SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Planejamento Regional 2013

Médio Paraíba

SUMÁRIO

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 Médio Paraíba **24**
2.1 – Dados Demográficos **24**
2.2 – Dados de Situação de Saúde **27**
3 – Capacidade instalada e oferta de serviços de saúde na Região **33**
3.1 – Atenção Básica **33**
3.2 – Atenção Psicossocial **52**
3.3 – Atenção à Urgência e Emergência **57**
3.4 – Atenção de Média e Alta Complexidade **74**
3.5 – Redes Pactuadas de Média e Alta Complexidade em CIB **79**
4 – Gestão em Saúde na Região **84**
4.1 - Instrumentos de Planejamento **84**
4.2 – Prioridades Regionais pelos Indicadores do Pacto **87**
4.3 – Transição do Pacto pela Saúde ao COAP **88**
4.4 – A Transição Quanto à Pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores **90**
4.5 – Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria **90**
4.6 – Ouvidoria em Saúde **95**
4.7 – Unidades descentralizadas da SES na região **97**
4.8 – Programas da Secretaria Estadual de Saúde para os municípios da região **98**
4.9 – Gestão Participativa e Controle Social **102**
4.10 – Gestão do Trabalho e Educação em Saúde **105**
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 .....

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 do ano 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.

É importante destacar que os espaços se articulam em função de alguma ordem sociopolítica mais ampla, que se mantém 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 apontam elementos que contribuem para uma leitura do espaço regional e para a construção de propostas de intervenção 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**

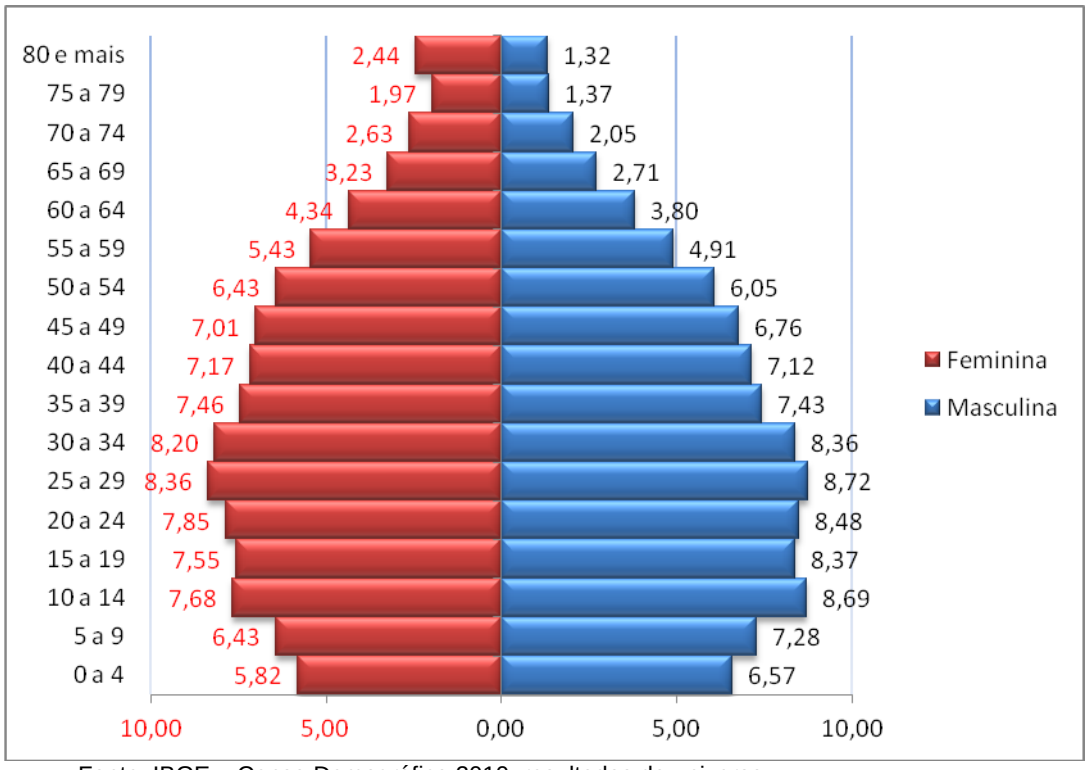
Fontes: Ministério da Saúde/SE/DATASUS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, 09/2011.
IBGE - Censo Demográfico 2010, Resultados do Universo, 2011.

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

Região de Saúde	Diabetes mellitus	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%).

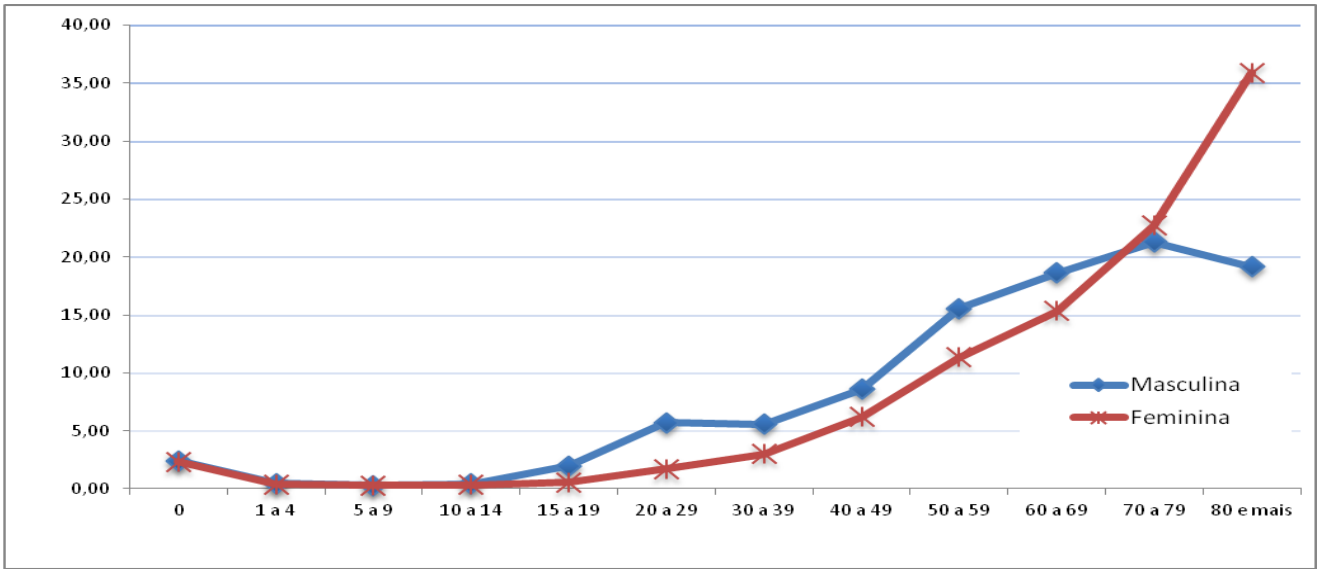
Considerando os óbitos masculinos com idade ignorada, observa-se que os homicídios representam 24,5% do total de óbitos com esta condição, juntamente com as lesões de intenção indeterminada (18,3%) e as causas mal definidas (18,2%). É possível, portanto, que a sobremortalidade masculina jovem esteja 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

	HIPERTENSÃO	DIABETES	NEOPLASIA DA MAMA	TUBERCULOSE	NEOPLASIA DO COLO DO ÚTERO	GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO	DENGUE	HANSENÍASE
2005	10,14	2,56	1,14	0,78	0,40	0,27	0,00	0,02
2006	10,49	2,86	1,19	0,84	0,46	0,32	0,00	0,02
2007	10,21	2,79	1,30	0,76	0,45	0,30	0,03	0,01
2008	10,89	2,81	1,33	0,79	0,47	0,17	0,10	0,01

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 destacada, 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 mais diabéticos do que hipertensos. 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

Reg.Saúde/Municíp	%
Baia de Ilha Grande	71,10
Baixada Litorânea	48,38
Rio de Janeiro (Capital)	00,00
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
Estado	23,58
Estado sem pop capital	40,20

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

Reg.Saúde/Municíp	%
Baia de Ilha Grande	61,05
Baixada Litorânea	54,66
Rio de Janeiro (Capital)	00,00
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
Estado	22,38
Estado sem pop capital	38,16

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 - Mortalidade Infantil segundo regiões, 2001 e 2010*.

Região de Saúde	Taxa de mortalidade infantil-2001	Taxa de mortalidade infantil-2010*
Baía da Ilha Grande	15,85	10,42
Baixada Litorânea	17,73	12,09
Centro-Sul	25,87	14,20
Médio Paraíba	19,49	14,09
Metropolitana I	17,38	13,88
Metropolitana II	15,08	13,80
Noroeste	18,95	12,39
Norte	23,17	15,45
Serrana	19,72	15,53
Estado	**18,25**	**13,98**

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.

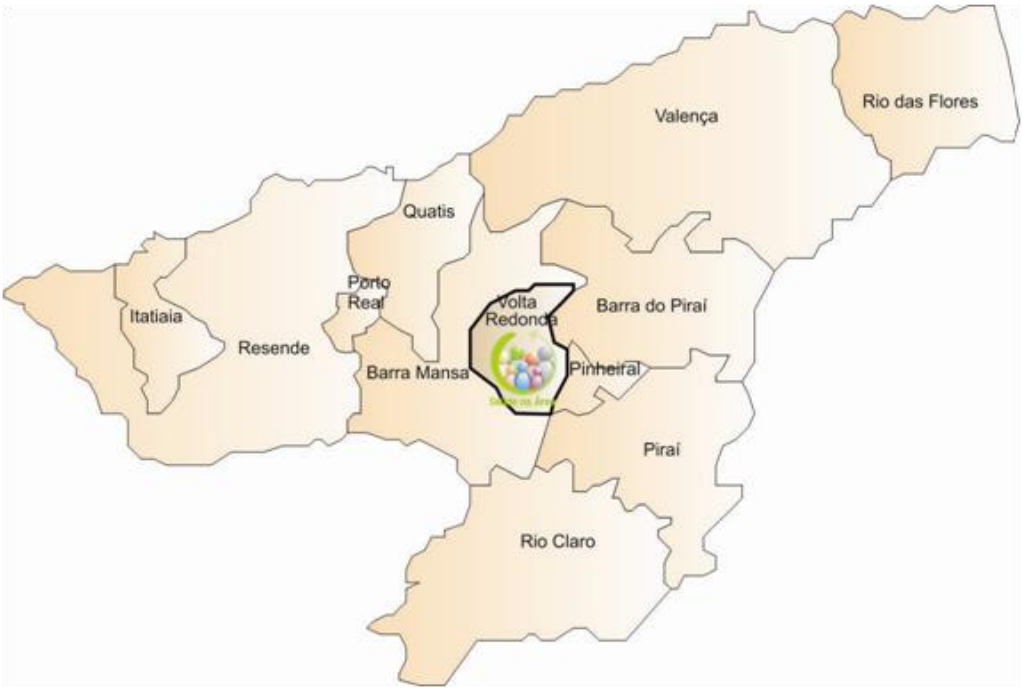
A análise dos nascimentos ocorridos no Estado permite verificar que o percentual de nascidos vivos de mães com idade inferior a 20 anos, no ano de 2009, foi 18,2%. O município de Conceição de Macabu foi o que apresentou a maior taxa de mães adolescentes (27,8%) e a menor taxa foi apresentada pelo município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

Mapa 1 - Região do Médio Paraíba - Localização da sede da CIR



2.1. Dados Demográficos

A Região do Médio Paraíba é formada por 12 municípios: Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda, representa 14,14% da área total do Estado do Rio de Janeiro e 5,55% de sua população total. Apesar de relativamente pouco expressivas em extensão, as áreas urbanas formam um conjunto de núcleos de médio e grande porte, que têm sua base produtiva relacionada a atividades diversas apoiadas, principalmente, em um parque industrial que a coloca na segunda posição em termos de desenvolvimento econômico no Estado.

Tabela 9 - Região Médio Paraíba - Área e Dados Populacionais

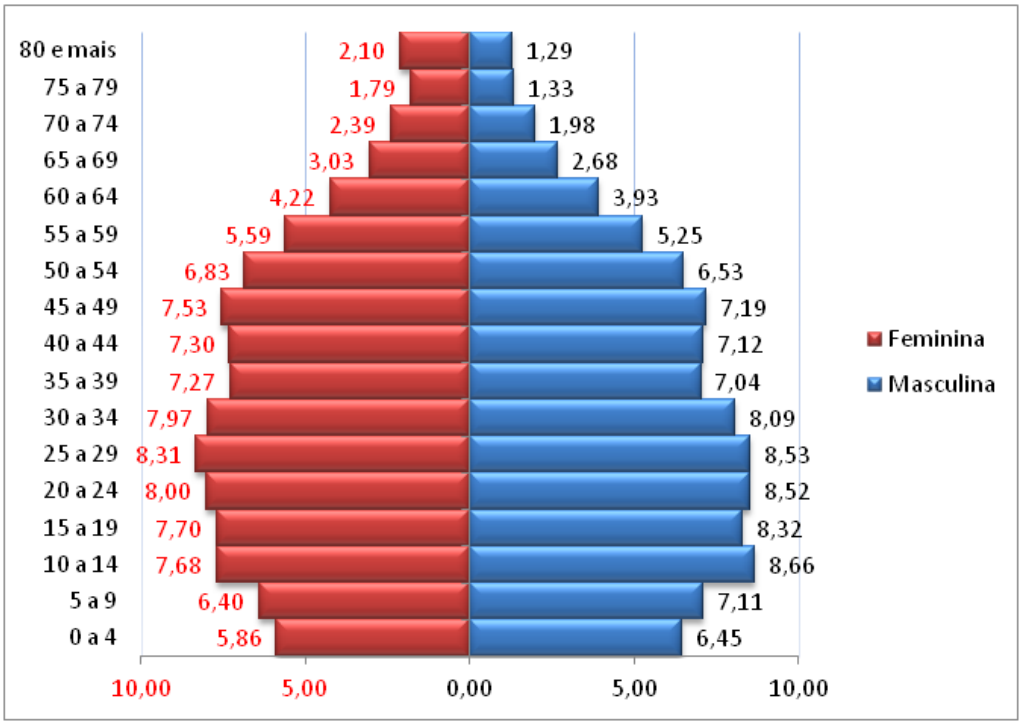
Regiões/Estado	Área (km^2)	Percentual da área em relação à região	População	% da população na região	Densidade demográfica
Médio Paraíba	6.191,5	14,14	855.193	5,35	138,12
Barra do Piraí	579.0	9.35	94.778	11.08	163.69
Barra Mansa	547.2	8.84	177.813	20.79	324.95
Itatiaia	245.1	3.96	28.783	3.37	117.43
Pinheiral	76.5	1.24	22.719	2.66	296.98
Piraí	505.4	8.16	26.314	3.08	52.07
Porto Real	50.7	0.82	16.592	1.94	327.26
Quatis	286.1	4.62	12.793	1.50	44.72
Resende	1095.3	17.69	119.769	14.00	109.35
Rio Claro	840.6	13.58	17.425	2.04	20.73
Rio das Flores	478.3	7.73	8.561	1.00	17.90
Valença	1304.8	21.07	71.843	8.40	55.06
Volta Redonda	182.5	2.95	257.803	30.15	1412.62
Estado	43.779,8	-	15.989.929	-	365,24

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

O índice de envelhecimento, em geral, é abaixo da média estadual, embora a expectativa de vida ao nascer seja 60 anos, sugerindo que as taxas de fecundidade dos municípios da região vêm compensando a tendência do envelhecimento populacional.

A Atenção à Saúde do Médio Paraíba deve levar em conta a extrema heterogeneidade da região. A estrutura demográfica tende à predominância feminina e jovem, com baixa densidade demográfica e crescimento populacional moderado.

Gráfico 4 - Estrutura etária da Região Médio Paraíba, 2010



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

2.2 Dados da Situação de Saúde

Tabela 10 - Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas segundo município de residência na região Médio Paraíba, 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**
Médio Paraíba	**7,27**	**5,37**	**15,38**	**10,06**	**9,81**	**8,02**	**14,38**	**7,33**	**22,37**
Barra do Piraí	17,37	6,44	12,20	10,80	7,17	9,55	10,66	3,84	21,97
Barra Mansa	3,40	6,59	18,99	6,03	9,05	7,28	17,39	9,17	22,08
Itatiaia	2,93	3,27	16,14	10,38	7,90	6,49	15,41	7,51	29,97
Pinheiral	5,11	8,01	17,62	12,21	14,61	7,51	14,91	4,90	15,12
Piraí	3,69	4,35	20,83	7,74	11,25	6,31	19,40	9,70	16,73
Porto Real	3,84	5,71	16,95	10,62	13,02	7,67	13,29	8,03	20,87
Quatis	8,00	3,11	16,10	11,39	9,89	5,84	11,02	5,46	29,19
Resende	4,47	5,07	13,08	9,47	9,34	7,31	18,89	7,49	24,88
Rio Claro	0,96	3,99	16,29	13,74	7,03	5,91	20,45	10,06	21,57
Rio das Flores	3,33	5,88	20,84	16,30	7,76	7,65	11,09	8,31	18,85
Valença	8,36	4,28	17,15	13,48	8,64	9,97	7,99	6,68	23,46
Volta Redonda	6,90	5,10	13,92	10,13	12,16	7,78	14,83	8,10	21,07

Fonte: 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 três principais causas de internação no SUS em 2011, na região Médio Paraíba, foram as doenças do aparelho circulatório (15,38% do total de internações), gravidez, parto e puerpério (14,38%) e as doenças do aparelho respiratório (10,06%).

As doenças do aparelho circulatório estão entre as duas primeiras causas de internação de todos os municípios da região. Na região como um todo e na maior parte dos municípios, a insuficiência cardíaca é a principal causa de internação dentro deste grupo de causas.

Podemos destacar pelo menos três perfis de municípios no que diz respeito às duas principais causas de internação em 2011. O primeiro deles, que contempla 8 dos 12 municípios da região, teve as internações por doenças do aparelho circulatório e por gravidez parto e puerpério como as duas principais causas de internação.

Um segundo grupo, que engloba os municípios de Rio das Flores, Valença e Quatis, teve como primeira causa as doenças do aparelho circulatório e como segunda as doenças do aparelho respiratório. Em Quatis e Rio das Flores, as internações por gravidez, parto e puerpério aparecem como terceira causa. Já em Valença, este grupo foi responsável por apenas 8% das internações e só aparece como sexta causa.

O terceiro perfil, que corresponde apenas ao município de Barra do Piraí, tem as doenças infecciosas e parasitárias (DIP) como primeira causa de internação. Analisando o período de 2008 a 2011, nota-se que o município constantemente apresenta uma proporção de internações por DIP aproximadamente duas vezes maior que a da região. Por outro lado, a proporção de internações por causas externas é quase a metade da encontrada para a região.

Outra possibilidade de avaliar a situação de saúde, por meio da morbidade hospitalar, consiste em verificar as taxas de internação hospitalar para algumas das principais causas, selecionadas pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa.

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

	Neoplasias malignas	Diabetes mellitus	Doenças hipertensivas	Doenças isquêmicas do coração	Doenças cerebrovasculares	Pneumonia
Médio Paraíba	**26,19**	**12,66**	**14,02**	**17,77**	**12,27**	**28,58**
Barra do Piraí	44,74	18,78	25,43	13,40	5,80	14,77
Barra Mansa	25,59	8,44	3,77	14,57	18,00	13,50
Itatiaia	14,59	9,73	22,24	19,11	11,81	29,18
Pinheiral	24,65	6,60	1,32	15,41	14,09	29,49
Piraí	17,10	10,26	10,64	20,90	17,48	34,96
Porto Real	24,11	6,63	22,30	26,52	17,48	34,96
Quatis	14,07	21,89	17,20	25,80	25,80	46,12
Resende	24,38	12,44	16,03	14,86	13,11	28,30
Rio Claro	7,46	12,05	2,87	8,03	9,76	4,02
Rio das Flores	56,07	29,20	53,73	33,87	18,69	89,94
Valença	32,29	24,50	53,73	36,89	7,24	63,89
Volta Redonda	22,30	10,67	4,19	16,52	10,01	31,88
Estado	20,18	5,86	4,32	9,44	8,04	24,77

Fonte: 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 maiores taxas de internação hospitalar da região foram por pneumonia (28,58 por 10.000 habitantes[1]) e neoplasias malignas (26,19). Com exceção dos municípios de Barra do Piraí, Barra Mansa e Rio Claro, a pneumonia foi o agravo responsável pela maior taxa de internação em todos os demais municípios do Médio Paraíba. Destacam-se os municípios de Rio das Flores (89,94), Valença (63,89) e Quatis (46,12) com as maiores taxas de internação por pneumonia da região.

Nos municípios de Barra do Piraí e Barra Mansa, a maior taxa de internação em 2011 foi por neoplasias malignas (44,74 e 25,59, respectivamente). Também merece atenção as taxas de internação por neoplasias malignas em Rio das Flores (56,07) e Valença (32,29), bem superiores à da região e do estado. Em Barra do Piraí e Rio das Flores as neoplasias que mais levaram à internação foram as do útero e em Barra Mansa e Valença as da mama.

No município de Rio Claro, a maior taxa de internação no SUS foi por diabetes mellitus (12,05). Vale ressaltar que, embora este tenha sido o agravo com a taxa de internação mais alta para este município, há outros cinco municípios na região com a taxa de internação por diabetes superior à de Rio Claro. Podemos observar também que, para os demais agravos, as taxas de internação de Rio Claro são bem inferiores às da região. Uma das possíveis razões para esse fato se refere à alta cobertura de planos de saúde no município. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Rio Claro era o município do estado com a maior cobertura de saúde suplementar em 2011.

As taxas de internação equivalem ao número de internações hospitalares pagas pelo SUS, por 10 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Tabela 12 - Mortalidade proporcional por grupos de causas, segundo município de residência na região Médio Paraíba, 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	**5,49**	**16,67**	**7,36**	**31,23**	**12,27**	**11,61**	**15,38**
Médio Paraíba	**3,43**	**17,52**	**6,97**	**34,39**	**10,44**	**9,28**	**17,97**
Barra do Piraí	2,59	15,66	6,32	40,66	10,06	7,18	17,53
Barra Mansa	3,17	16,73	6,99	35,01	8,53	11,45	18,12
Itatiaia	1,19	11,31	7,74	36,90	10,71	14,29	17,86
Pinheiral	6,02	21,69	6,02	33,73	7,83	6,63	18,07
Piraí	3,30	20,33	9,89	27,47	8,79	11,54	18,68
Porto Real	4,76	18,10	10,48	29,52	9,52	11,43	16,19
Quatis	1,03	27,84	12,37	29,90	7,22	5,15	16,49
Resende	2,45	16,93	8,91	30,36	10,47	12,14	18,73
Rio Claro	1,68	19,33	5,04	41,18	7,56	10,08	15,13
Rio das Flores	0,00	17,78	8,89	46,67	11,11	0,00	15,56
Valença	3,02	18,62	5,20	38,76	12,08	5,37	16,95
Volta Redonda	4,63	17,86	6,30	32,27	12,02	8,54	18,38

Fonte: SES-RJ/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.

Quanto ao perfil de mortalidade por grupo de causas, observa-se que há muitas semelhanças entre a região e o estado.

As doenças do aparelho circulatório e as neoplasias são, respectivamente, a primeira e a segunda maior causa de óbito da região Médio Paraíba e em quase todos os municípios que a compõem. Juntas, são responsáveis por quase 52% dos óbitos da região, variando de 47% em Resende a 64% em Rio das Flores. A única exceção é o município de Itatiaia, que teve como segunda maior causa de óbito as causas externas.

As doenças do aparelho respiratório são a terceira maior causa de óbito na região. Entretanto, a proporção de óbitos por este grupo de causas na região e em todos os municípios é inferior à encontrada para o estado.

As causas externas são a quarta principal causa de óbito. Além do município de Itatiaia, o município de Resende também teve uma proporção de óbitos por causas externas superior à da região e do estado.

Tabela 13 – Taxa de Mortalidade Infantil da região e número de óbitos infantis ao ano, segundo município de residência na região Médio Paraíba, 2001 e 2011

	TMI / Nº de Óbitos Infantis		
Município de residência	**2001**	**2011**	**Proporção de queda**
Médio Paraíba	**19,49**	**14,30**	**%**
Barra do Piraí	29,35	21,72	%
Barra Mansa	19,65	12,20	%
Itatiaia	9	3	%
Pinheiral	5	4	%
Piraí	7	8	%
Porto Real	6	4	%

Quatis	8	4	%
Resende	19,11	18,33	%
Rio Claro	3	2	%
Rio das Flores	1	0	%
Valença	18	20	%
Volta Redonda	16,63	9,59	%
Estado	18,25	13,90	%

Fonte: SES-RJ/SVS/SIM e Sinasc

Nota: Os dados de 2011 são preliminares, com situação em 10/01/2013, sujeitos a retificação e recebimento de informações de óbitos ocorridos em outros estados, de residentes no Rio de Janeiro e de nascimentos ocorridos em outros estados, de mães residentes no Rio de Janeiro.

Quanto à mortalidade infantil, observa-se uma queda de 27% na taxa da região no período de 2001 a 2011. Entre os municípios com população superior a 80 mil habitantes, os que tiveram a maior proporção de queda na Taxa de Mortalidade Infantil foram os municípios de Volta Redonda (42%) e Barra Mansa (38%).

Para os municípios com menos de 80 mil habitantes é feito o monitoramento do número absoluto de óbitos infantis. De um modo geral, observa-se uma tendência de queda para todos os municípios. Mesmo para os municípios de Piraí e Valença, que tiveram um número de óbitos infantis em 2011 superior ao de 2001, quando tomadas as médias quadrienais de 2000 a 2011 verifica-se que, para o quadriênio 2000-2003 a média de óbitos infantis ao ano em Piraí foi de 5,75 e de 26,25 em Valença. Já no quadriênio 2008-2011 estas médias foram de 4,50 e 18,00, respectivamente.

3. Capacidade Instalada e Oferta de Serviços de Saúde na Região

3.1. Atenção Básica

Observa-se uma grande variação de cobertura de Atenção Básica entre os municípios da região. Os municípios de Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Rio Claro e Rio das Flores apresentam cobertura de 100%. Todos os municípios da região apresentam coberturas superiores à média estadual.

O método de cálculo baseia-se no Instrutivo dos Indicadores de Transição do Pacto - COAP de 2012, onde está definido o cálculo da cobertura de Atenção Básica com o acréscimo de equipes tradicionais de Atenção Básica equiparadas às Equipes de Saúde da Família.

Tabela 14 - Cobertura de Atenção Básica, segundo Região de Saúde e Municípios, Março 2012.

Região/Municípios	Nº horas	Nº equipes de AB	N°equipes ESF	Pessoas cadastradas em dez/11	Cobertura AB (%)
Médio Paraíba	**2769**	**46**	**176**	**855193**	**77,93**
Barra do Piraí	932	16	7	94778	71,32
Barra Mansa	311	5	31	177813	61,05
Itatiaia	452	8	4	28783	100,00
Pinheiral	30	1	8	22719	100,00
Piraí	206	3	10	26314	100,00
Porto Real	0	0	6	16592	100,00
Quatis	2	0	3	12769	71,13
Resende	180	3	22	119769	62,62
Rio Claro	20	0	8	17425	100,00
Rio das Flores	28	0	4	8561	100,00
Valença	176	3	13	71843	66,53
Volta Redonda	432	7	60	257803	78,20
Estado RJ	**34895**	**582**	**1.983**	**15.989.929**	**48,12**

Fonte: Superintendência de Atenção Básica / Subsecretaria de Atenção a Saúde / Secretaria de Estado de Saúde

A região possui boa cobertura de Equipes de Saúde Bucal com grande variação, tendo 43,38% de cobertura em Quatis, e 214,33% em Piraí. Coberturas acima de 100% são justificadas pela diferença de cálculo do teto máximo e da

cobertura de ESB. Para o cálculo do teto máximo o MS utiliza como base 2.400 pessoas, e para o cálculo de cobertura populacional de ESB a base utilizada é de 3.450 pessoas o que gera uma cobertura superior a 100% em alguns municípios, mesmo sem estes alcançarem o teto estabelecido pelo MS.

O método de cálculo baseia-se no Instrutivo dos Indicadores de Transição do Pacto – COAP, datado de 23/07/2012.

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

Região/Município	Cobertura ESB (%) em 2011
Médio Paraíba	**75,61**
Barra do Piraí	81,11
Barra Mansa	45,13
Itatiaia	96,41
Pinheiral	105,64
Piraí	214,33
Porto Real	117,53
Quatis	43,38
Resende	77,15
Rio Claro	156,24
Rio das Flores	157,69
Valença	70,99
Volta Redonda	66,8
Estado RJ	**35,12**

Fonte: Área Técnica de Saúde Bucal / Superintendência de Atenção Básica / Subsecretaria de Atenção a Saúde / Secretaria de Estado de Saúde (Dados calculados com recorte de Março de 2012, em consulta a base de dados DAB/MS)

A região do Médio Paraíba atingiu os parâmetros mínimos de cobertura em relação às vacinas Tetravalente e Influenza, no entanto ficou abaixo do valor preconizado pelo Programa Nacional de Imunização no que se refere à Tríplice Viral, embora tenha se aproximado da cobertura mínima. Apenas três municípios da região não atingiram a cobertura de 95% para as vacinas Tríplice Viral e Tetravalente, e dois municípios não atingiram coberturas superiores a 80% para Influenza.

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

	Cobertura Vacinal		
	Tríplice Viral (CCR)	**Tetravalente**	**Influenza**
Médio Paraiba	**94,55**	**99,03**	**81,08**
Barra do Piraí	86,47	92,92	81,05
Barra Mansa	96,90	97,41	74,34
Itatiaia	111,61	96,03	81,29
Pinheral	112,82	120,51	91,95
Piraí	99,11	101,19	83,77
Porto Real	109,41	98,43	106,19
Quatis	102,29	89,71	82,07
Resende	98,96	104,24	81,56
Rio Claro	115,23	101,02	69,7
Rio das Flores	80,00	103,48	95,42
Valença	109,19	92,69	89,84
Volta Redonda	82,73	99,57	80,49
Estado do RJ	**107,14**	**97,38**	**78,71**

Fonte: SI – Programa Nacional de Imunização

INFORMAÇÕES ACRESCIDAS PELO GT DA REGIÃO:

1-REDE AMBULATORIAL

A assistência a saúde requer o desenho da linha de cuidado proposta para o atendimento às diversas patologias e a atenção de média e alta complexidade compõe esta linha numa continuação da atenção básica. A composição da rede de assistência à saúde esta sujeita à disponibilidade de estabelecimentos adequados, profissionais especializados e ao uso de recursos tecnológicos de apoio, diagnose e terapia. A região do Médio Paraíba apresenta na sua rede assistencial, segundo CNES (dezembro/2011) 1.465 estabelecimentos de saúde, sendo 25,9% de esfera municipal, 0,1% de esfera estadual, 0,1% de esfera federal e 73,9% da esfera privada.

Tipo de estabelecimento de saúde por município.

Médio Paraíba, 2010

Tipo de Estabelecimento	BP	BM	ITA	PIN	PIR	PR	QUA	RES	RC	RF	VAL	VR	Total
Central de Regulação de Serviços de Saude	-	3	-	-	1	-	-	-	1	1	1	3	10
Centro de Atenção Hemoterápica e/ ou Hematológica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Centro de Atenção Psicossocial	1	3	1	1	1	1	-	3	-	-	2	5	18
Centro de Apoio a Saúde da Família	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Centro de Saude/Unidade Básica de Saúde	27	36	13	8	11	6	3	21	12	6	28	44	215
Clinica Especializada/Amb. Especializado	23	32	7	3	3	3	4	43	2	2	11	136	269
Consultório Isolado	71	175	1	3	11	5	3	209	6	-	39	277	800
Cooperativa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Farmácia do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	1	1	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1	5
Hospital Dia	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1

Hospital Especializado	1	6	1	-	-	-	1	2	-	-	-	3	14
Hospital Geral	4	3	1	1	1	1	1	6	1	1	5	8	33
Policlínica	15	4	2	-	1	6	1	5	-	1	3	6	44
Posto de Saúde	-	10	2	-	2	-	2	-	-	2	1	5	24
Pronto Atendimento	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2	3
Pronto Socorro Geral	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	5
Secretaria de Saúde	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	13
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	6	42	3	1	-	1	2	38	-	-	8	47	148
Unidade de Vigilância em Saúde	1	3	1	-	1	1	-	1	2	1	-	1	12
Unidade Móvel Pré Hospitalar - Urgência/Emergência	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2
Unidade Móvel Terrestre	1	2	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	6
Total	154	323	33	18	33	25	19	332	28	15	102	543	1.625

Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, abril 2010.

2-ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica é parte integrante e fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo uma área estratégica para a resolubilidade da atenção e dos serviços em saúde, na medida em que o medicamento representa um importante instrumento de intervenção sobre grande parte das doenças e agravos que acometem a população.

Um dos principais desafios para a reorientação efetiva da Assistência Farmacêutica tem sido a superação de uma visão equivocada do simples fornecimento de medicamentos como ação resolutiva em saúde. O crescente aporte de recursos financeiros, a complexidade das ações e a necessidade de acompanhamento dos usuários têm evidenciado a importância da construção de serviços farmacêuticos qualificados e integrados às Redes de Atenção à Saúde.

De acordo com a Portaria GM/MS 204/2007 (BRASIL, 2007), atualizada pela Portaria GM/MS 837/2009 (BRASIL, 2009), o financiamento da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade das três esferas de gestão, sendo os recursos federais repassados na forma de blocos de financiamento. O bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica é constituído pelos seguintes componentes: Básico, Estratégico e Especializado.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica conforme a Portaria GM/MS 4.217/2010 (BRASIL, 2010), destina-se à aquisição dos medicamentos e insumos complementares para apoiar as ações da Atenção Básica. No âmbito do Estado do Rio de Janeiro, a Secretaria de Saúde deve apoiar técnica e financeiramente os municípios para garantir o acesso aos medicamentos e insumos da atenção básica. O financiamento deste Componente é tripartite e, no estado do Rio de Janeiro, sua execução é descentralizada para os municípios, conforme Deliberação CIB n° 1281/11. Nessa deliberação, foi pactuado que, além do repasse financeiro federal de R$5,10 por habitante/ano para aquisição de medicamentos, o estado repassaria aos municípios R$2,00 por habitante/ano para aquisição de medicamentos e R$ 0,50 por habitante/ano para aquisição de insumos para diabetes (tiras reagentes para dosagem da glicemia capilar, lancetas e seringas com agulha acoplada), cabendo aos municípios a contrapartida de R$ 1,86 e R$ 0,50 habitante ano para medicamentos e insumos respectivamente. No ano de 2012, o valor total previsto para aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica básica, para a região Médio Paraíba, perfaz um montante superior a oito milhões de reais (conforme Portaria GM/MS 4.217/2010 e Deliberação CIB/RJ 1281/2011).

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica é voltado para o tratamento de um grupo de agravos específicos, agudos ou crônicos, que configuram problemas de saúde pública, devido ao seu perfil endêmico ou por apresentar impacto socioeconômico que atingem ou põem em risco as coletividades. A estratégia de controle dessas doenças concentra-se no tratamento dos portadores, de acordo com protocolos clínicos e normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Nesse Componente, estão incluídos os programas para controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional, antirretrovirais do programa DST/AIDS, sangue e hemoderivados e imunobiológicos. Ele é financiado pelo Ministério da

Saúde, que repassa os medicamentos para os estados ou, em alguns casos, para os municípios, de acordo com previsão de consumo anual. A Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro é responsável por elaborar a previsão anual de consumo para o Ministério, armazenar os medicamentos programados e distribuir aos municípios. Aos municípios, cabe a distribuição para suas unidades e a dispensação aos usuários, garantindo o acesso e o uso racional dos medicamentos.

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), aprovado por meio da Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009, é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde. O principal objetivo desse Componente é a busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde. Este Componente tem uma importância fundamental para o acesso da população brasileira aos medicamentos para agravos importantes, tanto do ponto de vista epidemiológico quanto clínico.

Os medicamentos que constituem as linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas. O Grupo 1, cujo financiamento está sob a responsabilidade exclusiva do Ministério da Saúde, se subdivide em grupo 1A (aquisição central pelo Ministério da Saúde) e grupo 1B (aquisição pelos estados, mas com ressarcimento pelo Ministério da Saúde mediante apresentação e aprovação das Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC correspondentes). Este grupo é constituído por medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente, por ser aqueles indicados para doenças mais complexas, para os casos de refratariedade ou intolerância à primeira e/ou à segunda linhas de tratamento e que se incluem em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde. O Grupo 2 é constituído por medicamentos cuja responsabilidade de financiamento é das Secretarias Estaduais da Saúde. E o Grupo 3, é composto por medicamentos com responsabilidade de financiamento tripartite, sendo a aquisição e a dispensação de responsabilidade dos municípios, conforme estabelecido na Portaria GM/MS n. 4217/2010.

Independentemente do Grupo, o fornecimento de medicamentos padronizados no CEAF deve obedecer aos critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecidos pelo Ministério da Saúde, de abrangência nacional. As regras para a dispensação dos medicamentos do Grupo 3 estão regulamentadas na Portaria GM nº 4217/2010, que aprova a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

Para a execução do CEAF no Estado do Rio de Janeiro, existem distribuídos pelo Estado 27 pólos municipais de cadastro e dispensação de medicamentos do CEAF, sendo que cinco deles estão situados na região Médio Paraíba.

Além desse esqueleto dorsal, existem outros programas estaduais estruturantes para a Assistência Farmacêutica, tais como: Programa de Profilaxia da Aloimunização anti-Rh(D) (que visa proteger as mulheres Rh(D) negativo da aloimunização, durante o ciclo gravídico puerperal, através do fornecimento de Imunoglobulina anti-Rh(D); Programa de Distribuição de medicamentos para infecções oportunistas em pacientes com HIV/AIDS (cujo elenco de 27 itens se destina ao manejo clínico dos efeitos adversos da terapia anti-retroviral e das manifestações não infecciosas do HIV, além da melhoria do sistema imunológico do usuário) e Programa de Profilaxia do Vírus Sincicial Respiratório - VSR (que visa à imunização de crianças mais suscetíveis ao VSR - crianças prematuras, com doença pulmonar crônica de prematuridade e cardiopatas - por meio do fornecimento e aplicação do medicamento Palivizumabe).

Existem algumas dificuldades para a adequada execução das ações inerentes à Assistência Farmacêutica em sua plenitude, dentro as quais podemos destacar: a falta de acesso da população aos medicamentos, infraestrutura da AF inadequada, operacionalização deficitária da Assistência Farmacêutica municipal e o pouco preparo dos profissionais de saúde para organização e estruturação das diferentes atividades do Ciclo da Assistência Farmacêutica (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização).

Baseados nos problemas acima elencados, o Ministério da Saúde desenvolveu o Hórus - Sistema Nacional de Gestão da Assistência

Farmacêutica em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Recife, a Empresa Pública de Informática do Recife (Emprel), o Departamento de Informática do SUS (DataSUS/MS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

O sistema Hórus é uma ferramenta gratuita que possibilita o registro do fluxo de medicamentos e insumos em toda a rede de saúde municipal, bem como entre estados e municípios. Tem como objetivo qualificar a gestão e execução da Assistência Farmacêutica, por meio de cadastro único dos usuários, bem como dos medicamentos e insumos. O Hórus também disponibiliza às equipes de saúde informações para fundamentar a seleção, prescrição e dispensação de medicamentos essenciais, contribuindo para o uso racional de medicamentos.

DIAGNÓSTICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA REGIÃO

COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A organização é base de sustentação da Administração Pública, pois evidencia o modelo de gestão adotado. Um ponto importante para a organização é a definição de um organograma da instituição. Sendo a Assistência Farmacêutica, parte importante das ações em saúde, entendemos ser de extrema importância a publicação das coordenações de assistência farmacêutica municipais oficialmente no organograma municipal, com definição clara das competências e níveis hierárquicos. Esta oficialização permitirá visualizar como os recursos (humanos, físicos e outros) estão distribuídos e interligados, subsidiando o planejamento com vistas ao equilibro organizacional e eficiência nos resultados.

Dos 12 municípios da região Médio Paraíba, oito afirmaram possuir as coordenações municipais de Assistência Farmacêutica inseridas no organograma das Secretarias de Saúde, são eles Resende, Itatiaia, Barra do Piraí, Valença, Piraí, Quatis, Porto Real e Barra Mansa.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

A Política Nacional de Medicamentos regulamentada pela Portaria n.º 3916, de 30 de outubro de 1998, e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, estabelecida pela resolução do CNS nº 338, de 06 de maio de 2004, são norteadoras para elaboração do Capítulo de Assistência Farmacêutica dos respectivos Planos Municipais de Saúde (PMS). Os PMS devem buscar a superação da visão reducionista da aquisição e distribuição de medicamentos, voltando-se para garantia do acesso e a promoção do uso racional de medicamentos, através de ações que envolvam todo o ciclo da Assistência Farmacêutica. O ciclo envolve a gestão de componentes como recursos financeiros, humanos e materiais e os processos de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e prescrição adequada de medicamentos.

Na região Médio Paraíba, nos municípios de Resende, Itatiaia, Barra do Piraí, Volta Redonda, Piraí, Barra Mansa, Rio das Flores, Quatis e Porto Real, a Coordenação Municipal de AF participa da elaboração do capítulo de Assistência Farmacêutica no Plano Municipal de Saúde, conforme resultado do Diagnóstico da Assistência Farmacêutica realizado pela SES em 2011.

SELEÇÃO

A seleção é o processo de escolha de medicamentos eficazes e seguros, imprescindíveis ao atendimento das principais necessidades de saúde dos usuários. Nesse sentido, a constituição de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é uma importante estratégia para uma seleção adequada e consequentemente para a elaboração de uma Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) que contemple a real necessidade dos munícipes. Apenas cinco, dos doze municípios do Médio Paraíba, apresentam a CFT oficialmente instituída e em caráter permanente e apenas 4 municípios possuem REMUME oficiais, como pode ser visto Tabela 1.

Existência de CFT e REMUME oficiais nos municípios do Médio Paraíba

Município	CFT oficial	REMUME oficial
Barra do Piraí	NÃO	NÃO
Barra Mansa	NÃO	NÃO
Itatiaia	NÃO	NÃO
Pinheiral	NÃO	NÃO
Piraí	SIM	SIM
Porto Real	SIM	SIM
Quatis	SIM	NÃO
Resende	SIM	SIM
Rio Claro	SIM	SIM
Rio das Flores	NÃO	NÃO
Valença	NÃO	NÃO
Volta Redonda	NÃO	NÃO

Fonte: Diagnóstico da Assistência Farmacêutica – SES/RJ, 2011.

FINANCIAMENTO

O financiamento do componente básico da assistência farmacêutica é de responsabilidade dos três gestores do SUS. A Tabela 2 traz as informações sobre os valores anuais pactuados (medicamentos e insumos) por cada esfera gestora do SUS para o ano de 2011, conforme informações do Fundo Nacional e Deliberação CIB-RJ n.º 1281, de 15 de abril de 2011

Financiamento anual pactuado para o Componente Básico da Assistência Farmacêutica 2011 - Região Médio Paraíba

Município	População Censo 2010 IBGE	Medicamentos Contrapartida Federal (R$)	Medicamentos Contrapartida Estadual (R$)	Insumos Contrapartida Estadual (R$)	Medicamentos Contrapartida Municipal (R$)*	Insumos Contrapartida Municipal (R$)*
Barra do Piraí	91.474	529.548,36	182.948,00	45.737,00	170.141,64	45.737,00
Barra Mansa	172.484	902.184,96	344.968,00	86.242,00	320.820,24	86.242,00
Itatiaia	28.262	181.442,76	56.524,00	14.131,00	52.567,32	14.131,00
Pinheiral	22.719	114.148,20	45.438,00	11.359,50	42.257,34	11.359,50
Piraí	26.277	133.181,40	52.554,00	13.138,50	48.875,22	13.138,50
Porto Real	16.480	82.890,36	32.960,00	8.240,00	30.652,80	8.240,00
Quatis	12.066	66.998,76	24.132,00	6.033,00	22.442,76	6.033,00
Resende	117.243	663.178,56	234.486,00	58.621,50	218.071,98	58.621,50
Rio Claro	17.051	93.666,00	34.102,00	8.525,50	31.714,86	8.525,50
Rio das Flores	8.183	44.813,76	16.366,00	4.091,50	15.220,38	4.091,50
Valença	69.347	386.676,96	138.694,00	34.673,50	128.985,42	34.673,50
Volta Redonda	246.210	1.333.155,36	492.420,00	123.105,00	457.950,60	123.105,00
TOTAL	**827.726**	**4.531.885,44**	**1.655.592,00**	**413.898,00**	**1.539.700,56**	**413.898,00**

* Valores mínimos previstos na pactuação CIB

Fonte: FNS e Deliberação CIB-RJ nº 1281 de 15 de abril de 2011

AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA ATENÇÃO BÁSICA

A aquisição se caracteriza como um conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva o processo de compra dos medicamentos estabelecidos pela programação. A participação do farmacêutico na elaboração das normas técnicas e administrativas que irão compor o edital é imprescindível para assegurar a qualidade do processo de aquisição e dos medicamentos que estão sendo adquiridos. Todos os municípios da região Médio Paraíba informaram que a aquisição de medicamentos e insumos é realizada por licitação, tendo como principal modalidade o pregão presencial ou eletrônico. A participação da Coordenação Municipal de Assistência está mostrada na tabela 3.

Participação da Coordenação Municipal de AF nas etapas da elaboração dos termos do edital de licitação e parecer técnico.

Município	Termos do edital	Parecer Técnico
Barra do Piraí	NÃO	NÃO
Barra Mansa	SIM	SIM
Itatiaia	SIM	SIM
Pinheiral	NÃO	SIM
Piraí	SIM	NÃO
Porto Real	NÃO	NÃO
Quatis	SIM	NÃO
Resende	SIM	SIM
Rio Claro	NÃO	NÃO
Rio das Flores	SIM	SIM
Valença	SIM	NÃO
Volta Redonda	SIM	SIM

Fonte: Diagnóstico da Assistência Farmacêutica – SES/RJ, 2011.

COMPONENTE ESTRATÉGICO

A principal atuação da Assistência Farmacêutica municipal no que se refere a esse componente diz respeito à busca da garantia do acesso e da promoção do uso racional dos medicamentos. Nesse sentido, a tabela 4 mostra qual a inserção da Coordenação Municipal de Assistência Farmacêutica (AF) local nos programas

estratégicos. O programa de Diabetes destaca-se pela participação efetiva das Coordenações dos 12 municípios.

Número de Coordenações Municipais de Assistência Farmacêutica do Médio Paraíba que participam das atividades de dispensação, programação, envio de mapas e armazenamento dos medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica.

Programa	Dispensação	Programação	Mapas	Armazenamento
Tuberculose	6	8	8	7
Hanseníase	5	6	6	6
Diabetes	12	12	12	12
Saúde da Mulher	9	9	9	10
Tabagismo	6	4	3	6
AIDS	3	5	5	5
DST	4	5	5	5

Fonte: Diagnóstico da Assistência Farmacêutica, grupo COAP região Médio Paraíba, 2012

COMPONENTE ESPECIALIZADO

O modelo atual de execução do CEAF no Estado do Rio de Janeiro apresenta uma vertente descentralizada com a existência de alguns municípios pólos para solicitação e dispensação de medicamentos do CEAF. A região Médio Paraíba possui cinco pólos municipais de dispensação de medicamentos especializados, são eles: Barra do Piraí, Barra Mansa, Resende, Valença e Volta Redonda. Utilizando o critério de pacientes ativos, como sendo aqueles que receberam medicamentos especializados nos últimos seis meses, temos então um total de 4.950 pacientes ativos no programa (tabela 5).

Situação do pólos do componente especializado da Assistência Farmacêutica na Região Médio Paraíba 2012.

Municípios Polos	Número de pacientes ativos	Municípios atendidos
Volta Redonda	2353	Pinheiral, Piraí e Rio Claro
Barra mansa	1204	Quatis, Porto Real e Rio Claro
Resende	652	Itatiaia e Quatis
Barra do Pirai	424	Piraí, Volta Redonda, Mendes, Paty do Alferes, Miguel Pereira, Pinheral
Valença	317	Rio das Flores
Total	4950	

Fonte: SIGME/TABNET-SES_Maio de 2012

INFRAESTRUTURA E ARMAZENAMENTO

Os elementos mínimos para garantia da boa qualidade dos processos de trabalho e dos serviços para armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos foram abordados nesse quesito. Infraestrutura adequada assegura a manutenção da qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos e consequente melhora do estado de saúde da população. A tabela 6 traz a informação sobre a existência de equipamentos e outros insumos importantes para as ações em assistência farmacêutica.

Presença de equipamentos e procedimentos para a Assistência Farmacêutica do Médio Paraíba - 2012

Equipamentos/ Procedimentos	Coordenação de AF	CAF	Farmácias centrais próprias ou equivalentes	Farmácias hospitalares	Dispensários de unidades
Computador com acesso a internet	9	12	9	8	1
Impressora	9	11	9	7	3
Telefone	9	11	10	8	4

Fax	7	7	6	6	2
Termômetro	N/A	10	8	7	3
Higrômetro	N/A	5	4	5	2
Geladeira	N/A	11	10	8	7
Prateleira em quantidade suficiente	N/A	6	9	7	5
Pallets em quantidade suficiente	N/A	7	5	5	N/A
Ventilação adequada	7	10	10	7	7
Ar condicionado	10	10	9	8	2
Armários ou salas com chave para medicamentos sujeitos a controle especial	N/A	12	10	9	4
Estrutura física adequada	7	6	6	5	5
Móveis de escritório em quantidade suficiente	7	8	7	5	4
Carrinhos para transporte	N/A	5	2	2	N/A
Carro próprio para distribuição	N/A	2	1	N/A	N/A
Procedimentos operacionais	4	4	4	3	3
Coleta de resíduos de acordo com a legislação	N/A	6	5	5	4

OBS: Os números refletem a quantidade de municípios que possuem os equipamentos/procedimentos

Fonte: Diagnóstico da Assistência Farmacêutica, grupo COAP região Médio Paraíba, 2012

Os municípios do Médio Paraíba, de forma geral, possuem coordenação, central de abastecimento farmacêutico (CAF) e farmácias centrais com acesso à computador, internet, impressora, telefone e fax. No entanto, a estrutura física não foi considerada adequada pela metade dos municípios em questão. As CAF foram citadas como aquelas unidades com melhor infraestrutura. O processo de descentralização da dispensação para unidades da atenção primária é preocupante, pois em relação aos elementos citados no questionário, menos da metade dos municípios declararam ter condições favoráveis para armazenamento nessas unidades. Pinheiral informou que, devido à impossibilidade de manter estrutura adequada, optou por centralizar a dispensação em unidade central.

SISTEMA DE CONTROLE DE ESTOQUE E INFORMAÇÃO

Para o aprimoramento da gestão da assistência farmacêutica é fundamental a informatização, de modo a permitir um adequado controle de estoque e a geração de informações gerenciais e farmacoepidemiológicas, o que irá possibilitar um melhor planejamento da assistência farmacêutica e qualificação de suas ações. A tabela 7 mostra as etapas de implantação do Hórus e o uso de outros sistemas de informação nos municípios da região. Os municípios de Itatiaia, Porto Real, Resende e Rio Claro já estão utilizando o sistema Hórus em suas CAF. A etapa inicial de cadastro já foi realizada por onze municípios, sendo Valença ainda não cadastrado. O sistema de controle de estoque ainda é manual para quatro municípios – Barra Mansa, Pinheiral, Rio das Flores e Valença.

Situação nos municípios sobre sistemas de informação e controle de estoque

Municípios	Cadastro de Adesão ao HÓRUS	Utilização do HÓRUS	Utilização de outro sistema informatizado	Sistema manual
Barra do Piraí	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Barra Mansa	SIM	NÃO	NÃO	SIM
Itatiaia	SIM	SIM	NÃO	NÃO

Pinheiral	SIM	NÃO	NÃO-	SIM
Piraí	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Porto Real	SIM	SIM	SIM	NÃO
Quatis	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Resende	SIM	SIM	NÃO	NÃO
Rio Claro	SIM	SIM	NÃO	NÃO
Rio das Flores	SIM	NÃO	NÃO	SIM
Valença	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
Volta Redonda	SIM	NÃO	SIM	NÃO

Fonte: Ministério da Saúde, 2012 e Diagnóstico da Assistência Farmacêutica, grupo COAP região Médio Paraíba, 2012

3.2. Atenção Psicossocial

De acordo com o parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde para o indicador, observamos que a Região do Médio Paraíba apresenta um resultado classificado como *muito bom* - 1,46 CAPS/100.000 habitantes - apontando para o aumento da acessibilidade às ações comunitárias de Saúde Mental do SUS nestas regiões.

As taxas de cobertura nos municípios que devem ter CAPS (acima de 20 mil habitantes) são consideradas muito adequadas, sendo observado um crescimento no período apresentado.

Tabela 17 - Capacidade Instalada de Centro de Atenção Psicossocial, segundo Região de Saúde e municípios, 2011.

Região/ Municípios	Nº de CAPS I	População 2011	Taxa de	Análise da

	habilitados 2011		Cobertura de CAPS 2011	Taxa de Cobertura
Médio Paraíba	**15**	**855.193**	**1,46**	**Muito Boa**
Barra do Piraí	1	94.778	0,53	Boa
Barra Mansa	2	177.813	1,12	Muito Boa
Itatiaia	1	28.783	1,73	Muito Boa
Pinheral	1	22.719	2,20	Muito Boa
Piraí	1	26.314	1,90	Muito Boa
Porto Real	1	16.592	1,70	Muito Boa
Quatis	-	12.793	1,70	Muito Boa
Resende	3	119.769	2,50	Muito Boa
Rio Claro	-	17.425	-	-
Rio das Flores	-	8.561	-	-
Valença	1	71.843	1,39	Muito Boa
Volta Redonda	4	257.803	1,55	Muito Boa
Estado RJ	**110**	**15.989.929**	**0,57**	**Boa**

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES/MS e IBGE: Censo Demográfico 2010.

INFORMAÇÕES ACRESCIDAS PELO GT DA REGIÃO:

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Política Nacional de Saúde Mental, que tem como marco a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, redireciona o modelo assistencial em saúde mental, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Esta lei coloca que a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

A Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, instituída pela Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, aponta como diretrizes, entre outras: a ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; a organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; e o desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Desta forma, as ações de cuidado em saúde mental na Região Médio Paraíba e nas demais regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro seguem as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, com a reorientação de um modelo antes baseado

na assistência em hospitais psiquiátricos, para um modelo de atenção que garanta a livre circulação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas pelos serviços, comunidades e cidades.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é constituída pelos seguintes componentes e pontos de atenção:

I – Componente Atenção Básica em Saúde:

a) Unidade Básica de Saúde

b) Equipe de atenção básica para populações específicas: equipe de consultório na rua e equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório

c) Centro de Convivência

II – Componente Atenção Psicossocial Especializada:

a) Centros de Atenção Psicossocial: (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD II, CAPS AD III, CAPSi)

III – Componente atenção de urgência e emergência: pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências - SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde.

IV – Componente atenção residencial de caráter transitório:

a) Unidade de Acolhimento (Adulta e Infanto-juvenil)

b) Serviços de Atenção em Regime Residencial

V – Componente atenção hospitalar:

a) Leitos de saúde mental em hospital geral

VI – Componente estratégias de desinstitucionalização:

a) Serviços Residenciais Terapêuticos
b) Programa de Volta Para Casa

VII – Componente reabilitação psicossocial: iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

Há mais de 10 anos, a Região Médio Paraíba constituiu seu Colegiado de Saúde Mental Regional, que tem como característica a discussão regional, com base na cooperação entre os municípios, potencializando avanços.

A tabela a seguir mostra a Rede de Atenção Psicossocial implantada até 2012, na Região Médio Paraíba.

Rede de Atenção Psicossocial existente na Região Médio Paraíba em 2012

MUNICÍPIO	CAPS	SRT	Leitos em HG	ECR
Barra do Piraí	01 CAPS I 01 CAPS i	-	03 (CNES)	-
Barra Mansa	01 CAPS II 01 CAPS i 01 CAPS ad	01	10 (CNES)	-
Itatiaia	01 CAPS I	-	-	-
Pinheiral	01 CAPS I	-	-	-
Piraí	01 CAPS I	-	-	-
Porto Real	01 CAPS I (consorciado)	-	01	-
Quatis		-	-	-
Resende	01 CAPS i 01 CAPS ad 01 CAPS II	01 – em processo de credenciamento	12 (CNES)	01 ECR
Rio Claro	-	-	-	-
Rio das Flores	-	-	-	-
Valença	01 CAPS II	-	08 (CNES)	-
Volta Redonda	03 CAPS II 01 CAPS i 01 CAPS ad	04	16	-

FONTE: GT de Saúde Mental da Região Médio Paraíba

Todos os municípios possuem CAPS, com exceção de Rio das Flores, devido ao seu porte populacional, e Rio Claro, que tem previsão de implantação de um CAPS I no ano de 2013. O CAPS I de Porto Real é consorciado com o município de Quatis. A Região conta com três CAPS ad, localizados nos municípios de médio porte: Barra Mansa, Volta Redonda e Resende. Os demais municípios não possuem CAPS ad, devido aos parâmetros populacionais estabelecidos para implantação destes dispositivos, ofertando o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas nos CAPS I.

Houve redução significativa de internações psiquiátricas na região nos últimos dez anos. Todas as internações são reguladas pela Central Regional de Regulação, através do Sistema Estadual de Regulação.

O processo de implantação do modelo substitutivo em saúde mental carece de dispositivos de monitoramento e qualificação da rede, através de planejamento e ações que envolvam os três entes federados, visando a desinstitucionalização para além da desospitalização dos usuários.

Alguns impasses são considerados, quanto aos impactos nos avanços necessários para qualificação da rede de saúde mental já implantada:

- a fragilidade de políticas de gestão de pessoas para a área de saúde mental, sobrecarga de atribuições das ações complexas nos CAPS e as dificuldades na garantia de co-responsabilização entre os diversos segmentos: atenção básica e atenção hospitalar, áreas de ação social e justiça.

- O papel de municípios como executores de políticas advindas de modelo indutor vinculado às portarias ministeriais, que nem sempre atendem às demandas municipais, segundo as características do território.

Apesar de considerada como fundamental a ampliação dos dispositivos de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, esta deve ser realizada com a garantia de qualificação das estratégias já existentes.

A Região aponta a necessidade imediata de expansão de leitos de saúde mental em hospitais gerais, conforme processo aprovado pela CIB-RJ e encaminhado ao MS. Apenas parte dos leitos solicitados recebeu recurso de incentivo em dezembro de 2012, estando os demais leitos ainda em avaliação pelo MS.

De acordo com o Plano de Ação construído pelas áreas técnicas e pactuado em CIR e CIB, está prevista a seguinte expansão da rede de atenção psicossocial:

Dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial com previsão de implantação em 2013, na Região Médio Paraíba

MUNICÍPIO	CAPS	SRT	Leitos em HG	ECR	UA
Barra do Piraí	-	01	04	-	-
Barra Mansa	-	01	14	01	01 (adulto)
Itatiaia	-	-	02	-	-
Pinheiral	-	-	02	-	-
Piraí	-	-	02	-	01 (adulto)*
Porto Real	-	01	02	-	-
Quatis	-	-	02	-	-
Resende	Transformação do CAPS ad II para CAPS ad III	01	10	-	01 (adulto) 01 (infanto juvenil)
Rio Claro	01 CAPS1	-	02	-	-
Rio das Flores	-	-	02	-	-
Valença	01 CAPS ad II	02	06	-	-
Volta Redonda	-	01	16	01	01 (adulto)

* Consorciada aos municípios de Pinheiral e Rio Claro

FONTE: Plano de Ação Regional da RAPS – Região Médio Paraíba

3.3. Atenção a Urgência e a Emergência

A adesão do Estado do Rio de Janeiro à RAU 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 da RUE da Região Médio Paraíba está em fase final de adequação à Política Nacional de Urgência e Emergência.

INFORMAÇÕES ACRESCIDAS PELO GT DA REGIÃO:

REDE DE ATENÇÃO À URGENCIA/EMERGENCIA.

A rede de atenção as urgências atende a Diretriz 2 do Plano Nacional de Saúde 2012 a 2015 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.

A Rede de Atenção às Urgências preconiza o atendimento aos usuários com quadros agudos prestado através de portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda (respeitando-se as características de cada unidade) ou transferindo-a, responsavelmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, conforme proposto na Portaria MS/GM N° 1.600, de 7 de julho de 2011.

A organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar no âmbito do SUS todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna. Constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais, de toda a Rede de Atenção às Urgências, o acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção, que devem ser pontos norteadores para o funcionamento de todos os pontos de atenção.

Abaixo descrevemos os componentes e interfaces da Rede de Atenção às Urgências:

- Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde: Objetiva estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de promoção de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade, visando à promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde.

- Atenção Básica em Saúde: objetiva a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização das equipes em suas áreas de abrangência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades. A Política de Atenção às Urgências e Emergências define a Atenção Básica como o ponto inicial para o atentimendo de forma que todo município deve estruturar-se para garantir não apenas o primeiro atendimento com resolutividade bem como o acolhimento dos pacientes oriundos dos demais componentes estruturantes da Rede como UPA, Hospitais e o próprio SAMU.

- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências: objetiva chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. As grades de referência e contrarreferência necessitam ser aprimoradas e o SAMU regional qualificado dentro das regras vigentes com seus protocolos devidamente implantados, descritos e acessáveis pelos profissionais da Central de Regulação, USB e USA.

-

Municípios	**Central de Regulação**	**USB**	**USA**
Barra do Pirai	-	1	1
Barra Mansa	-	1	1
Itatiaia	-	1	-
Pinheiral	-	1	-
Pirai	-	1	1
Porto Real	-	1	-
Quatis	-	1	-
Resende	-	1	1
Rio Claro	-	1	1

Rio das Flores	-	1	-
Valença	-	1	1
Volta Redonda	1	2	1
Total Região	1	13	7

Fonte: Planilha de capacidade instalada na Região do Médio Paraíba /CISMEPA, 2012.

- Sala de Estabilização: objetiva funcionar como local de assistência temporária para estabilização de pacientes críticos/graves, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à Rede de Atenção à Saúde pela Central de Regulação das Urgências.

As salas de estabilização implantadas em alguns municípios da região atendem o disposto na Resolução da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

MUNICÍPIO	**SALA DE ESTABILIZAÇÃO EXISTENTE**
	Unidade/ instituição
Itatiaia	HMM Manoel Martins de Barros
Pinheiral	Pronto Socorro Municipal
Piraí	Hospital Flávio Leal (Casa de Caridade de Piraí
Porto Real	Hospital Municipal São Francisco de Assis
Quatis	Hospital São Lucas (APAMIQ)
Rio Claro	Hospital Municipal Nossa Senhora da Piedade
Rio das Flores	Hospital Geral Dr. Luiz Pinto
Volta Redonda	Santa Cruz Sala de Estabilização (sem CNES)

Fonte: Planilha de capacidade instalada na Região do Médio Paraíba /CIR, 2012.

- Força Nacional de Saúde do SUS: objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos.

- Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) e o Conjunto de Serviços de Urgência 24 horas: objetiva prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes

acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

Município	Unidade/Instituição
BARRA DO PIRAI	UPA DE BARRA DO PIRAÍ
BARRA MANSA	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO EM BARRA MANSA RJ UPA
RIO CLARO	
RESENDE	UPA 24 HS RESENDE
VALENCA	
VOLTA REDONDA	
	UPA 24 HS VOLTA REDONDA

- Atenção Hospitalar: objetiva organizar a atenção às urgências nos hospitais, atendendo à demanda espontânea e/ou referenciada, e funcionar como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade. É constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda clínicas e de longa permanência, pelos leitos de cuidados intensivos e pela reorganização das linhas de cuidados prioritárias: Cardiologia - Infarto Agudo do Miocárdio - IAM, Neurologia e Neurocirurgia - Acidente Vascular Cerebral - AVC e Traumatologia.

- Atenção Domiciliar: objetiva a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de pacientes internados, a humanização.

INDICADORES SELECIONADOS – ATENÇÃO ÁS URGENCIAS NA REGIÃO

Para o diagnóstico situacional dos municípios e região de saúde na atenção as urgências, já foram pontuadas a caracterização do município/região de saúde a partir

de dados demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos, de atenção, de recursos e de gestão. Selecionamos a RENASES apresentada pelos municípios de Itatiaia, Piraí, Porto Real, Resende, Rio Claro, Valença e Volta Redonda que descreve ações e serviços realizados e as necessidades de saúde a serem atendidas com os investimentos e o custeio dos componentes da Rede de Urgência, novos e/ou existentes.

As ações e serviços descritos na RENASES de atenção as urgências e emergências compreende o acolhimento das necessidades agudas dos usuários por meio do atendimento móvel de urgência e as centrais de regulação, unidades de pronto atendimento 24 horas e portas de entrada hospitalares de urgência, de acordo

com a classificação de risco. Abrange a realização do transporte necessário e adequado ao atendimento, consultas, procedimentos diagnósticos, assistência farmacêutica, assistência hemoterápica, procedimentos terapêuticos clínicos e cirúrgicos, acompanhamento do tratamento necessário e orientação para alta e/ou encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade e/ou de maior tempo de permanência

Ações e serviços da urgência e emergência			Itatiaia	Piraí	Porto Real	Resende	Rio Claro	Valença	Volta Redonda
Gestão	Gestão de Serviços de Urgência e Emergência	Compreende as ações de gestão da Rede de Urgência e Emergência, incluindo a análise de situação de saúde no território, planejamento, programação, acompanhamento/monitoramento, gestão de pessoas, apoio técnico e administrativo, logística de transportes, gestão de materiais e estoques, gestão financeira, gestão de sistemas de informação, inclusive as atividades de alimentação das bases de dados oficiais, demais ações administrativas e gerenciais das centrais de regulação de Urgência & Emergência.	SIM	SIM (S)		SIM(S)	SIM	SIM	SIM(S)
Atenção às Urgências	Atendimento pré-hospitalar móvel de urgência	Ações de atendimento às situações de urgência realizadas pelos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.	SIM	SIM (S)	SIM(S)	A SER GARANTIDO COM A IMPLANTAÇÃO DO SAMU REGIONAL	SIM	NÃO	SIM(S)

Atenção às Urgências	Atendimento pré-hospitalar de urgência para gestantes, puérperas e recém-nascidos de alto risco	Promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais;	SIM	SIM (S)	N	A SER GARANTIDO COM A IMPLANTAÇÃO DO SAMU CEGONHA	SIM	NÃO	NÃO(N)
Atenção às Urgências	Atendimento de urgência em unidades básicas de saúde	Primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de com a implantação de acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidades.	NÃO	SIM (S)	S	SIM	SIM	NÃO	SIM(S)
Atenção às Urgências	Atendimento de urgência em unidades de pronto - atendimento 24 horas	Ações de atendimento à urgências em serviços de pronto-atendimento 24 horas não hospitalares, com atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade ou retorno paa a atenção básica.	SIM	SIM (S)	N	SIM	SIM	NÃO	SIM(S)

Atenção às Urgências	Atendimento de urgência em unidades hospitalares	Ações de atendimento às urgências em serviços hospitalares constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias.	SIM	NÃO (N)	S	SIM	SIM	SIM	SIM(S)
Atenção às Urgências	Atendimento em Sala de Estabilização	Atendimento qualificado e temporário de pacientes críticos ou graves por equipe interdisciplinar, em sala de estabilização vinculada a um equipamento de saúde, em regime de 24 horas.	SIM	SIM (S)	S	O MUNICÍPIO NÃO DISPÕE DE SALA DE ESTABILIZAÇÃO	SIM	NÃO	NÃO(N)

3.4. Atenção de Média e Alta Complexidade

A região do Médio Paraíba apresenta um quantitativo 1.417 leitos gerais (excetuando-se os leitos de psiquiatria, leitos crônicos e hospital dia), e uma taxa de 1,7 leitos por 1000 habitantes, Estes valores são inferiores à necessidade calculada de 2.138 a 2.566 leitos e à taxa de 2,5 a 3 leitos por 1000 habitantes, definida pela Portaria GM/MS n° 1101/2002.

Quando comparado o número de leitos gerais por 1000 habitantes na região e a média geral no estado do Rio de Janeiro (1,9 leitos por mil habitantes), observa-se que a região apresentou uma taxa menor que a média geral do estado. Os municípios de Porto Real, Quatis e Valença possuem um quantitativo de leitos dentro dos parâmetros preconizados. Ressalta-se que Itatiaia apresenta o menor resultado na região (1,1 leitos por 1000 habitantes).

O quantitativo de leitos de UTI instalados na região se encontra inferior ao parâmetro mínimo definido pela Portaria 1.101, qual seja, de 4% a 10% dos leitos gerais necessários.

Apenas Barra do Piraí, Barra Mansa, Resende, Valença e Volta Redonda dispõe de leitos de UTI, enquanto os demais municípios necessitam referenciar sua demanda para este tipo de leito para outros municípios da região ou para outras regiões.

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
Médio Paraíba	**855193**	**1417**	**1,7**	**2138**	**2566**	**74**	**86**	**214**
Barra do Piraí	94778	196	2,1	237	284	7	**9**	24
Barra Mansa	177813	227	1,3	445	533	12	**18**	45
Itatiaia	28783	31	1,1	72	86	0	**3**	7
Pinheiral	22719	40	1,8	57	68	0	**2**	6
Piraí	26314	47	1,8	66	79	0	**3**	7
Porto Real	16592	44	2,7	41	50	0	**2**	4
Quatis	12793	32	2,5	32	38	0	**1**	3
Resende	119769	146	1,2	299	359	11	**12**	30
Rio Claro	17425	27	1,5	44	52	0	**2**	4
Rio das	8561	15	1,8	21	26	0	**1**	2

Flores								
Valença	71843	295	4,1	180	216	12	**7**	18
Volta Redonda	257803	317	1,2	645	773	32	**26**	65
Estado RJ	**15.989.929**	**30.626**	**1,9**	**39975**	**47970**	**1151**	**1599**	**3998**

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

Observa-se que o maior déficit de leitos encontra-se na especialidade de pediatria e, em menor grau, na obstetrícia.

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

Região/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
Médio Paraíba	**574**	**573**	**354**	**320**	**191**	**203**	**169**	**301**
Barra do Piraí	75	64	29	36	20	22	29	33
Barra Mansa	81	119	40	67	48	42	23	63
Itatiaia	12	19	2	11	12	7	5	10
Pinheiral	11	15	15	9	10	5	4	8
Piraí	16	18	11	10	9	6	11	9
Porto Real	28	11	5	6	2	4	6	6
Quatis	16	9	4	5	2	3	10	4
Resende	62	80	32	45	23	28	16	42
Rio Claro	9	12	10	7	7	4	0	6
Rio das Flores	8	6	3	3	4	2	0	3
Valença	124	48	100	27	25	17	32	25
Volta Redonda	132	173	103	97	29	61	33	91
Estado RJ	**8049**	**10721**	**7034**	**5992**	**3224**	**3794**	**2952**	**5620**

Fonte: MS/ Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES (2011) Nota: Não foram consideradas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) de continuidade – tipo 5.

A região apresentou um resultado de 24,5% de ISABS no total de suas internações. Esse percentual variou de 39,33 em Barra do Piraí a 17,28 em Rio Claro.

Quando consideramos o quantitativo dessas internações por 1000 habitantes, observa-se que os maiores índices encontram-se em Rio das Flores (34,58 por 1000 habitantes) e Barra do Piraí (32,70 por 1000 habitantes), valores consideravelmente superiores à média estadual.

Vale destacar que a taxa de ISAB na região foi mais elevada entre as mulheres, embora proporcionalmente essas causas tenham sido mais preponderantes para o sexo masculino.

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

Região/Municípios	Proporção (%)			Taxa (1.000 hab.)		
	Total	Masculina	Feminina	Total	Masculina	Feminina
Médio Paraíba	**24,5**	**26,18**	**23,12**	**15,63**	**15,66**	**15,60**
Barra do Piraí	39,33	40,88	38,11	32,70	31,43	33,85
Barra Mansa	18,7	20,19	17,54	9,20	9,03	9,36
Itatiaia	27,67	32,36	24,45	16,92	16,32	17,50
Pinheiral	22,28	27,25	17,87	9,73	11,51	8,04
Piraí	18,65	22,31	15,84	11,86	12,54	11,20
Porto Real	21,6	24,08	19,43	14,46	15,17	13,77
Quatis	37,38	42,97	32,32	31,03	34,79	27,46
Resende	21,91	24,73	19,75	13,97	14,04	13,90
Rio Claro	17,28	19,53	15,61	5,97	5,70	6,24
Rio das Flores	32,96	34,79	31,07	34,58	37,76	31,49
Valença	29,29	28,29	30,24	28,95	28,42	29,44
Volta Redonda	18,7	20,08	17,52	10,94	11,32	10,59
Estado RJ	**22.67**	**28.20**	**18.94**	**8,70**	**34,53**	**46,44**

Fonte: MS/ Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e IBGE: Censo Demográfico 2010.

A região do Médio Paraíba realizou menos de 15% das consultas especializadas de todo o estado do Rio de Janeiro. O município de Volta Redonda realizou grande parte das consultas na região, contemplando todas as especialidades selecionadas.

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

Especialidades	% Médio Paraíba	% Barra do Pirai	% Barra Mansa	% Itatiaia	% Pinheiral	% Piraí	% Porto Real	%Quatis	% Resende	% Rio Claro	% Rio das Flores	% Valença
Angiologista	10,55	-	0,29	5,96	2,19	4,19	5,45	1,91	14,57	-	-	6,84

Cardiologista	6,46	3,74	16,86	6,94	2,74	3,82	3,58	1,35	14,09	0,23	4,65	7,99
Cirurgião geral	12,11	16,74	16,95	12,61	1,60	3,21	2,09	1,92	7,72	0,46	2,08	10,96
Endocrinologista e metabologista	5,65	3,85	23,26	1,35	0,80	3,46	6,36	-	10,55	-	-	4,66
Gastroenterologista	8,09	-	7,33	9,92	4,91	5,83	3,26	2,07	17,19	0,27	-	6,59
Hematologista	4,26	-	14,09	-	-	-	-	-	20,73	-	-	2,02
Nefrologista	9,36	0,19	-	7,87	-	9,11	1,67	-	6,01	-	-	19,32
Neurocirurgião	7,79	-	8,19	12,08	-	0,53	-	-	-	-	-	-
Neurologista	5,94	7,97	9,76	1,01	4,87	2,39	2,49	1,10	21,23	-	-	12,52
Oftalmologista	10,79	6,33	7,01	3,52	0,07	4,49	3,88	1,45	14,41	-	1,42	4,47
Oncologista	1,90	-	-	-	-	-	-	-	16,21	-	-	1,84
Ortopedista e traumatologista	7,80	9,95	11,67	5,47	2,95	3,47	3,58	2,10	14,59	2,48	4,53	5,92
Otorrinolaringologista	8,04	15,12	10,71	4,02	0,85	3,73	3,80	0,76	10,22	5,50	-	8,47
Proctologista	1,24	-	28,62	7,74	-	-	6,85	-	48,71	-	-	-
Psiquiatra	3,34	0,72	10,17	4,08	5,48	4,52	3,81	2,66	4,93	4,28	-	9,65
Reumatologista	6,83	3,26	27,85	0,50	-	-	3,67	-	5,56	-	-	5,81
Urologista	9,01	2,02	9,02	6,76	3,80	5,79	4,39	3,64	18,90	0,27	2,87	8,14

Fonte: MS/ Datasus - Sistema de Informação Ambulatorial do SUS- (SIH/SUS)

As internações de Média Complexidade foram, em sua grande maioria (95,77%), realizadas na própria região. Todos os municípios realizaram acima de 86% de suas internações na própria região e a maioria destes, nos próprios municípios. Rio das Flores realizou 52,19% das internações no município, 40,81% no município de Valença e 5,80% em outras regiões do estado.

Os municípios de Barra do Piraí e Rio Claro foram os que mais realizaram internações em outras regiões, representando 10,74% e 12,88% respectivamente.

Tabela 22 - Migração de internação de média complexidade, Região do Médio Paraíba, 2011

Região e municípios por local de *internação*	Região e municípios por local de *residência*												
	Barra do Pirai	Barra Mansa	Itatiaia	Pinheiral	Piraí	Porto Real	Quatis	Resende	Rio Claro	Rio das Flores	Valença	Volta Redonda	Médio Paraíba
Barra do Pirai	81,85	0,06	0,11	0,74	2,17	0,35	0,08	0,01	1,13	0,44	0,50	0,11	13,26
Barra Mansa	0,43	82,07	0,17	1,05	1,49	0,89	2,20	0,32	5,64	0,00	0,13	1,60	13,56
Itatiaia	0,00	0,01	73,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	0,00	0,00	0,00	0,01	2,39
Pinheiral	0,00	0,00	0,00	57,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,01
Piraí	0,62	0,04	0,00	12,32	87,13	0,00	0,00	0,00	4,35	0,00	0,01	0,04	3,01
Porto Real	0,00	0,18	0,06	0,00	0,06	84,40	1,69	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	1,85
Quatis	2,26	6,30	2,35	3,05	0,37	5,67	75,78	1,94	5,31	0,00	0,36	0,53	3,79
Resende	0,02	0,13	20,67	0,11	0,19	5,05	16,51	94,72	0,16	0,00	0,01	0,03	14,49
Rio Claro	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	68,12	0,00	0,00	0,00	0,79
Rio das Flores	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	52,19	0,00	0,00	0,89
Valença	0,79	0,11	0,00	0,74	0,12	0,00	0,76	0,01	0,00	40,81	94,59	0,02	13,21
Volta Redonda	3,24	8,21	0,69	20,84	3,16	0,71	1,61	0,48	1,93	0,44	0,34	95,66	27,53
Médio Paraíba	**89,21**	**97,11**	**97,19**	**96,11**	**94,68**	**97,07**	**98,65**	**97,60**	**86,63**	**93,87**	**95,94**	**98,00**	**95,77**
Demais regiões do Estado	**10,74**	**2,52**	**2,30**	**3,89**	**5,14**	**2,48**	**1,35**	**1,86**	**12,88**	**5,80**	**3,56**	**1,56**	**3,86**
Demais UF	**0,05**	**0,37**	**0,52**	**0,00**	**0,19**	**0,44**	**0,00**	**0,54**	**0,48**	**0,33**	**0,50**	**0,44**	**0,37**

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro / Subsecretaria Geral / Assessoria de Planejamento e Assessoria de Informação em Saúde / Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

* Proporção de internações realizadas no município ou na região pelo total de residentes internados.

** Não foram realizadas internações neste município

INFORMAÇÕES ACRESCIDAS PELO GT DA REGIÃO:

TRANSPLANTES

De acordo com Plano Estadual, o primeiro transplante realizado no Brasil foi o de rim e ocorreu na Cidade do Rio de Janeiro, em 1964. Todos os tipos de transplante são financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), podendo também ser realizados pela iniciativa privada.

O Brasil possui um dos maiores programas públicos de transplante de órgãos e tecidos do mundo, coordenado pelo Ministério da Saúde, através do Sistema Nacional de Transplante. O número de transplantes vem crescendo a cada ano no país, mas ainda é insuficiente, em relação à necessidade da população.

Houve um crescimento importante desde a criação do Programa Estadual de Transplantes, que representou em um aumento de mais de 100% no número de doadores no estado do RJ, desde 2010. No entanto, ainda existem mais de 1.000 pacientes em fila de espera por um órgão neste mesmo Estado.

As estratégias implementadas se mostraram de grande importância como a criação do Disque Transplante 155, o credenciamento de mais um Banco de Olhos em Volta Redonda, o aumento no número de profissionais na equipe da Central de Transplantes treinados e especializados na área de doação de órgãos.

A partir de agora o estado também passará a contar com um Centro Estadual de Transplantes (Hospital São Francisco de Assis) e um Banco de Olhos (INTO), a ser inaugurado no próximo mês de março. Além disso, o investimento em procura de doadores seguirá ocorrendo, através das Organizações de Procura de Órgãos, que terão uma sede na região (Volta Redonda).

De forma a contribuir na política de saúde, a região propõe no Projeto do Hospital Regional do Médio Paraíba a garantia de acesso a banco de tecidos, para transplante osso, a implantação do serviço de transplante renal, todos regulados pelo Sistema Nacional de Transplante.

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

No que se refere à Rede de Cirurgia Cardiovascular, a Região Médio Paraíba possui referências em municípios da própria região (Barra Mansa e Volta Redonda) e no município do Rio de Janeiro, localizado na Região Metropolitana I.

Tabela 23 - Cirurgia Cardiovascular

Região	Município	Cirurgia Vascular	Cirurgia Cardiovascular	Cardiologia Intervencionista	Cirurgia Endovascular	Laboratório Eletrofisiologia	Cir.Card. Pediátrica
Médio Paraíba	Barra Mansa	Barra Mansa	Barra Mansa	Barra Mansa	Barra Mansa	RJ	RJ
	Porto Real						
	Quatis						
	Resende						
	Rio das Flores						
	Valença						
	Barra do Piraí	Volta Redonda					
	Pinheiral						
	Piraí						
	Rio Claro						
	Itatiaia			Volta Redonda			
	Volta Redonda		Volta Redonda				

Fonte: SAECA – SES-RJ

Os municípios de Barra do Piraí, Valença, Resende e Volta Redonda são referência para a Região Centro Sul em Terapia Renal Substitutiva.

Tabela 24 - Terapia Renal Substitutiva

Região	Município	Unidade
Médio Paraíba	Barra do Piraí	CDR Barra do Piraí
	Valença	CINED
	Resende	Clínica de Urologia e Nefrologia de Resende
	Volta Redonda	Hospital Evangélico Regional- Volta Redonda
		Inst. de Uro e Nef Volta Redonda (Hospital Vita)
	Barra Mansa	Inst. de Uro e Nef Volta Redonda (Barra Mansa)
		CDR Barra Mansa

Fonte: SAECA – SES-RJ

A Hemorede está conformada na região e possui como referência os municípios de Barra Mansa, Resende, Volta redonda e Valença.

Tabela 25 - Hemorrede

Município de	Tipo de serviço de	Município de contra	Serviço de hemoterapia

referência	hemoterapia	referência	
		Médio Paraíba	
Barra Mansa	Núcleo de Hemoterapia de Barra Mansa	Barra Mansa	NH de Barra Mansa
Resende	Núcleo de Hemoterapia de Resende	Resende	NH de Resende – Hospital de Emergência Henrique Sérgio Gregori
		Itatiaia	
		Porto Real	
		Quatis	
Volta Redonda	Núcleo de Hemoterapia de Volta Redonda	Volta Redonda	NH Hospital Municipal São João Batista
		Pinheiral	
		Rio Claro	
		Piraí	AT Casa de Caridade de Piraí
Valença	Núcleo de Hemoterapia de Valença (Privado)	Valença	NH Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi
		Rio das Flores	

Fonte: SAECA – SES-RJ

Os pacientes portadores de doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias são referenciados para os municípios de Resende e Volta Redonda, na região Centro Sul.

Tabela 26 - Doenças Falciforme e Outras Hemoglobinopatias

Região	Município com Ambulatório de Doenças Falciforme de Referência	Município Contra-Referenciados
Médio Paraíba	Resende	Itatiaia
		Porto Real
		Quatis
		Resende
	Volta Redonda	Barra do Piraí
		Barra Mansa
		Pinheiral
		Pirai
		Rio Claro
		Rio das Flores
		Valença

				Volta Redonda

Fonte: SAECA – SES-RJ

As referências em Reabilitação Física estão localizadas na própria região (município de Volta Redonda), na Região Metropolitana I (município do Rio de Janeiro) e Região Metropolitana II (município de Niterói).

Tabela 27 - Reabilitação Física

Região de Saúde	Município	Referências por complexidade		Observações
		Média	Alta	
Médio Paraíba	Itatiaia	Volta Redonda - 100%	Rio de Janeiro / Niterói	Rio de Janeiro - 30% Niterói - 70%
	Piraí			
	Resende			
	Barra Mansa			
	Barra do Piraí			
	Porto Real	Volta Redonda	Niterói	
	Quatis			
	Volta Redonda			
	Pinheiral			
	Rio Claro			
	Valença			
	Rio das Flores			

Fonte: SAECA – SES-RJ

A referência em Saúde Auditiva se localiza na própria Região Médio Paraíba, no município de Barra Mansa.

Tabela 28 - Saúde Auditiva

Região	Município	Referência de Média Complexidade		Referência de Alta Complexidade	
Médio Paraíba	Todos os municípios	Barra Mansa	Santa Casa de Barra Mansa	Barra Mansa	Santa Casa de Barra Mansa

Fonte: SAECA – SES-RJ

No que se refere a Rede de Oncologia, as referências estão localizadas em Volta Redonda (Região do Médio Paraíba) e município do Rio de Janeiro (Região Metropolitana I).

Tabela 29 - Oncologia

Região	Município	Cirurgia	Cirurgia CCP (6,36%)	Quimioterapia	Radioterapia	Hematologia	Pediatria
Médio Paraíba	Todos os municípios da região	Volta Redonda	Rio de Janeiro	Volta Redonda	Volta Redonda	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro

Fonte: SAECA – SES-RJ

A Rede de Oftalmologia de média complexidade tem como referência municípios da própria Região Médio Paraíba (Volta Redonda, Valença, Piraí) e o município de Nova Iguaçu, na região Metropolitana I. Em alta complexidade, a referência se localiza no município de Nova Iguaçu.

Tabela 30 - Oftalmologia

Região	Municípios	Município Executor		Referência para Reabilitação Visual
		Média Complexidade	Alta Complexidade	
Médio Paraíba	Volta Redonda	Volta Redonda	Nova Iguaçu	Associação Fluminense de Amparo aos Cegos (Niterói)
	Valença	Valença		
	Barra do Piraí	Piraí		
	Itatiaia			
	Pinheiral			
	Piraí			
	Porto Real			
	Quatis			
	Resende			
	Rio Claro			
	Rio das Flores			
	Barra Mansa	Nova Iguaçu		

Fonte: SAECA – SES-RJ

Os pacientes ostomizados são referenciados para o município de Volta Redonda, localizado na Região Médio Paraíba.

Tabela 31 - Ostomizados

Região	Município Encaminhador	Município Pólo - Atenção aos Ostomizados I	Município Pólo - Atenção aos Ostomizados II
Médio Paraíba	Todos os Municípios	Volta Redonda	Volta Redonda

Fonte: SAECA – SES-RJ

A Rede de Ortopedia está conformada na própria Região Médio Paraíba, tendo como referência os municípios de Barra Mansa, Valença, Piraí, Resende, Volta Redonda e Barra do Piraí.

Tabela 32 - Ortopedia

Região	Município Executor	Município Encaminhador
Médio Paraíba	Barra Mansa	Barra Mansa
		Quatis
		Rio Claro
	Valença	Valença
	Piraí	Piraí
	Resende	Itatiaia
		Porto Real
		Resende
		Rio das Flores
	Volta Redonda	Itatiaia
		Pinheiral
		Porto Real
		Resende
		Rio das Flores
		Volta Redonda
	Barra do Piraí	Barra do Piraí

Fonte: SAECA – SES-RJ

INFORMAÇÕES ACRESCIDAS PELO GT DA REGIÃO:

HEMORREDE

A Hemorrede do Estado do Rio de Janeiro é o conjunto de Serviços de Hemoterapia e Hematologia organizados de forma hierarquizada e regionalizada de

acordo com o nível de complexidade das funções que desempenham e sua área de abrangência para assistência. O HEMORIO é o Hemocentro Coordenador, sendo a unidade estadual de saúde pública de referência.. A prestação de serviços hemoterápicos é de responsabilidade da hemorrede pública, complementada pela iniciativa privada (Serviços de Hemoterapia).

A região do Médio Paraíba conta com esse serviço em cinco municípios, com referência e contrareferência pactuada por meio de Deliberação CIB-RJ Nº 1570, de 12/1/2012:

- Núcleo de Hemoterapia Municipal de Resende;
- Hemonúcleo de Barra Mansa;
- Núcleo de Hemoterapia de Volta Redonda – Hospital Municipal São João Batista;
- Núcleo de Hemoterapia do Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi – Valença (privado com SUS);
- Agência Transfusional do Hospital Flávio Leal – Piraí.

No atendimento de Hematologia, a região do Médio Paraíba conta com o Centro de dispensação de fatores da coagulação para pessoas com diagnóstico de **Coagulopatias Primárias** e devidamente cadastrados no Sistema Hemovida Web Coagulopatias do Ministério da Saúde, no município de:

- Hemonúcleo de Barra Mansa

A região conta ainda com atendimento hematológico de baixa e média complexidade para pessoas com diagnóstico de **Doença Falciforme**, conforme distribuição na tabela abaixo e rede de referência e contrareferência pactuada conforme Deliberação CIB-RJ Nº 1571, de 12/1/2012, localizados nos municípios de:

- Hospital de Emergência Henrique Sérgio Gregori – Resende;
- Policlínica da Cidadania Bernardino de Souza – Volta Redonda.

Município	Total de Pacientes dignosticados com Doença Falciforme
Barra do Piraí	24
Barra Mansa	12
Itatiaia	3
Pinheiral	0
Piraí	4
Porto Real	4
Quatis	0
Resende	6
Rio Claro	1
Rio das Flores	3
Valença	12
Volta Redonda	23
Total	92

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 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. Todos os municípios da região Médio Paraíba possuem técnicos habilitados no SARGSUS, que foram capacitados e cadastrados pela SES/RJ. Do mesmo modo, todos os municípios, em atendimento à Portaria citada, cadastraram seus respectivos conselheiros municipais de saúde para a utilização do Sistema.

Em relação aos instrumentos de planejamento do SUS, todos os municípios da região, com exceção de Pinheiral (sem PlMS vigente), apresentam Plano Municipal de Saúde, com vigência 2010-2013, aprovados junto aos respectivos CMS.

Em relação ao Relatório Anual de Gestão, exercício 2011, dos 14 municípios da região, 13 finalizaram seus relatórios no sistema SARGSUS, dos quais, até o momento, 12 tiveram aprovação pelo CMS e apenas 01 permanece em apreciação pelo mesmo. Somente 01 município ainda não apresentou o RAG 2011 ao CMS (disponível em www.saude.gov.br/sargsus).

No exercício de 2010, 12 municípios tiveram seus Relatórios de Gestão aprovados junto aos respectivos CMS e 02 permanecem em apreciação pelo mesmo. Para o exercício de 2009, 100% dos municípios tiveram o RAG aprovado pelo respectivo CMS. Nos anos anteriores, 2007 e 2008, todos os municípios elaboraram o RAG, porém 02 municípios permanecem com o RAG em apreciação pelo CMS, conforme tabela abaixo:

Tabela 33: Situação dos municípios da Região Médio Paraíba quanto aos instrumentos de Planejamento do SUS

Instrumentos de Planejamento SUS	Municípios

		Areal	Eng. Paulo de Frontin C. Levy Gasparian	Mendes	Miguel Pereira	Paracambi	Paraíba do Sul	Paty do Alferes	Sapucaia	Três Rios	Vassouras
PMS 2010-2013	Apreciado e aprovado pelo CMS	X	X	X	X	X	X	X	X	X (*)	X	X
	Em análise pelo CMS										
	Sem informação										
RAG 2011	Apreciado e aprovado pelo CMS		X	X			X	X		X		X
	Em análise pelo CMS	X				X			X		X	
	Sem informação				X						
RAG 2010	Apreciado e aprovado pelo CMS	X	X	X		X	X	X	X		X	X
	Em análise pelo CMS				X						
	Sem informação								X		
RAG 2009	Apreciado e aprovado pelo CMS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Em análise pelo CMS										
	Sem informação										
RAG 2008	Apreciado e aprovado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

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

(*) Município cujo Plano Municipal de Saúde apresenta não conformidade com relação à vigência legal.
Fonte: Assessoria de Planejamento - SG/SES. Atualizado em 31/10/2012.

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.

A Região Médio Paraíba apontou 2 eixos e 3 indicadores que demandavam apoio das áreas técnicas para melhoria do desempenho, caracterizados com “desafios a serem superados”. Da mesma forma a região apontou 2 eixos e 3 indicadores que mostraram desempenho satisfatório, reforçando a necessidade de manutenção do apoio das áreas técnicas da SES. Este grupo foi caracterizado como “manutenção do desempenho” (anexo 5.9).

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 do Médio Paraíba todos os municípios, todos os 12 municípios assinaram o Pacto pela Saúde. Mesmo com a finalização do Pacto pela Vida, os municípios continuam assumindo as responsabilidades sanitárias, como dita a resolução CIT. A tabela abaixo apresenta resumidamente a situação desta região que assinaram o TCGM:

Tabela 34: Responsabilidades por município da Região Médio Paraíba

Região Centro Sul	Responsabilidades														Total**
	Gerais na Gestão do SUS*		Regionalização		Planejamento e Programação		Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria		Gestão do trabalho		Educação em saúde		Participação e Controle Social		
	realiza	**não realiza**	realiza	**não realiza**	realiza	**não realiza**	realiza	**não realiza**	realiza	**não realiza**	realiza	**não realiza**	realiza	**não realiza**	
Barra do Piraí	20	4	5	0	16	0	21	4	2	4	3	3	4	3	**89**
Barra Mansa	12	12	3	2	13	3	20	5	3	3	4	1	5	2	**88**
Itatiaia	23	1	4	0	16	0	23	2	4	2	5	1	6	1	**88**
Pinheiral	24	0	5	0	16	0	25	0	5	1	6	0	7	0	**89**
Piraí	21	3	4	1	16	0	25	0	2	4	6	0	6	1	**89**
Porto Real	22	2	4	0	16	0	19	6	4	2	5	0	6	1	**87**
Quatis	21	3	1	4	15	1	19	6	3	3	4	0	6	1	**87**
Resende	24	0	5	0	16	0	23	2	6	0	6	0	7	0	**89**
Rio Claro	21	3	2	2	16	0	20	5	3	3	6	0	6	1	**88**
Rio das Flores	18	6	4	0	16	0	20	5	2	4	4	1	3	4	**87**
Valença	13	11	4	1	14	2	17	8	0	6	4	2	5	2	**89**
Volta Redonda	18	6	5	0	15	1	17	8	4	2	6	0	7	0	**89**
Total	**31**	**17**	**9**	**1**	**29**	**3**	**34**	**16**	**4**	**8**	**10**	**2**	**12**	**2**	

*Duas responsabilidades gerais do SUS são universais

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 Desenvolvimento 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.

As diretrizes para as ações de regulação no Estado foram acordadas na CIB de novembro de 2010 e em julho de 2011 houve uma repactuação do cronograma de cogestão/descentralização estabelecido naquela ocasião.

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).

Em todo o Estado estão em funcionamento, segundo levantamento para 2011, a Central Estadual de Regulação (CER–RJ) e as oito Centrais Regionais: Metropolitana I em conjunto com a CER (provisoriamente); a Metropolitana II, em Niterói (cogestão); a Baixada Litorânea, em Cabo Frio; a Centro-Sul, em Três Rios (cogestão); a Serrana, em Teresópolis; o Médio Paraíba e a Baía de Ilha Grande, em Volta Redonda; a Norte, em Campos (cogestão) e a Noroeste, em Itaperuna.

A Central Estadual de Regulação e as oito Centrais Regionais apresentam dificuldades semelhantes na operacionalização dos processos regulatórios, que estão ainda orientados pela oferta de serviços e não pelas necessidades da população. Existem filas de espera em algumas especialidades e dificuldades de alternativas formais para referência de pacientes entre as Regiões.

As áreas de atuação da Secretaria Estadual de Saúde, através de suas Centrais de Regulação, atualmente são: UTI Neonatal e Cirurgia Cardíaca Neonatal e Pediátrica; CTI Adulto, Pediátrico, Coronariano e de Queimados; Gestação de Alto Risco: consultas e internações no Hospital da Mulher Heloneida Studart; Psiquiatria; Procedimentos de Cirurgia Vascular de Alta Complexidade; Terapia Renal Substitutiva (TRS); Oftalmologia; Oncologia (próstata); Traumato-ortopedia (consultas e cirurgias no Hospital de Traumato-ortopedia Dona Lindu); Neurocirurgia em Itaperuna; Cirurgia Bariátrica no Hospital Estadual Carlos Chagas.

A indefinição de fluxos e de protocolos para todas as regionais e a comunicação deficiente por ocasião de alterações de rotinas acarreta processos de trabalho pouco estruturados e diferentes entre as Centrais Regionais de Regulação. As Coordenações Regionais ainda têm uma insuficiente apropriação dos tetos financeiros e/ou físicos das pactuações sobre as redes de serviços e muitas vezes os ultrapassam, acarretando distorções.

Ainda não há sistema de regulação informatizado em todas as Centrais e para todos os procedimentos que estão sob regulação, interligando de forma ágil Unidade Solicitante, Regulador e Unidade Executante, acarretando diversos problemas operacionais, como a falta de clareza das informações recebidas via fax; a não comunicação das altas hospitalares, entre outras.

Os Complexos Reguladores Municipais são incipientes na maioria dos 92 municípios e a SES tem dificuldade em exercer sua missão gestora na regulação, pois ainda não há um alinhamento conceitual sobre a cogestão, acarretando diferentes estruturas e distintos processos de trabalho.

Na tabela abaixo apresentamos a situação deste componente por município.

Município	**Controle e Avaliação**	**Auditoria**	**Regulação municipal**
Barra do Pirai	sem informação		
Barra Mansa	sem informação		
Itatiaia	SIM	SIM	SIM
Pinheiral	sem informação		
Pirai	SIM	SIM	SIM
Porto Real	SIM	Não	SIM
Quatis	SIM	SIM	SIM
Resende	SIM	SIM	SIM
Rio Claro	SIM	SIM	SIM
Rio das Flores	Não	Não	SIM
Valença	SIM	SIM	SIM
Volta Redonda	SIM	Não	SIM

Há necessidade de capacitação dos técnicos e o quadro de profissionais necessita de ampliação. É preciso aprimorar a capacidade administrativa das Centrais Regionais, inclusive para execução e controle dos recursos financeiros, de modo que o seu funcionamento se torne mais eficiente.

Macrofunção estratégica de gestão do SUS, a regulação tem sido crescentemente valorizada em seu papel na SES-RJ e espera-se que os avanços ocorram, também, do ponto de vista das estruturas municipais e regionais.

Recentemente (junho de 2012), o Ministério da Saúde levou à CIT, para discussão, as diretrizes para aperfeiçoamento da regulação do acesso às ações e serviços de saúde, bem como para os incentivos de custeio para os complexos reguladores.

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.

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 35 - Diagnóstico dos municípios que receberam ou irão receber incentivos para implantação de Ouvidorias nas Secretarias Municipais de Saúde da região Médio Paraíba

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
50%	Barra do Piraí	94.778	0	Não	Não	Não	Sim
	Barra Mansa	177.813	**1**	Não	Sim	Não	Não
	Itatiaia	28.783	0	Não	Não	Sim	Sim
	Pinheiral	22.719	**1**	Não	Não	Sim	Sim
	Piraí	26.314	0	Não	Sim	Sim	Sim
	Porto Real	16.952	**1**	Não	Não	Sim	Sim
	Quatis	12.793	0	Não	Não	Sim	Não
	Resende	119.769	**1**	Sim	Sim	Não	Sim
	Rio Claro	17.425	**1**	Não	Não	Sim	Sim
	Rio das Flores	8.561	0	Não	Não	Sim	Não
	Valença	71.843	0	Não	Não	Sim	Sim
	Volta Redonda	257.803	**1**	Sim	Sim	Não	Sim

4.7. Unidades Descentralizadas da SES na Região Médio Paraíba

Tabela 36 - Sede Administrativa da Comissão Intergestores Regional – CIR – Médio Paraíba

CIR - Município Sede	Localização da Sede
Volta Redonda	R. Pedro Maria Neto, 93 Sala 201 A - Aterrado - Volta Redonda – CEP: 27215-590

Fonte: Assessoria de Integração Regional/SG/SES

Tabela 37 - Central Regional de Regulação – Médio Paraíba

Município Sede	Endereço
Volta Redonda	R. Pedro Maria Neto, 93 Sala 201 B – Aterrado–Volta Redonda–CEP: 27215-590

Fonte: SES/ Subsecretaria de Atenção à Saúde. Superintendência de Regulação.

Tabela 38 - Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde – NDVS – Médio Paraíba

Endereço	Municípios de Abrangência
R. Pedro Maria Neto, 93 Sala 102 – Aterrado – Volta Redonda – CEP: 27215-590	Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença, Volta Redonda

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

Tabela 39 - Centros de Referência em Saúde do Trabalhor - CEREST

CEREST / Município	ENDEREÇO
Volta Redonda	R. Dep. Geraldo Di Biase, 282 - Aterrado
Resende	R. Raphael Antônio Andréa, 61 - Centro

Fonte: SES/ Subsecretaria de Vigilância em Saúde.

Tabela 40 - Situação do SAMU e das Centrais de Regulação Médica das Urgências

Região	Implantação do SAMU		Número de Ambulâncias		Local da Central SAMU
	Sim	Não	Básicas	Avançadas	

Médio Paraíba	x	12	07	Volta Redonda.

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde. Subsecretaria de Atenção à Saúde.

Tabela 41 - Quantidade e localização das UPA segundo municípios da Região Médio Paraíba

Região	Municípios	Nº unidades
Médio Paraíba	Barra Mansa	01
	Volta Redonda	01
	Resende	01

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

4.8 Programas da Secretaria Estadual de Saúde/SES

Tabela 42 - Hospitais contemplados pelo Programa Estadual de Sala de Estabilização

Região	Município	Instituições
Médio Paraiba	Itatiaia	Hospital Municipal Manoel Martins de Barros*
	Pinheiral	Hospital Municipal Prefeito Aurelino G. Barbosa*
	Piraí	Hospital Flavio Leal *
	Porto Real	Hospital Municipal São Francisco de Assis*
	Quatis	Hospital São Lucas*
	Rio Claro	Hospital Municipal Nossa Senhora da Piedade*
	Rio das Flores	Hospital Geral Dr Luis Pinto*

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde

*Todos os municípios que receberam Sala de Estabilização do Estado e que as mantém em funcionamento podem aderir ao Programa, entretanto em 2012 não houve nenhuma adesão nesta região.

Tabela 43 - Valor do Co-financiamento da Atenção Básica/2011.

Região	Município	Valor Anual Previsto	Valor Anual Pago
Médio Paraíba	Barra do Piraí	R$ 126.000,00	R$ 94.500,00
	Barra Mansa	R$ 450.000,00	R$ 337.500,00
	Itatiaia	R$ 24.000,00	R$ 18.000,00
	Pinheiral	R$ 120.000,00	R$ 90.000,00
	Piraí	R$ 78.000,00	R$ 58.500,00
	Porto Real	R$ 36.000,00	R$ 27.000,00
	Quatis	R$ 36.000,00	R$ 27.000,00
	Resende	R$ 264.000,00	R$ 198.000,00
	Rio Claro	R$ 96.000,00	R$ 72.000,00
	Rio das Flores	R$ 48.000,00	R$ 36.000,00
	Valença	R$ 180.000,00	R$ 135.000,00
	Volta Redonda	R$ 708.000,00	R$ 531.000,00

Fonte: Fundo Estadual de Saúde - SES

Tabela 44 – Hospitais beneficiados pelo Projeto de Modernização e Ampliação dos leitos de terapia Intensiva.

Região	Município	Unidade
Médio Paraíba	Resende	Hospital Municipal de Emergência
		Santa Casa de Misericórdia
	Barra Mansa	Santa Casa de Misericórdia
	Volta Redonda	Hospital Municipal São João Batista

	Valença	Hospital Escola Gioseffi Januzzi

Fonte: SES / Subsecretaria

Hospitais beneficiados pelo Programa de Apoio aos Hospitais do Interior - PAHI

Tabela 45- Municípios de até 115.000 habitantes sem hospitais

Região	Município
Médio Paraíba	Todos os municípios possuem hospitais

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

Tabela 46 - Municípios de até 115.000 habitantes

Região	Município	Unidade
Médio Paraíba	Barra do Piraí	Hospital e Maternidade Maria de Nazaré Pronto Socorro da Cruz Vermelha Casa de Caridade Santa Rita
	Itatiaia	Hospital Municipal Manoel Martins de Barros
	Pinheiral	Hospital Municipal Prefeito Aurelino G. Barbosa
	Porto Real	Hospital Municipal São Francisco de Assis
	Quatis	Hospital São Lucas
	Rio Claro	Hospital Municipal Nossa Senhora da Piedade

	Rio das Flores	Hospital Geral Dr Luis Pinto
	Valença	Hospital Gustavo Monteiro Júnior (Casa de Caridade de Conservatória) Hospital Santa Isabel Hospital Jose Fonseca (Santa Casa de Valença) Hospital Escola Gioseffi Jannuzzi

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

Tabela 47- Hospitais beneficiados pelo PAHI Regional

Região	Município	Unidade
Médio Paraíba	Barra Mansa	Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa
	Resende	Associação de Proteção a Maternidade e a Infância de Resende – APMIR Hospital de Emergência Henrique Sérgio Gregori (Fundação Hospitalar de Resende) Santa Casa de Misericórdia de Resende
	Pirai	Hospital Flavio Leal
	Volta Redonda	Hospital Municipal São João Batista

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

4.9. Gestão Participativa e Controle Social – AGEP/CES

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 na tabela a seguir, O GTSPCF identificou população assentada nos municípios de Barra do Piraí, Barra Mansa, Piraí, Rio Claro, Valença; população acampada nos municípios de Piraí, Quatis, Resende, Valença; População quilombola nos municípios de Quatis, Rio Claro, Valença; Em todos os municípios da região encontra-se população autodeclarada indígena pelo CENSO 2010. Ressalta-se que nos dados levantados, não foi identificado Colônias de Pescadores artesanais em nenhum município.

Tabela 48: Tipo de População Campo e Floresta (Assentados, Acampados e Quilombolas) por município da região Médio Paraíba

Município	Assentados[1]	Acampados[2]	Quilombolas[3]	Total de Famílias	Total de Indivíduos[4] (estimativa)
Barra do Piraí	25	-	-	25	100
Barra Mansa	43	-	-	43	172
Itatiaia	-	-	-	-	
Pinheiral	-	-	-	-	
Piraí	77	24	-	101	404
Porto Real	-	-	-	-	
Quatis	-	60	28	88	352
Resende	-	34	-	34	136
Rio Claro	22	-	30	52	208
Rio das Flores	-	-	-	-	-
Valença	62	89	23	184	736
Volta Redonda	-	-	-	-	
Total	**229**	**207**	**81**	**517**	**2068**

[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.
[4] Estimativa feita seguindo a Média Nacional de pessoas por família usada como cálculo pelo IBGE.

Tabela 49: Tipo de População Campo e Floresta (Indígenas e Pescadores Artesanais) por município da região Médio Paraíba

Município	Indígenas[1]	Pescadores Artesanais[2]	Total de Indivíduos
Barra do Piraí	123	-	123
Barra Mansa	77	-	77
Itatiaia	27	-	27
Pinheiral	29	-	29

Piraí	11	-	11
Porto Real	23	-	23
Quatis	7	-	7
Resende	114	-	114
Rio Claro	3	-	3
Rio das Flores	1	-	1
Valença	57	-	57
Volta Redonda	171	-	171
Total	**643**	**-**	**643**

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

OBS.: A região possui 1 comunidade quilombola em cada município relacionado na tabela acima; 2 comunidades de acampados nos municípios de Piraí e Valença, e 1 comunidade de acampado nos municípios de Quatis e Resende; o município de Piraí possui 2 comunidades de assentados, os demais municípios relacionados possuem 1 comunidade de assentado em cada. A região possui 1 colônia de pescadores com sede em Itatiaia, sem referência de número de pescadores.

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.

4.10. Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Em nível estadual, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) tornou-se a principal instância responsável pela construção e condução da Politica Nacional de Educação Permanente da Saúde (PNPES), conforme Portaria Ministerial 1.996/2007. A política, por sua vez, foi definida na Portaria GM/MS nº 198/2004.

Em âmbito regional, a condução da PNPES deve se dar por meio das Comissões Intergestores Regionais (CIR), com a participação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) Regional. Essa instância tem por missão trabalhar

com as demandas apresentadas e apoiar o desenvolvimento de Planos de Ação Regionais de Educação Permanente em Saúde.

Em relação à Médio Paraíba, o Regimento Interno da CIES MP já foi aprovado pela Deliberação CIB nº 1063 de 07/10/2010 e sua composição segue abaixo:

Quadro 1: Membros da CIES - MÉDIO PARAÍBA

	ÓRGÃOS E INSTITUIÇÕES	Nº DE REPRESENTANTES
I	Representante do Estado SES (antigo SESDEC)/CIR	01
II	Representante do NDVS	01
III	Representantes dos Secretários Municipais de Saúde da Região	12
IV	Representante da CIES Estadual	01
V	Representante do Conselho Municipal de Saúde, segmento usuário	01
VI	Representante do Conselho de Saúde, segmento do trabalhador	01
VII	Representantes das Instituições Públicas de Ensino Superior	02
VIII	Representantes das Instituições Privadas de Ensino Superior	02
IX	Representantes das Escolas Técnicas	02
X	Representante do Consórcio Intermunicipal de Saúde	01
XI	Representantes de Instituição Estudantil vinculada a UNE	01

Fonte: Deliberação CIB no. 1.446 de 18/10/2011

Uma das principais dificuldades na implementação dos projetos de educação permanente em saúde refere-se a execução dos recursos financeiros em virtude das limitações da utilização desses recursos e dos entraves burocráticos na tramitação processual nas contratações para ações de capacitação.

Ainda assim, as principais ações de educação permanente da Médio Paraíba estão descritas na planilha abaixo:

Quadro 2: Ações de Educação Permanente

RECURSOS	PROJETOS
1. Recurso da Portaria 2200 DE 14.09.2011. Plano Estadual de Educação Permanente 2011/2012 – Pactuado pela Deliberação CIB N. 1.445 DE 18/10/2011	a. Formação em Educação Permanente em Saúde. b. Formação em Política de Álcool e Drogas. c. Formação em Urgência e Emergência, com ênfase para as ações relacionadas às causas externas. d. Formação sobre Atenção ao Idoso. e. Formação sobre Saúde do Homem. f. Formação para ações básicas, de média e alta complexidade na Saúde da Mulher, com ênfase para a DANT e neoplasias (colo e mama).
2. Repasse total da portaria para a Região: R$ 251.014,96 sendo o repasse para nível superior: R$ 103.359,10 e o repasse para nível médio (técnico): R$ 147.655,86.	O repasse financeiro foi realizado do fundo do Ministério da Saúde para o Fundo do Município de Piraí.

Mapa - Instituições De Ensino – Médio Paraíba

EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE – Capacitações Realizadas em 2012

Dados relacionados a capacitação de profissionais médicos e enfermeiros nas salas de estabilização, sendo estas direcionadas para 8 regiões do estado, em municípios com até 50.000 habitantes.

a) Enfermeiros

Municípios	Convocados	Presentes
Itatiaia	2	2
Pinheiral	2	2
Piraí	2	2
Porto Real	2	2
Quatis	2	2
Rio Claro	2	2
Rio das Flores	2	2
Total	**14**	**14**

b) Médicos

Município	Convocados	Presentes
Itatiaia	2	2
Pinheiral	2	-
Piraí	2	1
Porto Real	2	2
Quatis	2	2
Rio Claro	2	-
Rio das Flores	2	2
Total	**14**	**9**

- Capacitação em Manejo Clínico da Dengue – Médicos e Enfermeiros como "Instrutor" – 26 profissionais capacitados.

- Projeto VERSUS – Vivências e Estágio na realidade do Sistema Único de Saúde – alunos de graduação da área da saúde – municípios do Médio Paraíba.

CENTROS DE ESTUDOS NAS UNIDADES DE SAÚDE DA SES/RJ

O Centro de Estudos e Aperfeiçoamento (CEA) é um 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 a transmissão de informações técnicas, devendo ser um fórum de reflexão de todo pessoal da equipe de saúde, seja para assuntos de interesse geral da comunidade, seja para temas de interesse geral.

Fonte: RESOLUÇÃO Nº 1129/SES DE 16 DE MAIO DE 1997

- Não há unidades estaduais de saúde na região

GESTÃO ACADÊMICA - ESTÁGIOS E RESIDÊNCIAS

- Não há unidades estaduais de saúde na região