GOVERNO DO
Rio de Janeiro

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Planejamento Regional - Baixada Litorânea

ÍNDICE:

Introdução **4**
Justificativa **5**
1 – Estado do Rio de Janeiro **7**
1.1 – Dados Demográficos **7**
1.2 – Dados de Situação de Saúde **10**
2 – Região Baixada Litorânea **22**
2.1 – Dados Demográficos **22**
2.2 – Dados de Situação de Saúde **24**
3 – Capacidade instalada e oferta de serviços de saúde na Região **31**
3.1 – Atenção Básica **31**
3.2 – Atenção Psicossocial **34**
3.3 – Atenção à Urgência e Emergência **35**
3.4 – Atenção de Média e Alta Complexidade **35**
3.5 – Redes Pactuadas de Média e Alta Complexidade em CIB **42**
4 – Gestão em Saúde na Região **48**
4.1 - Instrumentos de Planejamento..... **48**
4.2 – Prioridades Regionais pelos Indicadores do Pacto **50**
4.3 – Transição do Pacto pela Saúde ao COAP **51**
4.4 – A Transição Quanto à Pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores **52**
4.5 – Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria **53**
4.6 – Ouvidoria em Saúde **57**
4.7 – Unidades descentralizadas da SES na região **59**
4.8 – Programas da Secretaria Estadual de Saúde para os municípios da região **60**
4.9 – Gestão Participativa e Controle Social **64**

4.10 – Gestão do Trabalho e Educação em Saúde **68**

5 - ANEXOS .....

5.1 – Plano Estadual de Saúde – PES 2012-2015 .....

5.2 – Portaria GM nº 841- RENASES .....

5.3 – TCGM dos municípios da região .....

5.4 – Planilhas de metas dos municípios da região pactuadas para 2012 .....

5.5 – Resolução CIT nº 4/2012 - Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais.....

5.6 – Portaria GM nº 1580/2012 – Afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, de que trata a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios e revoga Portarias .....

5.7 – Caderno com Metas e Indicadores para Composição da parte II do COAP .....

5.8 – Indicadores que compõem o IDSUS .....

5.9 – Prioridades Regionais segundo Eixos Prioritários – 2011 .....

6.0 – Indicadores selecionados – Análise descritivas dos dados de morbi-mortalidade .....

6.1 – Redes Temáticas do Ministério da Saúde .....

6.2– Unidades Estaduais na Região .....

6.3 – Boletim Epidemiológico DST/Aids e Hepatites Virais 2013 .....

Introdução

A diretriz da regionalização está presente na política pública de saúde desde os seus primeiros atos normativos.

Contudo, o processo de implementação do Sistema Único de Saúde só incorporou, de fato, tal preocupação a partir dos anos 2000, com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2001.

“Recortar o espaço” (ou regionalizar) comporta diversas proposições conceituais para dar conta das realidades regionais, dentre as quais, por exemplo, a de “redes regionais”, a qual tem sido perseguida pelo setor saúde.

Mas, é importante destacar que os espaços se articulam em função de alguma ordem sociopolítica mais ampla, que se mantem ou não, de acordo com as relações que se estabelecem em dado território, seja qual for o seu nível ou escala.

São muitas as relações possíveis de serem pensadas e trabalhadas quando nos referimos a uma abordagem regional. Diferentes áreas do conhecimento aportam elementos que contribuem para uma leitura do espaço regional e para a construção de propostas de intervenções sobre seu território.

O planejamento regional, sob a perspectiva do setor saúde, não pode desconhecer, portanto, a complexidade de seu objeto, quer seja como instrumento analítico, quer seja como evidência empírica.

O que convém, então, às estratégias de regionalização na saúde?

A questão regional tem retomado a sua força, particularmente no tocante ao enfrentamento de desigualdades a serem superadas por meio de políticas de base regional, como é o caso da provisão e do acesso aos serviços públicos de saúde.

Analisar e compreender o ordenamento do território em suas diferentes dimensões integra o esforço de planejar as ações e serviços de saúde para a sua organização em redes regionais, por meio da parceria com os diferentes atores envolvidos e em sintonia com as prioridades locorregionais, estaduais e nacionais.

Justificativa

Conforme já pontuado no PES 2012-15 e no presente documento, o Estado do Rio de Janeiro encontra-se hoje diante de uma série de oportunidades, ocasionadas por uma agenda de investimentos ímpar em sua história.

Diante da magnitude dos projetos envolvidos, os impactos sobre o território não têm sido desprezíveis (e não serão no futuro) e devem ser bem dimensionados para orientar as intervenções públicas, visando o seu (re)ordenamento e desenvolvimento.

De acordo com levantamentos do Laboratório de Gestão do Território - LAGET/UFRJ, os investimentos no Rio de Janeiro envolvem um montante de recursos superior a R$ 300 bilhões, com previsão de aplicação entre 2007-2015 (ou próximo desse período).

Cerca de 50% desse total estão associados às atividades *off shore* de exploração e produção de óleo e gás natural nas Bacias de Campos e Santos, incluindo aquelas relativas às camadas do pré-sal. As atividades *on shore* abarcam 46% dos recursos remanescentes e são realizadas na zona costeira, mais especificamente no aglomerado metropolitano do Rio de Janeiro (40%) e no litoral norte (6%). Fora da zona costeira, a região do Médio Paraíba concentra 3% daquele total.

Os setores de atividades contemplados por estes recursos são, em primeiro lugar, a produção *off shore* de óleo e gás (54% dos recursos); atividades *on shore* de petroquímica e siderurgia (cerca de 14%); indústria naval e a logística de transporte (12% cada uma) e a geração de energia (5%).

Os projetos destinam investimentos para a cadeia produtiva de óleo e gás, que estão, em sua maioria, a cargo da Petrobrás, principalmente o Plano de Antecipação da Produção de Gás (Plangás) e o Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro (Comperj). Estes projetos induzem desdobramentos, particularmente na indústria naval e na logística de transporte, como é o caso do Porto do Açu e os investimentos nos portos e terminais no Rio de Janeiro (Baía de Guanabara); Itaguaí (Baía de Sepetiba) e Angra dos Reis (Baía da Ilha Grande).

O setor siderúrgico também deve ser destacado, a exemplo da construção/operação da Companhia Siderúrgica do Atlântico (CSA, ThyssenKrupp e Vale), da ampliação da Cosigua (Gerdau) e dos projetos liderados pela Companhia Siderúrgica Nacional (CSN) em Itaguaí. A

estes se somam diversos terminais marítimos no entorno do Porto de Itaguaí, como os da LLX e Usiminas, além de projetos de geração de energia, com destaque para a implantação da terceira usina termonuclear (Angra III, operada por Furnas), em Angra dos Reis.

Todas estas realizações implicam em pressões sobre o território e sua população que, a rigor, devem ser previamente dimensionadas, de modo a subsidiar políticas públicas que, associadas à combinação de volume de recursos e ao prazo de maturação dos empreendimentos, sejam capazes de impulsionar o desenvolvimento e o (re)ordenamento territorial.

O setor saúde é um dos componentes das políticas e da gestão governamental que tem papel relevante na indução (e não somente na produção de ações reparadoras ou compensatórias) do desenvolvimento regional.

O provimento de uma ampla gama de serviços públicos, dentre os quais, os de saúde, precisa ser planejado de forma coordenada e cooperativa, para o enfrentamento dos problemas e o estabelecimento de prioridades, a partir de uma agenda comum e capaz de potencializar os esforços setoriais da União, do Estado e dos Municípios.

O planejamento regional integrado pode contribuir para o estabelecimento de sinergias e para a superação de uma cultura político-administrativa refratária à cooperação e à coordenação, na qual predominam uma visão localista, setorial e de curto prazo.

O desenvolvimento regional pode ser um foco estratégico que favoreça um diálogo mais profícuo entre o local e o regional e a projeção de cenários futuros em diferentes escalas espaço-temporais, para promover condições de acesso mais justas e equilibradas aos bens públicos, dentre os quais, os de saúde e reduzir as desigualdades de oportunidades para todos os cidadãos fluminenses.

Este documento integra os esforços da SES com tal objetivo.

1- Estado do Rio de Janeiro

1.1 - Dados Demográficos

O Rio de Janeiro é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Situa-se na Região Sudeste, tendo como limites os estados de Minas Gerais, Espírito Santo e São Paulo, assim como o Oceano Atlântico. É o terceiro estado mais populoso do Brasil e a sua população residente era de 15.989.929 habitantes em 2010, de acordo com os resultados do Censo Demográfico de 2010 (IBGE).

Ocupa uma área de 43 696,054 km² e concentra 8,4% da população do país, figurando, consequentemente, como o estado com maior densidade demográfica do Brasil.

A maior parte da população concentra-se na Região Metropolitana I (9.873.610 habitantes), particularmente, no município do Rio de Janeiro, enquanto a Região menos populosa é a Baía da Ilha Grande (243.500 habitantes), representando 1,52% da população do estado.

No estado, a taxa média geométrica de crescimento populacional anual, nos períodos de 1991/2000 e 2000/2010, apresentou considerável declínio, passando de 1,32 para 1,06 (IBGE). Todas as regiões do Estado seguiram a mesma tendência de redução nos períodos citados, exceto o Norte Fluminense. Observaram-se alterações na dinâmica migratória entre os municípios comparativamente ao ano 2000, persistindo uma maior concentração demográfica nas regiões Metropolitana I e II, que, juntas, reúnem aproximadamente 75% da população.

Por outro lado, entre 2000 e 2010, a região Metropolitana I reduziu sua participação percentual na população estadual, enquanto as regiões da Baixada Litorânea, Norte, Baía da Ilha Grande e Metropolitana II aumentaram sua participação, o que possivelmente está relacionado a novos polos de investimento em alguns municípios destas regiões. As maiores taxas migratórias e de crescimento populacional na última década, assim como o maior aumento percentual na densidade demográfica foram observados para as mesmas, destacando-se a Baixada Litorânea e a Baía da Ilha Grande.

A região Noroeste Fluminense se destaca por seu elevado índice de envelhecimento, mas as regiões Metropolitanas I e II, seguidas pelas regiões Serrana e Centro Sul, são as que apresentam maior variação no envelhecimento, segundo a variável sexo, sugerindo a necessidade de atenção à saúde masculina.

Em contrapartida, a região da Baía de Ilha Grande tem o menor e mais equilibrado índice de envelhecimento do Estado e, em conjunto com taxas relativamente elevadas de crescimento e migração, tende a aumentar sua participação na população adulta e jovem do Estado, sob a influência dos investimentos que vêm sendo realizados em sua área de influência direta (Portos de Itaguaí e do Sudeste, Arco Metropolitano com duplicação da BR-101, plataforma da CSN e outros de menor dimensão).

Tabela 1- Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro - Área e Dados populacionais

Regiões de Saúde	População		Área (km^2)		Densidade demográfica (hab./km2)
	Número	% no Estado	Número	% no Estado	
Baía da Ilha Grande	243.500	1,52	2103	4,8	115,8
Baixada Litorânea	679.493	4,25	2707	6,18	251,0
Centro-Sul	319.351	2,0	3221	7,36	99,1

Médio Paraíba	855.193	5,35	6192	14,14	138,1
Metropolitana I	9.873.610	61,75	3466,3	7,92	2848,5
Metropolitana II	1.940.391	12,14	2714	6,2	714,9
Noroeste	330.093	2,06	5897	13,47	56,0
Norte	836.915	5,23	9221	21,06	90,8
Serrana	911.383	5,7	8258	18,86	110,4
Estado	**15.989.929**	**100**	**43779,8**	**100**	**365,2**

Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2010, resultados do universo.

No Rio de Janeiro, as variações por sexo e Região, aos 60 anos de idade, mostram que, uma vez que um homem ultrapasse com vida a idade jovem e adulta, onde os riscos de morte estão concentrados, é mais provável que sua chance de morte fique mais próxima da observada para o sexo feminino, descontados os efeitos intrínsecos ao sexo.

Tabela 2 - Esperança de vida ao nascer e aos 60 anos de idade, segundo região de saúde, 2010

Região/Estado	Esperança de vida ao nascer			Esperança de vida aos 60 anos		
	Total	**Masculina**	**Feminina**	**Total**	**Masculina**	**Feminina**
Baía da Ilha Grande	74,54	71,66	77,68	21,21	19,73	22,78
Baixada Litorânea	74,70	70,90	78,72	21,52	19,52	23,51
Centro-Sul	73,22	69,75	76,95	20,10	17,48	22,81
Médio Paraíba	74,55	70,71	78,38	21,45	19,15	23,53
Metropolitana I	73,15	69,00	77,02	20,68	18,24	22,60
Metropolitana II	73,42	69,25	77,45	20,81	18,49	22,77
Noroeste	74,57	71,32	77,94	21,45	19,86	22,98
Norte	73,06	69,07	77,24	20,61	18,41	22,73
Serrana	73,69	69,85	77,60	20,90	18,59	23,02
Estado do Rio de Janeiro	**73,39**	**69,34**	**77,27**	**20,78**	**18,43**	**22,73**

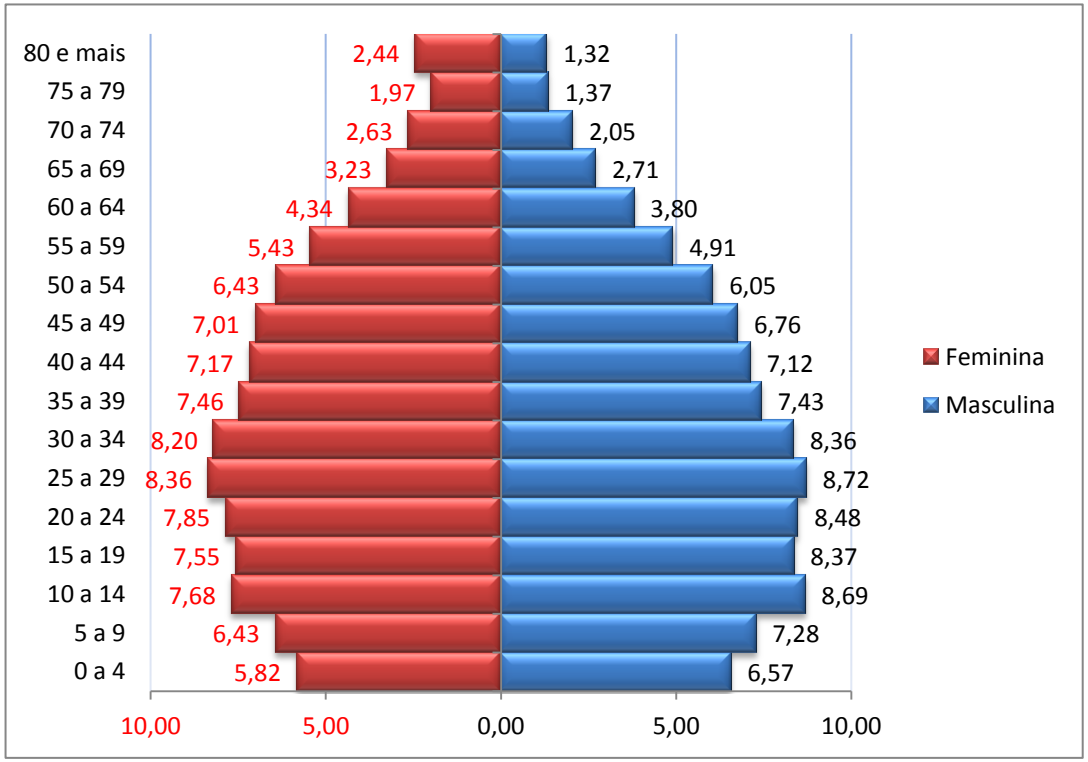
Fontes: Ministério da Saúde/SE/DATASUS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 09/2011. IBGE - Censo Demográfico 2010, Resultados do Universo, 2011.

A estrutura etária é característica de uma população em processo de envelhecimento, evidenciando a participação crescente de idosos em relação aos jovens na população, decorrente, principalmente, da redução dos níveis de fecundidade e do aumento da esperança de vida.

Houve um aumento na proporção de idosos de 9,26% em 2000 para 11,25% em 2010, no caso dos homens e de 12,04% em 2000 para 14.62% em 2010, no que se refere às mulheres.

Essa tendência de aumento também foi observada em relação ao índice de envelhecimento: de 29,55% em 2000 para 61,45% em 2010, sendo 49,9% para os homens e 73,37% para as mulheres (2010).

Gráfico 1- Estrutura etária do Estado do Rio de Janeiro, 2010



Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2010, resultados do universo.

1.2 - Dados da situação de saúde

De acordo com os conteúdos apresentados no Plano Estadual de Saúde para o quadriênio 2012-15, embora as doenças transmissíveis tenham cedido lugar às não transmissíveis na caracterização do perfil epidemiológico, estas ainda são expressivas como problemas de saúde pública.

No Rio de Janeiro, a magnitude de algumas destas doenças, do ponto de vista da morbidade, ainda constitui-se em desafio para o Estado e seus municípios, apesar do conhecimento e das medidas de prevenção e tratamento disponíveis. Este é o caso da AIDS, da tuberculose, da hanseníase, da sífilis em gestante e congênita, além do recrudescimento periódico da dengue, com a ocorrência de epidemias.

No que diz respeito à morbidade, o indicador da proporção de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas e por causas selecionadas pode ser útil para traçar um panorama do Estado. Cumpre ressaltar, contudo, as suas limitações para essa finalidade, tendo em vista que, embora ele reflita a demanda por assistência hospitalar, também é condicionado pela oferta de serviços existentes no território, não expressando necessariamente, o quadro nosológico da população residente.

Um volume expressivo (cerca de um quarto do total) das internações realizadas no SUS refere-se à atenção ao parto, gravidez e puerpério. Excluindo-se esse grupo de internações, as doenças do aparelho circulatório aparecem como principal causa de morbidade hospitalar, na maioria das regiões. Nas regiões da Baia de Ilha Grande e Metropolitana I destacam-se como principal causa de internação as doenças do aparelho digestivo. Já na Região Noroeste as doenças do aparelho respiratório estão em primeiro lugar.

Tabela 3 - Proporção de internações hospitalares por grupos de causas, segundo regiões, Estado do Rio Janeiro, 2011

Região de Saúde	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho respiratório	Doenças do aparelho digestivo	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	Neoplasias	Causas mal definidas	Demais Causas

Baía da Ilha Grande	10,88	9,75	11,49	4,96	4,99	1,41	56,52
Baixada Litorânea	11,17	7,80	8,70	7,33	6,30	1,50	57,19
Centro-Sul	15,05	11,20	8,62	7,53	4,66	0,81	52,14
Médio Paraíba	15,41	10,11	9,85	7,28	5,29	1,09	50,98
Metropolitana I	8,39	8,64	8,98	8,44	8,11	1,23	56,21
Metropolitana II	15,85	16,73	6,88	9,32	5,21	1,14	44,86
Noroeste	18,07	18,17	10,29	11,85	4,88	1,39	35,35
Norte	11,23	9,87	10,08	9,31	7,32	0,93	51,26
Serrana	16,22	9,84	10,05	5,45	4,94	2,09	51,41
Estado	**11,58**	**10,54**	**9,01**	**8,33**	**6,81**	**1,26**	**52,46**

Fonte: Ministério da Saúde/SE/DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH / SUS
Nota: Não foram consideradas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) de continuidade – tipo 5 e foi excluído o capítulo XV- Gravidez, parto e puerpério do CID 10.

Em todas as Regiões, as internações por pneumonia aparecem como primeira causa de internação por causas selecionadas, exceto na Metropolitana I, onde as neoplasias malignas ocupam o primeiro lugar. As neoplasias constituem a segunda principal causa de internações na maioria das Regiões.

É importante destacar que a alta taxa de internações por pneumonia identificada na Região Noroeste encontra-se muito acima das demais Regiões e da média encontrada no Estado.

Tabela 4 - Taxa de internação hospitalar (SUS) por causas selecionadas, segundo regiões, Estado do Rio Janeiro, 2011

Regional saúde	Diabete melito	Neoplasias malignas	Doenças Hipertensivas	Doenças isquêmicas do coração	Doenças Cardiovasculares	Pneumonia
Baía da Ilha Grande	5,95	13,14	2,96	11,54	7,97	26,94
Baixada Litorânea	7,08	18,98	4,83	13,52	6,45	20,12
Centro-Sul	15,97	15,69	11,74	16,88	18,44	39,61
Médio Paraíba	12,62	25,63	13,99	17,61	12,36	28,54
Metropolitana I	3,13	19,64	2,80	5,63	7,50	18,80
Metropolitana II	8,14	18,43	4,19	10,49	9,78	32,23
Noroeste	20,12	23,33	16,72	38,38	22,54	95,76
Norte	9,58	29,86	4,71	13,45	8,24	35,76
Serrana	9,85	18,96	7,72	21,80	27,62	28,30

Estado	**5,78**	**20,18**	**4,50**	**9,52**	**9,71**	**24,56**

Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS IBGE: base demográfica.

A proporção de doenças e agravos não transmissíveis no Estado tem se elevado e hoje as **doenças cardiovasculares**, as **neoplasias**, as **doenças ligadas à nutrição e metabolismo** e as **causas externas** respondem por mais de **70% de todos os óbitos** do Estado. Os dados de morbimortalidade traduzem a magnitude e gravidade das doenças não transmissíveis, mas os dados relativos aos fatores de risco e de proteção reforçam que a transcendência deste conjunto de doenças e agravos é alta e, assim sendo, é possível modificar o perfil atual dos fatores de risco na população.

Esses três critérios de avaliação epidemiológica, ou seja, a magnitude, a gravidade e a transcendência mostram a necessidade de inserir as doenças e agravos não transmissíveis entre as prioridades das políticas de saúde no Estado e nos seus municípios.

A magnitude destes problemas de saúde no Estado do Rio de Janeiro se expressa pelas mortes acarretadas por elas. Dados preliminares de mortalidade para 2010 (SIM) mostraram que as **doenças do aparelho circulatório se constituem na primeira causa de óbito, seguida das neoplasias, em segundo e terceiro; doenças do aparelho respiratório, na quarta; na quinta posição, estão as causas mal definidas e em sexta, as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, onde predomina o diabetes.**

Entre as seis primeiras causas de óbitos relativas a 2010 e, em todas as faixas etárias, verifica-se o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis, das causas externas e das causas mal definidas de óbitos.

As doenças não transmissíveis respondem pelos principais diferenciais por sexo e idade na mortalidade do Estado do Rio de Janeiro. A curva de mortalidade proporcional por sexo e idade para a população residente apresenta dois pontos de inflexão significativos, em relação aos homens, entre os 20-29 anos – cujas três principais causas de morte foram homicídios (38,2%), lesões de intenção indeterminada (17,5%) e

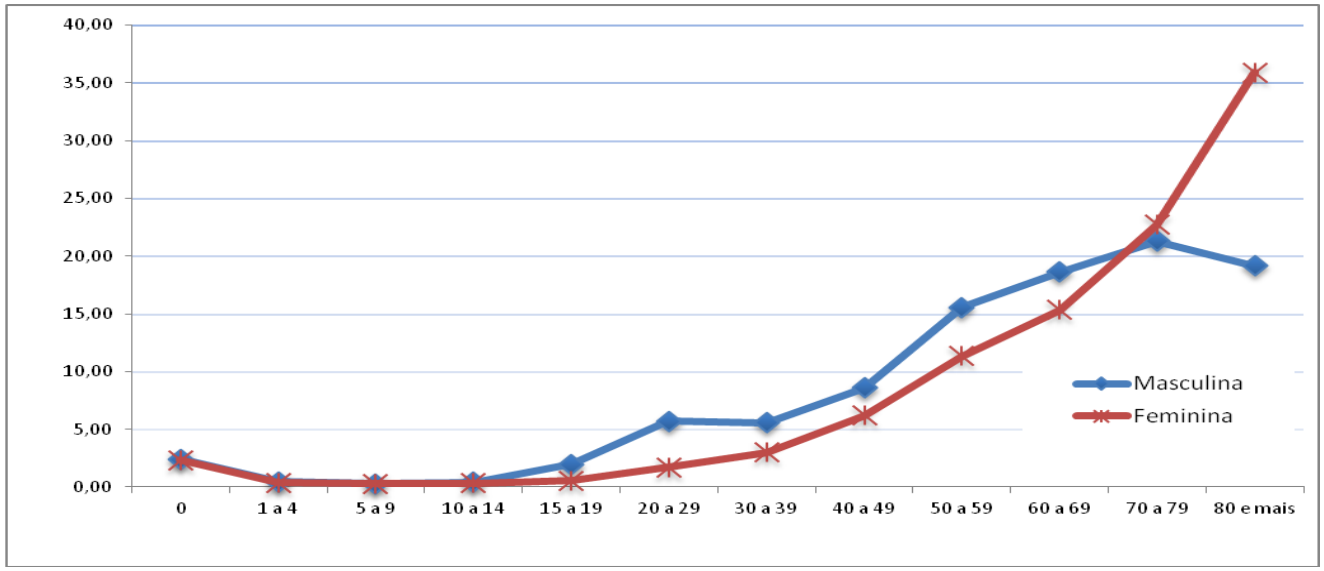
acidentes de trânsito e transporte (11,1%); e entre os 50-59 anos – cujas três principais causas de morte foram o infarto agudo do miocárdio (11,5%), as causas mal definidas (8,4%) e as doenças cerebrovasculares (7,2%).

Considerando os óbitos masculinos com idade ignorada, observa-se que os homicídios representam 24,5% do total de óbitos com esta condição, juntamente com as lesões de intenção indeterminada (18,3%) e as causas mal definidas (18,2%). É possível, portanto, que a sobremortalidade masculina jovem esteja ainda subestimada. Para os homens em geral, as três principais causas de morte em 2010 foram o infarto agudo do miocárdio (8,14%), as doenças cerebrovasculares (7,4%) e os homicídios (5,75%).

Entre as mulheres, a mortalidade não apresenta nenhum ponto de inflexão por faixa etária e as três principais causas de morte são as doenças cerebrovasculares (9,3%), o infarto agudo do miocárdio e o diabetes mellitus (ambas as cuasas com 6,9%).

Analisando a Figura abaixo, observa-se que o padrão de mortalidade masculina passa a divergir da feminina a partir dos 10 anos de idade, com aumento significativo da proporção dos óbitos entre os homens, em especial na faixa dos 10 aos 39 anos. Ao investigar a mortalidade masculina por causa e região de ocorrência nesta faixa etária específica, verifica-se que os homicídios respondem por 38% dos óbitos na Baía da Ilha Grande, **41% na Baixada Litorânea**, 13% no Centro Sul, 37,5% no Médio Paraíba, 32% na Metropolitana I (acompanhado de 15,04% de óbitos por lesões de intenção indeterminada, ou seja, que podem corresponder a homicídios), 24,6% na Metropolitana II (onde a mesma situação da Região anterior se revela, com 33,6% de óbitos por lesões de intenção indeterminada), 18 % no Noroeste, 42% no Norte e 18% na região Serrana, ficando a média estadual em 31,4%. Os acidentes de transporte são uma das três principais causas de óbito nesta faixa etária, em praticamente todas as Regiões, com exceção das Metropolitanas I e II – onde as lesões por intenção indeterminada têm uma participação extremamente alta (respectivamente, 15,04% e 33,6%).

Gráfico 2 - Mortalidade proporcional por sexo e faixa etária, RJ, 2010



Fonte: Ministério da Saúde/SE/DATASUS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

As causas externas representam, no Estado, cerca de 60% do total de causas de morte masculina jovem e correspondem a 11,5% dos óbitos no Estado – perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório, com 19,9%.

Em relação às **causas mal definidas**, pode-se afirmar que as distorções no preenchimento da Declaração de Óbito e a existência de problemas na assistência médica aumentam a frequência da utilização desse termo, ou seja, há uma diminuição da especificação das causas de morte, prejudicando a identificação de patologias importantes. A melhoria das definições dessas causas poderia modificar os dados da mortalidade no Estado e identificar com mais precisão os grupos populacionais mais afetados, assim como os principais grupos de causas e/ou causas específicas que provocaram o óbito. Provavelmente, esse aprimoramento da informação resultaria em aumento das mortes por doenças crônicas.

As mortes por **doenças do aparelho respiratório**, que, nesse momento, não são objeto da vigilância das doenças não transmissíveis no Estado, estiveram presentes em todas as faixas etárias, sendo que se constituem em segunda causa nas faixas etárias de 1 a 4 anos de idade e

70 anos e mais, e terceira causa nas faixas de menores de 1 ano e de 60 a 69 anos. Crianças menores de 5 anos e idosos, portanto, necessitam de intervenções específicas para este grupo de causas.

As **doenças do aparelho circulatório** se constituem como a 1ª causa de óbito a partir da faixa etária de 40 anos de idade no Estado, cumprindo lembrar a necessidade de intensificação das ações para o controle dos fatores de risco associados à morbidade e à mortalidade, como será tratado mais adiante.

As mortes causadas por **doenças endócrinas nutricionais e metabólicas** começam a se manifestar na faixa etária de 50 anos e mais. Dentro deste grupo, o **diabetes mellitus** responde por mais de 80 % dos óbitos e contribui como causa associada a várias outras doenças, principalmente as cardiovasculares. Entretanto, sua baixa causalidade geral entre os óbitos se deve a não menção do diabetes na Declaração de Óbito, salvo quando é registrado como causa básica, quando passa a fazer parte do dado de mortalidade.

A seguir, apresenta-se uma Tabela com a distribuição da mortalidade por grupos de causas no Estado do Rio de Janeiro:

Tabela 5 - Mortalidade proporcional por grupos de causas, segundo regiões, 2011

Região de Saúde	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Causas externas de morbidade e mortalidade	Doenças do aparelho respiratório	Neoplasias	Doenças do aparelho circulatório	Causas mal definidas	Demais causas definidas
Baía da Ilha Grande	3,19	7,86	15,38	10,15	15,47	30,28	3,11	14,57
Baixada Litorânea	4,22	6,05	12,34	11,74	15,67	29,72	7,83	12,43
Centro-Sul	4,16	9,31	9,38	8,77	13,62	36,31	3,62	14,84
Médio Paraíba	3,32	6,7	8,8	10,12	16,96	33,29	3,48	17,34
Metropolitana I	5,67	6,88	9,44	11,76	15,95	28,89	6,88	14,52
Metropolitana II	5,22	7,43	9,64	11,48	16,16	27,21	9,71	13,14
Noroeste	3,81	6,71	8,93	13,64	13,64	32,93	5,61	14,73
Norte	3,97	5,96	13,38	11,13	13,98	28,08	9,94	13,57
Serrana	3,08	6,62	15,21	11,13	14,14	30,67	4,61	14,53
Ignorado - RJ	4,88	2,1	45,49	6,92	1,56	12,34	20,54	6,17

Estado	**5,1**	**6,85**	**10,55**	**11,48**	**15,54**	**29,08**	**7,10**	**14,3**

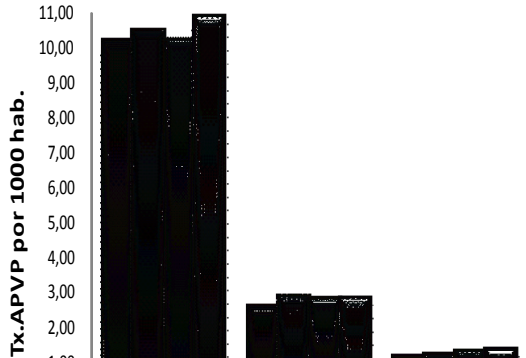
Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro/ Subsecretaria de Vigilância em Saúde/ Sistema de Informações sobre Mortalidade.

A gravidade do diabetes está na sua evolução para os órgãos alvos e nas incapacitações decorrentes da cegueira por inflamação da retina, insuficiência renal, necrose e amputação de membros devido à insuficiência de vascularização periférica. Cabe ressaltar que, além dos custos indiretos com as complicações do diabetes, como por exemplo, o infarto agudo do miocárdio, os acidentes cerebrovasculares, as arteriopatias, as retinopatias, entre outras, esta enfermidade é a que mais contribui para uma má qualidade de vida. A cronicidade da doença, acompanhada muitas vezes de incapacidade, associada aos elevados custos do tratamento contribuem para o agravamento do problema e perda relacionada à produtividade também pelo absenteísmo, aposentadoria e mortalidade precoce.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2006) os custos diretos com o diabetes variam entre 2,5% e 15% do orçamento anual da saúde, dependendo de sua prevalência e do grau de sofisticação do tratamento disponível. Estimativas do custo direto para o Brasil estão em torno de 3,9 bilhões de dólares.

Além do diabetes, um estudo sobre o indicador de saúde que mede os impactos nos Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), que traduz o número de anos que uma pessoa poderia ter vivido e produzido, caso não fosse a óbito prematuramente, mostrou que a maior taxa de APVP (média de 10,43 por 1.000 habitantes) foi atribuída às causas relacionadas à Hipertensão Arterial Sistêmica, conforme figura a seguir.

Gráfico 3 - Estudo sobre os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) por 1.000 habitantes, RJ, 2005-2008



Fonte: SESDEC/Instituto de Desenvolvimento Gerencial (INDG).

A **Hipertensão Arterial Sistêmica** contribui diretamente para a maioria dos casos de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e por grande parte dos casos de Doença Arterial Coronariana (DAC), Insuficiência Cardíaca (ICC) e Doença Renal Crônica (DRC), gerando custos altos de tratamento e contribuindo para invalidez muitas vezes precoce dos seus portadores.

Tanto os portadores de diabetes como os hipertensos podem ser cadastrados no SIS-HiperDia, conforme o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil, implantado a partir de 2000, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde. Além do Hiperdia, foi também implantado, de forma concomitante, o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM).

Esse Plano estabelecia que todos os casos confirmados dessas doenças deveriam ser cadastrados e vinculados às Unidades Básicas de Saúde e às equipes do Programa Saúde da Família para acompanhamento continuado, clínico e laboratorial.

A prevalência estimada da HAS é de 35% da população com idade de 40 anos e mais. Em 2010, verificou-se no Estado do Rio de Janeiro que, dos 2.153.788 hipertensos estimados, apenas 496.521 (23,1%) encontravam-se no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia).

Com relação ao DM, que tem prevalência estimada de 11% da população com idade de 40 anos e mais, verificou-se que dos 615.368 diabéticos estimados, apenas 148.107 (24,1%) encontravam-se cadastrados neste Sistema. Como foi destacado, esta doença é responsável por complicações crônicas importantes e contribui diretamente para grande parte dos casos de Doença Renal Crônica, sendo a principal causa de amputações não traumáticas dos membros inferiores. Ressalta-se, ainda, que a principal causa associada de morbimortalidade nos diabéticos é a doença cardiovascular, com alta incidência de Acidente Vascular Encefálico e Doença Arterial Coronariana.

Embora esta baixa proporção dos cadastrados possa ser atribuída à incapacidade dos serviços para realização do diagnóstico, captação e vinculação dos pacientes, é preciso esclarecer que a análise não considera os dados do município do Rio de Janeiro, o qual cadastra seus pacientes num sistema próprio de informação.

Além disso, este sistema de informação vem mostrando aumento progressivo na adesão dos municípios e no número de pacientes cadastrados. O cadastramento, inclusive, é um indicador acrescido pelo Estado para pactuação, desde 2007, e está entre os 9 indicadores de relevância para a organização e estruturação das ações de Vigilância em Saúde nos municípios (CIB, 22/06/2010).

As Tabelas abaixo mostram que somente 4 Regiões do Estado (44%) tiveram cadastros superiores a 50% e que foram cadastrados, no estado, mais hipertensos do que eu diabéticos. Excluindo-se a capital do cálculo, observa-se que o cadastro no Estado praticamente dobrou no período de 2002 a 2010.

Tabela 6 - Distribuição da população de portadores de Hipertensão cadastrada no HiperDia segundo Região de Saúde, RJ, 2002-2010

Estado e Regiões de saúde	%
Estado	**48,12**
Baía da Ilha Grande	71,10

Baixada Litorânea	48,38
Centro-Sul	82,84
Médio Paraíba	35,11
Metropolitana I	11,59
Metropolitana II	25,93
Noroeste	67,84
Norte	56,26
Serrana	42,85

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro – SIS-HiperDia, 12/2010. http://hiperdia.datasus.gov.br

Tabela 7 - Distribuição da população de portadores de Diabetes Mellitus cadastrada no HiperDia segundo Região de Saúde, RJ, 2002 -2010

Estado e Regiões de saúde	%
Estado	**22,38**
Baía da Ilha Grande	61,05
Baixada Litorânea	54,66
Centro-Sul	72,54
Médio Paraíba	38,49
Metropolitana I	11,55
Metropolitana II	21,09
Noroeste	48,61
Norte	58,54
Serrana	36,93

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro – SIS-HiperDia, 12/2010. http://hiperdia.datasus.gov.br

Outro problema de saúde com expressão relevante é a **doença falciforme**. Esta representa a mais comum das doenças genéticas humanas e o Estado do Rio de Janeiro tem a segunda maior incidência nacional, que corresponde a 4,8% da população.

Para seu enfrentamento, o Estado implantou, em 2000, a fase II do Programa de Triagem Neonatal. Desde então, mais de 1.000.000 de exames foram realizados, sendo diagnosticados mais de 900 casos novos.

A Resolução SES-RJ nº 2.786/2005 define a Política de Atenção Integral à Pessoa com Doença Falciforme no Estado, prevendo a descentralização do atendimento e definindo a implantação de 41 ambulatórios em 29 municípios, quantitativo resultante da análise da prevalência e incidência da doença e das necessidades nas diferentes Regiões, considerando a vulnerabilidade das comunidades quilombolas e daquelas com maior densidade de população negra. Atualmente, são 33 ambulatórios em funcionamento.

Em dois anos, 43% dos casos elegíveis foram descentralizados, representando 68% do programado e 87 (95%) dos municípios aderiram à política estadual.

No que concerne à Taxa de Mortalidade Infantil, observou-se uma diminuição dos valores, entre os anos de 2001 e 2010, em todas as Regiões, acompanhando uma tendência nacional. Essa redução reflete a melhoria nas condições de vida, o declínio da fecundidade e o efeito de intervenções públicas nas áreas de saúde, saneamento e educação. Destaca-se que a redução observada foi mais acentuada em regiões onde, em 2001, essa taxa era mais alta, quais sejam: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Noroeste e Norte.

As regiões Norte e Serrana permanecem com as taxas mais elevadas quando comparadas ao valor para o Estado.

Tabela 8 – Taxa de Mortalidade Infantil segundo regiões, 2001 a 2011

Região de Saúde	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Baía da Ilha Grande	15,85	12,96	14,46	7,04	10,71	11,32	12,47	11,15	11,42	10,42	12,68
Baixada Litorânea	17,73	14,25	15,28	14,06	14,34	15,35	12,58	12,94	12,47	11,89	10,71
Centro-Sul	25,87	20,19	26,09	18,35	16,01	15,72	18,18	14,91	12,50	13,71	12,89

Médio Paraíba	19,49	19,97	19,37	18,64	15,25	14,85	12,53	15,12	13,43	14,04	14,30
Metropolitana I	17,38	17,34	17,11	17,31	15,82	15,22	14,70	14,36	14,54	13,88	14,01
Metropolitana II	15,08	17,18	16,56	16,02	15,29	14,30	14,38	13,53	14,49	13,80	12,17
Noroeste	18,95	17,67	19,66	14,04	15,96	17,40	16,50	15,51	12,14	12,16	13,92
Norte	23,17	22,19	19,70	18,32	17,85	15,81	16,43	15,68	15,34	15,37	14,94
Serrana	19,72	17,97	17,30	17,89	16,85	15,27	14,89	14,54	14,94	15,53	16,38
Estado	**18,25**	**17,94**	**17,66**	**17,24**	**16,01**	**15,29**	**14,78**	**14,39**	**14,44**	**13,96**	**13,88**

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro/ Subsecretaria de Vigilância em Saúde/ Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e Sistema de Informações sobre Mortalidade - dados preliminares

A população com menos de cinco anos de idade reduziu 28,8% em dez anos, pois passou de 8,5% da população total, em 2000, para 6,2%, em 2010. Esses dados são reforçados pela forte tendência de queda da taxa bruta de natalidade do Estado, que no ano de 2000 era de 18 nascimentos para cada mil habitantes e 13,4 em 2010.

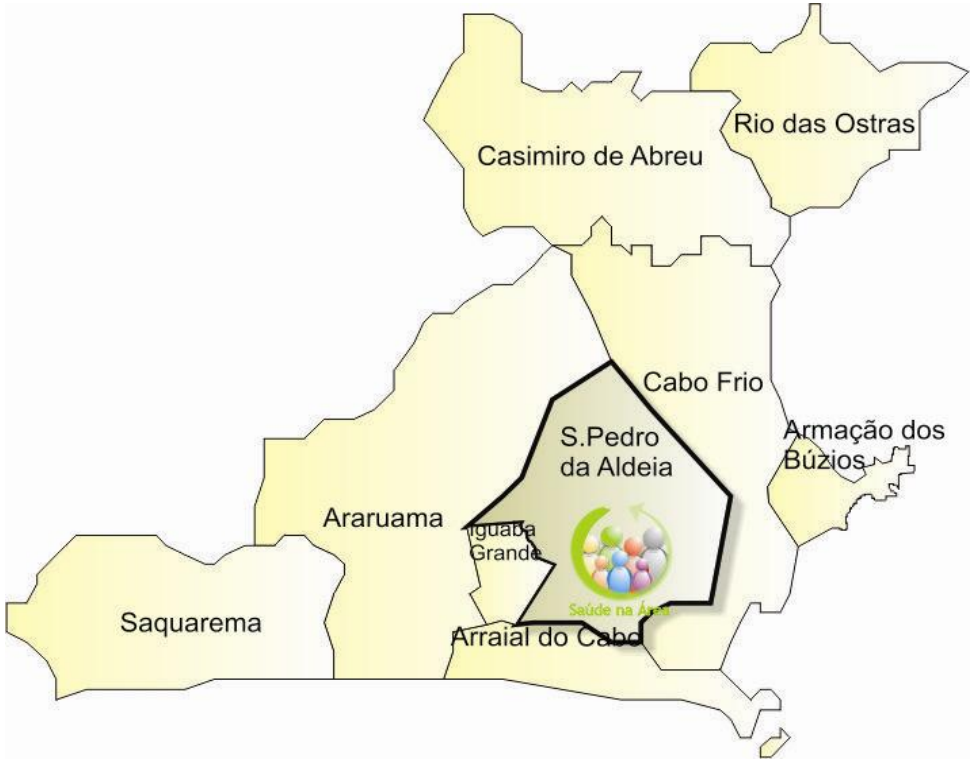
A análise dos nascimentos ocorridos no Estado permite verificar que o percentual de nascidos vivos de mães com idade inferior a 20 anos, no ano de 2009, foi 18,2%. O município de Conceição de Macabu foi o que apresentou a maior taxa de mães adolescentes (27,8%) e a menor taxa foi apresentada pelo município de Santo Antônio de Pádua (13,3%).

O maior volume de partos ocorreu na Região Metropolitana, 74,2% do total do Estado e, desses, cerca de 60% foram do tipo cesáreo. A Região Noroeste Fluminense apresentou o maior percentual de partos cesáreos do Estado, pois dos 3959 nascimentos ocorridos na região em

2010, 3283 foram cesarianas (82,9%). Cumpre ressaltar que a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996) considera que a redução das taxas de cesariana constitui um indicador de qualidade em relação aos cuidados de saúde materno-fetais, já que diversos estudos nacionais e internacionais revelam maior morbimortalidade materna entre as mulheres submetidas à cesárea, devido a infecções puerperais, acidentes e complicações anestésicas, e recomenda, assim, que a proporção de cesarianas não ultrapasse o patamar de 15%.

2 - Região da Baixada Litorânea

Mapa 1 – Região da Baixada Litorânea - Localização da sede da CIR



Localizada no limite com a Região Metropolitana II, a Região da Baixada Litorânea corresponde a aproximadamente 6,2% da área total do estado do Rio de Janeiro e concentra 4,25% de sua população, com densidade demográfica média abaixo do padrão estadual. É formada por nove municípios: Araruama, Iguaba Grande, São Pedro da Aldeia, Saquarema, Armação de Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu e Rio das Ostras.

A região é tradicionalmente um grande polo de atração de veranistas, constituindo-se num grande mercado imobiliário para uma demanda localizada principalmente na capital do Estado, e já mostra os impactos da construção de empreendimentos de grande porte como o SuperClub Breezes (Armação dos Búzios), a Reserva do Peró (Cabo Frio), ambos *resorts* voltados para uma população de alto poder aquisitivo, além da Zona Especial de Negócios de Rio das Ostras (ZEN), que pretende agregar diversos empreendimentos associados ao COMPERJ.

Todos os municípios da região, com exceção de Arraial do Cabo, apresentaram taxas de crescimento muito superiores à média estadual e característica migratória atratora, com destaque para Rio das Ostras. Embora a região tenha grande potencial de desenvolvimento social e econômico por sua localização estratégica, existe a perspectiva de crescimento dos bairros periféricos e de agravamento da pobreza, em decorrência da atração exercida pela expansão da construção civil, do turismo e dos serviços, com sua forte sazonalidade.

Tabela 9 - Região Baixada Litorânea - Área e dados Populacionais

Regiões/Estado	Área (km^2)	Percentual da área em relação à região	População	% da população na região	Densidade demográfica
Baixada Litorânea	2.707,1	6,18	679.493	4,25	251,00
Araruama	638.00	23.57	112008	16.48	175.56
Armação de Búzios	70.30	2.60	27560	4.06	392.03
Arraial do Cabo	160.30	5.92	27715	4.08	172.89
Cabo Frio	410.40	15.16	186227	27.41	453.77
Casimiro de Abreu	460.80	17.02	35347	5.20	76.71

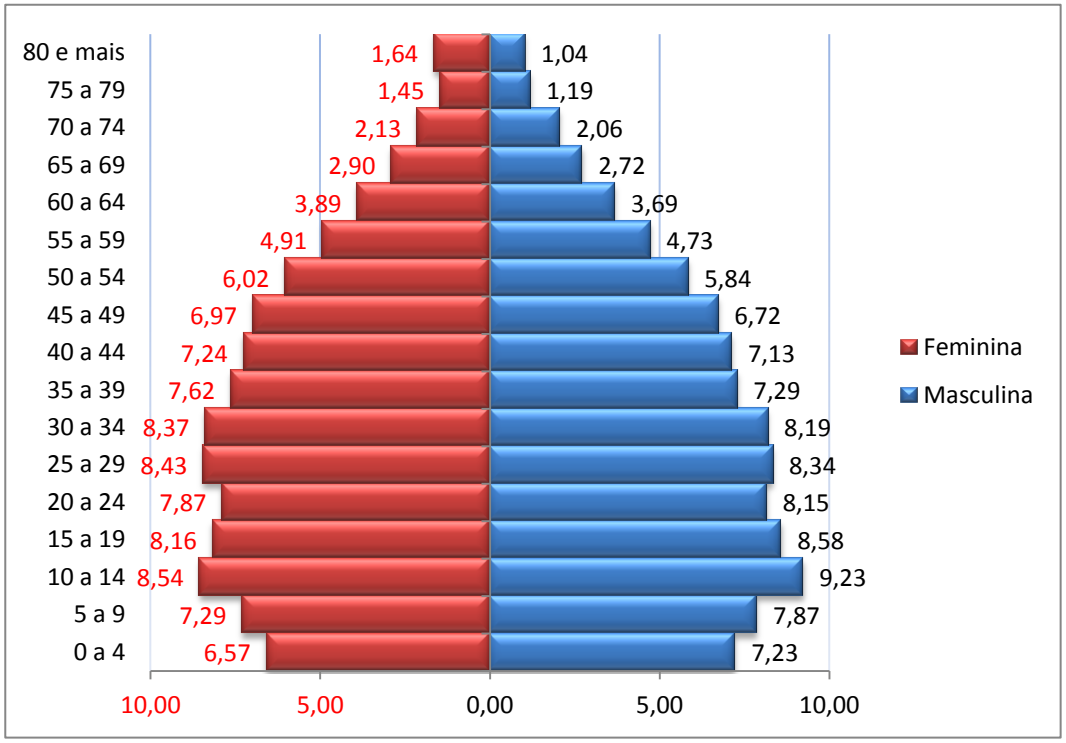
Iguaba Grande	51.90	1.92	22851	3.36	440.29
Rio das Ostras	229.00	8.46	105676	15.55	461.47
S. Pedro da Aldeia	332.80	12.29	87875	12.93	264.05
Saquarema	353.60	13.06	74234	10.92	209.94
Estado	43.779,8	-	15.989.929	-	365,24

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010, resultados do universo.

O percentual de população, com menos de 5 anos é superior à média estadual; paralelamente, o percentual de idosos fica abaixo da média, com exceção de Iguaba Grande, que apresenta o maior índice de envelhecimento da Região.

A estrutura etária da região é relativamente jovem e equilibrada, com razões de sexo superiores à média estadual, baixos índices de envelhecimento e diferencial de envelhecimento por sexo mais reduzido que o padrão estadual, com exceção de Iguaba Grande que se destaca por uma longevidade aparente que pode ser devida a sub registro de óbitos.

Gráfico 4 - Estrutura etária da Região Baixada Litorânea, 2010



Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2010, resultados do universo.

2.2 - Dados da situação de saúde

A distribuição proporcional de internações segundo grupos de causas, da população residente na Baixada Litorânea, em 2011, foi semelhante à do Estado, com a maior proporção de internações por gravidez, parto e puerpério (27,45%), seguida das internações por doenças do aparelho circulatório (11,21%). As internações por doenças do aparelho digestivo foram a terceira maior causa (8,70%), diferente do Estado, onde estas afecções ocuparam a quarta posição.

Tabela 10 - Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas segundo município de residência na região Baixada Litorânea, 2011

	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	Neoplasias	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho respiratório	Doenças do aparelho digestivo	Doenças do aparelho geniturinário	Gravidez parto e puerpério	Causas externas	Demais causas
Estado	**8,30%**	**6,80%**	**11,58%**	**10,52%**	**8,99%**	**6,53%**	**20,76%**	**7,14%**	**19,39%**
Baixada Litorânea	**7,31%**	**6,31%**	**11,21%**	**7,82%**	**8,70%**	**6,14%**	**27,45%**	**6,74%**	**18,33%**
Araruama	5,24%	6,14%	10,87%	7,47%	9,39%	5,75%	25,05%	6,95%	23,15%
Armação dos Búzios	4,18%	10,85%	12,01%	11,57%	7,92%	6,85%	24,73%	7,65%	14,23%
Arraial do Cabo	6,04%	8,03%	11,36%	8,39%	10,28%	8,21%	20,11%	10,01%	17,58%
Cabo Frio	10,90%	6,49%	12,43%	4,27%	6,79%	4,39%	31,37%	8,06%	15,29%
Casimiro de Abreu	4,17%	4,30%	10,66%	14,16%	8,93%	9,86%	15,49%	4,83%	27,60%
Iguaba Grande	7,03%	10,94%	11,61%	6,70%	9,26%	6,03%	27,12%	5,02%	16,29%
Rio das Ostras	7,68%	4,07%	10,10%	12,43%	10,64%	6,87%	28,61%	3,37%	16,23%
São Pedro da Aldeia	4,80%	7,83%	7,08%	3,15%	9,67%	6,57%	38,42%	5,98%	16,52%

Saquarema	7,20%	4,88%	13,56%	10,90%	8,31%	6,97%	21,30%	7,84%	19,04%

Fonte: Ministério da Saúde / Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Nota: Não foram consideradas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) de continuidade – tipo 5. Os dados de 2011 são preliminares, com situação da base nacional em 20/09/2012, sujeitos a retificação.

O capítulo gravidez, parto e puerpério foi responsável pela maior proporção de internações em todos os municípios, com destaque para São Pedro da Aldeia (38,42%) e Cabo Frio (31,37%). Casimiro de Abreu apresentou a menor proporção por essa causa (15,49%).

Em seis municípios da região, a segunda maior causa de internações foram as doenças do aparelho circulatório, sendo as maiores proporções observadas em Saquarema (13,56%), Cabo Frio (12,43%) e Armação de Búzios (12,01%). As exceções foram Casimiro de Abreu e Rio das Ostras, que apresentaram como segunda maior causa de internação as doenças do aparelho respiratório (14,16% e 12,43%, respectivamente), e São Pedro da Aldeia, com segunda maior proporção para as doenças do aparelho digestivo (9,67%).

As neoplasias foram a terceira causa de internação em Iguaba Grande (10,94%) e São Pedro da Aldeia (7,83%) e a quarta causa em Armação de Búzios (10,85%) e Arraial do Cabo (8,03%). Já as doenças do aparelho respiratório foram a terceira causa para Armação de Búzios (11,57%) e Saquarema (10,90%).

As doenças do aparelho digestivo foram a terceira causa de internação nos municípios de Araruama (9,39%), Arraial do Cabo (10,28%) e Rio das Ostras (10,64%).Também merece destaque como quarta causa de internação em Iguaba Grande (9,26%).

A maior proporção de internações por doenças infecciosas e parasitárias foi a de Cabo Frio (10,90%), ocasionada, principalmente, pelo aumento das internações por dengue (2,7 vezes superior ao número de internações de 2010). Estas internações foram predominantemente entre a população mais jovem (5 a 34 anos).

As internações por causas externas na região tiveram proporção semelhante, porém menor que a do Estado (6,74%). Cabo Frio (8,06%) e Arraial do Cabo (10,01%) tiveram os maiores índices da região, sendo o perfil de internados, principalmente, homens jovens.

As doenças do aparelho genitourinário apresentaram índices maiores que o estadual para os municípios de Arraial do Cabo (8,21%) e Casimiro de Abreu (9,86%).

Tabela 11 - Taxa de internação hospitalar (SUS) por causas selecionadas segundo município de residência na região Baixada Litorânea, 2011

	Neoplasias malignas	Diabetes mellitus	Doenças hipertensivas	Doenças isquêmicas do coração	Doenças cerebrovasculares	Pneumonia
Estado	**20,18**	**5,86**	**4,32**	**9,44**	**8,04**	**24,77**
Baixada Litorânea	**19,06**	**7,12**	**4,84**	**13,60**	**6,55**	**20,16**
Araruama	20,00	7,23	6,87	15,80	10,18	22,41
Armação dos Búzios	25,40	5,44	4,35	12,70	7,62	30,12
Arraial do Cabo	22,73	12,99	5,41	15,52	15,52	28,50
Cabo Frio	22,18	4,30	3,44	17,29	2,31	8,43
Casimiro de Abreu	13,58	19,80	20,94	4,81	4,53	35,36
Iguaba Grande	40,26	3,94	8,75	20,57	5,25	18,38
Rio das Ostras	11,17	5,49	0,76	9,37	8,23	34,35
São Pedro da Aldeia	19,23	3,64	2,28	7,17	1,71	6,71
Saquarema	13,20	13,88	5,25	16,30	12,66	28,42

Fonte: Ministério da Saúde / Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS

Nota: Não foram consideradas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) de continuidade – tipo 5. Os dados de 2011 são preliminares, com situação da base nacional em 20/09/2012, sujeitos a retificação.

As taxas de internação por causas selecionadas seguem o perfil do estado, sendo as três principais a pneumonia (20,16 internações por 10.000 habitantes), as neoplasias malignas (19,06 internações por 10.000 habitantes) e as doenças isquêmicas do coração (13,60 internações por 10.000 habitantes).

Apenas três municípios tiveram como maiores taxas de internação as de neoplasias malignas ao invés de pneumonia: Cabo Frio (22,18), Iguaba Grande (40,26) e São Pedro da Aldeia (19,23). Os mesmos apresentam as taxas de internação por pneumonia como terceiras maiores (8,43; 18,38; 6,71, respectivamente).

As neoplasias malignas e as doenças isquêmicas do coração correspondem, respectivamente, a segunda e terceira maior taxa de internação em Araruama, Armação de Búzios, Arraial do Cabo e Rio das Ostras. As doenças isquêmicas do coração são a segunda maior taxa para os demais municípios, exceto Casimiro de Abreu, cuja segunda maior taxa é para as doenças hipertensivas (20,94).

Destacam-se ainda as taxas de internação por diabetes de Casimiro de Abreu (19,80) e Saquarema (13,88) e a de doenças cardiovasculares em Arraial do Cabo (15,52).

O perfil de mortalidade da região em 2011 também foi bem semelhante ao do estado, tendo as doenças do aparelho circulatório (32,22% dos óbitos da região) e as neoplasias (16,96% dos óbitos da região) como primeira e segunda maiores causas de óbito, respectivamente. Mas enquanto as doenças do aparelho respiratório foram a terceira maior causa de óbito para o estado, para a Baixada Litorânea foram as causas externas.

Tabela 12 - Mortalidade proporcional por grupos de causas, segundo município de residência na região Baixa Litorânea, 2011

	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	Neoplasias	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho respiratório	Causas externas	Demais causas definidas
Estado do RJ	**5,49**	**16,67**	**7,36**	**31,23**	**12,27**	**11,61**	**15,38**
Baixada Litorânea	**4,59**	**16,96**	**6,59**	**32,22**	**12,63**	**13,47**	**13,54**
Araruama	5,72	15,83	5,97	32,16	12,55	12,30	15,47
Armação dos Búzios	5,52	18,40	3,07	20,86	17,18	24,54	10,43
Arraial do Cabo	4,57	22,86	10,29	29,71	10,86	10,29	11,43
Cabo Frio	5,02	16,37	5,99	31,95	13,56	14,52	12,59
Casimiro de Abreu	3,74	17,65	9,09	32,09	13,90	11,23	12,30
Iguaba Grande	3,24	16,20	9,72	29,17	12,96	10,65	18,06
Rio das Ostras	5,01	15,99	6,94	30,25	12,52	13,68	15,61
São Pedro da Aldeia	3,17	17,26	6,94	36,11	10,32	15,08	11,11

Saquarema	3,32	18,46	5,81	37,14	11,62	10,58	13,07

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro /Subsecretaria de Vigilância em Saúde / Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Notas: Excluídas as causas mal definidas. Os dados de 2011 são preliminares, com situação em 08/10/2012, sujeitos a retificação e recebimento de informações de óbitos ocorridos em outros estados, de residentes no Rio de Janeiro.

Analisando a proporção de óbitos por causas externas da região, ganha destaque o município de Armação dos Búzios, onde esta foi a principal causa de óbito em 2011 (24,54%). Todos os demais municípios tiveram como principal causa de óbito as doenças do aparelho circulatório, seguida das neoplasias. Dos óbitos por causas externas em Armação dos Búzios, 45% foram decorrentes de acidentes e 35% de homicídios[1].

Em São Pedro da Aldeia, Cabo Frio e Rio das Ostras, as causas externas foram, assim como na região, a terceira principal causa de óbito. Em Araruama, Arraial do Cabo, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande e Saquarema, a terceira maior proporção de óbitos foi, assim como no estado, por doenças do aparelho respiratório, sendo a mais importante delas a pneumonia.

As doenças nutricionais e metabólicas foram a quinta maior causa de óbito no estado (7,36%) e na região (6,59%) em 2011. Para este grupo de causas, destacam-se os municípios de Arraial do Cabo (10,29%), Iguaba Grande (9,72%) e Casimiro de Abreu (9,09%).

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) da região baixou de 17,73 para 10,76 entre 2001 e 2011, ou seja, teve uma queda de quase 40%. As maiores reduções ocorreram em São Pedro da Aldeia (51%) e Cabo Frio (46%).

Os municípios de Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Casimiro de Abreu e Iguaba Grande, por terem uma população muito pequena (menos de 40 mil habitantes), possuem uma série de óbitos infantis com grandes oscilações ano a ano. Desse modo, deve-se olhar com cautela para cortes transversais (em um ano específico) na análise deste indicador. Casimiro de Abreu, por exemplo, tem o ano de 2001 como o ponto mais baixo de sua série desde 2000, que varia de 1 óbito infantil a 7 (em 2002 e 2010). Em função disso, não é possível afirmar que a mortalidade infantil em Casimiro de Abreu aumentou neste período.

[1] São considerados homicídios os óbitos resultantes de agressões e das intervenções legais e operações de guerra.

A queda da TMI na região deveu-se, principalmente, à redução de óbitos no período neonatal tardio (de 7 a 27 dias de vida).

Tabela 13 – Taxa de Mortalidade Infantil e número de óbitos infantis* ao ano, segundo município de residência na região Baixada Litorânea, 2001 a 2011

	TMI / Nº de Óbitos Infantis*										
Município de residência	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Baixada Litorânea	17,73	14,25	15,28	14,06	14,34	15,35	12,58	12,94	12,47	11,89	10,71
Araruama	18,40	17,00	16,21	16,81	16,34	22,54	13,29	14,18	14,91	16,53	16,23
Armação dos Búzios	7	9	4	7	9	15	2	10	4	6	4
Arraial do Cabo	9	5	8	7	10	2	2	3	0	2	6
Cabo Frio	18,05	8,16	13,87	13,31	13,28	12,25	12,46	10,63	11,95	11,46	9,66
Casimiro de Abreu	1	7	3	3	6	6	6	5	3	7	3
Iguaba Grande	6	7	3	3	7	4	1	4	1	4	5
Rio das Ostras	11,31	13,85	16,71	10,82	9,61	11,28	12,15	11,16	15,81	6,81	7,87
São Pedro da Aldeia	24,14	18,41	22,99	15,33	10,81	11,42	15,09	11,45	13,75	10,92	11,76
Saquarema	13	13	11	14	12	16	15	18	12	14	8
Estado	**18,25**	**17,94**	**17,66**	**17,24**	**16,01**	**15,29**	**14,78**	**14,39**	**14,44**	**13,96**	**13,88**

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro/ Subsecretaria de Vigilância em Saúde/ Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos –SINASC e Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Nota: Os dados de 2011 são preliminares, com situação em 14/02/13, sujeitos a retificação e recebimento de informações de óbitos de residentes no RJ ocorridos em outros estados e de nascimentos ocorridos em outros estados, de mães residentes no RJ.

* Para municípios com menos de 80 mil habitantes, foi considerado o número de óbitos. Embora Rio das Ostras e São Pedro da Aldeia não tivessem 80 mil habitantes em 2001, foi calculada a TMI para facilitar a comparação com o ano de 2011, em que sua população já superava esta marca.

3 - Capacidade instalada e oferta de serviços de saúde na Região (dados do CNES com a situação da base nacional por ocasião da consulta, sujeitos a alterações cadastrais)

De acordo com dados para fevereiro de 2012, a Região da Baixada Litorânea dispõe de 20 hospitais cadastrados no SUS e um total de 1.247 leitos hospitalares cadastrados no CNES, dos quais quase a metade (550) está concentrada no município de Cabo Frio.

Dos leitos existentes, 280 não estão disponibilizados para o SUS.

A Região conta com 411 serviços de média complexidade e 34 de alta complexidade ambulatorial cadastrados no CNES, além de 304 serviços de média complexidade e 13 de alta complexidade hospitalar, mas o grande volume deles está concentrado em Cabo Frio, seguido de Araruama e Rio das Ostras.

A maioria das internações (84,91%) da população residente ocorreu na própria Região, sendo 14,86% realizadas em outras regiões e 0,23% em outros estados.

Nos municípios de São Pedro da Aldeia e Saquarema os percentuais de retenção foram, respectivamente, 53,28% e 56,69% das internações de seus residentes no próprio município.

3.1 - Atenção Básica

A partir do ano de 2012, com a instituição do Decreto Presidencial nº7508/11 e diretrizes do COAP, foi redefinido o cálculo da cobertura de Atenção Básica, com o acréscimo de equipes de AB tradicionais equiparadas às equipes de SF. Para a região observa-se que as coberturas variam desde 16,22% no município de Rio das Ostras até 100% em Armação dos Búzios.

Tabela 14 - Cobertura de Atenção Básica, segundo Região de Saúde e municípios, 2012

Região/Municípios	Cobertura de atenção básica (%)
Baixada Litorânea	**52,63**
Araruama	28,88
Armação dos Búzios	100,00
Arraial do Cabo	85,68
Cabo Frio	69,19
Casimiro de Abreu	90,76
Iguaba Grande	89,46
Rio das Ostras	16,22
São Pedro da Aldeia	46,80
Saquarema	47,43
Estado do Rio de Janeiro	**48,95**

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde/ Tabnet – Indicaderes de Saúde - Indicadores de Transição Pacto pela Saúde - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - COAP – 2012, geração de dados em 22/02/2013.

A região apresenta cobertura de ESB menor que 50%, tendo São Pedro da Aldeia com a cobertura mais baixa, com 16,72%, e com a cobertura mais expressiva Armação de Búzios, com 95,48%. O método de cálculo baseia-se no Instrutivo do proceso de pactuação dos Indicadores de Transição do Pacto ao COAP, datado de 23/07/12.

Tabela 15 - Cobertura das Equipes de Saúde Bucal, segundo Região de Saúde e municípios, 2012

Região/Municípios	Cobertura ESB (%)
Baixada Litorânea	**37,83**
Araruama	21,01
Armação de Búzios	95,48
Arraial do Cabo	64,26
Cabo Frio	53,46
Casimiro de Abreu	49,50
Iguaba Grande	76,68
Rio das Ostras	18,92
São Pedro D'Aldeia	16,72
Saquarema	27,67
Estado RJ	**30,81**

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde/ Tabnet – Indicaderes de Saúde - Indicadores de Transição Pacto pela Saúde - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - COAP - 2012, geração de dados em 22/02/2013.

A região atingiu os parâmetros mínimos estabelecidos pelo Programa Nacional de Imunização para as vacinas Tríplice Viral, Tetravalente e Influenza, respectivamente, 95%, 95% e 80%. No que se refere às vacinas Tríplice Viral e Tetravalente, os municípios de Armação de Búzios, Cabo Frio e Rio das Ostras não atingiram as coberturas mínimas preconizadas pelo Ministério da Saúde. A região superou a média estadual no que diz respeito às coberturas de Tetravalente e Influenza.

Tabela 16 - Cobertura Vacinal, segundo Região de Saúde e municípios, 2011

	Cobertura Vacinal		
	Tríplice Viral (CCR)	**Tetravalente**	**Influenza**
Baixada Litorânea	**97,95**	**101,47**	**101,47**
Araruama	125,39	113,95	113,95
Armação de Búzios	79,04	91,54	91,54
Arraial do Cabo	100,30	101,80	101,80
Cabo Frio	90,39	86,67	86,67
Casimiro de Abreu	127,83	146,55	146,55
Iguaba Grande	150,22	144,84	144,84
Rio das Ostras	79,89	87,86	87,86
São Pedro D'Aldeia	97,89	106,69	106,69
Saquarema	99,23	125,83	125,83
Estado do RJ	**107,14**	**97,38**	**78,71**

Fonte: SI – Programa Nacional de Imunização

3.2 - Atenção Psicossocial

De acordo com parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde para o indicador, observa-se que a região da Baixada Litorânea apresentou uma taxa de cobertura de CAPS boa (0,63 por 100.000 habitantes), que corresponde à mesma verificada para estado.

Tabela 17 - Capacidade Instalada de Centro de Atenção Psicossocial, segundo Região de Saúde e municípios, 2012

Região/ Municípios	Nº de CAPS 2012	Taxa de Cobertura de (CAPS) 2012	Análise da Taxa de Cobertura	Nº de internações*	SRT**	Leito em HG***	População 2012
Baixada Litorânea	**6**	**0,63**	**Boa**	93	**-**	**-**	**715.500**
Araruama	1	0,86	Muito Boa	14	-	-	116.418
Armação de Búzios	-	-	-	6	-	-	28.973
Arraial do Cabo	-	-	-	5	-	-	28.295
Cabo Frio	2	1,02	Muito Boa	11	1	-	195.197
Casimiro de Abreu	-	-	-	6	-	-	37.340
Iguaba Grande	-	-	-	7	-	-	24.079
Rio das Ostras	1	0,43	Baixa	16	-	-	116.134
São Pedro D'Aldeia	1	0,55	Boa	7	-	-	91.542
Saquarema	1	0,64	Boa	21	-	-	77.522
Estado RJ	**123**	**0,63**	**Boa**	**10.331**	**50**	**178**	**16.231.365**

Fonte: Ministério da Saúde / Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES e IBGE: Censo Demográfico 2010.
* Informações do Sistema Estadual de Regulação, não incluem internações do município do Rio de Janeiro.

** Dispositivos credenciados em CIB, no 2012, e encaminhados à Coordenação Nacional de Saúde Mental/MS para habilitação.
*** Dispositivos que receberam incentivo no ano de 2012, com previsão de habilitação pela Coordenação Nacional de Saúde Mental/MS em 2013.

3.3 - Atenção à Urgência e Emergência

A adesão do Estado do Rio de Janeiro à Rede de Urgência e Emergência ocorreu em novembro de 2011, sendo definidas como prioritárias para início da implantação as regiões Metropolitanas I e II, a partir da instituição do Grupo Condutor Estadual de Atenção às Urgências.

Esse processo deu-se em sintonia com as atividades do Comitê Gestor de Atenção às Urgências do Estado do Rio de Janeiro, que, desde 2009, coordenou a criação e implantação dos Comitês Gestores de Urgência e Emergência em todas as Regiões de Saúde do Estado e definiu as diretrizes para os planos estadual e regionais de urgência e emergência.

A Secretaria Estadual de Saúde – SES/RJ vem coordenando o processo da implementação da Rede de Urgência e Emergência em parceria com o COSEMS/RJ e Ministério da Saúde, participando das reuniões das Comissões Intergestores Regionais – CIR constantemente, realizando reuniões do Grupo Condutor Estadual, promovendo reuniões do Comitê Gestor Estadual de Atenção ás Urgências e participando de reuniões periódicas com outros setores internos da SES a fim de fortalecer a integração dos atores envolvidos nesse processo.

O Plano de Ação para a RAU da Região da Baixada Litorânea encontra-se em processo de discussão.

3.4 - Atenção de Média e Alta Complexidade

As ações e procedimentos definidos como de média e alta complexidade no SUS fazem parte de um conjunto de serviços ambulatoriais e hospitalares que, associados à Atenção Básica, visam à garantia do cuidado integral aos cidadãos.

Estes serviços têm uma participação considerável na composição dos gastos com saúde e o seu custeio representa um desafio constante às limitações orçamentárias do setor.

Se a Atenção Básica tem o papel de ser o eixo coordenador do cuidado, a assistência de média e alta complexidade deve cumprir a função de garantia da integralidade, sempre que as condições de saúde exigirem. A ampliação do acesso à Atenção Básica, portanto, deve ser acompanhada pelas referências aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, de forma articulada, regulada e oportuna.

Neste sentido, a regionalização cumpre papel fundamental para o planejamento em saúde, com observação da necessária economia de escala na programação de recursos e na organização de “pontos de atenção” para conformação de redes hierarquizadas.

A região da Baixada Litorânea apresenta um quantitativo de 947 leitos gerais (excetuando-se os leitos de Psiquiatria, leito de crônicos e hospital-dia) e 1,4 leitos por 1000 habitantes, inferiores à necessidade calculada que seria de 1.699 a 2.038 leitos, considerando-se os parâmetros da portaria GM/MS nº 1101/2002.

Apenas dois municípios apresentaram valores acima da média estadual e alcançaram o parâmetro mínimo desejável pela referida portaria, quais sejam: Arraial do Cabo e Casimiro de Abreu (2,7 leitos por 1.000 habitantes).

Para o cálculo da necessidade de leitos de UTI na região e nos municípios foi utilizado como critério o parâmetro da Portaria GM/MS n° 1101/2002, de 4% a 10% dos leitos gerais necessários.

O quantitativo de leitos de UTI instalados na região encontra-se inferior aos parâmetros mínimos preconizados. Apenas Araruama, Arraial do Cabo, Cabo Frio e Saquarema possuem leitos de UTI, os demais necessitam referenciar sua demanda para outros municípios da regional ou para outras regiões. Vale destacar, que o número de leitos de UTI ofertados na região é inferior ao parâmetro mínimo definido pela portaria utilizada como referência.

Tabela 18 - Oferta de Leitos, segundo Região de Saúde e município, 2011

Região/Municípios	População	Leitos SUS	Leitos por 1000 habitantes	Necessidade de leitos (param. mín 2,5 leitos/ 1000 hab)	Necessidade de leitos (param.máx 3,0 leitos/ 1000 hab)	UTI SUS	Relação 4% UTI por total de leitos	Relação 10% UTI por total de leitos
Baixada Litorânea	**679.493**	**947**	**1,4**	**1699**	**2038**	**58**	**68**	**170**
Araruama	112.008	204	1,8	280	336	17	11	28
Armação dos Búzios	27.560	46	1,7	69	83	0	3	7
Arraial do Cabo	27.715	75	2,7	69	83	14	3	7
Cabo Frio	186.227	334	1,8	466	559	22	19	47
Casimiro de Abreu	35.347	97	2,7	88	106	0	4	9
Iguaba Grande	22.851	0	0,0	57	69	0	2	6
Rio das Ostras	105.676	82	0,8	264	317	0	11	26
São Pedro da	87.875	49	0,6	220	264	0	9	22

Aldeia								
Saquarema	74.234	60	0,8	186	223	5	7	19
Estado RJ	**15.989.929**	**30.626**	**1,9**	**39975**	**47970**	**1151**	**1599**	**3997**

Fonte: Ministério da Saúde / Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES (2011) e IBGE: Censo Demográfico 2010

Em relação à oferta de leitos por especialidades, apenas os leitos obstétricos apresentaram valores acima dos parâmetros da portaria. Nenhuma outra especialidade ofereceu um quantitativo suficiente de leitos, de acordo com a Portaria GM/MS n° 1101/2002.

Tabela 19 - Distribuição de leitos hospitalares por município segundo especialidade, segundo Região e municípios, 2011

Região de Saúde/Municípios	Leitos clínicos existentes	Necessidade de leitos clínicos	Leitos cirúrgicos existentes	Necessidade de leitos cirúrgicos	Leitos obstétricos existentes	Necessidade de leitos obstétricos	Leitos pediátricos existentes	Necessidade de leitos pediátricos
Baixada Litorânea	**351**	**456**	**243**	**255**	**173**	**161**	**159**	**239**
Araruama	66	75	80	42	32	27	24	39
Armação dos Búzios	18	18	10	10	8	7	8	10
Arraial do Cabo	20	19	29	10	12	7	8	10
Cabo Frio	150	125	54	70	63	44	61	65

Casimiro de Abreu	31	24	25	13	18	8	23	12
Iguaba Grande	0	15	0	9	0	5	0	8
Rio das Ostras	29	71	18	40	10	25	20	37
São Pedro da Aldeia	12	59	13	33	16	21	8	31
Saquarema	25	50	14	28	14	18	7	26
Estado RJ	**8049**	**10721**	**7034**	**5992**	**3224**	**3794**	**2952**	**5620**

Fonte: Ministério da Saúde / Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES (2011).

Os dados relativos às internações por causas sensíveis à Atenção Básica apontam que a região apresentou, em 2011, valor inferior (15,2%) ao do estado (16,58%). Na região o percentual variou de 9,4% em São Pedro da Aldeia a 23,46%, em Casimiro de Abreu.

No que concerne ao quantitativo das ISAB por 1000 habitantes, observa-se que três municípios apresentaram valores superiores ao valor da região (5,89 por 1000 habitantes). Casimiro de Abreu e Saquarema se destacaram negativamente no cenário regional, embora não destoem tanto do padrão do estado.

Cumpre ressaltar que as internações hospitalares consideradas evitáveis a partir de uma adequada assistência na Atenção Primária representam importantes condições traçadoras da resolubilidade do cuidado nesse nível de atenção. Esse indicador pode ser útil na avaliação da efetividade do cuidado primário, inclusive por meio da estratégia de Saúde da Família. Mesmo quando se verificam altas taxas de cobertura, a capacidade resolutiva dos serviços na prevenção de internações desnecessárias aponta a necessidade de melhoria da qualidade da assistência prestada à população.

Tabela 20 - Internações por condições sensíveis à Atenção Básica, segundo Região de Saúde municípios, 2011

Região/Estado	Proporção			Taxa (1.000 hab.)		
	Total	Masculina	Feminina	Total	Masculina	Feminina
Baixada Litorânea	**15,20**	**18,08**	**13,43**	**5,89**	**5,44**	**6,33**
Araruama	16,03	18,61	14,46	7,61	6,87	8,30
Arm. de Búzios	14,01	13,74	14,16	5,70	4,22	7,16
Arraial do Cabo	12,80	13,69	12,13	4,87	4,55	5,18
Cabo Frio	12,01	15,12	10,06	4,69	4,67	4,72
Casimiro de Abreu	23,46	25,27	22,09	10,01	9,41	10,60
Iguaba Grande	13,30	17,63	10,56	5,21	5,52	4,91
Rio das Ostras	16,24	20,15	13,96	5,64	5,21	6,06
S. Pedro da Aldeia	9,40	11,84	8,29	2,71	2,16	3,24
Saquarema	22,88	25,33	21,20	9,15	8,28	10,01
Estado RJ	**16,58**	**20,67**	**13,76**	**8,70**	**34,53**	**46,44**

Fonte: Ministério da Saúde / Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e IBGE: Censo Demográfico 2010

A região da Baixada Litorânea realiza menos de 10% do total de consultas do estado do Rio de Janeiro. O município de Cabo Frio realiza consultas em quase todas as especialidades, exceto em Nefrologia e Neurocirurgia. As consultas em Nefrologia são realizadas principalmente no município de Araruama, enquanto as consultas em Neurocirurgia são realizadas, em sua maioria, no município de São Pedro da Aldeia.

Tabela 21 - Percentual de consultas especializadas, segundo Região de Saúde e municípios, 2011

Especialidades	% Baixada Litorânea	% Araruama	% Armação de Búzios	% Arraial do Cabo	% Cabo Frio	% Casimiro de Abreu	% Iguaba Grande	%Rio das Ostras	% São Pedro da Aldeia	% Saquarema
Angiologista	7,13	4,56	-	6,61	39,60	13,32	-	3,16	31,97	0,78
Cardiologista	8,15	31,24	7,42	2,94	25,61	5,01	2,92	9,42	7,94	7,49
Cirurgião geral	7,50	38,20	4,41	0,27	25,62	6,02	-	10,29	14,84	0,33
Endocrinologista e metabologista	3,75	25,07	6,07	-	17,90	6,68	2,34	27,15	4,56	10,23
Gastroenterologista	6,69	28,17	3,48	-	27,52	7,69	5,82	10,10	8,37	8,86
Hematologista	2,64	-	14,31	-	12,92	-	-	72,77	-	-
Nefrologista	3,21	77,78	22,22	-	-	-	-	-	-	-

Neurocirurgião	3,03	1,09	32,43	-	-	-	-	-	66,49	-
Neurologista	5,33	27,34	2,03	-	25,34	7,81	0,50	17,44	9,67	9,86
Oftalmologista	4,57	23,64	-	-	21,45	-	-	21,75	28,63	4,54
Oncologista	5,02	-	-	-	100,00	-	-	-	-	-
Ortopedista e traumatologista	9,75	20,10	2,96	0,95	35,54	3,75	3,20	21,10	5,18	7,22
Otorrinolaringologista	5,56	9,99	9,58	0,39	34,20	7,03	3,03	19,10	11,72	4,98
Proctologista	6,59	-	-	-	100,00	-	-	-	-	-
Psiquiatra	3,26	26,33	7,06	0,95	12,20	20,75	-	23,34	1,25	8,12
Reumatologista	5,22	18,97	3,43	-	25,39	6,74	-	31,07	4,94	9,46
Urologista	8,10	10,00	4,05	3,56	47,85	7,19	3,82	5,42	11,31	6,82

Fonte: Ministério da Saúde / Datasus - Sistema de Informação Ambulatorial do SUS- (SIH/SUS)

A Baixada Litorânea realizou em 2011, na própria região, 85,88% das internações de Média Complexidade e 13,96% das internações foram realizadas em outras regiões do estado.

O município de Iguaba Grande, por não possuir hospital próprio ou conveniado, apresentou maior variação na proporção de internações em outros municípios da região, demandando internação de seus residentes em municípios vizinhos, como São Pedro da Aldeia, Araruama e Cabo Frio.

O município de Cabo Frio é o maior executor na região, com 26,42%, seguido de Araruama, com 20,3%.

Em Araruama, Armação de Búzios, Cabo Frio e Rio das Ostras, a maioria dos residentes que necessitaram de atenção hospitalar internaram no próprio município (acima de 80%). Dentre eles, Búzios apresenta maior proporção de internações ocorridas em municípios da Baixada Litorânea (91,85%) e menos residentes internados em outras regiões do Estado (7,86%). Todos os demais municípios possuem percentuais de execução da internação dos seus munícipes no próprio município acima de 50%: Arraial do Cabo (67,96%), Casimiro de Abreu (77,74%), São Pedro da Aldeia (57,18%) e Saquarema (59,46%).

Iguaba Grande e Saquarema são os municípios que mais realizaram internações em outras regiões do Estado, pouco mais de 20% dos munícipes, 21,28% e 22,27% respectivamente.

Tabela 22 - Migração de internação de média complexidade, Região da Baixada Litorânea, 2011

Região e municípios por local de *internação*	Região e municípios por local de *residência*									
	Araruama	Armação de Búzios	Arraial do Cabo	Cabo Frio	Casimiro de Abreu	Iguaba Grande	Rio das Ostras	São Pedro da Aldeia	Saquarema	Baixada Litorânea
Araruama	82,05	1,82	5,02	1,69	1,24	17,12	0,66	4,93	12,41	20,30
Armação de Búzios	0,00	83,32	0,44	0,55	0,07	0,11	0,00	1,27	0,00	3,59
Arraial do Cabo	0,09	1,73	67,96	0,53	0,00	1,13	0,00	1,63	0,00	3,35
Cabo Frio	4,05	1,73	10,92	81,80	0,46	19,37	0,41	20,93	5,67	26,42
Casimiro de Abreu	0,06	0,10	0,09	2,55	77,74	0,00	1,99	0,12	0,00	5,50
Iguaba Grande*	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Rio das Ostras	0,00	0,19	0,00	2,17	2,94	0,11	81,84	0,00	0,09	12,14
São Pedro da Aldeia	0,20	2,97	0,53	0,67	1,83	40,77	0,25	57,18	0,00	7,33
Saquarema	0,09	0,00	0,09	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	59,46	7,23
Baixada Litorânea	86,54	91,85	85,04	89,98	84,27	78,60	85,14	86,07	77,63	85,88
Demais regiões do Estado	13,36	7,86	14,79	9,80	15,73	21,28	14,72	13,61	22,27	13,96
Demais Estados	0,07	0,29	0,18	0,22	0,00	0,11	0,14	0,32	0,09	0,16

3.5 - Redes Pactuadas de Média e Alta Complexidade na CIB-RJ

Com relação à cirurgia cardiovascular as referências são na própria Região, no município de Cabo Frio, e na Região da Metropolitana I, exceto Rio das Ostras que possui referência também na Região Norte, no município de Campos dos Goytacazes.

Tabela 23 - Cirurgia Cardiovascular

Região	Município	Cirurgia Cardiovascular	Cir.Card. Pediátrica	Cirurgia Vascular	Cardiologia Intervencionista	Cirurgia Endovascular	Laboratório Eletrofisiologia
Baixada Litorânea	Todas exceto Rio das Ostras	Cabo Frio	RJ	Cabo Frio	Cabo Frio	Cabo Frio	RJ
	Rio das Ostras	Campos dos Goytacazes					

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro / Subsecretaria de Asistência a Saúde / Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação

Para todos os municípios a referência da Terapia Renal substitutiva está localizada na própria Região nos municípios de Araruama e Cabo Frio.

Tabela 24 - Terapia Renal Substitutiva

Região	Município	Unidade
Baixada Litorânea	Araruama	Centro de Terapia Renal Araruama
	Cabo Frio	Instituto de Nefrologia

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro / Subsecretaria de Asistência a Saúde / Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação

A própria região atende as referências da Rede de Hemoterapia, de Doenças Falciforme e Outras Hemoglobinopatias.

Tabela 25 - Hemorrede

Região	Município de referência	Tipo de serviço de Hemoterapia	Município de contra referência	Serviço de Hemoterapia
Baixada Litorânea	Cabo Frio	Núcleo de Hemoterapia	Cabo Frio	NH da Região dos Lagos - HEMOLAGOS
				AT Hospital São José Operário
			Araruama	AT Posto de Atendimento Médico
				AT Hospital Estadual Roberto Chabo

	Armação de Búzios	
	Arraial do Cabo	
	Casimiro de Abreu	
	Iguaba Grande	
	Rio das Ostras	
	São Pedro da Aldeia	
	Saquarema	AT Hospital Municipal Nossa Senhora de Nazareth

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro / Subsecretaria de Asistência a Saúde / Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação

Tabela 26 - Doença Falciforme e Outras Hemoglobinopatias

Região	Município com Ambulatório de Doenças Falciforme de Referência	Município Contra-Referenciados
BAIXADA LITORÂNEA	Araruama	Araruma
		Iguaba
		Saquarema
	Armação de Búzios	Armação de Búzios
	Cabo Frio	Cabo Frio
		Casimiro de Abreu
		Rio das Ostras
	São Pedro da Aldeia	São Pedro da Aldeia
		Arraial do Cabo

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro / Subsecretaria de Asistência a Saúde / Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação

A Região não possui serviços de Reabilitação Física utilizando como referência a Região Metropolitana II.

Tabela 27 - Reabilitação Física

Região de Saúde	Município	Referência Média e Alta complexidade
Baixada Litorânea	Todos os municípios da região	Niterói

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro / Subsecretaria de Asistência a Saúde / Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação

A Região não possui serviços para Saúde Auditiva utilizando como referência a Região Metropolitana II.

Tabela 28 - Saúde Auditiva

Região	Município	Referência de Média Complexidade		Referência de Alta Complexidade	
Baixada Litorânea	Armação de Búzios	Niterói	Policlínica de Especialidades Silvio Picanço	Niterói	Policlínica de Especialidades Silvio Picanço
	Araruama				
	Arraial do Cabo				
	Casimiro de Abreu				
	Iguaba Grande				
	Rio das Ostras				

	Saquarema
	Cabo Frio
	São Pedro da Aldeia

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro / Subsecretaria de Asistência a Saúde / Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação

Para o tratamento oncológico a Região referência em Cabo Frio para alguns procedimentos e os demais são realizados nas Regiões Metropolitana I e II.

Tabela 29 - Oncologia

Região	Município	Cirurgia	CCP Cirurgia (6,36%)	Quimioterapia	Radioterapia	Hematologia	Pediatria
Baixada Litorânea	Todos os municípios da região	Cabo Frio	Rio de Janeiro	Cabo Frio	Niterói	Niterói	Rio de Janeiro

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro / Subsecretaria de Asistência a Saúde / Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação

A referência oftalmológica de toda a Região está localizada na Metropolitana II.

Tabela 30 - Oftalmologia

Região	Municípios	Município Executor		Referência para Reabilitação Visual
		Média Complexidade	Alta Complexidade	
Baixada Litorânea	Todos os Municípios	Niterói	Niterói	Associação Fluminense de Amparo aos Cegos (Niterói)

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro / Subsecretaria de Asistência a Saúde / Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação

O polo de referência ao paciente ostomizado para todos os municípios fica na própria Região em Cabo Frio.

Tabela 31 - Ostomizados

Região	Município Encaminhador	Município Pólo - Atenção aos Ostomizados I	Município Pólo - Atenção aos Ostomizados II
Baixada Litorânea	Araruama	Cabo Frio	Cabo Frio
	Armação de Búzios		
	Arraial do Cabo		
	Cabo Frio		
	Casimiro de Abreu		

	Iguaba Grande
	Rio das Ostras
	São Pedro da Aldeia
	Saquarema

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro / Subsecretaria de Asistência a Saúde / Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação

Os procedimentos de Ortopedia têm como referência a própria Região nos municípios de Arraial do Cabo, Cabo Frio e Araruama.

Tabela 32 - Ortopedia

Região	Município Executor	Município Encaminhador
Baixada Litorânea	Arraial do Cabo	Arraial do Cabo
	Cabo Frio	Araruama
		Armação de Búzios
		Arraial do cabo
		Cabo Frio
		Iguaba Grande

		São Pedro da Aldeia
		Saquarema
	Araruama	Araruama
		Iguaba Grande
		São Pedro da Aldeia
		Saquarema

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro / Subsecretaria de Asistência a Saúde / Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação

4 - Gestão em Saúde na Região

4.1- Instrumentos de Planejamento

O Sistema de Planejamento do SUS, instituído pelo Ministério da Saúde (através das Portarias nº 399/2006, 3.085/2006 e 3.332/2006, que, respectivamente, define, regulamenta e aprova orientações gerais acerca dos instrumentos básicos do PlanejaSUS), representa um avanço na gestão do SUS. O PlanejaSUS apresenta os seguintes instrumentos, que contribuem para uma maior resolubilidade e qualidade da gestão, assim como das ações e serviços de saúde: Plano de Saúde (PS), Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG).

Ressalta-se que a Portaria nº 575/12 impõe a obrigatoriedade da elaboração do RAG através do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão – SARGSUS, a partir do exercício de 2011. Todos os municípios da região Baixada Litorânea possuem técnicos habilitados no SARGSUS, que foram capacitados e cadastrados pela SES/RJ. Do mesmo modo, todos os municípios, com exceção de Cabo Frio, em atendimento à Portaria citada, capacitaram seus respectivos conselheiros municipais de saúde para a utilização do Sistema.

Em relação aos instrumentos de planejamento do SUS, na região da Baixada Litorânea, 07 municípios apresentam Plano Municipal de Saúde com vigência 2010-2013, sendo exceções os municípios de São Pedro da Aldeia, cujo Plano Municipal tem vigência 2010-2012 e Armação de Búzios, que não especifica o prazo de vigência do mesmo. Todos os municípios possuem Planos Municipais aprovados junto aos respectivos CMS.

Em relação ao Relatório Anual de Gestão, exercício 2011, somente o município de Cabo Frio, não fechou o relatório no sistema SARGSUS. Todos os demais municípios cumpriram tal procedimento. Contudo, até a presentedata, somente 03 tiveram o seu RAG aprovado pelo CMS, 05 permanecem com os relatórios em apreciação pelos respectivos Conselhos (disponível em www.saude.gov.br/sargsus).

Tabela 34 - Situação dos municípios da Baixada Litorânea quanto aos instrumentos de Planejamento do SUS

Instrumentos de Planejamento SUS		Municípios								
		Araruama	Armação de Búzios	Arraial do Cabo	Cabo Frio	Casimiro de Abreu	Iguaba Grande	Rio das Ostras	São Pedro da Aldeia	Saquarema
PMS 2010-2013	Apreciado e aprovado pelo CMS	X		X	X	X	X	X	X(*)	X
	Em análise pelo CMS									
	Sem informação		X							
RAG 2011	Apreciado e aprovado pelo CMS					X			X	X
	Em análise pelo CMS	X	X	X			X	X		
	Sem informação				X					
RAG 2010	Apreciado e aprovado pelo CMS		X	X		X			X	X
	Em análise pelo CMS						X			
	Sem informação	X			X			X		
RAG 2009	Apreciado e aprovado pelo CMS	X	X	X		X	X	X	X	X
	Em análise pelo CMS				X					
	Sem informação									
RAG 2008	Apreciado e aprovado pelo CMS	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Em análise pelo CMS									X
	Sem informação									

RAG 2007	Apreciado e aprovado pelo CMS		X	X		X	X	X	X	
	Em análise pelo CMS	X			X					
	Sem informação									X

(*) Município cujo PMS apresenta tempo de vigência somente até 2012;
Fonte: Secretaria Estadusl de Saúde / Subsecretaria Geral / Assessoria de Planejamento. Atualizado em 31/01/2013
Fonte: Ministério da Saúde / Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão – SARGSUS

4.2 - Prioridades Regionais Pelos Indicadores do Pacto

Em 2011 a Assessoria de Gestão do Pacto elaborou três documentos que foram encaminhados às CIR juntamente com seus instrutivos. São eles: planilha municipal e prioridades em saúde; planilha regional e prioridades em saúde; e planilha regional com prioridades e apoio SES.

As planilhas municipais apresentavam duas tabelas: a primeira com indicadores a serem acompanhados de acordo com eixos selecionados pelos municípios como prioritários; a segunda destacava indicadores que representariam os eixos selecionados pelo município como prioritários demonstrando que foram alcançadas as metas pactuadas.

As planilhas regionais com prioridades em saúde mostravam um consolidado feito pelo Comitê Regional de Monitoramento e Avaliação a partir do preenchimento da planilha municipal, a fim de subsidiar o planejamento de ações de saúde a serem acompanhadas.

As planilhas regionais com prioridades e apoio SES, preenchidas pelo Comitê Regional organizavam as prioridades com as demandas às áreas técnicas da SES. Estas planilhas apresentavam duas tabelas com “desafios a serem superados” e “manutenção do desempenho”. A primeira tabela mostrava a seleção de indicadores acompanhados pela região como prioritários de acordo com o que os municípios informaram, classificando-os com as cores vermelha, amarela e verde. A segunda tabela mostrava indicadores que representavam os eixos selecionados pela região como prioritários demonstrando o alcance das metas pactuadas, com a descrição do apoio SES para a manutenção do resultado satisfatório.

O objetivo destas planilhas era identificar as principais demandas regionais para posterior encaminhamento às áreas técnicas a fim de que as ações específicas fossem discutidas diretamente com cada área.

Estas planilhas foram encaminhadas às Comissões Intergestores Regionais, porém não houve resposta da Baixada Litorânea.

4.3 - Transição do Pacto pela Saúde ao COAP

O Pacto pela Saúde foi publicado através da Portaria GM/MS Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, divulga a consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. A Portaria GM/MS Nº 699 de 30 de março de 2006 regulamenta a implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS, bem como o monitoramento do Pacto, unificando os processos de pactuação de indicadores e metas. Houve alteração com a Portaria nº 372 de 16 de fevereiro de 2007 e Portaria nº 161 de 21 de janeiro de 2010 que versa sobre o Termo de Cooperação entre Entes Públicos.

As dimensões do Pacto pela Saúde são três: **Pacto pela Vida (**compromisso entre os entes federados em torno de um conjunto de prioridades sanitárias, estabelecidas e pactuadas a cada dois anos, de forma tripartite – 11 prioridades.), **Pacto em Defesa do SUS** (resgata a dimensão política da Reforma Sanitária Brasileira e o papel estratégico do SUS como política de Estado, propondo estratégias de mobilização e de fortalecimento dos instrumentos de participação, controle social e de articulação com a sociedade), e **Pacto de Gestão** (estabelece instrumentos de pactuação dos compromissos e responsabilidades sanitárias a serem assumidos pelos entes federados, valorizando a relação solidária entre gestores, definindo diretrizes e responsabilidades de cada ente federado visando diminuir as competências concorrentes e contribuindo assim para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS).

A adesão ao Pacto era formalizada pela assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal indicando a formalização da assunção das responsabilidades e atribuições da esfera municipal na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde. Para todas as responsabilidades eram estabelecidas categorizações de “realiza” e “não realiza” e um plano de ação e prazo para realização daquelas ainda não realizadas.

Com a publicação da Portaria GM/MS nº 1580 em 19 de julho de 2012, foi extinta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, de que trata a Portaria nº 399/GM/MS.

Em relação ao Pacto de Gestão, a partir da publicação da Resolução CIT nº 04 em 19 de julho de 2012, que trata das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do SUS para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do COAP, ficou definido que todos os entes federados quer tenham ou não assinado o Termo de Compromisso de Gestão, passam a assumir as responsabilidades sanitárias expressas na Resolução e que traduzem exatamente o conteúdo do antigo Termo de Compromisso de Gestão.

Ficou definido também que as ações para o cumprimento das responsabilidades sanitárias nos termos desta resolução devem estar expressas na Programação Anual de Saúde de cada ente federado e vinculadas às diretrizes e aos objetivos dos respectivos Planos de Saúde. As responsabilidades descritas no anexo desta Resolução são as mesmas descritas no TCGM, sendo que neste, determinadas responsabilidades apresentavam-se subdivididas. A Resolução acrescenta na responsabilidade 7 - Participação e Controle Social, uma ação que não havia sido mencionada no termo: apoio maior ao processo de educação permanente do Conselho de Saúde disponibilizando programa permanente de educação em saúde para qualificar a atuação dos conselhos na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social de execução da política de saúde.

Na região da Baixada Litorânea (BL), nenhum município assinou o Pacto pela Saúde, independente da assinatura, a partir da publicação da Resolução CIT, todos deverão assumir as responsabilidades sanitárias.

4.4 - A Transição Quanto à Pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores

Na sistemática do COAP, a Resolução CIT Nº4 também definiu as regras de pactuação para o ano de 2012 selecionando indicadores contidos no Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), Para o processo de transição, as 11 prioridades que figuravam anteriormente no **Pacto pela Vida** ficaram definidas através de 8 diretrizes das 16 contidas no Plano Nacional de Saúde. Estas 8 diretrizes estão expressas nos 31 indicadores a serem pactuados usando o SISPACTO. Destes 31 indicadores, 11 compõem o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS).

Visando apoiar as regiões nesta pactuação de 2012, o estado realizou Câmaras Técnicas ampliadas nas CIR, com a presença dos técnicos estaduais e municipais para discussão dessa transição para a sistemática do COAP. Após as discussões das metas, deve haver pactuação nas CIR, e posteriormente aprovação dos Conselhos Municipais de Saúde de cada município das regiões. O processo se findará com a inserção das metas pelos municípios e a homologação pela esfera estadual.

4.5 - Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria

De acordo com as observações presentes no PES 2012-15, O Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe nova perspectiva para o **controle e avaliação** em seu processo de construção e consolidação, estabelecendo competências comuns às três esferas de governo e envolvendo

diversas instâncias, tais como Conselhos de Saúde, Comissões Intergestores, Sistema Nacional de Auditoria, entre outros.

Atualmente, o desenvolvimento e o aperfeiçoamento das práticas, estruturas e instrumentos de controle e avaliação das ações de saúde consistem em um dos maiores desafios do SUS, exigindo a incorporação de novos métodos e ferramentas, de acordo com as necessidades de saúde. Vale ressaltar que tais inovações envolvem a avaliação da qualidade das ações, os seus resultados e o seu impacto nas condições sanitárias da população.

No Estado do Rio de Janeiro, a maior parte das secretarias municipais de saúde ainda não dispõe de um setor estruturado e não realiza de forma sistemática as ações inerentes ao controle e avaliação do SUS. Uma das principais dificuldades diz respeito à insuficiência de profissionais qualificados para este fim.

Conforme levantamento realizado pela Secretaria de Estado de Saúde em 48 municípios fluminenses, no ano de 2008, 30 secretarias municipais informaram possuir instâncias formais de controle e avaliação (62,5% do total de municípios analisados). Destas, porém, pouco menos da metade (46,7% ou 14 secretarias municipais) formalizou o setor através de publicação oficial. Naquela ocasião, foram identificadas necessidades diversas de qualificação dos técnicos atuantes nesta área.

Dentre as responsabilidades inerentes ao gestor estadual, uma das mais desafiadoras tem sido o acompanhamento e a avaliação dos consórcios intermunicipais de saúde. Embora a possibilidade de firmar acordos entre os municípios para solucionar problemas de ação coletiva não seja nova no Brasil, os consórcios implicam em importantes desafios de cooperação e coordenação, dado o nosso desenho federativo.

No âmbito da atenção especializada, a lógica (inadequada) de custeio das ações e serviços de saúde, assim como os baixos valores da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS consistem em desafios mais amplos, não só no Estado, mas em todo o território nacional. Dentre outras dificuldades, destaca-se a baixa atratividade do SUS para contratualização com prestadores privados, de modo a suprir, no curto prazo, a oferta insuficiente do sistema público.

No caso do Estado do Rio de Janeiro, a programação das ações de média e alta complexidade, com atualizações da Programação Pactuada e Integrada - PPI permite avaliar que nas áreas de neurologia, oncologia, cardiologia, oftalmologia e reabilitação física há importantes lacunas a serem equacionadas no presente.

Neste sentido, ressalta-se que ainda não foi possível a implantação de uma Rede Estadual de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Neurológico, em sua plenitude, incluindo os serviços de neurocirurgia.

Da mesma maneira, a Rede Estadual de Atenção Oncológica também apresenta problemas, especialmente no que se refere às exigências do Ministério da Saúde para habilitação dos prestadores, conforme normalização específica (Portaria SAS/MS nº 741 de 19/12/2005).

Outros segmentos de atenção especializada à saúde que também precisam de ampliação são os de reabilitação física, oftalmologia e cardiologia de alta complexidade, com metas definidas no Plano Estadual de Saúde 2012-15.

Ressalta-se que, do ponto de vista do controle e avaliação da assistência prestada à população, ao lado da estimativa de necessidades e da programação para a ampliação da oferta e do acesso aos serviços, é igualmente importante avaliar de forma regular e sistemática os serviços de saúde, sobretudo de alta complexidade, de forma a garantir a sua qualidade.

Nos próximos anos, portanto, é preciso aprimorar os processos de contratualização de serviços, incluindo avaliações qualitativas e buscando aprimorar a relação entre os gestores municipais e os prestadores. Também é necessário avançar na organização dos serviços em rede, a partir da regionalização, com portas de entrada e referências bem definidas, de modo a evitar que o acesso continue ocorrendo através dos serviços de atenção especializada.

No ano de 2011, foi publicado o Decreto Presidencial 7.508, cujos desdobramentos, do ponto de vista normativo e operacional, guardam estreita relação com estes objetivos e metas da SES-RJ.

Também consoante às alternativas para o equacionamento da assistência e da organização dos serviços, ressalta-se, mais uma vez, a adesão do Estado às “Redes Temáticas” propostas pelo Ministério da Saúde.

A conformação de redes, com garantia da integralidade da atenção, põe em relevo, ao lado das ações de controle e avaliação, aquelas relativas à **regulação**.

Quando se trata de serviços e referências ou fluxos assistenciais é preciso haver uma mediação dos processos, o que é papel precípuo da função regulatória, que envolve três dimensões distintas, a saber: urgência/emergência; exames e procedimentos ambulatoriais; internações. Cada uma delas deve ter tratamento diferenciado, inclusive do ponto de vista das atribuições e responsabilidades dos entes federados.

No tocante aos exames e procedimentos ambulatoriais, assim como aos leitos, há um entendimento de que a regulação deve ser descentralizada e ficar a cargo dos municípios. Ao Estado caberia a atividade regulatória sobre algumas áreas específicas, como, por exemplo, a Saúde Mental (para garantia das diretrizes da política pública, principalmente no que diz respeito à desinstitucionalização) e a Terapia Renal Substitutiva (dada a capacidade de garantir oferta/acesso e continuidade).

O Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, assegura ao usuário a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região.

Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;

II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde;

III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e

IV - ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

A Regulação assistencial, deste modo, é uma ferramenta da Gestão extremamente importante para a concretização dessas atribuições e é efetivada através das seguintes ações:

I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar e das urgências;

II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;

III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e

IV - estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.

Nesse contexto toma corpo a discussão do papel regulador do Estado.

A Secretaria de Estado de Saúde considera a regulação como um instrumento essencial à gestão do SUS no Estado. A implantação da Central Estadual de Regulação, com Expansão do Complexo Regulador Estadual, e a implementação da Rede de Centrais de Regulação Regionais

foram projetos estratégicos de governo. A Rede de Centrais de Regulação Regionais foi implantada a partir de 1999, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde e os Consórcios Intermunicipais de Saúde.

Central Estadual de Regulação

A Central Estadual de Regulação regula, para todo o Estado, os serviços de saúde de média e alta complexidade não disponíveis de forma suficiente para a demanda estadual. Sua função é político-estratégica para o sistema de regulação, gerenciando o sistema estadual, produzindo informações e definindo ações, "*visando ser um observador do sistema de saúde como um todo*".

Esta Central abrange a coordenação das seguintes atividades:

- Central Estadual de Procedimentos de Alta Complexidade – CERAC-RJ, integrando com a CNRAC (cardiologia, neurocirurgia, ortopedia e TRS);
- Central de UTI Neonatal e Gestação de Alto Risco;
- Serviços de Saúde de Alta e Média Complexidade em nível estadual;
- Regulação de leitos da rede própria do estado.

Objetivos específicos da Central Estadual de Regulação

- Melhorar o acesso, garantir a integralidade, a qualidade, a universalidade e a equidade nas ações em saúde;
- Adequar a oferta à demanda real em saúde;
- Absorver toda a assistência de média e alta complexidade;
- Articular e integrar as ações e serviços de saúde;
- Subsidiar as repactuações na PPI e no cumprimento dos termos de garantia do acesso;
- Integrar a Central Estadual com as Centrais Regionais através de um sistema de informação unificado via WEB;
- Estruturar um sistema de monitoramento e avaliação através de indicadores de desempenho das ações desenvolvidas;
- Definir critérios de regulação para todas as especialidades reguladas.

A Programação Pactuada Integrada (PPI) planeja a assistência de recursos federais e estaduais para a execução dos serviços de saúde de média e alta complexidade. A PPI reorienta

a alocação de recursos e redefine os limites financeiros para todos os municípios do Estado. O principal objetivo da PPI é efetuar programações assistenciais, em que são definidos quantos e a quais serviços de saúde a população terá acesso em seu município, e quais os que serão referenciados às cidades vizinhas, tendo como base o PDR e as redes assistenciais.

Atualmente os principais desafios da Regulação no âmbito do Estado são: a melhoria na qualidade no processo regulatório, através da implementação/atualização dos protocolos clínicos e operacionais; o aprimoramento dos processos de contratualização entre a SES e os prestadores de serviços e a Integração com a Central Operativa de Urgência e Emergência/SAMU e Transporte Sanitário Eletivo.

São 08 as Centrais de Regulação Regionais: Norte Fluminense; Noroeste Fluminense; Centro-Sul Fluminense; Médio Paraíba (juntamente com a região da Baía da Ilha Grande); Serrana; Metropolitana I; Baixada Litorânea; Metropolitana II;

As Centrais Regionais, conforme deliberações CIB, fazem a regulação de Psiquiatria e Cardiologia de Alta Complexidade e, em algumas regiões, de acordo com pactuações regionais, regulam todas as demais especialidades que necessitam de internações hospitalares na região.

É nítido que as Centrais Regionais apresentam diferentes modelos organizacionais. Consideramos que a regulação regional tem um papel fundamental na organização do sistema de saúde. Para tanto, o processo de regulação assistencial deve ser ampliado, redefinindo as atribuições dos entes municipais e estadual.

Nesta direção, cabe à instancia estadual nas regiões de saúde, de maneira crescente, assumir as atribuições de apoiar o desenvolvimento dos municípios nos seus diferentes perfis regulatórios, monitorar a implantação das regulações municipais e regionais e executar ações de controle e avaliação da Região, cumprindo as determinações da Deliberação CIB nº 1128, de 11/11/2010, que aprova as diretrizes do complexo regulador do Estado do Rio de Janeiro.

Central de Regulação da Região Baixada Litorânea (Creg-Bl)

Na região da Baixada Litorânea, somente o município de Armação de Búzios possui regulação informatizada, para procedimentos ambulatoriais. Para a regulação de leitos de internação, o processo de informatização está sendo implantado. Para os outros municípios da região, Araruama, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia e Saquarema, as respectivas centrais de regulação ainda estão em processo de implantação, e o trabalho é realizado de forma não normatizada.

A Central Regional da Baixada Litorânea (CREG-BL) situa-se no município de Cabo Frio, e regula os procedimentos cardiológicos, as internações psiquiátricas e as cirurgias eletivas. A

regulação da primeira é feita via fax, enquanto as duas últimas são informatizadas (através do SER). Não há cogestão com nenhum município.

A CREG-BL realiza treinamentos para as SMS da região, auxiliando-as nos encaminhamentos necessários. Foi pactuada na CIR, a inclusão na CREG-BL, para o mês de março/2013, de todos os leitos municipais e conveniados ao SUS.

A ausência de padronização dos procedimentos de regulação destaca-se entre as principais dificuldades enfrentadas pela CREG-BL.

Quanto à **auditoria**, tem por objetivo melhorar a gestão, tornando-a pró-ativa e preventiva, contribuindo para a alocação e utilização mais adequada dos recursos da saúde, assim como a garantia do acesso oferecida aos cidadãos com qualidade. Cumpre ao setor, na SES, realizar auditorias sistemáticas das unidades próprias de saúde do Estado, de estabelecimentos de saúde privados conveniados ao SUS e aquelas demandadas pelos municípios.

Tabela 35 - Diagnóstico das Regiões de Saúde que possuem Controle & Avaliação e Auditoria municipal, 2012

Regiões do Estado	Controle e Avaliação [1]	Auditoria (implantada)
Baia de Ilha Grande (03)	66,67% (02)	SI
Baixada Litorânea (09)	55,56% (05)	33,33% (03)
Centro Sul (11)	45,45% (05)	18,18% (02)
Médio Paraíba (12)	66,67% (08)	33,33% (04)
Metropolitana I (12)	58,33% (07)	33,33% (04)
Metropolitana II (07)	42,86% (03)	33,33% (02)
Noroeste (14)	35,71% (05)	14,28% (02)
Norte (08)	50% (04)	25% (02)
Serrana (16)	37,50% (06)	17,65% (03)

Fonte:
[1] Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro / Subsecretaria de Assistência a Saúde / Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação
[2] Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro / Subsecretaria Jurídica e de Corregedoria / Auditoria – fev/13 (34 municípios que responderam ao Ofício Circular 001/2012)

4.6 - Ouvidorias de Saúde

A Ouvidoria é um componente da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa – Portaria nº 3027, de 28 de novembro de 2007. O Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, organiza o modelo de gestão do SUS e estabelece a apuração permanente das necessidades e interesses do usuário, bem como a sua avaliação das ações e serviços de saúde.

A Portaria nº 8, de 25 de maio de 2007 regulamenta o sistema informatizado OuvidorSUS, que possibilita a descentralização das ações das Ouvidorias do SUS, além de estabelecer uma rede de comunicação entre as ouvidorias de determinado território.

Os serviços de ouvidoria deverão manter o Poder Público em permanente contato com o cidadão, sendo estes serviços facilitadores na intermediação para a resolução de problemas da população, na avaliação dos serviços de saúde, no acesso a informação e disseminação da informação em saúde.

A implantação da Ouvidoria do SUS deve ser orientada através de critérios que contemplem sua legitimidade, infraestrutura, fluxos de trabalho e gestão da informação que possibilitem a qualidade necessária para o serviço.

Tabela 36 - Diagnóstico dos municípios que receberam ou irão receber incentivos para implantação de Ouvidorias nas Secretarias Municipais de Saúde

Indicador: X% dos municípios com ouvidorias implantadas	Municípios	População (IBGE 2010)	Possui Ouvidoria do SUS	DOGES/MS-Kit Doges	PT/MS Participa SUS	PPA SES RJ 2012-2015	Capacitação
	Araruama	112.008	Sim	Não	Não	Não	Sim
	Armação dos Búzios	27.506	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
	Arraial do Cabo	275.715	Não	Não	Não	Sim	Sim
	Cabo Frio	186.227	Sim	Sim	Sim	Não	Não
44%	**Casimiro de Abreu**	35.347	Não	Não	Não	Sim	Sim
	Iguaba Grande	22.851	Não	Não	Não	Sim	Sim
	Rio das Ostras	105.676	Não	Não	Sim	Sim	Sim
	São Pedro da Aldeia	87.875	Sim	Não	Não	Sim	Sim
	Saquarema	74.234	Não	Não	Não	Sim	Sim

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro / Susecretaria Jurídica e de Corregedoria / Ouvidoria Geral

4.7 - Unidades descentralizadas da SES na Região da Baixada Litorânea

As Comissões Intergestores Regionais (CIR), anteriormente denominadas Colegiados de Gestão Regional (CGR) são estruturas criadas com o Pacto pela Saúde, no intuito de qualificar o processo de regionalização do SUS, garantindo o exercício da ação cooperativa entre os gestores nas regiões de saúde e instituindo um espaço de governança em âmbito regional. A nova nomenclatura foi dada a partir da publicação do Decreto Presidencial nº 7508 de 28 de junho de 2011.

As principais dificuldades na CIR BL se referem à ausência dos Gestores e ou suplentes de Cabo Frio e Saquarema nas reuniões ordinárias, e à execução o recurso financeiro que lhe é destinado.

Tabela 37 - Sede Administrativa da Comissão Intergestores Regional - CIR

CIR	Município Sede	Localização da sede CIR
Baixada Litorânea	São Pedro da Aldeia	Av. São Pedro, 300 - Centro - São Pedro da Aldeia - CEP: 28940-000

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro / Subsecretaria Geral / Assessoria de Integração Regional

Tabela 38 - Central Regional de Regulação

Região	Município Sede	Endereço
Baixada Litorânea	Araruama	Avenida Adolfo Beranger Junior, 3626 - Guarani, Cabo Frio/RJ - CEP: 28909-030

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro / Subsecretaria de Atenção à Saúde / Superintendência de Regulação.

Tabela 39 - Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde - NDVS

Região	Endereço	Municípios de Abrangência
Baixada Litorânea	Av São Pedro Nº300 Sala 01 Centro S P Aldeia	Araruama, Armação De Búzios, Arraial Do Cabo, Cabo Frio, Casimiro De Abreu, Iguaba Grande, Rio Das Ostras, Saquarema, São Pedro D´Aldeia.

Fonte: SES. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental.

Tabela 40 - Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST

REGIÃO/CEREST	Endereço
CEREST Baixada Litorânea	Rua Um, Lote 12, Quadra 2- Parque Burle - Cabo Frio

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro / Subsecretaria de Vigilância em Saúde.

Tabela 41 - Serviço de atendimento Móvel de Urgência - SAMU

Região	Implantação do SAMU		Número de Ambulâncias		Local da Central SAMU
	Sim	Não	Básicas	Avançadas	
Baixada Litorânea		x	-	-	-

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro / Subsecretaria de Vigilância em Saúde / Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental.

Tabela 42 - Unidades de Pronto Atendiemnto - UPAS

Região de Saúde	Municípios	Nº unidades
Baixada Litorânea	Araruama	01
	Cabo Frio	02

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

4.8. Programas de Incentivos da Secretaria Estadual de Saúde para os municípios da Baixada Litorânea

Tabela 43 - Hospitais contemplados pelo Programa Estadual de Sala de Estabilização

Regiões	Municípios	Instituições
Baixada Litorânea	Armação de Búzios	Hospital Municipal Rodolpho Perissè
	Arraial do Cabo	Hospital de Geral de Arraial do Cabo
	Casimiro de Abreu	Hospital Municipal de Casimiro de Abreu
	Iguaba Grande	Pronto Socorro de Iguaba Grande

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde

Tabela 44 - Valor Repassado pelo Co-financiamento da Atenção Básica/2011

Região	Município	Valor Anual Previsto	Valor Anual Pago
Baixada Litorânea	Araruama	R$ 150.000,00	R$112.500,00
	Armação dos Búzios	R$ 96.000,00	R$ 72.000,00
	Arraial do Cabo	R$ 105.000,00	R$ 78.750,00
	Cabo Frio	R$ 510.000,00	R$ 382.500,00
	Casimiro de Abreu	R$ 120.000,00	R$ 90.000,00
	Iguaba Grande	R$ 84.000,00	R$ 63.000,00
	São Pedro da Aldeia	R$ 210.000,00	R$ 157.500,00
	Saquarema	R$ 180.000,00	R$ 135.000,00

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro / Subsecretaria Executiva / Fundo Estadual de Saúde

Hospitais beneficiados pelo Apoio aos Hospitais do Interior - PAHI

Tabela 45 - Municípios de até 115.000 habitantes sem hospitais beneficiados pelo PAHI

Região	Município
Baixada Litorânea	Iguaba Grande
Serrana	Macuco

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

Tabela 46 - Municípios de até 115.000 habitantes

Região	Município	Unidade
Baixada Litorânea	Araruama	Casa de Caridade Araruama
		Hospital de São Vicente
		Hospital São Silvestre
	Armação dos Búzios	Hospital Municipal Dr Rodolpho Perisse
	Arraial do Cabo	Hospital Geral de Arraial do Cabo
	Casimiro de Abreu	Hospital Municipal de Casimiro de Abreu
	Rio das Ostras	Hospital Municipal de Rio das Ostras*
	São Pedro da Aldeia	Hospital e Maternidade da Aldeia
	Saquarema	Hospital Municipal Nossa Senhora de Nazareth

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
*Não aderiu ao PAHI em 2011
**Unidade passou para PAHI Regional em 2011

Tabela 47 - Hospitais beneficiados pelo PAHI Regional

Região	Município	Unidade
Baixada Litorânea	Cabo Frio	Hospital Santa Izabel / Irmandade Santa Izabel De Cabo Frio

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

Assistência Farmacêutica

Quadro 1 – Polos de Assistência Farmacêutica CEAF

REGIÃO	COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	
	Polos do CEAF* na região	Média mensal de pacientes atendidos por região
Baixada Litorânea	1	1.423

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro / Subsecretaria de Assistência a Saúde / Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Especializados

Quadro 2 – Polos de Assistência Farmacêutica CEAF

REGIÃO	COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA		
	Polos do CEAF* na região	Município atendidos	Média de paciente atendidos
Baixada Litorânea	Cabo Frio	Araruama	193
		Arraial do Cabo	37
		Búzios	107
		Cabo Frio	676
		Casimiro de Abreu	1
		Iguaba Grande	43
		Rio das Ostras	17
		São Pedro da Aldeia	144
		Saquarema	85

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro / Subsecretaria de Assistência a Saúde / Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Especializados

Quadro 3 – Contrapartida Estadual do Componente Básico da Assistência Farmacêutica

Estado e Regiões	COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - Contrapartida Estadual			
	Valor Anual Medicamentos	Valor Mensal Medicamentos	Valor Anual Insumos p/ diabetes	Valor Mensal Insumos
Estado	R$ 30.361.272,00	R$ 2.530.106,00	R$ 7.590.318,00	R$ 632.526,50
Baixada Litorânea	R$ 1.305.854,00	R$ 108.821,20	R$ 326.463,50	R$ 27.205,31
Araruama	R$ 220.114,00	R$ 18.342,83	R$ 55.028,50	R$ 4.585,71
Armação dos Búzios	R$ 54.078,00	R$ 4.506,50	R$ 13.519,50	R$ 1.126,63
Arraial do Cabo	R$ 54.378,00	R$ 4.531,50	R$ 13.594,50	R$ 1.132,88
Cabo Frio	R$ 343.102,00	R$ 28.591,87	R$ 85.775,50	R$ 7.147,96
Casimiro de Abreu	R$ 68.804,00	R$ 5.733,67	R$ 17.201,00	R$ 1.433,42
Iguaba Grande	R$ 41.758,00	R$ 3.479,83	R$ 10.439,50	R$ 869,96
Rio das Ostras	R$ 203.016,00	R$ 16.918,00	R$ 50.754,00	R$ 4.229,50
São Pedro da Aldeia	R$ 173.012,00	R$ 14.417,67	R$ 43.253,00	R$ 3.604,42
Saquarema	R$ 147.592,00	R$ 12.299,33	R$ 36.898,00	R$ 3.074,83

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro / Subsecretaria de Assistência a Saúde / Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Especializados

4.9. Gestão Participativa e Controle Social

A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro cria através da Resolução SES nº 367 de 02 de Julho de 2012, o Grupo de Trabalho Saúde das Populações do Campo e da Floresta (GTSPCF) para propor e executar ações visando implementar as diretrizes pré-operacionais que norteiam a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (instituída pela Portaria GM/MS Nº 2.866 de 02 de dezembro de 2011).

A Assessoria Técnica de Gestão Estratégica e Participativa (ATGEP) coordena o Grupo de trabalho em parceria com a Superintendência de Atenção Básica, e desenvolve ações para a

promoção da inclusão social de populações específicas, visando à equidade no exercício do direito à saúde.

Dentre os objetivos do GTSPCF, está o levantamento das comunidades indígenas, acampadas, assentadas, quilombolas, ciganas e de pescadores artesanais, definidas na PNSIPCF como prioritárias. Este trabalho estender-se à para as nove regiões de saúde do estado, com a proposta de definir junto com a gestão local, a partir do que foi levantado, ações específicas que melhorem a qualidade de vida dessas populações e garantam acesso aos serviços de saúde, reduzindo as vulnerabilidades locais.

Em relação à população indígena, conforme a publicação 'Censo demográfico 2010: Características gerais dos indígenas: resultado da amostra', o Estado do Rio de Janeiro possui 15.894 índios, sendo que 450 residem em terras indígenas (Guarani araponga, com 19 habitantes; Guarani de Bracuí com 298 habitantes e Parati-mirim com 133 habitantes) e 15.444 residem fora. Dentro do universo dos 450, 91 moram em casa e 75 moram em oca ou maloca. Tal publicação, contudo, não explicita em que municípios se localizam tais terras.

Acrescente-se que, para a publicação citada, foi considerada terra indígena 'aquela em situação fundiária de declarada, homologada, regularizada e em processo de aquisição como reserva indígena' até a data de 31 de dezembro de 2010, ano de realização do censo demográfico.

Como se observa nas tabelas 47.a e 47.b, O GTSPCF identificou população assentada nos municípios de Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Rio das Ostras e São Pedro da Aldeia; população acampada no município de Rio das Ostras; População quilombola nos municípios de Armação de Búzios, Cabo Frio, São Pedro da Aldeia e Araruama; em todos os municípios se encontra população autodeclarada indígena pelo CENSO 2010. Ressalta-se que nos dados levantados, foram identificadas Colônias de Pescadores artesanais nos municípios de Arraial do Cabo, São Pedro da Aldeia e Saquarema e no município do Rio das Ostras não há informação do número de pessoas.

Tabela 48.a: Tipo de População Campo e Floresta (Assentados, Acampados e Quilombolas) por município da região Baixada Litorânea

Município	Assentados[1]	Acampados[2]	Quilombolas[3]	Total de Famílias	Total de Indivíduos[4] (estimativa)
Araruama	-	-	*	-	
Armação de Búzios	-	-	450	450	1800
Arraial do Cabo	-	-	-	-	
Cabo Frio	393	-	12	405	1620
Casimiro de Abreu	90	-	-	90	360
Iguaba Grande	-	-	-	-	
Rio das Ostras	207	117	-	324	1296
São Pedro da Aldeia	40	-	65	105	420
Saquarema	-	-	-	-	
Total	**730**	**117**	**527**	**1374**	**5496**

Fonte: SES-SG/Assessoria Técnica de Gestão Estratégica e Participativa- SAS/ Superintendência de Atenção Básica

[1] Fonte INCRA 2012, em número de famílias.
[2] Fonte INCRA 2011, em número de famílias.
[3]Fonte INCRA 2008, dados cedidos junto ao Fórum Voz aos Povos; e Aquilerj 2012, em número de famílias.* Não foi quantificado o número de famílias junto às bases de consulta utilizadas.
[4] Estimativa feita seguindo a Média Nacional de pessoas por família usada como cálculo pelo IBGE.

OBS.: A região possui 8 comunidades remanescentes de quilombos cadastradas na Aquilerj, porém só temos informações de número de famílias em 3 comunidades. Os municípios de Araruama e São Pedro da Aldeia possuem 1 comunidade quilombola cada, Armação de Búzios possui 2 comunidades quilombolas e Cabo Frio possui 4 comunidades quilombolas.

Tabela 48.b: Tipo de População Campo e Floresta (Indígenas e Pescadores Artesanais) por município da região Baixada Litorânea

Município	Indígenas[1]	Pescadores Artesanais[2]	Total de Indivíduos
Araruama	145	-	145
Armação de Búzios	22	-	22
Arraial do Cabo	76	1000	1076
Cabo Frio	266	-	266
Casimiro de Abreu	41	-	41
Iguaba Grande	12	-	12
Rio das Ostras	126	*	126
São Pedro da Aldeia	136	2495	2631
Saquarema	69	800	869
Total	**893**	**4295**	**5188**

Fonte: SES-SG/Assessoria Técnica de Gestão Estratégica e Participativa- SAS/ Superintendência de Atenção Básica

[1] Fonte IBGE 2010, em número de habitantes autodeclarados pelo CENSO.
[2] Fonte Fórum Voz aos Povos.

Obs.:A região possui quatro colônias de pescadores, sendo que nos três municípios identificados acima consta com o número de pessoas, Rio das Ostras possui a quarta colônia, porém não há dados de número de pessoas

Entretanto, enfatiza-se que o mapeamento destas populações está em andamento, inclusive em razão da grande mobilidade de grupos como assentados e acampados que migram por causa de disputas e ameaças territoriais constantes. As bases de dados secundários apresentam importantes limitações para este fim.

Quanto ao controle social, os Conselhos Municipais de Saúde da Região da Baixada Litorânea possuem instrumento legal de constituição (Lei de Criação) e Regimento Interno para orientar e disciplinar suas ações.

Em relação aos mandatos, nos municípios de Araruama, Iguaba Grande e Saquarema são de 04 anos e de 02 anos em Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Rio das Ostras e São Pedro da Aldeia.

A composição é paritária, de acordo com a Resolução do CNS nº 453/2012 nos municípios: Armação dos Búzios, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande e Rio das Ostras, com o

quantitativo de 12 membros titulares; Cabo Frio e Saquarema com o quantitativo de 16 titulares e Araruama com o quantitativo de 20 Titulares.

O município de Arraial do Cabo, com quantitativo de 12 titulares e o município de São Pedro da Aldeia, com quantitativo de 26 titulares, respectivamente, deverão rever suas leis, adequando-a a Resolução do CNS nº 453/2012 e a decisão do Acórdão nº 1660 do TCU (Tribunal de Contas da União) especificamente quanto a paridade.

Os CMS de Araruama, Armação dos Búzios, Arraial do cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, possuem dotação orçamentária para subsidiar suas ações, os demais não.

Os municípios de Araruama, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, São Pedro da Aldeia e Saquarema, conforme a legislação, elegem seus presidentes nos Conselhos Municipais de Saúde. Nos Municípios de Armação dos Búzios e Rio das Ostras o Secretário de Saúde é presidente nato.

Os municípios de Araruama, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Armação de Búzios, Iguaba Grande, Casimiro de Abreu e Saquarema possuem pelo menos três Comissões Temáticas para apoio e subsídio às decisões do colegiado. Os municípios de Rio das Ostras e São Pedro da Aldeia não possuem comissões temáticas.

Os municípios de Araruama, Arraial do Cabo, Armação de Búzios, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia e Saquarema estão cadastrados no Sistema de Apoio aos Relatórios de Gestão do Sistema Único de Saúde (SARGSUS), enquanto o município de Cabo Frio não está. Mas, todos os municípios estão cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS), e fazem parte do Programa de Inclusão Digital – PID.

***Fonte de dados**

www.conselho.saude.gov.br/siacs

www.saude.gov.br/sargsus

4.10 - Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Uma das principais dificuldades na implementação dos projetos de educação permanente em saúde foi que nenhum município da região assinou o Pacto pela Saúde.

Outra dificuldade refere-se ao fato de que as atividades educativas promovidas pela SES ou pelo Ministério da Saúde não têm sido comunicadas às CIES de forma oportuna.

No ano de 2011, a SES promoveu um projeto voltado para a construção da rede assistencial de saúde regional, contemplando conteúdos e cenários de práticas profissionais relativas à implementação das políticas estruturantes do SUS, conforme os tópicos abaixo:

- Capacitação das equipes de PSF;

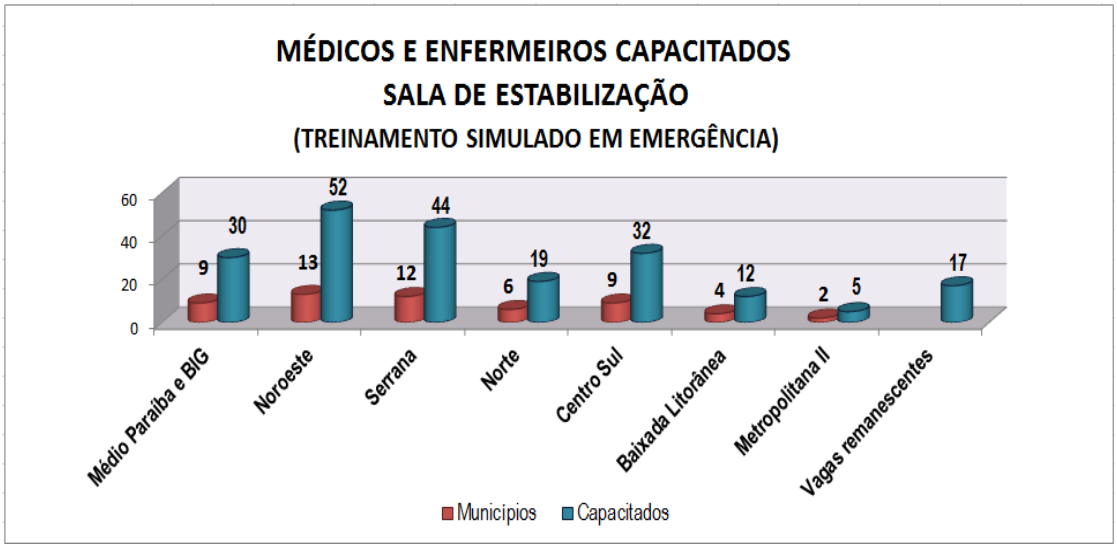
- Capacitação de nível superior da Vigilância em Saúde;

- Capacitação de médicos/enfermeiros em urgências e emergências;

- Capacitação de Nível Médio – técnico de enfermagem – em urgências e emergências

No âmbito da Educação Continuada em Saúde, a SES promoveu a capacitação de médicos e enfermeiros para atuação nas salas de estabilização em 08 regiões do Estado, nos municípios com até 50.000 habitantes, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 5 - Médicos e Enfermeiros capacitados em Sala de Estabilização



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro / Subsecretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde / Coordenação Geral em Saúde e Gestão

Em relação a dispositivos para realização de atividades de educação em saúde, a Resolução SES Nº 1129 de 16 de maio de 1997 prevê o Centro de Estudos e Aperfeiçoamento (CEA), órgão de Unidade de Saúde cuja finalidade é promover, estimular, planejar, coordenar e acompanhar as atividades de cunho técnico, científico e cultural a partir do desenvolvimento dos recursos humanos e de sua integração com a comunidade, visando contribuir para a melhoria das ações de Saúde prestadas à população. O CEA não deve se limitar à divulgação e à transmissão de informações técnicas, devendo ser um fórum de reflexão de todo o pessoal da equipe de saúde, seja para assuntos de interesse da comunidade, seja para temas de interesse geral.

Na Baixada Litorânea, duas unidades de saúde estaduais possuem Centros de Estudos atuantes:

- **HEBSJ -** Hospital Regional Gélio Alves Faria - Rodovia Amaral Peixoto n 895, Barra de São João
- **HE Roberto Chabo** (Hospital Regional de Araruama) - Rua Bernardo Vasconcelos, 477, Centro Araruama – RJ

Quanto à CIES, na região está constituída como segue:

01 Representante dos Secretários Municipais

01 Representante da SES – Coordenação Regional

01 Representante do Núcleo Descentralizado de Vigilância em Saúde

01 representante dos usuários por município

01 representante dos profissionais de saúde por município

01 representante de Escolas Técnicas sediadas e com certificação regional, que apresentem o maior número de cursos na área de saúde

02 Universidades sediadas e com certificação regional

01 representante da Atenção Básica

01 representante da Média Complexidade

01 representante da Alta Complexidade

02 representantes dos Coordenadores Municipais de Educação em Saúde:

01 representante dos Coordenadores Municipais de Educação em Saúde das Secretarias Municipais / Estaduais de Educação:

01 representante Estudantil vinculado a Instituição de Ensino Superior;

Mapa 2: Instituições de ensino na região

Quadro 3 - Municípios com Instituição de Ensino Superior com curso na área de Saúde

MUNICÍPIOS	INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR (IES) COM CURSO NA ÁREA DA SAÚDE	POSSUI TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA COM A SES
Araruama	**Faculdade União Araruama de Ensino S/S Ltda. (FAC-UNILAGOS)**	_

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde /Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Quadro 4 - Municípios com Instituição de Ensino Técnico com curso na área de Saúde

MUNICÍPIOS	INSTITUIÇÕES DE ENSINO TÉCNICO COM CURSO NA ÁREA DA SAÚDE	POSSUI TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA COM A SES
Araruama	Escola Municipal Politécnica Antônio Luiz Pedrosa	_
	Instituto Técnico de Enfermagem e Saúde - ITENS *	_
Cabo Frio	SENAC/ARRJ - SENAC Cabo Frio	_
	Instituto Técnico de Enfermagem e Saúde - ITENS *	_
Rio das Ostras	SENAC/ARRJ - SENAC Rio das Ostras	_
	Centro de Capacitação Profissional ATUAL	_
Saquarema	Instituto Técnico de Enfermagem e Saúde - ITENS *	_

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde /Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Quadro 5 - Municípios com Polos de Instituições de Ensino Superior com curso na área de Saúde

MUNICÍPIOS	PÓLOS DE INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR COM CURSO NA ÁREA DA SAÚDE
Rio das Ostras	UFF

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde /Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde