SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Planejamento Regional – 2012-2013 Metro II

ÍNDICE:

Introdução **4**

Justificativa **5**

1 – Estado do Rio de Janeiro **7**

1.1. Dados Demográficos 7

1.2. Dados da situação de saúde 10

2 – Região Metropolitana II **22**

2.1 Dados Demográficos 22

2.2 Dados da situação de saúde 24

3 – Capacidade instalada e oferta de serviços de saúde na Região **31**

3.1. Atenção Básica 31

3.2. Atenção Psicossocial 33

3.3. Atenção à Urgência e Emergência 34

3.4. Atenção de Média e Alta Complexidade 35

3.5. Redes Pactuadas de Média e Alta Complexidade em CIB 41

4 – Gestão em Saúde na Região **49**

4.1. Instrumentos de Planejamento 49

4.2. Prioridades Regionais pelos Indicadores do Pacto 51

4.3. Transição do Pacto pela Saúde ao COAP 52

4.4. A Transição Quanto à Pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 54

4.5. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria 55

4.6. Ouvidoria em Saúde 59

4.7. Unidades descentralizadas da SES na região 60

4.8. Programas da Secretaria Estadual de Saúde para os municípios da região 61

4.9. Gestão Participativa e Controle Social – AGEP/CES 66

5 - ANEXOS .....

5.1. Plano Estadual de Saúde – PES 2012-2015

5.2. Portaria GM nº 841- RENASES

5.3. TCGM dos municípios da região

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

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

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

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

5.8. Indicadores que compõem o IDSUS

5.9. Prioridades Regionais segundo Eixos Prioritários – 2011

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

6.1. Redes Temáticas do Ministério da Saúde

6.2. Unidades Estaduais na Região

6.3. Boletim Epidemiológico DST/Aids e Hepatites Virais 2013

Introdução

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Justificativa

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

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

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

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

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

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

O setor siderúrgico também deve ser destacado, a exemplo da construção/operação da Companhia Siderúrgica do Atlântico (CSA, ThyssenKrupp e Vale), da ampliação da Cosigua (Gerdau) e dos projetos liderados pela Companhia Siderúrgica Nacional (CSN) em Itaguaí. A estes se somam diversos terminais marítimos no entorno do Porto de Itaguaí, como os da LLX e Usiminas, além de projetos de geração de energia, com destaque para a implantação da terceira usina termonuclear (Angra III, operada por Furnas), em Angra dos Reis.

Todas estas realizações implicam em pressões sobre o território e sua população que, a

rigor, devem ser previamente dimensionadas, de modo a subsidiar políticas públicas que, associadas à combinação de volume de recursos e ao prazo de maturação dos empreendimentos, sejam capazes de impulsionar o desenvolvimento e o (re)ordenamento territorial.

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

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

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

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

Este documento integra os esforços da SES com tal objetivo.

1. Estado do Rio de Janeiro

1.1. Dados Demográficos

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

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

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

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

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

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

Em contrapartida, a região da **Baía de Ilha Grande** tem o menor e mais equilibrado índice de envelhecimento do Estado e, em conjunto com taxas relativamente elevadas de crescimento e migração, tende a aumentar sua participação na população adulta e jovem do Estado, sob a influência dos investimentos que vêm sendo realizados em sua área de influência direta (Portos

de Itaguaí e do Sudeste, Arco Metropolitano com duplicação da BR-101, plataforma da CSN e outros de menor dimensão).

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

Regiões de Saúde	População		Área (km^2)		Densidade demográfica (hab./km2)
	Número	% no Estado	Número	% no Estado	
Baía da Ilha Grande	243.500	1,52	2103	4,8	115,8
Baixada Litorânea	679.493	4,25	2707	6,18	251,0
Centro-Sul	319.351	2,0	3221	7,36	99,1
Médio Paraíba	855.193	5,35	6192	14,14	138,1
Metropolitana I	9.873.610	61,75	3466,3	7,92	2848,5
Metropolitana II	1.940.391	12,14	2714	6,2	714,9
Noroeste	330.093	2,06	5897	13,47	56,0
Norte	836.915	5,23	9221	21,06	90,8
Serrana	911.383	5,7	8258	18,86	110,4
Estado	**15.989.929**	**100**	**43779,8**	**100**	**365,2**

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

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

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

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

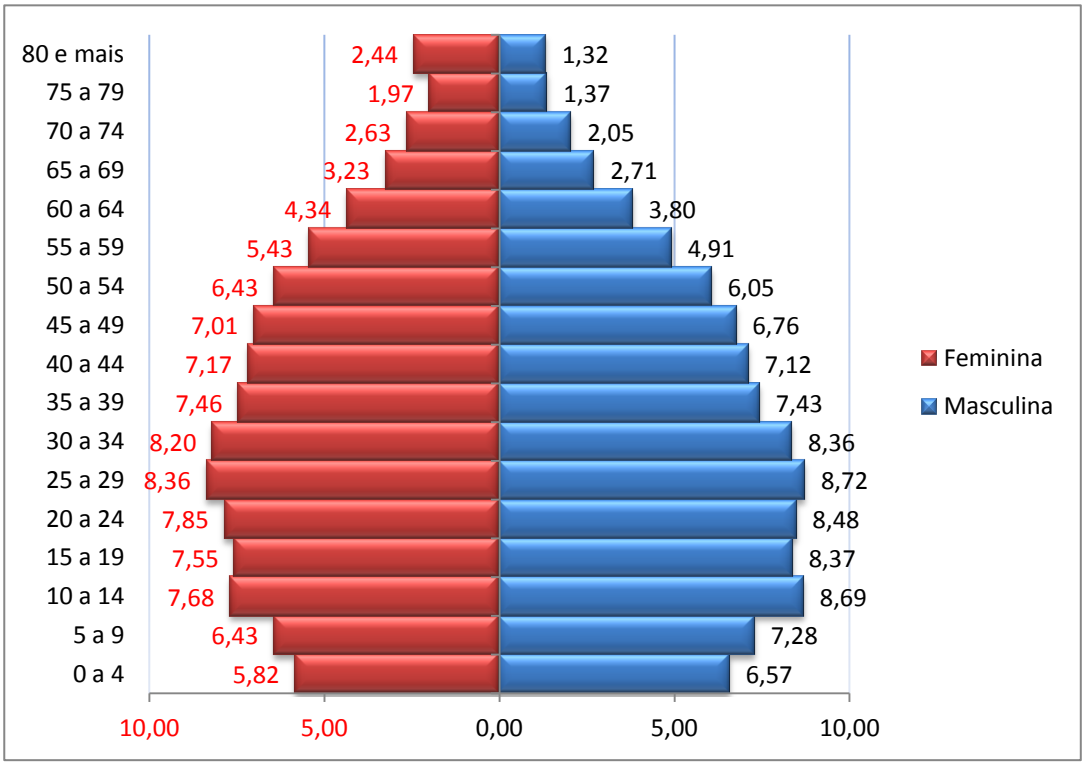
Fontes: Ministério da Saúde/SE/DATASUS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 09/2011. IBGE - Censo Demográfico 2010, Resultados do Universo, 2011.

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

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

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

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



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

1.2. Dados da situação de saúde

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

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

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

Um volume expressivo (cerca de um quarto do total) das internações realizadas no SUS

refere-se à atenção ao parto, gravidez e puerpério. Excluindo-se esse grupo de internações, as doenças do aparelho circulatório aparecem como principal causa de morbidade hospitalar, na maioria das regiões. Nas regiões da **Baia de Ilha Grande** e Metropolitana I destacam-se como principal causa de internação as doenças do aparelho digestivo. Já na região Noroeste as doenças do aparelho respiratório estão em primeiro lugar.

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

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

Fonte: SIH/ Datasus
Nota: Não foram consideradas as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) de continuidade – tipo 5 e foi excluído o capítulo XV- Gravidez, parto e puerpério do CID 10.

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

maioria das Regiões.

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

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

Regional saúde	Diabete melito	Neoplasias malignas	Doenças Hipertensivas	Doenças isquêmicas do coração	Doenças Cardiovasculares	Pneumonia
Baía da Ilha Grande	5,95	13,14	2,96	11,54	7,97	26,94
Baixada Litorânea	7,08	18,98	4,83	13,52	6,45	20,12
Centro-Sul	15,97	15,69	11,74	16,88	18,44	39,61
Médio Paraíba	12,62	25,63	13,99	17,61	12,36	28,54
Metropolitana I	3,13	19,64	2,80	5,63	7,50	18,80
Metropolitana II	8,14	18,43	4,19	10,49	9,78	32,23
Noroeste	20,12	23,33	16,72	38,38	22,54	95,76
Norte	9,58	29,86	4,71	13,45	8,24	35,76
Serrana	9,85	18,96	7,72	21,80	27,62	28,30
Estado	**5,78**	**20,18**	**4,50**	**9,52**	**9,71**	**24,56**

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

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

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

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

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

As doenças não transmissíveis respondem pelos principais diferenciais por sexo e idade na mortalidade do Estado do Rio de Janeiro. A curva de mortalidade proporcional por sexo e idade para a população residente apresenta dois pontos de inflexão significativos, em relação aos homens, entre os 20-29 anos – cujas três principais causas de morte foram homicídios (38,2%), lesões de intenção indeterminada (17,5%) e acidentes de trânsito e transporte (11,1%); e entre os 50-59 anos – cujas três principais causas de morte foram o infarto agudo do miocárdio (11,5%), as causas mal definidas (8,4%) e as doenças cerebrovasculares (7,2%).

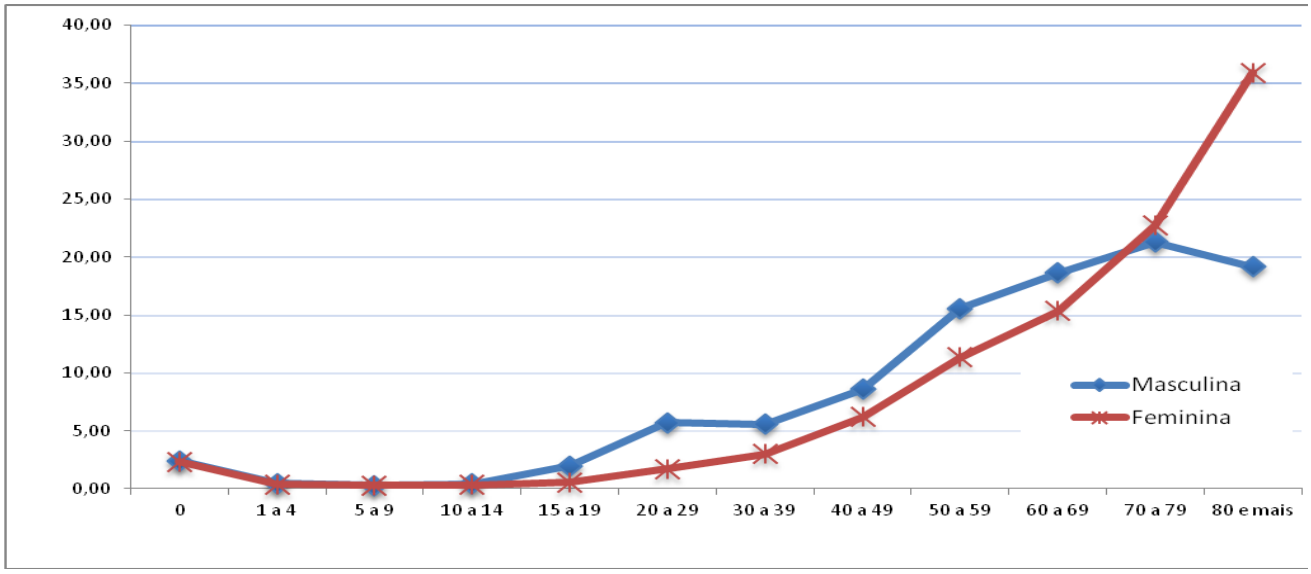
Considerando os óbitos masculinos com idade ignorada, observa-se que os homicídios representam 24,5% do total de óbitos com esta condição, juntamente com as lesões de intenção indeterminada (18,3%) e as causas mal definidas (18,2%). É possível, portanto, que a sobremortalidade masculina jovem esteja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

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

Analisando a Figura abaixo, observa-se que o padrão de mortalidade masculina passa a divergir da feminina a partir dos 10 anos de idade, com aumento significativo da proporção dos óbitos entre os homens, em especial na faixa dos 10 aos 39 anos. Ao investigar a mortalidade masculina por causa e região de ocorrência nesta faixa etária específica, verifica-se que os homicídios respondem por **38% dos óbitos na Baía da Ilha Grande**, 41% na Baixada Litorânea, 13% no Centro Sul, 37,5% no Médio Paraíba, 32% na Metropolitana I (acompanhado de 15,04%

de óbitos por lesões de intenção indeterminada, ou seja, que podem corresponder a homicídios), 24,6% na Metropolitana II (onde a mesma situação da Região anterior se revela, com 33,6% de óbitos por lesões de intenção indeterminada), 18 % no Noroeste, 42% no Norte e 18% na região Serrana, ficando a média estadual em 31,4%. Os acidentes de transporte são uma das três principais causas de óbito nesta faixa etária, em praticamente todas as Regiões, com exceção das Metropolitanas I e II – onde as lesões por intenção indeterminada têm uma participação extremamente alta (respectivamente, 15,04% e 33,6%).

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



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

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

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

As mortes por **doenças do aparelho respiratório**, que, nesse momento, não são objeto da vigilância das doenças não transmissíveis no Estado, estiveram presentes em todas as faixas

etárias, sendo que se constituem em segunda causa nas faixas etárias de 1 a 4 anos de idade e 70 anos e mais, e terceira causa nas faixas de menores de 1 ano e de 60 a 69 anos. Crianças menores de 5 anos e idosos, portanto, necessitam de intervenções específicas para este grupo de causas.

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

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

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

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

Região de Saúde	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Causas externas de morbidade e mortalidade	Doenças do aparelho respiratório	Neoplasias	Doenças do aparelho circulatório	Causas mal definidas
Baía da Ilha Grande	3,19	7,86	15,38	10,15	15,47	30,28	3,11
Baixada Litorânea	4,22	6,05	12,34	11,74	15,67	29,72	7,83
Centro-Sul	4,16	9,31	9,38	8,77	13,62	36,31	3,62
Médio Paraíba	3,32	6,7	8,8	10,12	16,96	33,29	3,48
Metropolitana I	5,67	6,88	9,44	11,76	15,95	28,89	6,88
Metropolitana II	5,22	7,43	9,64	11,48	16,16	27,21	9,71
Noroeste	3,81	6,71	8,93	13,64	13,64	32,93	5,61
Norte	3,97	5,96	13,38	11,13	13,98	28,08	9,94
Serrana	3,08	6,62	15,21	11,13	14,14	30,67	4,61
Ignorado - RJ	4,88	2,1	45,49	6,92	1,56	12,34	20,54
Estado	**5,1**	**6,85**	**10,55**	**11,48**	**15,54**	**29,08**	**7,10**

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

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

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

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

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

	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 destacado, esta doença é responsável por complicações crônicas importantes e contribui diretamente para grande parte dos casos de Doença Renal Crônica, sendo a principal causa de amputações não traumáticas dos membros inferiores. Ressalta-se, ainda, que a principal causa associada de morbimortalidade nos diabéticos é a doença cardiovascular, com alta incidência de Acidente Vascular Encefálico e Doença Arterial Coronariana.

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

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

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

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

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 a 2011.

Região de Saúde	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Baía da Ilha Grande	15,85	12,96	14,46	7,04	10,71	11,32	12,47	11,15	11,42	10,42	12,68
Baixada Litorânea	17,73	14,25	15,28	14,06	14,34	15,35	12,58	12,94	12,47	11,89	10,71
Centro-Sul	25,87	20,19	26,09	18,35	16,01	15,72	18,18	14,91	12,50	13,71	12,89
Médio Paraíba	19,49	19,97	19,37	18,64	15,25	14,85	12,53	15,12	13,43	14,04	14,30
Metropolitana I	17,38	17,34	17,11	17,31	15,82	15,22	14,70	14,36	14,54	13,88	14,01
Metropolitana II	15,08	17,18	16,56	16,02	15,29	14,30	14,38	13,53	14,49	13,80	12,17
Noroeste	18,95	17,67	19,66	14,04	15,96	17,40	16,50	15,51	12,14	12,16	13,92
Norte	23,17	22,19	19,70	18,32	17,85	15,81	16,43	15,68	15,34	15,37	14,94
Serrana	19,72	17,97	17,30	17,89	16,85	15,27	14,89	14,54	14,94	15,53	16,38
Estado	**18,25**	**17,94**	**17,66**	**17,24**	**16,01**	**15,29**	**14,78**	**14,39**	**14,44**	**13,96**	**13,88**

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

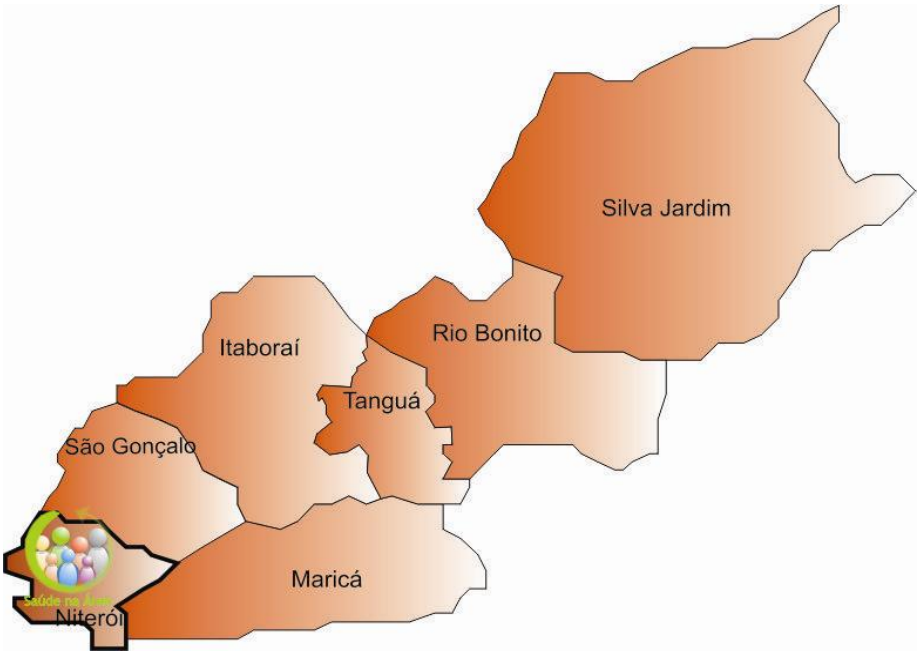
A população com menos de cinco anos de idade reduziu 28,8% em dez anos, pois passou de 8,5% da população total, em 2000, para 6,2%, em 2010. Esses dados são reforçados pela forte tendência de queda da taxa bruta de natalidade do Estado, que no ano de 2000 era de 18 nascimentos para cada mil habitantes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

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

O maior volume de partos ocorreu na Região Metropolitana, 74,2% do total do Estado e, desses, cerca de 60% foram do tipo cesáreo. A Região Noroeste Fluminense apresentou o maior percentual de partos cesáreos do Estado, pois dos 3959 nascimentos ocorridos na região em 2010, 3283 foram cesarianas (82,9%). Cumpre ressaltar que a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996) considera que a redução das taxas de cesariana constitui um indicador de qualidade em relação aos cuidados de saúde materno-fetais, já que diversos estudos nacionais e internacionais revelam maior morbimortalidade materna entre as mulheres submetidas à cesárea, devido a infecções puerperais, acidentes e complicações anestésicas, e recomenda, assim, que a proporção de cesarianas não ultrapasse o patamar de 15%.

2. Região da Metropolitana II

Mapa 1 - Região da Metropolitana II - Localização da sede da CIR



Limitada pelas regiões da Baixada Litorânea e Serrana, a Região Metropolitana II representa cerca de 6,2% da área do Estado e é composta por sete municípios: Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá, que representam aproximadamente 12% da população total do Rio de Janeiro. Apresentando características bastante diversas entre si, estão próximos dos grandes centros urbanos da Região Metropolitana I e possuem localidades de intensa urbanização, como Niterói e São Gonçalo.

A região Metropolitana II tem amplo potencial de crescimento econômico. Está próxima dos grandes centros de consumo, possui áreas livres para atração de investimentos, disponibilidade de malha viária estadual e federal, e alguns de seus municípios mais preservados em termos ambientais apresentam potencial de crescimento do turismo receptivo, como Maricá, Rio Bonito e Silva Jardim, que têm na agropecuária uma das principais atividades econômicas.

A região também possui instituições de nível superior, que formam profissionais com diferentes perfis de qualificação.

Existe uma variabilidade intermunicipal considerável na estrutura demográfica, com forte tendência para predomínio da população feminina nos municípios de Niterói e São Gonçalo, enquanto o contrário é observado em Silva Jardim. O mesmo ocorre com a densidade demográfica, que oscila entre extremos nos municípios da região. Em média, a concentração da população no território da Região Metropolitana II supera a média estadual.

Tabela 9: Região Metropolitana II - Área e dados Populacionais

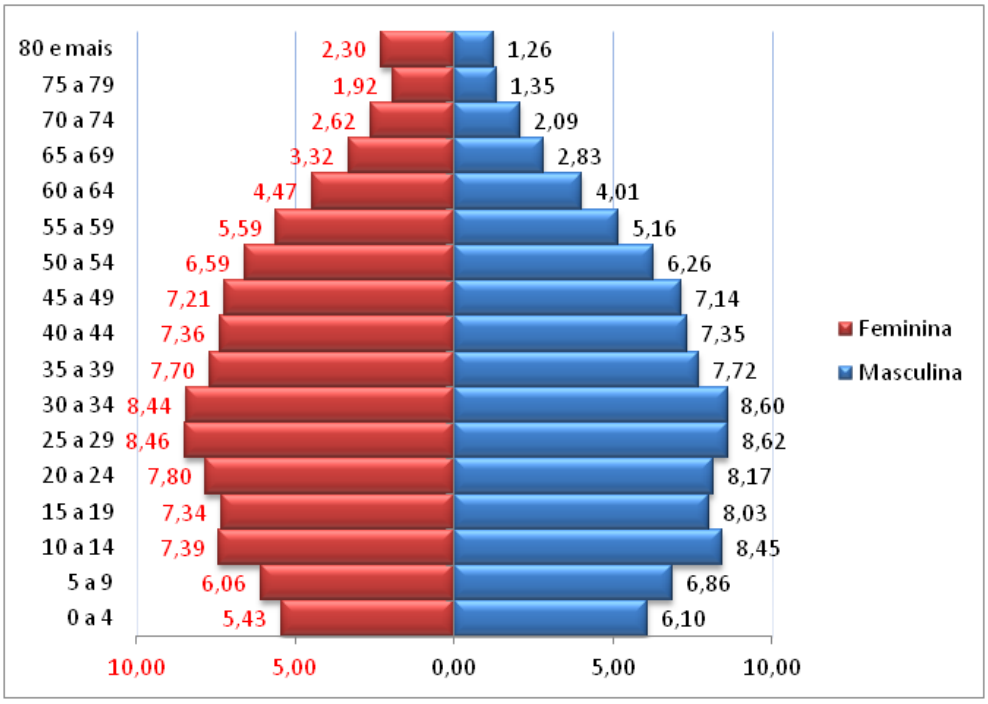
Regiões/Estado	Área (km^2)	Percentual da área em relação à região	População	% da população na região	Densidade demográfica
Metropolitana II	2.714,1	6,20	1.940.391	12,14	714,93
Itaboraí	430.40	15.86	218.008	11.24	506.52
Maricá	362.60	13.36	127.461	6.57	351.52
Niterói	133.90	4.93	487.562	25.13	3641.24
Rio Bonito	456.50	16.82	55.551	2.86	121.69
São Gonçalo	247.70	9.13	999.728	51.52	4036.04
Silva Jardim	937.50	34.54	21.349	1.10	22.77
Tanguá	145.50	5.36	30.732	1.58	211.22
Estado	43.779,8	-	15.989.929	-	365,24

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

O município de Niterói destaca-se na região por apresentar um índice de envelhecimento extremamente alto, em função de uma taxa de fecundidade muito baixa.

Percebe-se na região que, a partir da faixa de 15 a 19 anos até a de 60 a 69 anos, a população masculina tem uma mortalidade mais alta comparada com a feminina, com picos nas faixas de 20-29 e 50-60 anos.

Gráfico 4: Estrutura etária da Região Metropolitana II, 2010.



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

2.2. Dados da situação de saúde

As doenças do aparelho respiratório foram a principal causa de internação hospitalar da população residente na região Metropolitana II, em 2011 (16,72% do total de internações). No estado, este grupo de causas corresponde à terceira maior proporção de internações. Em São Gonçalo, que é o município mais populoso da região e o segundo mais populoso do estado, as doenças do aparelho respiratório – principalmente a pneumonia – são a principal causa de internação desde 2008, quando superaram as internações por doenças do aparelho circulatório e por gravidez, parto e puerpério.

Nos demais municípios da região, a maior proporção de internações foi por gravidez, parto e puerpério, com destaque para Itaboraí, onde cerca de um quarto das internações foi por essas causas.

Tabela 10: Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas segundo município de residência na região Metropolitana II, 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**
Metropolitana II	**9,32**	**5,21**	**15,84**	**16,72**	**6,88**	**6,08**	**14,28**	**5,75**	**19,92**
Itaboraí	8,86	6,05	10,39	9,59	8,22	5,33	25,43	8,52	17,61
Maricá	7,71	8,07	13,52	8,99	8,13	8,47	16,91	8,92	19,28
Niterói	8,82	9,39	9,20	8,21	9,78	7,46	13,04	8,31	25,78
Rio Bonito	5,55	2,59	11,12	10,25	11,69	11,15	11,89	9,89	25,87
São Gonçalo	10,00	4,35	18,71	20,59	5,47	5,20	12,78	4,25	18,65
Silva Jardim	7,69	4,63	10,37	12,09	10,75	10,82	15,52	7,09	21,04
Tanguá	5,06	3,85	8,43	10,67	11,64	9,23	23,35	9,07	18,70

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.

A segunda maior proporção de internações da região é a de doenças do aparelho circulatório (15,84%). Destaca-se mais uma vez o município de São Gonçalo, com uma alta proporção de internações por este grupo de causas (18,71%), se comparado aos demais municípios da região. Cerca de 40% destas internações foram por insuficiência cardíaca. Para os municípios de Maricá e Itaboraí, as doenças do aparelho circulatório também foram a segunda maior causa de internação (13,52% e 10,39%, respectivamente). Em Maricá predominaram, dentro deste grupo, as doenças isquêmicas do coração (31%) e, em Itaboraí, a insuficiência cardíaca (24%).

Em Rio Bonito, Tanguá e Niterói, a segunda maior proporção de internações foi por doenças do aparelho digestivo – especialmente hérnias e transtornos da vesícula biliar. Já em Silva Jardim, a segunda maior proporção foi por doenças do aparelho respiratório.

As internações por gravidez, parto e puerpério corresponderam à terceira maior proporção de internações na região e as doenças infecciosas e parasitárias, à quarta.

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 Metropolitana II, 2011.

	Neoplasias malignas	Diabetes mellitus	Doenças hipertensivas	Doenças isquêmicas do coração	Doenças cerebrovasculares	Pneumonia
Estado	**20,18**	**5,86**	**4,32**	**9,44**	**8,04**	**24,77**
Metropolitana II	**18,40**	**8,15**	**4,11**	**9,09**	**9,17**	**32,28**
Itaboraí	16,74	6,47	2,57	8,67	8,39	22,84
Maricá	16,55	5,49	1,33	10,83	9,18	16,24
Niterói	16,67	1,83	1,39	6,79	4,18	12,04
Rio Bonito	11,34	14,94	14,76	13,86	20,16	19,26
São Gonçalo	20,39	11,45	4,97	9,89	11,09	47,50
Silva Jardim	21,08	14,52	29,51	6,56	9,84	37,00
Tanguá	11,71	7,48	4,56	8,13	10,74	12,04

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 taxas de internação hospitalar por pneumonia (32,28 por 10.000 habitantes[1]) e neoplasias malignas (18,40) em 2011 foram, respectivamente, a primeira e a segunda maiores – entre as causas selecionadas – na região Metropolitana II. Entre os municípios da região, as maiores taxas de internação por pneumonia foram a de São Gonçalo (47,50) e a de Silva Jardim (37,00).

De um modo geral, as internações por pneumonia predominam em crianças menores de 5 anos e idosos (60 anos ou mais). Entre 2009 e 2011, Silva Jardim foi o município da região com as maiores taxas de internação por pneumonia na população maior de 60 anos, enquanto São Gonçalo liderou neste indicador para a população menor de 5 anos. Além destes dois municípios, Itaboraí e Tanguá também tiveram a taxa de internação por pneumonia como a mais alta entre as causas selecionadas para o ano de 2011 (22,84 e 12,04, respectivamente).

Já os municípios de Niterói e Maricá tiveram as taxas de internação por neoplasias malignas como as mais altas em 2011 (16,67 e 16,55, respectivamente). Vale ressaltar que, embora esta tenha sido a taxa mais alta destes municípios, ainda assim elas foram inferiores à taxa da região (18,40) e dos municípios de Silva Jardim (21,08), São Gonçalo (20,39) e Itaboraí (16,74). Podemos observar também que todas as demais taxas de internação de Niterói 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), a cobertura de saúde suplementar de Niterói, em 2011, era de aproximadamente 68% – a segunda maior do estado.

Em Rio Bonito, a maior taxa de internação hospitalar foi por doenças cerebrovasculares (20,16). Cerca de 30% destas internações foram de pessoas com menos de 60 anos, faixa etária onde o aparecimento destas doenças é considerado precoce e evitável por intervenções da Atenção Básica/Saúde da Família, como a política de medicamentos, de promoção da saúde e de atenção ao portador de hipertensão e diabetes.

Quanto à mortalidade, as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias foram, respectivamente, a primeira e a segunda maior causa de óbito da região Metropolitana II e dos municípios que a compõem. Juntas, são responsáveis por 48% dos óbitos da região, variando de 42% em Silva Jardim a 52% em Maricá.

[1] 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 Metropolitana II, 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**
Metropolitana II	**5,75**	**17,91**	**8,23**	**30,08**	**12,66**	**10,79**	**14,59**
Itaboraí	5,64	14,63	12,27	28,51	9,38	13,26	16,31
Maricá	5,45	18,19	9,41	34,28	10,02	8,91	13,74
Niterói	6,04	19,70	5,94	28,20	14,82	10,02	15,28
Rio Bonito	3,19	19,15	11,70	27,66	14,36	9,57	14,36
São Gonçalo	5,89	17,39	8,41	31,19	12,35	10,84	13,93
Silva Jardim	4,58	18,32	8,40	24,43	12,98	16,03	15,27
Tanguá	2,33	16,86	9,88	33,72	8,14	15,12	13,95

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.

Entre as doenças do aparelho circulatório, predominaram como causa de morte na região e nos municípios de Maricá, Niterói, São Gonçalo e Tanguá as doenças isquêmicas do coração. Já nos municípios de Itaboraí, Rio Bonito e Silva Jardim, predominaram as doenças cerebrovasculares.

No grupo das neoplasias, a principal causa de morte na região e em todos os seus municípios foram as neoplasias malignas dos órgãos digestivos. Em Tanguá, também se destacam os óbitos por câncer do colo do útero.

A terceira maior causa de morte na região e nos municípios de Maricá, Niterói, Rio Bonito e São Gonçalo foram as doenças do aparelho respiratório. Já nos municípios de Itaboraí, Silva

Jardim e Tanguá, foram as causas externas. Em Itaboraí, chama atenção a alta proporção de homicídios dentro do grupo das causas externas (43%).

Tabela 13: Taxa de Mortalidade Infantil e número de óbitos infantis ao ano, segundo município de residência na região Metropolitana II, 2001 a 2011.

	TMI / Número de òbitos										
Município de residência	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**
Região Metropolitana II	**15,08**	**17,18**	**16,56**	**16,02**	**15,29**	**14,30**	**14,38**	**13,53**	**14,49**	**13,80**	**12,17**
Itaboraí	13,95	21,45	15,73	19,17	18,24	14,91	16,45	15,73	12,27	13,44	10,93
Maricá	17,92	26,94	23,96	24,98	19,76	17,24	17,90	16,42	12,04	14,02	13,17
Niterói	15,53	16,43	15,77	13,93	13,72	13,11	11,13	10,70	15,35	13,41	10,43
Rio Bonito	17	13	15	10	7	9	13	9	10	11	11
São Gonçalo	14,80	15,38	16,02	15,68	15,21	14,09	15,29	14,02	15,04	13,97	13,20
Silva Jardim	9	10	8	5	4	9	3	6	4	8	4
Tanguá	3	6	9	6	7	7	2	4	6	2	4

Fonte: SES-RJ/SVS/SIM e Sinasc.

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

* Para municípios com menos de 80 mil habitantes, foi considerado o número de óbitos

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) da região baixou de 15,08 para 12,18 entre 2001 e 2011, ou seja, teve uma queda de quase 20%. As maiores reduções ocorreram em Niterói (33%) e Maricá (26%), e a menor em São Gonçalo (11%).

Para municípios com menos de 80 mil habitantes, em vez da taxa foi considerado o número de óbitos infantis. Nestes casos, deve-se olhar com cautela para cortes transversais (em um ano específico) na análise deste indicador, já que as séries de óbitos infantis dos municípios menos populosos costumam apresentar grandes oscilações ano a ano.

No município de Rio Bonito, por exemplo, embora se verifique em 2011 seis óbitos infantis a menos do que em 2001, ao compararmos a média anual de óbitos infantis dos últimos cinco anos (2007-2011) com a do quinquênio anterior (2002-2006), verificamos que ambas são de 10,8 óbitos ao ano. Já os municípios de Silva Jardim e Tanguá possuem uma média anual de óbitos infantis nos últimos cinco anos inferior a do quinquênio anterior: de 7,2 para 5,0 em Silva Jardim e de 7,0 para 3,6 em Tanguá.

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

3. Capacidade instalada e oferta de serviços de saúde na Região

3.1. Atenção Básica

A partir do ano de 2012, com a instituição do Decreto Presidencial nº7508/11 e diretrizes do COAP, foi redefinido o cálculo da cobertura de Atenção Básica, com o acréscimo de equipes de AB tradicionais equiparadas às equipes de SF. Para a região observa-se que somente o município de Silva Jardim apresenta 100% de cobertura da sua população.

Tabela 14: Cobertura de Atenção Básica, segundo região de Saúde e municípios, 2012

Região/Municípios	Cobertura AB (%)
Metropolitana II	**61,15**
Itaboraí	68,07
Maricá	57,10
Niterói	64,94
Rio Bonito	85,71
São Gonçalo	55,35
Silva Jardim	100,00
Tanguá	86,84
Estado RJ	**48,95**

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

Observa-se que a cobertura de saúde bucal, medida para a região, está abaixo da média estadual. Apenas Silva Jardim e Rio Bonito apresentaram uma cobertura acima de 50%, enquanto São Gonçalo e Niterói apresentaram as menores coberturas, 4,17% e 11,64%, respectivamente.

O método de cálculo baseia-se no Instrutivo do proceso de pactuação dos Indicadores de Transição do Pacto ao COAP, datado de 23/07/12.

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

Região/Município	Cobertura ESB (%)
Metropolitana II	**12,43**
Itaboraí	17,70
Maricá	27,41
Niterói	11,64
Rio Bonito	69,64
São Gonçalo	4,17
Silva Jardim	100,00
Tanguá	28,95
Estado RJ	**30,81**

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

Na região Metropolitana II, as coberturas apresentadas em 2011 para as vacinas Tríplice Viral e Influenza foram superiores aos parâmetros estabelecidos pelo Programa Nacional de Imunização, de 95% e 80%, respectivamente.

Contudo, os municípios de Maricá, Niterói e São Gonçalo apresentaram coberturas da vacina Tetravalente abaixo do parâmetro nacional de 95%. Niteroi também não atingiu a cobertura preconizada para Influenza, que ficou abaixo da cobertura alcançada pelo Estado.

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

	Cobertura Vacinal		
	Tríplice Viral (CCR)	**Tetravalente**	**Influenza**
Metropolitana II	**116,37**	**93,64**	**81,71**
Itaboraí	126,78	117,90	99,62
Maricá	89,45	89,09	83,57
Niterói	150,49	89,75	70,56
Rio Bonito	101,95	101,17	93,9
São Gonçalo	96,39	86,39	84,67
Silva Jardim	238,51	155,07	91,91
Tanguá	126,91	124,01	95,01
Estado RJ	**107,14**	**97,38**	**78,71**

Fonte: SI – Programa Nacional de Imunização

3.2. Atenção Psicossocial

De acordo como parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde para o indicador, observa-se que a região Metropolitana II apresentou um resultado classificado como regular, com uma taxa de cobertura de CAPS de 0,53. Os municípios de Maricá e Tanguá não possuem esse tipo de serviço. Vale destacar a classificação insuficiente do município de São Gonçalo, cuja taxa de cobertura de CAPS foi de 0,2 CAPS por 100.000 habitantes.

Tabela 17: Capacidade Instalada de Centro de Atenção Psicossocial, segundo região de Saúde e municípios, 2012.

Região/Municípios	Nº de CAPS 2012	Taxa de Cobertura de CAPS 2012	Análise da Taxa de Cobertura	Nº de internações*	SRT**	Leito em HG***	População 2012
Metropolitana II	**11**	**0,53**	**Regular**	**1471**	**3**	**13**	**1.974.910**
Itaboraí	2	0,9	Muito Boa	64	-	8	222.618
Maricá	-	-	-	23	-	-	135.121
Niterói	5	1,02	Muito Boa	881	-	-	491.807
Rio Bonito	1	1,77	Muito Boa	17	2	3	56.436
São Gonçalo	2	0,2	Insuficiente	424	-	-	1.016.128
Silva Jardim	1	2,34	Muito Boa	13	1	2	21.362
Tanguá	-	-	-	49	-	-	31.438
Estado RJ	**123**	**0,63**	**Boa**	**10.331**	**50**	**178**	**16.231.365**

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

* Informações do Sistema Estadual de Regulação, não incluem internações do município do Rio de Janeiro.

** Dispositivos credenciados em CIB, no 2012, e encaminhados à Coordenação Nacional de Saúde Mental/MS para habilitação.

*** Dispositivos que receberam incentivo no ano de 2012, com previsão de habilitação pela Coordenação Nacional de Saúde Mental/MS em 2013.

3.3. Atenção à Urgência e 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 para a RUE na região Metropolitana II está aprovado e em fase de implantação pelos municípios.

Tabela 18: Quantidade e Localização das UPAS segundo municípios e Regiões de Saúde.

Região de Saúde	Municípios	Nº unidades
Metropolitana II	Niterói	01
	Rio Bonito	01
	São Gonçalo	02

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

Tabela 19: Hospitais contemplados pelo Programa Estadual de Sala de Estabilização segundo municípios e Região de Saúde.

Regiões	Municípios	Instituições
Metropolitana II	Silva Jardim	Policlínica Municipal Agnaldo Moraes
	Tanguá	Centro de Saúde Demerval G. de Freitas

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde

Tabela 20: Situação do SAMU e das Centrais de Regulação Médica das Urgências nas regiões

Região	Implantação do SAMU		Número de Ambulâncias		Local da Central SAMU
	Sim	Não	Básicas	Avançadas	
Metropolitana II	x		15	07	Niterói.

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

3.4. Atenção de Média e Alta Complexidade

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

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

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

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

A região Metropolitana II apresenta um quantitativo de 3.090 leitos gerais (excetuando-se os leitos de Psiquiatria, leitos de Crônicos e hospital-dia), perfazendo a média de 1,6 leitos por 1000 habitantes, inferior à necessidade estimada para a população da região, que é de 4.851 a 5.821 leitos, considerando-se os parâmetros da Portaria GM/MS nº 1101/2002, de 2,5 a 3 leitos por 1000 habitantes.

A taxa de leitos por 1000 habitantes apresentou variações na região, com valores de 0,6 leitos por 1000 habitantes em Maricá a 2,8 leitos por mil habitantes em Niterói..

Existe carência de leitos de UTI na região, uma vez que estão cadastrados 57 leitos, enquanto a necessidade mínima calculada com base nos parâmetros esperados é de 194 leitos. Desses leitos, aproximadamente 73% estão localizados no município de Niterói.

Tabela 21: 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
Metropolitana II	**1.940.391**	**3.090**	**1,6**	**4851**	**5821**	**57**	**194**	485
Itaboraí	218008	279	1,3	545	654	5	**22**	55
Maricá	127461	73	0,6	319	382	0	**13**	32
Niterói	487562	1348	2,8	1219	1463	42	**49**	122
Rio Bonito	55551	108	1,9	139	167	5	**6**	14
São Gonçalo	999728	1246	1,2	2499	2999	5	**100**	250
Silva Jardim	21349	36	1,7	53	64	0	**2**	5
Tanguá	30732	0	0	77	92	0	**3**	8
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 na região Metropolitana II, há uma insuficiência de leitos nas especialidades clínicas, cirúrgicas, obstétricas e pediátricas, sinalizando a necessidade de ampliação de leitos nessas especialidades.

Tabela 22: Distribuição de leitos hospitalares por município segundo especialidade, 2011.

Região de Saúde/Municípios	Leitos clínicos existentes	Necessidade de leitos clínicos	Leitos cirúrgicos existentes	Necessidade de leitos cirúrgicos	Leitos obstétricos existentes	Necessidade de leitos obstétricos	Leitos pediátricos existentes	Necessidade de leitos pediátricos
Metropolitana II	**1111**	**1301**	**684**	**727**	**375**	**460**	**303**	**682**
Itaboraí	223	146	20	82	24	52	12	77
Maricá	42	85	9	48	14	30	6	45
Niterói	267	327	287	183	102	116	79	171
Rio Bonito	34	37	23	21	20	13	12	20
São Gonçalo	521	670	345	375	209	237	188	351
Silva Jardim	24	14	0	8	6	5	6	8
Tanguá	0	21	0	12	0	7	0	11
Estado RJ	**8049**	**10721**	**7034**	**5992**	**3224**	**3794**	**2952**	**5620**

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

A região apresentou um resultado de 29,35% de internações por causas sensíveis a Atenção Básica - ISAB. Esse percentual variou de 17,31%, em Itaboraí, a 34,29%, em São Gonçalo.

A análise do quantitativo das ISAB por mil habitantes nos municípios da região aponta para índices mais baixos em Niterói (4,87 internações por 1000 habitantes) e Itaboraí (6,28 internações por 1000 habitantes). São Gonçalo e Rio Bonito apresentaram os índices mais altos da região, superiores a média da própria região e a do estado.

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

de internações desnecessárias aponta a necessidade de melhoria da qualidade da assistência prestada à população.

O indicador pode ser utilizado, portanto, como um sinal de alerta para acionar mecanismos de avaliação e busca de aprimoramento dos serviços de saúde.

Tabela 23: Internações por condições sensíveis à Atenção Básica, segundo região de Saúde e municípios, 2011.

Região/Estado	Proporção (%)			Taxa (1.000 hab.)		
	Total	Masculina	Feminina	Total	Masculina	Feminina
Metropolitana II	**29,35**	**35,79**	**24,68**	**13,20**	**14,23**	**12,27**
Itaboraí	17,31	20,18	15,3	6,38	6,28	6,47
Maricá	25,55	29,68	22,12	6,56	7,04	6,09
Niterói	17,91	19,87	16,04	4,17	4,87	3,57
Rio Bonito	23,48	24,51	22,58	19,23	19,07	19,37
São Gonçalo	34,29	43,94	27,82	19,74	21,36	18,27
Silva Jardim	23,29	24,21	22,47	13,91	13,51	14,33
Tanguá	20,87	20	21,53	8,46	7,06	9,84
Estado RJ	**16,58**	**20,67**	**13,76**	**8,70**	**34,53**	**46,44**

Fonte: Datasus/SIHSUS, 2010, e IBGE/Censo Demográfico 2010.

A Região Metropolitana II realizou menos de 20% das consultas especializadas do estado do Rio de Janeiro, exceto em neurologia (21,50%). O município de Niterói realizou consultas em todas as especialidades e foi o único município da região que realizou consultas nas áreas de neurocirurgia e oncologia.

Tabela 24: Percentual de consultas especializadas, segundo Região de Saúde municípios, 2011.

Especialidades	% Metropolitana II	% Itaborai	% Maricá	% Niteroí	%Rio Bonito	% São Gonçalo	% Silva Jardim	% Tanguá
Angiologista	9,47	23,98	7,35	36,35	5,03	22,01	5,27	-
Cardiologista	11,98	7,59	2,77	57,99	5,49	21,71	2,22	2,22
Cirurgião geral	7,42	13,68	10,35	42,27	12,97	20,73	-	-
Endocrinologista e metabologista	14,55	4,44	1,75	80,96	3,82	5,54	0,41	3,09
Gastroenterologista	9,25	7,09	7,73	63,10	7,29	10,81	3,98	-
Hematologista	6,97	-	0,38	73,80	0,75	25,07	-	-
Nefrologista	8,05	-	3,59	80,95	-	15,46	-	-
Neurocirurgião	5,32	-	-	100,00	-	-	-	-
Neurologista	21,50	2,96	1,48	83,02	3,11	7,70	1,72	-
Oftalmologista	12,13	17,29	1,48	45,70	12,03	21,19	2,31	-
Oncologista	2,14	-	-	100,00	-	-	-	-
Ortopedista e traumatologista	7,25	9,96	27,00	29,28	6,76	18,98	3,00	5,03
Otorrinolaringologista	6,17	9,37	3,66	57,26	10,64	13,13	5,94	-
Proctologista	5,13	11,36	9,57	46,00	-	33,07	-	-
Psiquiatra	13,48	6,97	0,55	51,75	5,14	33,43	2,16	-
Reumatologista	5,14	9,26	1,40	82,44	3,58	3,32	-	-
Urologista	8,07	16,66	7,99	52,84	9,21	11,16	2,13	-

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

A Região Metropolitana II realizou em 2011, na própria região, 93,59% das internações de Média Complexidade e 6,32% em outras regiões.

O município de São Gonçalo é o maior executor na região, com 55,02% das internações para própria região.

A região possui municípios com mais de 80% dos seus munícipes internando no próprio município, como o caso de Niterói (84,98%), Rio Bonito (91,71%) e São Gonçalo (84,54%). Ao mesmo tempo em que possui municípios que internam menos de 50% dos seus munícipes, como Silva Jardim (34,76%) e Tanguá (22,41%).

Maricá foi o município que mais demandou internações em outros municípios com 14,24%.

Tabela 25: Migração de internação de média complexidade no município de ocorrência.

Região e municípios por local de *internação*	Região e municípios por local de *residência*							
	Itaboraí	**Maricá**	**Niterói**	**Rio Bonito**	**São Gonçalo**	**Silva Jardim**	**Tanguá**	**Metropolitana II**
Itaboraí	67,86	0,51	0,13	0,21	0,61	0,48	6,90	6,51
Maricá	0,00	50,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,80
Niterói	8,20	19,51	84,98	1,66	7,84	3,88	4,81	19,68
Rio Bonito	6,12	5,68	1,31	91,71	1,28	48,78	59,89	8,50
São Gonçalo	5,89	6,53	2,88	0,46	84,54	0,27	2,46	55,02
Silva Jardim	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	34,76	0,00	0,52
Tanguá	3,01	3,22	0,03	2,47	0,88	3,27	22,41	1,55
Metropolitana II	**91,08**	**85,56**	**89,33**	**96,51**	**95,14**	**91,43**	**96,47**	**93,59**
Demais regiões do Estado	**8,89**	**14,24**	**10,39**	**3,41**	**4,81**	**8,57**	**3,53**	**6,32**
Demais UFs	**0,04**	**0,20**	**0,29**	**0,08**	**0,05**	**0,00**	**0,00**	**0,09**

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

3.5. Redes Pactuadas de Média e Alta Complexidade

A Rede de Cirurgia Cardiovascular possui referências em municípios da Região Metropolitana II (municípios de São Gonçalo e Niterói), da Região da Baixada Litorânea (município de Cabo Frio) e na Região Metropolitana I (município do Rio de Janeiro).

Tabela 26: Cirurgia Cardiovascular

Região	Município	Cirurgia Cardiovascular	Cir.Card. Pediátrica	Cirurgia Vascular	Cardiologia Intervencionista	Cirurgia Endovascular	Laboratório Eletrofisiologia
Metropolitana II	Itaboraí	Cabo Frio	RJ	Cabo Frio	Cabo Frio	Cabo Frio	RJ
	Rio Bonito						
	Silva Jardim						
	Tanguá						
	São Gonçalo	São Gonçalo		Niterói	São Gonçalo	RJ	
	Maricá	Niterói			Niterói	(IECAC)	
	Niterói						

Fonte: SAECA – SES-RJ

A Rede de Terapia Renal Substitutiva possui todas as suas referências na própria Região Metropolitana II, mas especificamente nos municípios de Niterói, São Gonçalo, Rio Bonito e Itaboraí.

Tabela 27: Terapia Renal Substitutiva

Região de Saúde	Município	Unidade
Metropolitana II	Niterói	CDR Niterói
		CNL Niterói
		DERT
		Hospital Universitário Antônio Pedro
	São Gonçalo	CNL Alcântara
		CNL Mangueira
		UTR – São Gonçalo
	Rio Bonito	CDR Rio Bonito
	Itaboraí	CTRI

Fonte: SAECA – SES-RJ

A Hemorede também é conformada na Região Metropolitana II, tendo como referência os municípios de Niterói, Rio Bonito e São Gonçalo.

Tabela 28: Hemorrede

Município de referência	Tipo de serviço de hemoterapia	Município de contra referência	Serviço de hemoterapia
		Metropolitana II	
Niterói	Hemocentro Regional de Niterói	Niterói	HR de Niterói - Hospital Universitário Antônio Pedro
			AT Hospital Estadual Azevedo Lima
			AT Hospital Orêncio de Freitas
		Maricá	AT Hospital Municipal Conde Modesto Leal
Rio Bonito	Núcleo de Hemoterapia de Rio Bonito	Rio Bonito	NH de Rio Bonito - Centro Municipal de Hemoterapia Dr.Edson José da Silva
		Itaboraí	AT Hospital Municipal Desembargador Leal Júnior
		Silva Jardim	
		Tanguá	
São Gonçalo	Núcleo de Hemoterapia	São Gonçalo	NH de São Gonçalo - Complexo Luiz Palmier
			AT Hospital Estadual Alberto Torres

Fonte: SAECA – SES-RJ

Em relação à Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, todas as referências estão localizadas na Região Metropolitana II, nos municípios de Itaboraí, Niterói, Rio Bonito e São Gonçalo.

Tabela 29: Doença Falciforme e Outras Hemoglobinopatias

Região	Município com Ambulatório de Doenças Falciforme de Referência	Município Contra-Referenciados
Metropolitana II	Itaboraí	Itaboraí
	Niterói	Marica
		Niterói
	Rio Bonito	Rio Bonito
		Silva Jardim
		Tanguá
	São Gonçalo	São Gonçalo

Fonte: SAECA – SES-RJ

A referência para a região em Reabilitação Física está localizada no município de Niterói.

Tabela 30: Reabilitação Física

Região de Saúde	Município	Referência - média e alta complexidade
Metropolitana II	Todos os municípios da região	Niterói

Fonte: SAECA – SES-RJ

As referências em Saúde Auditiva estão localizadas nos municípios de São Gonçalo e Niterói, ambos integrantes da Região Metropolitana II.

Tabela 31: Saúde Auditiva

Região	Município	Referência de Média Complexidade		Referência de Alta Complexidade	
Metropolitana II	São Gonçalo	São Gonçalo	ABRAE de São Gonçalo	Niterói	Policlínica de Especialidades Silvio Picanço
	Tanguá				
	Rio Bonito				
	Silva Jardim				
	Itaboraí	Niterói	Policlínica de Especialidades Silvio Picanço		
	Niterói				
	Maricá				

Fonte: SAECA – SES-RJ

No que diz respeito à Rede de Oncologia, sua referências estão localizadas na própria região (município de Niterói), na Região Metropolitana I e na Região da Baixada Litorânea.

Tabela 32: Oncologia

Região	Município	Cirurgia	Cirurgia CCP (6,36%)	Quimioterapia	Radioterapia	Hematologia	Pediatria
Metropolitana II	Itaboraí	Niterói	Rio de Janeiro	Niterói	Niterói	Niterói	Rio de Janeiro
	Niterói						
	São Gonçalo						
	Rio Bonito			Cabo Frio			
	Silva Jardim						
	Maricá						
	Tanguá						

Fonte: SAECA – SES-RJ

As referências em Oftalmologia de Média e Alta complexidade se encontram na própria Região Metropolitana II.

Tabela 33: Oftalmologia

Região	Municípios	Média Complexidade	Alta Complexidade	Referência para Reabilitação Visual
Metropolitana II	Maricá	Niterói	Niterói	Associação Fluminense de Amparo aos Cegos (Niterói)
	Niterói			
	São Gonçalo	São Gonçalo	São Gonçalo	
	Itaboraí	Rio Bonito	São Gonçalo	
	Rio Bonito			
	Silva Jardim			
	Tanguá			

Fonte: SAECA – SES-RJ

Os pacientes ostomizados são referenciados para os municípios de Niterói, São Gonçalo e Itaboraí, na própria Região Metropolitana II.

Tabela 34: Ostomizados

Região	Município Encaminhador	Município Pólo - Atenção aos Ostomizados I	Município Pólo - Atenção aos Ostomizados II
Metropolitana II	Niterói	Niterói	Niterói
	São Gonçalo	São Gonçalo	
	Itaboraí	Itaboraí	
	Rio Bonito		
	Silva Jardim		
	Tanguá		

Fonte: SAECA – SES-RJ

A rede de Ortopedia é conformada na própria Região Metropolitana II, tendo como referência os municípios de São Gonçalo, Niterói, Itaboraí e Rio Bonito.

Tabela 35: Ortopedia

Região	Município Executor	Município Encaminhador
Metropolitana II	São Gonçalo	São Gonçalo
	Niterói	Niterói
		São Gonçalo
		Silva Jardim
		Maricá
		Itaboraí
		Tanguá
	Itaboraí	Itaboraí
		Tangua
	Rio Bonito	Rio Bonito
		Silva Jardim

Fonte: SAECA – SES-RJ

Situação das Redes Temáticas propostas pelo Ministério da Saúde:

Acompanhamento das Redes – Regiões de Saúde – novembro de 2012

Região	Cegonha	Urgência e Emergência	Atenção Psicossocial *	Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência**
Metro II	SIM - (Plano Elaborado – Oficina realizada)	SIM		

Fonte: SAS/SAB

*Foram aprovadas nas regiões e pactuadas em CIB (março de 2012) as Matrizes Diagnósticas municipais, regionais e estadual. Os Planos de Ação Municipais estão em elaboração, foram realizadas as oficinas para elaboração dos Planos de Ação da RAPS nas regiões. Os Planos de Ação foram apreciados nas plenárias ordinárias das CIR de outubro/2012 e aprovados na CIB de 08/11/2012.

** As CIR estão encaminhando as matrizes diagnósticas da Rede de Cuidados à pessoa com deficiência, preenchidas pelos municípios, para análise do Grupo Condutor.

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, já incluindo o do exercício de 2011. Todos os municípios da região Metropolitana II possuem técnicos habilitados no SARGSUS, que foram capacitados e cadastrados pela SES/RJ. Do mesmo modo, os municípios, em atendimento à Portaria citada, capacitaram e cadastraram os conselheiros municipais de saúde indicados para atuarem como relatores no Sistema.

Em relação aos instrumentos de planejamento do SUS, na região Metropolitana II, 06 dos 07 municípios apresentam Plano Municipal de Saúde com vigência 2010-2013, aprovados pelo CMS.

Em relação ao Relatório Anual de Gestão, exercício 2011, somente o município de Tanguá, até a última data de verificação (05 de novembro de 2012), não fechou o relatório no sistema SARGSUS. Todos os demais cumpriram tal procedimento e, destes, 29% tiveram o seu RAG aprovado pelo CMS (disponível em www.saude.gov.br/sargsus), e 57% permanecem com os mesmos em apreciação pelos respectivos Conselhos.

Nos anos anteriores, 2007 a 2010, exceto 2008 cujo percentual foi de 100%, a média dos municípios da região que elaboraram e aprovaram seus Relatórios de Gestão junto aos respectivos CMS ficou em torno de 82%, existindo 9% dos municípios com relatórios ainda em análise no CMS, e 9% que ainda não encaminharam o documento ao CMS nestes 3 anos, mesmo sendo obrigatória a sua elaboração e apreciação, conforme tabela abaixo:

Tabela 36: Situação dos municípios da Metropolitana II quanto aos instrumentos de Planejamento do SUS

Instrumentos de Planejamento SUS		Municípios						
		Itaboraí	Maricá	Niterói	Rio Bonito	São Gonçalo	Silva Jardim	Tanguá
PMS 2010-2013	Apreciado e aprovado pelo CMS	X	X* 2010-2011	X	X	X	X	X
	Em análise pelo CMS							
	Sem informação							
RAG 2011	Apreciado e aprovado pelo CMS			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	
	Em análise pelo CMS	X						
	Sem informação							X
RAG 2009	Apreciado e aprovado pelo CMS	X	X	X	X	X	X	
	Em análise pelo CMS							
	Sem informação							X
RAG 2008	Apreciado e aprovado pelo CMS	X	X	X	X	X	X	X
	Em análise pelo CMS							
	Sem informação							
RAG 2007	Apreciado e aprovado pelo CMS	X	X	X	X	X	X	
	Em análise pelo CMS							X
	Sem informação							

(*) Município cujo PMS não tem comprovação do tempo de vigência e comprovação junto ao CMS

Fonte: Assessoria de Planejamento - SG/SES. Atualizado em 30/10/2012

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.

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

Estas planilhas foram encaminhadas às Comissões Intergestores Regionais, porém não houve resposta da região Metropolitana II.

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, divulgando a consolidação do SUS e aprovando as Diretrizes Operacionais com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

A Portaria GM/MS Nº 699 de 30 de março de 2006 regulamenta a implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o

processo de gestão do SUS, bem como o monitoramento do Pacto, unificando os processos de pactuação de indicadores e metas. Houve alteração com a Portaria nº 372 de 16 de fevereiro de 2007 e Portaria nº 161 de 21 de janeiro de 2010 que versa sobre o Termo de Cooperação entre Entes Públicos.

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

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

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

Em relação ao Pacto de Gestão, a partir da publicação da Resolução CIT nº 04 em 19 de julho de 2012, que trata das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do SUS para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do COAP, ficou definido que todos os entes federados quer tenham ou não assinado o Termo de Compromisso de Gestão, passam a assumir as responsabilidades sanitárias expressas na Resolução e que traduzem exatamente o conteúdo do antigo Termo de Compromisso de Gestão. Ficou definido também que as ações para o cumprimento das responsabilidades sanitárias nos termos desta resolução devem estar expressas na Programação Anual de Saúde de cada ente federado e vinculadas às diretrizes e aos objetivos dos respectivos Planos de Saúde. As responsabilidades descritas no anexo desta Resolução são as mesmas descritas no TCGM, sendo que neste, determinadas responsabilidades apresentavam-se subdivididas. A Resolução acrescenta na responsabilidade 7 - Participação e Controle Social, uma ação que não havia sido mencionada no termo: apoio maior ao processo de educação permanente do Conselho de Saúde

disponibilizando programa permanente de educação em saúde para qualificar a atuação dos conselhos na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social de execução da política de saúde.

Na região da Metropolitana II (Metro II), seis municípios assinaram o Pacto pela Saúde. A partir da publicação da Resolução CIT, Tanguá, também deverá assumir as responsabilidades sanitárias. A tabela abaixo apresenta resumidamente a situação desta região:

Tabela 37: Responsabilidades por condição do município da Região Metropolitana II

Região Metropolitana II	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**	
Itaboraí	21	**3**	5	**0**	16	**0**	21	**4**	1	**5**	4	**2**	6	**1**	**89**
Maricá	15	**9**	4	**1**	14	**2**	15	**10**	1	**5**	5	**1**	4	**3**	**89**
Niteroi	24	**0**	5	**0**	16	**0**	21	**4**	6	**0**	6	**0**	7	**0**	**89**
Rio Bonito	24	**0**	3	**2**	16	**0**	24	**1**	5	**1**	6	**0**	6	**1**	**89**
São Gonçalo	24	**0**	3	**2**	16	**0**	24	**1**	5	**1**	6	**0**	6	**1**	**89**
Silva Jardim	21	**3**	4	**1**	15	**1**	11	**14**	3	**3**	2	**4**	6	**1**	**89**
Total	129	**15**	24	**6**	93	**3**	116	**34**	21	**15**	29	**7**	35	**7**	

*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**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A Secretaria de Estado de Saúde considera a regulação como um instrumento essencial à gestão do SUS no Estado. A implantação da Central Estadual de Regulação, com Expansão do Complexo Regulador Estadual, e a implementação da Rede de Centrais de Regulação Regionais foram projetos estratégicos de governo. A Rede de Centrais de Regulação Regionais foi implantada a partir de 1999, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde e os Consórcios Intermunicipais de Saúde.

Central Estadual de Regulação

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

Esta Central abrange a coordenação das seguintes atividades:

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

Objetivos específicos da Central Estadual de Regulação

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

A Programação Pactuada Integrada (PPI) planeja a assistência de recursos federais e estaduais para a execução dos serviços de saúde de média e alta complexidade. A PPI reorienta a alocação de recursos e redefine os limites financeiros para todos os municípios do Estado. O principal objetivo da PPI é efetuar programações assistenciais, em que são definidos quantos e a quais serviços de saúde a população terá acesso em seu município, e quais os que serão referenciados às cidades vizinhas, tendo como base o PDR e as redes assistenciais.

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

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

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

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

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

Central de Regulação da região Metropolitana II (CREG-METRO II)

Na região Metropolitana II, somente os municípios de Niterói e Rio Bonito possuem central/complexo de regulação com estrutura razoável. Enquanto São Gonçalo e Itaboraí já manifestaram intenção de criar suas próprias regulações, os municípios de Silva Jardim e Tanguá, por não possuírem leitos disponíveis, contam apenas com centrais de solicitações. Com exceção de Niterói, que possui estrutura de regulação independente, em todos os municípios da região a regulação funciona junto aos setores de controle e avaliação, com caráter solicitante de internações de poucas especialidades e distribuidor de AIH.

A CREG-METRO II funciona em cogestão informal com a regulação municipal de Niterói.

O fluxo de regulação entre a CREG – Metro II e os municípios da Região em relação às internações psiquiátricas está bem consolidado, com a utilização de Protocolo Técnico, comunicação periódica com os coordenadores, porta de entrada única e canais de comunicação claros e efetivos.

A regulação dos Procedimentos Cardiovasculares está em processo de consolidação, sendo a oferta menor do que a demanda. É necessário uma revisão no processo de otimização da tromboembolização de vasos cerebrais. Quanto às cirurgias eletivas, a regulação está operando apenas em Rio Bonito, mas sem definição de PPI e se limitando ao registro de ocupação de leito. São Gonçalo faz apenas cirurgia de catarata.

As principais dificuldades da CREG/Metro II referem-se à falta de distinção entre os procedimentos que seriam regulados pelo Estado e pelo município. Desta forma, a elevada demanda proveniente da “Central de Regulação de Niterói”, pela falta de leitos, pela extinção de convênios não havendo reposição de leitos necessários, pela inexistência de uma rede assistencial bem definida, hierarquizada, geograficamente definida para urgências, esvaziamento de porta de entrada – UPAs e Hospitais e internações eletivas sobrecarrega a Central Regional.

Quanto à **auditoria**, tem por objetivo melhorar a gestão, tornando-a pró-ativa e preventiva, contribuindo para a alocação e utilização mais adequada dos recursos da saúde, assim como a garantia do acesso oferecida aos cidadãos com qualidade. Cumpre ao setor, na SES, realizar

auditorias sistemáticas das unidades próprias de saúde do Estado, de estabelecimentos de saúde privados conveniados ao SUS e aquelas demandadas pelos municípios.

Tabela 38 - Diagnóstico das Regiões de Saúde que possuem Controle & Avaliação, e Auditoria municipal, 2012

Regiões do Estado	Controle e Avaliação [1]	Auditoria (implantada) [2]
Baia de Ilha Grande (03)	66,67% (02)	SI
Baixada Litorânea (09)	55,56% (05)	33,33% (03)
Centro Sul (11)	45,45% (05)	18,18% (02)
Médio Paraíba (12)	66,67% (08)	33,33% (04)
Metropolitana I (12)	58,33% (07)	33,33% (04)
Metropolitana II (07)	42,86% (03)	33,33% (02)
Noroeste (14)	35,71% (05)	14,28% (02)
Norte (08)	50% (04)	25% (02)
Serrana (16)	37,50% (06)	17,65% (03)

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

4.6. Ouvidorias de Saúde

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

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

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

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

Tabela 39: Diagnóstico dos municípios que receberam ou irão receber incentivos para implantação de Ouvidorias nas Secretarias Municipais de Saúde

Regiões	% de Ouvidorias Implantadas na Região (Maio/2012)	Municípios	População (IBGE 2010)	Tem Ouvidoria do SUS	DOGES/MS-Kit Doges (2009)	PT/MS Participa SUS	PPA SES RJ 2012-2015	Capacitação
Metropolitana II	57%	São Gonçalo	999.728	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
		Niterói	487.562	Não	Sim	Sim	Não	Sim
		Itaboraí	218.008	Sim	Não	Sim	Não	Sim
		Maricá	127.461	Não	Não	Sim	Não	Não
		Rio Bonito	55.551	Sim	Não	Não	Sim	Sim
		Tanguá	30.732	Não	Não	Não	Sim	Não
		Silva Jardim	21.349	Sim	Não	Não	Sim	Sim

Fonte: Ouvidoria Geral / Susecretaria Jurídica e de Corregedoria / SES

4.7. Unidades Descentralizadas da SES na Região Metropolitana II

As Comissões Intergestores Regionais (CIR), anteriormente denominadas Colegiados de Gestão Regional (CGR) são estruturas criadas no Pacto pela Saúde, no intuito de qualificar o processo de regionalização no SUS, garantindo o exercício da ação cooperativa entre os gestores nas regiões

de saúde e instituindo um espaço de governança em âmbito regional. A nova nomenclatura foi dada a partir da publicação do Decreto Presidencial nº 7508 de 28 de junho de 2011.

As principais dificuldades na CIR Metropolitana II se referem à ausência dos gestores e ou suplentes da região nas reuniões ordinárias, prejudicando as pactuações pela falta de quorum, e à utilização do recurso financeiro que lhe é destinado..

Tabela 40: Localização das Sedes das CIR

CIR	Município Sede	Localização da sede CIR
Metropolitana II	Niterói	Rua Athaíde Parreiras, s/nº, Bairro de Fátima - Niterói - RJ CEP: 24070-090

Fonte: Assessoria de Integração Regional/SG/SES

Tabela 41: Localização das Centrais Regionais de Regulação do Estado do Rio de Janeiro.

Região	Município Sede	Endereço
Metropolitana II	Niterói	Rua Ataide Parreiras, 226 , térreo - Bairro de Fátima, Niteroi -RJ - CEP: 24070-090

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

Tabela 42: Localização dos Núcleos Descentralizados de Vigilância da Saúde- NDVS

Região	Endereço	Municípios De Abrangência
Metropolitana II	Hosp.Estadual Alberto Torres / Rua Osório Costa C/ R.Tenente Elias Magalhães S/Nº - Bairro: Colubandê / São Gonçalo	Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim, Tanguá.

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

Tabela 43: Localização dos CEREST do Estado do Rio de Janeiro, por Região.

CEREST	ENDEREÇO
CEREST Metropolitana II	Avenida Roberto Silveira, 46, 2º andar - Shoping Costa Azul - Centro - Maricá

Fonte: SES/ Subsecretaria de Vigilância em Saúde.

4.8 Programas da Secretaria Estadual de Saúde/SES

Tabela 44: Beneficiados pelo Co-financiamento da Atenção Básica – Exercício de 2011.

Região	Município	Valor Anual Previsto	Valor Anual Pago
Metropolitana II	Itaboraí	R$ 810.000,00	R$ 607.500,00
	Maricá	R$ 210.000,00	R$ 157.500,00
	Niterói	R$ 1.308.000,00	R$ 981.000,00
	Rio Bonito	R$ 168.000,00	R$ 126.000,00
	São Gonçalo	R$ 4.248.000,00	R$ 3.186.000,00
	Silva Jardim	R$ 120.000,00	R$90.000,00
	Tanguá	R$ 135.000,00	R$ 101.250,00

Fonte: Fundo Estadual de Saúde - SES

Tabela 45: Beneficiados pelo Projeto de Modernização e Ampliação dos leitos de terapia Intensiva.

Região	Município	Unidade
Metropolitana II	São Gonçalo	Pronto Socorro Central São Gonçalo
		Pronto Socorro de Alcântara
	Rio Bonito	Hospital Darcy Vargas
	Itaboraí	Hospital Municipal Desembargador Leal Júnior

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

Tabela 46: Hospitais beneficiados do PAHI

Região	Município	Unidade
Metropolitana II	Rio Bonito	Hospital Regional Darcy Vargas**
	Silva Jardim	Policlínica Municipal Aguinaldo Moraes

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

*Não aderiu ao PAHI em 2011 **Unidade passou para PAHI Regional em 2011

Tabela 47: Municípios de até 115.000 habitantes sem hospitais beneficiados pelo PAHI.

Região	Município
Metropolitana II	Tanguá

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

Tabela 48: Hospitais beneficiadis pelo PAHI Regional.

Região	Município	Unidade
Metropolitana II	Rio Bonito	Hospital Regional Darcy Vargas

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

Assistência Farmacêutica

Quadro 1 – Polos de Assistência Farmacêutica CEAF

REGIÃO	COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	
	Polos do CEAF* na região	Média mensal de pacientes atendidos por região
Metropolitana II	**4**	**4.711**

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

Quadro 2 – Polos de Assistência Farmacêutica CEAF

REGIÃO	COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA		
	Polos do CEAF* na região	Município atendidos	Média de paciente atendidos
Metropolitana II	Itaboraí	Itaboraí	619
		Tanguá	8
	Niterói	Maricá	98
		Niterói	1802
	Rio Bonito	Rio bonito	248
		Silva Jardim	54
	São Gonçalo	São Gonçalo	726

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

Quadro 3 – Contrapartida Estadual do Componente Básico da Assistência Farmacêutica

Estado e Regiões	COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - Contrapartida Estadual			
	Valor Anual Medicamentos	Valor Mensal Medicamentos	Valor Anual Insumos p/ diabetes	Valor Mensal Insumos
Estado	R$ 30.361.272,00	R$ 2.530.106,00	R$ 7.590.318,00	R$ 632.526,50
Itaboraí	R$ 421.560,00	R$ 35.130,00	R$ 105.390,00	R$ 8.782,50
Maricá	R$ 232.432,00	R$ 19.369,33	R$ 58.108,00	R$ 4.842,33
Niterói	R$ 882.156,00	R$ 73.513,00	R$ 220.539,00	R$ 18.378,25
Rio Bonito	R$ 107.354,00	R$ 8.946,17	R$ 26.838,50	R$ 2.236,54
São Gonçalo	R$ 1.891.504,00	R$ 157.625,33	R$ 472.876,00	R$ 39.406,33
Silva Jardim	R$ 42.438,00	R$ 3.536,50	R$ 10.609,50	R$ 884,13
Tanguá	R$ 58.710,00	R$ 4.892,50	R$ 14.667,50	R$ 1.223,13

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

4.9. Gestão Participativa e Controle Social – 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 São Gonçalo e Silva Jardim; população acampada apenas no município de Silva Jardim; não foi identificada população quilombola em nenhum município da região; em todos os municípios se encontra população autodeclarada indígena pelo CENSO 2010 e apenas no município de Niterói foram identificados pescadores artesanais.

Tabela 49.a: Tipo de População Campo e Floresta (Assentados, Acampados e Quilombolas) por município da região Metropolitana II

Município	Assentados[1]	Acampados[2]	Quilombolas[3]	Total de Famílias	Total de Indivíduos[4] (estimativa)
Itaboraí	-	-	-	-	
Maricá	-	-	-	-	
Niterói	-	-	-	-	
Rio Bonito	-	-	-	-	
São Gonçalo	82	-	-	82	328
Silva Jardim	168	71	-	258	1032
Tanguá	-	-	-	-	
Total	**250**	**71**	**-**	**321**	**1360**

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

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

Obs: A região possui 2 comunidades de acampados, localizadas no município de Silva Jardim.
A região possui 4 comunidades de assentados, sendo 1 no município de São Gonçalo e 3 no município de Silva Jardim.

Tabela 49.b: Tipo de População Campo e Floresta (Indígenas e Pescadores Artesanais) por município da região Metropolitana II

Município	Indígenas[1]	Pescadores Artesanais[2]	Total
Itaboraí	209	-	**209**
Maricá	140	-	**140**
Niterói	655	13644	**14299**
Rio Bonito	37	-	**37**
São Gonçalo	906	-	**906**
Silva Jardim	19	-	**19**
Tanguá	6	-	**6**
Total	**1972**	**13644**	**15937**

Fonte: SES-SG/Assessoria Técnica de Gestão Estratégica e Participativa- SAS/ Superintendência de Atenção Básica
[1] Fonte IBGE 2010, em número de habitantes autodeclarados pelo CENSO.
[2] Fonte Fórum Voz aos Povos.
OBS.: A região possui 2 Colônias de Pescadores no município de Niterói.

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

Quanto ao controle social, os Conselhos Municipais de Saúde da Região da Metropolitana II possuem instrumento legal de constituição, isto é, Lei de Criação. Todos os municípios possuem Regimento Interno para orientar e disciplinar suas ações.

Em relação aos mandatos dos Conselhos, verificamos que, nos municípios de Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, Silva Jardim são de 02 anos, ao passo que, em São Gonçalo e Tangua são de 04 anos.

Todos os Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana II possuem composição paritária, contamplando a Resolução do CNS nº 453/2012 e a decisão do Acórdão nº 1660 do TCU (Tribunal de Contas da União).

Os Conselhos Municipais de Itaboraí, Niterói, Silva Jardim, São Gonçalo e Tangua possuem dotação orçamentária para subsidiar suas ações, os demais não.

Os municípios de Marica, Niterói, Rio Bonito, Silva Jardim e São Gonçalo, elegem seus presidentes nos Conselhos Municipais de Saúde. Já nos municípios de Itaboraí e Tangua os Secretários de Saúde são os presidentes natos nos respectivos Conselhos.

Os municípios de São Gonçalo, Maricá, Niterói, Silva Jardim, Tangua e Itaboraí possuem pelo menos cinco Comissões Temáticas para apoio e subsídio às decisões do colegiado. O município de Rio Bonito não possui comissão temática.

Todos os municípios estão cadastrados no Sistema de Apoio aos Relatórios de Gestão do Sistema Único de Saúde - SARGSUS e no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde SIACS, e fazem parte do Programa de Inclusão Digital – PID.

Fonte de dados: www.conselho.saude.gov.br/siacs e www.saude.gov.br/sargsus