt ment comp mult drog out subst psicoat	22	5	27	0,2	0,0	0,1
F20 Esquizofrenia	40	9	49	0,4	0,0	0,1
F23 Transt psicoticos agudos e transitorios	2	0	2	0,0	0,0	0,0
F29 Psicose nao-organica NE	74	19	93	0,8	0,1	0,3
F31 Transt afetivo bipolar	19	15	34	0,2	0,1	0,1
F32 Episodios depressivos	7	10	17	0,1	0,0	0,0
G40 Epilepsia	102	70	172	1,1	0,3	0,5
Q53 Testiculo nao-descido	87	0	87	1,0	0,0	0,2
Q54 Hipospadias	36	0	36	0,4	0,0	0,1

Fonte: MS/DATASUS/SIHSUS, 2017

METROPOLITANA I - internações de 20 a 29 anos, 2017

CID10 (Capítulos - Categorias)	N			%		
	M	F	T	M	F	T
Capítulo XV - Gravidez, parto e puerpério	0	53.165	53.165	0,0	87,6	75,2
O00-O08 Gravidez que termina em aborto	0	4415	4.415	0,0	7,3	6,2
O00 Gravidez ectopica	0	422	422	0,0	0,7	0,6
O01 Mola hidatiforme	0	14	14	0,0	0,0	0,0
O02 Outr produtos anormais da concepcao	0	1013	1.013	0,0	1,7	1,4
O03 Aborto espontaneo	0	1739	1.739	0,0	2,9	2,5
O04 Aborto p/razoes medicas e legais	0	38	38	0,0	0,1	0,1
O05 Outr tipos de aborto	0	276	276	0,0	0,5	0,4
O06 Aborto NE	0	900	900	0,0	1,5	1,3
O07 Falha de tentativa de aborto	0	5	5	0,0	0,0	0,0
O08 Complic conseq aborto gravidez ectop molar	0	8	8	0,0	0,0	0,0
O10-O16 Edem, prot transt hipert gravid, part e puerp	0	2460	2.460	0,0	4,1	3,5
O10 Hipertens pre-exist complic grav parto puerp	0	458	458	0,0	0,8	0,6
O11 Dist hipertens pre-exist proteinuria superp	0	15	15	0,0	0,0	0,0
O12 Edema e proteinuria gestac s/hipertensao	0	12	12	0,0	0,0	0,0
O13 Hipertensao gestacional s/proteinuria signif	0	469	469	0,0	0,8	0,7
O14 Hipertensao gestacional c/proteinuria signif	0	1047	1.047	0,0	1,7	1,5
O15 Eclampsia	0	54	54	0,0	0,1	0,1
O16 Hipertensao materna NE	0	405	405	0,0	0,7	0,6
O20-O29 Out transt matern relac predomin com gravid	0	1581	1.581	0,0	2,6	2,2
O20 Hemorragia do inicio da gravidez	0	247	247	0,0	0,4	0,3
O21 Vomitos excessivos na gravidez	0	207	207	0,0	0,3	0,3
O22 Complic venosas na gravidez	0	25	25	0,0	0,0	0,0
O23 Infecc do trato geniturinario na gravidez	0	702	702	0,0	1,2	1,0
O24 Diabetes mellitus na gravidez	0	387	387	0,0	0,6	0,5
O26 Assist materna outr complic lig predom grav	0	12	12	0,0	0,0	0,0
O29 Complic anestesia admin durante gravidez	0	1	1	0,0	0,0	0,0
O30-O48 Assist prest à mãe por motiv ligad ao feto à cavid amn e poss probl relat ao part	0	5233	5.233	0,0	8,6	7,4
O30 Gestacao mult	0	198	198	0,0	0,3	0,3
O31 Complic especificas de gestacao mult	0	5	5	0,0	0,0	0,0
O32 Assist prest mae apres anorm conh susp feto	0	260	260	0,0	0,4	0,4
O33 Assist prest mae desprop conhecida suspeita	0	176	176	0,0	0,3	0,2
O34 Assist prest mae anor conh susp org pelv mat	0	566	566	0,0	0,9	0,8
O35 Assist prest mae anorm lesao fet conhec susp	0	16	16	0,0	0,0	0,0
O36 Assist prest mae outr probl fet conhec susp	0	332	332	0,0	0,5	0,5
O41 Outr transt membranas e liquido amniotico	0	318	318	0,0	0,5	0,4
O42 Ruptura prematura de membranas	0	1778	1.778	0,0	2,9	2,5
O43 Transt da placenta	0	7	7	0,0	0,0	0,0
O44 Placenta previa	0	16	16	0,0	0,0	0,0
O45 Descolamento prematuro da placenta	0	115	115	0,0	0,2	0,2
O46 Hemorragia anteparto NCOP	0	1	1	0,0	0,0	0,0
O47 Falso trabalho de parto	0	516	516	0,0	0,9	0,7
O48 Gravidez prolongada	0	929	929	0,0	1,5	1,3
O60-O75 Complic do trabalho de parto e do part		5596	5.596	0,0	9,2	7,9
O60 Trabalho de parto pre-termo	0	10	10	0,0	0,0	0,0
O61 Falha na inducao do trabalho de parto	0	78	78	0,0	0,1	0,1
O62 Anormalidades da contracao uterina	0	406	406	0,0	0,7	0,6
O63 Trabalho de parto prolongado	0	132	132	0,0	0,2	0,2
O64 Obstr trab parto dev ma-posic ma-apres feto	0	54	54	0,0	0,1	0,1
O65 Obstr trab parto dev anorm pelvica da mae	0	180	180	0,0	0,3	0,3
O66 Outr form de obstrucao do trabalho de parto	0	92	92	0,0	0,2	0,1
O68 Trab parto e parto complic sofrimento fetal	0	612	612	0,0	1,0	0,9
O69 Trab parto parto compl anorm cordao umbilic	0	20	20	0,0	0,0	0,0

CID10 (Capítulos - Categorias)	N			%		
	M	F	T	M	F	T
O70 Laceracao do perineo durante o parto	0	31	31	0,0	0,1	0,0
O71 Outr traum obstetricos	0	205	205	0,0	0,3	0,3
O72 Hemorragia pos-parto	0	18	18	0,0	0,0	0,0
O73 Retencao placenta e membranas s/hemorragias	0	321	321	0,0	0,5	0,5
O74 Complic anestesia durante trab parto e parto	0	1	1	0,0	0,0	0,0
O75 Outr complic do trab parto e do parto NCOP	0	3436	3.436	0,0	5,7	4,9
O80-O84 Parto		32.182	32.182	0,0	53,0	45,5
O80 Parto unico espontaneo	0	30012	30.012	0,0	49,5	42,5
O81 Parto unico p/forceps ou vacuo-extrator	0	58	58	0,0	0,1	0,1
O82 Parto unico p/cesariana	0	1829	1.829	0,0	3,0	2,6
O83 Outr tipos de parto unico assistido	0	205	205	0,0	0,3	0,3
O84 Parto mult	0	78	78	0,0	0,1	0,1
O85-O92 Complicações relac predomin com puerp		644	644	0,0	1,1	0,9
O85 Infecc puerperal	0	156	156	0,0	0,3	0,2
O86 Outr infecc puerperais	0	145	145	0,0	0,2	0,2
O87 Complic venosas no puerperio	0	9	9	0,0	0,0	0,0
O89 Complic da anestesia admin durante puerperio	0	40	40	0,0	0,1	0,1
O90 Complic do puerperio NCOP	0	173	173	0,0	0,3	0,2
O91 Infecc mamarias assoc ao parto	0	93	93	0,0	0,2	0,1
O92 Outr afeccoes mama e lactacao assoc ao parto	0	28	28	0,0	0,0	0,0
O94-O99 Outras afecções obstnão class out part		1054	1.054	0,0	1,7	1,5
O98 Doen inf paras mat COP compl grav part puerp	0	52	52	0,0	0,1	0,1
O99 Outr doenc mat COP compl grav parto puerp	0	1002	1.002	0,0	1,7	1,4
Capítulo XIX -Lesões, envenen algum out conseq de causas ext	4.497	1.073	5.570	45,0	1,8	7,9
S00-S09 Traumatismos da cabeça	579	109	688	5,8	0,2	1,0
S02 Frat do cranio e dos ossos da face	195	41	236	2,0	0,1	0,3
S06 Traum intracraniano	335	57	392	3,4	0,1	0,6
S27 Traum de outr orgaos intratoracicos e dos NE	111	25	136	1,1	0,0	0,2
S36 Traum de orgaos intra-abdominais	151	17	168	1,5	0,0	0,2
S42 Frat do ombro e do braco	156	46	202	1,6	0,1	0,3
S50-S59 Traumatismos do cotovelo e do antebraço	426	75	501	4,3	0,1	0,7
S52 Frat do antebraco	376	65	441	3,8	0,1	0,6
S60-S69 Traumatismos do punho e da mão	500	73	573	5,0	0,1	0,8
S62 Frat ao nivel do punho e da mao	351	42	393	3,5	0,1	0,6
S70-S79 Traumatismos do quadril e da coxa	356	74	430	3,6	0,1	0,6
S72 Frat do femur	319	71	390	3,2	0,1	0,6
S80-S89 Traumatismos do joelho e da perna	898	271	1.169	9,0	0,4	1,7
S82 Frat da perna incl tornozelo	805	255	1.060	8,1	0,4	1,5
S92 Frat do pe	155	32	187	1,6	0,1	0,3
T02 Frat envolv mult regioes do corpo	134	54	188	1,3	0,1	0,3
Capítulo XI - Doenças do ap.digestivo	1.089	1.298	2.387	10,9	2,1	3,4
K35-K38 Doenças do apêndice	440	279	719	4,4	0,5	1,0
K40-K46 Hérnias	185	0	185	1,9	0,0	0,3
K80-K87 Transt da vesíc bil, vias bil e do pâncreas	0	621	621	0,0	1,0	0,9
Capítulo XIV - Doenças do ap. genitourinário	408	1.155	1.563	4,1	1,9	2,2
N11 Nefrite tubulo-intersticial cronica	3	31	34	0,0	0,1	0,0
N17 Insuf renal aguda	20	7	27	0,2	0,0	0,0
N18 Insuf renal cronica	67	62	129	0,7	0,1	0,2
N20 Calculose do rim e do ureter	56	100	156	0,6	0,2	0,2
N39 Outr transt do trato urinario	48	207	255	0,5	0,3	0,4
N47 Hipertrofia do prepucio fimose e parafimose	62	0	62	0,6	0,0	0,1
N62 Hipertrofia da mama	15	114	129	0,2	0,2	0,2
N63 Nodulo mamario NE	1	37	38	0,0	0,1	0,1
N70 Salpingite e ooforite	0	43	43	0,0	0,1	0,1

CID10 (Capítulos - Categorias)	N			%		
	M	F	T	M	F	T
N73 Outr doenc inflam pelvicas femin	0	45	45	0,0	0,1	0,1
N83 Transt nao-infl ovario tromp Falop lig largo	0	150	150	0,0	0,2	0,2
N87 Displasia do colo do utero	0	33	33	0,0	0,1	0,0
N88 Outr transt nao-inflam do colo do utero	0	37	37	0,0	0,1	0,1
N93 Outr sangramentos anormais utero e vagina	0	40	40	0,0	0,1	0,1
Total	9.998	60.688	70.686	100,0	100,0	100,0
OUTRAS INTERNAÇÕES RELEVANTES						
Capítulo I - Algumas doenç infecciosas e parasitárias	450	403	853	4,5	0,7	1,2
A15 Tuberc respirat c/conf bacteriol e histolog	45	43	88	0,5	0,1	0,1
A16 Tuberc vias respirat s/conf bacter histol	4	3	7	0,0	0,0	0,0
A18 Tuberc de outr orgaos	7	3	10	0,1	0,0	0,0
A19 Tuberc miliar	4	5	9	0,0	0,0	0,0
A27 Leptospirose	3	0	3	0,0	0,0	0,0
A30 Hanseniase	1	2	3	0,0	0,0	0,0
A50 Sifilis congen	1	4	5	0,0	0,0	0,0
A52 Sifilis tard	1	2	3	0,0	0,0	0,0
A53 Outr form e as NE da sifilis	1	2	3	0,0	0,0	0,0
A60 Infecc anogenitais p/virus do herpes	0	1	1	0,0	0,0	0,0
A63 Outr doenc de transm predom sexual NCOP	19	8	27	0,2	0,0	0,0
A87 Meningite viral	4	4	8	0,0	0,0	0,0
A90 Dengue	1	3	4	0,0	0,0	0,0
A91 Febre hemorragica dev virus do dengue	0	1	1	0,0	0,0	0,0
A92 Outr febres virais transm p/mosquitos	0	1	1	0,0	0,0	0,0
A94 Febre viral transm p/artropodes NE	0	1	1	0,0	0,0	0,0
B20 Doenc p/HIV result doenc infecc e parasit	35	28	63	0,4	0,0	0,1
B24 Doenc p/HIV NE	92	94	186	0,9	0,2	0,3
Capítulo II - Neoplasias (tumores)	356	531	887	3,6	0,9	1,3
C18 Neopl malig do colon	5	11	16	0,1	0,0	0,0
C46 Sarcoma de Kaposi	1	2	3	0,0	0,0	0,0
C49 Neopl malig tec conjuntivo e outr tec moles	32	5	37	0,3	0,0	0,1
C50 Neopl malig da mama	0	40	40	0,0	0,1	0,1
C53 Neopl malig do colo do utero	0	64	64	0,0	0,1	0,1
C56 Neopl malig do ovario	0	23	23	0,0	0,0	0,0
C62 Neopl malig dos testiculos	36	0	36	0,4	0,0	0,1
C71 Neopl malig do encefalo	15	13	28	0,2	0,0	0,0
C73 Neopl malig da gland tireoide	4	13	17	0,0	0,0	0,0
C81 Doenc de Hodgkin	30	26	56	0,3	0,0	0,1
C83 Linfoma nao-Hodgkin difuso	16	9	25	0,2	0,0	0,0
C85 Linfoma nao-Hodgkin de outr tipos e tipo NE	7	18	25	0,1	0,0	0,0
C91 Leucemia linfoide	44	2	46	0,4	0,0	0,1
C92 Leucemia mieloide	30	19	49	0,3	0,0	0,1
D06 Carcinoma in situ do colo do utero	0	23	23	0,0	0,0	0,0
D25 Leiomioma do utero	0	44	44	0,0	0,1	0,1
Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais	806	324	1.130	8,1	0,5	1,6
F19 Transt ment comp mult drog out subst psicoat	59	18	77	0,6	0,0	0,1
F20 Esquizofrenia	267	56	323	2,7	0,1	0,5
F29 Psicose nao-organica NE	246	97	343	2,5	0,2	0,5
F31 Transt afetivo bipolar	82	83	165	0,8	0,1	0,2
D57 Transt falciformes	99	68	167	1,0	0,1	0,2

Fonte: MS/DATASUS/SIHSUS, 2017

METROPOLITANA I - Internações em usuários de 30 a 69 anos, 2017.

CID10 (Capítulos - Categorias)	N			%		
	M	F	T	M	F	T
XV. Gravidez parto e puerpério	0	27334	27334	0	33,0	19,7
O80-O84 Parto	0	13153	13153	0	15,9	9,5
O80 Parto unico espontaneo	0	11752	11752	0	14,2	8,5
O82 Parto unico p/cesariana	0	1261	1261	0	1,5	0,9
O00-O08 Gravidez que termina em aborto	0	3621	3621	0	4,4	2,6
O30-O48 Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto	0	2949	2949	0	3,6	2,1
O42 Ruptura prematura de membranas	0	973	973	0	1,2	0,7
O48 Gravidez prolongada	0	504	504	0	0,6	0,4
O60-O75 Complicações do trabalho de parto e do parto	0	2947	2947	0	3,6	2,1
O10-O16 Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério	0	2426	2426	0	2,9	1,7
O20-O29 Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez	0	1211	1211	0	1,5	0,9
O23 Infecc do trato geniturinario na gravidez	0	227	227	0	0,3	0,2
O24 Diabetes mellitus na gravidez	0	670	670	0	0,8	0,5
O94-O99 Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte	0	688	688	0	0,8	0,5
O85-O92 Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério	0	339	339	0	0,4	0,2
O85 Infecc puerperal	0	71	71	0	0,1	0,1
O86 Outr infecc puerperais	0	77	77	0	0,1	0,1
O90 Complic do puerperio NCOP	0	102	102	0	0,1	0,1
II. Neoplasias (tumores)	5253	11049	16302	9,4	13,3	11,7
C50 Neoplasias [tumores] malignas(os) da mama	17	3103	3120	0,0	3,7	2,2
D10-D36 Neoplasias [tumores] benignas(os)	266	2334	2600	0,5	2,8	1,9
D25 Leiomioma do utero	0	1856	1856	0,0	2,2	1,3
C15-C26 Neoplasias [tumores] malignas(os) dos órgãos digestivos	1289	1157	2446	2,3	1,4	1,8
C18 Neopl malig do colon	339	374	713	0,6	0,5	0,5
C20 Neopl malig do reto	244	226	470	0,4	0,3	0,3
C51-C58 Neoplasias [tumores] malignas(os) dos órgãos genitais femininos	0	1548	1548	0,0	1,9	1,1
C53 Neopl malig do colo do utero	0	792	792	0,0	1,0	0,6
C81-C96 Neoplasias [tumores] malignas(os), declaradas ou presumidas como primárias, dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos correlatos	620	590	1210	1,1	0,7	0,9
C83 Linfoma nao-Hodgkin difuso	85	113	198	0,2	0,1	0,1
C91 Leucemia linfoide	137	54	191	0,2	0,1	0,1
C92 Leucemia mieloide	135	139	274	0,2	0,2	0,2
D37-D48 Neoplasias [tumores] de comportamento incerto ou desconhecido	325	572	897	0,6	0,7	0,6
C30-C39 Neoplasias [tumores] malignas(os) do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	452	310	762	0,8	0,4	0,5
C34 Neopl malig dos bronquios e dos pulmoes	263	269	532	0,5	0,3	0,4
C60-C63 Neoplasias [tumores] malignas(os) dos órgãos genitais masculinos	752	0	752	1,3	0,0	0,5
C61 Neopl malig da prostata	650	0	650	1,2	0,0	0,5
C64-C68 Neoplasias [tumores] malignas(os) do trato urinário	383	219	602	0,7	0,3	0,4
C67 Neopl malig da bexiga	262	117	379	0,5	0,1	0,3
C76-C80 Neoplasias [tumores] malignas(os) de localizações mal definidas, secundárias e de localizações não especificadas	293	252	545	0,5	0,3	0,4
C69-C72 Neoplasias [tumores] malignas(os) dos olhos,	145	137	282	0,3	0,2	0,2

CID10 (Capítulos - Categorias)	N			%		
	M	F	T	M	F	T
do encéfalo e de outras partes do sistema nervoso central						
C71 Neopl malig do encefalo	117	105	222	0,2	0,1	0,2
D00-D09 Neoplasias [tumores] in situ	22	238	260	0,0	0,3	0,2
D06 Carcinoma in situ do colo do utero	0	147	147	0,0	0,2	0,1
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	11111	5169	16280	19,8	6,2	11,7
(S00-T14 Traumatismos)	9508	4215	13723	17,0	5,1	9,9
S80-S89 Traumatismos do joelho e da perna	1945	1139	3084	3,5	1,4	2,2
S50-S59 Traumatismos do cotovelo e do antebraço	1090	767	1857	1,9	0,9	1,3
S00-S09 Traumatismos da cabeça	1465	380	1845	2,6	0,5	1,3
S06 Traum intracraniano	1073	263	1336	1,9	0,3	1,0
S70-S79 Traumatismos do quadril e da coxa	815	512	1327	1,5	0,6	1,0
S72 Frat do femur	747	488	1235	1,3	0,6	0,9
T00-T07 Traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo	842	353	1195	1,5	0,4	0,9
S60-S69 Traumatismos do punho e da mão	990	196	1186	1,8	0,2	0,9
T80-T88 Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos, não classificados em outra parte	987	597	1584	1,8	0,7	1,1
T36-T50 Intoxicação por drogas, medicamentos e substâncias biológicas	32	29	61	0,1	0,0	0,0
XI. Doenças do aparelho digestivo	7983	8116	16099	14,2	9,8	11,6
K80-K87 Transtornos da vesícula biliar, das vias biliares e do pâncreas	2006	4659	6665	3,6	5,6	4,8
K40-K46 Hérnias	3153	1128	4281	5,6	1,4	3,1
K70-K77 Doenças do fígado	568	323	891	1,0	0,4	0,6
K70 Doenc alcoolica do figado	128	43	171	0,2	0,1	0,1
K74 Fibrose e cirrose hepaticas	225	140	365	0,4	0,2	0,3
K35 Apendicite aguda	435	366	801	0,8	0,4	0,6
IX. Doenças do aparelho circulatório	8184	6561	14745	14,6	7,9	10,6
I60-I69 Doenças cerebrovasculares	2186	1962	4148	3,9	2,4	3,0
I20-I25 Doenças isquêmicas do coração	2351	1260	3611	4,2	1,5	2,6
I21 Infarto agudo do miocardio	1370	671	2041	2,4	0,8	1,5
I30-I52 Outras formas de doença do coração	1680	1260	2940	3,0	1,5	2,1
I50 Insuf cardiaca	1225	850	2075	2,2	1,0	1,5
I80-I89 Doenças das veias, dos vasos linfáticos e dos gânglios linfáticos, não classificadas em outra parte	684	983	1667	1,2	1,2	1,2
I70-I79 Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares	726	461	1187	1,3	0,6	0,9
I10-I15 Doenças hipertensivas	486	455	941	0,9	0,5	0,7
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	3852	6330	10182	6,9	7,6	7,3
N80-N98 Transtornos não-inflamatórios do trato genital feminino	0	2570	2570	0,0	3,1	1,9
N17-N19 Insuficiência renal	1294	999	2293	2,3	1,2	1,7
N18 Insuf renal cronica	1124	869	1993	2,0	1,0	1,4
N20-N23 Calculose renal	826	754	1580	1,5	0,9	1,1
N30-N39 Outras doenças do aparelho urinário	563	602	1165	1,0	0,7	0,8
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3537	2430	5967	6,3	2,9	4,3
A30-A49 Outras doenças bacterianas	2299	1744	4043	4,1	2,1	2,9
A30 Hanseniase	15	12	27	0,0	0,0	0,0
A41 Outr septicemias	1014	820	1834	1,8	1,0	1,3
B20-B24 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	584	347	931	1,0	0,4	0,7
A15-A19 Tuberculose	365	121	486	0,7	0,1	0,3
A50-A64 Infecções de transmissão predominantemente sexual	50	35	85	0,1	0,0	0,1
A50 Sifilis congen	0	3	3	0,0	0,0	0,0
A51 Sifilis precoce	1	1	2	0,0	0,0	0,0

CID10 (Capítulos - Categorias)	N			%		
	M	F	T	M	F	T
A52 Sifilis tard	14	5	19	0,0	0,0	0,0
A53 Outr form e as NE da sifilis	4	2	6	0,0	0,0	0,0
A63 Outr doenc de transm predom sexual NCOP	30	17	47	0,1	0,0	0,0
A90-A99 Febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais	14	9	23	0,0	0,0	0,0
V. Transtornos mentais e comportamentais	2637	2147	4784	4,7	2,6	3,4
F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	1803	1106	2909	3,2	1,3	2,1
F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	252	76	328	0,4	0,1	0,2
F10 Transt mentais comport dev uso alcool	89	19	108	0,2	0,0	0,1
F19 Transt ment comp mult drog out subst psicoat	120	39	159	0,2	0,0	0,1
X. Doenças do aparelho respiratório	2158	1933	4091	3,8	2,3	2,9
J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	1032	860	1892	1,8	1,0	1,4
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1934	1821	3755	3,5	2,2	2,7
M00-M25 Artropatias	825	809	1634	1,5	1,0	1,2
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2251	1534	3785	4,0	1,9	2,7
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1274	1411	2685	2,3	1,7	1,9
L98 Outr afeccoes da pele e tec subcutaneo NCOP	353	497	850	0,6	0,6	0,6
L03 Celulite	266	226	492	0,5	0,3	0,4
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1205	1448	2653	2,1	1,7	1,9
E10-E14 Diabetes mellitus	916	654	1570	1,6	0,8	1,1
VI. Doenças do sistema nervoso	1025	1248	2273	1,8	1,5	1,6
G40-G47 Transtornos episódicos e paroxísticos	522	434	956	0,9	0,5	0,7
G50-G59 Transtornos dos nervos, das raízes e dos plexos nervosos	96	440	536	0,2	0,5	0,4
VII. Doenças do olho e anexos	905	1122	2027	1,6	1,4	1,5
H25-H28 Transtornos do cristalino	547	744	1291	1,0	0,9	0,9
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	556	942	1498	1,0	1,1	1,1
D60-D64 Anemias aplásticas e outras anemias	296	525	821	0,5	0,6	0,6
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	111	273	384	0,2	0,3	0,3
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	84	192	276	0,1	0,2	0,2
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1	160	161	0,0	0,2	0,1
P95 Morte fetal de causa NE	0	150	150	0	0,2	0,1
Total	56.054	82.827	138.881	100	100	100

Fonte: MS/DATASUS/SIHSUS, 2017

METROPOLITANA I - Internações em usuários de 70 anos e mais, 2017.

CID10 (Capítulos - Categorias)	N			%		
	M	F	T	M	F	T
Capítulo IX -Doenças do ap. circulatório	3534	4170	7704	20,5	19,2	19,8
I10 Hipertensao essencial	143	207	350	0,8	1,0	0,9
I20-I25 Doenças isquêmicas do coração	688	558	1246	4,0	2,6	3,2
I20 Angina pectoris	151	121	272	0,9	0,6	0,7
I21 Infarto agudo do miocardio	422	345	767	2,5	1,6	2,0
I25 Doenc isquemica cronica do coracao	76	48	124	0,4	0,2	0,3
I26 Embolia pulmonar	9	38	47	0,1	0,2	0,1
I30-I52 Outras formas de doença do coração	918	1035	1953	5,3	4,8	5,0
I44 Bloqueio atrioventricular e do ramo esquerdo	124	112	236	0,7	0,5	0,6
I50 Insuf cardiaca	639	744	1383	3,7	3,4	3,6
I60-I69 Doenças cerebrovasculares	1152	1618	2770	6,7	7,5	7,1
I63 Infarto cerebral	97	146	243	0,6	0,7	0,6
I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	874	1244	2118	5,1	5,7	5,4
I69 Sequelas de doenc cerebrovasculares	44	103	147	0,3	0,5	0,4

CID10 (Capítulos - Categorias)	N			%		
	M	F	T	M	F	T
I70 Aterosclerose	123	121	244	0,7	0,6	0,6
I71 Aneurisma e disseccao da aorta	30	38	68	0,2	0,2	0,2
I74 Embolia e trombose arteriais	92	88	180	0,5	0,4	0,5
I80 Flebite e tromboflebite	71	137	208	0,4	0,6	0,5
Capítulo XIX -Lesões, enven e alg out conseq de caus ext	1554	3255	4809	9,0	15,0	12,4
S06 Traum intracraniano	286	234	520	1,7	1,1	1,3
S42 Frat do ombro e do braco	49	150	199	0,3	0,7	0,5
S52 Frat do antebraco	39	202	241	0,2	0,9	0,6
S72 Frat do femur	503	1552	2055	2,9	7,2	5,3
S82 Frat da perna incl tornozelo	82	178	260	0,5	0,8	0,7
S92 Frat do pe	16	10	26	0,1	0,0	0,1
T02 Frat envolv mult regioes do corpo	90	204	294	0,5	0,9	0,8
Capítulo II - Neoplasias (Tumores)	2338	2557	4895	13,6	11,8	12,6
C16 Neopl malig do estomago	111	75	186	0,6	0,3	0,5
C18 Neopl malig do colon	153	184	337	0,9	0,8	0,9
C20 Neopl malig do reto	115	108	223	0,7	0,5	0,6
C22 Neopl malig figado vias biliares intra-hepat	37	42	79	0,2	0,2	0,2
C25 Neopl malig do pancreas	36	62	98	0,2	0,3	0,3
C32 Neopl malig da laringe	56	7	63	0,3	0,0	0,2
C34 Neopl malig dos bronquios e dos pulmoes	156	88	244	0,9	0,4	0,6
C43 Melanoma malig da pele	40	32	72	0,2	0,1	0,2
C44 Outr neopl malig da pele	132	94	226	0,8	0,4	0,6
C46 Sarcoma de Kaposi	1	2	3	0,0	0,0	0,0
C49 Neopl malig tec conj e outr tec moles	36	35	71	0,2	0,2	0,2
C50 Neopl malig da mama	7	644	651	0,0	3,0	1,7
C53 Neopl malig do colo do utero	0	94	94	0,0	0,4	0,2
C54 Neopl malig do corpo do utero	0	118	118	0,0	0,5	0,3
C56 Neopl malig do ovario	0	80	80	0,0	0,4	0,2
C61 Neopl malig da prostata	439	0	439	2,6	0,0	1,1
C64 Neopl malig do rim exceto pelve renal	50	29	79	0,3	0,1	0,2
C67 Neopl malig da bexiga	222	85	307	1,3	0,4	0,8
C83 Linfoma nao-Hodgkin difuso	24	28	52	0,1	0,1	0,1
C85 Linfoma nao-Hodgkin de outr tipos e tipo NE	14	20	34	0,1	0,1	0,1
C90 Mieloma mult e neopl malig de plasmocitos	39	32	71	0,2	0,1	0,2
C91 Leucemia linfoide	20	45	65	0,1	0,2	0,2
C92 Leucemia mieloide	24	19	43	0,1	0,1	0,1
D04 Carcinoma in situ da pele	6	12	18	0,0	0,1	0,0
D05 Carcinoma in situ da mama	0	12	12	0,0	0,1	0,0
D06 Carcinoma in situ do colo do utero	0	5	5	0,0	0,0	0,0
D12 Neopl benig do colon reto canal anal e anus	10	17	27	0,1	0,1	0,1
Capitulo I - Algumas doenças infec e parasitárias	1479	1902	3381	8,6	8,8	8,7
A15 Tuberc respirat c/conf bacteriol e histolog	24	16	40	0,1	0,1	0,1
A19 Tuberc miliar	1	1	2	0,0	0,0	0,0
A25 Febres transm p/mordedura de rato	1	1	2	0,0	0,0	0,0
A30 Hanseniase	3	1	4	0,0	0,0	0,0
A31 Infecc dev outr micobacterias	51	70	121	0,3	0,3	0,3
A36 Difteria	0	1	1	0,0	0,0	0,0
A39 Infecc meningogocica	0	2	2	0,0	0,0	0,0
A40 Septicemia estreptococica	21	37	58	0,1	0,2	0,1
A41 Outr septicemias	850	1135	1985	4,9	5,2	5,1
A46 Erisipela	112	188	300	0,7	0,9	0,8
A48 Outr doenc bacter NCOP	164	150	314	1,0	0,7	0,8
A49 Infecc bacter de localiz NE	193	247	440	1,1	1,1	1,1
A90 Dengue	3	0	3	0,0	0,0	0,0
A91 Febre hemorragica dev virus do dengue	1	0	1	0,0	0,0	0,0

CID10 (Capítulos - Categorias)	N			%		
	M	F	T	M	F	T
B02 Herpes zoster	2	1	3	0,0	0,0	0,0
B17 Outr hepatites virais agudas	2	2	4	0,0	0,0	0,0
B18 Hepatite viral cronica	2	2	4	0,0	0,0	0,0
B20 Doenc p/HIV result doenc infecc e parasit	6	1	7	0,0	0,0	0,0
B23 Doenc p/HIV result em outr doenc	2	1	3	0,0	0,0	0,0
B24 Doenc p/HIV NE	5	7	12	0,0	0,0	0,0
B51 Malaria p/Plasmodium vivax	0	1	1	0,0	0,0	0,0
B57 Doenc de Chagas	6	6	12	0,0	0,0	0,0
B69 Cisticercose	0	2	2	0,0	0,0	0,0
B87 Miiase	2	0	2	0,0	0,0	0,0
Total	17.202	21.673	38.875	100,0	100,0	100,0
OUTRAS INTERNAÇÕES RELEVANTES						
D64 Outr anemias	156	196	352	0,9	0,9	0,9
E10 Diabetes mellitus insulino-dependente	62	61	123	0,4	0,3	0,3
E11 Diabetes mellitus nao-insulino-dependemte	48	65	113	0,3	0,3	0,3
E13 Outr tipos espec de diabetes mellitus	36	33	69	0,2	0,2	0,2
E14 Diabetes mellitus NE	135	175	310	0,8	0,8	0,8
E46 Desnutric proteico-calorica NE	43	52	95	0,2	0,2	0,2
F00 Demencia na doenc de Alzheimer	66	99	165	0,4	0,5	0,4
F20 Esquizofrenia	15	9	24	0,1	0,0	0,1
F29 Psicose nao-organica NE	9	12	21	0,1	0,1	0,1
F31 Transt afetivo bipolar	3	11	14	0,0	0,1	0,0
F32 Episodios depressivos	1	12	13	0,0	0,1	0,0
G40 Epilepsia	61	49	110	0,4	0,2	0,3
G45 Acid vasc cerebr isquemicos trans sindr corr	47	42	89	0,3	0,2	0,2
G91 Hidrocefalia	34	29	63	0,2	0,1	0,2
H25 Catarata senil	449	773	1222	2,6	3,6	3,1
H26 Outr cataratas	100	171	271	0,6	0,8	0,7
H33 Descolamentos e defeitos da retina	25	30	55	0,1	0,1	0,1
H40 Glaucoma	35	39	74	0,2	0,2	0,2
N17 Insuf renal aguda	126	72	198	0,7	0,3	0,5
N18 Insuf renal cronica	442	336	778	2,6	1,6	2,0
N20 Calculose do rim e do ureter	51	37	88	0,3	0,2	0,2
N39 Outr transt do trato urinario	365	474	839	2,1	2,2	2,2
N40 Hiperplasia da prostata	365	0	365	2,1	0,0	0,9
N81 Prolapso genital femin	0	223	223	0,0	1,0	0,6
J15 Pneumonia bacter NCOP	310	418	728	1,8	1,9	1,9
J18 Pneumonia p/microorg NE	734	897	1631	4,3	4,1	4,2
J44 Outr doenc pulmonares obstrutivas cronicas	111	80	191	0,6	0,4	0,5
J96 Insuf respirat NCOP	155	188	343	0,9	0,9	0,9
K40 Hernia inguinal	502	73	575	2,9	0,3	1,5
K56 Ileo paralitico e obstr intestinal s/hernia	139	179	318	0,8	0,8	0,8
K74 Fibrose e cirrose hepaticas	38	51	89	0,2	0,2	0,2
K80 Colelitiase	125	318	443	0,7	1,5	1,1
K81 Colecistite	61	82	143	0,4	0,4	0,4

Fonte: MS/DATASUS/SIHSUS, 2017

III - a. Consultas Médicas - Produção

Produção de consultas médicas apresentadas, segundo município de atendimento, região Metropolitana I, 2017.

Profissional-CBO	ANGIOLOGISTA	PNEUMOLOGISTA	CARDIOLOGISTA	COLOPROCTOLOGISTA	DERMATOLOGISTA	ENDOCRINOLOGISTA E METABOLOGISTA	GASTROENTEROLOGISTA	NEFROLOGISTA	NEUROLOGISTA	OFTALMOLOGISTA	ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	OTORRINOLARINGOLOGISTA	REUMATOLOGISTA	UROLOGISTA
Belford Roxo	3.340	3.985	5.619	1.809	4.268	8.406	3.514	0	7.601	1.306	28.537	795	703	94
Duque de Caxias	3.156	16.071	23.693	1.039	23.575	14.516	5.076	2.613	10.574	8.879	57.233	5.561	3.313	4.857
Itaguaí	1.254	2.558	7.480	268	654	4.986	1.429	0	3.316	1.248	14.196	2.840	0	2.762
Japeri	1.015	1.169	5.882	287	3.261	1.057	1.270	0	2.205	1.702	6.015	1.615	0	1.294
Magé	3.062	1.802	67.879	560	3.333	1.994	1.076	0	4.909	1.043	37.518	1.400	1.436	2.619
Mesquita	2.254	1.196	4.445	0	2.056	2.215	1.214	0	2.000	2.469	5.162	1.528	650	1.175
Nilópolis	591	0	11.100	0	7.673	490	0	0	5.067	3.552	12.366	1.204	0	0
Nova Iguaçu	9.155	5.564	29.932	968	13.604	8.052	8.965	0	25.102	39.840	80.241	3.524	3.583	4.037
Queimados	1.196	237	223.801	972	2.514	11.211	1.654	896	4.254	1.611	12.327	3.584	1.691	2.874
Rio de Janeiro	47.707	63.245	189.203	29.784	159.867	138.839	63.100	38.567	145.704	177.092	346.166	83.623	44.759	69.752
S. João de Meriti	1.164	538	15.057	0	4.433	4.794	5.640	0	1.777	5.651	176.835	3.078	1.575	4.976
Seropédica	843	540	2.787	0	0	538	563	178	1.135	388	3.337	480	0	614
Região	**74.737**	**96.905**	**586.878**	**35.687**	**225.238**	**197.098**	**93.501**	**42.254**	**213.644**	**244.781**	**779.933**	**109.232**	**57.710**	**95.054**

Fonte: SIASUS - DATASUS

Produção de consultas médicas aprovadas, segundo município de atendimento, região Metropolitana I, 2017.

Profissional-CBO	ANGIOLOGISTA	PNEUMOLOGISTA	CARDIOLOGISTA	COLOPROCTOLOGISTA	DERMATOLOGISTA	ENDOCRINOLOGISTA E METABOLOGISTA	GASTROENTEROLOGISTA	NEFROLOGISTA	NEUROLOGISTA	OFTALMOLOGISTA	ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	OTORRINOLARINGOLOGISTA	REUMATOLOGISTA	UROLOGISTA
Belford Roxo	3.340	3.985	5.378	1.809	4.268	8.299	3.514	0	7.601	1.306	27.456	795	703	94
Duque de Caxias	3.156	16.071	23.693	1.039	23.575	14.516	5.076	2.613	10.574	8.879	57.127	5.561	3.313	4.857
Itaguaí	1.254	2.558	7.480	268	654	4.986	1.429	0	3.316	1.248	14.196	2.840	0	2.762
Japeri	1.015	1.169	5.882	287	3.261	1.057	1.270	0	2.205	1.702	6.015	1.615	0	1.294
Magé	3.062	1.802	67.879	560	3.333	1.994	1.076	0	4.909	1.043	37.518	1.400	1.436	2.619
Mesquita	2.254	1.108	4.445	0	2.024	2.215	1.214	0	2.000	2.464	5.162	1.528	650	1.059
Nilópolis	591	0	10.410	0	7.673	490	0	0	5.066	3.132	12.366	1.204	0	0
Nova Iguaçu	9.155	5.564	29.932	968	13.604	8.052	8.965	0	25.071	37.006	79.882	3.524	3.583	4.037
Queimados	1.196	237	22.721	972	2.514	11.211	1.654	896	4.254	1.611	12.322	3.584	1.691	2.874
Rio de Janeiro	43.285	54.819	125.405	21.715	146.527	126.781	54.736	33.335	122.380	160.906	297.559	69.014	40.123	58.010
S. João de Meriti	1.164	538	15.056	0	4.433	4.630	5.462	0	1.777	5.603	176.664	3.072	1.575	4.442
Seropédica	843	540	2.787	0	0	538	563	178	1.135	388	3.337	480	0	614
Região	70.315	88.391	321.068	27.618	211.866	184.769	84.959	37.022	190.288	225.288	729.604	94.617	53.074	82.662

Fonte: SIASUS - DATASUS

III - b. Consultas Médicas - Parâmetros

Consultas Médicas Especializadas Esperadas, segundo parâmetros da Portaria GM/MS nº 1631, de out/2015. Cálculo para a população total.

Profissional-CBO	População Total 2015	ANGIOLOGISTA	PNEUMOLOGISTA	CARDIOLOGISTA	COLOPROCTOLOGISTA	DERMATOLOGISTA	ENDOCRINOLOGISTA E METABOLOGISTA	GASTROENTEROLOGISTA	NEFROLOGISTA	NEUROLOGISTA	OFTALMOLOGISTA	ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	OTORRINOLARINGOLOGISTA	REUMATOLOGISTA	UROLOGISTA
Municípios/Região		**1.700**	**2.500**	**6.000**	**1.600**	**3.800**	**2.500**	**1.400**	**1.600**	**6.500**	**13.800**	**15.000**	**3.600**	**1.000**	**3.500**
Belford Roxo	481.127	8.179	12.028	28.868	7.698	18.283	12.028	6.736	7.698	31.273	66.396	72.169	17.321	4.811	16.839
Duque de Caxias	882.729	15.006	22.068	52.964	14.124	33.544	22.068	12.358	14.124	57.377	121.817	132.409	31.778	8.827	30.896
Itaguaí	119.144	2.025	2.979	7.149	1.906	4.527	2.979	1.668	1.906	7.744	16.442	17.872	4.289	1.191	4.170
Japeri	99.863	1.698	2.497	5.992	1.598	3.795	2.497	1.398	1.598	6.491	13.781	14.979	3.595	999	3.495
Magé	234.809	3.992	5.870	14.089	3.757	8.923	5.870	3.287	3.757	15.263	32.404	35.221	8.453	2.348	8.218
Mesquita	170.753	2.903	4.269	10.245	2.732	6.489	4.269	2.391	2.732	11.099	23.564	25.613	6.147	1.708	5.976
Nilópolis	158.306	2.691	3.958	9.498	2.533	6.016	3.958	2.216	2.533	10.290	21.846	23.746	5.699	1.583	5.541
Nova Iguaçu	807.488	13.727	20.187	48.449	12.920	30.685	20.187	11.305	12.920	52.487	111.433	121.123	29.070	8.075	28.262
Queimados	143.631	2.442	3.591	8.618	2.298	5.458	3.591	2.011	2.298	9.336	19.821	21.545	5.171	1.436	5.027
Rio de Janeiro	6.476.629	110.103	161.916	388.598	103.626	246.112	161.916	90.673	103.626	420.981	893.775	971.494	233.159	64.766	226.682
S. João de Meriti	460.623	7.831	11.516	27.637	7.370	17.504	11.516	6.449	7.370	29.940	63.566	69.093	16.582	4.606	16.122
Seropédica	82.890	1.409	2.072	4.973	1.326	3.150	2.072	1.160	1.326	5.388	11.439	12.434	2.984	829	2.901
Região	**10.117.992**	**172.006**	**252.950**	**607.080**	**161.888**	**384.484**	**252.950**	**141.652**	**161.888**	**657.669**	**1.396.283**	**1.517.699**	**364.248**	**101.180**	**354.130**

Fontes: População 2015 - Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE.População beneficiária de Planos de Saúde Privados (em junho/2017) - ANS/DATASUS

Nota:Consultas /100.000 habitantes. Agrupamentos, segundo especialidade médica (Portaria 1631):Médico Angiologista: Angiologista + Cirurgião Vascular; Médico Pneumologista: Pneumologista + Broncoesofalogista; Médico Gastroenterologista: Gastroenterologista + Nutrologista; Médico Neurologista: Neurologista + Neurocirurgião + Eletrofisiologista.

Consultas Médicas Especializadas Esperadas, segundo parâmetros da Portaria GM/MS nº 1631, de out/2015. Cálculo para a população atendida exclusivamente pelo SUS.

Profissional-CBO	População Exclusivamente SUS	ANGIOLOGISTA	PNEUMOLOGISTA	CARDIOLOGISTA	COLOPROCTOLOGISTA	DERMATOLOGISTA	ENDOCRINOLOGISTA E METABOLOGISTA	GASTROENTEROLOGISTA	NEFROLOGISTA	NEUROLOGISTA	OFTALMOLOGISTA	ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	OTORRINOLARINGOLOGISTA	REUMATOLOGISTA	UROLOGISTA
Municípios/Região		1.700	2.500	6.000	1.600	3.800	2.500	1.400	1.600	6.500	13.800	15.000	3.600	1.000	3.500
Belford Roxo	408.704	6.948	10.218	24.522	6.539	15.531	10.218	5.722	6.539	26.566	56.401	61.306	14.713	4.087	14.305
Duque de Caxias	726.846	12.356	18.171	43.611	11.630	27.620	18.171	10.176	11.630	47.245	100.305	109.027	26.166	7.268	25.440
Itaguaí	91.876	1.562	2.297	5.513	1.470	3.491	2.297	1.286	1.470	5.972	12.679	13.781	3.308	919	3.216
Japeri	93.101	1.583	2.328	5.586	1.490	3.538	2.328	1.303	1.490	6.052	12.848	13.965	3.352	931	3.259
Magé	214.209	3.642	5.355	12.853	3.427	8.140	5.355	2.999	3.427	13.924	29.561	32.131	7.712	2.142	7.497
Mesquita	140.259	2.384	3.506	8.416	2.244	5.330	3.506	1.964	2.244	9.117	19.356	21.039	5.049	1.403	4.909
Nilópolis	120.685	2.052	3.017	7.241	1.931	4.586	3.017	1.690	1.931	7.845	16.655	18.103	4.345	1.207	4.224
Nova Iguaçu	656.989	11.169	16.425	39.419	10.512	24.966	16.425	9.198	10.512	42.704	90.664	98.548	23.652	6.570	22.995
Queimados	124.122	2.110	3.103	7.447	1.986	4.717	3.103	1.738	1.986	8.068	17.129	18.618	4.468	1.241	4.344
Rio de Janeiro	3.835.891	65.210	95.897	230.153	61.374	145.764	95.897	53.702	61.374	249.333	529.353	575.384	138.092	38.359	134.256
São João de Meriti	376.242	6.396	9.406	22.575	6.020	14.297	9.406	5.267	6.020	24.456	51.921	56.436	13.545	3.762	13.168
Seropédica	74.336	1.264	1.858	4.460	1.189	2.825	1.858	1.041	1.189	4.832	10.258	11.150	2.676	743	2.602
Região	**6.863.260**	**116.675**	**171.582**	**411.796**	**109.812**	**260.804**	**171.582**	**96.086**	**109.812**	**446.112**	**947.130**	**1.029.489**	**247.077**	**68.633**	**240.214**

Fontes: População 2015 - Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE.População beneficiária de Planos de Saúde Privados (em junho/2017) - ANS/DATASUS

Nota:Consultas /100.000 habitantes. Agrupamentos, segundo especialidade médica (Portaria 1631):Médico Angiologista: Angiologista + Cirurgião Vascular; Médico Pneumologista: Pneumologista + Broncoesofalogista; Médico Gastroenterologista: Gastroenterologista + Nutrologista; Médico Neurologista: Neurologista + Neurocirurgião + Eletrofisiologista.

IV. Produção de exames por município de atendimento, região Metropolitana I, 2017.

Obs.: Os exames foram distribuídos segundo a especialidade que mais os solicitam, embora o número registrado corresponda ao total da produção de cada exame.

Número de exames esperados por município/região de Saúde, para atendimento à população total, segundo parâmetros da Portaria 1631.

Portaria 1631	Parâmetros	Belford Roxo	Duque de Caxias	Itaguaí	Japeri	Magé	Mesquita	Nilópolis	Nova Iguaçu	Queimados	Rio de Janeiro	São João de Meriti	Seropédica	Região
Angiologia/Cirurgia Vascular														
Duplex scan	900	4330	7945	1072	899	2113	1537	1425	7267	1293	58290	4146	746	91062
Aortografia abdominal	3,5	17	31	4	3	8	6	6	28	5	227	16	3	354
Aortografia toracica	1,5	7	13	2	1	4	3	2	12	2	97	7	1	152
Arteriografia de membro	6	29	53	7	6	14	10	9	48	9	389	28	5	607
Flebografia de membro	2	10	18	2	2	5	3	3	16	3	130	9	2	202
Cardiologia														
Ecocardiografia de estresse	20	96	177	24	20	47	34	32	161	29	1295	92	17	2024
Ecocardiografia transesofagica	20	96	177	24	20	47	34	32	161	29	1295	92	17	2024
Ecocardiografia transtoracica	1600	7698	14124	1906	1598	3757	2732	2533	12920	2298	103626	7370	1326	161888
Cintilografia miocárdica em situação de estresse	200	962	1765	238	200	470	342	317	1615	287	12953	921	166	20236
Cintilografia miocárdica em situação de repouso	200	962	1765	238	200	470	342	317	1615	287	12953	921	166	20236
Ventriculografia radioisotópica	1	5	9	1	1	2	2	2	8	1	65	5	1	101
Cateterismo cardiaco em pediatria	1	5	9	1	1	2	2	2	8	1	65	5	1	101
Cateterismo cardiaco	400	1925	3531	477	399	939	683	633	3230	575	25907	1842	332	40472
Monitoramento pelo sistema holter	300	1443	2648	357	300	704	512	475	2422	431	19430	1382	249	30354
Teste de esforco / teste ergometrico	600	2887	5296	715	599	1409	1025	950	4845	862	38860	2764	497	60708
Dermatologia														
Biopsia / puncao de tumor da pele	75	361	662	89	75	176	128	119	606	108	4857	345	62	7588
Biopsia de pele e partes moles	75	361	662	89	75	176	128	119	606	108	4857	345	62	7588
Endocrinologia														
Punção aspirativa por agulha fina (paaf) de nódulos tireóidiano	18	87	159	21	18	42	31	28	145	26	1166	83	15	1821
Densitometria	270	1299	2383	322	270	634	461	427	2180	388	17487	1244	224	27319

Portaria 1631	Parâmetros	Belford Roxo	Duque de Caxias	Itaguaí	Japeri	Magé	Mesquita	Nilópolis	Nova Iguaçu	Queimados	Rio de Janeiro	São João de Meriti	Seropédica	Região
Tomografia computadorizada de sela turcica	7	34	62	8	7	16	12	11	57	10	453	32	6	708
Cintilografia de paratireoides	2	10	18	2	2	5	3	3	16	3	130	9	2	202
Cintilografia e captacao da glândula tireóide	10	48	88	12	10	23	17	16	81	14	648	46	8	1012
Ressonância magnética de sela túrcica	7	34	62	8	7	16	12	11	57	10	453	32	6	708
Gastrologia/Proctologia														
Colangiopancreatografia retrograda	50	241	441	60	50	117	85	79	404	72	3238	230	41	5059
Colonoscopia	350	1684	3090	417	350	822	598	554	2826	503	22668	1612	290	35413
Endoscopia digestiva alta	1700	8179	15006	2025	1698	3992	2903	2691	13727	2442	110103	7831	1409	172006
Retossigmoidoscopia	300	1443	2648	357	300	704	512	475	2422	431	19430	1382	249	30354
Nefrologia														
Us rins e vias urinárias	800	3849	7062	953	799	1878	1366	1266	6460	1149	51813	3685	663	80944
Cintilografia renal	20	96	177	24	20	47	34	32	161	29	1295	92	17	2024
Cintilografia renal dinâmica com captopril	15	72	132	18	15	35	26	24	121	22	971	69	12	1518
Neurologia														
Us transfontanela	58	279	512	69	58	136	99	92	468	83	3756	267	48	5868
Tomografia do cranio	2200	10585	19420	2621	2197	5166	3757	3483	17765	3160	142486	10134	1824	222596
Angioressonancia cerebral	30	144	265	36	30	70	51	47	242	43	1943	138	25	3035
Ressonancia magnetica de cranio	160	770	1412	191	160	376	273	253	1292	230	10363	737	133	16189
Eletroneuromiografia	230	1107	2030	274	230	540	393	364	1857	330	14896	1059	191	23271
Oftalmologia														
Paquimetria ultrassônica	410	1973	3619	488	409	963	700	649	3311	589	26554	1889	340	41484
Ultrassonografia de globo ocular / orbita (monocular)	210	1010	1854	250	210	493	359	332	1696	302	13601	967	174	21248
Biometria ultrassônica (monocular)	460	2213	4061	548	459	1080	785	728	3714	661	29792	2119	381	46543
Biomicroscopia de fundo de olho	1450	6976	12800	1728	1448	3405	2476	2295	11709	2083	93911	6679	1202	146711
Campimetria computadorizada ou manual com gráfico	560	2694	4943	667	559	1315	956	887	4522	804	36269	2579	464	56661
Ceratometria	120	577	1059	143	120	282	205	190	969	172	7772	553	99	12142
Curva diaria de pressao ocular cdpo	530	2550	4678	631	529	1244	905	839	4280	761	34326	2441	439	53625
Fundoscopia	1450	6976	12800	1728	1448	3405	2476	2295	11709	2083	93911	6679	1202	146711
Gonioscopia	380	1828	3354	453	379	892	649	602	3068	546	24611	1750	315	38448
Mapeamento de retina (com gráfico)	2200	10585	19420	2621	2197	5166	3757	3483	17765	3160	142486	10134	1824	222596

Portaria 1631	Parâmetros	Belford Roxo	Duque de Caxias	Itaguaí	Japeri	Magé	Mesquita	Nilópolis	Nova Iguaçu	Queimados	Rio de Janeiro	São João de Meriti	Seropédica	Região
Microscopia especular de cornea	5	24	44	6	5	12	9	8	40	7	324	23	4	506
Potencial de acuidade visual	40	192	353	48	40	94	68	63	323	57	2591	184	33	4047
Retinografia colorida binocular	1120	5389	9887	1334	1118	2630	1912	1773	9044	1609	72538	5159	928	113322
Retinografia fluorescente binocular	560	2694	4943	667	559	1315	956	887	4522	804	36269	2579	464	56661
Teste de visão de cores	1	5	9	1	1	2	2	2	8	1	65	5	1	101
Teste ortóptico	530	2550	4678	631	529	1244	905	839	4280	761	34326	2441	439	53625
Tonometria	3530	16984	31160	4206	3525	8289	6028	5588	28504	5070	228625	16260	2926	357165
Topografia computadorizada de córnea	175	842	1545	209	175	411	299	277	1413	251	11334	806	145	17706
Ortopedia														
Tomografia de coluna cervical	100	481	883	119	100	235	171	158	807	144	6477	461	83	10118
Tc de coluna lombo-sacra	150	722	1324	179	150	352	256	237	1211	215	9715	691	124	15177
Tc coluna torácica	25	120	221	30	25	59	43	40	202	36	1619	115	21	2529
Tc articulação mmss	15	72	132	18	15	35	26	24	121	22	971	69	12	1518
Tc articulação mmii	50	241	441	60	50	117	85	79	404	72	3238	230	41	5059
Tc de pelve / bacia	400	1925	3531	477	399	939	683	633	3230	575	25907	1842	332	40472
Otorrinolaringologia														
Laringoscopia (fibronasolaringoscopia)	100	481	883	119	100	235	171	158	807	144	6477	461	83	10118
Videolaringoscopia	460	2213	4061	548	459	1080	785	728	3714	661	29792	2119	381	46543
Potencial evocado auditivo de tronco encefálico	50	241	441	60	50	117	85	79	404	72	3238	230	41	5059
Audiometria de reforco visual +imitânciometria	5	24	44	6	5	12	9	8	40	7	324	23	4	506
Audiometria tonal limiar/imitanciometria/logoaudiometria	850	4090	7503	1013	849	1996	1451	1346	6864	1221	55051	3915	705	86003
Avaliacao auditiva comportamental (infantil +impedânciometria)	1100	5292	9710	1311	1098	2583	1878	1741	8882	1580	71243	5067	912	111298
Avaliação do processamento auditivo	110	529	971	131	110	258	188	174	888	158	7124	507	91	11130
Teste vestibular	60	289	530	71	60	141	102	95	484	86	3886	276	50	6071
Pneumologia														
Tc de tórax convencional	400	1925	3531	477	399	939	683	633	3230	575	25907	1842	332	40472
Ressonancia magnetica	5	24	44	6	5	12	9	8	40	7	324	23	4	506
Cintilografia pulmonar de ventilação	15	72	132	18	15	35	26	24	121	22	971	69	12	1518
Cintilografia pulmonar de perfusao	15	72	132	18	15	35	26	24	121	22	971	69	12	1518
Broncoscopia	120	577	1059	143	120	282	205	190	969	172	7772	553	99	12142

Portaria 1631	Parâmetros	Belford Roxo	Duque de Caxias	Itaguaí	Japeri	Magé	Mesquita	Nilópolis	Nova Iguaçu	Queimados	Rio de Janeiro	São João de Meriti	Seropédica	Região
Espirometria	1300	6255	11475	1549	1298	3053	2220	2058	10497	1867	84196	5988	1078	131534
Urologia														
Biopsia de próstata (guiada por ultrassom)	300	1443	2648	357	300	704	512	475	2422	431	19430	1382	249	30354
Uretrocistografia (miccional)	50	241	441	60	50	117	85	79	404	72	3238	230	41	5059
Urografia excretora	50	241	441	60	50	117	85	79	404	72	3238	230	41	5059
Us de próstata abdominal	150	722	1324	179	150	352	256	237	1211	215	9715	691	124	15177
Us de próstatatransretal	100	481	883	119	100	235	171	158	807	144	6477	461	83	10118
Cistoscopia	100	481	883	119	100	235	171	158	807	144	6477	461	83	10118
Estudo urodinâmico	150	722	1324	179	150	352	256	237	1211	215	9715	691	124	15177

Fontes: Parâmetros - Portaria 1631; Produção - SIH/DATASUS; População - DATASUS e ANS

Número de exames esperados por município/região de Saúde, para atendimento a população exclusivamente SUS, segundo parâmetros da Portaria 1631.

Portaria 1631	Parâmetros	Belford Roxo	Duque de Caxias	Itaguaí	Japeri	Magé	Mesquita	Nilópolis	Nova Iguaçu	Queimados	Rio de Janeiro	São João de Meriti	Seropédica	Região
Angiologia/Cirurgia Vascular														
Duplex scan	900	3678	6542	827	838	1928	1262	1086	5913	1117	34523	3386	669	61769
Aortografia abdominal	3,5	14	25	3	3	7	5	4	23	4	134	13	3	240
Aortografia toracica	1,5	6	11	1	1	3	2	2	10	2	58	6	1	103
Arteriografia de membro	6	25	44	6	6	13	8	7	39	7	230	23	4	412
Flebografia de membro	2	8	15	2	2	4	3	2	13	2	77	8	1	137
Cardiologia														
Ecocardiografia de estresse	20	82	145	18	19	43	28	24	131	25	767	75	15	1373
Ecocardiografia transesofagica	20	82	145	18	19	43	28	24	131	25	767	75	15	1373
Ecocardiografia transtoracica	1600	6539	11630	1470	1490	3427	2244	1931	10512	1986	61374	6020	1189	109812
Cintilografia miocárdica em situação de estresse	200	817	1454	184	186	428	281	241	1314	248	7672	752	149	13727
Cintilografia miocárdica em situação de repouso	200	817	1454	184	186	428	281	241	1314	248	7672	752	149	13727
Ventriculografia radioisotópica	1	4	7	1	1	2	1	1	7	1	38	4	1	69
Cateterismo cardiaco em pediatria	1	4	7	1	1	2	1	1	7	1	38	4	1	69
Cateterismo cardiaco	400	1635	2907	368	372	857	561	483	2628	496	15344	1505	297	27453
Monitoramento pelo sistema holter	300	1226	2181	276	279	643	421	362	1971	372	11508	1129	223	20590
Teste de esforco / teste ergometrico	600	2452	4361	551	559	1285	842	724	3942	745	23015	2257	446	41180
Dermatologia														
Biopsia / puncao de tumor da pele	75	307	545	69	70	161	105	91	493	93	2877	282	56	5147
Biopsia de pele e partes moles	75	307	545	69	70	161	105	91	493	93	2877	282	56	5147
Endocrinologia														
Punção aspirativa por agulha fina (PAAF) de nódulos tireoidiano	18	74	131	17	17	39	25	22	118	22	690	68	13	1235
Densitometria	270	1104	1962	248	251	578	379	326	1774	335	10357	1016	201	18531
Tomografia computadorizada de sela turcica	7	29	51	6	7	15	10	8	46	9	269	26	5	480
Cintilografia de paratireoides	2	8	15	2	2	4	3	2	13	2	77	8	1	137
Cintilografia e captacao da glândula tireóide	10	41	73	9	9	21	14	12	66	12	384	38	7	686
Ressonância magnética de sela túrcica	7	29	51	6	7	15	10	8	46	9	269	26	5	480

Portaria 1631	Parâmetros	Belford Roxo	Duque de Caxias	Itaguaí	Japeri	Magé	Mesquita	Nilópolis	Nova Iguaçu	Queimados	Rio de Janeiro	São João de Meriti	Seropédica	Região
Gastrologia/Proctologia														
Colangiopancreatografia retrograda	50	204	363	46	47	107	70	60	328	62	1918	188	37	3432
Colonoscopia	350	1430	2544	322	326	750	491	422	2299	434	13426	1317	260	24021
Endoscopia digestiva alta	1700	6948	12356	1562	1583	3642	2384	2052	11169	2110	65210	6396	1264	116675
Retossigmoidoscopia	300	1226	2181	276	279	643	421	362	1971	372	11508	1129	223	20590
Nefrologia														
Us rins e vias urinárias	800	3270	5815	735	745	1714	1122	965	5256	993	30687	3010	595	54906
Cintilografia renal	20	82	145	18	19	43	28	24	131	25	767	75	15	1373
Cintilografia renal dinâmica com captopril	15	61	109	14	14	32	21	18	99	19	575	56	11	1029
Neurologia														
Us transfontanela	58	237	422	53	54	124	81	70	381	72	2225	218	43	3981
Tomografia do cranio	2200	8991	15991	2021	2048	4713	3086	2655	14454	2731	84390	8277	1635	150992
Angioressonancia cerebral	30	123	218	28	28	64	42	36	197	37	1151	113	22	2059
Ressonancia magnetica de cranio	160	654	1163	147	149	343	224	193	1051	199	6137	602	119	10981
Eletroneuromiografia	230	940	1672	211	214	493	323	278	1511	285	8823	865	171	15785
Oftalmologia														
Paquimetria ultrassônica	410	1676	2980	377	382	878	575	495	2694	509	15727	1543	305	28139
Ultrassonografia de globo ocular / orbita (monocular)	210	858	1526	193	196	450	295	253	1380	261	8055	790	156	14413
Biometria ultrassônica (monocular)	460	1880	3343	423	428	985	645	555	3022	571	17645	1731	342	31571
Biomicroscopia de fundo de olho	1450	5926	10539	1332	1350	3106	2034	1750	9526	1800	55620	5456	1078	99517
Campimetria computadorizada ou manual com gráfico	560	2289	4070	515	521	1200	785	676	3679	695	21481	2107	416	38434
Ceratometria	120	490	872	110	112	257	168	145	788	149	4603	451	89	8236
Curva diaria de pressao ocular cdpo	530	2166	3852	487	493	1135	743	640	3482	658	20330	1994	394	36375
Fundoscopia	1450	5926	10539	1332	1350	3106	2034	1750	9526	1800	55620	5456	1078	99517
Gonioscopia	380	1553	2762	349	354	814	533	459	2497	472	14576	1430	282	26080
Mapeamento de retina (com gráfico)	2200	8991	15991	2021	2048	4713	3086	2655	14454	2731	84390	8277	1635	150992
Microscopia especular de cornea	5	20	36	5	5	11	7	6	33	6	192	19	4	343
Potencial de acuidade visual	40	163	291	37	37	86	56	48	263	50	1534	150	30	2745
Retinografia colorida binocular	1120	4577	8141	1029	1043	2399	1571	1352	7358	1390	42962	4214	833	76869

Portaria 1631	Parâmetros	Belford Roxo	Duque de Caxias	Itaguaí	Japeri	Magé	Mesquita	Nilópolis	Nova Iguaçu	Queimados	Rio de Janeiro	São João de Meriti	Seropédica	Região
Retinografia fluorescente binocular	560	2289	4070	515	521	1200	785	676	3679	695	21481	2107	416	38434
Teste de visão de cores	1	4	7	1	1	2	1	1	7	1	38	4	1	69
Teste ortóptico	530	2166	3852	487	493	1135	743	640	3482	658	20330	1994	394	36375
Tonometria	3530	14427	25658	3243	3286	7562	4951	4260	23192	4382	135407	13281	2624	242273
Topografia computadorizada de córnea	175	715	1272	161	163	375	245	211	1150	217	6713	658	130	12011
Ortopedia														
Tomografia de coluna cervical	100	409	727	92	93	214	140	121	657	124	3836	376	74	6863
Tc de coluna lombo-sacra	150	613	1090	138	140	321	210	181	985	186	5754	564	112	10295
Tc coluna torácica	25	102	182	23	23	54	35	30	164	31	959	94	19	1716
Tc articulação mmss	15	61	109	14	14	32	21	18	99	19	575	56	11	1029
Tc articulação mmii	50	204	363	46	47	107	70	60	328	62	1918	188	37	3432
Tc de pelve / bacia	400	1635	2907	368	372	857	561	483	2628	496	15344	1505	297	27453
Otorrinolaringologia														
Laringoscopia (fibronasolaringoscopia)	100	409	727	92	93	214	140	121	657	124	3836	376	74	6863
Videolaringoscopia	460	1880	3343	423	428	985	645	555	3022	571	17645	1731	342	31571
Potencial evocado auditivo de tronco encefálico	50	204	363	46	47	107	70	60	328	62	1918	188	37	3432
Audiometria de reforco visual +imitânciometria	5	20	36	5	5	11	7	6	33	6	192	19	4	343
Audiometria tonal limiar/imitanciometria/logoaudiometria	850	3474	6178	781	791	1821	1192	1026	5584	1055	32605	3198	632	58338
Avaliacao auditiva comportamental (infantil +impedânciometria)	1100	4496	7995	1011	1024	2356	1543	1328	7227	1365	42195	4139	818	75496
Avaliação do processamento auditivo	110	450	800	101	102	236	154	133	723	137	4219	414	82	7550
Teste vestibular	60	245	436	55	56	129	84	72	394	74	2302	226	45	4118
Pneumologia														
Tc de tórax convencional	400	1635	2907	368	372	857	561	483	2628	496	15344	1505	297	27453
Ressonancia magnetica	5	20	36	5	5	11	7	6	33	6	192	19	4	343
Cintilografia pulmonar de ventilação	15	61	109	14	14	32	21	18	99	19	575	56	11	1029
Cintilografia pulmonar de perfusao	15	61	109	14	14	32	21	18	99	19	575	56	11	1029
Broncoscopia	120	490	872	110	112	257	168	145	788	149	4603	451	89	8236
Espirometria	1300	5313	9449	1194	1210	2785	1823	1569	8541	1614	49867	4891	966	89222
Urologia														

Portaria 1631	Parâmetros	Belford Roxo	Duque de Caxias	Itaguaí	Japeri	Magé	Mesquita	Nilópolis	Nova Iguaçu	Queimados	Rio de Janeiro	São João de Meriti	Seropédica	Região
Biopsia de próstata (guiada por ultrassom)	300	1226	2181	276	279	643	421	362	1971	372	11508	1129	223	20590
Uretrocistografia (miccional)	50	204	363	46	47	107	70	60	328	62	1918	188	37	3432
Urografia excretora	50	204	363	46	47	107	70	60	328	62	1918	188	37	3432
Us de próstata abdominal	150	613	1090	138	140	321	210	181	985	186	5754	564	112	10295
Us de próstatatransretal	100	409	727	92	93	214	140	121	657	124	3836	376	74	6863
Cistoscopia	100	409	727	92	93	214	140	121	657	124	3836	376	74	6863
Estudo urodinâmico	150	613	1090	138	140	321	210	181	985	186	5754	564	112	10295

Fontes: Parâmetros - Portaria 1631; Produção - SIH/DATASUS; População - DATASUS e ANS

V. Capacidade Instalada - Série Histórica dos Leitos

Média anual e números mínimo e máximo de leitos de internação SUS encontrados no período, por especialidade. Metropolitana I, janeiro de 2008 a dezembro de 2017.

Especialidade detalhada	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Mínimo	Máximo
CIRÚRGICOS	4586,3	4668,8	4513,5	4328,3	4418,3	4215,3	3913,1	3705,0	3543,8	3423,8	3400	4738
..Buco maxilo facial	65,3	71,0	73,8	65,2	62,4	57,7	58,4	54,6	45,6	37,6	36	75
..Cardiologia	271,9	328,0	291,5	290,3	288,2	272,3	265,5	230,1	216,5	206,5	197	364
..Cirurgia geral	1358,1	1304,5	1234,8	1238,8	1264,5	1177,9	978,1	937,4	938,7	888,3	873	1373
..Endocrinologia	38,1	39,0	38,6	56,0	31,5	17,5	10,2	7,7	10,5	11,0	6	56
..Gastroenterologia	136,3	140,8	126,7	90,8	77,2	57,8	55,5	50,4	55,5	57,0	49	144
..Ginecologia	357,8	367,1	347,1	324,5	326,5	299,7	288,5	267,8	260,3	259,6	252	372
..Nefrologia/urologia	268,8	271,0	265,4	241,0	242,8	237,8	221,5	218,7	214,7	209,5	204	287
..Neurocirurgia	352,0	359,5	368,1	314,1	306,3	304,9	299,6	290,3	274,1	273,1	266	383
..Oftalmologia	123,0	119,6	106,0	94,3	97,4	85,0	84,3	82,9	72,0	69,2	59	130
..Oncologia	190,3	195,0	209,8	246,8	253,4	250,0	243,8	210,8	205,2	203,7	180	258
..Ortopedia/traumatologia	1017,9	1033,5	1022,8	961,0	1058,9	1072,3	1028,8	993,3	938,7	925,8	894	1092
..Otorrinolaringologia	87,2	93,0	88,3	70,9	69,7	63,1	64,3	64,0	58,8	55,4	53	94
..Plástica	167,8	182,6	181,0	161,6	164,8	150,8	139,2	119,4	110,8	102,2	96	186
..Toráxica	122,7	123,2	116,7	103,6	97,7	90,8	84,5	80,3	68,3	65,0	64	127
..Transplante	29,2	41,0	43,1	69,7	75,0	71,0	83,8	93,8	74,3	60,0	1	106
..Queimado Adulto	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	7,0	7,0	3,5	0,0	0,0	3	7
..Queimado Pediátrico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3	3
CLÍNICOS	4436,1	4578,8	4541,1	4110,1	3995,3	3781,2	3621,0	3475,6	3277,9	3187,3	3158	4713
..AIDS	206,4	205,6	190,9	170,7	159,2	144,6	120,6	126,6	136,9	134,5	113	213
..Cardiologia	446,3	462,5	393,3	367,8	372,1	343,9	287,8	270,1	270,5	271,3	262	479
..Clínica geral	2597,4	2716,4	2775,3	2495,8	2446,4	2394,2	2310,7	2242,4	2154,3	2088,1	2033	2837
..Dermatologia	49,4	50,0	48,6	47,0	43,9	34,7	26,2	19,0	9,0	6,0	6	51
..Geriatria	46,8	48,5	47,3	46,1	44,0	28,7	91,2	126,5	126,5	124,0	26	154
..Hansenologia	94,3	78,0	75,4	61,0	59,8	54,7	50,3	50,0	50,0	50,0	50	118
..Hematologia	67,6	61,0	64,2	78,0	76,8	82,0	82,9	82,6	81,5	82,0	60	87
..Nefro/urologia	97,8	104,0	104,8	108,7	104,5	92,8	88,0	83,7	78,9	76,4	76	123
..Neonatologia	314,5	330,0	329,6	287,5	271,5	206,2	172,9	117,5	42,6	28,8	18	363
..Neurologia	146,5	158,8	152,7	125,5	103,9	79,3	64,3	53,8	44,6	45,0	38	159

Especialidade detalhada	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Mínimo	Máximo
..Oncologia	211,3	211,0	210,9	189,8	186,6	190,9	189,8	180,8	167,0	168,6	161	219
..Pneumologia	157,6	152,9	148,0	132,2	116,8	97,5	71,3	56,8	53,6	52,7	52	167
..Leito/dia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0
..Saúde Mental	0,0	0,0	0,0	0,0	3,8	16,3	49,0	49,0	49,0	49,0	15	49
..Queimado Adulto	0,0	0,0	0,0	0,0	5,7	15,4	16,0	16,9	13,5	11,0	11	19
..Queimado Pediátrico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3	3
OBSTÉTRICOS	2085,7	2054,8	1955,9	1861,9	1885,9	1850,1	1739,5	1659,3	1640,7	1613,9	1583	2122
..Obstetrícia Cirúrgica	1460,6	1444,6	1377,3	1181,7	1199,1	1203,7	1139,0	1050,4	1038,0	1064,5	958	1486
..Obstetrícia Clínica	625,1	610,2	578,6	680,3	686,8	646,4	600,5	608,9	602,7	549,4	524	795
PEDIÁTRICOS	1769,9	1740,1	1716,7	1645,0	1644,6	1590,3	1520,9	1359,9	1288,0	1198,8	1173	1796
..Pediatria Clínica	1632,1	1575,3	1526,0	1461,9	1461,5	1379,3	1302,8	1168,4	1097,4	1023,2	1006	1681
..Pediatria Cirúrgica	137,8	164,8	190,7	183,1	183,1	211,0	218,1	191,5	190,6	175,6	102	225
OUTRAS ESPECIALIDADES	4786,8	4571,3	4501,0	4263,7	3467,2	2917,1	2742,8	2547,5	2364,8	2002,9	1649	4821
..Crônicos	1231,9	1189,3	1210,9	1092,5	939,7	793,1	817,7	729,3	727,2	523,3	445	1239
..Psiquiatria	3266,0	3108,2	3011,9	2890,0	2226,5	1846,1	1651,0	1543,5	1376,3	1207,7	927	3298
..Reabilitação	53,8	35,8	38,5	43,0	42,7	18,5	16,0	16,0	16,0	16,0	16	60
..Tisiologia	235,1	237,9	236,3	233,2	251,6	246,4	245,2	237,2	203,9	203,6	117	258
..Acolhimento Noturno	0,0	0,0	3,3	5,0	6,8	13,0	13,0	21,6	41,5	52,4	5	61
HOSPITAL/DIA	480,3	478,5	462,6	471,0	501,8	511,9	428,3	432,4	399,8	403,9	390	547
..Cirúrgicos/Diagnóstico/Terapêutico	251,5	259,3	239,8	245,7	263,8	244,4	163,5	167,3	143,7	150,3	137	278
..AIDS	79,7	63,2	53,4	50,7	37,8	28,0	27,7	30,8	30,4	31,0	24	84
..Intercorrência Pós-Transplante	4,9	6,0	19,3	22,0	22,0	22,0	21,5	21,0	19,8	18,3	5	22
..Geriatria	0,0	0,0	0,0	2,7	9,8	10,0	10,0	7,3	0,0	0,0	8	10
..Saúde Mental	144,2	150,0	150,0	150,0	168,3	207,5	205,6	206,0	206,0	204,3	140	220
Total	18144,9	18092,1	17690,8	16679,9	15913,1	14865,9	13965,6	13179,8	12515,1	11830,6	11521	18338

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

VI. Atenção Hospitalar - Leitos de Internação – Capacidade Instalada

Leitos Gerais Existentes segundo esfera jurídica, região Metropolitana I - CNES, Jan/2018

Município	Administração Pública Municipal									
	Cirúrgicos	Clínicos		Obstétricos	Pediátricos	Outras Especialidades		Hospital/Dia	Total	
	SUS	SUS	Não SUS	SUS	SUS	SUS	Não SUS	SUS	SUS	Não SUS
Belford Roxo	-	25	-	-	9	6	-	-	40	-
Duque de Caxias	63	118	12	98	87	9	-	10	385	12
Itaguaí	7	49	-	26	10	4	-	1	97	-
Magé	15	80	2	27	20	-	-	-	142	2
Mesquita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nilópolis	-	24	-	-	-	2	-	-	26	-
Nova Iguaçu	233	139	-	95	49	11	-	6	533	-
Queimados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rio de Janeiro	1050	905	2	742	319	754	6	56	3826	8
São João de Meriti	-	30	-	-	-	-	-	-	30	-
Seropédica	5	-	-	22	-	-	-	-	27	-
Total	**1373**	**1370**	16	**1010**	**494**	**786**	6	**73**	**5106**	22

Administração Pública Estadual													
Município	Cirúrgicos		Clínicos		Obstétricos		Pediátricos		Outras Especialidades		Hospital/Dia	Total	
	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	SUS	Não SUS
Belford Roxo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Duque de Caxias	91	-	74	-	53	-	37	-	-	-	-	255	-
Itaguaí	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Magé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mesquita	1	-	-	-	98	-	1	-	-	-	-	100	-
Nilópolis	69	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	74	-
Nova Iguaçu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Queimados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rio de Janeiro	312	25	746	28	40	3	135	3	560	46	114	1907	105
São João de Meriti	6	-	1	-	50	-	4	-	-	-	7	68	-
Seropédica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	**479**	25	**826**	28	**241**	3	**177**	3	**560**	46	**121**	**2404**	105

Administração Pública Federal													
Município	Cirúrgicos		Clínicos		Obstétricos		Pediátricos	Outras Especialidades		Hospital/Dia		Total	
	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
Belford Roxo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
D. de Caxias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Itaguaí	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Magé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mesquita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nilópolis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nova Iguaçu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Queimados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
R. de Janeiro	1442	16	889	157	165	17	293	244	1	212	2	3245	193
S. João de Meriti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Seropédica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	**1442**	**16**	**889**	**157**	**165**	**17**	**293**	**244**	**1**	**212**	**2**	**3245**	**193**

Entidades sem Fins Lucrativos						
Município	Cirúrgicos	Clínicos	Obstétricos	Pediátricos	Outras Especialidades	Total
	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS
Belford Roxo	-	-	-	-	-	-
D. de Caxias	-	-	-	-	-	-
Itaguaí	-	-	-	-	-	-
Magé	-	-	-	-	-	-
Mesquita	-	-	-	-	-	-
Nilópolis	-	-	-	-	-	-
Nova Iguaçu	-	-	-	-	-	-
Queimados	-	-	-	-	-	-
R. de Janeiro	90	38	-	-	160	288
S. João de Meriti	17	22	39	1	21	100
Seropédica	-	-	-	-	-	-
Total	**107**	**60**	**39**	**1**	**181**	**388**

Demais Entidades Empresariais							
Município	Cirúrgicos	Clínicos	Obstétricos	Pediátricos	Outras Especialidades	Hospital/Dia	Total
	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS
Belford Roxo	25	-	74	103	-	-	202
D. de Caxias	8	4	-	-	-	-	12
Itaguaí	-	-	-	-	-	-	-
Magé	-	-	-	-	-	-	-
Mesquita	-	-	-	-	-	-	-
Nilópolis	18	3	54	-	-	-	75
Nova Iguaçu	3	-	-	-	-	-	3
Queimados	-	-	-	76	-	-	76
R. de Janeiro	4	-	-	-	80	2	86
S. João de Meriti	-	1	-	65	-	-	66
Seropédica	-	-	-	-	-	-	-
Total	**58**	**8**	**128**	**244**	**80**	**2**	**520**

Demais Entidades Empresariais							
Município	Cirúrgicos	Clínicos	Obstétricos	Pediátricos	Outras Especialidades	Hospital/Dia	Total
	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS
Belford Roxo	25	-	74	103	-	-	202
D. de Caxias	8	4	-	-	-	-	12
Itaguaí	-	-	-	-	-	-	-
Magé	-	-	-	-	-	-	-
Mesquita	-	-	-	-	-	-	-
Nilópolis	18	3	54	-	-	-	75
Nova Iguaçu	3	-	-	-	-	-	3
Queimados	-	-	-	76	-	-	76
R. de Janeiro	4	-	-	-	80	2	86
S. João de Meriti	-	1	-	65	-	-	66
Seropédica	-	-	-	-	-	-	-
Total	**58**	**8**	**128**	**244**	**80**	**2**	**520**

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

VII. Atenção Hospitalar - Leitos Complementares – Capacidade Instalada

Região de Saúde/Município	Administração Pública Municipal																						
	UI Neo	Unidade de Isolamento		UTI Adulto I		UTI Adulto II		UTI Pediátrica I	UTI Pediátrica II		UTI Neonatal II		UTI Queimados		UCINCo		UCINCa		UCI Pediátrica	UCI Adulto		Total	
	SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
Belford Roxo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Duque de Caxias	-	7	-	-	-	20	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-	37	-
Itaguaí	7	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	11	-
Magé	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	6	1
Mesquita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nilópolis	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Nova Iguaçu	-	1	-	-	4	32	7	-	-	-	25	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	58	41
Rio de Janeiro	50	9	1	43	-	107	146	16	23	9	88	46	6	7	75	95	14	31	18	44	-	493	335
São João de Meriti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Queimados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Metropolitana I	**57**	**23**	**1**	**43**	**4**	**159**	**153**	**16**	**23**	**9**	**113**	**51**	**6**	**7**	**85**	**95**	**14**	**31**	**18**	**49**	**1**	**606**	**377**

Região de Saúde/ Município	Administração Pública Estadual																								
	UI Neonatal	Unidade de Isolamento		UTI Adulto I		UTI Adulto II		UTI Adulto III		UTI Pediátrica I		UTI Pediátrica II		UTI Neonatal I	UTI Neonatal II		UTI Neonatal III	UCINCo		UCINCa	UTI Queimdos	UCI Adulto		Total	
	SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS
Belford Roxo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Duque de Caxias	-	-	-	-	-	-	17	-	-	-	-	-	11	-	-	12	-	-	8	-	-	8	-	8	48
Itaguaí	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Magé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mesquita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-	8	7	-	-	-	-	8	17
Nilópolis	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	9	4	-	15	9
Nova Iguaçu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rio de Janeiro	-	10	3	26	13	75	27	29	9	4	4	24	-	6	16	-	25	-	10	10	-	47	8	266	80
São João de Meriti	29	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	20	-	-	-	29	-	-	-	-	59	29
Queimados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Metropolitana I	**29**	**10**	**3**	**26**	**13**	**91**	**44**	**29**	**9**	**4**	**4**	**24**	**11**	**6**	**41**	**22**	**25**	**8**	**54**	**10**	**9**	**59**	**8**	**356**	**183**

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

Notas:

1. Leitos Não SUS são leitos não habilitados.
2. UTI Adulto, UTI Pediátrico e UTI Neonatal correspondem, cada uma, ao somatório de leitos dos tipos II e III.
3. As UTIs de tipo I foram apresentadas separadamente (PORTARIA Nº 895, DE 31 DE MARÇO DE 2017. Art. 3º: todas as habilitações vigentes à data de publicação desta Portaria classificadas como 26.96 – UTI Adulto Tipo I e 26.98 – UTI Pediátrica Tipo I migrarão respectivamente para UCI-a e UCI-ped; PORTARIA Nº 930, DE 10 DE MAIO DE 2012. Art. 27. Todos os estabelecimentos que tenham UTIN, em conformidade com as normatizações anteriores, bem como UCINco e UCINca, deverão se adequar ao estabelecido nesta Portaria até 30 de novembro de 2014)

Região de Saúde/ Município	Administração Pública Federal																										
	Unidade de Isolamento	UTI Adulto I		UTI Adulto II		UTI Adulto III	UTI Pediátrica I	UTI Pediátrica II		UTI Pediátrica III	UTI Neonatal I		UTI Neonatal II	UTI Neonatal III	UTI Queimados		UTI Coronariana /UCO II		UCINCo		UCINCa		UCI Pediátrica		UCI Adulto	Total	
	SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	SUS	SUS	Não SUS	SUS	SUS	Não SUS	SUS	SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	Não SUS	SUS	SUS	Não SUS
Belford Roxo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Duque de Caxias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Itaguaí	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Magé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mesquita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nilópolis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nova Iguaçu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rio de Janeiro	26	73	21	63	58	41	8	12	14	16	9	2	38	30	4	10	-	14	26	32	8	6	9	5	52	415	162
São João de Meriti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Queimados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Metropolitana I	**26**	**73**	**21**	**63**	**58**	**41**	**8**	**12**	**14**	**16**	**9**	**2**	**38**	**30**	**4**	**10**	**-**	**14**	**26**	**32**	**8**	**6**	**9**	**5**	**52**	**415**	**162**

Região de Saúde/ Município	Entidades sem Fins Lucrativos						Demais Entidades Empresariais			
	Unidade de Isolamento	UTI Adulto I	UTI Adulto II	UTI Adulto III	UTI Pediátrica I	Total	UI Neonatal	Unidade de Isolamento	UTI Adulto II	Total
	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS	SUS
Belford Roxo	-	-	-	-	-	-	-	3	-	3
Duque de Caxias	-	-	-	-	-	-	-	-	10	10
Itaguaí	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Magé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mesquita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nilópolis	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Nova Iguaçu	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
Rio de Janeiro	1	5	31	-	1	38	-	-	-	-
São João de Meriti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Queimados	-	-	-	-	-	-	1	1	-	2
Metropolitana I	**1**	**5**	**31**	**-**	**1**	**38**	**1**	**5**	**12**	**18**

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES
Notas:
1. Leitos Não SUS são leitos não habilitados.
2. UTI Adulto, UTI Pediátrico e UTI Neonatal correspondem, cada uma, ao somatório de leitos dos tipos II e III.
3. As UTIs de tipo I foram apresentadas separadamente (PORTARIA Nº 895, DE 31 DE MARÇO DE 2017. Art. 3º: todas as habilitações vigentes à data de publicação desta Portaria classificadas como 26.96 – UTI Adulto Tipo I e 26.98 – UTI Pediátrica Tipo I migrarão respectivamente para UCI-a e UCI-ped; PORTARIA Nº 930, DE 10 DE MAIO DE 2012. Art. 27. Todos os estabelecimentos que tenham UTIN, em conformidade com as normatizações anteriores, bem como UCINco e UCINca, deverão se adequar ao estabelecido nesta Portaria até 30 de novembro de 2014).