



PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

2024 | 2027

Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

**Governador do Estado do Rio de Janeiro
Cláudio Bomfim de Castro e Silva**

**Vice-Governador
Thiago Pampolha Gonçalves**

**Secretária de Estado de Saúde
Cláudia Maria Braga de Mello**

**Chefe de Gabinete
Fernanda Titonel de Souza**

**Subsecretária Geral
Rachel Rivello Elmor**

**Subsecretária de Atenção à Saúde
Fernanda Moraes Daniel Fialho**

**Assessoria de Relações Institucionais
Rachel Rivello Elmor**

**Subsecretário de Vigilância e Atenção Primária à Saúde
Mário Sérgio Ribeiro**

**Subsecretário Jurídico
Maurício Carlos Araújo Ribeiro**

**Subsecretário de Auditoria e Controle
Ward de Souza Gusmão Júnior**

**Subsecretário Executivo
Leonardo Ferreira de Santana**

**Subsecretário do Fundo Estadual de Saúde
Fabrício Silva Quiroga**

**Subsecretário de Gestão Estratégica
Leonardo Ferreira de Santana**

**Subsecretária de Proteção e Bem-Estar Animal
Camila Costa da Silva**

**Assessora de Planejamento em Saúde
Monica Morrissy Martins Almeida**

**Assessora de Regionalização
Monique Zita dos Santos Fazzi**

**Presidente do Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro
Daniele da Silva dos Santos Moretti**

**Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro
Maria Augusta Monteiro Ferreira**

**Presidente do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
Fabio Baccheretti**

EQUIPE DE ELABORAÇÃO – SES/RJ

ÁREAS TÉCNICAS ENVOLVIDAS:

GABINETE DO SECRETÁRIO

Assessoria de Comunicação Social e Visual
Ouvidoria e Transparência Geral da SES
Assessoria de Controle Interno da SES
Superintendência de Operações Aéreas da Saúde

SUBSECRETARIA GERAL

Assessoria de Regionalização
Assessoria de Planejamento Orçamentário
Superintendência de Educação em Saúde

SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação
Superintendência de Unidades Próprias e Pré-Hospitalares
Superintendência de Regulação
Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
Assessoria Técnica de Humanização

SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Superintendência de Atenção Primária em Saúde
Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental
Superintendência de Vigilância Sanitária
Superintendência de Gestão de Vigilância em Saúde
Superintendência de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde
Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações em Situação de Vulnerabilidade

SUBSECRETARIA EXECUTIVA

Superintendência de Compras e Licitações Superintendência de Logística e Suprimentos
Superintendência de Serviços Gerais e Infraestrutura

SUBSECRETARIA DE AUDITORIA E CONTROLE

Auditoria SUS

SUBSECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA

Superintendência de Recursos Humanos
Superintendência Central de Perícia Médica e Saúde Ocupacional
Superintendência de Informática
Assessoria de Informação e Monitoramento em Saúde

SUBSECRETARIA JURÍDICA

Assessoria de Atendimento às Demandas Judiciais
Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde
Câmara de Resolução de Litígios de Saúde

GRUPO DE TRABALHO PLANEJAMENTO - ELABORAÇÃO PES SES-RJ 2024-2027

COORDENAÇÃO: ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Conselho Estadual de Saúde

Colegiado pleno

Assessoria de Planejamento em Saúde

Monica Morrissy Martins Almeida
Waleska Muniz Lopes Guerra
Ana Luiza Latini Carvalho de Mello Tibau
Monica Maria Rocha Clemente Machado
Maria de Fátima Cavaleiro da Silva
Suzete Henrique da Silva
Carolina Lazzarotto Silva
Rafaela Almeida da Silva
Renata de Menezes Pimenta
Patricia Maria Damasceno Barros
Vanessa Francisco Sales

Assessoria de Regionalização

Monique Fazzi
Izabela Matos Ribeiro

Assessoria de Planejamento Orçamentário

Antonio Carlos Galhardo Marques

Superintendência de Educação Em Saúde

Adriana Maiarotti Justo
Danielle Vargas Silva Baltazar
Marcela Cunha

Subsecretaria Executiva

Anderson Lourenço da Silva

Superintendência de Recursos Humanos

Fátima Matheus
Marilene Ribeiro
Nádia Amaral

Auditoria

Lucila Catanante Medeiros
Jaqueline Oliveira Mesquita

Ouvidoria

Carina Pacheco Teixeira
Felipe Alves Bastos
Luana dos Santos Pimentel

Subsecretaria de Atenção à Saúde

Leonardo Magalhães Teixeira

Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação

Marcelo Rodrigues de Castro

Superintendência de Unidades Próprias e Pré-Hospitalares

Izabela Figueiredo Madureira

Eduardo Lenine Santana

Robério de Arruda Brant

Rivana Donola Ferreira Merotto

Meirelane Souza Rosa

Superintendência de Regulação

Kitty Crawford

Simone Oliveira

Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

Samira Santos El-Adji

Keila Justino de Almeida Silva

Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária em Saúde

Rita de Cássia Vassoler

Ana Lúcia Carvalho

Superintendência de Atenção Primária

Halene Cristina Dias de Armada e Silva

Fabiana Senna

Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações Vulneráveis

Karen Athié

Daniel Duba Silveira Elia

Celso Moraes Vergne

Marli Paixão

Instituto Vital Brazil

Vinícius Duarte

Fundação Saúde

João Henrique Marques da Silva

Célia Regina Nerva Burmann

Comissão Intergestores Bipartite

Dayanne Silva de Lucena

Subsecretaria Jurídica

Flávio Afonso Badaró

Silvia Regina da Silva Portugal

Rita de Cássia Mello Guimarães

SUMÁRIO

Apresentação	01
Introdução	03
I. População e condições de vida	05
I.1. Sexo biológico x gênero	10
I.2. Recorte cor/raça, desigualdades e populações vulnerabilizadas	11
I.2.1. População indígena e quilombola	14
I.3. Condições de vida e saneamento básico	16
I.3.1. Desastres socioambientais e tecnológicos	19
I.4. População SUS – exclusiva e facultativa	22
I.5. Saúde das populações específicas negligenciadas ou vulnerabilizadas	24
I.5.1. População negra	24
I.5.1.1. Indígenas e quilombolas	25
I.5.2. População LGBTI+	26
I.5.3. População Imigrante e Refugiada	27
I.5.4. População Privada de Liberdade (PPL)	28
I.5.5. População em Medidas Socioeducativas	30
I.5.6. População em situação de rua	32
II. Perfil de morbimortalidade	35
II.1. Mortalidade por principais causas	35
II.1.1. Mortalidade por sexo, idade e cor/raça	41
II.2. Morbidade hospitalar	48
II.2.1. Avaliação por faixa etária selecionada	49
III. Vigilância em Saúde, promoção e prevenção de doenças	53
III.1. Programa Estadual de Imunização	53
III.1.2. Cenário das Coberturas Vacinais e Homogeneidade no ERJ	58
III.2. Detecção, Monitoramento e Alerta de Doenças Emergentes, Reemergentes e Desastres Tecnológicos e Ambientais	64
III.2.1. Doenças Reemergentes	65
III.2.1.1. Sarampo e Rubéola	65
III.2.2. Doenças Emergentes	68
III.2.2.1. COVID-19	68
III.2.2.1.1. Casos Graves COVID-19	69
III.2.2.1.2. Óbitos por COVID-19	71
III.2.2.2. Mpox	72
III.2.2.3. Hepatite Aguda de Etiologia Desconhecida	74
III.2.3. Outras doenças infecciosas	75
III.2.3.1. Vigilância das Síndromes Gripais	75
III.2.3.2. Hanseníase	76
III.2.3.3. Meningites	80
III.2.3.4. Hepatites virais B e C	83
III.2.3.5. HIV/AIDS	88
III.2.3.6. Tuberculose	91
III.2.3.7. Sífilis	95

III.3. Doenças Transmitidas por Vetores, Zoonoses e Acidentes com Animais Peçonhentos	99
III.3.1. Arboviroses	99
III.3.1.1. Dengue -	100
III.3.1.2. Chikungunya e Zika	102
III.3.2. Febre amarela	104
III.3.3. Leishmanioses	105
III.3.3.1. Leishmaniose visceral humana	105
III.3.3.2. Leishmaniose visceral canina	106
III.3.3.3. Leishmaniose tegumentar americana	106
III.3.4. Esquistossomose	107
III.3.5. Febre maculosa brasileira	108
III.3.6. Leptospirose	109
III.3.7. Doença de Chagas	110
III.3.8. Malária	111
III.3.9. Esporotricose	113
III.3.10. Raiva	115
III.3.11. Acidentes com animais peçonhentos	117
III.4. Doenças e Agravos não transmissíveis	120
III.4.1. Custos Diretos com as DANT no estado do Rio de Janeiro	121
III.4.2. Monitoramento das DANT	122
III.4.3. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis	122
III.4.4. Vigilância Epidemiológica da Mortalidade Prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis	124
III.4.4.1. Doenças do Aparelho Circulatório e Diabetes Mellitus	125
III.4.4.2. Óbitos Prematuros (30 a 69 anos) por Neoplasias malignas	128
III.4.4.2.1. Diagnóstico precoce da neoplasia maligna	129
III.4.4.3. Doenças Respiratórias Crônicas	133
III.4.4.4. Agravos	134
III.4.4.4.1. Lesões de trânsito - Acidentes de Transporte Terrestre - ATT	134
III.4.4.4.2. Violência interpessoal e autoprovocada	136
III.5. Vigilância Sanitária	143
III.5.1. Segurança do Paciente	146
IV. Estrutura do sistema de saúde e programas associados	158
IV.1. Atenção Primária à Saúde	158
IV.1.1. PREVINE BRASIL	159
IV.1.2. PREFAPS	160
IV.1.3. Aplicabilidade do sistema e-SUS	162
IV.1.4. Saúde da Mulher	164
IV.1.4.1. Óbitos maternos	164
IV.1.4.2. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos	167
IV.1.4.3. Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos	168

	IV.1.5. Saúde da Criança	169
	IV.1.5.1. Taxa de Mortalidade Infantil e Componentes	171
	IV.1.5.2. Investigação de óbitos infantis e fetais	175
	IV.1.5.3. Triagem neonatal	176
	IV.1.6. Alimentação, nutrição e aleitamento materno	177
	IV.1.6.1. Cobertura de estado nutricional – antropometria	177
	IV.1.6.2. Cobertura de estado nutricional – consumo alimentar	179
Família	IV.1.6.3. Cobertura de condicionalidades de saúde do Programa Bolsa	179
59 meses	IV.1.6.4. Cobertura de suplementação de vitamina A para crianças de 6-	181
crianças e gestantes	IV.1.6.5. Cobertura de suplementação de ferro e ácido fólico para	182
	IV.1.6.6. Prevenção e controle do sobrepeso e obesidade	183
	IV.1.7. Programa Saúde na Escola	186
	IV.1.8. Saúde do Homem	187
	IV.1.9. Saúde do Idoso	188
	IV.1.10. Programa Academia da Saúde	189
	IV.1.11. Saúde do Trabalhador	190
	IV.1.12. Saúde Bucal	195
	IV.1.13. Práticas Integrativas e Complementares	199
	IV.2. Atenção especializada	200
	IV.2.1. Política Estadual de Média e Alta complexidade	201
	IV.2.2. Capacidade Instalada	201
	IV.2.2.1. Secretaria Estadual de Saúde	201
	IV.2.2.2.1. Unidades Hospitalares e Ambulatoriais Próprias	202
	IV.2.2.1.2. Modelo de gestão - FSERJ	206
	IV.2.2. Geral. Unidades Hospitalares	214
	IV.2.3. Chamamentos e contratos. Descentralização	222
	IV.2.3.1. Realização de Teste de Triagem Neonatal	222
	IV.2.3.2. Apoio à Assistência Oftalmológica de Alta Complexidade	222
	IV.2.3.3. Assistência em Unidade de Tratamento Intensivo	222
Cardiologia	IV.2.3.4. Apoio à Assistência de Alta Complexidade em	223
	IV.2.3.5. Apoio à Assistência Oncológica	224
e Cirurgia Reparadora	IV.2.3.6. Assistência à Obesidade Mórbida por Cirurgia Bariátrica	224
	IV.2.3.7. UERJ Apoiada	224
	IV.2.4. Oncologia	225
	IV.2.5. Cardiologia	231
	IV.2.5.1. Internações Clínicas	231
	IV.2.5.2. Exames	232
	IV.2.5.3. Organização da Alta Complexidade Cardiovascular	233
	IV.2.5.3.1. Cofinanciamento Estadual	237
	IV.2.6. Terapia Renal Substitutiva	238
	IV.2.7. Traumato-Ortopedia	242
	IV.2.8. Oftalmologia	245

	IV.2.9. Neurologia/ neurocirurgia	249
	IV.2.10. Programa Estadual de Transplantes - RJ Transplantes	252
	IV.2.11. Regulação de acesso	255
	IV.2.11.1. Estrutura: Complexo Estadual de Regulação	255
	IV.2.11.2. Funcionamento do Complexo Estadual de Regulação	256
	IV.3. Fluxos de Acesso	259
	IV.3.1. Programação Pactuada integrada da atenção à saúde (PPI)	259
	IV.3.2. Tratamento fora do domicílio	261
	IV.3.2.1. Realização de Tratamento Fora de Domicílio - TFD	261
	IV.4. Sistemas de Apoio Diagnóstico	263
	IV.4.1. Centro Estadual de Diagnóstico por Imagem – CEDI RIO IMAGEM	263
Baixada	IV.4.2. Centro Estadual de Diagnóstico por Imagem – CEDI RIO IMAGEM	264
	IV.4.3. Unidades Móveis de Imagem	265
	IV.4.4. Rede de Laboratórios de Saúde Pública - LACEN	266
	IV.5. Assistência farmacêutica	271
	IV.6. Instituto Vital Brazil	277
	IV.6.1. Área industrial	277
	IV.6.2. Área científica	279
	IV.7. Redes de Atenção à Saúde	280
	IV.7.1. Redes Temáticas	280
	IV.7.1.1. Rede Cegonha	280
	IV.7.1.2. Rede de Urgência e Emergência	282
	IV.7.1.3. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	290
autista	IV.7.1.3.1. O cuidado às pessoas com transtorno do espectro	291
	IV.7.1.3.2. Ostomizados	293
	IV.7.1.4. Rede de Atenção Psicossocial	295
	IV.7.1.4.1. Cofinanciamento da RAPS	296
	IV.7.1.4.2. Desinstitucionalização	300
	IV.7.2. Hemorrede	301
	IV.7.2.1. Triagem Neonatal	307
ambulatoriais	IV.7.2.2. Morbidade por doença falciforme nos atendimentos	308
	IV.7.2.2.1. Exame ecodoppler transcraniano	308
	IV.7.2.3. Taxa de mortalidade por doença falciforme	310
	IV.7.2.4. Doenças hemorrágicas e/ou trombóticas	311
	V. Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde	313
	V.1. Recursos Humanos da SES	313
	V.1.1. Perícia Médica e Saúde Ocupacional	315
	V.2. Educação permanente	319
	V.2.1. Formação de profissionais de saúde	319
	V.2.2. Qualificação profissional	320
RJ)	V.2.2.1. Comissão de Integração Ensino Serviço Estadual (CIES-	320
	V.2.2.2. Programa de Capacitação e Aperfeiçoamento (PCA)	320

	V.2.2.3. Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos	321
	V.2.2.4. Educação Permanente em Saúde	322
	V.2.2.4.1. Coordenação de Pesquisa	323
	VI. Gestão	325
	VI.1. Comissão Intergestores Bipartite	325
2022	VI.1.1. A CIB-RJ em números: resumo das pactuações ao longo do ano de	325
	VI.2. Comissões Intergestores Regionais - CIR	328
	VI.3. Planejamento Regional Integrado - PRI	329
	VI.3.1. Consórcios Intermunicipais de Saúde - CIS	331
	VI.4. Controle social	332
	VI.5. Políticas de Humanização	333
	VI.5.1. Apoio institucional	333
	VI.5.2. Projeto Saúde e Cultura	336
	VI.5.3. Maternidades	337
	VI.5.4. Hotelaria Hospitalar	337
	VI.6. Gestão da Qualidade	338
	VI.7. Auditoria	346
	VI.8. Ouvidoria e Transparência Geral	347
	VI.9. Atendimento a demandas judiciais	349
	VI.9.1. Câmara de Resolução de Litígios de Saúde - CRLS	350
	VI.9.2. Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde - NATJUS/RJ	352
	VI.9.3. Assessoria de Atendimento às Demandas Judiciais -AADJ	354
	VI.10. Programa de Integridade Pública	357
	VI.11. Gestão da Informação em Saúde	358
	VI.11.1. Informação em Saúde	358
	VI.11.2. Informática	359
	VI.11.3. Sistemas SIM e SINASC	360
	Referências	361
	Anexos	374
	Anexo 01. Taxas de mortalidade por principais capítulos CID-10, grupos e diagnósticos, segundo faixas de idade selecionadas, sexo e raça/cor da pele, 2022.	374
	Anexo 02. Taxas de internação hospitalar por principais capítulos CID-10, grupos e diagnósticos, segundo faixas de idade selecionadas, sexo e raça/cor da pele, 2022.	426
	Anexo 03. Propostas da 9ª Conferência Estadual de Saúde do RJ em Diálogo com o Plano Estadual de Saúde 2024-2027	529
	Anexo 04. Matriz Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do PES 2024-2027	557

LISTA DE FIGURAS

Figura 01. Regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro e respectivos municípios	04
Figura 02. Ranking das cinco principais causas de óbito (%) de residentes no estado do Rio de Janeiro	35
Figura 03. Ranking da mortalidade proporcional por regional de saúde considerando as cinco primeiras causas de óbitos de pessoas residentes no estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2018 e 2022	37
Figura 04. Mortalidade proporcional por idade - causas que levam mais frequentemente ao óbito, em ambos os sexos, em residentes no estado do Rio de Janeiro, 2022	38
Figura 05. Mortalidade proporcional por idade - causas que levam mais frequentemente ao óbito, em ambos os sexos, relacionadas a Doenças de Aparelho Circulatório em residentes no estado do Rio de Janeiro, 2022	39
Figura 06. Mortalidade proporcional por idade - causas que levam mais frequentemente ao óbito, em ambos os sexos, relacionadas a neoplasias (tumores) em residentes no Rio de Janeiro, 2022	40
Figura 07. Porcentagem de óbitos em mulheres de 30 anos ou mais por neoplasia maligna da mama, não especificada, Rio de Janeiro, 2022	40
Figura 08. Porcentagem de óbitos em homens de 40 anos ou mais por neoplasia maligna da próstata, Rio de Janeiro, 2022	41
Figura 09. Calendário Nacional de Vacinação da Criança	54
Figura 10. Calendário Nacional de Vacinação do Adolescente	55
Figura 11. Calendário Nacional de Vacinação do Adulto e Idoso	56
Figura 12. Calendário Nacional de Vacinação da Gestante	57
Figura 13. Coberturas vacinais da população <1 ano e 1 ano de idade, por tipo de vacinas e ano e grupo alvo, ERJ, 2016 a 2022(*)	58
Figura 14. Fluxo de Processamento de Dados de Imunização, segundo Datasus	59
Figura 15. Coortes de vacinados – Coberturas vacinais, vacina HPV (D1 - Meninas), RJ, 2013 a 2022(*)	60
Figura 16. Coortes de vacinados – Coberturas vacinais, vacina HPV (D2 - Meninas), RJ, 2013 a 2022(*)	60
Figura 17. Coortes de vacinados – Coberturas vacinais, vacina HPV (D1 - Meninos), RJ, 2014 a 2022(*)	61
Figura 18. Coortes de vacinados – Coberturas vacinais, vacina HPV (D2 - Meninos), RJ, 2014 a 2022(*)	61
Figura 19. Sarampo: Casos confirmados e descartados x Casos de Covid 19 por SE de notificação, ERJ 2018 – 2020	67
Figura 20. Número de casos notificados por COVID-19 por semana epidemiológica no estado do Rio de Janeiro – 2020 a 2022	68

Figura 21. Total de casos de síndrome respiratória aguda grave por COVID-19 por mês no estado do Rio de Janeiro – 2020 a 2022	70
Figura 22. Total de óbitos notificados por COVID-19 por mês no estado do Rio de Janeiro – 2020 a 2022	72
Figura 23. Número de casos de Mpox confirmados por mês no estado do Rio de Janeiro – 2022 e 2023	72
Figura 24. Infecção pelo HIV em gestantes, taxas de AIDS em menores de cinco anos, de detecção de AIDS em maiores de 13 anos, coeficiente de mortalidade por AIDS e número de casos de HIV. estado do Rio de Janeiro, 2017 a 2020	90
Figura 25. Sorotipos predominantes de DENGUE, segundo ano de início de sintomas, estado do Rio de Janeiro, período de 2000 a julho de 2023	100
Figura 26. Diagrama de controle com incidência acumulada de casos prováveis de DENGUE, segundo semana de início de sintomas, estado do Rio de Janeiro, anos 2019 a julho de 2023	101
Figura 27. Distribuição espacial dos casos confirmados de febre maculosa segundo município de infecção, período de 2012 a 2022, estado do Rio de Janeiro	109
Figura 28. Distribuição dos casos confirmados de malária, por ano de início de sintomas e municípios prováveis de infecção, período de 2012 a 2022, estado do Rio de Janeiro	112
Figura 29. Casos de esporotricose humana por município de residência, 2013 a 2022	114
Figura 30. Polos de soroterapia para acidentes por animais peçonhentos do estado do Rio de Janeiro	119
Figura 31. Articulação entre a Promoção da Saúde e a Vigilância de DANT	120
Figura 32. Os fatores determinantes do DM e HAS	127
Figura 33. Comparativo entre o percentual de hospitais com UTI que participaram da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente - 2022 em relação ao número de hospitais com UTI, por Unidade da Federação e Brasil e meta de participação prevista no Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025	149
Figura 34. Percentual de participação dos serviços de diálise na Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente 2022, por UF e Brasil, e meta de participação prevista no Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025	151
Figura 35. Classificação final dos municípios segundo desempenho global ponderado (DGP)	157
Figura 36. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)	170
Figura 37. Distribuição de nascidos vivos, leitos neonatais e estimativa das necessidades por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2022	172
Figura 38. Estrutura organizacional da FSERJ	211
Figura 39. Resultados comparativos do 1º quadrimestre (2022 e 2023)	213
Figura 40. Rede de Atenção Psicossocial implantada no estado do Rio de Janeiro	296
Figura 41. Prevalência da Doença Falciforme na pop. fluminense por 100.000 habitantes	307

Figura 42. Regiões de saúde e seus respectivos municípios sem representação de pontos focais de saúde para pessoas com doença falciforme	309
Figura 43. Mapa dos Principais Processos	339
Figura 44. Painel relacionado ao perfil dos usuários: Consolidado de Hospitais	342
Figura 45. Painel relacionado à satisfação dos usuários: Consolidado de Hospitais	343
Figura 46. Painel relacionado ao histórico das avaliações dos usuários: Consolidado de Hospitais	344
Figura 47. Resultado da consulta aos itens mais solicitados (consolidado) de medicamentos no período de 01/01/2012 a 07/08/2023	355
Figura 48. Sistemas alimentados via web por município, 2023	362

LISTA DE TABELAS

Tabela 01. População total e crescimento populacional segundo regiões de saúde	03
Tabela 02. População, razão de sexos, fecundidade e envelhecimento, 2022	07
Tabela 03. Variação percentual entre as expectativas de vida, por sexo e grupos de idade, dos residentes no estado do Rio de Janeiro entre o período pré-pandêmico (2019) e os períodos pandêmico 01 (2020), pandêmico 02 (2021) e pós-pandêmico (2022)	10
Tabela 04. Variação na participação por cor e raça da população residente no estado do Rio de Janeiro entre 2010 e 2022, e taxa de fecundidade total (TFT), 2022	11
Tabela 05. Proporção de residentes do estado do rio de Janeiro por cor/raça e sexo, segundo regiões de saúde, 2022	13
Tabela 06. Proporção de idosos e índice de envelhecimento da população e negra (preta + parda), por sexo e região de saúde de residência, 2022	13
Tabela 07. Posição do estado do Rio de Janeiro quanto ao índice de desenvolvimento humano e suas dimensões, desagregado entre pessoas negras e brancas, 2021	13
Tabela 08. Indicadores relacionados à qualidade de vida, desagregados por sexo e cor/raça, 2021	14
Tabela 09. População residente quilombola, por localização do domicílio, 2022	15
Tabela 10. População residente indígena, por tipo de declaração, 2022	15
Tabela 11. Domicílios e população residente estimada em aglomerados subnormais,	16
Tabela 12. Cobertura estimada de abastecimento de água e esgotamento sanitário, 2021	17
Tabela 13. Distribuição do número de Desastres com Reconhecimento Federal (SE e ECP) de 2018 a 2022 estado do Rio de Janeiro.	20
Tabela 14. Beneficiários de planos privados de saúde por tipo de contratação, e população SUS facultativa e exclusiva, por regiões de saúde, dezembro de 2022	23
Tabela 15. Proporção de “Ignorado” no campo raça/cor dos principais sistemas de informação em saúde, registros ocorridos no estado do Rio de Janeiro – 2022	25
Tabela 16. Recursos descentralizados aos municípios através do COFI-PNAISARI	31
Tabela 17. Distribuição dos municípios/região de saúde quanto à situação de Equipes de Consultório de Rua (ECR) segundo teto de financiamento do MS, número de Equipes implantadas e em processo de implantação, Rio de Janeiro, 2023	34
Tabela 18. Percentual de municípios com coberturas vacinais adequadas em menores de 01 ano (homogeneidade de coberturas) por tipo de vacinas, ERJ, 2018 a 2022(*)	62
Tabela 19. Sarampo: Casos suspeitos e confirmados segundo ano do início do exantema-ERJ 2019 a 2022	65
Tabela 20. Número e proporção de casos confirmados de COVID-19 segundo sexo, faixa etária e raça/cor da pele em residentes do estado do Rio de Janeiro – 2020 a 2022	69

Tabela 21. Número e proporção de casos graves de SRAG por COVID-19 segundo sexo, faixa etária, raça/cor da pele, status vacinal e internação em UTI em residentes do estado do Rio de Janeiro 2020 a 2022	70
Tabela 22. Número e proporção de óbitos por COVID-19 segundo sexo, faixa etária, raça/cor da pele, status vacinal e internação em UTI em residentes do estado do Rio de Janeiro - 2020 a 2022	71
Tabela 23. Número e proporção de casos confirmados de Mpox segundo sexo, raça/cor da pele, escolaridade, gênero, orientação sexual, faixa etária e dados clínicos em residentes do estado do Rio de Janeiro 2022	73
Tabela 24. Meningites: Casos por etiologia* segundo ano de início dos sintomas, estado do Rio de Janeiro, 2017-2022.	81
Tabela 25. Casos de meningite (todas as etiologias) segundo regiões de saúde e ano de início dos sintomas, estado do Rio de Janeiro 2017-2022*.	82
Tabela 26. Casos de DM segundo regiões de saúde e ano de início dos sintomas, estado do Rio de Janeiro 2017-2022*.	82
Tabela 27. Óbitos por meningite (todas as etiologias) e por doença meningocócica segundo regiões de saúde e ano de início dos sintomas, estado do Rio de Janeiro 2017-2022*.	83
Tabela 28. Casos notificados de hepatite por região de saúde de residência de 2018 a 2022, estado do Rio de Janeiro.	83
Tabela 29. Casos notificados de hepatite confirmados laboratorialmente por região de saúde de residência e ano de notificação, de 2018 a 2022, estado do Rio de Janeiro.	84
Tabela 30. Casos notificados de hepatite entre 2018 e 2022, segundo forma clínica de apresentação e região de saúde de residência, estado do Rio de Janeiro.	85
Tabela 31. Casos notificados de hepatite entre 2018 e 2022, segundo classificação etiológica e região de saúde de residência, estado do Rio de Janeiro.	85
Tabela 32. Casos notificados de hepatite B e C entre 2018 e 2022 por região de saúde de residência e ano de notificação, estado do Rio de Janeiro.	85
Tabela 33. Casos notificados de hepatite B e C por faixa etária e ano de notificação, 2018 a 2022, estado do Rio de Janeiro.	87
Tabela 34. Fontes de contaminação apuradas nas investigações de casos de hepatite B e C	87
Tabela 35. Casos notificados de hepatites virais, por sexo e situação quanto à condição gestante, de 2018 a 2022, estado do Rio de Janeiro.	88
Tabela 36. Taxa de detecção e mortalidade por AIDS segundo regiões de saúde, ano de diagnóstico e óbito. ERJ, 2017 a 2022.	90
Tabela 37. Taxas de incidência (TI) e mortalidade (TM) por tuberculose nas regiões do estado do Rio de Janeiro, 2018 a 2022.	93
Tabela 38. Taxa de detecção de sífilis adquirida por 100.000 habitantes, por região de saúde e ano de diagnóstico, 2018-2022, estado do Rio de Janeiro.	96
Tabela 39. Número de casos (N) e taxa de detecção (TD) de sífilis em gestante por 1.000 nascidos vivos, por região de saúde e ano de diagnóstico 2016 a 2022, estado do Rio de Janeiro.	96

Tabela 40. Número de casos e taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos de sífilis congênita em menores de 1 ano por região de saúde e ano de diagnóstico, 2018-2002, estado do Rio de Janeiro.	97
Tabela 41. Número de óbitos e taxa de mortalidade específica por sífilis congênita por 100.000 nascidos vivos, por região de saúde e ano de ocorrência, 2018-2022, estado do Rio de Janeiro.	98
Tabela 42. Taxas de incidência (100.000 habitantes) e letalidade da febre amarela, no estado do Rio de Janeiro e número de óbitos confirmados, no período de julho de 2016 a junho de 2018.	104
Tabela 43. Casos e óbitos confirmados de leishmaniose visceral no estado do Rio de Janeiro, 2010 a 2022.	105
Tabela 44. Casos notificados de leishmaniose visceral canina no estado do Rio de Janeiro, 2018 a 2022.	106
Tabela 45. Casos de leishmaniose tegumentar americana no estado do Rio de Janeiro, 2010 a 2022.	107
Tabela 46. Casos notificados e confirmados de esquistossomose no ERJ segundo região de infecção- 2012 a 2022.	108
Tabela 47. Óbitos, casos confirmados e letalidade de leptospirose no ERJ- 2011 a 2022.	110
Tabela 48. Casos notificados e confirmados de malária no ERJ segundo o resultado parasitológico- 2012 a 2022.	112
Tabela 49. Casos notificados, coeficiente de incidência e óbitos por esporotricose humana, segundo ano de notificação, 2010 a 2022.	113
Tabela 50. Acidentes com animais peçonhentos, segundo tipo de animal e região de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2019 a setembro de 2023	118
Tabela 51. Gastos SUS em estabelecimentos públicos e contratados com atendimentos ambulatoriais gerais e atendimentos para Doenças e Agravos Não Transmissíveis, RJ, 2022	121
Tabela 52. Demonstrativo do monitoramento dos indicadores e metas do Plano de DANT 2022-2030, estado do Rio de Janeiro.	123
Tabela 53. Frequência absoluta de procedimentos de amputação (04.08.05.0012 e 04.08.05.0020) em pessoas internadas com diagnóstico de Diabetes mellitus (E10-14), por regiões de saúde, faixa etária e sexo, no estado do Rio de Janeiro, período de internação de 2015 a 2022	126
Tabela 54. Número de casos de notificação de violência interpessoal e autoprovocada no ERJ, 2013 a 2022, por região de saúde de notificação	137
Tabela 55. Distribuição dos Serviços Especializados de Atenção às Pessoas em Situação de Violência e os Serviços de Atenção à Interrupção da Gravidez nos Casos Previstos em Lei	138
Tabela 56. Principais ações de Vigilância Sanitária realizadas, 2022	144
Tabela 57. Painel de Indicadores – Previne Brasil/Componente Desempenho	160
Tabela 58. Indicadores PREFAPS/Componente Desempenho	162
Tabela 59. Cenários de implantação do e-SUS nas regiões de saúde e sistemas próprios do estado	163

Tabela 60. Aplicações utilizadas por região de saúde	163
Tabela 61. Morte materna por causa básica, estado do Rio de Janeiro, 2022.	166
Tabela 62. Morte materna por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2022.	166
Tabela 63. Distribuição percentual de óbitos perinatais e em menores de 1 ano por causas evitáveis, ano 2022, estado do Rio de Janeiro	174
Tabela 64. Percentual dos óbitos infantis e fetais investigados entre 2013 e 2022 nas regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro	175
Tabela 65. Cobertura da Triagem Neonatal de Matriz Biológica – Teste do Pezinho- 2018-2021	176
Tabela 66. Programa Bolsa Família/Auxílio Brasil	177
Tabela 67. Distribuição de crianças nascidas vivas por situação quanto ao aleitamento materno exclusivo informado no SISVAN, estado do RJ, 2019 a 2022.	184
Tabela 68. Adesão ao PSE nos biênios 2017-2018, 2019-2020 e 2021-2022 por região de saúde.	186
Tabela 69. Habilitação ao recebimento da segunda parcela por biênio e por região.	187
Tabela 70. Situação dos Polos do Programa da Academia da Saúde em funcionamento no estado do Rio de Janeiro, por região de saúde	189
Tabela 71. Casos notificados de doenças e agravos relacionados ao trabalho - número e percentual total. SES-RJ, 2007-2022	192
Tabela 72. Doenças e agravos relacionados ao trabalho (DART) segundo municípios notificantes, 2018 a 2022.	194
Tabela 73. Total de leitos existentes nos estabelecimentos SES/RJ, por tipo de leito.	202
Tabela 74. Quantidade de leitos de internação SUS, por especialidade detalhada, estado do Rio de Janeiro, junho/2023.	214
Tabela 75. Quantidade de leitos de internação SUS, por esfera administrativa, estado do Rio de Janeiro, junho/2023.	215
Tabela 76. Quantidade de leitos de internação SUS, leitos de internação existentes vinculados ao SUS por tipo de leito, estado do Rio de Janeiro, junho/2023.	216
Tabela 77. Quantidade de leitos de internação SUS, por região e tipo de leito, estado do Rio de Janeiro, junho/2023.	216
Tabela 78. Leitos SUS disponíveis x Estimativas x Necessidades	217
Tabela 79. Estimativa de necessidade de leitos de internação, leitos SUS existentes e diferença entre leitos SUS existentes e necessários, por tipo de leito – junho de 2023	217
Tabela 80. Total de internações SUS no estado do Rio de Janeiro, 2019 a 2022	218
Tabela 81. Leitos de UTI por tipo de leito, junho 2023	219
Tabela 82. Quantidade de leitos de UTI SUS X leitos de UTI existentes vinculados ao SUS por tipo de leito, estado do Rio de Janeiro, junho/2023.	220
Tabela 83. Leitos de UTI SUS disponíveis x Estimativas x Necessidades	220
Tabela 84. Casos novos de câncer estimados para o ano de 2023, número de Unacon necessários, número de Unacon existentes e déficit de unidades.	227

Tabela 85. Produção de exames de ecocardiografia, cateterismo cardíaco ambulatorial e cintilografia ambulatorial, estado do Rio de Janeiro, 2018-2022.	232
Tabela 86. Distribuição dos serviços com habilitação de Alta Complexidade Cardiovascular, por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2023.	233
Tabela 87. Internações hospitalares aprovadas de estabelecimentos do estado do Rio de Janeiro, habilitados para alta complexidade cardiovascular, segundo forma de organização do procedimento realizado, 2018-2023.	237
Tabela 88. Suficiência e distribuição de máquinas de TRS pelas regiões de saúde, agosto de 2023.	241
Tabela 89. Percentual de internações por ano de processamento segundo Estabelecimento. Procedimentos realizados: 04.08.01, 04.08.02, 04.08.03, 04.08.04, 04.08.05, 04.08.06. Complexidade: Alta complexidade. Ano/mês do processamento: Jan/2019-Jul/2023.	244
Tabela 90. Unidades credenciadas para transplante de órgãos e tecidos no estado do Rio de Janeiro	253
Tabela 91. TFD Intermunicipal e Interestadual, 2022	262
Tabela 92. CEDI RIO IMAGEM - Parque Tecnológico	263
Tabela 93. CEDI RIO IMAGEM Baixada - Parque Tecnológico (Fase I)	265
Tabela 94. Produção do LACEN/RJ, no período de 2019 a 2022	268
Tabela 95. Quantidade aprovada por município de atendimento, 2022	288
Tabela 96. Consolidado do número de órgãos e tecidos para o programa RJ-Transplantes e de transporte Inter hospitalar de pacientes no período de março de 2021 a outubro de 2023	290
Tabela 97. Estimativa da população doadora por região de saúde e total de bolsas coletadas pela rede pública e privada em 2022	303
Tabela 98. Número de bolsas de sangue necessárias para terapia transfusional em Unidades Hospitalares, por tipo de unidade, no ano	304
Tabela 99. Déficit transfusional na rede de saúde pública do estado	304
Tabela 100. Pacientes matriculados no Hemorio com diagnóstico de Hemoglobinopatias por região de saúde de residência	306
Tabela 101. Número de nascidos vivos, crianças triadas, cobertura do serviço de referência em triagem neonatal e número de casos com diagnóstico de hemoglobinopatias confirmado no estado do Rio de Janeiro entre 2018 e 2022.	308
Tabela 102. Número de procedimentos ecodoppler transcraniano em crianças entre 01 e 04 anos, por cor da pele, entre 2018 e 2022	310
Tabela 103. Pacientes cadastrados com diagnóstico de CH por região de saúde de residência	312
Tabela 104. Pensões indevidas negadas e economia estimada, considerando a expectativa de vida do requerente, 2017-2021	317
Tabela 103. Relação quantitativa de profissionais do NATJUS	354

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01. Estrutura etária por sexo da população residente no estado do Rio de Janeiro, por região de saúde, 2022.	05
Gráfico 02. Mortalidade proporcional por sexo e idade da população residente nas regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2022	06
Gráfico 03. Idade média, por sexo e região de saúde, da população residente no estado do Rio de Janeiro, 2022	07
Gráfico 04. Taxas específicas de fecundidade (filhos nascidos vivos por 100 mulheres) para o estado do Rio de Janeiro nos períodos censitários (2000, 2010 e 2022)	08
Gráfico 05. Expectativas de vida ao nascer para o estado do Rio de Janeiro, por sexo, 2019* a 2022	08
Gráfico 06. Diferença entre a expectativa de vida da população feminina e masculina residente no estado do Rio de Janeiro, por grupos de idade, 2019 a 2022.	09
Gráfico 07. Estrutura etária e por cor/raça da população residente no estado do Rio de Janeiro, 2022	12
Gráfico 08. Mortalidade proporcional por sexo, idade e cor/raça dos residentes no estado do Rio de Janeiro, 2022	12
Gráfico 09. Série histórica (2014 -2022) do percentual (%) de realização das análises de cloro, turbidez e coliformes totais no estado do Rio de Janeiro.	18
Gráfico 10. Percentual (%) de realização das três análises básicas de água e da MP, em 2022, por região de saúde.	19
Gráfico 11. Principais causas de óbito da PPL, 2020 a 2022	29
Gráfico 12. Recursos (R\$) descentralizados aos municípios através do COFI-PNAISARI	31
Gráfico 13. Mortalidade proporcional por idade em residentes no estado do Rio de Janeiro, 2022.	36
Gráfico 14. Distribuição de casos de sarampo por mês do início dos sintomas e classificação final no estado do Rio de Janeiro, 2018 a 2022.	66
Gráfico 15. Número de casos de Hepatite Aguda de Etiologia Desconhecida por data do início dos sintomas segundo a semana epidemiológica, no estado do Rio de Janeiro, de outubro de 2021 a julho de 2022	74
Gráfico 16. Proporção de casos novos diagnosticados por raça/cor com algum grau de incapacidade física nos anos das coortes (2018-2022), ERJ.	76
Gráfico 17. Pirâmide etária dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes (2018-2022), ERJ.	77
Gráfico 18. Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase na população geral e na população de 0 a 14 anos, por 100.000 habitantes. estado do Rio de Janeiro, 2018-2022.	78
Gráfico 19. Proporção de contatos avaliados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes, estado do Rio de Janeiro, 2018-2022.	78
Gráfico 20. Proporção de cura entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes, estado do Rio de Janeiro, 2018 - 2022.	79
Gráfico 21. Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico, ERJ (2018 – 2022).	80
Gráfico 22. Meningites: Casos Notificados x Casos Confirmados*, segundo ano de início dos sintomas, ERJ 2017-2022	81
Gráfico 23. Casos notificados de Hepatite B e C por ano de notificação, 2018 a 2022, estado do Rio de Janeiro.	86

Gráfico 24. Percentual de indivíduos elegíveis para TARV que iniciaram tratamento em até um mês após a realização do primeiro CD4, por ano de primeiro CD4 realizado.	91
Gráfico 25. Casos notificados de tuberculose – novos e retratamentos, ERJ, 2018 a 2022	92
Gráfico 26. Óbitos e taxa de mortalidade por tuberculose, ERJ, 2018 a 2022	93
Gráfico 27. Casos novos de tuberculose pulmonar segundo confirmação laboratorial, ERJ, 2018 a 2022.	94
Gráfico 28. Percentual de casos novos de tuberculose testados para HIV e coinfeção (TB-HIV), e realização de cultura dos casos novos e em retratamento, ERJ, 2018 a 2022	94
Gráfico 29. Casos prováveis de Chikungunya, segundo ano de início de sintomas, estado do Rio de Janeiro, 2015 a julho de 2023.	103
Gráfico 30. Casos prováveis de Zika, segundo ano de início de sintomas, estado do Rio de Janeiro, anos 2015 a julho de 2023.	103
Gráfico 31. Óbitos, casos confirmados e letalidade da febre maculosa brasileira, no ERJ, período de 2011 a 2022.	108
Gráfico 32. Casos notificados de doença de Chagas aguda, segundo ano de notificação no RJ, 2012 a 2022	111
Gráfico 33. Número de casos e coeficiente de incidência de esporotricose humana no estado do Rio de Janeiro, segundo ano de notificação, período de 2010 a 2022.	114
Gráfico 34. Distribuição do número de notificações dos atendimentos aos acidentes com animais potencialmente transmissores do vírus da raiva, segundo ano de notificação, estado do Rio de Janeiro, 2010 a 2022.	115
Gráfico 35. Distribuição do número de atendimentos aos acidentes com animais potencialmente transmissores de raiva conforme os tratamentos indicados, segundo ano de notificação, estado do Rio de Janeiro, 2010 a 2022.	116
Gráfico 36. Percentual de óbitos por faixa etária, causados por DANT e por outras causas de óbitos, no período de 2010 a 2022, no estado do Rio de Janeiro	122
Gráfico 37. Frequência absoluta de óbitos prematuros pelos 4 principais grupos de DCNT, no período de 2010 a 2021, residentes no estado do Rio de Janeiro.	124
Gráfico 38. Taxa de Mortalidade Específica e Taxa de Mortalidade Padronizada por 100.000 hab., na faixa etária de 30 a 69 anos, pelas 4 principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis-DCNT e metas para a taxa de mortalidade padronizada. ERJ, 2015-2022	125
Gráfico 39. Frequência absoluta de óbitos prematuros de residentes no estado do Rio de Janeiro, por neoplasias malignas do aparelho digestivo, brônquios e pulmões, mama, colo de útero e próstata, 2010 a 2022.	129
Gráfico 40. Taxa de Mortalidade Específica por Doenças Respiratórias Crônicas, de residentes de 30 a 69 anos das regiões de saúde do ERJ, 2012 a 2021.	133
Gráfico 41. Taxa de mortalidade específica por 100.000 hab. prematura (30 a 69 anos) por doenças respiratórias crônicas. ERJ, 2015 a 2022	134
Gráfico 42. Taxa de internação por ATT/100.000 hab., segundo região de saúde e ano da internação de residentes, ERJ, 2018 a 2022.	135
Gráfico 43. Proporção de internações por ATT de residentes no ERJ, distribuídas segundo a condição da vítima, com destaque dos motociclistas, anos 2010 a 2022	135
Gráfico 44. Número de Casos de Violência Interpessoal/ Autoprovocada no estado do Rio de Janeiro, por sexo, segundo faixa etária, no período de 2013-2022	138
Gráfico 45. Frequência absoluta de óbitos por lesões autoprovocadas e suicídios, por ano de óbito e regiões de saúde. ERJ, 2015 a 2021	139
Gráfico 46. Número de casos de violência sexual, por sexo, no período de 2012 a 2021, estado do Rio de Janeiro.	140
Gráfico 47. Tipos de violência sexual por sexo, estado do Rio de Janeiro, 2013 a 2022	141
Gráfico 48. Nº de abortos previstos em lei notificados, estado do Rio de Janeiro, 2013 a 2022)	142

Gráfico 49. Ações de Vigilâncias Sanitárias Municipais dentro do Programa de Monitoramento Pós-Mercado da Qualidade dos Alimentos, 2016 a 2022 (até 25/11/2022)	144
Gráfico 50. Coletas de amostras realizadas pelas VISA de 2016 a 2022 (até 25/22/2022) agrupadas por região de saúde	145
Gráfico 51. Laudos de Análise	145
Gráfico 52. Número de notificações de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde e serviços de saúde notificantes. estado do Rio de Janeiro, janeiro de 2017 a fevereiro de 2023	148
Gráfico 53. Diagrama de Pareto da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente – Hospitais com UTI, estado do Rio de Janeiro, 2022.	150
Gráfico 54. Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente de hospitais com leitos de UTI. estado do Rio de Janeiro, 2016 a 2022.	152
Gráfico 55. Status (%) de notificação dos Hospitais do RJ no FormSus - IRAS, 2014 -2021	154
Gráfico 56. Evolução das IRAS em UTI Adulto no estado do RJ (2014 - 2021)	154
Gráfico 57. Cobertura de Atenção Primária à Saúde do estado do Rio de Janeiro, considerando resultados do estado e de suas regiões de saúde, de 2021 a setembro de 2023	158
Gráfico 58. Número de óbitos maternos no estado do Rio de Janeiro, 2000 a 2022	165
Gráfico 59. Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados por região de saúde, estado do Rio de Janeiro, 2022. 172	167
Gráfico 60. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos por região de saúde, estado do Rio de Janeiro, 2017-2022	168
Gráfico 61. Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos, por região de saúde, estado do Rio de Janeiro, 2018-2022	169
Gráfico 62. Taxa de Mortalidade Infantil, estado do Rio de Janeiro, 2013-2022	171
Gráfico 63. Evolução da taxa de mortalidade infantil e seus componentes, estado do Rio de Janeiro- 2013-2022	172
Gráfico 64. Taxa de Mortalidade Infantil por regiões do estado do Rio de Janeiro ano 2022	173
Gráfico 65. Taxa de Mortalidade Infantil por componentes e região de saúde, 2022	173
Gráfico 66. Antropometria - Percentual de cobertura 2017-2022	178
Gráfico 67. Prevalência de baixo peso e excesso de peso no estado do Rio de Janeiro, 2017-2021	178
Gráfico 68. Cobertura (%) SISVAN RJ - Consumo Alimentar 185	179
Gráfico 69. Cobertura do Programa Bolsa Família/Auxílio Brasil (geral) – 1ª vigência/2020 -2ª vigência/2022 – público geral	180
Gráfico 70. Percentual de cobertura PBF/PAB Saúde - Populações Indígenas e Quilombolas do estado do Rio de Janeiro e Brasil - 2018-2022	181
Gráfico 71. Cobertura Estadual RJ - Programa Nacional de Suplementação Vitamina A - PNSVA	182
Gráfico 72. Cobertura Estadual RJ - Programa Nacional de Suplementação Ferro – PNSF, 2017-2021	183
Gráfico 73. Casos notificados de doenças e agravos relacionados ao trabalho segundo região de saúde. SES-RJ, 2007-2022	193
Gráfico 74. Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde do estado do Rio de Janeiro, considerando resultados do estado e de suas regiões de saúde, de 2018 a 2022	196
Gráfico 75. Número de atendimentos realizados por cirurgião-dentista na APS nos municípios do estado Rio de Janeiro, de 2018 a 2022	197
Gráfico 76. Razão entre tratamentos concluídos e estimativa de primeiras consultas odontológicas programáticas pelas equipes de saúde bucal na APS, considerando resultados do estado e de suas regiões de saúde, nos quadrimestres de 2022	198
Gráfico 77. Atendimentos PICS por região de saúde, 2018 a 2022	199
Gráfico 78. Evolução do número de unidades sob gestão da FSERJ (2012-2023)	212

Gráfico 79. Estimativas para o ano de 2023 do número de casos novos de câncer no ERJ, segundo sexo e localização primária (excluindo pele não melanoma)	228
Gráfico 80. Distribuição proporcional dos casos de câncer no ERJ, de acordo com estadiamento realizado no início de tratamento, 2018 a 2023.	229
Gráfico 81. Distribuição proporcional dos casos de câncer no ERJ, por tempo de início do tratamento segundo ano do diagnóstico, 2018-2023	229
Gráfico 82. Quantidade de internações por Ano de processamento segundo Estabelecimento. Proced. realizado: 04.08.01, 04.08.02, 04.08.03, 04.08.04, 04.08.05, 04.08.06. Alta complexidade. Ano/mês do processamento: Jan/2019-Jul/2023	244
Gráfico 83. Doadores efetivos de órgãos (PMP) no estado do Rio de Janeiro	253
Gráfico 84. Córneas transplantadas x pacientes em lista de espera para transplante de córnea no estado do Rio de Janeiro	254
Gráfico 85. Tempo médio de espera (dias) em oncologia por subespecialidade	257
Gráfico 86. Tempo médio de espera (dias) em cardiovascular por subespecialidade (junho de 2023)	258
Gráfico 87. Número de pacientes com solicitações de TFD, 2018 a 2022	262
Gráfico 88. CEDI RIO IMAGEM – Produção 2022	264
Gráfico 89. CEDI RIO IMAGEM – Produção 2023 (consolidada até julho)	264
Gráfico 90. Unidade Móvel de Mamografia e Ultrassonografia – Produção 2022 (consolidada de setembro a dezembro)	265
Gráfico 91. Unidade Móvel de Mamografia e Ultrassonografia – Produção 2023 (consolidada até julho)	266
Gráfico 92. Números de pacientes atendidos no Programa Estadual de Profilaxia contra o VSR de 2018-2023	273
Gráfico 93. Atendimentos realizados nos anos 2018-2022	275
Gráfico 94. Percentual de partos normais por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2018-2002	281
Gráfico 95. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2017-2022	282
Gráfico 96. Percentual de trombólise por paciente com quadro de IAMC/SST nas UPAS, 2022	283
Gráfico 97. Status de atualização dos Planos de Ação Regionais da Rede de Urgência e Emergência (PAR RUE)	284
Gráfico 98. Atendimentos Ambulatoriais - Autismo (F84.0 e F84.1) em 2022	293
Gráfico 99. Matriciamento (% de CAPS que atingiram a meta quadrimestral) 2021 a 2022	297
Gráfico 100. Número de Supervisores Clínico-Territoriais-Institucionais no ERJ 2021 a 2022	297
Gráfico 101. Ampliação dos CAPS com base nos Planos Regionais pactuados em CIB	298
Gráfico 102. Ampliação de Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais (LSMHG) com base nos Planos Regionais pactuados em CIB	299
Gráfico 103. Ampliação de Unidades de Acolhimento e Centros de Convivência Pactuados em CIB	299
Gráfico 104. Ampliação das SRTs com base nos Planos Regionais pactuados em CIB - desinstitucionalização	299
Gráfico 105. Redução do número de hospitais psiquiátricos, 2002-2022	300
Gráfico 106. Índice de doadores em relação à população do estado do RJ, 2018-2022	303
Gráfico 107. Número de municípios que registraram atendimento individual na APS para o CID D57 e suas variantes no ERJ nas competências de 2018 a 2022	311
Gráfico 108. Força de Trabalho da SES/RJ	313
Gráfico 109. Comparativo da Força de Trabalho/SES	314
Gráfico 110. Acompanhamento dos licenciados, 2015-2022	317
Gráfico 111. Resumo de presença nas reuniões em 2022 – número de participantes	320

Gráfico 112. Dados referentes ao 1º ciclo do PCA – Modelos Assistenciais de Saúde – Sistema Único de Saúde (SUS)	321
Gráfico 113. Dados referentes ao 24º ciclo do PCA – Cuidado à Saúde da População em Situação de Rua	321
Gráfico 114. Deliberações CIB, Deliberações Ad Referendum e Deliberações CIB-RJ publicadas no ano de 2022	326
Gráfico 115. Objetos de pactuação das emendas parlamentares no ano de 2022.	326
Gráfico 116. Credenciamentos e habilitações de serviços pactuados em CIB no ano de 2022.	327
Gráfico 117. Programa de Excelência em Gestão – PEG/SES. Participação das organizações SES/RJ	340
Gráfico 118. Adesão e Satisfação da Pesquisa Contínua	345
Gráfico 119. Total de demandas por ano	347
Gráfico 120. Descentralização - Ouvidorias Setoriais SES-2022	348
Gráfico 121. Descentralização - Ouvidorias dos Municípios ERJ – Ano 2022	348
Gráfico 122. Atendimentos realizados na CRLS e encaminhamentos administrativos, no período de 2013 a 2022	350
Gráfico 123. Produção técnica elaborada no período de 2009 a 2022	353
Gráfico 124. Quantidade de demandas judiciais entre 2012 e 2022	355

LISTA DE QUADROS

Quadro 01. Variação na participação da população indígena residente no estado do Rio de Janeiro entre 2010 e 2022, índice de envelhecimento por sexo e idade mediana, 2022	15
Quadro 02. Razão entre as taxas de mortalidade geral de pessoas negras e brancas, por sexo e faixa etária, 2022	41
Quadro 03. Destaques entre as taxas de mortalidade (100.000 habitantes) por cor/raça (negros/brancos) de menores de um ano por sexo e capítulos CID-10, 2022	42
Quadro 04. Destaques entre as taxas de mortalidade (100.000 habitantes) por cor/raça (negros/brancos) de crianças de um a nove anos por sexo e capítulos CID-10, 2022	43
Quadro 05. Destaques entre as taxas de mortalidade (100.000 habitantes) por cor/raça (negros/brancos) de jovens de 10 a 19 anos por sexo e capítulos CID-10, 2022	43
Quadro 06. Destaques entre as taxas de mortalidade (100.000 habitantes) por cor/raça (negros/brancos) de pessoas de 20 a 49 anos por sexo e capítulos CID-10, 2022.	44
Quadro 07. Destaques entre as taxas de mortalidade (100.000 habitantes) por cor/raça (negros/brancos) de pessoas de 50 a 69 anos por sexo e capítulos CID-10, 2022.	45
Quadro 08. Destaques entre as taxas de mortalidade (100.000 habitantes) por cor/raça (negros/brancos) de pessoas de 70 anos e mais por sexo e capítulos CID-10, 2022	46
Quadro 09. Parâmetros técnicos para o rastreamento de neoplasia maligna de mama segundo as regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2022	131
Quadro 10. Frequência absoluta de casos de neoplasia por estadiamento - CA de mama (C50), e CA de colo do útero (C53) e CA do aparelho digestivo (em ambos os sexos C15 a C26), dos residentes do estado do Rio de Janeiro, por região de saúde, na faixa etária de 20 a 69 anos, casos diagnosticados nos anos de 2015 a 2022	132
Quadro 11. Distribuição dos CEREST Regionais no estado do Rio de Janeiro – 2021	191
Quadro 12. Perfil dos hospitais especializados	203
Quadro 13. Perfil dos institutos especializados	203
Quadro 14. Perfil dos hospitais gerais	204
Quadro 15. Quantidade de leitos de internação existentes, por estabelecimentos SES-RJ e tipo de leito, agosto/2023	205
Quadro 16. Unidades sob gestão integral da FSERJ	206
Quadro 17. Leitos complementares SUS, junho/2023	219
Quadro 18. Comparativo da produção da alta complexidade cardiovascular, por prestador, segundo parâmetros da habilitação, 2022	235
Quadro 19. Cofinanciamento Estadual - Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular, 2022-2023	237
Quadro 20. Serviços de Nefrologia credenciados ao SUS no estado do Rio de Janeiro, agosto de 2023	239

Quadro 21. Estabelecimentos do estado do Rio de Janeiro por grupo de habilitações em alta complexidade de Traumato-Ortopedia (junho de 2023)	243
Quadro 22. Parâmetro Georreferencial para Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia	245
Quadro 23. Unidades de Atenção em Oftalmologia do estado do Rio de Janeiro	246
Quadro 24. Referências da Rede Estadual de Média e Alta Complexidade em Oftalmologia	247
Quadro 25. Unidades executoras de alta complexidade em oftalmologia por município	248
Quadro 26. Estabelecimentos do estado do Rio de Janeiro por habilitação em neurologia/neurocirurgia (setembro de 2023)	249
Quadro 27. Internações hospitalares de alta complexidade aprovadas do subgrupo procedimento realizado: 04.03 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico.	251
Quadro 28. Transferências Fundo a fundo 2022 e 2023	260
Quadro 29. Ações executadas em 2022 pela Coordenação de Tratamento Fora do Domicílio	262
Quadro 30. Rede de Laboratórios para Análise Microbiológica de Água para Consumo Humano do VIGIÁGUA.	269
Quadro 31. Rede de Laboratórios para Exames de Tuberculose.	269
Quadro 32. Rede de Laboratórios para Carga Viral de HIV, Hepatites B e C, e Contagem de Linfócitos CD4/CD8.	270
Quadro 33. Programa Estadual de Profilaxia contra o VSR – Unidades de Aplicação	272
Quadro 34. Centros de referência e unidades de saúde dispensadoras de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)	274
Quadro 35. Farmácias de medicamentos especializados (RIO FARMES) e polos municipais de cadastro e dispensação de medicamentos especializados por região de saúde	274
Quadro 36. Quantidade aprovada por estabelecimento sob Gestão Estadual	285
Quadro 37. Quantidade aprovada por estabelecimento sob Gestão Municipal	285
Quadro 38. Centros Especializados em Reabilitação (CER) de tipos II, III e IV, segundo região de saúde e município, julho de 2023.	292
Quadro 39. Tipos de serviço de hemoterapia públicos e contratados SUS distribuídos por região de saúde do estado do Rio de Janeiro	302
Quadro 40. Tipos de serviço de hemoterapia privados distribuídos por região de saúde do estado do Rio de Janeiro	302
Quadro 41. Leitos Hematológicos no estado do Rio de Janeiro	305
Quadro 42. Regiões de saúde e respectivos municípios que registraram atendimento individual para o CID D57 e suas variantes entre 2018 e 2022.	311
Quadro 43. Centros Tratadores de Hemofilia por município e região de saúde, 2022	312
Quadro 44. Principais resultados na SEEDUC, SEPOL, SEAP e DPGE	316
Quadro 45. Hospitais sob gestão estadual com GTH implantado	334

Quadro 46. Hospitais sob gestão estadual com NAQH implantado	335
Quadro 47. Hospitais sob gestão estadual com NAF implantado	335
Quadro 48. Unidades sob gestão estadual com projetos para aprimoramento da ambiência em andamento	336
Quadro 49. Relação de municípios com convênio e/ou interesse no convênio CRLS	351

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AADJ	ASSESSORIA DE ATENDIMENTO DE DEMANDAS JUDICIAIS
ACCR	ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
ACNUR	ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS
ADIVITAIS	ASSESSORIA DE DADOS VITAIS
AIDS	SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA
ANS	AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR
ANVISA	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
APP	ATENÇÃO PRIMÁRIA PRISIONAL
APS	ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
ASCOM	ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO
ASSCDE	ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO, DESIGN E EVENTOS
ASSIMS	ASSESSORIA DE INFORMAÇÃO E MONITORAMENTO EM SAÚDE
ASSPLO	ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO
ASSPS	ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE
ASSREG	ASSESSORIA DE REGIONALIZAÇÃO
AT	ATUALIZAÇÃO TECNOLÓGICA
ATAN	ÁREA TÉCNICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
ATH	ASSESSORIA TÉCNICA DE HUMANIZAÇÃO
AUDSUS	AUDITORIA SUS
CAAC	CENTRO DE ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE E À CRIANÇA
CAARVS	COORDENAÇÃO DE APOIO ÀS AÇÕES REGIONAIS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
CAPS	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CAST	COORDENAÇÃO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO
CCIH	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
CEAF	COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
CECIH	COORDENAÇÃO ESTADUAL DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
CENTRA-RIO	CENTRO DE TRATAMENTO E REABILITAÇÃO DE ADICTOS
CER	CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO
CEREST	CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR
CESP	COMITÊ ESTADUAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE
CESPE	COORDENAÇÃO DE EQUIDADE EM SAÚDE PARA POPULAÇÕES ESPECÍFICAS
CES-RJ	CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO
CESTGEN	CENTRO ESTADUAL DE GERENCIAMENTO DE EMERGÊNCIA NUCLEAR
CET	CENTRAL ESTADUAL DE TRANSPLANTE
CIASS	CENTRO DE INFORMAÇÃO E ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE
CIB	COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
CID-10	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS - 10

CIEVS	CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE
CIHDOTT	COMISSÕES INTRA-HOSPITALARES DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTE
CIR	COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL
CIS	CENTRO DE INTELIGÊNCIA EM SAÚDE
CMS	CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE
CNES	CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
COBRADE	CLASSIFICAÇÃO E CODIFICAÇÃO BRASILEIRA DE DESASTRES
COFI-PNAISP	COFINANCIAMENTO POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL
CONASS	CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE
COOCONV	COORDENAÇÃO DE CONVÊNIOS
COOTQ	COORDENAÇÃO TÉCNICA DE QUALIDADE
COSEMS	CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE
CPRJ	CENTRO PSIQUIÁTRICO DO RIO DE JANEIRO
CREGS	CENTRAIS REGIONAIS DE REGULAÇÃO
CRIE	CENTROS DE REFERÊNCIA DE IMUNOBOLÓGICOS ESPECIAIS
CRLS	CÂMARA DE RESOLUÇÃO DE LITÍGIOS DE SAÚDE
CT/CIB	CÂMARA TÉCNICA DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
CTESIPIR	COMITÊ TÉCNICO ESTADUAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO IMIGRANTE E REFUGIADA
CUPA 24H	COORDENAÇÃO DE UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO 24 H
CV	COBERTURA VACINAL
CVA	COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL
CVE	COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
CVPS	COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DE SAÚDE
DANT	DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS
DCNT	DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS
DEGASE	DEPARTAMENTO GERAL DE AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS
DENASUS	DEPARTAMENTO NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS
DIVDANT	DIVISÃO DE VIGILÂNCIA DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS
DOERJ	DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
DOMI	DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES
DSAT	DIVISÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR
EAD	ENSINO À DISTÂNCIA
EAP	EQUIPE DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS MEDIDAS TERAPÊUTICAS APLICÁVEIS À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL EM CONFLITO COM A LEI
EAPP	EQUIPE COMPLEMENTAR PSICOSSOCIAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA PRISIONAL
ECA	ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
ECP	ESTADO DE CALAMIDADE PÚBLICA
ECR	EQUIPES DE CONSULTÓRIO NA RUA
ERJ	ESTADO DO RIO DE JANEIRO

ESAVI	EVENTOS ADVERSOS SUPOSTAMENTE ATRIBUÍDOS A VACINAÇÃO EIMUNIZAÇÃO
FIOCRUZ	FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ
FJP	FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO
FSRJ	FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
GABSEC	GABINETE DO SECRETÁRIO
GERIMU	GERÊNCIA DE IMUNIZAÇÕES
GI	GERÊNCIA DE IMUNIZAÇÃO
GM/MS	GABINETE DO MINISTRO/MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRAC	GRUPO INTEGRADO DE AÇÕES COORDENADAS
GT	GRUPO DE TRABALHO
GTH	GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO
GTIE	GRUPO DE TRABALHO INTERSETORIAL ESTADUAL
GTIM	GRUPOS DE TRABALHO INTERSETORIAIS MUNICIPAIS
GT-PLAN	GRUPO DE TRABALHO DO PLANEJAMENTO EM SAÚDE
HAS	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
HCV	VÍRUS DA HEPATITE C
HCV-RNA	TESTE DE HEPATITE C
HEAN	HOSPITAL ESTADUAL ANCHIETA
HECC	HOSPITAL ESTADUAL CARLOS CHAGAS
HEER	HOSPITAL ESTADUAL EDUARDO RABELLO
HEGV	HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS
HEMORIO	INSTITUTO DE HEMATOLOGIA ARTHUR DE SIQUEIRA CAVALCANTI
HEMORREDE	REDE NACIONAL DE SERVIÇOS DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA
HESM	HOSPITAL ESTADUAL SANTA MARIA
HFA	HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ
HFB	HOSPITAL FEDERAL DE BONSUCESSO
HFCF	HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES
HFI	HOSPITAL FEDERAL DE IPANEMA
HFL	HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA
HFSE	HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO
HIV	VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA
HÓRUS	SISTEMA NACIONAL DE GESTÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
HUPE	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
IASERJ	INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA AOS SERVIDORES DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IDH-M	ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL
IEC	INSTITUTO ESTADUAL DO CÉREBRO
IECAC	INSTITUTO ESTADUAL DE CARDIOLOGIA ALOYSIO DE CASTRO
IEDE	INSTITUTO ESTADUAL DE DIABETES E ENDOCRINOLOGIA LUIZ CAPRIGLIONE

IEDS	INSTITUTO ESTADUAL DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA
IEISS	INSTITUTO ESTADUAL DE INFECTOLOGIA SÃO SEBASTIÃO
IETAP	INSTITUTO ESTADUAL DE DOENÇAS DO TÓRAX ARY PARREIRAS
IGRA	INTERFERON GAMMA RELEASE ASSAY
IHAC	INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA
ILTB	INFECÇÃO LATENTE POR TUBERCULOSE
INCA	INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
INI	INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS
INTO	INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA JAMIL HADDAD
IPEA	INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA
IPSOS	INSTITUT PUBLIC DE SONDAGE D'OPINION SECTEUR
IRAS	INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS
IRAS	INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE
IST	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS
IVB	INSTITUTO VITAL BRAZIL
JCI	JOINT COMMISSION INTERNATIONAL
LACEN	LABORATÓRIO CENTRAL NOEL NUTELS
LDO	LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS
LGBT	LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS
LOA	LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL
ME	MORTE ENCEFÁLICA
MEGP	MODELO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO PÚBLICA
MGIT	MYCOBACTERIA GROWTH INDICATOR TUBE
MNT	MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS
MP	MÉDIA PONDERADA
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
MT I	METROPOLITANA I
MT II	METROPOLITANA II
N	NORTE
NAF	NÚCLEOS DE ACOLHIMENTO À FAMÍLIA
NAN	NÚCLEO DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
NAQH	NÚCLEOS DE ACESSO À QUALIDADE HOSPITALAR
NAT	NÚCLEO DE ASSESSORIA TÉCNICA AO JUDICIÁRIO
NATJUS/RJ	NÚCLEO DE ASSESSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE
NCOP	NÃO CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE
NDVS	NÚCLEOS DESCENTRALIZADOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
NE	NOROESTE
NE	NÃO ESPECIFICADA
NESM	NÚCLEO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL
NOAS	NORMAS OPERACIONAIS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

OIM	ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DE MIGRAÇÃO
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
ONG	ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL
OPOS	ORGANIZAÇÕES DE PROCURA DE ÓRGÃOS
OSS	ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DA SAÚDE
OUVITGER	OUVIDORIA E TRANSPARÊNCIA GERAL DA SES
PAISMCA	PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER, CRIANÇA E ADOLESCENTE
PAS	PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE
PBF	PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA
PCCS	PLANO DE CARGOS, CARREIRAS E SALÁRIOS
PCLR	PARÂMETRO CLORO RESIDUAL
PCT	PARÂMETRO COLIFORMES TOTAIS
PEG/SES	PROGRAMA DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
PEORJ	PROJETO DE ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PEP	PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO DE RISCO
PEP	PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE
PES	PLANO ESTADUAL DE SAÚDE
PET	PROGRAMA ESTADUAL DE TRANSPLANTE
PMMA	POLIMETILMETACRILATO
PNAD CONTÍNUA	PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS CONTÍNUA
PNAISARI	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI, EM REGIME DE INTERNAÇÃO, INTERNAÇÃO PROVISÓRIA E SEMILIBERDADE
PNAISP	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL
PNH	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO
PPA	PLANO PLURIANUAL
PPC	POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO
PPD	TESTE TUBERCULÍNICO OU REAÇÃO DE MANTOUX
PPL	POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE
PPP	PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA
PREFAPS	PROGRAMA ESTADUAL DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
PREP	PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO DE RISCO
PRI	PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO
PSA	PLANO DE SEGURANÇA DA ÁGUA
PT	PARÂMETRO TURBIDEZ
PVHIV	PESSOAS VIVENDO COM HIV
QR CODE	CÓDIGO QR – QUICK RESPONSE (RESPOSTA RÁPIDA)
RA	RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO
RAG	RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO

RAPS	REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
RAS	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
RCBP	REGISTRO DE CÂNCER DE BASE POPULACIONAL
RCPD	REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA
RDQA	RELATÓRIO DETALHADO DO QUADRIMESTRE ANTERIOR
RIOFARMES	FARMÁCIA ESTADUAL DE MEDICAMENTOS ESPECIAIS
RJ	RIO DE JANEIRO
RNDS	REDE NACIONAL DE DADOS EM SAÚDE
RUE	REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
S2ID	SISTEMA INTEGRADO DE INFORMAÇÕES SOBRE DESASTRES
SAMU	SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAPS	SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
SAS	SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
SB	SAÚDE BUCAL
SBD	SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA
SE	SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA
SEAUD	SERVIÇO DE AUDITORIA
SECID	SECRETARIA DE ESTADO DE CIDADES
SE-CIR	SECRETARIA EXECUTIVA DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL
SER	SISTEMA ESTADUAL DE REGULAÇÃO
SERR	REGIÃO SERRANA
SES	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SESAI	SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA
SH	SERVIÇO DE HEMOTERAPIA
SIA	SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL
SIAFE-RIO	SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO ORÇAMENTÁRIA, FINANCEIRA E CONTÁBIL
SICLOM	SISTEMA DE CONTROLE LOGÍSTICO DE MEDICAMENTOS
SIGME	SISTEMA INFORMATIZADO DE GERENCIAMENTO DE MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS
SIH	SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR
SIIAD	SISTEMA DE IDENTIFICAÇÃO E INFORMAÇÃO DE ADOLESCENTES
SIM	SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE
SIMC	SISTEMA DE MONITORAMENTO CLÍNICO DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS
SINAN	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
SIPNI	SISTEMA DE INFORMAÇÕES DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES
SISAB	SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA
SISAGUA	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA
SISAUD/SUS	SISTEMA DE AUDITORIA DO SUS
SISDEPEN	SISTEMA DE INFORMAÇÕES DO DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL
SKU	STOCK KEEPING UNITS (UNIDADES DE MANUTENÇÃO DO ESTOQUE)

SMI	SISTEMA DE MONITORAMENTO DE INDICADORES
SMQU	SUPERINTENDÊNCIA DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE DAS UNIDADES DE SAÚDE
SMS	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SNA	SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA
SOTA	SERVIÇO DE OBESIDADE E TRANSTORNOS ALIMENTARES
SRT	SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS
STF	SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL
SUBAC	SUBSECRETARIA DE AUDITORIA E CONTROLE
SUBAS	SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
SUBEXE	SUBSECRETARIA EXECUTIVA
SUBFES	SUBSECRETARIA DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE
SUBGE	SUBSECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA
SUBGERAL	SUBSECRETARIA GERAL
SUBJUR	SUBSECRETARIA JURÍDICA
SUBPBEA	SUBSECRETARIA DE PROTEÇÃO E BEM-ESTAR ANIMAL
SUBVAPS	SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
SUPAECA	SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA, CONTROLE E AVALIAÇÃO
SUPAFIE	SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS
SUPAPPSV	SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE
SUPES	SUPERINTENDÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
SUPIEVS	SUPERINTENDÊNCIA DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPINF	SUPERINTENDÊNCIA DE INFORMÁTICA
SUPLOGSP	SUPERINTENDÊNCIA DE LOGÍSTICA, SUPRIMENTOS E PATRIMÔNIO
SUPOSS	SUPERINTENDÊNCIA DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS
SUPREGU	SUPERINTENDÊNCIA DE REGULAÇÃO
SUPRH	SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS
SUPSGI	SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS GERAIS E INFRAESTRUTURA
SUPTEA	SUPERINTENDÊNCIA DO TRANSTORNO DO ASPECTO AUTISTA
SUPUGVS	SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SUPUPPH	SUPERINTENDÊNCIA DE UNIDADES PRÓPRIAS E PRÉ-HOSPITALARES
SUPVS	SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - SUVISA
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SVEA	SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL
TABNET	TABULADOR DE DADOS DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE VIA INTERNET
TABNET BD	TABULADOR DE BANCO DE DADOS DE COBERTURAS VACINAIS
TB	TUBERCULOSE
TBMR	TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE
TC 129	TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA 129

TFD	TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO
TFT	TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL
TR	TERMO DE REFERÊNCIA
TRS	TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA
UERJ	UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO
UFRJ	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
UI	UNIDADE INTERMEDIÁRIA
UNESP	UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
UNIRIO	UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UPA	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
URR	UNIDADE DE RESPOSTA RÁPIDA
USP	UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
UTI	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
VEH	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR
VIGDANT	VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS
VIGIAGUA	VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO
VIGIDESASTRES	PROGRAMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE RELACIONADO AOS RISCOS DECORRENTES DE DESASTRES
VO - CVE	VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS – COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
VORH	VACINA ORAL DE ROTAVÍRUS HUMANO

Apresentação

Apresentamos à sociedade fluminense o Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro - PES, para o ciclo governamental 2024-2027. Um instrumento que apresenta as intenções e os resultados a serem buscados pela administração pública nos próximos quatro anos. O processo de planejamento coletivo é fruto da construção de técnicos, gestores e do controle social, voltado para o fortalecimento do SUS, e dialoga diretamente com as propostas da 9ª Conferência Estadual de Saúde, buscando a geração de melhores resultados de saúde para a sociedade.

Planejar é um processo intrínseco às políticas públicas e de gestão no âmbito do SUS, e traz em seus fundamentos a participação de todos os sujeitos envolvidos na produção do cuidado em saúde, com o propósito de tornar a máquina pública mais eficiente, eficaz e passível de controle social.

A SES-RJ fez a escolha pela inspiração no método do planejamento estratégico situacional, quando a equipe de governo conduz, por meio da análise dos problemas de saúde das populações nos territórios, seus condicionantes e determinantes sociais, a priorização dos problemas evidenciados e a proposição de estratégias buscando sua superação.

Como etapa inicial da construção do PES, foi realizada a atualização do Mapa Estratégico da SES-RJ, com o propósito de forjar uma visão de futuro, revisando seus Objetivos Estratégicos. A partir dos principais desafios identificados, foi construída a matriz das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI), que será o marco orientador para o desenvolvimento do ciclo do planejamento. O plano de ação e a alocação de recursos para sua execução são então definidos, compondo instrumentos de planejamento estratégico voltados para a qualificação da oferta de serviços de saúde à população fluminense, buscando a transformação da realidade.

A dinâmica de criação dos conteúdos para o plano foi executada pelos componentes do Grupo de Trabalho do Planejamento em Saúde – GT-PLAN, formado por representantes das diversas áreas temáticas, em diálogo e validação permanente com os gestores da SES-RJ, contemplando a dimensão técnica e o contexto político da saúde no estado.

Atendendo às orientações para o planejamento público, o PES 2024-2027 toma como premissas:

- ❖ A compatibilização dos instrumentos de planejamento e orçamento governamental, em concordância com o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA);
- ❖ O monitoramento e a avaliação, revendo as estratégias de alcance dos objetivos sempre que necessário;
- ❖ A inclusão da participação da comunidade, por meio do Conselho Estadual de Saúde, conferindo maior transparência ao processo;
- ❖ As necessidades de saúde da população do estado, orientando o próximo ciclo governamental para o desenvolvimento do Planejamento Regional Integrado;

Para atender à [Portaria de Consolidação nº 1 de 28 de setembro de 2017](#) quanto à metodologia de alocação dos recursos financeiros estaduais, composta por fontes do tesouro estadual e repasses de recursos federais do Ministério da Saúde, as estratégias propostas pela SES-RJ são:

- ❖ Custeio e investimentos nas unidades de saúde sob gestão estadual por meio dos contratos de gestão;
- ❖ Contratação pela SES-RJ de serviços assistenciais de média e alta complexidade, segundo perfil das necessidades dos usuários;
- ❖ Cofinanciamento de programas de saúde por meio de transferências fundo a fundo de recursos financeiros estaduais para os municípios;
- ❖ Custeio da estrutura administrativa da gestão estadual por meio de contratos;

E por fim, deve ser o propósito de todos os envolvidos diretamente na sustentabilidade e fortalecimento do SUS, trazer para o cotidiano dos espaços da saúde pública a reflexão, com análise crítica sobre as práticas e resultados do trabalho realizado. E ao identificar a necessidade de mudanças, agir, conjuntamente, reduzindo as iniquidades e promovendo a qualidade da vida no estado do Rio de Janeiro.

Introdução

O estado do Rio de Janeiro está localizado na região Sudeste brasileira e é o terceiro mais populoso do país, com 16.055.174 milhões de habitantes. É também o ente federativo que menos cresceu no Brasil entre 2010 e 2022. Segundo o Censo Demográfico de 2022 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o estado passou de 15,9 milhões de habitantes em 2010 para 16,1 milhões em 2022, com variação de 0,03% ao ano no período. Apesar de ser, em termos de território, o terceiro menor estado brasileiro (ficando atrás apenas de Alagoas e Sergipe), concentra 8,4% da população do país, sendo o segundo estado com maior densidade demográfica do Brasil - 366,97 habitantes por quilômetro quadrado. Em 2021, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) era de 0,762, ficando na 8ª posição entre os 27 estados.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada pelo IBGE em 2022, o Rio de Janeiro é o terceiro estado mais desigual do Brasil, perdendo somente para Paraíba e Roraima. Além da renda média do trabalhador fluminense ter crescido menos que a média nacional entre 2021 e 2022, a desigualdade envolve dimensões de segregação não somente socioeconômicas, mas raciais. O estado passou ainda por uma reconfiguração socioespacial no período pandêmico e pós pandêmico, visto que o Covid-19 teve impactos dramáticos sobre a saúde, mas também sobre os indicadores econômicos e sociais do estado do Rio de Janeiro.

Dividido em nove regiões de saúde, a saber: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte e Serrana - identificadas na figura 01, o estado concentra 72% de sua população (sendo a capital responsável por 39%) nas regiões Metropolitanas I e II, as quais perderam quase 200.000 habitantes entre 2010 e 2022. Por outro lado, a região da Baixada Litorânea se destaca pelo expressivo crescimento no mesmo período (25%), seguida da região Norte com 8,5% (tabela 01). O perfil demográfico do estado do Rio de Janeiro é apresentado a seguir.

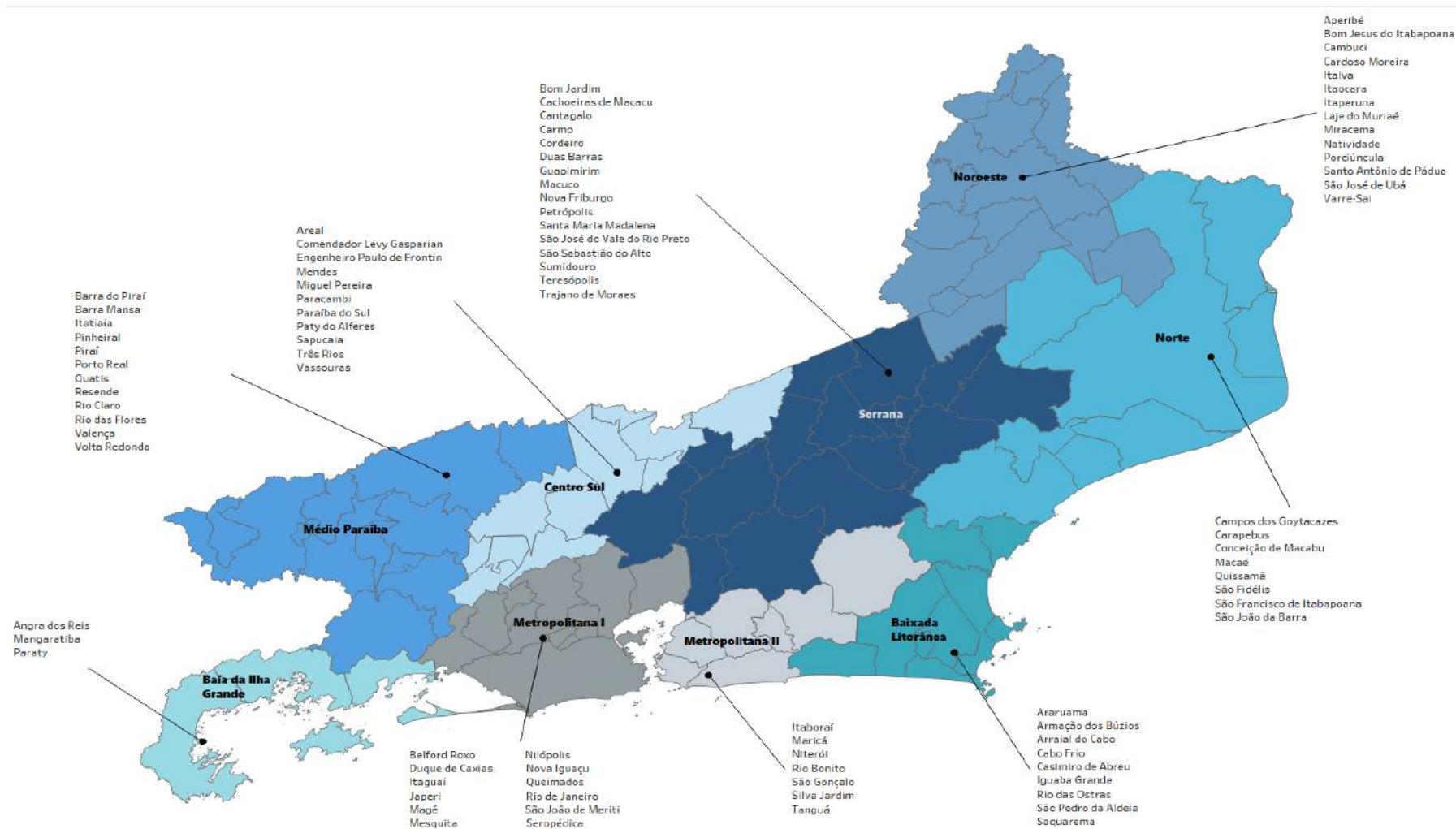
Tabela 01. População total e crescimento populacional segundo regiões de saúde

UF / Regiões de Saúde	População (N)	População (%)	2010-2022		
			Taxa de Crescimento (% a.a.)	Variação	
				(N)	(%)
RJ	16.055.174	100,00	0,03	65.245	0,41
Baía da Ilha Grande	253.897	1,58	0,35	10.397	4,27
Baixada Litorânea	846.933	5,28	1,85	167.440	24,64
Centro Sul	320.003	1,99	0,02	652	0,2
Médio Paraíba	865.130	5,39	0,1	9.937	1,16
Metropolitana I (*)	9.705.577	60,45	-0,14	-168.033	-1,7
Metropolitana II	1.908.751	11,89	-0,14	-31.640	-1,63
Noroeste	336.995	2,10	0,17	6.902	2,09
Norte	907.868	5,65	0,68	70.953	8,48
Serrana	910.020	5,67	-0,01	-1.363	-0,15
Rio de Janeiro (capital)	6.211.223	38,69	-0,15	-109.223	-1,73

Fonte: IBGE, Censos Demográficos 2010 e 2022 – resultados do universo.

* Inclui a capital (Rio de Janeiro).

Figura 01. Regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro e respectivos municípios



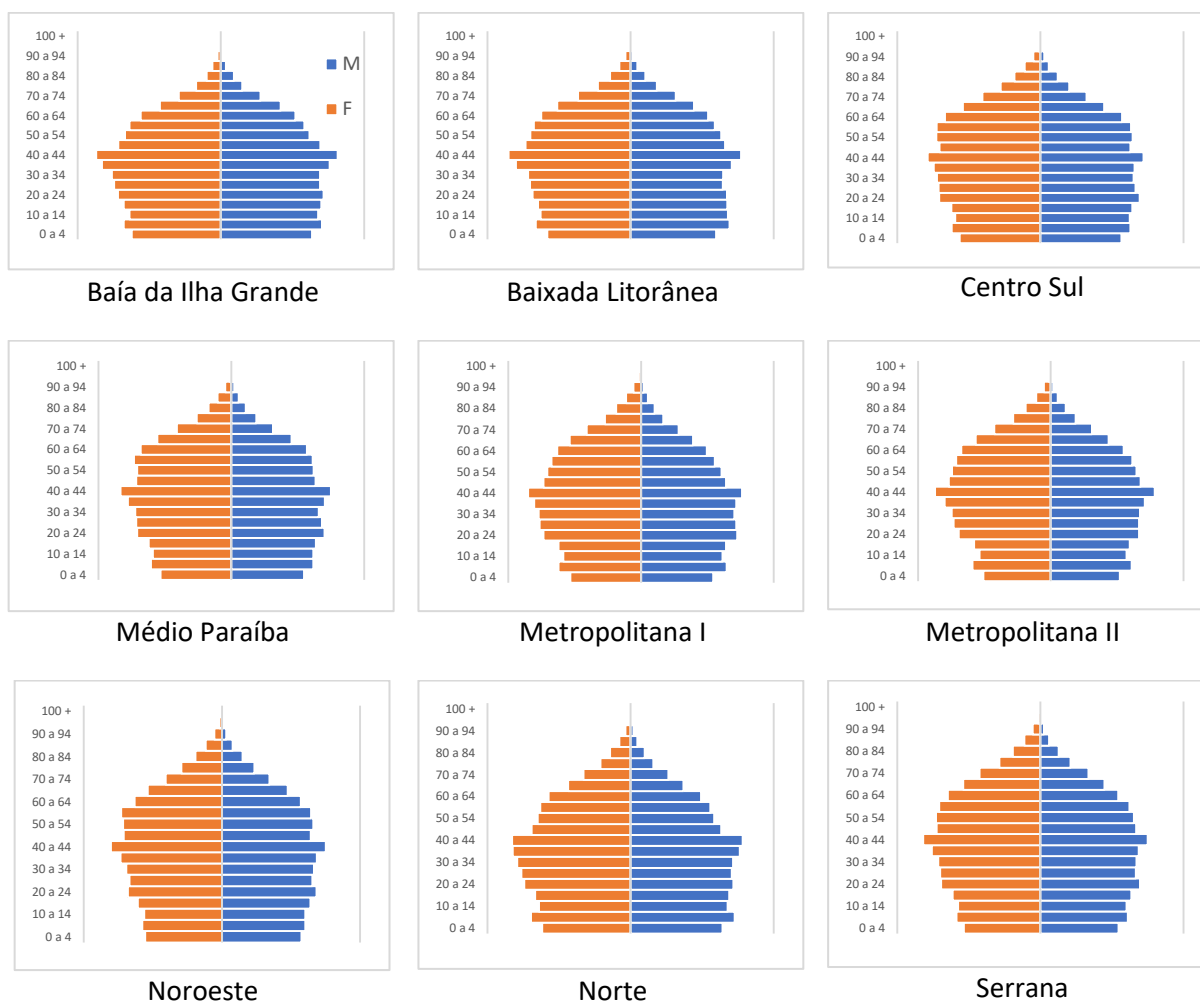
Fonte: Elaboração própria.

I. População e condições de vida

A dimensão demográfica é fundamental para o planejamento da atenção em saúde, não somente para o correto dimensionamento dos recursos humanos, financeiros, de suprimentos e infraestrutura necessários, como também para a adequada distribuição desses recursos, a fim de garantir que cada pessoa receba os serviços de saúde de que necessita, com base em suas especificidades de sexo, gênero, raça/cor, idade, perfil socioeconômico e localização espacial.

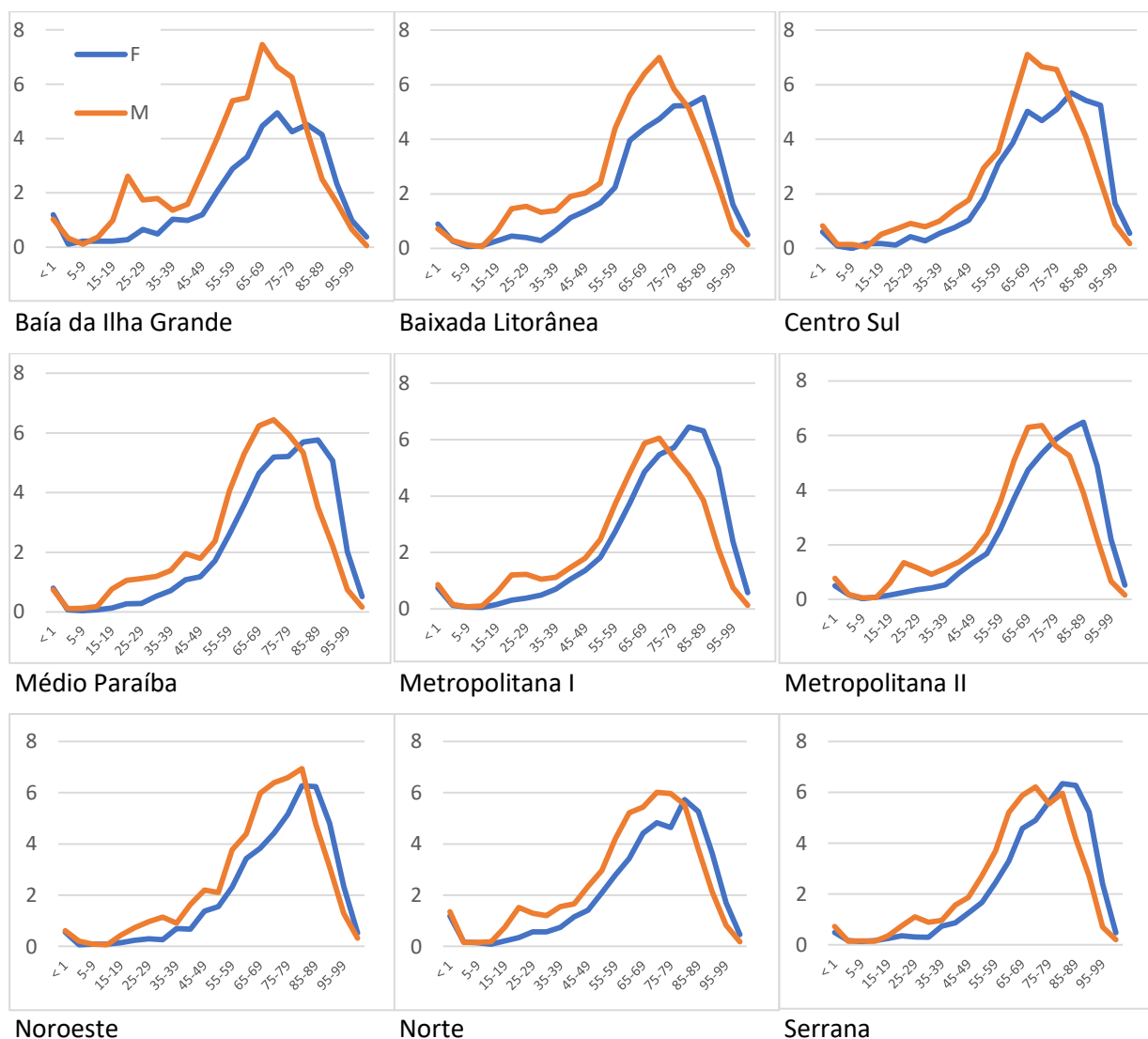
As informações do Censo Demográfico 2022 disponibilizadas pelo IBGE dão conta de que o estado do Rio de Janeiro se encontra em franco processo de envelhecimento populacional, com nítida predominância feminina e sobremortalidade masculina jovem em graus variados de acordo com cada região de saúde, como se observa nos gráficos 01 e 02 a seguir.

Gráfico 01. Estrutura etária por sexo da população residente no estado do Rio de Janeiro, por região de saúde, 2022.



Fonte: IBGE – Panorama do Censo Demográfico 2022. Disponível em <https://www.ibge.gov.br>

Gráfico 02. Mortalidade proporcional por sexo e idade da população residente nas regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2022



Fonte: Datasus, SIM – 2022. Acesso em 31/10/2023.

Com uma razão de sexos de 89,4 homens para cada 100 mulheres e taxa de crescimento quase nula – 0,03% ao ano entre 2010 e 2022-, o estado apresenta, também, uma baixa fecundidade: média de 1,53 filhos por mulher em 2022, muito abaixo do nível de reposição de 2,1. Uma em cada cinco mulheres residentes no RJ tem 60 anos ou mais, e o índice de envelhecimento feminino chega a 126%.

A Baía da Ilha Grande e a região Norte apresentam a menor diferença entre os sexos quanto ao envelhecimento populacional, ao mesmo tempo em que são as regiões mais ‘jovens’; por sua vez, o índice de envelhecimento feminino da região Metropolitana II é o mais elevado de todo o estado, e sua taxa de fecundidade é a mais baixa – seguida da região Metropolitana I, também caracterizada por um alto índice de envelhecimento feminino (tabela 02).

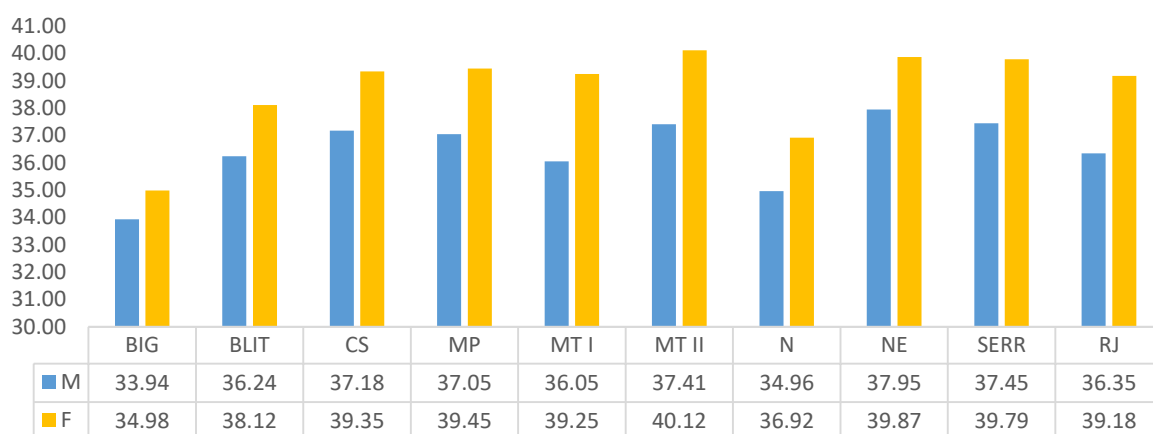
Tabela 02. População, razão de sexos, fecundidade e envelhecimento, 2022

Unidade da Federação e região de saúde	População		Razão de sexos	TFT	Proporção de idosos		Índice de envelhecimento	
	masculina	feminina			masculina	feminina	masculina	feminina
Baía da Ilha Grande	124.282	129.615	95,89	1,61	15,31	16,09	74,16	84,68
Baixada Litorânea	406.820	440.113	92,44	1,74	17,19	19,28	84,02	106,83
Centro Sul	152.322	167.681	90,84	1,58	18,44	21,44	96,30	126,12
Médio Paraíba	410.606	454.524	90,34	1,50	18,05	21,34	96,28	129,80
Metropolitana I	4.549.706	5.155.871	88,24	1,49	16,13	20,94	83,90	128,01
Metropolitana II	897.496	1.011.255	88,75	1,45	17,80	21,84	98,34	141,49
Noroeste	163.601	173.394	94,35	1,77	19,49	21,89	106,04	133,00
Norte	437.219	470.649	92,90	1,69	15,04	17,60	70,90	93,33
Serrana	435.623	474.397	91,83	1,54	18,37	21,78	99,85	134,07
RJ	7.577.675	8.477.499	89,39	1,52	16,66	20,80	86,76	125,84

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2022 – resultados do universo.

As idades médias calculadas - 36,3 anos para o sexo masculino e 39,2 para o feminino (gráfico 03), aliadas às baixas taxas de fecundidade e de crescimento anual, indicam que a população fluminense se encontra em processo de retração – a menos que uma onda migratória traga um expressivo contingente de população jovem para o RJ – hipótese improvável, tendo em vista o baixo dinamismo econômico atual.

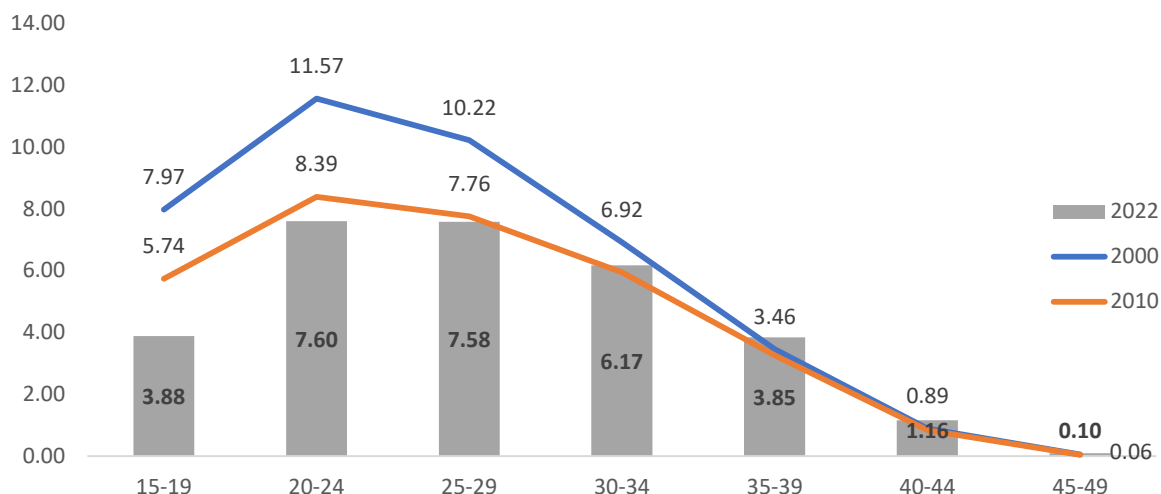
Gráfico 03. Idade média, por sexo e região de saúde, da população residente no estado do Rio de Janeiro, 2022



Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2022, resultados do universo.

O padrão etário da fecundidade mudou sensivelmente entre 2000 e 2022 (gráfico 04), com a concentração dos nascimentos entre os 20-29 anos e extensão do período reprodutivo. Observa-se também redução expressiva na fecundidade adolescente (15-19 anos) e jovem (20-24 anos).

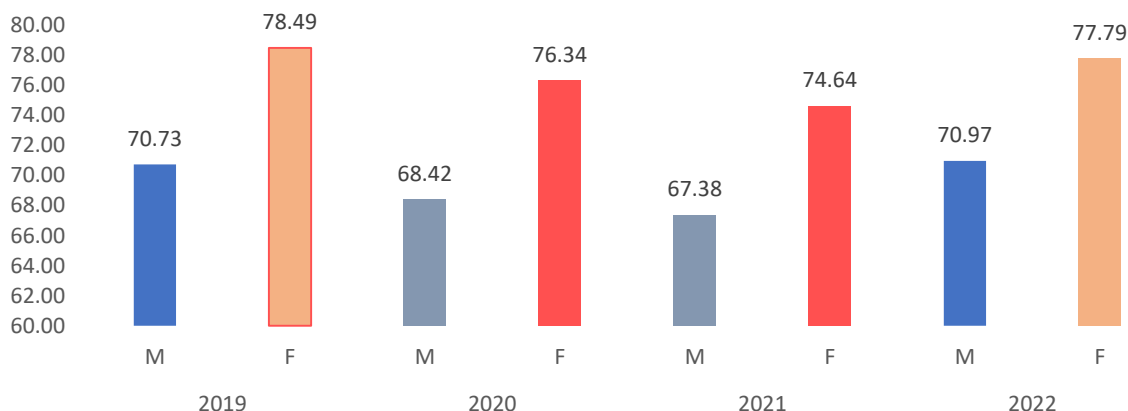
Gráfico 04. Taxas específicas de fecundidade (filhos nascidos vivos por 100 mulheres) para o estado do Rio de Janeiro nos períodos censitários (2000, 2010 e 2022)



Fontes: Censos Demográficos 2000, 2010 e 2022. Datasus/SINASC, 2000, 2010 e 2022 (download das bases em 31/10/2023).

Quanto à expectativa de vida, o que se observa para o ano de 2022 é o retorno aos patamares pré-pandemia de Covid-19, para o sexo masculino e feminino (gráfico 05). No período pandêmico, a expectativa de vida ao nascer caiu mais de dois anos, em média, com maior queda em 2021 que em 2020, o que sugere possíveis efeitos / sequelas de longa duração da infecção.

Gráfico 05. Expectativas de vida ao nascer para o estado do Rio de Janeiro, por sexo, 2019* a 2022



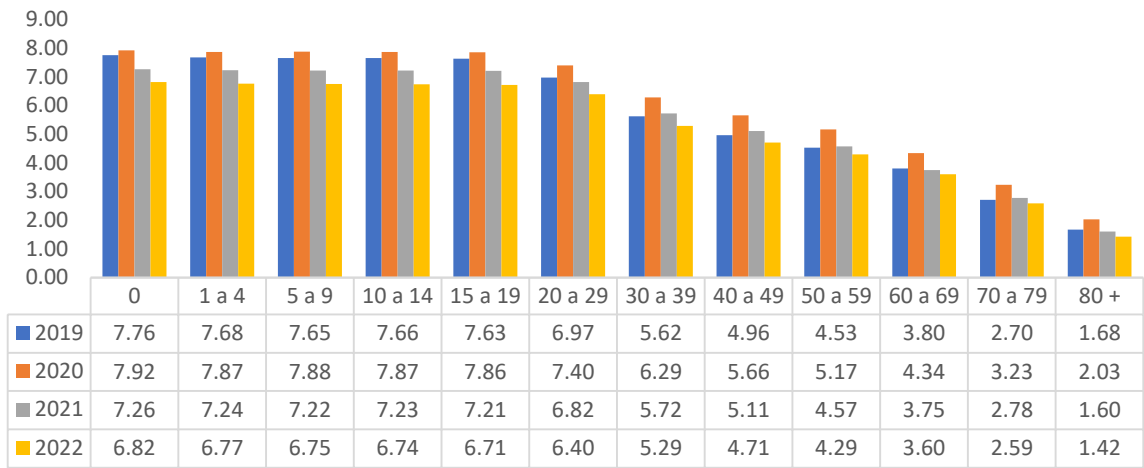
Fonte: Datasus / SIM, 2019 a 2022. Download da base de dados em 31/10/2023. IBGE, Censo Demográfico 2022, resultados do universo.

* Foi utilizada a mesma população de 2022 para o cálculo das expectativas de vida 2019, 2020 e 2021, dada a grande discrepância existente entre as estimativas intercensitárias divulgadas pelo IBGE e os resultados censitários de 2022, e considerando que o crescimento anual da população do estado do Rio de Janeiro foi de somente 0,03% ao ano no período intercensitário.

As perdas na expectativa de vida da população fluminense, de acordo com os dados disponíveis de mortalidade e população residente, foram maiores para o sexo masculino ao longo do

tempo, mas sua recuperação foi mais rápida que a feminina, inclusive reduzindo o *gap* intersexos de cerca de oito anos ao nascer para aproximadamente sete anos.

Gráfico 06. Diferença entre a expectativa de vida da população feminina e masculina residente no estado do Rio de Janeiro, por grupos de idade, 2019 a 2022.



Fonte: Datasus / SIM, 2019 a 2022. Download da base de dados em 31/10/2023. IBGE, Censo Demográfico 2022, resultados do universo.

A redução da expectativa de vida masculina em relação ao período pré pandêmico (2019) alcançou os maiores níveis no ano de 2021, entre as idades de 40-49 anos (mais de 10%) e 80+ (19%). Entre o sexo feminino, o comportamento foi semelhante, mas as perdas foram menores, de 9% (40-49 anos) a 17% (80+). Ainda em 2021, se observa que as perdas nas idades iniciais (0 a 19 anos) foram relativamente baixas (cerca de 5 a 6,5%) e praticamente não variaram entre os sexos, enquanto a partir dos 20 anos a divergência passa a ser mais destacada (cerca de 7 a 19%). O mesmo padrão já aparece no ano de 2020, com pequena diferença entre os sexos nas perdas a partir das idades iniciais (redução na expectativa de vida de cerca de 2,75 a 4,5%), e divergência a partir dos 20 anos, mais marcante entre o sexo masculino (16% aos 80+, contra 10% para o sexo feminino).

A comparação das expectativas de vida dos períodos pré e pós pandêmico (2019-2022) mostra o sexo masculino com 'ganhos' desde o nascimento até os 19 anos, ainda que não passem de 0,3%. A partir dos 20 anos, o sexo masculino mostra perdas que chegam, aos 80+, a 7,45% em relação ao período pré pandêmico. Enquanto isso, o sexo feminino já ao nascimento mostra perdas em relação ao período pré-pandêmico da ordem de 0,9%, chegando a 8,7% aos 80+.

Tabela 03. Variação percentual entre as expectativas de vida, por sexo e grupos de idade, dos residentes no estado do Rio de Janeiro entre o período pré-pandêmico (2019) e os períodos pandêmico 01 (2020), pandêmico 02 (2021) e pós-pandêmico (2022).

Faixa etária	Pandêmico 01		Pandêmico 02		Pós-pandêmico	
	2020 - 2019		2021 - 2019		2022 - 2019	
	M	F	M	F	M	F
0	-3.27	-2.75	-4.74	-4.91	0.34	-0.89
1 a 4	-3.49	-2.91	-5.05	-5.12	0.07	-1.09
5 a 9	-3.77	-3.09	-5.41	-5.44	0.08	-1.14
10 a 14	-4.11	-3.35	-5.88	-5.85	0.09	-1.23
15 a 19	-4.49	-3.62	-6.42	-6.31	0.09	-1.33
20 a 29	-5.21	-3.89	-7.46	-6.84	-0.58	-1.47
30 a 39	-6.57	-4.53	-9.12	-7.91	-1.17	-1.69
40 a 49	-7.97	-5.34	-10.88	-9.23	-1.77	-2.16
50 a 59	-9.61	-6.28	-12.50	-10.62	-2.34	-2.74
60 a 69	-11.56	-7.52	-14.38	-12.32	-3.83	-4.05
70 a 79	-13.86	-8.46	-16.92	-13.73	-5.99	-5.71
80 +	-16.05	-10.12	-19.01	-16.69	-7.45	-8.67

Fonte: Datasus / SIM, 2019 a 2022. Download da base de dados em 31/10/2023. IBGE, Censo Demográfico 2022, resultados do universo.

I.1. Sexo biológico x gênero

A despeito da importância de traçar o perfil demográfico da população segundo o seu gênero, juntamente com o sexo biológico, o IBGE não incluiu campos sobre orientação sexual e identidade de gênero no Censo Demográfico 2022, o que

“... impacta diretamente a construção de políticas públicas, que poderiam visar o combate da violência e discriminação contra essa população. O que não é conhecido, não pode ser resolvido¹”.

Como a população LGBTI+ não foi incluída nas pesquisas oficiais para contagem da população, trabalha-se com estimativas realizadas a partir de pesquisas específicas. Em 2022, uma pesquisa realizada pela USP e UNESP, publicada na revista científica *Nature Scientific Reports*, com uma amostra de 6.000 pessoas, mostrou que 12% da população brasileira se identificava com alguma das categorias da sigla². Em 2023, o instituto IPSOS realizou pesquisa internacional em 30 países colocando o Brasil como o principal país LGBTI+ do mundo, com 15% da população; destes seriam: 5% gays/lésbicas/homossexuais, 7% bissexuais, 1% assexual e 1% pansexual³. Segundo relatório das Nações Unidas, a população intersexo deve variar entre 0,05% e 1,7% da população, em todas suas variedades genéticas. Uma estimativa conservadora aponta algo em torno de 1:1.200 nascimentos⁴.

¹ <https://www.migalhas.com.br/quentes/368924/censo-2022-falta-de-dados-sobre-lgbtqiap-reflete-marginalizacao>

² <https://www.nature.com/articles/s41598-022-15103-y>

³ <https://www.ipsos.com/en/pride-month-2023-9-of-adults-identify-as-lgbt>

⁴ <https://www.unfe.org/wp-content/uploads/2017/05/UNFE-Intersex.pdf>

I.2. Recorte cor/raça, desigualdades e populações vulnerabilizadas

O estado do Rio de Janeiro é caracterizado por uma grande diversidade étnico-racial, associada a iniquidades nas condições de vida e saúde, em função de processos históricos de segregação e marginalização⁵ dos grupos identificados racialmente como população preta e parda – daqui em diante referida como população negra (preta + parda⁶). Ainda há necessidade de atenção, nas políticas públicas de saúde, aos efeitos do atravessamento do racismo sobre a relação de cuidado exercido pelas equipes de saúde, em especial nos territórios mais pobres, de maioria negra. O silêncio em torno de relações sociais marcadas pelo racismo faz parte da estrutura social de nosso país, incluindo a dificuldade de gestores e profissionais em enfrentarem o tema, dado ele ser fundamental para estabelecer uma relação de cuidado humanizada.

O Censo Demográfico 2022 apresenta o quantitativo de 9.276.993 habitantes negros (pardos + pretos) em 16.055.174 habitantes no estado do Rio de Janeiro, representando 57,8% do total. A população que se autodeclarou preta corresponde a 16,2%, enquanto os que se autodeclararam pardos corresponderam a 41,6%. Este aumento na participação da população negra, que não pode ser explicado pela fecundidade, é um fenômeno conhecido como “migração racial” e decorre do crescimento da autopercepção, autovalorização e autodeclaração das pessoas como pretas e pardas. De fato, para o estado do Rio de Janeiro, as diferenças na fecundidade da população negra (preta + parda) em relação à branca não são suficientes para justificar o aumento de mais de 30% na população preta em 12 anos.

A estrutura etária da população negra é mais jovem que a da população branca, refletindo os níveis de fecundidade mais elevados das mulheres e a sobremortalidade masculina.

Tabela 04. Variação na participação por cor e raça da população residente no estado do Rio de Janeiro entre 2010 e 2022, e taxa de fecundidade total (TFT), 2022

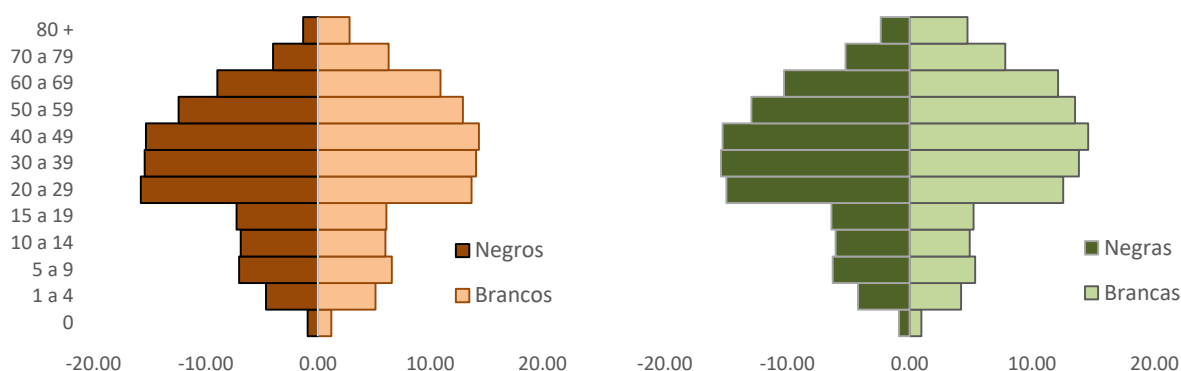
Cor ou raça	População residente				Variação (%)	Taxa de fecundidade total (filhos por mulher)
	2010		2022			
	N	%	N	%		
Branca	7.583.040	47,42%	6.739.901	41,98%	-11,1	1,22
Preta	1.978.681	12,37%	2.594.253	16,16%	31,1	1,35
Parda	6.288.095	39,33%	6.682.740	41,62%	6,3	1,78
Negra (preta + parda)	8.266.776	51,70%	9.276.993	57,78%	12,22	1,65

Fontes: IBGE. Censo Demográfico 2010, Censo Demográfico 2022. Dados do universo. Datasus, SINASC 2022. Download da base de dados em 31/10/2023.

⁵ <https://www.scielo.br/j/rsp/a/SzQvjwvXpSm8QTdsqjSZc5C/?format=pdf&lang=pt>

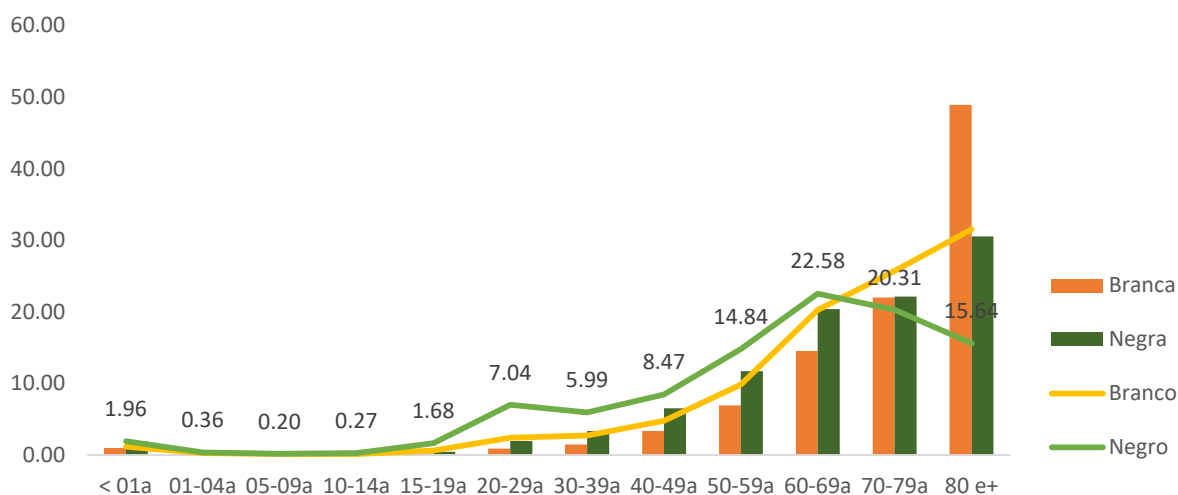
⁶ Definição do IBGE para a categoria parda: “a pessoa que se declarar parda ou que se identifique com mistura de duas ou mais opções de cor ou raça, incluindo branca, preta, parda e indígena”.

Gráfico 07. Estrutura etária e por cor/raça da população residente no estado do Rio de Janeiro, 2022



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2022. Resultados do universo.

Gráfico 08. Mortalidade proporcional por sexo, idade e cor/raça dos residentes no estado do Rio de Janeiro, 2022



Fonte: Datasus / SIM, download da base de dados em 31/10/2023.

Comparando por região, vemos que a região Serrana apresenta os maiores diferenciais de população por cor, tanto para homens quanto para mulheres. O mesmo vale para a proporção de idosos e o índice de envelhecimento. Já a Baía da Ilha Grande se destaca por apresentar as menores diferenças por sexo e cor nesses indicadores.

Tabela 05. Proporção de residentes do estado do Rio de Janeiro por cor/raça e sexo, segundo regiões de saúde, 2022

Região de saúde e UF	Branco			Negro		
	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino
Baía da Ilha Grande	43,76	42,36	45,11	55,60	56,99	54,27
Baixada Litorânea	42,38	41,21	43,46	57,39	58,56	56,29
Centro Sul	41,85	40,80	42,80	57,99	59,03	57,04
Médio Paraíba	46,03	45,08	46,89	53,73	54,67	52,87
Metropolitana I	40,20	38,95	41,31	59,56	60,83	58,44
Metropolitana II	41,88	40,48	43,13	57,91	59,32	56,65
Noroeste	47,11	46,19	47,99	52,73	53,67	51,84
Norte	41,53	40,41	42,58	58,28	59,40	57,23
Serrana	56,78	55,58	57,89	43,00	44,21	41,90
RJ	42,08	40,87	43,16	57,69	58,90	56,60

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2022. Resultados do universo.

Tabela 06. Proporção de idosos e índice de envelhecimento da população e negra (preta + parda), por sexo e região de saúde de residência, 2022

Região de saúde / UF	Proporção de idosos 60+ M		Proporção de idosos 60+ F		Índice de envelhecimento M		Índice de envelhecimento F	
	Branca	Negra	Branca	Negra	Branca	Negra	Branca	Negra
Baía da Ilha Grande	15,78	13,37	16,75	13,85	75,55	73,38	92,86	78,04
Baixada Litorânea	19,04	14,16	21,60	15,65	99,69	72,96	132,68	88,29
Centro Sul	20,60	15,16	24,19	17,44	118,22	81,85	159,87	103,20
Médio Paraíba	19,23	15,27	22,83	18,05	107,37	86,72	150,81	111,98
Metropolitana I	18,58	13,09	23,95	17,09	105,06	70,77	165,28	104,40
Metropolitana II	19,79	14,85	24,53	18,02	116,77	85,90	175,76	117,47
Noroeste	20,88	16,27	23,88	17,89	121,17	93,17	157,68	111,31
Norte	16,65	12,36	19,87	14,18	86,12	60,98	120,24	75,55
Serrana	20,18	13,81	23,96	16,22	121,59	74,91	167,46	94,99
RJ	20,04	14,32	24,17	17,80	106,26	73,58	159,36	102,74

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2022. Resultados do universo.

A desigualdade socioeconômica entre pessoas brancas e negras acompanha a desigualdade em saúde. De acordo com dados da PNAD Contínua 2021, o estado do Rio de Janeiro ocupava então a 8ª posição com relação ao IDH-M, sendo que a desagregação do índice para a população negra e branca revela o quão desiguais podem ser as condições de vida a depender da cor da pele (tabela 07). Os indicadores relativos à renda refletem claramente a desigualdade por sexo e cor/raça (tabela 08).

Tabela 07. Posição do estado do Rio de Janeiro quanto ao índice de desenvolvimento humano e suas dimensões, desagregado entre pessoas negras e brancas, 2021

Índice de Desenvolvimento Humano	Total	Negras	Brancas
IDH-M	8ª	13ª	4ª
IDH-M Renda	4ª	N/D	N/D
IDH-M Educação	8ª	N/D	N/D
IDH-M Longevidade	16ª	N/D	N/D

Fonte: Atlas de Desenvolvimento Humano / Base de dados 2012-2021 extraída da PNAD Contínua - IBGE.

Tabela 08. Indicadores relacionados à qualidade de vida, desagregados por sexo e cor/raça, 2021

Indicadores	Total	Brancos	Negros	Masculino	Feminino
Razão 10% mais ricos / 40% mais pobres	18,93	19,47	12,71	18,92	19,05
Renda per capita	901,42	1.277,93	591,59	927,08	877,75
Índice de Gini	0,565	0,569	0,493	0,565	0,566
Rendimento médio dos ocupados	1.619,16	2.181,51	1.142,32	1.732,88	1.460,75

Elaboração: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Pnud Brasil, Ipea e FJP, 2022. Fontes: dados do IBGE e de registros administrativos, conforme especificados nos metadados disponíveis em: <http://atlasbrasil.org.br/acervo/biblioteca>

I.2.1. População Indígena e Quilombola

O ERJ possui em seu território, aproximadamente, 16 mil indígenas, entre em contexto urbano – 15.666 indígenas, e aldeados – 897 indígenas, distribuídos em 08 aldeias nos municípios de Angra dos Reis (327), Maricá (114), Paraty (396) e Rio de Janeiro (60). Possui também 50 quilombos com aproximadamente 4 mil famílias quilombolas, sendo a maior concentração dessas na região da Baixada Litorânea (1.522 famílias), Metropolitana I (1.040 famílias), Norte (1.027 famílias) e Baía da Ilha Grande (709 famílias). Os dados indígenas são oriundos da Secretaria Especial de Saúde Indígena – Ministério da Saúde (SESAI)⁷ e de outras pesquisas⁸ e não estão muito atualizados.

As informações mais recentes, disseminadas pelo IBGE, referem a existência de 20.344 pessoas quilombolas residindo no estado do Rio de Janeiro, a maioria das quais estão fora de territórios reconhecidamente quilombolas (tabela 09). Quanto à população indígena, foram recenseadas quase 17.000 pessoas que se reconheciam como indígenas no estado (tabela 10), concentradas principalmente na região Metropolitana I. Sobre a autodeclaração de cor, raça ou etnia, esclarece o IBGE⁹:

“Ressalta-se, assim, que o quesito é denominado “cor ou raça”, porém não retrata apenas a “cor” ou apenas a “raça” da população, pois, além de existirem vários critérios que podem ser usados pelo informante para a classificação (origem familiar, cor da pele, traços físicos, etnia, entre outros), as cinco categorias estabelecidas na investigação (branca, preta, amarela, parda e indígena) podem ser entendidas pelo informante de forma variável. Vale lembrar ainda que o IBGE utiliza o conceito de “raça” como uma categoria socialmente construída na interação social e não como um conceito biológico.”

⁷ Brasil, Ministério da Saúde. Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS / Ministério da Saúde, – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 83 p.: il, 2019.

⁸ Garnelo, Luiza (Org.). Saúde Indígena: uma introdução ao tema. / Luiza Garnelo; Ana Lúcia Pontes (Org.). - Brasília: MECSEADI, 280 p. il. Color. (Coleção Educação para Todos), 2012.

⁹ Panorama do Censo Demográfico 2022, www.ibge.gov.br

Quadro 01. Variação na participação da população indígena residente no estado do Rio de Janeiro entre 2010 e 2022, índice de envelhecimento por sexo e idade mediana, 2022

Cor ou raça	População residente		Variação (%)	Índice de envelhecimento		Idade mediana
	2010	2022		Masculino	Feminino	
Indígena	15.894	16.994	6,9	139,76	288,92	38

Fontes: IBGE. Censo Demográfico 2010, Censo Demográfico 2022. Dados do universo. Datasus, SINASC 2022. Download da base de dados em 31/10/2023.

Como se depreende do quadro acima, a população indígena está em processo de envelhecimento acelerado, sem perspectiva de crescimento vegetativo suficiente para a reposição da geração atual.

Tabela 09. População residente quilombola, por localização do domicílio, 2022

UF/Região de saúde	População quilombola total	Em territórios quilombolas	Fora de territórios quilombolas
Baía da Ilha Grande	2.544	1.312	1.232
Baixada Litorânea	6.244	1.390	4.854
Centro Sul	397	347	50
Médio Paraíba	642	235	407
Metropolitana I	5.341	29	5.312
Metropolitana II	202	-	202
Noroeste	149	136	13
Norte	4.581	3	4.578
Serrana	244	46	198
Estado do Rio de Janeiro	20.344	3.498	16.846

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2022. Resultados do universo.

O IBGE ainda não divulgou dados de idade e sexo da população quilombola. O que chama a atenção é a grande quantidade de população autodeclarada quilombola residindo fora de territórios quilombolas, à exceção da região da Baía da Ilha Grande.

Tabela 10. População residente indígena, por tipo de declaração, 2022

UF/Região de saúde	População		
	indígena (total)	de cor/raça indígena	que se considera indígena
Baía da Ilha Grande	1.428	1.073	355
Baixada Litorânea	1.276	1.274	2
Centro Sul	211	211	0
Médio Paraíba	655	655	0
Metropolitana I	9.763	9.068	695
Metropolitana II	1.996	1.980	16
Noroeste	222	222	0
Norte	806	805	1
Serrana	607	607	0
RJ	16.964	15.895	1.069

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2022. Resultados do universo.

I.3. Condições de vida e saneamento básico

Juntamente com a renda, as condições de habitação traçam um panorama de carência para uma parcela significativa da população fluminense, sendo mais afetados os residentes em áreas mais socialmente vulneráveis e carentes de infraestrutura como os aglomerados subnormais, quilombos e aldeias. Os levantamentos pré-censitários realizados em 2019 identificaram os chamados aglomerados subnormais, que são áreas tipicamente carentes de serviços públicos e ocupadas, geralmente sem qualquer documentação possessória, por pessoas socialmente vulnerabilizadas/negligenciadas. De acordo com o IBGE, em 2019 o ERJ tinha mais de 717.000 domicílios situados em aglomerados subnormais, e no mínimo 1.865.568 residentes nessas áreas (11,6%), considerando a média de 2,6 pessoas por domicílio. Entre as regiões de saúde, a Baía da Ilha Grande é a que apresenta o maior percentual dessas áreas (24,4%), seguida da Metropolitana I e da região Serrana. É provável que esses números tenham aumentado ao longo do tempo, em especial durante/após a pandemia de Covid-19, dadas suas consequências negativas sobre a economia.

Tabela 11. Domicílios e população residente estimada em aglomerados subnormais,

Região de saúde/UF	Domicílios em AGSN 2019	População estimada mínima em AGSN 2022	% residente em AGSN
Baía da Ilha Grande	23.777	61.820	24,39
Baixada Litorânea	30.094	78.244	9,24
Centro Sul	3151	8.193	2,56
Médio Paraíba	21444	55.754	6,45
Metropolitana I	531.509	1.381.923	14,24
Metropolitana II	48.958	127.291	6,67
Noroeste	41	107	0,03
Norte	21.547	56.022	6,17
Serrana	37.005	96.213	10,57
RJ	717.526	1.865.568	11,62

Fontes: IBGE. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/tipologias-do-territorio/15788-aglomerados-subnormais.html?edicao=27720&t=acesso-ao-produto> e Censo Demográfico 2022. Resultados do universo.

Os aglomerados subnormais, muitas vezes desprovidos de saneamento básico adequado, suscetíveis a deslizamentos de terra e inundações, podem tornar-se focos de vetores, e a densidade de moradores por cômodo, que costuma ser alta, potencializa a transmissão de doenças. Mesmo áreas residenciais não caracterizadas como aglomerados subnormais, porém, apresentam problemas quanto ao saneamento, em especial o esgotamento sanitário. Estimativas para 2021 mostram que pelo menos 13% da população do ERJ reside em áreas sem cobertura de esgotamento sanitário. Nas regiões menos urbanizadas, esse percentual chega a 52%, sendo predominante o uso de fossas para a destinação dos dejetos – com risco de contaminação do lençol freático.

Tabela 12. Cobertura estimada de abastecimento de água e esgotamento sanitário, 2021

Região de saúde/RJ	População total residente		Cobertura (%) de	
	com abastecimento de água	com esgotamento sanitário	abastecimento de água	esgotamento sanitário
Baía da Ilha Grande	291.418	203.785	97,05	67,86
Baixada Litorânea	603.150	603.150	69,30	69,30
Centro Sul	331.965	217.340	96,62	63,26
Médio Paraíba	904.414	827.891	98,06	89,76
Metropolitana I	10.497.016	9.674.771	99,16	91,40
Metropolitana II	2.116.506	2.082.197	98,67	97,07
Noroeste	337.202	182.345	96,18	52,01
Norte	897.744	855.292	93,09	88,68
Serrana	953.310	631.106	97,16	64,32
RJ	16.932.725	15.277.877	96,96	87,49

Fonte: Ministério das Cidades/SNIS. Disponível em <https://www.gov.br/cidades/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/saneamento>

Apesar de o abastecimento de água atender bem a maior parte das regiões (com exceção da Baixada Litorânea – tabela 06), de acordo com os dados do SNIS (2021), mais de 12,5% não são cobertos pela rede de esgotamento sanitário, o que configura uma situação de risco sanitário para uma significativa parcela da população. Especialmente os residentes nas regiões Noroeste (48% sem acesso à rede de esgoto), seguidos pela Centro Sul, Serrana, Baixada Litorânea e Baía da Ilha Grande (todas com mais de 30% da população sem acesso à rede de esgoto).

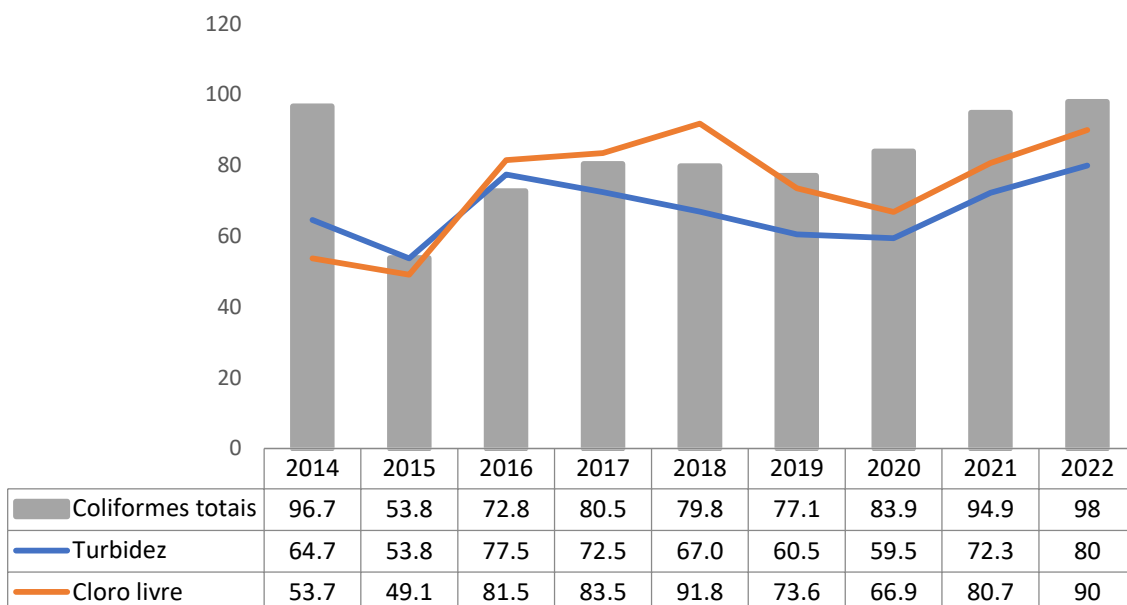
O programa VIGIAGUA (Vigilância Ambiental em Saúde Relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano) tem como objetivo monitorar se a água para consumo humano atende ao padrão de potabilidade preconizado pela legislação vigente, utilizando o Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – SISAGUA como ferramenta de gestão.

Por meio da equipe técnica do VIGIAGUA dos municípios, o SISAGUA é alimentado com os resultados das análises de água, para em seguida realizar a análise qualitativa, a partir de uma metodologia de base estatística. Os técnicos municipais realizam análises básicas de cloro residual livre, turbidez (análises físico-químicas) e coliformes totais (análise microbiológica), e há um número mínimo de amostras a serem analisadas, mensalmente, denominado de plano de amostragem (PA).

No gráfico 09, verificam-se os dados das análises básicas através da série histórica. Entre 2021 e 2022, o monitoramento dos parâmetros cloro e turbidez aumentou em 8%, atingindo 89% e 80%, respectivamente, em 2022. Coliformes totais avançou 1%, retomando o percentual de 2014, que fora sua melhor performance ao longo da série histórica, com 96% de amostras analisadas. São percentuais que sugerem estabilidade no monitoramento, após a queda no ano nuclear da pandemia de Covid, principalmente em relação às análises físico-químicas.

Todos os parâmetros sofreram queda entre 2014 e 2015, e entre 2019 e 2020 (por conta dos efeitos da pandemia de Covid). O quadro se modifica em 2021 porque os três parâmetros avançaram.

Gráfico 09. Série histórica (2014¹⁰-2022) do percentual (%) de realização das análises de cloro, turbidez e coliformes totais no estado do Rio de Janeiro.



Fonte: Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Sisagua) Informações de 2014 a 2021 fornecidas pela Coordenação de Saúde Ambiental da SES-RJ, com dados extraídos em 01/02/2022.

O gráfico 10 mostra a *performance* das regiões de saúde em relação à execução das três análises básicas e da média ponderada¹¹(MP).

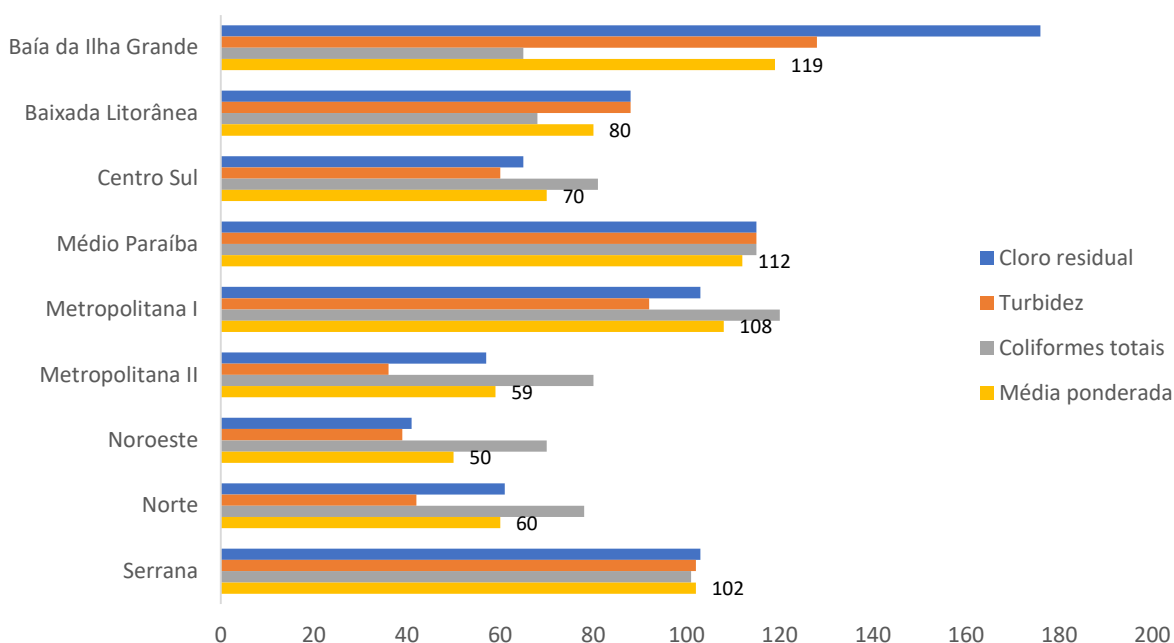
Para fins metodológicos, com a MP como referência, dividem-se as regiões em três faixas, do ponto de vista da produtividade. Na primeira, as regiões que atingem ou ultrapassam os 100% na MP: Baía da Ilha Grande, Médio Paraíba e Metropolitana I, com 119%, 112% e 108%, respectivamente, agora acrescida da região Serrana, com 104%. Na faixa intermediária, estão os municípios com a média ponderada acima de 50%, e que, por isso, precisam avançar para atingir o quantitativo mínimo. Nessa condição encontram-se todas as regiões restantes: Baixada Litorânea (80%), Centro Sul (70%), Metropolitana II (57%), Noroeste (52%) e Norte (61%).

Desde que foi estabelecida essa metodologia, é a primeira vez que só aparecem duas faixas, porque sempre havia municípios na terceira faixa, que consolidava as regiões mais frágeis, com o percentual abaixo de 50%. Houve, portanto, um avanço.

¹⁰ O ano de 2014 foi utilizado como referência inicial da série histórica devido à atualização estrutural do SISAGUA, que atendeu a [Portaria 2914/11](#), e por isso apresenta novos recursos em relação à versão anterior.

¹¹ Trata-se de recurso utilizado pelo órgão do planejamento para avaliar as ações do Programa. Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez: $1,2 \times \text{PCT} + 1,0 \times \text{PT} + 1,0 \times \text{PCRL} / 3,2$

Gráfico 10. Percentual (%) de realização das três análises básicas de água e da MP, em 2022, por região de saúde.



Fonte: SISAGUA, consulta em fevereiro de 2023.

O diagnóstico em tela aponta para alguns focos de atenção e aparecem dois itens que necessitam de atenção das vigilâncias municipais:

- (1) adquirir equipamentos para análises físico-químicas; e
- (2) atingir seus respectivos planos de amostragem.

Sendo assim, é estratégico que se busque o avanço nesses dois pontos para que a totalidade dos municípios tenham capacidade para realizar sua missão: avaliar a água para consumo humano e, ao detectar inconformidades, promover ações para garantir a qualidade. Para finalizar, destaca-se a importância do Plano de Segurança da Água (PSA) como mais uma ferramenta do Programa, e um objeto de atenção e trabalho da equipe estadual.

I.3.1. Desastres Socioambientais e Tecnológicos

A Vigilância Ambiental também se ocupa dos riscos decorrentes dos desastres naturais. O resultado de eventos adversos de origem natural, tecnológica ou antropogênica sobre um cenário vulnerável exposto ao risco, com danos humanos, materiais e /ou ambientais e consequentes prejuízos socioeconômicos definem um desastre. Situação de Emergência (SE) e Estado de Calamidade Pública (ECP) são situações jurídicas especiais que legalizam as emergências e os desastres no país. Dos 318 desastres com reconhecimento federal no estado do RJ, no período de 2018 a 2022, um total de 195 (61,32%) foi por ECP e 123 (38,68%) por SE, havendo notificação de desastres dos grupos: Geológico, Hidrológico, Meteorológico, Climatológico e Biológico.

Eventos adversos de origem natural ou tecnológica podem ser agentes deflagradores para Emergências e Desastres (socioambientais ou tecnológicos) com importância para a Saúde pública. No Brasil, para ser considerado desastre, determinado evento tem de estar necessariamente catalogado na Classificação e Codificação Brasileira de Desastres (COBRADE) e apresentar Reconhecimento Federal de Situação de Emergência (SE) ou de Estado de Calamidade Pública (ECP).

O setor saúde participa ativamente de todas as fases da gestão de risco de desastres. Existe na estrutura do Sistema Único de Saúde o Vigidesastres, que é o Programa Nacional de Vigilância em Saúde relacionado aos riscos decorrentes de Desastres, que trabalha de forma integrada nas três esferas de governo e que na estrutura da SES RJ encontra-se no Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), subordinado à Superintendência de Emergências em Saúde Pública da Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde (SUBVAPS). Este programa tem por objetivo o desenvolvimento de um conjunto de ações, de forma contínua, pelas autoridades de saúde pública para reduzir a exposição da população e dos profissionais de saúde a riscos, bem como para reduzir doenças e agravos secundários à exposição e os danos às infraestruturas de saúde.

Tabela 13. Distribuição do número de Desastres com Reconhecimento Federal (SE e ECP) de 2018 a 2022 - estado do Rio de Janeiro.

Tipo de desastre	Frequência	Porcentagem
Deslizamentos	2	0,63%
Doenças infecciosas virais	193	60,69%
Enxurradas	3	0,94%
Estiagem	2	0,63%
Frentes frias/zonas de convergência	1	0,31%
Inundações	13	4,09%
Tempestade local/convectiva - chuvas intensas	100	31,45%
Tempestade local/convectiva - granizo	4	1,26%
Total	318	100%

Fonte: Sistema Integrado de Informações sobre Desastres (S2iD) – disponível em

<https://s2id.mi.gov.br/paginas/index.xhtml>

Segundo a classificação quanto à origem, os desastres naturais/socioambientais podem pertencer a cinco grupos: Geológico; Hidrológico; Meteorológico; Climatológico e Biológico. A equipe técnica do Programa Vigidesastres estadual monitora todas as tipologias de eventos adversos, sejam naturais e/ou tecnológicos que tenham possibilidade para se tornar uma emergência de saúde pública. A equipe de campo do CIEVS SES também realiza visita aos cenários afetados por catástrofes com atividades de prospecção, manejo do desastre e apoio à saúde municipal.

O desastre biológico epidemia por doenças infecciosas virais apresentou maior prevalência nos anos de 2020 e 2021, quando comparado com os desastres meteorológicos notificados neste biênio, no ERJ. Já no ano de 2022 foram registrados no S2iD (Sistema Integrado de Informações sobre Desastres) para o estado do Rio de Janeiro um total de 50 desastres, onde 36 (72%) foram do grupo Meteorológico, 12 (24%) do grupo Hidrológico e 2 (4%) do Geológico.

Desastres socioambientais/naturais (ECP) no período, com atuação da Equipe de Resposta Rápida:

- ❖ Chuvas Intensas Rio de Janeiro (11.04.2019): Grupo Meteorológico
- ❖ Chuvas Intensas Petrópolis (15.02.22): Grupo Meteorológico
- ❖ Inundações Paraty (02.04.22): Grupo Hidrológico
- ❖ Chuvas Intensas Petrópolis (13.05.22): Grupo Meteorológico

A SES é um órgão componente do Sistema Estadual de Proteção e Defesa Civil e possui assento no GRAC (Grupo Integrado de Ações Coordenadas), onde o Setor Saúde participa no processo de preparação e resposta, com dados e recursos referentes à saúde.

Desastres Tecnológicos, atividades SES RJ:

- ❖ Monitoramento de Eventos Radiológicos com repercussão para saúde (Ex: radioisótopos abandonados);
- ❖ Participação em exercícios e simulados de desastres: Nuclear (Usina- Angra dos Reis) e radiológico (Fábrica de Combustível Nuclear -Resende);
- ❖ Participação da SES no CESTGEN (Centro Estadual de Gerenciamento de Emergência Nuclear);
- ❖ Capacitação da Equipe da URR/SES em Curso de Ações de Resposta a Emergências Nucleares e Radiológicas no IRD-RJ (Instituto de Radioproteção e Dosimetria).

Com o propósito de redução dos riscos de desastres com impactos para saúde da população a equipe do CIEVS/SES prepara os municípios fluminenses para a confecção de planos municipais de contingência aos desastres naturais do setor saúde através das oficinas e/ou seminários na temática. Os planos municipais de preparação às emergências e desastres são pactuados para envio à SES bianualmente com devidas atualizações. As avaliações desses planos são realizadas pela equipe técnica da SES/CIEVS/Vigidesastres. Diante de ECP, SE ou eventos adversos de grandes impactos sociais, a equipe da URR é acionada para visita aos municípios afetados no intuito de realizar avaliação do cenário pós catástrofe e de apoio na preparação e resposta do território.

As situações de desastre relacionadas na tabela 13 atingem especialmente as populações vulnerabilizadas/negligenciadas, mais propensas a ocupar áreas de risco e mais expostas a situações de risco pandêmico pela condição socioeconômica.

Além das doenças infecciosas virais, das relacionadas à carência de saneamento básico e a situações de risco ambiental, a transição epidemiológica vem determinando o perfil de adoecimento e morte no RJ, com expectativa de aumento contínuo da pressão sobre toda a Rede de Atenção à Saúde e progressivo aumento de gastos com atenção especializada. A predominância das doenças crônicas não transmissíveis sinaliza a necessidade de investimento de maiores recursos para a redução dos seus fatores de risco - por meio da promoção de hábitos de vida mais saudáveis - e para a melhoria da atenção à saúde, garantindo detecção precoce e tratamento oportuno. As sequelas do Covid-19 podem ainda constituir um fator de agravamento das demandas sobre a rede, aumentando os riscos a que estão submetidos os idosos, a população em processo de envelhecimento e mesmo a população adulta

jovem. Nesse contexto, é relevante dimensionar a população SUS facultativa (coberta por planos privados de saúde) e a população SUS exclusiva (que não tem acesso à rede assistencial privada).

I.2.4. População SUS – exclusiva e facultativa

Segundo a ANS, a população beneficiária de planos privados de saúde na modalidade ambulatorial + hospitalar em dezembro de 2022 era de 4.859.329 pessoas (população SUS facultativa ou eventual), distribuídas entre 2.644.847 mulheres e 2.214.482 homens. A população SUS exclusiva, calculada a partir dos dados censitários para a população total, era de 11.195.195 pessoas. Sete das nove regiões de saúde apresentam mais de 70% de população SUS exclusiva em 2022, com exceção das regiões do Médio Paraíba e Metropolitana I (tabela 14). Considerando que a maior parte dos planos privados de saúde é dependente do vínculo empregatício do beneficiário, pode-se inferir que a situação de crise econômica vivida pelo estado do Rio de Janeiro vem contribuindo para o aumento das demandas sobre o SUS. Ainda que a população coberta por planos de saúde privados (população SUS facultativa) não utilize, usualmente, a Atenção Primária no SUS, parcela importante desta população acaba só conseguindo realizar procedimentos de maior complexidade e custo nos serviços públicos, por conta das restrições impostas pelos planos.

Não dispomos de informações acerca dos beneficiários de planos privados de saúde por cor/raça. No entanto, considerando as informações da PNAD Contínua para 2021, referente ao rendimento domiciliar *per capita* por cor ou raça para o estado do Rio de Janeiro, temos a população negra com rendimento médio 36,2% inferior ao da população branca, e rendimento mediano 23,3% inferior. Combinando esta informação com a taxa de desocupação por cor ou raça para o mesmo período, temos a população negra (preta ou parda) com desocupação de 20,1%, 22% superior à branca que era de 15,7% - de onde se infere que as pessoas negras terão menor acesso aos planos privados de saúde, tanto individuais ou empresariais. Quase 80% da população brasileira que dependeu do Sistema Único de Saúde (SUS) se autodeclara negra¹² (preta e parda).

¹² <https://brasil.un.org/pt-br/78576-quase-80-da-popula%C3%A7%C3%A3o-brasileira-que-depende-do-sus-se-autodeclara-negra>

Tabela 14. Beneficiários de planos privados de saúde por tipo de contratação e população SUS facultativa e exclusiva, por regiões de saúde, dezembro de 2022

Região de Saúde	Coletivo Empresarial		Coletivo por adesão		Individual ou Familiar		População SUS facultativa		Pop. SUS exclusiva	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
RJ	3.548.532	73,03	710.632	14,62	600.163	12,35	4.859.329	30,27	11.195.195	69,73
Baía da Ilha Grande	34.583	74,21	7.442	15,97	4.573	9,81	46.599	18,38	206.911	81,62
Baixada Litorânea	104.346	70,64	20.350	13,78	23.025	15,59	147.721	17,45	699.036	82,55
Centro-Sul	27.817	64,41	6.666	15,44	8.704	20,15	43.187	13,50	276.812	86,50
Médio Paraíba	186.855	71,22	29.663	11,31	345.863	17,48	262.381	30,34	602.440	69,66
Metropolitana I	2.471.274	74,60	500.280	15,10	341.302	10,30	3.312.856	34,13	6.392.928	65,87
Metropolitana II	385.692	68,98	77.640	13,89	95.816	17,14	559.148	29,29	1.349.635	70,71
Noroeste	26.898	55,49	5.983	12,34	15.590	32,16	48.472	14,38	288.523	85,62
Norte	188.381	76,36	28.582	11,59	29.722	12,05	246.685	27,17	661.172	72,83
Serrana	122.680	63,84	33.932	17,66	35.558	18,50	192.170	21,12	717.848	78,88

Fontes: Número de beneficiários: [Sistema de Informações sobre Beneficiários \(SIB\)](#). Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Situação da base em 19/05/2023 às 12:43, sujeito a alterações. IBGE: Censo Demográfico de 2022, resultados preliminares para a população total, por municípios.

I.5. Saúde das Populações Específicas Negligenciadas ou Vulnerabilizadas

A suscetibilidade aos agravos de saúde pode ser melhor compreendida trazendo para a cena a discussão sobre a noção de vulnerabilidade, deslocando o foco do indivíduo para os múltiplos condicionantes sociais. Nesse sentido, *“a vulnerabilidade não é uma essência ou algo inerente a algumas pessoas e a alguns grupos, mas diz respeito a determinadas condições e circunstâncias que podem ser minimizadas ou revertidas”* (Paulilo; Jeolás, 1999 *apud* Monteiro, 2011¹³).

É razoável supor que as pessoas em situação de vulnerabilidade social e econômica, independentemente de sua cor/raça, farão parte da população SUS exclusiva. Considerando o princípio da equidade, é necessário desenvolver estratégias para a garantia de acesso e o acolhimento dos grupos populacionais vulnerabilizados/negligenciados, entre os quais relacionamos a população residente em aglomerados subnormais, indígena e quilombola, LGBTI+, em situação de gueto/barreira, refugiada, migrante e apátrida, os povos do campo, floresta e águas, atingidos por barragens/grandes projetos, os povos de terreiro, a população em situação de rua e a privada de liberdade (adultos e menores infratores).

Os desafios relacionados à saúde das populações vulnerabilizadas envolvem ainda sua relação com o ambiente, sob a forma do chamado ‘racismo ambiental’; são as populações mais carentes aquelas que mais prontamente são atingidas pelas mudanças climáticas, a contaminação ambiental e a carência de saneamento básico adequado.

A seguir, destacamos algumas populações específicas que se encontram mais frequentemente em situação de vulnerabilidade e/ou negligência.

I.5.1. População negra

As ações e serviços necessários para melhorar a qualidade de vida e saúde da população negra no ERJ dependem da qualificação de toda rede de atenção e promoção à saúde, considerando que quase 80% da população brasileira que depende do Sistema Único de Saúde (SUS) se autodeclara negra¹⁴ (preta e parda). Nos diversos indicadores que mostram as doenças prevalentes na população negra, os resultados são adoecimentos atravessados por barreiras de acesso motivadas pelo preconceito racial, dificuldades de informação e questões socioeconômicas. Em especial, a resistência ao preenchimento do quesito raça-cor nos formulários de saúde, mesmo este já sendo obrigatório ([Portaria GM/MS nº 344, de 1º de fevereiro de 2017](#)), prejudica o dimensionamento e organização de políticas específicas.

Conquanto haja consenso científico acerca da maior prevalência, na população negra, de doenças geneticamente condicionadas atuando em conjunto com fatores sociais e ambientais, entre as quais estão a doença falciforme, o diabetes mellitus tipo II e a hipertensão arterial (MS, 2021 – Boletim Saúde da População Negra), a proporção de ignorados no campo cor/raça em determinados

¹³ Monteiro, S. O marco conceitual da vulnerabilidade social. Sociedade em Debate, Pelotas, 17(2): 29-40, jul.-dez./2011

¹⁴ <https://brasil.un.org/pt-br/78576-quase-80-da-popula%C3%A7%C3%A3o-brasileira-que-depende-do-sus-se-autodeclara-negra>

sistemas é tão elevada que raras vezes é possível afirmar, com propriedade, que a população negra seja mais acometida por determinados agravos à saúde / patologias que a população branca. Como se observa na tabela 15 a seguir, com exceção do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), a informação relativa à raça/cor nos sistemas de informação em saúde é muitas vezes negligenciada, o que inviabiliza a discussão e a tomada de decisão em face da desigualdade racial em saúde.

A superação destas dificuldades pressupõe uma política transversalizada em todas as instâncias do SUS, com atenção à identificação de grupos étnico-raciais, vulneráveis e minoritários com coleta de informação fidedigna, e ao levantamento de dados segregados, visando a normalização do recorte raça/cor em todas as políticas de saúde por idade, sexo e território.

Tabela 15. Proporção de “Ignorado” no campo raça/cor dos principais sistemas de informação em saúde, registros ocorridos no estado do Rio de Janeiro – 2022

Sistema	% Ignorado		Total
	Sem informação	Raça/cor não exigida	
SINASC	2,29	-	2,29
SIM	0,71	-	0,71
SIHSUS	34,6	-	34,60
SIASUS	12,81	64,28	77,09

Fonte: Datasus, SIM, SIHSUS, SINASC e SIASUS, 2022.

De imediato se percebe que o sistema mais crítico quanto à informação no campo raça/cor é o SIASUS, no qual podemos investigar o perfil de atendimentos ambulatoriais, seguido pelo SIHSUS – que oferece dados relativos às internações. A melhoria do registro raça/cor nesse sistema proporcionará avanços no sentido da promoção da saúde, identificando as desigualdades já na porta de entrada do SUS.

I.5.1.1. Indígenas e quilombolas

Sobre os aspectos de saúde dessa população, é importante salientar as doenças infecto-parasitárias, incluindo as infecções respiratórias agudas (IRAs), que ainda acometem muito as populações indígenas e quilombolas em função da baixa qualidade da água, da carência de saneamento básico e das precárias condições de moradia; por sua vez, as doenças crônicas, como hipertensão arterial, diabetes, hiperlipidemia e obesidade cada vez mais aparecem no rol dos agravos, sendo a relação direta a mudança do padrão alimentar, cada vez mais rico em carboidratos e gorduras, além dos processados que são mais baratos e acessíveis; e por fim, os transtornos mentais, incluindo surtos psicóticos e suicídio, associados às questões de pertencimento e identificação.

Ainda há muita dificuldade de a biomedicina ser, de fato, complementar à medicina tradicional como orientam as políticas de saúde tais como a da população indígena, a das populações do campo, floresta e águas, e a da população negra. E isso não é só fruto da precária formação

profissional com relação a temas da diversidade, mas também porque tecnicamente não se sabe como fazer isso abrindo mão, em alguns momentos, dos princípios e diretrizes da biomedicina.

Em 2022, a SES realizou jornada educativa, em parceria com UniRio, Fiocruz, UERJ e Baía Viva, para profissionais municipais do SUS, da SESAI e da educação. Contudo, poucos municípios garantem prioridade e especificidades de ações para esses grupos populacionais. Esse fato é agravado pela falta de profissionais para atuação junto às populações tradicionais, pois existe ainda a resistência de alguns quanto à necessidade de acolhimento às suas especificidades de saúde. Importante destacar também a necessidade da atuação de profissionais do próprio território para compor as equipes, como ACSs quilombolas.

Aldeias e quilombos com saneamento básico, profissionais de saúde municipais e da SESAI bem capacitados tecnicamente na biomedicina, assim como críticos e criativos para viver interações culturais médicas diversas, atendendo às especificidades desses grupos e populações tradicionais orgulhosas de sua história e ancestralidade, tendo como objetivo a promoção da saúde tradicional nos quilombos e aldeias, são a situação desejada para as populações indígenas e quilombolas. A formação e qualificação de profissionais voltados ao acesso em saúde das populações tradicionais, assim como a troca entre indígenas/quilombolas e profissionais de saúde para tratar de temáticas relacionadas à cultura tradicional e sua medicina, ainda constituem desafios da gestão estadual.

I.5.2. População LGBTI+

A complexidade das demandas de saúde relativas à população LGBTI+ é decorrente das barreiras de acesso e desassistência, motivada pelo desconhecimento/preconceito acerca das especificidades desse grupo populacional. Pertinente às demandas de saúde, atualmente, existem iniciativas em Cabo Frio, Petrópolis, Belford Roxo e Niterói para a criação de ambulatórios trans ou LGBTI+ na saúde. Existe uma fila de espera de 650 pacientes aguardando vaga no IEDE para processo de hormonização de mulheres e homens trans. A estratégia estadual de escuta qualificada dessa população tem sido um papel fundamental desempenhado no Comitê Estadual de Saúde Integral da População LGBTI+, instância criada pela Resolução SES nº 918, de 02 de maio de 2014.

O atravessamento, o preconceito e a cis heteronormatividade na relação de cuidado exercido pelas equipes de saúde à população LGBTI+ dificultam a compreensão das especificidades desse grupo, bem como o preconceito de fundamentação religiosa. Para contornar essas questões, a formulação de processos formativos que abordem a temática para gestores e profissionais de saúde estaduais e municipais, o estabelecimento de critérios para a organização de ambulatórios municipais LGBTI+/Trans, além da construção de estratégias com outras áreas da gestão estadual (saúde do homem e saúde da mulher, por exemplo) de forma a superar o modelo cis heteronormativo, constituem prioridades importantes para a saúde estadual nos próximos anos.

A construção do Plano Estadual de Saúde LGBTI+ e seu aperfeiçoamento através de revisões bianuais, assim como o aperfeiçoamento dos sistemas de informações em saúde contemplando esta população, completam os desafios da gestão estadual para os próximos anos.

I.5.3. População Imigrante e Refugiada

Do início de 2022 até o primeiro semestre de 2023, o ERJ acolheu 18.672 pessoas, entre imigrantes e refugiados, com maior concentração na capital, oriundas do projeto Redes de Interiorização e outros movimentos migratórios. Os refugiados recém-chegados geralmente apresentam problemas de desnutrição, agravos em saúde mental (em decorrência de violência sexual e/ou trabalho escravo, tráfico de pessoas, privação de contato com a família, agressões físicas e mutilações) e demais doenças, algumas resultantes dos perigos na travessia das fronteiras. Muitos imigrantes e refugiados enfrentam situação de rua, até serem acolhidos pelos equipamentos de assistência social, o que deteriora ainda mais seu estado de saúde.

No período pandêmico, essa população foi uma das mais atingidas, devido à vulnerabilidade social e problemas de imunidade. Dentre as principais doenças e agravos em saúde que acometem imigrantes e refugiados¹⁵, podemos destacar deficiências nutricionais, tuberculose, transtornos mentais (ideação suicida, automutilação, abuso de álcool e outras drogas, esquizofrenia), diabetes, hipertensão, IST/AIDS, neoplasias e doenças raras.

Um grande desafio da gestão estadual da saúde é garantir acesso ao SUS para a população imigrante e refugiada, e que 100% dos municípios com essa população recebam apoio institucional do estado, tais como capacitação, material informativo e orientativo, acompanhamento pelo Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral da População Imigrante e Refugiada (CTESIPIR), instituído pela Resolução SES nº 2530, de 9 de dezembro de 2021 e [Deliberação CIB nº 6114, de 12 de março de 2020](#), e constituído por instituições parceiras, como FIOCRUZ, Cruz Vermelha RJ, ACNUR, Cáritas-RJ, OIM (Organização Internacional de Migração), entre outras. Barreiras de idioma e cultura, como a compreensão do processo saúde-doença, a falta de vínculo com a equipe de saúde, a aceitação dos diagnósticos e tratamentos, o que acarreta recusa quanto à vacinação e demais procedimentos, além do desconhecimento de gestores e profissionais de saúde das especificidades no atendimento aos imigrantes, estão entre os principais problemas para garantir o acesso dessa população ao SUS.

Para melhorar a qualidade de vida e saúde dessa população, são necessárias ações voltadas à capacitação dos profissionais de saúde e identificação de referências no acolhimento às especificidades dos imigrantes e refugiados, a elaboração de materiais informativos/orientativos quanto ao direito e acesso aos serviços do SUS, o fomento à participação dos municípios no CTESIPIR e a elaboração do Plano Estadual de Saúde da População Imigrante e Refugiada.

O fomento à criação de comitês de saúde da população migrante nos municípios, a fim de agilizar e facilitar o acolhimento e acesso à saúde, e o estabelecimento de parcerias com instituições de ensino para disponibilizar cursos de idiomas aos profissionais de saúde onde existe população imigrante e refugiada, também são ações necessárias para garantia de seu atendimento pelo SUS e a participação nos espaços de discussão para o cuidado da população refugiada e imigrante.

¹⁵ <https://www.acnur.org/>
<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/nutrisus>
<https://www.epsv.fiocruz.br/podcast/doencas-cronicas-e-infecciosas-atingem-mais-imigrantes-e-pessoas-refugiadas>
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=306873
<https://brazil.iom.int/pt-br>

I.5.4. População Privada de Liberdade (PPL)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) foi instituída pela [Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014](#), com o objetivo de ampliar as ações de saúde do SUS para a população privada de liberdade, fazendo com que cada serviço de saúde prisional passasse a ser visualizado como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde. O Plano Estadual da PNAISP foi instituído em 2014, a partir da adesão do ERJ à PNAISP, e no momento precisa ser atualizado.

Nove municípios possuem unidades prisionais: *Campos dos Goytacazes, Itaperuna, Japeri, Magé, Niterói, Resende, Rio de Janeiro, São Gonçalo e Volta Redonda*. No total, são 46 unidades prisionais, 2 Hospitais de Custódia de Tratamento Psiquiátrico, 1 Sanatório Penal e o Pronto Socorro Geral Hamilton Agostinho (UPA Gericinó), com uma PPL de, aproximadamente, 48 mil presos distribuídos nos nove municípios, com maior concentração no município do Rio de Janeiro. Existe hoje um *déficit* de aproximadamente 17 mil vagas em relação ao número de vagas disponíveis no sistema penitenciário (Geopresídios, julho de 2023).

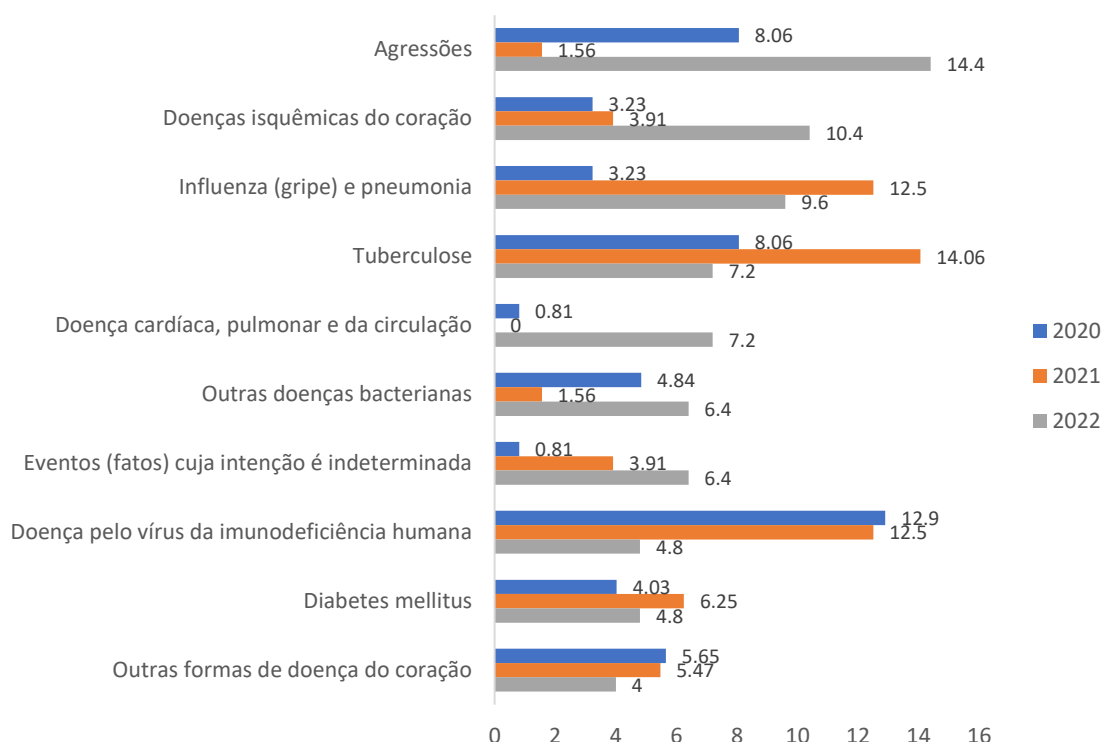
Em relação à população privada de liberdade (PPL) no estado:

- ❖ 96% são do gênero masculino;
- ❖ a faixa etária predominante está entre 18 e 29 anos de idade;
- ❖ a raça/cor negra (pretos e pardos) é prevalente no sistema prisional do ERJ, embora a falta de informação desse quesito impeça a elaboração de análises mais fidedignas;
- ❖ aproximadamente 55% com nível de escolaridade fundamental incompleto.

Sobre a situação de saúde da PPL no ERJ, é possível afirmar que os principais agravos/condições de saúde que acometem esse grupo são sífilis, tuberculose e HIV (fontes: SISDEPEN e SINAN, julho de 2023). Fatores como a arquitetura das celas (confinadas e mal ventiladas), espaço físico precário, superlotação, insalubridade e condições degradantes quanto à higiene pessoal e ao uso da água nas unidades prisionais favorecem a proliferação dessas e de outras doenças infecciosas. No gráfico 11 são apresentadas as principais causas de mortalidade da PPL do estado do Rio de Janeiro.

Atualmente, os nove municípios do ERJ com unidades prisionais estão aderidos à PNAISP e o sistema penitenciário estadual está com cobertura de 100% de equipes de Atenção Primária Prisional (39 e-APP's), sendo o alcance da cobertura um dos avanços oriundos da atuação do estado enquanto indutor da política, bem como a continuidade do financiamento estadual para implementação da política (COFI-PNAISP). Através do cofinanciamento estadual, nos últimos quatro anos (2019-2022), o ERJ descentralizou para os nove municípios um montante de R\$ 44.063.515,19 (quarenta e quatro milhões, sessenta e três mil quinhentos e quinze reais e dezenove centavos) para subsidiar a implementação da PNAISP no sistema carcerário.

Gráfico 11. Principais causas de óbito da PPL, 2020 a 2022



Fonte: Datasus/SIM

Um dos desafios que se colocam nessa pauta para os próximos anos diz respeito ao estabelecimento da conexão entre a RAPS e o sistema de justiça, através da criação e implementação do Programa de Acompanhamento e Desinstitucionalização do portador de transtorno mental em conflito com a lei e das equipes complementares na modalidade Psicossocial de Atenção Primária Prisional (eAPP), conforme [Portaria GM/MS nº 94, de 14 de janeiro de 2014](#). O fortalecimento de parcerias intersetoriais, com estrutura organizacional aprimorada para as respostas da gestão e necessárias às diversas temáticas vinculadas ao Grupo Condutor da PNAISP, o monitoramento dos processos de trabalho das e-APP no território, a construção de um fórum de redes para o fortalecimento da PNAISP, a retomada do diálogo qualificado com o Ministério da Saúde, e o acompanhamento da integração do trabalho das eAPP nas unidades prisionais do ERJ, através de visitas técnicas e reuniões regulares (intra e intersetoriais) com as secretarias municipais de saúde constituem outros desafios importantes para a temática.

I.5.5. População em Medidas Socioeducativas

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação, Internação Provisória e Semiliberdade – PNAISARI busca garantir a integralidade em saúde para todos os adolescentes em conflito com a lei, tendo a APS como referência das unidades socioeducativas, e estimulando ações intersetoriais para a responsabilização conjunta das equipes de saúde e das equipes socioeducativas.

O estado do Rio de Janeiro (ERJ) possui 14 municípios com unidades socioeducativas: Barra Mansa, Belford Roxo, Cabo Frio, Campos dos Goytacazes, Duque de Caxias, Macaé, Nilópolis, Niterói, Nova Friburgo, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo, Teresópolis e Volta Redonda; e conta com um total de 25 equipes de saúde da PNAISARI na APS, como referência no atendimento desses adolescentes.

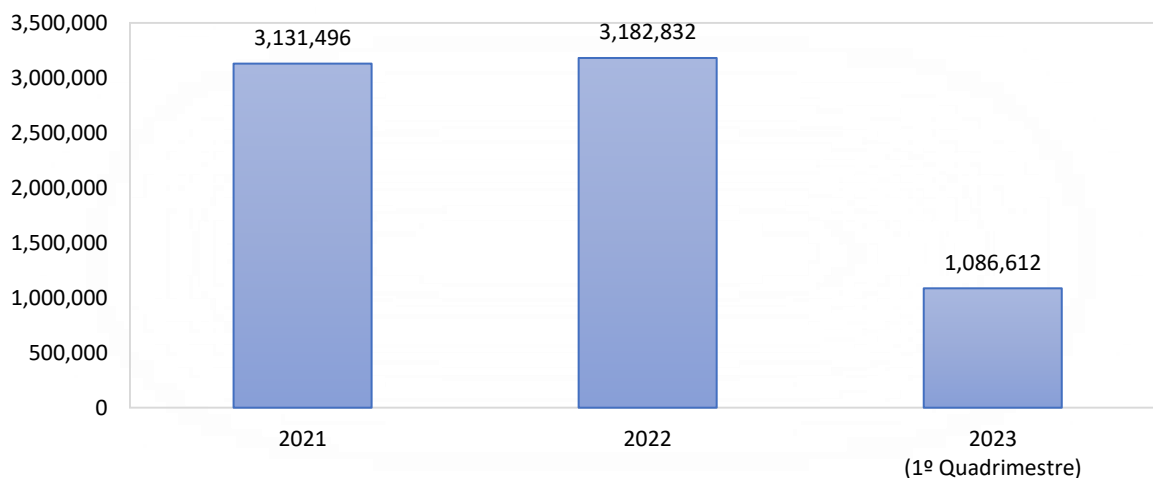
As unidades socioeducativas diferenciam-se pelas modalidades de internação: internação provisória e semiliberdade. De acordo com o Sistema de Identificação e Informação de Adolescentes – SIIAD, o ERJ, em 2022, possuía um total de 2.653 adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, sendo 94,84% do sexo masculino; a maior incidência de jovens entre 16 e 18 anos de idade e escolaridade fundamental incompleto.

Segundo levantamento realizado pela Coordenação de Saúde do Departamento Geral de Ações Socioeducativas (DEGASE), órgão do Governo do estado responsável pela execução das medidas judiciais aplicadas aos adolescentes em conflito com a lei, as doenças e agravos mais prevalentes no sistema socioeducativo estão relacionadas a doenças respiratórias e dermatoses. A maioria dos adolescentes em medidas socioeducativas recebe ao menos uma avaliação clínica de saúde no período da internação, mesmo considerando a alta rotatividade dentro do sistema.

Com o objetivo de fortalecer as ações de prevenção, promoção e cuidado em saúde integral dos adolescentes em medidas socioeducativas realizadas pelas equipes de APS municipais do ERJ, foi instituído o Programa Estadual de Cofinanciamento, Fomento e Inovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em regime de internação, internação provisória e semiliberdade, Cofi-PNAISARI (Resolução SES nº 2340, de 5 de julho de 2021), a fim de destinar custeio aos municípios para implantação e implementação das ações de saúde aos adolescentes em cumprimento de medida. Posteriormente, o Programa COFI-PNAISARI foi continuado através das Resoluções SES nº 2787, de 11 de julho de 2022, e nº 3091, de 23 de maio de 2023.

Em 2021, 12 municípios com unidades socioeducativas aderiram ao COFI-PNAISARI (Barra Mansa, Belford Roxo, Cabo Frio, Campos dos Goytacazes, Duque de Caxias, Macaé, Nilópolis, Niterói, Rio de Janeiro, São Gonçalo, Teresópolis e Volta Redonda). Os municípios de Nova Friburgo e Nova Iguaçu aderiram somente em 2023. Os valores descentralizados aos municípios até o primeiro quadrimestre de 2023 são apresentados a seguir:

Gráfico 12. Recursos (R\$) descentralizados aos municípios através do COFI-PNAISARI



Fonte: Siafe-Rio

Tabela 16. Recursos descentralizados aos municípios através do COFI-PNAISARI

COFI-PNAISARI			
Município	Ano		
	2021	2022	1º Qdm. 2023
Barra Mansa	R\$ 77.004,00	R\$ 77.004,00	R\$ 25.668,00
Belford Roxo	R\$ 256.680,00	R\$ 256.680,00	R\$ 85.560,00
Cabo Frio	R\$ 77.004,00	R\$ 77.004,00	R\$ 25.668,00
Campos dos Goytacazes	R\$ 333.684,00	R\$ 333.684,00	R\$ 111.228,00
Duque de Caxias	R\$ 77.004,00	R\$ 77.004,00	R\$ 25.668,00
Macaé	R\$ 77.004,00	R\$ 77.004,00	R\$ 25.668,00
Nilópolis	R\$ 77.004,00	R\$ 77.004,00	-
Niterói	R\$ 77.004,00	R\$ 77.004,00	R\$ 25.668,00
Nova Friburgo	-	-	R\$ 68.448,00
Nova Iguaçu	-	R\$ 51.336,00	-
Rio de Janeiro	R\$ 1.642.752,00	R\$ 1.642.752,00	R\$ 547.584,00
São Gonçalo	R\$ 77.004,00	R\$ 77.004,00	R\$ 25.668,00
Teresópolis	R\$ 77.004,00	R\$ 77.004,00	R\$ 25.668,00
Volta Redonda	R\$ 282.348,00	R\$ 282.348,00	R\$ 94.116,00
Total	R\$ 3.131.496,00	R\$ 3.182.832,00	R\$ 1.086.612,00

Fonte: Siafe-Rio

A [Portaria SAS/MS nº 493, de 02 de junho de 2020](#), incluiu novo procedimento na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS: avaliação do estado geral de saúde do (a) adolescente em atendimento socioeducativo, incluindo também avaliação do crescimento e desenvolvimento; solicitação de exames de rotina; testes rápidos para infecções sexualmente transmissíveis e gravidez; atualização do cartão de vacinas (conforme calendário nacional de vacinação); orientações sobre métodos contraceptivos, gravidez, parto, pós parto e puerpério, amamentação; atenção à saúde mental, por meio de consulta de enfermagem, consulta médica, consulta odontológica, consulta com profissional de saúde mental.

O papel da SES-RJ na PNAISARI inclui o monitoramento das ações intersetoriais no território entre as 25 equipes de atenção primária de referência das unidades socioeducativas de internação e semiliberdade; além de fazer apoio institucional aos municípios na busca por um atendimento equânime para os adolescentes em medida socioeducativa. Algumas questões dificultam a plena realização desse papel, como problemas na comunicação e integração com o DEGASE. O alto índice de uso de psicotrópicos entre os adolescentes e a rotatividade dos profissionais responsáveis pelo acompanhamento da PNAISARI, nos municípios, completam as questões que têm dificultado o monitoramento das ações no território pela saúde estadual.

Diante do quadro exposto, as prioridades estabelecidas no apoio à PNAISARI no ERJ incidem sobre:

- ❖ O crescimento do apoio matricial na saúde mental, sobretudo no sentido de impactar na diminuição da incidência dos casos de autoagressão, uso abusivo de substâncias psicoativas e alto índice de uso de psicotrópicos na população de adolescentes;
- ❖ A ampliação e consolidação dos Grupos de Trabalho Intersetoriais Municipais – GTIM;
- ❖ O reforço do caráter intersetorial do Grupo de Trabalho Intersectorial Estadual – GTIE, com a aproximação dos setores de assistência, esporte, cultura, lazer e Organizações Não Governamentais e
- ❖ O incentivo sobre a implementação de ações educativas que enfatizem as temáticas ampliadas e transversais sobre a saúde, tais quais: questões raciais, LGBTI+, violência, bem como iniciativas assistenciais sobre as mesmas.

I.5.6. População em situação de rua

A população em situação de rua caracteriza-se como um grupo populacional heterogêneo, com vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, que circula e faz das ruas seu local de existência e moradia, vivendo em condições de pobreza, vulnerabilidade extrema a violências em suas diversas configurações, e uma série de violações de direitos. Essas condições colocam esta população nos grupos de maior risco de morbidade e/ou letalidade, devido às doenças mais recorrentes, tais como: tuberculose, dermatoses, sofrimento psíquico, IST/HIV/AIDS e doenças crônicas, dentre outros problemas de enorme complexidade, como a gestação de alto risco.

Até o ano de 2023, o Brasil não realizou contagem oficial da população em situação de rua em nível nacional. A primeira e única pesquisa ampla sobre a população em situação de rua foi realizada entre 2007 e 2008, pelo Ministério do Desenvolvimento Social, que avaliou o público composto por pessoas com 18 anos completos ou mais e abrangeu 71 cidades. O levantamento chegou ao contingente de 44 mil pessoas.

Oficialmente, o dado mais recente, mas que ainda se trata de uma projeção, é do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), que divulgou um total de 281.472 pessoas vivendo na rua no ano de 2022. Já os dados obtidos a partir do Cadastro Único para Programas Sociais (Cadastro Único) mostram que, em dezembro de 2022, 236.400 pessoas encontravam-se em situação de rua no Brasil, enquanto no estado do Rio de Janeiro, no mesmo período, havia 21.025 pessoas nessa situação. O

município do Rio de Janeiro realizou o primeiro censo municipal para população em situação de rua no ano de 2020, levantando o total de 7.272 pessoas nessa situação, enquanto o censo realizado em 2023 mostrou o total de 7.865 pessoas, um aumento de 8,5% em relação a 2020.

Em agosto/2023, o Plenário do Supremo Tribunal Federal (STF) referendou a decisão do ministro Alexandre de Moraes, determinando que os estados, Distrito Federal e municípios elaborassem um plano de ação e monitoramento para atender às diretrizes da Política Nacional para a População em Situação de Rua ([Decreto Federal 7.053/2009](#)), num prazo de 120 dias. Em dezembro/2023 foi realizada uma avaliação preliminar para o primeiro censo nacional de população em situação de rua, organizada pelo IBGE, em parceria com o Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania e Desenvolvimento Social, na cidade de Niterói (RJ). O desenvolvimento de mecanismos para mapear a população em situação de rua no censo no país possibilitará o levantamento dos perfis e condições de sobrevivência das pessoas em situação de rua, bem como o conhecimento das principais vulnerabilidades, a fim de viabilizar a criação de políticas públicas que atendam as reais necessidades.

A estratégia Consultório na Rua foi instituída pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2011, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde e ofertar, de maneira oportuna, atenção integral para esse grupo populacional. Trata-se de equipes multiprofissionais e multidisciplinares, que desenvolvem ações integradas de saúde de forma inter e intrasetorial, realizando suas atividades de forma itinerante e, quando necessário, utilizando as instalações das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território de atuação.

As equipes de consultório na rua podem ser organizadas pelos municípios em 03 modalidades, variando de acordo com as categorias que compõem a equipe e o número de profissionais inseridos. O financiamento do MS se organiza da seguinte forma:

- ❖ Modalidade I - Mínimo de quatro profissionais, excetuando-se o médico, sendo dois profissionais de nível superior e dois profissionais de nível médio: R\$ 19.900,00 mensais,
- ❖ Modalidade II - Mínimo de seis profissionais, excetuando-se o médico, sendo três profissionais de nível superior e três profissionais de nível médio: R\$ 27.300,00 mensais,
- ❖ Modalidade III - Modalidade II acrescida de um profissional médico: R\$ 35.200,00 mensais.

Além do financiamento federal, as eCR são cofinanciadas através do Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde (SES ERJ) com um valor pactuado anualmente de R\$ 17.060,00, a fim de fomentar a expansão das equipes e o cuidado integral à essa população.

No ERJ, atualmente, 31 municípios são elegíveis pelo MS para implantação de Equipes de Consultório na Rua (eCR), mas apenas 21 possuem equipes implantadas, totalizando 34 equipes credenciadas e implantadas e 1 equipe credenciada, em processo de homologação. Além disso, há municípios em processo de implantação, aguardando elegibilidade pelo MS e outros em diálogo para iniciar o processo. Estima-se que o MS atualize o teto dos municípios para eCR em 2024, com publicação de portarias.

De acordo com o SISAB, no ERJ existem 16.017 pessoas em situação de rua cadastradas e acompanhadas pelas eCR no ERJ (abril/23).

Tabela 17. Distribuição dos municípios/região de saúde quanto à situação de Equipes de Consultório de Rua (ECR) segundo teto de financiamento do MS, número de equipes implantadas e em processo de implantação, estado do Rio de Janeiro, 2023.

Região de Saúde/Município	Teto de eCR	eCR implantadas	eCR em processo de homologação/ implantação
Total do estado	191	34	2
Baía da Ilha Grande	2	1	0
Angra dos Reis	1	1	0
Paraty	1	0	0
Baixada Litorânea	4	0	0
Araruama	1	0	0
Cabo Frio	1	0	0
Rio das Ostras	1	0	0
São Pedro da Aldeia	1	0	0
Centro-Sul	0	0	0
Médio Paraíba	6	3	0
Barra do Piraí	1	0	0
Barra Mansa	2	1	0
Resende	2	1	0
Volta Redonda	1	1	0
Metropolitana I	165	19	1
Belford Roxo	1	1	0
Duque de Caxias	2	1	0
Itaguaí	1	0	0
Japeri	1	0	0
Magé	7	2	0
Mesquita	1	1	0
Nilópolis	1	0	0
Nova Iguaçu	3	2	0
Queimados	1	0	1
Rio de Janeiro	141	13	0
São João de Meriti	6	1	0
Metropolitana II	6	4	0
Itaboraí	2	1	0
Maricá	1	1	0
Niterói	2	1	0
São Gonçalo	1	1	0
Noroeste	1	1	0
Itaperuna	1	1	0
Norte	3	2	0
Campos dos Goytacazes	1	1	0
Macaé	2	1	0
Serrana	4	2	1
Nova Friburgo	1	0	1
Petrópolis	2	1	0
Teresópolis	1	1	0

Fonte: Elaboração própria

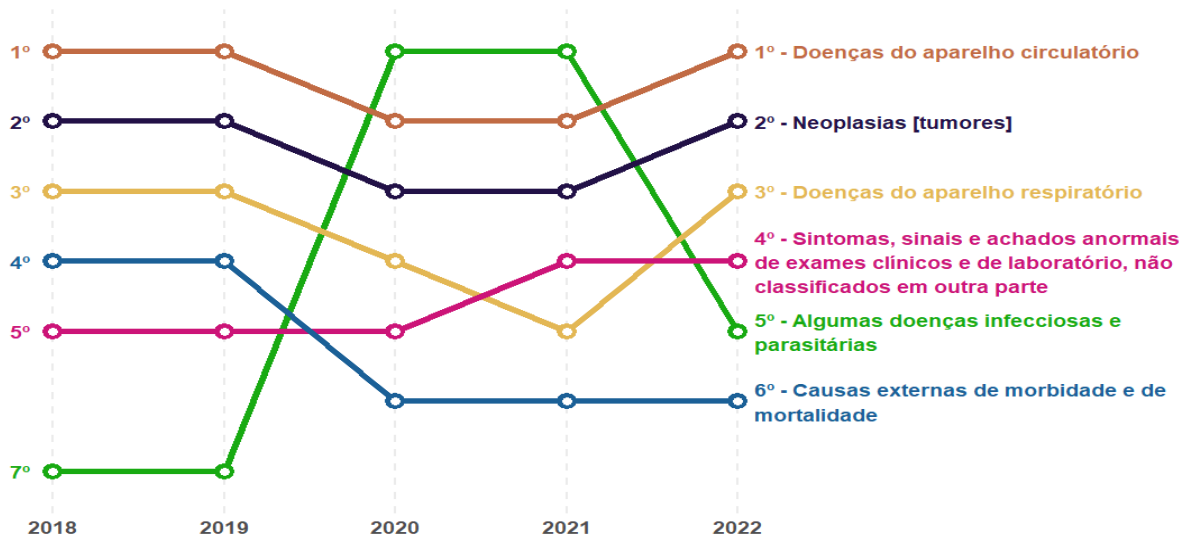
II. Perfil de morbimortalidade

O perfil de morbidade e mortalidade de uma população permite analisar, ao menos parcialmente, o seu estado de saúde e corresponde a uma das dimensões fundamentais para a análise do sistema de saúde existente. A seleção dos indicadores e análises apresentados a seguir pretende traduzir o fenômeno considerado como tripla carga de doença (recrudescimento das doenças infecciosas e parasitárias, aumento das crônico-degenerativas e agravos relacionados aos acidentes e à violência), produto das transições demográfica e epidemiológica, de forma que possam subsidiar em outra etapa do planejamento uma resposta socialmente organizada, mais ajustada às necessidades e, portanto, mais potente para o enfrentamento às condições encontradas, através da oferta e organização da Rede de Atenção à Saúde.

II.1. Mortalidade por principais causas

Monitorar os dados de óbitos no ERJ é essencial para a construção de estratégias visando o cuidado em saúde, observando os movimentos das causas de mortalidade e mudanças de perfil epidemiológico das doenças. A análise das principais causas de mortalidade revela que as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias são as mais incidentes, representando um alto acometimento dessas condições entre a população fluminense (figura 02). no entanto, o panorama se alterou em 2020 e 2021, anos nos quais as doenças infecciosas e parasitárias, impulsionadas pela pandemia de Covid-19, se tornaram a principal causa de óbitos. Em 2022, observou-se o retorno das doenças do aparelho circulatório e das neoplasias para 1º e 2º lugares no *ranking* das causas de morte e a manutenção dos sinais e sintomas e achados anormais como a 4º causa. Óbitos por causas externas passou de 4º para 6º causa de morte e se manteve nos últimos três anos (figura 03).

Figura 02. *Ranking* das cinco principais causas de óbito (%) de residentes no estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2018 e 2022



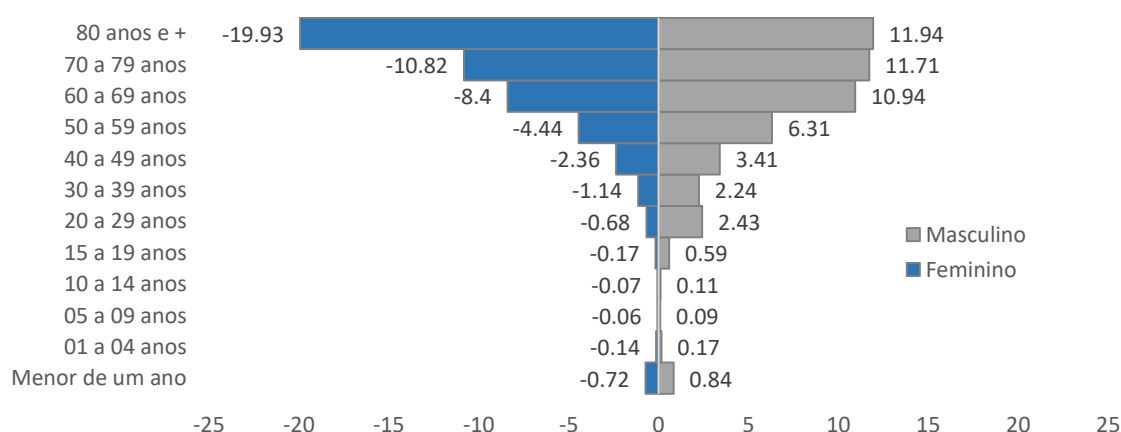
Fonte: SIM, dados extraídos em 01 de junho de 2023 e sujeitos a alterações.

Os óbitos por sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório subiram da 5ª posição em 2018 para a 4ª posição, permanecendo como uma das principais causas até o ano de 2022. Essa classificação abrange óbitos onde a causa não foi precisamente determinada, o que implica em uma perda na qualidade dos dados, ampliando o grupo das causas mal definidas. Isso provavelmente ocorreu pelo volume de óbitos ocorridos em decorrência da pandemia de Covid-19, de modo que se torna fundamental, para a adequada formulação das políticas públicas, a melhoria da definição e registro dos óbitos.

A figura 03 (página a seguir) apresenta o *ranking* da mortalidade proporcional pelas nove regiões de saúde do estado. Observamos que em todas as regiões a primeira e segunda causas de óbito são iguais às do ERJ. Observamos também uma relevância significativa dos óbitos relacionados aos Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório em algumas regiões do ERJ, alcançando a terceira posição na Baixada Litorânea e na região Metropolitana II, a quarta posição na Metropolitana I e a quinta na região Centro Sul. Nas demais regiões do ERJ, esta causa não aparece entre as cinco principais. Com isso, é possível perceber que as regiões apresentam comportamentos diferenciados em relação ao padrão de mortalidade, a partir da terceira causa de morte, sendo necessárias ações diferenciadas para cada região.

O gráfico 13 apresenta a pirâmide etária de mortes no estado do Rio de Janeiro. Em relação à mortalidade dos residentes do ERJ por sexo e faixa etária, observa-se que a mortalidade é mais elevada entre a população masculina desde os menores de um ano até os 70-79 anos. Por outro lado, na faixa etária acima de 80 anos, as mulheres representam a maioria dos óbitos.

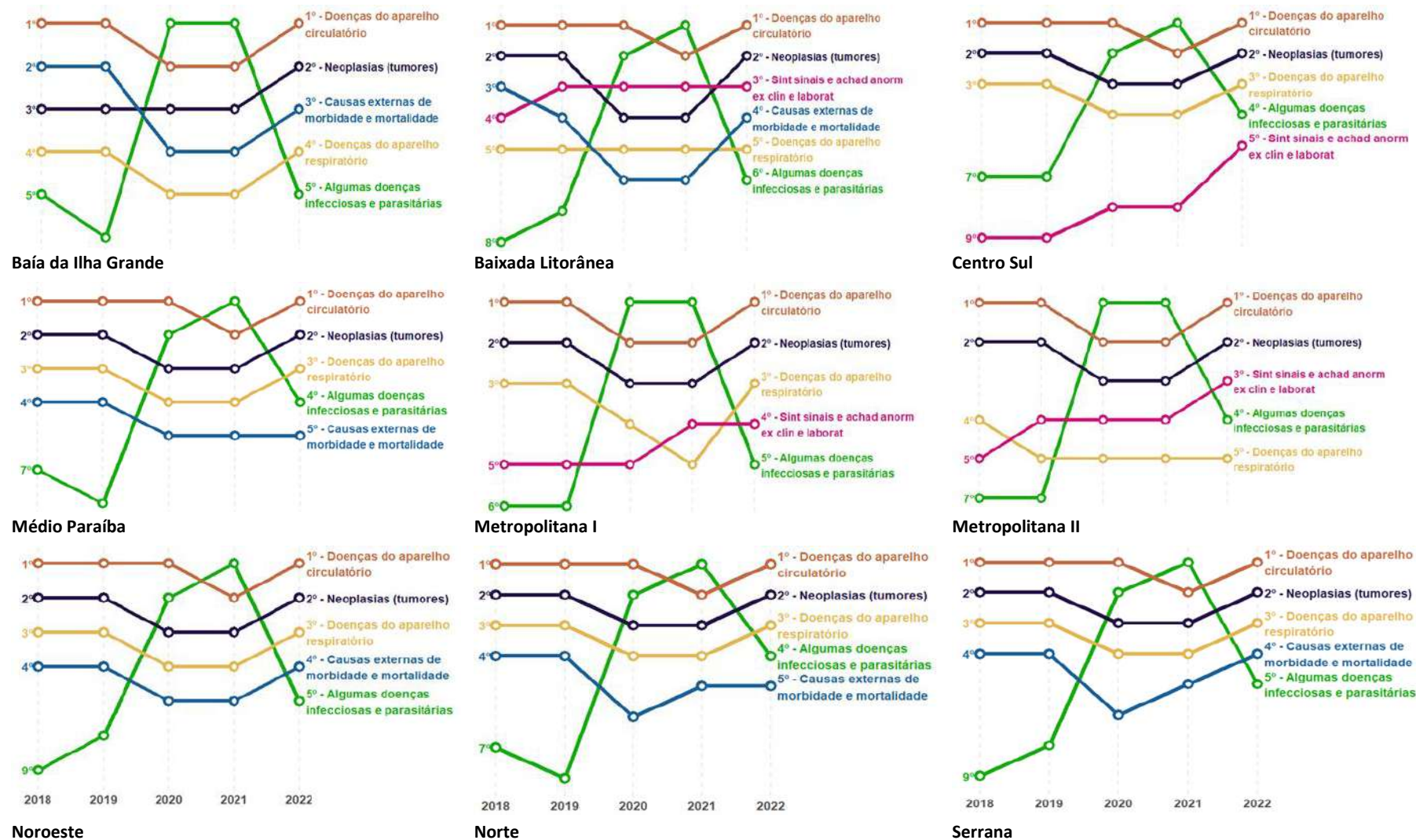
Gráfico 13. Mortalidade proporcional por idade em residentes no estado do Rio de Janeiro, 2022.



Fonte: SIM, dados extraídos em 01 de junho de 2023 e sujeitos a alterações.

É possível observar que a mortalidade infantil ainda é um problema a ser enfrentado no ERJ, pois existe uma predominância de óbitos na faixa etária de até 1 ano de idade, quando comparado com as demais faixas até 9 anos. Também é possível identificar que o estado mantém o padrão de homens morrendo com mais frequência desde a infância. Apenas na faixa etária mais avançada, acima de 80 anos, é possível observar uma frequência maior de óbitos em mulheres, devido a um viés de sobrevivência, ou seja, existem mais mulheres nessa faixa etária.

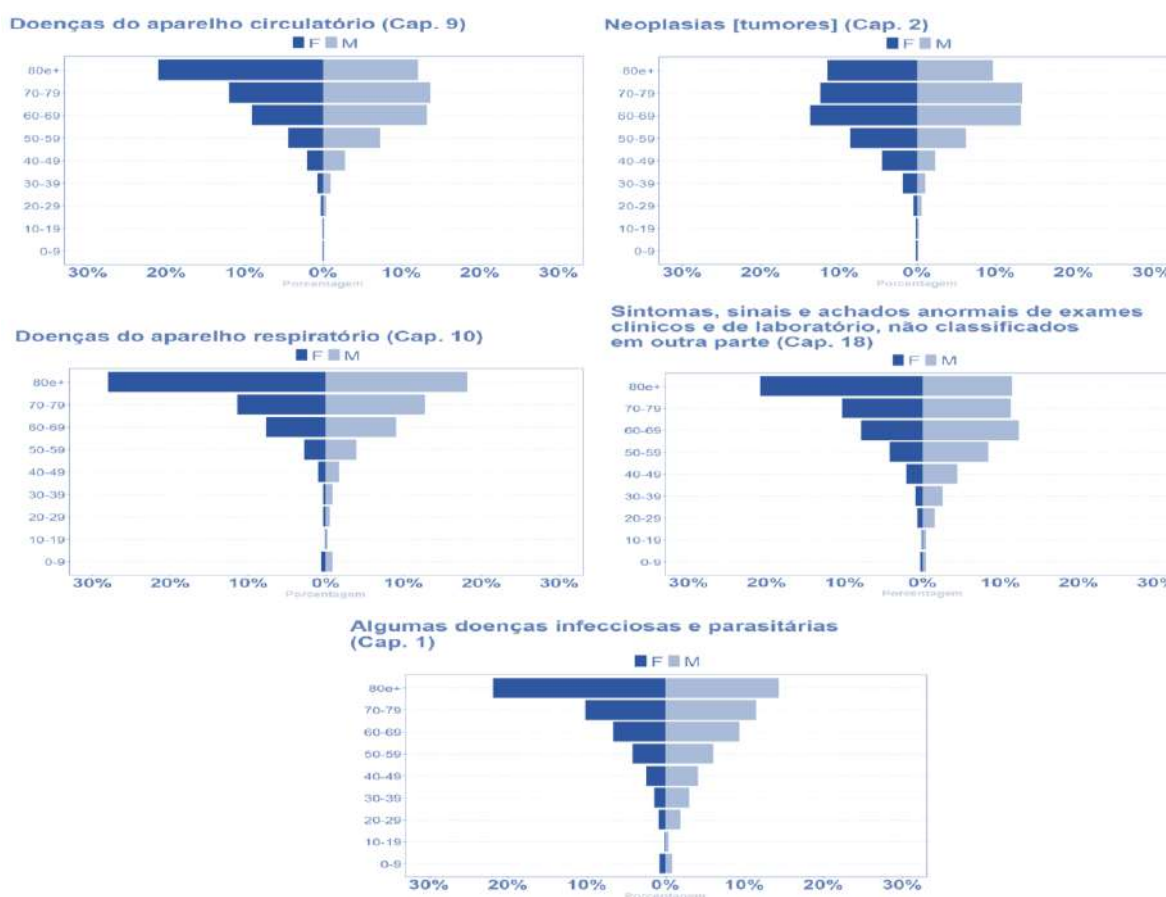
Figura 03. Ranking da mortalidade proporcional por regional de saúde considerando as principais causas de óbitos de pessoas residentes no estado do Rio de Janeiro entre os anos de 2018 e 2022



Fonte: SIM, dados extraídos em 01 de junho de 2023 e sujeitos a alterações.

A figura 04 apresenta as pirâmides etárias das principais causas de mortes, possibilitando o entendimento do padrão das causas por sexo e idade. Assim, consegue-se observar que a mortalidade infantil tem os capítulos I e X como os mais frequentes nessa faixa etária. Entre as cinco principais causas de mortalidade, as doenças do aparelho circulatório ocupam a posição de destaque, afetando predominantemente os homens nas faixas etárias de 50 até 79 anos. No entanto, a partir dos 80 anos, observa-se um cenário em que as mulheres se tornam maioria em relação às mortes por essas doenças.

Figura 04. Mortalidade proporcional por idade - causas que levam mais frequentemente ao óbito, em ambos os sexos, em residentes no estado do Rio de Janeiro, 2022

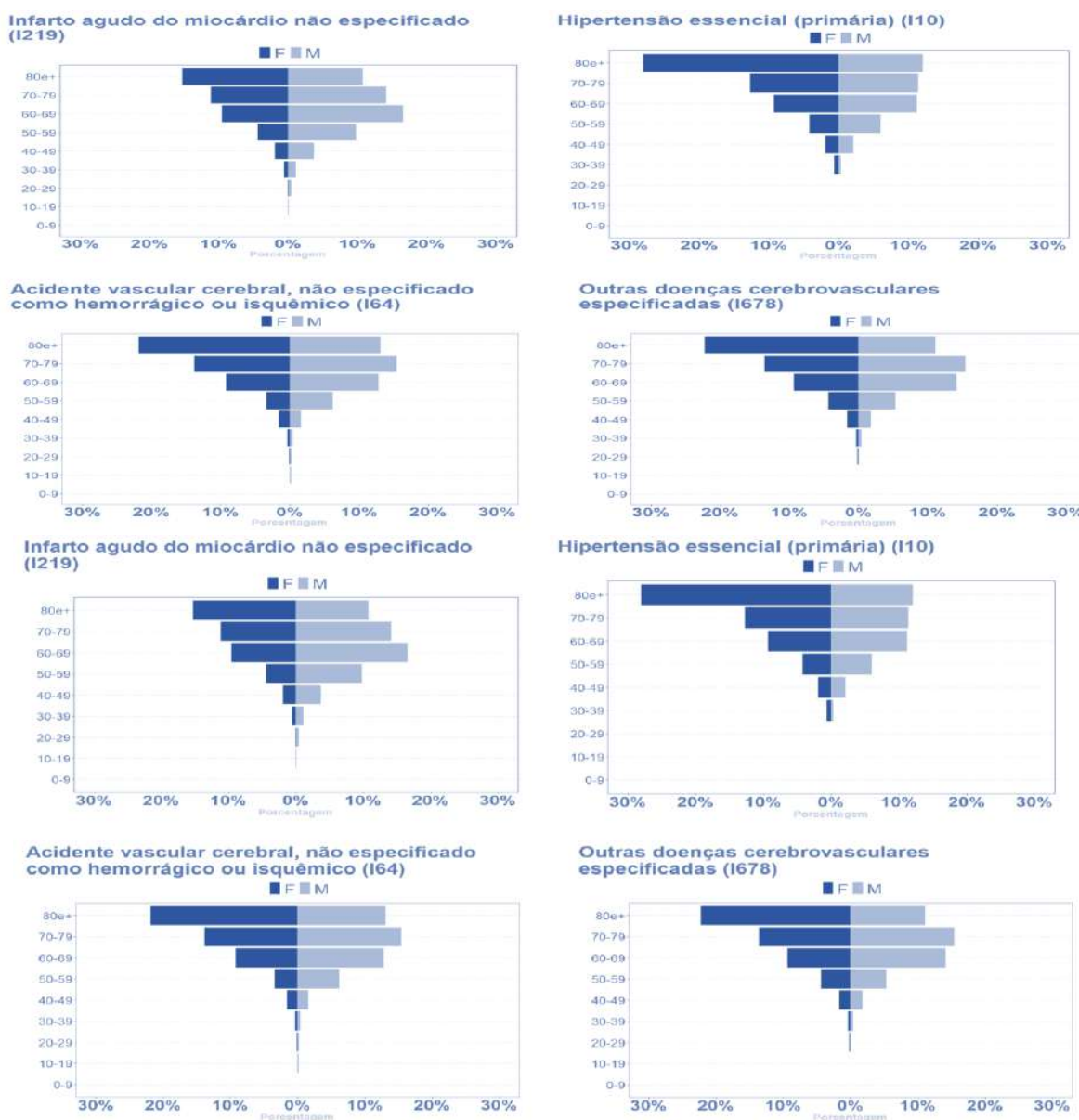


Fonte: SIM, dados extraídos em 01 de junho de 2023 e sujeitos a alterações

Em relação à mortalidade por neoplasias, é importante destacar que afetam mais as mulheres em todas as faixas etárias. A incidência de neoplasias malignas é geralmente maior entre as mulheres, e isso se reflete nas taxas de mortalidade relacionadas a essa doença. No entanto, é válido ressaltar que os fatores de risco, os tipos específicos de neoplasias e outros elementos podem influenciar nas diferenças de mortalidade entre homens e mulheres em diferentes faixas etárias. Outro ponto importante a ser ressaltado está relacionado ao fato de que as mulheres mantêm contato mais frequente com o sistema de saúde.

A figura 05 apresenta as cinco principais causas de mortalidade relacionadas à doença do aparelho circulatório: infarto agudo do miocárdio não especificado, hipertensão essencial primária, acidente vascular cerebral, outras doenças cerebrovasculares e hemorragia intracerebral não especificada. É importante destacar que todas essas cinco causas têm em comum a característica de apresentarem uma maior taxa de mortalidade entre os homens em quase todas as faixas etárias, com exceção dos indivíduos com 80 anos ou mais, grupo no qual observa-se uma maior mortalidade em pessoas do sexo feminino.

Figura 05. Mortalidade proporcional por idade - causas que levam mais frequentemente ao óbito, em ambos os sexos, relacionadas a doenças do aparelho circulatório em residentes no estado do Rio de Janeiro, 2022.

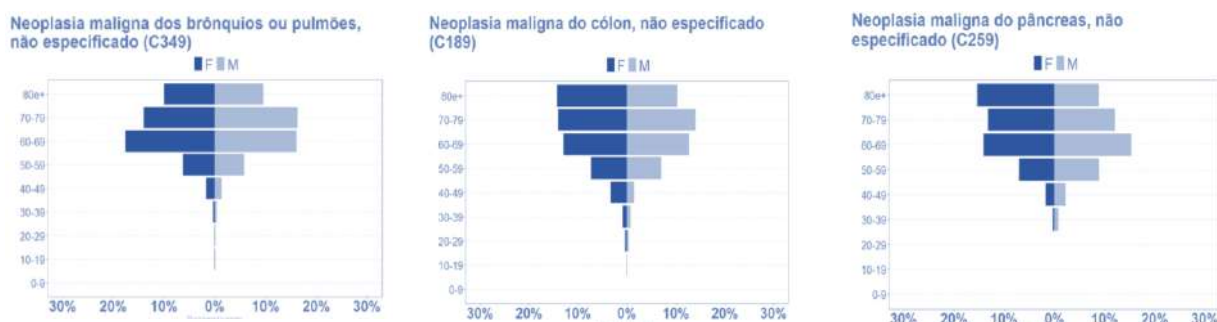


Fonte: SIM, dados extraídos em 01 de junho de 2023 e sujeitos a alterações

A predominância dessas doenças do aparelho circulatório constitui-se em uma preocupação significativa em termos de saúde pública, particularmente entre a população masculina. Essas informações são essenciais para orientar e direcionar esforços de prevenção, detecção precoce e tratamento adequado, visando reduzir a mortalidade relacionada às doenças cardiovasculares.

Em relação às neoplasias (figura 06), dentre as causas em ambos os sexos que levam mais frequentemente ao óbito temos: as neoplasias dos brônquios ou pulmões, do cólon e do pâncreas.

Figura 06. Mortalidade proporcional por idade - causas que levam mais frequentemente ao óbito, em ambos os sexos, relacionadas a neoplasias (tumores) em residentes no Rio de Janeiro, 2022.



Fonte: SIM, dados extraídos em 01 de junho de 2023 e sujeitos a alterações

Temos como principais acometimentos em cada sexo a neoplasia maligna de mama entre as mulheres e a neoplasia maligna de próstata entre os homens. As figuras a seguir representam o quanto as mulheres e homens são acometidos em cada faixa etária.

Figura 07. Porcentagem de óbitos em mulheres de 30 anos ou mais por neoplasia maligna da mama, não especificada, Rio de Janeiro, 2022.

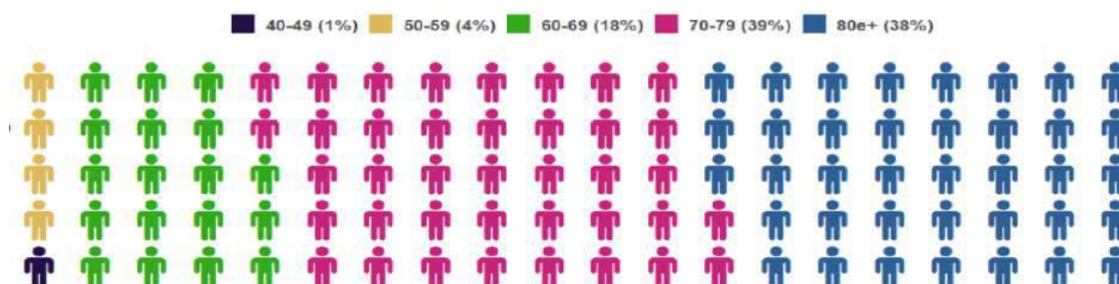


Fonte: SIM, dados extraídos em 01 de junho de 2023 e sujeitos a alterações.

Em relação à porcentagem de óbitos por neoplasia maligna de mama em mulheres a partir dos 30 anos, é possível observar uma predominância significativa nas faixas etárias entre 50-59 anos e 60-69 anos. Esses dados indicam que mulheres nessa faixa etária têm um maior risco de

mortalidade relacionado ao câncer de mama. Diante dessa perspectiva, pensar em ações que levem ao rastreamento precoce da neoplasia auxiliará na diminuição dos óbitos.

Figura 08. Porcentagem de óbitos em homens de 40 anos ou mais por neoplasia maligna da próstata, Rio de Janeiro, 2022.



Fonte: SIM, dados extraídos em 01 de junho de 2023 e sujeitos a alterações

Já em relação à mortalidade por neoplasia maligna da próstata a partir dos 40 anos, pode-se observar uma predominância significativa nas faixas etárias de 70-79 anos e 80+. É fundamental destacar que essas informações ressaltam a importância da prevenção, diagnóstico precoce e tratamento adequado para melhorar os resultados de saúde e reduzir a mortalidade por essas doenças.

II.1.1. Mortalidade por sexo, idade e cor/raça

Considerando seis faixas etárias (menor de um ano, de 01 a 09 anos, 10 a 19 anos, 20 a 49 anos, 50 a 69 anos e 70 anos em diante), foram calculadas as taxas de mortalidade por idade, sexo e cor/raça para o ano de 2022, sendo definido o recorte “brancos” x “negros” (pretos + pardos). Em seguida calculou-se a razão entre as taxas de mortalidade da população negra em relação à branca.

As tabelas completas com as cinco principais causas de morte por capítulos, grupos e diagnósticos estão disponíveis nos anexos.

Quadro 02. Razão entre as taxas de mortalidade geral de pessoas negras e brancas, por sexo e faixa etária, 2022.

Faixa etária e sexo	< de 01 ano		01-09		10-19		20-49		50-69		70+	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Razão	0,79	0,84	0,78	0,93	0,78	1,5	1,14	1,40	1,02	0,99	0,76	0,77

Fonte: MS/Datasus, SIM e SINASC 2022. Dados definitivos. IBGE: Censo Demográfico 2022 - Resultados do universo.

Quadro 03. Destaques entre as taxas de mortalidade (1.000 NV) por cor/raça de menores de um ano por sexo e capítulos CID-10, 2022.

Capítulo		Feminino					Masculino				
		Brancas		Negras		Razão	Brancos		Negros		Razão
		Ordem	Taxa	Ordem	Taxa		Ordem	Taxa	Ordem	Taxa	
XVI	Algumas afecções originadas do período perinatal	1ª	6,66	1ª	6,18	0,93	1ª	6,98	1ª	7,56	1,08
XVII	Malf. congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	2ª	3,72	2ª	2,04	0,55	2ª	3,93	2ª	2,14	0,54
XX	Causas externas de morbidade e mortalidade	3ª	1,02	3ª	0,91	0,89	5ª	0,78	4ª	0,78	1,00
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4ª	0,70	4ª	0,72	1,02	4ª	0,81	3ª	0,80	0,99
Total		-	14,06	-	11,15	0,79	-	15,05	-	12,67	0,84

Fonte: DataSUS/SIM e SINASC. Dados definitivos.

De início, observa-se que as taxas de mortalidade infantil das crianças brancas foram superiores às das crianças negras, e que as taxas masculinas foram superiores às femininas, independente de cor/raça, para o ano de 2022. A principal causa de morte dos menores de um ano foi o capítulo XVI (Algumas afecções específicas do período perinatal). Considerando a classificação de mortes evitáveis entre 0-4 anos de idade, temos que, nas mortes ‘reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação’, se destaca o diagnóstico “Feto ou recém-nascido afetado por complicações maternas na gravidez”, com 1,6x mais mortes entre meninas brancas; quanto aos meninos negros, sem variação por cor/raça. Nas mortes “reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto”, se destacam os seguintes diagnósticos: Síndrome de aspiração neonatal’, 2x maior entre as meninas negras; Hipóxia intrauterina”, 1,5x maior entre meninas brancas; Feto ou recém-nascido afetado por outras complicações do trabalho de parto e do parto, 1,5x maior entre as meninas brancas. Já nas mortes “Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido”, se destaca o seguinte diagnóstico: Desconforto respiratório do recém-nascido, 1,6x maior entre meninas negras; e 2,3x maior entre meninos negros.

As malformações congênitas (capítulo XVII), 2ª causa de morte nesta faixa etária, predominaram entre as crianças brancas, com 1,8x mais óbitos tanto para o sexo masculino quanto para o feminino. Destacaram-se as malformações congênitas do aparelho circulatório (1,7x superiores entre as meninas brancas, comparadas às negras, e 1,8x mais frequentes entre os meninos brancos quando comparados aos negros) e do sistema nervoso (2,1x mais óbitos entre as meninas brancas em relação às negras, e 1,6x mais óbitos entre os meninos brancos em relação aos negros).

As causas externas de mortalidade (capítulo XX) não mostraram diferenciais de sexo e cor/raça que merecessem destaque. Por outro lado, no capítulo I (Algumas doenças infecciosas e parasitárias), no grupo das ‘Outras doenças bacterianas’ as ‘Infecções de transmissão predominantemente sexual’ (principalmente a sífilis) se destacaram na mortalidade das crianças negras (6,5x mais mortes entre as meninas negras, comparadas às brancas, e 1,8x mais mortes entre os meninos negros, comparados aos brancos).

Quadro 04. Destaques entre as taxas de mortalidade (100.000 hab.) por cor/raça de crianças de 01 a 09 anos por sexo e capítulos CID-10, 2022.

Capítulo		Feminino					Masculino				
		Brancas		Negras		Razão	Brancos		Negros		Razão
		Ordem	Taxa	Ordem	Taxa		Ordem	Taxa	Ordem	Taxa	
XX	Causas externas de morbidade e mortalidade	1ª	7,41	1ª	5,98	0,81	1ª	8,61	1ª	10,17	1,18
X	Doenças do aparelho respiratório	2ª	6,84	2ª	5,38	0,79	2ª	6,67	2ª	6,33	0,95
VI	Doenças do sistema nervoso	3ª	5,41	4ª	2,59	0,48	4ª	5,56	3ª	3,84	0,69
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4ª	4,98	5ª	4,27	1,17	5ª	4,17	3ª	3,84	0,92
XVII	Malform. Cong., deformidades e anomalias cromossômicas	5ª	4,84	3ª	1,59	0,33	3ª	5,83	4ª	3,26	0,56
Total		-	39,32	-	30,68	0,78	-	45,00	-	41,60	0,93

Fonte: Datasus/SIM. Dados definitivos. IBGE/Censo Demográfico 2022. Resultados do universo.

A mortalidade entre 01 e 09 anos de idade não mostrou predominância da cor/raça negra em nenhum dos principais capítulos. Ao contrário, as doenças do sistema nervoso e as malformações congênitas apresentaram, respectivamente, taxas 2x e 3x superiores para as meninas brancas, e 1,5x e 1,8x superiores para os meninos brancos. As demais causas de mortalidade não mostraram diferenças de cor/raça por capítulo.

Já entre as categorias, destacaram-se em 2022, nas causas externas, os riscos não especificados à respiração, 4,8x mais frequentes para os meninos negros e 1,4x para as meninas negras; os afogamentos e submersões acidentais, 1,7x mais frequentes entre meninas negras e 2,1x entre os meninos negros; e as agressões, 2,3x mais frequentes entre as meninas negras, mas sem variação por cor/raça para os meninos.

As doenças do sistema nervoso, apesar de mais frequentes como causa de morte de crianças brancas, provocaram mais mortes por encefalite, mielite e encefalomielite entre os meninos negros em 2022 (3,5x mais mortes), sem variação para as meninas, e por hidrocefalia (1,4x mais mortes entre os meninos negros e 2,8x mais mortes entre as meninas negras). Nas malformações congênitas, chamaram a atenção as anomalias cromossômicas NCOP, com 3,7x mais mortes entre os meninos brancos, e 7x mais mortes entre as meninas brancas.

Quadro 05. Destaques entre as taxas de mortalidade (100.000 hab.) por cor/raça de jovens de 10 a 19 anos por sexo e capítulos CID-10, 2022.

Capítulo		Feminino					Masculino				
		Brancas		Negras		Razão	Brancos		Negros		Razão
		Ordem	Taxa	Ordem	Taxa		Ordem	Taxa	Ordem	Taxa	
XX	Causas externas de morbidade e mortalidade	1ª	12,91	1ª	13,29	1,03	1ª	43,92	1ª	87,81	2,00
II	Neoplasias	2ª	4,30	2ª	3,53	0,82	3ª	5,62	3ª	4,90	0,87
VI	Doenças do sistema nervoso	3ª	3,50	7ª	1,85	0,53	2ª	7,77	6ª	3,16	0,41
IX	Doenças do aparelho circulatório	4ª	3,23	5ª	2,69	0,83	4ª	4,55	5ª	3,47	0,76
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4ª	3,23	3ª	3,03	0,94	5ª	4,02	4ª	3,63	0,90
XVIII	Sint., sinais e achados anormais clínicos e laboratoriais NCOP	5ª	2,15	4ª	2,86	1,33	6ª	3,75	2ª	6,95	1,85
XV	Gravidez, parto e puerpério	9ª	0,54	6ª	2,19	4,06	-	-	-	-	-
Total		-	38,74	-	36,83	0,95	-	80,07	-	118,93	1,49

Fonte: Datasus/SIM. Dados definitivos. IBGE/Censo Demográfico 2022. Resultados do universo.

Entre os 10-19 anos de idade, as causas externas predominaram como causa de morte para ambos os sexos, sendo que o sexo masculino apresentou taxas 6,6x superiores ao feminino para a cor/raça negra e 3,4x superiores para a cor/raça branca. Destacaram-se no capítulo, em 2022, as mortes de motociclistas traumatizados por acidente de transporte sem colisão (3,1x > entre mulheres negras), sem variação por cor/raça entre os homens; os envenenamentos e intoxicações acidentais, 3,7x mais frequentes entre as jovens negras; os afogamentos e submersões acidentais, 2x maiores entre os jovens negros; as lesões autoprovocadas voluntariamente (suicídios), 3,1x maiores entre os jovens negros, sem variação por cor/raça entre as mulheres; as agressões, 1,7x mais frequentes entre as jovens negras, especialmente por arma de fogo (2,5x mais frequentes), e 2,4x mais frequentes entre os jovens negros, especialmente por arma de fogo (2,6x mais frequentes) e agressão por outros meios não especificados (2,3x mais frequentes). Destacaram-se ainda as mortes por intervenção legal, 1,6x mais frequentes entre os jovens negros do sexo masculino, e os eventos ou fatos de intenção indeterminada: 9x mais frequentes entre os jovens negros e 3,1x mais frequentes entre as jovens negras.

Entre as neoplasias, destacaram-se a leucemia linfóide, com 4,1x mais mortes entre os jovens negros, e a neoplasia maligna do encéfalo, com 3,4x mais mortes entre os jovens negros. Não houve variação para o sexo feminino. As mortes por doenças do sistema nervoso predominaram entre os jovens brancos (2,5x mais frequentes entre o sexo masculino, e 1,9x mais frequentes entre o feminino), sem destaques específicos devido ao baixo número de casos e muitos diagnósticos diferentes. As causas mal definidas de mortalidade apresentaram 1,7x mais mortes de jovens negros e 1,8x mais mortes de jovens negras.

Destacam-se ainda as mortes relacionadas a gravidez, parto e puerpério, 4x superiores para as mulheres negras (13 mortes de mulheres negras e 2 de brancas). Três destas mortes foram por aborto: uma por gravidez ectópica, uma por aborto espontâneo, e uma por aborto NE, todas de mulheres negras. Outros quatro óbitos de mulheres negras ocorreram por complicações relacionadas ao puerpério, sendo dois por infecção puerperal, e mais quatro mortes por afecções obstétricas NCOP, incluindo morte por sequelas de causas obstétricas diretas, e morte obstétrica tardia. Entre as doenças do sangue, com 2,5x mais mortes para as mulheres negras e 2,3x mais mortes para os homens negros, ocorreram em 2022 três mortes de mulheres negras e uma de homens negros por transtornos falciformes.

Quadro 06. Destaques entre as taxas de mortalidade (100.000 hab.) por cor/raça de pessoas de 20 a 49 anos por sexo e capítulos CID-10, 2022.

Capítulo		Feminino					Masculino				
		Brancas		Negras		Razão	Brancos		Negros		Razão
		Ordem	Taxa	Ordem	Taxa		Ordem	Taxa	Ordem	Taxa	
II	Neoplasias	1ª	45,83	1ª	39,46	0,86	3ª	30,58	5ª	22,12	0,72
IX	Doenças do aparelho circulatório	2ª	26,89	2ª	35,53	1,32	2ª	42,59	2ª	48,85	1,14
XX	Causas externas de morbidade e mortalidade	3ª	21,22	4ª	20,1	0,95	1ª	106,06	1ª	187,98	1,77
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4ª	13,68	3ª	21,38	1,56	4ª	29,65	4ª	39,78	1,33
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais clín. e laboratoriais NCOP	5ª	9,94	5ª	14,94	1,5	5ª	23,41	3ª	39,83	1,7
XV	Gravidez, parto e puerpério	11ª	2,8	10ª	4,75	1,74	-	-	-	-	-
Total		-	155,51	-	177,17	1,14	-	284,82	-	398,12	1,4

Fonte: Datasus/SIM. Dados definitivos. IBGE/Censo Demográfico 2022. Resultados do universo.

A 1ª causa de morte feminina, neoplasias malignas, teve pouca variação entre brancas e negras no total do capítulo, mas apresentou destaques quanto à neoplasia maligna do útero, porção NE', com 1,6x mais óbitos de mulheres negras. Entre o sexo masculino, as neoplasias representaram a 3ª causa de morte entre os homens brancos e a 5ª causa entre os negros. Destacaram-se em 2022 as neoplasias malignas do encéfalo, com 1,8x mais mortes entre os homens brancos em relação aos negros, e de próstata, com 4x mais mortes de homens brancos em 2022, ainda que com taxas reduzidas nesta faixa etária.

As doenças do aparelho circulatório (capítulo IX) foram a 2ª maior causa de óbito para brancos e negros, homens e mulheres, sem variação por cor/raça. No capítulo, o infarto agudo do miocárdio aparece como a 1ª causa de morte masculina e feminina, também sem variação por sexo e cor; a hemorragia intracerebral foi 1,6x superior para as mulheres negras, sem destaque para os homens. As doenças cerebrovasculares em geral tiveram predominância de mortes de mulheres negras (1,5x superiores às de mulheres brancas), mas para os homens negros, destacou-se apenas o AVC NE como hemorrágico ou isquêmico (1,6x mais mortes de homens negros). Entre as doenças hipertensivas, 1,9x mais frequentes entre mulheres negras e 1,5x entre os homens negros, destacam-se como principais causas de morte feminina entre os negros a hipertensão essencial, 2ª causa de morte feminina pelo cap. IX, 1,8x mais frequente entre mulheres negras; e a doença renal hipertensiva, com 2,6x mais mortes entre mulheres negras. A doença cardíaca hipertensiva chegou a 2,2x mais mortes para os homens negros.

As causas externas ocuparam a 1ª posição entre os homens como causa de morte, ficando na 3ª e 4ª posição, respectivamente, entre as mulheres brancas e negras. Mereceram destaque as agressões, com 2,2x mais mortes de homens negros e 1,7x mais mortes de mulheres negras, especialmente as agressões por arma de fogo. Os acidentes de transporte variaram pouco por cor/raça, mas as mortes por fatos ou eventos de intenção indeterminada foram 3x mais frequentes entre os homens negros, e 1,5x mais frequentes entre as mulheres negras. Envenenamentos e intoxicações acidentais foram 1,9x mais frequentes entre as mulheres negras, e 2x mais entre os homens negros. As mortes por intervenções legais foram 2,2x mais frequentes entre os homens negros, sem variação por cor/raça para o sexo feminino. Por sua vez, as lesões autoprovocadas voluntariamente não apresentaram variação por cor/raça entre os homens, mas foram 2x mais frequentes entre as mulheres brancas.

Chamam a atenção entre as doenças infecciosas e parasitárias a doença p/HIV, com 2,6x mais mortes de mulheres negras que brancas, e a tuberculose, que matou 2,5x mais mulheres negras, e 2,4x mais homens negros. No capítulo das causas mal definidas, o choque NCOP matou 4,6x mais mulheres negras que brancas em 2022. O

capítulo XV, por sua vez, mostrou predominância das mortes de mulheres negras em 2022 pelas seguintes causas: morte obstétrica tardia, 2x superior às de mulheres brancas; doença infecciosa ou parasitária COP complicando a gravidez, parto ou puerpério, 5,5 x superior; eclampsia, 3,4x superior; hipertensão gestacional com proteinúria significativa, 4,1x superior; e gravidez que termina em aborto, 7,9x superior.

Quadro 07. Destaques entre as taxas de mortalidade (100.000 hab.) por cor/raça de pessoas de 50 a 69 anos por sexo e capítulos CID-10, 2022.

Capítulo		Feminino					Masculino				
		Brancas		Negras		Razão	Brancos		Negros		Razão
		Ordem	Taxa	Ordem	Taxa		Ordem	Taxa	Ordem	Taxa	
II	Neoplasias	1ª	274,2	2ª	222,0	1,2	2ª	302,0	2ª	224,6	0,74
IX	Doenças do aparelho circulatório	2ª	226,7	1ª	270,10	1,2	1ª	458,1	1ª	464,7	1,01
X	Doenças do aparelho respiratório	3ª	82,92	4ª	87,27	1,1	4ª	130,0	4ª	126,0	0,97
I	Doenças infecciosas e parasitárias	4ª	74,50	5ª	71,44	0,96	5ª	129,9	5ª	119,4	0,92
XVIII	Causas mal definidas	5ª	67,36	3ª	88,80	1,3	3ª	136,2	3ª	185,6	1,40
Total		-	923,3	-	942,5	1	-	1.529,5	-	1.519,8	1

Fonte: Datasus/SIM. Dados definitivos. IBGE/Censo Demográfico 2022. Resultados do universo.

Aparecendo como a 1ª causa de morte para homens brancos e negros e mulheres negras, as doenças do aparelho circulatório não apresentaram muita variação por cor/raça, mas os diagnósticos chamam a atenção para algumas especificidades. Enquanto as doenças cerebrovasculares e isquêmicas do coração acometeram de forma praticamente igual a brancos e negros (apesar das taxas serem bastante superiores para os homens quando comparadas às do sexo feminino), alguns diagnósticos se destacam, como o AVC NE como hemorrágico ou isquêmico, com 1,7x mais mortes de mulheres negras, e outras doenças cerebrovasculares, com 1,6x mais mortes de mulheres negras, ambas sem variação por cor/raça para o sexo masculino.

As neoplasias malignas dos órgãos digestivos acometeram negros e brancos de forma igualitária, embora os homens tenham apresentado taxas de mortalidade bastante superiores às das mulheres; a exceção foi a neoplasia de esôfago, com 1,5x mais mortes de homens negros em relação aos brancos, e 2x mais mortes de mulheres negras em relação às brancas. Destacaram-se ainda dentro do grupo as seguintes neoplasias: do cólon, do pâncreas, do estômago e do fígado e vias biliares. As mulheres brancas tiveram 1,5x mais mortes que as negras por neoplasia maligna do encéfalo, e os homens brancos, 1,7x mais mortes que os negros, e a neoplasia maligna do trato urinário matou 2,1x mais homens brancos e 1,8x mais mulheres brancas. Por outro lado, a neoplasia maligna da laringe matou 2,2x mais mulheres negras, sem variação por cor/raça para o sexo masculino. A mortalidade por neoplasia de próstata também foi pouco diferenciada por cor/raça. Entre as neoplasias específicas do sexo feminino, praticamente não se observou diferencial de cor/raça na mortalidade por neoplasia maligna de mama, colo do útero, ovário e corpo do útero. No capítulo das doenças infecciosas e parasitárias, as mulheres negras morreram 1,7x mais por doença p/HIV e 2,7x mais por tuberculose. Já os homens negros morreram 1,3x mais que os brancos por doença p/HIV e 2,1x mais por tuberculose.

Quadro 08. Destaques entre as taxas de mortalidade (100.000 habitantes) por cor/raça de pessoas de 70 anos e mais por sexo e capítulos CID-10, 2022.

Capítulo		Feminino					Masculino				
		Brancas		Negras		Razão	Brancos		Negros		Razão
		Ordem	Taxa	Ordem	Taxa		Ordem	Taxa	Ordem	Taxa	
IX	Doenças do aparelho circulatório	1ª	1.617,7	1ª	1.425,5	0,88	1ª	1.996,0	1ª	1.740,0	0,87
X	Doenças do aparelho respiratório	2ª	953,3	2ª	602,3	0,63	3ª	1.161,4	2ª	781,8	0,67
II	Neoplasias	3ª	774,3	4ª	505,3	0,65	2ª	1.196,6	3ª	776,8	0,65
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4ª	620,5	5ª	418,8	0,67	4ª	803,7	5ª	521,4	0,65
XVIII	Sint., sinais e ach. anormais clín. e laborat. NCOP	5ª	504,9	3ª	511,4	1,01	5ª	573,4	4ª	610,6	1,06
Total		-	6.247,5	-	4.748,5	0,76	-	7.586,8	-	5.857,3	0,77

Fonte: Datasus/SIM. Dados definitivos. IBGE/Censo Demográfico 2022. Resultados do universo.

O quadro acima chama a atenção para a disparidade entre as taxas de mortalidade da população branca em relação à negra nesta faixa etária específica, ao contrário do que acontecia nas idades mais jovens. Outro destaque a ser feito é a mortalidade pelo capítulo XVIII (causas mal definidas), único onde as taxas de negros e brancos, de ambos os sexos, se aproximaram. No mais, temos a predominância das mortes da população branca para todos os demais capítulos, com diferenças de intensidade em nível de diagnóstico. Entre as doenças do aparelho circulatório, as doenças cerebrovasculares e hipertensivas praticamente não apresentaram variação por cor/raça; já as doenças isquêmicas do coração foram um pouco mais letais para homens e mulheres brancos em 2022 (respectivamente, 1,5 e 1,4x mais mortes). Para o aparelho respiratório, Influenza (gripe) e pneumonia apresentaram 1,6x mais mortes de mulheres brancas, e 1,4x mais mortes de homens brancos, enquanto as doenças crônicas das vias aéreas inferiores tiveram 1,5x mais mortes de mulheres brancas, e 1,7x mais mortes de homens brancos.

As neoplasias malignas dos órgãos digestivos (1ª causa de morte no capítulo) apresentaram pouca variação por cor/raça; destacaram-se as neoplasias do cólon, pâncreas, estômago, fígado e vias biliares, esôfago e reto. Assim como no caso anterior, as neoplasias malignas da próstata, dos brônquios e pulmões, da laringe, do encéfalo e do trato urinário predominaram entre homens e mulheres brancos. Já entre as neoplasias específicas do sexo feminino (mama feminina, órgãos genitais femininos, ovário, colo do útero, útero, corpo do útero) o mesmo se verifica.

A tuberculose foi a única causa de morte entre as doenças infecciosas e parasitárias onde as mulheres negras morreram mais que as brancas (2x mais mortes). Entre os homens a variação foi muito baixa (1,3x mais mortes de homens negros em relação aos brancos).

II.2. Morbidade hospitalar

Com base nas internações informadas e aprovadas no SIHSUS, foram computadas 882.342 internações no ano de 2023. Desse total, 57,4% foram pessoas do sexo feminino e 42,6% do sexo masculino. Os capítulos da CID-10 mais observados foram: 1ª - gravidez, parto e puerpério; 2ª - lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas; 3ª - doenças do aparelho digestivo; 4ª - doenças do aparelho circulatório; e 5ª - doenças do aparelho respiratório.

As internações por gravidez, parto e puerpério representaram cerca de um terço (29%) do total das internações do sexo feminino; já no sexo masculino a principal causa foram internações por causas externas (16,4% do total). As doenças do aparelho circulatório foram a 2ª maior causa de internação do sexo masculino (13,4%) e a 3ª do sexo feminino (8,5%), enquanto as doenças do aparelho digestivo ocuparam a posição inversa – 2ª causa de internação feminina com 9,5% do total, e 3ª causa masculina, com 12,4%.

Considerando a população do estado do Rio de Janeiro divulgada pelo IBGE para 2023 em 16.055.174 pessoas, e levando-se em conta a população de beneficiários de planos de saúde¹ ao final de 2023, de 4.334.780 pessoas (ANS), temos uma população SUS de 11.720.394 pessoas. Com isso a taxa de internação SUS ficou em 7,5% (total de internações/população SUS x 100). Tal percentual ficaria dentro dos parâmetros da Portaria GM/MS 1.101/2002 (já revogada), onde se estima que de 7 a 9% da população terá necessidade de internações hospitalares durante o ano.

Considerando ainda a desagregação por cor/raça das internações, foi possível calcular as taxas de internação de pessoas negras e brancas, e a razão de internação negros/brancos, com a divulgação das informações relativas a cor/raça pelo IBGE. O preenchimento deste campo no SIHSUS melhorou bastante em 2023, apesar de variar muito conforme a causa da internação e a idade do paciente. A média de cor/raça não preenchida em 2023 foi de apenas 6%, o que representa um enorme avanço quando comparado aos 30% de 2022. Somente foram consideradas para análise as causas de internação onde o percentual de 'não informado' para o campo 'cor/raça' era igual ou inferior a 20%.

II.2.1. Avaliação por faixa etária selecionada

Observadas na faixa etária de menores de 1 ano de idade 44.944 internações, representando 5,1% do total. Desse valor, 53,4% foram do sexo masculino e 46,6% do sexo feminino. Na especificação de cor/raça, 7,3% não foi especificada ou informada, diferentemente de 2022, com 49%. Dentre os que informaram, 16% eram brancos e 84% negros. Os capítulos da CID-10 mais observados, nessa sequência, foram: algumas afecções originadas no período perinatal, doenças do aparelho respiratório e algumas doenças infecciosas e parasitárias, que somados representaram cerca de 80% do total de internações.

Dentre o capítulo Algumas afecções originadas no período perinatal, os grupos: transtornos relacionados com a duração gestação/crescimento, e os transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal, foram os principais grupos de doenças que motivaram as internações em ambos os sexos. Já no capítulo Doenças do aparelho respiratório, Influenza (gripe) e pneumonia representaram 53% das internações - sendo que as crianças negras tiveram cerca de 3x mais internações que as brancas, seguido de bronquiolite aguda com 36% - com 2,3x mais internações de crianças negras.

Dentre o capítulo Algumas doenças infecciosas e parasitárias, o grupo Infecções de transmissão predominantemente sexual representou cerca de 40% do total de casos, principalmente sífilis congênita – onde os meninos negros tiveram 4,8x mais internações que os brancos, e as meninas negras, 3,7x mais que as brancas. Já no grupo das Outras doenças bacterianas, correspondente a 44% das internações do capítulo, as infecções bacterianas de localização não especificada internaram 5,4x mais meninas negras que brancas, e 4,9x mais meninos negros que brancos. Por sua vez, o grupo das Doenças infecciosas intestinais representou 9,5% do total de internações do capítulo, com as Outras infecções intestinais bacterianas internando 30,6x mais meninas negras que brancas, e 28,3x mais meninos negros em 2023.

¹ Considerando a segmentação 'Hospitalar com obstetrícia + ambulatorial, grupo 'Hospitalar + Ambulatorial', período de dezembro de 2023.

Observadas na faixa de 1 a 9 anos de idade, 60.033 internações, representando 6,8% do total, sendo 59,5% foram do sexo masculino e 40,5% do sexo feminino. Na especificação de cor/raça, a maior parte das internações (76%) foi de crianças negras, em 5,9% a raça/cor não foi especificada ou informada e 17% foram da cor/ raça branca.

Os capítulos do CID-10 mais observados, nessa sequência, foram: doenças do aparelho respiratório, algumas doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho geniturinário e consequências de causas externas, que somados representaram 66% do total de internações.

No capítulo Doenças do aparelho respiratório (37% do total de internações femininas e 28% das masculinas), o grupo Influenza (gripe) e pneumonia representou 65,7% das internações, 4x mais frequentes para as crianças negras, seguido de bronquiolite aguda com 5,5%, 3x mais frequente entre as crianças negras.

O capítulo Doenças infecciosas e parasitárias, 2ª causa de internações (17% femininas e 13% masculinas), destacou o grupo Outras doenças bacterianas, com 9,5% do total de internações femininas e 13% das masculinas. No grupo, as infecções bacterianas de localização NE se destacaram com 8% do total de internações femininas e 6% das masculinas, sendo as internações de meninas e meninos negros 9x mais frequentes que as das crianças brancas. No grupo das Doenças infecciosas intestinais (6% do total de internações femininas e 4% das masculinas), as meninas negras tiveram 6x mais internações que as brancas, enquanto as internações dos meninos negros foram 4x mais frequentes que as dos brancos. Dentro do grupo, destacam-se ainda as Outras infecções intestinais bacterianas, com 4% do total de internações femininas (sendo **110x** mais frequentes as internações de meninas negras em relação às brancas) e 3% do total das masculinas (sendo **119x** mais frequentes as internações de meninos negros), respectivamente. Este resultado se confirma ao longo da série histórica de 2010 a 2022.

Como 3ª causa de internações em crianças do sexo masculino, observamos as doenças do aparelho geniturinário (15,5% do total), principalmente doenças dos órgãos genitais masculinos (fimose e parafimose, 12% do total), sendo os meninos negros 2,4x mais frequentemente internados que os brancos. Já nas crianças do sexo feminino, as doenças do aparelho digestivo foram as principais causas de internações (8% do total), principalmente hérnias e enterites e colites não infecciosas, com 4x mais internações de meninas negras.

Observadas na faixa de 10 a 19 anos de idade, 55.096 internações, representando 6,2% do total. Desse valor, 37% foram do sexo masculino e 63% do sexo feminino. Na especificação de cor/raça, a maior parte das internações (74%) foram de negros, em 6,1% a raça/cor não foi especificada ou informada e 19% brancos.

Os capítulos da CID-10 mais observados nessa faixa etária foram Gravidez, parto e puerpério, que impactam bastante, representando 63% do total das internações do sexo feminino e 39% do total da faixa etária. O capítulo apresentou fortes variações por cor/raça, cerca de 3x mais internações para as jovens negras, destacando os grupos Gravidez que termina em aborto (2,6x mais frequentes entre as mulheres negras), Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério (3,5x mais frequentes entre as mulheres negras, com destaque para eclampsia, 7x mais frequente), Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto (3,3x mais frequente entre as negras), Complicações do trabalho de parto e do parto (3,6x mais frequente entre as negras), entre outros. Chama a atenção o parto único espontâneo, com 3,5x mais internações de mulheres negras, versus o parto único por cesariana, onde a razão é de 1,7x.

As Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas foram a 1ª causa de internações do sexo masculino (2,5x mais frequente entre os homens negros) e 2ª causa de internações do sexo feminino (2x mais frequente entre as mulheres negras), sendo que para os homens os traumatismos foram os grupos mais comuns e nas mulheres as complicações de cuidados médicos e cirúrgicos os principais.

Como 3ª causa de internações do sexo masculino, observamos as Doenças do aparelho geniturinário (1,8x mais frequentes entre os negros), principalmente doenças dos órgãos genitais masculinos. Já entre os adolescentes do sexo feminino, a 3ª posição foi ocupada pelas Doenças do aparelho digestivo, principalmente Doenças do apêndice (1,6x mais frequentes entre as negras) e Transtornos da vesícula biliar, das vias biliares e do pâncreas (1,7x mais frequentes entre as negras).

A 4ª causa, entre os homens, foram as Doenças do aparelho digestivo, principalmente Doenças do apêndice (2,2x mais frequentes entre os negros) e Transtornos da vesícula biliar, das vias biliares e do pâncreas (1,7x mais frequentes entre os negros). Para o sexo feminino, as Doenças do aparelho geniturinário (1,8x mais frequentes entre

as negras).

Na 5ª causa de internação nesta faixa etária, Doenças infecciosas e parasitárias, destacam-se as infecções bacterianas de localização NE, com 7,8x mais internações de mulheres negras, e 3,2x mais de homens negros, as Febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais (principalmente dengue, com 2,5x mais internações de mulheres negras e 2,3x mais internações de homens negros), as Outras infecções intestinais bacterianas (86x mais internações de mulheres negras, e 90x mais internações de homens negros) e a tuberculose (3,5x mais internações de mulheres negras, e 3,7x mais internações de homens negros).

Observadas na faixa de 20 a 49 anos de idade, 334.990 internações, representando 38% do total. Desse valor, 30,4% foram do sexo masculino e 69,6% do sexo feminino. Na especificação de cor/raça, a maior parte das internações foram de negros (69,8%), 22,8% de brancos, e em 6,4% a raça/cor não foi especificada ou informada.

Os capítulos da CID-10 mais observados nessa faixa etária foram Gravidez, parto e puerpério, que impactam bastante, representando 54% do total das internações do sexo feminino e 37% do total da faixa etária. As mulheres negras tiveram quase 3x mais internações por este capítulo que as brancas, destacando-se os grupos:

1. Parto, com 2,8x mais internações de mulheres negras, sendo o parto único espontâneo 3x maior entre as negras, e o parto único por cesariana, 1,9x maior;
2. Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto, 2,6x maior entre as mulheres negras, destacando-se a Ruptura prematura de membranas, 2,2x maior entre as negras, a Gravidez prolongada, com 3,4x mais internações de mulheres negras, a Assistência prestada à mãe por anormalidade conhecida ou suspeita dos órgãos pélvicos maternos, 3,6x mais frequente entre as negras, e a Assistência prestada à mãe por outros problemas fetais conhecidos ou suspeitos, 2,9x mais frequente entre as negras.
3. Complicações do trabalho de parto e do parto, com 3,1x mais internações de mulheres negras, destacando-se Outras complicações do trabalho de parto e do parto NCOP, 3,8x mais frequentes entre as negras; Trabalho de parto e parto complicados por sofrimento fetal, 3,1x mais frequentes entre as mulheres negras; Anormalidades da contração uterina, 2,5x mais internações de mulheres negras.
4. Gravidez que termina em aborto, 2,6x mais internações de mulheres negras, destacando-se Aborto espontâneo, 2,6x mais frequente entre as mulheres negras; Outros produtos anormais da concepção, 2,2x mais frequente entre as negras; Aborto não especificado, 3,4x mais frequente entre as negras. O Aborto por razões médicas e legais foi 3,7x maior entre as mulheres negras em 2023.

As internações por lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas foram a 1ª causa de internações do sexo masculino e a 6ª causa feminina, sendo os traumatismos de joelho e perna o grupo mais frequente para ambos os sexos. Entre as mulheres, 2,3x mais frequente entre as negras, e entre os homens, 2,5x mais internações de negros por esse grupo. Destacam-se ainda as Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos NCOP, 2,2x mais frequentes entre mulheres negras e 2,6x mais entre os homens negros.

As doenças do aparelho digestivo foram a 2ª causa de internações em ambos os sexos, sendo os grupos Transtornos da vesícula biliar, vias biliares e pâncreas e Hérnias os principais, sem variação por cor/raça.

Como 3ª causa de internações do sexo masculino, observamos os Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde, 1,7x mais frequentes entre os homens brancos; para as mulheres, este capítulo ocupa a 5ª posição, 2,1x mais frequente entre as negras. Para ambos os sexos, o grupo mais frequente é a Anticoncepção.

As doenças do aparelho geniturinário foram a 3ª causa de internação do sexo feminino, e a 7ª para os homens. Os Transtornos não inflamatórios do trato genital feminino foram 1,7x mais frequentes entre as mulheres negras, seguidos pelas Doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos, 2,7x mais frequentes entre as negras. Para o sexo masculino, destacaram-se os grupos Calculose renal e Doenças dos órgãos genitais masculinos, ambos sem variação por cor/raça, e Insuficiência renal, 2,8x mais frequente entre os homens negros, e 3,2x mais frequente entre as mulheres negras.

Quarta principal causa de internação feminina e décima masculina, as Neoplasias tiveram os seguintes

grupos como destaques:

1. Neoplasias benignas: principalmente Leiomioma do útero, com 2,5x mais internações de mulheres negras.
2. Neoplasias malignas da mama feminina, sem variação por cor/raça.
3. Neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos, principalmente do colo do útero, com 1,7x mais internações de mulheres negras.
4. Neoplasias [tumores] malignas(os), declaradas ou presumidas como primárias, dos tecidos linfático, hematopoiético e tecidos correlatos, sem variação por cor/raça.
5. Neoplasias malignas dos órgãos digestivos, com 1,5x mais internações de negros de ambos os sexos.

Como 4^a causa de internação masculina e 7^a causa feminina, as Doenças do aparelho circulatório têm como destaques os grupos:

1. Doenças das veias, dos vasos linfáticos e dos gânglios linfáticos, não classificadas em outra parte, sem variação expressiva por cor/raça para ambos os sexos;
2. Doenças cerebrovasculares, principalmente AVC não especificado como hemorrágico ou isquêmico, com 3,3x mais internações entre as mulheres negras e 2,5x mais entre os homens negros;
3. Outras formas de doenças do coração, com 2,5x mais internações de pessoas negras (ambos os sexos);
4. Doenças isquêmicas do coração, principalmente infarto agudo do miocárdio, com 2,7x mais internações de mulheres negras e 1,9x mais internações de homens negros;
5. Doenças hipertensivas, 2,5x mais frequentes entre as mulheres negras e 2,1x mais entre os homens negros.

A 5^a causa de internação masculina e 8^a causa feminina, as Doenças infecciosas e parasitárias, tiveram como destaques os grupos:

1. Outras doenças bacterianas, principalmente Outras septicemias, com 2,5x mais internações de pessoas negras de ambos os sexos; Infecções bacterianas de localização NE, com 2,1x mais internações de mulheres negras e 2,5x mais de homens negros;
2. Doença pelo HIV, com 2x mais internações de pessoas negras de ambos os sexos;
3. Tuberculose, com 3,7x mais internações de pessoas negras de ambos os sexos;
4. Febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais, principalmente dengue, sem variação por cor/raça.

Observadas na faixa de 50 a 69 anos de idade, 233.637 internações, representando 26,5% do total. Desse valor, 52% foram do sexo masculino e 48% do sexo feminino. Na especificação de cor/raça, a maior parte das internações, 63,4%, foi de negros, em 5,6% a cor/raça não foi especificada ou informada e 29,8% da cor/raça branca. Em ambos os sexos as doenças do aparelho circulatório aparecem como a 1^a causa, principalmente as doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares (ambos os sexos, negros e brancos). Das doenças isquêmicas, 1,9x mais frequentes entre as mulheres negras e 1,6x mais entre os homens negros, destacou-se o infarto agudo do miocárdio, que foi 2,2x mais frequente entre as mulheres negras e 1,8x mais entre os homens negros.

As doenças do aparelho digestivo foram a 2^a causa de internações para ambos os sexos, sem variação por cor/raça no capítulo, sendo os grupos de doenças Transtornos da vesícula biliar, vias biliares e pâncreas os mais frequentes entre o sexo feminino e as hérnias no masculino, ambos sem variação por cor/raça.

As neoplasias foram a 3^a causa de internação feminina nesta faixa etária e 4^a causa masculina, com pouca variação por cor/raça, destacando-se os grupos:

1. Neoplasia maligna da mama (feminina), praticamente sem variação por cor/raça;
2. Neoplasias malignas dos órgãos digestivos, segundo grupo mais frequente para ambos os sexos, 1,6x mais frequente entre mulheres e homens negros, principalmente do cólon e reto;
3. Neoplasias benignas, principalmente leiomioma do útero, 2,5x mais frequentes entre as mulheres negras;
4. Neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos, principalmente do útero (colo, corpo e porção NE), 1,5x mais frequente entre as mulheres negras;

5. Neoplasias malignas dos órgãos genitais masculinos, principalmente da próstata, 1,6x mais frequente entre os homens negros;
6. Neoplasias [tumores] de comportamento incerto ou desconhecido, 1,9x mais frequente entre mulheres e homens negros.

Como 3ª causa de internações do sexo masculino e 5ª causa feminina, observamos as internações por lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas, principalmente os traumatismos e as Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos não classificados em outra parte (cerca de 2x mais frequentes entre pessoas negras de ambos os sexos).

As doenças do aparelho geniturinário foram a 4ª causa de internação feminina e a 5ª causa masculina, 1,8x mais frequentes entre homens e mulheres negros. Destacaram-se os grupos:

1. Insuficiência renal, 2,9x mais frequente entre mulheres negras e 3,3x mais entre homens negros;
2. Outras doenças do aparelho urinário, 1,8x mais frequente para homens e mulheres negros;
3. Calculose renal, sem variação por cor/raça para ambos os sexos;
4. Transtornos não-inflamatórios do trato genital feminino, 1,8x mais frequente para as mulheres negras;
5. Doenças dos órgãos genitais masculinos, sem variação por cor/raça.

Observadas na faixa etária acima de 70 anos de idade, 153.342 internações, representando 17,4% do total. Desse valor, 47,2% foram do sexo masculino e 52,8% do sexo feminino. Na especificação de cor/raça, a maior parte das internações, 58,5%, foi de negros, em 5,2% a raça/cor não foi especificada ou informada e 35,1% da cor/raça branca.

Em ambos os sexos as doenças do aparelho circulatório aparecem como a 1ª causa. As doenças cerebrovasculares foram quase 3x mais frequentes entre as pessoas negras, as doenças isquêmicas do coração e as outras formas de doenças do coração quase 2x mais frequentes, enquanto as doenças das artérias, arteríolas e capilares foram 2,5x mais frequentes entre as mulheres negras e 2x mais entre os homens negros.

Como 2ª causa de internação feminina e 7ª causa masculina, as Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas foram respectivamente 2,2 e 2,4x mais frequentes entre as pessoas negras. Destacam-se os traumatismos do quadril e da coxa (principalmente fratura do fêmur), 2,2x mais frequentes entre as mulheres negras e 2,5x mais entre os homens negros.

As doenças do aparelho respiratório (principalmente influenza [gripe] e pneumonia) foram a 3ª causa mais frequente de internação feminina nesta faixa etária, e a 2ª masculina, sendo 2x mais frequentes entre as pessoas negras. Já as doenças infecciosas e parasitárias ocuparam a 4ª posição entre as mulheres e a 6ª entre os homens, 2x mais frequentes entre as pessoas negras de ambos os sexos quando considerado o capítulo. Destacou-se o grupo Outras doenças bacterianas, principalmente Outras septicemias, 2,5x mais frequentes entre as pessoas negras de ambos os sexos.

Na 5ª posição entre as causas mais comuns de internação feminina, e 4ª posição masculina, as doenças do aparelho geniturinário foram 2x mais frequentes entre as pessoas negras de ambos os sexos.

As neoplasias ocuparam a 6ª posição entre as internações femininas, e a 5ª entre as masculinas, sem variação expressiva por cor/raça no capítulo. Entre os grupos, destacaram-se:

1. Neoplasias malignas dos órgãos digestivos, 1,9x mais frequente entre as mulheres negras e 1,8x entre os homens negros; os principais diagnósticos no grupo foram neoplasia de cólon, de reto e de pâncreas;
2. Neoplasias malignas da mama (feminina), sem variação expressiva por cor/raça;
3. Neoplasias malignas dos órgãos genitais masculinos, principalmente da próstata, com 1,8x mais internações de homens negros.

III. Vigilância em saúde, promoção e prevenção de doenças

Buscando atualizar o conceito da Vigilância em Saúde, que *“é entendida como a rearticulação de saberes e práticas sanitárias, que conjuga os conhecimentos do processo saúde-doença, integrando os determinantes sociais e seu impacto sobre o modo de vida das populações”* (Paim & Almeida Filho, 2000) e compreendendo a Vigilância em Saúde como o campo que trabalha com o conceito de risco, ligado às possibilidades de integração de ações de promoção da saúde, preventivas, curativas e da reabilitação, junto aos demais setores da organização da sociedade, busca-se, a partir das ações governamentais e do lugar federativo que ocupa a SES-RJ, programar e planejar as intervenções sobre o território com base nas prioridades estabelecidas a partir da análise das informações disponíveis.

Tendo como objetos específicos a vigilância e o controle das doenças transmissíveis, das doenças e agravos não transmissíveis, as alterações ambientais que impactam na saúde das populações, da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária, destacam-se a seguir os principais aspectos que darão as diretrizes do trabalho na saúde para este ciclo de governo que se inicia.

III.1. Programa Estadual de Imunização

Criado em 1973, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) é responsável pela Política Nacional de Imunizações que visa o controle, a erradicação e a eliminação de doenças imunopreveníveis, evitando a ocorrência de casos graves e óbitos e estimulando o fortalecimento de ações integradas de vigilância em saúde para promoção, proteção e prevenção em saúde da população brasileira. As diretrizes e responsabilidades do PNI são compartilhadas pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios, e as ações devem ser pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), tendo por base a regionalização, a rede de serviços e as tecnologias disponíveis nos territórios estaduais e municipais.

Dentre as competências do PNI, temos: a coordenação das diretrizes do programa nos 03 níveis de gestão (federal, estadual e municipal); o provimento de insumos estratégicos (imunobiológicos, seringas e agulhas); a logística da cadeia de frio; a gestão do sistema de informação (SI-PNI); o monitoramento de Eventos Adversos Supostamente Atribuídos a Vacinação e Imunização (ESAVI); a execução das ações de vacinação integrantes do PNI (rotina, campanhas e especiais nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais – CRIE) e o manejo dos resíduos de saúde.

Atualmente, o Programa Nacional de Imunização (PNI/MS) oferta cerca de 49 imunobiológicos, distribuídos entre vacinas, soros, imunobiológicos especiais e imunoglobulinas, para atender ao Calendário de Vacinação de crianças, adolescentes, adultos, idosos, gestantes e usuários com necessidades especiais. Os referidos documentos seguem abaixo nas figuras 09 a 12 e podem ser acessados pelo link <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao>.

Figura 09. Calendário Nacional de Vacinação da Criança

VACINA	PROTEÇÃO CONTRA	COMPOSIÇÃO	NÚMERO DE DOSES		IDADE RECOMENDADA	INTERVALO ENTRE AS DOSES	
			ESQUEMA BÁSICO	REFORÇO		RECOMENDADO	MÍNIMO
BCG	Formas graves de tuberculose (meníngea e miliar)	Bactéria viva atenuada	Dose única	-	Ao nascer	-	-
Hepatite B (HB - recombinante)	Hepatite B	Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado	Dose ao nascer	-	Ao nascer	-	-
Poliomielite 1, 2 e 3 (VIP - inativada)	Poliomielite	Vírus inativado	3 doses	2 reforços com a vacina VOP	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses 3ª dose: 6 meses	60 dias	30 dias
Poliomielite 1 e 3 (VOPb - atenuada)	Poliomielite	Vírus vivo atenuado	-	2 doses de reforço	15 meses e 4 anos	-	1ª reforço: 6 meses após 3ª dose da VIP 2ª reforço: 6 meses após 1ª reforço
Rotavírus humano G1P[8] (ROTA)	Diarreia por Rotavírus	Vírus vivo atenuado	2 doses	-	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses	60 dias	30 dias
(DTP/HB/Hib) (Penta)	Difteria, Tétano, Coqueluche, <i>Haemophilus influenzae</i> B e Hepatite B	Toxoides diftérico e tetânico purificados e bactéria da coqueluche inativada. Oligossacarídeos conjugados do Hib, antígeno de superfície de HB.	3 doses	2 reforços com a vacina DTP	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses 3ª dose: 6 meses	60 dias	30 dias
Pneumocócica 10 - valente (VPC 10 - conjugada)	Pneumonias, Meningites, Otites, Sinusites pelos sorotipos que compõem a vacina	Polissacarídeo capsular de 10 sorotipos de pneumococos	2 doses	Reforço	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses Reforço: 12 meses	60 dias	30 dias entre a 1ª dose e 2ª dose 60 dias entre a 2ª dose e o reforço
Meningocócica C (conjugada)	Meningite meningocócica tipo C	Polissacarídeos capsulares purificados da <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C	2 doses	Reforço	1ª dose: 3 meses 2ª dose: 5 meses Reforço: 12 meses	60 dias	30 dias entre a 1ª dose e 2ª dose 60 dias entre a 2ª dose e o reforço
Febre Amarela (VFA - atenuada)	Febre Amarela	Vírus vivo atenuado	Uma dose	Reforço	Dose: 9 meses Reforço: 4 anos de idade	-	30 dias
Sarampo, caxumba, rubéola (SCR - atenuada) (Tríplice viral)	Sarampo, Caxumba e Rubéola	Vírus vivo atenuado	2 doses	-	12 meses	-	30 dias

Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao>.

Figura 10. Calendário Nacional de Vacinação do Adolescente

VACINA	PROTEÇÃO CONTRA	COMPOSIÇÃO	NÚMERO DE DOSES		IDADE RECOMENDADA	INTERVALO ENTRE AS DOSES	
			ESQUEMA BÁSICO	REFORÇO		RECOMENDADO	MÍNIMO
Hepatite B (HB - recombinante)	Hepatite B	Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado	Iniciar ou completar 3 doses, de acordo com situação vacinal	-	-	2ª dose: 1 mês após 1ª dose. 3ª dose: 6 meses após 1ª dose.	2ª dose: 1 mês após 1ª dose. 3ª dose: 4 meses após 1ª dose.
Difteria e Tétano (dT)	Difteria e Tétano	Toxoides diftérico e tetânico purificados	Iniciar ou completar 3 doses, de acordo com situação vacinal	A cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves, deve-se reduzir este intervalo para 5 anos	-	60 dias	30 dias
Febre Amarela (VFA - atenuada)	Febre Amarela	Vírus vivo atenuado	Dose única	Reforço, caso a pessoa tenha recebido uma dose da vacina antes de completar 5 anos de idade	-	-	-
Sarampo, caxumba, rubéola (SCR - atenuada) (Triplíce viral)	Sarampo, Caxumba e Rubéola	Vírus vivo atenuado	Iniciar ou completar 2 doses, de acordo com situação vacinal	-	-	-	30 dias
Papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (HPV4 - recombinante)	Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante)	Papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (HPV4 -recombinante)	Iniciar ou completar 2 doses, de acordo com situação vacinal	-	11 a 14 anos (Para meninas e meninos)	2ª dose: 6 meses após 1ª dose	2ª dose: 6 meses após 1ª dose
Pneumocócica 23-valente (VPP 23 - polissacarídica)	Meningites bacterianas, Pneumonias, Sinusite e outros.	Polissacarídeo capsular de 23 sorotipos de pneumococos	Uma dose	Uma dose a depender da situação vacinal anterior com a PCV 10	A partir de 5 anos para os povos indígenas. A 2ª dose deve ser feita 5 anos após a 1ª dose	5 anos	3 anos
Meningocócica ACWY (MenACWY- conjugada)	Meningite meningocócica sorogrupos A, C, W e Y	Polissacarídeos capsulares purificados da <i>Neisseria meningitidis</i> dos sorogrupos A, C, W e Y	Uma dose	-	11 a 14 anos	-	-

Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao>.

Figura 11. Calendário Nacional de Vacinação do Adulto e Idoso

VACINA	PROTEÇÃO CONTRA	COMPOSIÇÃO	NÚMERO DE DOSES		IDADE RECOMENDADA	INTERVALO ENTRE AS DOSES	
			ESQUEMA BÁSICO	REFORÇO		RECOMENDADO	MÍNIMO
Hepatite B (HB - recombinante)	Hepatite B	Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado	Iniciar ou completar 3 doses, de acordo com histórico vacinal	-	-	2ª dose: 1 mês após 1ª dose. 3ª dose: 6 meses após 1ª dose.	2ª dose: 1 mês após 1ª dose. 3ª dose: 4 meses após 1ª dose.
Difteria e Tétano (dT)	Difteria e Tétano	Toxoides diftérico e tetânico purificados	Iniciar ou completar 3 doses, de acordo com histórico vacinal	A cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves, deve-se reduzir este intervalo para 5 anos.	-	60 dias	30 dias
Febre Amarela (VFA - atenuada)	Febre Amarela	Vírus vivo atenuado	Dose única	Reforço, caso a pessoa tenha recebido uma dose da vacina antes de completar 5 anos de idade	-	-	-
Sarampo, caxumba, rubéola (SCR - atenuada) (Triplíce viral)	Sarampo, Caxumba e Rubéola	Vírus vivo atenuado	2 doses (20 a 29 anos) Uma dose (30 a 59 anos) (verificar situação vacinal anterior)	-	-	-	30 dias (Se duas doses)
Pneumocócica 23-valente (VPP 23 - (polissacarídica)*)	Meningites bacterianas, Pneumonias, Sinusite e outros.	Polissacarídeo capsular de 23 sorotipos de pneumococos	2 doses (A 2ª dose deve ser feita 5 anos após a 1ª dose)	-	60 anos	5 anos	3 anos
Varicela (VZ – atenuada)**	Varicela (catapora)	Vírus vivo atenuado	Uma ou duas doses a depender do fabricante	-	A partir dos 18 anos	30 dias (quando houver indicação de duas doses)	-
Difteria, Tétano, Pertussis (dTpa - acelular)**	Difteria, Tétano e Coqueluche	Toxoides diftérico e tetânico purificados e componentes acelulares da coqueluche inativada	Uma dose	Uma dose a cada 10 anos	A partir dos 18 anos	10 anos	5 anos em caso de ferimentos graves

Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao>.

* Pneumocócica 23-valente (PPV 23) indicada para idosos institucionalizados e acamados.

**Vacina varicela e vacina dTpa adulto recomendadas para trabalhadores da saúde.

Figura 12. Calendário Nacional de Vacinação da Gestante

VACINA	PROTEÇÃO CONTRA	COMPOSIÇÃO	NÚMERO DE DOSES		IDADE RECOMENDADA	INTERVALO ENTRE AS DOSES	
			ESQUEMA BÁSICO	REFORÇO		RECOMENDADO	MÍNIMO
Hepatite B (HB - recombinante)	Hepatite B	Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado	Iniciar ou completar 3 doses, de acordo com histórico vacinal	-	-	2ª dose: 1 mês após 1ª dose. 3ª dose: 6 meses após 1ª dose.	2ª dose: 1 mês após 1ª dose. 3ª dose: 4 meses após 1ª dose.
Difteria e Tétano (dT)	Difteria e Tétano	Toxoides diftérico e tetânico purificados	Iniciar ou completar 3 doses, de acordo com histórico vacinal	A cada 10 anos. Ferimentos graves, deve-se reduzir este intervalo para 5 anos	-	60 dias	30 dias
Difteria, Tétano, Pertussis (dTpa - acelular)	Difteria, Tétano e Coqueluche	Toxoides diftérico e tetânico purificados e componentes acelulares da coqueluche inativada	Uma dose	Uma dose a cada gestação	Gestantes a partir da 20ª semana de gravidez e puérperas até 45 dias	60 dias após dT	30 dias após dT

Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao>.

III.1.2. Cenário das Coberturas Vacinais e Homogeneidade no ERJ

Desde 2016, as coberturas das vacinas de rotina do Calendário de Vacinação do Programa Nacional de Imunizações (PNI/MS) vêm apresentando queda e não alcançam a meta preconizada. Em 2018, retornou a circulação sustentada do vírus do sarampo no país, com muitos casos notificados e confirmados e dezenas de mortes, colocando o Brasil como uns dos 10 países com mais casos da doença no mundo em 2020. Até 2022, o ERJ manteve a situação de surto da doença com a notificação e confirmação de 02 casos na capital. Desde então, seguimos sem novas confirmações de casos, inclusive buscando a recertificação para a doença.

Apesar da consolidação do PNI como um programa público de grande credibilidade e reconhecimento nacional e internacional, gestores, profissionais de saúde, instituições, sociedades, organizações de saúde e especialistas em vacinação já vinham demonstrando preocupação acerca da queda da cobertura vacinal no Brasil e suas possíveis consequências na fase pré-pandêmica, situação que se agravou com a pandemia de Covid-19 em 2020.

O cenário acima descrito, observado em âmbito nacional, também se repete com as coberturas vacinais da população infantil, em todas as regiões administrativas de saúde, no estado do Rio de Janeiro. Este fato preocupa, em especial pela possibilidade de aumento na mortalidade infantil, visto que crianças não vacinadas estão suscetíveis a maior morbimortalidade. A figura 13 descreve a série histórica das coberturas vacinais em crianças menores de 02 anos de idade no ERJ, de 2016 a 2022.

Figura 13. Coberturas vacinais da população <1 ano e 1 ano de idade, por tipo de vacinas e ano e grupo alvo, ERJ, 2016 a 2022^(*)

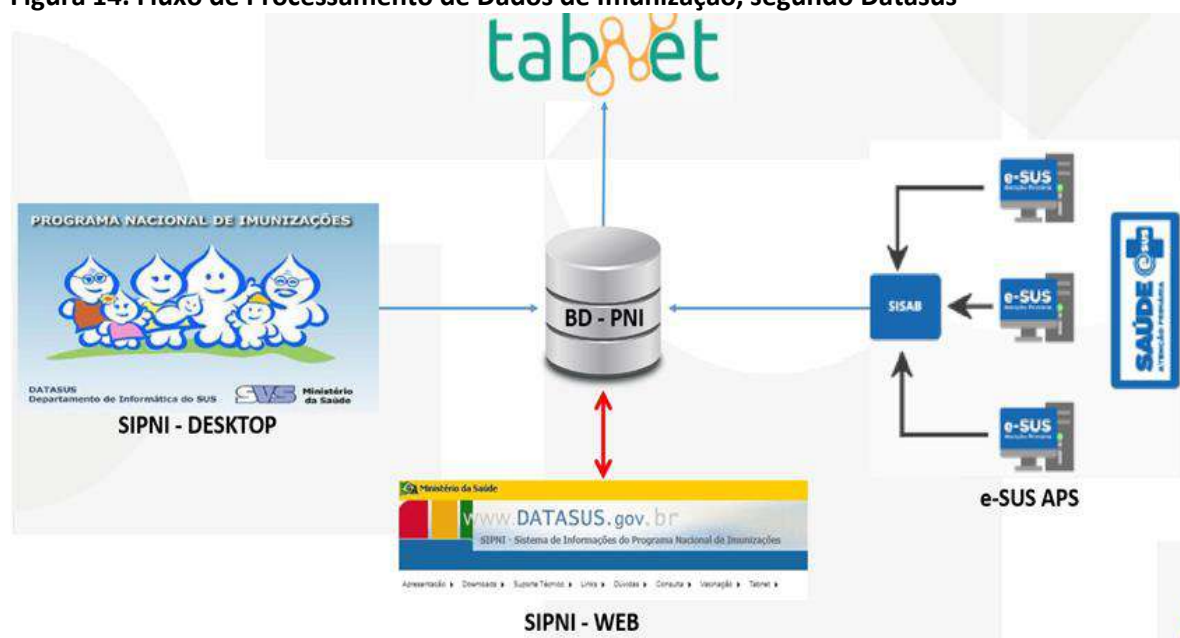
	Imuno	2016	2017	2018	2019	2020(*)	2021(*)	2022(*)
Menor de 1 ano	BCG	106,29	115,38	105,72	79,62	64,06	65,30	76,44
	Hepatite B até 30 dias	85,83	94,66	81,92	50,77	44,95	54,13	69,48
	Rotavírus Humano	93,67	83,52	89,71	75,05	58,22	56,64	59,15
	Meningococo C	98,30	91,32	87,86	76,81	58,50	56,55	60,11
	Penta	96,70	93,49	88,16	55,15	57,20	56,12	58,01
	Pneumocócica	107,63	97,21	94,12	78,40	61,54	58,81	63,15
	Poliomielite	89,93	88,76	87,48	73,62	56,84	55,81	58,89
	Febre Amarela	0,22	26,44	49,26	55,21	41,19	45,24	43,21
1 ano	Hepatite A	77,94	85,40	81,56	77,67	54,02	53,60	56,46
	Pneumocócica(1º ref)	87,37	81,40	75,20	73,48	53,45	53,09	56,71
	Meningococo C (1º ref)	98,73	79,83	70,70	71,95	54,70	54,50	57,51
	Poliomielite(1º ref)	64,52	77,20	67,53	60,18	47,53	45,86	49,23
	Tríplice Viral D1	109,26	94,29	99,66	96,58	61,61	59,48	66,74
	Tríplice Viral D2	72,17	67,96	70,18	77,24	41,25	40,31	50,49
	Tríplice Bacteriana(DTP)(1º ref)	55,69	75,97	63,94	39,61	48,64	47,39	47,23
	dTpa gestante	52,38	66,20	55,50	54,09	35,78	35,37	23,72

Fonte: sipni.datasus.gov.br em 25/09/2023 - Destaque em vermelho para CV <meta.

(*) Dados preliminares e sujeitos a alteração

Para extração das informações de cobertura vacinal, utilizamos o Tabnet nacional (Datasus), que consolida os dados de doses de imunobiológicos inseridas nos diferentes sistemas de informações do PNI/MS (e-SUS APS, SIPNI e Sistemas Próprios), conforme ilustração da figura 14.

Figura 14. Fluxo de Processamento de Dados de Imunização, segundo Datasus



Fonte: DPNI/MS.

Ressaltamos que segundo o DPNI/MS, a meta preconizada de cobertura vacinal é de **90% para as vacinas BCG e Vacina Oral de Rotavírus Humano (VORH)**, e de **95% para os demais imunobiológicos administrados na faixa etária de menores de 02 anos de idade**, com base na sua posologia e faixa etária de recomendação.

A partir do ano de 2016, o ERJ não alcançou a meta preconizada em várias vacinas oferecidas pelo PNI/MS, assim como apresenta adesão diminuída nas principais campanhas anuais realizadas pela pasta, como a da Influenza e a da Multivacinação (atualização de caderneta para crianças e adolescentes menores de 15 anos de idade), o que retrata um elevado risco de reintrodução de doenças anteriormente já controladas, erradicadas ou inexistentes, como o sarampo, a poliomielite, a difteria, a coqueluche e o tétano, entre outras.

Além disso, no caso da vacina HPV Quadrivalente, administrada em meninas e meninos na faixa etária de 09 a 14 anos, utiliza-se uma metodologia de cálculo de cobertura vacinal acumulada baseada na coorte de vacinados, que compreende o somatório de todas as doses administradas desde a introdução da vacina, que ocorreu nos anos de 2013 / 2014, até o ano escolhido para avaliação. Neste caso, a população a ser utilizada como denominador será a do ano escolhido por idade simples.

A seguir, as figuras 15 a 18 apresentam os dados de cobertura de doses acumuladas para a vacina HPV quadrivalente por sexo/dose, na faixa etária de 09 a 14 anos, no ERJ, no ano de 2022.

Figura 15. Coortes de vacinados – Coberturas vacinais, vacina HPV (D1 - Meninas), RJ, 2013 a 2022^(*)

Ano	D1 9 anos	D1 10 anos	D1 11 anos	D1 12 anos	D1 13 anos	D1 14* anos	D1 15* anos
2022	40.951	12.781	9.984	4.796	2.817	2.042	107
2021	41.404	13.396	11.004	5.018	2.810	1.895	104
2020	41.557	15.055	15.561	7.737	4.121	2.956	193
2019	34.526	13.179	9.182	5.047	3.465	2.231	147
2018	37.569	13.920	11.101	8.242	6.369	3.731	283
2017	54.750	24.607	22.056	25.097	22.824	8.422	2.793
2016	59.615	24.096	18.812	13.363	8.532	474	192
2015	84.028	74.874	60.489	12.301	7.210	448	248
2014	92	1.143	121.117	113.380	123.212	1.036	417
2013	0	4	5.875	4.974	4.532	4.191	4.453
Doses Acumuladas	40.951	54.185	64.937	65.381	74.144	90.441	106.493
Pop	118.424	123.755	129.745	133.511	133.733	131.692	129.975
CV	34,58	43,78	50,05	48,97	55,44	68,68	81,93

Fonte – Sistema de informação do Programa Nacional de imunização – Dados acumulados desde a implantação da vacina até 2022. (*) Dados preliminares e sujeitos a alteração.

Figura 16. Coortes de vacinados – Coberturas vacinais, vacina HPV (D2 - Meninas), RJ, 2013 a 2022^(*)

Ano	D2 9 anos	D2 10 anos	D2 11 anos	D2 12 anos	D2 13 anos	D2 14* anos	D2 15* anos
2022	12.024	14.801	9.872	5.729	3.261	2.348	949
2021	13.592	17.042	12.012	7.349	4.102	2.900	1.428
2020	12.275	16.726	12.673	8.776	5.098	3.721	1.966
2019	12.770	15.848	9.290	5.967	4.061	3.353	1.280
2018	13.470	16.413	10.775	9.358	8.029	6.587	2.008
2017	20.387	25.324	16.278	17.087	16.097	9.994	1.719
2016	20.247	23.408	21.146	18.003	11.610	3.873	575
2015	17.180	34.459	46.764	24.876	17.579	6.953	617
2014	55	141	39.650	65.697	69.981	21.323	368
2013	0	0	2.999	2.478	2.330	2.193	2574
Doses Acumuladas	12.024	28.393	39.189	47.237	52.601	61.316	71.260
Pop	118.424	123.755	129.745	133.511	133.733	131.692	129.975
CV	10,2	22,9	30,2	35,4	39,3	46,6	54,8

Fonte – Sistema de informação do Programa Nacional de imunização – Dados acumulados desde a implantação da vacina até 2022. (*) Dados preliminares e sujeitos a alteração.

Figura 17. Coortes de vacinados – Coberturas vacinais, vacina HPV (D1 - Meninos), RJ, 2014 a 2022^(*)

Ano	D1 9 anos	D1 10 anos	D1 11 anos	D1 12 anos	D1 13 anos	D1 14* anos	D1 15* anos
2022	6.977	7.111	32.537	9.345	4.604	3.063	75
2021	450	720	32703	10194	4957	3672	76
2020	1068	1510	31446	13238	7440	4829	95
2019	766	2.566	25.837	12470	7242	4884	239
2018	1.085	1.052	27.435	18.348	11.905	8.098	561
2017	2.189	1.930	33.545	65.009	57.563	20.548	3.953
2016	1.341	1.366	1.444	1.085	715	45	12
2015	219	205	855	302	220	30	15
2014	2	0	2.290	2.034	2.095	0	15
Doses Acumuladas	6.977	7.561	34.325	44.324	49.895	50.336	54.363
Pop	122.498	127.999	134.157	137.868	137.688	135.019	132.636
CV	5,7	5,9	25,6	32,1	36,2	37,3	41,0

Fonte – Sistema de informação do Programa Nacional de imunização – Dados acumulados desde a implantação da vacina até 2022. (*) Dados preliminares e sujeitos a alteração.

Figura 18. Coortes de vacinados – Coberturas vacinais, vacina HPV (D2 - Meninos), RJ, 2014 a 2022^(*)

Ano	D2 9 anos	D2 10 anos	D2 11 anos	D2 12 anos	D2 13 anos	D2 14 anos	D2 15 anos
2022	231	473	10.289	12.335	6.343	4.399	1.881
2021	176	485	10.939	13.194	7.449	5.212	2.542
2020	235	681	9.700	12.538	7.645	5.859	3.034
2019	234	716	8.631	11986	8408	6391	3219
2018	457	909	9.856	18.523	15.226	12.810	5.438
2017	463	971	4.036	11.396	16.616	10.274	1.652
2016	109	200	391	405	373	229	57
2015	23	54	348	446	392	227	16
2014	0	0	352	751	1.042	83	0
Doses Acumuladas	231	649	11.009	24.189	30.410	34.389	37.660
Pop	122.498	127.999	134.157	137.868	137.688	135.019	132.636
CV	0,2	0,5	8,2	17,5	22,1	25,5	28,4

Fonte – Sistema de informação do Programa Nacional de imunização – Dados acumulados desde a implantação da vacina até 2022. (*) Dados preliminares e sujeitos a alteração.

Destaca-se que a vacina HPV Quadrivalente para meninos, na faixa etária de 09 e 10 anos, somente teve sua oferta ampliada no calendário a partir do ano de 2022. Antes, somente era

ofertada na faixa etária de 11 a 14 anos neste grupo. Daí os dados de vacinação nesta coorte de população estarem extremamente baixos.

A vacina induz uma resposta imune mais robusta quando administrada em meninas e meninos entre os 09 e 14 anos de idade, e é a única capaz de proteger contra diferentes tipos de câncer – de ânus, vulva, vagina, pênis, orofaringe e colo de útero, que é um dos mais frequentes em mulheres no mundo, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Além disso, a administração da vacina no público mais jovem garante que meninos e meninas já estejam protegidos contra o HPV antes do início da atividade sexual. Isso contribui para reduzir a transmissão do vírus entre as pessoas, possibilitando em longo prazo a erradicação de doenças como o câncer de colo de útero.

Ressalta-se que a adesão para a vacina HPV segue bastante prejudicada em todo o país desde o ano de 2014, quando ocorreram uma série de notícias falsas (*fake news*) a respeito de eventos neurológicos graves relacionados à administração da vacina em adolescentes do sexo feminino.

Além disso, desde o ano de 2019 o estado não atinge o indicador de homogeneidade (70% dos municípios com CV $\geq$ 95%) para as principais vacinas do Calendário Nacional de Vacinação de crianças menores de 01 ano. Apenas a vacina BCG teve meta alcançada para o ano de 2018 neste indicador, conforme podemos observar na tabela 18.

Tabela 18. Percentual de municípios com coberturas vacinais adequadas em menores de 01 ano (homogeneidade de coberturas) por tipo de vacinas, ERJ, 2018 a 2022^(*)

Ano/imuno	2018	2019	2020	2021*	2022*
BCG	70,6	41,3	25	14,1	34,7
Hepatite B $\leq$ 30 dias	34,7	15,2	9,7	6,5	18,4
Rotavírus humano	59,7	27,1	21,7	6,5	13
Meningococo C	52,1	25	18,4	4,3	13
Pentavalente (DTP/HB/Hib)	47,8	5,4	15,2	3,2	13
Pneumocócica	60,8	26	22,8	4,3	15,2
Poliomielite	48,9	17,3	17,3	3,2	13
Febre amarela	7,6	3,2	1	1	1

Fonte: sipni.datasus.gov.br em 25/09/2023. (*) Dados preliminares e sujeitos a alteração

Fatores que podem contribuir para o cenário das baixas coberturas vacinais no ERJ

Um dos maiores desafios para o enfrentamento das baixas coberturas vacinais está relacionado à hesitação vacinal no estado do Rio de Janeiro. A imunização é um processo ativo e depende, principalmente, da iniciativa do responsável pela criança. A hesitação desses responsáveis é um comportamento que afeta negativamente a cobertura vacinal e sua causa tem influência de diversos fatores, como a falta de acesso à informação em saúde, baixa percepção de risco de contrair doenças infecciosas por parte da população, desconfiança sobre a eficácia e segurança das vacinas, medo de ocorrência de eventos adversos e também a falta de vínculo da população com as ações de vacinação. Aliadas a estes fatores tivemos o cenário da pandemia de Covid-19 e a pouca divulgação

(ou quase nenhuma) da importância das ações de vacinação de rotina nos principais meios de comunicação.

Apesar da obrigatoriedade de vacinação de menores, com base na [Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990](#) (Estatuto da Criança e do Adolescente), que estabelece no parágrafo único do Art. 14, que “*é obrigatória à vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias*”, observa-se a interferência de outros fatores, entre eles: superstições, mitos, informações preconceituosas e errôneas (*fake news*), dificuldades no deslocamento até a unidade de saúde, problemas de infraestrutura do serviço de saúde, alto tempo de espera e horário de funcionamento incompatível com a rotina do usuário, irregularidade de abastecimento de alguns imunobiológicos, questões culturais, religiosas e socioeconômicas dos responsáveis, além dos movimentos antivacinas e da “infodemia”.

Cabe ressaltar ainda que, em 2019, houve a introdução do e-SUS APS como sistema de entrada de dados de imunização nas unidades de atenção primária, mantendo-se o SIPNIWEB somente para o registro das doses administradas em salas de vacinas de unidades hospitalares (maternidades, emergências, PU, etc), nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE) e nos serviços privados. Desde então, têm-se observado uma série de problemas relacionados à migração da informação entre a base do SISAB (e-SUS APS) e do SIPNI, ocorrendo instabilidade e inconsistências, devido à existência de “regras de negociação”, que se encontram em processo de correção e aprimoramento pela equipe de sistemas do MS, para o fornecimento de dados mais fidedignos.

Estratégias para Reverter o Cenário das Baixas Coberturas Vacinais no ERJ

A SES-RJ tem apoiado as equipes municipais no desenvolvimento de inúmeras estratégias para reversão da situação das baixas coberturas vacinais, desde antes do período pandêmico. Dentre as ações podemos listar:

- ❖ realização de reuniões periódicas com as coordenações de imunização, vigilância epidemiológica e atenção primária para esclarecimentos sobre as atualizações do Calendário Nacional de Imunização do PNI/MS e das campanhas em andamento;
- ❖ realizações de capacitações sobre os sistemas de informações para registro dos dados de vacinas, para emissão de relatórios e desenvolvimento de ações nos territórios municipais e para melhoria das coberturas vacinais (avaliação qualitativa);
- ❖ realização de capacitações sobre o geoprocessamento da informação nos territórios, analisando os dados em relação à localização da informação das unidades de saúde, buscando estratégias regionais de intervenção, utilizando-se da implantação das equipes de estratégia de saúde da família, na busca ativa de indivíduos não vacinados;
- ❖ incentivo à realização de ações extramuros, tais como visitas domiciliares, parcerias com instituições de influência local, a exemplo das associações de moradores,

lideranças religiosas, universidades e escolas públicas e privadas; assim como a oferta de ações de vacinação fora das unidades de saúde (*drive thru, shopping*, etc.);

- ❖ aquisição de equipamentos para doação aos municípios, buscando melhoria da estrutura das salas de vacinas e centrais municipais de rede de frio;
- ❖ realização de repasses para investimentos pelos municípios na aquisição de insumos e outros materiais permanentes para estruturação de sua cadeia de frio (caixas térmicas, freezers, computadores, termômetros etc.);
- ❖ assessoria técnica por meio dos canais oficiais de comunicação (*e-mails*, telefones, *WhatsApp* etc.) para que os profissionais possam esclarecer possíveis dúvidas durante o processo de trabalho;
- ❖ divulgação nas diversas mídias de material sobre a importância da imunização na prevenção de doenças imunopreveníveis e no combate às *fake news*, buscando esclarecer a população sobre a segurança dos imunobiológicos e estimular a sua adesão, com o apoio da equipe da ASCOM da SES-RJ.

Ressaltamos ainda o papel da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é a principal “estrutura” com perspectiva de organizar e fortalecer as ações de competência municipal, organizando os serviços e orientando a prática profissional de atenção à família. Portanto, destaca-se a importância de ampliar os investimentos nas equipes de APS dos 92 municípios, para que se obtenha respostas mais efetivas nas ações de imunização no território municipal, garantindo boas coberturas vacinais para os imunobiológicos do calendário nacional de vacinação do PNI (rotina e campanha).

III.2. Detecção, Monitoramento e Alerta de Doenças Emergentes, Reemergentes e Desastres Tecnológicos e Ambientais

A detecção de doenças emergentes, aumento de casos de doenças reemergentes e desastres tecnológicos e ambientais é realizada através da vigilância de eventos e rumores, utilizando como referência a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Emergências de Saúde pública da [Portaria GM/MS Nº 420, de 2 de março de 2022](#), e na Lista Estadual, publicada através da [Resolução SES Nº 2485, de 18 de outubro de 2021](#). Para essas atividades, são utilizados os mecanismos de alertas e consultas gratuitos (ex: ProMED mail e HealthMap), além do uso de ferramentas como o EIOS e o Google Alerta.

Os rumores detectados são avaliados conforme o tipo do evento, agente/vetor envolvido, forma de transmissão, magnitude, severidade, existência de medidas de prevenção e controle, de forma a atribuir uma classificação final em baixo (alerta e/ou verificação), médio e alto risco de surgimento de potencial evento de saúde pública. A partir da classificação os rumores são enviados

aos municípios responsáveis para identificar sua veracidade junto às áreas técnicas do Ministério da Saúde ou às unidades dos CIEVS locais.

No ano de 2022, o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde SES-RJ realizou diariamente a busca ativa de rumores veiculados em fontes formais e informais de notícias internacionais, nacionais e estaduais, elaborando 52 *clippings* e divulgando de acordo com a semana epidemiológica.

III.2.1. Doenças Reemergentes

As doenças reemergentes são doenças infecciosas que já foram controladas ou consideradas sob controle, mas que ressurgem com um aumento na sua incidência e impacto sobre a população em um determinado período. No período de 2018 a 2022 foi registrado um aumento do número de casos de febre amarela (discutida na seção III.3.2. adiante), dengue (seção anterior) e sarampo, onde o CIEVS atuou de forma complementar junto às áreas técnicas responsáveis.

III.2.1.1. Sarampo e Rubéola

A vigilância do sarampo e da rubéola tem como objetivo manter e sustentar a interrupção da circulação viral, por meio da detecção precoce e resposta oportuna a qualquer introdução dos vírus. O Brasil recebeu a certificação da eliminação da circulação endêmica do sarampo em 2016, mas a reintrodução do vírus, em 2018, levou à perda da certificação para o país e para toda a região das Américas.

No ano de 2018, o ERJ vivenciou um surto de sarampo autolimitado, com 20 casos confirmados. No entanto, a partir de 2019, foi observado um número elevado de casos confirmados de sarampo no estado (527), sendo uma situação de surto com circulação viral disseminada. Nos primeiros meses de 2020, o número de casos confirmados já ultrapassava o de todo o ano de 2019, porém com a introdução da pandemia de Covid-19 e o isolamento social recomendado, houve significativa diminuição da transmissão de outras doenças respiratórias, incluindo a do sarampo. Já o surto que ocorreu em 2021 e 2022 estava localizado somente em um município, na região Metropolitana I.

Tabela 19. Sarampo: Casos suspeitos e confirmados segundo ano do início do exantema-ERJ 2019 a 2022.

Classificação final/ano	2019	2020	2021	2022	Total
Confirmado	527	1303	03	2	1835
Descartado	724	1445	125	250	2544
Total geral	1.251	2.748	128	252	4.379

Fonte: Planilha SES RJ/SUBVAPS/SUPVEA/COOVE/GERDI, dados exportados em 10/03/2023 e sujeitos a revisão.

Após 12 semanas do último caso confirmado no ERJ, em 2022, foi possível desenvolver um relatório de encerramento de surto. Assim, ações de fortalecimento e sensibilização da vigilância epidemiológica das doenças exantemáticas (sarampo e rubéola) têm sido realizadas e reforçadas

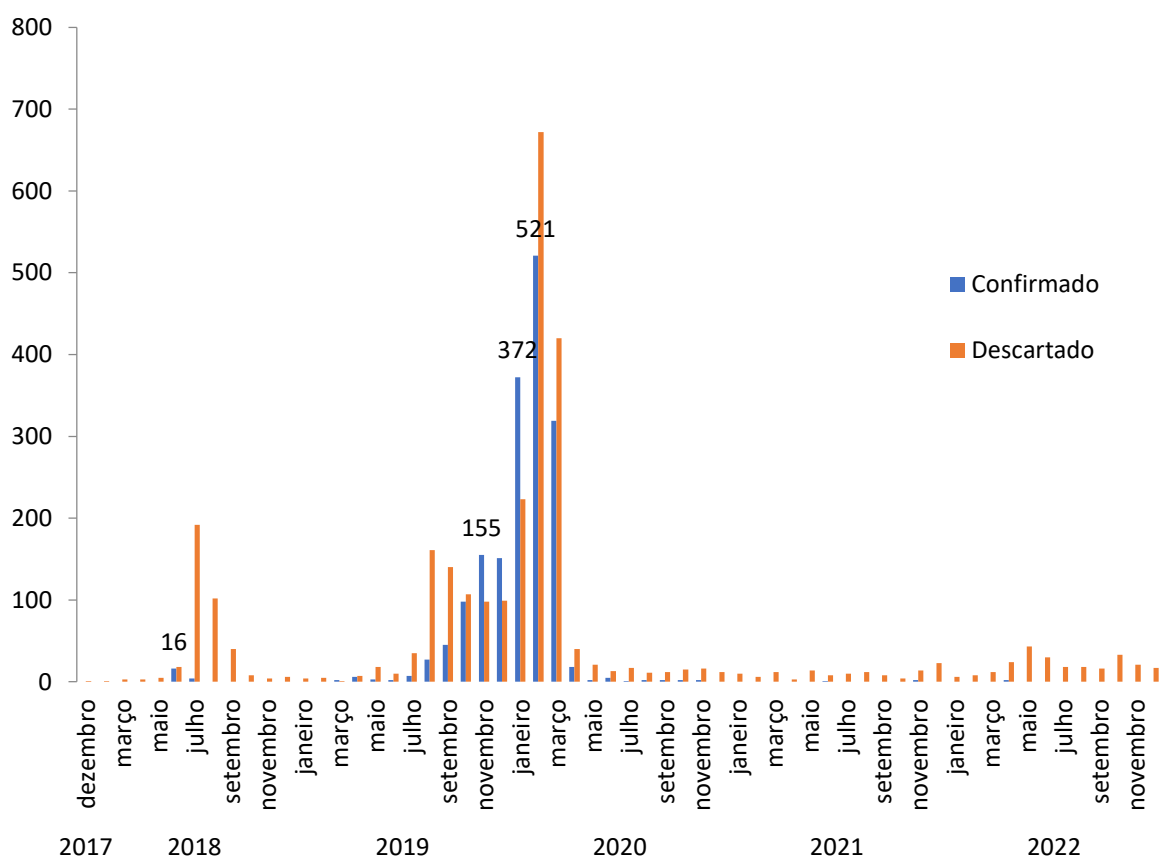
com o objetivo de alcançar novamente a certificação de eliminação de circulação do vírus do sarampo no ERJ e, conseqüentemente, no Brasil. Para isso, é necessário atingir as metas dos indicadores de qualidade da vigilância epidemiológica das doenças exantemáticas.

Os municípios usualmente realizam a notificação compulsória de casos suspeitos de doenças exantemáticas (sarampo e rubéola); além disso, é recomendável àqueles silenciosos a execução da busca ativa retrospectiva de casos junto aos atendimentos dos serviços de saúde locais. Uma vez identificada a subnotificação, deverão ser deflagradas ações de controle (vacinação e atualização do cartão de vacinação dos contatos) e orientação aos profissionais de saúde. Também é necessária a checagem de ocorrência de suspeitos no território.

O desconhecimento de casos suspeitos, associado a baixas coberturas vacinais, expõe a localidade ao risco perante a possibilidade de circulação da doença, uma vez que a sintomatologia, como exantema associada a febre, tosse, coriza e dores articulares, é comum em atendimentos de rotina.

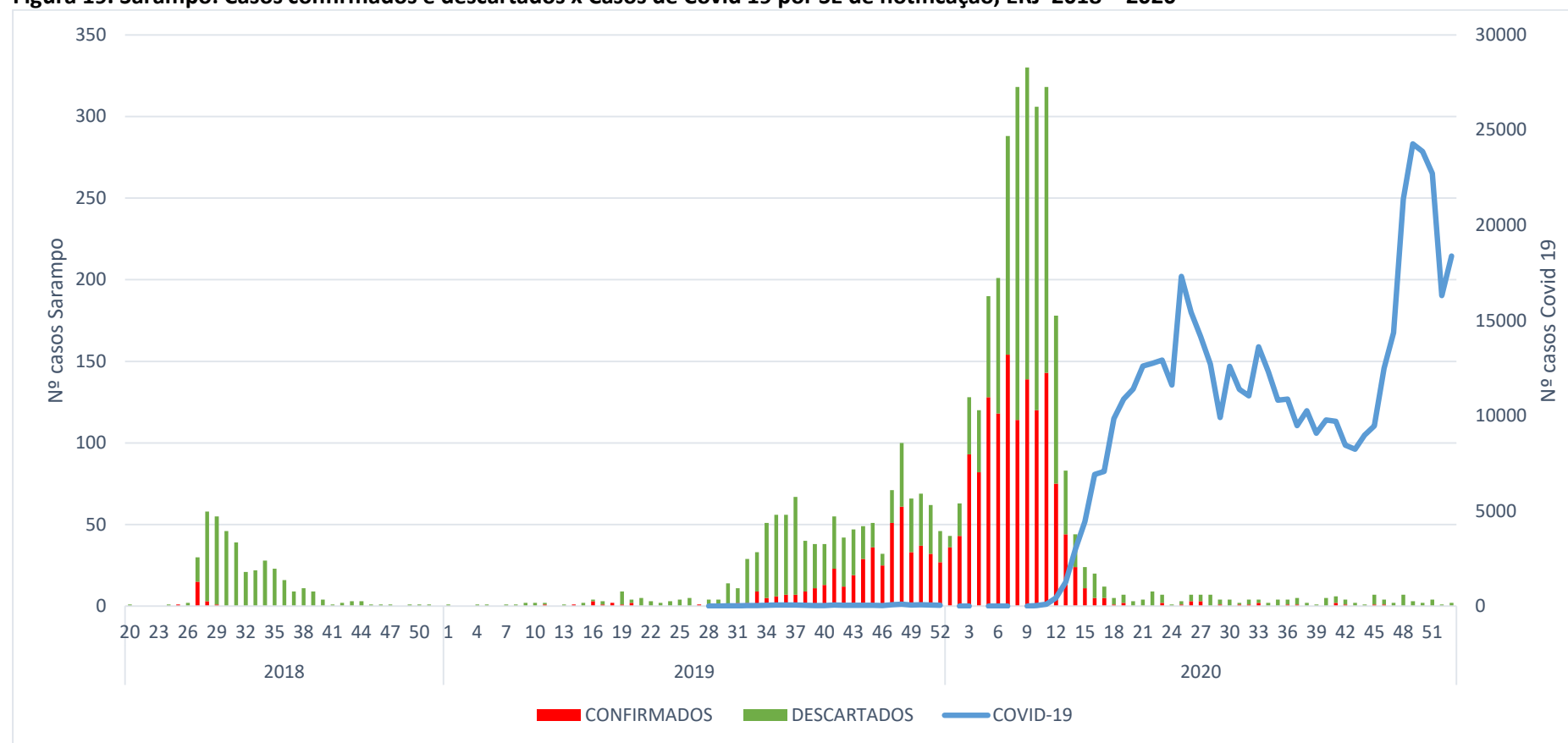
Com relação à rubéola, desde 2009, a circulação do vírus está controlada em todo o território nacional, possibilitando ao Brasil receber, em 2015, a certificação de eliminação da circulação viral endêmica.

Gráfico 14. Distribuição de casos de sarampo por mês do início dos sintomas e classificação final no estado do Rio de Janeiro, 2018 a 2022.



Fonte: SINANNET. Dados atualizados em 23/11/2023.

Figura 19. Sarampo: Casos confirmados e descartados x Casos de Covid 19 por SE de notificação, ERJ 2018 – 2020



Fonte: Dados da Planilha SES RJ/SUBVAPS/SUPVEA/COOVE/GERDI, exportados em 10/03/2023 e sujeitos a revisão.

III.2.2. Doenças Emergentes

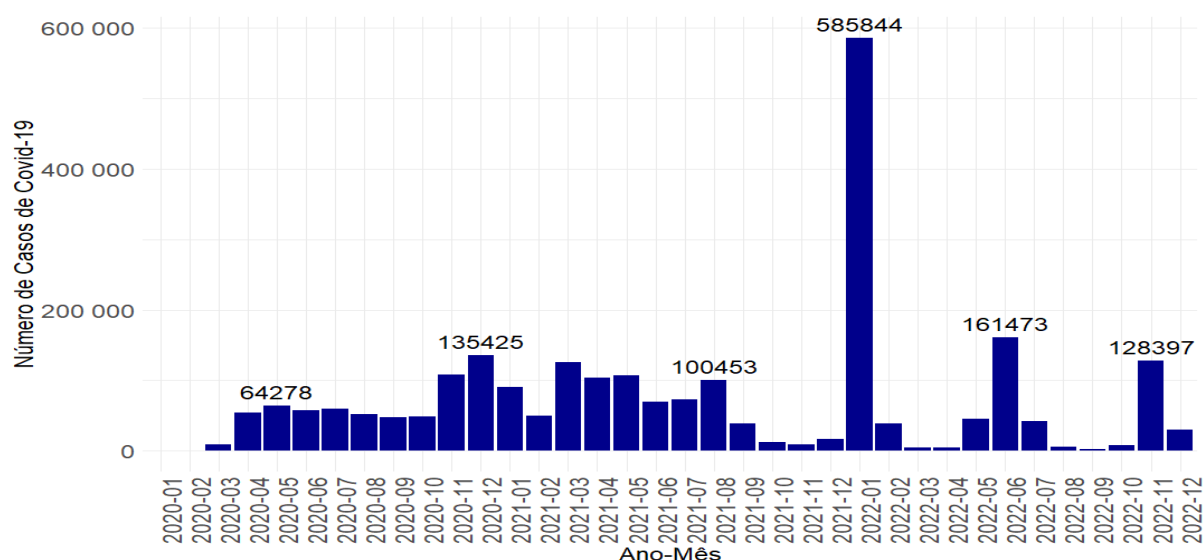
As doenças emergentes são infecções recentemente identificadas ou novas que afetam o ser humano com gravidade e cuja incidência tem aumentado nas últimas décadas, ou está prevista para aumentar em futuro próximo. As doenças emergentes monitoradas pelo Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de 2018 a 2022 foram a COVID-19, Hepatite Aguda de Etiologia Desconhecida e Mpox.

III.2.2.1. Covid-19

Trata-se de uma doença emergente que teve seu primeiro caso confirmado no Brasil em fevereiro de 2020, sendo classificada como uma emergência de saúde pública. Através de ações de monitoramento para identificação precoce de casos e da evolução da doença, foi possível prever e prover informações utilizadas por diferentes setores que auxiliaram no processo de tomada de decisões para controle da doença, como intensificação das medidas de restrição e isolamento social, abertura de leitos e hospitais de campanha e identificação das populações vulneráveis.

Desde o dia primeiro de março de 2020 a 28 de outubro de 2022, foram registrados 2.293.118 casos de Covid-19 nos residentes do estado do Rio de Janeiro, dos quais 202.179 desenvolveram Síndrome Respiratória Aguda Grave e 76.646 evoluíram para óbito. Neste período nota-se a ocorrência de seis 'ondas'. A quinta 'onda', ocorrida em janeiro de 2022 em função da chegada da variante ômicron, foi a com o maior número de casos, porém esse comportamento não se traduziu no número de internações e óbitos em função da vacinação da população contra o Covid-19 (figuras 20, 21 e 22).

Figura 20. Número de casos notificados por Covid-19 por semana epidemiológica no estado do Rio de Janeiro – 2020 a 2022



Fonte: e-SUS Notifica e SIVEP Gripe

Entre 2020 e 2022, as pessoas do sexo feminino representaram a maior parte dos casos confirmados, e a faixa etária mais atingida foi de 20 aos 49 anos de idade. Já quanto ao recorte raça/cor, nada pode ser afirmado, pois em todos os anos de pandemia os percentuais de ‘raça/cor ignorada’ foram iguais ou superiores a 30% (tabela 20).

Tabela 20. Número e proporção de casos confirmados de Covid-19 segundo sexo, faixa etária e raça/cor da pele em residentes do estado do Rio de Janeiro – 2020 a 2022

Característica	2020		2021		2022		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo								
Feminino	345.300	54,34%	441.463	55,57%	528.795	61,19%	1.315.559	57,35%
Masculino	290.119	45,66%	352.885	44,42%	335.359	38,81%	978.364	42,65%
Ignorado	6	0,00%	11	0,00%	3	0,00%	20	0,00%
Total	635.425	100,00%	794.359	100,00%	864.157	100,00%	2.293.943	100,00%
Faixa etária								
0-9 anos	14.313	2,25%	28.506	3,59%	40.695	4,71%	83.514	3,64%
10-19 anos	23.581	3,71%	52.753	6,64%	59.448	6,88%	135.782	5,92%
20-49 anos	341.512	53,75%	417.411	52,55%	462.970	53,57%	1.221.894	53,27%
50-69 anos	164.663	25,91%	203.670	25,64%	215.231	24,91%	583.565	25,44%
70+ anos	59.206	9,32%	68.595	8,64%	61.731	7,14%	189.532	8,26%
Ignorado	32.150	5,06%	23.424	2,95%	24.082	2,79%	79.656	3,47%
Raça/cor da pele								
Branca	198.020	31,16%	234.271	29,49%	235.308	27,23%	667.600	29,10%
Negra	225.783	35,53%	286.878	36,11%	315.207	36,48%	827.869	36,09%
Outras	21.624	3,40%	6.527	0,82%	19.238	2,23%	47.389	2,07%
Ignorada	189.998	29,90%	266.683	33,57%	294.404	34,07%	751.086	32,74%

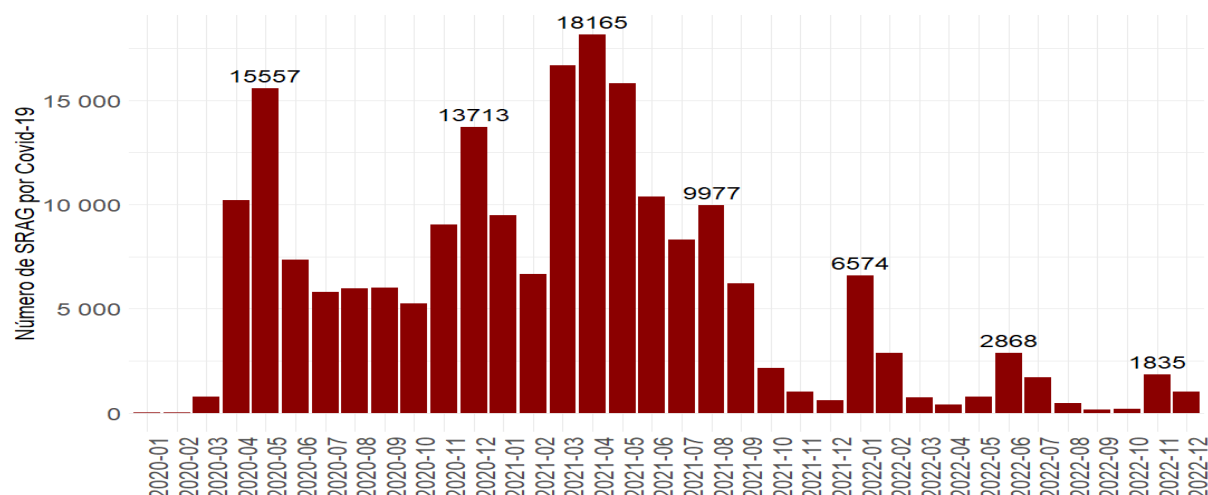
Fonte: e-SUS Notifica e SIVEP Gripe

III.2.2.1.1. Casos Graves de Covid-19

Com exceção do ano 2022, a maior parte das pessoas que desenvolveram Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) causada por Covid-19 era do sexo masculino. No ano de 2022, observa-se um envelhecimento dos pacientes, mostrando a eficiência da vacina em pessoas imunocompetentes. Em 2020, pessoas com mais de 50 anos somavam 76,3%, em 2021, 70,5%, e em 2022 esse total passa a ser de 77,7% dos pacientes (tabela 21). Quanto à raça/cor da pele, não é possível afirmar a predominância de umas sobre as outras, por conta do grande percentual de ignorados (30% e mais). O mesmo é válido, em muito maior escala, para os dados de escolaridade, com mais de 70% de ignorados.

Com a gradual disponibilidade da vacina a partir de 2021, percebeu-se um aumento na proporção de pessoas vacinadas que desenvolveram SRAG, porém é preciso levar em consideração a idade dessas pessoas, uma vez que pessoas mais velhas têm menor capacidade de soroconversão. Ocorre assim o envelhecimento do perfil de doentes após o avanço da vacinação na população geral.

Figura 21. Total de casos de síndrome respiratória aguda grave por Covid-19 por mês no estado do Rio de Janeiro – 2020 a 2022



Fonte: SIVEP Gripe

Tabela 21. Número e proporção de casos graves de SRAG por Covid-19 segundo sexo, faixa etária, raça/cor da pele, status vacinal e internação em UTI em residentes do estado do Rio de Janeiro - 2020 a 2022

Característica	2020		2021		2022		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo								
Feminino	38.795	45,45%	47.291	46,58%	7.851	51,36%	93.937	46,46%
Masculino	46.561	54,55%	54.221	53,40%	7.430	48,61%	108.212	53,52%
Ignorado	6	0,01%	19	0,02%	5	0,03%	30	0,01%
Total	85.362	100%	101.531	100%	15.286	100%	202.179	100%
Faixa etária								
0 a 9	974	1,14%	1.319	1,30%	1.012	6,62%	3.305	1,63%
10 a 19	602	0,71%	803	0,79%	264	1,73%	1.669	0,83%
20 a 49 anos	18.640	21,84%	27.789	27,37%	2.133	13,95%	48.562	24,02%
50 a 69 anos	33.443	39,18%	40.925	40,31%	3.926	25,68%	78.294	38,73%
70 ou mais	31.703	37,14%	30.695	30,23%	7.951	52,01%	70.349	34,80%
Raça/cor da pele								
Branca	27.792	32,56%	30.285	29,83%	4.661	30,49%	62.738	31,03%
Negra	28.870	33,82%	38.827	38,24%	5.296	34,65%	72.993	36,10%
Outras	588	0,69%	701	0,69%	105	0,69%	1.394	0,69%
Ignorada	28.112	32,93%	31.718	31,24%	5.224	34,18%	65.054	32,18%
Status vacinal								
Não vacinado/1 dose	85.362	100,00%	8.422	8,30%	784	5,13%	9.339	4,62%
2 doses	-	0,00%	14.893	14,67%	5.510	36,05%	21.249	10,51%
Reforço	-	0,00%	1.293	1,27%	4.262	27,88%	6.276	3,10%
Ignorado	-	0,00%	76.923	75,76%	4.730	30,94%	165.315	81,77%
Internação em UTI								
Sim	32.239	37,77%	41.128	40,51%	6.315	41,31%	79.682	39,41%
Não	33.225	38,92%	36.563	36,01%	5.297	34,65%	75.085	37,14%
Ignorado	19.898	23,31%	23.840	23,48%	3.674	24,04%	47.412	23,45%

Fonte: SIVEP Gripe

III.2.2.1.2. Óbitos por Covid-19

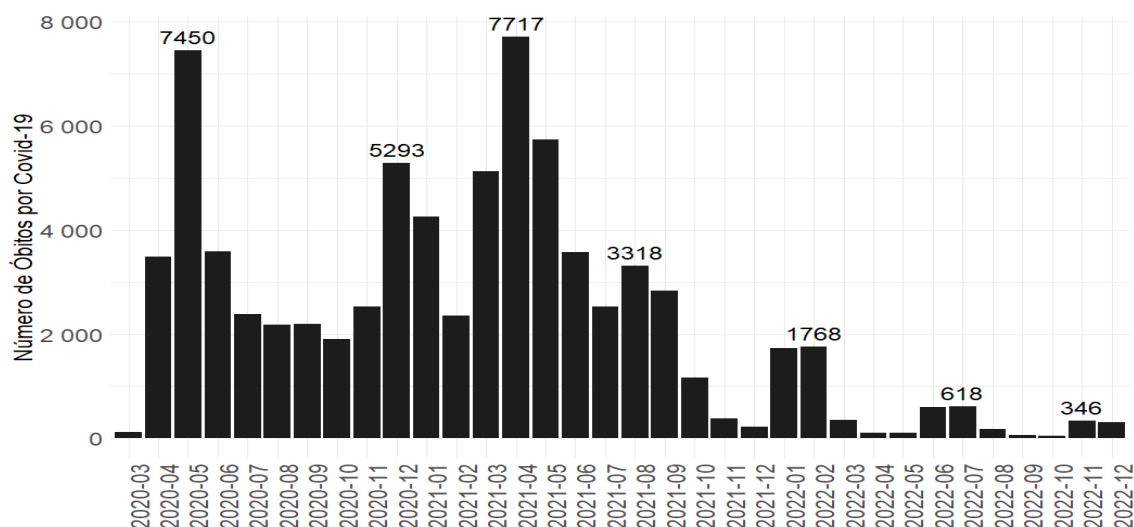
Ao longo dos três anos, a internação em leitos UTI aumentou (tabela 21), porém o número de óbitos causados por Covid-19 decresceu (figura 22). Dentre os pacientes que foram a óbito, as mulheres foram maioria apenas em 2022. As faixas etárias que mais evoluem para óbito são as de 50 anos ou mais, com especial destaque para a faixa etária de 70 anos ou mais, no ano de 2022, que concentrou 67,6% dos óbitos por Covid-19 na população residente no estado do Rio de Janeiro (tabela 22).

Tabela 22. Número e proporção de óbitos por Covid -19 segundo sexo, faixa etária, raça/cor da pele, status vacinal e internação em UTI em residentes do estado do Rio de Janeiro - 2020 a 2022

Característica	2020		2021		2022		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo								
Feminino	15.512	45,10%	17.749	47,91%	2.634	50,61%	35.895	46,83%
Masculino	18.880	54,90%	19.294	52,08%	2.570	49,39%	40.744	53,16%
Ignorado	-	0,00%	7	0,02%	-	0,00%	7	0,01%
Total	34.392	100,00%	37.050	100,00%	5.204	100,00%	76.646	100,00%
Faixa etária								
0 a 9	62	0,18%	50	0,13%	42	0,81%	154	0,20%
10 a 19	58	0,17%	71	0,19%	22	0,42%	151	0,20%
20 a 49	3.398	9,88%	5.690	15,36%	348	6,69%	9.436	12,31%
50 a 69	12.268	35,67%	14.805	39,96%	1.276	24,52%	28.349	36,99%
70 ou mais	18.606	54,10%	16.434	44,36%	3.516	67,56%	38.556	50,30%
Raça/cor da pele								
Branca	13.397	38,95%	13.574	36,64%	1.954	37,55%	28.925	37,74%
Negra	12.796	37,21%	15.013	40,52%	1.944	37,36%	29.753	38,82%
Outras	184	0,54%	229	0,62%	42	0,81%	455	0,59%
Ignorada	8.015	23,30%	8.234	22,22%	1.264	24,29%	17.513	22,85%
Status vacinal								
Não vacinado/1 dose	34.392	100,00%	3.159	8,53%	266	5,11%	3.433	4,48%
2 doses	-	0,00%	5.734	15,48%	1.952	37,51%	7.726	10,08%
Reforço	-	0,00%	76	0,21%	1.584	30,44%	1.669	2,18%
Ignorado	-	0,00%	28.081	75,79%	1.402	26,94%	63.818	83,26%
Internação em UTI								
Sim	15.328	44,57%	18.364	49,57%	2.544	48,89%	36.236	47,28%
Não	8.699	25,29%	7.781	21,00%	1.197	23,00%	17.677	23,06%
Ignorado	10.365	30,14%	10.905	29,43%	1.463	28,11%	22.733	29,66%

Fonte: SIVEP Gripe

Figura 22. Total de óbitos notificados por Covid-19 por mês no estado do Rio de Janeiro – 2020 a 2022

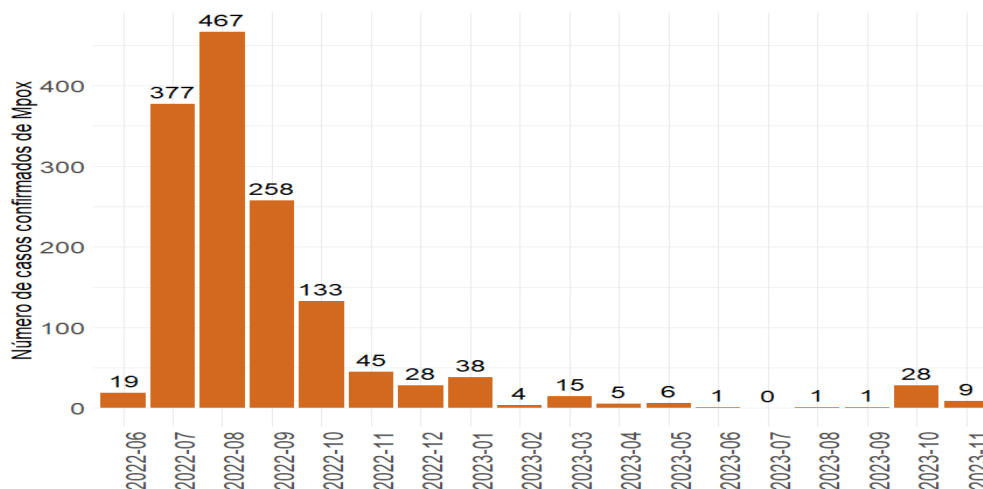


Fonte: SIVEP Gripe

III.2.2.2. Mpox

O primeiro caso de Mpox no estado do Rio de Janeiro foi importado de Londres e confirmado no município do Rio de Janeiro em 15 de junho de 2022. Deste momento em diante, observou-se o rápido espalhamento da doença em uma população restrita. Até o dia 03 de novembro de 2022 foram confirmados 1.231 casos, dos quais 92,4% foram em pessoas do sexo masculino. A orientação sexual mais prevalente entre as pessoas acometidas foi a homossexual (61,3%) e pessoas cisgênero (85,1%). Aproximadamente 40% dos pacientes de Mpox são HIV positivos, e essa população, por ser considerada grupo de risco, foi prioridade para a vacinação contra a doença.

Figura 23. Número de casos de Mpox confirmados por mês no estado do Rio de Janeiro – 2022 e 2023



Fonte: e-SUS SINAN

Tabela 23. Número e proporção de casos confirmados de Mpox segundo sexo, raça/cor da pele, escolaridade, gênero, orientação sexual, faixa etária e dados clínicos em residentes do estado do Rio de Janeiro - 2022

Característica	N	%
Sexo-biológico		
Feminino	94	7.6%
Masculino	1.137	92.4%
Raça/cor da pele		
Branca	454	36.9%
Negra	645	52.4%
Outras	26	2.1%
Não informado	106	8.6%
Escolaridade		
Analfabeto	2	0.2%
EF incompleto	42	3.4%
EF completo/EM incompleto	76	6.2%
EM completo/ES incompleto	502	40.8%
ES completo	390	31.7%
Não informado	211	17.1%
Não se aplica	8	0.6%
Gênero		
Cisgênero	1048	85.1%
Transgênero/Não binário	26	2.1%
Não informado	142	11.5%
Orientação Sexual		
Heterossexual	213	17.3%
LGBTI+	881	71.6%
Outros	13	1.1%
Não informado	124	10.1%
HIV		
Negativo	629	51.1%
Positivo	490	39.8%
Não informado	112	9.1%
Faixa etária		
10-19 anos	35	2.8%
20-49 anos	1.160	94.2%
50+ anos	21	1.7%
Hospitalização		
Não	1138	92.4%
Não informado	26	2.1%
Sim - Devido a necessidades clínicas	59	4.8%
Sim - Para propósitos de isolamento	8	0.6%
Evolução		
Cura	872	70.8%
Óbito por Monkeypox	5	0.4%
Óbito por outra causa	1	0.1%
Não informado	353	28.7%

Fonte: e-SUS SINAN

Pessoas negras (52,4%) foram as mais acometidas, e as pessoas com escolaridade de ensino médio completo ou mais são a maioria dos casos (72,5%). A faixa etária com a maior

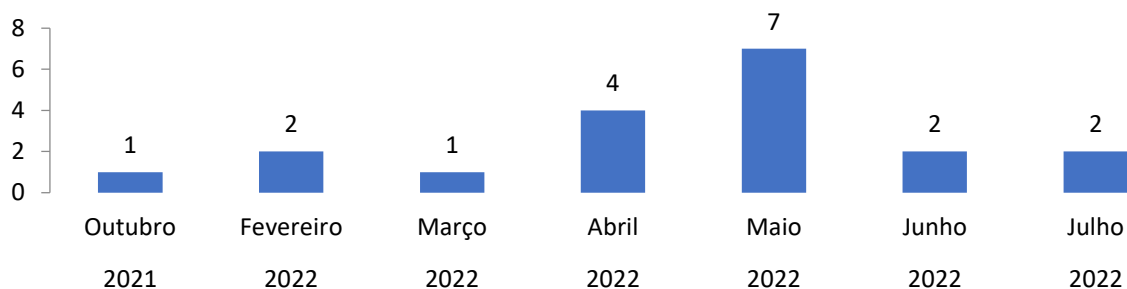
representatividade é de 20 a 49 anos de idade. Em relação à hospitalização, 5,4% dos pacientes necessitaram de hospitalização, fosse por necessidade clínica ou para isolamento. Apenas cinco pacientes vieram a óbito por Mpox, representando 0,4% de todos os pacientes com diagnóstico positivo para a doença.

III.2.2.3. Hepatite Aguda de Etiologia Desconhecida

No ano de 2022, 19 casos suspeitos de hepatite aguda de etiologia desconhecida foram notificados ao CIEVS/SES-RJ. O monitoramento dos casos notificados foi realizado em parceria com a Coordenação de Vigilância Epidemiológica da SVEA, através de sua Gerência Hepatites Virais. Desses, 74% (14) eram do sexo masculino e 26% (05) eram do sexo feminino. A média de idade foi de 06 anos e a mediana de 05 anos, tendo como mínimo 02 meses e o máximo 15 anos. Dos 19 casos suspeitos, 03 foram classificados como prováveis, 05 foram inconclusivos e 11 foram descartados. Os critérios de classificação final utilizados foram determinados através do Ofício Circular Nº 120/2022/SVS/MS, em 28 de junho de 2022.

Em relação ao início dos sintomas, observa-se no gráfico 15 que um caso suspeito iniciou os sintomas em outubro de 2021, e a semana epidemiológica 20 do ano de 2022 teve o maior número de casos notificados.

Gráfico 15. Número de casos de Hepatite Aguda de Etiologia Desconhecida por data do início dos sintomas segundo a semana epidemiológica, no estado do Rio de Janeiro, de outubro de 2021 a julho de 2022



Fonte: CIEVS/SES-RJ

A raça/cor da pele branca teve a maior proporção entre os casos notificados de hepatite aguda de etiologia desconhecida (42%), seguida da negra, com 37%, e da ignorada, com 21%.

Na distribuição dos casos de hepatite aguda de etiologia desconhecida de acordo com o município de residência, o município do Rio de Janeiro possui o maior número de casos notificados (seis casos), seguido por Duque de Caxias (três casos), Petrópolis (dois casos), e Angra dos Reis, Araruama, Campos dos Goytacazes, Itaboraí, Maricá, Niterói, Paty do Alferes, Petrópolis e Valença (um caso cada).

III.2.3. Outras Doenças Infecciosas

III.2.3.1. Vigilância das Síndromes Gripais

A vigilância dos vírus respiratórios no Brasil, inicialmente a vigilância da influenza, é composta pela vigilância sentinela de Síndrome Gripal (SG), de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e pela vigilância universal de SRAG e segue o modelo recomendado pelo Ministério da Saúde.

As Síndromes Gripais (SG) são doenças endêmicas, que ocorrem geralmente no período de outono e inverno, sendo na maioria das vezes de caráter autolimitado. No entanto, em algumas situações podem se apresentar com quadros graves (SRAG), evoluindo com complicações, hospitalizações e mortes, principalmente na presença de fatores de risco individuais, tais como puerpério, síndrome de Down, doença renal crônica, pneumopatia crônica e obesidade.

No estado, o padrão de circulação dos agentes etiológicos é bem diversificado, com alterações anuais de vírus predominante. As unidades sentinelas têm papel relevante para detectar oportunamente essas alterações e encaminhar amostras para avaliação internacional.

Destacam-se entre 2017 e 2022: o vírus da Influenza, que é um dos vírus respiratórios mais comuns e pode causar epidemias sazonais no país e no estado; o Vírus Sincicial Respiratório (VSR), que é um dos principais agentes causadores de infecções respiratórias em crianças menores de 2 anos; e o coronavírus, vírus respiratório emergente que causou a pandemia global em 2020 e 2021.

Com base nas análises das cepas virais circulantes mais prevalentes durante a sazonalidade nos hemisférios sul e norte, a OMS determina a formulação anual da composição da vacina contra a *Influenza* e COVID 19 para os laboratórios produtores, cuja recomendação é enviada aos países membros da rede de vigilância global para que seja utilizada na sazonalidade seguinte.

A Rede Sentinela para Síndromes Gripais (SG), quando de sua implantação no ERJ como Vigilância da Influenza, em 2012, foi direcionada aos municípios acima de 300 mil habitantes, tendo a adesão de apenas três: Rio de Janeiro, São Gonçalo e Niterói. Atualmente, a vigilância sentinela das SG conta com uma rede na região metropolitana do estado, sendo 12 unidades no município do Rio de Janeiro e 01 unidade no município de Niterói.

A Rede tem como objetivo principal identificar os vírus respiratórios circulantes, incluindo o SARS-CoV-2, além de permitir o monitoramento da demanda de atendimento por essas doenças e adotar medidas preventivas e de controle eficazes.

Há a perspectiva de ampliação da Rede Sentinela para pelo menos uma unidade em cada região do estado, de forma a fortalecer a detecção precoce da circulação de novos vírus respiratórios e o monitoramento da circulação dos vírus já conhecidos, reduzindo o impacto dessas doenças na população.

III.2.3.2. Hanseníase

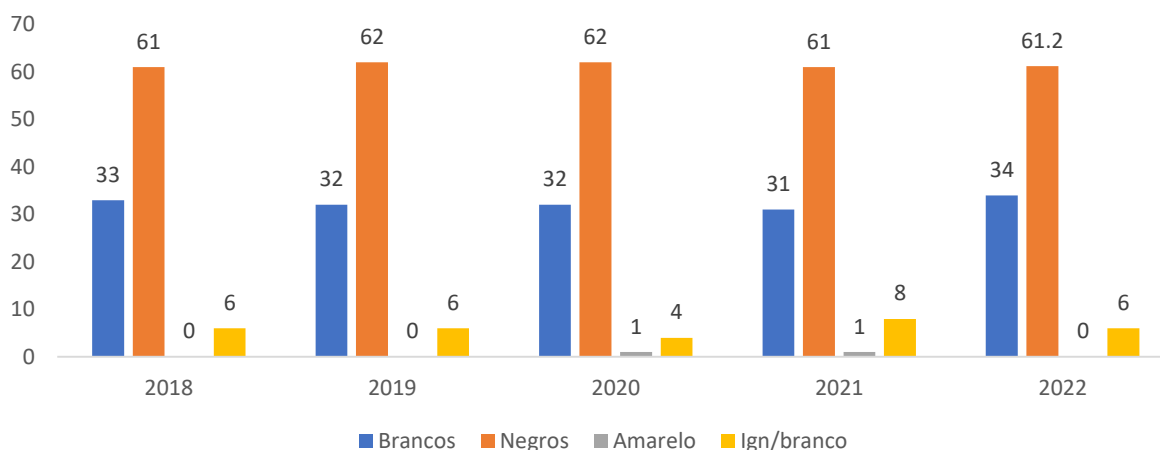
Em 2022, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) registrou 652 casos novos de hanseníase no estado do Rio de Janeiro, correspondendo a uma taxa de detecção anual de 3,64/100.000 habitantes, valor considerado de média endemidade segundo os parâmetros epidemiológicos do Ministério da Saúde, o colocando em 23º lugar no *ranking* dos estados da federação em relação a esta taxa. No entanto, o ERJ se encontra no 16º lugar na proporção de casos novos de hanseníase com Grau de Incapacidade Física (GIF) II no momento do diagnóstico (10,7%), indicador de diagnóstico tardio da doença.

Perfil Sociodemográfico da Hanseníase (2018-2022).

A série histórica 2018-2022 foi construída a partir dos resultados dos indicadores de monitoramento da hanseníase no ERJ. Tais resultados foram obtidos a partir da ficha de notificação e do boletim de acompanhamento dos casos de hanseníase registrados no SINAN.

No período 2018-2022, entre os casos novos de hanseníase diagnosticados com algum grau de incapacidade física no momento do diagnóstico, observa-se no gráfico 16 o predomínio da cor/raça negra (superior a 60%), seguido da cor/raça branca. As incapacidades físicas refletem a qualidade do acesso ao diagnóstico, do acompanhamento dos casos durante o tratamento e pós-alta por cura. Os serviços de saúde deverão ser organizados não apenas para o diagnóstico e para oferta do tratamento com PQT-U, mas para todos os aspectos que envolvem a doença.

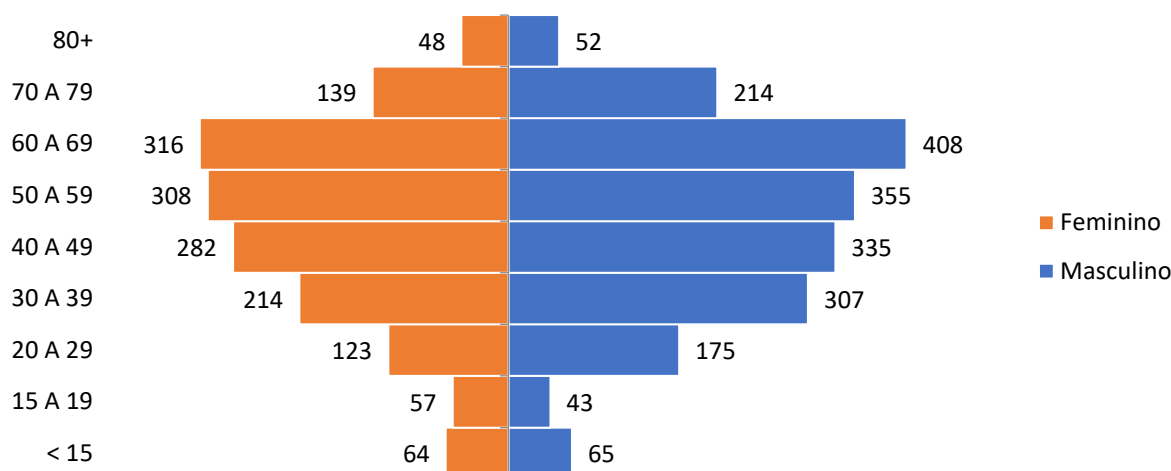
Gráfico 16. Proporção de casos novos diagnosticados por raça/cor com algum grau de incapacidade física nos anos das coortes (2018-2022), ERJ.



Fonte: SINAN NET- GERHANS/SES-RJ – Dados sujeitos a alterações.

Em relação à distribuição por sexo e faixa etária, no período avaliado, os homens predominaram em todas as faixas etárias acima dos 20 anos. A frequência do diagnóstico de casos novos foi maior a cada faixa etária, para os dois sexos, entre 20 e 69 anos (gráfico 17).

Gráfico 17. Pirâmide etária dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes (2018-2022), ERJ.



Fonte: SINAN NET- GERHANS/SES-RJ – Dados sujeitos a alterações.

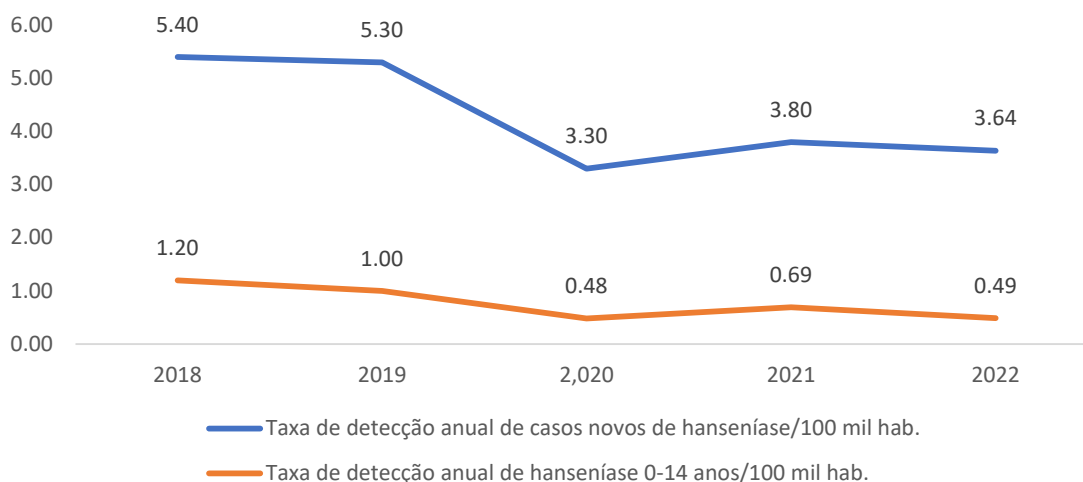
Análise Situacional da Hanseníase (2018-2022) – Indicadores Operacionais e Epidemiológicos

A taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes, no ERJ, apresentou queda expressiva no ano de 2020, quando comparada aos anos de 2018 e 2019, explicitando a subnotificação de casos da doença em função da pandemia de Covid-19. O mesmo ocorreu na taxa de detecção entre os menores de 15 anos (gráfico 18). A discreta elevação das notificações nos anos subsequentes evidencia a necessidade de realização regular de campanhas de prevenção e combate da doença, da busca ativa de casos e da investigação epidemiológica de contatos de casos novos, favorecendo o diagnóstico precoce, tratamento oportuno e prevenção das incapacidades físicas.

Em 2022, no ERJ, a taxa de detecção de casos novos de hanseníase na população geral/100 mil hab. foi de 3,64, considerada uma taxa ‘média’, e apresentou taxa ‘baixa’, para a população de 0 a 14 anos (parâmetros de interpretação MS¹⁸). As maiores taxas de detecção de casos novos de hanseníase concentram-se nas regiões Metropolitana I e Metropolitana II, do estado.

¹⁸ Interpretação das taxas de detecção, segundo o MS: Baixo: 2,00/100 mil hab.; Médio: 2,00 a 9,99/100 mil hab.; Alto: 10,00 a 19,99/100 mil hab.; Muito alto: 20,00 a 39,99/100 mil hab.; Hiperendêmico: >=40,00/100 mil hab.

Gráfico 18. Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase na população geral e na população de 0 a 14 anos, por 100.000 habitantes. estado do Rio de Janeiro, 2018-2022.

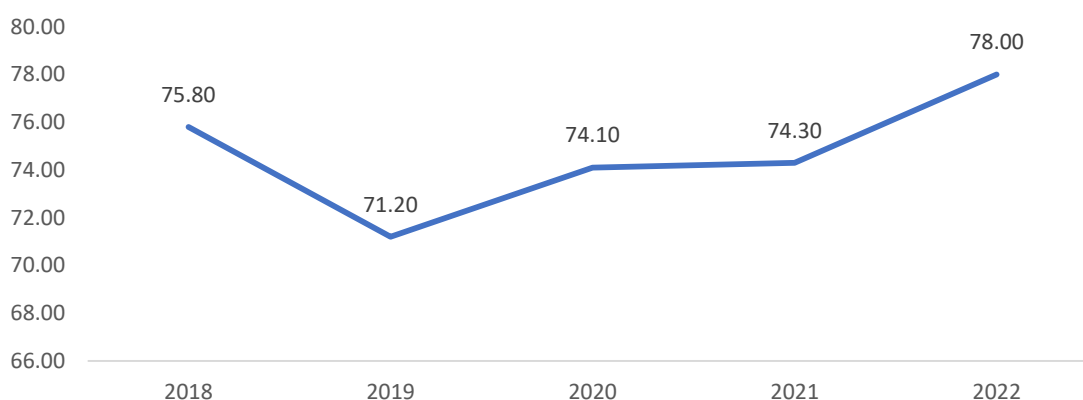


Fonte: SINAN NET- GERHANS/SES-RJ – Dados sujeitos a alterações.

Entre os anos de 2018 e 2022, o indicador ‘Proporção de contatos avaliados de casos novos diagnosticados’ permaneceu abaixo de 75%, valor considerado ‘precário’, segundo o parâmetro de avaliação preconizado pelo MS¹⁹. Em 2022, o indicador alcançou resultado ‘regular’ de contatos de casos novos avaliados (78%), ainda abaixo dos 90%, considerado como resultado ‘bom’.

O indicador ‘Proporção de contatos avaliados’ é o principal indicador de vigilância inscrito no Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS). Representa um marco para a Vigilância em Saúde por definir compromissos e responsabilidades para as três esferas de governo

Gráfico 19. Proporção de contatos avaliados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes, estado do Rio de Janeiro, 2018-2022.

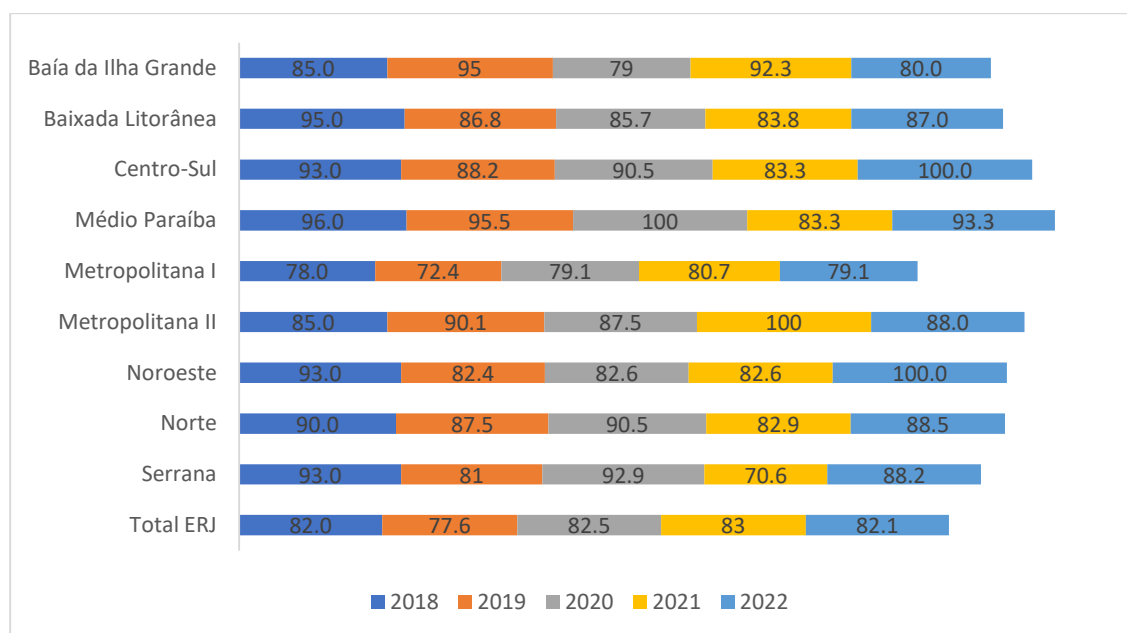


Fonte: SINAN NET- GERHANS/SES-RJ – Dados sujeitos a alterações.

¹⁹ Interpretação da avaliação de contatos, segundo o MS: Bom: $\geq 90\%$; Regular: 75,0 a 89,9%; Precário: $<75\%$

Quanto ao indicador ‘Proporção de cura entre os casos novos diagnosticados’ (gráfico 20), observa-se que a maior proporção foi alcançada em 2021 (83%), mantendo-se estável ao longo do período. No ERJ, em nenhum dos anos foi alcançado o parâmetro ‘Bom’ ($\geq 90\%$) de cura entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes, exceto, pontualmente, algumas regiões do estado. No ano anterior à pandemia de Covid-19 (2019), o resultado apresentado pelo ERJ foi “regular” (77,6%), segundo parâmetro de avaliação MS. Este indicador visa avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completude do tratamento.

Gráfico 20. Proporção de cura entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes, estado do Rio de Janeiro, 2018 - 2022.



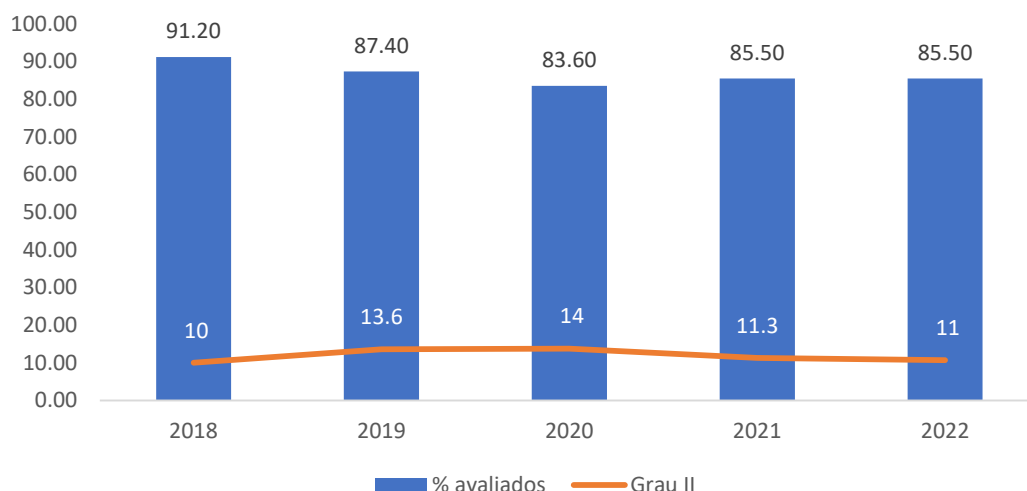
Fonte: SINAN NET- GERHANS/SES-RJ – Dados sujeitos a alterações.

Parâmetros de Interpretação, MS: Bom - $\geq 90\%$; Regular - 75,0 a 89,9%; Precário - $<75\%$

Quanto à análise da ‘Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico’, indicador que avalia o diagnóstico tardio (gráfico 21), observa-se que ao longo do período avaliado o resultado do ERJ foi ‘Precário’ ($\geq 10\%$), de acordo com o parâmetro de avaliação do MS, com destaque para o ano de 2019 (14,2%). Estes resultados representam pessoas acometidas pela doença avaliadas, no momento do diagnóstico, com deformidades físicas visíveis e irreversíveis.

No período analisado, a maior proporção de casos avaliados quanto à incapacidade física no momento do diagnóstico ocorreu em 2018 (87%), resultado considerado regular, e em nenhum dos anos foi alcançado o parâmetro ‘bom’ (90%) preconizado pelo MS. Um dos maiores desafios para o enfrentamento da hanseníase no Brasil tem sido a efetivação do processo de descentralização das ações de controle da doença para a APS, pois os serviços encontram-se centralizados nas unidades de especialidades e referência.

Gráfico 21. Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico, ERJ (2018 – 2022).



Fonte: SINAN NET- GERHANS/SES-RJ – Dados sujeitos a alterações.

* Parâmetros de Interpretação GIF-2, MS: Baixo: $\leq 5\%$; Médio: 5% a 9,9%; Alto: $\geq 10\%$

** Parâmetros de Interpretação Avaliação, MS: Bom: $\geq 90\%$; Regular: 75% a 89,9%; Precário: $< 75\%$

Avanços na incorporação do teste rápido de Hanseníase nas unidades de saúde, bem como no estímulo à busca ativa para avaliação dos contatos de casos novos, ainda são necessários nos municípios do estado. Para tanto, é essencial o fortalecimento da interlocução e do alinhamento das ações de vigilância e atenção entre as unidades de referência e a APS.

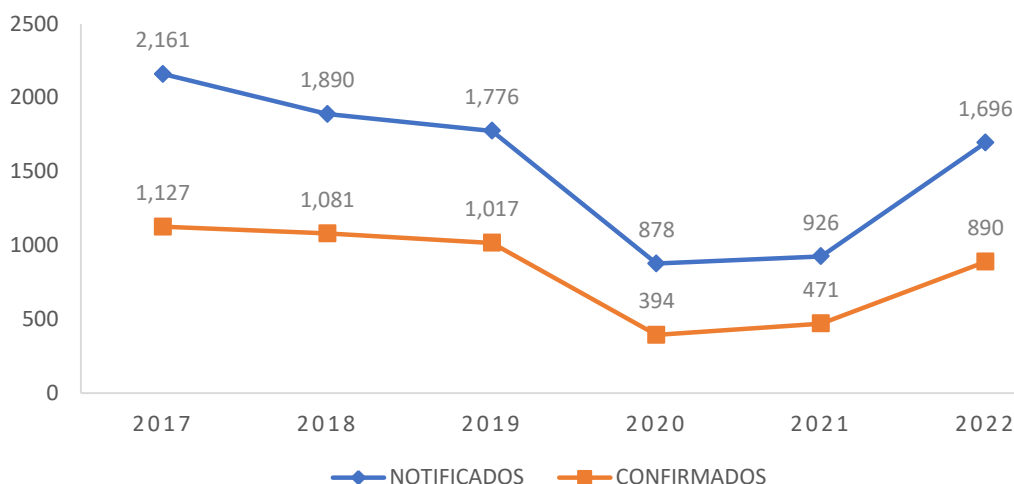
A alta rotatividade dos profissionais na rede de APS implica na necessidade de capacitação permanente, com ênfase no diagnóstico precoce, tratamento, prevenção de incapacidade física, combate ao estigma e à discriminação, ações que auxiliam no enfrentamento da doença.

III.2.3.3. Meningites

No período de 2017 a 2022, no ERJ, foram notificados 9.327 casos suspeitos de meningite. De todas estas notificações, 53,4% (4.980) foram confirmadas. Observa-se queda das notificações e confirmações de casos ao longo do período analisado, com destaque para os anos de 2020 e 2021, considerados atípicos na análise em decorrência do isolamento social exigido e demais fatores envolvidos na pandemia de Covid-19.

A gravidade da doença, o tratamento e as medidas de controle diferem de acordo com o agente etiológico. No ERJ, no período de 2017 a 2022, 35% das meningites foram confirmadas por etiologia viral, 30% por etiologia bacteriana (costumam ter maior gravidade), 5,2% por parasitas ou fungos (meningites por outras etiologias), e em 14% não foi possível identificar o agente causal (meningites não especificadas).

Gráfico 22. Meningites: Casos Notificados x Casos Confirmados*, segundo ano de início dos sintomas, ERJ 2017-2022



Fonte: SINANNET - SES RJ/SUBVAPS/SUPVEA/COOVE/GERDI/GT MENINGITES, dados exportados em 26/06/2023 e sujeitos a revisão.

*Casos confirmados de todas as etiologias

As regiões Metropolitana I e II concentraram o maior número absoluto de casos, ao longo do período analisado, com 3.432 (69%) e 641 (13%) casos, respectivamente. Essas são as regiões de saúde com maior concentração populacional de residentes, o que justifica a maior ocorrência de casos. Mesmo que as regiões mencionadas tenham maior possibilidade de notificar casos suspeitos, considerando a maior rede de atendimento hospitalar, os casos foram distribuídos segundo municípios de residência. Na dinâmica da doença, os aglomerados populacionais representam importante variável na ocorrência dos casos.

Tabela 24. Meningites: Casos por etiologia* segundo ano de início dos sintomas, estado do Rio de Janeiro, 2017-2022.

Etiologia	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total	%
MM	27	22	24	12	9	13	107	2,1
MCC	44	33	35	15	12	22	161	3,2
MM+MCC	43	45	31	8	9	8	144	2,9
Viral	345	405	411	144	153	297	1.755	35,2
Tuberculosa	49	42	39	16	30	45	221	4,4
Pneumocócica	119	97	102	33	42	113	506	10,1
Bacteriana não especificada	191	177	143	45	54	87	697	14,0
Outras Bactérias	58	61	56	26	44	124	369	7,4
Outra Etiologia	57	46	40	31	28	57	259	5,2
Não Especificada	183	142	119	60	83	104	691	14,0
<i>Haemophilus influenzae</i>	11	11	17	4	7	20	70	1,4
Total	1.127	1.081	1.017	394	471	890	4.980	100

Fonte: SINANNET - SES RJ/SUBVAPS/SUPVEA/COOVE/GERDI/MENINGITES, dados exportados em 26/06/2023 e sujeitos a revisão.

*MM = meningite meningocócica / MCC = meningococcemia / MM+MCC = meningite meningocócica com meningococcemia

Tabela 25. Casos de meningite (todas as etiologias) segundo regiões de saúde e ano de início dos sintomas, estado do Rio de Janeiro 2017-2022*.

Região de saúde	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total	%
Baía da Ilha Grande	17	9	5	3	8	2	44	1
Baixada Litorânea	31	28	20	7	17	31	134	3
Centro Sul	4	4	1	4	4	8	25	1
Médio Paraíba	28	20	30	12	12	31	133	3
Metropolitana I	773	740	710	257	322	630	3.432	69
Metropolitana II	158	144	146	41	56	96	641	13
Noroeste	31	40	19	18	20	14	142	3
Norte	55	60	65	39	22	40	281	6
Serrana	30	36	21	13	10	38	148	3
RJ	1.127	1.081	1.017	394	471	890	4.980	100

Fonte: SINANNET - SES RJ/SUBVAPS/SUPVEA/COOVE/GERDI/MENINGITES, dados exportados em 24/07/23.

*Casos confirmados de todas as etiologias. Dados sujeitos a revisão.

No Brasil, a doença meningocócica (DM) apresenta comportamento endêmico, com esporádicos surtos, sofrendo influência de fatores como: agente infeccioso e cepas, aglomerados populacionais, ambientes (climas) e condições socioeconômicas dos grupos populacionais. O período de inverno é considerado crítico devido ao aumento dos casos de meningites bacterianas, no qual a DM ocorre com maior frequência em comparação com as meningites virais.

A região Metropolitana I se destacou por apresentar o maior número de casos de Doença Meningocócica, concentrando 61% (250) do total de casos ao longo do período analisado. Entretanto, foi a região Norte que apresentou o segundo maior número de casos absolutos, em vez da região Metropolitana II, registrando 54 casos no total (13%). Todas as regiões de saúde registraram queda no número absoluto de casos entre 2017 e 2022, excluindo-se os anos de 2020 e 2021, que são considerados atípicos no período analisado.

A vigilância laboratorial da DM evidencia que o sorogrupo da bactéria causadora do agravo de maior incidência é o C. Em 2010, a vacina meningocócica C conjugada foi implantada na rotina dos serviços de vacinação para crianças menores de 2 anos de idade, com ampliação progressiva das faixas etárias. A partir disso, foi possível observar queda dos coeficientes de incidência em todas as regiões do estado nas faixas etárias contempladas pelas ações de vacinação.

Tabela 26. Casos de DM segundo regiões de saúde e ano de início dos sintomas, estado do Rio de Janeiro, 2017-2022*.

Região de saúde	2017	2018	2019	2020	2021	2022	TOTAL	%
Baía da Ilha Grande	1	0	0	0	0	0	1	0
Baixada Litorânea	6	4	0	1	0	2	13	3
Centro Sul	1	0	0	1	3	1	6	1
Médio Paraíba	2	3	1	1	1	1	9	2
Metropolitana I	70	54	56	21	19	30	250	61
Metropolitana II	14	18	9	2	3	2	48	12
Noroeste	2	2	0	0	1	2	7	2
Norte	11	11	20	7	3	2	54	13
Serrana	7	8	4	2	0	3	24	6
RJ	114	100	90	35	30	43	412	100

Fonte: SINANNET - SES RJ/SUBVAPS/SUPVEA/COOVE/GERDI/MENINGITES, dados exportados em 24/07/23.

*Dados sujeitos a revisão.

Tabela 27. Óbitos por meningite (todas as etiologias) e por doença meningocócica segundo regiões de saúde e ano de início dos sintomas, estado do Rio de Janeiro 2017-2022*.

Região de saúde	2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	T.E.	DM	T.E.	DM	T.E.	DM	T.E.	DM	T.E.	DM	T.E.	DM
Baía da Ilha Grande	6	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
Baixada Litorânea	8	4	9	2	5	0	0	0	3	0	5	1
Centro Sul	1	1	1	0	0	0	2	1	0	0	1	1
Médio Paraíba	6	1	3	1	6	1	2	1	2	0	10	0
Metropolitana I	141	19	124	11	134	11	56	7	57	7	97	6
Metropolitana II	23	1	10	2	20	3	5	1	5	0	17	0
Noroeste	4	1	6	2	3	0	2	0	1	0	1	1
Norte	15	5	14	5	9	3	9	2	8	0	13	2
Serrana	2	0	7	3	2	0	1	0	2	0	7	2
RJ	206	33	175	26	180	18	78	12	79	7	152	13

Fonte: SINANNET - SES RJ/SUBVAPS/SUPVEA/COOVE/GERDI/MENINGITES, dados exportados em 24/07/23.

Dados sujeitos a revisão.

* T.E.: todas as etiologias. DM: doença meningocócica.

III.2.3.4. Hepatites virais B e C

As hepatites virais B e C são as principais causas de doença hepática crônica, cirrose hepática e carcinoma hepatocelular. Na maioria dos casos cursa de forma assintomática, por isso a importância da ampliação do diagnóstico por testes rápidos (TR) para grupos populacionais em maior risco. Têm elevada sensibilidade (>97%) nos portadores crônicos de hepatites B (dados não publicados, Fiocruz) e C ([SCALIONI et al., 2014](#)), além de ser de simples execução. A área técnica do MS recomenda a utilização de TR em diversas estratégias, como Unidades Básicas, Centros de Testagem e Aconselhamento, CAPS, Rede Cegonha, Consultório na Rua, Unidades de Pronto Atendimento, Unidades de Testagem Móvel.

Foram 16.781 casos notificados nos últimos cinco anos, com uma queda na detecção durante o período 2020 a 2021, não havendo ainda retornado aos parâmetros anteriores à pandemia. O percentual de confirmação laboratorial nesses últimos cinco anos foi de 72% (12.119 casos).

Tabela 28. Casos notificados de hepatite por região de saúde de residência de 2018 a 2022, estado do Rio de Janeiro.

Região de Saúde de Residência	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Baía da Ilha Grande	54	82	40	45	37	258
Baixada Litorânea	188	137	78	136	164	703
Centro Sul	68	67	23	87	37	282
Médio Paraíba	161	131	78	94	102	566
Metropolitana I	3.552	2.644	1.326	1.379	1.802	10.703
Metropolitana II	444	496	306	268	374	1.888
Noroeste	69	84	16	49	93	311
Norte	155	177	116	197	367	1.012
Serrana	233	259	167	145	254	1.058
Estado	4.924	4.077	2.150	2.400	3.230	16.781

Fonte: SINAN, dados extraídos do TABNET da SES-RJ em setembro de 2023

Tabela 29. Casos notificados de hepatite confirmados laboratorialmente por região de saúde de residência e ano de notificação, de 2018 a 2022, estado do Rio de Janeiro.

Região de saúde de residência	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Baía da Ilha Grande	36	60	37	39	26	198
Baixada Litorânea	133	85	42	81	98	439
Centro Sul	32	44	11	67	21	175
Médio Paraíba	143	118	71	80	78	490
Metropolitana I	2.474	1.848	990	969	1.419	7.700
Metropolitana II	340	428	231	211	332	1.542
Noroeste	56	57	14	35	72	234
Norte	109	145	93	163	283	793
Serrana	117	129	84	77	141	548
Estado	3.440	2.914	1.573	1.722	2.470	12.119

Fonte: SINAN, dados extraídos do TABNET da SES-RJ em setembro de 2023

O Brasil é signatário do Plano Estratégia Global da Hepatite Viral da OMS, estando alinhado com as metas globais pactuadas pela OMS de alcançar uma redução de 90% dos casos e de 65% das mortes relacionadas às hepatites. Para tanto, é necessário realizar o diagnóstico de 90% dos casos e tratar 80% dos casos diagnosticados, assim como ampliar a prevenção, tratamento e diagnóstico para a redução da incidência e mortalidade. Alguns objetivos devem ser perseguidos, como ampliar a educação em saúde de forma específica para os grupos prioritários, além de fortalecer a vigilância epidemiológica e construir linhas de cuidado regionais (ver apresentação em <https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/2018/ministerio-da-saude-lanca-plano-para-eliminar-hepatite-c-ate-2030>).

A priorização e foco das ações devem estar de acordo com o perfil epidemiológico de cada região. As populações mais vulneráveis a terem o diagnóstico das formas assintomáticas de Hepatite B são homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, pessoas que usam drogas, pessoas privadas de liberdade, pessoas em situação de rua, indígenas, quilombolas, indivíduos nascidos em áreas endêmicas. Para Hepatite C são os indivíduos com 40 anos de idade ou mais, os que realizaram transfusão/ transplante, pessoas em situação de compartilhamento de material de injeção. Também devem ser ofertados os TR para os comunicantes de pessoas vivendo com hepatites virais, vítimas de acidentes biológicos ocupacionais, gestantes durante o pré-natal, parturientes e puérperas, em situação de abortamento, pessoas em situação de violência sexual além de outras situações em que fique configurado o risco, de acordo com o conhecimento da forma de transmissão (Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Ministério da Saúde, 2016). Os testes rápidos, assim como os de HIV e Sífilis, são distribuídos pelo Ministério da Saúde a todos os municípios e estados, e são monitorados pelo SISLOG – LAB.

Os dados das tabelas 28 e 29, associados aos da tabela 30 a seguir, demonstram a necessidade de incrementar o diagnóstico laboratorial e investigação epidemiológica, dado o alto percentual de portadores assintomáticos, baixo percentual de confirmação laboratorial e o número de casos sem classificação da forma clínica de apresentação.

Tabela 30. Casos notificados de hepatite entre 2018 e 2022, segundo forma clínica de apresentação e região de saúde de residência, estado do Rio de Janeiro.

Região de saúde de residência	Total	Hepatite Aguda	Hepatite Crônica/ Portador Assintomático	Hepatite Fulminante	Inconclusivo	Ign.
Baía da Ilha Grande	258	19	166	1	4	68
Baixada Litorânea	703	51	312	2	17	321
Centro Sul	282	14	145	0	6	117
Médio Paraíba	566	20	445	0	9	92
Metropolitana I	10.703	1.246	4.082	14	730	4.631
Metropolitana II	1.888	152	1.127	3	113	493
Noroeste	311	30	172	0	9	100
Norte	1.012	121	625	1	10	255
Serrana	1.058	58	410	1	31	558
Estado	16.781	1.711	7.484	22	929	6.635

Fonte: SINAN, dados extraídos do TABNET da SES-RJ em setembro de 2023

Tabela 31. Casos notificados de hepatite entre 2018 e 2022, segundo classificação etiológica e região de saúde de residência, estado do Rio de Janeiro.

Região de saúde de residência	Vírus								Não se aplica	Ign.
	A	B	C	B e D	E	B e C	A e B	A e C		
Baía da Ilha Grande	3	94	110	0	0	0	0	0	0	51
Baixada Litorânea	5	119	250	0	1	10	1	1	9	307
Centro Sul	0	45	124	2	0	2	1	0	0	108
Médio Paraíba	12	127	366	0	0	2	0	0	0	59
Metropolitana I	729	2.084	4.103	7	7	91	4	8	119	3.551
Metropolitana II	57	426	876	0	1	25	2	2	5	494
Noroeste	6	127	92	0	0	5	0	0	3	78
Norte	5	315	470	1	1	7	1	1	6	205
Serrana	23	143	401	0	0	6	2	0	3	480
Estado	840	3.480	6.792	10	10	148	11	12	145	5.333

Fonte: SINAN, dados extraídos do TABNET da SES-RJ em setembro de 2023

Tabela 32. Casos notificados de hepatite B e C entre 2018 e 2022 por região de saúde de residência e ano de notificação, estado do Rio de Janeiro.

Região de saúde de residência	Total	Vírus B	Vírus C
Baía da Ilha Grande	204	94	110
Baixada Litorânea	369	119	250
Centro Sul	169	45	124
Médio Paraíba	493	127	366
Metropolitana I	6.187	2.084	4.103
Metropolitana II	1.302	426	876
Noroeste	219	127	92
Norte	785	315	470
Serrana	544	143	401
Estado	10.272	3.480	6.792

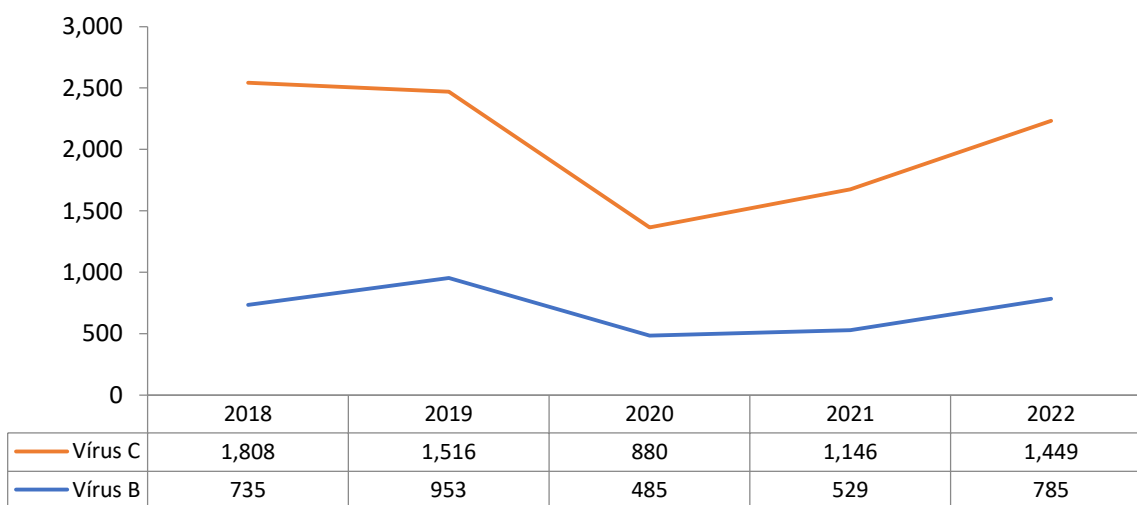
Fonte: SINAN, dados extraídos do TABNET da SES-RJ em setembro de 2023

A distribuição dos casos notificados segundo a etiologia e local auxilia na definição do público-alvo das principais ações de promoção à saúde, prevenção específica à hepatite e tratamento precoce. A prevalência estimada de hepatite B na população varia entre 0,4 e 0,5%, e a hepatite C, de 0,3 até 0,7% ([Plano para eliminação da Hepatite C no Brasil, MS, 2018](#)).

Como pode ser observado no gráfico a seguir, a queda no número de casos notificados durante a pandemia atingiu de forma mais acentuada a hepatite C. A hepatite B já retornou aos níveis anteriores à pandemia, o que não ocorreu com a hepatite C.

A forma de transmissão mais frequente da hepatite B é a sexual, o sexo masculino sendo o mais acometido e nas faixas etárias de 35 a 54 anos. Na hepatite C a faixa etária com maior notificação é a de 55 anos ou mais, sexo feminino. Um estudo de revisão sistemática e meta-análise de estudos que estimaram a prevalência pelo VHC ([Falcão et al., 2018](#)) mostrou a importância, para erradicação da doença, de direcionar ações para a coorte etária que recebeu transfusão de sangue/hemoderivados antes da implantação dos testes de rastreamento para o vírus em 1992/1993.

Gráfico 23. Casos notificados de Hepatite B e C por ano de notificação, 2018 a 2022, estado do Rio de Janeiro.



Fonte: SINAN, dados extraídos do TABNET da SES-RJ em setembro de 2023

Tabela 33. Casos notificados de hepatite B e C por faixa etária e ano de notificação, 2018 a 2022, estado do Rio de Janeiro.

Ano / Faixa etária	2018		2019		2020		2021		2022		Total		
	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	B	C	Total
0 a 14 anos	8	9	5	9	4	8	6	5	2	5	25	36	61
15 a 24 anos	41	37	65	36	26	16	39	31	37	39	208	159	367
25 a 34 anos	134	135	174	128	95	66	100	96	152	112	655	537	1192
35 a 44 anos	189	257	237	252	132	158	123	183	202	258	883	1.108	884.108
45 a 54 anos	160	379	236	302	118	164	133	206	183	271	830	1.322	831.322
55 a 64 anos	118	568	143	467	71	262	82	339	135	386	549	2.022	551.022
65 anos e +	83	414	89	320	38	205	44	280	70	370	324	1.589	325.589
Ignorado	2	9	4	2	1	1	2	6	4	8	13	26	39
Total	735	1.808	953	1.516	485	880	529	1.146	785	1.449	3.487	6.799	10.286

Fonte: SINAN, dados extraídos do TABNET da SES-RJ em setembro de 2023

Na tabela 34, a seguir, estão descritas as fontes de contaminação apuradas nas investigações de casos de hepatite B e C. São apresentados apenas os dados para os casos em que a variável foi conhecida e registrada, que correspondem a apenas 26% dos casos notificados.

Tabela 34. Fontes de contaminação apuradas nas investigações de casos de hepatite B e C

Fonte de contaminação	Vírus B	Vírus C
Sexual	64,6	26,8
Transfusional	5,8	30,2
Uso de Drogas	3,7	11,3
Vertical	4,5	0,7
Acidente de Trabalho	1,0	1,2
Hemodiálise	0,6	3,6
Domiciliar	1,5	0,9
Tratamento cirúrgico	2,7	9,8
Tratamento dentário	6,9	5,0
Pessoa/pessoa	2,4	3,0
Alimento/Água contaminada	0,4	0,4
Outros	6,0	7,1
Total	100	100

Fonte: SINAN/GERHV/COOVE

É importante perceber que, embora os dados tenham sido extraídos do TABNET da SES-RJ para o mesmo período (de 2018 a 2022) em todas as análises apresentadas, nem sempre os totais são exatamente iguais, demonstrando para algumas variáveis o grau de incompletude das notificações. Fazendo a seleção por sexo e característica “gestante”, observa-se que a maior parte da informação quanto à idade gestacional é ignorada (1.298 gestantes), enquanto nos demais casos de gestação há uma distribuição equânime entre os trimestres.

Tabela 35. Casos notificados de hepatites virais, por sexo e situação quanto à condição gestante, de 2018 a 2022, estado do Rio de Janeiro.

Gestante	Feminino	Ignorado	Masculino	Total
Total	7.845	9	8.972	16.826
1 - 1º Trimestre	178	0	0	178
2 - 2º Trimestre	191	0	0	191
3 - 3º Trimestre	230	0	0	230
4 - Idade gestacional ignorada	1.298	8	0	1.306
5 - Não	4.250	0	0	4.250
6 - Não se Aplica	1.698	1	8.972	10.671

Fonte: SINAN, dados extraídos do TABNET da SES-RJ em setembro de 2023

Do total de 1.897 gestantes notificadas no período de 2018 a 2022, para apenas 414 gestantes (22%) há a informação quanto à etiologia. Foram notificados 222 casos do vírus B, 179 casos do vírus C, 9 casos do vírus A e 4 casos dos vírus B e C (SINAN, dados extraídos do TABNET da SES-RJ em setembro de 2023).

Um desafio para a Atenção Primária e a Rede Cegonha no estado é o acompanhamento adequado das gestantes infectadas e das crianças expostas aos vírus da hepatite B e C, a fim de eliminar a taxa de transmissão vertical até 2030. Será necessário intensificar a integração da Atenção Primária e Vigilância Epidemiológica, aumentar a oferta de testagem rápida para diagnóstico de novos casos, assegurar os cuidados preventivos (imunização, prevenção de IST) e tratamento em todos os níveis de atenção, principalmente nas maternidades e no pré-natal; diminuir o tempo entre confirmação diagnóstica e início do tratamento; melhorar o acesso ao tratamento e capacitar periodicamente as Unidades de Dispensação Medicamentosas (UDMs). Ações específicas precisam ser desenvolvidas para a detecção e tratamento de hepatites B e C, principalmente para os grupos populacionais vulnerabilizadas e com dificuldades maiores no acesso aos serviços de saúde, como a população privada de liberdade, população em situação de rua, pacientes com distúrbios psíquicos, usuários de álcool e outras drogas, população LGBTI+, assim como para a população de profissionais do sexo. É clara a necessidade de políticas de saúde específicas aos profissionais do sexo, bem como o aprimoramento das equipes de saúde e gestão, para um atendimento humanizado e integral dessa população.

III.2.3.5. HIV/AIDS

Desde o início da epidemia de HIV/AIDS, na década de 1980, foram notificados 141.368 casos confirmados de AIDS residentes no estado do Rio de Janeiro e 57.215 óbitos declarados no SIM. Ao longo do tempo observa-se a redução do número de casos de AIDS, particularmente nos últimos anos (2011 a 2020), porém um aumento em 2021 (taxa de detecção de 18,8 casos/100 mil habitantes em 2020 e 22 casos/100 mil habitantes em 2021). Em 2011 o número de casos no estado do Rio de Janeiro era de 5.561, passando para 3.260 em 2020, o que representa uma redução de 41,3%. No mesmo período a taxa de detecção da doença passa de 34,5 para 18,8 casos para cada 100.000 habitantes (redução de 45,5%). Esta redução observada no número absoluto de casos e na taxa de

detecção é em decorrência da estratégia “Testar e Tratar”, implementada em dezembro de 2013. A introdução da terapia antirretroviral (TARV), iniciada no Brasil em 1996 e indicada a todas as pessoas vivendo com HIV, independente da carga viral, a partir de 2013, permitiu melhorar a qualidade de vida e a sobrevivência dos pacientes, por regular positivamente o sistema imunológico e consequentemente reduzir a ocorrência de doenças secundárias.

Outro dado importante refere-se aos casos de AIDS em menores de 5 anos. Esse indicador expressa as condições de diagnóstico e a qualidade da assistência médica dispensada no pré-natal, parto, puerpério e puericultura. Assim, é um indicador estratégico monitorado pela Gerência de IST/AIDS para verificar a redução da transmissão vertical do HIV no estado do Rio de Janeiro. Apesar de não mostrar a incidência da doença nos municípios, subsidia os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas relativas à saúde materno-infantil, de pré-natal e prevenção da transmissão vertical do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis, uma vez que cada caso identificado é indicativo de falha em algum momento do processo.

Foram identificados 117 casos de AIDS em menores de 5 anos nos sistemas SINAN, SISCEL, SICLOM e SIM nos últimos 5 anos. Em 2018 foram identificados 34 casos e em 2022, 17 casos, representando redução de 50%. Além do monitoramento de gestantes com HIV, o estado também realiza a distribuição de fórmulas lácteas para filhos de mães com HIV de 0 a 12 meses de idade.

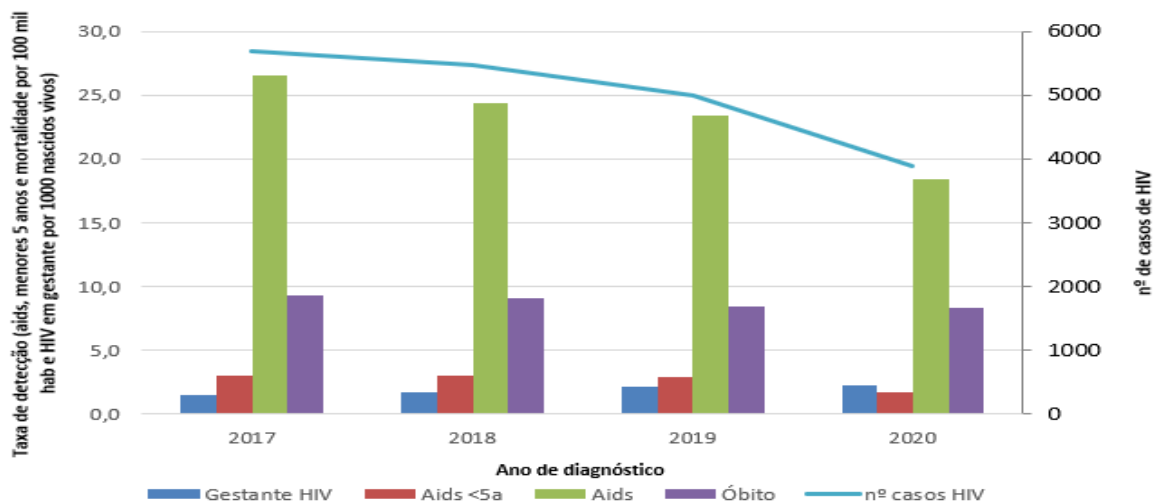
Os dados relativos à gestante mostram aumento no número de gestantes infectadas ao longo dos anos. Em 2011 foram notificadas 619 gestantes infectadas pelo HIV, com respectiva taxa de detecção de 2,8/1.000 nascidos vivos, passando para 931 com taxa de 4,7/1.000 nascidos vivos em 2021 (crescimento da taxa de 50,4%). O aumento da taxa de infecção pelo HIV em gestantes pode ter relação com o aumento de diagnóstico e da notificação (maior vigilância ao HIV durante o pré-natal com aumento da realização de testagem rápida). Uma vez que não se observa aumento do número de crianças infectadas, o aumento da taxa pode indicar aumento da sensibilidade em identificar a infecção da mulher ainda na gestação. Entretanto, a comparação com as demais unidades da federação novamente coloca o Rio de Janeiro em posição desfavorável: quarta maior taxa de infecção de HIV em gestantes, sendo superado apenas pelo Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Roraima.

No que tange à mortalidade, o número de óbitos vem caindo sistematicamente a partir de 2015. A taxa de mortalidade saiu de 10,7 em 2015 para 7,8/100.000 habitantes em 2021. A tuberculose é a principal causa de morte entre os óbitos por Aids com causa especificada. Essa redução observada ocorreu, possivelmente, em decorrência da recomendação do “tratamento para todos” e da ampliação do diagnóstico precoce da infecção pelo HIV. Mesmo com a diminuição da taxa de mortalidade, o estado do Rio de Janeiro tem a quarta maior taxa do país, que é superada apenas pelos estados do Rio Grande do Sul, Amazonas e Pará.

No estado do Rio de Janeiro, para o ano de 2022, a proporção de indivíduos com diagnóstico tardio (primeiro CD4 < 200 céls/mm³) foi de 28%, um percentual ainda considerado elevado, porém equivalente ao observado no país. A estratégia conhecida como “testar e tratar” é fundamental e traz benefícios irrefutáveis para a saúde da pessoa vivendo com HIV (PVHIV), reduzindo os níveis de carga viral (e consequentemente a transmissão da infecção) como também a morbimortalidade. No ano de 2022, o percentual de indivíduos elegíveis que iniciaram tratamento em até um mês após a

realização do primeiro CD4 foi de 66%, demonstrando um aumento considerável nos últimos 10 anos, indicando uma melhoria na assistência.

Figura 24. Infecção pelo HIV em gestantes, taxas de AIDS em menores de cinco anos, de detecção de AIDS em maiores de 13 anos, coeficiente de mortalidade por AIDS e número de casos de HIV. estado do Rio de Janeiro, 2017 a 2020.



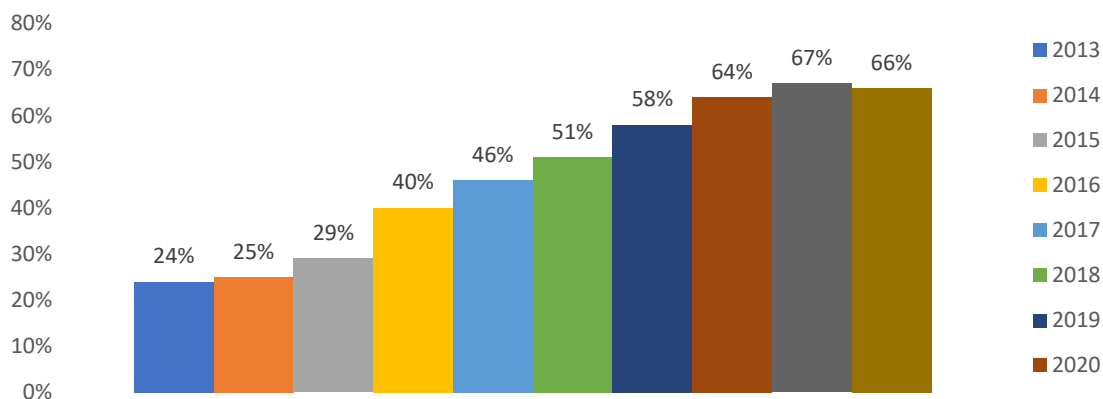
Fonte: GERIAIDS, SES-RJ

Tabela 36. Taxa de detecção e mortalidade por AIDS segundo regiões de saúde, ano de diagnóstico e óbito. ERJ, 2017 a 2022.

Região de saúde	2017		2018		2019		2020		2021		2022*
	TD	TM	TD	TM	TD	TM	TD	TM	TD	TM	TM
Estado do Rio de Janeiro	26,5	9,3	24,4	9,1	23,4	8,4	18,4	8,3	8,1	8,1	7,8
Baía da Ilha Grande	16,5	7,2	16,7	9,4	19,6	7,5	16,6	5,7	5,0	5,0	6,7
Baixada Litorânea	22,8	7,1	21,4	6,1	16,7	6,3	12,4	4,2	6,9	5,1	6,2
Centro Sul	15,4	6,1	16,5	8,3	15,0	9,7	15,5	5,8	7,3	9,3	9,0
Médio Paraíba	20,0	6,2	19,1	7,6	18,6	5,5	14,1	4,8	6,3	5,2	6,0
Metropolitana I	30,5	10,7	27,4	10,1	26,1	9,5	20,7	9,7	8,9	9,3	8,6
Metropolitana II	24,9	8,6	21,7	8,0	24,0	7,5	17,8	6,9	8,4	7,6	7,1
Noroeste	12,7	4,4	11,0	6,1	13,8	5,2	7,4	4,3	4,0	5,7	4,6
Norte	19,8	7,8	24,1	8,7	16,3	6,9	14,6	8,2	7,3	6,7	8,2
Serrana	14,0	4,9	15,6	6,2	17,6	6,0	12,4	5,4	4,9	4,7	5,1

Fonte: GERIAIDS, SES-RJ, dados atualizados em 17/07/2023. Nota: TD (taxa de detecção); TM (taxa de mortalidade). *A base relacionada de 2022 não está pronta, por este motivo não foi possível apresentar a TD deste ano.

Gráfico 24. Percentual de indivíduos elegíveis para TARV que iniciaram tratamento em até um mês após a realização do primeiro CD4, por ano de primeiro CD4 realizado.



Fonte: GERIAIDS, SES-RJ

Levando em conta o cenário epidemiológico atual e os indicadores de monitoramento clínico disponíveis, as principais iniciativas referem-se à redução da mortalidade por AIDS e interrupção da transmissão vertical do HIV, que implica em aumento do diagnóstico precoce do HIV e redução da tuberculose ativa em PVHIV.

III.2.3.6. Tuberculose

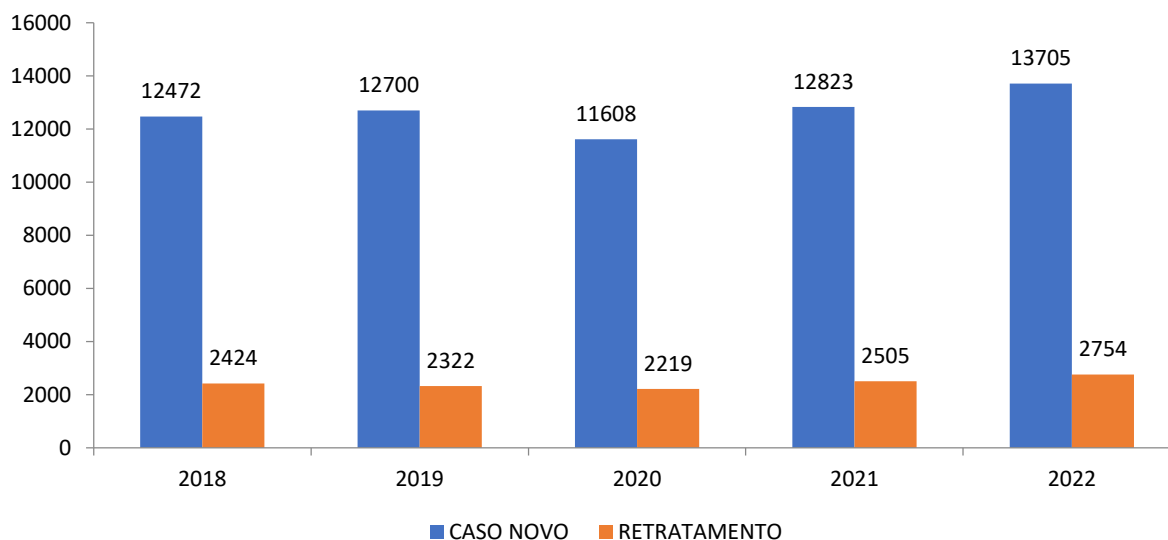
A tuberculose afeta prioritariamente os pulmões (forma pulmonar), embora possa acometer outros órgãos e/ou sistemas. A forma extrapulmonar ocorre mais frequentemente em pessoas vivendo com HIV, especialmente aquelas com comprometimento imunológico. A forma pulmonar, além de ser a mais frequente, é a principal responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença. Apesar de ser uma enfermidade antiga, a tuberculose continua sendo um importante problema de saúde pública.

O ERJ ocupa o 3º lugar no país com a maior taxa de incidência, e o primeiro lugar em mortalidade por tuberculose. Em 2022, foram notificados 17.405 casos de tuberculose, e destes 3.700 casos foram retratamento e transferências, enquanto 13.705 (78,75%) foram casos novos da doença, alcançando uma taxa de incidência de mais de 82 casos por 100 mil habitantes - valor 2,3 vezes maior que a taxa nacional de 36 casos por 100 mil habitantes, no mesmo período. O maior número de casos se concentra nas regiões Metropolitana I e II do estado (84%), sendo 54% dos casos na capital. 11% dos casos estão no sistema prisional.

No ano de 2022 ocorreram 806 óbitos por tuberculose, o que corresponde a uma taxa de mortalidade global de 4,9 óbitos por 100 mil habitantes. Observou-se incremento da mortalidade por tuberculose a partir de 2020, com o aumento do número de tratamentos interrompidos (16% dos casos) e diminuição das taxas de cura da doença (67% dos casos em tratamento), possivelmente em decorrência da pandemia de Covid-19. De acordo com relatórios da OMS, diagnósticos não foram

oportunizados e contatos de pessoas infectadas não foram avaliados, o que contribuiu para a disseminação do bacilo nos contextos de maior concentração de pessoas em ambientes de pouca circulação, como em comunidades mais pobres e confinamento das famílias.

Gráfico 25. Casos notificados de tuberculose – novos e retratamentos, ERJ, 2018 a 2022



Fonte: SINAN TB SES: 03/07/2023. Dados sujeitos a alterações.

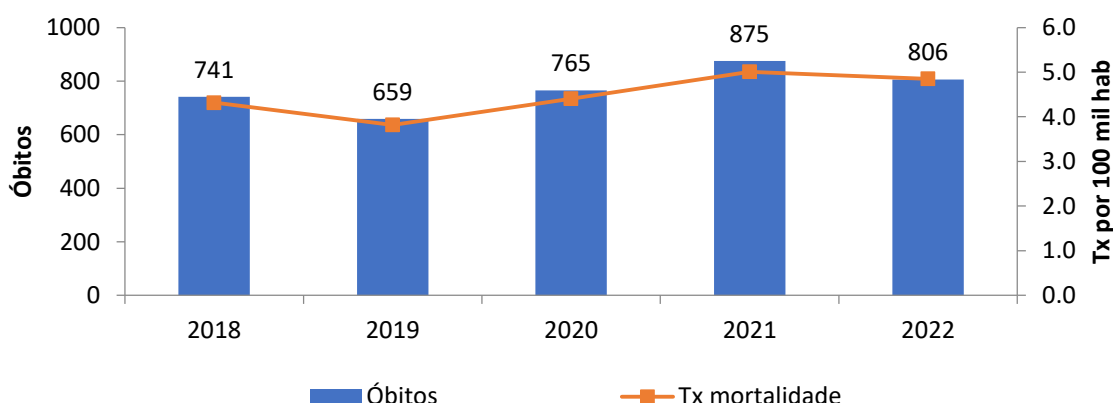
O cenário é bastante negativo e configura um grande desafio para o controle da doença no estado, considerando-se as metas preconizadas de menos de 5% de tratamentos interrompidos e de 85% de cura da doença (OMS e MS).

A maior parte dos óbitos por tuberculose é evitável, pois há diagnóstico e tratamento disponíveis no SUS. A doença tem progressão lenta e os sintomas iniciais são simples e de fácil manejo pela equipe básica de saúde. Portanto, um elevado número de óbitos sugere falha grave na assistência e cuidado aos pacientes. Em média, cerca de 80% dos casos notificados todo ano são de casos novos e 15% são de retratamentos; os outros 5% são de transferências que precisam de qualificação para vinculação à ficha inicial com a classificação atribuída ao caso.

De acordo com meta do [Plano Nacional de Combate à Tuberculose](#) de redução de óbitos em 95% até 2035, em cada ano, será necessário que tenhamos cerca de 63 óbitos a menos, tendo-se como linha de base os 806 óbitos ocorridos em 2022, para que na data prevista a meta seja alcançada.

O Termo de Cooperação 129 (TC 129) intitulado 'Fortalecimento das ações de controle e eliminação da tuberculose no estado do Rio de Janeiro' foi firmado em 14/01/2022, entre a SES-RJ, a OPAS e o Ministério da Saúde (MS), com recursos da ALERJ, tendo por objetivo geral estabelecer um sistema de governança que articule políticas de vigilância, atenção à saúde e apoio social no enfrentamento à tuberculose (TB) no estado do Rio de Janeiro (ERJ), nos próximos cinco anos.

Gráfico 26. Óbitos e taxa de mortalidade por tuberculose, ERJ, 2018 a 2022



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/Tabnet SES-RJ em 03/07/2023. Dados sujeitos a alterações.

A maior concentração dos casos de TB ocorre nas regiões metropolitanas I e II (cerca de 84% dos casos), com maior incidência nas áreas mais pobres dos municípios dessas regiões e nas favelas da capital, indicando sua associação com as desigualdades socioeconômicas e piores condições de vida, que persistem como problemas estruturais no estado. Como exemplo, mais de 63% dos casos da cidade do Rio de Janeiro, em 2019, concentraram-se em áreas/bairros mais pobres da cidade onde há favelas e nos bairros onde há unidades prisionais.

A partir desse contexto, o TC 129 vem apoiar a implementação de estratégias que visam melhorar a gestão estadual e a situação atual da TB em 16 municípios chamados de prioritários, por concentrarem a maioria dos casos no estado, quais sejam: Belford Roxo, Campos dos Goytacazes, Duque de Caxias, Itaboraí, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti, bem como das 50 unidades prisionais localizadas nos seguintes municípios: Rio de Janeiro, Magé, Japeri, São Gonçalo, Niterói, Volta Redonda, Resende, Itaperuna e Campos dos Goytacazes. Vale destacar que há ações previstas para os 92 municípios do ERJ.

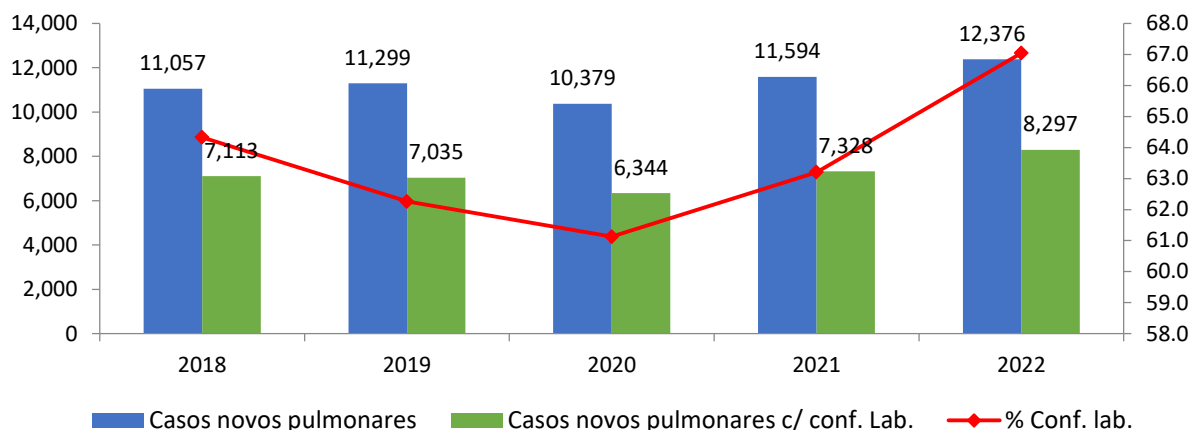
Tabela 37. Taxas de incidência (TI) e mortalidade (TM) por tuberculose nas regiões do estado do Rio de Janeiro, 2018 a 2022.

Região	2018		2019		2020		2021		2022	
	TI	TM	TI	TM	TI	TM	TI	TM	TI	TM
Baía da Ilha Grande	62,4	3,5	42,9	2,7	50	4,4	46,3	3	57,2	2,6
Baixada Litorânea	45,9	2,4	39	2,1	34,6	2,3	49,8	3,1	53,4	1,6
Centro Sul	41,6	3,8	44	3,8	43,3	4,4	37,3	2	46	3,1
Médio Paraíba	46,3	2,2	53,2	1,9	42,3	2	40,4	2,8	49,7	1,8
Metropolitana I	89,7	5	93,4	4,4	83,6	5,1	91,3	5,8	102,2	5,8
Metropolitana II	49,9	3,2	45,4	3,3	45,2	3,9	50	4,4	54,3	4,3
Noroeste	38,3	1,2	29,6	2,6	37,2	2,9	33,7	3,4	39,9	2,4
Norte	49,4	3,3	45,5	2	45,9	3,1	54,1	3,5	65,8	4,1
Serrana	34,6	2	32,1	2,4	28,7	2,5	38,2	3,6	39,4	3,6

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/Tabnet SES-RJ em 03/07/2023. Dados sujeitos a alterações.

Após expressiva queda na confirmação laboratorial de casos novos de TB em 2020, início da pandemia de Covid-19, se observou uma curva ascendente deste diagnóstico nos anos subsequentes, com resultados melhores do que os obtidos nos anos pré-pandêmicos.

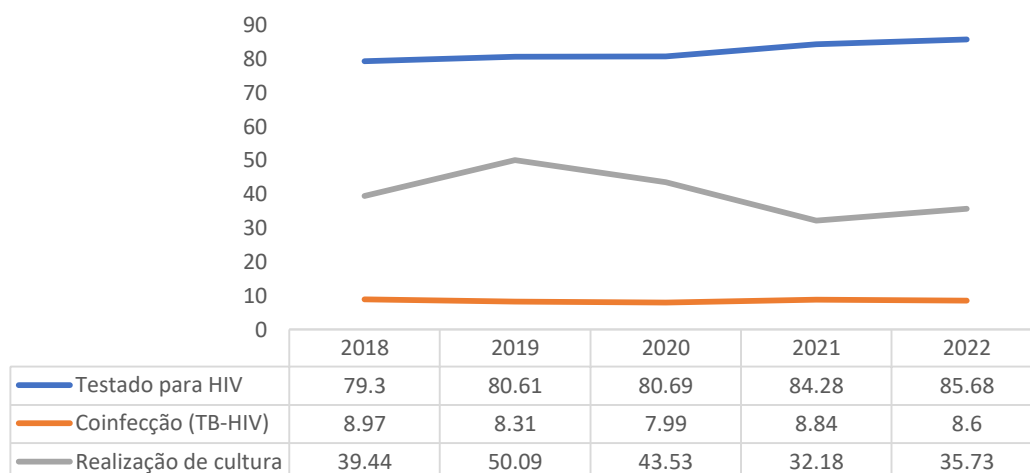
Gráfico 27. Casos novos de tuberculose pulmonar segundo confirmação laboratorial, ERJ, 2018 a 2022.



Fonte: SINAN TB SES: 03/07/2023. Dados sujeito a alterações.

Em 2022, o ERJ ultrapassou a meta estadual de 85% na “Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose”, mostrando significativa melhora a cada ano. A expectativa é se alcançar 100% dos casos novos de TB testados para HIV, embora o percentual de coinfeção siga abaixo dos 9%.

Gráfico 28. Percentual de casos novos de tuberculose testados para HIV e coinfeção (TB-HIV), e realização de cultura dos casos novos e em retratamento, ERJ, 2018 a 2022



Fonte: SINAN TB SES: 03/07/2023. Dados sujeitos a alterações.

A realização do exame de cultura de escarro nos casos de retratamento é preconizada para 100% dos pacientes, devido à sua importância para a identificação de resistências às drogas. No entanto, as informações sobre este procedimento registradas no SINAN nos revelam baixíssimos percentuais de realização do exame. Em estudos amostrais, realizados *in loco*, se observou que, no momento, há possibilidade de se aumentar o indicador em mais 20 a 30%, mas, mesmo assim, se alcançaria cerca de 60% dos casos de retratamento com exame de escarro realizado, resultado ainda muito distante do preconizado. Espera-se que, com a implementação e fortalecimento das ações de controle da tuberculose do TC 129, se possa obter, a médio e longo prazos, melhores resultados em todos os indicadores relacionados à TB.

Destacam-se as nove ações estratégicas a serem implementadas até 2026 do TC 129: apoiar a realização de estudos técnicos para controle da TB nos municípios priorizados no Sistema Prisional e SES-RJ; apoiar o planejamento, o desenvolvimento e a realização de cursos de capacitação (manejo, vigilância, planejamento, monitoramento/avaliação, gestão, etc.); apoiar a realização de estudos técnicos para fortalecer a oferta de proteção social às pessoas com TB; apoiar a adequação e ampliação da rede de apoio diagnóstico – laboratórios (baciloscopia, cultura, MGIT, IGRA), PPD, polos para escarro induzido, raio-X e biossegurança; apoiar a sociedade civil – ONGs e controle social para desenvolvimento de estratégias para enfrentamento da TB; apoiar a logística para realização de visitas, monitoramento e matriciamento, fortalecimento do fluxo diagnóstico, assistência farmacêutica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ambulatórios, referências secundárias e terciárias; apoiar o desenvolvimento do projeto para análise epidemiológica dos dados de incidência da TB e sua distribuição no ERJ focando 16 municípios prioritários e Secretaria Estadual de Administração Penitenciária; apoiar as iniciativas de inovação para o cuidado em TB; e apoiar as iniciativas de inovação, gestão e governança do cuidado em TB.

III.2.3.7. Sífilis

A sífilis adquirida tornou-se de notificação compulsória pela [Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010](#). O objetivo de monitorar a taxa de detecção de sífilis adquirida é avaliar o risco de ocorrência de casos novos confirmados na população.

Ao longo do período 2018-2022 (tabela 38), observa-se número crescente da taxa de detecção, com uma redução em 2020 justificada pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde devido à pandemia de Covid-19. Podem-se destacar alguns pontos de fragilidade na assistência e controle da sífilis adquirida, como baixa descentralização da testagem rápida para sífilis e HIV nas unidades de saúde, principalmente nas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), bem como a baixa descentralização do tratamento com o início oportuno, principalmente para gestantes com suas parcerias, pessoas com chance de perda de seguimento (que não retornarão ao serviço) e pessoas com sinais/sintomas de sífilis primária ou secundária. Importante também destacar a necessidade de manutenção de estratégias de capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde para a prática baseada nos protocolos existentes.

Tabela 38. Taxa de detecção de sífilis adquirida por 100.000 habitantes, por região de saúde e ano de diagnóstico, 2018 - 2022, estado do Rio de Janeiro.

Região de residência	2018		2019		2020		2021		2022	
	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa
Baía da Ilha Grande	125	43,6	81	27,8	95	32,1	155	51,6	224	74,6
Baixada Litorânea	375	45,5	378	45,0	345	40,3	557	64,0	652	74,9
Centro Sul	75	22,1	88	25,8	80	23,4	77	22,4	96	27,9
Médio Paraíba	490	53,9	492	53,8	384	41,8	373	40,4	633	68,6
Metropolitana I	12.801	122,5	12.657	120,6	11.417	108,3	14.781	139,6	18.374	173,6
Metropolitana II	2.136	101,6	2.575	121,7	1.512	71,0	1.621	88,5	1.898	88,5
Noroeste	37	10,7	84	24,1	31	8,9	35	10,0	74	21,1
Norte	488	52,2	701	74,1	351	36,7	669	69,4	645	66,9
Serrana	116	12,0	599	61,6	767	78,5	854	87,0	831	84,7
RJ	16.646	97,0	17.655	102,3	14.982	86,3	19.122	109,5	23.427	134,1

Fonte: SINAN, situação da base SES-RJ em julho de 2023. Sujeito a alteração.

Ao longo do período 2018-2022, observa-se um número crescente da taxa de detecção de sífilis em gestante, devido à mudança na definição de caso de sífilis em gestante (Nota Informativa DIAHV/SVS/MS Nº 2/2017). Diante da necessidade de diminuir a subnotificação de casos de sífilis em gestantes, todas as mulheres detectadas com sífilis durante o pré-natal, parto e puerpério passaram a ser notificadas como sífilis em gestante. Devido à grande probabilidade de transmissão vertical, as gestantes devem realizar teste rápido para sífilis preferencialmente na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre gestacional e no parto. A gestante deverá ser considerada como portadora de sífilis (até o resultado do teste não treponêmico) e tratada no momento da primeira consulta em casos como aborto/natimorto, história de exposição de risco/violência sexual, teste rápido reagente para sífilis ou na ausência de tratamento adequado (recente e documentado). É fundamental a implementação do pré-natal do parceiro, conforme o Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde.

Tabela 39. Número de casos (N) e taxa de detecção (TD) de sífilis em gestante por 1.000 nascidos vivos, por região de saúde e ano de diagnóstico 2016 a 2022, estado do Rio de Janeiro.

Região de residência	2018		2019		2020		2021		2022	
	N	TD	N	TD	N	TD	N	TD	N	TD
Baía da Ilha Grande	65	18,7	56	15,9	80	23,1	80	25,1	131	42,9
Baixada Litorânea	407	38,4	491	42,6	519	47,0	761	70,6	542	51,9
Centro Sul	66	12,9	65	15,9	64	16,6	91	23,6	155	43,2
Médio Paraíba	402	36,4	398	37,5	362	35,4	447	45,5	426	45,8
Metropolitana I	7.787	57,9	8.158	64,4	10.713	88,6	11.092	96,8	11.152	102,9
Metropolitana II	1.035	42,9	1.276	56,0	1.304	59,6	1.184	56,9	1.238	62,1
Noroeste	55	13,2	46	10,9	53	13,5	85	21,8	89	22,9
Norte	322	22,0	297	22,6	274	21,6	460	36,9	564	48,4
Serrana	308	25,0	373	31,9	285	25,8	446	42,7	457	45,7
RJ	10.447	47,4	11.160	53,6	13.654	68,6	14.646	77,1	14.754	81,8

Fonte: SINAN e SINASC, situação da base SES-RJ em julho de 2023. Sujeito a alteração.

Obs: A sífilis em gestante tornou-se de notificação compulsória em 2005 pela [Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005](#).

Em consonância a estes indicadores epidemiológicos monitorados em nível nacional, o estado do Rio de Janeiro propôs, através de Projeto de Cooperação com a Unesco, indicadores de monitoramento com o objetivo de embasar a implementação de ações que possam melhorar a saúde da população e dirimir desigualdades injustas e evitáveis.

O primeiro indicador acompanhado é a ‘proporção de mulheres com diagnóstico oportuno de sífilis durante a gestação’, que visa retratar a oportunidade diagnóstica durante a gestação, considera-se oportuno que o diagnóstico seja feito no máximo até o final do segundo trimestre gestacional. Quando comparados os anos de 2021 e 2022, observa-se uma melhora na oportunidade diagnóstica, passando de 56,4% para 69,4% de gestantes com sífilis que fizeram diagnóstico oportuno.

O segundo indicador é a ‘proporção de mulheres em idade fértil com diagnóstico de sífilis adquirida’, levando-se em consideração que, conforme a população pactuada pela SES-RJ para o ano de 2021, cerca de 52,1% da população é do sexo feminino, espera-se que a maioria dos casos sejam rastreados em mulheres em idade fértil (12 a 45 anos de idade), propondo-se uma meta de no mínimo 40%. Quando realizada a comparação do período, observa-se 36,4% em 2021 e 33,4% em 2022 de diagnósticos de sífilis adquirida em mulheres em idade fértil.

O terceiro indicador é a ‘razão de nascer com sífilis’, visando medir a quantidade de gestantes com sífilis que são captadas tardiamente e/ou não são tratadas e/ou realizam tratamento inadequado e evoluem para um recém-nascido com sífilis. A análise deste indicador é útil para perceber possível subnotificação, quando números de sífilis em gestante se aproxima do número de casos de sífilis congênita, indicando que há mais casos de sífilis congênita do que casos de sífilis em gestante. No ano de 2021, o estado do Rio de Janeiro alcançou uma razão 0,34 (34 casos de sífilis congênita para cada 100 casos de sífilis em gestante); já no ano de 2022, alcançou uma razão de 0,26 (26 casos de sífilis congênita para 100 casos de sífilis em gestante). A sífilis congênita é de notificação compulsória em todo o território nacional desde 1986 (Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986).

Tabela 40. Número de casos e taxa de detecção por 1.000 nascidos vivos de sífilis congênita em menores de 1 ano por região de saúde e ano de diagnóstico, 2018-2002, estado do Rio de Janeiro.

Região de residência	2018		2019		2020		2021		2022	
	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa
Baía da Ilha Grande	36	10,4	27	7,6	22	6,4	17	5,3	46	15,1
Baixada Litorânea	132	12,5	179	15,5	187	16,9	253	23,5	146	14,0
Centro Sul	53	10,4	36	8,8	22	5,7	23	6,0	10	2,8
Médio Paraíba	178	16,1	158	14,9	127	12,4	143	14,6	136	14,6
Metropolitana I	2.912	21,6	2.952	23,3	2.896	23,9	3.339	29,1	2.557	23,6
Metropolitana II	624	25,9	740	32,5	940	42,9	811	39,0	585	29,3
Noroeste	17	4,1	24	5,7	19	4,8	21	5,4	30	7,7
Norte	103	7,0	97	7,4	129	10,2	241	19,3	311	26,7
Serrana	216	17,5	176	15,0	90	8,1	154	14,7	143	14,3
RJ	4.271	19,4	4.389	21,1	4.432	22,3	5.002	26,3	3.964	22,0

Fonte: SINAN e SINASC, situação da base SES-RJ em julho de 2023. Sujeito a alteração.

Ao longo do período (2018-2022), observa-se um número crescente da taxa de detecção de sífilis congênita em menores de um ano de idade no estado. Observa-se um aumento expressivo na região da Baía da Ilha Grande no ano de 2022.

A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna, podendo resultar em aborto, natimorto, prematuridade ou um amplo espectro de manifestações clínicas, e apenas os casos muito graves são clinicamente aparentes ao nascimento. Entre mulheres com sífilis não tratada, 40% das gestações resultam em aborto espontâneo. Estima-se que, na ausência de tratamento eficaz, 11% das gestações resultarão em morte fetal a termo e 13% em parto pré-termo ou baixo peso ao nascer, além de pelo menos 20% de recém-nascidos que apresentarão sinais sugestivos de sífilis congênita (SC). A eliminação da SC pode ser alcançada por meio da implementação de estratégias efetivas de diagnóstico precoce e tratamento da sífilis em gestantes e suas parcerias sexuais. Além disso, o risco de desfechos desfavoráveis da criança será mínimo, se a gestante receber tratamento adequado e precoce durante a gestação. É imprescindível o tratamento das parcerias, considerando a possibilidade de reinfeção.

A OMS estima que a ocorrência de sífilis complique um milhão de gestações por ano em todo o mundo, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças.

Tabela 41. Número de óbitos e taxa de mortalidade específica por sífilis congênita por 100.000 nascidos vivos, por região de saúde e ano de ocorrência, 2018-2022, estado do Rio de Janeiro.

Região de residência	2018		2019		2020		2021		2022	
	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa	N	Taxa
Baía da Ilha Grande	7	201,8	3	84,9	1	28,9	4	125,3	7	229,2
Baixada Litorânea	4	37,8	11	95,5	8	72,4	7	65,0	0	-
Centro Sul	4	78,2	3	73,5	0	-	2	51,8	0	-
Médio Paraíba	5	45,3	1	9,4	5	48,9	2	20,4	2	21,5
Metropolitana I	190	141,2	183	144,6	166	137,3	154	134,4	110	101,5
Metropolitana II	30	124,5	18	79,0	26	118,8	13	62,5	14	70,2
Noroeste	0	-	0	-	1	25,4	0	-	0	-
Norte	8	54,7	9	68,4	6	47,2	6	48,1	11	94,4
Serrana	1	8,1	3	25,6	2	18,1	12	114,9	3	30,0
RJ	252	114,3	233	111,9	215	108,0	200	105,3	147	81,5

Fonte: SIM e SINASC, situação da base SES-RJ em julho de 2023. Sujeito a alteração.

Quanto à mortalidade infantil por sífilis congênita no período de 2018 a 2022, o número de óbitos declarados no SIM foi de 1.047, sendo 803 (77%) na região Metropolitana I. Embora haja uma crescente taxa de detecção de sífilis congênita em menores de um ano de idade, ainda assim, no que tange à mortalidade, podemos identificar a redução dos óbitos por sífilis congênita em menores de um ano de idade, o que possivelmente está relacionado aos esforços dos serviços de saúde, na melhoria da assistência.

A investigação e vigilância dos óbitos por sífilis congênita no estado, no período abordado, demonstrou que em sua maioria há relação com o número de abortos e natimortos em instituições públicas, em mulheres jovens (entre 15 e 29 anos), pretas e pardas, de baixa escolaridade,

moradoras dos grandes centros urbanos. O que nos direciona às vulnerabilidades e iniquidades que ultrapassam o setor saúde. Podemos inferir também que a baixa adesão ao pré-natal, diagnóstico tardio com maior exposição ao treponema, centralização de testagem e do tratamento da sífilis, são fatores que levam à ocorrência desses óbitos.

Apesar de o estado do RJ possuir altos índices para os indicadores de sífilis (adquirida, em gestante e congênita), a análise dos indicadores de processo e de resultado acima descritos demonstra melhoria na oportunidade diagnóstica de sífilis em gestante, indicando captação precoce de pré-natal, além da necessidade de ações de ampliação do diagnóstico de sífilis na população geral, com ênfase nas mulheres em idade fértil e suas parcerias sexuais, com a finalidade de diminuir os casos de sífilis congênita e mortes por sífilis congênita consideradas evitáveis.

Além disso, outros pontos são desafiadores, como baixa de cobertura da APS e de consultas durante o pré-natal, ausência de comitês para investigação da transmissão vertical, sensibilização dos gestores para a importância do agravo, alta rotatividade dos profissionais, cumprimento dos protocolos de manejo clínico das ISTs, ausência da temática sífilis para a população (educação popular) na mídia e nas escolas, descentralização dos serviços de diagnóstico e tratamento.

III.3. Doenças Transmitidas por Vetores, Zoonoses e Acidentes com Animais Peçonhentos

As doenças de transmissão vetorial e outras transmitidas entre animais e pessoas podem ter como agentes etiológicos bactérias, protozoários, fungos e vírus. Estas doenças representam cerca de 40% da Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória. Para o estado do Rio de Janeiro, destacam-se como sendo de importância sanitária as seguintes doenças de notificação compulsória:

III.3.1. Arboviroses

As infecções por arbovírus podem resultar em um amplo espectro de síndromes clínicas, desde doença febril branda até síndromes hemorrágicas e formas neuroinvasivas e malformações congênitas. Entretanto, a maior parte das infecções humanas por arbovírus são assintomáticas ou oligossintomáticas (BRASIL, 2017²⁰). Atualmente, o foco principal destas complicações são as arboviroses dengue, Chikungunya e Zika por serem as mais prevalentes em nosso meio.

O monitoramento das arboviroses pela SES-RJ é contínuo, unindo a área técnica e o CIEVS (que possui assento permanente no GT de arboviroses da SVEA/SES RJ) frente às emergências zoonóticas (epidemias e surtos), bem como no controle e avaliação do envio dos planos de contingência de arboviroses dos 92 municípios do estado do Rio de Janeiro.

²⁰ https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_sentinela_doencas_arbovirus.pdf

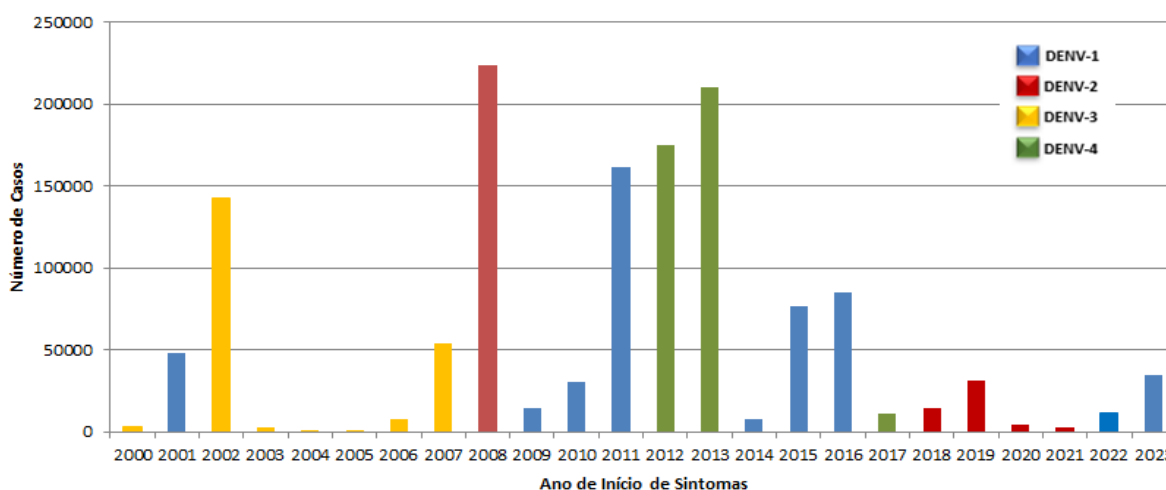
III.3.1.1. Dengue

A dengue é atualmente considerada a mais importante arbovirose causada por mosquitos ao homem, em função da sua morbidade e mortalidade. Possui como agente etiológico o vírus dengue (DENV), com quatro sorotipos (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4) que, em alguns casos, podem circular simultaneamente. Nos anos de 2020, 2021, 2022 e 2023 (até a 37ª SE) foi registrada a ocorrência no estado do Rio de Janeiro dos sorotipos DENV-1 e DENV-2, tendo predominado o sorotipo DENV-2.

Este cenário reforça a susceptibilidade para a ocorrência de transmissões cíclicas intensas de dengue. Ressalte-se ainda, com base em dados da literatura científica, a possibilidade de aumento na ocorrência de casos graves de dengue em função do histórico de imunidade da população fluminense (figura 25). Cabe ressaltar que no período de 2010 a 2018 foi utilizado como fonte de informação o SINAN e, a partir de 2019, passou-se a utilizar o Sistema GAL (Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial).

Nos últimos dez anos, observamos a circulação dos sorotipos DENV-1 e DENV-2; desta forma não é esperada uma epidemia que supere os 70.000 casos, uma vez que a população suscetível seria composta, em sua grande maioria, por indivíduos jovens que não tivessem tido contato com esses sorotipos. Entretanto, a vigilância laboratorial deve ser mantida para detectar a reentrada especialmente do sorotipo DENV-3, que não circula desde o ano 2017.

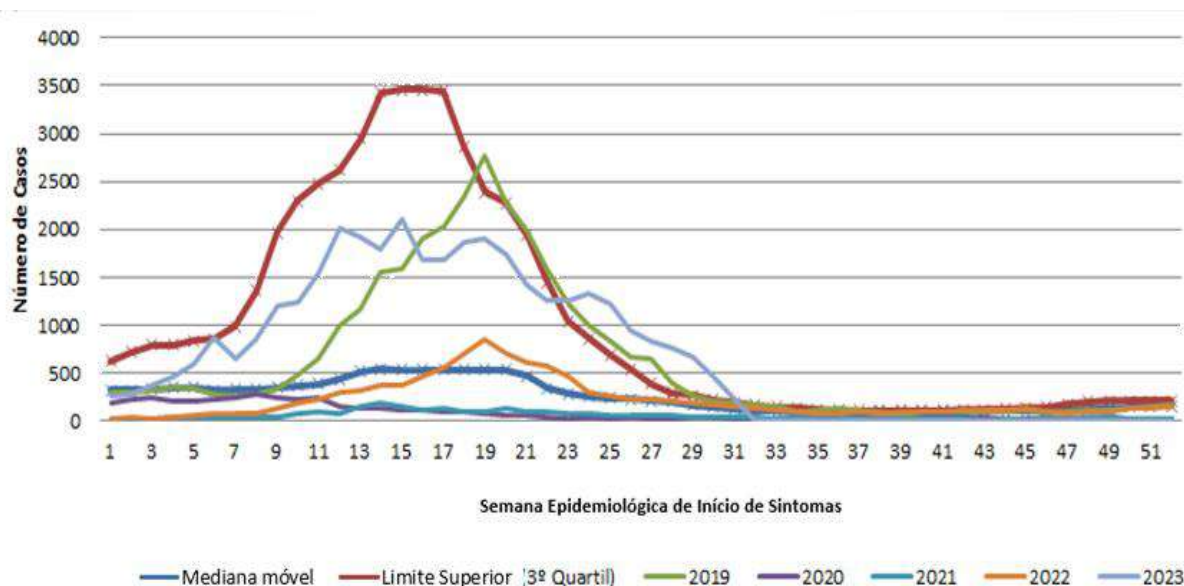
Figura 25. Sorotipos predominantes de DENGUE, segundo ano de início de sintomas, estado do Rio de Janeiro, período de 2000 a julho de 2023.



Fonte: SINAN, GERDTVZ, SES-RJ, dados atualizados em 31 de julho de 2023 e sujeitos a revisão.

Considerando a característica cíclica das epidemias de dengue, em função dos sorotipos identificados e da susceptibilidade individual e coletiva, faz-se necessária a intensificação da vigilância da circulação viral, de forma perene, a fim de aumentar a capacidade de previsão dos cenários de risco.

Figura 26. Diagrama de controle com incidência acumulada de casos prováveis de DENGUE, segundo semana de início de sintomas, estado do Rio de Janeiro, anos 2019 a julho de 2023.



Fonte: SINAN, GERDTVZ, SES-RJ, dados atualizados em 31 de julho de 2023 e sujeitos a revisão.

Destaca-se no diagrama de controle acima o ano de 2019, onde a incidência semanal ultrapassou o limite superior a partir da 19ª semana epidemiológica (SE). Apesar da detecção do sorotipo DENV-2, os anos de 2020 e 2021 foram de baixa transmissão. Entretanto, salienta-se que foram anos de pandemia de Covid-19. Em 2023, a partir da 3ª SE, observamos uma elevação na taxa de incidência (TI) de casos de dengue, em relação aos anos de 2020, 2021 e 2022. (figura 26). A partir da 25ª SE (2023), a curva da TI de dengue, no RJ, ultrapassou o limite superior, assinalando aumento da transmissão fora do período esperado.

No ano de 2021 foram confirmados quatro óbitos por dengue no estado, e em 2022, 19 óbitos. Até a 37ª SE de 2023, foram confirmados 17 óbitos pela doença.

Desafios para o enfrentamento à dengue

Dentre as várias nuances que envolvem o enfrentamento da dengue, assim como as demais arboviroses associadas ao *Aedes aegypti*, destacam-se as questões relacionadas à prevenção da doença, que requerem medidas intersetoriais que extrapolam a capacidade do setor saúde atuar de forma isolada. Sua prevenção está associada exclusivamente ao controle do vetor (único elo vulnerável da cadeia de transmissão), cujas ações há muito se limitam ao uso de substâncias químicas ou biológicas, somadas a medidas de controle mecânico. Estas últimas dependem amplamente da participação de outros entes públicos, assim como da própria população, que podem atuar de forma proativa na eliminação dos criadouros do mosquito nos ambientes domiciliares.

Medidas de contenção previstas no plano de contingência da SES-RJ são desenhadas bianualmente, visando apoiar os municípios na minimização do impacto das epidemias, porém não alcançam de forma resolutiva as expectativas de reduzir os índices de infestação do mosquito. O

problema é de difícil solução, já que as ações basilares que devem ser desenvolvidas pelas equipes municipais de controle do vetor não surtem o efeito esperado, que é reduzir os focos do mosquito, predominantemente no ambiente peri e intradomiciliar.

Considerando toda essa limitação em relação ao controle do mosquito, são necessárias articulações com outras esferas da gestão pública e privada, onde se almeja alcançar sensibilização e adesão de atores que possuem estratégias de mobilização da população, as quais são fundamentais para mudança de comportamento.

Diante dessa fragilidade nas ações de prevenção da doença, buscam-se duas outras ações, sendo uma a que trata do monitoramento do cenário da doença a partir do comportamento da sua própria história, utilizando análises pregressas das sucessivas epidemias, assim como elaborando projeções com uso de ferramentas estatísticas. Com isso é possível elaborar, mesmo que com capacidade preditiva limitada, cenários prováveis a cada perspectiva do ano seguinte, o que permite apontar soluções mitigadoras no outro aspecto a ser considerado, que é a assistência oportuna e qualificada dos pacientes acometidos por dengue.

Na proposta de enfrentamento à dengue, em situação de epidemia, o plano de contingência define ações voltadas ao acolhimento e conduta clínica adequados aos pacientes, visando reduzir as formas graves e óbitos pela doença. O plano prevê a instalação de centros de hidratação, que são estruturas simples a serem instaladas em unidades de saúde local, onde haja suporte laboratorial para exames inespecíficos, assim como manutenção do paciente em observação e tratamento de suporte com medicamentos básicos e hidratação até que esteja clinicamente estabilizado e seja avaliado e liberado por profissional médico.

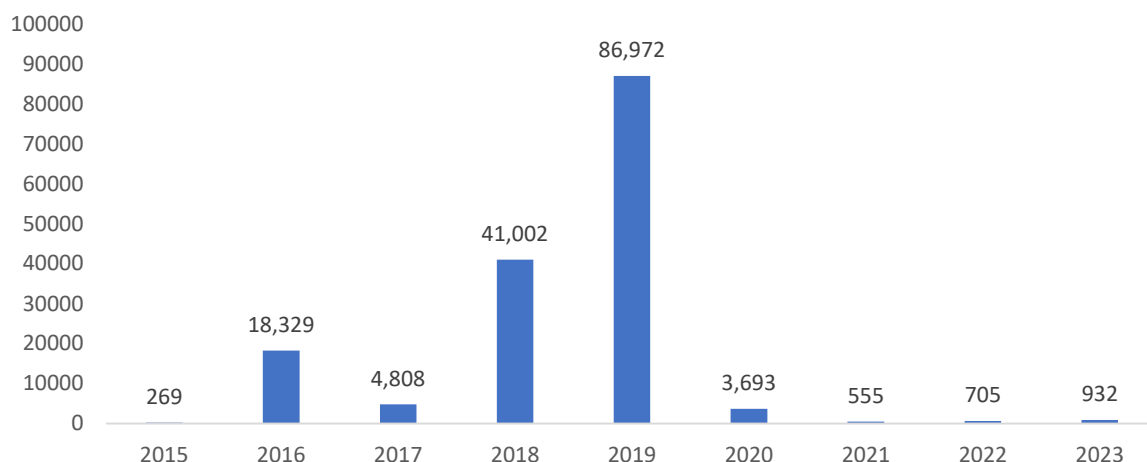
III.3.1.2. Chikungunya e Zika

A introdução do vírus Chikungunya (CHIKV) no estado do RJ ocorreu em 2014, com registro de poucos casos naquele ano (13 casos), enquanto Zika teve sua detecção confirmada laboratorialmente pela primeira vez no início de 2015, já apresentando alta dispersão naquele mesmo ano (11.290 casos). Observou-se que Chikungunya veio num crescente durante os anos de 2015 até 2019, onde atingiu alta transmissão no estado com pico de transmissão no mês de maio de 2019 (gráfico 29).

Em 2019, foram notificados 86.972 casos prováveis de Chikungunya, correspondendo a uma TI de 504,5 casos por 100 mil habitantes. Grande parte dos casos concentrou-se na Capital (44,5%), seguida pelas regiões Norte (14,0%), Noroeste (12,7%) e Metropolitana I (12,5%). Nos anos de 2020, 2021, 2022 e até julho de 2023, houve baixa transmissão de Chikungunya no estado. Nesse período foram registrados 115 óbitos pelo agravo, tendo ocorrido o maior número no ano de 2019 (64 óbitos, ou 60%)

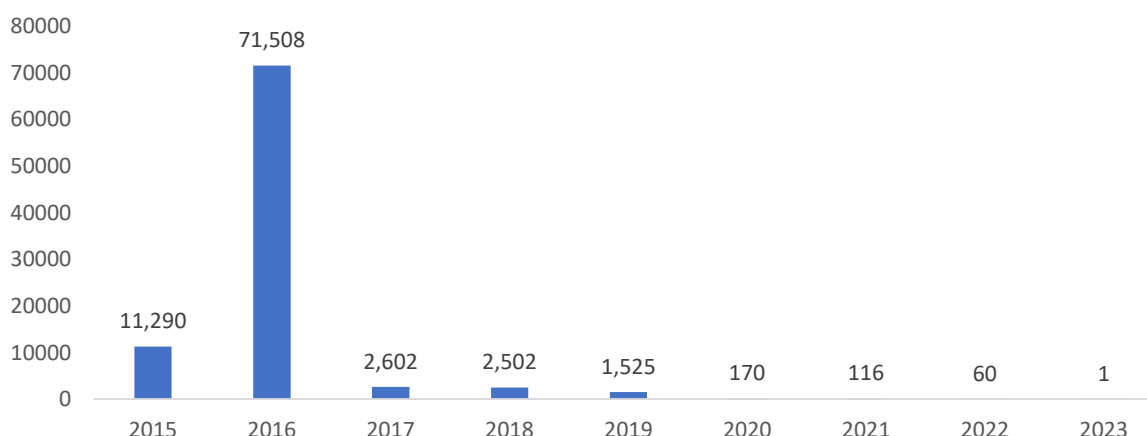
O ZIKV começou a circular no estado em 2015. Deste ano até 2023 (julho), foram notificados 89.774 casos prováveis de Zika (gráfico 30), tendo o ano de 2016 apresentado o maior número de casos (71.508, ou seja, 79,6%). Desde 2017, nenhum óbito foi registrado por Zika.

Gráfico 29. Casos prováveis de Chikungunya, segundo ano de início de sintomas, estado do Rio de Janeiro, 2015 a julho de 2023.



Fonte: SINAN, GERDTVZ, SES-RJ, dados atualizados em 31 de julho de 2023 e sujeitos a revisão.

Gráfico 30. Casos prováveis de Zika, segundo ano de início de sintomas, estado do Rio de Janeiro, anos 2015 a julho de 2023.



Fonte: SINAN, GERDTVZ, SES-RJ, dados atualizados em 31 de julho de 2023 e sujeitos a revisão.

A SES-RJ atualiza anualmente o “Plano de Contingência para enfrentamento às arboviroses urbanas causadas pelo *Aedes aegypti*” (PC Arboviroses) com o objetivo de organizar e estruturar a resposta coordenada, frente ao aumento da circulação dos arbovírus transmitidos pelo *Aedes aegypti* e outras doenças delas decorrentes no território estadual. O PC Arboviroses contempla cinco componentes: assistência, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental (vigilância e controle do vetor), comunicação e mobilização social e gestão que, uma vez articulados, devem garantir uma resposta mais efetiva para o enfrentamento das arboviroses.

O PC propõe reavaliar, de forma sistemática, prazos e ações em função dos diferentes cenários que porventura sejam observados. Seus principais objetivos são reduzir o impacto das epidemias na população, particularmente na redução da morbimortalidade provocada por essas arboviroses, e preparar antecipadamente a rede assistencial para os diagnósticos diferenciais e para a detecção precoce de casos suspeitos, frente à possibilidade de circulação dos vírus dengue (DENV), Chikungunya (CHIKV) e Zika (ZIKV).

III.3.2. Febre amarela

Nas últimas décadas, processos de emergência/reemergência do vírus da febre amarela (FA) têm produzido importante impacto sobre as populações tanto de pessoas quanto de animais. Desde 2018, o MS passou a classificar o RJ como Área Com Recomendação de Vacina (ACRV), sendo a vacina oferecida na rotina dos postos de saúde, a partir dos nove meses de idade. Nos anos de 2017 e 2018, o número de casos confirmados de febre amarela (FA) superou o valor esperado, a doença foi considerada uma epidemia e a SES-RJ passou a monitorar casos humanos e de epizootias em primatas não humanos, subsidiando os gestores com dados para preparação, resposta e manejo dos riscos.

Os dados atuais mostram que a cobertura vacinal para febre amarela está baixa desde o ano de 2017, o que pode ser consequência da manutenção do sistema de informação pelo MS nos últimos anos. A SES-RJ monitora semanalmente as notificações de casos suspeitos de febre amarela em primatas não-humanos (PNH) e envia os dados atualizados para o Ministério da Saúde.

Em 2022 foram notificados 93 casos suspeitos de febre amarela em PNH, porém sem confirmação de positividade, correspondendo a menos de um décimo dos 990 casos investigados em 2018. Segundo informações apresentadas pelo Ministério da Saúde sobre a situação epidemiológica da febre amarela, havia preocupação com um possível novo aumento dos casos da doença para o ano de 2023. Diante do cenário nacional, foi realizada em dezembro de 2022 uma reunião com os 92 municípios do estado em conjunto com o MS e representantes da FIOCRUZ, com o objetivo de intensificar as ações de vigilância da febre amarela durante o período sazonal da doença, bem como repassar orientações e diretrizes para os profissionais das secretarias municipais de saúde para atuarem na vigilância de epizootias com enfoque nos primatas não humanos. Durante os períodos de monitoramento em que foram registrados casos humanos, estes, apesar de apresentar uma baixa taxa de incidência, tiveram alta letalidade (tabela 42).

Tabela 42. Taxas de incidência (100.000 habitantes) e letalidade da febre amarela, no estado do Rio de Janeiro e número de óbitos confirmados, no período de julho de 2016 a junho de 2018.

Estado do Rio de Janeiro	Primeiro Ciclo (jul/2016 a jun/2017)	Segundo Ciclo (jul/2017 a jun/2018)
Taxa de Incidência	0,17	1,68
Nº de casos confirmados	28	280
Nº de óbitos	9	89
Taxa de Letalidade	32,1	31,8

Fonte: SINAN, GERDTVZ, SES-RJ dados atualizados em 12 de abril de 2021 e sujeitos à revisão.

III.3.3. Leishmanioses

III.3.3.1. Leishmaniose visceral humana (LVH)

É uma antroponose causada por protozoários do gênero *Leishmania*, transmitidos pela picada da fêmea infectada do inseto vetor, flebotomíneo. Recrudescceu no estado a partir de 2010, com casos diagnosticados principalmente nas regiões Médio Paraíba e da Baía da Ilha Grande, bem como no município do Rio de Janeiro. A taxa de letalidade é alta no estado do Rio de Janeiro (tabela 43), quando comparada à taxa nacional (10,5% em 2021).

A LVH autóctone do RJ vem sofrendo gradual aumento em número de casos e coeficiente de incidência (CI), desde 2010 (2 casos confirmados, CI = 0,01/100.000 habitantes) a 2021 (13 casos confirmados, CI = 0,07/100.000 habitantes). Segundo a estratificação de risco do Ministério da Saúde²¹ de 2020 a 2022, o município do Rio de Janeiro é considerado como de médio risco e os demais municípios afetados (Barra Mansa, Volta Redonda, Barra do Piraí, Nova Iguaçu, Saquarema) são considerados como de baixo risco.

Tabela 43. Casos e óbitos confirmados de LVH no estado do Rio de Janeiro, 2010 a 2022.

Ano	Casos confirmados	Coeficiente de incidência*	Óbitos	Taxa de letalidade
2010	2	0,01	1	50,0
2011	3	0,02	1	33,3
2012	8	0,05	1	12,5
2013	6	0,04	1	16,7
2014	3	0,02	2	66,7
2015	12	0,07	1	8,3
2016	11	0,06	1	9,1
2017	12	0,07	1	8,3
2018	7	0,04	2	28,6
2019	15	0,09	2	13,3
2020	7	0,04	1	14,3
2021	13	0,07	1**	7,7
2022	12	0,07***	2	16,7%
Total	95		16	16,8

Fonte: SINANET, GERDTVZ, SES-RJ. Dados atualizados em 19 de setembro de 2023 e sujeitos a revisão.

* Coeficiente de incidência de casos confirmados de leishmaniose visceral por 100.000 habitantes.

**Um óbito por outras causas.

***Coeficiente de incidência calculado sobre a população estimada do RJ em 2021.

²¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Estratificação de risco da leishmaniose visceral por município de infecção. Brasil, 2020 a 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/l/leishmaniose-visceral/arquivos/estratificacaolv_20a22.pdf Acesso em 19/09/2023.

III.3.3.2. Leishmaniose visceral canina (LVC)

Causada pela *Leishmania infantum*, é uma zoonose na qual o cão atua como o principal reservatório doméstico no meio urbano. No ERJ, a LVC segue um padrão de urbanização, apresentando um cenário semelhante ao de outros grandes centros urbanos.

Podemos observar ao longo de cinco anos que o número de casos está em ascensão. Em 2018, foram notificados à SES, via SINAN, 65 casos, enquanto em 2022 foram notificados 944 casos. Entretanto, reforçamos que os números de notificações ainda não correspondem à realidade, visto que muitos casos de subnotificação ocorrem no ERJ (tabela 44).

Tabela 44. Casos notificados de LVC no estado do Rio de Janeiro, 2018 a 2022.

Região de saúde	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Baía da Ilha Grande	0	1	0	0	0	1
Baixada Litorânea	0	0	0	1	0	1
Centro Sul	0	0	0	9	1	10
Médio Paraíba	31	28	17	35	92	203
Metropolitana I	34	172	69	165	273	713
Metropolitana II	0	3	0	4	1	8
Noroeste	0	1	0	0	0	1
Norte	0	1	0	0	0	1
Serrana	0	2	0	0	4	6
RJ	65	208	86	214	371	944

Fonte: SINANET, SES-RJ. Dados atualizados em 10 de fevereiro de 2023 e sujeitos a revisão.

Diante deste cenário, para reduzir a disseminação da doença, estratégias de controle e monitoramento da LVC são essenciais. A SES-RJ vem trabalhando em conjunto com o Laboratório de Pesquisa Clínica em Dermatozoonoses, do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, da Fundação Oswaldo Cruz (INI/FIOCRUZ), setor de referência nacional em leishmaniose nos animais domésticos, para capacitar e assessorar os municípios na notificação e investigação dos casos suspeitos, definição dos casos por confirmação sorológica, parasitológica e molecular e educação em saúde sobre a LVC no ERJ.

III.3.3.3. Leishmaniose tegumentar americana (LTA)

Seus hospedeiros silvestres (roedores, marsupiais, edentados) e vetores flebotomíneos ocorrem em áreas de mata em regiões rurais e periurbanas. No RJ, a LTA é causada quase exclusivamente pelo protozoário *Leishmania (Viannia) braziliensis*, sendo endêmica e provocando lesões ulcerativas de pele e mucosas das vias aéreas e digestivas superiores.

No período de 2010 a 2022, os casos de LTA se distribuíram por todas as regiões do estado, apresentando baixo coeficiente de incidência (tabela 45). Nos últimos 13 anos houve uma relevante diminuição do número de casos em relação a períodos anteriores (em 2010, 89 casos confirmados e CI = 0,55/100.000 habitantes; em 2022, 51 casos confirmados e CI = 0,30/100.000 habitantes),

seguindo a tendência do que ocorre em outros estados. Todos os municípios afetados no RJ são considerados como de baixo risco pelo Ministério da Saúde²². Os casos de LTA predominaram nos municípios do Rio de Janeiro, Paraíba do Sul, Vassouras, São José do Vale do Rio Preto, Petrópolis, Teresópolis, Cachoeiras de Macacu e Itaperuna.

Tabela 45. Casos de LTA no estado do Rio de Janeiro, 2010 a 2022.

Ano	Casos confirmados	Coeficiente de incidência*
2010	89	0,55
2011	65	0,40
2012	33	0,20
2013	25	0,15
2014	25	0,15
2015	21	0,12
2016	26	0,15
2017	26	0,15
2018	47	0,27
2019	59	0,34
2020	58	0,33
2021	62	0,36
2022**	51	0,30
Total	536	-

Fonte: SINANNET, GERDTVZ, SES-RJ. Dados atualizados em 19 de setembro de 2023 e sujeitos a revisão.

* Coeficiente de incidência de casos confirmados de LTA por 100.000 habitantes

** Coeficiente de incidência calculado sobre a população estimada do RJ em 2021

III.3.4. Esquistossomose

Apesar de o estado do RJ não ser mais considerado como endêmico, ainda apresenta alguns focos remanescentes da doença. Por isso, apesar de não serem mais realizados inquéritos domiciliares, trabalha-se na vigilância passiva (diante de um caso confirmado é feita a investigação para avaliar se existe um foco ativo). No período de 2012 a 2022, foram notificados e confirmados 865 casos de esquistossomose no RJ, distribuídos por região de infecção. Destes, 225 (26%) ocorreram em residentes da região Noroeste do estado. O ano de 2022 foi o que apresentou o maior número de casos, no período (tabela 46).

²² BRASIL. Ministério da Saúde. Estratificação de risco da leishmaniose tegumentar por município de infecção. Brasil, 2019 a 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/l/lt/situacao-epidemiologica/arquivos/estratificacao19a21.pdf> Acesso em 19/09/2023.

Tabela 46. Casos notificados e confirmados de esquistossomose no ERJ segundo região de infecção-2012 a 2022.

Região de residência	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Capital	28	25	41	20	16	20	13	15	6	4	6	194
Metropolitana I*	9	14	11	5	3	4	2	6	5	1	5	65
Metropolitana II	9	8	7	2	8	7	7	7	1	1	3	60
Noroeste	2	1	5	26	41	38	4	2	1	5	100	225
Norte	3	6	5	8	2	8	2	6	3	4	4	51
Serrana	16	13	21	44	8	11	5	8	11	3	7	147
Baixada Litorânea	2	2	2	2	1	5	4	1	1	1	5	26
Médio Paraíba	2	6	16	5	3	6	10	5	1	2	4	60
Centro Sul	1	2	1	4	1	4	2	1	0	0	2	18
Baía da Ilha Grande	0	1	2	2	1	3	1	5	1	2	1	19
Total	72	78	111	118	84	106	50	56	30	23	137	865

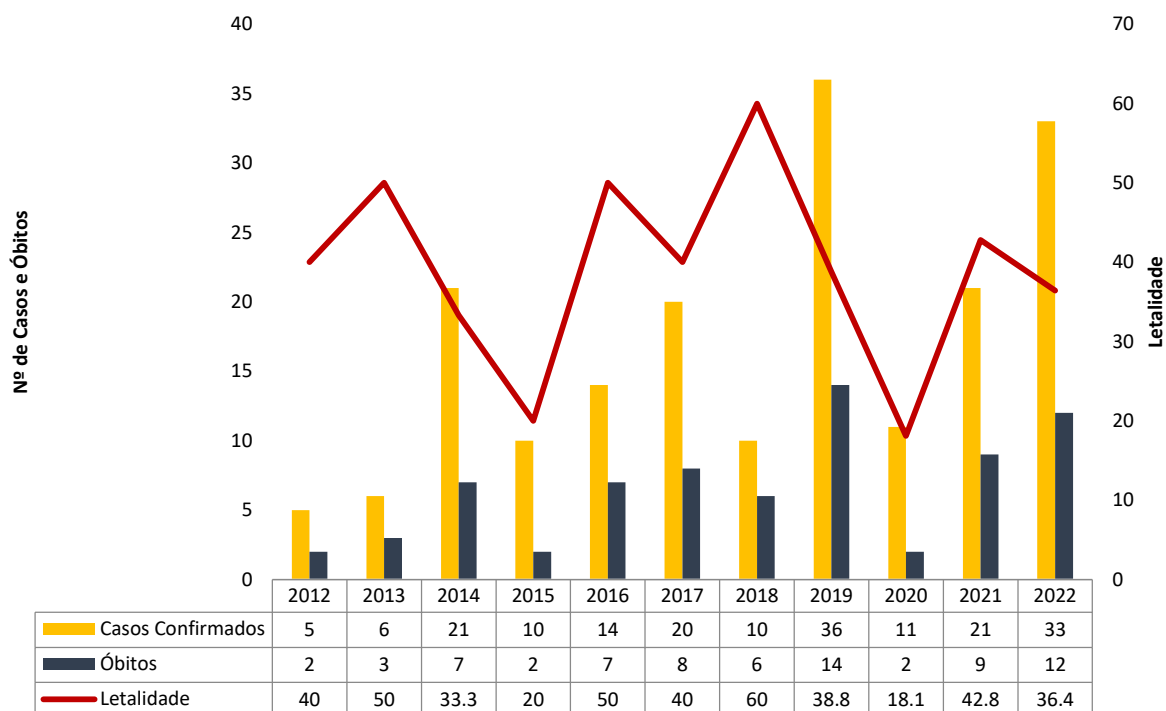
Fonte: SINAN, GERDTVZ, SES-RJ dados atualizados em 7 de março de 2023 e sujeitos a revisão.

* Não inclui o município do Rio de Janeiro (capital).

III.3.5. Febre maculosa brasileira

Doença transmitida aos seres humanos principalmente por carrapatos, e que acomete predominantemente a população que relata exposição a carrapatos, animais domésticos ou silvestres, ou frequentam ambiente de mata, rio e cachoeira. No estado do Rio de Janeiro possui caráter endêmico e epidêmico.

Gráfico 31. Óbitos, casos confirmados e letalidade da febre maculosa brasileira, no ERJ, período de 2011 a 2022.

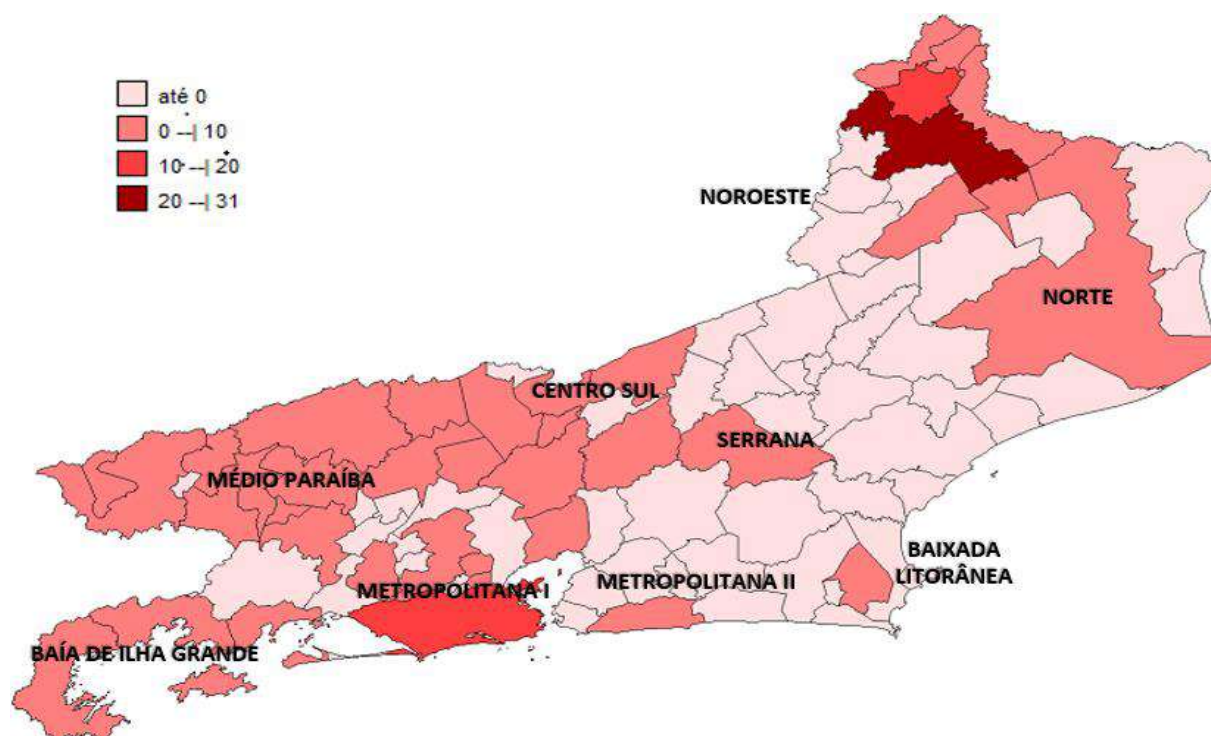


Fonte: SINAN, GERDTVZ, SES-RJ dados atualizados em 24 de abril de 2023 e sujeitos a revisão.

Observa-se no período de 2011 a 2022 elevada letalidade, consequência do pouco conhecimento de sinais e sintomas similares aos de outros agravos, como as arboviroses, febre amarela e leptospirose, dificultando seu diagnóstico. Atentamos à necessidade do diagnóstico precoce a fim de evitar internações e, quando necessária a internação, o devido manejo clínico evitando o óbito (gráfico 31).

A FMB ocorre em todo o estado, sendo a maior concentração de casos observada nas regiões Noroeste, Serrana, Centro Sul, Médio Paraíba e Baía de Ilha Grande (figura 27).

Figura 27. Distribuição espacial dos casos confirmados de febre maculosa segundo município de infecção, período de 2012 a 2022, estado do Rio de Janeiro.



Fonte: SINAN, GERDTVZ, SES-RJ dados atualizados em 24 de abril de 2023 e sujeitos a revisão.

III.3.6. Leptospirose

É uma zoonose endêmica com potencial epidêmico e sua sazonalidade está ligada, muitas das vezes, às mudanças climáticas e áreas com condições precárias de saneamento ou mudanças de comportamento social ou dos reservatórios.

Pontuamos a variação da letalidade no ano de 2011 em meio ao maior desastre natural vivido neste estado, com maior número de casos confirmados e a menor letalidade (8,2) observada no período, o que também ocorreu no ano de 2022 (8,8), com as chuvas fortes na região Serrana (tabela 47). Justifica-se pelo fato da presença maciça *in loco* desta SUBVAPS por meio de orientações/conduções nesses municípios afetados/atingidos pelo desastre natural para a suspeição

abrangente ou sensível frente ao caso suspeito de leptospirose. Infelizmente, nos demais anos a taxa se mantém elevada para uma doença que tem tratamento quando diagnosticada precocemente e com o correto manejo clínico.

Tabela 47. Óbitos, casos confirmados e letalidade de leptospirose no ERJ- 2011 a 2022.

Ano de Início de Sintomas	Casos confirmados por ano	Óbitos pelo agravo	Taxa de Letalidade
2011	424	35	8,2
2012	190	31	16,3
2013	234	44	18,8
2014	160	40	25,0
2015	148	30	20,2
2016	169	33	19,5
2017	166	28	16,8
2018	239	37	15,4
2019	222	42	18,9
2020	114	21	18,4
2021	104	15	14,4
2022	349	31	8,8
Média anual	210	32	16,7

Fonte: SINAN, GERDTVZ, SES-RJ dados atualizados em 24 de abril de 2023 e sujeitos à revisão.

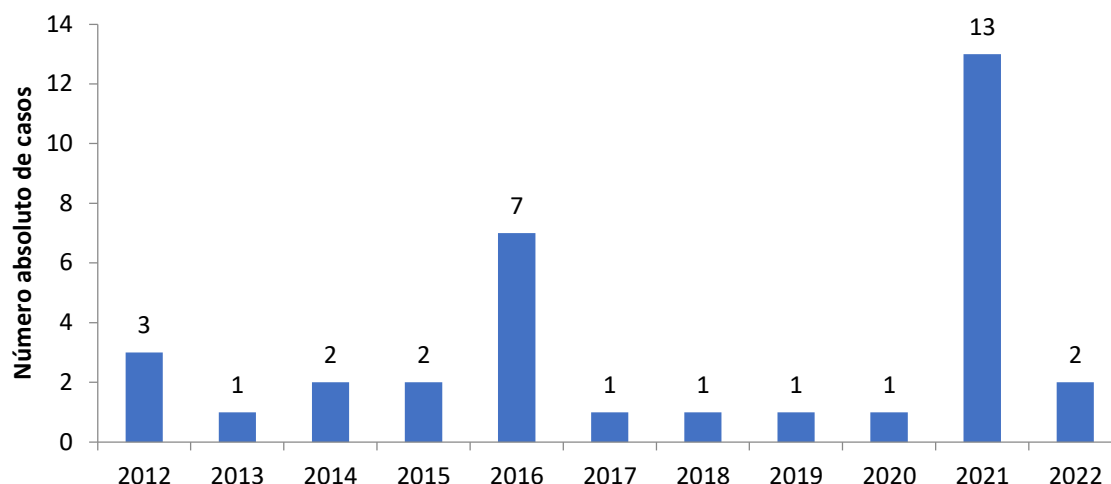
III.3.7. Doença de Chagas

Embora a prevalência de doença de Chagas (DC) transmitida por via vetorial tenha diminuído nas últimas décadas, outros mecanismos de transmissão podem manter a doença como problema de Saúde pública, como a ingestão de alimentos contaminados com *Trypanosoma cruzi*.

Existe um número considerável de casos notificados a partir do exame de triagem reagente para DC, nos bancos de sangue. Amostras destes casos são encaminhadas ao Lacen-RJ para a realização de exames laboratoriais específicos (sorologias, parasitológicos). A maior parte desses casos suspeitos não se confirma, e os que são confirmados por sorologia costumam ser casos crônicos. Como, até o momento, somente os casos agudos são registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), as informações adicionais dos casos crônicos são registradas no campo de observação. No estado do Rio de Janeiro, a notificação dos casos crônicos de DC ainda não está sendo inserida no e-SUS Notifica. Os municípios ainda estão em processo de cadastramento de profissionais para realizar a notificação.

Entre os anos de 2012 e 2022, foram notificados 34 casos de DC na forma aguda (gráfico 32) no estado do Rio de Janeiro. Destes, 16 foram classificados como autóctones.

Gráfico 32. Casos notificados de doença de Chagas aguda, segundo ano de notificação no RJ, 2012 a 2022.



Fonte: SINAN, GERDTVZ, SES-RJ dados atualizados em 22 de setembro de 2023 e sujeitos a revisão.

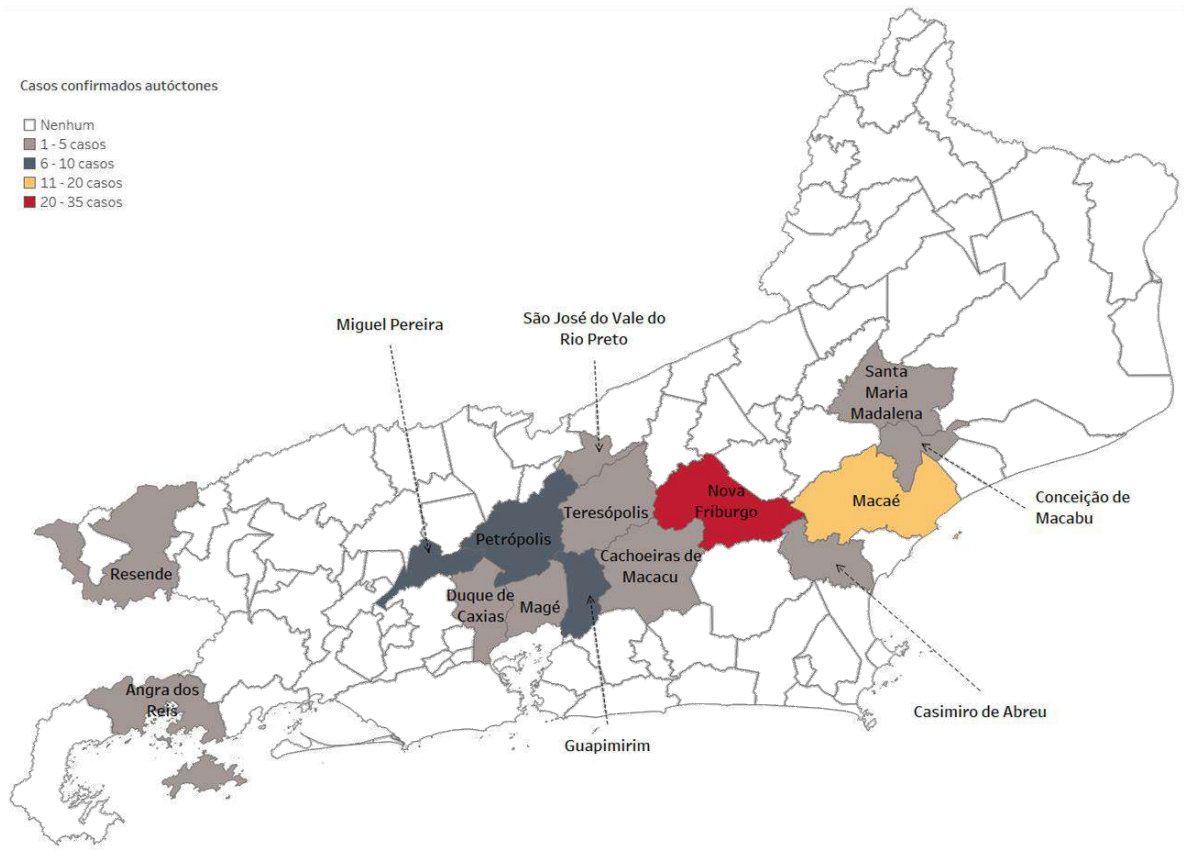
III.3.8. Malária

No estado do Rio de Janeiro, que possui extensa área de Mata Atlântica, as infecções envolvem geralmente o *P. vivax* e têm como vetores mosquitos como o *Anopheles (Kerteszia) cruzii* e *An. (Nyssorhynchus) albitarsis*. Nestes casos, os pacientes apresentam em geral baixa parasitemia. Esta forma de transmissão ocorre em ambiente silvestre, já que os vetores envolvidos necessitam de ambientes preservados com presença de reservatórios, como alguns primatas não humanos, sendo pouco provável o risco de surtos ou epidemias.

Durante a série histórica de dez anos (período de 2012 a 2022) foram notificados 800 casos confirmados de malária no estado do Rio de Janeiro, correspondendo a uma média de 2,6 casos confirmados por mês, no período. Destes, 111 (11,3%) tiveram como UF provável de infecção (LPI) o Rio de Janeiro (figura 28), 443 (45,2%) estavam classificados como ignorados ou em branco e 427 (43,5%) foram casos importados de outros estados ou países (tabela 48).

O diagnóstico da malária é realizado por meio de uma técnica chamada Gota Espessa ou também por teste rápido (TR); ambos os exames apresentam em seu resultado, caso estejam positivos, a espécie de *Plasmodium* e é a partir desta informação que são prescritos os medicamentos específicos para tratamento dos pacientes.

Figura 28. Distribuição dos casos confirmados de malária, por ano de início de sintomas e municípios prováveis de infecção, período de 2012 a 2022, estado do Rio de Janeiro.



Fonte: SINAN, GERDTVZ, SES-RJ dados atualizados em 24 de abril de 2023 e sujeitos a revisão.

Tabela 48. Casos notificados e confirmados de malária no ERJ segundo o resultado parasitológico-2012 a 2022.

Notificação	<i>P. falciparum</i>	F+FG	<i>P. vivax</i>	F+V	V+FG	FG	<i>P. malariae</i>	<i>P. ovale</i>	Total
2012	70	1	60	5	0	0	1	1	138
2013	61	1	49	0	1	0	0	2	114
2014	26	0	36	2	0	0	1	1	66
2015	25	0	49	0	0	1	1	0	76
2016	13	0	38	0	1	0	1	1	54
2017	25	0	45	0	0	0	0	0	70
2018	42	1	34	0	0	1	0	0	79
2019	29	0	45	0	0	0	0	0	74
2020	15	0	27	0	0	0	0	0	44
2021	7	1	24	0	0	0	0	1	34
2022	11	0	37	3	0	0	0	0	51
Total	324	4	444	10	2	2	4	6	800

Fonte: SINAN, GERDTVZ, SES-RJ dados atualizados em 20 de setembro de 2023 e sujeitos a revisão.

Obs.: *F+V- infec. mista *falciparum* + *vivax*; **V + FG - infec. mista *falciparum* gametócito + *vivax*

III.3.9. Esporotricose

A esporotricose tornou-se um agravo de notificação compulsória estadual a partir da publicação da [Resolução SES nº 674, de 12 de julho de 2013](#). Em 2014, a [Portaria GM/MS nº 1.271 de 6 de junho de 2014](#) incluiu as epizootias na lista de doenças de notificação compulsória nacional. No SINAN, a notificação e investigação dos casos humanos vem sendo realizada através da ficha de notificação/conclusão (não específica para a esporotricose).

Os casos de esporotricose estão em constante aumento no RJ. Durante a série histórica de 13 anos, em 2022 o número de casos notificados acumulados chegou a 14.487, com uma média de 1.114,4 por ano, e houve nove óbitos devido ao agravo (tabela 49 e gráfico 33). Observamos casos em municípios de todas as regiões do RJ, com predomínio na capital e nos demais municípios da região Metropolitana I.

Tabela 49. Casos notificados, coeficiente de incidência e óbitos por esporotricose humana, segundo ano de notificação, 2010 a 2022.

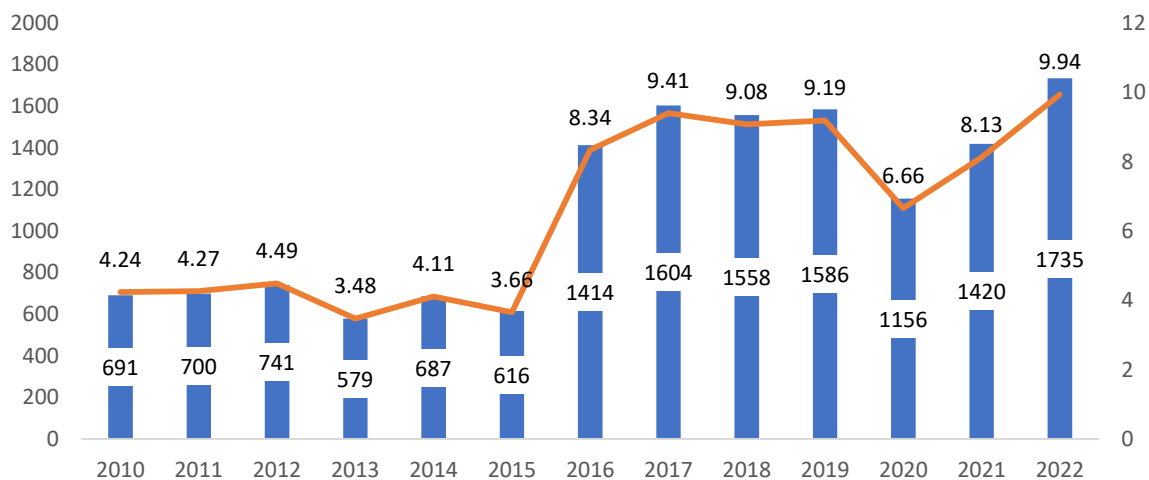
Ano de notificação	Casos confirmados	Coeficiente de Incidência/100.000 hab.	Óbitos por esporotricose
2010	691	4,24	1
2011	700	4,27	0
2012	741	4,49	0
2013	579	3,48	1
2014	687	4,11	2
2015	616	3,66	2
2016	1.414	8,34	0
2017	1.604	9,41	0
2018	1.558	9,08	0
2019	1.586	9,19	1
2020	1.156	6,66	0
2021	1.420	8,13	1
2022**	1.735	9,94	1

Fonte: SINANET, GERDTVZ, SES-RJ. Dados atualizados em 19 de setembro de 2023 e sujeitos a revisão

** Coeficiente de incidência de 2022 calculado sobre a população estimada do RJ em 2021

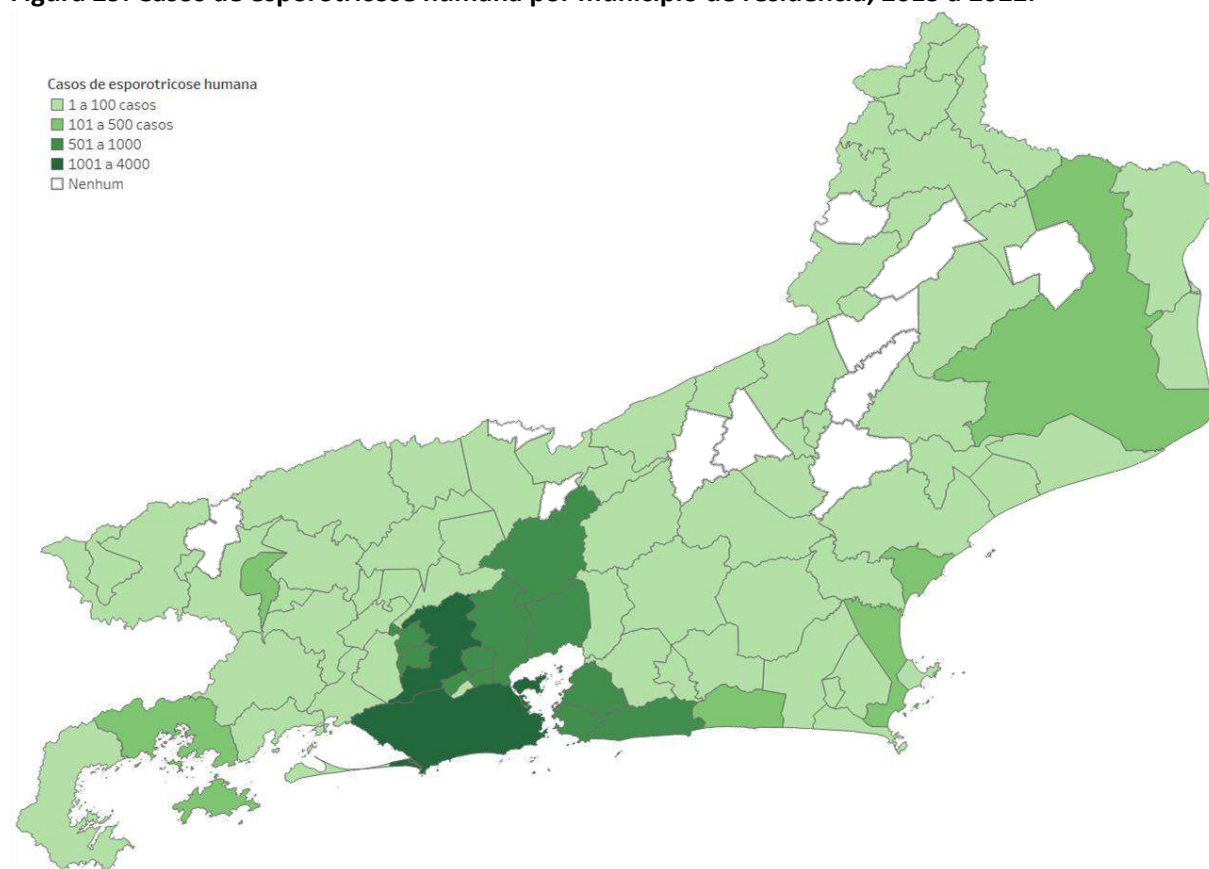
A esporotricose afeta predominantemente mulheres na faixa etária de 40 a 49 anos, mas ambos os sexos e todas as faixas etárias são acometidos. Na figura 29, podemos observar a distribuição dos casos de esporotricose humana, segundo os municípios de residência, entre 2013 e 2022.

Gráfico 33. Número de casos e coeficiente de incidência de esporotricose humana no estado do Rio de Janeiro, segundo ano de notificação, período de 2010 a 2022.



Fonte: SINANNET, GERDTVZ, SES-RJ. Dados atualizados em 19 de setembro de 2023 e sujeitos a revisão.
 ** Coeficiente de incidência de 2022 calculado sobre a população estimada do RJ em 2021.

Figura 29. Casos de esporotricose humana por município de residência, 2013 a 2022.



Fonte: SINANNET, GERDTVZ, SES-RJ. Dados atualizados em 19 de setembro de 2023 e sujeitos a revisão

Diante deste cenário, para reduzir a disseminação da doença, estratégias de controle e monitoramento em animais são essenciais. A SES-RJ vem trabalhando em conjunto com o Laboratório de Pesquisa Clínica em Dermatozoonoses, do INI/FIOCRUZ, setor com elevada expertise na lida com a esporotricose em cães e gatos em território nacional, para capacitar e assessorar os municípios na notificação e investigação dos casos suspeitos e principalmente na educação em saúde sobre o agravo no ERJ.

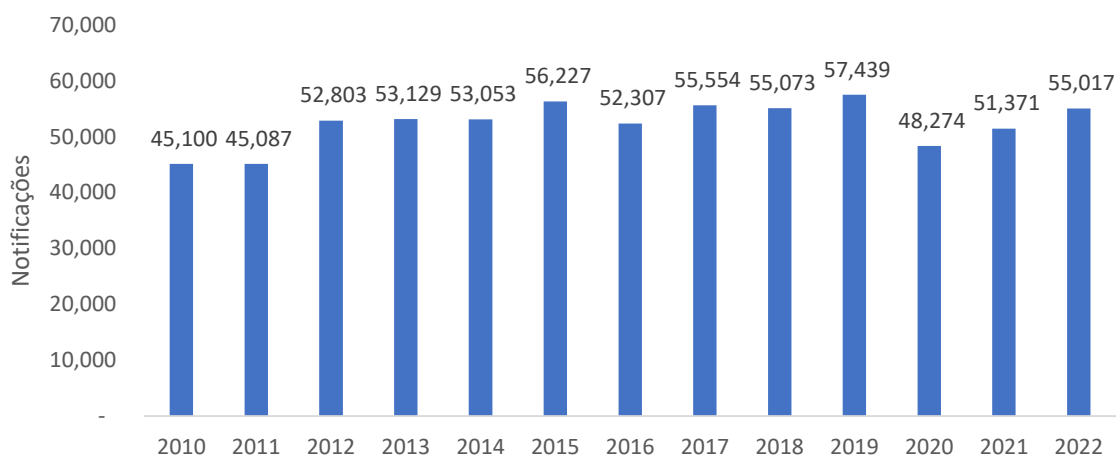
III.3.10. Raiva

A raiva é uma das mais antigas doenças zoonóticas conhecidas. Trata-se de uma doença extremamente grave com letalidade elevada de 99,9%. Apenas cinco casos de cura são conhecidos no mundo, dois deles no Brasil.

Os cães ainda são considerados responsáveis por mais de 90% da exposição do homem ao vírus da raiva. Apesar disso, vem ocorrendo uma mudança do perfil epidemiológico da raiva no Brasil, onde os morcegos têm desempenhado um papel significativo na transmissão da doença; os últimos casos de raiva confirmados no ERJ, em 2020 (um caso/óbito humano), 2021 e 2022 (dois casos caninos), foram transmitidos por morcegos.

No período de 2010 até 2022, de acordo com o gráfico 34, foram registradas 680.420 notificações de AARHs no estado do Rio de Janeiro (ERJ), apresentando uma média anual de 52.341 ao ano. Em 2022 observa-se um acréscimo no registro de acidentes (N= 55.017), mantendo-se acima da média anual do ERJ. A região Metropolitana I representa 58,2% (N= 32.030) das notificações do ERJ (gráfico 35).

Gráfico 34. Distribuição do número de notificações dos atendimentos aos acidentes com animais potencialmente transmissores do vírus da raiva, segundo ano de notificação, estado do Rio de Janeiro, 2010 a 2022.



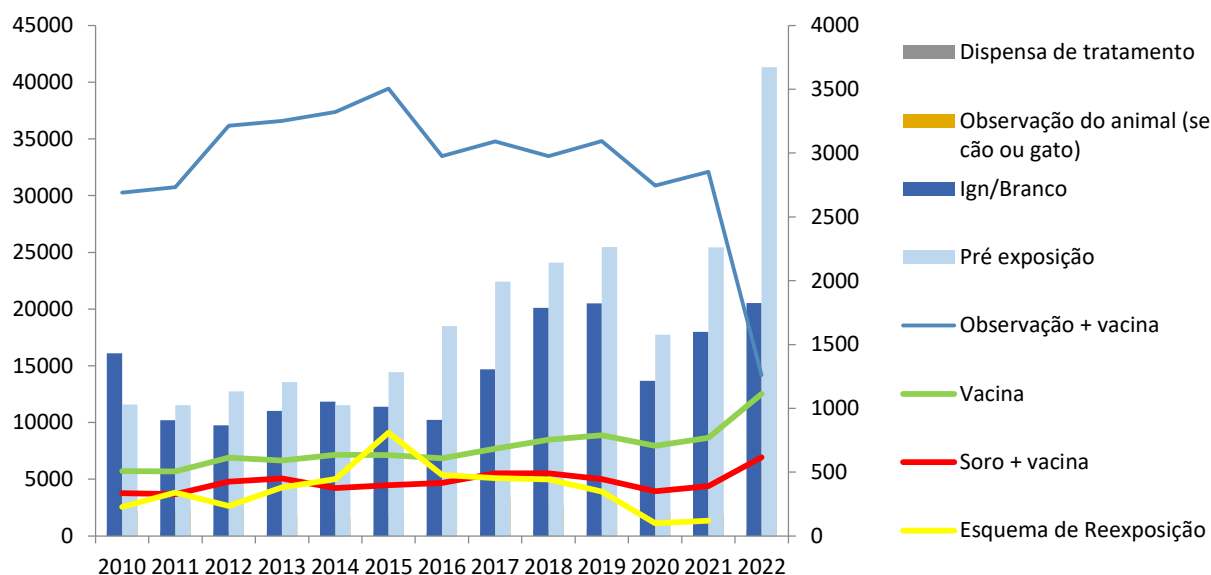
Fonte: SINAN, GERDTVZ, SES-RJ, dados atualizados em 12 de abril de 2023 e sujeitos a revisão.

A exposição por mordedura foi a maior responsável pelos atendimentos antirrâbicos, com 83,6% em mãos /pés (39,4%). As agressões por cães totalizam 40.149 (72,9% das notificações), seguida de 10.528 por felinos (19,1%). Os atendimentos foram mais frequentes em pessoas do sexo feminino e na faixa etária de 20 a 29 anos. Durante os anos de 2010 a 2021, o tratamento mais indicado foi observação + vacina, representando 65,6 % dos atendimentos antirrâbicos humanos e uma média de 34.175 por ano. Entretanto, em 2022, com as atualizações no protocolo de profilaxia pós- exposição de raiva humana, o tratamento mais indicado foi observação do animal (cão ou gato), representando 27,8% dos atendimentos, seguido de observação + vacina, que representou 25,8% ou 14.189 dos atendimentos.

No ano de 2022, observamos durante análise das notificações de atendimento antirrâbico humano causados por cão/ gato sadios e passíveis de observação, que 35,6% (observação + vacina – 28,2%; vacina – 6,9 %; soro + vacina- 0,5%) **tiveram indicação equivocada**, diante de situações em que apenas a observação do animal se faria necessária. No caso dos acidentes envolvendo animais silvestres, **22% não receberam a profilaxia correta** (observação do animal- 1,2%, dispensa de tratamento – 1,9%, pré-exposição - 3,1%, observação + vacina – 5,1%; vacina – 10,8 %).

Em relação aos acidentes graves com cães e gatos não passíveis de observação, observamos que **36,9% não receberam indicação correta** (vacina – 27,7%; observação + vacina - 7,1%; observação do animal – 1,4 %; dispensa de tratamento - 0,3%; pré-exposição - 0,4%).

Gráfico 35. Distribuição do número de atendimentos aos acidentes com animais potencialmente transmissores de raiva conforme os tratamentos indicados, segundo ano de notificação, estado do Rio de Janeiro, 2010 a 2022.



Fonte: SINAN, GERDTVZ, SESRJ, dados atualizados em 12 de abril de 2023 e sujeitos a revisão.

Diante das falhas de prescrição no atendimento antirrábico no ERJ (31,5% do total), foram traçadas metas de redução de 5% anuais em um período de quatro anos. A elevada indicação de tratamento antirrábico sugere que uma avaliação criteriosa do perfil epidemiológico pode **reduzir a prescrição desnecessária de imunobiológicos** e o desperdício de recursos do SUS. É fundamental que os profissionais de saúde das unidades básica e hospitalar sigam as Normas Técnicas do Ministério da Saúde, sejam constantemente capacitados e supervisionados, e atuem de forma integrada para instituir o tratamento antirrábico pós-exposição, com critério e segurança.

Proporção de cães e gatos vacinados

A vacinação antirrábica de cães e gatos é uma das atividades que mais contribui para que a infecção seja controlada nessas espécies, tendo como consequência um importante decréscimo de casos em seres humanos. A meta da cobertura vacinal preconizada pelo Ministério da Saúde (MS) é de no mínimo 80% para cães e 100% para gatos. No entanto, é importante frisar que apenas com a ação de vacinação dos animais de estimação, sem as demais ações – tanto as voltadas aos animais peridomiciliares, quanto para a população e para os profissionais de saúde – não se alcançará o efetivo controle da doença.

III.3.11. Acidentes com animais peçonhentos

A implantação da rede de soroterapia para acidentes com animais peçonhentos do estado do Rio de Janeiro ocorreu com base na racionalização dos soros, devido, principalmente, ao processo de ajuste dos laboratórios produtores às regras de boas práticas de produção solicitadas pela ANVISA desde 2013. Até então, os soros eram retirados diretamente na Central Geral de Armazenagem (CGA), sem qualquer avaliação técnica da SES, mediante somente a apresentação das fichas de notificação comprovando a utilização dos soros.

Pactuada e devidamente documentada na [Deliberação CIB-RJ Nº 3.923 de 01 de dezembro de 2016](#), a rede de soroterapia para acidentes por animais peçonhentos foi baseada na avaliação dos dados de notificações de acidentes disponíveis no SINAN, em análise *in loco* em todos os municípios e em critérios de geoprocessamento como o Diagrama de Voronoi. Atualmente, a rede de soroterapia vem funcionando de forma satisfatória; no entanto, o aprimoramento dos profissionais de saúde municipais (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes de saúde) se faz necessário. Para tal, ciclos de capacitação têm sido realizados.

Desde 2019 até setembro de 2023 ocorreram 11.756 acidentes por animais peçonhentos, distribuídos conforme a tabela 50.

Tabela 50. Acidentes com animais peçonhentos, segundo tipo de animal e região de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2019 a setembro de 2023

Região de residência	Ign/branco	Serpente	Aranha	Escorpião	Lagarta	Abelha	Outros	Total	Percentual
Baía da Ilha Grande	18	481	163	14	35	131	160	1.002	8,52
Baixada Litorânea	62	264	310	187	6	98	124	1.051	8,94
Centro Sul	14	291	324	728	7	18	17	1.399	11,90
Médio Paraíba	52	405	736	909	20	90	118	2.330	19,82
Metropolitana I	30	473	296	60	22	108	182	1.171	9,96
Metropolitana II	24	206	105	17	11	74	42	479	4,07
Noroeste	7	218	71	263	2	13	14	588	5,00
Norte	20	134	70	423	8	11	17	683	5,81
Serrana	70	687	1.449	570	206	21	50	3.053	25,97
RJ	297	3.159	3.524	3.171	317	564	724	11.756	100,00
Percentual	2,53	26,87	29,98	26,97	2,70	4,80	6,16	100,00	

Fonte: SINAN, 2023

É importante notar que 83,8% dos acidentes notificados correspondem àqueles provocados por serpentes, escorpiões e aranhas. Esse recorte se deve principalmente à potencial gravidade desses casos que, de modo geral, forcem os pacientes a procurarem atendimento médico. Outro fato que pode contribuir para esse quadro é um provável entendimento de que acidentes de menor gravidade e/ou para os quais não haja disponibilidade de qualquer tratamento soroterápico “não necessitem” ser notificados.

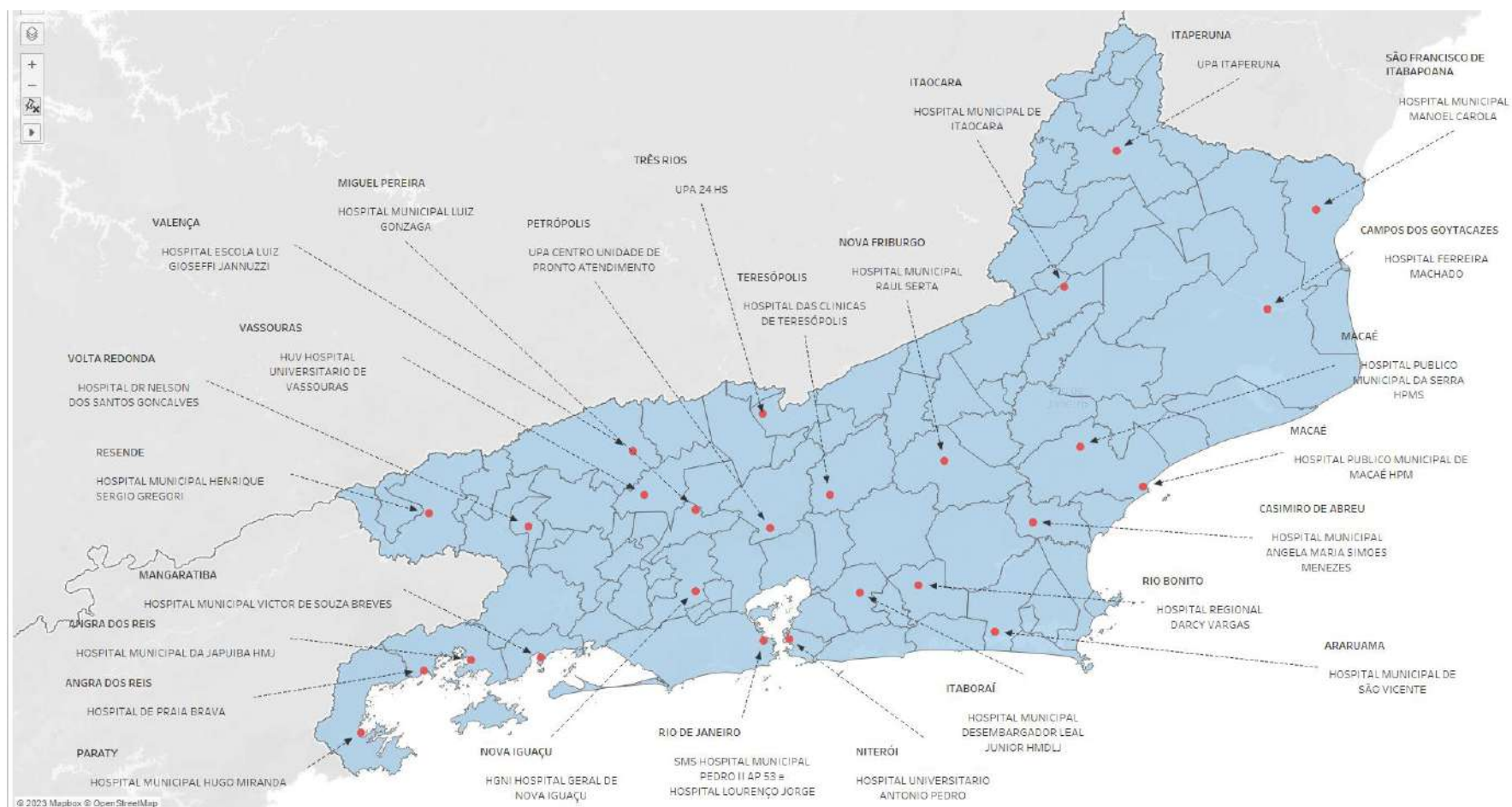
Também cabe ressaltar a importância das regiões Serrana e Médio Paraíba, que somam quase metade de todos os acidentes ocorridos no estado do Rio de Janeiro. As regiões Metropolitana I e Centro Sul também merecem atenção (tabela 50).

Ainda que a situação dos dias de hoje já não esteja tão severa quanto à distribuição dos soros antivenenos, como pudemos testemunhar logo após a determinação da ANVISA, é válido destacar que está bem longe da abundância que vivíamos antes dos ajustes solicitados pela referida agência. Há que se notar, no entanto, que não há falta de soro em nenhuma das unidades de atendimento.

A rede de soroterapia para atendimento de acidentes para animais peçonhentos do estado do Rio de Janeiro conta hoje com 27 polos, distribuídos em 24 municípios de todas as regiões de saúde. Dois novos polos, um em Duque de Caxias e outro em Niterói, estão em via de serem implantados (figura 30). A distribuição dos soros se dá mediante análise epidemiológica, geográfica e procura-se disponibilizar pelo menos o quantitativo equivalente a três tratamentos graves de cada soro (reserva estratégica) indicado para o polo/município. É importante notar, porém, que esse número está sempre condicionado à disponibilidade dos imunobiológicos.

Além dos polos, contamos com a parceria do INI/FIOCRUZ, que abriga reserva estratégica de soros para as demandas de distribuição de soros fora do horário de atendimento da CGA. Também no INI é mantido o mínimo de três tratamentos graves de cada soro, além de outros que não estão disponíveis na rede por razões epidemiológicas.

Figura 30. Polos de soroterapia para acidentes por animais peçonhentos do estado do Rio de Janeiro



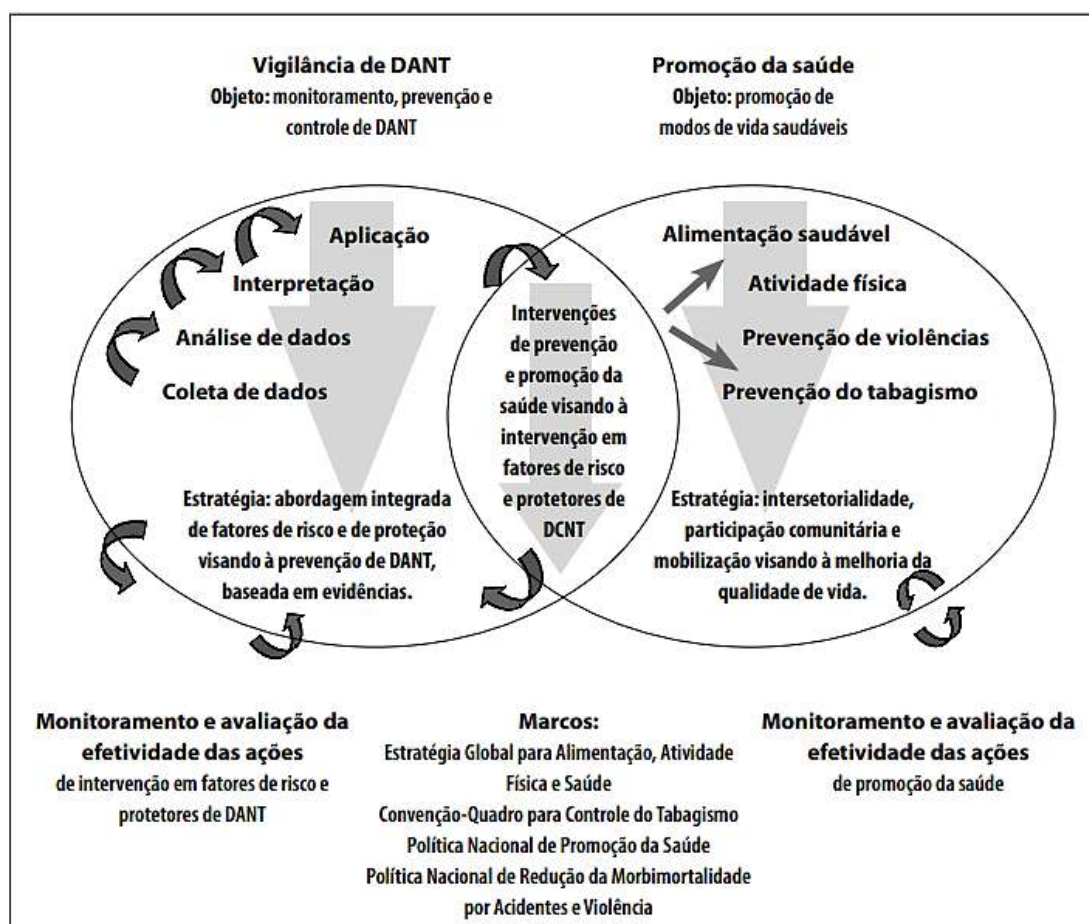
Fonte: Adaptado de [Instituto Vital Brazil](https://www.institutovitalbrazil.org/). Original disponível nos Anexos. Última atualização: 07/08/2023

III.4. Doenças e Agravos não Transmissíveis

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) compreendem dois grandes grupos de eventos: as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), caracterizadas principalmente pelas doenças do aparelho circulatório (CID 10, I00 a I99), doenças respiratórias crônicas (J30 a J98, exceto J36), neoplasias (C00 a C97) e diabetes mellitus (E10 a E14); e as causas externas (agravos), compostas pelos acidentes e as violências (V01 a Y36 e Y85 a Y89).

A vigilância epidemiológica das DANT compreende o conjunto de ações que possibilitam conhecer e monitorar a distribuição, magnitude e tendência temporais da morbimortalidade dessas doenças/agravos e de seus fatores de risco na população, identificando seus condicionantes físicos, sociais, econômicos e ambientais, com o objetivo de subsidiar o planejamento, a execução e a avaliação da prevenção e do seu controle. A estratégia de vigilância pressupõe ainda a indução e o apoio às ações de promoção da saúde, prevenção e controle das DANT e de seus fatores de risco, bem como o monitoramento e avaliação das intervenções realizadas.

Figura 31. Articulação entre a Promoção da Saúde e a Vigilância de DANT



Fonte: Malta, 2006

Estudos sobre impactos nos resultados das condições crônicas mostram que as ações de promoção da saúde são responsáveis por 30% dos resultados positivos. As intervenções de prevenção da saúde que envolvem mudanças de comportamentos e estilos de vida são responsáveis por 50% dos resultados positivos, enquanto as intervenções clínicas são responsáveis somente por 20% (MENDES, 2012²³). Em relação às DCNT, ressalta-se que os mesmos fatores que podem impactar na redução da mortalidade prematura por essas causas também beneficiam pessoas com idade acima dos 70 anos, uma vez que as principais causas de morte e limitações na faixa etária de 30 a 69 anos são similares àquelas que acometem indivíduos em idades mais avançadas (NORHEIM *et al.*, 2015).

III.4.1. Custos Diretos com as DANT no estado do Rio de Janeiro

Os custos diretos (gastos) com as DANT no estado, no ano de 2022, somam R\$1.552.298.842,87, perfazendo 93% dos gastos totais em atendimentos ambulatoriais e 31% das internações SUS. Vale esclarecer que procedimentos de média e alta complexidade de alto custo, como quimioterapia e radioterapia (R\$180.354.319,85), hemodiálise (R\$255.141.112,67) e outros são registrados no SIA/SUS. Estes custos incluem apenas os valores pagos aos executores SUS (públicos e contratados).

Tabela 51. Gastos SUS em estabelecimentos públicos e contratados com atendimentos ambulatoriais gerais e atendimentos para Doenças e Agravos Não Transmissíveis, RJ, 2022

Região de Saúde de residência	Pop. estimada 2021	Atendimentos gerais (R\$)	Atendimentos DANT (R\$)	% Custos DANT	R\$/hab. Atendimentos gerais	R\$/hab. Atendimentos DANT
Total ERJ	17.463.349	1.293.759.408,49	1.197.226.754,70	93,62%	74,08	68,56
Baía da Ilha Grande	300.287	21.536.604,94	19.684.122,56	91,40	71,72	65,55
Baixada Litorânea	870.304	67.188.630,82	63.984.501,47	95,23	77,20	73,52
Centro-Sul	343.570	27.869.040,30	26.942.952,52	96,68	81,12	78,42
Médio Paraíba	922.318	72.559.831,50	68.225.922,47	94,03	78,67	73,97
Metropolitana I	10.585.667	741.595.783,69	680.523.796,68	91,76	70,06	64,29
Metropolitana II	2.145.025	147.139.406,01	135.166.615,70	91,86	68,60	63,01
Noroeste	350.591	37.849.260,29	35.492.986,47	93,77	107,96	101,24
Norte	964.428	88.048.572,73	81.944.335,16	93,07	91,30	84,97
Serrana	981.159	89.972.278,21	85.261.521,67	94,76	91,70	86,90

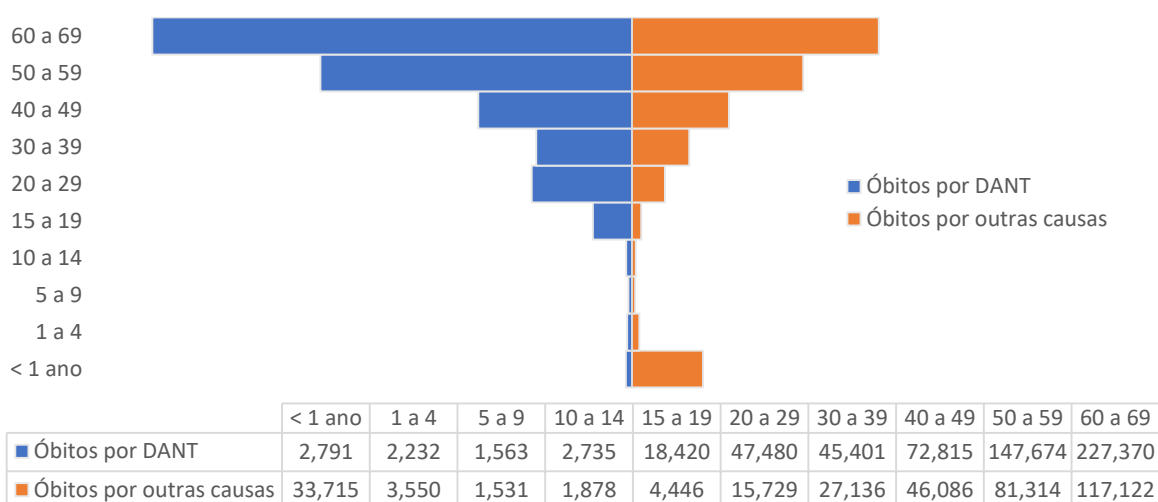
Fonte: SIA, TABNET-SES RJ, consulta em 02/10/2023.

²³ https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

III.4.2. Monitoramento das DANT

No estado do Rio de Janeiro, os óbitos por DANT que mais se destacam são os provocados por acidentes e violências (especialmente entre o sexo masculino), que são a principal causa de mortalidade precoce nas faixas etárias de 15 a 19 anos (80%) e 20 a 29 anos (75%), enquanto as DCNT representam, em média, 57% dos óbitos evitáveis na faixa etária de 30 a 69 anos (mortalidade prematura). As principais fontes de dados secundários e primários para o monitoramento contínuo das DANT são os sistemas de informação de morbimortalidade do SUS e os inquéritos e pesquisas nacionais de saúde periódicos e especiais, tais como a VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). Na PNS, 2019, o estado do Rio de Janeiro e a capital se destacaram por superarem a média nacional na prevalência das condições de saúde autorreferidas quanto à hipertensão arterial sistêmica, colesterol alto, diabetes mellitus e câncer.

Gráfico 36. Percentual de óbitos por faixa etária, causados por DANT e por outras causas de óbitos, no período de 2010 a 2022, no estado do Rio de Janeiro



Fonte: SIM/MS, dados do ano de 2022 sujeitos a revisão.

Obs.: Causas de Óbitos Total DANT inclui os óbitos das seguintes causas de Acidentes e Violências: CID 10- V01 a X59 Acidentes; X60 a X84 Lesões autoprovocadas; X85 a Y09 Agressões; Y10 a Y34 Eventos de Intenção indeterminada; Y35 a Y36 Intervenções Legais e operações de guerra; Y84 a Y89 Sequelas de Causas Externas de morbidade e mortalidade; DCNT: CID-10- C00 a C97 Neoplasias Malignas; I-00 a I99 Doenças do Aparelho Circulatório; J30 a J98 doenças Respiratórias Crônicas e E10 a E14 Diabetes Mellitus.

III.4.3. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis

No ano de 2020, a equipe técnica da SVS/MS realizou a avaliação do alcance das metas do Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT (MS, 2011) e o alinhamento dos indicadores e metas aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). Esta revisão, que resultou no Plano de Ações

Estratégias para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis²⁴ no Brasil, 2021-2030 (Plano de DANT), incluiu os transtornos mentais como a quinta doença crônica a ser enfrentada, e a poluição do ar atmosférico, como o quinto fator de risco a ser prevenido, estabelecendo a Agenda 5x5. Os dados referentes ao ano de 2015 foram utilizados como linha de base para cálculo dos valores das metas para o ano de 2030, visando ao alinhamento com as metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, que também utilizam este ano como linha de base.

O monitoramento dos resultados dos indicadores propostos no Plano Nacional de DANT será realizado por meio de taxas padronizadas. Para comparação das taxas de mortalidade em diferentes populações é indispensável a padronização por uma população padrão, com os mesmos grupos etários, a fim de anular o efeito da distribuição demográfica desigual. Assim, o resultado obtido será o número de óbitos esperados caso as taxas brutas encontradas para cada região geográfica fossem aplicadas à mesma população (no caso, a população brasileira do Censo Demográfico 2010).

Seguindo as agendas do Ministério da Saúde, a SES-RJ atualizou o Plano Estadual, segundo as novas diretrizes do Plano Nacional de DANT 2021-2030. A equipe técnica de Vigilância Epidemiológica de DANT da SES elaborou uma ferramenta virtual, denominada 'Planilha Dinâmica para Análise de DANT', com atualizações periódicas dos dados de mortalidade, para assessoramento às regiões de saúde e a cada município do estado, facilitando o monitoramento dos indicadores, o estabelecimento de uma agenda de prioridades e a tomada de decisão para alocação de recursos, com base nos dados epidemiológicos do território. A ferramenta se encontra disponível para consulta no endereço eletrônico:

https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1Y1ma_qec-kwhmbDADpT-dYBhzA-szNiy

Tabela 52. Demonstrativo do monitoramento dos indicadores e metas do Plano de DANT 2022-2030, estado do Rio de Janeiro.

DANT	2015	2019	2020	2021	Parcial 2022	Meta 2030
DCNT *	340,31	312,39	297,29	296,43	286,38	226,99
Câncer do Aparelho Digestivo *	37,87	37,32	35,55	34,41	35,34	34,08
Câncer de Mama *	26,58	28,01	25,73	25,36	27,14	23,92
Câncer de Colo de Útero *	8,98	8,93	8,88	8,46	8,46	7,19
Lesões de Trânsito *	12,09	10,04	9,8	10,13	5,12	6,04
Motociclistas *	3,43	1,91	2,2	2,41	1,92	1,71
Quedas de Idosos **	23,11	28,83	24,96	29,8	20,2	11,16
Acidentes com Crianças e Adolescentes (0 a 14 anos) **	7,6	6,52	5,79	3,48	4,73	3,54
Suicídio *	2,91	4,16	3,97	4,82	2,15	2,91
Homicídios *	29,84	26,87	19,31	27,76	17,45	19,91
Homicídios de Mulheres *	4,32	3,18	3,14	3,17	2,31	2,88
Homicídios de Jovens (15-29 anos) **	69,09	63,03	46,52	66,2	41,39	46,08

* Taxas de mortalidade padronizadas (população padrão: Brasil, censo populacional IBGE 2010)

** Taxas de mortalidade específicas (TME)

Fonte: Elaboração própria, por meio da Planilha Dinâmica para Análise de DANT.

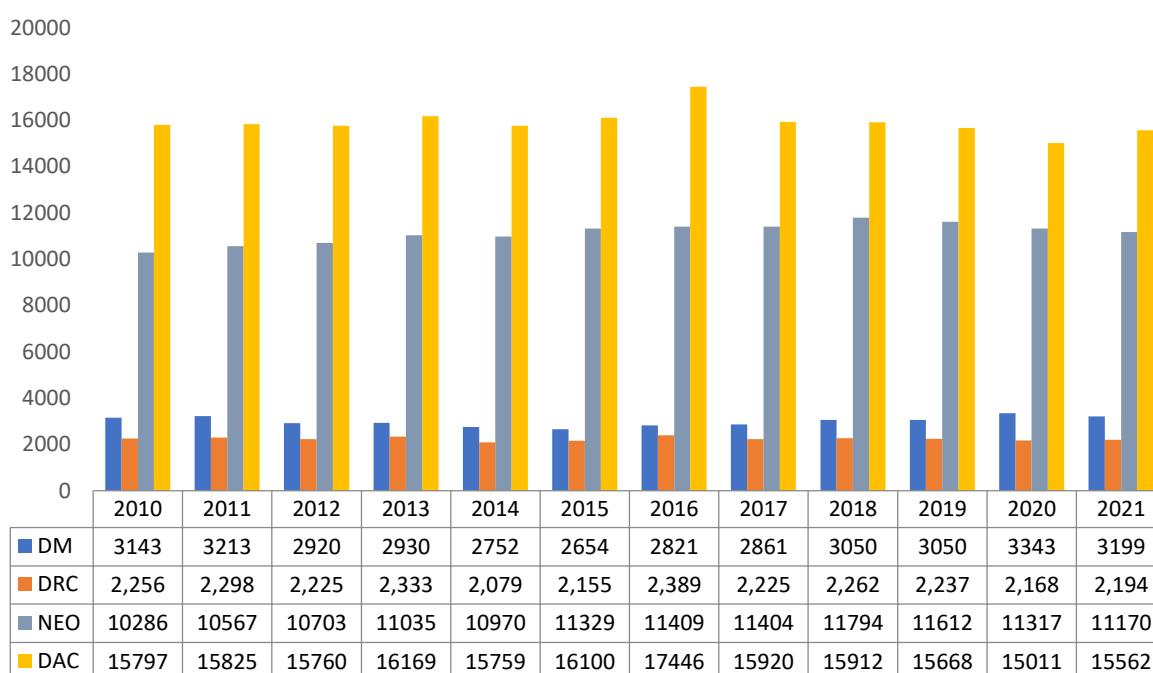
²⁴ Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf Acesso em: 18/09/2023

III.4.4. Vigilância Epidemiológica da Mortalidade Prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis

A prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco são fundamentais para evitar um crescimento epidêmico dessas doenças e suas consequências para a qualidade de vida dos indivíduos e para o sistema de saúde no estado. Os principais fatores de risco comportamentais para o adoecimento por DCNT são tabagismo, consumo de álcool, alimentação não saudável e inatividade física. Estes podem ser modificados pela mudança de comportamento e por ações governamentais que regulamentem e reduzam, por exemplo, a comercialização, o consumo e a exposição de produtos danosos à saúde.

No gráfico a seguir, se observa a distribuição dos óbitos prematuros (30 a 69 anos) pelos 4 principais grupos de DCNT, no período de 2010 a 2021, no estado.

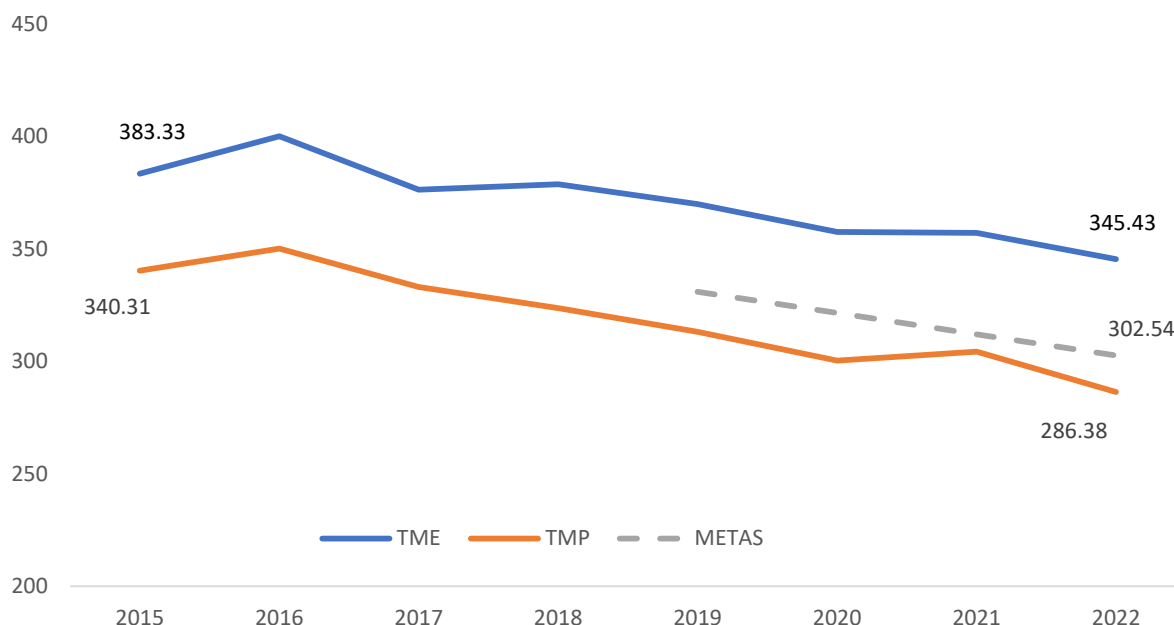
Gráfico 37. Frequência absoluta de óbitos prematuros pelos 4 principais grupos de DCNT, no período de 2010 a 2021, residentes no estado do Rio de Janeiro.



Fonte: SIM, TABNET SES-RJ, dados consolidados em 02/10/2023

O monitoramento da mortalidade prematura pelos quatro principais grupos de DCNT evidencia que, apesar das taxas estarem em queda, permanecem com valores altos para mortes que são consideradas evitáveis (gráfico 38). Segundo o Plano de Enfrentamento da DANT, a meta de redução da mortalidade prematura por DCNT é de 1/3 até 2030, tendo como linha de base o valor encontrado em 2015.

Gráfico 38. Taxa de Mortalidade Específica e Taxa de Mortalidade Padronizada por 100.000 hab., na faixa etária de 30 a 69 anos, pelas 4 principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis-DCNT e metas para a taxa de mortalidade padronizada. ERJ, 2015-2022



Fonte: SIM, população residente - estimativas elaboradas pelo Ministério da Saúde. Foram considerados óbitos classificados com os códigos CID-10: Doenças do Aparelho Circulatório I00-I99; Neoplasias malignas C00-C97; Diabetes E10-14 e Doenças Respiratórias Crônicas J30-J98 (exceto J36) da CID-10.

III.4.4.1. Doenças do Aparelho Circulatório e Diabetes Mellitus

As doenças do aparelho circulatório (DAC) têm mantido a tendência de elevada mortalidade prematura no estado, no período de 2010 a 2021, tendo sido a causa de 17.446 óbitos no ano de 2016, maior número de óbitos por estas causas no período.

O diabetes mellitus (DM) é entendido como mais um fator de risco cardiovascular, pois essa é a principal causa de morte do paciente diabético. O DM é considerado como equivalente coronariano, ou seja, leva o seu portador a possuir risco de apresentar um infarto agudo do miocárdio equivalente ao de uma pessoa que já seja previamente portadora de insuficiência coronariana, demandando tratamento intensivo para controle da pressão e dos níveis de colesterol. O *United Kingdom Prospective Diabetes Study* mostrou que o impacto do controle rigoroso nos níveis de hemoglobina glicada (Hb-A1c) não aumenta a sobrevida do paciente com diabetes, mas sim o controle rigoroso da pressão, pois estes são mais vulneráveis ao efeito deletério da hipertensão arterial.

Desse modo, a compreensão sobre os fatores de risco e o efeito multiplicador que têm quando associados nos evidencia a necessidade de avaliação criteriosa das pessoas sob cuidados na assistência, para estabelecer os riscos absolutos de desenvolverem um evento coronariano. Nesse sentido, várias estratégias têm sido adotadas para estimar esse risco com maior precisão, sendo que uma das mais

antigas e simples é buscar na anamnese e no exame físico dados que componham um quadro de risco. Quanto mais fatores associados, maiores os riscos e mais intensiva tem sido a recomendação terapêutica, no sentido de se alcançarem as metas de pressão arterial, de LDL-colesterol ou hemoglobina glicada.

Além do aumento do risco cardiovascular, as úlceras do pé diabético e as consequentes amputações de membros inferiores constituem complicações complexas, comuns, dispendiosas e incapacitantes do diabetes. Sua prevalência vem aumentando em todo o mundo e a incidência de úlceras do pé diabético está aumentando com uma taxa mais elevada do que a das outras complicações do diabetes (Santos, 2015).

A tabela 53 mostra a proporção de pacientes diabéticos internados para amputações de membros inferiores, por região de saúde no estado. Em 2022, os custos com os procedimentos realizados para a amputação em pessoas com diabetes foram de R\$ 790.381,95.

Tabela 53. Frequência absoluta de procedimentos de amputação (04.08.05.0012 e 04.08.05.0020) em pessoas internadas com diagnóstico de diabetes mellitus (E10-14), por regiões de saúde, faixa etária e sexo, no estado do Rio de Janeiro, período de internação de 2015 a 2022

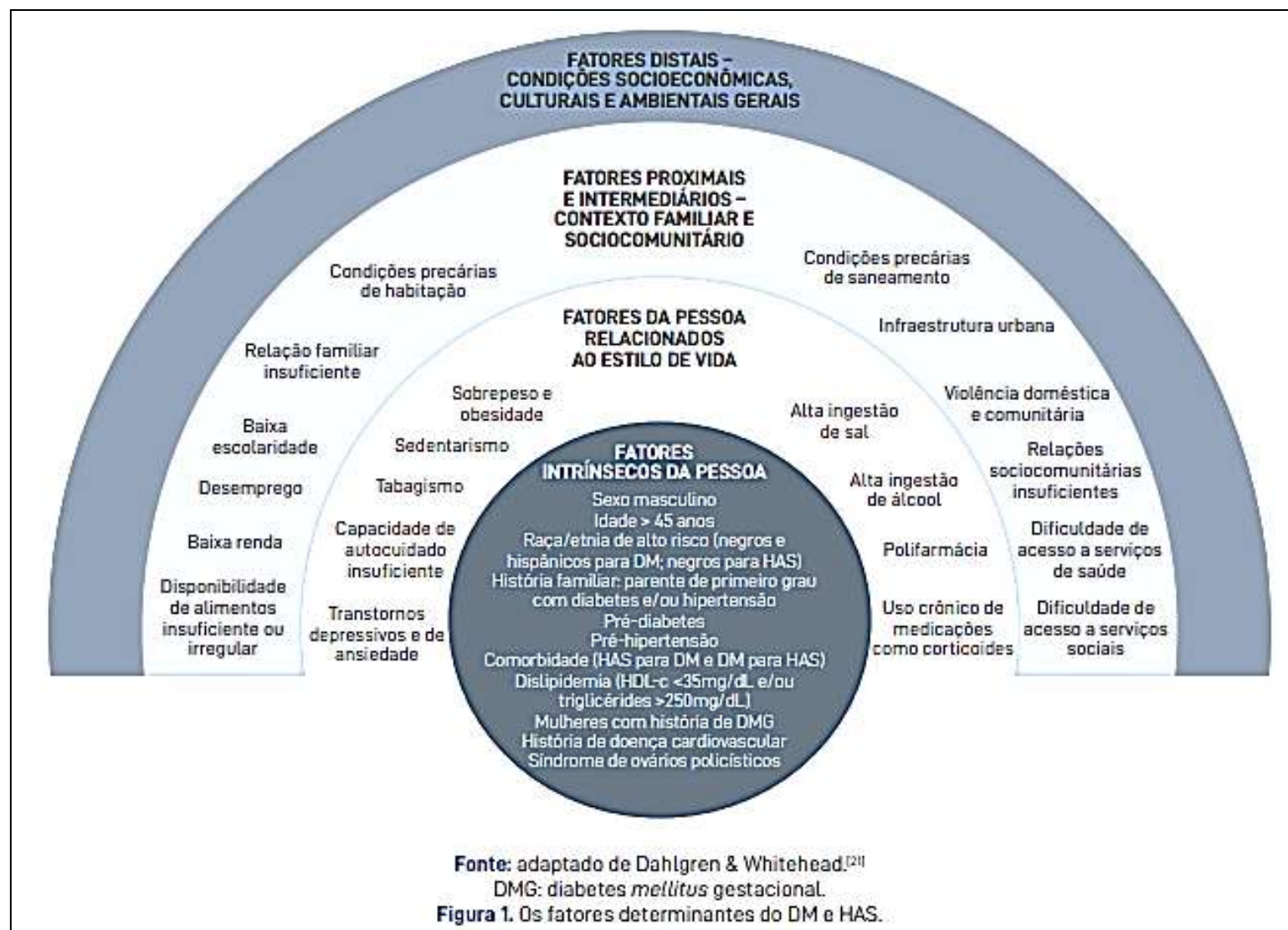
Região de saúde	20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69		Total		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	T
Baía da Ilha Grande	-	-	-	1	3	2	14	5	32	9	49	17	66
Baixada Litorânea	-	-	5	2	35	12	84	32	112	59	236	105	341
Centro Sul	-	-	1	1	6	3	15	13	36	19	58	36	94
Médio Paraíba	1	-	2	1	14	4	46	14	59	27	122	46	168
Metropolitana I	3	2	52	19	221	98	508	217	650	321	1.434	657	2.091
Metropolitana II	-	-	10	6	46	19	130	41	215	95	401	161	562
Noroeste	-	-	1	-	14	6	33	18	39	27	87	51	138
Norte	-	1	3	1	21	10	45	16	47	26	116	54	170
Serrana	-	-	1	1	17	7	49	16	67	19	134	43	177
Total	4	3	75	32	377	161	924	372	1.257	602	2.637	1.170	3.807

Fonte: SIH/SUS. Tabnet SES-RJ.

No período de 2015 a 2022, o estado apresentou a média de 10% de amputações em pessoas internadas com diabetes mellitus (DM), na faixa etária de 20 a 69 anos, sendo que as regiões da Baixada Litorânea (13%) e Metropolitana I (13%) ultrapassaram a média do estado. A avaliação das amputações em pacientes diabéticos pode ser um *proxy* da qualidade da atenção à pessoa com DM. O número de amputações pode ser reduzido com a maior adesão ao tratamento, a avaliação regular do pé diabético, o uso de palmilhas sob medida, entre outras intervenções preventivas.

A região de saúde que apresentou a menor proporção de amputações por internação foi a Médio Paraíba (4%). Importante ressaltar que a sobrevida de pacientes diabéticos que sofreram amputações é de aproximadamente 10 anos. Desta forma, as estratégias de prevenção devem ser priorizadas nos municípios das regiões com maiores proporções de amputações. A figura 32 agrega o conjunto de fatores de risco específicos e gerais para o DM e a hipertensão arterial sistêmica (HAS), distribuindo-os com a lógica do modelo da determinação social da saúde. A compreensão dos fatores determinantes da saúde de um indivíduo e da população é fundamental para a definição das ações preventivas.

Figura 32. Os fatores determinantes do DM e HAS



Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/download/8023/>

III.4.4.2. Óbitos prematuros (30 a 69 anos) por neoplasias malignas

No período de 2010 a 2021, os óbitos prematuros por neoplasias malignas apresentaram a seguinte distribuição entre os sexos: para o sexo masculino, houve maior prevalência de óbitos por neoplasias malignas do aparelho digestivo (40%), seguido pelas neoplasias malignas de brônquios e pulmões (15%) e as neoplasias malignas de próstata (7%); para o sexo feminino, a maior prevalência também foi a das neoplasias malignas do aparelho digestivo (28%), seguida das neoplasias malignas de mama (23%), das neoplasias dos brônquios e pulmões (11%) e das neoplasias do colo do útero (7%).

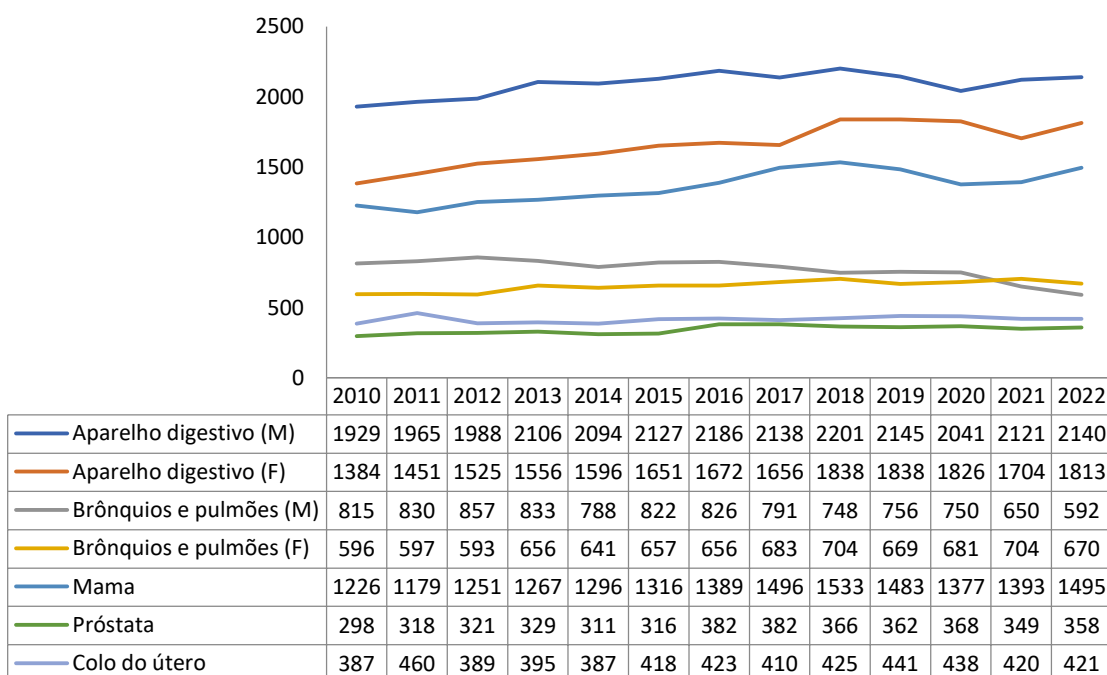
Como estratégia de enfrentamento à morbimortalidade por neoplasias malignas, a gestão da SVS/MS adotou um elenco de prioridades, baseado na capacidade de rastreamento e no custo-benefício, na redução de incidência por estratégias de prevenção e redução dos fatores de risco, e no prognóstico de cura, quando realizado o diagnóstico precoce. Esses critérios esclarecem a escolha das neoplasias malignas do aparelho digestivo, mama e colo do útero para o estabelecimento de metas específicas de redução, sendo outras neoplasias, também prevalentes e de impacto na população, monitoradas junto ao grupo de neoplasias malignas incluídas nos 4 principais grupos de DCNT, como as neoplasias dos brônquios e pulmões e a neoplasia maligna de próstata.

Um exemplo do impacto dos hábitos de vida na ocorrência de novos casos de neoplasias do aparelho digestivo são os fatores de risco relacionados às neoplasias malignas de cólon e reto e de estômago, entre os quais estão a obesidade, a inatividade física, o tabagismo, o alto consumo de carne processada, a alimentação pobre em frutas e hortaliças e o consumo excessivo de álcool. Estes fatores de risco são monitorados por pesquisas e inquéritos nacionais (VIGITEL e PNS) e por sistemas de informação em alimentação e nutrição, como o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; BRASIL, 2019).

Para reforçar as ações de prevenção do câncer do colo do útero, a vacina contra o papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – HPV quadrivalente – foi inserida no Calendário Nacional de Vacinação. Em 2019, este agravo representou a terceira neoplasia maligna mais frequente na população feminina e a terceira causa de morte de mulheres por neoplasias malignas no Brasil. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda uma abordagem integral para a prevenção e controle das neoplasias malignas de colo do útero, apresentando a vacinação como um dos avanços tecnológicos para o enfrentamento dessa doença na população mundial²⁵.

²⁵ ²⁵ Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/. Acesso em: 18/09/2023

Gráfico 39. Frequência absoluta de óbitos prematuros de residentes no estado do Rio de Janeiro, por neoplasias malignas do aparelho digestivo, brônquios e pulmões, mama, colo de útero e próstata, 2010 a 2022.



Fonte: SIM, TABNET SES-RJ. Dados consolidados até 02/10/23.

Neoplasias malignas do Aparelho digestivo inseridos nos CID-10 C15 a 25; C26.0, C26.8, C26.9, C45.1, C48, C77.2C78.4 a C78.8; C34 Neoplasia maligna de Brônquios e Pulmões; C50 Neoplasia maligna de mama; C53 Neoplasia maligna de colo do útero; C61 Neoplasia maligna da próstata

III.4.4.2.1. Diagnóstico precoce da neoplasia maligna

O diagnóstico precoce do câncer de colo de útero é uma estratégia que possibilita terapias mais simples e efetivas, ao contribuir para o menor estadiamento de apresentação do câncer. Por essa razão, o conceito de diagnóstico precoce é por vezes nomeado de *down-staging* (WHO, 2007²⁶). É importante que a população em geral e os profissionais de saúde reconheçam os sinais de alerta dos cânceres mais comuns, passíveis de melhor prognóstico, se descobertos no início. A detecção precoce pode salvar vidas, reduzir a morbidade associada ao curso da doença e diminuir custos do sistema de saúde relacionados ao tratamento das doenças e depende de ser estruturada na atenção à saúde, com a definição clara de suas estratégias, e a efetiva incorporação de seus princípios técnicos e operacionais pelos profissionais de saúde. A incidência e a mortalidade pelo câncer do colo do útero podem ser reduzidas por meio de programas organizados de rastreamento. A redução expressiva observada na morbimortalidade em países desenvolvidos é atribuída aos programas de rastreamento de base populacional implantados, a partir de 1950 e 1960 (WHO, 2008²⁷). O principal método e o mais amplamente utilizado para rastreamento de câncer do colo do útero é o teste de

²⁶ <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563406>

²⁷ <https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/en-whs08-full.pdf>

Papanicolau (exame citopatológico do colo do útero) para detecção das lesões precursoras. Segundo a Organização Mundial de Saúde, com uma cobertura da população alvo de no mínimo 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir em média 60% a 90% a incidência de câncer invasivo de cérvix na população (WHO, 2002²⁸). A experiência de alguns países desenvolvidos mostra que a incidência de câncer do colo do útero foi reduzida em torno de 80% onde o rastreamento citológico foi implantado com qualidade, cobertura e seguimento das mulheres (WHO, 2008). O teste de Papanicolau requer uma estrutura de laboratório, com controle de qualidade interno e externo, treinamento de alta qualidade e educação continuada dos profissionais para garantir a eficiência e um sistema de comunicação dos resultados para a mulher.

O câncer de mama, quando identificado em estádios iniciais (lesões menores que 2 cm de diâmetro), apresenta prognóstico mais favorável e a cura pode chegar a 100% dos casos. Em países que implantaram programas efetivos de rastreamento, a mortalidade por esse tipo de câncer vem apresentando tendência de redução. Estima-se que cerca de 25% a 30% das mortes por câncer de mama na população entre 50 e 69 anos podem ser evitadas com estratégias de rastreamento populacional que garantam alta cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado (WHO, 2008²⁹). As evidências de impacto do rastreamento na mortalidade por essa neoplasia justificam sua adoção como política de saúde pública. Os critérios para o rastreamento são, entretanto, alvo de permanente debate na comunidade científica, tendo em vista a necessidade de se definir o uso mais adequado dos recursos para o alcance dos melhores resultados. Na análise dos benefícios das estratégias de rastreamento, é preciso identificar seu impacto na redução da mortalidade e diminuição da morbidade. Na análise dos malefícios, cabe considerar o número de mortes por câncer de mama induzido por radiação, a taxa de resultados falso-positivos que implicam exames complementares e maior ansiedade nas mulheres, além do sobrediagnóstico (*overdiagnosis*) e sobretratamento (*overtreatment*), dados pelo fato de muitas lesões malignas de comportamento indolente (pouco agressivo) serem identificadas e tratadas independentemente da certeza sobre a evolução.

A maioria dos cânceres do aparelho digestivo não possuem protocolos e diretrizes estabelecidas para o rastreamento, o que torna necessário a atenção à descrição dos sintomas em consultas com pacientes com queixas digestivas. No caso do câncer do intestino, a história natural da doença propicia condições ideais à sua detecção precoce, uma vez que a maioria deles evolui a partir de lesões benignas, os pólipos adenomatosos, por um período de 10 a 15 anos, existindo, portanto, um período pré-clínico detectável bastante longo. De modo semelhante ao que acontece no câncer de colo do útero, a detecção precoce do câncer do intestino apresenta a peculiaridade de possibilitar tanto a prevenção da ocorrência da doença, ao permitir a identificação e retirada dos pólipos intestinais (levando a uma redução da incidência), quanto à detecção em estádios iniciais, que, adequadamente tratados, podem elevar a taxa de sobrevida em cinco anos a 90% e reduzir a mortalidade. A probabilidade de um pólipo adenomatoso se transformar em um câncer está correlacionada ao seu tamanho. Pólipos com menos de 1 cm dificilmente evoluem para câncer. Logo, aqueles com 1 cm ou mais são o alvo do rastreamento para esse câncer.

²⁸ <https://www.who.int/publications/i/item/9241562072>

²⁹ <https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/en-whs08-full.pdf>

Até o momento, a principal estratégia de rastreamento para o câncer de cólon e reto é a utilização da pesquisa de sangue oculto nas fezes em indivíduos com 50 anos até 75 anos. Esse é um exame não invasivo, de baixa complexidade, fácil realização e baixo custo, cuja sensibilidade varia dependendo do método utilizado (guáico ou imunológico), ficando entre 38,3% e 49,5%. Quando ajustada pela realização do exame de rastreamento entre os indivíduos estudados, a redução do risco relativo foi de 25% (RR 0.75, CI: 0.66-0.84) entre os que realizaram pelo menos um exame de pesquisa de sangue oculto nas fezes. O quadro abaixo apresenta o cenário do rastreamento desses cânceres segundo tipo e região de saúde.

Quadro 09. Parâmetros técnicos para o rastreamento de neoplasia maligna de mama segundo as regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2022

Estado e Regiões de Saúde	População estimada (SES-RJ) Mulheres de 50 a 69 anos	Cobertura ANS 2022 Mulheres de 50 a 69 anos	População com cobertura SUS de 50 a 69 anos	Mamografia de rastreamento (50%) 02.04.03.018-8		Mamografia Diagnóstica (2,9%) 02.04.03.003-0		Ultrassonografia mamária bilateral (3,5%) 02.05.02.009-7		Punção de mama por agulha grossa (0,73%) 02.01.01.060-7		Cirúrgica (excisional ou incisional) Biópsia/exerece de nódulo de mama (0,11%) 02.01.01.056-9		Exame anatomopatológico de mama - biópsia (0,84%) 02.03.02.006-5	
				Calculado	Resultado	Calculado	Resultado	Calculado	Resultado	Calculado	Resultado	Calculado	Resultado	Calculado	Resultado
ESTADO RJ	2.101.692	32,2	1.425.491	712.746	149.130	41.339	15.805	49.892	51.186	10.406	1.589	1.568	221	11.974	422
Baía da Ilha Grande	29.795	16,2	24.974	12.487	2.534	724	834	874	737	182	19	27	10	210	0
Baixada Litorânea	101.883	17,6	83.934	41.967	9.033	2.434	595	2.938	1.450	613	53	92	13	705	3
Centro-Sul	42.869	12,1	37.664	18.832	2.601	1.092	134	1.318	1.482	275	32	41	3	316	0
Médio Paraíba	117.827	20,8	93.284	46.642	15.016	2.705	1.746	3.265	5.678	681	173	103	5	784	20
Metropolitana I	1.270.916	39,0	774.959	387.480	76.354	22.474	9.400	27.124	29.078	5.657	959	852	103	6.510	46
Metropolitana II	269.175	28,6	192.086	96.043	19.907	5.570	1.121	6.723	3.400	1.402	285	211	13	1.614	3
Noroeste	44.381	12,3	38.902	19.451	3.128	1.128	248	1.362	1.340	284	2	43	3	327	103
Norte	101.498	21,0	80.190	40.095	7.772	2.326	598	2.807	2.934	585	32	88	6	674	36
Serrana	123.348	19,3	99.498	49.749	12.785	2.885	1.129	3.482	5.087	726	34	109	65	836	211

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS - <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/parametros-tecnicos-para-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama>

Em todo o estado, se observa que o estadiamento das neoplasias malignas ao diagnóstico é alto, indicando a necessidade de se implementarem estratégias que concorram para a mudança deste cenário, tanto pelo fortalecimento das ações de rastreio, quanto o planejamento e a gestão da estrutura necessária ao diagnóstico precoce.

Quadro 10. Frequência absoluta de casos de neoplasia por estadiamento - CA de mama (C50), e CA de colo do útero (C53) e CA do aparelho digestivo (em ambos os sexos C15 a C26), dos residentes do estado do Rio de Janeiro, por região de saúde, na faixa etária de 20 a 69 anos, casos diagnosticados nos anos de 2015 a 2022

BAÍA DA ILHA GRANDE						BAIXADA LITORÂNEA						CENTRO SUL					
0	1	2	3	4	total	0	1	2	3	4	total	0	1	2	3	4	total
NEOPLASIA MALIGNA DO APARELHO DIGESTIVO						CA DO APARELHO DIGESTIVO						CA DO APARELHO DIGESTIVO					
2	4	36	68	51	161	15	16	98	416	278	823	1	4	96	233	95	429
CA DE MAMA						CA DE MAMA						CA DE MAMA					
6	48	79	139	18	290	8	61	228	712	82	1091	1	92	149	304	32	578
CA DE COLO DO ÚTERO						CA DE COLO DO ÚTERO						CA DE COLO DO ÚTERO					
0	6	17	37	10	70	0	11	49	170	20	250	0	5	30	48	15	98
MÉDIO PARAÍBA						METROPOLITANA I						METROPOLITANA II					
0	1	2	3	4	total	0	1	2	3	4	total	0	1	2	3	4	total
NEOPLASIA MALIGNA DO APARELHO DIGESTIVO						CA DO APARELHO DIGESTIVO						CA DO APARELHO DIGESTIVO					
3	24	284	443	363	1.117	215	92	768	2.302	1.939	5.316	10	114	194	591	505	1.414
CA DE MAMA						CA DE MAMA						CA DE MAMA					
12	310	474	627	102	1.525	234	669	1.761	5.174	1.197	9.035	10	114	194	591	505	1.414
CA DE COLO DO ÚTERO						CA DE COLO DO ÚTERO						CA DE COLO DO ÚTERO					
2	22	75	135	50	284	23	174	841	1.472	422	2.932	2	96	147	267	75	587
NOROESTE						NORTE						SERRANA					
0	1	2	3	4	total	0	1	2	3	4	total	0	1	2	3	4	total
CA DO APARELHO DIGESTIVO						CA DO APARELHO DIGESTIVO						CA DO APARELHO DIGESTIVO					
5	20	102	199	110	436	9	16	82	495	242	844	3	23	220	482	447	1.175
CA DE MAMA						CA DE MAMA						CA DE MAMA					
29	41	58	113	34	275	29	120	160	703	127	1.139	33	257	388	639	126	1.443
CA DE COLO DO ÚTERO						CA DE COLO DO ÚTERO						CA DE COLO DO ÚTERO					
0	13	25	48	17	103	3	15	53	168	68	307	1	10	123	144	47	325

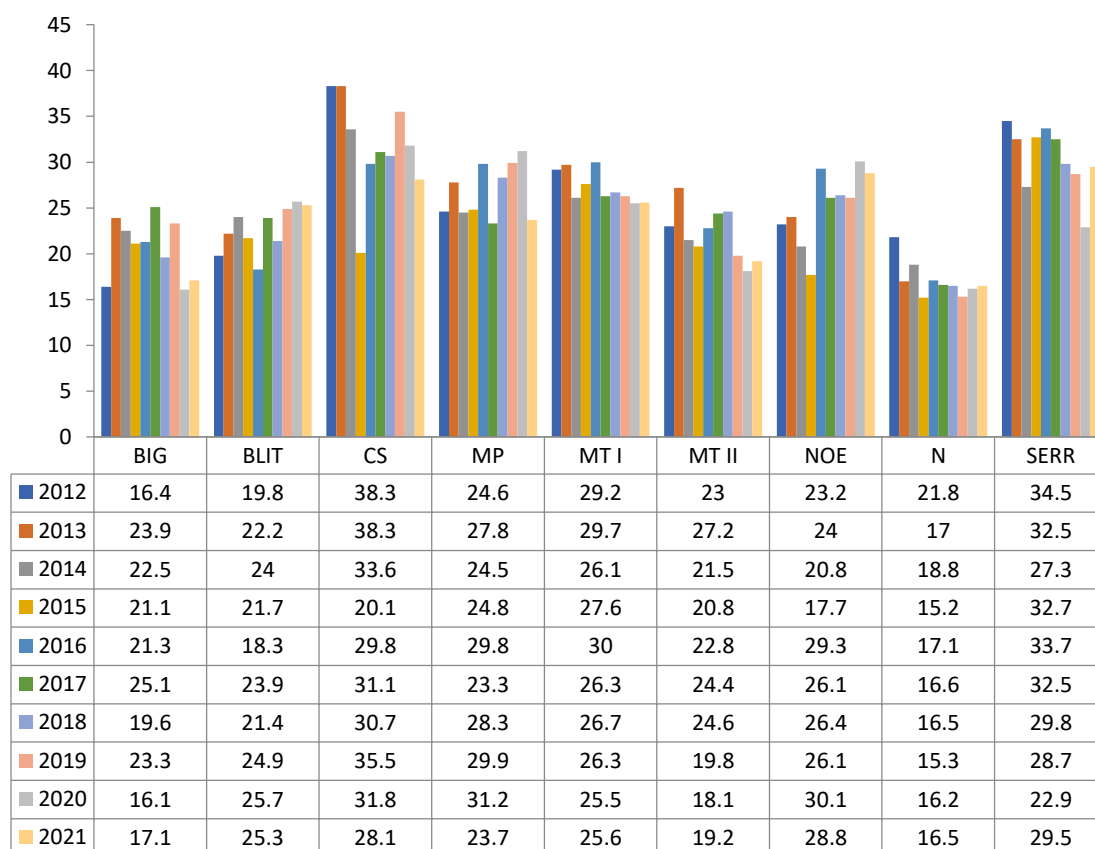
Fonte: Paineis de Oncologia, dados de residentes do estado do Rio de Janeiro com diagnóstico e tratamento realizados no estado do Rio de Janeiro, dados gerados em 25/11/2023

III.4.4.3. Doenças Respiratórias Crônicas

As doenças respiratórias crônicas (DRC) apresentam menor volume de óbito contributivo para a mortalidade por DCNT, contudo, sua morbidade ocasiona volumoso internamento e gastos hospitalares. No ERJ, os custos de internações por DRC de pessoas de 20 anos ou mais foi de R\$31.264.031,54, no ano de 2022. No período de 2010 a 2021, a média foi de 2.247 óbitos prematuros/ano por DRC.

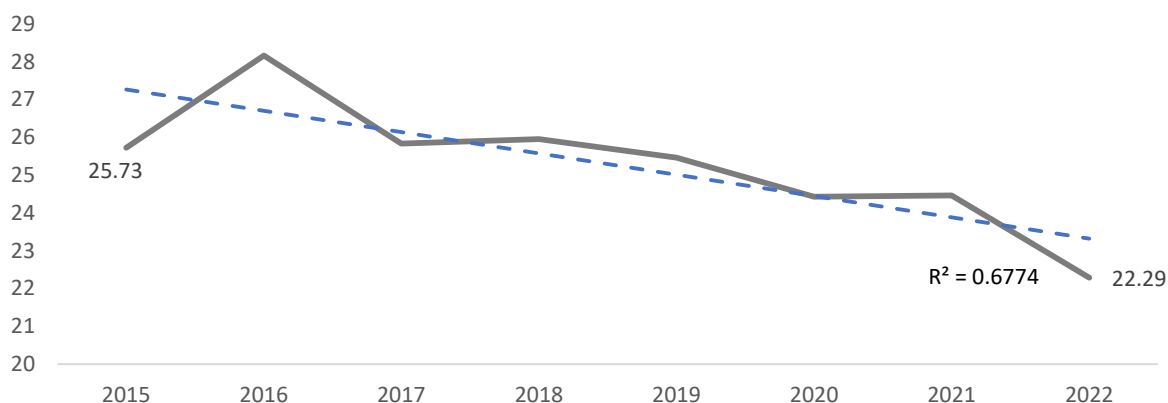
Ao se compararem os óbitos por região de saúde, verifica-se que a região Serrana e a Centro Sul do estado apresentaram, nos últimos 10 anos, as maiores taxas de mortalidade específica por DRC, o que sinaliza uma necessidade de priorização do enfrentamento desta DCNT nestes territórios, assim como uma intervenção nas principais causas e fatores de risco (gráfico 40).

Gráfico 40. Taxa de Mortalidade Específica por Doenças Respiratórias Crônicas, de residentes de 30 a 69 anos das regiões de saúde do ERJ, 2012 a 2021



Fonte: SIM/SUS. Tabnet SES-RJ

Gráfico 41. Taxa de mortalidade específica por 100.000 hab. prematura (30 a 69 anos) por doenças respiratórias crônicas. ERJ, 2015 a 2022



Fonte: SIM, população residente - estimativas elaboradas pelo Ministério da Saúde. Foram considerados óbitos classificados com os códigos J30_J98 (exceto J36) da CID-10.

III.4.4.4. Agravos

III.4.4.4.1. Lesões de trânsito - Acidentes de Transporte Terrestre - ATT

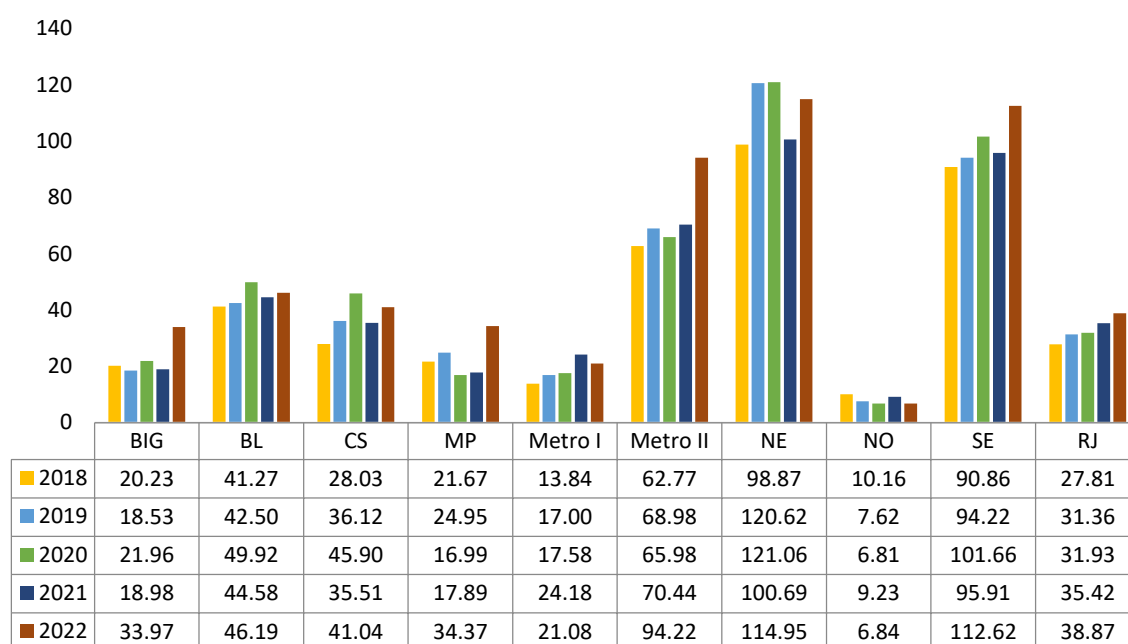
Diversos são os fatores associados à ocorrência de lesões e mortes no trânsito, como as condições da via; aumento da frota de veículos, principalmente das motocicletas; o uso do álcool associado à direção veicular; o não uso de equipamentos de segurança (cintos de segurança, capacetes, dispositivo de retenção para crianças, entre outros); o uso do celular pelo condutor; a alta velocidade e o desrespeito à legislação vigente ([Malta et al, 2008](#); [Silva et al, 2016](#)). Dessa forma, tornam-se importantes as abordagens que enfatizam a promoção e a educação em saúde, visando à redução de riscos no trânsito.

Entre 2015 e 2022, 43.185 motociclistas fluminenses acidentados necessitaram de internação hospitalar no SUS. A maioria (78,63%) residia nas regiões Metropolitana I (16.417), Metropolitana II (10.120) e Serrana (7.421). Destacam-se neste cenário as regiões Noroeste, Serrana e Metropolitana II, que apresentaram as maiores taxas de internação por este motivo (gráfico 42).

Analisando a série histórica 2010-2022 da proporção de internações por ATT segundo a condição da vítima, se observa que os motociclistas superaram os pedestres, desde 2014, e permaneceram nessa posição, representando 62,45% das internações por lesões de trânsito no último ano da série.

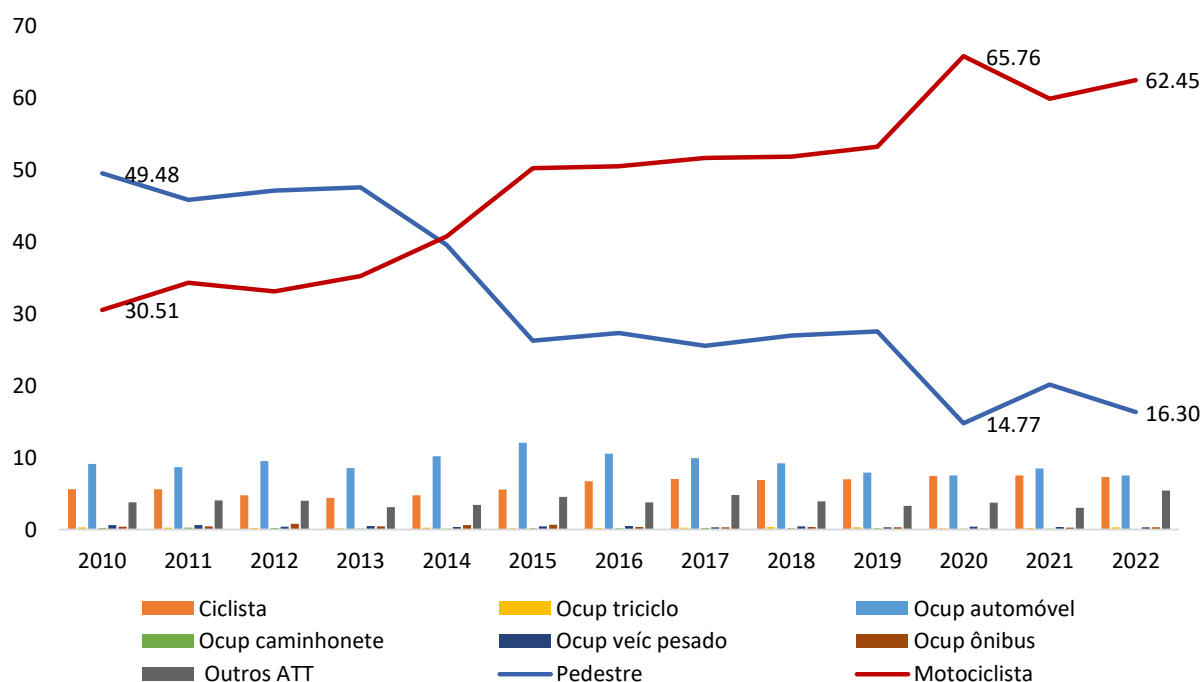
Considerando o aumento das internações por lesões decorrentes dos ATT com motociclistas, a SES estabeleceu a notificação compulsória destes agravos, por meio da [Resolução SES-RJ nº 2485, de 18/10/2021](#), de forma a serem conhecidas as circunstâncias dos acidentes (uso de equipamentos de proteção, consumo de álcool, local da via onde ocorreu o acidente, dia da semana, turno do dia e horário), para posterior articulação com os demais setores do estado (Secretaria de Transportes, as equipes da Lei Seca, DETRAN, Secretaria de Ordem Pública, entre outros) visando a sua redução.

Gráfico 42. Taxa de internação por ATT/100.000 hab., segundo região de saúde e ano da internação de residentes, ERJ, 2018 a 2022.



Fonte: SIH, Tabnet SES-RJ

Gráfico 43. Proporção de internações por ATT de residentes no ERJ, distribuídas segundo a condição da vítima, com destaque dos motociclistas, anos 2010 a 2022



Fonte: SIH, TABNET SES-RJ2023

De acordo com os registros do SINAN, entre novembro de 2021 e agosto de 2023, 61 municípios do estado notificaram 17.251 acidentes de trânsito com motociclistas, dos quais 13.397 (77,7%) ocorreram com pessoas do sexo masculino (em apenas 15 notificações - 0,1% - o sexo era ignorado), e 7.016 (40,7%) tinham entre 20 e 39 anos. Pretos e pardos correspondiam a 51,4% do total (8.855 pessoas acidentadas).

Quanto aos óbitos por tipo de acidente, em 2021, os pedestres representaram as principais vítimas (30,81%), seguidos pelos motociclistas (20,50%), ocupantes de automóvel (9,31%), ciclistas (3,03%), ocupantes de veículos pesados (0,84%), ocupantes de ônibus (0,26%) e ocupante de caminhonete (0,21%). É importante ressaltar que em 35,04% dos acidentes não houve especificação do veículo ou vítima, na análise sobre a tipologia de ATT.

III.4.4.4.2. Violência interpessoal e autoprovocada

As mortes por violência estão fortemente relacionadas às desigualdades sociais, que podem ser determinadas pelo gênero, pela raça/cor da pele, pela classe social e pelo nível de escolaridade. Mulheres e homens negros (pretos e pardos) são vítimas mais frequentes de mortes por causas violentas do que os brancos. Entre homens jovens, ocorrem três vezes mais mortes violentas de negros em relação aos brancos.

Em 2004, como desdobramento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, foi proposta a criação de Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, pela [Portaria MS/GM n.º 936, de 18 de maio de 2004](#), e, em 2006, foi iniciada a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), por meio da Portaria MS/GM n.º 1.356, de 23 de junho de 2006.

O Viva é constituído por dois componentes: Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Viva/Sinan); e Vigilância de violências e acidentes, em unidades de urgência e emergência (Viva Inquérito). Ampliar o número de municípios e unidades de saúde notificantes de violência, bem como fortalecer a rede de atenção e de proteção integral às pessoas em situação de violência, são estratégias fundamentais para ampliar a cobertura do Sistema Viva e, consequentemente, obter subsídios para a construção de estratégias de prevenção e enfrentamento às violências, assim como para a promoção da cultura da paz.

As desigualdades regionais verificadas na notificação do Viva/Sinan reforçam a importância do monitoramento da distribuição dos casos e a necessidade de estratégias direcionadas para a promoção da equidade no acesso ao sistema de saúde. É preciso investir de forma continuada na realização de capacitações para os profissionais de saúde, voltadas à assistência qualificada às pessoas em situação de violências e ao preenchimento da ficha de notificação de violência/interpessoal e autoprovocada do SINAN, desde a APS até a atenção especializada.

No estado, as notificações vêm aumentando gradativamente desde 2014, tendo sofrido redução nos anos mais críticos da pandemia de Covid-19 (2020 e 2021). Estima-se que a redução na taxa de notificação no ERJ, em 2020, pode ter sido consequência do distanciamento social, que

reduziu a busca aos serviços de saúde, e das limitações nos processos de trabalho, ambos decorrentes da pandemia. Cabe ressaltar que as unidades de saúde da SES mantiveram o aumento nas notificações mesmo no período pandêmico, possivelmente como resultado das capacitações contínuas realizadas nas unidades pelas equipes desta Secretaria.

Violências autoprovocadas

A prevenção da violência e a construção de uma cultura de paz pela saúde pública estão diretamente relacionadas à detecção precoce das condições de risco, à redução e controle das situações de vulnerabilidade à violência e ao fortalecimento de fatores de proteção e de defesa dos indivíduos. Primeiro, devido à necessidade de organização do setor saúde para responder aos impactos e a magnitude que o agravo da violência provoca na saúde dos indivíduos. Segundo, porque temos como prerrogativa dar cumprimento ao que preconiza a Política Nacional de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (MS, 2001).

No período de 2013 a 2022, foram notificados 354.752 casos de violência interpessoal e autoprovocada no ERJ, como pode ser observado na tabela 54. A região Metropolitana I foi a que mais notificou (206.685 casos) e as regiões Noroeste (3.134) e Centro Sul (3.552) foram as que menos notificaram neste período. A escalada do aumento das diversas formas de violência, sobretudo as interpessoais e autoprovocadas, é preocupante e requer dos gestores tomadas de decisão urgentes e a realização de ações interventivas eficazes, que visem ao combate, enfrentamento e prevenção deste fenômeno dentro do setor saúde.

Tabela 54. Número de casos de notificação de violência interpessoal e autoprovocada no ERJ, 2013 a 2022, por região de saúde de notificação

Região de Saúde	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Baía da Ilha Grande	443	620	497	965	772	1.034	1.428	1.419	1.445	1.536	10.159
Baixada Litorânea	668	1.461	1.328	1.253	1.644	1.730	1.720	1.732	2.271	3.096	16.903
Centro-Sul	123	92	51	353	405	408	671	507	751	1.916	5.277
Médio Paraíba	853	1.194	937	1.025	1.781	1.869	2.473	1.953	1.873	2.670	16.628
Metropolitana I	11.651	17.932	19.271	21.651	24.779	28.542	29.166	21.291	24.446	33.407	232.136
Metropolitana II	1.099	1.246	1.585	1.242	1.541	2.345	3.942	3.993	6.059	6.759	29.811
Noroeste	212	199	221	244	430	351	490	452	417	669	3.685
Norte	1.665	3.246	2.089	2.005	2.692	2.218	2.655	1.228	1.393	1.664	20.855
Serrana	1.658	1.228	1.139	1.117	1.735	2.236	2.499	2.028	2.427	3.231	19.298
RJ	18.372	27.218	27.118	29.855	35.779	40.733	45.044	34.603	41.082	54.948	354.752

Fonte: SinanNet.

Esses dados evidenciam o quanto urge a necessidade de se instituir dentro do setor saúde um plano estadual de prevenção e enfrentamento às violências, pois infelizmente este fenômeno tem uma grande magnitude e provoca grande impacto na saúde dos indivíduos (em especial, os segmentos mais vulnerabilizados da população).

Os Núcleos de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde (NPVPS), preconizados na [Portaria GM/MS nº 936, de 19 de maio de 2004](#), são espaços formais destinados a promover a integração intersetorial entre as redes de atenção, proteção e de garantias de direitos das pessoas em situação de violência, e assegurar a execução de ações para a redução de violências e acidentes

dentro do setor saúde. Fazem parte da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde. De acordo com a Portaria, os NPVPS podem ser estaduais, municipais e de instituições acadêmicas. São elegíveis para implantação dos NPVPS os municípios com mais de 100 mil habitantes, e no ERJ existem 30 municípios nessa condição.

Tabela 55. Distribuição dos Núcleos Municipais de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde (NPVS) no ERJ

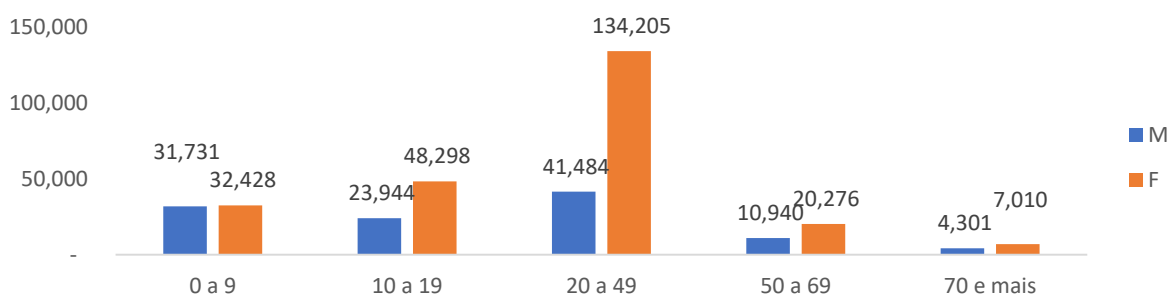
Região de Saúde	NPVS Municipais (MS 2021)	NPVS Municipais (NESPAV SES 2023)
Baía da Ilha Grande	02	01
Baixada Litorânea	01	02
Centro-Sul	01	01
Média Paraíba	01	01
Metropolitana I	04	05
Metropolitana II	02	04
Noroeste	00	00
Norte	00	01
Serrana	00	03
Total	11	18

Fonte: NESPAV/2023

A implantação dos NPVPS no ERJ vem se dando de forma lenta. Conforme último levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, em 2021, em todo estado só existiam 11 núcleos municipais implantados entre os 30 municípios com mais de 100 mil/habitantes. Atualmente, o estado conta com 18 municípios com NPVPS.

A violência física e a psicológica/moral são as mais prevalentes, seguidas por negligência/abandono, sexual e autoprovocada. A distribuição por sexo e faixa etária (gráfico 44), mostra que as mulheres são as que mais sofrem: foram notificados 242.224 casos contra mulheres e 112.401 para homens. Chamamos atenção também para o elevado número de casos notificados de violência abrangendo as crianças de 0 a 9 anos, que totalizam 64.159 casos.

Gráfico 44. Número de Casos de Violência Interpessoal/ Autoprovocada no estado do Rio de Janeiro, por sexo, segundo faixa etária, no período de 2013-2022



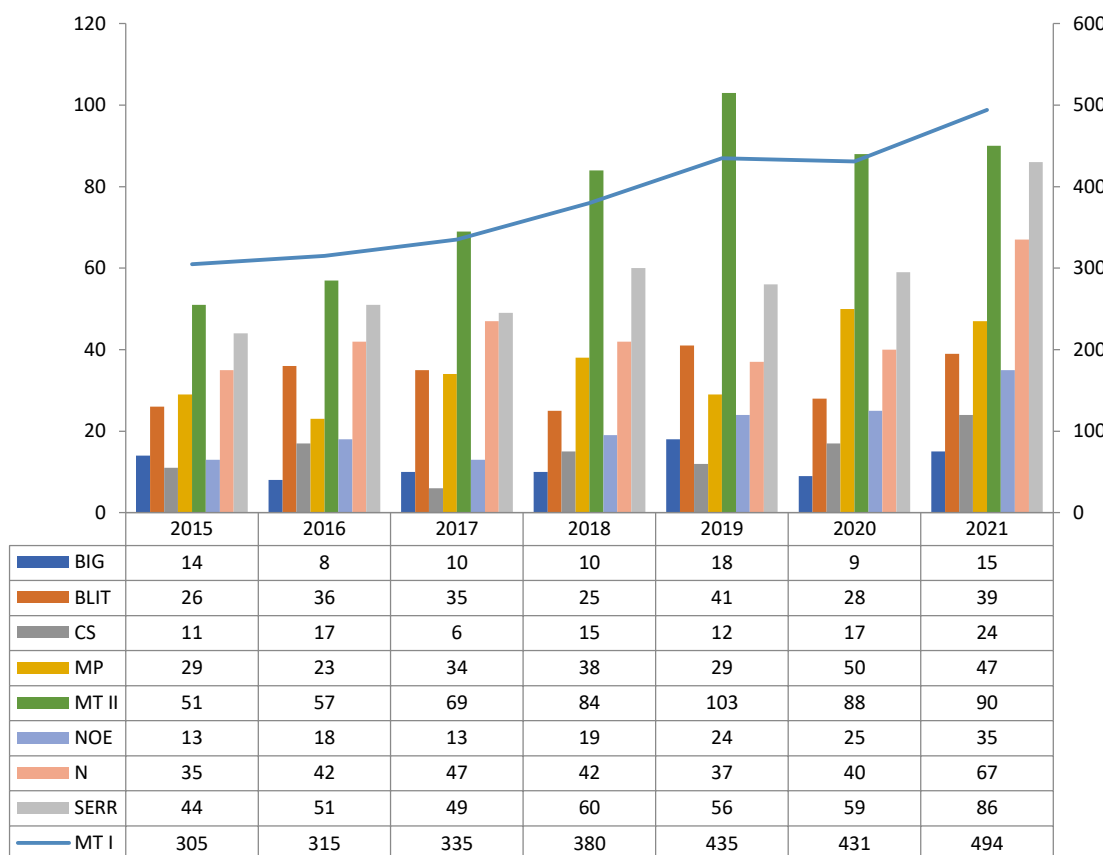
Fonte: SinanNet (base atualizada em 11.07.2023).

No estado, entre 2012 e 2021, o aumento da taxa de mortalidade por suicídio foi de 83%. A taxa de mortalidade no sexo masculino tem se mantido, em média, três vezes maior que no sexo feminino. No entanto, é importante observar que a taxa de mortalidade no sexo feminino (93%) vem aumentando mais rapidamente que no sexo masculino (78%).

Na série histórica a seguir, se observa o aumento gradual na frequência de óbitos por suicídio. Após 2019 (767 casos) e 2020 (759 casos), anos nos quais a taxa de mortalidade, embora alta, se manteve estável em 4,4 por 100 mil, importante crescimento foi registrado em 2021 (905 casos).

Entre 2015 e 2023, 69% das tentativas de suicídio (13.449 casos), utilizando a intoxicação exógena como meio, ocorreram na faixa etária de 15 a 39 anos, sendo que 44% dos casos se concentraram na faixa entre 20 e 29 anos. A inclusão das ações de enfrentamento de DANT: vigilância, promoção e prevenção à saúde e cuidado integral, com metas e indicadores nos instrumentos de gestão dos municípios e do estado é imprescindível ao planejamento em saúde e a definição de prioridades para investimento e à execução com vistas ao alcance dos objetivos propostos para melhoria das condições de saúde da população.

Gráfico 45. Frequência absoluta de óbitos por lesões autoprovocadas e suicídios, por ano de óbito e regiões de saúde. ERJ, 2015 a 2021



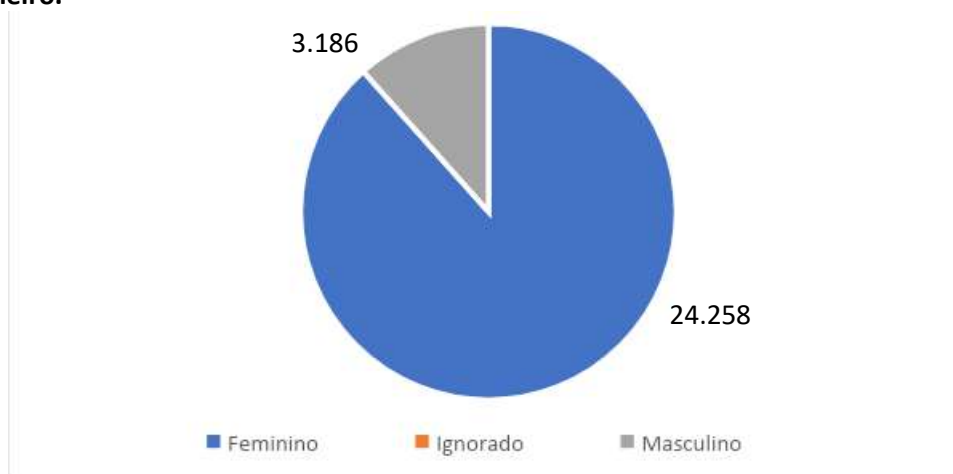
Fonte: SINAN, Tabnet SES-RJ.

Violência sexual

Embora a violência sexual apareça em quinto lugar dentre os tipos de violência interpessoal e autoprovocada mais notificados no ERJ, ela gera consequências e agravos para a saúde física, emocional e psicológica das pessoas que vivenciam tal situação. Soma-se a isto o fato de a violência sexual atingir, na maioria dos casos, as pessoas do sexo feminino, que correspondem a 89% das vítimas deste tipo de violência, caracterizando-se como uma das manifestações da violência de gênero mais cruéis e persistentes em nosso estado. Tem suas raízes na cultura patriarcal e na desigualdade de gênero, que são a causa dos altos índices de morbimortalidade entre mulheres e meninas.

Cabe ressaltar que os tipos de violência sexual mais notificados no ERJ pelos profissionais de saúde são: o **estupro** (21.292 casos notificados entre o sexo feminino e 2.327 entre o masculino, totalizando 23.619 casos), seguido do **assédio sexual** (6.491 casos notificados entre o sexo feminino e 882 entre o masculino, num total de 7.373 casos). Em 3º lugar fica a categoria **outras**, tendo as meninas como as maiores vítimas (1.137 casos notificados entre o sexo feminino e 247 entre o masculino, total de 1.384 casos).

Gráfico 46. Número de casos de violência sexual, por sexo, no período de 2012 a 2021, estado do Rio de Janeiro.



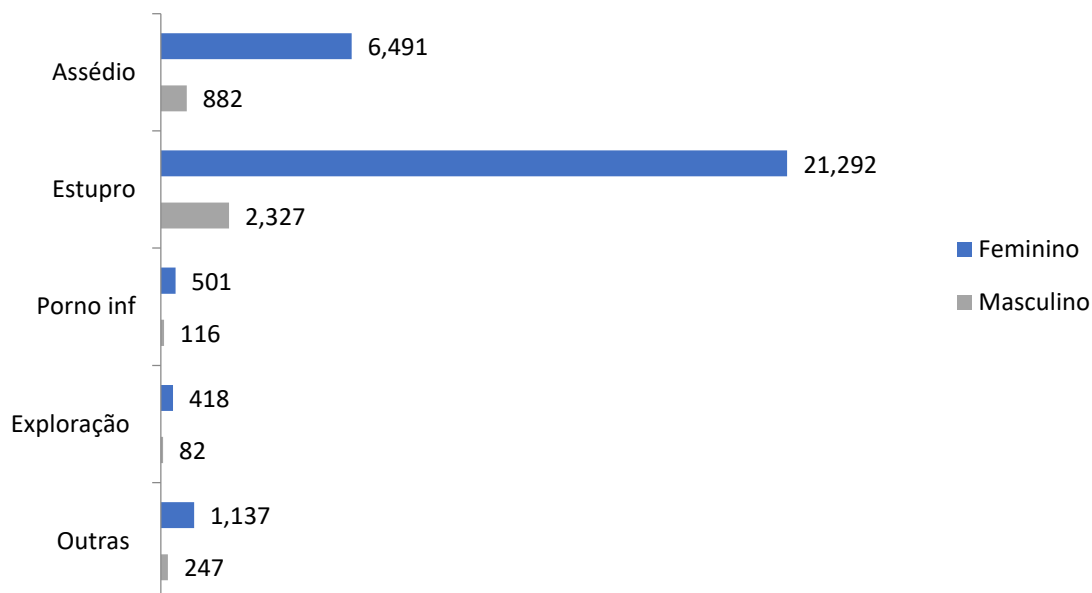
Fonte: SinanNet (base atualizada em 09.11.22)

A violência sexual repercute na saúde física – desde o risco de contaminação por ISTs, entre elas o HIV, até a gravidez indesejada, agravando o quadro já traumático –, e na saúde mental da pessoa – quadros de depressão, síndrome do pânico, ansiedade e distúrbios psicossomáticos. É preciso entender que, para quem sofreu tal crime, o simples fato de ter de procurar o sistema de saúde e/ou delegacia de polícia é já um agravo resultante dessa violência.

Desde 2005, o Ministério da Saúde vem se empenhando para criar mecanismos para o enfrentamento da violência sexual. Dentre estes esforços, cita-se: a elaboração e implantação da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra

Mulheres e Adolescentes (que é o instrumento que normatiza essa atenção dentro do setor saúde, desde 2005), a [Portaria Ministerial nº 104/2011](#), que inclui violência doméstica, sexual e/ou outras violências na lista de notificação compulsória para todos os serviços de saúde; a [Portaria nº 1.271/2014](#), que inclui violência sexual e tentativa de suicídio na lista de notificação compulsória imediata (em até 24 horas); a [Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº 4, 28/09/2017](#) - (PRT-MS-GM 204/2016), que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados, em todo o território nacional, e dá outras providências, como incluir a violência doméstica, sexual e/ou violências na lista de notificação compulsória; e a [Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº 5, 28/09/2017](#), que, no Capítulo VII - Arts. 679 a 700 (portaria-MS-GM 485/2014), redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS.

Gráfico 47. Tipos de violência sexual por sexo, estado do Rio de Janeiro, 2013 a 2022



Fonte: SinanNet (base atualizada em 11.07.23)

A tabela 55, a seguir, destaca a distribuição dos serviços especializados de atenção às pessoas em situação de violência (SEAPSV) cadastrados no SCNES até o dia 07.06.2023. Resta evidente a necessidade de ampliar a capilaridade destes serviços, bem como aumentar sua quantidade, a fim de garantir o direito das mulheres fluminenses a ter acesso a uma atenção qualificada dentro do setor saúde, nas situações em que vivenciem violência sexual e/ou precisem realizar o aborto previsto em lei. A maior concentração dos serviços ainda é observada na região Metropolitana I (a maioria dos serviços se encontra no município do Rio de Janeiro).

Tabela 55. Distribuição dos Serviços Especializados de Atenção às Pessoas em Situação de Violência e os Serviços de Atenção à Interrupção da Gravidez nos Casos Previstos em Lei

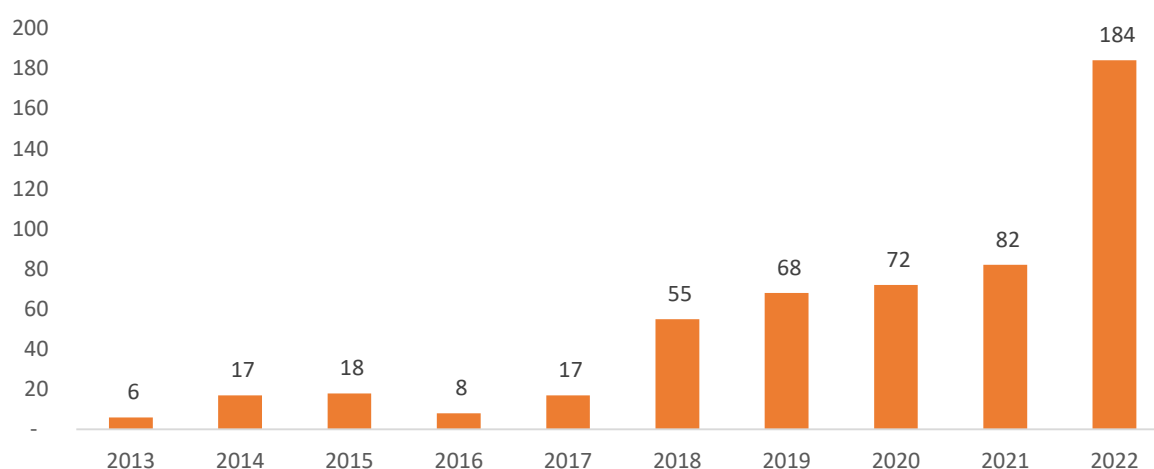
Região de Saúde	Serviços Especializados de Atenção às pessoas em Situação de Violência (Cód. 165/ 001, 007 e 008)	Serviços de Atenção à Interrupção da Gravidez nos casos Previstos (Cód. 165/ 006)
Baía da Ilha Grande	03	02
Baixada Litorânea	04	-
Centro Sul	-	-
Médio Paraíba	04	-
Metropolitana I	34	13
Metropolitana II	08	01
Noroeste	02	-
Norte	01	01
Serrana	05	-
Total	61	17

Fontes: SCNES/Datasus (acesso em 20.09.2023)

Chamamos atenção para o fato de a região Centro Sul não possuir nenhum serviço especializado de atenção às pessoas em situação de violência nem de atenção à interrupção da gravidez nos casos previstos em lei cadastrados no SCNES. No tocante aos serviços de interrupção da gestação prevista em lei, temos cinco regiões (Baixada Litorânea, Centro Sul, Médio Paraíba, Noroeste e Serrana) que não possuem nenhum serviço, o que obriga as mulheres que necessitam dessa assistência a realizar um longo deslocamento para outros municípios e regiões, a fim de obter um direito sexual e reprodutivo garantido por lei e previsto nos tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário.

A carência dos serviços especializados na interrupção da gestação prevista em lei contribui para o alto índice de realização de abortos provocados de forma insegura, e para o aumento da mortalidade materna.

Gráfico 48. Nº de abortos previstos em lei notificados, estado do Rio de Janeiro, 2013 a 2022



Fonte: SinanNet (base atualizada em 11.07.23)

III.5. Vigilância Sanitária

O órgão de vigilância sanitária da Secretaria Estadual de Saúde (SES) é o componente estadual do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária-SNVS, coordenado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA, em conformidade com a [Lei 9.782/99](#). Como previsto na [Resolução RDC nº 560/2021](#), cabe ao estado a coordenação do componente estadual de vigilância sanitária no âmbito de seus respectivos limites territoriais, bem como assessorar, complementar ou suplementar as ações de competência dos municípios. O órgão estadual de vigilância sanitária é o responsável por executar diretamente ações de vigilância e monitoramento de serviços e produtos de alto risco sanitário, competindo aos municípios as ações de baixo e médio risco sanitário e as de alto risco, desde que pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

No estado do Rio de Janeiro, nos últimos anos, o desenvolvimento e a execução das ações de vigilância sanitária foram impactados pelo enfrentamento de algumas emergências em saúde pública, como a pandemia de Covid-19. O crescimento na demanda de solicitações oriundas do Judiciário, Defensorias Públicas, Ministérios Públicos, Procuradoria Geral do estado, Tribunais de Contas, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), conselhos de classes profissionais e ainda, os pedidos de investigações de denúncias, dentre outras solicitações, também impactaram suas ações.

O atendimento a demandas não previstas compromete o planejamento de curto prazo do órgão, impedindo que a maior parte de suas ações sejam realizadas de acordo com uma programação definida.

O órgão de vigilância sanitária possui poder de polícia administrativa e, conforme o item III do artigo 4º da [Resolução RDC 153/2017](#), não pode prescindir da atuação de servidores públicos estatutários na fiscalização sanitária. Portanto, a superação do desafio para realização periódica de concursos públicos para a área é fundamental para manutenção da função precípua do órgão, especialmente na realização das inspeções sanitárias.

O estado do Rio de Janeiro conta atualmente com um número aproximado de 2.504 estabelecimentos sob a responsabilidade da vigilância sanitária estadual, sendo 1.687 de serviços de saúde e aproximadamente 500 indústrias de medicamentos e produtos. Importante ressaltar que a execução das ações de vigilância sanitária de baixo, médio e algumas de alto risco sanitário se encontram descentralizadas para os municípios, tais como estabelecimentos que produzem ou comercializam alimentos, farmácias de manipulação, clínicas sem internação e instituições de longa permanência de idosos, cabendo ao estado realizar o acompanhamento e supervisão das ações que são executadas pelos entes municipais. As atividades que importam em alto risco sanitário, como hospitais com internação e de terapia renal substitutiva, foram descentralizadas mediante pactuação com as secretarias de saúde dos dois municípios que demonstraram capacidade técnica e operacional para a execução dessas ações: os municípios do Rio de Janeiro (hospitais com internação e terapia renal substitutiva) e de Macaé (hospitais com internação).

A tabela a seguir demonstra o quantitativo das principais ações realizadas pela Vigilância Sanitária Estadual no ano de 2022.

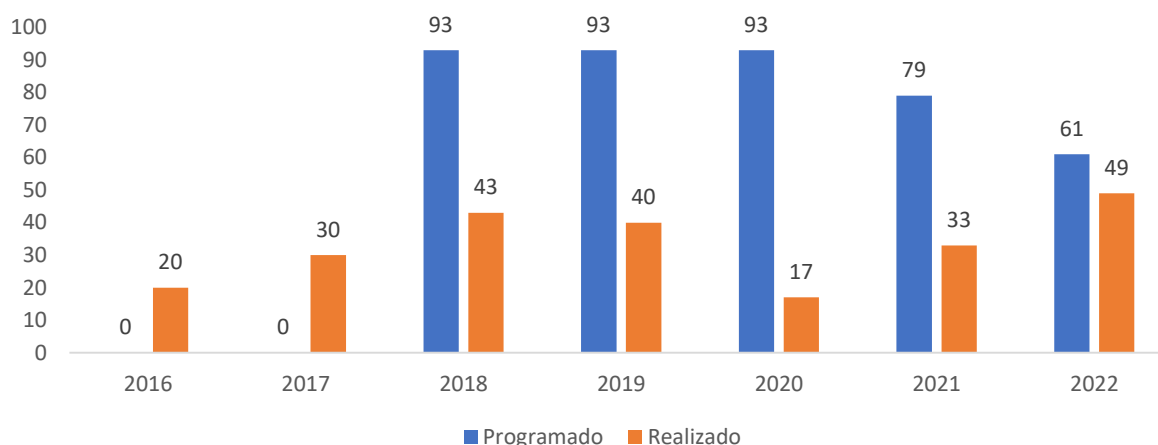
Tabela 56. Principais ações de Vigilância Sanitária realizadas - 2022

Principais Ações Realizadas	Nº de ações
Ações de Vigilância Sanitária realizadas sem inspeção, como atendimento a notificações, avaliação de planta física	3.139
Inspeções realizadas (ordens de Serviço realizadas)	705
Autorizações para Prescrição de Medicamentos Controlados\especiais fornecidas	2.629
Registro e entrega de diplomas de cursos de interesse à saúde	364
Supervisão VISA Municipal	18
Supervisão VISA Municipal e Ação de Cooperação Técnica (área de alimentos)	43
Capacitações e eventos realizados	17
Total	6.915

Fonte: Superintendência de Vigilância Sanitária (SUPVS) – julho/2023

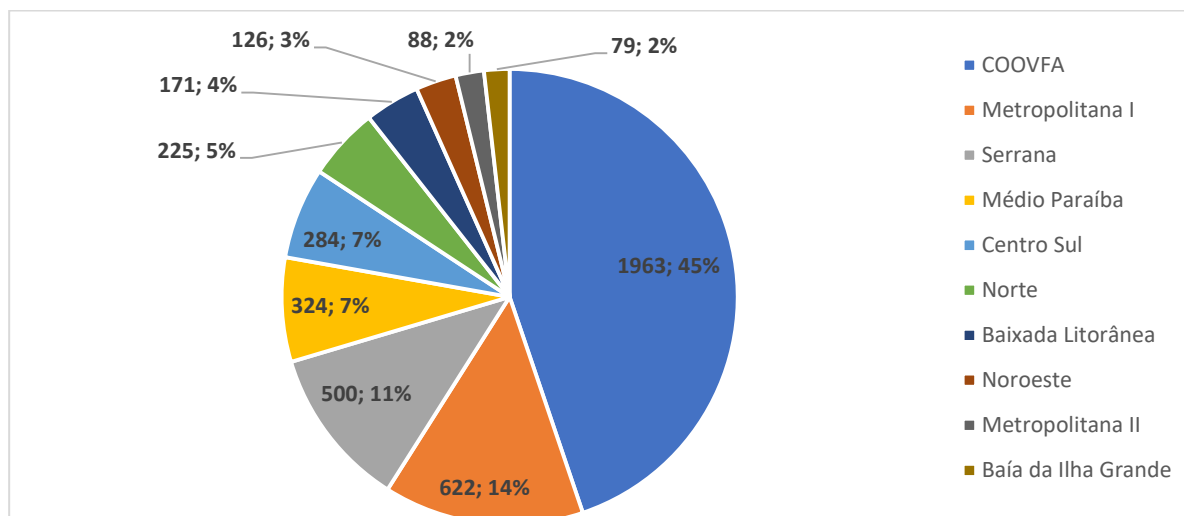
Na tabela 56 podemos observar que o número de inspeções realizadas no ano de 2022 (705) é bem inferior ao número total de estabelecimentos de médio e alto risco sujeitos à vigilância sanitária estadual (2.187). Ressalta-se que, além da inspeção sanitária, o órgão também deve atuar executando o controle sanitário exercido por meio do monitoramento da qualidade de produtos, investigação de surtos e controle de doenças, cujos fatores determinantes estejam em seu campo de atuação, e na realização de ações de supervisão, capacitação e cooperação técnica com os 92 órgãos municipais de vigilância sanitária, e atendimentos a órgãos externos.

O Programa Estadual de Monitoramento Pós-Mercado da Qualidade Sanitária de Alimentos é um exemplo de atividade de monitoramento realizada pelos órgãos municipais de vigilância sanitária, em parceria com o órgão estadual.

Gráfico 49. Ações de Vigilâncias Sanitárias Municipais dentro do Programa de Monitoramento Pós-Mercado da Qualidade dos Alimentos, 2016 a 2022 (até 25/11/2022)

Fonte dos dados: Sistema *Harpya* da ANVISA e Informações da Coordenação de Vigilância e Fiscalização de Alimentos - COOVFA

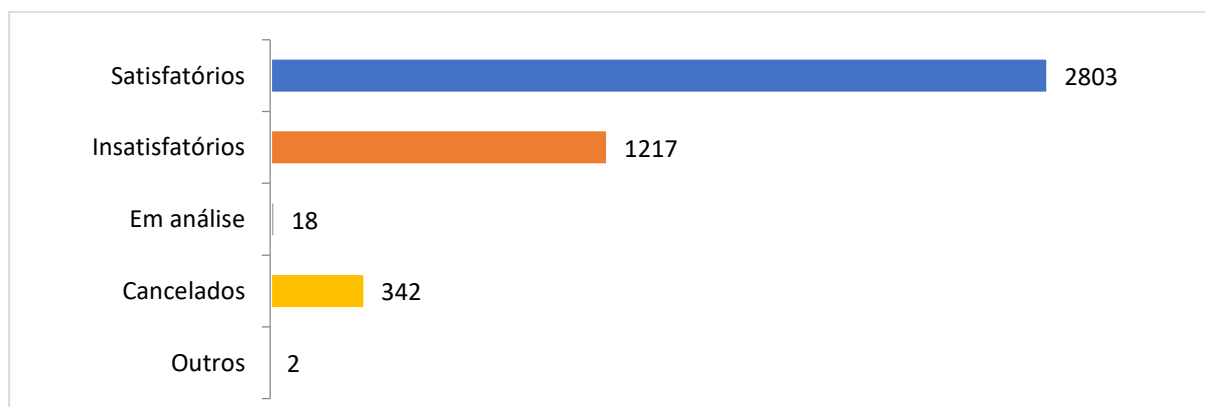
Gráfico 50. Coletas de amostras de alimentos realizadas pelas VISA de 2016 a 2022 (até 25/22/2022) agrupadas por região de saúde



Fonte dos dados: Sistema *Harpya* da ANVISA (até 25/11/22)

No gráfico a seguir, são apresentados os resultados dos laudos de 4.382 amostras coletadas de 2017 até 25/11/2022 e detalhados os ensaios analíticos insatisfatórios de produtos alimentícios comercializados no estado do Rio de Janeiro. De acordo com as análises realizadas pelo LACEN-RJ, 64% dos alimentos coletados no estado apresentam-se satisfatórios e 28% são insatisfatórios para algumas das análises (microbiologia, físico-química, rotulagem, microscopia), representando um percentual expressivo de alimentos inseguros para o consumo da população.

Gráfico 51. Laudos de Análise



Fonte dos dados: Sistema *Harpya* da ANVISA (até 25/11/22)

Diante desse cenário, alguns desafios se impõem à gestão do órgão, como o fortalecimento do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária, com foco no direcionamento de esforços para ampliar a qualificação e a integração das ações preventivas e fiscalizatórias, e ênfase na cooperação e no

compartilhamento de tecnologias, modelos, dados e informações. O propósito é aumentar a capacidade de atuação das vigilâncias sanitárias no estado do Rio de Janeiro, para que se possa obter ganhos de eficiência e efetividade nas ações de regulação, monitoramento e controle sanitário de produtos, serviços e ambientes, com destaque para ampliação das atividades de supervisão dos municípios e ações educativas de promoção da saúde.

As ações voltadas à gestão da qualidade e do risco sanitário também necessitam ser priorizadas, com a definição de metodologias e ferramentas que possam determinar os padrões de qualidade esperados das empresas, com o controle de riscos e eventos adversos, e diagnóstico do parque industrial do estado. É importante ressaltar que esses padrões de qualidade das empresas devem ser monitorados tanto pelo órgão estadual quanto pelos municípios, sendo que os entes municipais não implantaram efetivamente um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), situação que compromete sua atuação e que deve ser acompanhada pelo órgão estadual de vigilância sanitária.

Nesse contexto de desafios que são impostos à área, também é necessário priorizar a atualização das inspeções em estabelecimentos de alto risco sanitário, especialmente os serviços hospitalares e as empresas de Cosméticos e Saneantes, bem como capacitar os responsáveis e técnicos das vigilâncias sanitárias municipais com a realização de inspeções conjuntas com esses órgãos.

Manter o conhecimento relevante à atuação do órgão é outro desafio e um fator estratégico para a vigilância sanitária. O conhecimento técnico deve ser sempre atualizado frente às novas tecnologias que demandam o domínio de novas competências como, por exemplo, na área de medicina nuclear e banco de tecidos, células e órgãos. As ações de educação permanente são igualmente importantes e devem ser priorizadas no planejamento, visando atender aos profissionais do estado e dos municípios.

III.5.1. Segurança do Paciente

Em 2021 foi aprovado o Plano Estadual de Segurança do Paciente 2021 – 2025 (PESP) por meio da Resolução SES nº 2437 de 10/09/2021, atualmente em implementação. O PESP foi elaborado considerando os resultados alcançados pelo Plano Estadual de Segurança do Paciente 2015-2020 e as evidências científicas disponíveis referentes às práticas de segurança do paciente.

A Organização Mundial de Saúde formulou o [Plano de Ação Global para a Segurança do Paciente 2021 a 2030](#), reconhecendo a segurança do paciente como uma prioridade de saúde em políticas e programas setoriais na saúde. O plano de ação global fornece uma estrutura para ação através de sete objetivos estratégicos e 35 estratégias.

São objetivos do plano de ação global:

- ❖ Fazer do “zero dano evitável” um estado de espírito e uma regra de engajamento no planejamento e na prestação de cuidados de saúde, em todos os lugares;
- ❖ Desenvolver sistemas de saúde de alta confiabilidade e organizações de saúde que protejam os pacientes de danos diariamente;
- ❖ Garantir a segurança de todos os processos clínicos;

- ❖ Envolver e capacitar pacientes e familiares para ajudar e apoiar na jornada para um cuidado em saúde mais seguro;
- ❖ Motivar, educar, qualificar e proteger todos os trabalhadores da área da saúde, contribuindo para a concepção e entrega de sistemas de cuidado seguros;
- ❖ Garantir um fluxo contínuo de informação e conhecimento para impulsionar a mitigação de risco, uma redução nos níveis de danos evitáveis e melhorias na segurança do cuidado;
- ❖ Desenvolver e sustentar a sinergia, parceria e solidariedade multinacionais e multissetoriais para melhorar a segurança do paciente e a qualidade do cuidado.

É necessário o alinhamento do PESP 2021-2025 ao plano de ação global, por meio de revisão e previsão de novos objetivos e ações estratégicas. Além disso, novos subcomitês deverão ser instituídos e planos de ação específicos elaborados e implementados.

Cadastro de Núcleos de Segurança do Paciente - NSP

O estado do Rio de Janeiro possui 420 hospitais públicos e privados, sendo que 272 com leitos de UTI e 81 Serviços de Diálise cadastrados no CNES.

Atualmente, 669 serviços de saúde situados no ERJ têm NSP cadastrado na Anvisa, o que corresponde à 18 % dos NSP localizados na região Sudeste, segundo dados consultados em 14/09/23, no site da Anvisa <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/acessoainformacao/dadosabertos/informacoes-analiticas/nucleos-de-seguranca-do-paciente>, tendo alcançado:

- 1 76,2% (320/420) dos hospitais com NSP cadastrado;
- 2 84,8% (237/279) dos hospitais com leitos de UTI com NSP cadastrado;
- 3 97,5% (83/85) dos Serviços de Diálise com NSP cadastrado.

No entanto, é necessário expandir a implantação de NSP para os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde, em especial, serviços de atenção pré-hospitalar de urgência, serviços de atenção especializada e atenção primária à saúde.

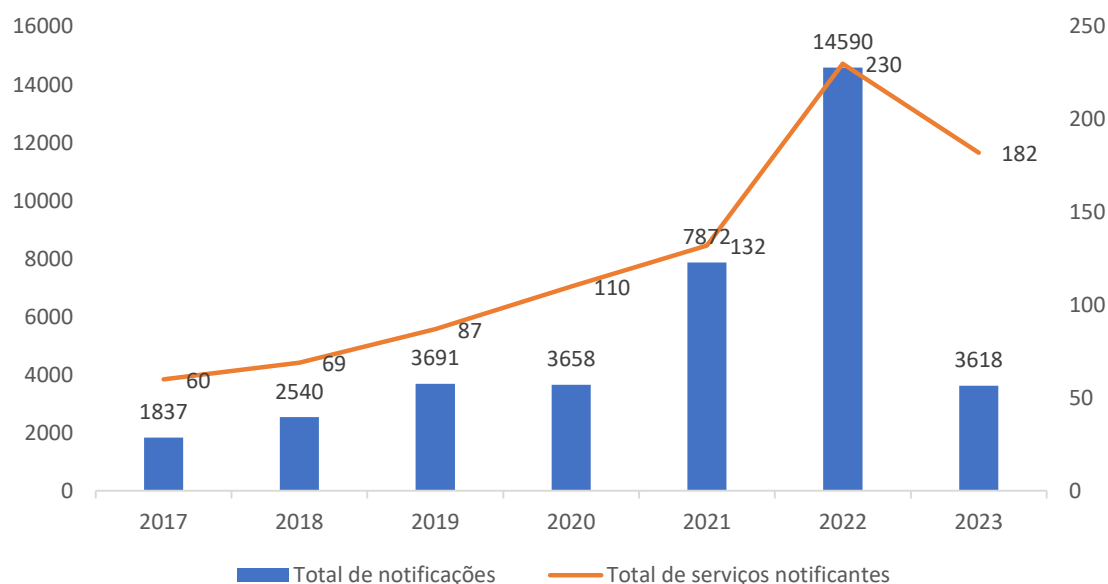
Notificação de incidentes e eventos adversos

Todos os incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde devem ser notificados ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, de acordo com a Resolução de Diretoria Colegiada RDC nº 36/2013.

Há uma tendência de aumento do número e regularidade de notificações de incidentes e eventos adversos por hospitais com leitos de UTI, com uma melhor posição do ERJ em relação às demais unidades federativas. Serviços de diálise e hospitais sem leitos de UTI estão notificando de maneira irregular e muitos serviços de saúde permanecem silenciosos.

Por outro lado, a maioria dos incidentes notificados são sem danos ou com danos leves, o que ressalta a subnotificação de eventos graves ou relacionados a óbito.

Gráfico 52. Número de notificações de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde e serviços de saúde notificantes. estado do Rio de Janeiro, janeiro de 2017 a fevereiro de 2023



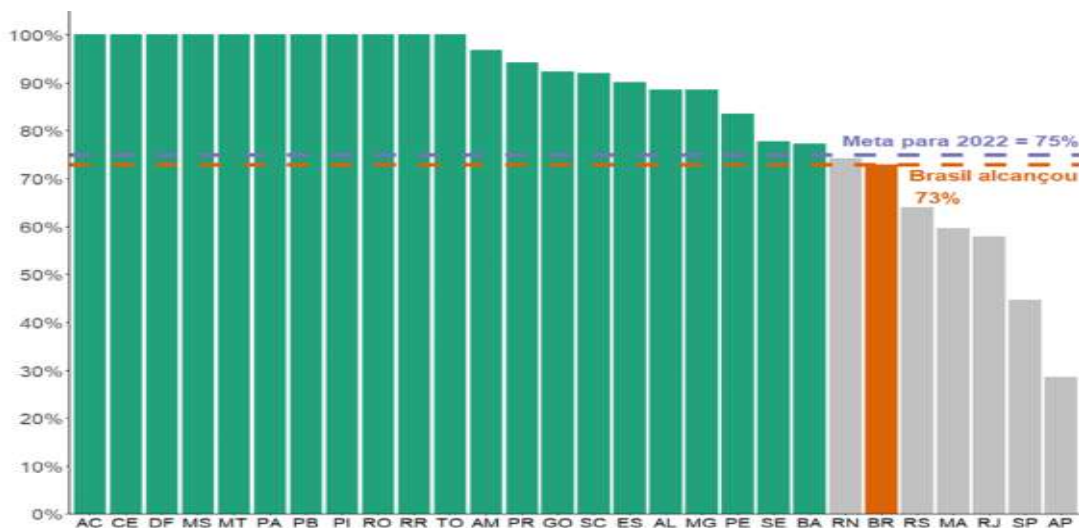
Fonte: Notivisa/Anvisa

Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente

A Anvisa, em parceria com as Coordenações Estaduais, Distrital e Municipal de Segurança do Paciente, vem desde 2016 coordenando a Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em serviços de saúde com leitos de UTI (Adulto, Pediátrica e Neonatal), com o objetivo de fortalecer as práticas de segurança do paciente e prevenir a ocorrência de eventos adversos em serviços de saúde. Em 2022, foi iniciada a Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Diálise. Essa ação encontra-se prevista no Plano Integrado para Gestão Sanitária da Segurança do Paciente e no PESP 2021- 2025. A Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente permite avaliar a implementação das práticas de segurança do paciente pelos serviços de saúde participantes, tendo como padrão os protocolos publicados pelo Ministério da Saúde e pela Anvisa, e identificar quais critérios de avaliação têm menor adesão.

Na Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente 2022, participaram 149 dos 257 hospitais com UTI (58) do estado. A participação dos hospitais foi abaixo da meta esperada de 75% de participantes.

Figura 33. Comparativo entre o percentual de hospitais com UTI que participaram da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente - 2022 em relação ao número de hospitais com UTI, por Unidade da Federação e Brasil e meta de participação prevista no Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025.



Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa

Na Avaliação Nacional foram utilizados 21 critérios relacionados com a implementação de práticas de segurança do paciente, a saber:

C.1. Núcleo de Segurança do Paciente instituído

- C.2. Plano de segurança do paciente (PSP) implantado
- C.3. Protocolo de prática de higiene das mãos implantado
- C.4. Protocolo de identificação do paciente implantado
- C.5. Protocolo de cirurgia segura implantado
- C.6. Protocolo de prevenção de lesão por pressão implantado
- C.7. Protocolo para prevenção de quedas implantado
- C.8. Protocolo para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos implantado
- C.9. Protocolo para a prevenção de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) associada ao uso de cateter venoso central (CVC) implantado
- C.10. Protocolo para a prevenção de infecção do trato urinário relacionado ao uso de cateter vesical de demora implantado
- C.11. Protocolo para a prevenção de infecção do trato respiratório relacionado ao uso de ventilação mecânica implantado
- C.12. Protocolo para a prevenção de infecção do sítio cirúrgico (ISC) implantado
- C.13. Protocolo de precaução e isolamento implantado
- C.14. Conformidade da avaliação do risco de lesão por pressão
- C.15. Conformidade da avaliação do risco de queda
- C.16. Conformidade da aplicação da lista de verificação da segurança cirúrgica (LVSC)
- C.17. Conformidade do consumo de preparação alcoólica para higiene das mãos
- C.18. Regularidade da notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde**
- C.19. Regularidade do monitoramento mensal de indicadores de infecções relacionadas à assistência à saúde (usando os critérios diagnósticos nacionais da Anvisa).
- C.20. Regularidade da notificação mensal de consumo de antimicrobianos em UTI adulto - cálculo DDD (dose diária definida)

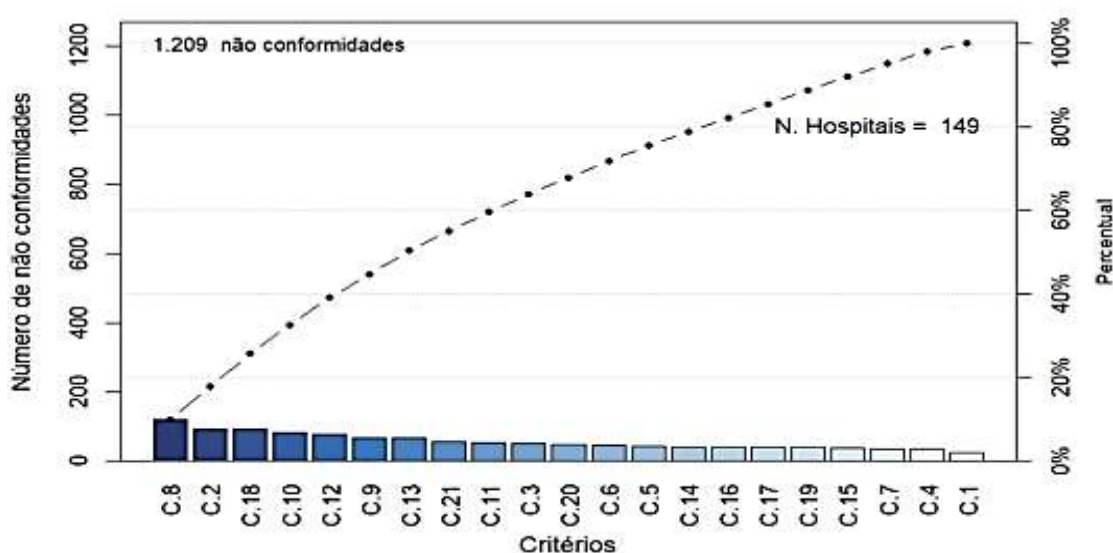
C.21. Monitoramento mensal de indicadores de conformidade aos protocolos de segurança do paciente

Serviços que não comprovaram a conformidade ao indicador C.1 e/ou ao indicador C.18 foram diretamente classificados como tendo baixa conformidade às práticas de segurança.

Nessa avaliação, dos 149 hospitais com UTI do estado avaliados, 44 apresentaram alta conformidade (67% a 100% de conformidade) em relação aos requisitos mínimos para as práticas de segurança do paciente. Dentre estes hospitais, 4 atingiram 100% de conformidade.

No total de hospitais avaliados, foram encontradas 1.209 não conformidades, sendo as mais frequentes quanto aos indicadores: C.8; C.2; C.18; C.10; e C.12. Ressalta-se que os indicadores C.1 e C.4 apresentaram a maior frequência de conformidades.

Gráfico 53. Diagrama de Pareto da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente – Hospitais com UTI, estado do Rio de Janeiro, 2022.

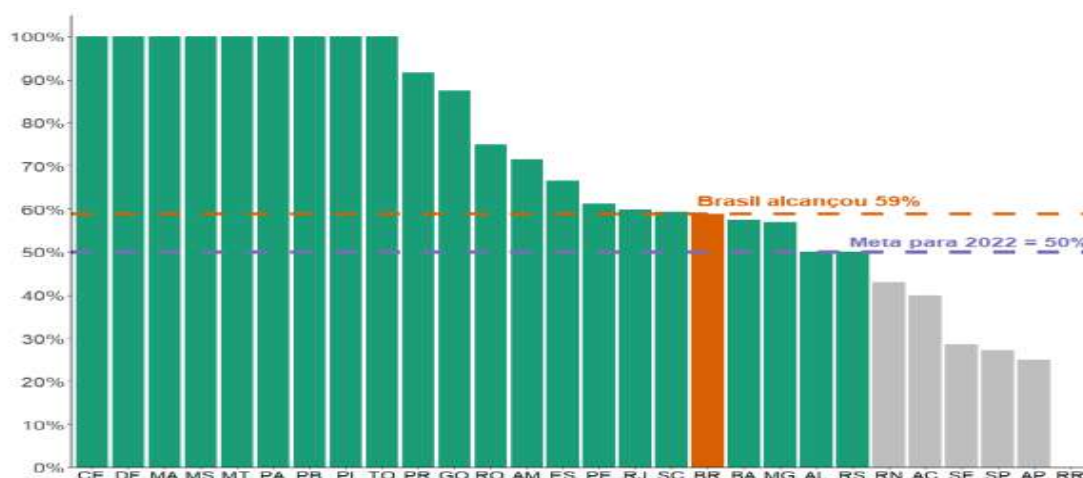


Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa

Na edição da Avaliação Nacional do ano anterior (2021), 119 hospitais com leitos de UTI do estado do Rio de Janeiro participaram da iniciativa, sendo 33 hospitais classificados como de alta conformidade (67% a 100% de conformidade) na avaliação do nível de risco, 19 avaliados como de média conformidade (34% a 66%) e 67 apresentaram baixa conformidade (0% a 33%). No entanto, 10 hospitais que tiveram pontuação suficiente para serem classificados como de alta conformidade foram classificados como baixa conformidade, por não terem atendido a um dos critérios essenciais (C.18).

Entre os dois anos da avaliação, se observou um crescimento de 25% na participação dos hospitais do estado na avaliação nacional. Na primeira Avaliação Nacional dos Serviços de Diálise (2022), cerca de 60% destes serviços do estado (49 de 82 serviços) participaram da avaliação, superando a meta de 50% de serviços participantes.

Figura 34. Percentual de participação dos serviços de diálise na Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente 2022, por UF e Brasil, e meta de participação prevista no Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2021-2025.



Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa

Para a análise de conformidade desses serviços, foram utilizados os seguintes indicadores:

ESTRUTURA

1. Núcleo de Segurança do Paciente instituído*
2. Plano de Segurança do Paciente implantado.
3. Protocolo implantado de prática de higiene das mãos.
4. Protocolo implantado de identificação do paciente.
5. Protocolo implantado de prevenção de quedas.
6. Protocolo implantado para segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.
7. Protocolo implantado de prevenção de eventos adversos relacionados ao acesso vascular de pacientes em hemodiálise.
8. Protocolo implantado para a prevenção de infecção e outros eventos adversos em diálise peritoneal.
9. Protocolo implantado de prevenção de coagulação do sistema durante o procedimento hemodialítico.
10. Protocolo implantado de prevenção e controle da transmissão de microrganismos multirresistentes nos serviços de diálise.
11. Protocolo implantado de prevenção da transmissão do HIV, das hepatites B e C e de tratamento da hepatite C nos serviços de diálise.
12. Protocolo implantado de prevenção de eventos adversos relacionados ao reuso dos dialisadores e linhas de hemodiálise.
13. Protocolo implantado de monitoramento da qualidade da água de hemodiálise.
14. Plano implantado de gerenciamento de tecnologias (equipamentos de hemodiálise e diálise peritoneal).
15. Lista de verificação de segurança aplicada à hemodiálise (checklist).

PROCESSO E GESTÃO DO RISCO

16. Conformidade da avaliação do risco de quedas.
17. Regularidade da notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde no ano de 2021.

18. Regularidade da notificação mensal de indicadores de infecções relacionadas à assistência à saúde em diálise no ano de 2021³⁰

Nessa primeira edição da avaliação, não houve serviços de diálise classificados como alta conformidade às práticas de segurança do paciente, no estado.

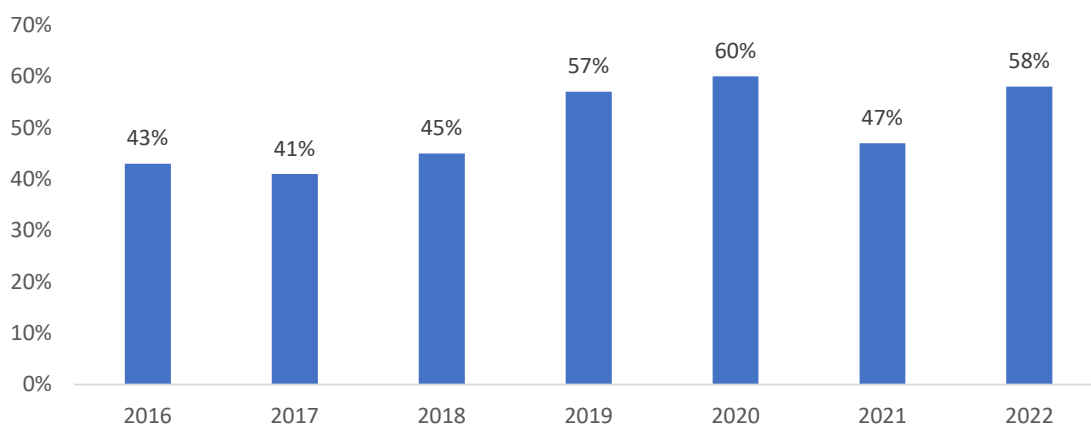
À avaliação dos 432 serviços de diálise de todo o país, se observou que existe uma diferença sutil nas frequências de não conformidades da maioria dos indicadores avaliados, portanto, pode-se considerar que, com exceção dos indicadores C.1, C.8 e C.18, há uma ocorrência generalizada entre os serviços de diálise de não conformidades em quase todos os indicadores da avaliação, com destaque para: C.14; C.9; C.11; C.17; e C.15.

As maiores frequências de conformidade às práticas de segurança do paciente foram observadas nos indicadores: C.18; C.8; e C.1.

Destaca-se que 85% dos 432 serviços de diálise nacionais apresentaram baixa conformidade e apenas 4% alta conformidade e que 26 serviços de diálise, apesar da pontuação obtida, foram classificados como baixa conformidade por não terem cumprido pelo menos um dos indicadores considerados requisitos mínimos (indicadores 1 e 18).

Na Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde 2023 foram mantidos os critérios de avaliação do ano de 2022. Participaram 65,7% (176/268) dos hospitais com leitos de UTI e 62,8% (52/83) dos serviços de diálise. Embora se observe um crescimento gradual na adesão à avaliação nas últimas edições, ainda é necessário o aumento da participação dos serviços de saúde do estado nos próximos ciclos de avaliação.

Gráfico 54. Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente de hospitais com leitos de UTI. estado do Rio de Janeiro, 2016 a 2022.



Fonte: Coordenação de Segurança do Paciente e Gestão de Risco SES-RJ

³⁰ Indicadores considerados requisitos mínimos. Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa

Fortalecimento de instâncias do SUS

O fortalecimento de instâncias do SUS para a implementação das ações do PESP 2021 – 2025 é um objetivo estratégico com ações estratégicas voltadas para as instâncias de governança, como o Comitê Estadual de Segurança do Paciente e o Subcomitê de Parto Seguro, órgãos da SES-RJ e do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária, além da criação de grupos técnicos específicos relevantes para a melhoria das práticas de segurança do paciente.

As unidades organizacionais da Superintendência de Vigilância Sanitária da SES-RJ com ações voltadas para a avaliação das condições de funcionamento e práticas de segurança do paciente de serviços de saúde carecem de profissionais de saúde em quantitativo suficiente, especialmente estatutários, e tecnologias de informação que apoiem a análise de dados estratégicos para a vigilância efetiva dos serviços de saúde. Novas equipes de inspeção sanitária para avaliação das práticas de segurança do paciente e das medidas de prevenção e controle de IRAS e RM necessitam ser constituídas para que as metas de inspeção de hospitais, hospitais dia e Unidades de Pronto Atendimento sejam alcançadas, assim como é necessário o fortalecimento da equipe de vigilância pós-mercado para aperfeiçoar as ações de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de medicamentos e produtos para à saúde e a programação de inspeção de boas práticas de farmacovigilância e tecnovigilância.

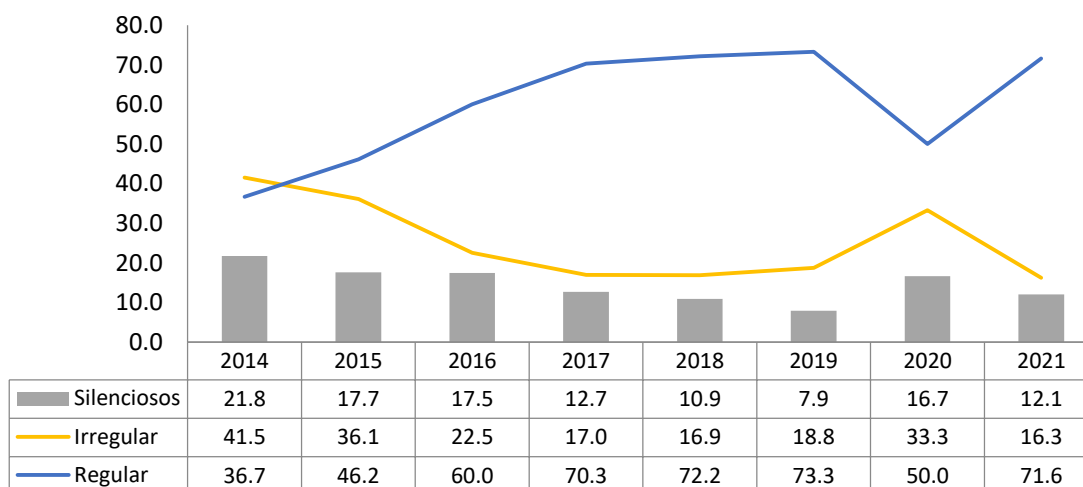
Controle de Infecção Hospitalar

A SES-RJ coordena, acompanha, controla e avalia as ações de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), desde 2014. Atualmente, o monitoramento é feito por meio do LimeSurvey®, formulário eletrônico padronizado pela Anvisa. Nele, são inseridos mensalmente pelas unidades públicas e privadas do estado do Rio de Janeiro os dados monitorados referentes às IRAS prioritárias.

Ao longo do tempo, a SES vem trabalhando com o objetivo de aumentar a adesão à notificação regular dos casos. O gráfico a seguir mostra o aumento no número de hospitais regulares em relação à realização das notificações no período entre 2014 e 2021, o que reflete que as unidades hospitalares estão se tornando mais atuantes, uma vez que realizam a vigilância de suas infecções. Importante ressaltar que, no ano de 2020, ocorreu queda relevante nas notificações, fato este presumidamente associado ao contexto da pandemia de Covid-19. Verifica-se, também, um decréscimo da densidade das infecções ao longo dos anos de 2014 a 2019 e um aumento das IRAS na pior fase da pandemia de Covid-19, nos anos de 2020 a 2021, quando houve contingência na força de trabalho nas unidades hospitalares, aliada à crise econômica. Este fato também foi descrito em outros países.

No entanto, 16% das unidades de saúde ainda não notificam seus dados de IRAS, conforme previsto em legislação, e 12% não notificam com a regularidade esperada.

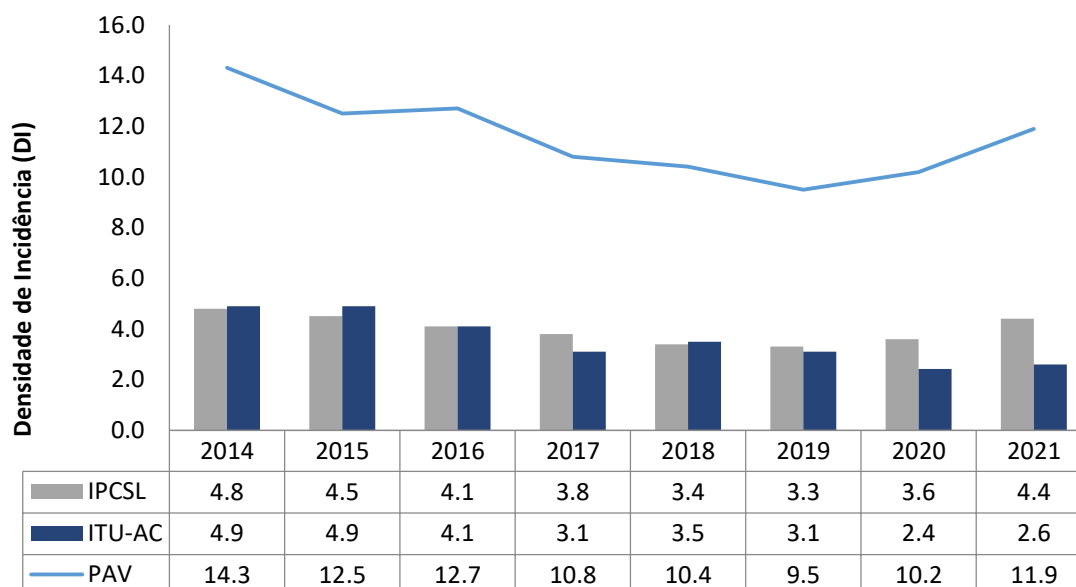
Gráfico 55. Status (%) de notificação dos Hospitais do RJ no FormSus - IRAS, 2014 -2021



Fonte: Boletim Informativo CECIH 2022

A SES realiza monitoramento online permanente, além de ter realizado visitas técnicas *in loco* à 204 unidades de saúde do estado, para apuração de denúncias ou por rotina do setor (conforme priorização pela equipe), no período de 2012 a 2022. Independentemente da motivação da visita, as equipes das unidades são incentivadas a promover ações de controle e prevenção das IRAS.

Gráfico 56. Evolução das IRAS em UTI Adulto no estado do RJ (2014 - 2021)



Fonte: Boletim Informativo CECIH 2022

Nota: IPCSL (Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial); PAV (Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica); e ITU-AC (Infecção do Trato Urinário Associada ao Cateter)

As Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) foram instituídas pela [Portaria GM/MS nº 2.616, de 12 de maio de 1998](#), juntamente com a criação do Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), que consiste em um conjunto de ações desenvolvidas com vistas a reduzir ao máximo possível a incidência e a gravidade das infecções hospitalares. Todos os hospitais devem possuir esta comissão, mas essa ainda não é a realidade no Brasil.

O estado apresenta densidades de incidência de IRAS sob vigilância ainda elevadas, que podem ser reduzidas com a implementação de PCIH, incluindo pacotes de medidas específicos para infecção primária de corrente sanguínea, pneumonia associada à ventilação mecânica, infecção de trato urinário associada a um cateter e infecção de sítio cirúrgico (incluindo a após cesariana). Se observa a dificuldade na implementação de boas práticas para prevenção e controle de IRAS em alguns hospitais, por ser um processo lento.

É importante ressaltar que muitas dessas infecções podem ser causadas por microrganismos multirresistentes. A emergência de microrganismos resistentes a diversas classes de antimicrobianos tem sido progressiva nas últimas décadas, constituindo-se em uma ameaça à saúde pública mundial.

As consequências diretas das infecções causadas por microrganismos resistentes aos antimicrobianos são graves, incluindo o aumento da morbidade e mortalidade, o aumento do período de internação, a redução ou perda da proteção para os pacientes submetidos a diversos procedimentos (como os cirúrgicos, quimioterápicos e transplantes), a redução do arsenal tecnológico ou a falta de opção terapêutica para o tratamento diante de alguns microrganismos causadores de infecção. À medida que mais cepas bacterianas se tornam resistentes a um número cada vez maior de antibióticos, as opções terapêuticas tornam-se cada vez mais limitadas e mais caras e, em alguns casos, inexistentes.

Como agravante, a pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), além do impacto imediato e devastador no sistema de saúde e na sociedade como um todo, tem contribuído para a seleção e disseminação de microrganismos multirresistentes (MR). No Brasil, o aumento no número de infecções causadas por MR já é expressivo, causando grande preocupação nas autoridades de saúde do país.

Em 2022, um plano de contingência específico para a redução da resistência microbiana (PLACON-RM-RJ) foi elaborado e implementado pela SES, com o objetivo de reduzir as infecções por microrganismos multirresistentes e a resistência microbiana no estado. Essa ação foi pactuada em CIB e publicada na Resolução SES nº 2803 de julho de 2022, que define a necessidade das unidades hospitalares públicas e privadas do estado do Rio de Janeiro criarem seus planos de contingência.

Atualmente, as unidades estão no período de implementação de seus planos de ação, que são monitorados pela SES. Também se iniciou, em 2023, a captação de indicadores de prevalência e incidência de infecções por microrganismos do escopo do PLACON-RM-RJ.

Como desafios a superar, além dos anteriormente mencionados relativos ao quantitativo de pessoal, destacam-se: a demora na divulgação dos resultados quanto às IRAS para o público externo e a necessidade de se fortalecer o ensino e a pesquisa em qualidade, segurança do paciente, prevenção e controle de Infecção hospitalar.

Avaliação da Capacidade Instalada do estado do Rio de Janeiro para Instalação de Coordenações Municipais em Controle da Infecção Hospitalar

A existência de coordenações municipais de prevenção e controle de IRAS é importante pois permite um monitoramento próximo e frequente de todas as unidades, dando suporte à CECIH nas ações locais. A ação de aumentar o número de municípios com coordenação municipal estabelecida está prevista no Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde da ANVISA.

Em 2000, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o World Health Report 2000, buscando a avaliação de desempenho dos sistemas de saúde. Uma nova metodologia havia sido elaborada para esse fim por um grupo de técnicos da OMS, envolvendo a formulação de novos indicadores. Essa avaliação foi implantada em 191 países membros da OMS e seus resultados apresentados como um *ranking* entre estes.

O Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde – PROADESS tem como objetivo contribuir para o monitoramento e avaliação do sistema de saúde brasileiro, ao produzir subsídios para o planejamento de políticas, programas e ações de saúde para gestores de todas as esferas administrativas e disseminar informações sobre o desempenho do SUS nos seus distintos âmbitos.

O Hospital Moinhos de Vento e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS³¹), desenvolveram uma metodologia para a classificação global de qualidade hospitalar, no **Projeto Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar**³². O Consórcio construiu um painel de indicadores padronizados e desenvolveu uma ferramenta de coleta de dados e monitoramento, a ser implantada em todo o país.

A SES-RJ utilizou uma adaptação dessa metodologia como parâmetro para o ranqueamento dos municípios do estado do Rio de Janeiro, a partir de métricas e indicadores utilizados pelo PROADESS. Esta avaliação teve por finalidade eleger os municípios aptos a criarem Coordenações Municipais ou referência técnica em controle de infecção hospitalar.

A inclusão de indicadores para compor uma métrica unificada é altamente dependente da disponibilidade de dados e, apesar da existência de diversos indicadores, não existe um consenso sobre quais devem ser utilizadas para mensurar a capacidade instalada e qualidade hospitalar.

Foram utilizados como indicadores para a análise de cada município, no ano: a Frequência Relativa (%) de leitos de UTI/UCO; Frequência relativa (%) de leitos cirúrgicos de obstetrícia, ortopedia, cardiologia, neurologia e cirurgia plástica; Número de leitos de UTI/UCO habilitados, por 100 mil habitantes (especialidades selecionadas: UTI Adulto – tipo I, UTI Adulto – tipo II, UTI Adulto – tipo III, UTI Coronariana tipo II – UCO Tipo II, UTI Coronariana tipo III – UCO Tipo III); Número de leitos de internação em hospitais gerais ou especializados (cirúrgicos, clínicos exceto saúde mental, obstétricos clínicos e cirúrgicos e pediátricos clínicos e cirúrgicos), por 1.000 habitantes; Número de equipamentos para diálise habilitados em uso, por 100 mil habitantes; Número de leitos de Unidade

³¹ https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/projeto_indicadores_classificacao_global_da_qualidade_hospitalar.pdf

³² Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/consorcio-de-indicadores-de-qualidade-hospitalar>

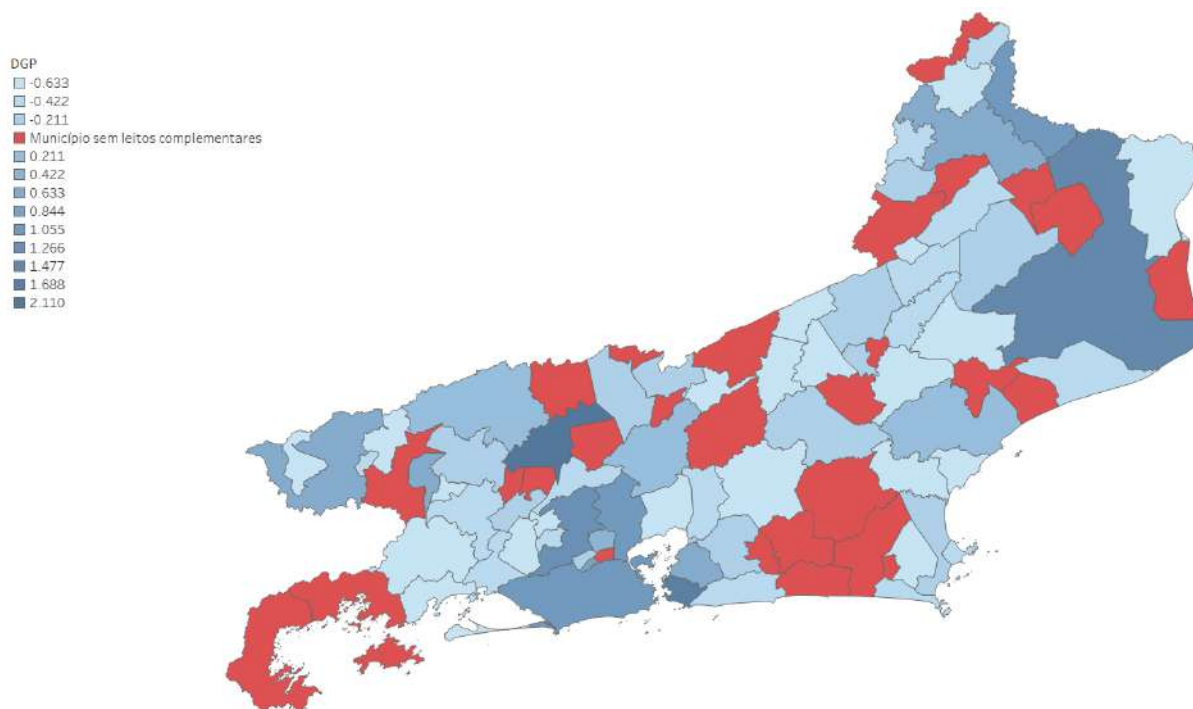
de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo tipos I, II e III), por 1.000 nascidos vivos; Número de hospitais gerais e hospitais especializados, segundo categorias de porte populacional definidas (pequeno porte: até 30 e de 31 a 50 leitos, médio porte: 51 a 150 leitos, grande porte: 151 a 500 leitos; ou hospital de capacidade extra: acima de 500 leitos. Conforme recomendações da ANVISA, os municípios que possuem população acima de 500 mil habitantes foram priorizados, recebendo escore maior para esta variável. Todos os indicadores tiveram o mesmo peso. A fonte de dados foi o CNES.

Foi utilizada metodologia de padronização dos escores para obtenção do valor único global (Desempenho Global Ponderado -DGP), na qual valores de pontuações mais altas significam melhores resultados em relação à capacidade instalada e valores de pontuações mais baixas representam piores resultados.

Municípios sem leitos complementares (20) não foram ranqueados na classificação e análise final, a saber: Silva Jardim, Tanguá, Cardoso Moreira, Italva, Porciúncula, São José de Ubá, Carapebus, Conceição de Macabu, São João da Barra, Bom Jardim, Macuco, Iguaba Grande, Rio das Flores, Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Paty do Alferes, Sapucaia e Paraty.

Entre os 72 municípios avaliados, 24 municípios apresentaram escores maiores ou iguais a zero (maior ou igual à média) e encontravam-se aptos ou com estrutura adequada para instituírem Coordenações Municipais ou referência técnica em controle de infecção hospitalar (figura 35).

Figura 35. Classificação final dos municípios segundo desempenho global ponderado (DGP)



Fonte: CNES.

IV. Estrutura do sistema de saúde e programas associados

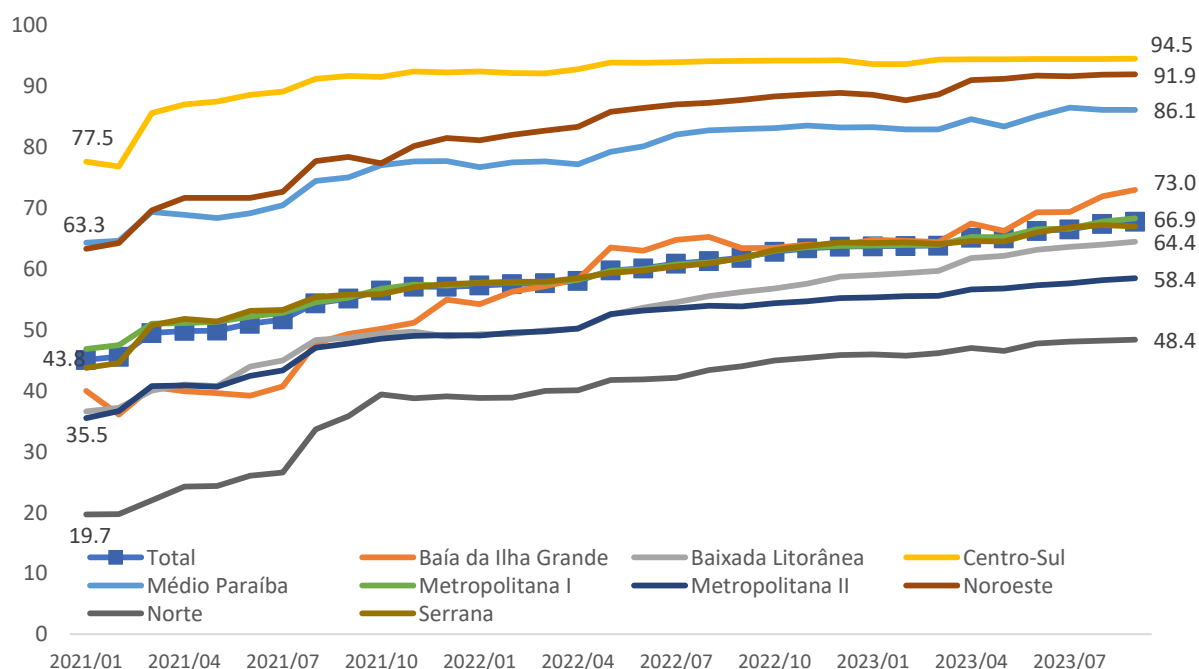
IV.1. Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o primeiro nível de atenção em saúde do SUS e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Constituindo-se como principal porta de entrada do SUS, por sua descentralização e por se desenvolver no local mais próximo à vida das pessoas, a APS deve organizar o fluxo dos serviços nas redes de atenção à saúde.

De acordo com a atual Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela [Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017](#), o financiamento para a garantia das ações no âmbito da APS é uma responsabilidade compartilhada das três esferas de governo.

Anteriormente, o repasse federal para custeio das ações da APS se dava por meio do PAB, o Piso da Atenção Básica, composto por dois componentes: o PAB fixo, pago a todos os municípios brasileiros com base na população estimada pelo censo do IBGE, variando entre R\$ 23 a R\$ 28 por habitante/ano; e o PAB variável, condicionado à implementação pelos gestores municipais da Estratégia de Saúde da Família - ESF ([Massuda, 2020](#)).

Gráfico 57. Cobertura de Atenção Primária à Saúde do estado do Rio de Janeiro, considerando resultados do estado e de suas regiões de saúde, de 2021 a setembro de 2023.



Fonte: e-gestor AB, disponível em

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relCoberturaAPSCadastro.xhtml>, acesso em 03/11/2023.

A Nota Técnica 418/2021 – CGGAP/DESF/SAPS/MS trouxe um novo método de cálculo para a cobertura da APS, alinhada à proposta de financiamento do Programa Previne Brasil, que tem por um de seus pilares o olhar em saúde com base no cadastramento populacional. Dessa forma, o Cálculo de Cobertura de APS, a partir de 2021, passou a levar em consideração o número de cadastros no território.

Com a mudança na forma de cálculo do indicador, não é possível considerarmos a série histórica anterior em relação à cobertura da APS. Porém, podemos observar o aumento no resultado desde a implementação desta forma de cálculo, demonstrando o esforço das gestões estadual e municipais na ampliação da população cadastrada nas unidades de APS.

IV.1.1. PREVINE BRASIL

O Programa Previne Brasil foi instituído pela [Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019](#), como o novo modelo de custeio da APS, que passa a ser composto pelos componentes capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas, além do incentivo financeiro com base em critério populacional (Ministério da Saúde, 2022).

O componente desempenho repassa incentivo financeiro considerando os resultados de indicadores alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas no SCNES.

A [Portaria GM/MS 102, de 20 de janeiro de 2022](#), alterou a [Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019](#), que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, sendo apresentada e discutida pela [Nota Técnica 12 SAPS/MS](#) de 2023. Tais documentos apresentam o rol de indicadores do Programa, com avaliação quadrimestral e início de monitoramento a partir do ano de 2022. No momento, os indicadores de desempenho do Previne Brasil são:

- ❖ Indicador 1: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 12ª semana de gestação;
- ❖ Indicador 2: Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
- ❖ Indicador 3: Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;
- ❖ Indicador 4: Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS;
- ❖ Indicador 5: Proporção de crianças de 1(um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Infecções causadas por *Haemophilus influenzae* tipo B e Poliomielite Inativada;
- ❖ Indicador 6: Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre;
- ❖ Indicador 7: Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

Abaixo seguem os resultados do ERJ, em relação aos indicadores do Programa Previne Brasil.

Tabela 57. Painel de Indicadores – Previne Brasil/Componente Desempenho

Indicadores	1º Qd/2022	2º Qd/2022	3º Qd/2022	1º Qd/2023
Pré-Natal (6 consultas) (%)	36	35	33	44
Pré-Natal (Sífilis e HIV) (%)	53	56	51	64
Gestantes Saúde Bucal (%)	35	38	37	47
Cobertura Citopatológico (%)	12	13	15	17
Cobertura Polio e Penta (%)	56	50	51	59
Hipertensão (PA Aferida) (%)	10	14	17	20
Diabetes (Hemoglobina Glicada) (%)	8	12	15	18

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB, acesso em 16/06/23.

IV.1.2. PREFAPS

O Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde (PREFAPS) tem sido, desde 2019, a principal estratégia da SES-RJ para o financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) no estado do Rio de Janeiro (ERJ). Considerando a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário para a organização da APS, o PREFAPS foi elaborado com os seguintes objetivos: 1) **apoiar a manutenção de equipes** de Saúde da Família (eSF), Saúde Bucal na ESF (eSB/SF), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Consultórios na Rua e polos de Academia da Saúde; 2) **fomentar a expansão da cobertura de APS**, por meio da ampliação do número de equipes; e 3) **incentivar a melhoria da qualidade**, a partir do alcance de metas no âmbito da APS.

Para o alcance desses objetivos, o PREFAPS estruturou-se em três componentes: Sustentabilidade, Expansão e Desempenho. Até 2022, a principal forma de monitoramento e avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS) da SES-RJ ocorria por meio dos indicadores do Componente Desempenho do PREFAPS. O conjunto de indicadores possuía como fontes os sistemas nacionais de informação e a avaliação ocorria quadrimestralmente, exceto para dois indicadores do rol, que eram avaliados anualmente. Em janeiro de 2023, foram publicizados 6 *cards*, elaborados para instrumentalizar as gestões municipais no alcance das metas dos indicadores do Componente Desempenho. Também foi publicizado o material técnico “Avaliação do Componente Desempenho do Programa Estadual de Financiamento da APS”, referente ao 3º quadrimestre de 2022.

No ano de 2023, no entanto, houve redução dos recursos previstos na LOA para a Atenção Primária à Saúde, mantendo recursos suficientes apenas para o Componente Sustentabilidade, excluindo os Componentes Expansão e Desempenho do financiamento estadual da APS ([Deliberação CIB RJ Nº 7.196, de 17 de abril de 2023](#), que referenda a Deliberação conjunta *ad referendum* [CIB RJ Nº 116/2023](#), que pactua o PREFAPS para o ano de 2023).

A seguir, é apresentada análise da série histórica recente do componente desempenho do PREFAPS, enfatizando os resultados alcançados no ano de 2022.

O indicador 1 – “Razão entre atendimentos médicos na APS e a estimativa de população coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF)” tem como objetivo estimar o acesso à APS, a partir da capacidade da oferta de consultas médicas. Para o ano de 2022, foi mantida a meta quadrimestral de 0,30. No terceiro quadrimestre de 2022, o ERJ alcançou o resultado de 0,31 consulta médica/hab.

coberto pela ESF. Em comparação ao último quadrimestre de 2021, observa-se um aumento de 14,9% (0,27), mas uma redução de 18,4% quando comparado ao segundo quadrimestre de 2022 (0,38). Quanto ao indicador 2 – “Razão entre atendimentos de enfermeiros (as) na APS e a estimativa de população coberta pela Estratégia Saúde da Família”, o ERJ alcançou o resultado de 0,21 consulta de enfermeiros/hab. coberto pela ESF, o que representa um aumento de 5% em relação ao 3º de quadrimestre de 2021 (0,20) e uma redução de 25% em relação ao segundo quadrimestre de 2022 (0,28). Em ambos os períodos, a meta foi alcançada.

O indicador 3 – “Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal” tem como objetivo estimar o acesso ao pré-natal, a partir do número de consultas preconizado, e possui a meta quadrimestral de 75%. No terceiro quadrimestre de 2022, o ERJ alcançou o resultado de 75,9% de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal (aumento de 4,1%), em comparação ao terceiro quadrimestre de 2021 (72,9%). Quando comparado ao segundo quadrimestre de 2022, houve um aumento de 3,12% (alcance de 73,6%).

O indicador 4 – “Cobertura do estado nutricional” se propõe a medir o percentual da população no território com as medidas antropométricas aferidas e registradas, tendo por base a população estimada pelo Tribunal de Contas da União (TCU) para o ano de 2019. Esse indicador entrou para o rol de indicadores do PREFAPS no ano de 2022 e tem por meta o aumento de 5 pontos percentuais em relação à linha base de 2021, sendo o período de avaliação anual. O estado do Rio de Janeiro alcançou o resultado de 13, sendo a meta para o ano de 12,9 (superou a meta em 5,7%).

O indicador 5 – “Cobertura de triagem neonatal biológica no SUS” tem por objetivo fortalecer o Programa de Triagem Neonatal no estado do Rio de Janeiro, tendo a periodicidade de avaliação anual. Em 2020, o estado alcançou o resultado de 74,5%, em 2021, 74,8% (aumento de 0,4%) e, em 2022, 75,5% (aumento de 0,9%). Observa-se, portanto, uma tendência de aumento do indicador nesses três anos.

O indicador 6 – “Razão de atendimentos médicos e de enfermeiros (as) aos hipertensos na APS e a estimativa de adultos hipertensos cobertos pela Estratégia Saúde da Família” tem como objetivo estimar o acesso, acompanhamento e tratamento dos casos de hipertensão arterial sistêmica no âmbito da ESF. No terceiro quadrimestre de 2022, o ERJ obteve como resultado 0,58 consulta médica e de enfermeiro por adulto hipertenso coberto pela ESF, resultado 132% superior quando comparado ao período de setembro a dezembro de 2021. Em relação ao segundo quadrimestre de 2022, entretanto, houve uma queda de 12,1% (alcance de 0,66).

Com lógica e meta semelhante, mas com foco nas pessoas com diabetes, o indicador 7 – “Razão de atendimentos médicos e de enfermeiros (as) aos diabéticos na APS e a estimativa de adultos diabéticos cobertos pela Estratégia Saúde da Família” teve como resultado estadual no 3º quadrimestre de 2022, 0,78, desempenho 136,4% maior em relação ao terceiro quadrimestre de 2021 (0,33). Em relação ao 2º quadrimestre de 2022, entretanto, houve queda de 12,35% (alcance de 0,78).

No que se refere à Saúde Bucal na APS, para o ano de 2022, houve a pactuação de um novo indicador, 8 – “Razão entre tratamentos concluídos e estimativa de primeiras consultas odontológicas programáticas pelas equipes de Saúde Bucal na APS”. O objetivo de incorporação do indicador é analisar a cobertura da população que teve acesso e concluiu o tratamento odontológico

na APS do município, avaliando se as equipes mantêm uma boa relação entre acesso (número de primeiras consultas odontológicas programáticas) e resolutividade (número de tratamentos concluídos). A meta quadrimestral é de 0,50. No 1º quadrimestre de 2022, o ERJ obteve resultado de 0,56, 1,09 no segundo quadrimestre (aumento de 94,6%) e 1,61 no terceiro quadrimestre (aumento de 47,7%), superando a meta proposta nos três quadrimestres.

A tabela a seguir mostra os resultados dos indicadores do Componente Desempenho do PREFAPS, desde sua implantação, em 2019.

Tabela 58. Indicadores PREFAPS/Componente Desempenho

Indicador	Meta	2019			2020			2021			2022		
		Quadrimestre			Quadrimestre			Quadrimestre			Quadrimestre		
		1º	2º	3º	1º	2º	3º	1º	2º	3º	1º	2º	3º
1	0,30	0,28	0,31	0,27	0,21	0,24	0,28	0,25	0,30	0,27	0,25	0,38	0,31
2	0,20	0,16	0,18	0,17	0,14	0,16	0,21	0,17	0,21	0,20	0,18	0,28	0,21
3	75%	72	72,3	74,8	71,1	70,5	72,3	70,9	72,1	72,8	70,5	73,6	75,9
4	12,30	*	*	*	*	*	*	*	*	*	Anual	Anual	13,0
5	75%	**	**	**	Anual	Anual	74,5	Anual	Anual	74,80	Anual	Anual	75,5
6	0,35	0,44	0,42	0,32	0,25	0,26	0,27	0,21	0,28	0,25	0,30	0,66	0,58
7	0,35	0,54	0,49	0,36	0,28	0,32	0,33	0,25	0,34	0,33	0,41	0,89	0,79
8	0,50	***	***	***	***	***	***	***	***	***	0,56	1,09	1,61

*Indicador passou a ser monitorado pelo PREFAPS a partir de 2022.

**Indicador passou a ser monitorado pelo PREFAPS a partir de 2020.

***Indicador passou a ser monitorado pelo PREFAPS a partir de 2022.

Fonte: Elaboração própria.

Apesar de, no ano de 2023, 100% dos recursos do PREFAPS terem sido alocados no Componente Sustentabilidade, a SES-RJ entende a importância da manutenção do monitoramento e avaliação dos indicadores de desempenho que sinalizem o cenário da APS nos municípios do estado do Rio de Janeiro. Desta forma, a [Deliberação CIB-RJ Nº 7.298, de 15 de junho de 2023](#), pactuou a manutenção do monitoramento dos indicadores estratégicos de desempenho pela equipe da APS do estado do Rio de Janeiro e pelos municípios.

Espera-se que o conjunto de indicadores apoie as gestões municipais, melhorando a qualidade da atenção à saúde prestada e aprimorando continuamente os serviços ofertados para a população.

IV.1.3. Aplicabilidade do sistema e-SUS

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) foi instituído pelo Ministério da Saúde em 2013, como medida para melhoria e modernização do sistema de gerenciamento de informações. O SISAB substituiu o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e criou um sistema unificado, passando a integrar os sistemas de informação da Atenção Primária à Saúde (APS) e garantindo o registro individualizado através do Cartão Nacional de Saúde (CNS). Seu objetivo é qualificar a gestão da informação, atendendo às necessidades do cuidado na APS e

qualificando o atendimento à população. Os dados disponíveis neste relatório são oriundos dos sistemas da estratégia e-SUS APS, referidos como a Aplicação utilizada pelo serviço, que podem ser do tipo: Coleta de Dados Simplificada (CDS Online ou Offline), Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), Android® ou por meio de Sistema Próprio utilizando a tecnologia de transporte Apache THRIFT. Os dados registrados nesses sistemas são gerados com base no registro de todos os profissionais que compõem unidades de Atenção Primária no país, cujo conteúdo enviado à base de dados nacional é de responsabilidade dos municípios e do Distrito Federal.

Cenário de Implantação do e-SUS no ERJ

Os cenários do estado do Rio de Janeiro são bem diversificados quanto ao uso do sistema e-SUS APS. Podemos verificar o seguinte cenário por região:

Tabela 59. Cenários de implantação do e-SUS nas regiões de saúde e sistemas próprios do estado do Rio de Janeiro

Região de Saúde	e-SUS APS	Sistema próprio
Baía da Ilha Grande	100%	33%
Baixada Litorânea	88%	55%
Centro Sul	90%	27%
Médio Paraíba	75%	50%
Metropolitana I	100%	58%
Metropolitana II	85%	85%
Norte	62%	87%
Noroeste	100%	70%
Serrana	68%	56%

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB. Dado gerado em: 13 de julho de 2023.

De acordo com a informação obtida do SISAB sobre as aplicações utilizadas por região, conseguimos verificar que 85% dos municípios são informatizados e 42% não são.

Tabela 60. Aplicações utilizadas por região de saúde

Regiões de Saúde	CDS Offline		CDS Online		PEC		Sistema próprio		Android - ACS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Baía da Ilha Grande	3	100,0	3	100,0	2	66,7	1	33,3	2	66,7
Baixada Litorânea	5	55,6	8	88,9	3	33,3	5	55,6	3	33,3
Centro Sul	7	63,6	10	90,9	8	72,7	3	27,3	4	36,4
Médio Paraíba	3	25,0	9	75,0	9	75,0	6	50,0	7	58,3
Metropolitana I	7	58,3	12	100,0	10	83,3	7	58,3	8	66,7
Metropolitana II	4	57,1	6	85,7	6	85,7	6	85,7	5	71,4
Noroeste	3	21,4	14	100,0	8	57,1	7	50,0	7	50,0
Norte	2	25,0	5	62,5	4	50,0	7	87,5	4	50,0
Serrana	5	31,3	11	68,8	11	68,8	9	56,3	6	37,5
Total	39	42,4	78	84,8	61	66,3	51	55,4	46	50,0

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB. Dado gerado em: 13 de julho de 2023. Produção: dezembro de 2022.

IV.1.4. Saúde da Mulher

O estado do Rio de Janeiro conta com 52,8% de população feminina (8.477.499), de acordo com os resultados do universo do Censo 2022. Desse total, 55% (4.666.252) correspondem às mulheres em idade fértil (10-49 anos), e 20,8% às mulheres de 60 anos e mais (1.763.244). Por região de saúde a variação da população feminina total não é muito grande, com as regiões Metropolitana I e II liderando com 53%, e Baía da Ilha Grande e Noroeste nas últimas posições, com 51%. Por outro lado, há diferenças expressivas quanto às mulheres em idade fértil (MIF) e as maiores de 60 anos (60+): Baía da Ilha Grande e Norte são as regiões com maior proporção de MIF, com mais de 58%, enquanto Noroeste e Centro Sul não ultrapassam 53,4%. Já quanto às 60+, Metropolitana I e II e região Serrana ficam em torno de 22%, enquanto Baía da Ilha Grande, Norte e Baixada Litorânea não alcançam os 20%, com destaque para a Baía da Ilha Grande com apenas 16% de mulheres 60+.

Na perspectiva global de atenção à saúde das mulheres, foram sinalizados indicadores relacionados à prevenção de doença crônica transmissível (câncer de colo uterino induzido pela presença viral de HPV, diagnosticada precocemente pelo rastreamento colposcópico), bem como a prevenção de doença crônica não transmissível (câncer de mama diagnosticado precocemente pelo rastreamento mamográfico). Os indicadores analisados corroboram a necessidade de fortalecer a gestão local dos programas de controle dos cânceres de mama e do colo do útero, bem como de se investir na qualidade dos serviços, na capacitação profissional e em estratégias de mobilização social. Nessa linha, deve ser mantido o esforço para garantir a integridade quantitativa e qualitativa dos dados do SISCAN – Sistema de Informação do Câncer.

Ademais, a saúde sexual e reprodutiva foi contemplada com a prevenção da gravidez na adolescência, onde os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração encontram espaço privilegiado. Nesse sentido, a incorporação de novas tecnologias será benéfica para ampliar o acesso e diversificar esses métodos que podem ter especial impacto na prevenção da gravidez na adolescência. Por fim, no eixo da atenção obstétrica e perinatal, a qualificação da assistência pré-natal com um mínimo de sete consultas de pré-natal e as boas práticas no nascimento, reforçada pela redução das cesarianas desnecessárias, objetivam, em última análise, a redução da mortalidade materna – uma grande chaga social a ser combatida no estado do Rio de Janeiro.

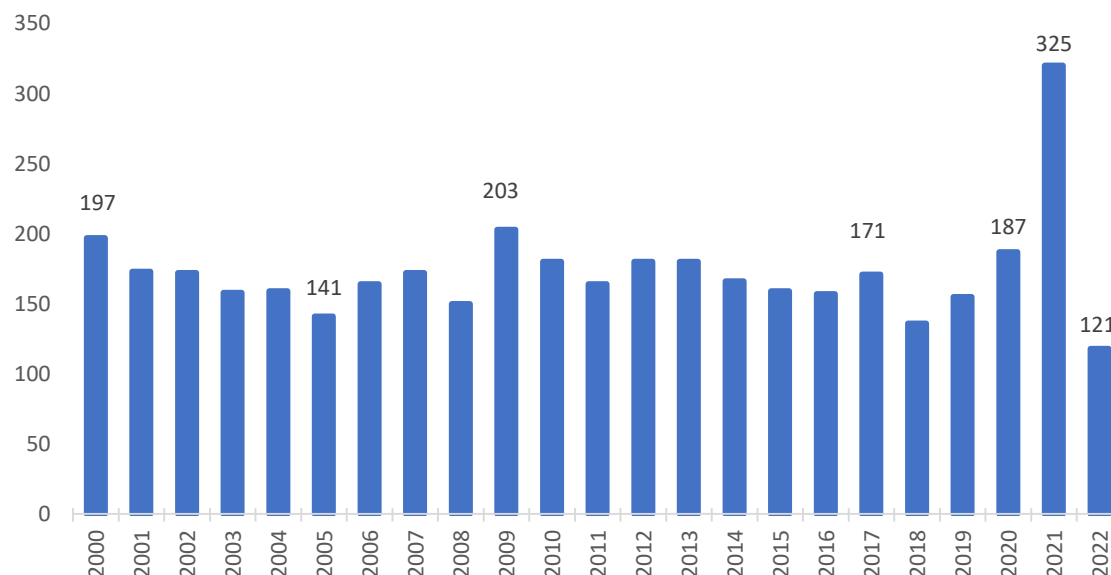
IV.1.4.1. Óbitos maternos

A redução da mortalidade materna no RJ é ainda um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo. O grande número de óbitos encontrado configura um grave problema de saúde pública, com maior prevalência entre mulheres das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais. Configura-se como uma das mais graves violações aos direitos humanos das mulheres, sendo uma tragédia evitável em 92% dos casos.

Para o ano de 2021, a meta pactuada para o número de óbitos maternos foi de até 150 óbitos. Segundo a série histórica, constata-se uma queda progressiva do número de óbitos maternos de 2012 a 2016. No período entre 2017 e 2019, o resultado oscilou, enquanto em 2020 e 2021 este indicador sofre marcante influência da pandemia de Covid-19. Dos 187 óbitos maternos ocorridos em

2020, 65 foram relacionadas ao Covid-19. Em 2021 houve 325 óbitos maternos, sendo 173 (53,2%) atribuídos ao Covid-19. Já no ano de 2022, o estado teve o registro de 121 óbitos maternos, sendo o menor número alcançado na série histórica.

Gráfico 58. Número de óbitos maternos no estado do Rio de Janeiro, 2000 a 2022.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Disponível em:

http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?taxas/sim_sinasc_razao_mortalidade_materna.def

Vigilância do Óbito Materno

Analisando as principais causas de óbitos maternos no ERJ, nos anos de 2021 e 2022, evidencia-se o quão significativas foram as doenças infecciosas como desfecho fatal no período gravídico-puerperal, muito embora as causas por hipertensão e hemorragia tenham se mantido em níveis equivalentes de um ano para outro. E, sendo todas estas evitáveis, reforça-se a necessidade de atualização dos profissionais que atuam nos serviços de atendimento ao parto e puerpério, para a percepção e o manejo imediato dos sinais e sintomas de agravamento da gestante. A série histórica de Mortalidade Materna no estado no século 21 demonstra certa estabilidade, embora num patamar relativamente alto (cerca de 160 óbitos), excetuados os anos epidêmicos (2009 pelo vírus H1N1 e 2020/2021 pelo SARS-COV2).

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) apresentou nesse mesmo período um valor médio de 72 mortes por 100.000 nascidos vivos, acima da média nacional (68) e da região Sudeste (60). O estado do Rio de Janeiro está atento aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, estando alinhado à agenda 2030 e comprometido em instar os esforços da gestão e da assistência a fim de se aproximar da meta de razão de morte materna de 30 para 100 mil nascidos vivos.

A literatura destaca como causas obstétricas diretas mais graves e ao mesmo tempo de maior potencial de evitabilidade: Hipertensão Gestacional; Hemorragias Obstétricas; Aborto; Gravidez Ectópica e Infecção Puerperal. Na tabela abaixo se pode perceber a participação ainda elevada (54%) desses cinco grupos no total de causas:

Tabela 61. Morte materna por causa básica, estado do Rio de Janeiro, 2022.

Causas	N	%	% Acumulado
Hipertensão Arterial Gestacional	22	18	18
Hemorragias Obstétricas	15	12	30
Abortos	12	10	40
Gravidez Ectópica	8	7	47
Infecção Puerperal	8	7	54
Doença Circulatória complicando a gravidez	12	10	64
Doença Respiratória complicando a gravidez	6	5	69
Morte Obstétrica não especificada	4	3,5	72,5
Tuberculose complicando a gravidez	4	3,5	76
Cardiomiopatia no puerpério	3	2,5	78,5
Embolia Obstétrica	3	2,5	80
Outras	24	20	100
Total	121	100	100

Fonte: SIM VEMM SES RJ

Os dois primeiros grupos - Hipertensão e Hemorragias - respondem por 30% do total. Quanto à distribuição geográfica, a tabela seguinte mostra que 41% dos óbitos maternos (49 óbitos) ocorreram no município do Rio de Janeiro e 22% (26 óbitos) nos demais municípios da região Metropolitana I, num total de 67% para esta região. Somados aos óbitos ocorridos na região Metropolitana II (11 óbitos), 76% dos óbitos maternos em 2022 ocorreram nas regiões metropolitanas, que concentram cerca de 72% de toda população do estado.

Tabela 62. Morte Materna por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2022.

Região de saúde	N	%	% Acumulado
Metropolitana I	81	67	67
Metropolitana II	11	9	76
Baixada Litorânea	11	9	85
Norte	8	7	92
Serrana	4	3,5	95,5
Médio Paraíba	3	2,5	98
Baía da Ilha Grande	2	1,5	99,5
Centro Sul	1	0,5	100
Total	121	100	100

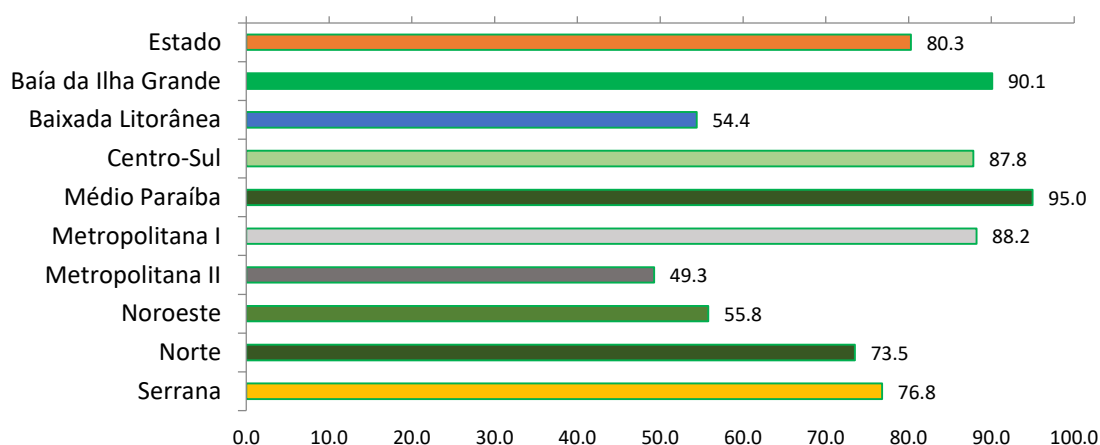
Fonte: SIM VEMM SES RJ. Obs: A região Noroeste não registrou óbito materno em 2022.

Não se discute mais se todos os óbitos maternos do estado do Rio de Janeiro serão investigados. A investigação de 100% dos óbitos maternos avança para o desafio de monitorar a *Proporção de Óbitos Maternos Investigados em Tempo Oportuno* (120 dias). Em 2022 apenas 81%

foram investigados neste prazo. O desafio é avançar nessa proporção e em quatro anos alcançar o percentual de 90% dos óbitos investigados em um prazo de até 120 dias.

Da mesma forma, salienta-se a importância epidemiológica da investigação de óbitos de mulheres em idade fértil nas instâncias da vigilância em saúde. A investigação nesse panorama é crucial na busca de casos subnotificados de morte materna. Vale salientar que, tanto a investigação dos casos de morte materna, quanto daqueles óbitos de mulheres em idade fértil, é igualmente avaliada por instâncias multiprofissionais em diferentes níveis da gestão, contando ainda com a participação do controle social: os Comitês de Prevenção e Controle da Morte Materna. Esses comitês, de atuação local e regional, articulam-se sob a égide do Comitê Estadual de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna, que se encontra em fase de reestruturação.

Gráfico 59. Percentual de óbitos de mulheres em idade fértil investigados por região de saúde, estado do Rio de Janeiro, 2022.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade, versão SIMWEB, Disponível em https://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/webtabx.exe?pacto/pactos_indic02_invobt.def

IV.1.4.2. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos

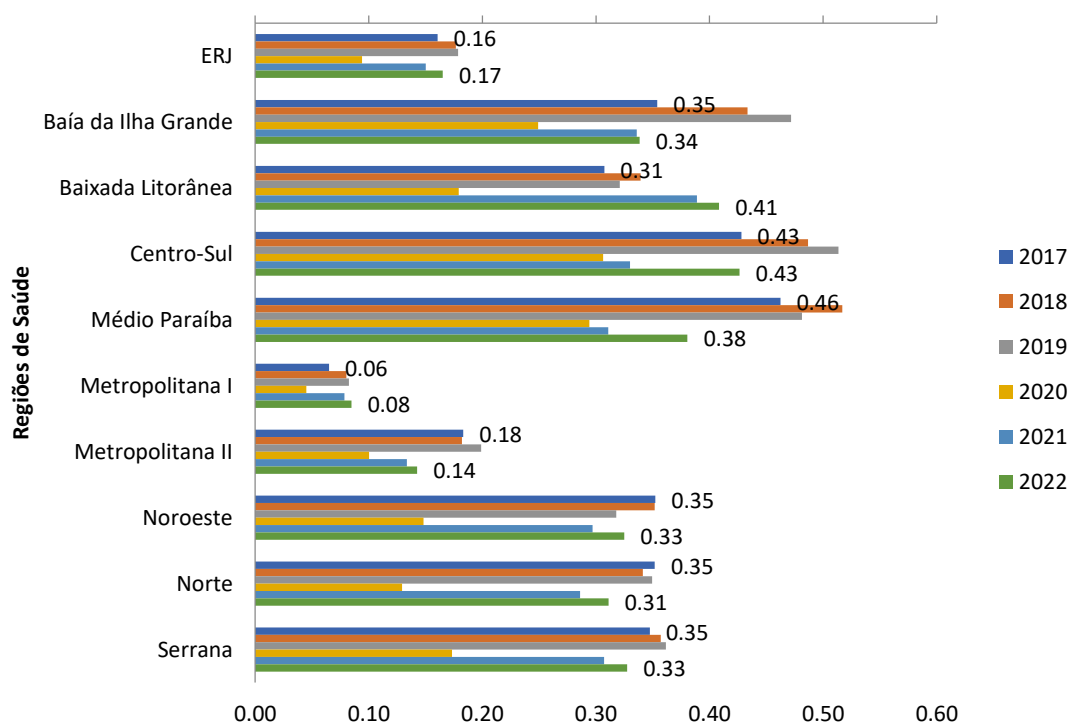
Considerando o cenário nacional de intensificação das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, o panorama apresentado revela que há avanços em algumas áreas, mas que o desempenho dos programas de rastreamento ainda tem pontos críticos a serem trabalhados, aprimorando ações e estratégias.

O indicador de razão permite avaliar se a quantidade de exames ofertada para a população-alvo foi suficiente para alcance da meta de cobertura de rastreamento. No contexto da pandemia de Covid-19, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), recomendou que os profissionais de saúde orientassem as mulheres que não procurassem os serviços de saúde para rastreamento de câncer e que as coletas de exame citopatológico fossem reagendadas. Com a redução da oferta desse serviço em 2020, foram executados 121.493 exames em 2021, um aumento

de 51% em relação ao ano anterior. Destacamos a região Norte, com um aumento de 281% em relação ao ano de 2020. A região Metropolitana II teve o pior desempenho de produção.

A meta estadual pactuada para este indicador no estado do Rio de Janeiro, em 2021, é 0,40, tendo sido alcançada a razão de 0,17. Não houve decréscimo no desempenho das regiões em comparação ao ano anterior; no entanto, somente as regiões Baixada Litorânea e Centro Sul atingiram a meta.

Gráfico 60. Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos por região de saúde, estado do Rio de Janeiro, 2017-2022.



Fonte: SIA/SUS-Sistema de Informações Ambulatoriais. Disponível em: http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?pacto/pactos_indic11_sia_anual.def Acesso em 11/07/2023.

IV.1.4.3. Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos

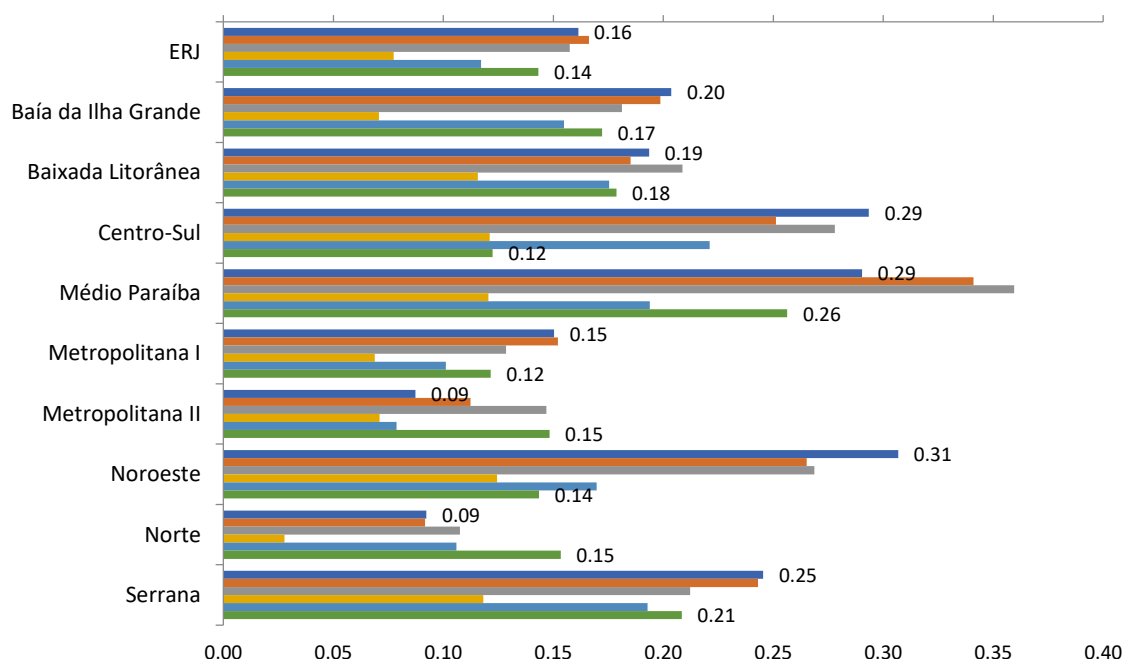
A recomendação do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama é a realização deste exame a cada dois anos nessa faixa etária, e do exame clínico das mamas a cada ano. A mamografia nessa faixa etária e a periodicidade bienal são as rotinas adotadas na maioria dos países que implantaram o rastreamento organizado do câncer de mama, e baseiam-se na evidência científica do benefício dessa estratégia na redução da mortalidade nesse grupo.

Considerando a redução da oferta desse serviço em 2020, conforme já citado anteriormente, foram executados 250.426 exames em 2021, configurando um aumento de 60% em relação ao ano

anterior. Destacamos a região Norte, com um aumento de 121% em relação ao ano de 2020. As regiões Médio Paraíba e Centro Sul tiveram o menor desempenho de produção.

A meta estadual pactuada no estado do Rio de Janeiro o ano de 2021 foi de 0,18. No ano de 2022, a razão alcançada pelo estado foi 0,14, um pequeno aumento em relação ao ano anterior. Apenas as regiões Baixada Litorânea, Médio Paraíba e Serrana atingiram a meta.

Gráfico 61. Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos, por região de saúde, estado do Rio de Janeiro, 2018-2022



Fonte: SIA/SUS. Sistema de Informações Ambulatoriais. Disponível em:

http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?pacto/pactos_indic12_sia_anual.def Acesso em 11/07/2023.

IV.1.5. Saúde da Criança

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída pela [Portaria Nº 1.130 de 5 de agosto de 2015](#) publicada pelo Ministério da Saúde (MS), visa promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e proporcionar um ambiente facilitador à vida, com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.

A redução da mortalidade infantil, especialmente de seu componente neonatal, é parte essencial dos esforços para reduzir a mortalidade infantil e está incluída como uma meta da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, lançada em 2015 pelas Nações Unidas. O terceiro Objetivo de Desenvolvimento Sustentável inclui “Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos em todos os países; e reduzir a mortalidade neonatal para

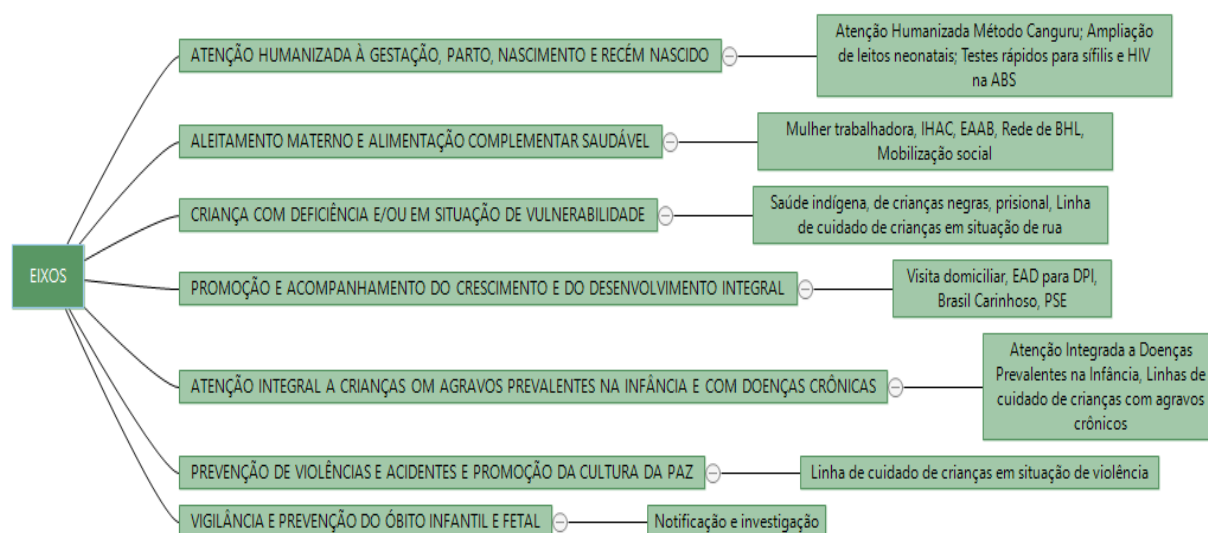
peelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos”.

Evidências científicas mostram que qualificar o cuidado pré-natal, as boas práticas do parto e nascimento, fortalecer as ações que propiciam e apoiam o aleitamento materno, alimentação complementar saudável e o desenvolvimento infantil saudável ajudam a promover um bom começo de vida, como base para toda a vida (PNAISC, 2015; LANCET, 2016).

As ações de fortalecimento e qualificação dos profissionais para o acompanhamento da puericultura, usando como instrumento a Caderneta da Criança e com foco no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e registro adequado nos gráficos e tabelas, de forma a monitorar e prevenir a desnutrição e obesidade e os atrasos no desenvolvimento infantil, são essenciais para o seguimento das crianças desde a alta da maternidade.

A PNAISC é estruturada em sete eixos estratégicos de ações compartilhadas com diferentes áreas, como se observa na figura a seguir.

Figura 36. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)



Fonte: Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html e <https://central3.to.gov.br/arquivo/494643/> Obs: Figura adaptada da publicação da Política de Atenção Integral à Saúde da Criança: Orientações para implementação (MS, 2018).

A redução das taxas de mortalidade neonatal é uma meta global, mas o progresso tem sido mais difícil em países com taxas mais elevadas. No cenário da pandemia de Covid-19, houve aumento dos números, tornando as metas ainda mais difíceis de serem alcançadas principalmente em países como o Brasil, que foram fortemente atingidos pela pandemia.

O Comitê Técnico Executivo do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal do estado do Rio de Janeiro, ainda sem ter sido efetivamente reativado, tem realizado esta análise da mortalidade, a partir dos dados dos sistemas de informação SIM e SINASC.

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), frequência de óbitos dos menores de um ano de idade por mil nascidos vivos, é um dos indicadores mais sensíveis para avaliação da situação de saúde e condições de vida da população, considerado por muito tempo como um indicador global de saúde. As ameaças à vida da criança no primeiro ano de vida envolvem as vulnerabilidades vividas na gestação, no parto, no período neonatal e pós neonatal. As desigualdades na distribuição de renda, acesso aos recursos de saúde, saneamento básico, educação e outras variáveis representam riscos diferenciados de morte nos diversos estratos sociais.

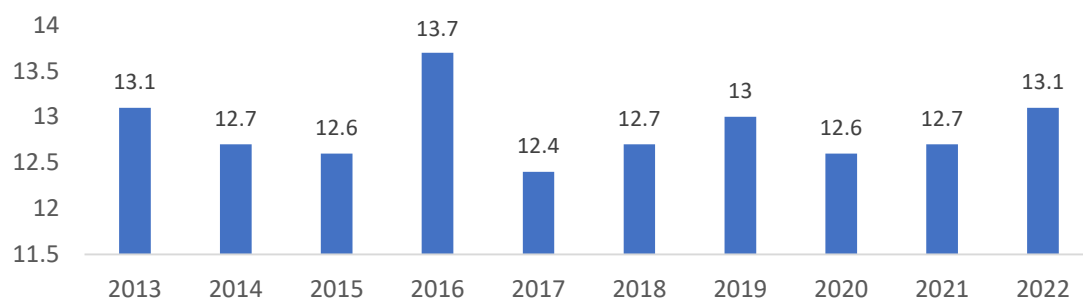
IV.1.5.1. Taxa de Mortalidade Infantil e Componentes

Na série histórica dos últimos dez anos da taxa de mortalidade infantil (gráfico 58), constata-se uma queda progressiva no triênio 2013-2015. Houve um aumento significativo em 2016, por ocasião da epidemia por Zika Vírus. O Boletim Informativo do PROADESS nº 3 de agosto/2018 aponta situação semelhante no país, informando que a TMI, após manter uma tendência de diminuição do ano de 2000 até 2015, passando de 26,1 para 13,3/1.000 NV, alcançou 14/1.000 NV em 2016, associada mais à diminuição do número de nascidos vivos (-5,3%, em grande parte decorrente da epidemia de Zika), do que ao aumento absoluto do número de óbitos nessa faixa etária (-3,1%). No estado, também ocorreu uma diminuição no número de nascidos vivos (-7,52%), e acredita-se que pelas mesmas causas (epidemia de Zika). Não houve alteração significativa no número de óbitos (aumento de 11 óbitos). Entre 2017 e 2022 há pequenas oscilações (aumentos e descensos graduais a cada três anos).

O maior desafio é reduzir a mortalidade neonatal, responsável por quase 70% dos óbitos evitáveis. Esta se relaciona principalmente ao aumento da cobertura e qualidade da atenção ao pré-natal além da adequada oferta de leitos UTIN, UCINCo e UCINCa, com adoção de boas práticas de assistência neonatal (como aleitamento materno, Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Bancos de Leite Humano).

De acordo com os dados do CNES, há déficit em números de leitos de UTIN nas regiões da Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea e Metropolitana II e de leitos UCINCo e UCINCa praticamente em todas as regiões (figura 37).

Gráfico 62. Taxa de Mortalidade Infantil, estado do Rio de Janeiro, 2013-2022.



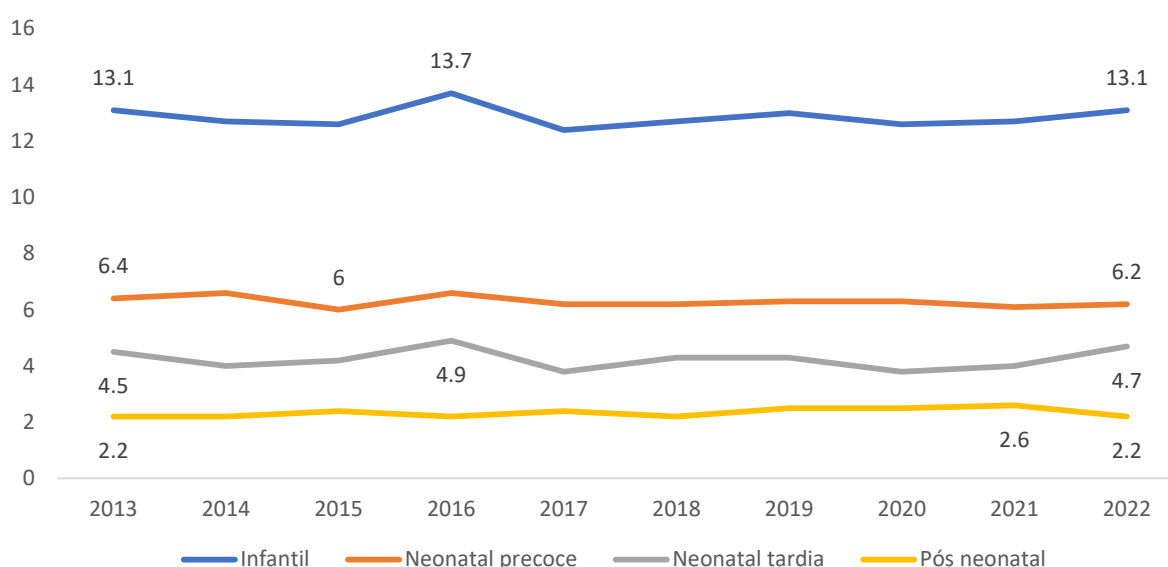
Fonte: https://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/webtabx.exe?taxas/sim_sinasc_taxas_mortalidade_infantil.def SES-RJ. Situação da base estadual em 03/01/2023, com óbitos ocorridos até dezembro/2022.

Figura 37. Distribuição de nascidos vivos, leitos neonatais e estimativa das necessidades por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2022.

Região de Saúde	Nascidos Vivos		UTIN			UCINCo			UCINCa		
	Residência	Ocorrência	Necess	Exist	Dif	Necess	Exist	Dif	Necess	Exist	Dif
Baía da Ilha Grande	3.134	2.888	6	4	-2	6	0	-6	3	0	-3
Baixada Litorânea	10.460	9.471	19	0	-19	19	0	-19	9	0	-9
Centro Sul	3.584	4.446	9	10	1	9	8	-1	4	4	0
Médio Paraíba	9.299	9.382	19	36	17	19	2	-17	9	0	-9
Metropolitana I	108.406	108.037	216	267	51	216	177	-39	108	41	-67
Metropolitana II	19.936	19.890	40	15	-25	40	8	-32	20	4	-16
Noroeste	3.890	3.860	8	8	0	8	0	-8	4	0	-4
Norte	11.650	12.235	24	28	4	24	20	-4	12	10	-2
Serrana	10.006	10.083	20	10	-10	20	16	-4	10	5	-5
Estado do RJ	180.379	180.292	361	378	17	361	231	-130	180	64	-116

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES e SINASC

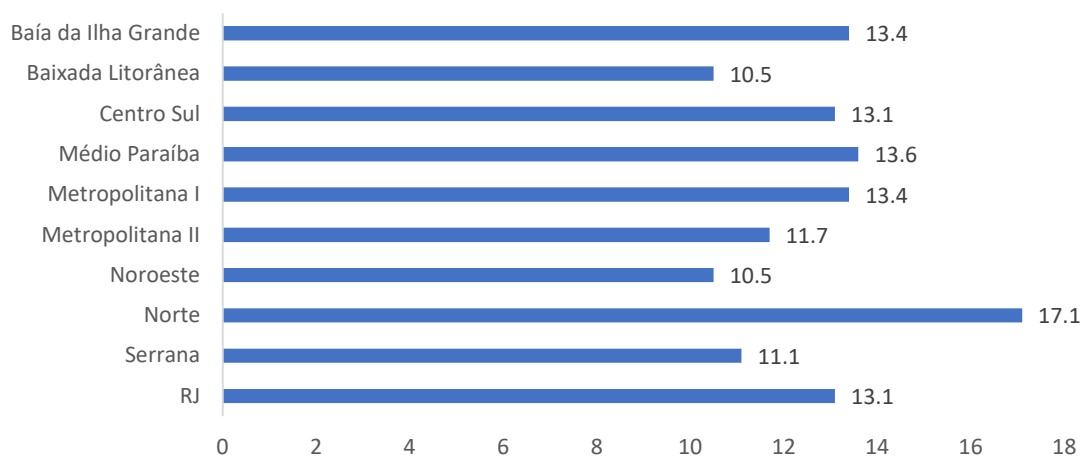
Gráfico 63. Evolução da taxa de mortalidade infantil e seus componentes, estado do Rio de Janeiro-2013-2022



Fonte: SIM e SINASC. Dados extraídos do Tabnet, disponíveis em https://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/webtabx.exe?pacto/pactos_indic15_sim_sinasc.def SES-RJ - SES-RJ. Situação da base estadual em 03/01/2023.

A análise da Taxa de Mortalidade Infantil por região de saúde para o ano de 2022 demonstra que as regiões Baixada Litorânea e Noroeste apresentaram a menor taxa, e que as regiões Norte, Médio Paraíba, Baía de Ilha Grande e região Metropolitana I foram responsáveis pelos maiores índices.

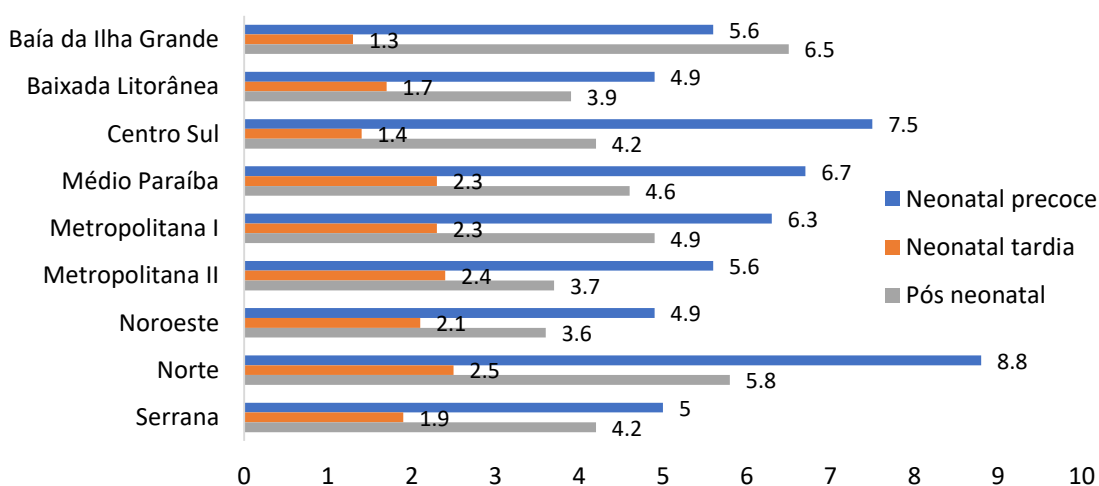
Gráfico 64. Taxa de Mortalidade Infantil por regiões do estado do Rio de Janeiro ano 2022



Fonte: SIM e SINASC. Situação da base estadual em 03/01/2023 e disponíveis no TABNET SES-RJ
http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/webtabx.exe?taxas/sim_sinasc_taxas_mortalidade_infantil.def

No ano de 2022, a TMI em todas as regiões teve no componente neonatal a maior proporção de óbitos infantis, com exceção da Baía de Ilha Grande, onde o componente pós neonatal foi o mais importante.

Gráfico 65. Taxa de Mortalidade Infantil por componentes e região de saúde, 2022



Fonte: SIM e SINASC. Situação da base estadual em 03/01/2023 e disponíveis no TABNET SES-RJ -
http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?taxas/sim_sinasc_taxas_mortalidade_infantil.def

A taxa de mortalidade perinatal é calculada a partir do número de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de idade e de óbitos fetais com 22 semanas ou mais de gestação, pela soma de nascidos vivos e de óbitos fetais com 22 semanas ou mais de gestação. A Ficha de Qualificação do Indicador de Mortalidade Perinatal, da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), recomenda

somar, tanto ao numerador como ao denominador desta taxa, o número de óbitos fetais com idade gestacional ignorada ou não preenchida, considerando a subnotificação de óbitos fetais e a precariedade da informação disponível sobre a duração da gestação.

De acordo com a tabela 63 a seguir, a análise da distribuição de causas segundo critérios de evitabilidade demonstra que a maior parte dos óbitos perinatais (52,6%) poderia ter sido evitada por melhorias na atenção ao pré-natal, parto e nascimento. Constatou-se, portanto, que 69,1% dos óbitos em menores de um ano são considerados evitáveis.

A distribuição proporcional da mortalidade infantil por grupos de causas demonstra a predominância das afecções perinatais, seguida de malformações congênitas, evidenciando, portanto, a necessidade de atenção à assistência ao pré-natal ao parto e ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde.

Na análise dos tipos predominantes de afecções perinatais, constata-se o predomínio de desconforto respiratório e a septicemia, afecções estas, em sua maioria, evitáveis por meio de medidas adequadas na assistência.

Tabela 63. Distribuição percentual de óbitos perinatais e em menores de 1 ano por causas evitáveis - ano 2022 - estado do Rio de Janeiro

Evitáveis	Infantis	
	N	%
Reduzíveis pelas ações de imunização	4	0,17
Reduzíveis por atenção à mulher na gestação	664	28
Reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto	216	9,1
Reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido	362	15,3
Reduzíveis por ações, diagnóstico e tratamentos adequados.	203	8,6
Reduzíveis por ações de promoção vinculadas às ações de atenção.	188	7,9
Mal definidas	46	1,9
Demais causas (não claramente evitáveis)	685	29
Total de causas evitáveis	1.637	69,1
Total de óbitos em menores de 1 ano	2.368	100

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM: 2011 em diante: SES-RJ. Situação da base estadual em 14/08/2023. Disponível em: <http://sistemas.saude.rj.gov.br/scripts/tabcgi.exe?sim/infantis.def>

A análise dos dados epidemiológicos sobre a mortalidade infantil no estado do Rio de Janeiro permite a constatação de grande quantidade de óbitos evitáveis, evidenciando a necessidade de medidas de acompanhamento e controle junto às regiões e municípios.

O aumento da mortalidade pós-neonatal, especialmente em algumas regiões, acende um alerta sobre a necessidade de fortalecimento e qualificação das ações realizadas pela Atenção Primária à Saúde e o acompanhamento destas crianças. Ações estratégicas de saúde como imunização, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, alimentação complementar saudável, controle das diarreias e controle das pneumonias estão entre as ações que já se mostraram efetivas para a redução da mortalidade infantil, pelo componente pós-neonatal, nas décadas de 1970 e 1980. Iniciativas conjuntas e integradas entre a Área Técnica de

Saúde da Criança e a Área Técnica de Aleitamento Materno, Educação em Saúde e Área Técnica de Alimentação e Nutrição, como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação, Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil e a qualificação do uso da Caderneta da Criança, como instrumento de avaliação do crescimento e desenvolvimento e o fortalecimento da puericultura na Atenção Primária, são ações estratégicas a serem implementadas.

Outras informações acerca da mortalidade infantil, desagregadas por sexo e raça/cor da pele foram apresentadas na seção II – Perfil de Morbimortalidade.

IV.1.5.2. Investigação de óbitos infantis e fetais

A [Portaria GM/MS nº 72, de 2010](#), estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o SUS. Observa-se, na tabela 64, que o percentual dos óbitos infantis e fetais investigados vem oscilando nas regiões de saúde, sugerindo um possível reflexo da dificuldade das secretarias municipais em manterem equipes de vigilância qualificadas e destinadas a este fim.

O Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Infantil e Fetal do estado do Rio de Janeiro (CEPMIF/RJ) está em fase de reativação, aguardando publicações das resoluções. Coloca-se como uma estratégia de melhoria na organização da assistência à saúde para a redução das mortes preveníveis, bem como melhoria dos registros sobre a mortalidade, com o objetivo de dar visibilidade, acompanhar e monitorar os óbitos infantis e fetais, identificar os fatores de risco e propor intervenções para redução da mortalidade.

Tabela 64. Percentual dos óbitos infantis e fetais investigados entre 2013 e 2022 nas regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro

Região de Saúde	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Baía da Ilha Grande	40,6	69,0	90,2	95,1	95,2	97,5	82,6	65,6	81,8	78,4
Baixada Litorânea	65,1	63,7	76,2	70,5	88,7	67,9	72,0	47,0	59,7	66,8
Centro Sul	83,8	88,6	92,0	83,7	86,3	88,9	90,6	74,2	92,7	83,9
Médio Paraíba	98,4	88,0	94,9	97,4	97,6	96,4	95,7	85,6	89,4	94,5
Metropolitana I	68,9	66,4	71,4	66,8	62,4	73,2	81,1	72,9	76,8	73,9
Metropolitana II	67,0	53,1	74,1	73,2	81,9	81,6	94,7	92,8	94,2	91,7
Noroeste	58,9	63,7	64,9	73,0	66,7	55,4	59,4	23,1	60,2	69,9
Norte	94,4	93,8	96,3	96,8	96,9	94,1	78,5	63,4	81,4	94,2
Serrana	62,2	52,2	66,6	65,8	69,0	66,7	59,4	45,0	54,7	52,9
Estado do Rio de Janeiro	70,9	67,3	74,8	71,7	70,9	76,2	80,8	71,4	77,6	76,7

Fonte: SIM e SINASC. Situação da base estadual em 03/01/2023 e disponíveis no TABNET SES-RJ http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/webtabx.exe?investigobito/investigobito_mes.def

IV.1.5.3. Triagem neonatal

A [Lei Federal nº 14.154/2021](#), de 26 de maio de 2021, altera a [Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990](#) (Estatuto da Criança e do Adolescente), para aperfeiçoar o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), por meio do estabelecimento de rol mínimo de doenças a serem rastreadas pelo teste do pezinho. Em consonância, a [Deliberação CIB nº 6.954, de 15 de setembro de 2022](#), que referenda a deliberação conjunta *Ad Referendum* [CIB RJ nº 96 de 19 de agosto de 2022](#), pactua a ampliação do Programa de Triagem Neonatal do estado do Rio de Janeiro (PTN-RJ), no âmbito do Sistema Único de Saúde no estado do Rio de Janeiro.

A ampliação do Programa de Triagem Neonatal no estado leva em consideração a capacidade de execução pelo PTN-RJ e é escalonada em fases. As demais fases de ampliação do PTN-RJ seguirão em progressão, em conformidade com cronograma e publicações do Ministério da Saúde. O escopo das doenças a serem triadas no âmbito do PTN-RJ deve ser revisado periodicamente com base em evidências científicas e em conformidade com as diretrizes do PNTN, considerando os benefícios do rastreamento, do diagnóstico e do tratamento precoce. A Fase 1 da ampliação teve início em setembro de 2022, incluindo a toxoplasmose congênita no rol das doenças triadas.

As doenças triadas no Programa de Triagem Neonatal do ERJ atualmente são: hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita, deficiência de biotinidase, toxoplasmose congênita e hemoglobinopatias (inclusive a doença falciforme).

Tabela 65. Cobertura da Triagem Neonatal de Matriz Biológica – Teste do Pezinho- 2018-2021

Ano	Nascidos Vivos	Total de crianças triadas *	Cobertura
2018	220.526	158.662	72%
2019	208.239	157.789	76%
2020	199.125	148.423	75%
2021	187.853	141.942	76%
2022	180.296	134.832	75%

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC: Situação da base estadual em 10/07/2023, com nascimentos ocorridos até julho/2023.

*Somente pelo SUS.

O diagnóstico precoce da doença falciforme, que afeta principalmente a população negra, é obtido na triagem neonatal, que tem uma cobertura média de 75% no estado. Segundo dados do Ministério da Saúde, o estado do Rio de Janeiro apresenta a incidência de 4,51 novos casos de doença falciforme por 10.000 nascidos vivos e ocupa a sétima posição no país. Na tabela a seguir, observa-se que a cobertura da triagem neonatal vem se mantendo estável no nível de 75% desde 2019. Observa-se ainda uma queda no número absoluto de crianças triadas no ano de 2022, que acompanha a queda no número de nascidos vivos.

Tabela 66. Número de nascidos vivos, crianças triadas, cobertura do serviço de referência em triagem neonatal (SRTN) e número de casos com diagnóstico de hemoglobinopatias confirmado no estado do Rio de Janeiro entre 2018 e 2022.

Ano	Nascidos vivos	N. de crianças triadas	Cobertura da triagem	Casos de hemoglobinopatias triados pelo SRTN
2018	220.531	158.662	71,9%	123
2019	208.253	157.789	75,8%	158
2020	199.131	148.423	74,5%	138
2021	189.885	141.942	74,8%	128
2022	180.296	134.832	74,8%	93
Total	998.096	741.648	74,3% (média)	640

Fonte: SRTN – APAE 2018-2022 atualizado em julho 2023.

Os dados da triagem neonatal para as hemoglobinopatias ao longo dos meses estão disponíveis no sítio: https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/e425873e-1536-4729-bc81-baca21382d8d/page/p_qjmohwl20c?s=r9SRIWvNza4. Contudo, não há dados desagregados para raça/cor na triagem neonatal, e ainda não há série histórica para dados referentes ao traço falciforme devido à falta de registros sistemáticos pelos municípios.

IV.1.6. Alimentação, nutrição e aleitamento materno

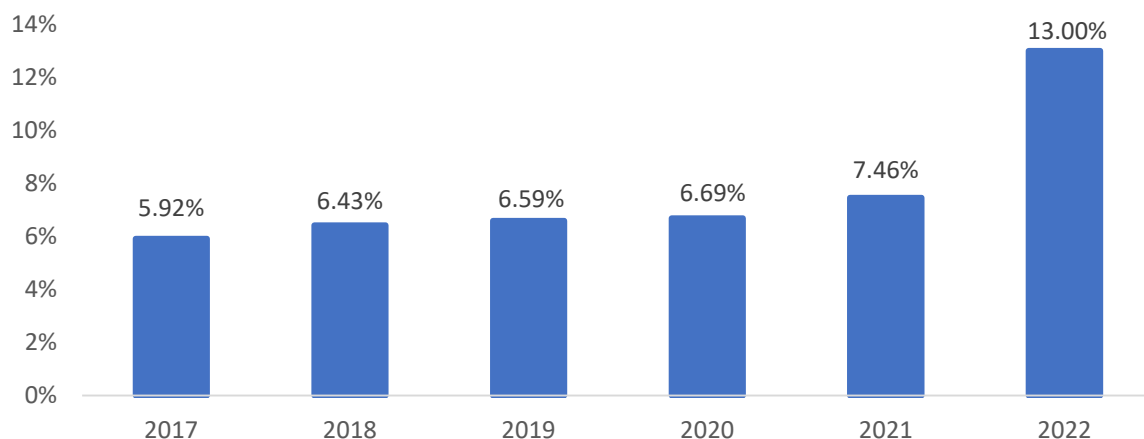
O conceito de Segurança Alimentar e Nutricional traz a dimensão fundamental de acesso aos alimentos, mas também sobre a qualidade dos alimentos consumidos e os resultados deste consumo na situação de saúde da população. Desta forma, apresentamos dados de um diagnóstico situacional da população, destacando aspectos importantes como o baixo peso e o excesso de peso (soma das diversas classificações de sobrepeso e obesidade, segundo faixa etária). O uso desta classificação contribui para a comparação entre territórios. Estes dados são calculados a partir do Índice de Massa Corporal (IMC) e os parâmetros são definidos de acordo com o ciclo de vida (WHO, 2006; BRASIL, 2011).

IV.1.6.1. Cobertura de estado nutricional – antropometria

No que se refere à antropometria, as coberturas de estado nutricional são obtidas por meio dos registros do peso e altura dos indivíduos nos sistemas de acompanhamento do SUS (e-SUS, Bolsa Família e SISVAN). Esse indicador é importante para o monitoramento da situação alimentar e nutricional, apoiando os profissionais de saúde para o diagnóstico local das condições e agravos alimentares e nutricionais, identificando fatores de risco ou proteção para as condições de saúde da população atendida nos serviços. Sendo assim, busca-se aumentar essa cobertura no território, para que o cenário de situação alimentar e nutricional seja o mais próximo da realidade local.

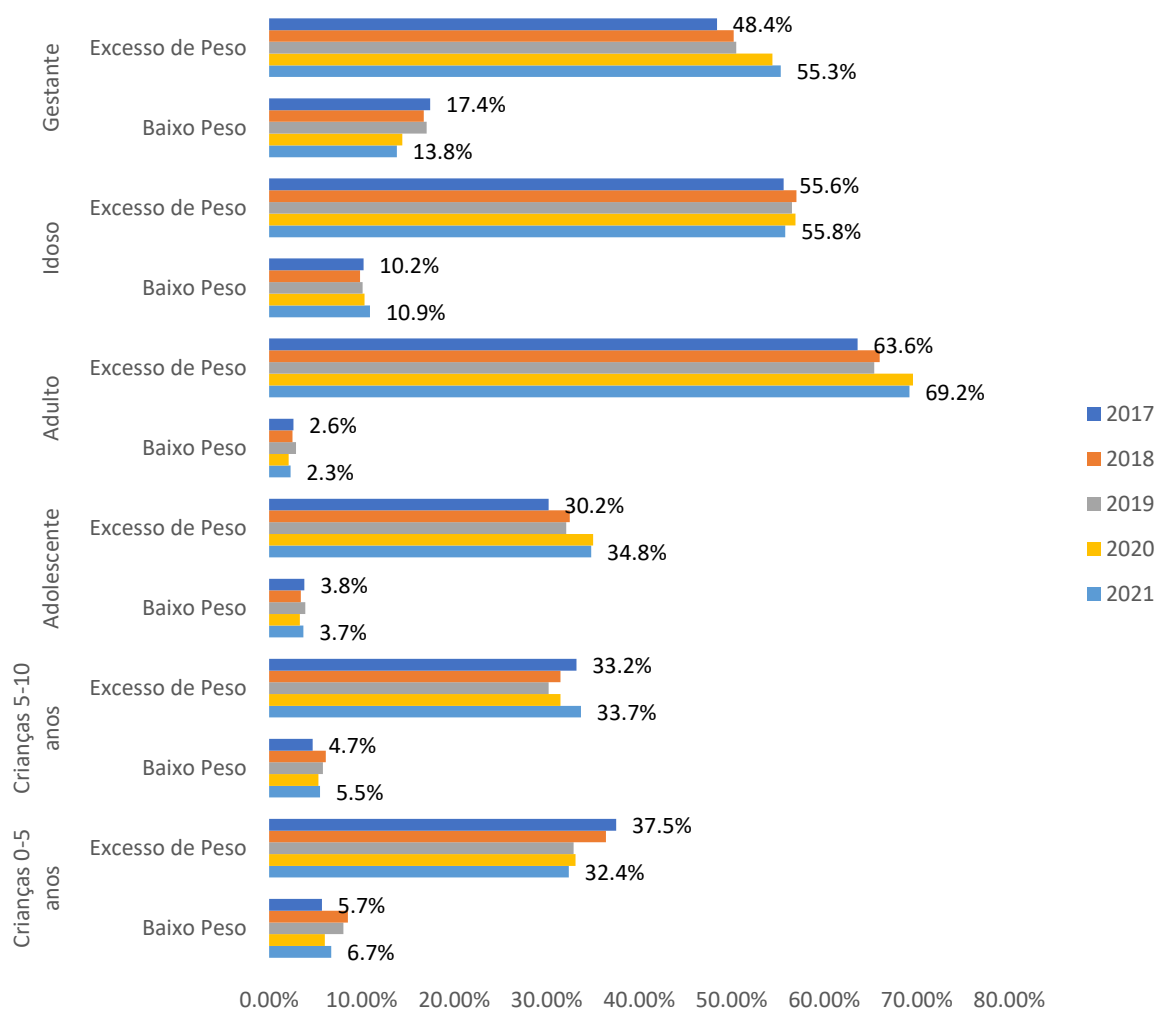
As coberturas antropométricas no ERJ são baixas em geral, mas apresentaram tendência de aumento, mesmo durante a pandemia, conforme demonstrado na série histórica a seguir.

Gráfico 66. Antropometria - Percentual de cobertura 2017-2022



Fonte: SISVAN e DATASUS – Estimativa populacional TCU* (2017-2019)

Gráfico 67. Prevalência de baixo peso e excesso de peso no estado do Rio de Janeiro, 2017-2021



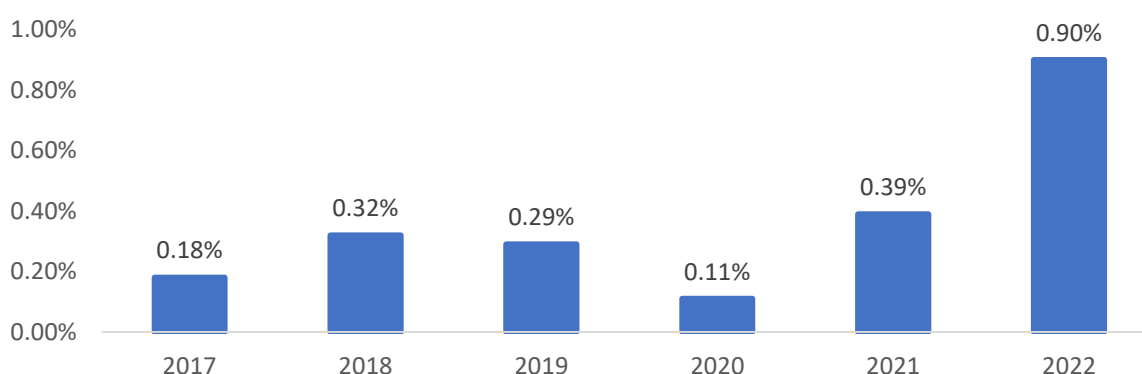
Fonte: SISVAN e DATASUS – Estimativa populacional TCU* (2017-2019)

IV.1.6.2. Cobertura de estado nutricional – consumo alimentar

As coberturas de estado nutricional no ERJ, no que se refere ao consumo alimentar, são baixas de uma forma geral. Esse indicador se propõe a medir o percentual da população no território com registro dos marcadores de consumo alimentar dos indivíduos nos sistemas de acompanhamentos do SUS (e-SUS e SISVAN), tendo por base a população estimada pelo TCU para o ano anterior.

O consumo alimentar saudável é um dos determinantes do estado nutricional e relaciona-se à saúde em todas as fases da vida.

Gráfico 68. Cobertura (%) SISVAN RJ - Consumo Alimentar



Fonte: SISVAN e DATASUS – Estimativa populacional TCU*

Apesar da cobertura ascendente, somente 1% da população foi submetida a alguma avaliação. O aumento dessa cobertura é importante para o monitoramento das práticas de consumo alimentar, como parte da Vigilância Alimentar e Nutricional, além de ser subsídio para o processo de cuidado individual. Esse indicador colabora com o diagnóstico da situação alimentar e nutricional, favorecendo o planejamento e a organização do cuidado da população do território.

IV.1.6.3. Cobertura de condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família

O Programa Bolsa Família (PBF), criado em 2004, destina-se à transferência direta de renda, condicionada ao cumprimento de compromissos na saúde, educação e assistência social, chamados de condicionalidades. As famílias em situação de pobreza e extrema pobreza podem ter maior dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de saúde. O objetivo das condicionalidades do programa, portanto, é garantir a oferta das ações básicas à população mais vulnerável, contribuindo para a sua inclusão social.

Na saúde, as condicionalidades compreendem os serviços para a realização do pré-natal pelas gestantes, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e a imunização das

crianças menores de 7 anos. Assim, as beneficiárias mulheres com idade entre 14 e 44 anos e crianças menores de sete anos de idade deverão ser assistidas por uma equipe de saúde da família, por agentes comunitários de saúde e por unidades básicas de saúde, que ofertarão os serviços necessários ao cumprimento das ações de responsabilidade da família.

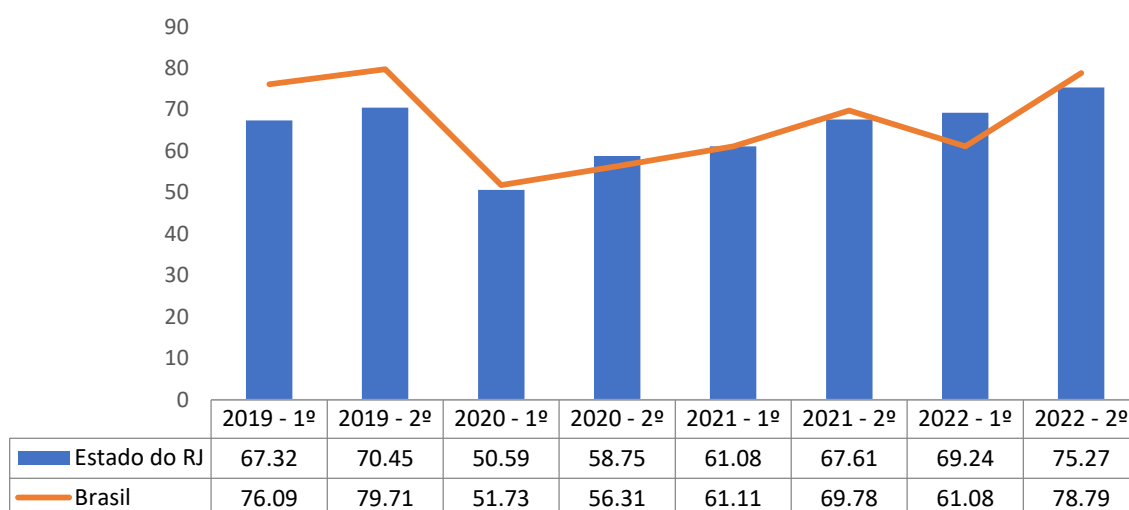
Em 2021, o Programa Bolsa Família foi substituído pelo Programa Auxílio Brasil, por meio da Lei 14.284/2021. Em 2023, no entanto, a Medida Provisória 1.164/2023 instituiu, novamente, o PBF. Durante a mudança do programa na gestão federal, os indicadores continuaram sendo acompanhados, sem interrupção.

Tabela 66. Programa Bolsa Família/Auxílio Brasil

Ano	Vigência	Geral	Crianças	Gestantes	Indígenas	Quilombolas
2018	2ª vigência	68,43%	60,32%	6,34%	85,02%	74,16%
2019	1ª vigência	67,32%	57,97%	5,49%	76,04%	77,31%
	2ª vigência	70,45%	60,98%	98,02%	64,24%	71,66%
2020	1ª vigência	50,59%	33,78%	99,66%	81,41%	56,22%
	2ª vigência	58,75%	43,28%	109,38%	85,67%	60,94%
2021	1ª vigência	61,11%	42,42%	106,56%	84,92%	66,07%
	2ª vigência	67,61%	53,60%	109,67%	86,74%	77,26%
2022	1ª vigência	69,84%	49,40%	154%	83%	75,17%
	2ª vigência	75,27%	52,03%	148,99%	80,1%	80,12%

Fonte: <https://auxiliobrasil.saude.gov.br/relatorio/consolidado>, acesso em 14/07/23.

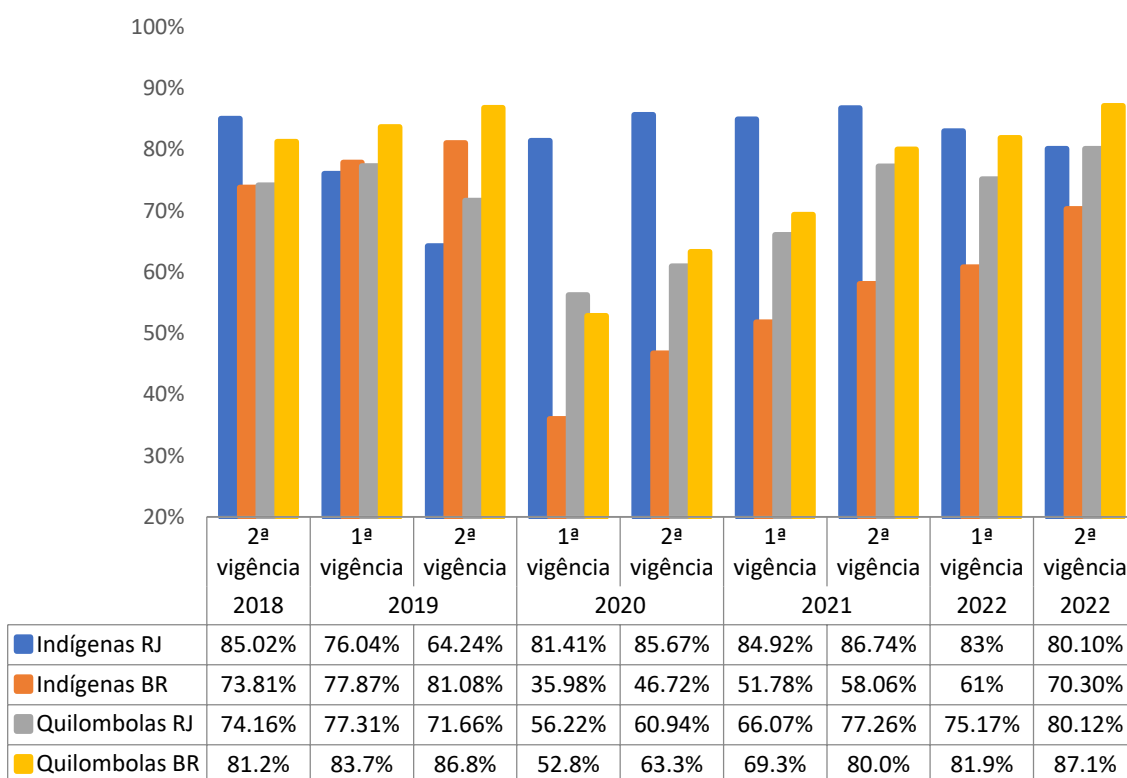
Gráfico 69. Cobertura do Programa Bolsa Família/Auxílio Brasil (geral) – 1ª vigência/2020 -2ª vigência/2022 – público geral



Fonte: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>

O ERJ estava com um movimento de crescimento das coberturas em 2019, e, após a queda na primeira vigência de 2020 (início da pandemia de Covid-19), retomou o crescimento. É importante sinalizar que, durante a pandemia, o estado obteve coberturas expressivas no público de crianças, população indígena e quilombola, ao se comparar com outros estados. Quando comparamos os dados do estado no país, vemos que precisamos continuar o trabalho voltado para esse público específico para mantermos as boas coberturas para ambos os públicos, conforme gráfico a seguir.

Gráfico 70. Percentual de cobertura PBF/PAB Saúde - Populações Indígenas e Quilombolas do estado do Rio de Janeiro e Brasil - 2018-2022



Fonte: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>

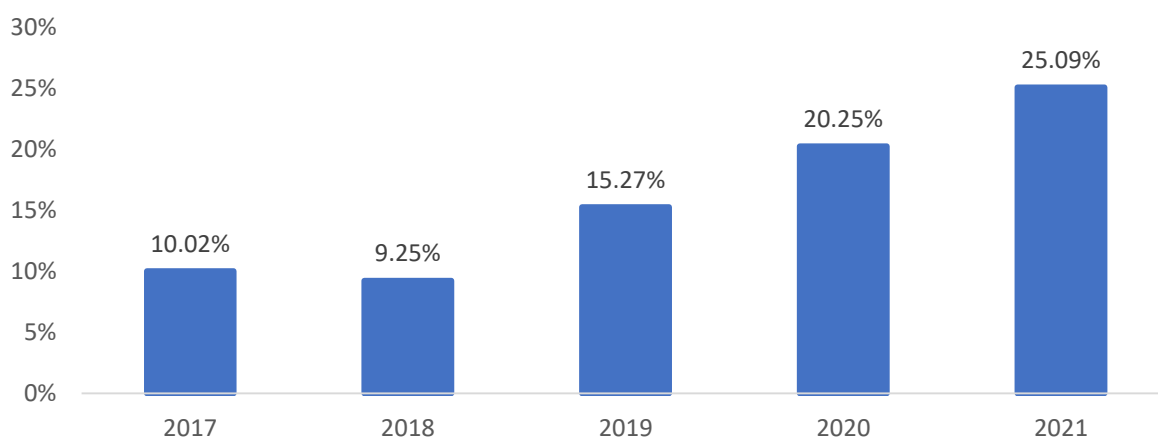
IV.1.6.4. Cobertura de suplementação de vitamina A para crianças de 6-59 meses

A suplementação de vitamina A tem como objetivo reduzir e controlar a hipovitaminose A, a mortalidade e a morbidade em crianças de 6 a 59 meses de idade, por meio da suplementação profilática medicamentosa (megadoses) de vitamina A. Porém, na região Sudeste, a partir da alteração do programa em 2022, o público-alvo é de crianças de 6 a 24 meses atendidas na APS.

Cabe à SES RJ apoiar os gestores municipais e profissionais de saúde na implementação e operacionalização do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA), no âmbito da APS, visando à prevenção e atenção à deficiência de micronutrientes nos territórios. As megadoses de vitamina A são fornecidas pelo Ministério da Saúde e a SES realiza sua distribuição aos municípios, assim como seu monitoramento.

A cobertura do ERJ no PNSVA cresceu expressivamente durante o período apresentado, apesar de ainda ser considerada baixa. O cálculo da meta de número de doses a ser administrada em cada território corresponde ao número total de crianças que atendem aos critérios, considerando: prevalências de hipovitaminose A evidenciadas no Brasil ([ENANI, 2019](#)), faixas etárias, perfil social estabelecido para o PNSVA, além da disponibilidade de doses pelo Ministério da Saúde, conforme Ofício Circular nº 2/2023/CGAN/DEPPROS/SAPS/MS, de 22 de março de 2023.

Gráfico 71. Cobertura Estadual RJ - Programa Nacional de Suplementação Vitamina A - PNSVA



Fonte: <https://sisaps.saude.gov.br/micronutrientes/vitaminaa/relatorio>

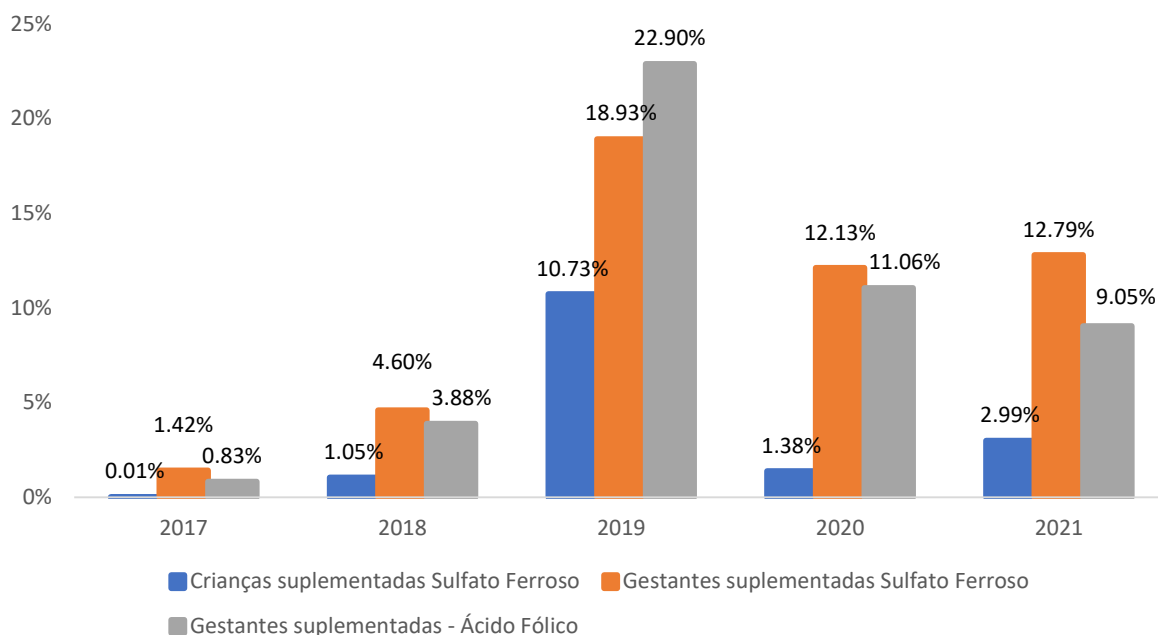
IV.1.6.5. Cobertura de suplementação de ferro e ácido fólico para crianças e gestantes

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) é regulamentado pela [Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013](#), que dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, e pela [Portaria de Consolidação n.º 5, de 28 de setembro de 2017](#), que atualiza suas diretrizes nacionais na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). O PNSF preconiza a suplementação profilática de ferro e ácido fólico para todas as crianças de 6 a 24 meses de idade, gestantes ao iniciarem o pré-natal, mulheres no pós-parto e pós-abortamento, com o objetivo de prevenção da anemia nessa população.

Todos os municípios recebem recurso federal para execução do PNSF (aquisição, distribuição dos insumos, monitoramento). Cabe à SES RJ apoiar os gestores municipais na implementação, operacionalização, monitoramento e atualização técnica do programa.

Os dados demonstram que o ERJ possui um grande desafio para o aumento da cobertura do programa em todos os grupos.

Gráfico 72. Cobertura Estadual RJ - Programa Nacional de Suplementação Ferro – PNSF, 2017-2021



Fonte: <https://sisaps.saude.gov.br/micronutrientes/ferro/relatorio>

IV.1.6.6. Prevenção e controle do sobrepeso e obesidade

As ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade, no âmbito do setor saúde, concentram-se em ações de qualificação do cuidado individual e coletivo, promoção da alimentação adequada e saudável e atividade física.

Programa Crescer Saudável

O Programa Crescer Saudável, criado em 2017, estabelece no âmbito do Programa Saúde na Escola um conjunto de ações que contribuem para o enfrentamento da obesidade infantil para as crianças matriculadas na Educação Infantil e Ensino Fundamental I.

No ciclo 2021/2022, 89 municípios aderiram ao Programa. O ciclo se encerrou em março de 2022 e não houve divulgação para novo período de adesão até o final do mesmo ano, quando o programa foi alterado de forma completa e incorporado, exclusivamente, ao PSE.

O principal desafio do Programa no último ciclo foi o registro das atividades coletivas de atividade física e estado nutricional – consumo alimentar. Dos 89 municípios aderidos, apenas 6 efetuaram registro das atividades coletivas para a promoção da alimentação adequada e saudável, e 3 efetuaram registro das atividades coletivas de promoção da atividade física.

PROTEJA

A Estratégia de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA) tem como objetivo deter o avanço da obesidade infantil e contribuir para o cuidado e para a melhoria da saúde e da nutrição das crianças ([Portaria GM/MS nº 1.862, de 10 de agosto de 2021](#)). No ERJ, 4 municípios fizeram adesão ao PROTEJA – Quissamã, Mendes, São Sebastião do Alto e Piraí, o que representa 100% dos elegíveis, e a metade deles conseguiu atingir 100% dos indicadores, entre eles o município de Quissamã, que foi premiado pelo seu desempenho na V Mostra de Alimentação e Nutrição no Sistema Único de Saúde, durante o XXVII Congresso Brasileiro de Nutrição (CONBRAN), realizado em 2022.

Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

A "Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)", lançada em 2012, tem objetivo de qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica, estimulando a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável em crianças menores de dois anos, e consequentemente prevenir o baixo peso e a obesidade infantil. A iniciativa soma-se a outras, como a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM)

Em 2022, o município de Quissamã recebeu a placa certificadora de Unidade Básica Amiga da Amamentação. Entre 2021 e 2022, municípios do estado receberam financiamento para apoio à qualificação do programa. Sete em 2021 (Armação de Búzios, Paracambi, Paraíba do Sul, Petrópolis, Quissamã, São Gonçalo e Três Rios) e dois em 2022 (Quissamã e Três Rios). Essas informações demonstram o desafio na institucionalização das ações de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno no estado para além das ações realizadas cotidianamente nos serviços.

Apenas 0,57 % das crianças nascidas vivas no Rio de Janeiro entre 2019 e 2022 foram inseridas e acompanhadas pelo SISVAN, não sendo assim um bom sistema para monitoramento do aleitamento materno no estado.

Tabela 67. Distribuição de crianças nascidas vivas por situação quanto ao aleitamento materno exclusivo informado no SISVAN, estado do RJ, 2019 a 2022.

Ano	Nascidos Vivos	Monitoradas no SISVAN		Aleitamento Materno	
		N	%	N	%
2019	208.253	1.159	0,56	572	49
2020	199.131	1.110	0,56	641	58
2021	189.551	886	0,47	478	54
2022	176.894	1.248	0,71	698	56
Total	773.829	4.403	0,57	2.389	54

Fonte: SINASC, SISVAN

Considerando todas as vantagens oferecidas pelo aleitamento materno (melhor nutrição, desenvolvimento cognitivo e da cavidade bucal da criança, diminuição das mortes infantis por

diarreias e infecções respiratórias, risco de alergias, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, diabetes, apresentar potencial proteção ao câncer de mama e nova gravidez nos primeiros seis meses após o parto se houver aleitamento exclusivo, além de menores custos financeiros, promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho e melhor qualidade de vida), é de máxima importância aumentar a capilaridade de ações de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno.

As ações que envolvem o aumento da certificação de Unidades Básicas Amigas da Amamentação (UBAMs) assim como Hospitais Amigos da Criança (HAC), além da criação de mais Bancos de Leite Humano no estado são estratégias para a ampliação do aleitamento materno no estado.

Linha de cuidado regional de sobrepeso e obesidade

O estado do Rio de Janeiro foi contemplado para um convênio com o Ministério da Saúde, que tem como objetivo apoiar a elaboração e pactuação de linhas regionais do cuidado de sobrepeso e obesidade, conforme a [Portaria GM/MS Nº 424, de 19 de março de 2013](#).

O Grupo de Trabalho de cuidado a pessoas com sobrepeso e obesidade, instituído conforme a Resolução SES nº2860, de 27 de setembro de 2022, iniciou suas discussões a partir de maio de 2023, com a primeira oficina proposta pelo convênio para discutir: estratégias na gestão do cuidado da pessoa com obesidade; a necessidade de definir e estruturar a rede; as diretrizes de atendimento integral e multidisciplinar e os fluxos de regulação do cuidado à saúde de pessoas com sobrepeso no estado do Rio de Janeiro; e a articulação de rede.

O fomento e a instrumentalização para a pactuação das linhas de cuidado regionais seguem como desafios da SES para o próximo quadriênio.

IV.1.6.7. Financiamento das ações de alimentação e nutrição

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) repassa, desde 2006, o incentivo financeiro conhecido como Financiamento das Ações de Alimentação e Nutrição (FAN), para apoiar a PNAN nos estados e municípios., com objetivo de dar concretude à responsabilidade da gestão nacional de formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição.

Os 52 municípios do estado com mais de 30 mil habitantes foram contemplados ao recebimento de incentivo para estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição, com base na PNAN ([Portaria GM/MS Nº 411, de 25 de fevereiro de 2022](#)).

O estado do Rio de Janeiro, por meio do PREPAFS, inseriu um indicador de qualidade da atenção, contemplando a cobertura do estado nutricional, e ainda que não exclusivamente, direcionou recursos financeiros estaduais para atenção nutricional na APS. Do total de 92 municípios, 55 atingiram suas metas, representando 59,8%. O estado atingiu um crescimento global de 5,54 pontos percentuais, o que sugere a necessidade de manutenção deste recurso para a qualificação desta ação.

IV.1.7. Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial da saúde e da educação, instituída pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que tem como base a articulação permanente entre a escola e a APS (<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pse>).

A adesão ao PSE é um compromisso assumido pelas Secretarias da Saúde e Educação, com a garantia da atenção integral à saúde dos estudantes e formação integral, por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. O Programa apresenta como características cronograma bianual, monitoramento e avaliação das ações e repasse de incentivo financeiro, pelo Governo Federal, para implementação destas ações.

O desempenho, a partir do cumprimento de indicadores de saúde, influencia diretamente no repasse da segunda parcela, uma vez que a primeira ocorre com a adesão do município. Ambas as parcelas são de custeio e não há repasse estadual.

A tabela a seguir mostra a adesão dos municípios nas séries históricas 2017-2018, 2019-2020 e 2021-2022.

Tabela 68. Adesão ao PSE nos biênios 2017-2018, 2019-2020 e 2021-2022 por região de saúde.

Região/ Biênio	Adesão 2017-2018	Adesão 2019-2020	Adesão 2021-2022
Baía de Ilha Grande	4	6	12
Baixada Litorânea	3	4	8
Centro Sul	4	9	15
Médio Paraíba	4	6	9
Metropolitana 1	12	11	7
Metropolitana 2	6	6	3
Noroeste	4	6	11
Norte	1	9	16
Serrana	3	15	12
Total ERJ	41 (44,6%)	72 (78,3%)	92 (100%)

Fonte: Resoluções e portarias listadas em referência

Observa-se que houve aumento progressivo na adesão dos municípios por região de saúde, conforme demonstrado na série histórica apresentada, até a totalidade do território fluminense. O desafio da adesão do estado foi cumprido ao final do quadriênio. A partir da análise das portarias que listam os municípios habilitados ao recebimento da segunda parcela, apresenta-se a habilitação por região de saúde para análise otimizada, segundo o Ministério da Saúde.

As regiões do ERJ apresentam desempenho semelhante ao término do biênio em todo o período. Além de revelar a necessidade de maior apoio aos municípios aderidos ao longo de todo o período do biênio, uma vez que a adesão está sendo realizada na totalidade (tabela 69).

Tabela 69. Habilitação ao recebimento da segunda parcela por biênio e por região.

Região/ Biênio	Hab. 2ª parc. 2017-2018	Hab. 2ª parc. 2019-2020	Hab. 2ª parc. 2021-2022
Baía de Ilha Grande	6	3	5
Baixada Litorânea	4	2	1
Centro Sul	8	6	8
Médio Paraíba	7	6	7
Metropolitana I	13	16	17
Metropolitana II	7	5	5
Noroeste	6	7	6
Norte	6	5	6
Serrana	11	9	12
Total ERJ	68	59	67
Total ERJ (%)	73,9%	64,1%	72,8%

Fonte: Resoluções e portarias listadas em referência

IV.1.8. Saúde do homem

A [Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem](#) (PNAISH), publicada em 2009, busca ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde. Considera a integralidade com enfoque sobre as masculinidades, destaca a importância da transversalização das ações com os demais ciclos de vida e inclui os eixos temáticos: acesso e acolhimento, prevenção de violências e acidentes, paternidade e cuidado, sexualidade responsável e planejamento familiar. No entanto, há desafios e limitações de acesso dos homens aos serviços de saúde, em especial aos serviços da APS. Em geral, por incompatibilidade com a carga horária de trabalho e por fatores culturais, já que homens não se reconhecem como alvo do atendimento e têm dificuldade de verbalização do sentir, medo de descobrir alguma doença grave, vergonha, e costumam acessar a Rede de Saúde pela Atenção Especializada.

O Ministério da Saúde (Nota Técnica nº 11/2021-COSAH/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS) propõe estratégias de ampliação do acesso da população masculina à APS, com ênfase sobre a atuação do Agente Comunitário de Saúde – ACS na realização de busca ativa e cadastramento desta população, sendo esse profissional essencial na vinculação dos homens com os demais membros da equipe de saúde. Para alcançar o público masculino, é importante que sejam desenvolvidas ações de saúde onde se sabe haver maior concentração de homens no território: bares, salões de jogos, grupos de igreja (Brasil, 2016). No estado do Rio de Janeiro, o Programa de Atenção Integral à Saúde do Homem tem como meta os 92 municípios do estado, porém, até o momento, apenas 41 municípios fizeram adesão e desenvolvem as ações da Política Nacional de Saúde do Homem – PNAISH MS.

Uma ação a que devemos dar destaque é o Pré-Natal do Parceiro, pois o envolvimento consciente dos homens – independentemente de ser pai biológico ou não - em todas as etapas do planejamento reprodutivo e da gestação, pode ser determinante para a criação e/ou fortalecimento de vínculos afetivos saudáveis entre eles e suas parceiras e filhos (as). Ressaltamos que isto pode ser positivo não apenas para as crianças e mulheres, mas especialmente para os homens, por aproximá-los, definitivamente, da arena do afeto e do cuidado. Nesse contexto, o Pré-Natal do Parceiro propõe-se a ser uma das principais ‘portas de entrada’ aos serviços ofertados pela APS a esta

população, ao enfatizar ações orientadas à prevenção, à promoção, ao autocuidado e à adoção de estilos de vida mais saudáveis.

A consulta de pré-natal do parceiro tem como objetivos: integrar os homens na lógica dos serviços de saúde, estimular a realização de exames preventivos de rotina e testes rápidos, estimular a atualização do cartão de vacinação, estimular a participação em atividades educativas desenvolvidas durante o pré-natal, nos cuidados com a criança, compartilhando com sua/seu parceira(o), e estimular o acesso ao direito da licença paternidade ([Portaria Nº 1.474, de 8 de setembro de 2017](#)).

Ressalta-se ainda a importância da prevenção de câncer de pênis, nos municípios contemplados na [Portaria nº 3.069, de 11 de novembro de 2020](#), que versa sobre o desenvolvimento de ações de promoção para cuidado integral à saúde do homem e prevenção do câncer de pênis no âmbito da APS.

IV.1.9. Saúde do Idoso

O estado do Rio de Janeiro possui 3.025.629 idosos (60+) de acordo com o Censo Demográfico 2022, representando 18,85% da população total do estado. No cenário nacional, a referida proporção supera a média nacional e eleva o estado do Rio de Janeiro à segunda posição, entre os entes federativos, em proporção de idosos.

A alteração do desenho demográfico brasileiro modificou o perfil epidemiológico com a introdução de doenças crônicas e degenerativas prevalentes na população idosa. A nova configuração demográfica e epidemiológica exige ações de saúde que atendam ao crescimento da demanda nos serviços de saúde, desenvolvimento de práticas de cuidado destinadas à promoção, prevenção e recuperação da saúde, com objetivo de garantir a autonomia e independência no envelhecimento.

A APS, que tem por atribuição o acolhimento, a ordenação do cuidado na RAS e a oferta de serviços à população residente no município, é o nível privilegiado para realizar a avaliação multidimensional da pessoa idosa, que permite conhecer o perfil de saúde, determinando seu nível de fragilidade, e desenvolver seu Projeto Terapêutico Singular. A avaliação multidimensional da pessoa idosa é um processo diagnóstico para avaliar a saúde global (aspectos clínicos, psicossociais e funcionais) e que auxilia na identificação de problemas e riscos. Um instrumento importante para a qualificação do cuidado é a caderneta de saúde da pessoa idosa, que é ofertada pelo Ministério da Saúde para ser aplicada pelo primeiro nível de atenção à saúde.

Entre os 92 municípios do ERJ, cerca de 58% possuem responsável ou coordenador de saúde do idoso. Identifica-se a necessidade de aumento dessa representatividade e de incremento de ações para atender às especificidades da população idosa, de forma a melhorar sua qualidade de vida. Em alguns municípios estes representantes são subordinados à APS, enquanto em outros pertencem ao quadro da Coordenação de Programas ou à Vigilância.

IV.1.10. Programa Academia da Saúde

O Programa Academia da Saúde, que faz parte da APS, foi lançado pelo Ministério da Saúde, em 2011, como estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado. Os polos de Academia da Saúde são dotados de infraestrutura, equipamentos, profissionais qualificados, e podem ser considerados como pontos de atenção à saúde para o desenvolvimento de práticas corporais, artísticas, culturais, além de atividades físicas variadas, promoção da alimentação saudável, educação em saúde e mobilização da comunidade. Complementam o cuidado integral e fortalecem as ações de promoção da saúde em articulação com outros programas e ações de saúde, como a Estratégia da Saúde da Família, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a Vigilância em Saúde. Atualmente, o Programa é regido pelas [Portarias GM/MS Nº 1.707, de 23 de setembro de 2016](#), e [GM/MS Nº 2.681, de 7 de novembro de 2013](#). Desde 2018, o quantitativo de polos do Programa Academia da Saúde aumentou, anualmente, no estado do Rio de Janeiro, com destaque para a região Metropolitana II, seguida das regiões Médio Paraíba e Serrana.

A SES-RJ promove o apoio aos municípios/regiões de saúde do estado no desenvolvimento do Programa Academia da Saúde nos seus territórios, auxiliando os gestores municipais no processo de implantação e funcionamento dos polos. Além de apoio técnico, também é realizado apoio financeiro aos Polos de Academia da Saúde em funcionamento, por meio do Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde (PREFAPS).

Para o repasse dos recursos por meio do PREFAPS, foram considerados os Polos da Academia da Saúde em funcionamento, de acordo com planilha do Programa Academia de Saúde, disponibilizada pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, referente ao ano de 2022.

Tabela 70. Situação dos Polos do Programa da Academia da Saúde em funcionamento no estado do Rio de Janeiro, por região de saúde

Região de saúde	2018	2019	2020	2021	2022
Baía da Ilha Grande	0	0	0	0	0
Baixada Litorânea	0	0	0	1	1
Centro Sul	1	3	3	3	3
Médio Paraíba	4	6	7	9	9
Metropolitana I	1	1	6	6	6
Metropolitana II	6	7	7	5	15
Noroeste	4	5	5	5	5
Norte	1	1	1	1	1
Serrana	0	1	3	5	5
Estado do Rio de Janeiro	17	24	32	35	45

Fonte: SISMOB (Sistema de Monitoramento de Obras Fundo a Fundo)

IV.1.11. Saúde do Trabalhador

A Saúde do Trabalhador (ST) tem como eixo principal a relação saúde-trabalho-doença. A atuação nesse campo contempla o entendimento de que o processo saúde-doença, nos trabalhadores, tem uma relação direta com o seu modo de trabalho e, assim, não deve ser reduzido a uma relação monocausal (entre a doença e um agente específico) ou multicausal (entre a doença e um grupo de fatores de risco, sejam físicos, químicos, biológicos, mecânicos) presente no ambiente de trabalho.

Em relação à vigilância da ST, é importante destacar dois eixos principais de atuação: a vigilância epidemiológica das doenças e agravos relacionados ao trabalho, e a vigilância dos ambientes e processos de trabalho, com vistas a intervir nos fatores de risco ocupacionais e eliminar ou controlar doenças e agravos relacionados ao trabalho.

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) foi criada através da [Portaria GM/MS nº 1679, de 19 de setembro de 2002](#), com objetivo de disseminar as ações de ST articuladas às demais redes do SUS, compreendendo ações assistenciais, de vigilância, de prevenção e de promoção da saúde, na perspectiva da ST.

Em sua atual formatação institucional ([Portaria GM/MS nº 2.728, de 11 de novembro de 2009](#)), a RENAST deve integrar a rede de serviços do SUS através da criação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), serviços especializados no atendimento à ST (tanto para os acidentados no trabalho, como para atuação preventiva), que tem como principal objetivo a implantação da atenção integral à saúde do trabalhador no SUS. Os CEREST devem elaborar protocolos, linhas de cuidado e instrumentos que favoreçam a integralidade das ações relativas à ST, envolvendo desde a APS até a atenção especializada, e devem ter interlocução contínua e transversal com o controle social e os espaços de gestão.

A [Deliberação CIB-RJ nº 6.376, de 15 de abril de 2021](#), definiu as atribuições da ST no estado, tanto no âmbito municipal quanto no estadual, além de apresentar a cobertura de 100% da população trabalhadora realizada pelos 14 CEREST Regionais habilitados pelo Ministério da Saúde e seus respectivos municípios de abrangência. Além desses, existe um (01) CEREST municipal localizado no município do Rio de Janeiro.

Quadro 11. Distribuição dos CEREST Regionais no estado do Rio de Janeiro – 2021

CEREST Regional	Município Polo	Região de Saúde	Área de Abrangência
CEREST Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Metropolitana I I	Rio de Janeiro
CEREST Metropolitana I 1	Duque de Caxias	Metropolitana I	Duque de Caxias, Magé, São João de Meriti, Queimados
CEREST Metropolitana I 2	Nova Iguaçu	Metropolitana I	Japeri, Nova Iguaçu, Belford Roxo, Mesquita, Nilópolis, Seropédica, Itaguaí.
CEREST Metropolitana II 1	Niterói	Metropolitana II	Niterói e São Gonçalo
CEREST Metropolitana II 2	Maricá	Metropolitana II	Maricá, Itaboraí, Rio Bonito, Tanguá, Silva Jardim
CEREST Baixada Litorânea	Cabo Frio	Baixada Litorânea	Saquarema, São Pedro da Aldeia, Araruama, Iguaba Grande, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Rio das Ostras, Armação dos Búzios
CEREST Serrana 1	Nova Friburgo	Serrana	Cachoeiras de Macacu, Bom Jardim, Macuco, Nova Friburgo, Duas Barras, Trajano de Moraes, Cordeiro, Cantagalo, Santa Maria Madalena, São Sebastião do Alto
CEREST Serrana 2	Petrópolis	Serrana	Guapimirim, Teresópolis, São José do Vale do Rio Preto, Sumidouro, Carmo, Petrópolis
CEREST Centro Sul	Três Rios	Centro Sul	Sapucaia, Três Rios, Vassouras, Paraíba do Sul, Areal, Paty do Alferes, Miguel Pereira, Paracambi, Engenheiro Paulo de Frontin, Comendador Levy Gasparian, Mendes
CEREST Baía de Ilha Grande	Angra dos Reis	Baía da Ilha Grande	Angra dos Reis, Paraty, Mangaratiba
CEREST Médio Paraíba 1	Volta Redonda	Médio Paraíba	Volta Redonda, Barra do Piraí, Pinheiral, Valença, Piraí, Rio das Flores
CEREST Médio Paraíba 2	Resende	Médio Paraíba	Itatiaia, Resende, Porto Real, Quatis, Rio Claro, Barra Mansa
CEREST Norte	Campos dos Goytacazes	Norte	Conceição de Macabu, Carapebus, Campos dos Goytacazes, São João da Barra, Quissamã, Macaé, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana
CEREST Noroeste	Itaperuna	Noroeste	Itaocara, Aperibé, Santo Antônio de Pádua, Laje do Muriaé, Cambuci, Italva, Varre-Sai, Itaperuna, Bom Jesus de Itabapoana, Miracema, São José de Ubá, Natividade, Cardoso Moreira, Porciúncula

Fonte: [Deliberação CIB-RJ nº 6.376, de 15 de abril de 2021.](#)

Perfil Epidemiológico da População Trabalhadora no ERJ

O perfil epidemiológico da população trabalhadora do estado é apresentado a seguir, a partir da análise dos agravos encontrados no site oficial do SINAN³³, conforme as seguintes categorias: Acidente de Trabalho com exposição a material biológico (Z20.9); Acidente de Trabalho (AT) incluindo AT Simples, COVID 19, AT com mutilação, AT fatal, AT em crianças e adolescentes - Y96; intoxicação exógena (T65.9); Doença Relacionada ao Trabalho (DRT) - dermatoses ocupacionais (L98.9); DRT - LER/DORT Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (Z57.9); DRT - PAIR Perda Auditiva Induzida por Ruído (H83.3); DRT - Pneumoconioses (J64); DRT - Transtornos mentais relacionados ao trabalho (F99); e DRT - Câncer relacionado ao trabalho (C80). De acordo com a base de dados do SINAN, entre 2007 e 2022, o estado do Rio de Janeiro registrou 109.328 notificações por doenças e agravos relacionados ao trabalho, observados na tabela 71 e no gráfico 69.

Tabela 71. Casos notificados de doenças e agravos relacionados ao trabalho - número e percentual total. SES-RJ, 2007-2022

Agravos em Saúde do Trabalhador	N	%
Acidente Trabalho c/Exp. Material Biológico	61.257	56,00%
Acidente de Trabalho Grave	38.980	35,70%
Câncer Relacionado ao Trabalho	92	0,10%
Dermatoses Ocupacionais	351	0,30%
Intoxicações relacionadas ao trabalho	2.238	2,00%
LER DORT	5.299	4,80%
PAIR	581	0,50%
Pneumoconiose	134	0,10%
Transtorno Mental	396	0,40%
Total	109.328	100%

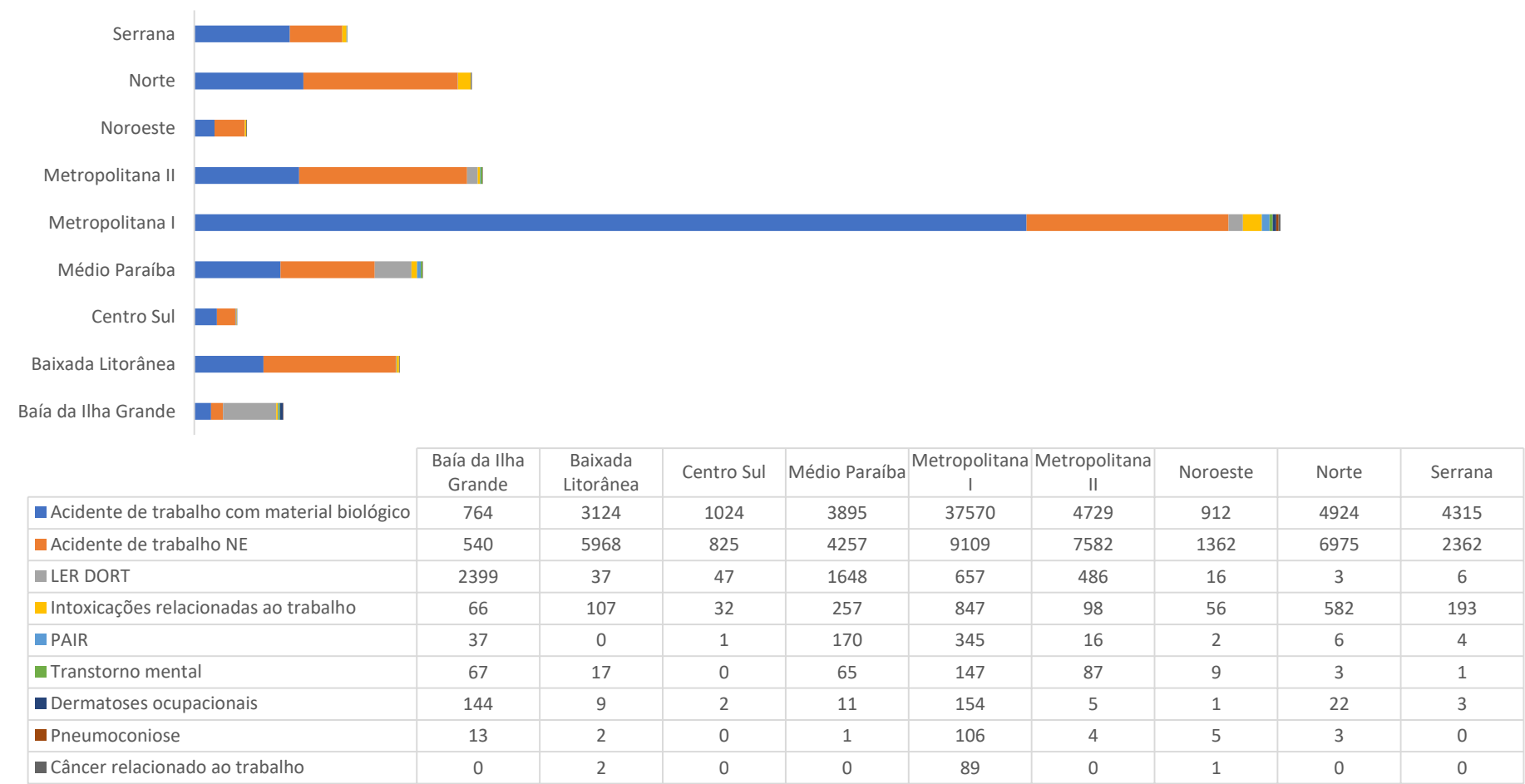
Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net – Levantamento realizado em 27/09/2023, sujeitos a revisão.

As notificações de acidentes de trabalho com exposição ao material biológico alcançaram 56% do total de casos registrados no SINAN, no período analisado, seguidas dos acidentes de trabalho grave incluindo AT Simples, COVID 19, AT com mutilação, AT fatal, AT em crianças e adolescentes, com 35,7%.

No gráfico 73, observamos a distribuição de casos de DART por região de saúde de notificação. A maior proporção de casos notificados foi encontrada na região Metropolitana I (44,8%), seguida da região Metropolitana II (11,9%) e região Norte (11,4%). Importante ressaltar que a maior parte das notificações encontradas na Metropolitana I estavam relacionadas aos acidentes com material biológico (35.570). Na região Metropolitana II, a maioria das notificações no período foi de acidentes de trabalho incluindo AT Simples, COVID 19, AT com mutilação, AT fatal, AT em crianças e adolescentes (4.257), assim como na região Norte (6.975). Na análise das doenças relacionadas ao trabalho, destaca-se a grande quantidade de casos notificados de LER/DORT na região da Baía da Ilha Grande (2.399), representando 45,3% de todas as notificações do estado do Rio de Janeiro, entre 2007 e 2022.

³³ <http://portalsinan.saude.gov.br>

Gráfico 73. Casos notificados de doenças e agravos relacionados ao trabalho segundo região de saúde. SES-RJ, 2007-2022



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net – Levantamento realizado em 27/09/2023, sujeitos a revisão.

Quando avaliados apenas os últimos cinco anos, pode ser observado que muitos municípios não realizaram notificações de DART, sugerindo que há um número significativo de municípios silenciosos, e esse é um dos maiores desafios no campo ST no estado. A tabela a seguir demonstra esse cenário.

Tabela 72. Doenças e agravos relacionados ao trabalho (DART) segundo municípios notificantes, 2018 a 2022.

Município	Câncer relacionado ao trabalho	Dermatoses ocupacionais	PAIR relacionada ao trabalho	Pneumoconiose relacionada ao trabalho	LER/DORT	Transtornos mentais relacionados ao trabalho
Angra dos Reis		6	28	2	527	47
Araruama						5
Barra Mansa			3			
Cabo Frio		2			3	2
Campos dos Goytacazes						2
Casimiro de Abreu	1	1			1	2
Duque de Caxias			2		6	5
Iguaba Grande					1	1
Itaboraí		3	1	1		1
Itaguaí				1		
Itaperuna		1		3	6	20
Itatiaia					19	
Japeri					4	
Magé					2	3
Mangaratiba					2	1
Maricá			1		241	14
Niterói				2		
Petrópolis			2			
Pinheiral					42	
Piraí					6	
Porciúncula			1		1	
Quatis					1	2
Queimados	77		2		31	2
Resende		2	14		632	12
Rio Claro					3	
Rio das Flores					16	
Rio das Ostras					5	
Rio de Janeiro	32	28	4	6	99	58
São Gonçalo				1		
São João de Meriti					1	
São Pedro da Aldeia						1
Saquarema					7	
Três Rios			1			3
Valença		2			22	
Volta Redonda				1	470	38
Total	110	45	59	17	2148	219

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net – Levantamento realizado em 27/09/2023, sujeitos a revisão.

Comparando os dados de agravos e acidentes relacionados ao trabalho extraídos do SINAN com os extraídos do sistema do INSS (Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT),

pode ser observada uma grande discrepância entre eles³⁴. Em relação ao número de acidentes de trabalho notificados para a população com vínculo de emprego regular (informação proveniente do sistema do INSS), observamos que, no ano de 2022, foram registrados aproximadamente 38.100 acidentes de trabalho. Quanto aos acidentes de trabalho com morte, observa-se a ocorrência de 134 casos.

Já segundo os dados disponibilizados pelo SINAN, também em 2022, foram registradas aproximadamente 15 mil notificações de agravos e acidentes relacionados ao trabalho. Embora a base do SINAN tenha uma abrangência maior, pois considera um universo de trabalhadores mais amplo, constatamos que há uma grande discrepância entre as bases. Assim, o reconhecimento da relação entre o trabalho e o adoecimento da população ainda é uma questão a ser enfrentada no âmbito do SUS no estado do Rio de Janeiro.

IV.1.12. Saúde Bucal

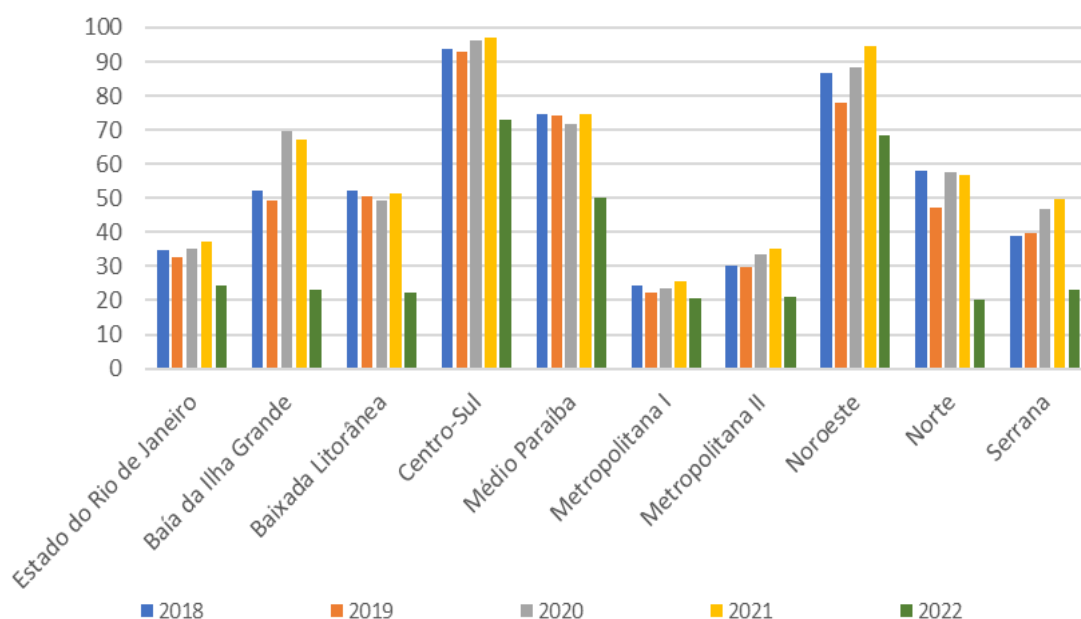
A Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente, instituída por suas diretrizes (BRASIL, 2004) e pela [Lei Nº 14.572/2023](#) (BRASIL, 2023), tem como objetivo garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da Saúde Bucal dos brasileiros, entendendo-a como fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população.

As principais linhas de ação da Política Nacional de Saúde Bucal são a reorganização da atenção básica em Saúde Bucal (principalmente com a implantação das equipes de Saúde Bucal - eSB na Estratégia Saúde da Família), a ampliação e qualificação da atenção especializada (especialmente com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias - LRPD), a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público e a vigilância em Saúde Bucal (BRASIL, 2004).

A Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde é um indicador histórico no Sistema Único de Saúde (SUS) para o monitoramento da ampliação da Saúde Bucal na APS. Em 2022, o indicador passou por alterações devido à necessidade de alinhamento às inovações instituídas pelo Programa Previne Brasil. O método de cálculo passou a considerar o quantitativo de população cadastrada pelas equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP), que possuam equipes de Saúde Bucal vinculadas e financiadas pelo Ministério da Saúde, em relação à população estimada pelo IBGE. O gráfico 74 apresenta a série histórica do referido indicador no estado do Rio de Janeiro, de 2018 a 2022.

³⁴ Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/registrar-comunicacao-de-acidente-de-trabalho-cat>

Gráfico 74. Cobertura de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde do estado do Rio de Janeiro, considerando resultados do estado e de suas regiões de saúde, de 2018 a 2022.



Fonte: Ministério da Saúde. Acesso em: 13 jul. 2023.

Considerando análise cautelosa da série histórica, observa-se aumento dos resultados de cobertura do estado a partir de 2019 (32,5% para 37,2%), interrompido pela atualização do método de cálculo em 2022 (24,3%), que passou a não considerar equipes de Saúde Bucal equivalentes e parametrizadas na Atenção Básica tradicional (representadas pela equivalência de carga horária ambulatorial de profissionais cirurgiões-dentistas vinculados em estabelecimentos de Atenção Primária).

Evidenciam-se desigualdades na cobertura de Saúde Bucal dos municípios do estado. Como reflexo do novo método de cálculo, observa-se impacto nos resultados de cobertura em todas as regiões de saúde, com destaque para Norte (20,3%), Metropolitana I (20,5%), Metropolitana II (21%), Baixada Litorânea (22,3%), Serrana (22,9%) e Baía da Ilha Grande (23%). Considerando a competência CNES de dezembro/2022, 33 municípios apresentaram cobertura de Saúde Bucal na APS igual ou menor que 20%, sendo 12 com resultado de 0%.

Em relação à integralidade da atenção em Saúde Bucal, o estado apresenta 46 municípios habilitados pelo Ministério da Saúde com Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), sendo: 02 (dois) na Baía da Ilha Grande, 05 (cinco) na Baixada Litorânea, 06 (seis) na Centro Sul, 10 (dez) na Médio Paraíba, 08 (oito) na Metropolitana I, 09 (nove) na Noroeste, 02 (dois) na Norte e 04 (quatro) na Serrana. Considerando as evidências do último levantamento epidemiológico de Saúde Bucal ([SB Brasil 2010](#)), que destaca na região Sudeste a maior necessidade de uso de próteses totais entre as faixas etárias de 35 a 44 e 65 a 74 anos, reforça-se a importância da ampliação da oferta de próteses dentárias no estado.

Ainda sobre a Rede de Atenção à saúde bucal, o estado do Rio de Janeiro apresenta 85 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) credenciados pelo Ministério da Saúde em 57 municípios, sendo: 07 (sete) na região Baixada Litorânea, 06 (seis) na Centro Sul, 15 (quinze) na

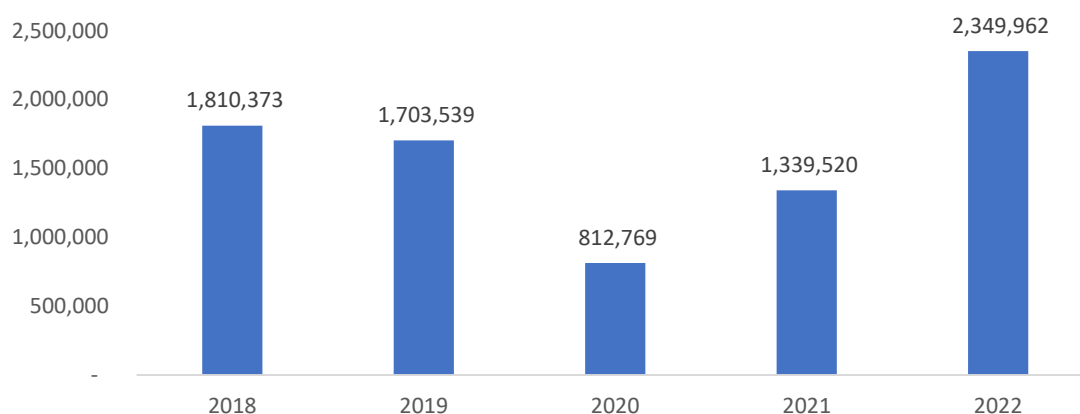
Médio Paraíba, 03 (três) na Metropolitana II, 07 (sete) na Noroeste, 03 (três) na Norte, 06 (seis) na Serrana, 03 (três) na Baía da Ilha Grande e 35 (trinta e cinco) na Metropolitana I.

A partir deste panorama, considerando que o CEO visa a realização de procedimentos complementares à APS e ao matriciamento das equipes de Saúde Bucal (eSB) na APS, aponta-se a necessidade de estratégias para implementação de CEOs em perspectiva regional (principalmente nas regiões Norte, Noroeste e Serrana do estado), de forma que possam atender aos municípios de pequeno porte e garantir a sustentabilidade destes equipamentos.

No período analisado, é notável que o contexto da pandemia de Covid-19 desencadeou uma série de desafios no que se refere à atenção à saúde bucal no SUS, considerando que a prática odontológica implica em contato direto e próximo com o paciente, e representa elevada exposição ao risco de contaminação e disseminação do vírus.

O gráfico 75 apresenta o número de atendimentos realizados por cirurgião-dentista na APS nos municípios do ERJ, de 2018 a 2022. Em 2021 fica evidente o processo de retomada gradual pelos municípios, e no ano de 2022 aparecem os atendimentos represados no período pandêmico.

Gráfico 75. Número de atendimentos realizados por cirurgião-dentista na APS nos municípios do estado Rio de Janeiro, de 2018 a 2022.



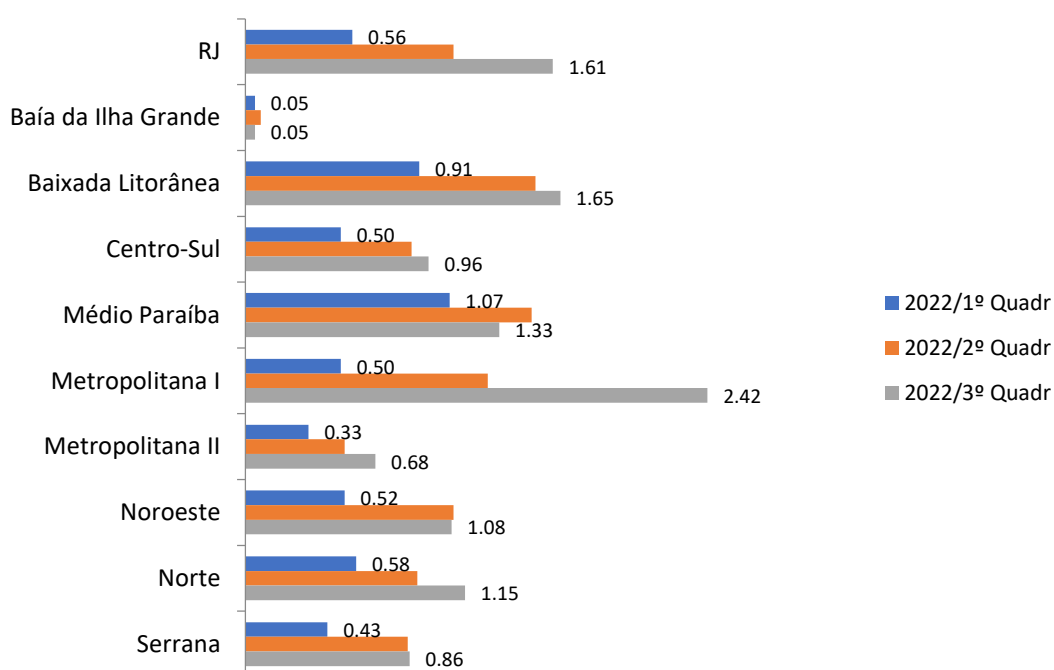
Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), Ministério da Saúde. Acesso em: 13 jul. 2023.

Destaca-se que, independentemente do cenário epidemiológico, os atendimentos odontológicos nos casos de urgência e emergência deveriam ser mantidos, resguardando a oferta de acesso a serviços de saúde bucal e evitando agravamentos de quadros agudos. Outras ações foram relevantes neste período, incluindo a importante atuação dos profissionais de saúde bucal, em conjunto com as equipes de APS, para as ações de enfrentamento de Covid-19.

Considerando o processo atual de reorganização da atenção à saúde bucal no ERJ, o indicador estratégico pactuado pela gestão estadual em 2022 – "Razão entre tratamentos concluídos e estimativa de primeiras consultas odontológicas programáticas pelas equipes de

Saúde Bucal na APS" – tem como objetivo analisar a cobertura da população que teve acesso e concluiu o tratamento odontológico na APS do município, avaliando se as equipes mantêm uma boa relação entre acesso (número de primeiras consultas odontológicas programáticas) e resolatividade (número de tratamentos concluídos). O gráfico 76 apresenta os resultados do referido indicador nos anos de 2022 e 2023.

Gráfico 76. Razão entre tratamentos concluídos e estimativa de primeiras consultas odontológicas programáticas pelas equipes de saúde bucal na APS, considerando resultados do estado e de suas regiões de saúde, nos quadrimestres de 2022.



Fonte: SES-RJ do Rio de Janeiro. Acesso em: 11 de janeiro de 2024.

Em 2022, o estado do Rio de Janeiro apresentou evolução gradual nos quadrimestres em análise, passando de 0,56 no 1º quadrimestre para 1,61 no 3º quadrimestre. Observa-se aumento percentual entre os resultados quadrimestrais na maioria das regiões de saúde. Apenas a região Baía da Ilha Grande não alcançou a meta preconizada (0,50) em nenhum dos quadrimestres do ano.

Com vistas a somar evidências para os processos de planejamento, monitoramento e avaliação das estratégias estaduais de reorganização e qualificação da atenção à Saúde Bucal, destaca-se que, na vigência 2021-2023, ocorre o 5º Levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira – [SB Brasil 2020](#) – com objetivo de identificar doenças mais prevalentes, como cárie dentária, doenças periodontais, necessidade de próteses dentárias, condições de oclusão, traumatismo dentário e o impacto dessas doenças na qualidade de vida, entre outros aspectos.

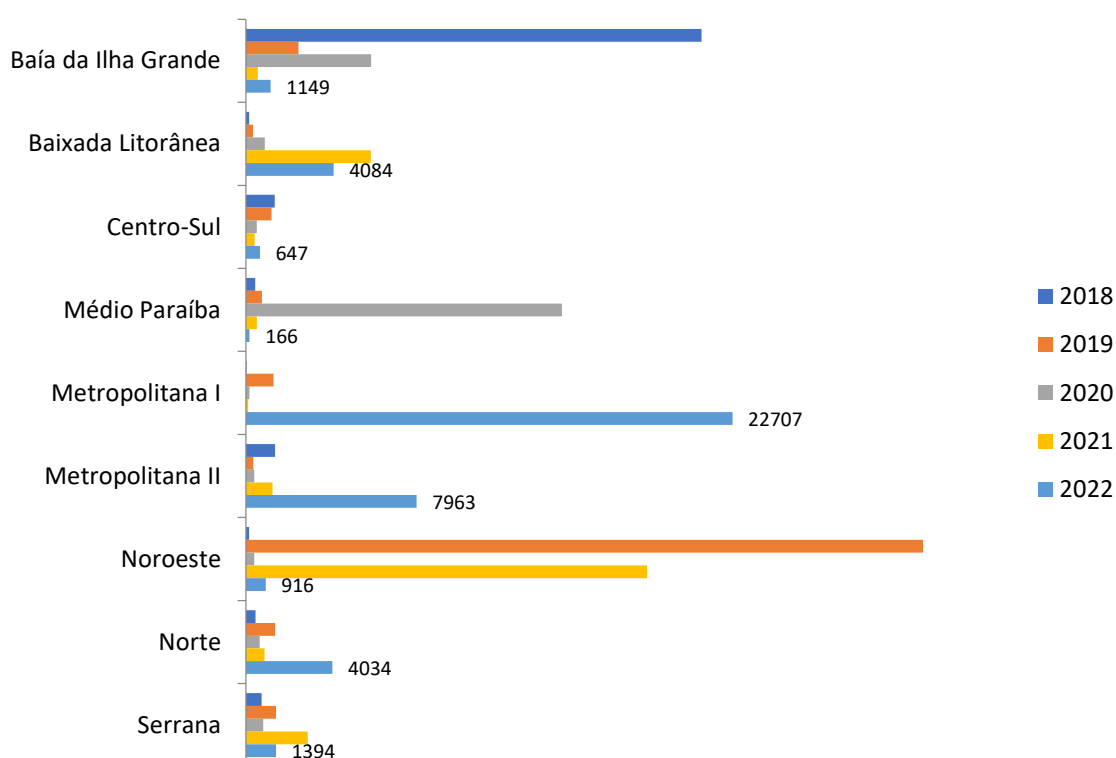
IV.1.13. Práticas Integrativas e Complementares

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são recursos terapêuticos que buscam a prevenção de doenças e a recuperação da saúde. Elas foram institucionalizadas por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS³⁵ – PNPIC ([Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006](#), [Portaria GM/MS nº 849, de 27 de março de 2017](#) e [Portaria GM/MS nº 702, de 21 de março de 2018](#)).

A política atualmente abrange 24 práticas: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo Social/Crenoterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga, Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais ().

Nos últimos cinco anos, observa-se o aumento na oferta de PICS nas unidades de APS, nas seguintes regiões de saúde: Baixada Litorânea, Norte, Serrana, Metropolitana I e II e Noroeste. Já nas regiões Baía de Ilha Grande, Médio Paraíba e Centro Sul houve diminuição das práticas.

Gráfico 77. Atendimentos PICS por região de saúde, 2018 a 2022



Fonte: SISAB, extração em 10 de julho de 2023.

³⁵ Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pics>, acesso em 17/07/2023

Para o fortalecimento da PNPIC no ERJ, faz-se necessária a ampliação do acesso a mais práticas nos territórios, por meio da implantação de serviços de PICS na APS e em unidades de saúde especializadas, nas 9 (nove) regiões de saúde, visando a qualidade de vida dos usuários desde a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Outra questão importante está relacionada à orientação sobre os registros dos atendimentos realizados no e-SUS, além do estabelecimento de instrumentos e indicadores para acompanhamento e avaliação da implantação e implementação da PNPIC nos 92 (noventa e dois) municípios e no estado.

Ampliar a oferta de formação e capacitação aos profissionais da área de saúde que atuam efetivamente no território, garantindo a segurança e qualidade dos serviços constitui outro desafio para o fortalecimento da PNPIC no estado.

IV.2. Atenção especializada

Foi publicada pelo Ministério da Saúde a [Portaria GM/MS Nº 1.604, de 18 de outubro de 2023](#), que institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Essa portaria define a Atenção Especializada como “*o conjunto de conhecimentos, práticas assistenciais, ações, técnicas e serviços envolvidos na produção do cuidado em saúde marcados, caracteristicamente, por uma maior densidade tecnológica*”.

No âmbito da política, passam a constar como atribuições da Atenção Especializada os serviços já desenvolvidos por meio de políticas e programas do Sistema Único de Saúde, tais como: a rede de urgência e emergência; os serviços de reabilitação; os serviços de atenção domiciliar; a rede hospitalar; os serviços de atenção materno-infantil; os serviços de transplante do Sistema Nacional de Transplantes (SNT); os serviços de atenção psicossocial; os serviços de sangue e hemoderivados; e a atenção ambulatorial especializada, incluindo os serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos. A Atenção Primária se mantém como a porta de entrada preferencial do sistema, com o papel de ordenação e coordenação do trajeto terapêutico dos usuários, tendo a Atenção Especializada a função de atender as necessidades de cuidados mais intensivos ou complementares de modo a cumprir o papel de apoio à Atenção Primária em um sistema de cuidados integrais.

A PNAES traz ainda a definição dos eixos estruturantes, priorizando o planejamento ascendente de base territorial e organização dos serviços de Atenção Especializada em Saúde na RAS de acordo com o Planejamento Regional Integrado (PRI), tendo como base um modelo de atenção à saúde centrado nas necessidades de saúde da população e na universalidade, integralidade e equidade, com o fortalecimento e atuação integrada à Atenção Primária. Tem como objetivos a integração da Atenção Especializada à Saúde com a Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde, a regulação do acesso e coordenação do cuidado com equidade e transparência, o aperfeiçoamento da informação, comunicação e saúde digital com a busca de excelência da gestão dos serviços de atenção especializada. Destaca-se ainda a necessidade

estratégica da formação, educação permanente, valorização, provimento e gestão da força de trabalho em saúde de modo a suprir o SUS, em suas instâncias federativas³⁶.

Segue-se o detalhamento das prioridades assistenciais no estado do Rio de Janeiro.

IV.2.1. Política Estadual de Média e Alta Complexidade

A Política Estadual de Média e Alta Complexidade de forma ampla, que contempla as linhas de cuidado, ainda não foi construída. Será uma ação a ser desenvolvida com várias áreas técnicas e municípios, com a estabilização do cenário epidemiológico atual. Porém, foram realizadas várias ações de apoio aos municípios relacionados a procedimentos de média e alta complexidade.

Cirurgias Eletivas/Opera Rio: Resolução SES-RJ 3.108 de 21/06/2023, que instituiu o Programa Estadual Opera RJ com o objetivo de reduzir a demanda reprimida existente nos sistemas municipais de regulação para o grupo de procedimentos cirúrgicos, cujo caráter da internação seja eletivo, de média e alta complexidade. O financiamento estadual para os procedimentos cirúrgicos de alta e média complexidade cujo caráter da internação seja eletivo, a partir da competência abril/2023, pode chegar até R\$ 104.780.094,00.

Cirurgias Ortopédicas: Iniciar o credenciamento de unidades de saúde privadas para a realização de procedimentos de alta complexidade de cirurgia ortopédica de joelho e quadril e acompanhamento pré e pós cirúrgico no estado do Rio de Janeiro, de forma complementar à rede estadual de saúde, através do Chamamento Público nº 003/2023. A estimativa é de realizar um total de 1.500 (mil e quinhentas) cirurgias de joelho por mês e 500 (quinhentas) cirurgias de quadril por mês, a partir do mês de setembro de 2023; atualmente em fase de credenciamento.

IV.2.2. Capacidade Instalada

IV.2.2.1. Secretaria Estadual de Saúde

A Secretaria Estadual de Saúde do ERJ vem ao longo dos anos realizando a gradativa transferência de gestão das unidades hospitalares de gestão direta e indireta para a Fundação Saúde do estado do Rio de Janeiro, em cumprimento à [Lei nº 8.986 de 25 de agosto de 2020](#), que versa sobre *“Prever a revogação da Lei nº 6.043/2011, a qual por sua vez disciplina a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais, no âmbito da saúde do ERJ, mediante ao contrato de gestão”*. As transferências das unidades de saúde para a gestão da FSERJ estão proporcionando uma nova estruturação com adequação da força de trabalho, pelo fato de que a FSERJ possui regime próprio de contratações, o que possibilita maior agilidade nos processos de contratação.

³⁶ Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-1-604-de-18-de-outubro-de-2023/view>

IV.2.2.1.1. Unidades Hospitalares e Ambulatoriais Próprias

Atualmente, a SES-RJ é responsável pela gestão direta de 15 unidades de saúde: 01 Instituto especializado (Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer - IECPN), 04 Hospitais especializados (Hospital Estadual Carlos Chagas - HECC, Hospital de Traumatologia Ortopedia da Baixada, Hospital de Traumatologia Ortopedia Dona Lindu e Hospital Estadual Tavares de Macedo - HETM³⁷), 07 Hospitais Gerais, sendo 01 Maternidade (Hospital Estadual Ricardo Cruz - HERC, Hospital Estadual Getúlio Vargas - HEGV, Hospital Estadual Alberto Torres - HEAT, Hospital Estadual João Batista Caffaro - HEJBC, Hospital Regional do Médio Paraíba Zilda Arns - HRMPZA, Hospital Estadual Ricardo Cruz – HERC e Hospital Nossa Senhora dos Lagos - HELAGOS), 02 Unidades de Pronto Atendimento (UPA Penha e UPA São Gonçalo I) e 01 Unidade Móvel. As unidades ambulatoriais IASERJ Maracanã e Almir Dutton funcionam sob o regime de autarquia, onde os recursos humanos, materiais e medicamentos são fornecidos pela SES-RJ.

Nos últimos anos, a SES-RJ vem trabalhando na constante melhoria dos serviços ofertados à população fluminense. Neste sentido, ocorreu o aumento da capacidade do ambulatório do HTO Baixada e a abertura do Centro Cirúrgico no HRMPZA para cirurgias ortopédicas, pediátricas e cirurgia geral, além da reforma do novo centro de trauma no HEAT e HECC e da abertura de nova emergência e leitos de maternidade do Hospital Estadual Azevedo Lima (HEAL). Alguns hospitais estão com número de leitos e perfil de atendimentos sendo ajustados e reavaliados, portanto o quantitativo de leitos pode ser alterado. Atualmente o perfil dos estabelecimentos está da seguinte forma:

Tabela 73. Total de leitos existentes nos estabelecimentos SES-RJ, por tipo de leito.

Tipo de leito	Total
Complementar Unidade de Isolamento	35
Complementar Unidade Intermediária	215
Complementar UTI Adulto	559
Complementar UTI Neonatal	66
Complementar UTI Pediátrica	94
Internação Cirúrgico	608
Internação Clínico	926
Internação Leito Dia	112
Internação Obstétrico	259
Internação Outras especialidades	150
Internação Pediátrico	193
Total	3.217

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

O Hospital da Mulher Heloneida Studart (São João de Meriti) tem perfil mais complexo, para atendimento de gestação de alto risco, e o Hospital de Mesquita atende à gestação de baixo risco e risco moderado. Ambas as unidades contam com leitos de UTI neonatal.

Observando a quantidade de leitos existentes no CNES, nas unidades hospitalares da SES-RJ-RJ, e comparando os dados de 2019 com 2023, observamos uma pequena redução,

³⁷ Única unidade que é gerida integralmente pela SES/RJ.

cerca de 7%, no total de leitos de internação. Tal redução se justifica, principalmente, pela municipalização do Hospital Adão Pereira Nunes (em 19/01/2022) pelo município de Duque de Caxias. Portanto, conclui-se que houve pouca alteração no quantitativo de leitos nas unidades SES, e considerando a abertura do Hospital Ricardo Cruz durante a Pandemia de Covid-19 (posteriormente convertido para leitos de internação), foi observado até um pequeno aumento no número de leitos.

Alguns desafios se colocam, tais como a conclusão da transferência de gestão e operacionalização das unidades geridas pela SES-RJ para a Fundação Saúde, com previsão da próxima unidade a ser transferida – HERCRUZ - em setembro de 2023, e o aumento da oferta de cirurgias eletivas e de procedimentos de alta complexidade nas unidades SES-RJ, mantendo a qualidade da assistência prestada à população. A transferência da gestão e a operacionalização das unidades para a Fundação Saúde proporcionarão uma melhor política de gestão, administrativa e contratual, onde as unidades recebem adequação quanto à equipe assistencial multiprofissional e aumento do parque tecnológico. Nesse movimento, se prioriza o papel da SES-RJ em planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de desempenho da Fundação Saúde.

Quadro 12. Perfil dos hospitais especializados

Hospital Especializado	Região	Perfil
Hospital Estadual Tavares de Macedo	Metropolitana II	Hanseníase
Hospital Estadual Vereador Melchades Calazans	Metropolitana I	Ortopedia
Hospital de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu	Centro Sul	Cirurgia ortopédica/ Centro de tratamento de queimados
Hospital Estadual Eduardo Rabello	Metropolitana I	Internação clínica para idosos
Hospital Estadual Santa Maria	Metropolitana I	Tuberculose
Hospital Estadual de Transplante, Câncer e Cirurgia Infantil	Metropolitana I	Orto pediatria / neurocirurgia / onco hematologia
Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro	Metropolitana I	Psiquiatria

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

Quadro 13. Perfil dos institutos especializados

Instituto Especializado	Região	Perfil
Inst. Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras	Metropolitana II	Tuberculose
Inst. Estadual de Dermatologia Sanitária	Metropolitana I	Hanseníase
Inst. Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti	Metropolitana I	Hematologia
Inst. Estadual de Diabetes e Endocrinologia	Metropolitana I	Endocrinologia
Inst. Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro	Metropolitana I	Cardiologia clínica e cirúrgica
Inst. Estadual de Infectologia Sao Sebastião	Metropolitana I	Doenças infectocontagiosas
Inst. Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer	Metropolitana I	Neurocirurgia, neurologia clínica, tratamento cirúrgico das epilepsias, distúrbio dos movimentos (Parkinson), microcefalia

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

A SES-RJ conta atualmente com 26 estabelecimentos com internação, sendo 10 hospitais gerais, 7 hospitais especializados, 7 institutos especializados e 2 hospitais maternidades, que somados possuem 3.217 leitos existentes, sendo 2.248 leitos de internações nas clínicas básicas e 969 leitos complementares. Do total de leitos existentes, 2.865 são leitos credenciados e habilitados pelo Ministério da Saúde, sendo 2.248 leitos de internações em clínica básica e 617 de UTIs.

Quadro 14. Perfil dos hospitais gerais

Hospital Geral	Município	Região	Perfil
Hospital Estadual Roberto Chabo	Araruama	Baixada Litorânea	Atendimentos em traumatismo - ortopédica /Clínica cirúrgica /ortopédica/ UTI adulto e pediátrico
Hospital Estadual Pref Joao Baptista Caffaro	Itaboraí	Metropolitana II	Atendimentos em Clínica Médica e UTI adulto
Hospital Estadual Azevedo Lima	Niterói	Metropolitana II	Atendimentos em Neurocirurgia /Cirurgia Vascular / Cirurgia Geral / Clínica Médica / Pediatria / Maternidade
Hospital Estadual Dr Ricardo Cruz	Nova Iguaçu	Metropolitana I	Retaguarda Clínica e Terapia Intensiva adulto e pediátrica
Hospital Estadual Anchieta	Rio de Janeiro	Metropolitana I	Retaguarda Clínica e Terapia Intensiva adulto
Hospital Estadual Carlos Chagas	Rio de Janeiro	Metropolitana I	Atendimento em Cirurgia Geral/ Clínica Médica/ UTI Adulto/ urgência e emergência
Hospital Estadual Getulio Vargas	Rio de Janeiro	Metropolitana I	Atendimentos em Neurocirurgia/ Cirurgia Vascular/ Cirurgia Geral/ Clínica Médica/ Pediatria / UTI/ Traumatismo – ortopedia
Hospital Estadual Alberto Torres Geral Sao Goncalo	São Gonçalo	Metropolitana II	Atendimento em Centro de trauma/ ortopedia/ clinica Medica/CTI adulto e pediátrico/neurocirurgia
Hospital Estadual dos Lagos Nossa Senhora de Nazareth	Saquarema	Baixada Litorânea	Maternidade/ Cirurgia geral e ginecológica eletiva /UTI Neonatal e UTI materna / obstetrícia de alto risco
Hosp Regional Medio Paraiba Dra Zilda Arns Neumann	Volta Redonda	Médio Paraíba	Atendimento em clínica Médica e pediatria, cirurgia ortopédica, pediátrica e geral, UTI Adulto, pediátrico

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

Quadro 15. Quantidade de leitos de internação existentes, por estabelecimentos SES-RJ e tipo de leito, agosto/2023.

Estabelecimento da SES-RJ	CNES	Município	Região de saúde	Leitos					
				Existentes			SUS		
				Total	De internação	Complementares	Total	De internação	Complementares
Hospital Estadual Roberto Chabo	2696932	Araruama	Baixada Litorânea	83	54	29	79	54	25
Hospital Estadual Pref Joao Baptista Caffaro	3784916	Itaboraí	Metropolitana II	135	93	42	105	93	12
Hospital Estadual Tavares de Macedo	2814161	Itaboraí	Metropolitana II	54	54	-	54	54	-
Compl Reg de Mesquita Maternid e Clínica da Mulher	7011857	Mesquita	Metropolitana I	128	103	25	118	103	15
Hospital Estadual Vereador Melchides Calazans	5478898	Nilópolis	Metropolitana I	99	93	6	99	93	6
Hospital Estadual Azevedo Lima	0012521	Niterói	Metropolitana II	251	195	56	234	195	39
Instituto Estadual de Doenças do Torax Ary Parreiras	0012769	Niterói	Metropolitana II	81	71	10	71	71	-
Hospital Estadual Dr Ricardo Cruz	0679550	Nova Iguaçu	Metropolitana I	300	180	120	180	180	-
Hospital de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu	6586767	Paraíba do Sul	Centro Sul	80	70	10	77	70	7
Inst. Est. de Dermatologia Sanitaria	2270617	Rio de Janeiro	Metropolitana I	77	77	-	77	77	-
Inst. Est. de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti	2295067	Rio de Janeiro	Metropolitana I	83	82	1	83	82	1
Hospital Estadual Anchieta	2298724	Rio de Janeiro	Metropolitana I	71	60	11	61	60	1
Hospital Estadual Carlos Chagas	2273411	Rio de Janeiro	Metropolitana I	201	111	90	165	111	54
Hospital Estadual Eduardo Rabello	7516800	Rio de Janeiro	Metropolitana I	31	31	-	31	31	-
Hospital Estadual Santa Maria	2273209	Rio de Janeiro	Metropolitana I	73	62	11	73	62	11
Hospital Estadual Transplante Cancer e Cir Infantil	7185081	Rio de Janeiro	Metropolitana I	83	57	26	83	57	26
Inst Est Diabet Endocrinologia Iede	2270803	Rio de Janeiro	Metropolitana I	23	23	-	23	23	-
Iecac Inst Est de Cardiologia Aloysio de Castro	2269678	Rio de Janeiro	Metropolitana I	111	76	35	108	76	32
Instituto Estadual De Infectologia Sao Sebastiao	2273365	Rio de Janeiro	Metropolitana I	25	-	25	12	-	12
Instituto Estadual do Cerebro Paulo Niemeyer	7267975	Rio de Janeiro	Metropolitana I	108	54	54	98	54	44
Hospital Estadual Getulio Vargas	2270234	Rio de Janeiro	Metropolitana I	314	204	110	287	204	83
Centro Psiquiatrico Rio de Janeiro	2291304	Rio de Janeiro	Metropolitana I	108	108	-	108	108	-
Hospital Estadual Alberto Torres Geral Sao Goncalo	2298031	São Gonçalo	Metropolitana II	243	167	76	243	167	76
Hospital da Mulher Heloneida Studart	6518893	São João de Meriti	Metropolitana I	134	71	63	134	71	63
Hospital Estadual dos Lagos Nossa Senhora de Nazareth	7529384	Saquarema	Baixada Litorânea	84	54	30	64	54	10
Hosp Regional Médio Paraíba Dra Zilda Arns Neumann	9074457	Volta Redonda	Médio Paraíba	237	98	139	198	98	100
Total				3.217	2.248	969	2.865	2.248	617

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

O Instituto Estadual São Sebastião não está descrito na planilha de leitos acima, pois fica localizado no Hospital dos Servidores, constando na estrutura de leitos do mesmo.

IV.2.2.1.2. Modelo de gestão - FSERJ

A Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro (FSERJ) foi criada a partir da fusão de três fundações estaduais no ano de 2012, e é uma Fundação Pública de direito privado que já nasceu com seu foco voltado para a administração de unidades de saúde da SES-RJ do Rio de Janeiro – SES-RJ, pautada na definição de descentralização das atividades não exclusivas do estado (Bresser, 1997³⁸), incluindo nesse caso a Saúde.

O papel de gestor do sistema estadual de saúde depende da pactuação de três entes federativos, cabendo aos prestadores e gerenciadores das unidades de saúde como a FSERJ direcionar o foco para a execução das políticas de saúde definidas pelo governo estadual. Para isto, a FSERJ mantém contratos anuais com a SES-RJ, onde a contratante define as políticas públicas e a contratada monta o planejamento para administrar as unidades de saúde inseridas no contrato de gestão.

No cenário atual da prestação de serviços pela SES-RJ existem três modelos de administração: a direta, exercida pela SES-RJ, que mantém unidades administradas diretamente, e outros dois modelos: a administração privada, executada por meio de contratos firmados com as Organizações Sociais (OSS) ou por gestão compartilhada, através de um contrato de prestação de serviços, e a da administração indireta, capitaneada pela FSERJ, com contratos de gestão de unidades de saúde, respeitando todos os ditames da [Lei 8.666/1993](#), e mais recentemente a [Lei 14.133/2021](#) (nova lei de licitações), que institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências, estando sob supervisão de todos os órgãos de controle do setor público. Cabe ressaltar que a FSERJ foi criada com este objetivo, através da [Lei 6.304/2012](#), a partir da incorporação de outras duas Fundações criadas em 2007. Conforme consta do art. 1º da referida lei, as Fundações Estatais dos Institutos de Saúde e dos Hospitais Gerais, criadas pela [Lei Estadual nº 5.164/2007](#), foram incorporadas à Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência, cuja denominação foi alterada, em 2012, para Fundação Saúde do estado do Rio de Janeiro.

Atualmente, a FSERJ realiza a gestão administrativa avançada de quarenta e seis unidades de Saúde constantes nos contratos de gestão firmados com a SES-RJ (quadro 16), e baseia seu planejamento anual nas políticas públicas de saúde determinadas pela mesma.

Quadro 16. Unidades sob gestão integral da FSERJ

Unidade	Breve perfil
Central Estadual de Transplante (CET)	Atua na fiscalização e nas ações gerenciais de todo o processo de doação e transplante de órgãos e tecidos.
Centro Estadual de Diagnóstico por Imagem (CEDI) - RIO IMAGEM -CENTRO RJ	Realização de exames por imagem de alta complexidade a pacientes SUS referenciados.
Centro Estadual de Diagnóstico por Imagem da Baixada Fluminense (CEDI - BAIXADA) - RIO IMAGEM BAIXADA	Realização de exames por imagem de alta complexidade a pacientes SUS referenciados.

³⁸ <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno01.pdf>

Unidade	Breve perfil
Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ)	Inserido na rede de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro. Internação de curta permanência e atenção nas modalidades ambulatorial e hospital-dia.
Hospital da Mãe - Complexo Regional da Mãe de Mesquita – Maternidade e Clínica da Mulher (HMÃE)	Assistência à saúde prestada em regime ambulatorial e de internação hospitalar, incluindo procedimentos necessários para obter ou complementar o diagnóstico e as terapêuticas indicadas nas áreas de obstetrícia, ginecologia e neonatologia. Contando com UTI neonatal porte II e UI neonatal, para atendimento a usuários com agravos de suas condições decorrentes de enfermidades perinatais
Hospital da Mulher Heloneida Studart (HMULHER)	A Unidade estrutura-se com perfil de média e alta complexidade para maternidade de alto risco e risco habitual de adolescentes, cirurgia ginecológica, mama e geniturinária, Unidades de Terapia Intensiva Materna, Neonatal e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCI Neonatal), para demanda de internação referenciada através da (SES-RJ).
Hospital Estadual Anchieta (HEAN)	Unidade recebe pacientes de média e alta complexidade provenientes da Rede Pública de Saúde, através de seus sistemas de regulação. Atua principalmente na área de clínica médica, cardiológica e terapia intensiva como hospital de retaguarda.
Hospital Estadual Azevedo Lima (HEAL)	Destina-se ao tratamento de média e alta complexidade de casos urgência, emergência, clínicos e cirúrgicos que requeiram atenção profissional especializada, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia. Assistência hospitalar às gestantes, preferencialmente de alto risco, e Assistência neonatal.
Hospital Estadual Carlos Chagas (HECC)	Unidade de portas abertas, com perfil de clínica médica, clínica cirúrgica geral e cirurgia urológica, além do atendimento em terapia intensiva adulta. Na unidade, também funciona o Programa Estadual de Cirurgia Bariátrica e o Projeto Mais Sorriso, que consiste no atendimento odontológico especializado a pacientes – crianças, jovens e adultos – com deficiências como paralisia cerebral, autismo, síndrome de Down, entre outras.
Hospital Estadual Eduardo Rabello (HEER)	Unidade de saúde de média complexidade para atendimento em regime ambulatorial e de internação de usuários provenientes da rede pública de saúde acima dos 60 anos com porta de entrada referenciada.
Hospital Estadual Santa Maria (HESM)	Assistência ao paciente com Tuberculose, Tuberculose Multirresistente (TBMR e TBXDR) e coinfeção TB-HIV do estado do Rio de Janeiro, sendo referência terciária estadual.
Hospital Regional Gélvio Alves Faria (HRGAF)	Hospital regional de média complexidade em regime ambulatorial e de internação a pacientes referenciados.
Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC)	Atendimento de média e alta complexidade na rede de atenção cardiovascular, tanto ambulatorial quanto hospitalar.
Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária (IEDS)	Unidade de referência para todo o estado nos casos de Hanseníase que necessitem de internações de média e/ou baixa complexidade, além de atuar em outras doenças dermatológicas como psoríase e

Unidade	Breve perfil
	vítiligo.
Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE)	Centro Estadual de Referência para as atividades de Endocrinologia, Diabetologia, Metabologia e Nutrição. Unidade de referência Estadual para o acompanhamento de pacientes com Obesidade Grau III.
Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ari Parreiras (IETAP)	Referência terciária estadual com finalidade diagnóstica e terapêutica, sob regime de internação hospitalar de Tuberculose (TB), Tuberculose Multirresistente e coinfeção TB/HIV.
Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti (HEMORIO)	Especializado no tratamento de doenças hematológicas primárias de alta complexidade; dispõe de assistência ambulatorial, internação, tratamento intensivo e emergência referenciada. Hemocentro e coordenador da Hemorrede do estado.
Laboratório Central Noel Nutels (LACEN)	Laboratório de Referência Estadual – LRE que coordena a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública.
Posto de Atendimento Médico Estadual de CAVALCANTI (PAM CAVALCANTI)	Ambulatório de média complexidade, com atendimento por livre demanda.
Posto de Atendimento Médico Estadual de Coelho Neto (PAM COELHO NETO)	Ambulatório de média complexidade, com atendimento por livre demanda.
Pronto Socorro Dr. Hamilton Agostinho Vieira de Castro do Complexo Penitenciário de Bangu (SEAP)	Unidade de saúde que presta serviços 24 horas por dia, em todos os dias do ano, com obrigação de acolher e atender a todos os usuários privados de liberdade inseridos nas unidades prisionais administradas pela Secretaria de estado de Administração Penitenciária.
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) - Capital RJ	Realização de atendimento Móvel de Urgência na capital do Rio de Janeiro, com objetivo de chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte.
UPA BANGU	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) de Bangu, classe técnica A com perfil mista. Está relacionada à Atenção Primária à Saúde (APS) e vinculada à Rede de Urgência e Emergência (RUE).
UPA BOTAFOGO	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) de Botafogo, classe técnica B com perfil mista. Está relacionada à Atenção Primária à Saúde (APS) e vinculada à Rede de Urgência e Emergência (RUE).
UPA CAMPO GRANDE I	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) de Campo Grande I, classe técnica A com perfil mista. Está relacionada à Atenção Primária à Saúde (APS) e vinculada à Rede de Urgência e Emergência (RUE).
UPA CAMPO GRANDE II	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) de Campo Grande II, classe técnica B com perfil mista e serviço de Odontologia. Está relacionada à Atenção Primária à Saúde (APS) e vinculada à Rede de Urgência e Emergência (RUE).
UPA CAMPOS DOS GOYTACAZES	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) de Campos dos

Unidade	Breve perfil
	Goytacazes, classe técnica B com perfil mista. Está relacionada à Atenção Primária à Saúde (APS) e vinculada à Rede de Urgência e Emergência (RUE).
UPA COPACABANA	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) de Copacabana, classe técnica B com perfil mista. Está relacionada à Atenção Primária à Saúde (APS) e vinculada à Rede de Urgência e Emergência (RUE).
UPA ENGENHO NOVO	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) de Engenho Novo, classe técnica B com perfil mista. Está relacionada à Atenção Primária à Saúde (APS) e vinculada à Rede de Urgência e Emergência (RUE).
UPA ILHA DO GOVERNADOR	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) da Ilha do Governador, com perfil Pediátrica. Está relacionada à Atenção Primária à Saúde (APS) e vinculada à Rede de Urgência e Emergência (RUE).
UPA IRAJÁ	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) de Irajá, classe técnica C com perfil mista e serviço de Odontologia. Está relacionada à Atenção Primária à Saúde (APS) e vinculada à Rede de Urgência e Emergência (RUE).
UPA ITABORAÍ	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) de Itaboraí, classe técnica B com perfil mista e serviço de Odontologia. Está relacionada à Atenção Primária à Saúde (APS) e vinculada à Rede de Urgência e Emergência (RUE).
UPA JACAREPAGUÁ	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) de Jacarepaguá, classe técnica A com perfil mista. Está relacionada à Atenção Primária à Saúde (APS) e vinculada à Rede de Urgência e Emergência (RUE).
UPA MARÉ	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) da Maré, classe técnica C com perfil mista. Está relacionada à Atenção Primária à Saúde (APS) e vinculada à Rede de Urgência e Emergência (RUE).
UPA MARECHAL HERMES	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) de Marechal Hermes, classe técnica B com perfil mista. Está relacionada à Atenção Primária à Saúde (APS) e vinculada à Rede de Urgência e Emergência (RUE).
UPA MESQUITA	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) de Mesquita, classe técnica B com perfil mista e serviço de Odontologia. Está relacionada à Atenção Primária à Saúde (APS) e vinculada à Rede de Urgência e Emergência (RUE).
UPA NITERÓI	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) de Niterói, classe técnica C com perfil mista e serviço de Odontologia. Está relacionada à Atenção Primária à Saúde (APS) e vinculada à Rede de Urgência e Emergência (RUE).
UPA NOVA IGUAÇU I (Cabuçu)	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) de Cabuçu, classe técnica B com perfil mista e serviço de Odontologia. Está relacionada à Atenção Primária à Saúde (APS) e vinculada à Rede de Urgência e Emergência (RUE).

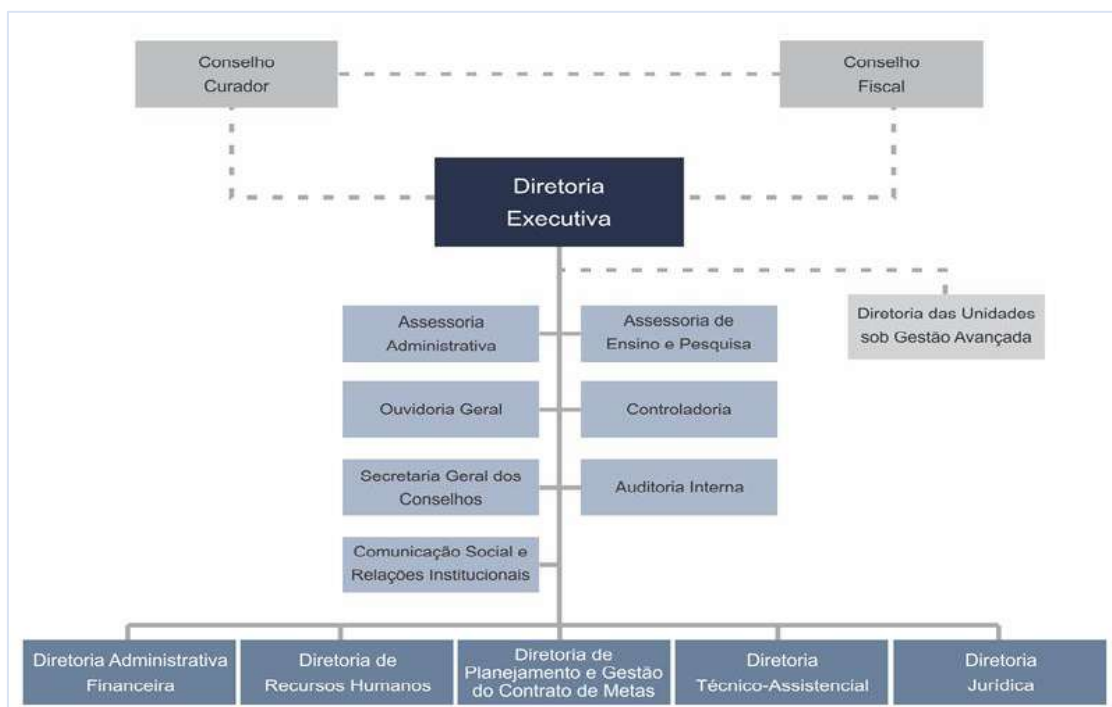
Unidade	Breve perfil
UPA NOVA IGUAÇU II (Fazenda Botafogo)	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) de Nova Iguaçu II, classe técnica B com perfil mista e serviço de Odontologia. Está relacionada à Atenção Primária à Saúde (APS) e vinculada à Rede de Urgência e Emergência (RUE).
UPA QUEIMADOS	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) de Queimados, classe técnica C com perfil mista e serviço de Odontologia. Está relacionada à Atenção Primária à Saúde (APS) e vinculada à Rede de Urgência e Emergência (RUE).
UPA REALENGO	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) de Realengo, classe técnica B com perfil mista e serviço de Odontologia. Está relacionada à Atenção Primária à Saúde (APS) e vinculada à Rede de Urgência e Emergência (RUE).
UPA RICARDO DE ALBUQUERQUE	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) de Ricardo de Albuquerque, classe técnica B com perfil mista. Está relacionada à Atenção Primária à Saúde (APS) e vinculada à Rede de Urgência e Emergência (RUE).
UPA SANTA CRUZ	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) de Santa Cruz, classe técnica C com perfil mista. Está relacionada à Atenção Primária à Saúde (APS) e vinculada à Rede de Urgência e Emergência (RUE).
UPA SÃO PEDRO DA ALDEIA	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) de São Pedro da Aldeia, classe técnica B e com perfil Pediátrica. Está relacionada à Atenção Primária à Saúde (APS) e vinculada à Rede de Urgência e Emergência (RUE).
UPA TIJUCA	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) da Tijuca, classe técnica B com perfil mista. Está relacionada à Atenção Primária à Saúde (APS) e vinculada à Rede de Urgência e Emergência (RUE).
UPA VALENÇA	Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24h) de Valença, classe técnica B com perfil mista. Está relacionada à Atenção Primária à Saúde (APS) e vinculada à Rede de Urgência e Emergência (RUE).

Fonte: Termos de Referência das unidades do Contrato de Gestão nº 002/2021

Estrutura da Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro

A FSERJ possui uma estrutura organizacional verticalizada, sendo constituída por dois Conselhos (Curador e Fiscal), uma Diretoria Executiva e cinco diretorias de apoio (figura 38). Cada uma das diretorias possui um papel crucial na administração das atividades executadas pelas unidades de saúde que estão sob a gestão da FSERJ, e seguem descritas no parágrafo a seguir.

Figura 38. Estrutura organizacional da FSERJ



Fonte: Lei 5.164/2007 e Estatuto FSERJ

A Diretoria Executiva (DIREX) é responsável pela gestão técnica, patrimonial, financeira, administrativa e operacional da FSERJ. A Diretoria Administrativa e Financeira (DIRAF), pela coordenação, execução e controle das atividades relacionadas a materiais e patrimônio, assim como a administração financeira, orçamentária e contábil da Fundação e das unidades de saúde. A Diretoria de Recursos Humanos (DIRRH) é responsável pela coordenação, execução e controle das atividades relativas à administração e desenvolvimento de gestão de pessoas e das unidades prestadoras de serviços. A Diretoria de Planejamento e Gestão de Metas (DIRPG) é responsável pelo planejamento e gestão do contrato de metas, estabelecendo diretrizes técnicas para a execução das atividades assistenciais. A Diretoria Técnico - Assistencial (DIRTA) é responsável pela coordenação, supervisão e avaliação das ações e atividades assistenciais de saúde implementadas pelas unidades de saúde. E a Diretoria Jurídica (DIRJUR) pela consultoria aos órgãos da FSERJ e representação da entidade em juízo ou em fora dele, com manifestação nos assuntos que envolvam questões jurídicas, tais como celebração de contratos, convênios e termos de cooperação.

Histórico. Absorção da Gestão das Unidades de Saúde

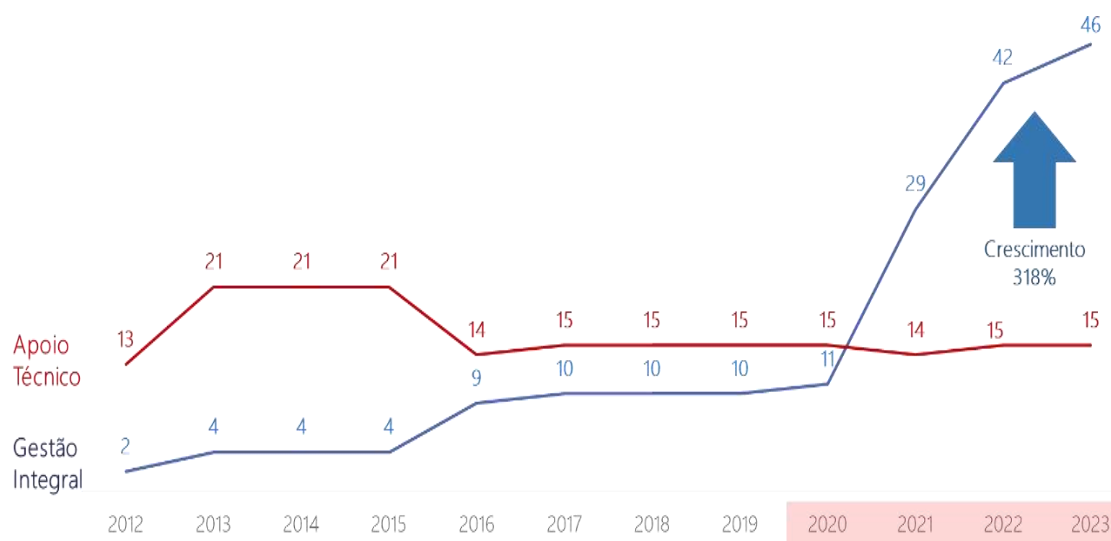
A crise pandêmica relacionada ao Covid-19 iniciou um processo contínuo de substituição do modelo de gestão na saúde promovido pelo Governo do estado a partir do [Decreto nº 47.103/2020](#), e, de maneira incremental, a FSERJ vem assumindo a gestão de novas unidades de Saúde e ampliando sua responsabilidade naquelas onde já realizava a gestão.

Em setembro de 2020, com o término do contrato com a OSS que administrava o SAMU da Capital, a FSERJ assumiu a gestão do serviço, passando a ter a necessidade de

inclusão em seu quadro de novas categorias de profissionais assistenciais não previstos no seu Plano de Empregos, Cargos e Salários, tendo nesse caso que agir para não causar prejuízos à população devido à paralisação do serviço com a saída da OSS.

Durante o ano de 2021, a SES-RJ passa a promover a política de mudança do modelo de gestão, e no processo SEI-080001/003556/2021 apresenta as justificativas e propostas para descentralizar a operação das unidades, na medida que os contratos com a OSS fossem sendo encerrados. Nesse sentido, a FSERJ passou a gerenciar de forma integral 21 unidades Hospitalares e demais Serviços e 25 Unidades de Pronto Atendimento 24H (UPA 24H), o que equivale a um acréscimo de aproximadamente 318% em relação a 2020 (gráfico 78).

Gráfico 78. Evolução do número de unidades sob gestão da FSERJ (2012-2023)



Fonte: Lei 5.164/2007, decretos de Incorporação e Contratos de Gestão entre FSERJ e SES.

Evidencia-se que existe uma paridade entre o aumento de unidades e o orçamento da FSERJ, porém o número de unidades de perfis diferenciados, tais como o serviço de urgência, as maternidades e o centro de diagnósticos, adicionadas à estrutura da FSERJ, impactaram significativamente o orçamento, bem como as atividades de suporte e operacionalização das mesmas. Ressalta-se que a estrutura organizacional em termos de cargos e empregos, incluindo o organograma da Fundação Saúde, deve ser revista para qualificar o suporte a essa nova demanda.

Frisa-se que a diversidade de perfis de unidades que passaram ao escopo de gestão da FSERJ implica que ocorra uma reestruturação, de forma que seja possível promover uma capacidade operacional e técnica de corpo estratégico e gerencial tanto da sede da FSERJ como das unidades sob sua gestão, na ampliação de sua capacidade estratégica e gerencial, de forma que a estrutura administrativa possa abarcar tal incremento. Atente-se ao fato que, mesmo em condições de pressão de sua estrutura administrativa, a FSERJ tem se mostrado eficiente no tocante à gestão das unidades, atendendo às demandas da SES-RJ.

Destaca-se que as ações da FSERJ têm se mostrado eficazes em relação à produtividade e consequentemente em melhoria de acesso à população. Realizando um

comparativo entre o primeiro quadrimestre de 2022 e 2023, a FSERJ proporcionou que as unidades sob sua gestão ampliassem em 74% o número de procedimentos faturáveis de produção dos Boletins de Procedimentos Ambulatoriais (BPA) e em 45% o número de Autorização de internações Hospitalares (AIH), representando um faturamento aprovado de aproximadamente R\$ 60,2 milhões diretamente para o Fundo Estadual de Saúde (FES), em termos percentuais. Isso equivale a um aumento de 58,8% em relação ao mesmo período de 2022.

Em relação aos produtos vinculados à ação do Plano Plurianual - PPA da FSERJ também houve um aumento nos resultados dos quadrimestres (figura 40).

Figura 39. Resultados comparativos do 1º quadrimestre (2022 e 2023)



Fonte: SIPLAG – 1º quadrimestre e Faturamento SIA/SUS e SIH/SUS - FSERJ

Um importante desafio para o futuro da gestão das unidades sob gestão estadual pela FSERJ é que a configuração orçamentária da FSERJ seja vinculada diretamente ao Orçamento Público do estado (LOA), pois a política de gestão de recursos humanos, bem como a reestruturação organizacional, impacta na retenção de capital intelectual, contratação de novos profissionais e melhoria das condições salariais, uma vez que gastos com pessoal contam para a LRF, são impeditivos segundo a submissão ao Regime de Recuperação Fiscal (RRF) e geram diversificação de vínculos.

O alinhamento organizacional com as demais Fundações Estatais de Saúde do país, através da ANFES – Associação Nacional de Fundações Estatais de Saúde, que a FSERJ presidirá no próximo biênio (2023/2025), poderá gerar a proposição de vários instrumentos comuns e de auxílio mútuo, no qual a FSERJ beneficiar-se-á. Pode-se valer, ainda, do estudo conjunto das diversas normativas legislativas dispostas para que seja possível promover a reestruturação organizacional de suporte administrativo às unidades, bem como das relações administrativas e contratuais.

A FSERJ possui atualmente a Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social – CEBAS; essa situação condiciona um grande incentivo à redução de despesas com recursos humanos, e com isso uma economia significativa ao erário, com a realização de

Concurso Público. Acrescenta-se como oportunidade, nesta linha, que a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) de 2024 ([Lei nº 10.071/2023](#)) autorizou o poder executivo a programar recursos para a organização e realização de concurso público para provimento de vagas na área da saúde no primeiro semestre de 2024. Na linha de atuação do CEBAS, com a reestruturação da FSERJ, haveria espaço para a pactuação de convênios com o Ministério da Saúde, o que possibilitaria recursos de fontes distintas daquela proveniente apenas do Contrato de Gestão.

Para o incremento do modelo de gestão pela FSERJ, ressalte-se que a busca pela implementação de sistemas próprios, tais como solução tecnológica de gestão hospitalar integrada aos sistemas de gestão administrativa (planejamento, abastecimento, logística, gestão de recursos humanos, custo e orçamento), serão fundamentais na gestão da FSERJ.

IV.2.2.2. Geral. Unidades Hospitalares

Leitos de Internação

Nas tabelas a seguir estão descritos os leitos de internação SUS no estado do Rio de Janeiro, em junho de 2023, por especialidade, por região e esfera administrativa. Os leitos de internação distribuem-se em: 5.862 leitos cirúrgicos, 7.486 leitos clínicos, 2.501 leitos obstétricos, 2.163 leitos pediátricos, 2.437 leitos de outras especialidades e 559 leitos de hospital/dia.

Tabela 74. Quantidade de leitos de internação SUS, por especialidade detalhada, estado do Rio de Janeiro, junho/2023.

Especialidade do leito	Leitos SUS
Cirúrgico	5.862
Buco-Maxilo-Facial	56
Cardiologia	324
Cirurgia Geral	2.145
Endocrinologia	9
Gastroenterologia	80
Ginecologia	408
Nefrologia/Urologia	262
Neurocirurgia	366
Oftalmologia	121
Oncologia	274
Ortopedia/Traumatologia	1.498
Otorrinolaringologia	68
Plástica	102
Queimado Adulto	9
Torácica	69
Transplante	71
Obstétrico	2.501
Obstetrícia Cirúrgica	1.292
Obstetrícia Clínica	1.209
Pediátrico	2.163
Pediatria Cirúrgica	325
Pediatria Clínica	1.838

Especialidade do leito	Leitos SUS
Clínico	7.486
Aids	231
Cardiologia	421
Clínica Geral	5.626
Dermatologia	22
Geriatria	84
Hansenologia	94
Hematologia	88
Nefro/Urologia	148
Neonatologia	123
Neurologia	89
Oncologia	258
Pneumologia	99
Queimado Adulto	10
Saúde Mental	193
Outras especialidades	2.437
Acolhimento Noturno	174
Crônicos	996
Pneumologia Sanitária	183
Psiquiatria	1.061
Reabilitação	23
Leito Dia	559
Aids	37
Cirúrgico/Diagnóstico/Terapêutico	310
Intercorrência Pós-Transplante	17
Saúde Mental	195
Total	21.008

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

Obs: Os leitos não registrados como SUS no SCNES, mesmo que em hospitais públicos, não foram considerados nessa tabulação

Tabela 75. Quantidade de leitos de internação SUS, por esfera administrativa, estado do Rio de Janeiro, junho/2023.

Esfera jurídica	Leitos SUS
Administração Pública Estadual ou Distrito Federal	2.893
Administração Pública Federal	3.163
Administração Pública Municipal	10.036
Empresa Pública ou Sociedade de Economia Mista	145
Entidades Empresariais	1.336
Entidades sem Fins Lucrativos	3.435
Total	21.008

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

Obs: Os leitos não registrados como SUS no SCNES, mesmo que em hospitais públicos, não foram considerados nessa tabulação.

Além dos leitos relacionados acima, estão registrados no CNES um número importante de leitos de internações existentes (3.196) nas três esferas administrativas públicas e em instituições vinculadas ao SUS, não habilitados pelo MS, e que correspondem a 15,2 % do total de leitos SUS de internação instalados no estado.

Tabela 76. Quantidade de leitos de internação SUS, leitos de internação existentes vinculados ao SUS por tipo de leito, estado do Rio de Janeiro, junho/2023.

Tipo de leito	Leitos existentes vinculados ao SUS	Leitos SUS
Internação Cirúrgico	6.696	5.862
Internação Clínico	8.661	7.486
Internação Leito Dia	682	559
Internação Obstétrico	2.855	2.501
Internação Outras especialidades	2.984	2.437
Internação Pediátrico	2.326	2.163
Total	24.204	21.008

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

Tabela 77. Quantidade de leitos de internação SUS, por região e tipo de leito, estado do Rio de Janeiro, junho/2023.

Região de Saúde	Internação						Total
	Cirúrgico	Clínico	Leito Dia	Obstétrico	Outras especialidades	Pediátrico	
Baía da Ilha Grande	89	141	0	46	11	33	320
Baixada Litorânea	215	365	2	150	18	101	851
Centro Sul	191	361	0	64	76	47	739
Médio Paraíba	361	790	14	153	165	164	1.647
Metropolitana I	3.597	3.376	464	1.395	806	1.228	10.866
Metropolitana II	426	955	57	241	487	152	2.318
Noroeste	157	239	1	66	105	77	645
Norte	464	583	7	183	92	185	1.514
Serrana	362	676	14	203	677	176	2.108
Total	5.862	7.486	559	2.501	2.437	2.163	21.008

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

Obs: Os leitos não registrados como SUS no SCNES, mesmo que em hospitais públicos, não foram considerados nessa tabulação.

Comparando os números dos leitos de internação SUS no ano de 2019 com os números atuais (junho de 2023), notamos uma redução de 959 leitos, cerca de 4,5%. Observada uma redução em todas as especialidades de leitos, com exceção a de leitos clínicos, onde foi observado um aumento de cerca de 7,8% no total de leitos. A redução no número de leitos nos períodos comparados ocorreu, principalmente, pelo fechamento de leitos de psiquiatria, onde foi observada uma redução de cerca de 113% no número de leitos, saindo de 2.257 em 2019 para 1.061 em 2023.

Comparando os números de leitos de internação SUS no ano de 2019 com os números atuais (junho de 2023), por esfera administrativa, observamos que somente na esfera de administração pública municipal tivemos aumento no número de leitos, cerca de 8,5%. Nas demais esferas administrativas foi observada uma redução no número de leitos. Quando avaliado por regiões de saúde, foram observadas reduções de leitos mais significativas nas regiões Centro Sul, Serrana e Baía da Ilha Grande, com cerca de 20% em comparação ao cenário de 2019.

Tabela 78. Leitos SUS disponíveis x Estimativas x Necessidades

Região de Saúde	População Total	Plano de Saúde	População SUS	Leitos SUS	Leitos SUS p/ 1.000 hab
Baía da Ilha Grande	300.287	43.789	256.498	320	1,25
Baixada Litorânea	870.304	156.778	713.526	851	1,19
Centro Sul	343.570	45.887	297.683	739	2,48
Médio Paraíba	922.318	270.165	652.153	1.647	2,53
Metropolitana I	10.585.667	3.730.735	6.854.932	10.866	1,59
Metropolitana II	2.145.025	623.246	1.521.779	2.318	1,52
Noroeste	350.591	49.702	300.889	645	2,14
Norte	964.428	241.088	723.340	1.514	2,09
Serrana	981.159	204.351	776.808	2.108	2,71
Total	17.463.349	5.365.741	12.097.608	21.008	1,74

Fontes: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES
Tabnet SES-RJ/SIH/SUS

Obs: Os leitos não registrados como SUS no SCNES, mesmo que em hospitais públicos, não foram considerados nessa tabulação

Considerando a estimativa populacional do ano de 2021 (17.463.349), subtraindo a população com plano de saúde privado no mesmo ano (5.365.741), temos a população SUS (12.097.608). A proporção de leitos SUS pela população SUS equivale a 1,74 leitos por cada 1.000 habitantes. A OMS tem um parâmetro recomendável de 3 a 5 leitos para cada 1.000 habitantes. Portanto, nesse cenário, o estado do Rio de Janeiro possui uma disponibilidade de leitos de internação bem abaixo do parâmetro mínimo preconizado pela OMS.

Tabela 79. Estimativa de necessidade de leitos de internação, leitos SUS existentes e diferença entre leitos SUS existentes e necessários, por tipo de leito – junho de 2023

Tipo de leito	Est. PT 1.631/2015	Leitos SUS - Jun/23	Diferença
Internação - Cirúrgico	5.592	5.862	270
Internação - Clínico	10.105	7.486	-2.619
Internação - Leito pediátrico	2.414	2.163	-251
Internação - Obstétrico	1.423	2.501	1.078
Internação - Outras especialidades	427	2.996	2.569
Total	19.961	21.008	1.047

Fontes: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

Considerando a população SUS do estado do Rio de Janeiro (12.097.608) em relação à [Portaria GM/MS 1.631/2015](#), que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, o número de leitos de internação necessários seria de 19.961. Nesse cenário, o número de leitos SUS disponíveis, 21.008, seriam suficientes, estando 5,2% acima do previsto pela portaria.

Porém, se avaliarmos por especialidades, notamos que leitos pediátricos e clínicos estão abaixo dos parâmetros, sendo que os leitos clínicos, que são os de maiores demandas, estão 35% abaixo. Por outro lado, os leitos que se enquadram em outras especialidades (crônicos, psiquiátricos, hospital dia...) estão num percentual muito acima do previsto, cerca de 600%. Necessário avaliar a situação por região e ter uma exatidão na contagem dos leitos, e

ainda verificar, nos serviços de atendimento de urgência e emergência, hospitais com porta de entrada, pronto atendimentos etc., tempo de permanência de pacientes à espera de leitos de internação e as filas para cirurgias eletivas.

A população do ERJ era de 16.054.524 habitantes em 2022. Ao final do mesmo ano, a população beneficiária de planos de saúde, de acordo com dados da ANS, era de 5.532.813 pessoas. Com isso, a população SUS no final de 2022 era de 10.521.711 pessoas. Se considerarmos os leitos de internação SUS (junho/2023) pela população SUS (2022), teremos uma relação de 1,99 leitos para cada 1.000 habitantes e se for considerado os leitos existentes vinculados ao SUS, a relação fica em 2,30 leitos para cada 1.000 habitantes.

Tabela 80. Total de internações SUS no estado do Rio de Janeiro, 2019 a 2022

Internações SUS por Tipo de leito	2019	2020	2021	2022
Cirúrgico	242.932	183.521	214.268	264.217
Clínico	243.221	247.602	290.304	278.908
Leito Dia	5.598	3.499	4.821	8.047
Obstétrico	153.780	151.005	148.196	142.267
Outras especialidades	11.414	8.767	9.323	9.348
Pediátrico	73.834	62.556	67.844	85.502
Total	730.779	656.950	734.756	788.289

Fonte: Tabnet SES-RJ/SIH/SUS

Estimativas de internações: PT GM/MS 1.631/2015 e PT GM/MS 1.102/2002

A estimativa de internações anuais de acordo com a [Portaria GM/MS 1.631/2015](#) é de 975.648 internações; já de acordo com os critérios da [Portaria GM/MS 1.101/2002](#) (Rev.), variam de 846.833 a 1.088.784 internações.

Comparando o número de internações aprovadas no SIH/SUS nos anos de 2019 a 2022, com as estimativas de necessidades de internações da população SUS, pelos critérios da Portaria GM/MS 1.631/2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS e também da já revogada Portaria GM/MS 1.102/2002 de parâmetros de cobertura assistencial do SUS, observamos que em nenhum dos anos, inclusive durante a pandemia, o total de internações registradas foi dentro das estimativas previstas, ficando sempre abaixo.

Leitos Complementares SUS

A [Portaria GM/MS nº 895, de 31 de março de 2017](#), instituiu o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave, com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de terapia intensiva adulto, pediátrico, UTI Coronariana (UCO), queimados e cuidados intermediários adulto e pediátrico no âmbito do SUS. A partir desta portaria, todas as habilitações de leitos de UTI de tipo I, adulto e pediátrico, migraram para Unidades de Cuidados Intermediários (UCI). Da mesma forma, embora ainda constem de forma residual no CNES, os leitos de UTI neonatal de tipo I e Unidade Intermediária (UI) neonatal não são mais habilitados. A migração para Unidade de Cuidados Intermediários

Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa) não foi automática, demandando cumprimento de exigências e novos processos de habilitação. O estado conta hoje com um total de 3.415 leitos SUS Complementares. Desses, 2.378 são leitos de UTI, classificados como UTI tipo II ou III (adulto, pediátrico, neonatal, coronariana, queimados). Tais leitos são os habilitados pelo Ministério da Saúde.

Tabela 81. Leitos de UTI por tipo de leito, junho 2023

Região de Saúde	UTI					Total
	Adulto	Coronariana	Neonatal	Pediátrica	Queimados	
Baía da Ilha Grande	28	0	4	0	0	32
Baixada Litorânea	39	0	0	4	0	43
Centro Sul	61	0	10	0	0	71
Médio Paraíba	173	0	36	22	0	231
Metropolitana I	901	7	267	130	10	1.315
Metropolitana II	183	10	15	15	0	223
Noroeste	96	0	8	4	0	108
Norte	191	0	28	12	0	231
Serrana	114	0	10	0	0	124
RJ	1.786	17	378	187	10	2.378

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

Quadro 17. Leitos complementares SUS, junho/2023

Especialidade	Nº de leitos
UTI Adulto	1.786
Tipo I	155
Tipo II	1.482
Tipo III	149
UTI Pediátrica	187
Tipo I	33
Tipo II	124
Tipo III	30
UTI Neonatal	378
Tipo I	16
Tipo II	291
Tipo III	71
UTI Coronariana	17
Tipo II	10
Tipo III	7
UTI Queimados	10
Queimados	10
Unidade Intermediária	777
Adulto	437
Pediátrico	48
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru	64
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional	221
Unidade Intermediária Neonatal	7
Unidade de Isolamento	260
Unidade de Isolamento	260
Total	3.415

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

Além dos leitos acima relacionados, estão registrados no CNES um número importante de leitos de UTI existentes (4.233) nas três esferas administrativas públicas e demais instituições vinculadas ao SUS, não habilitados pelo MS, e que correspondem a, aproximadamente, 78% do total de leitos UTI SUS instalados no estado. A grande maioria desses leitos (1.282) são leitos de UTI adulto que foram instalados na época da pandemia de Covid-19 e que continuam em operação, estando uma boa parte em processo de habilitação pelo Ministério da Saúde. Os leitos não registrados como SUS no SCNES, mesmo que em hospitais públicos, não foram considerados na tabela 81.

Tabela 82. Quantidade de leitos de UTI SUS X leitos de UTI existentes vinculados ao SUS por tipo de leito, estado do Rio de Janeiro, junho/2023.

Tipo de leito - UTI	Leitos existentes vinculados ao SUS	Leitos SUS
Complementar UTI Adulto	3.068	1.786
Complementar UTI Coronariana	58	17
Complementar UTI Neonatal	682	378
Complementar UTI Pediátrica	390	187
Complementar UTI Queimados	35	10
Total	4.233	2.378

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

Tabela 83. Leitos de UTI SUS disponíveis x Estimativas x Necessidades

Tipo de leito	Est. PT 1.631/2015	Leitos SUS - Jun/23
UTI adulto	1.284	1.813
UTI neonatal	202	378
UTI pediátrico	161	187
Total	1.647	2.378

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

Considerando a estimativa populacional do ano de 2021 (17.463.349), subtraindo a população com plano de saúde privado no mesmo ano (5.365.741), temos a população SUS (12.097.608). A proporção de leitos UTI SUS pela população SUS equivale a 1,96 leitos por cada 10.000 habitantes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem um parâmetro recomendável de 1 a 3 leitos UTI para cada 10.000 habitantes. Portanto, nesse cenário, o estado do Rio de Janeiro possui uma disponibilidade de leitos de internação, dentro do parâmetro preconizado pela OMS.

Considerando a população SUS do estado do Rio de Janeiro (12.097.608) em relação a [Portaria GM/MS 1.631/2015](#), que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, o número de leitos de UTI necessários seria de 1.647. Nesse cenário, o número de leitos UTI SUS disponíveis, 2.378 seriam suficientes, estando 44,38% acima do previsto pela portaria.

Recentemente o IBGE divulgou os dados preliminares do Censo Demográfico de 2022, e a população do estado do Rio de Janeiro foi de 16.054.524 habitantes. Ao final do mesmo

ano, a população beneficiária de planos de saúde, de acordo com dados da ANS, era 5.532.813. Com isso, a população SUS no final de 2022 era de 10.521.711 pessoas.

Se considerarmos os leitos de UTI SUS (junho/2023) pela população SUS (2022), teremos uma relação de 2,26 leitos para cada 10.000 habitantes e se for considerado os leitos de UTI existentes vinculados ao SUS, a relação fica em 4,02 leitos para cada 10.000 habitantes, sendo nesse último cenário até acima do preconizado pela OMS.

Dados do Sistema Estadual de Regulação da SES-RJ, sobre o acesso aos leitos de terapia intensiva neonatais e pediátricos, de janeiro a maio de 2023, têm:

- ❖ Tempo médio de espera de 13 horas entre a solicitação do leito de UTI Neonatal e a regulação de acesso.
- ❖ Tempo médio de espera de 22 horas entre a solicitação do leito de UTI Pediátrica e a regulação de acesso.

No intuito de minimizar essa situação, a SES-RJ possui, atualmente (agosto de 2023), leitos de UTI neonatal (340) e leitos de UTI pediátricos (81) aptos para utilização, contratados via chamamento público. Os desafios para a melhoria do acesso aos leitos de internação e UTI no SUS envolvem a realização de diagnósticos regionais sobre a capacidade instalada em relação à necessidade de leitos, e a quantificação de necessidade de compra/contratualização de novos serviços, caso a demanda supere a oferta. Outros desafios envolvem:

- ❖ - a manutenção da contratação de leitos de UTI neonatal e UTI pediátrico junto à rede privada, e do cofinanciamento de UTI adulto;
- ❖ - o apoio financeiro aos hospitais municipais e filantrópicos;
- ❖ - a manutenção da política de cirurgias eletivas e da contratação de prestadores de serviços privados para aumento de oferta de cirurgias bariátricas e ortopédicas (que atualmente são as especialidades com as maiores demandas reprimidas identificadas);
- ❖ - a redução do tempo de espera de todas as filas para um tempo oportuno de atendimento;
- ❖ - a qualificação das unidades solicitantes para que as solicitações sejam inseridas com um conjunto mínimo de informações necessárias ao processo regulatório, evitando assim as pendências;
- ❖ - a avaliação da possibilidade da conversão de leitos de unidade intermediária e UTI tipo I em leitos de UTI tipo II para posterior habilitação;
- ❖ - e a conscientização dos usuários SUS sobre a necessidade de manter seus dados cadastrais atualizados.

IV.2.3. Chamamentos e contratos. Descentralização

O Chamamento Público é um procedimento específico feito pela administração pública para executar assistência à saúde, através de parceiros privados, com a finalidade de suprir demanda reprimida da Central Estadual de Regulação. Esta parceria é celebrada por meio de termos de credenciamento, cuja remuneração se dá somente após a realização e comprovação de produção previamente autorizada.

IV.2.3.1. Realização de Teste de Triagem Neonatal

Através do contrato entre SES e APAE foram realizados 590.216 exames relacionados à triagem neonatal em 134.832 crianças no ano de 2022, oriundas dos 92 municípios do estado do RJ. Como resultado para 2022, observa-se 134.832 crianças atendidas e 178.334 nascidos vivos, com a situação da base estadual em 02/03/2023, obtendo-se uma relação de 75,60%. Tal resultado está dentro do esperado pela SES-RJ no planejamento da SVS/SAPS, sendo a meta estadual no PREFAPS de 75% para tal relação.

Em ação pioneira, desde junho de 2023 a SES-RJ ampliou o rastreio das doenças triadas através do Teste do Pezinho, de 08 (oito) para um total de 53 (cinquenta e três) doenças raras. A iniciativa fez com que o estado do Rio de Janeiro avançasse até a Etapa 5 da ampliação prevista pelo Ministério da Saúde.

IV.2.3.2. Apoio à Assistência Oftalmológica de Alta Complexidade

A SES-RJ está em fase de elaboração de edital para chamamento público no intuito de habilitar prestadores de serviços para contratação de procedimentos oftalmológicos de média e alta complexidade, a fim de atender, de forma complementar à rede estadual de saúde, a assistência aos usuários do SUS nas maiores demandas reprimidas na Central de Regulação, tais como: glaucoma, procedimentos de retina, entre outros.

Tal ação será complementar à produção realizada nas referências da Rede Estadual de Oftalmologia definidas na [Deliberação CIB-RJ n 5.891 de 19 de julho de 2019](#).

IV.2.3.3. Assistência em Unidade de Tratamento Intensivo

Contratação de leitos de UTI na rede privada via chamamento público:

Manutenção dos leitos credenciados através dos CHAMAMENTOS PÚBLICOS DE UTI NEONATAL e do CHAMAMENTO PÚBLICO DE UTI PEDIÁTRICA.

UTI Neonatal

Atualmente, a SES conta com 436 (quatrocentos e trinta e seis) leitos credenciados através do CHAMAMENTO PÚBLICO DE UTI NEO, para assistência à saúde aos neonatos nascidos em todo o estado do Rio de Janeiro, através dos Termos de Credenciamento firmados

junto às 24 (vinte e quatro) empresas privadas consideradas aptas à realização dos serviços, espalhadas em 15 (quinze) municípios do estado, abrangendo 7 (sete) regiões de saúde.

Em média, são atendidos 575 (quinhentos e setenta e cinco) pacientes, através de 7.421 (sete mil, quatrocentos e vinte e um) diárias mensais, de forma complementar à rede pública de saúde.

UTI Pediátrica

O Chamamento Público de UTI PED foi publicado em março de 2023, angariando um total de 81 (oitenta e um) leitos, através dos termos de credenciamento firmados junto a 12 (doze) empresas, presentes em 08 (oito) municípios, abrangendo 04 (quatro) regiões de saúde.

De acordo com os dados estatísticos da SES, a média mensal de atendimento é de 166 (cento e sessenta e seis) pacientes, gerando um total de 1.430 (mil quatrocentos e trinta) diárias.

Sobre o acesso aos leitos de terapia intensiva neonatais e pediátricos, de janeiro a maio de 2023, temos:

- ❖ Tempo médio de espera de 13 horas entre a solicitação do leito de UTI Neonatal e a regulação de acesso.
- ❖ Tempo médio de espera de 22 horas entre a solicitação do leito de UTI Pediátrica e a regulação de acesso.

IV.2.3.4. Apoio à Assistência de Alta Complexidade em Cardiologia.

Atualmente existe o credenciamento de hospital especializado na rede privada para garantia da oferta de cirurgia cardíaca neonatal e pediátrica, de forma complementar à rede SUS, através de CHAMAMENTO PÚBLICO de CIRURGIA CARDÍACA, atendendo, no ano de 2022, a um total de 258 (duzentos e cinquenta e oito) crianças, oriundas de todas as regiões do estado do Rio de Janeiro.

Num esforço contínuo para ampliação e melhoria dos serviços ofertados pela SES, orientados sempre na necessidade da população, será aberto no mês de agosto de 2023 novo CHAMAMENTO PÚBLICO para assistência aos portadores de malformação congênita que necessitem de tratamento cirúrgico neonatal e pediátrico, na faixa etária de 0 a 18 anos, podendo incluir assistência à mulher durante o parto e puerpério imediato, em casos de diagnóstico confirmado no Pré-Natal, abrangendo também as cirurgias cardíacas.

Tal medida prevê a realização de até 200 (duzentos) procedimentos cardíacos por mês e de até 150 (cento e cinquenta) procedimentos cirúrgicos neonatais por mês.

Cirurgia cardíaca - adulto

Com foco na cirurgia cardíaca para adultos, foi realizado contrato com o HOSPITAL SÃO FRANCISCO DA PROVIDÊNCIA DE DEUS, para a ampliação dos procedimentos cardiológicos habilitados na unidade de saúde.

Em média são realizados mensalmente 147 procedimentos diversos, através do atendimento de 60 pacientes, oriundos das diversas regiões do estado do Rio de Janeiro. Considerando a necessidade de adequação dos serviços em relação à demanda da Regulação, especialmente no tempo de espera para realização de procedimentos cardiológicos, como cateterismo, angioplastia e revascularização, foi realizado, no mês de junho de 2023, novo contrato com a referida unidade.

IV.2.3.5. Apoio à Assistência Oncológica

Mantido o credenciamento de sete prestadores de serviços via chamamento público para realização de radioterapia, localizados na região Metropolitana I e II (seis prestadores) e um na região Serrana (Petrópolis).

No ano de 2022 foram atendidos 2.871 pacientes em tratamento com radioterapia, em sete prestadores credenciados através do CHAMAMENTO PÚBLICO DE RADIOTERAPIA, de forma complementar aos leitos SUS.

IV.2.3.6. Assistência à Obesidade Mórbida por Cirurgia Bariátrica e Cirurgia Reparadora

No mês de abril de 2022 foi homologado o CHAMAMENTO PÚBLICO DE CIRURGIA BARIÁTRICA E ACOMPANHAMENTO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO, que logrou êxito no credenciamento de 9 (nove) unidades de saúde, distribuídas em 7 (sete) municípios abrangendo 5 (cinco) regiões de saúde.

De início, a produção foi estabelecida para a realização de 100 (cem) cirurgias por mês. No ato da prorrogação do contrato, no ano de 2023, tal quantitativo foi acrescido de 25%, totalizando 125 (cento e vinte e cinco) cirurgias por mês.

Devido ao longo tempo de espera dos pacientes em fila, está em fase de elaboração novo CHAMAMENTO PÚBLICO que permite o credenciamento de empresas para a realização de um total de 200 (duzentas) cirurgias por mês, em substituição ao atual.

IV.2.3.7. UERJ Apoiada

A UERJ vem sendo apoiada financeiramente, nos últimos anos, por meio de resoluções descentralizadas. Realizados atendimentos diversos, em caráter ambulatorial e hospitalar no hospital universitário Pedro Ernesto, Policlínica Piquet Carneiro e Laboratório de histocompatibilidade (HLA) nos programas/áreas abaixo elencadas:

- ❖ Apoio financeiro para operacionalizar o Centro de Atenção à Saúde do Homem e o Centro de Tratamento de Pacientes com Câncer de Próstata CTPCP.

- ❖ Apoio financeiro para operacionalizar o Centro de Tratamento de Anomalias Craniofaciais.
- ❖ Apoio financeiro para operacionalizar o programa de Assistência a Pacientes com Disfunções Miccionais, ofertando procedimentos hospitalares e ambulatoriais.
- ❖ Apoio financeiro à UERJ/HUPE/PPC para manutenção da operacionalização de programas e projetos, dentre outros, no intuito da garantia de oferta de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade.
- ❖ Atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais com radiologia oral
- ❖ Internações clínicas e cirúrgicas de média e alta complexidade.
- ❖ atendimentos oftalmológicos: clínicos e cirúrgicos
- ❖ atendimentos cardiológicos cardiopatia congênita, coronariana e cirurgia vascular
- ❖ Atendimento nas áreas das doenças autoimunes, dor crônica e neurocirurgia
- ❖ Atendimento em cirurgia de cabeça e pescoço com biópsia
- ❖ Cirurgia ortopédica e traumatológica de média complexidade
- ❖ Exames de histocompatibilidade para transplantes e carga viral para hepatite C
- ❖ Tratamento cirúrgico de portadores de obesidade
- ❖ Expansão da Assistência Oncológica no CUCC/HUPE
- ❖ Internações de COVID e ambulatório Pós-COVID.
- ❖ Expansão da capacitação e qualificação – interiorização e valorização do programa de residência em medicina de família e comunidade do estado do RJ.

Foi observado um aumento nas internações de média e alta complexidade no Hospital Pedro Ernesto e na Policlínica Piquet Carneiro, sendo que no ano de 2022 tivemos um recorde de internações com média de 1.526 nessas duas Unidades.

Da mesma forma, foi observado um aumento na realização de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade nas duas unidades e no laboratório HLA, com recorde de produção em 2022, chegando a uma média mensal de 172.000 procedimentos nessas unidades.

IV.2.4. Oncologia

Nas últimas décadas, o estado do Rio de Janeiro vem experimentando mudanças no perfil demográfico de sua população, relacionadas ao acelerado processo de envelhecimento proporcionado pelo aumento da expectativa de vida dos brasileiros. Associadas às mudanças na pirâmide etária estão as mudanças no perfil epidemiológico, como a redução da mortalidade por doenças transmissíveis e por causas materno-infantis. Entretanto, como

corolário dos efeitos positivos destas transições, foi verificado o aumento do peso das doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais o câncer, na carga de enfermidade, tendência já verificada nos países desenvolvidos.

Tal cenário requer maiores esforços dos gestores do Sistema Único de Saúde – SUS para o enfrentamento desses problemas de grande magnitude, ao lado daqueles que persistem e estão associados, principalmente, às condições materiais de vida de parcelas consideráveis da população. Devemos lembrar que as condições de vulnerabilidade social não podem ser dissociadas do processo saúde-doença e suas determinações. O estado do Rio, apesar de estar localizado numa das regiões mais ricas do país, ainda apresenta índices preocupantes de desigualdade em seu território, que repercutem sobre o estado de saúde de seus habitantes, bem como sobre o acesso aos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento.

Cumprir destacar que, no contexto de transição epidemiológica, sobretudo considerando a prevalência das condições crônicas, o desenvolvimento de modelos organizativos de serviços assistenciais deve promover maior integração de cuidados, com ênfase sobre o paciente e seu percurso no sistema de saúde e no *continuum* assistencial. Em tal perspectiva, as fronteiras entre instituições prestadoras de serviços devem dar lugar à integração da atividade assistencial, por meio da articulação dos dispositivos presentes em dado território, sob uma gestão baseada no trabalho de equipe, com atribuições e responsabilidades compartilhadas. O hospital precisa ter o seu papel reavaliado na rede sanitária, pois ainda está focado nos quadros agudos e nas respostas episódicas, em detrimento de concepções mais colaborativas, estruturadas em linhas e redes de atenção.

Em que pese, portanto, a necessidade de adequar a oferta de serviços onde ainda é verificada a sua insuficiência, mudanças organizacionais são imperativas, se almejamos melhorar a eficiência e a qualidade da atenção à saúde.

Em 2017 foi aprovado o Plano Estadual de Atenção Oncológica, por meio da [Deliberação CIB/RJ nº 4.609, de 05 de julho de 2017](#), no qual já se demonstrava que a assistência oncológica impõe grandes desafios aos gestores, diante das necessidades ocasionadas pela demanda crescente de pacientes com doenças neoplásicas no estado, e do *déficit* na capacidade instalada SUS de unidades de atendimento de alta complexidade em oncologia (UNACON) SUS, já verificadas na ocasião. Esse cenário se mantém, como demonstram os dados da tabela a seguir.

Na tabela 84 observa-se que são esperados 38.632 novos casos de câncer na população dependente do SUS no estado do Rio de Janeiro e que há a necessidade de 39 unidades de atendimento habilitadas em alta complexidade em oncologia para tratamento de câncer nessa população. Atualmente o ERJ possui 27 unidades habilitadas, evidenciando um *déficit* na capacidade instalada SUS de unidades de atendimento de alta complexidade em oncologia. Esse *déficit* está concentrado nas regiões metropolitanas, onde reside a maior parte da população do ERJ.

Tabela 84. Casos novos de câncer estimados para o ano de 2023, número de Unacon necessários, número de Unacon existentes e *déficit* de unidades.

Região de Saúde	Pop. SUS estimada (80%)	Casos novos de câncer 2023 (taxa bruta 276,52/100.000)	Parâmetro Unacon necessário (PT 1.399/20)	Unacon habilitados existentes	Déficit
RJ	13.970.679	38.632	39	27	-12
Baía da Ilha Grande	240.230	664	1	0	-1
Baixada Litorânea	696.243	1.925	2	1	-1
Centro Sul	274.856	760	1	1	0
Médio Paraíba	737.854	2.040	2	2	0
Metropolitana I	8.468.534	23.417	23	15	-8
Metropolitana II	1.716.020	4.745	5	2	-3
Noroeste	280.473	776	1	1	0
Norte	771.542	2.133	2	3	1
Serrana	784.927	2.170	2	2	0

Fontes: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE, para 2000 a 2021, baseadas nas Projeções da População 2018. Veja as Notas metodológicas; estas estimativas foram adotadas pela SES-RJ conforme [Deliberação CIB-RJ nº 6.250 de 10 de setembro de 2020](#).

Nota: Para os indicadores da Pactuação Interfederativa do SUS, a SES-RJ adotou, para o ano de 2021, a população de 2020, devido à indisponibilidade da população de 2021 à época da pactuação.

Estimativas para o ano de 2023 das taxas brutas de incidência do câncer por 100 mil habitantes – INCA.

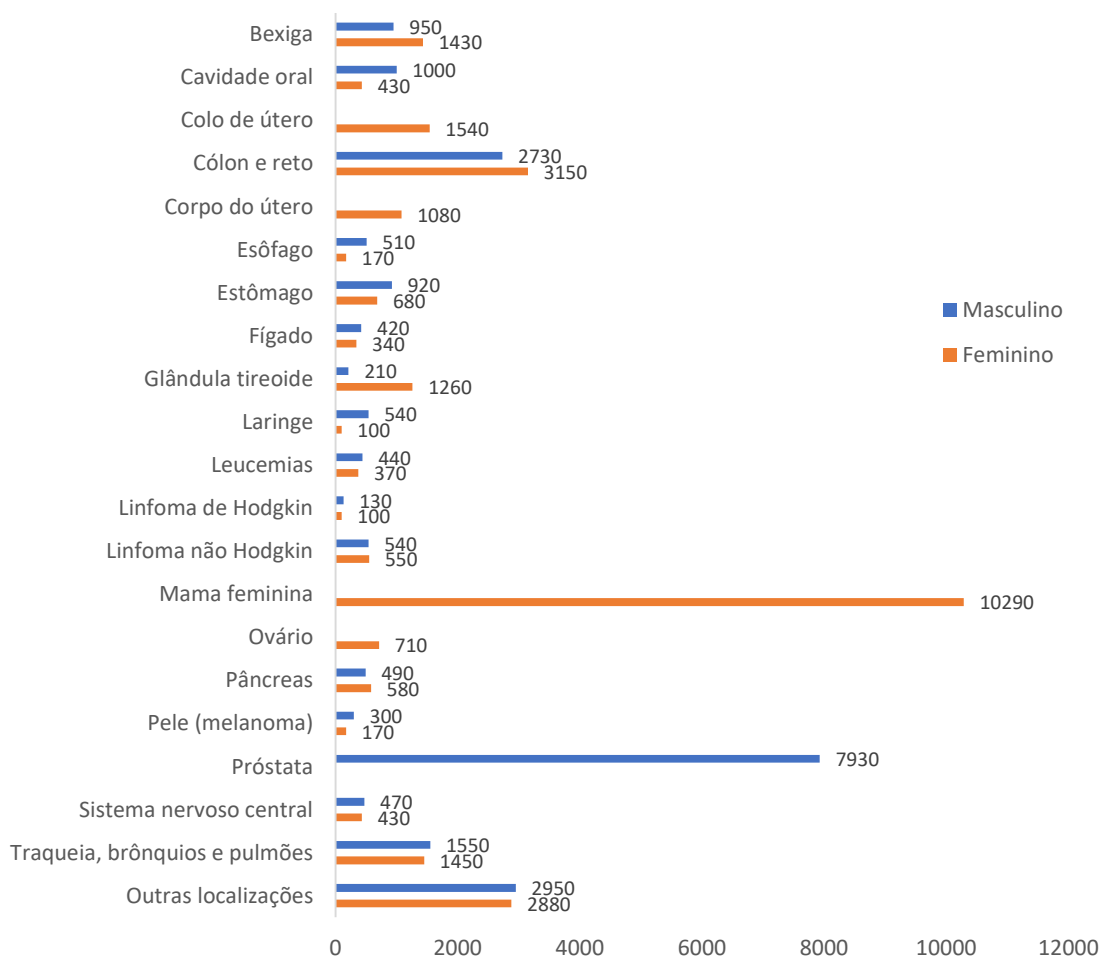
[Portaria SAES/MS nº 1399, de 17 de dezembro de 2019](#), que redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS.

Estabelecimentos de Saúde: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Ministério da Saúde - MS. Situação da base em 13/06/2023.

Em relação à incidência estimada de câncer para 2023, segundo sexo e localização primária, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma, destacamos o número de casos esperados nos homens de câncer de próstata, câncer de cólon e reto e câncer de traqueia, brônquio e pulmão. Na população feminina os cânceres mais incidentes são mama, cólon e reto e colo do útero (gráfico 79).

Considerando que a morbimortalidade por câncer é alta (2ª principal causa de óbito em 2022), que o tempo elevado de espera para a realização dos diagnósticos e de tratamentos de câncer podem produzir consequências graves para os pacientes, como a diminuição das suas chances de cura e do tempo de sobrevida, que os recursos do governo federal e os mecanismos existentes para a estruturação da rede de atenção oncológica não têm sido suficientes para atender a demanda por tratamento e que essa situação acaba prejudicando o acesso tempestivo ou mesmo inviabilizando o acesso aos tratamentos de câncer para contingentes consideráveis da população que deles necessitam, enfatizamos a importância do diagnóstico precoce dos cânceres no estado do Rio de Janeiro e ampliação da oferta de tratamento para a redução da morbimortalidade por essas doenças na população.

Gráfico 79. Estimativas para o ano de 2023 do número de casos novos de câncer no ERJ, segundo sexo e localização primária (excluindo pele não melanoma).

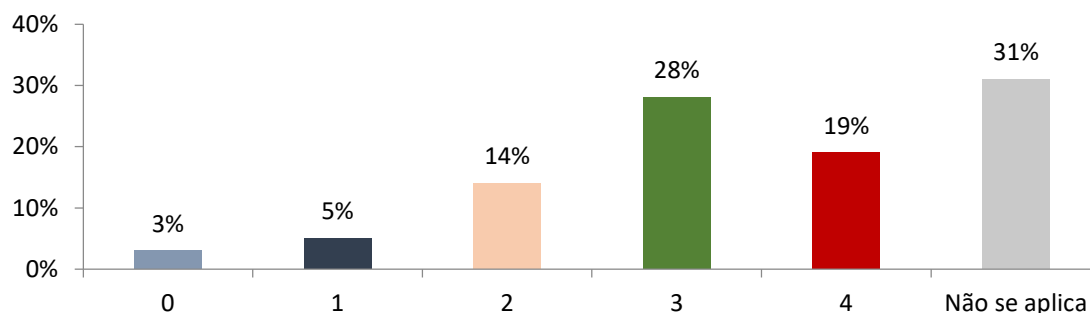


Fonte: INCA - Estimativas para o ano de 2023 do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária. UF: RJ-2023.

O gráfico 80 mostra a distribuição proporcional dos casos de câncer no ERJ, de acordo com o estadiamento realizado no início de tratamento, de 2018 a 2023. A variável estadiamento refere-se ao estadiamento registrado nos tratamentos de quimioterapia, radioterapia e ambos. A cirurgia não possui informação de estadiamento, pois este tratamento é recuperado do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), que não possui esta informação. A categoria “Não se aplica” se refere aos casos tratados por cirurgia e a categoria “Ignorado” se refere aos casos sem informação de tratamento.

Pode-se verificar no acumulado dos anos analisados que cerca de 50% dos casos foram diagnosticados já nos estádios 3 e 4 da doença (quando a doença se estende a outros órgãos). O estágio do câncer tem uma grande influência na taxa de sobrevivência, considerando que taxas de sobrevivência mais altas estão tipicamente associadas a estágios iniciais da doença.

Gráfico 80. Distribuição proporcional dos casos de câncer no ERJ, de acordo com estadiamento realizado no início de tratamento, 2018 a 2023.

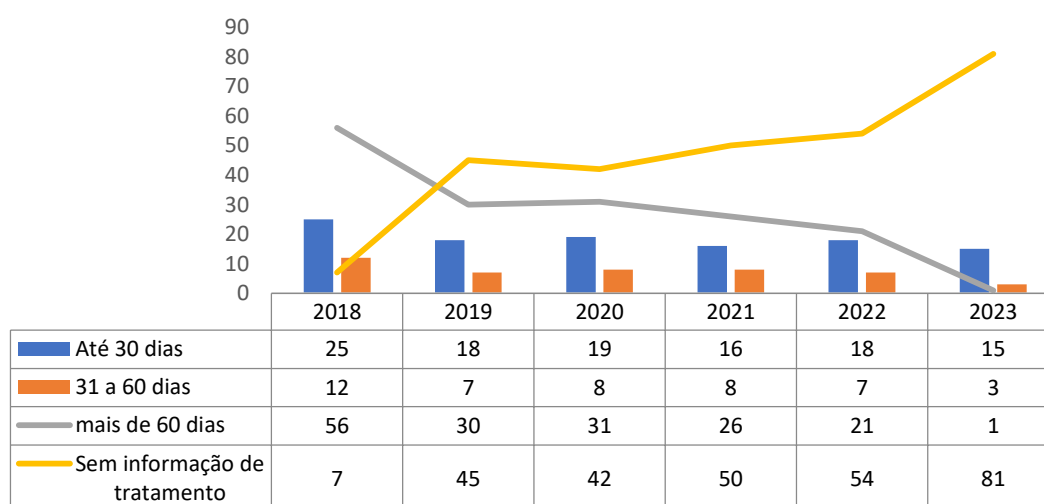


Fontes: Pannel de Monitoramento de Tratamento Oncológico: Pannel-Oncologia - Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), através do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) e da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade; Sistema de Informação Hospitalar (SIH); Sistema de Informações de Câncer (SISCAN).

Data de atualização dos dados: 15/06/2023

Quanto ao tempo para início do tratamento, o gráfico 81 mostra um percentual ainda muito elevado de pacientes cujo início do tratamento do câncer ocorreu em tempo superior a 60 dias. Percebe-se, ao longo dos anos, a baixa proporção de casos tratados oportunamente, isto é, em até 60 dias, como regulamenta a [Lei nº 12.732 de 22 de novembro de 2012](#). Ainda é considerável a prevalência de atrasos no início do tratamento e ausência de informação sobre tratamento no Pannel-Oncologia.

Gráfico 81. Distribuição proporcional dos casos de câncer no ERJ, por tempo de início do tratamento segundo ano do diagnóstico, 2018-2023.



Fontes: Pannel de Monitoramento de Tratamento Oncológico: Pannel Oncologia - Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), através do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) e da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade; Sistema de Informação Hospitalar (SIH); Sistema de Informações de Câncer (SISCAN).

Data de atualização dos dados: 15/06/2023

O ERJ tem espaço para evoluir na agilidade do diagnóstico e tratamento. A antecipação é essencial para garantir a maior chance de cura e melhor qualidade de vida. É positiva também sob aspectos econômicos, quando se considera a menor taxa de sucesso em estágios avançados da doença, que exigem linhas adicionais de tratamento, além dos demais custos de internação dos pacientes e outros cuidados paliativos.

Diante deste contexto, destacamos como desafios para a atenção oncológica de média e alta complexidade no ERJ:

❖ A melhoria do acesso da população ao diagnóstico oncológico;

O processo de diagnóstico para confirmação e estadiamento do câncer exige pontos de ação importantes. Estrutura, equipamentos adequados, fluxo das informações e profissionais, incluindo médicos patologistas. A falta ou deficiência em qualquer um destes pontos impacta diretamente no tempo e na qualidade do diagnóstico.

❖ A melhoria do acesso da população ao tratamento oncológico;

Esse desafio é complexo em função das limitações dos recursos disponíveis e da crescente demanda. Apesar da previsão de aumento de 03 Unacon distribuídos nas regiões Metropolitanas I e II e 01 serviço de Radioterapia na região Centro Sul, o *déficit* de serviços ainda se mantém significativo.

❖ Mudança no modelo de financiamento do tratamento oncológico de pagamento por procedimento para Cuidado Baseado em Valor, contemplando a relação entre desfecho e custo.

Hoje o modelo financia o volume de serviços e não a qualidade e eficiência dos cuidados. Os valores de tabela SUS não possibilitam o cuidado adequado de todos os tipos de câncer. Além do custo dos medicamentos, a crítica se refere também aos demais procedimentos, equipamentos e exames utilizados, bem como internações no decorrer do tratamento, cujos custos não são integralmente cobertos.

Em resumo, apontamos os seguintes objetivos estratégicos para atenção oncológica no ERJ:

- ❖ Cuidado centralizado no paciente - VBHC – Saúde baseada em valor
- ❖ Informação completa e qualificada
- ❖ *Screening* e diagnóstico precoce e de qualidade
- ❖ Ampliação e acesso aos serviços de tratamento em tempo oportuno
- ❖ Articulação da rede de cuidado e acompanhamento do paciente

IV.2.5. Cardiologia

As doenças do aparelho circulatório (DAC) foram a causa de 28,1% do total de óbitos do estado, em 2022, e se mantêm como a principal causa de morte no ERJ, assim como em todo o país.

As taxas de mortalidade específica (TME) por DAC, segundo as regiões de saúde do estado, são desiguais e variaram de 156,2 óbitos/100.000 hab. (Baía da Ilha Grande) a 266,9 óbitos/100.000 hab. (Serrana) no ano. Neste ano, as regiões Serrana, Centro Sul, Noroeste e Médio Paraíba apresentaram taxas de mortalidade superiores à média estadual (220,7 óbitos/100.000 hab.).

Entre os anos de 2010 e 2022, as regiões da Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Norte e Metropolitana II mantiveram taxas de mortalidade por DAC inferiores à média estadual. Em 2022, a região Metropolitana I ficou abaixo desta média pela primeira vez em todo o período avaliado.

Entre os 38.535 óbitos por DAC, o grupo das doenças isquêmicas do coração (28,3%), das doenças cerebrovasculares (26,3%) e das doenças hipertensivas (20%) foram responsáveis pela maior proporção dos óbitos em 2022. Estes dois últimos grupos de causas mantiveram frequência ascendente de óbitos entre 2018 e 2022, mas, no mesmo período, se observou queda na mortalidade por doenças isquêmicas do coração no estado.

No ano avaliado, algumas regiões de saúde se destacaram devido às TME altas, especialmente na faixa etária dos óbitos prematuros (30 a 69 anos): a Serrana, por doenças hipertensivas; a Centro-Sul, por doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares; e a Noroeste, por insuficiência cardíaca. As diferenças encontradas entre as regiões podem ser importantes tanto para a organização da assistência, visando a redução da mortalidade precoce por DAC, quanto para as ações de promoção de saúde.

É importante destacar que os óbitos prematuros foram muito frequentes nas DAC e corresponderam a 46,2% dos óbitos por doenças isquêmicas do coração, 40,1% por doenças cerebrovasculares e 35,9% por doenças hipertensivas, no ano. Os homens foram maioria (61%) nos óbitos prematuros por doença cardiovascular: 56%, por doenças hipertensivas; 65,7%, por doenças isquêmicas do coração; e 59,8%, por outras formas de doenças do coração.

O infarto agudo do miocárdio (35,8%) e a hipertensão essencial (21,6%) foram as causas de mais da metade dos óbitos por doença cardiovascular, sendo alta, também, a frequência de óbitos por insuficiência cardíaca (13,4%). A magnitude dos óbitos por doença cardiovascular, em especial dos óbitos prematuros, dimensiona a necessidade de organização da rede de atenção à saúde para o seu enfrentamento.

IV.2.5.1. Internações Clínicas

Em 2022, foram realizadas 44.446 internações para o tratamento clínico das doenças cardiovasculares em unidades hospitalares de todas as regiões de saúde do estado. Em função da concentração populacional nas regiões metropolitanas, as unidades hospitalares da Metropolitana I (42,4%) e da Metropolitana II (12,8%) realizaram mais da metade destes

procedimentos. Se observou que, no ano de 2022, houve aumento destas internações no estado em relação aos quatro anos anteriores.

As principais causas de internação clínica de residentes do estado para tratamento de doenças cardiovasculares foram: insuficiência cardíaca (27,7%), infarto agudo do miocárdio (20,2%), crise hipertensiva (8,3%), trombose venosa profunda (7,1%), edema agudo de pulmão (6,4%), síndrome coronariana aguda (5,3%), arritmias (5%) e pé diabético complicado (3,6%).

IV.2.5.2. Exames

Em relação aos exames de cateterismo cardíaco, eletrocardiograma, Holter e teste ergométrico, os procedimentos realizados em 2022 vêm retomando os valores dos anos que precederam a pandemia de Covid-19. No período da pandemia, houve importante redução nestes exames, principalmente em função do isolamento, do medo dos usuários de buscarem os serviços de saúde e outras restrições dos próprios serviços. A produção do M.A.P.A., no entanto, se mantém bastante reduzida.

A produção de exames como ecocardiografia transesofágica, ecocardiografia transtorácica, cateterismo cardíaco, cintilografia do miocárdio e cintilografia de câmaras cardíacas apresentaram um grande aumento em 2022, refletindo significativo aumento do acesso.

Nos anos de 2021 e 2022, a SES-RJ instituiu alguns programas, a saber: Enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT); Promoção à Equidade (PPE); e Incentivo ao Fortalecimento do Atendimento aos Usuários do SUS, segundo linhas de cuidado para as doenças e agravos mais prevalentes e ciclos de vida mais sensíveis, nos municípios do estado do Rio de Janeiro. Tais programas possibilitaram que os recursos de custeio recebidos pelos municípios pudessem ser utilizados no financiamento de procedimentos de média e alta complexidade, o que pode ter impactado no aumento da produção de tais procedimentos.

Tabela 85. Produção de exames de ecocardiografia, cateterismo cardíaco ambulatorial e cintilografia ambulatorial, estado do Rio de Janeiro, 2018-2022.

Procedimento realizado	2018	2019	2020	2021	2022
Ecocardiografia de estresse	1.949	1.714	2.182	2.940	2.674
Ecocardiografia Transesofágica	2.487	3.048	1.903	4.029	8.416
Ecocardiografia Transtorácica	122.165	118.032	72.466	108.527	152.365
Cateterismo cardíaco	14.042	15.100	12.860	13.609	15.184
Cintilografia do miocárdio (em repouso e em estresse)	7.510	11.287	8.669	11.359	18.406
Cintilografia de câmaras cardíacas (em repouso e ao esforço)	69	24	2	749	2.929

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Tabnet SES-RJ, consulta em 08/12/2023.

A produção recorde de cateterismo cardíaco, no ano de 2022, ocorreu em grande parte devido ao cofinanciamento da SES-RJ para municípios com serviços de cardiologia de alta

complexidade. O cofinanciamento será detalhado mais adiante. No ano de 2023, os dados preliminares demonstram uma produção média mensal ainda maior do procedimento.

Além do cofinanciamento, a Regulação Estadual realizou ações que possibilitaram mais atendimentos em tempo oportuno: 1. Instituiu a regulação ‘vermelha’, na qual o paciente com infarto com supra de ST e início dos sintomas há menos de 24 horas passou a ganhar um coração vermelho na solicitação, a fim de chamar a atenção do regulador. O Sistema Estadual de Regulação - SER foi customizado para viabilizar este alerta; 2. Pactuou, junto aos principais serviços de hemodinâmica, o direcionamento dos pacientes para o cateterismo de urgência ainda dentro do delta T de, no máximo, 48h, possibilitando que o paciente tenha menor sequelas do infarto; 3. Pactuou junto às unidades prestadoras que, sempre que possível, o paciente com indicação de angioplastia tenha o procedimento realizado no mesmo momento do cateterismo, evitando novo deslocamento em outro momento.

IV.2.5.3. Organização da Alta Complexidade Cardiovascular

O estado do Rio de Janeiro possui 24 estabelecimentos habilitados para a realização de procedimentos de alta complexidade cardiovascular: 02 Centros de Referência (HUCFF e IECAC) e 22 Unidades de Assistência, distribuídos nas regiões de saúde.

Tabela 86. Distribuição dos serviços com habilitação de Alta Complexidade Cardiovascular, por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2023.

Região de Saúde	Cir. Cardiovasc. Adulto	Cir. Cardiovasc. Pediátrica	Cir. Vascular	Cardiol. Intervenc.	Cir. Endovasc.	Eletrofisiol.
Baía da Ilha Grande	0	0	0	0	0	0
Baixada Litorânea	1	0	1	1	1	0
Centro-Sul	1	0	1	1	0	1
Metropolitana I	9	4	8	9	3	4
Metropolitana II	1	0	1	1	1	0
Médio Paraíba	2	0	3	2	1	0
Norte	1	0	2	1	1	0
Noroeste	3	0	1	3	1	1
Serrana	2	0	2	2	1	0
ERJ	20	4	19	20	9	6

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES/MS. Tabnet SES-RJ, consulta em 08/12/2023

A região Metropolitana I, além de concentrar 61% da população do estado, sedia grande parte dos prestadores habilitados para a Atenção Cardiovascular, muitos deles instalados no período em que o município do Rio de Janeiro era a capital do país. A produção dos seus serviços, no entanto, se encontra abaixo dos parâmetros mínimos para as habilitações (estabelecidos na [Portaria MS/SAS, nº 210, de 15 de junho de 2004](#)), havendo importante redução da oferta de vagas esperada. Apenas o Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras (INC) supera o parâmetro mínimo em todas as suas habilitações.

Essa região reúne também todos os serviços habilitados para cirurgia cardiovascular pediátrica, sendo a única referência para todo o estado, e os dois únicos serviços que vêm realizando procedimentos de eletrofisiologia (INC e Hospital Universitário Clementino Fraga Filho).

O INC e a Perinatal da Barra recebem os pacientes internados da **Cirurgia Cardiovascular Pediátrica** e não há espera importante. Os casos mais simples são encaminhados ao IECAC. Ressalta-se que a SES-RJ possui contrato vigente, após chamamento público, para realização de cirurgia cardíaca infantil.

Importa informar que, além do INC, apenas a Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa, na região do Médio Paraíba, tem produção que supera os parâmetros mínimos em todas as suas habilitações.

O baixo custo dos procedimentos de alta complexidade cardiovascular na tabela SUS permanece como um nó crítico para a organização da rede.

É importante salientar que faltam leitos de retaguarda para pós-operatório de cirurgia cardiovascular em todo o estado, com destaque para a Metropolitana I, o que vem colaborando para a diminuição de oferta dos procedimentos que demandam leito.

Após a análise das necessidades da rede e com o fim da pandemia, foi adequado o perfil do Hospital Estadual Anchieta (HEAN), que se encontrava exclusivo para o atendimento a pacientes com Covid-19, o caracterizando como um hospital de retaguarda cardiológica.

A partir de outubro de 2022, a Regulação modificou o fluxo para os pacientes infartados em UPA: após a realização do cateterismo, passaram a ser direcionados para o HEAN e não mais retornarem para a UPA. No Anchieta, os pacientes com indicação de cirurgia cardíaca já iniciam o preparo pré-cirúrgico. Essa medida visa reduzir o tempo de internação em leito de unidade cirúrgica, permitindo maior giro de leito e consequentemente, atender a mais pacientes.

Com exceção dos hospitais federais da região Metropolitana I e de dois prestadores da região Norte que não alcançaram a meta, todos os prestadores das demais regiões superaram, em muito, a produção mínima para a cardiologia intervencionista. A demanda por estes procedimentos é grande, gerando uma relação de custo financeiro melhor para o prestador, o que resulta em maior oferta e o cumprimento mais adequado das metas dos serviços.

A Baía da Ilha Grande é a única região de saúde do estado que não apresenta quaisquer serviços habilitados para procedimentos cardiovasculares de alta complexidade, referenciando seus municípios para os serviços da região do Médio Paraíba (Volta Redonda).

No quadro a seguir, são discriminadas as habilitações por unidade hospitalar de cada região de saúde e a produção relativa à 2022 destas unidades, comparada à produção mínima esperada.

Quadro 18. Comparativo da produção da alta complexidade cardiovascular, por prestador, segundo parâmetros da habilitação, 2022.

Reg	Município	Prestador	Habilitação	Parâmetro Mínimo	Produção 2022
BL	Cabo Frio	Hospital Santa Izabel	Cir. Cardiovascular (Ad) Cir. Vasc. Cardio Interv. Proc. Endovasc.	180 90 144 120	121 27 229 148
CS	Vassouras	Hospital Universitário de Vassouras (Sul Fluminense)	Cir. Cardiovasc (Ad) Cir. Vasc. Cardio Interv. Proc. Endovasc. Eletrofisiologia	180 90 144 - 39	122 32 705 1 1
MI	Duque de Caxias	HSCor Serviço de Hemodinâmica LTDA	Cir. Cardiovasc (Ad) Cir. Vasc. Cardio Interv	180 90 144	160 0 467
MI	Nova Iguaçu	HGNI Hospital Geral de Nova Iguaçu	Cir. Cardiovasc (Ad) Cir. Vasc. Proc. Endovasc.	- 90 120	2 9 4
MI	Rio de Janeiro	MS Hospital Geral da Lagoa	Cir. Cardiovasc (Ad) Cir. Vasc. Cardio Interv. Proc. Endovascular	180 90 144 -	91 126 1 11
MI	Rio de Janeiro	MS Hospital dos Servidores do estado	Cir. Cardiovasc (Ad) Cir. Vasc. Cardio Interv. Proc. Endovascular	180 90 144 -	31 49 27 4
MI	Rio de Janeiro	MS Hospital Geral de Bonsucesso	Cir. Cardiovasc (Ad e Ped) Cir. Vasc. Cardio Interv. Proc. Endovascular	240 90 144 -	52 + 1 4 52 11
MI	Rio de Janeiro	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	Cir. Cardiovasc (Ad.) Cir. Vasc. Cardio Interv. Proc. Endovascular Eletrofisiologia	180 90 144 120 39	198 70 30 118 22
MI	Rio de Janeiro	Hospital Universitário Pedro Ernesto ³	Cir. Cardiovasc (Ad e Ped) Cir. Vasc. Cardio Interv. Proc. Endovascular Eletrofisiologia	240 90 144 120 39	421 + 13 59 577 183 2
MI	Rio de Janeiro	SES IECAC - Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro	Cir. Cardiovasc (Ad e Ped) Cir. Vasc. Cardio Interv. Proc. Endovascular Eletrofisiologia	240 90 144 - 39	502 +19 28 897 6 0
MI	Rio de Janeiro	Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras	Cir. Cardiovasc (Ad e Ped) Cir. Vasc. Cardio Interv. Eletrofisiologia	240 - 144 39	575 + 101 3 1.146 58

Reg	Município	Prestador	Habilitação	Parâmetro	Produção
MI	Rio de Janeiro	Hospital São Francisco da Providência de Deus	Cir. Cardiovasc (Ad) Cardio Interv.	180 144	0 11
MII	Niterói	Hospital Universitário Antonio Pedro	Cir. Cardiovasc (Ad) Cir. Vasc. Cardio Interv. Proc. Endovascular	180 90 144 120	73 43 247 26
MP	Barra Mansa	Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa	Cir. Cardiovasc (Ad) Cir. Vasc. Cardio Interv. Proc. Endovascular	180 90 144 120	224 400 839 653
MP	Valença	Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi	Cir. Vasc.	90	4
MP	Volta Redonda	Hospital Municipal São João Batista	Cir. Vasc.	90	8
MP	Volta Redonda	Hospital Santa Cecília	Cir. Cardiovasc (Ad) Cardio Interv.	180 144	164 685
N	Campos	Hospital Escola Alvaro Alvim	Cir. Cardiovasc (Ad) Cir. Vasc. Cardio Interv.	180 90 144	217 39 126
N	Campos	Santa Casa de Misericórdia de Campos	Cir. Cardiovasc (Ad) Cir. Vasc. Cardio Interv. Proc. Endovascular	180 90 144 120	264 123 104 0
N	Macaé	Hospital Irmandade São João Batista	Cir. Cardiovasc (Ad) Cardio Interv.	180 144	176 455
NO	Itaperuna	Hospital São José do Avaí	Cir. Cardiovasc (Ad) Cir. Vasc. Cardio Interv. Proc. Endovascular Eletrofisiologia	180 90 144 120 39	166 48 447 349 0
SER	Nova Friburgo	Hospital São Lucas	Cir. Cardiovasc (Ad.) Cir. Vasc. Cardio Interv.	180 90 144	293 1 412
SER	Petrópolis	Hospital Alcides Carneiro	Cir. Vasc. Proc. Endovascular	90 120	33 35
SER	Petrópolis	Hospital Santa Teresa	Cir. Cardiovasc (Ad) Cir. Vasc. Proc. Endovascular Cardio Interv.	180 - - 144	117 1 19 424

Fonte: Habilitações - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES/MS. Tabnet SES-RJ, consulta em 08/12/2023; Produção: SIH-SUS/MS Tabnet SES-RJ, consulta em 06/12/2023; Parâmetros: [Portaria MS/SAS, nº 210, de 15 de junho de 2004](#)

IV.2.5.3.1. Cofinanciamento Estadual

O programa de cofinanciamento para municípios com serviços de cardiologia de alta complexidade, habilitados e não habilitados, estabelecido pela Resolução SES nº 2719, de 09 de maio de 2022³⁹, foi uma das estratégias adotadas pela SES para fomentar a produção dos procedimentos deficitários (quadro 19).

Quadro 19. Cofinanciamento Estadual - Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular, 2022-2023

Região de Saúde	Município	2022	2023 (Jan-Mai)
Baixada Litorânea	Cabo Frio	R\$ 157.468,36	R\$ 237.478,90
Metropolitana I	Duque de Caxias	R\$ 335.852,10	R\$ 249.563,17
Médio Paraíba	Barra Mansa	R\$ 1.051.216,47	R\$ 2.119.401,55
Médio Paraíba	Volta Redonda	R\$ 2.719.389,51	R\$ 1.073.295,33
Norte	Campos	R\$ 54.686,30	R\$ 623.261,48
Norte	Macaé	R\$ 137.038,71	R\$ 891.550,90
Noroeste	Itaperuna	R\$ 816.821,89	R\$ 785.909,38
Serrana	Nova Friburgo	R\$ 376.699,81	R\$ 164.886,91
Serrana	Petrópolis	R\$ 59.185,13	R\$ 140.171,76

Fonte: SAECA – SES-RJ, 2023.)

Parte relevante do aumento da produção de procedimentos de alta complexidade cardiovascular que se observou no estado, em 2022, é decorrente deste cofinanciamento. A produção de janeiro a outubro de 2023, comparada ao mesmo período de 2022, aponta para que este aumento de 2022 seja superado em 2023 (tabela 87).

Tabela 87. Internações hospitalares aprovadas de estabelecimentos do estado do Rio de Janeiro, habilitados para alta complexidade cardiovascular, segundo forma de organização do procedimento realizado, 2018-2023.

Forma de organização do procedimento realizado	2018	2019	2020	2021	2022	2023 (Jan-Out)
Cirurgia Cardiovascular	3.614	3.979	3.136	3.677	4.119	3.585
Cirurgia Vascular	821	960	896	1.040	1.266	1.239
Cardiologia Intervencionista	5.966	6.656	6.054	7.460	7.922	7.462
Cirurgia Endovascular	1.102	1.050	908	1.331	1.526	1.181
Eletrofisiologia	73	48	55	82	97	89

Fonte: Internações Hospitalares: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS – MS. Tabnet SES-RJ, Situação da base em 05/12/2023, consulta em 08/12/2023.

Embora a produção das cirurgias vasculares e endovasculares tenha apresentado aumento nos anos 2021 e 2022, ainda é insuficiente em todas as regiões do estado, bem como os procedimentos de eletrofisiologia, com baixíssima oferta.

O planejamento do número de serviços, bem como a organização geográfica dos pontos de atenção, são fatores determinantes tanto para a economia de escala da produção,

³⁹ Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/controladoria-geral-da-ses/legislacao>

quanto para a viabilidade de acesso à população. Este planejamento, no entanto, pressupõe que os serviços habilitados atinjam suas metas de produção.

Portanto, estratégias para aumentar a produção dos prestadores habilitados são fundamentais para a organização da rede no estado, ampliando o acesso aos procedimentos de alta complexidade e, consequentemente, diminuindo a mortalidade por doenças cardiovasculares.

IV.2.6. Terapia Renal Substitutiva

A doença renal crônica (DRC) tem sido projetada atualmente no cenário mundial como um dos maiores desafios à saúde pública, dados os altos índices de incidência e prevalência de suas principais causas – hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) –, seus altos custos em tratamentos hemodialíticos e transplantes renais, e suas altas taxas de mortalidade. Atualmente, o estado oferece sessenta e um (61) serviços de nefrologia credenciados ao SUS, sendo 56 de natureza privada e cinco em hospitais públicos, exclusivamente para o atendimento em TRS (quadro 19).

Existem basicamente três modalidades de TRS: a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal. A indicação de cada modalidade depende de diversos fatores como a condição clínica do paciente, seu estilo de vida, a experiência local e a disponibilidade de recursos.

O acesso às vagas para os serviços de hemodiálise ambulatorial é regulado por meio de sistema web formatado e operado pela SES-RJ (sistema estadual de regulação TRS). A inserção das solicitações de vaga é feita pelas unidades de saúde onde o paciente recebe o diagnóstico de insuficiência renal crônica.

De acordo com o sistema TRS, o maior número de pacientes em fila de espera está nos municípios do Rio de Janeiro (106 pacientes) e Campos dos Goytacazes (46 pacientes), com um total de 152 pacientes aguardando acesso a vagas em serviços ambulatoriais (consulta em 2 de agosto de 2023). Nos municípios com maior demanda reprimida, o tempo de espera pode ser superior a 30 dias.

Além do diagnóstico feito no nível de atenção ambulatorial, que ainda é incipiente, pois não há nenhum serviço habilitado para tratamento conservador/pré-dialítico, os hospitais são os principais demandantes de regulação dos pacientes para os serviços de TRS ambulatorial. Em geral, o paciente aguarda a vaga ambulatorial realizando o procedimento de hemodiálise em unidade hospitalar, representando custos mais altos para o sistema e prejuízo à sua qualidade de vida.

Não existem referências pactuadas pela Programação Pactuada e Integrada (PPI) para hemodiálise em pacientes crônicos, pois os serviços são todos pagos por FAEC e estão sob gestão municipal. A regulação, executada pela SES de acordo com as vagas ofertadas pelos prestadores habilitados, faz o encaminhamento de cada paciente ao serviço mais próximo de sua residência.

Nos últimos anos, o número de novas habilitações e vagas disponibilizadas foram inferiores à demanda. Houve redução, por fechamento ou desabilitação, de seis unidades

entre 2013 e 2018, enquanto a incidência de pacientes cresce cerca de 8% ao ano. A justificativa apresentada pelos prestadores de serviços para encerramento de atividade e redução de vagas é o alto custo dessa terapia e a dificuldade de manter seu funcionamento com os valores praticados pela tabela SUS.

No quadro 20 encontra-se descrito o cenário da TRS no estado, considerando a oferta de equipamentos em operação no SUS por região de saúde.

Quadro 20. Serviços de Nefrologia credenciados ao SUS no estado do Rio de Janeiro, agosto de 2023.

Região de saúde	Município	Unidade de saúde	Equipamentos em uso disponíveis ao SUS
Baía da Ilha Grande	Angra dos Reis	Angra Rim	36
Baixada Litorânea	Araruama	Davita	30
	Cabo Frio	Davita Servicos de Nefrologia Cabo Frio Ltda	34
Centro Sul	Três Rios	Cdtr	25
	Vassouras	HUV Hospital Universitario de Vassouras	11
Médio Paraíba	Valença	Cined	22
	Volta Redonda	Clínica de Dialise Volta Redonda	37
	Volta Redonda	Instituto de Urologia e Nefrologia de V. Redonda Ltda	11
	Resende	Cliner - Clínica de Urologia e Nefrologia	13
Metropolitana I	Belford Roxo	Inbel Instituto Nefrologico Belford Roxo Ltda	40
		Renalford	39
	Duque de Caxias	Instituto Segumed	29
		Instituto Segumed	22
		Renalduc	40
	Japeri	Cnj Japeri Centro Nefrologico Ltda	35
	Magé	Cenefro	31
	Nilópolis	Hemodinil Centro de Hemodialise e Diagnostico	18
	Nova Iguaçu	Cdr	20
		Davita Servicos de Nefrologia Nova Iguacu Ltda	32
	Queimados	Nefro Queimados Centro Nefrologico de Queimados Ltda	30
		Inque Instituto Nefrologico de Queimados Ltda 6429734	33
	Rio de Janeiro	Cdr Vila Da Penha	5
		Centro Nefrologico de Cascadura Ltda	36
		Cnc São Benedito- 2273268	35
		Davita Brasil Participacoes e Servicos de Gestao Ltda	18
		Davita Servicos de Nefrologia Barra Da Tijuca Ltda	22
		Gamen Grupo de Assistencia Médica Nefrologica	50
		Hospital Clínica Grajau	28
		Hospital Universitario Clementino Fraga	8

Região de saúde	Município	Unidade de saúde	Equipamentos em uso disponíveis ao SUS
		Filho	
		Instituto Segumed Campo Grande	33
		Instituto Segumed Olaria	39
		Instituto Segumed Realengo	47
		Instituto Segumed Santa Cruz	17
		Nefroclin Cl de Nefrologia	50
		Prodoctor Sistema Integrado de Saude	32
		Renalcor Cl de Nefrologia	31
		Renalvida Assist Integral Ao Renal	10
		Hospital Servidores Do Estado	20
		Uerj Hospital Univ Pedro Ernesto	8
		Uni Rim Cl de Nefrologia	49
		Ms Hgb Hospital Geral de Bonsucesso	2
		Ms Hospital Cardoso Fontes	4
		Hospital Universitario Gaffree e Guinle	3
	São João de Meriti	Cdr	167
		Policlinica Grande Rio	35
Metropolitana II	Itaboraí	Davita	47
	Niterói	Cnl Niteroi	32
		Hospital Universitario Antonio Pedro	2
	Rio Bonito	Clínica de Dialise Rio Bonito	28
	São Gonçalo	Cnl Alcantara	34
		Cnl Mangueira	33
		Pura Centro de Terapia Renal	30
Noroeste	Itaperuna	Hospital Sao Jose Do Avai	33
	Santo Antônio de Pádua	Clinefron	23
Norte	Campos dos Goytacazes	Hospital Dr Beda	33
		Pro Rim Clínica de Doencas Renais	27
	Macaé	Cdr Clínica de Doencas Renais Macae	19
Serrana	Nova Friburgo	Centro de Nefrologia de Nova Friburgo Ltda	26
	Petrópolis	Hospital Santa Teresa	13
		Renalle	12
	Teresópolis	Renalmais Teresopolis	26

Fonte: Material elaborado pela Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro em agosto de 2023.

De acordo com o estudo “Custo do Procedimento de Hemodiálise para o SUS”, elaborado pela Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante, em 2022, o custo real estimado foi de R\$ 285,00, bem acima do valor de tabela, que é de R\$ 229,40; mesmo com a publicação da [Portaria GM/MS nº 815 de 30 de junho de 2023](#), os valores permanecem inferiores ao necessário.

De acordo com a população e os parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS (PT 1631/2015), estima-se cerca de 13.328 pessoas com necessidade de tratamento dialítico no SUS estadual. O parâmetro considera que

0,12% da população acima de 20 anos seja a população alvo para TRS. Para a população estimada SUS (85% da população alvo), seriam necessárias cerca de 2.221 máquinas de hemodiálise no estado (considerando a produtividade máxima do equipamento, com 3 turnos de produção e 6 pacientes por máquina).

Em agosto de 2023, 9.620 pessoas encontravam-se em TRS no SUS do estado, sendo 8.746 em hemodiálise e 291 em diálise peritoneal crônica e aguda, HIV 102, 460 amarela, 14 HD pediátrica, sete em diálise peritoneal intermitente. Atualmente (agosto/2023), 1.755 máquinas de hemodiálise estão em operação no SUS, e o déficit estimado pelos parâmetros seria de 466 máquinas para o atendimento da população usuária do SUS.

Tabela 88. Suficiência e distribuição de máquinas de TRS pelas regiões de saúde, agosto de 2023.

Região	População Residente total	População acima de 20 anos	População acima de 20 anos - SUS (85%)	Pop Alvo TRS SUS ⁴⁰	Máquinas necessárias SUS	Máquinas existentes SUS	SUS
Estado do RJ	17.463.079	13.066.646	11.106.649	13.328	2.221	1.755	-466
Baía de Ilha Grande	300.287	217.036	184.481	221	37	36	-1
Baixada Litorânea	870.034	639.486	543.563	652	109	64	-45
Centro Sul	343.570	260.724	221.615	266	44	36	-8
Médio Paraíba	922.318	698.341	593.590	712	119	83	-36
Metropolitana I	10.585.667	7.903.942	6.718.351	8.062	1.344	1.118	-226
Metropolitana II	2.145.025	1.639.559	1.393.625	1.672	279	206	-73
Noroeste	350.591	268.161	227.937	274	46	56	10
Norte	964.428	696.117	591.699	710	118	79	-39
Serrana	981.159	743.280	631.788	758	126	77	-49

Fonte: Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro em agosto de 2023 (SAECA/SES-RJ, 2023).

Dentre as necessidades identificadas pela SES-RJ para melhorar o cenário apontado no estado, estão:

- ❖ Ampliação da oferta de vagas para atendimento em Terapia Renal Substitutiva;
- ❖ Oferta de vagas em regiões com maior demanda (proximidade geográfica da residência);
- ❖ Habilitação de serviços para tratamento conservador/pré-dialítico;
- ❖ Atualização do cadastro de equipamentos no CNES;
- ❖ Reavaliação da metodologia adotada pelo MS para pagamento do prestador;
- ❖ Revisão anual do valor de tabela para pagamento, contemplando o custo real dos procedimentos.
- ❖ Incentivo para realização do procedimento de confecção de fístula (baixo interesse de cirurgiões vasculares atuarem no SUS), uma vez que o valor não é atrativo.

⁴⁰ 0,12% acima de 20 anos

IV.2.7. Traumato-Ortopedia

A [Portaria de Consolidação nº 1, de 22 de fevereiro de 2022](#), consolida as normas sobre atenção especializada à saúde. Na Seção IV do Título II – “*Da organização da atenção especializada à saúde*”, Capítulo I - “*Dos critérios e parâmetros para a habilitação, o cadastramento e a operacionalização de serviços em atenção especializada à saúde*”, estão descritos os conceitos e normas da Habilitação em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade (origem: [Portaria SAS/MS 90/2009](#), art. 1º, *caput*).

- ❖ **Unidade de assistência de alta complexidade em traumatologia e ortopedia:** hospital geral ou especializado que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos capazes de prestar assistência em traumatologia e ortopedia, conforme estabelecido no Anexo XV (origem: Portaria SAS/MS 90/2009, art. 1º, I).
- ❖ **Centro de referência em traumatologia e ortopedia de alta complexidade:** hospital geral ou especializado em traumatologia e ortopedia, com as mesmas características de unidade de assistência de alta complexidade, que exerça o papel auxiliar de caráter técnico ao gestor do SUS na Política de Atenção em Traumatologia e Ortopedia e possua também os seguintes atributos (origem: Portaria SAS/MS 90/2009, art. 1º, II):

a) ser hospital de ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de acordo com a [Portaria Interministerial MEC/MS nº 285, de 24 de março de 2015](#); e oferecer residência médica em ortopedia e traumatologia ou educação continuada voltada às necessidades do SUS nas diferentes áreas da assistência em traumatologia e ortopedia (origem: Portaria SAS/MS 90/2009, art. 1º, II, a);

b) ter estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos clínicos, técnicos e operacionais estabelecidos (origem: Portaria SAS/MS 90/2009, art. 1º, II, b);

c) subsidiar os gestores locais do SUS nas ações de regulação, controle, avaliação e auditoria na atenção em traumatologia e ortopedia, inclusive em estudos de qualidade e de custo-efetividade (origem: Portaria SAS/MS 90/2009, art. 1º, II, c); e

d) participar do desenvolvimento e capacitação profissional em parceria com o gestor local do SUS (origem: Portaria SAS/MS 90/2009, art. 1º, II, d).

As unidades de assistência e os centros de referência em traumatologia e ortopedia podem prestar atendimento nos serviços abaixo descritos (origem: Portaria SAS/MS 90/2009, art. 2º, *caput*):

I - Serviço de traumatologia e ortopedia (origem: Portaria SAS/MS 90/2009, art. 2º, I);

II - Serviço de traumatologia e ortopedia pediátrica (até 18 (dezoito) anos de idade) (origem: Portaria SAS/MS 90/2009, art. 2º, II); e

III - Serviço de traumatologia e ortopedia de urgência (origem: Portaria SAS/MS 90/2009, art. 2º, III).

Existem 27 Unidades de Atenção Especializada em Traumato-ortopedia e um Centro de Referência de Alta Complexidade em Traumato-ortopedia informados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES), com pelo menos um serviço em sete das nove regiões de saúde, não existindo serviços habilitados nas regiões da Baía da Ilha Grande e da Baixada Litorânea (quadro 21).

Quadro 21. Estabelecimentos do estado do Rio de Janeiro por grupo de habilitações em alta complexidade de Traumato-Ortopedia (junho de 2023).

Estabelecimento: nome fantasia	Região de saúde	Município	Habilitação
Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa	Médio Paraíba	Barra Mansa	2501
Hospital dos Plantadores de Cana	Norte	Campos dos Goytacazes	2501
Hospital São José do Avaí	Noroeste	Itaperuna	2501
Hospital Universitário Antônio Pedro	Metropolitana II	Niterói	2501
Hospital São Lucas	Serrana	Nova Friburgo	2501
HGNI Hospital Geral de Nova Iguaçu	Metropolitana I	Nova Iguaçu	2501
SES RJ Hospital de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu	Centro Sul	Paraíba do Sul	2501
Hospital Santa Teresa	Serrana	Petrópolis	2501
Hospital Federal do Andaraí	Metropolitana I	Rio de Janeiro	2501
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	Metropolitana I	Rio de Janeiro	2501
MS Hospital de Ipanema	Metropolitana I	Rio de Janeiro	2501
SMS Hospital Municipal Pedro II AP 5 3	Metropolitana I	Rio de Janeiro	2501
SMS Hospital Municipal Lourenço Jorge AP 4 0	Metropolitana I	Rio de Janeiro	2501
MS Hospital Federal da Lagoa	Metropolitana I	Rio de Janeiro	2501
MS HSE Hospital dos Servidores do estado	Metropolitana I	Rio de Janeiro	2501
MS HGB Hospital Geral de Bonsucesso	Metropolitana I	Rio de Janeiro	2501
SMS Hospital Municipal Jesus AP 22	Metropolitana I	Rio de Janeiro	2501
SMS Hospital Municipal Miguel Couto AP 21	Metropolitana I	Rio de Janeiro	2501
SMS Hospital Municipal Salgado Filho AP 32	Metropolitana I	Rio de Janeiro	2501
Hospital Universitário Gaffrée e Guinle	Metropolitana I	Rio de Janeiro	2501
MS Instituto Nacional de Traumato Ortopedia	Metropolitana I	Rio de Janeiro	2502
SES RJ Hosp. Estadual Transplante Câncer e Cirurgia Infantil	Metropolitana I	Rio de Janeiro	2501
Uerj Hospital Universitário Pedro Ernesto	Metropolitana I	Rio de Janeiro	2501
Hospital São Gonçalo LTDA	Metropolitana II	São Gonçalo	2501
Hospital das Clínicas de Teresópolis	Serrana	Teresópolis	2501
Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi	Médio Paraíba	Valença	2501
HUV Hospital Universitário de Vassouras	Centro Sul	Vassouras	2501
Hospital Municipal São João Batista	Médio Paraíba	Volta Redonda	2501

Fonte: Estabelecimentos de Saúde: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Ministério da Saúde - MS. Situação da base em 15/09/2023.

* 2501: Unidade de atenção especializada em traumato-ortopedia

* 2502: Centro de referência de alta complexidade em traumato-ortopedia

Não obstante a existência de 28 serviços habilitados para a assistência traumato-ortopédica de alta complexidade no estado do Rio de Janeiro, a especialidade de Traumatologia e Ortopedia é um dos serviços com maior demanda para acesso aos serviços de saúde, no tempo presente. Em setembro de 2023 havia 16.908 pacientes em fila para os principais procedimentos ortopédicos. A maior fila no Complexo Estadual de Regulação do estado é a de cirurgia de joelho, com 9.482 pacientes aguardando pelo procedimento. De modo geral, o tempo médio de espera para as cirurgias ortopédicas é de 155 dias.

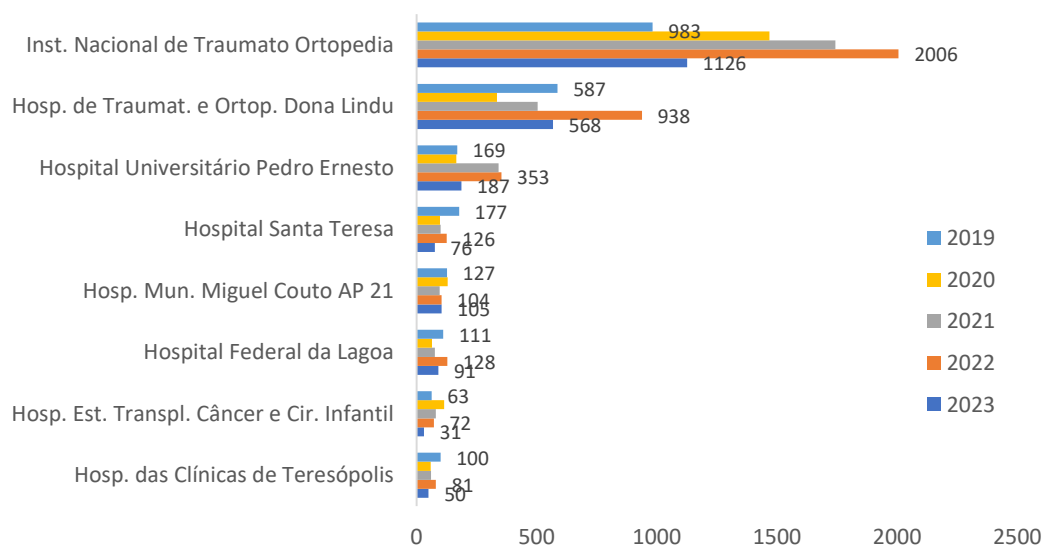
A análise da produção realizada entre os anos de 2019 a 2023 demonstra que, acumuladamente, foram realizadas 17.357 procedimentos de alta complexidade em traumatologia – ortopedia nesse período, em estabelecimentos localizados no estado do Rio. Cerca de 80% dos procedimentos traumato-ortopédicos de alta complexidade informados foram realizados por apenas oito das vinte e oito unidades de saúde habilitadas (tabela 89 e gráfico 82).

Tabela 89. Percentual de internações por Ano de processamento segundo Estabelecimento. Procedimentos realizados: 04.08.01, 04.08.02, 04.08.03, 04.08.04, 04.08.05, 04.08.06. Alta complexidade. Ano/mês do processamento: Jan/2019-Jul/2023.

Estabelecimento	% da produção total
MS INST NACIONAL DE TRAUMATO ORTOPEDIA	42%
SES RJ HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DONA LINDU	17%
UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	7%
HOSPITAL SANTA TERESA	3%
SMS HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO AP 21	3%
MS HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA	3%
SES RJ HOSPITAL ESTADUAL TRANSPLANTE CANCER E CIR INFANTIL	2%
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE TERESOPOLIS	2%

Fonte: Internações Hospitalares: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS. Ministério da Saúde/DATASUS. Situação da base em 04/09/2023. Gerado em 02/10/2023 sujeito a alterações.

Gráfico 82. Quantidade de internações por Ano de processamento segundo Estabelecimento. Proced. realizado: 04.08.01, 04.08.02, 04.08.03, 04.08.04, 04.08.05, 04.08.06. Alta complexidade. Ano/mês do processamento: Jan/2019-Jul/2023.



Fonte: Internações Hospitalares: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS. Ministério da Saúde/DATASUS. Situação da base em 04/09/2023, sujeito a alterações. Gerado em 02/10/2023.

Em relação às cirurgias de joelho (maior fila no Complexo Estadual de Regulação do estado), foram computadas no Sistema de Informação Hospitalar do SUS, em 2022, para todo o estado do Rio de Janeiro, 1.650 cirurgias de alta complexidade dos diversos procedimentos de joelho. Três Hospitais, dos que apresentaram alguma produção, respondem por 84% do total dos procedimentos realizados, sendo que o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), isoladamente, realiza 55% do total dos procedimentos. Observado ainda que 16 hospitais realizaram menos de duas cirurgias de alta complexidade de joelho por mês.

Para acrescer o atendimento à demanda por cirurgias traumato-ortopédicas de alta complexidade no Rio de Janeiro, a SES-RJ irá promover a ampliação da oferta de procedimentos cirúrgicos em ortopedia. Para tal, lançou um edital de chamamento público no qual os prestadores de serviço da rede privada podem se credenciar para realizar os procedimentos.

O edital de chamamento público habilitará as unidades da rede privada, a partir da exigência de uma série de requisitos obrigatórios que precisarão ser cumpridos pelos interessados em ter o serviço credenciado. Além do procedimento cirúrgico, as unidades habilitadas também serão responsáveis por todo acompanhamento do paciente durante o pré-cirúrgico e o pós-cirúrgico.

Serão contratadas duas mil artroplastias (cirurgias específicas para colocação de próteses), sendo 1.500 de joelho e outras 500 de quadril, a serem realizadas num prazo de um ano, a partir do credenciamento das unidades de saúde privadas. Todos os pacientes serão encaminhados para as cirurgias pelo Sistema Estadual de Regulação (SER). A previsão do início das cirurgias está estimada para o último trimestre de 2023.

IV.2.8. Oftalmologia

A [Portaria GM/MS nº 957, de 15 de maio de 2008](#), instituiu a política nacional de atenção em oftalmologia e a [Portaria SAS/MS nº 288, de 19 de maio do mesmo ano](#), definiu as redes estaduais e regionais na atenção primária e especializada em oftalmologia.

O objetivo dessas normativas foi organizar linhas de cuidado integral (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpassem os níveis de atenção primária e especializada. A portaria também definiu os quantitativos e distribuição geográfica das unidades e centros, usando os Parâmetros de Distribuição Demográfica Georreferencial para as Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia e os Centros de Referência em Oftalmologia, descritos no quadro abaixo. Tais parâmetros quantitativos de unidades são indicativos, devendo o gestor justificar caso a demanda local ultrapasse o estabelecido.

Quadro 22. Parâmetro Georreferencial para Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia

UF	População	Unidades	Centros de Referência
Rio de Janeiro	15.383.422	77	1

Fonte: [Portaria GM/MS nº 957, de 15 de maio de 2008](#).

A rede de atenção oftalmológica especializada estadual está distribuída entre média e alta complexidade. Os hospitais de referência (federal, estadual e municipal) estão concentrados na capital. Nos demais municípios, prevalecem clínicas particulares conveniadas ao SUS. As unidades de atenção em oftalmologia do estado do Rio de Janeiro e as referências regionais para média e alta complexidade encontram-se nos quadros abaixo, conforme pactuação ocorrida em 2019.

Quadro 23. Unidades de Atenção em Oftalmologia do estado do Rio de Janeiro

Unidades / Serviços		Nível de Complexidade	
Município	Serviço	Média	Alta
Rio de Janeiro	HU Gaffré e Guinle	x	
	Hospital de Piedade	X	
	Policlínica Piquet Carneiro	X	
	Clínica Dra. Roberli	X	
	CEPOA	X	
	Centro Médico Dark	X	
	COSC		X
	Clínica de Olhos Avenida Rio Branco	X	X
	Hospital de Ipanema		X
	Hospital dos Servidores		X
	Hospital Cardoso Fontes		X
	Hospital da Lagoa		X
	HU Clementino Fraga Filho/UFRJ		X
	Hospital de Bonsucesso		X
São João de Meriti	Hospital de Olhos de São João de Meriti		X
Duque de Caxias	SASE – Serv. Assistência Social Evangélico	X	
	Hospital do Olho		X
Nova Iguaçu	Clínica e Cirurgia de Olhos Dr. Armando Guedes		X
Niterói	HU Antônio Pedro/UFF		X
	Hospital do Olho Santa Beatriz		X
	IBAP (CLINOP)	X	
Rio Bonito	Clínica Ximenes	X	
São Gonçalo	Oftalmoclínica de São Gonçalo		X
Volta Redonda	Hospital Municipal Dr. Munir Rafful	X	
Piraí	Hospital Municipal Flávio Leal	X	
Valença	Hospital Municipal de Conservatória	X	
Petrópolis	Clínica de Olhos Dr. Tanure		X
Teresópolis	Hospital São José		X
Campos dos Goytacazes	Hospital Geral de Guarus	X	
	Hospital Soc. Portuguesa Beneficente de Campos		X
Itaperuna	Hospital São José do Avaí		X
Centro de Referência em Oftalmologia			
Rio de Janeiro		Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ	
Serviço de Reabilitação Visual			
Rio de Janeiro		Instituto Municipal de Reabilitação Oscar Clark	
Niterói		Associação Fluminense aos Cegos	

Fonte: [Deliberação CIB-RJ n°5.891 de 19 de julho de 2019](#)

Quadro 24. Referências da Rede Estadual de Média e Alta Complexidade em Oftalmologia

Município Executor	Município Encaminhador		
	Média Complexidade	Alta Complexidade	Reabilitação Visual
Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Campos dos Goytacazes	Campos dos Goytacazes, Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidelis, São Francisco de Itabapoana, São João da Barra	Campos dos Goytacazes, Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidelis, São Francisco de Itabapoana, São João da Barra	Niterói
Duque de Caxias	Duque de Caxias, Mesquita, Belford Roxo, Japeri, Queimados, Itaguaí, Seropédica, Magé, Guapimirim	Duque de Caxias, Mesquita, Belford Roxo, Japeri, Queimados, Itaguaí, Seropédica, Magé, Guapimirim	Niterói
Itaperuna	Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Itaperuna, Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá, Varre-Sai	Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Itaperuna, Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá, Varre-Sai	Niterói
Nilópolis	Nilópolis	Nilópolis	Niterói
Niterói	Niterói, Sapucaia, Barra Mansa, Araruama, Armação de Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia, Saquarema	Niterói, Maricá, Sapucaia, Piraí, Barra do Piraí, Itatiaia, Pinheiral, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro e Rio das Flores, Barra Mansa, Valença, Volta Redonda, Araruama, Armação de Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia, Saquarema	Niterói
Petrópolis	Petrópolis, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Areal, Com. Levy Gasparian, Eng. Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Três Rios, Vassouras. S. J. Vale do Rio Preto, Bom Jardim, Duas Barras, Carmo, Cordeiro, Cantagalo, Macuco, Trajano de Moraes, Sta. Maria Madalena, Cachoeiras de Macacu, Nova Friburgo	Petrópolis, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Areal, Com. Levy Gasparian, Eng. Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Três Rios, Vassouras. S. J. Vale do Rio Preto, Bom Jardim, Duas Barras, Carmo, Cordeiro, Cantagalo, Macuco, Trajano de Moraes, Sta. Maria Madalena, Cachoeiras de Macacu, Nova Friburgo	Niterói
Piraí	Piraí, Barra do Piraí, Itatiaia, Pinheiral, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro e Rio das Flores		Niterói
Rio Bonito	Rio Bonito, Itaboraí, Tanguá, Silva Jardim		Niterói
São Gonçalo	São Gonçalo, Rio Bonito, Itaboraí, Tanguá, Silva Jardim, Maricá	São Gonçalo, Rio Bonito, Itaboraí, Tanguá, Silva Jardim, Maricá	Niterói
São João de Meriti	São João de Meriti	São João de Meriti	Niterói
Teresópolis	Teresópolis	Teresópolis	Niterói
Valença	Valença		Niterói
Volta Redonda	Volta Redonda		Niterói

Fonte: [Deliberação CIB-RJ nº5.891 de 19 de julho de 2019.](#)

Quadro 25. Unidades executoras de alta complexidade em oftalmologia por município

Município	Hospital/Clínica – executora (alta complexidade)
Rio de Janeiro	COSC
	Hospital de Ipanema
	Hospital dos Servidores
	Hospital Cardoso Fontes
	Hospital da Lagoa
	HU Clementino Fraga Filho/UFRJ
	Hospital de Bonsucesso
	Hospital do Olho de São João de Meriti
	Hospital do Olho
	Hospital Universitário Pedro Ernesto
	Clínica e Cirurgia de Olhos Dr. Armando Guedes
Nova Iguaçu	Eye Center
	Seg Vision Clínica oftalmológica LTDA EPP
São João de Meriti	Hospital do Olho de São João de Meriti
Niterói	HU Antônio Pedro/UFF
	Hospital do Olho Santa Beatriz
	IBAP (CLINOP)
São Gonçalo	Oftalmoclínica de São Gonçalo
Petrópolis	Clínica de Olhos Dr. Tanure
Teresópolis	Hospital São José
Campos dos Goytacazes	Hospital Soc. Portuguesa Beneficente de Campos
Itaperuna	Hospital São José do Avaí

Fonte: [Deliberação CIB-RJ nº5.891 de 19 de julho de 2019](#)

Destacamos como desafios para a Rede de Oftalmologia no ERJ:

- ❖ **Regulação:** A regulação da rede é realizada em sua totalidade no âmbito municipal e não existe uma unificação do padrão a qual é submetida. Motivo pelo qual o levantamento de dados de filas e produção torna-se prejudicado por esta Superintendência.
- ❖ **Relatórios de Produção Divergentes:** Acrescentando-se aos fatores limitadores da execução de políticas futuras, existem prestadores apresentando produção em oftalmologia que não consta na rede deliberada em CIB. Há muitos serviços novos que não são tratados de forma regional. Nesse contexto, devemos propor para as regiões a entrada desses serviços na Rede.
- ❖ **Reestruturação da Rede:** Manter uma rede de atenção com assistência em todos os níveis é um investimento alto e, muitas vezes, de difícil concretização, o que resulta em barreiras de acesso significativas. A principal barreira na oftalmologia são os procedimentos de alta complexidade, com pouca oferta no estado.

IV.2.9. Neurologia/ neurocirurgia

No ano de 2005, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica. A partir daí, os estados brasileiros começaram a trabalhar na reorganização da assistência a esse tipo de enfermidade. As unidades de saúde que prestam assistência a esse tipo de especialidade devem se adequar às regras do sistema, comprometendo-se junto ao gestor público de competência e sob regulação de acesso do mesmo, a oferecer determinados serviços ao usuário. Desde então, o estado do Rio de Janeiro (RJ) organiza-se para adequar a Rede Estadual de Alta Complexidade (AC) em Neurocirurgia e/ou Neurologia. Em agosto de 2023, o RJ conta com 26 unidades de assistência de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia e um (1) centro de referência de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia, habilitados conforme preconizado na [Portaria GM/MS nº 756 de 27 de dezembro de 2005](#), sendo contempladas todas as regiões de saúde com pelo menos um serviço (quadro 26).

Quadro 26. Estabelecimentos do estado do Rio de Janeiro por habilitação em neurologia/neurocirurgia (setembro de 2023).

Estabelecimento: nome fantasia	Município	Habilitação
Hospital e Maternidade de Angra dos Reis HMAR	Angra dos Reis	1601
Hospital Geral de Arraial do Cabo	Arraial do Cabo	1601
Casa de Caridade Santa Rita	Barra do Piraí	1601
Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa	Barra Mansa	1601
Hospital São Vicente de Paulo	Bom Jesus do Itabapoana	1601
Hospital Escola Álvaro Alvim	Campos dos Goytacazes	1601
Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos	Campos dos Goytacazes	1601
Hospital São José do Avaí	Itaperuna	1601
Hospital São João Batista de Macaé	Macaé	1601
Hospital Universitário Antônio Pedro	Niterói	1602
SES RJ Hospital Estadual Azevedo Lima	Niterói	1601
HGNI Hospital Geral de Nova Iguaçu	Nova Iguaçu	1601
Hospital Santa Teresa	Petrópolis	1601
Hospital Regional Darcy Vargas	Rio Bonito	1601
Hospital Federal do Andaraí	Rio de Janeiro	1601
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	Rio de Janeiro	1601
SES RJ Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer	Rio de Janeiro	1601
SESDEC Hospital Estadual Getúlio Vargas	Rio de Janeiro	1601
SMS Hospital Municipal Jesus AP 22	Rio de Janeiro	1601
SMS Hospital Municipal Miguel Couto AP 21	Rio de Janeiro	1601
SMS Hospital Municipal Salgado Filho AP 32	Rio de Janeiro	1601
SMS Hospital Municipal Souza Aguiar AP 10	Rio de Janeiro	1601
Uerj Hospital Universitário Pedro Ernesto	Rio de Janeiro	1601
Hospital das Clínicas de Teresópolis	Teresópolis	1601
Hospital São José	Teresópolis	1601
Hospital de Clínicas Nossa Senhora da Conceição	Três Rios	1601
Hospital Municipal São João Batista	Volta Redonda	1601

Fonte: Estabelecimentos de Saúde: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Ministério da Saúde - MS. Situação da base em 15/09/2023.

*1601: Unidade de assistência de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia

** 1602: Centro de referência de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia

As unidades de assistência e os centros de referência de alta complexidade em neurocirurgia podem prestar atendimento nos serviços abaixo descritos, isoladamente, ou em mais de um serviço, conforme necessidade local e solicitação de habilitação junto ao Ministério da Saúde, pactuados na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, e de acordo com o Planejamento Regional Integrado – PRI (Redação dada pela [Portaria SAES/MS nº 516 de 21.06.2023](#)).

I - Serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia do trauma e anomalias do desenvolvimento;

II - Serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia da coluna e dos nervos periféricos;

III - Serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia dos tumores do sistema nervoso;

IV - Serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia vascular;

V - Serviço de assistência em alta complexidade em tratamento neurocirúrgico da dor e funcional;

VI - Serviço de assistência de alta complexidade em investigação e cirurgia da epilepsia;

VII - Serviço de assistência de alta complexidade em tratamento endovascular; e

VIII - Serviço de assistência de alta complexidade em neurocirurgia funcional estereotáxica.

Os critérios para definição dos quantitativos e distribuição geográfica das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia e dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Neurologia deverão ser definidos com base nas necessidades da região/macrorregião de saúde na qual os serviços estão inseridos, e pactuados na CIB de acordo com o PRI.

Em 2022 os estabelecimentos que realizaram o maior número de procedimentos de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia, totalizando cerca de 80% dos procedimentos executados, foram: Hospital de traumatologia e ortopedia Dona Lindu (15%), Hospital Santa Teresa (13%), Inst. Nacional de Traumato Ortopedia (13%), Hospital Univ. Pedro Ernesto (8%), Hospital São Jose do Avaí (8%), Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (7%), INCA Hospital do Câncer I (5%), Hospital Universitário Antônio Pedro (5%) e Hospital Escola Álvaro Alvim (4%). No quadro 27 estão apresentadas as internações hospitalares realizadas e aprovadas do subgrupo de procedimentos 04.03 – Cirurgia do sistema nervoso central e periférico, de alta complexidade, no ano de 2022, nos estabelecimentos habilitados do ERJ.

Quadro 27. Internações hospitalares de alta complexidade aprovadas do subgrupo procedimento realizado: 04.03 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico.

Estabelecimento - nome fantasia	Região de saúde	Município	Internações	
			2022	2023
Casa de Caridade Santa Rita	Médio Paraíba	Barra do Piraí	1	2
Hospital São Vicente de Paulo	Noroeste	Bom Jesus do Itabapoana	11	31
Hospital Escola Álvaro Alvim	Norte	Campos dos Goytacazes	79	49
Hospital São José do Avaí	Noroeste	Itaperuna	167	62
Hospital Universitário Antônio Pedro	Metropolitana II	Niterói	100	75
SES RJ Hospital Estadual Azevedo Lima	Metropolitana II	Niterói	23	3
HGNI Hospital Geral de Nova Iguaçu	Metropolitana I	Nova Iguaçu	37	18
SES RJ Hospital de Traumat. e Ortopedia D. Lindu	Centro Sul	Paraíba do Sul	334	94
Hospital Santa Teresa	Serrana	Petrópolis	291	121
Hospital Alcides Carneiro	Serrana	Petrópolis	16	9
MS HGB Hospital Geral de Bonsucesso	Metropolitana I	Rio de Janeiro	16	1
Hospital Regional Darcy Vargas	Metropolitana II	Rio Bonito	16	5
Hospital Federal do Andaraí	Metropolitana I	Rio de Janeiro	50	40
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	Metropolitana I	Rio de Janeiro	143	71
SESDEC Hospital Estadual Getúlio Vargas	Metropolitana I	Rio de Janeiro	13	6
SMS Hospital Municipal Jesus AP 22	Metropolitana I	Rio de Janeiro	11	4
SMS Hospital Municipal Miguel Couto AP 21	Metropolitana I	Rio de Janeiro	30	27
SMS Hospital Municipal Salgado Filho AP 32	Metropolitana I	Rio de Janeiro	29	22
SMS Hospital Municipal Souza Aguiar AP 10	Metropolitana I	Rio de Janeiro	42	18
Uerj Hospital Universitário Pedro Ernesto	Metropolitana I	Rio de Janeiro	178	108
MS Hospital de Ipanema	Metropolitana I	Rio de Janeiro	5	3
SES RJ Hospital Estadual Transplante Câncer e Cir...	Metropolitana I	Rio de Janeiro	6	1
Hospital Universitário Gaffrée e Guinle	Metropolitana I	Rio de Janeiro	23	18
MS HSE Hospital dos Servidores do estado	Metropolitana I	Rio de Janeiro	43	55
MS Hospital Federal da Lagoa	Metropolitana I	Rio de Janeiro	74	45
MS Instituto Nacional de Traumatologia Ortopedia	Metropolitana I	Rio de Janeiro	284	147
Hospital das Clínicas de Teresópolis	Serrana	Teresópolis	8	8
Hospital de Clínicas Nossa Senhora da Conceição	Centro Sul	Três Rios	7	5
Hospital Universitário de Vassouras	Centro Sul	Vassouras	2	3
Hospital Municipal São João Batista	Médio Paraíba	Volta Redonda	14	8
Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi	Médio Paraíba	Valença	-	1
SES RJ Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer	Metropolitana I	Rio de Janeiro	-	564
Santa Casa de Misericórdia de Barra Mansa	Médio Paraíba	Barra Mansa	2	-
Hospital São João Batista de Macaé	Norte	Macaé	1	-
SMS Hospital Municipal Lourenço Jorge AP 40	Metropolitana I	Rio de Janeiro	1	-
MS INCA Hospital do Câncer I	Metropolitana I	Rio de Janeiro	114	-
Hospital São José	Serrana	Teresópolis	2	-

Fonte: Internações Hospitalares: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS. Ministério da Saúde/Datasus. Situação da base em 04/09/2023 às 21:02, sujeito a alterações.

A especialidade de neurocirurgia é uma das mais complexas e tempo-dependentes para o acesso aos serviços especializados no estado do RJ. Atualmente, 101 pacientes aguardam vaga na central de regulação estadual para os principais procedimentos neurocirúrgicos. O tempo médio de espera para tais cirurgias é de 18 dias (setembro de 2023).

No intuito de melhorar o acesso aos procedimentos de neurologia/neurocirurgia, a SES-RJ inaugurou, no início de 2023, o novo prédio do Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer. A obra inclui uma nova UTI pediátrica, enfermarias, ginásio de reabilitação com uma

casa funcional, brinquedoteca, além de equipamentos de ponta no atendimento de neurocirurgia. Ainda foram abertos 49 novos leitos de enfermaria (39 leitos adultos e 10 pediátricos) e mais dez leitos de CTI infantil (3 neonatais e 7 pediátricos). Esses leitos se somam aos 44 leitos de UTI tipo adulto, já existentes. A expectativa é que, com as novas instalações, o Instituto consiga realizar cerca de 240 procedimentos especializados por mês, alcançando mais de 2 mil cirurgias anuais e ampliando os diagnósticos em tempo oportuno.

Em 2023 ocorreu uma alteração no *ranking* dos estabelecimentos que realizaram o maior número de procedimentos de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia. O maior executor, considerando as internações aprovadas até o mês de julho de 2023, foi o Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer (33%), Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (9%), Hospital Santa Teresa (7%), Hospital Universitário Pedro Ernesto (6%), Hospital de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu (6%), Hospital Universitário Antônio Pedro (4%), INCA Hospital do Câncer I (4%), Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (4%) e Hospital São Jose do Avaí (4%). Destacamos o expressivo aumento de produção do Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer que já realizou 564 cirurgias do sistema nervoso central e periférico até o mês de julho de 2023.

IV.2.10. Programa Estadual de Transplantes - RJ Transplantes

A Central Estadual de Transplantes é a responsável por garantir a execução de todas as ações de doação e transplante de órgãos e tecidos no estado do Rio de Janeiro, representando o Sistema Nacional de Transplantes (SNT) no território estadual. A sua gestão e operacionalização estão sob a administração da Fundação Saúde - FSERJ. O RJ Transplantes constitui a unidade administrada pela FSERJ, responsável pela execução e operacionalização das atribuições das Centrais Estaduais de Transplantes - CETs - previstas na [Portaria de Consolidação nº4, de 24 de outubro de 2017](#) (GM/MS).

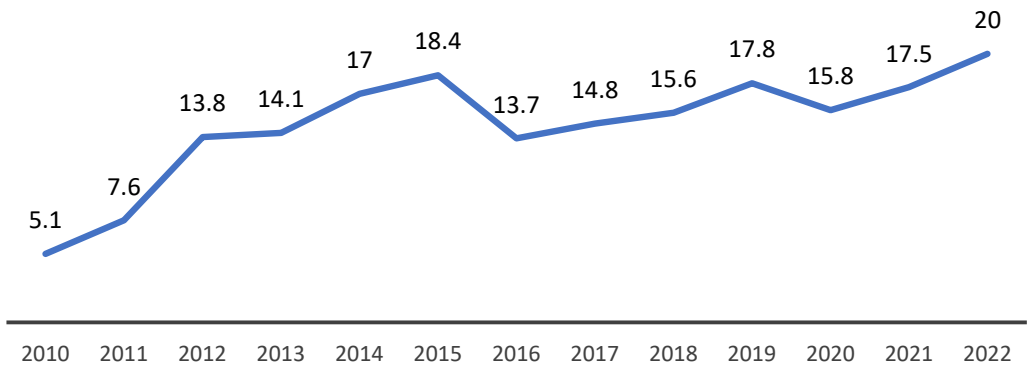
A Central Estadual de Transplantes (CET) é o órgão da Secretaria Estadual de Saúde responsável por planejar, executar, avaliar e fiscalizar as ações de transplantes e a doação de órgãos e tecidos no estado. Recebe as notificações de morte encefálica e organiza a cadeia de procedimentos até a doação efetiva de um órgão e/ou tecido. Fiscaliza e coordena as inscrições de doadores, receptores, órgãos e hospitais transplantadores no sistema informatizado de gerenciamento do SNT (SIG/SNT).

Além da CET, o sistema estadual de transplantes é composto pelas Organizações de Procura de Órgãos (OPOs), as Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTTs), os hospitais notificantes e os hospitais transplantadores, os bancos de tecidos e laboratórios de imunogenética.

Nas ações de doação, as OPOs e as CIHDOTTs realizam a busca ativa e a identificação dos potenciais doadores, promovem o acolhimento familiar e oferecem o apoio assistencial na manutenção do doador até a efetiva captação do órgão. Enquanto a CIHDOTT é o modelo de execução no âmbito hospitalar, as OPOs pretendem uma ação regionalizada. Podem coordenar ou apoiar outras CIHDOTTs, dentro da sua área de abrangência, e abrigar as equipes regionais de captação de órgãos. Assim, as equipes cirúrgicas permanecem mais próximas das doações,

evitando longos deslocamentos e reduzindo o custo operacional. Atualmente, o Rio de Janeiro possui 4 OPOs e 82 CIHDOTTs.

Gráfico 83. Doadores efetivos de órgãos (PMP) no estado do Rio de Janeiro



Fonte: Revista Brasileira de Transplantes/ABTO 2022

O número de equipes credenciadas para transplantes no estado está descrito na tabela 90. Estão também credenciados dois bancos de tecidos, sendo um exclusivo de tecido ocular e o outro de pele, tecido musculoesquelético e tecido ocular.

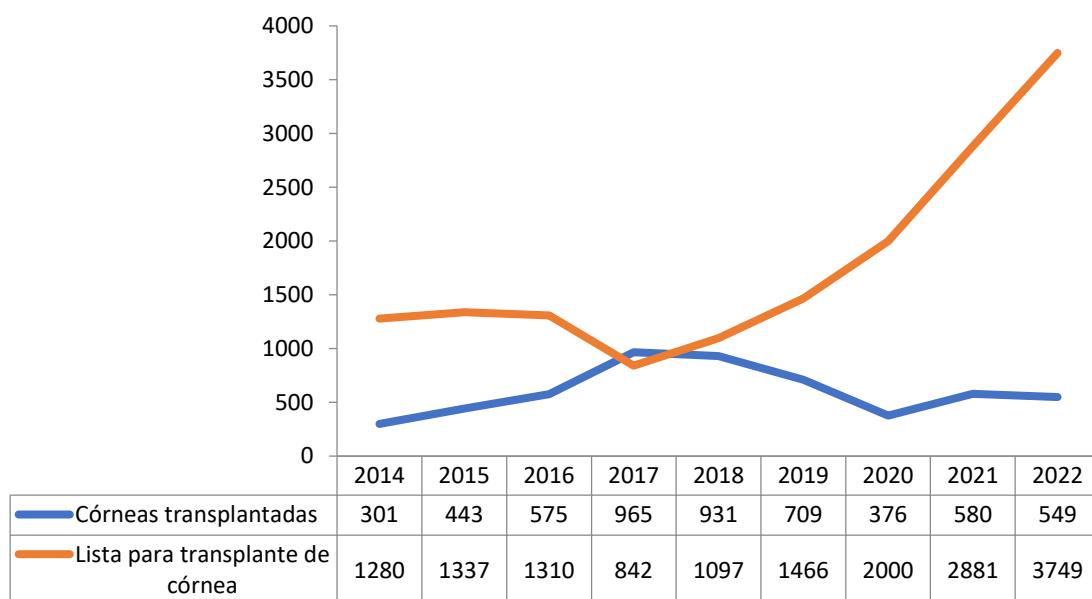
Tabela 90. Unidades credenciadas para transplante de órgãos e tecidos no estado do Rio de Janeiro

Unidades credenciadas para transplante			
De órgãos		De tecidos	
Modalidade	N	Modalidade	N
Coração	9	Córnea	31
Fígado	14	Tecido musculoesquelético	10
Pulmão	5	Pele	2
Rim	18	Medula óssea (alogênico aparentado)	9
Rim/pâncreas	1	Medula óssea (alogênico não aparentado)	6
		Medula óssea autólogo	15

Fonte: Dados internos da Central Estadual de Transplantes – RJ

De acordo com os dados da Revista Brasileira de Transplantes, nos últimos cinco anos (2018-2022) o transplante de córnea diminuiu 41%, passando de 931 transplantes no ano de 2018 para 549 transplantes no ano de 2022. Neste período, a lista de espera partiu de 1.097 pessoas em 2018 até atingir as atuais 4.126 pessoas que aguardam por uma córnea no estado.

Gráfico 84. Córneas transplantadas x pacientes em lista de espera para transplante de córnea no estado do Rio de Janeiro



Fonte: Revista Brasileira de Transplantes/ABTO 2022; Dados internos da Central Estadual de Transplantes – RJ

No transplante de órgãos sólidos, a modalidade com a maior lista de espera é a do transplante renal, atualmente com 1.629 inscritos – e grande parte dos pacientes em hemodiálise, 9.638 em julho de 2023, ainda não foi avaliada quanto à candidatura ao transplante. Logo, a fila pode ser muito maior, indicando que os pacientes com Doença Renal Crônica não possuem acesso adequado aos serviços de transplantes.

Diante do exposto acima, a Coordenação da Central Estadual de Transplantes e a Direção do RJ Transplantes trabalham em conjunto com as diferentes direções que compõem a Fundação Saúde e com a Subsecretaria de Atenção à Saúde da SES na elaboração de um plano estratégico com os seguintes objetivos:

- ❖ Regular o encaminhamento dos pacientes em hemodiálise para os centros de transplante renal, com os recursos da Central Estadual de Regulação - CER.
- ❖ Reduzir o percentual de semiatividade na lista de espera do transplante renal. Entende-se que se encontra em semiatividade aquele paciente inscrito na lista, mas que não recebe uma oferta de um rim doado pois se encontra com a dosagem dos anticorpos anti-HLA desatualizada. A estratégia utiliza a rede organizada dos centros transfusionais e hemocentros para direcionar ao Hemorio o sangue coletado pelas clínicas de hemodiálise.
- ❖ Capacitar os profissionais de saúde junto aos Bancos de Córnea no procedimento de enucleação do globo ocular.
- ❖ Aplicar o protocolo de doação, direcionado a atender as especificidades dos potenciais doadores com morte circulatória (“coração parado”).

- ❖ Contratar os enfermeiros para o projeto “Olhos do Rio”. Comporão uma equipe denominada – Organização de Procura de Córneas-OPC – destinadas a realizar a captação de córneas nas unidades de saúde do estado, quando for assim solicitada.
- ❖ Desenvolver e implementar um *software* de gerenciamento de informações de todas as atividades de trabalho do processo de doação de órgãos. O objetivo é dar segurança, organização, celeridade e transparência, desde a notificação do potencial doador, até a distribuição do órgão doado às equipes de transplante.

IV.2.11. Regulação de acesso

IV.2.11.1. Estrutura: Complexo Estadual de Regulação

A regulação desempenha um papel fundamental na garantia do acesso da população aos serviços e ações do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável por articular as diversas demandas dos usuários aos cuidados necessários nas unidades de saúde do SUS. Ela envolve fluxos, protocolos assistenciais, centrais de leitos, centrais de consultas e exames, todos integrados em um processo de trabalho interativo e alinhado com as várias estruturas do sistema de saúde, garantindo uma atenção abrangente à população do estado do Rio de Janeiro.

O processo regulatório acontece baseado no tripé composto pela unidade solicitante, pela Central de Regulação e pela unidade executante, e está pautado em determinados critérios como a classificação de risco dos pacientes, considerando gravidade, desassistência, regionalização e perfil da vaga existente. O Sistema Estadual de Regulação - SER foi desenvolvido pela SES-RJ para promover a articulação entre os municípios, o Complexo Estadual de Regulação e os prestadores de serviços. Neste contexto, este diagnóstico descreve a organização e operacionalização da regulação sob a gestão da SES-RJ do Rio de Janeiro.

O Complexo Estadual de Regulação teve seu início em 2001, sendo inicialmente responsável pela regulação de UTI NEO e gestantes de alto risco. A Resolução SES-RJ nº 2.102, de 14 de julho de 2003, foi a responsável pela criação das centrais regionais de regulação em cada região de saúde do ERJ, tais como: Central Estadual de Regulação; Central Regional de Regulação da região Metropolitana I; Central Regional de Regulação da região Metropolitana II; Central Regional de Regulação da região Serrana; Central Regional de Regulação da região Noroeste; Central Regional de Regulação da região Norte; Central Regional de Regulação da região do Médio Paraíba e Baía da Ilha Grande; Central Regional de Regulação da região Centro Sul; Central Regional de Regulação da região da Baixada Litorânea. Em [2015 a Deliberação CIB 3435](#) institui a Regulação unificada no âmbito das unidades de saúde da capital para as consultas de alta complexidade. Recentemente, a Central de Regulação Estadual de Consultas e Exames – CRECE foi instituída para a regulação de consultas de média e baixa complexidade ofertadas na Capital.

IV.2.11.2. Funcionamento do Complexo Estadual de Regulação

É importante ressaltar que o Complexo Estadual de Regulação é composto por dez centrais específicas, cada qual com uma atuação ímpar e área de abrangência determinada.

REUNI – Responsável pelo acesso dos cidadãos fluminenses dos 92 municípios aos serviços de alta complexidade ou recursos estratégicos existentes na Capital;

Central Estadual – Responsável pela regulação de acesso dos 92 municípios aos leitos estratégicos e de alta complexidade existentes no ERJ, tais como: UTI NEO, UTI PED, Cirurgia Cardíaca Infantil, Neuroembolização de malformação vascular cerebral, Hematologia e Oncologia, entre outros;

Centrais Regionais – As centrais regionais atuam na competência do seu território e das ofertas existentes na sua região. Apresentando cada uma delas as seguintes características próprias, a saber:

Baixada Fluminense: ausência de serviços de alta complexidade, sendo totalmente dependente da Capital para isso.

Baixada Litorânea: grande dificuldade na assistência na terapia renal substitutiva em pacientes em regime de internação em leito de enfermaria. região turística com alto índice de acidentes que acaba por demandar o envio de pacientes politraumatizados para as regiões do entorno;

Serrana: região com grande concentração de municípios, dezesseis ao total, sem instrumento de saúde estadual e com grande área rural, o que dificulta o trabalho da atenção primária dos municípios; demanda procedimentos de cirurgia vascular em estágio avançado para outras regiões de saúde;

Médio Paraíba: é uma das regiões com mais serviços de saúde na própria região, quase que autossuficiente, demandando para outras regiões algumas subespecialidades de oncologia como a hematologia, cabeça e pescoço e a cirurgia torácica;

Metropolitana 2: vem crescendo em serviços de saúde, principalmente no diagnóstico e cardiologia, mas ainda tem oferta restrita, principalmente em risco habitual na gravidez, ocupando de forma equivocada os leitos de gestação de alto risco na rede estadual;

Centro Sul: conta com uma unidade estadual especializada em ortopedia de alta complexidade. Tem grande parceria com a Médio Paraíba na utilização de ofertas de serviços diagnósticos e outras ofertas como leito clínico de UTI adulto e pediátrico. Conta também com uma unidade universitária de grande porte com serviços especializados, e recebeu recentemente Radioterapia.

Noroeste: não conta com estrutura estadual; é uma região extensa composta por quatorze municípios, com baixa ocupação territorial por habitante. Conta com uma unidade filantrópica responsável pela execução de alta complexidade na região. Demanda para a Capital a Cirurgia Cardíaca Infantil.

Norte: tem uma oferta resolutiva para demandas cardiovasculares e tem pouca dependência de outras regiões.

Sistema Estadual de Regulação – SER-RJ

A Regulação de Acesso à Saúde tem como objetivo principal ordenar o fluxo do acesso dos usuários aos diferentes serviços de saúde existentes nos três níveis de atenção. Além disso, tem que garantir acesso equânime e em tempo oportuno aos tratamentos de saúde existentes na sua área de abrangência. Nesse sentido, analisando os dados inseridos no Sistema Estadual de Regulação - SER, no período de janeiro a junho de 2023, se identificam os desafios para promover uma melhor gestão dos recursos disponíveis e oportunidades para a decisão em saúde pública da gestão estadual.

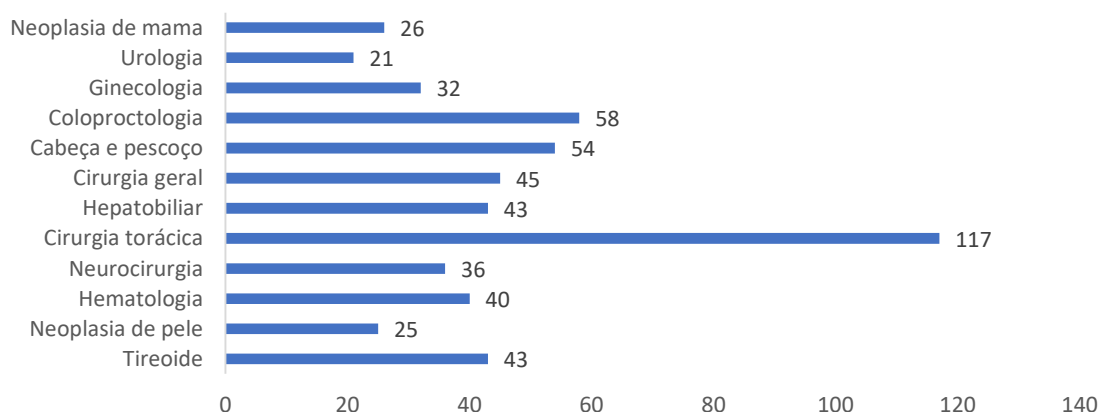
Dentro dos principais objetivos do PES 2024-2027 estão a redução da mortalidade prematura e da morbidade por doenças crônicas não transmissíveis, principalmente por Câncer, Doenças Cardiovasculares e Doença Renal Crônica, e a garantia de acesso aos leitos de UTI Pediátrica e UTI Neonatal.

No 1º semestre de 2023, houve 147.983 solicitações para internações e 218.839 solicitações ambulatoriais. Dos recursos ambulatoriais solicitados, as maiores filas são para Ortopedia/Joelho e Cirurgia Bariátrica, com 10.688 e 5.815 pacientes em fila, respectivamente. Insta salientar que, ao final do ano de 2022, havia 6.858 pacientes em espera para Cirurgia Bariátrica, demonstrando uma redução de 1.000 pacientes aguardando em junho de 2023. Já em relação à consulta para cirurgia de joelho, quando comparamos o período de julho de 2022 a julho de 2023 observamos uma redução significativa no tempo de espera, em torno de 38,4%.

A especialidade de Oncologia é um dos recursos sensíveis cujo tempo médio geral em fila é de 45 dias. Ao analisar as subespecialidades de Oncologia, que deveriam iniciar o tratamento em até 60 dias, tem-se o tempo médio de espera em fila, em junho de 2023, como segue no gráfico 85.

Das 12 subespecialidades, 3 têm agendamentos inferiores a 30 dias, 2 têm agendamentos entre 30 e 40 dias, 4 têm agendamentos entre 40 e 50 dias e 3 têm agendamentos superiores a 50 dias, o que significa que 75% das subespecialidades oncológicas são reguladas em até 45 dias (data de entrada no SER e data da primeira consulta).

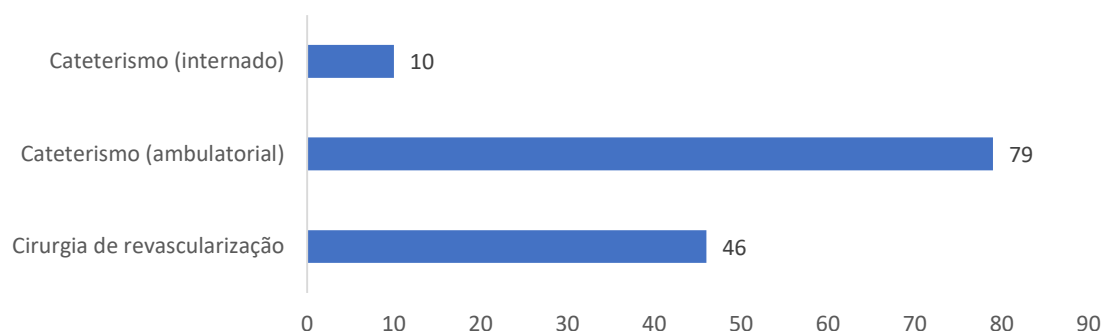
Gráfico 85. Tempo médio de espera (dias) em oncologia por subespecialidade



Fonte: Sistema Estadual de Regulação - SER-RJ

Para a especialidade Cardiovascular, outro recurso sensível, o tempo médio de espera em fila em junho de 2023 era de 79, 46 e 10 dias de espera para os procedimentos de Cateterismo Ambulatorial, Cirurgia de Revascularização do Miocárdio e Cateterismo Internado, respectivamente, conforme se observa no gráfico 86.

Gráfico 86. Tempo médio de espera (dias) em cardiovascular por subespecialidade (junho de 2023)



Fonte: Sistema Estadual de Regulação - SER-RJ

Sobre o acesso aos leitos de terapia intensiva neonatais e pediátricos, de janeiro a maio de 2023, temos:

- ❖ Tempo médio de espera de 13 horas entre a solicitação do leito de UTI Neonatal e a regulação de acesso.
- ❖ Tempo médio de espera de 22 horas entre a solicitação do leito de UTI Pediátrica e a regulação de acesso.

Como oportunidades de promoção de melhorias para o acesso dos usuários aos serviços de saúde, temos os seguintes desafios relacionados à regulação de leitos:

- ❖ Contratar um conjunto mínimo de oferta com todos os prestadores, evitando a oscilação dos recursos disponibilizados. Desta forma, será possível mensurar a necessidade de oferta total;
- ❖ Reduzir o tempo de espera de todas as filas para um tempo oportuno de atendimento para cada recurso.
- ❖ Qualificar as unidades solicitantes para que as solicitações sejam inseridas com um conjunto mínimo de informações de modo satisfatório ao processo regulatório, evitando assim as pendências.
- ❖ Conscientizar os gestores municipais no sentido de reduzir o absenteísmo que é outro fator prejudicial ao andamento das filas de espera.
- ❖ Conscientizar os usuários SUS sobre a necessidade de manter seus dados cadastrais atualizados.

IV.3. Fluxos de Acesso

IV.3.1. Programação Pactuada Integrada da Atenção à Saúde (PPI)

A Programação Pactuada Integrada (PPI) é uma importante ferramenta de gestão no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que visa promover a organização e o planejamento das ações e serviços de saúde em nível estadual. A PPI tem como objetivo principal a articulação e pactuação entre as diferentes esferas de gestão, incluindo o estado, os municípios e a União, visando à garantia do acesso universal, integral e equitativo aos serviços de saúde.

A importância da PPI reside na sua capacidade de promover a efetivação do princípio da regionalização, estabelecendo mecanismos de cooperação e integração entre os diversos atores envolvidos na gestão do sistema de saúde. Ela permite a alocação adequada de recursos, a definição de metas e prioridades, além de contribuir para a redução das desigualdades regionais e a melhoria do atendimento à população.

No atual cenário de saúde do estado do Rio de Janeiro, a implementação da PPI se torna ainda mais relevante. Enfrentamos desafios complexos, como a necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde, fortalecer a rede de atenção primária, reduzir as filas de espera por procedimentos e garantir a integralidade do cuidado em todas as regiões.

A realidade socioeconômica e demográfica do estado do Rio de Janeiro impõe demandas específicas, com variações significativas entre os municípios. A PPI, por meio da pactuação e planejamento conjunto, é uma ferramenta essencial para enfrentar esses desafios e buscar soluções que se adequem às particularidades de cada região.

A SES assume a responsabilidade de realizar o monitoramento e ajuste da Programação Pactuada Integrada (PPI) em conformidade com as demandas dos municípios, formalizando a pactuação revisada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), de acordo com as solicitações regionais. Destaca-se que os remanejamentos são atualizados mensalmente.

As informações disponíveis no sistema SISPPPI apresentam a programação dos serviços e procedimentos custeados pelo limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC). Cada período exibe os valores anuais aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para o respectivo mês de referência, não devendo ser somados aos valores de outros meses. Os valores programados são provenientes do limite de teto financeiro MAC informado pelo Ministério da Saúde (SISMAC), e são representados pelo SISPPPI (valores anuais). Todas as programações de valores estão baseadas na tabela SIGTAP e nos valores médios de produção dos procedimentos aprovados de média e alta complexidade, com financiamento MAC, nos sistemas SIH/SUS e SIA/SUS.

Os dados disponíveis são informações referentes às transferências do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde do estado do Rio de Janeiro, desde 2009. Essas informações são atualizadas mensalmente e obtidas por meio do sítio do Fundo Nacional de Saúde, abrangendo apenas as transferências realizadas na modalidade Fundo a Fundo.

Quadro 28. Transferências Fundo a fundo 2022 e 2023

Teto MAC 2022		Teto MAC 2023 (até junho)	
Anual	Mensal	Anual	Mensal
R\$ 4.062.440.960,61	R\$ 338.536.746,72	R\$ 4.122.974.713,96	R\$ 343.581.226,16

Fonte: Fundo Nacional de Saúde.

Recursos específicos – incentivos: Recursos de custeios que não provêm exclusivamente da tabela de procedimentos, conforme disposto na [portaria GM/MS 698, de 30 de março de 2006](#), segundo as seguintes categorias:

- ❖ CEO
- ❖ IAC - HOSPITAIS DE ENSINO
- ❖ IAC - HOSPITAIS FEDERAIS
- ❖ IAC - HOSPITAIS FILANTROPICOS
- ❖ IAPI - INTEGRASUS
- ❖ SAMU

Recursos específicos - reserva técnica: Recursos usados, após deliberação na CIB, na consolidação da programação para áreas não contempladas no início do processo de programação, alocação de recursos nos limites financeiros de municípios definidos pela CIB, adequação de áreas que ficaram com *déficit* na programação, garantia de sustentabilidade de serviços considerados essenciais pela CIB, dentre outros.

No contexto da PPI, enfrentamos alguns desafios importantes que demandam atenção e esforços conjuntos:

- ❖ Necessidade de uma nova Metodologia de Programação.
- ❖ Redução das Desigualdades Regionais: promover uma distribuição mais equitativa de recursos e serviços, considerando as particularidades e necessidades de cada região, a fim de reduzir as desigualdades e garantir a equidade no acesso à saúde.
- ❖ Integração da Rede de Serviços: Estabelecer mecanismos efetivos de comunicação e integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde, como a articulação entre atenção primária, especializada, hospitalar e de urgência e emergência.
- ❖ Ampliação do Acesso e Redução das Filas: buscar estratégias eficientes para ampliar o acesso aos serviços de saúde, reduzindo as filas de espera por consultas, exames e procedimentos, de forma a garantir o atendimento oportuno e adequado à população.

- ❖ **Gestão Eficiente de Recursos:** assegurar uma gestão eficiente e transparente dos recursos financeiros, humanos e tecnológicos, com foco na otimização dos resultados e na maximização dos benefícios para a população.
- ❖ **Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde:** garantir a consolidação e a qualificação da rede de atenção primária, fortalecendo a Estratégia de Saúde da Família e ampliando o acesso a ações de promoção, prevenção e cuidado integrado.

A superação desses desafios requer uma atuação conjunta e articulada entre os gestores estaduais, municipais e demais atores envolvidos no sistema de saúde, com base na PPI e nos princípios do SUS. Somente por meio de uma programação pactuada e integrada poderemos avançar na construção de um sistema de saúde mais justo, equânime e eficiente para os cidadãos do Rio de Janeiro.

Reafirmamos o compromisso da Secretaria Estadual de Saúde em promover a implementação e aprimoramento da PPI, buscando superar os desafios e alcançar resultados positivos para a saúde de nossa população.

IV.3.2. Tratamento Fora do Domicílio

O TFD foi legalmente instituído pela [Portaria SAS nº 55/1999](#) e regulamentado pela [Resolução SES nº 1.325 de 29 de dezembro de 2015](#). O instrumento legal viabilizou o encaminhamento de pacientes portadores de doenças não tratáveis em seu município/estado de origem a outros municípios/estados que realizem o tratamento necessário.

O serviço é destinado ao usuário que possua indicação comprovada de tratamento eletivo em serviço de média e alta complexidade da rede pública localizado em outro estado da Federação.

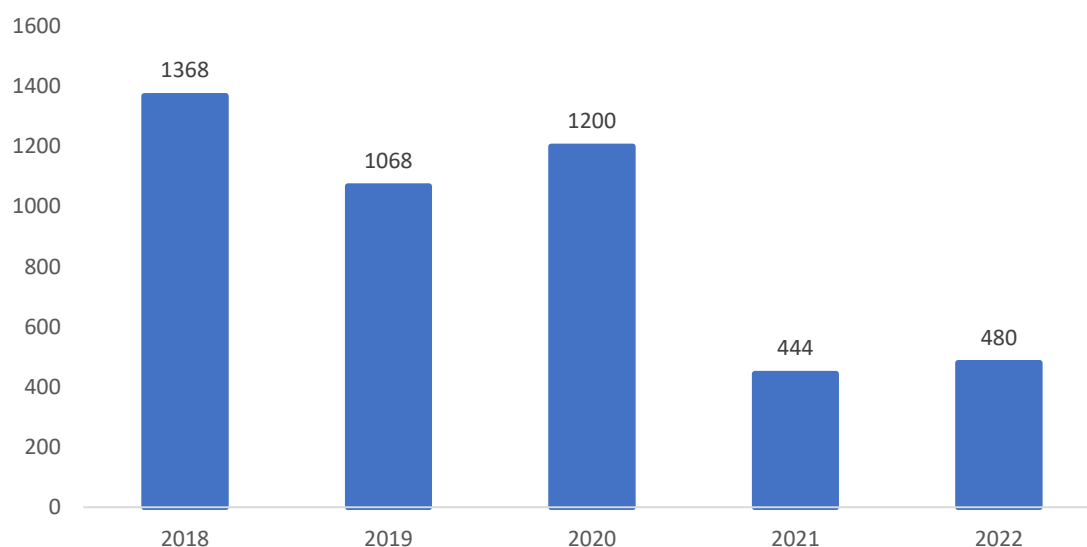
As despesas permitidas pelo TFD são adstritas ao transporte aéreo, terrestre e/ou fluvial (ida e volta) e diária para alimentação e pernoite para o (a) paciente e, eventualmente, para o (a) acompanhante.

IV.3.2.1. Realização de Tratamento Fora de Domicílio - TFD

Ao longo de 2022, foi observado um percentual de 100% das solicitações elegíveis de “TFD com o auxílio garantido” atendidas. Foram computadas 760 solicitações atendidas para um total de 480 pacientes. Desse total, 704 solicitações elegíveis de auxílio para TFD interestadual e 56 solicitações de TFD intermunicipal.

A redução nos últimos anos dos pedidos de auxílio para TFD intermunicipal se justifica pela capacidade de atendimento da demanda de pacientes existentes pelos prestadores de serviços de radioterapia localizados nas regiões Metropolitana I e II.

Gráfico 87. Número de pacientes com solicitações de TFD, 2018 a 2022



Fonte: Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação da SES-RJ.

Tabela 91. TFD Intermunicipal e Interestadual, 2022

TFD	TFD Intermunicipal	TFD Interestadual
Valor pago	R\$ 39.374,68	R\$ 1.644.867,18
Valor devolvido	R\$ 8.119,44	R\$ 110.306,21
Valor reembolsado	-	R\$ 22.602,43
Valor utilizado	R\$ 31.255,24	R\$ 1.557.163,40

Fonte: Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação da SES-RJ.

Quadro 29. Ações executadas em 2022 pela Coordenação de Tratamento Fora do Domicílio

Tratamento fora de domicílio			
Analisar 293 novos pedidos de concessão de auxílios pecuniários para transporte de paciente SUS no âmbito da coordenação de tratamento fora de domicílio	Promover o acesso dos pacientes SUS ao auxílio pecuniário	Nove colaboradores RT Mariana	03/01/2022 a 07/12/2022
Processar 722 solicitações de auxílios pecuniários	Garantir o auxílio pecuniário para as solicitações elegíveis de tratamento fora de domicílio - TFD, nos termos das legislações estaduais vigentes.	Nove colaboradores RT Mariana	03/01/2022 a 07/12/2022

Fonte: Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação da SES-RJ.

No momento, é motivo de grande preocupação do setor o crescimento de inscrições de novos pacientes no Programa de TFD interestadual para o Transplante de Medula Óssea e Transplante Pulmonar em pacientes pediátricos, uma vez que a insuficiência de oferta de

serviços nessas especialidades gera impactos negativos e, muitas vezes, fatais ao usuário do programa.

Atualmente, o encaminhamento tem sido realizado apenas para estabelecimentos de saúde localizados na região Sul do país, o que notadamente não consegue absorver toda a demanda.

Uma sugestão para resolução do problema é a abertura do serviço no ERJ com o investimento técnico-financeiro nas unidades especializadas, a fim de absorver a demanda no próprio estado.

Além disso, seria interessante uma pactuação conjunta entre os estados com a participação do Ministério da Saúde para discutir a fragilidade dos casos e a ampliação da rede de apoio e recepção de pacientes. Estas são ações que devem ser planejadas, considerando que, por exemplo, na região Sudeste, somente São Paulo recebe pacientes, embora o maior acolhimento fique com a região Sul do país.

IV.4. Sistemas de Apoio Diagnóstico

IV.4.1. Centro Estadual de Diagnóstico por Imagem – CEDI RIO IMAGEM

Em dezembro de 2011, foi inaugurado o primeiro Centro de Diagnóstico por Imagem do estado, incluindo exames de alta complexidade. O Centro reúne equipamentos de última geração, com o propósito de atender aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do estado do RJ, com capacidade de realização de 20 mil exames por mês. O atendimento é feito mediante agendamento prévio, realizado diretamente pelas secretarias municipais de saúde, através dos sistemas de agendamento – Klinikos, e de regulação municipal e estadual - SISREG e SER. Os exames são disponibilizados nas modalidades: radiografias convencionais; ultrassonografia com Doppler; tomografia computadorizada; ressonância magnética; ecocardiografia com Doppler e Doppler vascular; mamografia; biópsias de mama, próstata e tireoide (incluindo exame anatomopatológico/histopatológico)

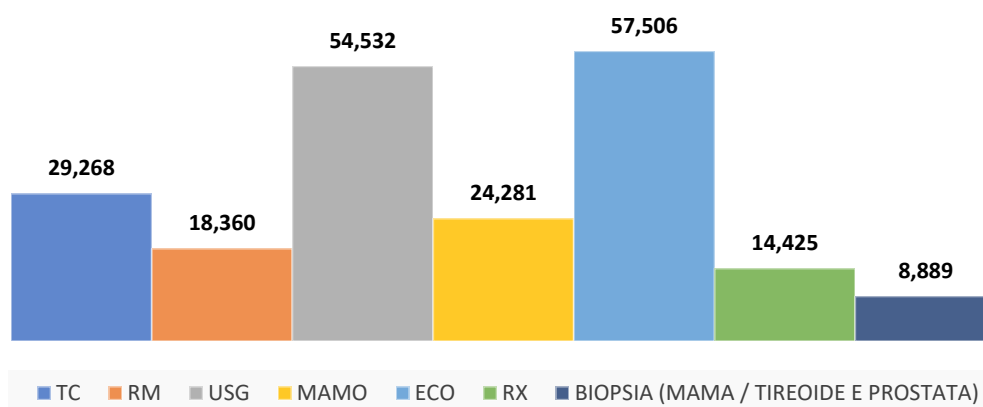
Busca-se o alcance das metas planejadas, sendo um importante desafio do serviço a redução do índice de absenteísmo dos pacientes, que gira em torno de 35%, e a ampliação dos serviços com a retomada da oferta do exame de ressonância magnética sob sedação.

Tabela 92. CEDI RIO IMAGEM - Parque Tecnológico

Equipamentos	Quantidade
Ressonância Magnética	2
Tomógrafo Computadorizado	2
Mamógrafo Digital	4
Raios X Digital	2
Ultrassonografia	4
Ecocardiograma	4

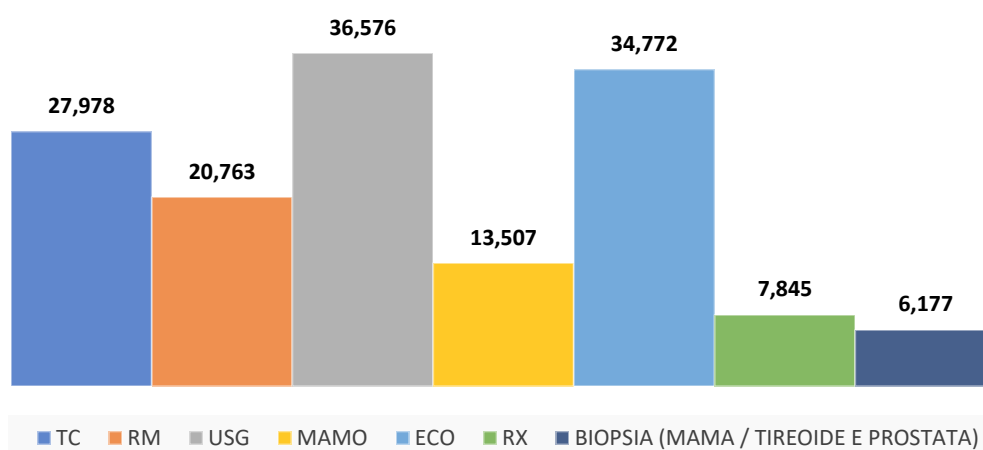
Fonte: Coordenação de Apoio Diagnóstico e Terapêutico da SES-RJ

Gráfico 88. CEDI RIO IMAGEM – Produção 2022



Fonte: Coordenação de Apoio Diagnóstico e Terapêutico da SES-RJ

Gráfico 89. CEDI RIO IMAGEM – Produção 2023 (consolidada até julho)



Fonte: Coordenação de Apoio Diagnóstico e Terapêutico da SES-RJ

IV.4.2. Centro Estadual de Diagnóstico por Imagem – CEDI RIO IMAGEM Baixada

O CEDI - Baixada visa à ampliação da oferta de exames para o estado através de agendamento prévio realizado pelo sistema estadual de regulação - SER. Está previsto o funcionamento em duas fases distintas. Inaugurado em 08/07/2023, a unidade tem previsão de atendimento inicial de até 20 mil exames e com a inauguração da segunda fase, poderá chegar à capacidade total de 40 mil exames/mês.

Na primeira fase, são ofertados exames, incluindo os de alta complexidade como: radiografia simples e contrastada; ultrassonografia com Doppler; tomografia computadorizada/angiotomografia; ressonância magnética, ressonância magnética com sedação e angioressonância; ecocardiografia com Doppler, Doppler vascular; mamografia; biópsias de mama, próstata e tireoide (incluindo exame anatomopatológico/histopatológico).

A segunda fase será contemplada com a ampliação da oferta de exames e disponibilização dos procedimentos a saber: colonoscopia; densitometria óssea; histeroscopia com biópsia; radiologia intervencionista (biópsia guiada por tomografia computadorizada e Ressonância Magnética); endoscopia; eletroencefalograma; colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE); mamografia com mamotomia; centros cirúrgicos (urologia e proctologia) com CME.

Tabela 93. CEDI RIO IMAGEM Baixada - Parque Tecnológico (Fase I)

Equipamentos	Quantidade
Ressonância Magnética	1
Tomógrafo Computadorizado	2
Mamógrafo Digital	3
Raios X Digital	2
Ultrassonografia	10
Ecocardiograma	3

Fonte: Coordenação de Apoio Diagnóstico e Terapêutico da SES-RJ

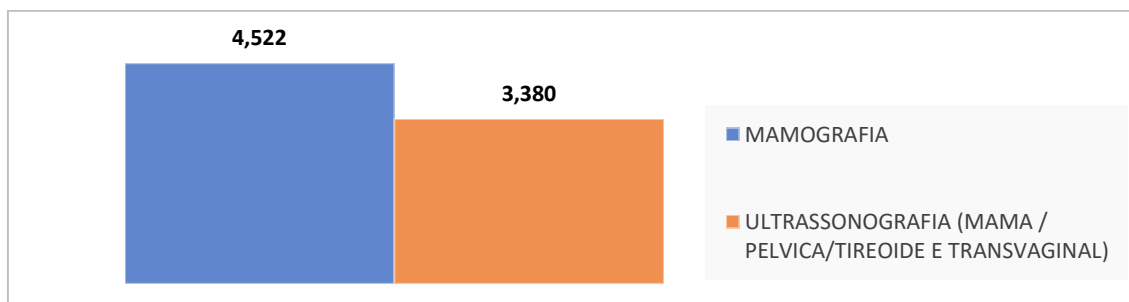
IV.4.3. Unidades Móveis de Imagem

As unidades móveis de imagem fazem parte do esforço do Governo do estado do Rio de Janeiro em interiorizar a atenção à saúde. Visam minimizar a demanda, por vezes reprimida ou mesmo desconhecida por estes tipos de exames. E, também, servem de “*backup*” para os equipamentos nas Unidades de Saúde da SES e dos municípios, quando estes se encontram inoperantes.

Unidade Móvel de Mamografia e Ultrassonografia

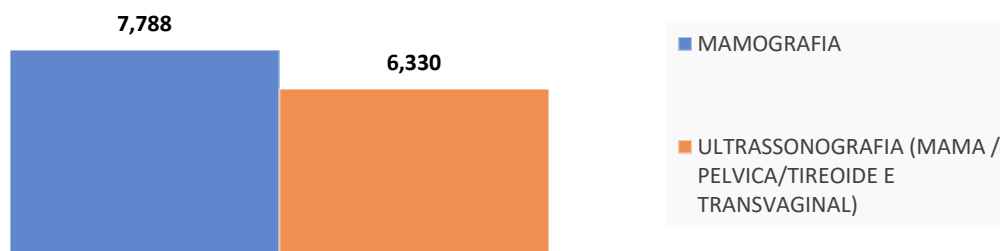
Destinada ao atendimento à Saúde da Mulher, a carreta é equipada com duas salas de mamografia e uma sala de ultrassonografia e realiza os exames a saber: mamografia digital e ultrassonografia nas modalidades: mamária, tireoide, transvaginal e pélvica.

Gráfico 90. Unidade Móvel de Mamografia e Ultrassonografia – Produção 2022 (consolidada de setembro a dezembro)



Fonte: Coordenação de Apoio Diagnóstico e Terapêutico da SES-RJ

Gráfico 91. Unidade Móvel de Mamografia e Ultrassonografia – Produção 2023 (consolidada até julho)



Fonte: Coordenação de Apoio Diagnóstico e Terapêutico da SES-RJ

Unidade móvel de tomografia computadorizada

Destinada ao atendimento de exames de tomografia computadorizada simples e contrastadas, a carreta é equipada com uma sala de exames. O equipamento encontra-se em manutenção.

Unidade móvel de ressonância magnética

Destinada ao atendimento de exames de Ressonância Magnética simples e contrastados, a carreta é equipada com uma sala de exames. O equipamento encontra-se em manutenção.

A aquisição de novos equipamentos de tomografia computadorizada e ressonância magnética, e/ou conserto dos atuais, é essencial para retomada dos atendimentos das respectivas unidades móveis.

IV.4.4. Rede de Laboratórios de Saúde Pública

O Laboratório Central de Saúde Pública Noel Nutels (LACEN-RJ) integra o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB), instituído pela [Portaria GM/MS nº 2031/2004](#), que constitui um conjunto de redes nacionais de laboratórios, organizadas em sub-redes por agravos ou programas de forma regionalizada, e hierarquizadas por grau de complexidade das atividades relacionadas à Vigilância em Saúde – compreendendo a Vigilância Epidemiológica, Sanitária, em Saúde Ambiental e a Assistência Médica.

Dentro da estrutura do SISLAB, o LACEN-RJ, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde, atua como Laboratório de Referência Estadual (LRE), atendendo a todo o estado do Rio de Janeiro nas análises e/ou exames de interesse da vigilância em saúde, tendo como competências as definidas pela [Portaria GM/MS Nº 2031, de 23 de setembro de 2004](#), conforme abaixo.

I - Coordenar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública;

II - Encaminhar ao Laboratório de Referência Regional amostras inconclusivas para a complementação de diagnóstico e aquelas destinadas ao controle de qualidade analítica;

III - Realizar o controle de qualidade analítica da rede estadual;

IV - Realizar procedimentos laboratoriais de maior complexidade para complementação de diagnóstico;

V - Habilitar, observada a legislação específica a ser definida pelos gestores nacionais das redes, os laboratórios que serão integrados à rede estadual, informando ao gestor nacional respectivo;

VI - Promover a capacitação de recursos humanos da rede de laboratórios;

VII - Disponibilizar aos gestores nacionais as informações relativas às atividades laboratoriais realizadas por intermédio do encaminhamento de relatórios periódicos, obedecendo a cronograma definido.

Neste contexto, o LACEN-RJ tem suas atividades divididas por área de interesse, conforme descrito a seguir:

Análises de Amostras Biológicas

Para atendimento às ações de vigilância epidemiológica, o LACEN/RJ tem por função realizar os exames em amostras biológicas para diagnóstico de agravos de interesse da vigilância em saúde, com fins de monitorar o cenário epidemiológico do estado do Rio de Janeiro para adoção de medidas oportunas de promoção, prevenção e controle junto à população. São realizados exames de microbiologia clínica, imunologia, citometria de fluxo, biologia molecular e parasitologia, sendo as maiores demandas relacionadas às arboviroses (dengue, zika, chikungunya e febre amarela), sarampo, rubéola e meningite.

Análises de Amostras de Água de Consumo Humano e Produtos

Tem por função realizar análises físico-químicas, microbiológicas, microscópicas e ensaios gerais em amostras de produtos sujeitos a vigilância sanitária, como alimentos, cosméticos, saneantes, medicamentos e produtos para saúde, oriundas de denúncias, surtos e programas de monitoramento de qualidade, pactuados com os órgãos de vigilância sanitária estadual, federal e/ou municipal.

Ainda, com a finalidade de atuar nas ações de vigilância ambiental, o LACEN/RJ realiza análise em amostras de água para monitorar a qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade.

Análises de Vetores

São realizadas a identificação dos vetores indicados no escopo para o monitoramento dos agravos de interesse da vigilância em saúde e mapeamento dos possíveis cenários epidemiológicos do estado, além de promover treinamento das equipes municipais de vigilância ambiental.

Coordenação da Rede de Laboratórios de Saúde Pública

Como Coordenador da Rede de Laboratórios de Saúde Pública do estado, o LACEN/RJ realiza capacitações nas metodologias de análises e em técnicas de captura para os técnicos municipais do estado do Rio de Janeiro e visitas técnicas aos laboratórios da rede para auxiliar a formação das redes específicas de agravos ou para acompanhar a qualidade das análises nos laboratórios das redes já formadas.

A seguir são apresentados quadros com a produção do LACEN-RJ e algumas redes estaduais de laboratórios que são estratégicas.

Tabela 94. Produção do LACEN/RJ, no período de 2019 a 2022

Produção LACEN-RJ	2019	2020	2021	2022
Análises em Amostras Biológicas				
Diagnóstico de Agravos (Vigilância Epidemiológica)	94.695	272.482	535.137	230.988
Ensaio em Água para Consumo Humano				
(Vigilância Ambiental)	12.449	25.478	25.830	27.246
Ensaio em Alimentos				
(Vigilância Sanitária)	5.107	1.406	2.932	4.710
Identificação de Vetores				
(Vigilância Ambiental)	2.937	3.299	4.909	5.232

Fonte: Sistema GAL, SISCEL, Harpya e registros institucionais.

O quadriênio foi um período atípico para o mundo por conta da pandemia do Coronavírus e não foi diferente no LACEN-RJ. A unidade executou várias ações para fazer frente às demandas imprevisíveis do estado, em especial as direcionadas ao enfrentamento da pandemia do Coronavírus. A unidade passou a realizar análises de RT-PCR para diagnóstico do SARS COV-19, elevando significativamente o número de análises em Biologia Molecular. Posteriormente ampliou essa capacidade de testagem com a incorporação de novos equipamentos, reduzindo o tempo de liberação dos laudos e dando respostas mais rápidas para subsidiar as ações de vigilância em saúde.

Quadro 30. Rede de Laboratórios para Análise Microbiológica de Água para Consumo Humano do VIGIÁGUA.

Laboratório	Regional	Unidade	Município
Centro de Saúde Coletiva Prof. Manoel José Ferreira	6	8	Petrópolis
Laboratório de Análises Bacteriológicas de Água para Consumo Humano	6	32	Teresópolis
Laboratório de Controle de Produtos do Município do Rio de Janeiro	1	18	Rio de Janeiro
Laboratório de Saúde pública de Niterói Miguelote Viana	4	1	Niterói
Laboratório Polo Regional de Análises de Água de Itaguaí	9	17	Itaguaí
Laboratório Polo Regional de Análises de Água de Itaperuna	5	20	Itaperuna
Laboratório Polo Regional de Análises de Água de Valença	7	24	Valença
Laboratório Polo Regional de Vigilância em Saúde - Centro Sul	8	12	Miguel Pereira
SES Lacen RJ Laboratório Central Noel Nutels	1	1	Rio de Janeiro
Vigilância de Campos dos Goytacazes	5	18	Campos dos Goytacazes
Vigilância de Quissamã	5	22	Quissamã

Fonte: Sistema GAL Ambiental.

Quadro 31. Rede de Laboratórios para Exames de Tuberculose.

Região de Saúde	Laboratório de referência
Baía da Ilha Grande	LACEN/RJ
Baixada Litorânea	LACEN/RJ (exceto Rio das Ostras)
Centro Sul	Areal e Paracambi
	Demais municípios, exceto Sapucaia (Laboratório Polo Regional da Vigilância em Saúde de Miguel Pereira)
Médio Paraíba	Barra do Piraí, Rio das Flores e Valença (Laboratório Regional de Análises de Água – Polo Valença)
	Demais municípios (LACEN/RJ)
Metropolitana I	Itaguaí (Laboratório de Itaguaí)
	Japeri (Laboratório Polo Regional da Vigilância em Saúde de Miguel Pereira)
	Rio de Janeiro (Laboratório de Saúde Pública do município do Rio de Janeiro)
	Demais municípios (LACEN/RJ)
Metropolitana II	LACEN/RJ (exceto Niterói e Tanguá)
Noroeste	Itaocara (LACEN/RJ)
	Demais municípios, exceto Aperibé, Bom Jesus de Itabapoana, Cambuci, Laje do Muriaé e Varre-Sai (Laboratório de Itaperuna)
Norte	LACEN/RJ (exceto Campos dos Goytacazes, Conceição de Macabu e São Francisco do Itabapoana)
Serrana	Petrópolis (Laboratório de Petrópolis)
	Teresópolis (LABACH)
	Demais municípios, exceto São José do Vale do Rio Preto (LACEN/RJ)

Fonte: Sistema GAL e RELSP/LACEN/RJ

Quadro 32. Rede de Laboratórios para Carga Viral de HIV, Hepatites B e C, e Contagem de Linfócitos CD4/CD8.

Laboratório de referência	Unidades/Regiões atendidas
Laboratório do HUPE/UERJ	CAP 3.3 – HUPE - Angra dos Reis - Hosp. Naval Marcilio Dias - Hospital da Piedade - PAM Piquet Carneiro
Laboratório do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ	CAP 3.1 - CAP 4.0 - CAP 5.1 - CAP 5.2 - CAP 5.3 - Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA)
Laboratório do Hospital dos Servidores do estado	CAP 1.0 - Ambulatório da Providência- Hosp. Polícia Militar - Hospital dos Servidores do estado - Hospital Municipal Jesus - Instituto Estadual de Infectologia São Sebastião
Laboratório do Instituto Nacional de Infectologia - INI/ FIOCRUZ)	CAP 3.2 - Instituto Fernandes Figueiras - Instituto Oswaldo Cruz - INI
Laboratório do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle - LAPIA/UNIRIO	CAP 2.1 - CAP 2.2 - Polo de Hepatites do IASERJ
Laboratório do Hospital Geral de Guarus - SMS Campos de Goytacazes	Noroeste Aperibé - Bom Jesus do Itabapoana – Cambuci - Italva – Itaocara – Itaperuna - Laje do Muriaé – Miracema – Natividade – Porciúncula - Santo Antônio de Pádua - São Jose do Ubá - Varre-Sai
	Norte Campos – Carapebus - Cardoso Moreira - Conceição de Macabu – Macaé – Quissamã - São Fidelis - São Francisco do Itabapoana - São João da Barra
Laboratório Miguelote Viana	Baixada Litorânea Araruama - Armação de Búzios - Arraial do Cabo - Cabo Frio - Casimiro de Abreu - Iguaba Grande - Rio das Ostras - São Pedro - Saquarema
	Metropolitana II São Gonçalo – Itaboraí – Maricá – Niterói - Rio Bonito - Silva Jardim - Tanguá
Hospital Geral de Nova Iguaçu	Metropolitana I Belford Roxo - Duque de Caxias – Japeri – Magé – Mesquita - Nilópolis - Nova Iguaçu – Queimados - São João de Meriti - Seropédica
LACEN	Baía da Ilha Grande Mangaratiba – Parati - Areal
	Centro Sul Areal - Comendador Levy Gasparian - Engenheiro P. Frontin – Mendes - Miguel Pereira – Paracambi - Paraíba do Sul - Paty do Alferes – Sapucaia - Três Rios - Vassouras
	Médio Paraíba Piraí - Barra do Piraí - Barra Mansa – Itatiaia – Pinheiral - Porto Real – Quatis – Resende - Rio Claro - Rio das Flores – Valença - Volta Redonda
	Serrana Bom Jardim - Cachoeira de Macacu Cantagalo – Carmo – Cordeiro - Duas Barras – Macuco - Nova Friburgo – Petrópolis - Santa Maria Madalena - São José do Vale do Rio Preto - São Sebastião do Alto – Sumidouro – Teresópolis - Trajano de Moraes
	Metropolitana I Magé – Itaguaí - Guapimirim
	Hospitais da Aeronáutica HFAG – HCA - HAAF
	Hospital de Ipanema
	Hospital Central do Exército
	Instituto de Biologia do Exército (IBEX)
	Ambulatório de Hepatites do IOC
	Hospital Geral de Bonsucesso
	SEAP

Fonte: Rede Estadual de Laboratórios de Saúde pública - RELSP

Por fim, como visão de futuro, a unidade busca ser reconhecida como laboratório de excelência na execução de análises de interesse de saúde pública, conquistando melhorias no serviço prestado à população e propiciando respostas à vigilância em saúde cada vez mais rápidas e precisas.

Norteando essa busca, a unidade possui os seguintes parâmetros:

- ❖ Obter certificações, creditações e premiações na área laboratorial de abrangência gerencial e técnica, como impulsionadores pela melhoria contínua dos serviços prestados à população do estado do Rio de Janeiro.
- ❖ Atingir resultados organizacionais cada vez melhores, ampliando sua capacidade analítica e modernizando suas técnicas.
- ❖ Ampliar e reforçar o seu papel no processo de qualificação da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde pública - RELSP.
- ❖ Fortalecer o papel da instituição nas ações de Vigilância e Assistência em Saúde do estado do Rio de Janeiro.

IV.5. Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica (AF) envolve uma série de atividades complexas, planejadas e executadas de forma a garantir o acesso a medicamentos de comprovada eficácia e qualidade e seu uso racional pela população de um território. Ela é um direito fundamental, garantido na Lei Orgânica do SUS, e compartilhado entre as três esferas de gestão do sistema.

A divisão de responsabilidades pela AF entre os entes federativos está expressa nos principais marcos legais da AF (a Política Nacional de Medicamentos, aprovada pela [Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998](#); e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, aprovada pela [Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004](#)) e na [Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007](#), e tem como base a diretriz da descentralização da gestão. Com base em tais normativas, a AF está organizada em três componentes principais: o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF) e o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

Quanto ao CBAF, o objetivo é garantir o acesso aos medicamentos e insumos que tratam dos principais problemas e condições de saúde da população, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. No estado do Rio de Janeiro (ERJ), a Secretaria de Saúde apoia tecnicamente os municípios e participa do financiamento tripartite. No caso do ERJ, a execução do CBAF é descentralizada para os municípios, conforme pactuação [Deliberação CIB-RJ Nº 5.743, de 14 de março de 2019](#) e [Deliberação CIB-RJ nº 6.059/2020](#). Desta forma, cabe aos municípios, utilizando o recurso tripartite, a aquisição dos referidos medicamentos e insumos, os quais devem ser disponibilizados à população. Nessas deliberações, foi pactuado o repasse financeiro do estado para os municípios, no valor de R\$ 2,50 por habitante/ano, para a aquisição de medicamentos e de insumos (tiras reagentes para dosagem da glicemia capilar, lancetas e seringas com agulha acoplada).

O CESAF destina-se ao acesso dos medicamentos e insumos relacionados aos agravos com potencial de impacto endêmico e às condições de saúde caracterizadas como doenças negligenciadas, que estão correlacionadas com a precariedade das condições socioeconômicas. Os medicamentos do CESAF são financiados, adquiridos e distribuídos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde (MS), cabendo aos estados o abastecimento dos municípios, sendo estes últimos responsáveis pela dispensação à população através de suas unidades de saúde. Os medicamentos estratégicos são contemplados em protocolos e normas estabelecidas pelo MS, envolvendo doenças como: tuberculose, hanseníase, meningite, esquistossomose, hepatite, dengue, controle do tabagismo, influenza, prevenção ao vírus sincial respiratório, entre outras.

No contexto do CESAF no ERJ, o Programa de Profilaxia contra o Vírus Sincial Respiratório (VSR) está em constante aperfeiçoamento e estruturação. Para execução do programa, a aplicação do medicamento Palivizumabe é realizada em polos regionais. Em função do público-alvo vulnerável, crianças até dois anos de idade, há demandas por expansão, de forma que a imunização seja realizada o mais próximo possível do município de residência dessas crianças, conforme listado no quadro 33.

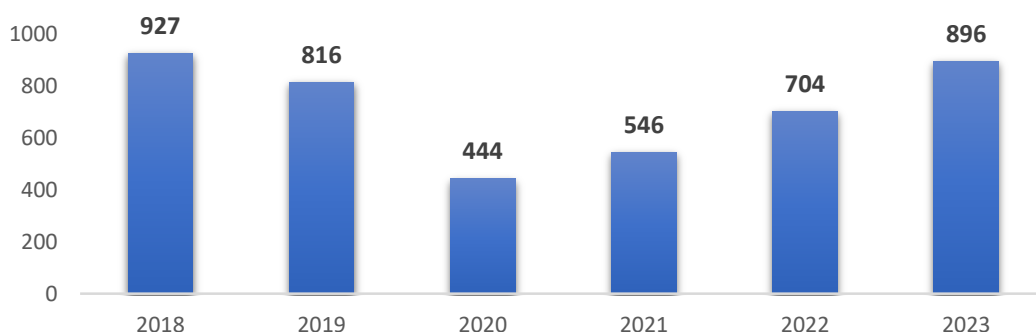
Quadro 33. Programa Estadual de Profilaxia contra o VSR – Unidades de Aplicação

Região de saúde	Município	Unidades de Aplicação
Metropolitana I	Rio de Janeiro	CMS Rocha Maia
		Policlínica Hélio Pellegrino
		CMS Jorge Saldanha Bandeira Mello
		Policlínica Lincoln De Freitas
	São João de Meriti	Policlínica Rodolpho Rocco
Metropolitana II	Niterói	Hospital da Mulher Heloneida Studart
Médio Paraíba	Piraí	Hospital Getúlio Vargas Filho
Noroeste	Itaperuna	Hospital Flávio Leal
Norte	Macaé	Unidade Básica de Saúde Centro/Vinhosa
	Campos dos Goytacazes	Casa da Vacina Bernadette Franco Pacheco
Serrana	Petrópolis	CRIE Norte Fluminense
		Centro de Saúde Professor Manoel José Ferreira

Fonte: Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (SAFIE)

A seguir, no gráfico 92, são apresentados os números de pacientes atendidos no Programa Estadual de Profilaxia contra o Vírus Sincial Respiratório (VSR) com anticorpo monoclonal (Palivizumabe) durante as sazonalidades de 2018 a 2023. Conforme demonstrado no gráfico, ocorreu uma diminuição nos anos de 2020 e 2021, em virtude da pandemia por Covid-19.

Gráfico 92. Números de pacientes atendidos no Programa Estadual de Profilaxia contra o VSR de 2018-2023



Fonte: Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (SAFIE)

O CEAF, regulamentado por meio da [Portaria GM/MS de Consolidação nº 2, de 28/09/2017](#) (origem: [Portaria GM/MS nº 1.554 de 30/07/2013](#)), é uma estratégia de acesso a certos medicamentos para doenças crônico-degenerativas, inclusive doenças raras, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O principal objetivo desse componente é a busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo MS. Este componente tem uma importância fundamental no acesso aos medicamentos para agravos de maior complexidade, tanto do ponto de vista epidemiológico quanto clínico.

Os medicamentos que constituem as linhas de cuidado para as doenças contempladas no CEAF estão divididos em três grupos, com características, responsabilidades e formas de organização distintas. O grupo 1, cujo financiamento está sob a responsabilidade exclusiva do MS, se subdivide em grupo 1A (aquisição centralizada pelo MS) e grupo 1B (aquisição pelos estados, mas com ressarcimento pelo MS, mediante apresentação e aprovação das Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais - APAC correspondentes). Este grupo é constituído por medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o componente, indicados para doenças mais complexas, para os casos de refratariedade ou intolerância à primeira e/ou à segunda linha de tratamento e que se incluem em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde. O grupo 2 é constituído por medicamentos cuja responsabilidade de financiamento é das Secretarias de estado de Saúde (SES). A dispensação dos grupos 1 e 2 é atribuição estadual. O grupo 3 é constituído por medicamentos cuja responsabilidade para aquisição e dispensação é dos municípios, com recurso tripartite, conforme regulamentação sobre o CBAF.

Independentemente do grupo, o fornecimento de medicamentos padronizados no CEAF deve obedecer aos critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), estabelecidos pelo MS.

Para garantir o acesso aos medicamentos do CEAF no estado do Rio de Janeiro (grupos 1 e 2), existem distribuídos no território três (03) Farmácias Estaduais de Dispensação de Medicamentos Especiais – RIO FARMES (Rio Farnes Praça XI na capital, Rio Farnes Nova

Iguaçu e Rio Farnes Duque de Caxias). Ademais, a SES-RJ trabalha em parceria com instituições e municípios: são 03 (três) Centros de Referência e 05 (cinco) unidades de saúde dispensadoras, conforme quadro 34, e 27 (vinte e sete) polos municipais de dispensação dos medicamentos especializados, que atendem aos seus munícipes e aos pacientes dos municípios adstritos, conforme quadro 35. Atualmente, no CEAF/RJ, existem aproximadamente **68.000 pacientes com cadastro ativo**.

Quadro 34. Centros de referência e unidades de saúde dispensadoras de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)

Região	Centros de Referência	Unidades de Saúde dispensadora
Metropolitana I	Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE)	Instituto Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ)
	Policlínica Piquet Carneiro (PCC/UERJ)	Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG/UFRJ)
	Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti (HEMORIO)	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ)
		Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)
Metropolitana II	-	Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP/UFF)

Fonte: Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (SAFIE)

Quadro 35. Farmácias de medicamentos especializados (RIO FARMES) e polos municipais de cadastro e dispensação de medicamentos especializados por região de saúde.

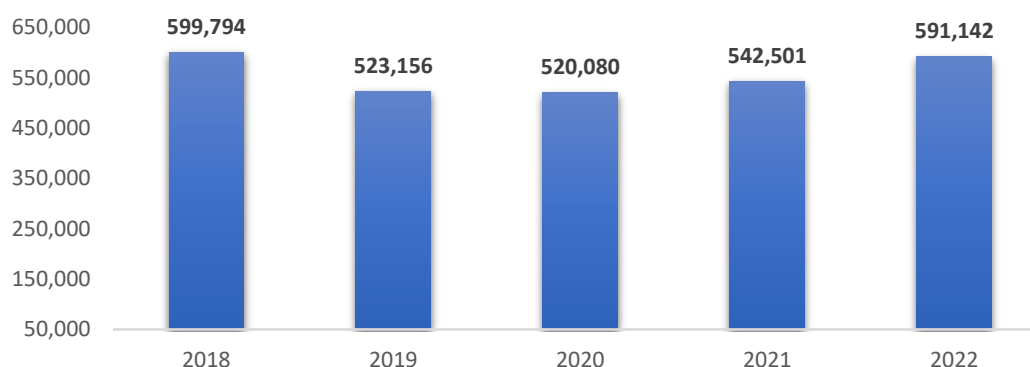
Região	Polo CEAF	Municípios atendidos pelo polo
Baía da Ilha Grande	Angra dos Reis	Angra dos Reis, Mangaratiba e Paraty
Baixada Litorânea	Rio das Ostras	Casimiro de Abreu e Rio das Ostras
	Cabo Frio	Armação de Búzios, Arraial do Cabo, Araruama, Cabo Frio, Iguaba Grande, São Pedro da Aldeia e Saquarema
Centro Sul	Miguel Pereira	Miguel Pereira e Paty do Alferes
	Paraíba do Sul	Paraíba do Sul
	Três Rios	Areal, Comendador Levy Gasparian, Sapucaia e Três Rios
	Vassouras	Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Paracambi e Vassouras
Médio Paraíba	Barra do Pirai	Barra do Pirai
	Pirai	Pirai e Rio Claro
	Barra Mansa	Barra Mansa e Porto Real
	Resende	Itatiaia, Quatis e Resende
	Valença	Rio das Flores e Valença
	Volta Redonda	Pinheiral e Volta Redonda
Metropolitana I	Duque de Caxias (RIO FARMES)	Duque de Caxias e São João de Meriti
	Magé	Magé e Guapimirim
	Nova Iguaçu (RIO FARMES)	Belford Roxo, Japeri, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu e Queimados
	Rio de Janeiro (RIO FARMES)	Itaguaí, Seropédica e Rio de Janeiro
Metropolitana II	Itaboraí	Itaboraí e Tanguá
	Niterói	Niterói e Maricá

Região	Polo CEAF	Municípios atendidos pelo polo
	Rio Bonito	Rio Bonito e Silva Jardim
	São Gonçalo	São Gonçalo
Nordeste	Bom Jesus de Itabapoana	Bom Jesus de Itabapoana, Cardoso Moreira e Italva
	Itaperuna	Itaperuna, Laje de Muriaé, Natividade, Porciúncula, São João de Ubá e Varre e Sai
	Santo Antônio de Pádua	Aperibé, Cambuci, Itaocara, Miracema e Santo Antônio de Pádua
Norte	Campos dos Goytacazes	Campos dos Goytacazes, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana, São João da Barra e Quissamã
	Macaé	Carapebus, Conceição de Macabu e Macaé
Serrana	Cordeiro	Cantagalo, Cordeiro, Macuco, São Sebastião do Alto, Santa Maria Madalena e Trajano de Moraes
	Nova Friburgo	Bom Jardim, Duas Barras, Cachoeira de Macacu e Nova Friburgo
	Petrópolis	Petrópolis
	Teresópolis	Carmo, Sumidouro, São José do Vale do Rio Preto e Teresópolis

Fonte: Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (SAFIE)

O CEAF, no estado, realizou cerca de 591.142 atendimentos no período de janeiro a dezembro/22. No gráfico 93, está demonstrado a quantidade de atendimentos realizados nos anos de 2018, 2019, 2020, 2021 e 2022, onde nesse último foi cumprido 98,52 % da meta anual (600.000).

Gráfico 93. Atendimentos realizados nos anos 2018-2022



Fonte: Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HÓRUS - Módulo Especializado Sistema Informatizado de Gerenciamento de Medicamentos (SIGME)

Com a publicação da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais do estado do Rio de Janeiro (REME-RJ), Deliberação CIB-RJ nº 7.208, de 11 de maio de 2023, o CEAF disponibiliza 205 medicamentos.

Atualmente, os principais desafios para uma adequada gestão da assistência farmacêutica estadual são os seguintes:

- ❖ **Implementação de sistema informatizado estadual de gestão do CEAF e CESAF, com inclusão digital do paciente** - a informatização visa à melhor gestão da AF. As prioridades definidas são: a informatização de 100% das unidades do CEAF (implantação do sistema de gerenciamento Hórus Especializado, desenvolvido pelo MS, ou outro utilizado pela SES-RJ) e a implantação do Hórus Estratégico, desenvolvido pelo MS, para gestão do Programa de Profilaxia contra o VSR (imunização com o medicamento Palivizumabe).
- ❖ **Construção da Política Estadual de AF** – a Resolução SES nº 2.876, de 21/10/2022 renomeia a Comissão Estadual de AF, a qual possui entre suas atribuições fortalecer a Assistência Farmacêutica no estado do Rio de Janeiro, norteando a qualificação dos seus serviços com base nas demandas regionais, estruturando o planejamento de ações que garantam o acesso da população a serviços e produtos seguros, eficazes e com qualidade.
- ❖ **Criação do Núcleo Estadual de Avaliação de Tecnologia em Saúde (NATS RJ) - eixo temático medicamentos** – Contribuirá para a tomada de decisão de gestores da SES-RJ do Rio de Janeiro (SES-RJ), levando em conta a equidade e utilização mais assertiva do recurso público, no que se refere à incorporação de tecnologias em saúde, com foco em medicamentos.
- ❖ **Credenciamento dos polos municipais do CEAF** - a Resolução SES nº 2.789, de 12/07/2022, propõe os critérios para a execução descentralizada do CEAF/RJ, mediante o credenciamento de unidades de saúde - polos municipais. A reestruturação e modernização do modelo de acesso, distribuição e dispensação do medicamento do CEAF passa pelo credenciamento e oficialização do funcionamento dos polos municipais, incluindo sua melhoria de infraestrutura, com apoio financeiro, visando à qualificação do atendimento aos usuários e a ampliação do acesso.
- ❖ **Estruturação do Programa de Profilaxia contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR)** - ampliação do número de polos aplicadores do medicamento Palivizumabe, ao menos um em cada região de saúde, visando otimizar a imunização do público-alvo.
- ❖ **Qualificação do financiamento do CBAF** - prover, avaliar e monitorar o repasse da contrapartida estadual do CBAF aos 92 municípios do estado, com base no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM).
- ❖ **Provisão de adequado abastecimento dos medicamentos do CEAF** - manter Atas de Registro de Preço vigentes e com saldo para no mínimo 80% de abastecimento dos medicamentos do CEAF (grupos 1B e 2).

IV.6. Instituto Vital Brazil

O Instituto Vital Brazil, criado em 03 de junho de 1919, é um dos 21 laboratórios oficiais existentes no Brasil. Atende a todo o setor público com a produção de soros e medicamentos de uso humano. Realiza estudos e pesquisas no campo farmacêutico, biológico, econômico e social e presta serviços diagnósticos laboratoriais e epidemiológicos e programas de controle de doenças e agravos que ameacem a saúde pública do estado do Rio de Janeiro.

É uma sociedade por ações, de economia mista, dotada de personalidade jurídica de direito privado, constituída com base na Lei Estadual nº 2284 de 10 de julho de 1956, sendo um órgão da Administração Indireta do estado do Rio de Janeiro vinculado à SES-RJ com objetivos definidos na [Lei Estadual nº 942, de 18/12/1985](#).

Nos últimos dez anos, o Instituto Vital Brazil produziu e entregou ao Ministério da Saúde 621.519 ampolas de soros hiperimunes, divididos em soro antiofídico (168.314 ampolas), soro antiofídico e antiofídico (11.817 ampolas), soro antiofídico e antiofídico (17.037 ampolas), soro antiofídico (59.361 ampolas), soro antiescorpiônico (79.563 ampolas), soro antirrábico (169.588 ampolas) e soro antitetânico (115.839 ampolas). Porém, a produção está comprometida em função da necessidade de investimentos e modernização da infraestrutura industrial, de modo a retomar o papel de fornecedor dos soros hiperimunes ao SUS, para a distribuição em todo o país.

Relacionamos a seguir os pontos críticos para incrementar o pleno funcionamento da área industrial e de pesquisa do IVB, por meio de seu desenvolvimento científico e tecnológico:

IV.6.1. Área industrial

- ❖ Sistema de Tratamento de Água apresentando constantes intercorrências devido aos desgastes decorrentes do uso ao longo do tempo.
- ❖ Sistema de produção de ar comprimido sem manutenções preventivas e corretivas.
- ❖ Ausência de estrutura física para obtenção dos antígenos para produção de soro hiperimune antirrábico e antitetânico, sendo essas necessidades urgentes do Ministério da Saúde.
- ❖ Ausência de um sistema de inspeção em linha de embalagem de medicamentos;
- ❖ Insuficiência na regularidade no fornecimento de insumos e serviços essenciais que garantam a produção e controle da qualidade das imunoglobulinas e dos soros hiperimunes, devido a dificuldades nas aquisições, principalmente no segundo semestre de 2022.
- ❖ Alguns equipamentos utilizados nas análises de soro sem peças de reposição e/ou obsoletos.
- ❖ Sistema de HVAC (sistema de purificação de ambientes) sem supervisão para controle de falhas.
- ❖ Área de produção de soros hiperimunes sem controle de acesso digital.

Considerando estes desafios a serem enfrentados, temos como etapas de desenvolvimento no futuro:

- ❖ A retomada da produção de soros hiperimunes , através de medidas já projetadas que envolvem desde o ressuprimento da instituição (insumos e materiais de apoio), a aquisições de serviços que impactam nos processos produtivos. Dando continuidade a estas ações nos próximos anos, envolvendo todas as áreas produtivas, biotérios, fazenda, controle de qualidade, manutenção e pesquisa. A atividade produtiva é precedida por todas as qualificações e validações exigidas pela RDC 658/22, uma vez que trata-se da produção de um medicamento biológico injetável.
- ❖ A Implementação do teste de pirogênio in vitro -Todos os medicamentos injetáveis devem ser livres de pirogênios (qualquer substância capaz de causar febre), já que estes podem levar a morte. Nessa categoria estão inclusos os soros hiperimunes. O método atual para avaliação da contaminação pirogênica nos soros é o Teste de Pirogênio em Coelhos (RPT). Em Resolução Normativa do Conselho Nacional de Controle de Experiência Animal – CONCEA, órgão integrante ao Ministério da Ciência e Tecnologia, que estabelece que em nos próximos 5 anos os laboratórios produtores utilizem os testes in vivo de pirogênio para testes in vitro, ou seja, sem uso de animais. O IVB já vem desenvolvendo a implementação do Teste de Ativação de Monócitos (MAT), com os soros hiperimunes;
- ❖ A modernização da planta de águas industriais do IVB na produção dos soros hiperimunes. Destacando que a água para injetável é a matéria-prima mais abundante utilizada na produção de soros, o que gera um complexo controle sobre seu sistema de geração e qualidade apresentada. É um sistema complexo adquirido há mais de 10 anos. No ano de 2023 foram iniciadas algumas etapas de modernização, porém ainda existem outras a serem implementadas. Além disso, este é um sistema crítico que precisa ter um programa de manutenção corretiva e preventiva constantes para assegurar seu bom funcionamento; e a implementação de novas tecnologias, a seguir:
- ❖ **Máquina de inspeção visual** - Uma das etapas da produção de soros hiperimunes é a inspeção visual das ampolas. Para retirada das ampolas defeituosas ou com algum corpo estranho em seu interior. Como é um processo manual, é o maior gargalo da cadeia de acondicionamento, com um tempo de processo que pode chegar até 1 semana de trabalho por lote produzido. A aquisição de uma tecnologia automática de inspeção visual, reduz o tempo de trabalho para 1 dia por lote, além de trazer uma melhor rastreabilidade e eficiência do processo;
- ❖ **Purificação de soros hiperimunes por cromatografia de troca iônica** - O IVB já iniciou estudos de pesquisa e desenvolvimento (P&D) no ano de 2023 para avaliação da efetividade da implementação da técnica de purificação de soros hiperimunes por processo de cromatografia de troca iônica. Nossa meta é que em 2024 possamos dar continuidade aos estudos iniciados em 2023, ainda nas fases de pesquisa e desenvolvimento (P&D).

IV.6.2. Área científica:

- ❖ Implantação de estrutura de laboratórios de pesquisas em cultivo celular/monoclonais.
- ❖ Contratação de pessoal especializado em P&D.
- ❖ Reforma e modernização do biotério com instalação de autoclaves.
- ❖ Implantação de software (BI), para gestão de processos.
- ❖ Conclusão do Centro de Herpetologia e pesquisa, em Xerém – Duque de Caxias -RJ
- ❖ Fomento de intercâmbio científico/parcerias com centros de pesquisas e Universidades do Brasil e do mundo.
- ❖ Fortalecimento da pesquisa científica, da capacidade tecnológica e do incentivo à inovação.
- ❖ Instalação do Museu “Veneno Vital” (no IVB).
- ❖ Espaço Científico e Cultural na Fazenda Vital Brazil.
- ❖ Implementação de um novo Banco de Veneno/Biobanco.
- ❖ Guia de Fitoterápicos (Biomás Brasileiros).
- ❖ Lançamento da Biblioteca Digital de obras raras do IVB.
- ❖ implantação da produção experimental de nanocorpos de lhamas.
- ❖ Farmácia Viva, na Fazenda Vital Brazil.
- ❖ Desenvolvimento de pesquisas e inovações tecnológicas no âmbito de Complexo Industrial da Saúde, Contribuir para promoção da saúde e difusão do conhecimento científico, com responsabilidade social e ambiental.

Para que o Instituto Vital Brazil continue sendo referência em animais peçonhentos e pesquisa aplicada, estão previstos:

- ❖ **Centro de Herpetologia e Pesquisa (unidade Xerém)** - A Instalação do novo serpentário que atuará como modelo de plantel de produção e treinamento. Atendendo as atualizações na legislação que versa sobre a qualidade vida dos animais de laboratório e segurança /biossegurança dos colaboradores (CONCEA e INEA);
- ❖ **Biobanco/herpetologia** – Instalação especializada e orientada ao armazenamento de amostras biológicas de serpentes (tecidos, células, fluídos e material genético). Os biobancos garantem a disponibilidade de amostras, com total segurança e controle de qualidade, favorecendo o progresso da pesquisa científica e médica. Possibilitando o desenvolvimento de medicamentos, descobrimento de mecanismos desencadeantes de várias patologias, entre outros benefícios.

IV.7. Redes de Atenção à Saúde

Como estratégia de organização dos serviços de saúde, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) procuram oferecer à população um modelo de assistência fundamentado na cooperação entre os diversos níveis de atenção: básica, atenção especializada, urgência e emergência, etc. Trata-se de concretizar a imagem da rede, trazendo para a realidade dos serviços a interconexão dos mesmos, abordando o paciente de forma integral, colaborativa e focada *“não apenas na cura de doenças, mas também na promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidados contínuos ao longo da vida.”*⁴¹

IV.7.1. Redes Temáticas

Considera-se ‘temática’ uma rede de atenção à saúde organizada a partir do enfrentamento das situações de adoecimento, vulnerabilidade, risco ou necessidades de atenção em saúde as mais diversas, enfrentamento esse que deverá ser apoiado pela formação, informação, regulação, promoção e vigilância à saúde.

Neste Plano Estadual, são discutidas as seguintes redes temáticas:

- ❖ Rede Cegonha
- ❖ Rede de Atenção às Urgências e Emergências
- ❖ Rede de Atenção Psicossocial
- ❖ Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

IV.7.1.1. Rede Cegonha

A Rede Cegonha foi instituída pela [Portaria GM/MS nº 1.459/2011](#) como estratégia para enfrentar os altos índices de morte materna e infantil no país, e organizar a atenção à saúde materno-infantil, assegurando às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, no parto e no puerpério, bem como às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Ela é organizada a partir de quatro componentes: I - Pré-natal; II - Parto e nascimento; III - Puerpério e atenção integral à saúde da criança; e IV - Sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

Atenção obstétrica e perinatal

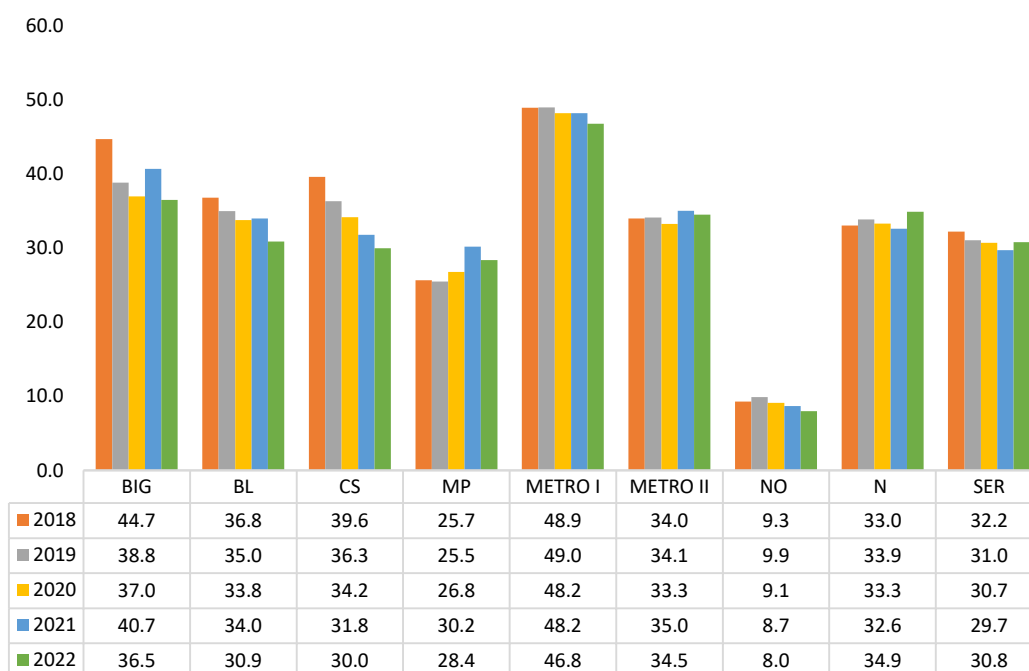
Para introduzir novos parâmetros de assistência obstétrica qualificada, segura e respeitosa, o Ministério da Saúde do Brasil instituiu há 10 anos a Rede Cegonha. Essa Rede caracteriza-se por uma série de cuidados com o objetivo de assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à assistência humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Às crianças, garante o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável. No estado do Rio de Janeiro a Rede Cegonha é organizada de forma a proporcionar ações de cuidado à saúde materna e infantil, com base na articulação dos diversos pontos da

⁴¹ Disponível em <https://www.realizarecursos.com.br/blog/redes-de-atencao-a-saude/>

assistência à saúde. Sua implantação segue critérios de caráter epidemiológico, como a taxa de mortalidade infantil e a razão de mortalidade materna.

Como forma de fortalecimento da Rede Cegonha no estado, são desenvolvidas ações de apoio aos municípios de forma integral, com efetiva participação nos Grupos Condutores que tratam sobre o tema, nas nove regiões de saúde. Dentre os indicadores de qualidade da assistência obstétrica pode-se destacar o percentual de partos normais (gráfico 94 a seguir).

Gráfico 94. Percentual de partos normais por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2018-2022.



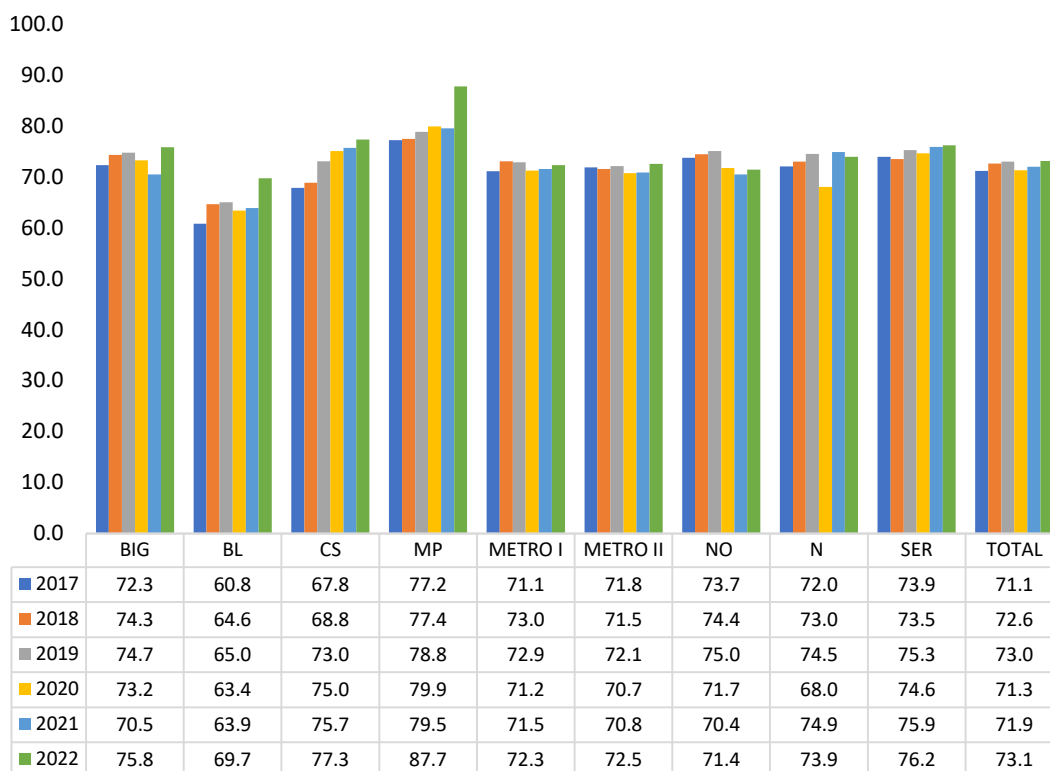
Fonte: SINASC. Disponível em:

http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?sinasc/sinasc_parto_normal.def Acesso em 11/07/2023.

Considerando o ainda baixo percentual de partos normais no estado, o objetivo é reduzir o número de cesarianas quando o procedimento puder ser evitado. Se o trabalho de parto está progredindo normalmente, com mãe e conceito em boas condições, não é necessária nenhuma intervenção para acelerar o processo, o que inclui o incremento das boas práticas no parto e nascimento nas ações para redução da taxa de cesariana. Esta é uma das metas a serem alcançadas pelas maternidades públicas e conveniadas.

O estado do Rio de Janeiro pactuou como meta de alcance para o ano de 2021 a realização de 47,5% de partos normais em relação ao total de partos. No ano de 2022, nenhuma região de saúde do estado conseguiu atingir a meta referente ao ano de 2021. O melhor desempenho foi alcançado pela região Metropolitana I, com 46,8%, apesar de ser o seu menor percentual desde o ano de 2018. Apenas as regiões Norte e Serrana apresentaram aumento de percentual.

Gráfico 95. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, 2017-2022.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais. Disponível em:

http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?sinasc/sinasc_prenatal.def Acesso em 11/07/2023.

O percentual de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal pactuado pelo ERJ para o ano de 2021 foi de, no mínimo, 75%. Destaca-se que, apesar de no ano de 2022 apenas as regiões Baía da Ilha Grande, Centro Sul, Médio Paraíba e Serrana terem atingido a meta de 2021, todas as regiões melhoraram o seu desempenho, exceto a região Norte, que apresentou decréscimo no percentual.

IV.7.1.2. Rede Estadual de Urgência de Emergência - RUE

A SES-RJ possui um papel estratégico na prestação de serviços de saúde de urgência e emergência no estado do Rio de Janeiro por meio de suas unidades hospitalares públicas e contratadas, UPAs, cofinanciamento de serviços municipais de urgência e emergência, gestão do SAMU Capital e apoio financeiro aos SAMU Regionais.

A Rede de Urgência e Emergência, instituída originalmente pelo Ministério da Saúde através da [Portaria GM/MS nº 1.600, de 07 de julho de 2011](#), visa auxiliar na organização da atenção à saúde no contexto da urgência e emergência, de forma coordenada entre os pontos de atenção, definindo fluxos e referências adequadas. A organização se ampara na confecção e

implementação dos Planos de Ação Regional como planejamento norteador inicial, desdobrando-se na implantação de componentes, na construção de fluxos assistenciais gerais e baseada nas linhas de cuidado prioritárias (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e trauma).

A SES-RJ, através da Resolução SES-RJ nº 1.263, de 17 de setembro de 2015, definiu as diretrizes para o atendimento do infarto agudo do miocárdio no âmbito das Unidades de Pronto Atendimento 24h do estado do Rio de Janeiro, acompanhando uma das linhas prioritárias nacionais da Rede de Urgência e Emergência. As unidades seguem fluxograma pré-definido para atendimento, seguido, quando indicado, da aplicação de trombolíticos. Observamos abaixo o percentual de trombólises em pacientes com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio com supra de segmento ST nas Unidades de Pronto Atendimento para o ano de 2022:

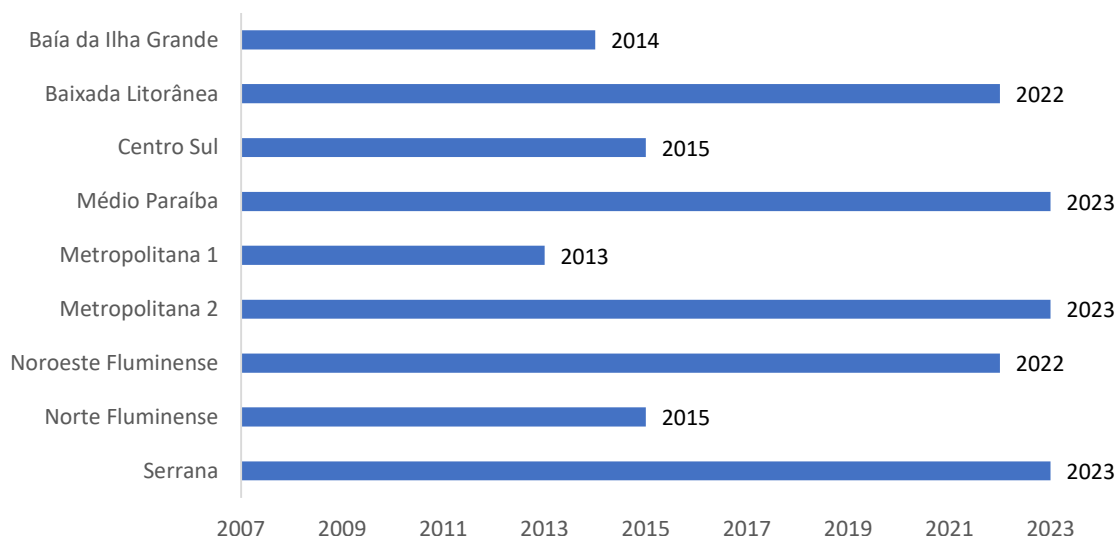
Gráfico 96. Percentual de trombólise por paciente com quadro de IAMC/SST nas UPAS, 2022



Fonte: SUPUPPH/SES-RJ

Os **Planos de Ação Regionais da Rede de Urgência e Emergência (PAR RUE)**, necessários às nove regiões de saúde do estado, estão implantados em seis regiões de saúde em seu componente hospitalar financiado complementarmente pelo Ministério da Saúde (Metropolitana I, Metropolitana II, Médio Paraíba, Centro Sul, Norte e Serrana). Para o PAR RUE Metropolitana I (segunda parte), Metropolitana II e Serrana, houve pactuação em CIB da atualização do PAR RUE no ano de 2023. Para a região Noroeste, com a publicação de portaria com recursos imediatos referentes ao PAR RUE pelo Ministério da Saúde, demonstra-se o andamento da implantação do componente hospitalar. Para a região Baixada Litorânea, o PAR RUE encontra-se em análise pelo Ministério da Saúde. A região da Baía da Ilha Grande encontra-se em confecção do PAR RUE. O *status* de atualização dos PAR RUE no ano de 2023 encontra-se conforme gráfico 97 a seguir.

Gráfico 97. Status de atualização dos Planos de Ação Regionais da Rede de Urgência e Emergência (PAR RUE)



Fonte: SAS/SES

O principal objetivo dos Planos de Ação Regional é sua atualização visando implantação de componentes e busca de novos recursos para a rede.

Além do componente hospitalar, composto pelas portas de entrada, leitos de retaguarda clínica, leitos de unidade de terapia intensiva adulto e pediátrica e leitos de cuidados prolongados, a rede apresenta outros dois componentes de grande importância: pré-hospitalar fixo e pré-hospitalar móvel.

O componente pré-hospitalar fixo financiado é composto principalmente pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), que são estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar. Do ponto de vista operacional, os pronto atendimentos e prontos socorros são importantes pontos de atenção deste componente. O estado do Rio de Janeiro possui 57 UPA 24h sob gestão municipal, sendo 44 unidades habilitadas ou habilitadas/qualificadas, 9 UPA 24h municipais em processo de habilitação junto ao Ministério da Saúde e 4 UPA24h recém municipalizadas. Além das citadas, existem 26 UPA 24h sob gestão estadual. Todas as nove regiões de saúde do estado possuem o componente implantado.

As UPAs 24h sob gestão estadual possuem, além de recursos federais para seu funcionamento, importante montante de recursos estaduais. Além disso, as UPA 24h sob gestão municipal possuem recursos tripartite para seu efetivo custeio e funcionamento. O principal objetivo para este componente é a manutenção do custeio complementar visando manutenção de indicadores de desempenho. Segue abaixo planilha com produção das unidades para o ano de processamento 2022, por tipo de gestão (estadual ou municipal), considerando os seguintes procedimentos: **0301060029 - Atendimento de urgência c/ observação até 24 horas em atenção especializada; 0301060096 - Atendimento médico em**

unidade de pronto atendimento; 0301060100 - Atendimento ortopédico com imobilização provisória - período: 2022.

Quadro 36. Quantidade aprovada por estabelecimento sob Gestão Estadual

Município	Região de saúde	Unidade	CNES	Total
Campos dos Goytacazes	Norte	UPA 24H Campos dos Goytacazes	6629989	86.602
Itaboraí	Metropolitana II	UPA 24H Itaboraí	7065507	78.517
Mesquita	Metropolitana I	UPA 24H Mesquita	7065485	84.530
Niterói	Metropolitana II	UPA 24H Niterói	7136552	76.233
Nova Iguaçu	Metropolitana I	UPA 24H Nova Iguaçu I - Cabuçu	6091997	60.979
Nova Iguaçu	Metropolitana I	UPA 24H Nova Iguaçu II - Botafogo	6646034	95.895
Queimados	Metropolitana I	UPA 24H Queimados	6555551	66.724
Rio de Janeiro	Metropolitana I	UPA 24H Bangu	5955645	58.525
Rio de Janeiro	Metropolitana I	UPA 24H Botafogo	6220584	96.920
Rio de Janeiro	Metropolitana I	UPA 24H Campo Grande	5955653	82.218
Rio de Janeiro	Metropolitana I	UPA 24H Campo Grande II	6038905	108.121
Rio de Janeiro	Metropolitana I	UPA 24H Copacabana	6858317	89.968
Rio de Janeiro	Metropolitana I	UPA 24H Engenho Novo AP 32	6038891	102.883
Rio de Janeiro	Metropolitana I	UPA 24H Jacarepaguá	6037526	79.355
Rio de Janeiro	Metropolitana I	UPA 24H Marechal Hermes	6037569	93.028
Rio de Janeiro	Metropolitana I	UPA 24H Realengo	6038883	70.524
Rio de Janeiro	Metropolitana I	UPA 24H Ricardo de Albuquerque	5955688	97.447
Rio de Janeiro	Metropolitana I	UPA 24H Santa Cruz	5955637	115.035
Rio de Janeiro	Metropolitana I	UPA 24H Tijuca	5955661	106.559
Rio de Janeiro	Metropolitana I	UPA 24H Ilha do Governador AP 31	6037550	68.853
Rio de Janeiro	Metropolitana I	UPA 24H Irajá AP 33	5955629	99.120
Rio de Janeiro	Metropolitana I	UPA 24H Maré AP 31	5955211	68.578
Rio de Janeiro	Metropolitana I	UPA 24H Penha AP 31	6038913	67.766
São Gonçalo	Metropolitana II	UPA 24H São Gonçalo I	6629954	72.527
São Pedro da Aldeia	Baixada Litorânea	UPA 24H São Pedro da Aldeia	7404700	46.926
Valença	Médio Paraíba	UPA 24H Valença	3032175	7.933
Total				2.081.766

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Dados de 2022 e 2023 (até junho) são preliminares, com situação da base nacional em 07/08/2023, sujeitos a retificação.

*Observação: A unidade denominada UPA 24h SEAP funciona de forma integrada ao Pronto Socorro Hamilton Agostinho Vieira Castro, no Complexo Penitenciário de Bangu. Em virtude de possuir uma configuração específica, fazendo atendimento de urgência e emergência exclusivo à população privada de liberdade, não possui habilitação nem qualificação pelo Ministério da Saúde, sendo financiada integralmente com recursos estaduais. Segundo dados extraídos da Planilha de Produção Gerencial da Coordenação das UPAS SES-RJ, em 2022, a UPA 24h SEAP realizou 27.297 atendimentos de urgência e emergência à população prisional.

Quadro 37. Quantidade aprovada por estabelecimento sob Gestão Municipal

Município	Unidade	CNES	Total
Angra dos Reis	UPA 24 Horas Angra dos Reis	6559565	64.030
Araruama	UPA Unidade de Pronto Atendimento de Araruama	6542891	235.464
Barra Mansa	Unidade de Pronto Atendimento em Barra Mansa	6042619	109.331
Barra Mansa	UPA em Barra Mansa UPA Leste	7321880	12.622
Barra do Piraí	UPA 24 Horas Barra do Piraí	0850160	1.765
Belford Roxo	UPA 24h Bom Pastor Belford Roxo	6035809	51.470

Município	Unidade	CNES	Total
Cabo Frio	Unidade de Pronto Atendimento	6598722	18.117
Cabo Frio	Unidade de Pronto Atendimento UPA II	7003692	11.069
Cachoeiras de Macacu	UPA Rui Coelho Gomes	0974226	44.307
Duque de Caxias	UPA Infantil Walter Garcia	7427549	131.181
Duque de Caxias	UPA Parque Beira Mar	7625987	36.389
Duque de Caxias	UPA Parque Lafaiete	5967198	102.169
Duque de Caxias	UPA Sarapuí	6033075	94.474
Iguaba Grande	UPA Dr Bergamo Mesquita Pedrosa	2286343	104.729
Itaguaí	Unidade de Pronto Atendimento UPA Itaguaí	6629385	110.130
Itaperuna	UPA Itaperuna	6855334	59.880
Macaé	UPA Unidade de Pronto Atendimento Barra	6635903	64.748
Macaé	UPA Unidade de Pronto Atendimento Lagomar	7266650	47.937
Magé	UPA 24h Magé	7449135	42.392
Maricá	UPA Maricá 24h	7164440	97.980
Nilópolis	UPA Nilópolis	6899919	18.825
Niterói	Unidade Municipal de Urgência Dr Mario Monteiro	5935377	94.793
Nova Friburgo	UPA 24 Horas Nova Friburgo	6588425	77.151
Nova Iguaçu	UPA 24 H Miguel Couto Carlinhos de Tinguá	2284189	116.678
Nova Iguaçu	UPA 24h Austin Dr Moacyr A de Carvalho	2284510	129.819
Nova Iguaçu	UPA 24h Dr Gisele Palhares Gouvea	2284103	118.240
Nova Iguaçu	UPA 24h Municipal Arquiteta Patricia Marinho	2284200	75.768
Nova Iguaçu	UPA 24h Municipal de Comendador Soares	7595905	129.220
Petrópolis	UPA Cascatinha 24h Petrópolis II	6922597	59.342
Petrópolis	UPA Centro Unidade de Pronto Atendimento	6909663	33.203
Petrópolis	UPA Itaipava Unidade de Pronto Atendimento	0068519	54.362
Resende	UPA 24 hs Resende	6870066	83.945
Rio Bonito	Unidade de Pronto Atendimento UPA Rio Bonito	6635172	46.617
Rio das Ostras	UPA 24h Valmir Hespanhol	0106453	66.344
Rio de Janeiro	SMS UPA 24 H Engenho de Dentro AP 32	6631169	108.150
Rio de Janeiro	SMS UPA 24 H Joao XXIII AP 53	6598544	90.861
Rio de Janeiro	SMS UPA 24 H Paciência AP 53	6938124	70.366
Rio de Janeiro	SMS UPA 24 H Sepetiba AP 53	6926177	66.900
Rio de Janeiro	SMS UPA 24h Cidade de Deus AP 40	6575900	98.503
Rio de Janeiro	SMS UPA 24h Complexo do Alemão AP 31	6512925	58.823
Rio de Janeiro	SMS UPA 24h Costa Barros AP 33	6680704	95.533
Rio de Janeiro	SMS UPA 24h Del Castilho AP 32	0932280	47.807
Rio de Janeiro	SMS UPA 24h Madureira AP 33	6661904	79.081
Rio de Janeiro	SMS UPA 24h Magalhaes Bastos AP 51	7101856	77.759
Rio de Janeiro	SMS UPA 24h Manguinhos AP 31	6421482	51.974
Rio de Janeiro	SMS UPA 24h Rocha Miranda AP 33	7110162	71.470
Rio de Janeiro	SMS UPA 24h Rocinha AP 21	6507409	57.114
Rio de Janeiro	SMS UPA 24h Senador Camará AP 51	6742831	84.460
Rio de Janeiro	SMS UPA 24h Vila Kennedy AP 51	6487815	95.811
Seropédica	UPA 24h Seropédica	9960538	66.323
São Gonçalo	Unidade Mun. de Pronto Atendimento Nova Cidade	9126597	102.484
São Gonçalo	Unidade Municipal de Pronto Atendimento Pacheco	7992122	102.893
São Gonçalo	Unidade Mun. de Pronto Atendimento Santa Luzia	6903665	91.151
São João de Meriti	UPA 24h Jardim Iris	6864651	94.235
Teresópolis	UPA 24hs Nathan Garcia Leitão	6488714	105.750
Três Rios	UPA 24 hs Resende	6426174	102.180
Volta Redonda	UPA 24 hs Volta Redonda	6272320	46.107
Total			4.410.226

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Dados de 2022 e 2023 (até junho) são preliminares, com situação da base nacional em 07/08/2023, sujeitos a retificação.

O componente pré-hospitalar móvel, representado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte. O serviço encontra-se implantado em seis regiões de saúde com recebimento de recursos federais e cofinanciamento estadual em custeio. Este componente é estratégico para a Rede de Urgência e Emergência. Cinquenta e um municípios (55,4% do total) em 6 regiões do estado, possuem SAMU 192. Os municípios e as regiões sem o serviço habilitado pelo MS, ou sem o serviço em funcionamento, receberam apoio técnico para implementação do serviço. No município do Rio de Janeiro, a SES-RJ via Fundação Estadual de Saúde operacionaliza o serviço. O SAMU 192 apresentou a seguinte produção observada no SIA/SUS para o ano de 2022 (tabela 94), considerando os seguintes procedimentos:

- ❖ 0301030014 SAMU 192: atendimento das chamadas recebidas pela central de regulação das urgências
- ❖ 0301030022 Atendimento pré-hospitalar móvel (veículo de intervenção rápida)
- ❖ 0301030049 SAMU 192: atendimento pré-hospitalar móvel realizado por aeromédico
- ❖ 0301030057 SAMU 192: atendimento pré-hospitalar móvel realizado por embarcação
- ❖ 0301030090 SAMU 192: atendimento pré-hospitalar móvel realizado pela equipe da unidade de suporte avançado de vida
- ❖ 0301030103 SAMU 192: atendimento pré-hospitalar móvel realizado pela equipe de suporte básico de vida terrestre
- ❖ 0301030120 SAMU 192: envio de unidade de suporte avançado de vida terrestre (USA) e/ou aquático (equipe de embarcação)
- ❖ 0301030138 SAMU 192: envio de unidade de suporte básico de vida terrestre (USB) e/ou aquático (equipe de embarcação)
- ❖ 0301030146 SAMU 192: atendimento das chamadas recebidas pela central de regulação das urgências com orientação
- ❖ 0301030170 SAMU 192: transporte inter-hospitalar pela unidade de suporte avançado de vida terrestre (USA)
- ❖ 0301030189 SAMU 192: transporte inter-hospitalar pela unidade de suporte básico de vida terrestre (USB)
- ❖ 0301030197 atendimento pré-hospitalar móvel (motolância)

Tabela 95. Quantidade aprovada por município de atendimento, 2022

Município de atendimento	Total
Angra dos Reis*	58.461
Areal	667
Barra do Piraí	3.758
Barra Mansa	6.731
Belford Roxo	8.345
Cachoeiras de Macacu	3.680
Cantagalo	982
Carmo	1.863
Comendador Levy Gasparian	524
Duque de Caxias	9.813
Engenheiro Paulo de Frontin	955
Guapimirim	2.759
Itaboraí	2.741
Itaguaí	2.052
Itatiaia	1.549
Japeri	2.577
Magé	5.356
Mangaratiba	2.921
Maricá	4.739
Mesquita	13.612
Miguel Pereira	1.227
Nilópolis	4.388
Niterói*	173.254
Nova Iguaçu*	548.295
Paracambi	2.004
Paraíba do Sul	321
Paraty	1.823
Paty do Alferes	999
Petrópolis*	71.539
Pinheiral	1.257
Piraí	1.966
Porto Real	924
Quatis	722
Queimados	3.225
Resende	5.134
Rio Bonito	2.164
Rio Claro	1.410
Rio das Flores	347
Rio de Janeiro*	833.557
São Gonçalo	13.038
São João de Meriti	12.898
São José do Vale do Rio Preto	644
Sapucaia	594
Seropédica	2.371
Silva Jardim	887
Tanguá	581
Teresópolis	1.371
Três Rios*	49.286
Valença	4.341
Vassouras	1.990
Volta Redonda*	159.614
Total	2.036.256

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Dados de 2022 e 2023 (até junho) são preliminares, com situação da base nacional em 07/08/2023, sujeitos a retificação. (*) Municípios com Central de Regulação do componente SAMU192.

Como principais ações para o serviço, temos a renovação de frota dos serviços já em funcionamento e a doação de unidades móveis para implantação do serviço nos municípios que ainda não possuem. Para este último, o principal objetivo é a implantação do serviço nas três regiões de saúde que ainda não possuem o serviço (Baixada Litorânea, Noroeste e Norte) e complementação da região Serrana, para que o serviço alcance 100% de cobertura estadual. Além disso, ações de apoio com recursos de investimento para construção, reforma, aquisição de mobiliário e equipamentos para bases descentralizadas e centrais de regulação SAMU 192 e em custeio para os serviços ainda não habilitados estão em vigor.

Para as Unidades de Pronto Atendimento estaduais os desafios são a melhoria da infraestrutura das unidades, a renovação do parque tecnológico e a manutenção de equipe assistencial multiprofissional compatível com o perfil das unidades.

Serviços de Transporte Aéreo em Saúde

A operação do transporte aéreo – responsabilidade da Superintendência de Operações Aéreas – SOAer SES-RJ, integra o rol de serviços de urgência e emergência, desempenhando um papel essencial no sistema de saúde estadual e contribuindo para a melhoria dos desfechos clínicos e a redução da mortalidade em situações de emergência, com grande impacto na saúde pública. Desde março de 2021, data de sua implantação na SES-RJ, até 20 de outubro de 2023, foi registrado um total acumulado de 744 (setecentos e quarenta e quatro) horas de voo. Destacamos que este quantitativo de horas foi alcançado com apenas um helicóptero, 4 (quatro) pilotos e 3 (três) colaboradores administrativos.

Nos anos de 2022 e 2023, foram realizadas 167 (cento e sessenta e sete) operações de transporte inter-hospitalar neonatais, pediátricos e adultos. Essas operações são solicitadas via Centro de Inteligência de Saúde da SES, e são estratégicas para garantir que pacientes em situações críticas recebam atendimento médico adequado em tempo hábil.

Outra frente de grande impacto é a de transporte de órgãos e tecidos para a realização de transplantes em tempo oportuno, aumentando as chances de sucesso na realização de múltiplos procedimentos e afetando positivamente a qualidade de vida e a sobrevida de usuários em condições críticas de saúde. Desde o ano de 2021 até a presente data, foi realizado o transporte aéreo de 427 (quatrocentos e vinte e sete) órgãos humanos, em articulação com o programa de transplantes da SES – RJ Transplantes.

A fim de expandir a capacidade de atendimento a demandas, com a realização de missões simultâneas em diferentes regiões do estado, será realizada a aquisição de uma segunda aeronave, modelo H130 T2, configurada para a especificidade técnica de transportes aéreos em saúde. Serão intensificados os programas de treinamento e qualificação, que garantem que sua equipe esteja preparada para enfrentar desafios complexos em ambientes aeromédicos.

Na tabela 96 a seguir são descritos o tipo e número de transportes aéreos realizados no período de março de 2021 a outubro de 2023.

Tabela 96. Consolidado do número de órgãos e tecidos para o programa RJ-Transplantes e de transporte Inter hospitalar de pacientes no período de março de 2021 a outubro de 2023

RJ-Transplantes	2021	2022	2023 (até 20/10/2023)
Coração	13	18	20
Rim	49	70	61
Fígado	22	43	41
Pulmão	3	4	6
Pâncreas	1	3	4
Córnea	8	12	20
Outros	11	5	13
Total de órgãos	107	155	165
TIH Neonatal/Pediátrico	-	34	130
TIH outros	3	3	-
Total de transportes aéreos	110	192	295

Fonte: Dados da SOAer

IV.7.1.3. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

O Ministério da Saúde, por meio da [Portaria GM nº 793, de 24 de abril de 2012](#), e da [Portaria GM nº 835, de 25 de abril de 2012](#), instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). Atualmente essas normas foram atualizadas pelas [Portarias de Consolidação MS/GM Nº 3 de 28 de setembro de 2017](#), que consolida as definições sobre as redes do Sistema Único de Saúde e, a de [nº 6, de 28 de setembro de 2017](#), que descreve sobre as normas de financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

As portarias propõem a formação de Centros Especializados de Reabilitação (CER), com mais de uma modalidade de atenção: física, auditiva, visual e intelectual, incluindo as múltiplas deficiências, o cuidado à pessoa com ostomia, atenção à pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo – TEA (reabilitação intelectual), assim como as Oficinas Ortopédicas.

A [Portaria GM/MS nº 381, de 6 de fevereiro de 2017](#), dispõe sobre as transferências fundo a fundo de recursos financeiros (de capital ou corrente) do Ministério da Saúde a estados, Distrito Federal e municípios, destinados à execução de obras de construção, ampliação e reforma.

A [Resolução CIT nº 10, de 08 de dezembro de 2016](#), dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do SUS. Estes dois documentos, mais recentes, afetaram diretamente a RCPD.

Em nove regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro houve elaboração de Plano de Ação Regional, sendo o Plano Estadual pactuado por meio da [Deliberação CIB-RJ N.º 6.280 de 12 de novembro de 2020](#).

Cumprir informar que, durante a Pandemia, as novas tecnologias para as videoconferências atuaram positivamente na construção, finalização e pactuação dos Planos de ação das nove regiões de saúde, ultrapassando inclusive o tempo das metas estipuladas no planejamento.

Nesse sentido, após a finalização da pactuação dos planos de ação das nove regiões de saúde, o produto apresentado foi o escalonamento estadual dos planos regionais, utilizando como critérios principais: unidades com pleito em análise pela área técnica/MS; vazios assistenciais; propostas estruturadas para fluxo regional; maior densidade populacional; propostas com mais modalidades, especialmente com a modalidade visual.

Atualmente, a Coordenação Geral da RCPD do Ministério da Saúde está solicitando a atualização dos Planos de Ação Regionais quanto aos seus pleitos pactuados em CIB até a presente data, tendo em vista a necessidade de um escalonamento quanto às prioridades regionais.

Diante deste contexto, destacamos como desafios para a RCPD no ERJ:

- ❖ **Ampliar a dispensação de OPM:** Dentre os nós críticos na rede podemos mencionar a necessidade de ampliação da dispensação de órteses, próteses e meios de locomoção (OPM) nas modalidades de reabilitação física, auditiva e visual. Com o aumento populacional e seu envelhecimento houve a necessidade de ampliar o quantitativo de OPM, porém até o momento a cota física permanece a mesma.
- ❖ **Financiamento SIGTAP:** Outra questão são os valores disponíveis no SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, que estão inferiores ao valor de mercado, inviabilizando aos gestores municipais e prestadores de serviço a realizarem a compra das OPMs.
- ❖ **Transtorno do Espectro Autista:** Destaca-se também o aumento de usuários com diagnóstico de TEA (Transtorno do Espectro Autista) necessitando de tratamento de reabilitação, que está previsto nos Centros Especializados em reabilitação habilitados.

IV.7.1.3.1. O cuidado às pessoas com transtorno do espectro autista

A prevalência do Transtorno do Espectro Autista (TEA) vem aumentando progressivamente nos últimos anos. De acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), uma em cada 36 crianças de oito anos foi diagnosticada com TEA nos EUA no ano de 2020, enquanto no ano de 2004, a prevalência era de uma a cada 166 crianças nessa faixa etária⁴².

Tendo em vista esse cenário, e considerando que a realidade no Brasil e no ERJ não é diferente, foi criada em junho de 2023 a Superintendência de Cuidado das Pessoas com TEA na estrutura organizacional da SES-RJ, subordinada à Subsecretaria de Atenção à Saúde.

Esta Superintendência tem o objetivo de propor políticas públicas e construir a linha de cuidados para as pessoas com TEA, integrando os diversos pontos de atenção e a crescente prevalência dos diagnósticos. Vários municípios no ERJ possuem experiências bem-sucedidas de atenção à população com TEA, tais como Itaboraí, Macaé, Saquarema, Tanguá, Miguel Pereira, Três Rios, Rio de Janeiro, dentre outros.

⁴² Disponível em: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>

Na atenção especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), as pessoas com TEA e seus familiares podem contar no ERJ com 22 CER, sendo 15 CER II, 3 CER III e 4 CER IV (quadro 38). As regiões Baía da Ilha Grande e Noroeste não contam com nenhum CER com atendimento ao transtorno do espectro autista.

Quadro 38. Centros Especializados em Reabilitação (CER) de tipos II, III e IV, segundo região de saúde e município, julho de 2023.

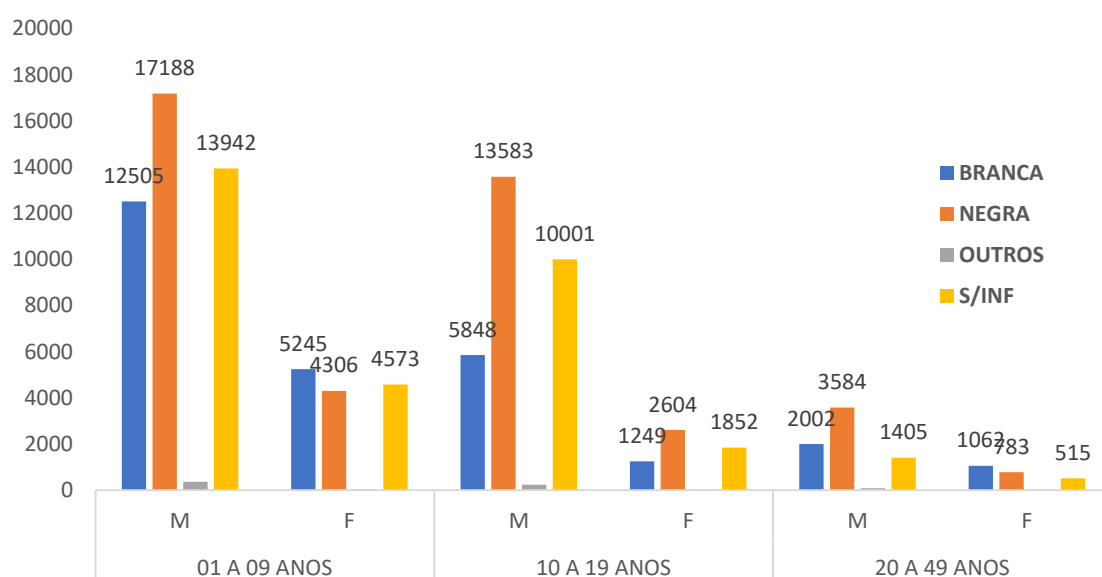
Região de Saúde	Município	Subtipo do estabelecimento
Baixada Litorânea	Armação dos Búzios	CER III
		CER III
Centro Sul	Engenheiro Paulo de Frontin	CER II
	Paracambi	CER II
Médio Paraíba	Volta Redonda	CER IV
Metropolitana I	Duque de Caxias	CER II
		CER IV
	Rio de Janeiro	CER II
		CER II
		CER IV
Metropolitana II	Niterói	CER II
		CER II
		CER II
Norte	Carapebus	CER II
	Conceição de Macabu	CER II
Serrana	Bom Jardim	CER II
	Cachoeiras de Macacu	CER II
	Carmo	CER III
		CER IV
	Nova Friburgo	CER II

Fonte: Datasus/Elasticnes, disponível em www.elasticnes.saude.gov.br, competência de julho de 2023.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) também prestam atendimento especializado a pessoas com autismo. O ERJ conta com 112 CAPS que atendem ao público adulto, e 38 Centros de Atenção Psicossocial infantil (CAPSi). Nesses locais, avaliações multiprofissionais são realizadas por equipe composta por médico psiquiatra ou neurologista e profissionais da área de reabilitação.

De acordo com dados do SIA/SUS, a maior parte dos atendimentos ambulatoriais a pessoas com autismo no ERJ em 2022 foi feita com o público infantil de até nove anos de idade, conforme pode ser visto a seguir; o gráfico apresenta os atendimentos a pessoas com autismo de um a 49 anos, com recorte raça/cor.

Gráfico 98. Atendimentos Ambulatoriais - Autismo (F84.0 e F84.1) em 2022



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), extração em 12/07/2023.

A Linha de Cuidado para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista está sendo desenvolvida e tem como objetivo a organização dos fluxos de cuidados e atenção, orientando sobre promoção, inclusão, tratamento, reabilitação de diferentes níveis de assistência, sistematizando a rede de atenção à pessoa com TEA e favorecendo ações de detecção precoce.

Dentro da proposta da Linha de Cuidado, esta Superintendência tem a intenção de implantar um Centro de Referência Multidisciplinar em Diagnóstico Precoce do TEA, que contará com avaliações médicas e terapêuticas com equipe multidisciplinar (neuropediatra, psiquiatra, enfermeira, assistente social, fonoaudióloga, psicóloga, pedagogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicopedagoga, neuropsicóloga, psicomotricista, nutricionista e dentista). Após o diagnóstico fechado, os usuários regulados deverão ser encaminhados aos serviços de atenção especializada, e continuarão sendo acompanhados pela equipe do Centro.

Para que o fluxo da linha de cuidados à pessoa com TEA ocorra de forma sistematizada, a qualificação dos profissionais da APS e da atenção especializada na aplicação de protocolo específico aos sinais de alerta será também de responsabilidade do Centro de Referência Multidisciplinar em Diagnóstico Precoce do TEA.

IV.7.1.3.2. Ostomizados

De acordo com o último Consenso Brasileiro de Cuidados às Pessoas Adultas com Estomias de Eliminação (Sociedade Brasileira de Estomaterapia, 2020), a estomia é uma abertura artificial gerada entre órgãos internos e o meio externo. É o produto da exteriorização de parte do sistema respiratório, digestório e urinário por meio de um procedimento cirúrgico. As estomias são classificadas conforme o segmento anatômico

exteriorizado: traqueostomia (respiração), gastrostomia e jejunostomia (alimentação) e urostomias, ileostomias e colostomias (eliminação).

A estomia pode ser necessária por causa de uma cirurgia eletiva ou em decorrência de uma emergência; pode ser temporária ou definitiva, e os agravos de saúde, as condições técnicas e cirúrgicas acabam por definir o tempo da estomia.

Entre os tipos de estomias, prevalecem as de eliminação, que tem por objetivo ser o meio de eliminação de fezes, urina e gases. Calcula-se que 85% dos pacientes com colostomia apresentem obstrução resultante do câncer colorretal. Porém, outras causas podem levar à necessidade de uma estomia, como câncer de bexiga e de vias urinárias, diverticulite, doença crônica inflamatória intestinal, dano por irradiação, isquemia, trauma e anormalidades congênitas.

A estomia faz parte do tratamento cirúrgico e da cura ou contribui para o prolongamento da vida dos pacientes. Mas, estar com uma estomia causa demandas e processos de adaptação de ordens fisiológica e sociopsicológicas. Essas complicações podem afetar a qualidade de vida e a sensação de bem-estar. É importante que a pessoa receba cuidado desde a fase pré-operatória até a pós-operatória tardia para reduzir as morbidades associadas ao procedimento. Pessoas com estomia podem apresentar problemas psicológicos, como depressão, ansiedade, baixa autoestima, problemas relacionados à sexualidade, isolamento social, dificuldades para o retorno à vida laboral, dentre outros. Portanto, considerando as mudanças no estilo de vida da pessoa com estomia e objetivando a qualidade de vida, é fundamental a orientação referente à necessidade da estomia em função do quadro clínico: se será temporária ou definitiva, possíveis complicações e, especialmente, cuidados para manuseio e manutenção da estomia e periestomia.

A cirurgia que cria uma estomia pode ser indispensável para o tratamento de doenças em pessoas de todas as faixas etárias, desde recém-nascidos prematuros a idosos, e em ambos os sexos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a prevalência de pessoas com ostomias no mundo pode alcançar 0,1% da população. Segundo o último levantamento do Ministério da Saúde, o Brasil possui 400 mil pessoas ostomizadas, com estimativas de 10 a 15 mil novos casos anuais. No estado do Rio de Janeiro há aproximadamente 13 mil pacientes cadastrados em todos os Polos. São 22 Polos distribuídos pelos 92 municípios pactuados na [Deliberação CIB-RJ nº 1.649/2012](#), para atender determinadas regiões de saúde.

A instituição da [Portaria 400/2009](#), que estabelece as diretrizes nacionais para a atenção à saúde das pessoas ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), é considerada um marco para a população ostomizada do Brasil. A normativa, criada em 2009, é responsável por orientar estados e municípios quanto ao cuidado com as pessoas com ostomia e abrange não só o fornecimento de equipamentos, como bolsas coletoras e placas, e diversos outros aspectos do atendimento aos pacientes.

Em 2012, com o objetivo de ampliar a atenção às pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências no SUS, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (RCPD), um componente da RAS, estabelecendo diretrizes para o cuidado às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva; regressiva ou estável; intermitente ou contínua.

Destacamos como desafios para as pessoas com estomias no ERJ:

- ❖ **Atendimento referenciado:** criar um fluxo de encaminhamento na alta hospitalar, para que a pessoa ostomizada seja encaminhada ao Polo de atendimento mais próximo da sua região de residência, para receber atendimento especializado e fornecimento das orientações sobre o autocuidado e o acesso de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança.
- ❖ **Informações sobre seus direitos:** ampliar as informações aos pacientes ostomizados e seus familiares, para que eles saibam que possuem os mesmos direitos das pessoas com deficiência.
- ❖ **Qualificação multiprofissional:** qualificar as equipes multiprofissionais em todas as etapas do cuidado e do processo de reabilitação, nos diferentes pontos de atenção dos Polos, bem como a Atenção Primária à Saúde, contribuindo para a construção e manutenção de sua saúde física, mental e afetiva, e para o desenvolvimento da sua autonomia e inclusão social.
- ❖ **Cirurgia de reversão:** fomentar a criação de Polos de referência para a realização de cirurgia de reversão nos pacientes ostomizados do estado do Rio de Janeiro.
- ❖ **Criação de Polos:** criar Polos em regiões com maior incidência de pacientes ostomizados para facilitar o acesso à linha de cuidados, a dispensação de equipamentos coletores e adjuvantes, bem como às informações dos direitos adquiridos pelos usuários.

IV.7.1.4. Rede de Atenção Psicossocial

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, tendo como base a Lei Federal nº 10.216/2001, aponta, ao longo de décadas, o cuidado em liberdade como direção necessária e irrevogável das ações em saúde mental. Desta forma, ao longo do tempo, está em processo a substituição do modelo asilar de tratamento, excludente e ineficaz, por outro de base territorial e comunitária, que no Brasil tem como dispositivo fundamental os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), responsáveis pela ordenação do cuidado em saúde mental e pela articulação com os demais serviços de saúde e com a intersetorialidade.

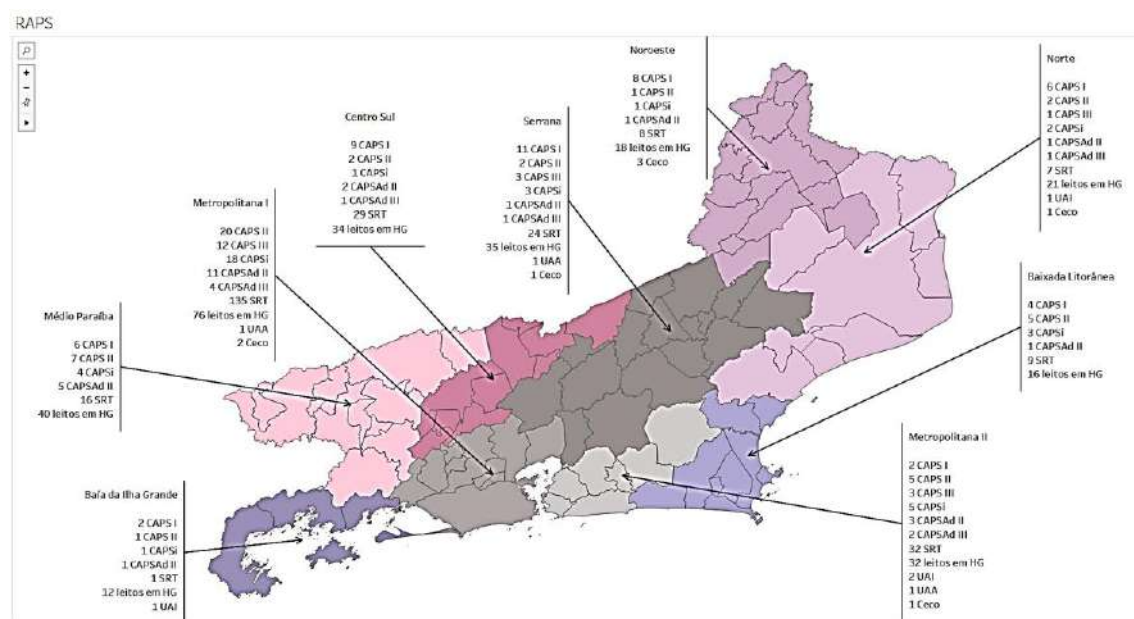
A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) conta com Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Unidades de Acolhimento Adulto e Infantojuvenil – UAa/UAI, Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT, Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral - LSMHG e os Centros de Convivência – CECO, além da articulação com a Atenção Primária em Saúde e com a Rede de Urgência e Emergência. Seguem, abaixo, as informações do número total de cada um dos serviços em atenção psicossocial implantados no ERJ, bem como a sua distribuição regional.

No estado do Rio de Janeiro (ERJ), o trabalho de indução da Política de Saúde Mental tem como ponto de partida a interlocução entre gestores promovida pelo Grupo Condutor Estadual da RAPS, que foi instituído pela [Deliberação CIB-RJ nº 1.647/2012](#) e tem como atribuições apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação/implementação da rede, bem como acompanhar o processo de elaboração e pactuação dos Planos de Ação Regionais e Estadual da RAPS.

O papel do estado de indutor da política e promotor de processos de formação tem mais efetividade na medida em que se organiza a partir de prioridades e ações que necessitem

de articulação entre municípios. Por isso, este diagnóstico se centrará em dois aspectos básicos do trabalho da Coordenação de Atenção Psicossocial. Foram eleitos estrategicamente o cofinanciamento estadual da RAPS e as ações de desinstitucionalização como pontos a partir dos quais a SES influencia os planejamentos municipais, nas ações de atenção à crise, no fechamento de instituições asilares, na qualificação das ações de cuidado, no tratamento para pessoas com problemas decorrentes de álcool e outras drogas e no acesso ao cuidado integral para crianças e adolescentes com sofrimento mental.

Figura 40. Rede de Atenção Psicossocial implantada no estado do Rio de Janeiro



Fonte: Coordenação de Atenção Psicossocial/SAPAPPSV/SES-RJ, julho/2023.

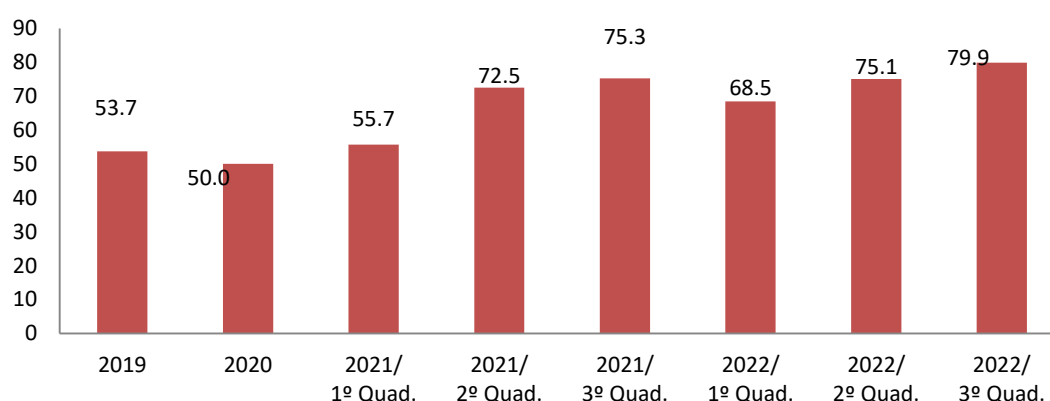
IV.7.1.4.1. Cofinanciamento da RAPS

Com o objetivo de fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial no estado do Rio de Janeiro, ampliar as RAPS municipais, fortalecer o planejamento em saúde mental com ênfase nas ações de atenção à crise e nos processos de desinstitucionalização, integradas às demais áreas de atenção à saúde, a SES publicou, em setembro de 2019, a primeira Resolução do Programa de Cofinanciamento, Fomento e Inovação da Rede de Atenção Psicossocial do estado do Rio de Janeiro (COFI-RAPS).

O Ministério da Saúde, entre os anos de 2018 e 2022, diminuiu o ritmo de habilitações de novos serviços e fechou o sistema de implantação de políticas de saúde, impactando o custeio da RAPS. Por isso, o cofinanciamento estadual incorporou critérios que visaram suprir as lacunas deixadas por esse processo de desfinanciamento. Como consequência, conseguimos induzir processos bastante positivos no estado, como por exemplo: a ampliação dos leitos de saúde mental em hospitais gerais; a abertura de novos SRTs, fundamentais para o fechamento de manicômios, e novos Centros de Convivência e Cultura, ampliando o escopo das ações de saúde mental e integrando os usuários com a sociedade.

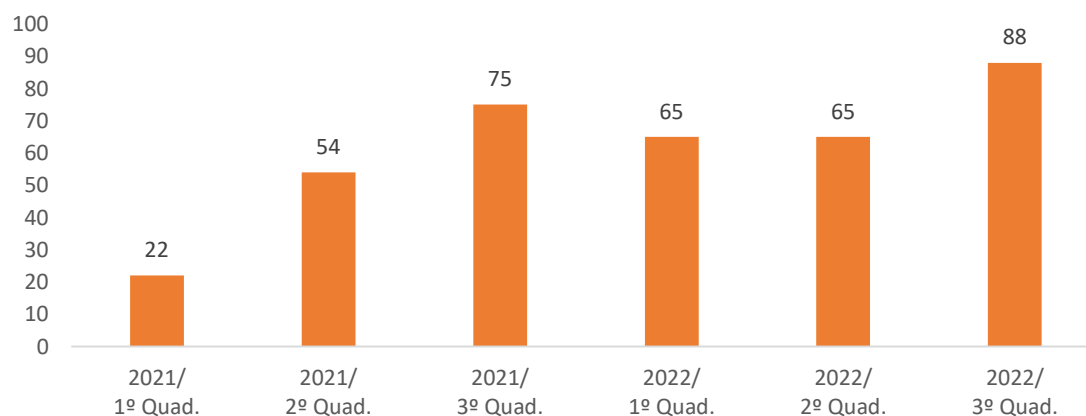
O monitoramento do COFI-RAPS é um grande desafio. Por isso, em 2021, foram incluídos dois indicadores: o matriciamento e a supervisão clínico-institucional-territorial. Com o indicador de matriciamento, objetivamos a integração dos CAPS com os demais serviços das redes de saúde, em especial com os da APS. Com o indicador da supervisão clínico-institucional-territorial, estimulamos ações de formação continuada nos próprios serviços, qualificação das equipes e o fortalecimento da lógica da Atenção Psicossocial. Nos gráficos 99 e 100, nota-se a evolução positiva destes indicadores.

Gráfico 99. Matriciamento (% de CAPS que atingiram a meta quadrimestral) 2021 a 2022



Fonte: www.saude.rj.gov.br/informacao-sus/dados-sus, março/2023.

Gráfico 100. Número de Supervisores Clínico-Territoriais-Institucionais no ERJ 2021 a 2022

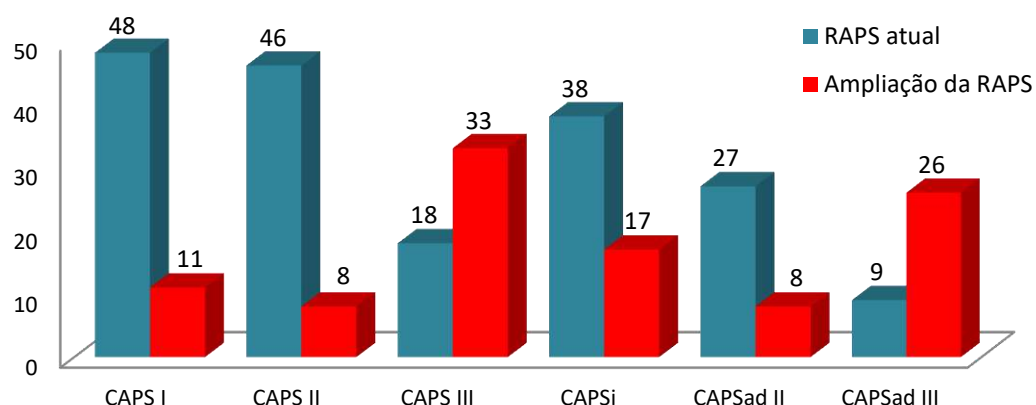


Fonte: Coordenação de Atenção Psicossocial e Coordenações Municipais de Saúde Mental.

Em março/2023, foram pactuados os Planos de Ação regionais das nove regiões do estado, que projetam a ampliação e qualificação da RAPS para os próximos quatro anos. A Coordenação de Atenção Psicossocial vem trabalhando no apoio à execução dos Planos de Ação junto às regiões e municípios e entende que o cofinanciamento é um instrumento fundamental para promover a expansão pactuada.

Nos gráficos a seguir, ilustraremos a rede existente e, ao lado, a quantidade de serviços que estão pactuados e ainda devem ser implantados. Como se poderá ver há importantes lacunas de cuidado, de modo que em todos os equipamentos de saúde mental há cobertura insuficiente. Em que pese a expansão atual promovida, inclusive, pelo COFI-RAPS, a expansão e sustentabilidade das RAPS municipais é um importante desafio para os próximos anos.

Gráfico 101. Ampliação dos CAPS com base nos Planos Regionais pactuados em CIB

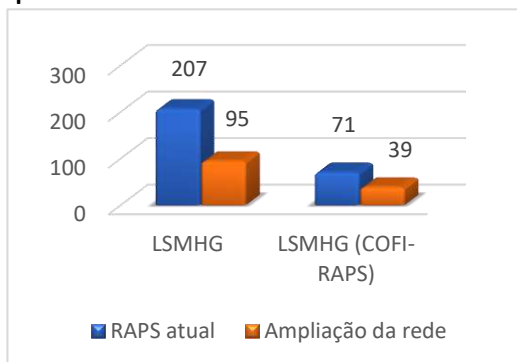


Fonte: Planos Regionais da Rede de Atenção Psicossocial pactuados na CIB, março/2023.

No cuidado integral às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, é importante destacar algumas premissas da Política Nacional de Saúde Mental, tais como a diretriz de um modelo assistencial de base territorial e o reconhecimento das singularidades dos indivíduos para definição de sua terapêutica, conforme o paradigma da Redução de Danos.

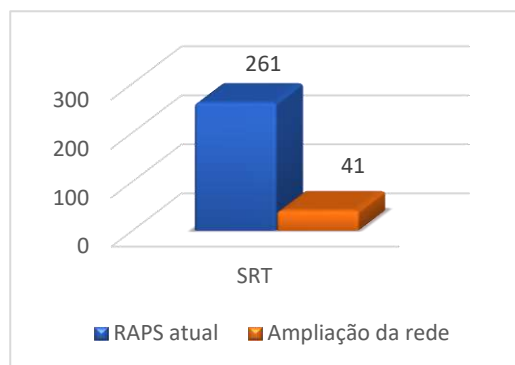
A política de atenção às crianças e adolescentes que se encontram em situação de vulnerabilidade social, risco psicossocial e/ou fazem uso de álcool e outras drogas segue os princípios da reforma psiquiátrica e ressalta a importância do investimento e atendimento em dispositivos territoriais, de atenção diária e intensiva para os agravos relacionados com as situações de violência, vulnerabilidade e risco psicossocial, acrescidos ou não do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Gráfico 102. Ampliação de Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais (LSMHG) com base nos Planos Regionais pactuados em CIB



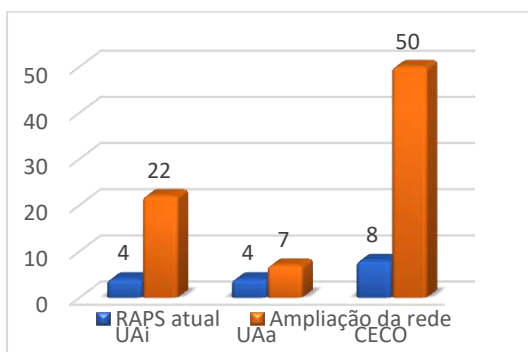
Fonte: Planos Regionais da Rede de Atenção Psicossocial pactuados na CIB, março/2023.

Gráfico 104. Ampliação das SRTs com base nos Planos Regionais pactuados em CIB - desinstitucionalização



Fonte: Planos Regionais da Rede de Atenção Psicossocial pactuados na CIB, março/2023.

Gráfico 103. Ampliação de Unidades de Acolhimento e Centros de Convivência Pactuados em CIB



Fonte: Planos Regionais da Rede de Atenção Psicossocial pactuados na CIB, março/2023.

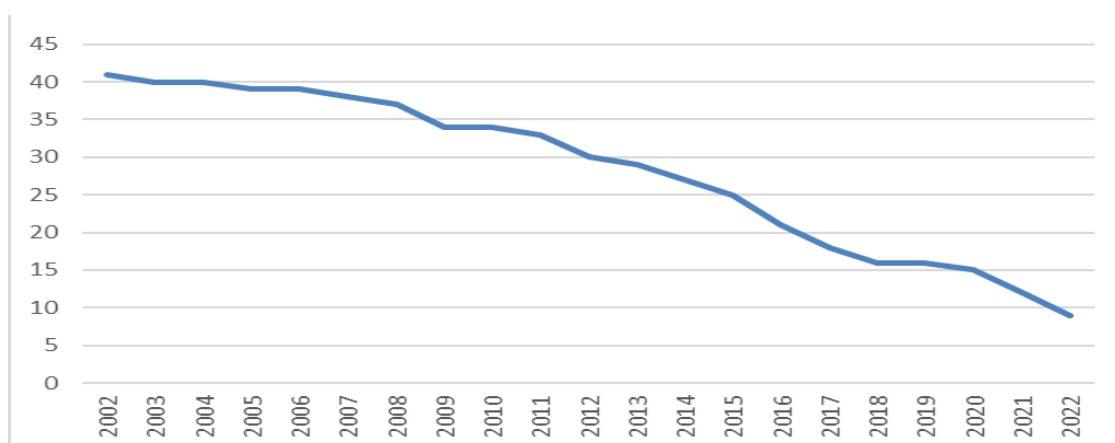
* Uai: unidade de acolhimento infantil
UAa: unidade de acolhimento adulto

IV.7.1.4.2. Desinstitucionalização

A desinstitucionalização é um princípio constituinte da Atenção Psicossocial e, por isso, fundamental para a organização do trabalho. Do ponto de vista operacional, se dá pela indução do fechamento de instituições asilares, especialmente os hospitais psiquiátricos e de custódia. Em 2019, eram 1.100 internos de longa permanência, dentre os 14 hospitais psiquiátricos, sendo dois Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Ainda ativos, além dos dois HCTPs, há sete hospitais psiquiátricos com cerca de 400 pacientes em internações de longa permanência no ERJ, o que demonstra que avançamos bastante, mas ainda há a necessidade de ações de desinstitucionalização e implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT para essa clientela.

A saúde mental conta ainda com o Programa de Volta Para Casa/MS, que oferece um auxílio financeiro para reabilitação psicossocial para usuários egressos de um período de longa internação psiquiátrica (dois anos ou mais). Hoje, no estado do Rio de Janeiro, existem 50 municípios cadastrados com 791 usuários inseridos no Programa de Volta Para Casa.

Gráfico 105. Redução do número de hospitais psiquiátricos, 2002-2022



Fonte: CNES/DATASUS/MS e Coordenação de Atenção Psicossocial/SUPAPPSV/SES-RJ.

Atualmente, a SES está induzindo os processos de desinstitucionalização das Clínicas Santa Lúcia e Santa Mônica, em Nova Friburgo e Petrópolis, respectivamente. Nesses casos, há o acompanhamento da Força-Tarefa de Desinstitucionalização do Ministério Público. Está, também, em fase final, o processo de fechamento da Clínica Nossa Senhora das Vitórias, em São Gonçalo.

Os principais desafios para os próximos anos são o fechamento dos manicômios ainda em funcionamento (as enfermarias psiquiátricas do IPUB, a internação do Instituto Municipal Philippe Pinel, a enfermaria do CPRJ, o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, a Clínica Santa Lúcia, a Clínica Santa Mônica, Clínica Nossa Senhora das Vitórias e os dois Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico).

Considera-se que a RAPS precisa ser ampliada e qualificada, para que seja possível sua adequada implementação no âmbito do ERJ. Assim, destaca-se como principais desafios para o

referido quadriênio:

- ❖ Consolidação do cofinanciamento da RAPS como estratégia fundamental para redução dos vazios assistenciais e da possibilidade de indução de processos de trabalho nas RAPS municipais;
- ❖ Fechamento dos leitos de hospitais psiquiátricos, incluindo os HCTPs, como forma de garantia de direitos e de cumprimento da legislação federal. Em curso, avaliação dos pacientes internos dos dois HCTPs e discussão territorial com os municípios de origem dos internos dos dois manicômios judiciais;
- ❖ Redução das lacunas de cuidado, com ênfase em atingir 100% de cobertura para atenção à crise de base territorial;
- ❖ Constituir uma rede psicossocial, de base territorial, com oferta adequada para o cuidado em álcool e drogas, integrada com outras áreas da saúde e intersetoriais;
- ❖ Construção de informações e indicadores que denotem a qualidade da oferta de cuidados ofertados em Saúde Mental, incluindo as clientela infantil e de álcool e outras drogas.

IV.7.2. Hemorrede

A Hemorrede é o conjunto de Serviços de Hematologia e Hemoterapia organizados em todo o Brasil de forma hierarquizada, de acordo com o nível de complexidade das funções que desempenham. No estado do Rio de Janeiro, o Hemorio – Hemocentro Coordenador, unidade de saúde pública de referência nessas especialidades, sob gestão da Fundação Saúde/SES-RJ, é responsável pela assistência hematológica e hemoterápica, atividades de ensino e pesquisa, formação de recursos humanos, controle de qualidade de hemocomponentes, assessoramento técnico à Hemorrede e serviços de saúde, integração das unidades de saúde públicas e filantrópicas e apoio técnico à SES-RJ na formulação da Política de Sangue e Hemoderivados e de assistência hematológica. O fornecimento de hemocomponentes para fins transfusionais é de responsabilidade da hemorrede pública, complementada pela iniciativa privada.

A **Rede de Hemoterapia do estado do Rio de Janeiro** é constituída por 95 (noventa e cinco) serviços de hemoterapia públicos em funcionamento, distribuídos por todo o estado (1 Hemocentro Coordenador, 3 Hemocentros Regionais, 20 Núcleos de Hemoterapia, 1 Unidade de Coleta e Transfusão, 1 Unidade de Coleta fixa e 3 Unidades de Coleta Móvel e 67 Agências Transfusionais, conforme o quadro 39 e por 81 (oitenta e um) serviços de hemoterapia privados, distribuídos conforme o quadro 40.

Quadro 39. Tipos de serviço de hemoterapia públicos e contratados SUS distribuídos por região de saúde do estado do Rio de Janeiro

Região de saúde	HC ¹	HR ²	NH ³	UCT ⁴	UC ⁵	AT ⁶	Observação
Metropolitana I	1	0	10	1	3	45	1 AT sob gestão de SH privado
Metropolitana II	0	1	2	0	0	5	2 AT sob gestão de SH privado
Baía da Ilha Grande	0	0	1	0	0	3	
Médio Paraíba	0	0	3	0	0	3	
Noroeste	0	0	1	0	0	2	1 NH privado com contrato SUS
Centro Sul	0	0	1	0	0	1	1 AT inativada (Miguel Pereira)
Serrana	0	1	0	0	0	2	1 NH inativada (Teresópolis)
Baixada Litorânea	0	0	1	0	0	5	
Norte	0	1	1	0	1	1	1 AT inativada (C. dos Goytacazes)
Total	1	3	20	1	4	67	

Legenda: ¹Hemocentro Coordenador; ²Hemocentro Regional; ³Núcleo de Hemoterapia; ⁴Unidade de Coleta e Transfusão; ⁵Unidade de Coleta; ⁶Agência Transfusional

Fonte: Sistema de Informação de Produção Hemoterápica – HEMOPROD, junho/2023

Quadro 40. Tipos de serviço de hemoterapia privados distribuídos por região de saúde do estado do Rio de Janeiro

Região de saúde	NH ¹	UCT ²	UC ³	AT ⁴	Observação em 2023
Metropolitana I	6	1	1	45	2 US públicas com fornecimento pelo SH privado
Metropolitana II	1	0	1	6	4 US públicas com fornecimento pelo SH privado
Baía da Ilha Grande	0	0	0	0	
Médio Paraíba	0	0	0	5	
Noroeste	1	0	0	0	
Centro Sul	0	0	0	1	1 US pública com fornecimento pelo SH privado
Serrana	3	0	0	3	1 US pública com fornecimento pelo SH privado
Baixada Litorânea	0	0	0	1	
Norte	1	0	0	4	
Total	12	1	3	65	

Legenda: ¹Núcleo de Hemoterapia; ²Unidade de Coleta e Transfusão; ³Unidade de Coleta Móvel; ⁴Agência Transfusional

Fonte: Sistema de Informação de Produção Hemoterápica – HEMOPROD, junho/2023

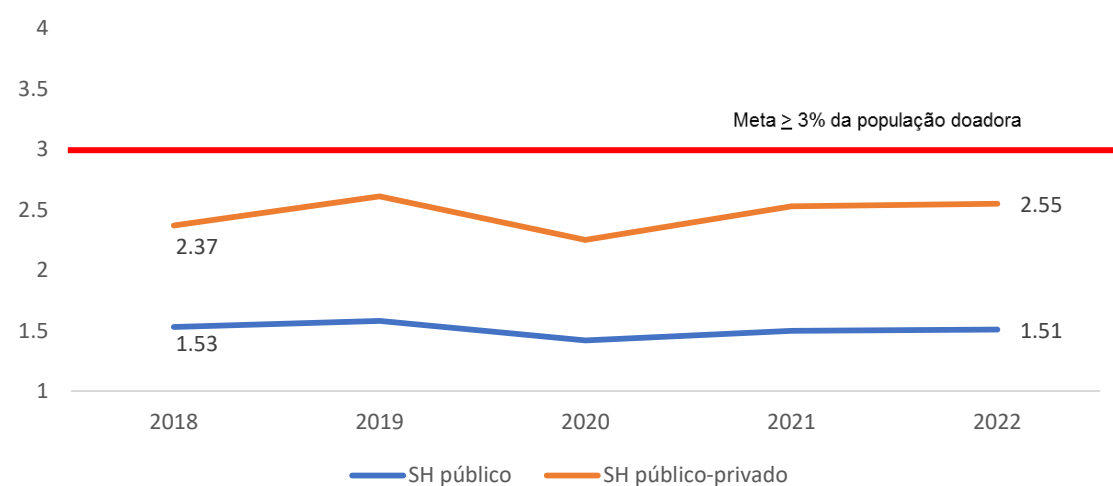
O índice da população que doa sangue no estado do Rio de Janeiro é inferior a 3%, enquanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que, para manter os estoques regulares, é necessário que 1% a 5% da população doe regularmente, dependendo, em cada país, de fatores tais como a pirâmide etária, a situação epidemiológica, a complexidade e a cobertura dos serviços de saúde oferecidos. No estado do Rio de Janeiro, consideramos que 3% é a meta a ser atingida, se configurando como um desafio a ser superado com a execução de políticas estratégicas que promovam a doação voluntária, altruísta e não remunerada de sangue no estado e garantam a qualidade de produtos e serviços oferecidos à população, e atendendo à demanda transfusional.

Identifica-se a necessidade da descentralização dos procedimentos de coleta para serviços próximos à residência dos potenciais doadores de sangue, possibilitando centralizar os procedimentos especializados no Hemocentro Coordenador - Hemorio/FSERJ/SES-RJ, que opera a gestão da Hemorrede. É papel do Hemocentro Coordenador apoiar os gestores na

qualificação e monitoramento dos serviços de hemoterapia, por meio de assessoramento técnico, na promoção de infraestrutura e processos de trabalho adequados e cumprimento aos regulamentos vigentes para garantir hemocomponentes de qualidade, segurança transfusional e uso racional do sangue.

No gráfico 106 observa-se o índice de doadores de sangue em relação à população nos últimos cinco anos (2018 a 2022) nos serviços públicos e privados comparativamente.

Gráfico 106. Índice de doadores em relação à população do estado do RJ, 2018-2022



Fonte: Sistema de Informação de Produção Hemoterápica – HEMOPROD, 2018 a 2022 e DATASUS - estimativa de população 2022 (17.463.349) <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/panorama>. Acesso em 10/02/2022

Nota: Total de candidatos à doação de sangue total e por aférese de SH públicos e privados em 2022: 369.346

Tabela 97. Estimativa da população doadora por região de saúde e total de bolsas coletadas pela rede pública e privada em 2022

Região de saúde	População	2% da população	3% da população	Total de coletas
Metropolitana I	10.585.667	211.713	317.570	128.534
Metropolitana II	2.145.025	42.901	64.351	9.012
Baía da Ilha Grande	300.287	6.006	9.009	2.557
Médio Paraíba	922.318	18.446	27.670	10.976
Noroeste	350.591	7.012	10.518	4.389
Centro Sul	343.570	6.871	10.307	2.971
Serrana	981.159	19.623	29.435	3.343
Baixada Litorânea	870.304	17.406	26.109	3.329
Norte	964.428	19.289	28.933	14.299
Total	17.463.349	349.267	523.900	179.410

Fontes: IBGE, 2022. População estimada para 2021. Sistema de Informação de Produção Hemoterápica – HEMOPROD, 2022.

O estado do Rio de Janeiro vem empenhando esforços para alcançar a meta de 2% da população doadora nos serviços de hemoterapia públicos, o que corresponderia a 349.267 doadores/ano, variando com a população de cada região como mostra a tabela 97.

Observa-se que no ano de 2022 foram coletadas 303.027 bolsas nos serviços de hemoterapia públicos e privados, o que correspondeu a 87% da necessidade estimada de 2% da população e 58% da necessidade se for considerado o percentual de 3% da população. Considerando os parâmetros de consumo de bolsas eritrocitárias/leito/ano por tipo de unidade hospitalar, estabelecidos pela [Portaria Nº 1.101/GM 12/6/2002](#), e mostrados na tabela 98, a demanda transfusional do estado do Rio seria a seguinte:

Tabela 98. Número de bolsas de sangue necessárias para terapia transfusional em Unidades Hospitalares, por tipo de unidade, no ano

Tipo de unidade hospitalar	Total de bolsas/ leito/ ano
Hospital sem UTI e sem Pronto Socorro	3 a 5
Hospital com UTI ou Pronto Socorro	6 a 9
Hospital com UTI e com Pronto Socorro	10 a 15
Hospital com UTI/Pronto Socorro e Alta Complexidade	16 a 20
Hospital de Referência Estadual com Urgência e Emergência / cirurgia cardíaca	21 a 50
Hospital com leitos de Hematologia (hemofilia/hemoglobinopatias/oncologia hematológica)	100

Fonte: [Portaria GM/MS Nº 1.631, de 1º de outubro de 2015](#).

Observa-se na tabela 99 o déficit transfusional com base na demanda (bolsas/leitos/ano) por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, segundo os parâmetros da Portaria Nº 1.101/GM 12/6/2002.

Tabela 99. Déficit transfusional na rede de saúde pública do estado

Região de saúde	Demanda	Déficit transfusional
Baía da Ilha Grande	5.571	-3.204
Baixada Litorânea	10.803	-8.039
Centro Sul	10.032	-7.577
Médio Paraíba	18.214	-8.780
Metropolitana I	191.767	-67.222
Metropolitana II	29.344	-22.894
Noroeste	5.654	-2.472
Norte	26.855	-14.045
Serrana	11.993	-7.726
RJ	310.233	-141.959

Fontes: DATASUS/TABNET 2020. Sistema de Informação de Produção Hemoterápica – HEMOPROD 2020. MS/PPS Estadual - CGCA ANVISA: Nº bolsa/leito/ano por tipo de unidade de saúde. Planilhas de distribuição de sangue informadas pelos Responsáveis Técnicos/2020

Na tabela 98 observa-se que havia déficit transfusional, em 2020, de 141.959 bolsas de concentrados de hemácias, no período em que foi realizado o levantamento da demanda por unidade de saúde em todo o estado do Rio de Janeiro, de acordo com a complexidade hospitalar e bolsas coletadas no mesmo período, o que correspondeu a uma cobertura de apenas 46% da necessidade.

Não foram incluídos hospitais que são exclusivamente: psiquiátricos, saúde mental, de pacientes crônicos, de reabilitação, UPA, CAPS, hospitais oftalmológicos e Clínicas da Família e não foram levados em conta hospitais gerais com leitos de saúde mental, pacientes crônicos e de reabilitação intra-hospitalar.

Assim sendo, faz-se necessário empenhar esforços para alcançar a meta de 3% da população doadora, contribuir para a qualidade de produtos e serviços oferecidos à população e atender à necessidade transfusional no SUS, com aumento da promoção à doação de sangue; uso racional do sangue; ampliação de Unidades de Coletas fixas e móveis; implantação de novas Agências Transfusionais intra-hospitalares por parte dos gestores locais para disponibilidade de hemocomponentes à população; implantação das transfusões pré-hospitalares, para o atendimento ao trauma, informatização dos serviços para melhorar a rastreabilidade; modernização do parque de equipamentos e gestão de equipamentos por parte dos gestores locais; adequação de infraestrutura física; garantia de Controle de Qualidade dos Hemocomponentes e teste de ácido nucléico (NAT) nas doações de sangue, esses dois últimos pelo Hemocentro Coordenador.

A **Rede de Hematologia** no estado do Rio de Janeiro conta com 17 instituições com leitos SUS cadastrados no CNES (2023), totalizando 158 leitos (quadro 41), o que indica um importante déficit de leitos para pacientes com doenças hematológicas no estado. Esse déficit é especialmente sentido para o tratamento das **doenças onco-hematológicas**, especialmente as **leucemias agudas**. Dimensiona-se a necessidade de ampliação de 30% do número de leitos hematológicos SUS no estado do Rio de Janeiro, a saber, 203 leitos, para atendimento à demanda existente.

Dessa forma, por sua relevância e magnitude na atenção ao paciente hematológico, se coloca como ação estratégica a reforma do Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti, para adequar a estrutura aos regulamentos vigentes e ampliar a capacidade de atendimento de emergência, internação, implantação de transplante de medula óssea alogênico, de modo a contemplar a expectativa da demanda existente.

Quadro 41. Leitos Hematológicos no estado do Rio de Janeiro

Região de saúde	Município	Leitos SUS
Baía da Ilha Grande	Angra dos Reis	1
Baixada Litorânea	-	0
Centro Sul	-	0
Médio Paraíba	-	0
Metropolitana I	Itaguaí	1
	Rio de Janeiro	137
Metropolitana II	Niterói	8
Noroeste	Itaperuna	1
Norte	Campos dos Goytacazes	8
Serrana	Nova Friburgo	2
Total		158

Fonte: CNES e Hemorio, 2023

O Rio de Janeiro possui 5.622 pacientes diagnosticados com Hemoglobinopatias, oriundos de todo o estado e distribuídos por local de residência, conforme mostra a tabela 100. Desses pacientes, 3.489 são acompanhados de forma ativa (pelo menos um atendimento nos últimos dois anos) pelo Hemorio.

Tabela 100. Pacientes matriculados no Hemorio com diagnóstico de Hemoglobinopatias por região de saúde de residência

Região de saúde	Pacientes com Hemoglobinopatias	%
Baía da Ilha Grande	74	1
Baixada Litorânea	291	5
Centro Sul	123	2
Médio Paraíba	157	3
Metropolitana I	3.951	70
Metropolitana II	495	9
Noroeste	80	1
Norte	290	5
Serrana	161	3
Total	5.622	100

Fonte: Sistema de Administração do Serviço de Hematologia – SASH/Hemorio, 2023

Atualmente 60 % dos pacientes matriculados no Hemorio que comparecem ao Setor de Pronto Atendimento (SPA) possuem diagnóstico de doença falciforme (DF), e necessitam de melhores acomodações e aumento do número de poltronas e/ou camas para atender a demanda, 24 horas por dia, sete dias por semana.

A doença falciforme (DF) é a mais comum das doenças monogenéticas humanas, com distribuição heterogênea e fortemente associada à raça/cor, que afeta majoritariamente a população negra. 4,8% da população do RJ é portadora do gene da Hemoglobina S e 1 (um) a cada 1.300 (mil e trezentos) nascidos vivos no RJ – o que corresponde a cerca de 120 novos pacientes por ano, a imensa maioria dos quais passa a ser acompanhado no Hemorio - recebe o diagnóstico de DF, pelo resultado do teste do pezinho.

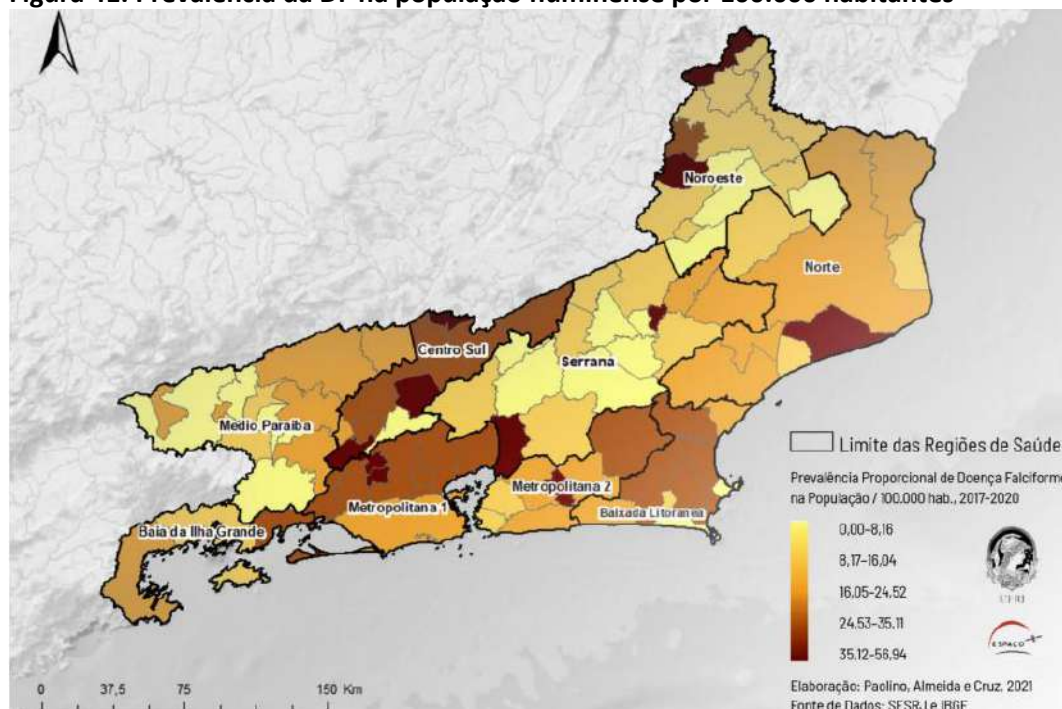
No estado do Rio de Janeiro, de acordo com o estudo ainda não publicado de Paolino, Almeida e Cruz (2021), a prevalência da doença falciforme pode alcançar até 57/100.000 habitantes em alguns municípios, como se observa na figura 41, sendo esses municípios considerados prioritários no planejamento estratégico e nas ações de implementação da política pública no estado do Rio de Janeiro.

A [Portaria nº 1.391, de 16 de agosto de 2005](#), instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, sendo fortalecida pela [Portaria de Consolidação nº2, em 28 de setembro de 2017](#), no que tange às normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde especificamente no Anexo XXXVI.

A Resolução SES-RJ nº 1.799, de 11 de fevereiro de 2019, publicada em diário oficial do estado do Rio de Janeiro em 18 de fevereiro de 2019, dispõe sobre a **Política de Atenção Integral à Pessoa com Doença Falciforme do estado do Rio de Janeiro**, revogando a Resolução SES-RJ nº 2.786, de 08 de julho de 2005. A normativa tem por finalidade a redução da

morbimortalidade decorrente da patologia, por intermédio da implementação e gestão da linha de cuidado para as pessoas com DF e outras hemoglobinopatias em rede de atenção à saúde (RAS), bem como a promoção da informação e orientação para pessoas com traço falciforme e para a população em geral.

Figura 41. Prevalência da DF na população fluminense por 100.000 habitantes



Fonte: Elaborado por Paolino, Almeida e Cruz com dados SES-RJ

Destacam-se ainda outras normativas para qualificar a política: A Resolução SES nº 2485, de 18 de outubro de 2021, que dispõe sobre a relação de doenças e agravos de notificação compulsória e vigilância sentinela e inclui transtornos falciformes (ainda sem série histórica) e a [Lei nº 9.300, de 10 de junho de 2021](#), que institui a obrigatoriedade da eletroforese de hemoglobina no pré-natal – ainda sem série histórica.

IV.7.2.1. Triagem Neonatal

O diagnóstico precoce da DF é obtido na triagem neonatal, que tem uma cobertura média de 75% no estado. Segundo dados do Ministério da Saúde, o estado do Rio de Janeiro apresenta a incidência de 4,51 novos casos de DF por 10.000 nascidos vivos e ocupa a sétima posição no país. Na tabela a seguir, observa-se que a cobertura da triagem neonatal vem se mantendo estável no nível de 75% desde 2019. Observa-se ainda uma queda no número absoluto de crianças triadas no ano de 2022, que acompanha a queda no número de nascidos vivos.

Tabela 101. Número de nascidos vivos, crianças triadas, cobertura do serviço de referência em triagem neonatal e número de casos com diagnóstico de hemoglobinopatias confirmado no estado do Rio de Janeiro entre 2018 e 2022.

Ano	Nascidos vivos	N. crianças triadas	Cobertura da triagem	Casos de hemoglobinopatias triados pelo SRTN
2018	220.531	158.662	71,9%	123
2019	208.253	157.789	75,8%	158
2020	199.131	148.423	74,5%	138
2021	189.885	141.942	74,8%	128
2022	180.296	134.832	74,8%	93
Total	998.096	741.648	74,3% (média)	640

Fonte: SRTN – APAE 2018-2022 atualizado em julho 2023.

Assume-se como orientador à política na esfera estadual a fonte de dados E-Gestor – SISAB e o SIA/SUS, no período entre 2019 e 2022. Os dados da triagem neonatal para as hemoglobinopatias ao longo dos meses estão disponíveis no sítio: https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/e425873e-1536-4729-bc81-baca21382d8d/page/p_qjmohwl20c?s=r9SRIWvNza4. Contudo, não há dados desagregados para raça/cor na triagem neonatal, e ainda não há série histórica para dados referentes ao traço falciforme devido à falta de registros sistemáticos pelos municípios.

A estratégia de capilaridade da Política de Atenção à Saúde das Pessoas com Doença Falciforme no estado do Rio de Janeiro está pautada na ação coordenada e conjunta aos municípios por meio dos pontos focais de saúde para pessoas com doença falciforme. Dos 92 municípios do estado, 24 municípios não têm representação (figura 42).

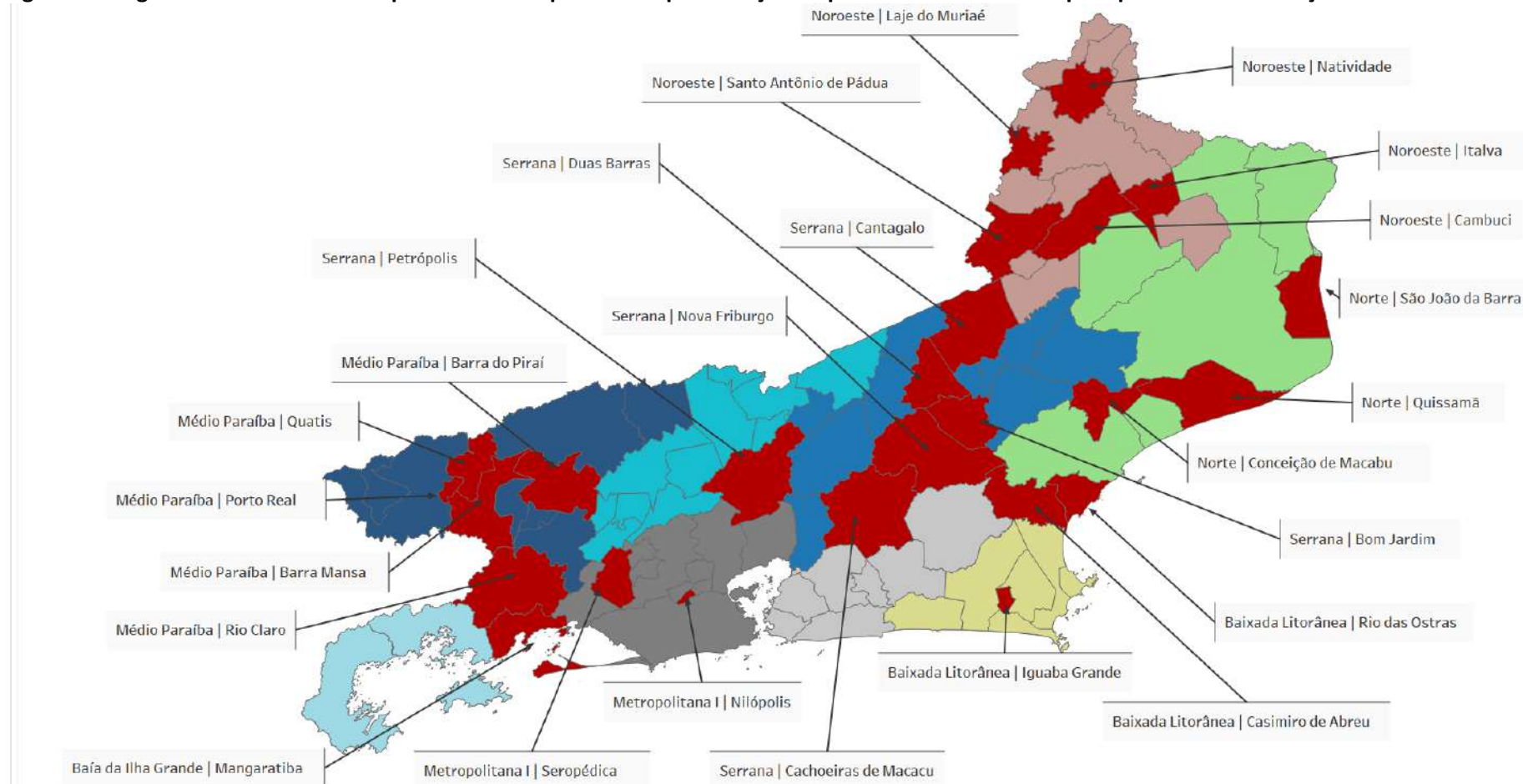
IV.7.2.2. Morbidade por doença falciforme nos atendimentos ambulatoriais

IV.7.2.2.1. Exame ecodoppler transcraniano

O protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para pessoa com DF recomenda que crianças com doença falciforme realizem o procedimento ecodoppler transcraniano, um exame de imagem por ultrassonografia utilizado para avaliar a velocidade do fluxo sanguíneo cerebral e o risco de acidente vascular cerebral. Todas as crianças devem realizar o exame pelo menos uma vez ao ano ou a critério médico.

Segundo dados do sistema de informações ambulatoriais do SUS entre 2018 e 2022, 719 crianças com o CID D57 e suas variantes na faixa etária entre 1 e 4 anos realizaram o procedimento, como pode ser visto na tabela 102. Esse número supera o número de crianças triadas no período (640 crianças), já que não inclui crianças aos cinco anos, período considerado para quantificar o número de crianças triadas. Isto indica uma boa cobertura do exame, ainda que a sua oferta esteja alocada de forma centralizada e em poucos municípios.

Figura 42. Regiões de saúde e seus respectivos municípios sem representação de pontos focais de saúde para pessoas com Doença falciforme.



Fonte: Área Técnica para Saúde das Pessoas com Doença falciforme – SAPS/SUBVAPS/SES RJ.

Tabela 102. Número de procedimentos ecodoppler transcraniano em crianças entre 01 e 04 anos, por cor da pele, entre 2018 e 2022.

Região de Saúde/ Município atendimento	Branca	Preta	Parda	Ignorado ou sem informação	Total
Médio Paraíba	-	-	-	4	4
Barra Mansa	-	-	-	4	4
Metropolitana I	169	113	427	4	713
Duque de Caxias	-	-	-	4	4
Rio de Janeiro	169	113	427	-	709
Norte	-	-	2	-	2
Carapebus	-	-	2	-	2
Total	169	113	429	8	719

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS. Dados de 2022 e 2023 (até maio) são preliminares, com situação da base nacional em 05/07/2023, sujeitos a retificação.

IV.7.2.3. Taxa de mortalidade por doença falciforme

A taxa de mortalidade para DF no estado do Rio de Janeiro na série histórica entre 1990 e 2019 é de 0,32 óbitos por 100.000 habitantes, sendo mais alta que a referência nacional que é 0,23, segundo o painel da carga global de doenças⁴³, do Instituto de Métricas em Saúde e Avaliação, da Universidade de Washington. Há uma variabilidade significativa entre grupos etários, com aumento da taxa em aproximadamente quatro vezes para meninas menores de cinco anos no estado do Rio de Janeiro. As doenças crônicas não transmissíveis como as doenças cardiovasculares, as neoplasias, o diabetes e as doenças dos rins são as principais causas de óbito para as pessoas com DF em geral, seguidas das infecções respiratórias, tuberculose e lesões de causas externas.

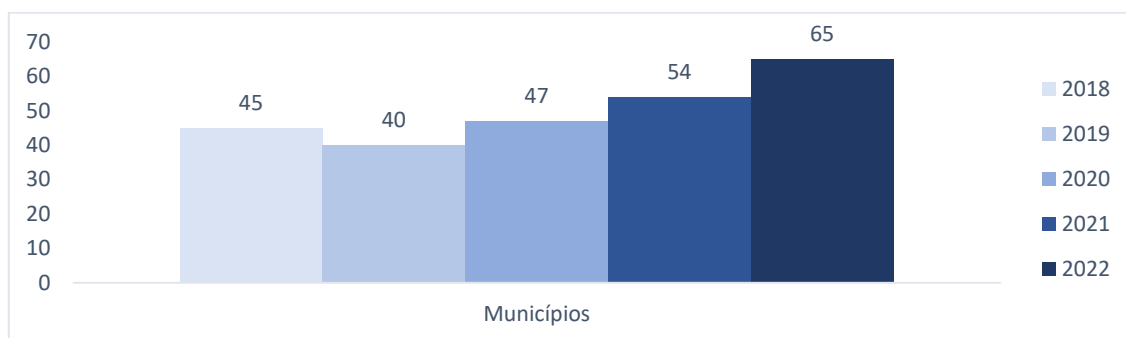
O diagnóstico e o tratamento precoces da DF podem ajudar a reduzir de forma significativa estes óbitos. O gráfico 107 mostra que vem crescendo o número de municípios que registram consulta na atenção básica para o CID D57 e suas variantes, demonstrando ampliação da atenção à saúde às pessoas com DF nos municípios.

Na competência relativa ao ano 2022, houve um aumento considerável na participação dos municípios frente ao registro do atendimento individual no CID D57 e suas variações na atenção básica.

Neste contexto, o principal desafio para o quadriênio 2024-2027 passa pela implementação da Linha de Cuidado Integral às Pessoas com Doença Falciforme do estado do RJ, para viabilizar a integração e a integralidade na rede de atenção à saúde, visando a promoção em saúde e a melhoria da qualidade de vida, com equidade, das pessoas com DF.

⁴³ Institute for Health Metrics and Evaluation GBD 2019© 2023 University of Washington. Disponível no sítio: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#0>

Gráfico 107. Número de municípios que registraram atendimento individual na APS para o CID D57 e suas variantes no ERJ nas competências de 2018 a 2022.



Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB MS/SAPS/Departamento de Saúde da Família – DESF. Tipo de Equipe: Eq. de Saúde da Família - ESF, Eq. Ag. Com. de Saúde - EACS, NASF, Eq. da Atenção Básica - EAB, Eq. Consultório na Rua - ECR, Eq. de Saúde Bucal - SB, Eq. AB Prisional - EABp, Eq. de Atenção Primária - eAP. Dado gerado em 11 de julho de 2023.

Quadro 42. Regiões de saúde e respectivos municípios que registraram atendimento individual para o CID D57 e suas variantes entre 2018 e 2022.

Região de Saúde	Nº de atendimentos na região	Municípios com maiores atendimentos na região
Baía de Ilha Grande	19	Angra dos Reis - 17
Baixada Litorânea	34	Cabo Frio - 7, São Pedro da Aldeia - 6, Iguaba Grande - 5, Armação dos Búzios - 5 e Araruama - 5
Centro Sul	42	Três Rios - 23 e Miguel Pereira - 12
Médio Paraíba	66	Barra Mansa - 21 e Volta Redonda - 21
Metropolitana I	782	Rio de Janeiro - 722, Mesquita - 23 e Magé - 18
Metropolitana II	103	Maricá - 44 e Niterói - 17
Noroeste	24	Porciúncula - 8, Miracema - 4 e Santo Antônio de Pádua - 4
Norte	45	Macaé - 22 e Campos dos Goytacazes - 11
Serrana	58	Petrópolis - 14, Santa Maria Madalena - 12, Nova Friburgo - 10 e Teresópolis - 8
Total	1.173	-

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB. Dado gerado em 11 de julho de 2023

IV.7.2.4. Doenças hemorrágicas e/ou trombóticas

Dentre as **doenças hemorrágicas e/ou trombóticas**, as de maior relevância epidemiológica são as coagulopatias hereditárias (CH) e as trombofilias. Conforme o Sistema Hemovida Web Coagulopatias (SHWC), o cadastro nacional informatizado da Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH/DAES/SAS/MS) (2023), 3.355 pacientes residentes no estado do Rio de Janeiro são diagnosticados e cadastrados como portadores de coagulopatias hereditárias (tabela 103).

A distribuição dos pacientes por tipo de coagulopatias no estado é a seguinte: 30,5% de Hemofilia A, 6,62% de Hemofilia B, 39,3% Doença de von Willebrand e 23,7% de outras

coagulopatias. O estado conta com 8 (oito) Centros Tratadores de Hemofilia (CTH) de referência, sendo 1 por região, exceto as regiões Metropolitana II e Centro Sul (quadro 43).

Tabela 103. Pacientes cadastrados com diagnóstico de CH por região de saúde de residência

Região de saúde	Hemofilia A	Hemofilia B	Doença de von Willebrand	Outros	Total
Baía da Ilha Grande	14	7	9	8	38
Baixada Litorânea	22	12	26	29	89
Centro Sul	4	3	15	4	26
Médio Paraíba	54	5	50	21	130
Metropolitana I	652	140	981	573	2.346
Metropolitana II	85	27	112	99	323
Noroeste	43	5	23	10	81
Norte	41	8	30	9	88
Serrana	108	13	71	42	234
Total	1.023	220	1.317	795	3.355

Fonte: http://coagulopatiasweb.datasus.gov.br/extracao_banco_xls.php. Acesso em 14/6/2023

Quadro 43. Centros Tratadores de Hemofilia por município e região de saúde, 2022

CTH – município	Região de saúde
Hemorio – Rio de Janeiro	Rio de Janeiro – Metropolitana I
Campos dos Goytacazes	Norte
Cabo Frio	Baixada Litorânea
Nova Friburgo	Serrana
Angra dos Reis	Baía da Ilha Grande
Barra Mansa	Médio Paraíba
Macaé	Norte
Bom Jesus de Itabapoana	Noroeste

Fonte: http://coagulopatiasweb.datasus.gov.br/extracao_banco_xls.php. Acesso em 14/6/2023

Existe a necessidade de apoio aos gestores municipais, por parte do Hemocentro Coordenador, e pela SES-RJ, para a implantação de mais 3 CTH no município de Volta Redonda, na região Metropolitana II e Centro Sul, com localização a definir, para garantir acompanhamento e fornecimento de medicação próximo à residência do paciente. A implantação de telemedicina para atendimento de pacientes com coagulopatias e hemoglobinopatias pode ser importante mecanismo de apoio matricial a equipes de saúde do SUS, qualificando profissionais para o monitoramento de seu cuidado nos municípios de residência e nos CTH localizados nas regiões do estado distantes da capital.

Em relação às trombofilias, não há, no Brasil, números oficiais a respeito da sua prevalência na população; no entanto, o que se sabe é que a demanda do sistema de regulação para atendimento a estes pacientes não para de crescer, não havendo centro especializado no RJ nem em outro estado da Federação. Configura-se como grande desafio implantar um centro de diagnóstico e acompanhamento ambulatorial das trombofilias, necessariamente multidisciplinar e contando com especialistas em Hematologia, Neurologia, Obstetrícia, Angiologia, Cardiologia e Cirurgia Vascular.

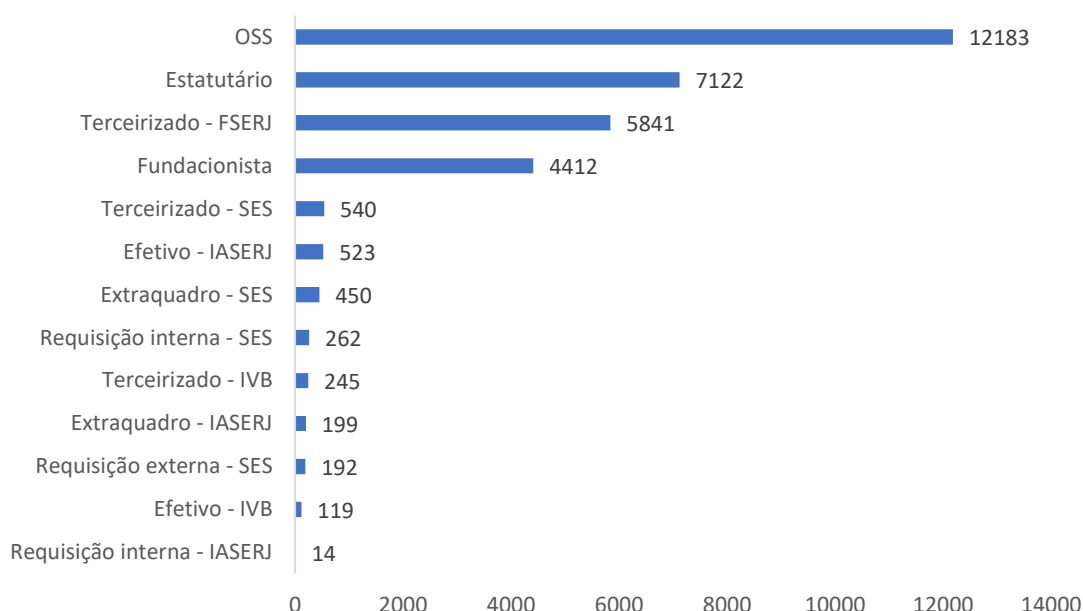
V. Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde

V.1. Recursos Humanos da SES

A força de trabalho da SES-RJ é composta por profissionais com variados vínculos empregatícios, de acordo com os modelos de gestão adotados para suas unidades e estruturas administrativas. Dessa forma apresenta profissionais estatutários, extraquadros, terceirizados para apoio administrativo, empregados públicos, celetistas terceirizados e profissionais liberais.

O gráfico 108 demonstra a distribuição dos citados vínculos nas unidades da SES-RJ, cuja força de trabalho totaliza 32.102 profissionais (RAG, 2022).

Gráfico 108. Força de Trabalho da SES-RJ



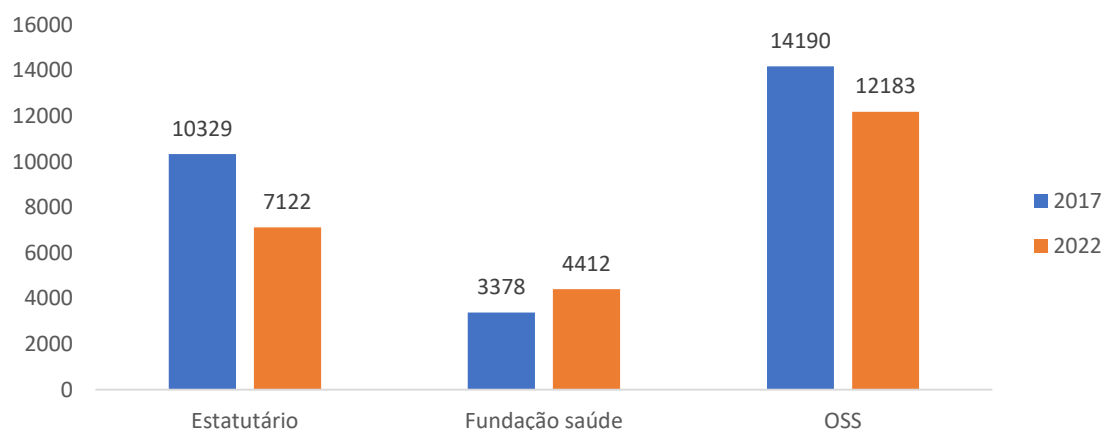
Fonte: Elaboração própria a partir do Relatório Anual de Gestão 2022 RAG 2022

O último concurso público realizado para a admissão de servidores estatutários deu-se em 2001, para áreas finalísticas e áreas meio das diversas categorias, e em 2011 para especialistas na gestão de saúde. A adoção dos novos modelos de gestão demandou estratégias para a captação e retenção de profissionais. Comparando-se os resultados do Relatório Anual de Gestão RAG – 2017 em relação ao ano de 2022, pode ser observada importante redução da força de trabalho estatutária, em função de aposentadorias, óbitos e desligamentos, correspondendo a 31% nos últimos cinco anos. Em contrapartida, a Fundação Saúde apresentou um acréscimo de 30% em número de profissionais.

Em cumprimento à determinação do governo do estado, por meio da [Lei nº 8.986/2020](#), a FSERJ vem assumindo gradativamente unidades que se encontravam sob gestão de Organizações Sociais de Saúde - OSS, qualificadas conforme disposto na [Lei nº 6.043/2011](#), o que tem ocasionado redução de profissionais das OSS, conforme pode ser verificado no gráfico 109. Dessa forma, para um conjunto definido de unidades assistenciais da SES, foram

realizados concursos promovidos pela Fundação Saúde - FSERJ para recomposição da força de trabalho, assim como seleção de profissionais para as unidades geridas por Organizações Sociais.

Gráfico 109. Comparativo da Força de Trabalho/SES



Fonte: Elaboração própria a partir de Relatório Anual de Gestão 2027 e Relatório Anual de Gestão 2022

Para identificar as vacâncias e estimar a demanda de novos profissionais para suprir as áreas técnicas deficitárias, em especial para as atividades ligadas à gestão, é estratégica a realização de um projeto de dimensionamento da força de trabalho da SES-RJ, tendo em vista as variadas categorias existentes e os diversos perfis de atuação na estrutura. Permanece como desafio, a ser enfrentado no próximo ciclo governamental, a realização de concursos públicos com vistas ao preenchimento das vagas ocorridas no vínculo estatutário, em meio às dificuldades impostas pelo Regime de Recuperação Fiscal, sob o qual se encontra o estado do Rio de Janeiro. Cabe ressaltar, ainda, a limitação enfrentada pela SES-RJ no que se refere ao preenchimento das lacunas existentes, tendo em vista a ocorrência de bloqueios nos cargos vagos, impossibilitando sua recomposição, o que reduziu o número de vagas para realização de concursos.

Em decorrência da reestruturação do gerenciamento das unidades de saúde, houve a necessidade de realocação de estatutários de suas unidades de lotação em função dos novos modelos de gestão propostos. Considerando a abrangência da SES-RJ no estado e tendo em vista as especificidades dos setores e das categorias, tem sido um desafio a promoção da devida alocação desses profissionais, principalmente em municípios onde a SES não mais possui unidades sob sua gestão. Desenvolver ações de “Acolhimento” para os estatutários que retornam à Administração Central devido às mudanças do modelo de gestão, o retorno de servidores cedidos a outros órgãos e a entrada de novos profissionais é estratégico, pois pode promover o conhecimento das atividades desenvolvidas pelos diversos setores da SES-RJ, facilitando a comunicação e a promoção racional da sua alocação, promovendo satisfação e produtividade nos ambientes de trabalho. Mantém-se como ação prevista a retomada do projeto “RH Itinerante”, através do qual são promovidos encontros com gestores de recursos humanos de todo o estado, de forma a facilitar a comunicação, o desempenho das atividades e

a padronização das rotinas. Cabe ressaltar a necessidade da sensibilização dos agentes públicos a respeito da importância do envio anual das declarações de bens via SISPATRI, uma obrigação legal para todos os servidores, evitando-se inadimplências e consequentes e recorrentes sindicâncias.

As informações sobre a força de trabalho atuante na SES-RJ são geradas por meio da compilação mensal dos dados funcionais dos profissionais (nome, vínculo, lotação, cargo, data de admissão etc.), os quais são obtidos a partir de sistemas informatizados e de arquivos individuais enviados pelas Unidades, de acordo com os diferentes modelos de gestão. Existe a necessidade de promover a interoperabilidade dos sistemas utilizados, de forma a minimizar o retrabalho e maximizar a automação. Essa limitação tem dificultado a captação dos dados nos diversos vínculos existentes, de forma a fornecer dados confiáveis que subsidiem a tomada de decisão da Administração Pública.

Cumpre destacar a implantação do Plano de Cargos e Remuneração da Secretaria de Saúde do estado do Rio de Janeiro e do Instituto dos Servidores do estado do Rio de Janeiro, disposto na [Lei nº 7946/2018](#) e alterado pela [Lei nº 9299/2021](#), que possibilitou ao quadro efetivo da SES-RJ e do IASERJ enquadramento em padrões de remuneração mais elevados, reduzindo a defasagem salarial existente. No entanto, a submissão do estado ao Regime de Recuperação Fiscal tem dificultado a implantação integral do Plano, apesar de ser um tema constante nas negociações. A manutenção regular da Mesa de Negociação, composta por representantes dos trabalhadores e da gestão, através do acompanhamento e do fornecimento das informações necessárias sobre a força de trabalho, benefícios e legislação de pessoal, promovendo o amplo diálogo, se configura como estratégia capaz de equacionar as demandas de melhorias e mediar conflitos.

V.I.1. Perícia Médica e Saúde Ocupacional

A perícia médica tem um papel fundamental para a saúde da sociedade, pois a atividade médico-pericial é ao mesmo tempo instrumento de paz social, garantindo o amparo legítimo ao beneficiário realmente incapacitado, e instrumento de controle para despesas evitáveis e decorrentes de pressões extradoença que podem colocar em risco o equilíbrio das instituições.

A mão de obra mais valiosa para o estado é o servidor público, e resguardar o direito deste agente nos casos de ausência de saúde, possibilitando ao mesmo o direito da recuperação da sua capacidade laborativa é primordial. O servidor público deve ser tratado com honradez e dignidade, para que reúna condições de oferecer um serviço eficiente e de qualidade à sociedade. Insta salientar a preocupação em prestar atendimento aos servidores que moram longe da capital fluminense, através de polo pericial descentralizado no interior do estado.

Por outro lado, as licenças médicas indevidas não geram impactos somente na área financeira, uma vez que o servidor afastado de forma irregular deixa de prestar seu serviço para sociedade, e tal ausência reflete diretamente na boa e ágil prestação do serviço público. Tal situação causa sobrecarga dos demais servidores, que precisam dar continuidade ao serviço e ainda dar conta de uma demanda que não diminui com o efetivo menor.

A Superintendência de Perícia Médica e Saúde Ocupacional (SPMSO) é responsável pelo atendimento a 180 mil servidores civis do estado do Rio de Janeiro e também atua como perícia previdenciária dos servidores públicos civis, além de homologar algumas concessões previdenciárias a servidores inativos das Forças Militares Auxiliares – CBMERJ e PMERJ. Também é responsável pela perícia da Secretaria Estadual de Trânsito que, anteriormente, era realizada através de empresa terceirizada de Perícia. A Perícia da Secretaria de Transporte (SETRANS), vinculada à da SPMSO, realiza a concessão do Vale-Social, que confere gratuidade para uso dos transportes coletivos aquaviário, ferroviário e metroviário para pessoas com deficiência e para pessoas portadoras de doença crônica de natureza física e/ou mental, cuja interrupção no tratamento possa acarretar risco de vida. São realizadas cerca de 4.500 concessões por mês através de 18 médicos da SPMSO lotados na SETRANS, mostrando eficiência e economicidade dos serviços próprios de Perícia.

Além das concessões de licenças médicas e previdenciárias e outros benefícios, a SPMSO trabalha com o monitoramento das mesmas, mapeando quais são as patologias e as classes de servidores que possuem o maior número de pedidos de afastamento. Esse dado possibilita às instituições estudar as questões que implicam neste aumento, para que sejam elaboradas ações, na rede de atenção do SUS, que promovam, protejam, assistam e reabilitem.

Ações desenvolvidas nos últimos cinco anos com recursos concedidos pela Comissão de Programação Orçamentária e Financeira do estado do Rio de Janeiro (COPOF) e SEFAZ para substituir os serviços terceirizados:

Com o reforço orçamentário específico obtido através do processo E-08/002/51/2015, que permite GEE de R\$ 4.500,00 para 24 médicos e 1 psicólogo, foi possível para a Perícia Médica mudar seu paradigma nos últimos anos a fim de combater fraudes e coibir licenças desnecessárias, bem como pensões irregulares do Rioprevidência as quais sangravam os cofres públicos.

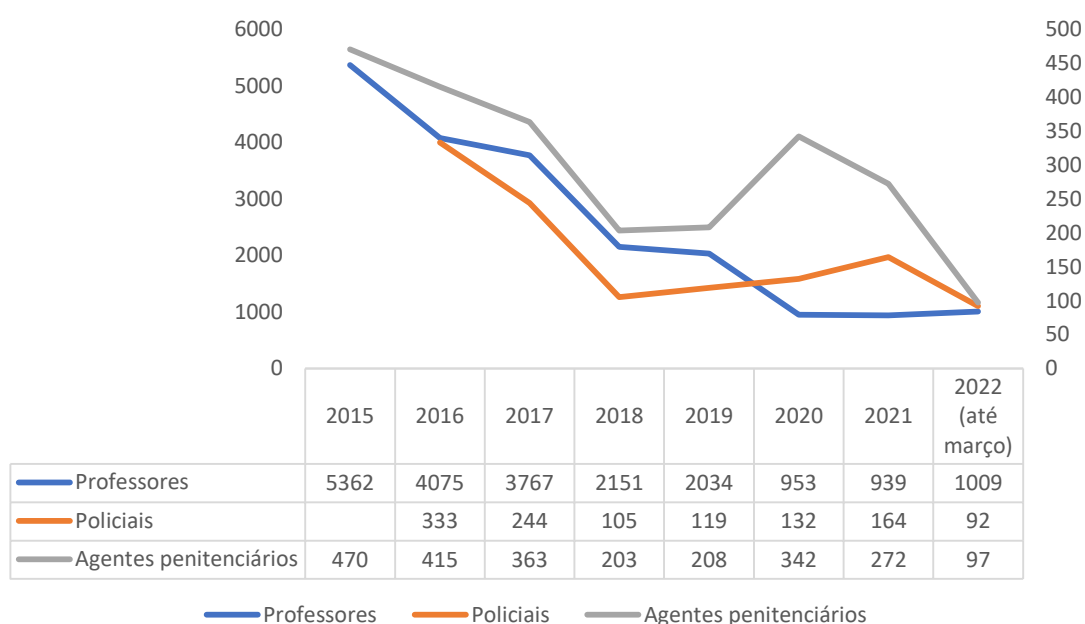
Quadro 44. Principais resultados na SEEDUC, SEPOL, SEAP e DPGE

Resultado	SEEDUC (professores)	SEPOL (policiais)	SEAP (agentes penitenciários)	DPGE (defensores públicos)
Redução de licenciados	Em 7 anos, de 5.362 para 1.009	Em 6 anos, de 333 para 92.	Em 7 anos, de 470 para 97	Em 5 anos, de 4 para 3
Retorno ao serviço	4.353 servidores, correspondendo a 81,18%.	241 servidores, correspondendo 72,37%.	373 servidores, correspondendo a 79,36%	UM servidor, correspondendo a 25,00%
Percentual de licenciados sobre o efetivo atual	1,44%.	1,00%	1,84%	0,77%

Fonte: Superintendência de Perícia Médica e Saúde Ocupacional (SPMSO)

Vale ressaltar que a SEAP, SEEDUC, SEPOL e outras instituições estaduais possuem como única força de trabalho os seus estatutários, sendo fundamental a manutenção da sua força de trabalho.

Gráfico 110. Acompanhamento dos licenciados, 2015-2022



Fonte: Superintendência de Perícia Médica e Saúde Ocupacional (SPMSO)

Resultados sobre o absenteísmo e o déficit previdenciário e sua importância na recuperação fiscal do estado

A situação mais grave para aumentar o déficit previdenciário são as habilitações de pensão indevidas. Como se observa na tabela a seguir, a SPMSO, através da mudança do seu paradigma, atingiu a economia com o não pagamento de pensões a dependentes que se apresentavam “incapazes para o trabalho”, mas que, pela avaliação médica rigorosa e pesquisa do setor de auditoria, foi verificado que tais pessoas desempenhavam atividades laborais remuneradas.

Tabela 104. Pensões indevidas negadas e economia estimada, considerando a expectativa de vida⁴⁴ do requerente, 2017-2021

Ano	Pensões indevidas negadas	Economia estimada, (R\$)
2017	6	R\$ 7.349.433
2018	31	R\$ 54.741.653,52
2019	91	R\$ 136.204.566,36
2020	69	R\$ 127.598.861,16
2021	97	R\$ 227.437.112,28
Total (2017-2021)	294	R\$ 553.331.626

Fonte: Superintendência de Perícia Médica e Saúde Ocupacional (SPMSO)

⁴⁴ Considerando que atualmente, de acordo com o último dado do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), a expectativa média de vida no Brasil é de 76 anos, a concessão indevida de um salário de um servidor público que ganhava R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), média salarial de um professor de carreira, a um dependente com 20 (vinte) anos de idade, que se apresenta incapaz para o trabalho, custaria à Administração Pública, ao longo de seus 70 (setenta) anos de vida, um gasto indevido na ordem de R\$ 3.640.000.

Necessário mencionar que, anualmente, são solicitadas cerca de 200 pensões a dependentes que se apresentam como incapazes para o trabalho. Dessas solicitações, cerca de 50 são negadas. Pode-se afirmar que negligenciar uma perícia médica de qualidade é apostar no aumento do déficit público e na perda da manutenção do equilíbrio fiscal do estado do Rio de Janeiro. Antes do novo paradigma da Perícia Médica quase que a totalidade das pensões para dependentes eram concedidas.

As ações da SPMSO foram reconhecidas pelos Secretários de Educação e Fazenda, bem como pelo Chefe do Executivo Estadual, sendo recomendada a divulgação dos resultados ao Comitê de Recuperação Fiscal, mostrando austeridade do estado quanto à situação das Perícias.

Demandas não atingidas

- ❖ Revisão periódica de cerca de 200 aposentadorias por invalidez que apresentam indícios de suspeição, podendo estes servidores estarem exercendo atividade laboral em outras administrações municipais, estaduais ou federais.
- ❖ Revisão periódica das habilitações de pensão cujos valores mensais ultrapassam R\$ 20 mil/mês.
- ❖ Revisão periódica dos auxílios-invalidez conforme determina o [Decreto Nº 3.044 de 22 de janeiro de 1980](#).
- ❖ Reversão para o quadro de ativos de todos os servidores aposentados por invalidez cuja incapacidade já tenha cessado.
- ❖ Implementação de Rede Estruturada de Internet em substituição à nossa Rede de Internet realizada com mão de obra local e material de baixo custo.

Ações que podem ser desenvolvidas para reduzir o déficit previdenciário

Em sintonia com a necessidade do estado de reduzir gastos e com a grande oportunidade de reduzir gastos sem diminuir a qualidade do serviço público, a Perícia Médica pode prestar uma imensa contribuição desde que sejam acrescentados alguns poucos instrumentos de trabalho.

- ❖ Revisão das aposentadorias por invalidez, inclusive aquelas que já têm evidências de possíveis inconformidades, com retorno dos servidores cuja invalidez tenha cessado para os quadros ativos evitando novas contratações, reduzindo os gastos desnecessários pela Administração Pública e melhorando a qualidade dos serviços.
- ❖ Revisão de concessões de auxílio-invalidez que acrescentam 20% aos salários dos inativos e deveria ser permanentemente revista, uma vez que as condições de manutenção desta concessão podem ter cessado.
- ❖ Implementação de novas medidas de auditoria, visitas domiciliares surpresa, criação de um grupo de peritos específico para as habilitações de pensão.
- ❖ Maior interação entre Rioprevidência, diversas Superintendências e Diretorias de RH das Secretarias de estado das diversas instituições e medidas de correção que já

foram implantadas em algumas Secretarias (SEEDUC, SEAP, SEPOL) para servidores que fraudam licenças ou concessões previdenciárias.

- ❖ Conscientização dos diversos gestores, conforme mencionado pelo Excelentíssimo Governador na reunião do dia 12 de janeiro de 2019, para que os diversos gestores sejam alertados que algumas situações, salvo em condições de excepcionalidade, devem ser coibidas, tais como servidores ocupando cargos comissionados com licenças prolongadas sem poderem desenvolver as atividades necessárias para cada Secretaria, ou servidores que possuem incapacidade parcial, readaptados para prestarem o serviço em suas instituições, porém quando possuem oportunidade de aumentar seus encargos através da nomeação em cargo comissionado o fazem ou se mostram incapacitados para determinadas atividades no estado, mas realizam em perfeitas condições na iniciativa privada.

V.2. Educação permanente

V.2.1. Formação de profissionais de saúde

As unidades hospitalares, institutos e nível central da SES são historicamente campo de formação profissional vinculados a programas e políticas indutoras da relação ensino-aprendizagem no SUS. Em 2021, foram aprovadas a [Resolução SES-RJ nº 2204/2021](#) e a [Resolução SES-RJ nº 2205/2021](#), que dispõem sobre o fluxo de assinatura dos Termos de Cooperação Técnica entre as Instituições de Ensino Públicas e Privadas e a SES-RJ, para concessão de campo de estágio curricular e campo de prática de pós-graduação, respectivamente. Essa modalidade de cooperação permite a formação dos alunos no contexto dos serviços. Em contrapartida, as unidades de saúde recebem contrapartida acadêmica das Instituições de Ensino. Até o ano de 2022, a SES assinou 25 Termos de Cooperação Técnica e hoje segue analisando documentação de outras 26 Instituições de Ensino proponentes, com a perspectiva de ampliar a concessão dos campos de formação em suas Unidades de Saúde. Em resposta à demanda por novas oportunidades de estágio extracurricular na área de saúde, a SES oferece Programa de Estágio Bolsista em Gestão de Políticas Públicas de Saúde - GPPS no nível central da SES para 100 vagas em diferentes áreas de graduação, com ampliação em 2023 para 160 vagas, e avalia a criação e financiamento de outros programas de estágio extracurricular.

A residência médica e multiprofissional é considerada como o padrão ouro para a formação de profissionais de saúde dado que oferecem especialização em serviço. A SES RJ mantém série histórica de financiamento de programas de residência médica hospitalar, residência médica em saúde da família e comunidade e residência multiprofissional. A SES oferta e financia 85 vagas de residência médica hospitalar para diferentes áreas de especialização em 09 de suas unidades hospitalares: HEGV, HETDL, IEDE, HEMORIO, CPRJ, IECAC, IEC, HEAL e HEMHS. Adicionalmente, financia 20 vagas do Programa de Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade da UERJ, para inserção de residentes em 10 municípios do estado: Maricá, Piraí, Volta Redonda, Mesquita, São Pedro da Aldeia, Cabo Frio, Nova Friburgo, Nova Iguaçu, Três Rios e Paraty, com expectativa de ampliação e com o objetivo de promover a fixação do médico nos municípios do estado e fortalecer a APS.

Mantém a oferta de 02 programas de residência multiprofissional, sendo um em Saúde Mental em parceria com a UERJ com campo de prática no CPRJ e outro programa de residência multiprofissional no HEMORIO, hospital escola da SES-RJ, na área de Hematologia e Hemoderivados.

Em 2022, através da Resolução SES-RJ 2.842/2022, a SES criou e credenciou no Sistema Nacional de Residência Multiprofissional a COREMU SES-RJ, que permitirá a criação de novos programas de residência multiprofissional nas unidades da rede SES-RJ para os próximos anos.

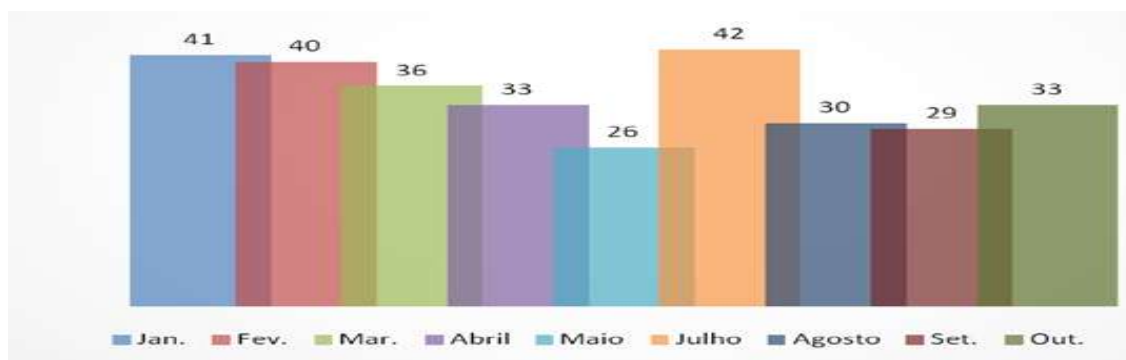
V.2.2. Qualificação profissional

V.2.2.1. Comissão de Integração Ensino Serviço Estadual (CIES-RJ)

Ações de articulação intersetorial e interinstitucional para desenvolvimento de projetos inovadores para o SUS configuram-se como um desafio, por reunirem as necessidades da gestão, dos trabalhadores, das instituições de ensino e do controle social para a qualificação dos trabalhadores para o SUS.

A CIES-RJ, com o advento da pandemia de Covid-19, logrou êxito no que tange à participação nas reuniões mensais realizadas na modalidade virtual a partir de 2021; contudo, nos dois últimos meses de 2022, percebemos um esvaziamento dos participantes das instituições de ensino. Neste momento, cumpre-nos ampliar novamente a participação da academia para contribuições nos projetos em desenvolvimento na SES-RJ.

Gráfico 111. Resumo de presença nas reuniões em 2022 – número de participantes

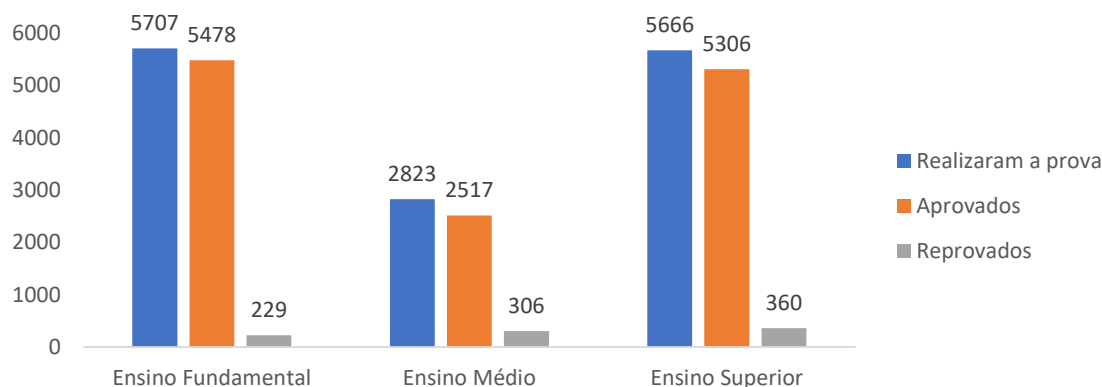


Fonte: Elaboração própria da SUPES/SES-RJ

V.2.2.2. Programa de Capacitação e Aperfeiçoamento (PCA)

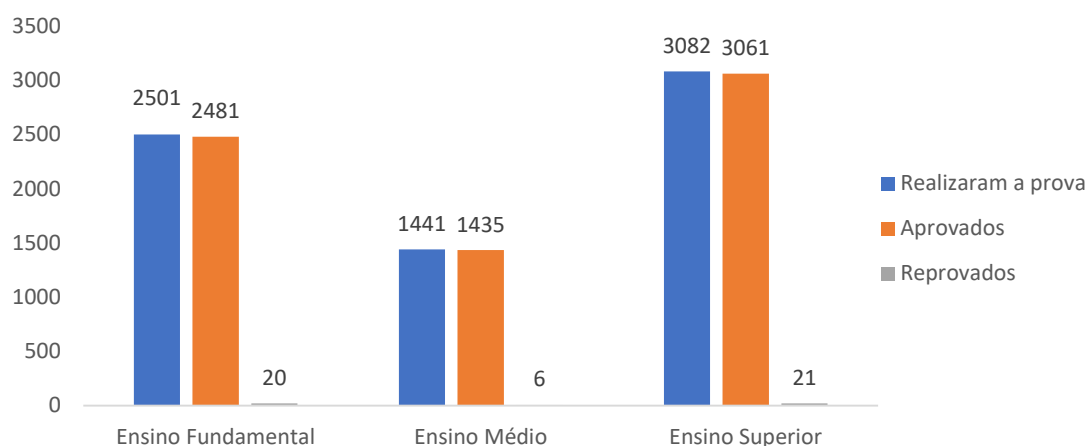
O Programa de Capacitação para Aperfeiçoamento (PCA) vem sendo oferecido como estratégia de qualificação aos servidores ativos da SES-RJ e IASERJ desde 2010, com temas relacionados à Gestão Administrativa, Gestão em Saúde e Gestão do Cuidado. Posteriormente foi realizada uma pesquisa junto aos servidores para sugestão de temas a serem abordados. O Programa iniciou com a participação de 14.136 servidores e em 2023, no 24º ciclo de estudos, a participação foi de 7.024 servidores.

Gráfico 112. Dados referentes ao 1º ciclo do PCA – Modelos Assistenciais de Saúde – Sistema Único de Saúde (SUS)



Fonte: Elaboração própria da SUPES/SES-RJ

Gráfico 113. Dados referentes ao 24º ciclo do PCA – Cuidado à Saúde da População em Situação de Rua



Fonte: Elaboração própria da SUPES/SES-RJ

V.2.2.3. Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos

A Educação Profissional realizada pelas Escolas Técnicas do SUS (ET-SUS), entre elas a Escola de Formação Técnica em Saúde Enfermeira Isabel dos Santos (ETIS) no ERJ, nas modalidades Técnica de Nível Médio e Formação Inicial a partir do processo de trabalho, desempenha papel estratégico no desdobramento das políticas de formação dos profissionais de nível médio dentro da estrutura do SUS, promovendo a formação dos trabalhadores numa concepção de escola-função, onde o espaço do trabalho torna-se também campo de aprendizagem. Aí são oferecidas atividades formativas de forma descentralizada, adequando as ações pedagógicas ao contexto loco-regional e qualificando assim a assistência para atendimento às necessidades dos usuários das unidades de saúde em seus territórios.

A ETIS desde 2013 atua na formação de cuidadores em Saúde Mental que trabalham na Rede de Atenção Psicossocial, especialmente nas Residências Terapêuticas (RTs), sendo a

primeira ET-SUS do Brasil a oferecer tal formação. Também promove a Qualificação Pedagógica para Tutores do Curso Introdutório para Agentes Comunitários de Saúde e promove e apoia a execução do Curso Introdutório para Agentes Comunitários de Saúde nos municípios do ERJ. A ETIS ainda desenvolve projetos de qualificação da força de trabalho do IASERJ, em parceria com o Centro de Estudos dessa unidade de saúde.

Devido à mudança domiciliar, a SES-RJ vem empreendendo ações de fortalecimento da ETIS no sentido de sua estruturação física e legal, a fim de que os desafios apresentados possam ser superados e a ETIS possa cumprir integralmente sua missão, ampliando a oferta de formações técnicas de nível médio no âmbito das habilitações e especializações técnicas, junto à força de trabalho que tem maior representação numérica no setor saúde: os trabalhadores de nível médio.

V.2.2.4. Educação Permanente em Saúde

A Educação Permanente em Saúde (EPS) tem como um dos seus principais objetivos promover a transformação das práticas, através da qualificação profissional e da problematização dos processos de trabalho no SUS. Constitui-se como uma política disparadora de processos transformadores, afirmando os trabalhadores da saúde como atores fundamentais e essenciais nos processos formativos e práticas pedagógicas.

Além das estratégias educativas presenciais nos territórios e nas unidades de saúde, a pandemia de Covid-19 entre os anos 2020/2021 reforçou ainda mais a necessidade de ações de educação na modalidade à distância, que já há alguns anos vinham sendo requeridas. Para tanto, no ano de 2023 inaugurou-se na SES-RJ o uso da Plataforma Virtual de Aprendizagem (AVASES), a qual permitiu agrupar ações de educação em saúde que vinham sendo implementadas de forma dispersa e sem a devida estrutura necessária a um ambiente de aprendizagem. O AVASES permitiu ampliar a formação e qualificação dos trabalhadores no âmbito do ERJ mediante o uso de tecnologias inovadoras e metodologias ativas.

No âmbito do estado do Rio de Janeiro, a qualificação dos profissionais de saúde e de seus processos de trabalho se dá através do apoio institucional às áreas técnicas e unidades de saúde da SES-RJ e às 9 (nove) regiões de saúde. Para tanto, anualmente é elaborado um Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) que congrega as ações educativas a serem desenvolvidas em todo o estado, sendo pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

A elaboração do PEEPS constituiu um movimento coletivo com atores das regionais, áreas técnicas e unidade de saúde da SES-RJ, baseado no diagnóstico de saúde para o ERJ, sempre em articulação com os instrumentos de planejamento em saúde e orçamentário no que tange às ações planejadas pelas áreas da SES-RJ. O PEEPS ainda é apreciado pelo coletivo da Comissão de Integração Ensino Serviço estadual (CIES estadual).

Para compor o PEEPS, as regiões elaboram anualmente seus Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), contendo o diagnóstico situacional da região e descrevendo os principais problemas/necessidades regionais, os quais são pactuados pelos gestores de saúde municipais nas plenárias da Comissão Intergestores Regional (CIR).

Nos territórios regionais, as Comissões de Integração Ensino Serviço regionais (CIES regionais) são as instâncias responsáveis pela condução da educação permanente. Todas as 9 (nove) regiões de saúde possuem coletivos CIES instituídos, com coordenadores ou coordenação colegiada (região Metropolitana I) pactuada regionalmente. A totalidade das CIES possui regimentos internos, sendo que parte (7 CIES) não os atualizou ainda e outra parte (2 CIES) os atualizou recentemente.

Um grande desafio vivenciado no âmbito de todas as 9 (nove) CIES regionais é a baixa participação dos seus membros nos encontros e reuniões, assim como no planejamento e implementação, monitoramento e avaliação das ações. Os técnicos que compõem essa Comissão não possuem carga horária específica dedicada à função e não recebem nenhum tipo de gratificação para tal, o que em muitos casos se constitui num empecilho para que desenvolvam projetos no âmbito da CIES. Para ilustrar tal situação, dos coordenadores de CIES regionais, 67% não têm carga horária municipal destinada ao trabalho deste coletivo e não atuam em áreas de educação nos municípios; e os outros 33%, apesar de atuarem em setores municipais de educação, também não possuem carga horária destinada especificamente para a CIES.

À vista da situação apresentada, a execução das ações de EPS planejadas constitui grande desafio aos coletivos das CIES Regionais; somente 11,6% das ações (5 ações) regionais planejadas para o ano de 2022 foram executadas, situação também observada no último triênio. Assim como os recursos regionais provenientes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que na maioria das regiões seguem depositados nos fundos dos municípios executores sem utilização.

As áreas técnicas e unidades de saúde da SES-RJ também compõem o Plano Estadual de Educação Permanente e anualmente planejam a execução de ações educativas. As áreas técnicas elaboram seus planejamentos considerando o corpo de profissionais da própria SES e aqueles do quadro de trabalhadores dos municípios, considerando as necessidades de saúde da população e de qualificação dos profissionais. Já as UPAS, Institutos e Hospitais planejam a qualificação técnica dos profissionais que atuam nas suas próprias unidades, considerando as especificidades de atendimentos e de referência de cada instituição de saúde. A execução, em ambos os Planos, de ações que requerem recursos financeiros por vezes é prejudicada devido à morosidade ou entraves jurídicos em sua execução.

Por meio do trabalho de apoio institucional, a SES-RJ vem acompanhando técnica-metodológica- pedagogicamente as CIEs regionais, áreas técnicas e unidades de saúde da SES-RJ no que tange ao planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de educação em saúde, sempre na busca pela melhoria do atendimento à saúde da população, por meio da qualificação dos profissionais que atuam no SUS estadual.

V.2.2.4.1. Coordenação de Pesquisa

A SES-RJ busca fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de ações intersetoriais de qualificação profissional, formação e pesquisa em saúde. Estas ações envolvem a qualificação dos gestores e profissionais que atuam no nível estadual e municipal de toda a rede SUS; a formação profissional de nível médio e superior, por meio de estágios

curriculares, extracurriculares e programas de residência, para provimento de força de trabalho qualificada segundo os preceitos do SUS; além do apoio à execução de projetos científicos para gerar inovação, conhecimento e tecnologia que auxiliem no enfrentamento dos problemas de saúde da população do estado do Rio de Janeiro. O debate sobre a importância das pesquisas para os sistemas e serviços de saúde vem ganhando força como componente indispensável à incorporação de novos conhecimentos e práticas ao SUS estadual. A SES-RJ vem fortalecendo o desenvolvimento de pesquisas estratégicas, relevantes para o enfrentamento dos desafios do SUS e para a melhoria das condições de saúde da população no ERJ.

A Coordenação de Pesquisa foi criada em 2019 com o objetivo de acompanhar e disseminar os produtos e resultados das pesquisas desenvolvidas no âmbito da saúde do estado do Rio de Janeiro, promover o debate sobre as investigações científicas, valorizar a produção de conhecimento em saúde, contribuir para o aperfeiçoamento das políticas públicas no estado e apoiar parcerias entre pesquisadores e gestores para o uso qualificado e incorporação dos resultados de pesquisa para a tomada de decisão. Em 2022, foi elaborada a Agenda Estratégica de Pesquisa (AEP SES-RJ), que se propôs a identificar e definir linhas estratégicas de pesquisa com objetivo de prevenir e apoiar o enfrentamento de problemas de saúde, contribuir para a redução de desigualdades e para a melhoria das práticas de gestão e assistência à saúde, com base nas prioridades centrais da SES-RJ. O resultado foi a definição de 51 linhas de pesquisa, alinhadas aos objetivos e metas do PES (2020-2023) distribuídas em onze eixos temáticos, a saber: Atenção à Saúde das Populações Vulneráveis; Atenção Hospitalar e Especializada; Atenção Primária à Saúde; Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis - DANT; Doenças Transmissíveis; Educação em Saúde; Informação e Saúde; Redes de Atenção à Saúde; Saúde Mental; Segurança do Paciente e Vigilância em Saúde. Entre 2020 e 2023 foi identificada ainda a necessidade de ampliar e fortalecer a democratização do conhecimento, dar visibilidade, assegurar a memória institucional e promover o acesso a conteúdos produzidos sobre a saúde do estado do Rio de Janeiro. Da mesma forma, a importância de avaliar e acompanhar os aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos na SES-RJ, contribuindo para a qualidade das pesquisas e para a discussão do seu papel no desenvolvimento institucional.

As estratégias voltadas para a disseminação do conhecimento ainda se dão de forma incipiente, sendo fundamental ampliar os espaços de divulgação científica e debate sobre o uso qualificado da informação em saúde para a tomada de decisão, fomentar a reflexão crítica sobre temas da atualidade relacionados às políticas públicas em saúde e aos fatores que repercutem nas condições de vida e no cuidado de saúde das populações. Por fim, é preciso investir na qualificação do corpo técnico da Revista de Educação, Pesquisa e Informação em Saúde (REPIS) para as atividades editoriais, com a finalidade de avançar na produção científica no campo da saúde pública e na indexação de materiais na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

VI.1. Comissão Intergestores Bipartite

A Comissão Intergestores Bipartite do Rio de Janeiro (CIB-RJ) foi criada em 12 de julho de 1993 através da Resolução nº 855 da SES-RJ. Atualmente a CIB/RJ é composta por vinte e quatro membros da SES-RJ, vinte e quatro membros do COSEMS/RJ e um representante do Ministério da Saúde, sendo presidida pelo Secretário de Estado de Saúde. A Câmara Técnica (CT), por sua vez, é constituída de doze membros da SES-RJ e doze membros do COSEMS/RJ. As reuniões da CIB-RJ, assim como as da CT, ocorrem em intervalos mensais, sendo eventualmente realizadas reuniões extraordinárias conforme a necessidade e premência da resolução de determinados assuntos.

A Secretaria Executiva da CIB (SE-CIB) funcionou de 2019 a março de 2021 sem a figura instituída do Secretário Executivo. Esta ausência gerou alguns entraves para os processos internos de organização da SE-CIB, porém não interferiu na realização das reuniões da CT e ordinárias. Em março de 2021, o cargo de Secretário Executivo da CIB-RJ foi ocupado, e fez-se necessário destacar algumas das atribuições inerentes ao cargo como a organização das reuniões de Câmara Técnica (CT) e da CIB-RJ, além de secretariar o presidente/suplente da CIB-RJ. Neste período também foi realizada a atualização de processos administrativos internos da Secretaria Executiva, o que resultou em ampla divulgação, para áreas técnicas da SES-RJ, COSEMS e municípios do estado, do fluxo de solicitação de pautas nas reuniões da CT e ordinárias da CIB-RJ.

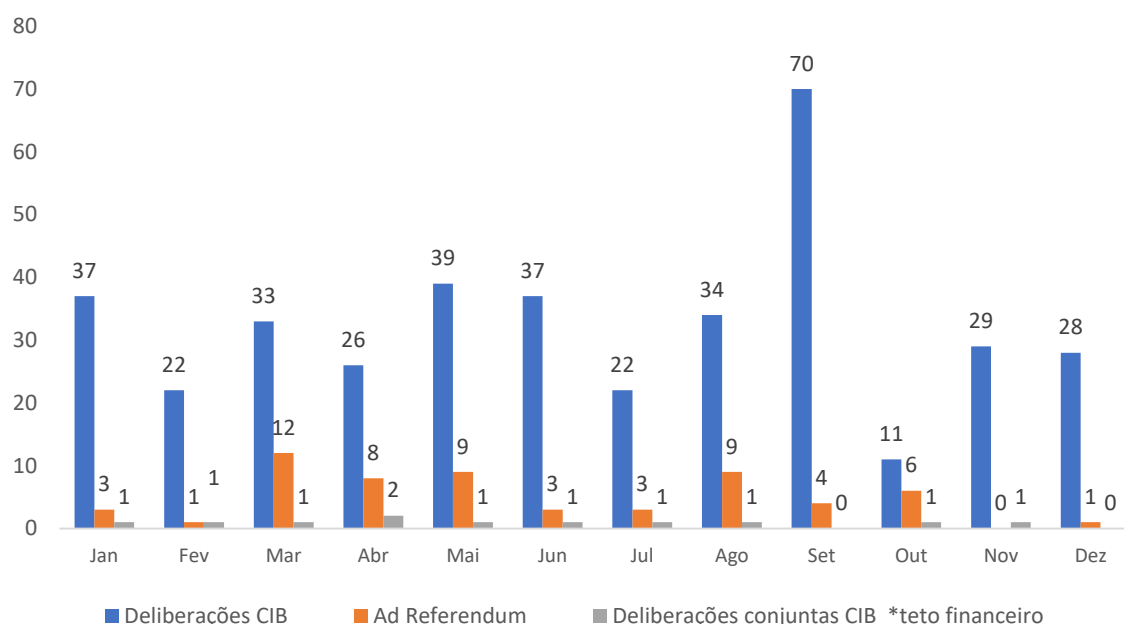
Em 2021 foi retomado o processo para atualização do site da CIB-RJ, como parte do conjunto de medidas para a modernização do funcionamento da Secretaria Executiva, bem como do processo de aumento da transparência sobre os assuntos trabalhados nas reuniões da CIB-RJ. O site tem como função dar publicidade às Deliberações pactuadas em CIB, à síntese e às atas das reuniões ordinárias.

Durante todo o ano de 2021 e 2022, ainda fortemente impactados pela pandemia de Covid-19, todas as reuniões da Câmara Técnica (CT) e Ordinárias da CIB-RJ foram realizadas no formato de web conferência, pela plataforma Zoom, com o apoio do COSEMS-RJ. Em 2023 as reuniões ainda seguem neste formato remoto, e se apresenta como um desafio operacionalizar, junto à SES-RJ, sua realização com tecnologias híbridas (formato presencial e remoto) para estimular a participação de gestores e técnicos, municipais e da SES-RJ, principalmente na reunião ordinária da CIB-RJ.

VI.1.1. A CIB-RJ em números: resumo das pactuações ao longo do ano de 2022

Ao longo do ano de 2022 foram publicadas 393 Deliberações CIB, 59 Deliberações *Ad Referendum* e 11 Deliberações Conjuntas CIB, sendo o mês de setembro o de maior volume de pactuações, e o mês de outubro, mês da realização das eleições para os cargos do executivo estadual e federal, o de menor número de publicações. No gráfico a seguir é possível verificar a distribuição das Deliberações ao longo do ano de 2022.

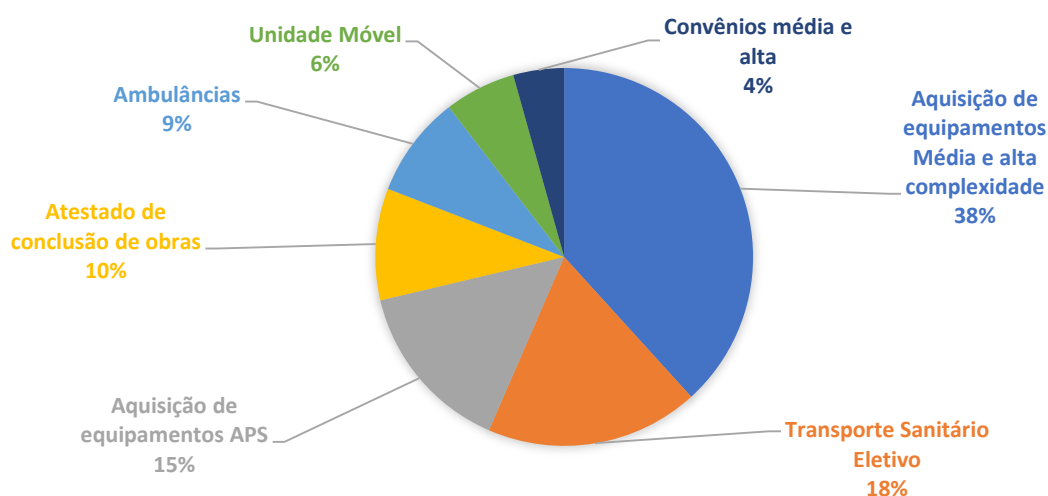
Gráfico 114. Deliberações CIB, Deliberações *Ad Referendum* e Deliberações CIB-RJ publicadas no ano de 2022.



Fonte: Deliberações CIB publicadas em 2022.

Em relação às pautas que foram objetos de pactuação nas reuniões ordinárias da CIB-RJ ao longo de 2022, destacaram-se as emendas parlamentares e seus diferentes objetos, os credenciamentos e habilitações e os cofinanciamentos estaduais. As emendas parlamentares estiveram presentes na pauta das doze reuniões ordinárias da CIB-RJ, sendo os meses de maio e setembro os de maior número de pactuações, o que resultou ao final de 2022 em 115 Deliberações CIB. Em relação à habilitação e credenciamentos de serviços, o mês de setembro teve destaque nessas solicitações e ao longo do ano foram publicadas 111 Deliberações CIB. Já os cofinanciamentos estaduais totalizaram ao longo do ano 33 Deliberações CIB.

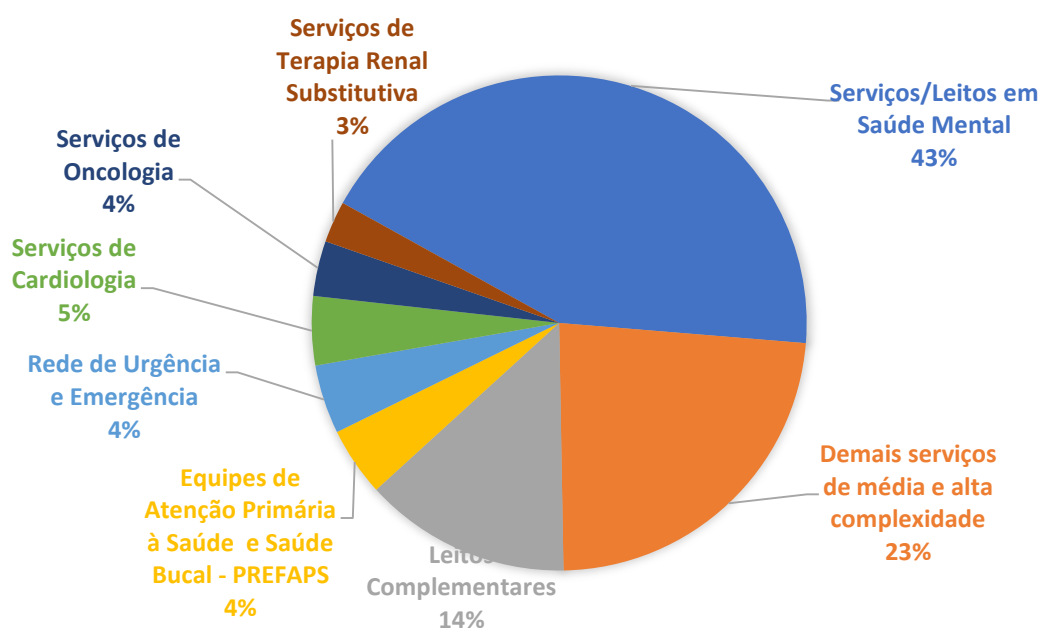
Gráfico 115. Objetos de pactuação das emendas parlamentares no ano de 2022.



Fonte: Deliberações CIB publicadas em 2022.

Quanto às emendas parlamentares, das 115 publicadas ao longo de 2022, verificou-se que grande parte versava sobre a solicitação de aquisição de equipamentos de média e alta complexidade (38%), seguidas por objetos relacionados à atenção primária à saúde (APS), que teve como destaque a solicitação de transporte sanitário eletivo (18%), seguido pela solicitação de aquisição de equipamentos (15%) e atestado de conclusão de obras de UBS (10%). Também foram objetos de solicitação por parte dos municípios emendas para a aquisição de ambulâncias (9%), unidades móveis (6%) e celebração de convênios de média e alta complexidade (4%).

Gráfico 116. Credenciamentos e habilitações de serviços pactuados em CIB no ano de 2022.



Fonte: Deliberações CIB publicadas em 2022.

Os credenciamentos e habilitações, no ano de 2022, geraram a publicação de 111 Deliberações CIB. O destaque, no ano de 2022, foi a implantação/credenciamento de serviços/leitos relacionados à saúde mental, que respondeu por 43% das Deliberações pactuadas. As pactuações relacionadas ao credenciamento de leitos complementares corresponderam a 14% das publicações. Dentre estas se ressalta a importância da publicação da [Deliberação CIB-RJ nº 7038](#), que solicitou ao Ministério da Saúde a habilitação de 625 leitos de UTI para assistência geral no estado do Rio de Janeiro, com base na Portaria MS nº 220/2022. Em relação ao credenciamento de equipes de APS e Saúde Bucal, o MS publicou um novo fluxo de credenciamento desburocratizado para serviços e equipes de saúde no âmbito da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) - [Portaria nº1710/2019](#). Porém, para fazerem jus ao componente expansão do PREFAPS, a SAPS/SES-RJ pactua os projetos de implantação das equipes na CIB-RJ solicitados pelos municípios.

A natureza de colegiado deliberativo faz com que seja extremamente importante dar transparência a todas as pactuações realizadas nas reuniões ordinárias da CIB-RJ, e para tal se faz necessário o desenvolvimento de ações e atividades que contribuam para esta finalidade.

VI.2. Comissões Intergestores Regionais - CIR

A Governança Regional foi implementada com o Pacto pela Saúde (2006), por meio dos Colegiados de Gestão Regional – CGR, sendo instituídos no estado, em 2009, um para cada região de saúde. Com o [Decreto nº 7508/2011](#), os CGR passaram a constituir as Comissões Intergestores Regionais – CIR, que são fóruns gestores bipartite, compostos pelos secretários municipais de saúde como membros titulares, e seus suplentes, e por um representante da SES-RJ, também com um suplente.

Para assessorar e coordenar os processos administrativos, além de apoiar os trabalhos desenvolvidos nas regiões, foram criadas as Secretarias Executivas, cujas representantes são descentralizadas nos municípios sede das CIR, e são ligadas à Assessoria de Regionalização da SES-RJ.

As nove regiões de saúde fazem reuniões ordinárias mensais das CIR, precedidas de reuniões de Câmara Técnica, para discussões prévias ao fórum deliberativo, além de reuniões extraordinárias, quando necessárias.

Existem ainda diversos fóruns técnicos temáticos bipartite regionais: grupos técnicos, grupos condutores, comitês, comissões, que tratam de temas relacionados à atenção à saúde e à gestão e subsidiam os gestores para a tomada da decisão no âmbito regional, a saber:

- ❖ Grupo técnico regional/PRI
- ❖ Grupo técnico de vigilância em saúde
- ❖ Grupo técnico de atenção primária
- ❖ Grupo técnico de planejamento
- ❖ Grupo técnico da assistência farmacêutica
- ❖ Grupo técnico de certificação de óbito
- ❖ Grupo técnico de regulação
- ❖ Grupo técnico de saúde do trabalhador
- ❖ Grupo técnico de enfrentamento a violência
- ❖ Grupo técnico da PPI
- ❖ Grupo condutor regional da RUE
- ❖ Grupo condutor regional RCPD
- ❖ Grupo condutor regional Rede Cegonha
- ❖ Grupo condutor regional RAPS
- ❖ Comissão de integração ensino-serviço regional

Destacam-se como oportunidades destes fóruns: o conhecimento da realidade de cada região de saúde; a regularidade com que ocorrem as reuniões das CIR; a proximidade dos profissionais da SES com as regiões e, rotineiramente, com os profissionais municipais; bem como a presença de profissionais estaduais descentralizados.

Para o próximo quadriênio, têm-se como desafios aumentar a regularidade da participação dos secretários municipais de saúde nas reuniões das CIR e a regularidade das reuniões técnicas regionais.

VI.3. Planejamento Regional Integrado – PRI

A regionalização da saúde é um processo técnico-político que visa delinear recortes espaciais funcionais num território, por meio do agrupamento de municípios que se identifiquem com respeito a algumas características necessárias à organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A conformação de regiões de saúde considera a análise dos determinantes socioeconômicos, do perfil epidemiológico e demográfico, das demandas por ações e serviços e dos recursos disponíveis. Tem a finalidade de promover a descentralização da atenção à saúde, a gestão cooperativa entre os municípios, a prestação de serviços de forma complementar e o compartilhamento de responsabilidades entre as esferas de governo. Este arranjo territorial busca o menor deslocamento possível dos usuários para obter o atendimento necessário, observando-se o princípio da economicidade. O desenho das regiões de saúde no estado do Rio de Janeiro se deu a partir das Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS/SUS - 2001/2002, quando foram configuradas as nove regiões que se mantêm até o presente.

No âmbito do Planejamento Regional Integrado (PRI), mais recentemente, houve pactuações em reuniões da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, cujas normas foram formalizadas nas Resoluções, a seguir:

- ❖ Resolução CIT nº 23/2017, que estabeleceu diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, a ser elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;
- ❖ Resolução CIT nº 37/2018, que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde;
- ❖ Resolução CIT nº 44/2019, que define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do [Decreto nº 7.508/2011](#), é o resultado do Planejamento Regional Integrado.

O planejamento regional é contínuo e, periodicamente, produz planos de saúde, que são alinhados com o Plano Estadual de Saúde – PES e com os planos municipais de saúde – PMS, no que diz respeito às ações e serviços no âmbito regional. Os planos regionais são guias que direcionam as ações a serem realizadas no SUS pelas esferas de governo, no sentido de estruturar a Rede de Atenção à Saúde nesses territórios.

No estado, o processo de construção do plano regional de saúde teve início em 2018, com a elaboração do diagnóstico da situação de saúde, de forma bipartite. O diagnóstico foi finalizado pela Assessoria de Planejamento em Saúde da SES-RJ, com a publicação no site da Secretaria, no início de 2020.

No ano de 2021, de forma tripartite, foi retomado o processo de Planejamento Regional Integrado, motivado pela adesão ao projeto PROADI/SUS - Fortalecimento dos processos de governança, organização e integração da RAS, ocasião em que foi pactuada, de

forma temporária, uma única macrorregião de saúde para o ERJ - o seu próprio território (Deliberação CIB-RJ nº 6.475/2021).

Essa pactuação, de caráter provisório, permanecerá até que seja realizada uma análise mais detalhada, para que uma possível composição macrorregional mais adequada para o estado seja identificada. Tal decisão foi baseada na compreensão de que, até o momento, a integralidade da atenção acontece em grande parte no âmbito estadual.

Em 2022, para o processo de elaboração dos planos regionais, foram pactuadas as prioridades sanitárias do estado (Deliberação CIB nº 7.019/2022) e selecionadas, dentre elas, uma doença (câncer de mama) e um ciclo de vida (atenção materno infantil) para se iniciar o trabalho de organização das linhas de cuidado, com a finalidade de promoção da atenção integral.

A elaboração dos nove planos regionais de saúde do ERJ, fechando este ciclo do planejamento regional, está prevista para o ano de 2024, com início de sua execução no mês de janeiro de 2025 e vigência de três anos, referentes ao período de 2025 a 2027.

Para o próximo ciclo quadrienal, 2024-2027, a gestão da SES-RJ definiu como prioridades sanitárias para organização e qualificação de linhas de cuidado, em continuidade ao desenvolvimento do PRI e dos planos estadual e regionais: o câncer de mama, a atenção materno infantil, o infarto agudo do miocárdio, o câncer de próstata, a tuberculose, o acidente vascular cerebral e a atenção às urgências e emergências. Esses temas foram selecionados dentre as prioridades pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite, estão em consonância com os programas de apoio da SES-RJ às Secretarias Municipais de Saúde que estão em curso, e se encontram contemplados no PES 2024-2027.

É importante ressaltar os fatores que concorrem para o êxito deste processo, dentre eles: o consenso das três esferas de governo quanto ao desenvolvimento do PRI e dos planos regionais; a instituição de reuniões regulares do Grupo Condutor Estadual do Planejamento Regional Integrado – GCE/PRI, bem como dos nove Grupos Técnicos Regionais do Planejamento Regional Integrado – GTR/PRI; e a coordenação bipartite dos GTR pelos secretários executivos das CIR e apoiadores regionais do COSEMS-RJ.

A participação contínua dos profissionais das áreas fins da SES-RJ e das SMS na organização/qualificação das linhas de cuidado selecionadas se configura como o principal desafio para a concretização das suas etapas fundamentais: identificação das prioridades e das especificidades de cada região de saúde; mapeamento dos pontos de atenção, do sistema de apoio e do logístico, com as respectivas competências das Linhas de Cuidado (LC); mapeamento do fluxo de deslocamento dos usuários; identificação dos nós críticos para os usuários obterem a atenção integral, qualificada e oportuna; monitoramento da trajetória dos usuários nas LC; avaliação da execução dos planos regionais. Apontam-se também como desafios a pactuação de ações para solução dos nós críticos e a execução das ações de melhoria.

VI.3.1. Consórcios Intermunicipais de Saúde - CIS

No SUS, os CIS atuam como uma ferramenta de apoio à gestão. Têm um papel importante na operacionalização de ações e serviços de saúde de âmbito regional, melhorando a eficiência na prestação destes serviços públicos por meio do desenvolvimento de ações conjuntas, de interesse comum dos gestores, nas regiões de saúde.

Atualmente, o estado do Rio de Janeiro possui os seguintes Consórcios Intermunicipais de Saúde:

- ❖ CISBAF - Baixada Fluminense
- ❖ CISMEPA - Médio Paraíba
- ❖ CIS/CS - Centro Sul
- ❖ CIS SERRA - Serrana
- ❖ CISBALI - Baixada Litorânea
- ❖ HEMOLAGOS - Baixada Litorânea, específico para o gerenciamento do Hemocentro
- ❖ CONSPNOR, CISNOVO e CODESP – Noroeste, com os municípios em diversas composições
- ❖ CONLESTE (multifinalitário) – composto pela Metropolitana II e alguns municípios de outras regiões de saúde
- ❖ CIDENNF (multifinalitário) - composto pelos municípios da região Norte e alguns municípios da região Noroeste.

Na Baía da Ilha Grande, não houve evolução em se firmar acordo para implantar consórcio. Alguns avanços foram observados nas relações com os consórcios no estado nos últimos anos, entre os quais estão a [Lei Estadual nº 9447/2021](#), que autorizou o Governo do estado do Rio de Janeiro a integrar consórcios intermunicipais de saúde; a Resolução SES-RJ nº 2967/2023, que instituiu o Grupo de Trabalho para fomento dos Consórcios Públicos como instrumento de gestão regional das ações de média complexidade no estado; e a pactuação da atualização do regimento interno das CIR, com a finalidade de formalizar a participação de dois representantes executivos dos CIS nas reuniões ordinárias e extraordinárias das CIR, com direito a voz, porém não a voto.

É relevante que se debatam no desenvolvimento do PRI, e se definam na elaboração dos planos regionais, as ações e serviços que possam ser operacionalizados pelos CIS.

Uma das ações de saúde gerenciada por CIS é o SAMU 192 Regional. O CISBAF (Baixada Fluminense) e o CISMEPA (Médio Paraíba) gerenciam esse serviço. Há 04 consórcios que estão se organizando para também gerenciar os respectivos SAMU 192 Regional, que são: CONSPINOR (Noroeste), CISBALI (Baixada Litorânea), CISSERRA (Serrana) e CIDENNF (Norte).

Os consórcios da Baixada Fluminense, Centro Sul, Noroeste, Norte e Serrana fazem aquisição de consultas, exames e alguns procedimentos cirúrgicos, majoritariamente de média complexidade, para os respectivos municípios consorciados.

Para o governo do estado e, por conseguinte, a SES se associarem aos CIS, é necessária a publicação de decreto que regulamente a [Lei Estadual nº 9447/2021](#), e que se definam com quais consórcios pretendem se engajar e para quais projetos ou programas da Secretaria os consórcios poderão operacionalizar ações e serviços de saúde regionais.

Por fim, é preciso garantir a continuidade da participação efetiva dos municípios nos consórcios intermunicipais de saúde, assim como sedimentar a cooperação entre os entes do SUS, no sentido de fortalecer os CIS.

VI.4. Controle Social

O Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro - CES/RJ é um órgão colegiado de caráter deliberativo, previsto e normatizado pela [Lei Federal nº 8142/90](#) e outras Resoluções e leis afins, e que no estado do Rio de Janeiro foi regulamentado pela [Lei Complementar Estadual nº 152/2013](#). É composto por 36 (trinta e seis) representantes titulares, com o mesmo número de suplentes (usuários, profissionais de saúde e gestores), entre eles representantes dos conselhos municipais de saúde das nove regiões do estado, que somam 92 municípios a serem apoiados.

A presidência do CES-RJ é eleita pelos votos dos conselheiros, exceto o segmento gestor. É ocupada em rodízio pelos três segmentos, tendo cada um deles o mandato de 1 (um) ano, e o colegiado CES/RJ com mandato de 3 (três) anos. No dia 25.07.2023 ocorreu a plenária de eleição para a presidência do CES/RJ, atualmente ocupada pelo segmento dos usuários.

Atua na formulação de estratégias que visam o fortalecimento do controle social e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. O CES/RJ tem como diretrizes, além da gestão participativa e do controle social, a busca pela melhoria no acesso do cidadão aos serviços, a harmonia de ações nos municípios e regiões de saúde, e a ampliação da participação efetiva do usuário no SUS.

Seus principais objetivos são:

- ❖ Acompanhar o planejamento do SUS do estado do Rio de Janeiro.
- ❖ Participar da elaboração, deliberar sobre o Plano Estadual de Saúde e fiscalizar a sua execução, assim como das programações anuais e avaliação dos relatórios de gestão.
- ❖ Fiscalizar a política estadual de saúde e a execução orçamentária da SES-RJ

Ao CES/RJ cabe precipuamente a participação regular na formulação e monitoramento da execução da política pública de saúde no âmbito do estado do Rio de Janeiro, e para isso realiza periodicamente Conferências Estaduais de Saúde que envolvem a participação dos 92 municípios do estado. Recentemente foram realizadas a 5ª Conferência Estadual de Saúde Mental, nos dias 17 e 18 de setembro de 2022, e a 9ª Conferência Estadual de Saúde nos dias 26, 27 e 29 de maio de 2023.

Prezando por um colegiado estruturado, forte, regular e atuante, o CES/RJ possui 8 (oito) comissões permanentes, 2 (duas) comissões intersetoriais, 3 (três) comissões temáticas e 1 (um) grupo de trabalho criado especificamente para atuar na análise de documentações

dos Conselhos Municipais de Saúde – CMS. Por ocasião da realização da 9ª Conferência Estadual de Saúde, foram constatadas as dificuldades dos municípios em atender às exigências expostas no Regimento Interno do CES/RJ, que norteou a realização da Conferência, o que levou o CES/RJ a identificar irregularidades documentais nos Conselhos Municipais de Saúde (CMS). O Grupo de Trabalho vem atuando junto a esses conselhos no sentido de apoiar sua regularização. Cabe ressaltar que as comissões e o grupo de trabalho citados possuem formação paritária, o que atribui equilíbrio às decisões tomadas.

Observa-se dificuldades para avaliação dos instrumentos de planejamento pelos Conselhos de Saúde, o que leva à necessidade de investir na qualificação de conselheiros para essa finalidade. De acordo com dados do Ministério da Saúde, na região Sudeste, o estado do Rio de Janeiro possui o maior percentual de pendências por falta de avaliação dos instrumentos de gestão pelo CES/RJ e pelos Conselhos Municipais de Saúde. Alguns municípios apresentam percentual acima de 70% de instrumentos não avaliados por seu CMS.

Verificou-se também a falta de infraestrutura necessária para o funcionamento adequado dos Conselhos: salas adequadas e climatizadas, falta de profissionais administrativos, profissionais para assessoramento jurídico e contábil, equipamentos de informática e disponibilidade de veículos para ações de fiscalização. Entende-se que os principais desafios para o fortalecimento do controle social estão ligados a questões de qualificação e capacitação permanente de seus membros, tanto a nível estadual como municipal, para o entendimento de suas atribuições e competências, estabelecidas nos dispositivos legais.

VI.5. Políticas de Humanização

As práticas de Humanização estruturadas por meio das diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH, vêm sendo desenvolvidas de forma transversal e compartilhada nas unidades sob gestão estadual nas regiões Metropolitanas I e II, e em alguns municípios tais como Magé, Seropédica, Duque de Caxias, São Gonçalo e Saquarema, em parceria com diversas áreas técnicas da SES-RJ, por meio da Assessoria Técnica de Humanização – ASSTH, que desenvolve o trabalho presencialmente com a atuação de seus Apoiadores Institucionais.

Com o objetivo de promover e mediar os espaços técnicos implantados, baseados nos dispositivos descritos pela PNH - Acolhimento, Ambiente, Valorização do Trabalhador, Gestão Participativa e Cogestão, Clínica Ampliada e Compartilhada e Defesa dos Direitos dos Usuários, são desenvolvidas ações visando garantir o acesso aos serviços de saúde e assistência integral, incluindo a absorção dos usuários nas unidades de APS de referência em seu território de moradia. O trabalho se desenvolve atualmente em quatro frentes: Apoio institucional, Maternidades, Hotelaria Hospitalar e Saúde e Cultura.

VI.5.1. Apoio institucional

Os Grupos de Trabalho de Humanização - GTH - formados pelos profissionais administrativos e assistenciais das unidades descritas no quadro 45 atuam utilizando em suas práticas as diretrizes da PNH. Nos encontros são discutidas melhorias nos processos de

trabalho, ambiência, espaços para os colaboradores, fluxos assistenciais e de atenção à família e atividades culturais dirigidas aos usuários. Com a inserção cada vez mais presente do apoio religioso nos hospitais, se faz necessária a organização dos voluntários religiosos, a fim de controlar o acesso e garantir a diversidade de credo. Todos os hospitais estão habilitados a criar e desenvolver esse grupo a partir de iniciativas da gestão da unidade e pactuação junto ao apoio institucional da SES-RJ.

Quadro 45. Hospitais sob gestão estadual com GTH implantado

Nome Fantasia	Sigla
Hospital Estadual Ricardo Cruz	HERCruz
Hospital Estadual Getúlio Vargas	HEGV
Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer	IECPN
Hospital Estadual Azevedo Lima	HEAL
Hospital Estadual Alberto Torres	HEAT
Instituto Estadual Ary Parreiras	IETAP
Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro	CPRJ
Hospital Regional do Médio Paraíba Zilda Arns	HRMPZA
Hospital Nossa Senhora dos Lagos	HLagos
Hospital Estadual da Mãe de Mesquita	Hmãe
Hospital Estadual da Mulher Heloneida Studart	HMulher
Hospital Estadual Anchieta	HEAN

Fonte própria – agosto de 2023 – ASSTH – SUBAS/SES-RJ

Buscando garantir a assistência integral do usuário atendido nos equipamentos sob gestão estadual, entende-se como primordial ampliar a discussão com o município do Rio de Janeiro, para garantir o redirecionamento responsável dos usuários atendidos do entorno das unidades ali localizadas, considerando o número de hospitais gerenciados pela SES-RJ situados na capital. Hoje esse fluxo é estruturado por meio das reuniões do projeto Humaniza Rede e tem rendido bons frutos, como o mapeamento de pacientes com hipertensão e diabetes do território a fim de entender se estes pacientes estão sendo acompanhados pela Clínica da Família correspondente.

O projeto Humaniza Rede visa difundir, em reuniões mensais, as ações propostas na PNH tais como: visita ampliada, valorização do trabalhador, comunicação de notícias difíceis, entre outros temas, para posteriormente construir um plano de Humanização personalizado conforme o perfil dos municípios envolvidos.

Desenvolvidas nos hospitais estaduais, a proposta do Conselho Gestor visa estimular a integração da comunidade do entorno das unidades. Hoje a unidade hospitalar com o espaço técnico implantado é o Hospital Estadual Getúlio Vargas - HEGV, através da participação de representantes das comunidades adstritas, dos profissionais e gestores da unidade, sendo a participação social um dos princípios organizativos do SUS. O Conselho se reúne mensalmente a fim de estreitar laços com a gestão do hospital e garantir os direitos dos usuários. Tornou-se um grande desafio a participação social em outros equipamentos de saúde com mesmo perfil, devido à resistência da população em atuar dentro das unidades após a pandemia de Covid-19.

Com a elaboração e publicação do novo protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco

– ACCR - adulto e pediátrico, foi realizada a capacitação de multiplicadores em todas as unidades estaduais com serviço de urgência/emergência, assim como os municípios da Baía da Ilha Grande, da região Metropolitana II, e Magé e Duque de Caxias da região Metropolitana I. O propósito da SES-RJ é ofertar capacitações do protocolo ACCR a todas as regiões do estado.

Em consonância à [Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011](#), todos os hospitais de emergência ou com leitos de retaguarda deverão implantar os Núcleos de Acesso à Qualidade Hospitalar - NAQH, com vistas à organização das portas de entrada, reformulando os processos de trabalho assistenciais e objetivando as linhas de cuidado prioritárias. Atualmente existem 6 NAQHs implantados em unidades sob gestão estadual de emergência, e leitos de retaguarda da Rede de Urgência e Emergência, com reuniões mensais, conforme apresentado no quadro 46. Cada unidade conduz a temática de acordo com seu perfil, respeitando a discussão das linhas prioritárias previstas pela portaria.

Quadro 46. Hospitais sob gestão estadual com NAQH implantado

Nome Fantasia	Sigla
Hospital Estadual Ricardo Cruz	HERCruz
Hospital Estadual Getulio Vargas	HEGV
Hospital Estadual Azevedo Lima	HEAL
Hospital Estadual Alberto Torres	HEAT
Hospital Estadual Anchieta	HEAN
Hospital Estadual João Batista Caffaro	HEJBC

Fonte própria – agosto de 2023 – ASSTH – SUBAS/SRS-RJ

Em relação ao acolhimento às famílias, foi publicado um Manual de Acolhimento à Família em 2021, que define o fluxo e o tipo de atendimento de acordo com o perfil das unidades. Existem 7 Núcleos de Acolhimento às Famílias - NAF implantados nos hospitais com emergência e hospitais que foram referência para o Covid-19, conforme descrito no quadro 47. Esses núcleos funcionam 24 horas e possuem profissionais capacitados conforme orientações do Manual. Além disso, cada unidade possui um projeto de ambiência para adequação do setor, entendendo a importância de um ambiente acolhedor, haja vista o objetivo do núcleo. É propósito da SES a readequação da ambiência dos NAFs conforme projetos já definidos. Hoje, apenas o NAF do HEAT encontra-se com a ambiência adequada.

Quadro 47. Hospitais sob gestão estadual com NAF implantado

Nome Fantasia	Sigla
Hospital Regional do Médio Paraíba Zilda Arns	HRMPZA
Hospital Estadual Ricardo Cruz	HERCruz
Hospital Estadual Azevedo Lima	HEAL
Hospital Estadual Getúlio Vargas	HEGV
Hospital Estadual Anchieta	HEAN
Hospital Estadual Carlos Chagas	HECC
Hospital Estadual Alberto Torres	HEAT

Fonte própria – agosto de 2023 – ASSTH – SUBAS/SES-RJ

As unidades de emergência não possuem espaço reservado e com ambiência acolhedora para atender as pessoas em situação de violência. Para abordar essa demanda, é um objetivo da SES-RJ implantar salas de atendimento a essa clientela - Sala Multi Lilás + - com a inauguração de uma sala no HEGV no ano de 2023. Foi instituído o fluxo de atendimento às pessoas em situação de violência, conforme protocolo do Núcleo Estadual de Prevenção às Violências e Promoção da Cultura de Paz (NESPAV-SES), em todas as unidades com porta de entrada de urgência e emergência, incluindo maternidades. Essa ação visa contribuir para que haja diminuição no tempo de espera, objetivando impactar na redução da revitimização do usuário. Vale ressaltar que o protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco foi adaptado para esse objetivo.

Quadro 48. Unidades sob gestão estadual com projetos para aprimoramento da ambiência em andamento

Nome Fantasia	Sigla
Hospital Estadual Ricardo Cruz	HERCruz
Hospital Estadual Getúlio Vargas	HEGV
Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer	IECPN
Hospital Estadual Azevedo Lima	HEAL
Hospital Estadual Alberto Torres	HEAT
Hospital Oncológico de Nova Friburgo	-
UPAs estaduais – (UPA Muzema)	-
Hospital Regional do Médio Paraíba Zilda Arns	HRMPZA
Hospital Nossa Senhora dos Lagos	HLagos
Hospital Estadual da Mãe de Mesquita	Hmãe
Rio Imagem Baixada Fluminense	-
Hospital Estadual Anchieta	HEAN

Fonte própria – agosto de 2023 – ASSTH – SUBAS/SES-RJ

Nos últimos cinco anos vem sendo feito o acompanhamento do aprimoramento da ambiência nas diversas unidades sob gestão estadual, objetivando qualificar e melhorar a experiência dos usuários como mostra o quadro 48.

VI.5.2. Projeto Saúde e Cultura

A atuação dos Apoiadores Institucionais ocorre em todos os equipamentos hospitalares sob gestão estadual, difundindo e fomentando o desenvolvimento do projeto Saúde e Cultura tais como “Mais Leitura, Mais Saúde” em parceria com a Imprensa Oficial no Hospital de Traumatologia Ortopedia da Baixada Fluminense - HTO Baixada, HEGV e Hospital Estadual Carlos Chagas – HECC. O projeto com a participação do grupo “Doutores da Alegria” no HEAL e HMulher, e a “Trupe Os Cheios de Graça” no HEGV e HEAL, surge com o objetivo de levar ferramentas lúdicas que auxiliem suavizando o período de internação, explorando a subjetividade dos pacientes. Os projetos atuam em sua maioria com os pacientes internados nas enfermarias. Após a pandemia algumas parcerias foram descontinuadas e têm sido buscadas estratégias para o pleno retorno às atividades. Atualmente, temos parceria com os “Doutores da Alegria”, Imprensa Oficial - “Mais Leitura, Mais Saúde”, “Trupe os Cheios de Graça” e com a Octo Brasil - Polvinhos de Crochê.

VI.5.3. Maternidades

Visando a redução da violência obstétrica através de modificações nos processos de trabalho, são realizadas atividades de sensibilização dos profissionais, principalmente médicos, nas maternidades sob gestão estadual, através dos Grupos de Trabalho Hospitalares *in loco*. Com o propósito de contribuir para o desenvolvimento dos recém-nascidos através da diminuição do estresse, irritabilidade e desconforto aos quais são submetidos quando internados em ambiente hospitalar, sob cuidados intensivos e intermediários, vêm sendo desenvolvidos projetos com ações neuroprotetoras e de melhoria no vínculo mãe e bebê nas unidades de terapia intensiva neonatal tais como: Redinha, Polvinho, Ofurô, Hora do Soninho e Canguru - à beira leito e na enfermaria canguru.

Além dos projetos, é estimulada a realização de Boas Práticas no cuidado materno-infantil que contribuem com a redução da morbimortalidade, tais como métodos não-farmacológicos para alívio da dor - que promovem conforto no pré-parto, parto e puerpério, assim como de atenção aos transtornos emocionais do ciclo gravídico puerperal que podem ocorrer no pós-parto, e que demandam apoio especializado às puérperas. Estão incluídas também práticas de aromaterapia, penumbra, cromoterapia, bola de Bobath, escada de Ling, banho morno, *print* de placenta, pintura gestacional, massagem, escalda pés, musicoterapia, deambulação, bamboleio e rebozo (uso de tecido de algodão para realizar movimentos de apoio ao baixo ventre para promover relaxamento e ajudar no trabalho de parto). Todas as Boas Práticas vêm sendo realizadas nas quatro maternidades sob gestão estadual. A nova proposta visa unificar e padronizar as boas práticas, realizando a integração destas e aumentando a adesão das equipes na execução. Para tanto, está em elaboração um projeto que utiliza a figura de animais para associar a elegibilidade do neonato à determinada boa prática. Além disso, planejamos ações voltadas à atender as necessidades maternas, que vão desde o pré natal, até roda de conversa com as mães para abordagem sobre o *baby blues*.

VI.5.4. Hotelaria Hospitalar

O grupo técnico de Hotelaria Hospitalar monitora o mapeamento e execução de ações que visam o conforto, bem-estar, limpeza adequada nas unidades e oferta de *kit* de enxoval para os pacientes, assim como a implantação dos uniformes assistenciais e não assistenciais conforme modelo SES. Nessa vertente, vêm sendo realizadas a sensibilização e incentivo aos gestores das unidades sob gestão estadual, sobre a implementação de uma cultura voltada ao desenvolvimento sustentável, sobretudo a sustentabilidade ambiental, dentro dos hospitais. O objetivo é pensar, junto aos gestores das unidades, como os hospitais podem ajudar na preservação do meio ambiente. Atualmente já existem algumas unidades de perfis diferentes que deram início ao desenvolvimento dos projetos de sustentabilidade tais como: HEGV, HRMPZA e IECPN. Algumas ações em andamento são: coleta e descarte adequado de óleo, coleta seletiva, coleta de papelão, criação de jardins e hortas orgânicas, coleta de tampinhas plásticas e utilização de energia solar.

A SES-RJ pretende dar continuidade às estratégias de qualificação da assistência realizada nas unidades sob gestão estadual, com as diretrizes propostas pela PNH.

VI.6. Gestão da Qualidade

No estado do Rio de Janeiro, a demanda por serviços de saúde é significativa e contínua. Nesse contexto, destaca-se a relevância das ações de gestão da qualidade para construção de políticas públicas na saúde estadual e melhoria da experiência dos usuários dos serviços de saúde.

Ao priorizar a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, busca-se alcançar diversos benefícios. Em primeiro lugar, uma maior qualidade resulta em uma experiência positiva para os pacientes, que são os principais beneficiários do sistema de saúde. Ao receberem cuidados adequados com prontidão e eficácia, e uma atenção mais humanizada, os pacientes têm mais chances de recuperação e satisfação, fortalecendo a confiança na rede pública de saúde.

Além disso, o investimento na melhoria da qualidade dos serviços de saúde fortalece a capacidade do estado de atrair e reter profissionais qualificados. Um ambiente de trabalho mais organizado, eficiente, saudável e seguro, com protocolos padronizados e processos eficazes, torna-se mais atrativo para os profissionais de saúde, incentivando o seu engajamento e a atualização constante. Isso resulta em uma equipe mais qualificada, motivada e capaz de oferecer um atendimento de excelência aos usuários.

Nesse contexto, o Programa de Excelência em Gestão - PEG/SES, criado em 2007, surge como um instrumento estratégico para enfrentar esses desafios. Por meio da implementação de metodologias e ferramentas de gestão e qualidade, o programa busca promover padronização e melhorias nos processos de trabalho, otimização dos recursos, eficiência operacional e a segurança dos pacientes, sendo este um trabalho abrangente às áreas do nível central e unidades de saúde do estado.

Os objetivos e metas estabelecidos pelo programa visam elevar os padrões de qualidade dos serviços de saúde, ampliar a adesão das unidades de saúde, promover a melhoria da experiência dos usuários e a cultura da melhoria contínua, refletindo em uma assistência mais ágil, efetiva e centrada no paciente, capaz de atender às demandas e necessidades da população de forma mais adequada. Todas as ações são executadas tendo como diretriz o Mapa dos Principais Processos, conforme apresentado a seguir.

Figura 43. Mapa dos Principais Processos

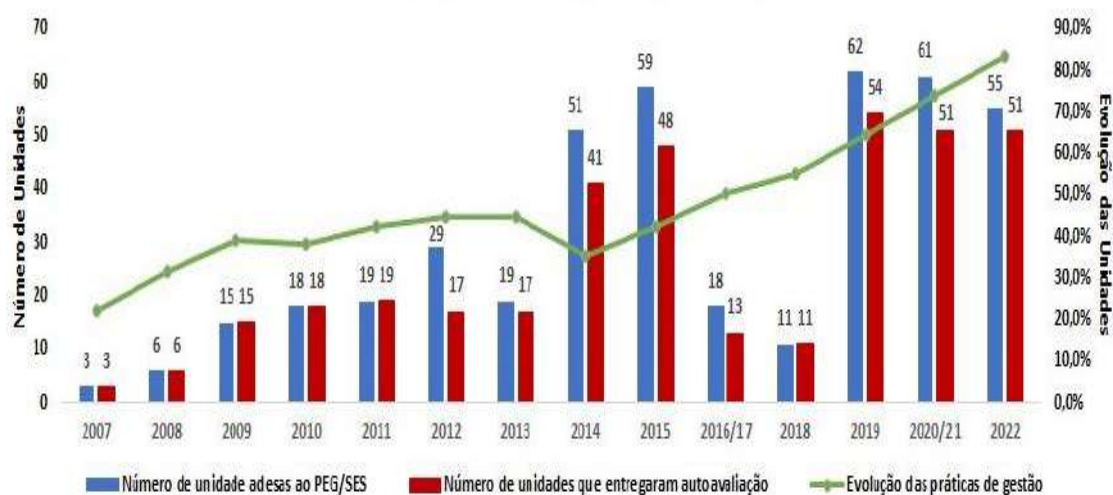


Elaborado pela Coordenação Técnica da Qualidade - Ver. 18/03/2022

Fonte: Coordenação Técnica de Qualidade

Os resultados a seguir demonstram uma evolução importante na participação das unidades de saúde no processo de melhoria das suas práticas de gestão ao longo dos últimos anos, reforçando, assim, a relevância da continuidade e fortalecimento das ações do PEG/SES.

Gráfico 117. Programa de Excelência em Gestão – PEG/SES. Participação das organizações SES-RJ



Fonte: Planos Internos Anuais da Coordenação Técnica de Qualidade e Relatórios Anuais de Autoavaliação

Um dos principais desafios do PEG/SES é aprimorar a gestão estratégica dos serviços de saúde, garantindo uma abordagem voltada para resultados e eficiência, implementando sistemas de autoavaliação da gestão continuada para a identificação, avaliação e estruturação de práticas, padrões de qualidade e indicadores de desempenho. Dessa forma, cada unidade aderente ao PEG/SES pode monitorar e avaliar o nível de maturidade das suas práticas com base em evidências, direcionando esforços para alcançar resultados mais efetivos a cada ciclo de participação no PEG/SES.

No gráfico acima, é apresentado o número de unidades aderentes ao PEG/SES, bem como o número de unidades que concluíram a autoavaliação, acompanhado da linha de evolução do nível de maturidade das práticas de gestão dessas unidades, sendo importante destacar que a avaliação do nível de maturidade é feita tendo como base os fundamentos e critérios que compõem os instrumentos e metodologias adotadas pelo PEG/SES, evidenciando o progresso na busca por uma gestão cada vez mais eficiente e de alta qualidade.

Em decorrência da pandemia pelo Covid-19, foram reestruturadas algumas práticas; entre as principais, destacamos:

- ❖ A realização de 45 mentorias, totalizando a participação de 295 profissionais. Destacando que as mentorias são realizadas seguindo uma pauta alinhada aos fundamentos e critérios de avaliação do modelo adotado pelo PEG/SES;
- ❖ A orientação e apoio aos profissionais das unidades e áreas do nível central na reestruturação das práticas de gestão;

- ❖ Orientação e apoio aos Núcleos de Segurança do Paciente das unidades de saúde da SES na elaboração dos Planos de Segurança do Paciente, na Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente, nas metas e protocolos de segurança;
- ❖ Orientação na criação e revisão dos diversos procedimentos, protocolos, fluxos de trabalho e instrumentos de avaliação para unidades e áreas do Nível Central;
- ❖ Organização e publicação do Regimento Interno da SES-RJ;
- ❖ Orientação e apoio na implementação do Sistema de Gestão da Qualidade da SUVISA;
- ❖ Desenvolvimento dos padrões (Mecanismos de Registro, *Check List* e Painel) do Monitoramento das Unidades realizado pelas áreas técnicas que compõem a Subsecretaria de Atenção à Saúde.

Não se pode perder o foco na implementação de programas de capacitação e desenvolvimento profissional, promovendo uma atualização constante dos conhecimentos e habilidades dos profissionais de saúde, reconhecendo seu papel fundamental na prestação de cuidados de qualidade. Neste sentido, a prática inicia-se com o desenvolvimento de um Plano de Capacitação Anual (PLN - 2000 – AQ – 001) abrangente a todos os profissionais das unidades de saúde que aderiram ao PEG, em especial aos profissionais que atuam diretamente nas ações de implementação da Autoavaliação da Gestão e da Avaliação das Práticas de Segurança do Paciente, sendo esta última uma exigência da Anvisa.

Igualmente imprescindível, a ênfase nas práticas de segurança do paciente demonstra o compromisso do PEG/SES com a proteção e cuidado integral dos usuários dos serviços de saúde. Através da implementação de protocolos e medidas preventivas, é possível reduzir riscos e eventos adversos, garantindo uma assistência mais segura e confiável.

Para identificar e atuar sobre as necessidades e expectativas dos usuários, são consolidadas e gerenciadas pesquisas de satisfação dos usuários, sendo estas ferramentas essenciais para aprimorar a qualidade dos serviços prestados por essas unidades. O projeto da Pesquisa Anual de Satisfação vem sendo desenvolvido em parceria com a UERJ, por meio de resolução conjunta SES/UERJ, através do Centro de Estudos Estratégicos e Desenvolvimento – CEED, englobando docentes/pesquisadores, técnicos e corpo discente da Universidade, em todas as suas etapas. A pesquisa é realizada de forma presencial, o que proporciona uma visão abrangente e aprofundada da experiência dos usuários, permitindo identificar pontos fortes e áreas de melhoria de forma detalhada.

A seguir, apresentamos os resultados consolidados dos hospitais obtidos através da Pesquisa Anual de Satisfação.

Figura 44. Painel relacionado ao perfil dos usuários: Consolidado de Hospitais



Fonte: Relatório consolidado dos hospitais da pesquisa anual de satisfação do ciclo 2022.

Figura 45. Painel relacionado à satisfação dos usuários: Consolidado de Hospitais



Fonte: Relatório consolidado dos hospitais da pesquisa anual de satisfação do ciclo 2022.

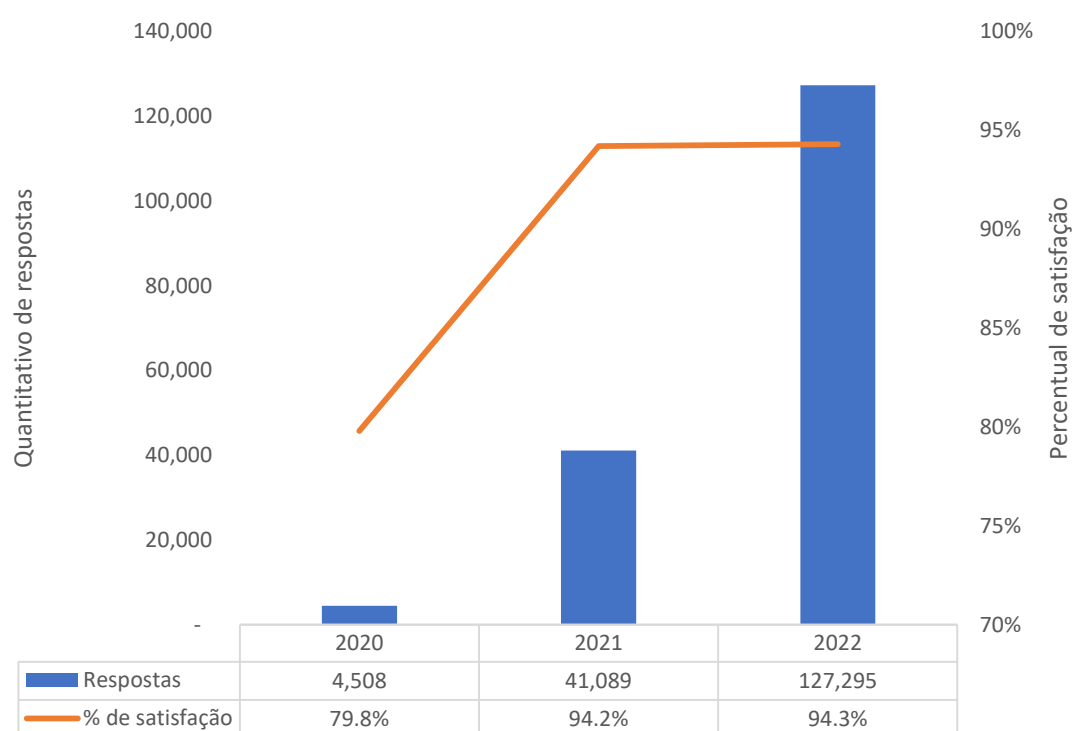
Figura 46. Painel relacionado ao histórico das avaliações dos usuários: Consolidado de Hospitais

Nível de Satisfação Geral e com os itens básicos (em %) nos anos 2019, 2020 e 2022						
QUESTÕES GERAIS	2019	2020	2022	(%) Variação 2020-2022	Pior resultado	
 Satisfação Geral com a unidade	93,59	 96,93	 97,93	+1,00	2019	
 Primeira orientação recebida	95,21	 96,75	 98,16	+1,41	2019	
 Atendimento médico	95,25	 96,36	 97,32	+0,96	2019	
AMBIENTE						
 Alimentação oferecida	88,73	 90,93	 92,58	+1,65	2019	
 Conforto	85,53	 90,61	 95,63	+5,02	2019	
 Frequência na troca de roupas de cama, banho e vestuário	88,68	 92,07	 97,41	+5,34	2019	
 Iluminação do ambiente	96,30	 94,91	 98,76	+3,85	2020	
 Limpeza das instalações	94,38	 94,62	 98,43	+3,81	2019	
ATENDIMENTO						
 Cortesia	95,91	 95,62	 98,71	+3,09	2020	
 Rapidez	87,68	 83,60	 97,59	+13,99	2020	
 Enfermagem	95,33	 92,29	 97,73	+5,44	2020	
 Maquero	97,11	 86,77	 98,52	+11,75	2020	
 Pessoal de portaria ou recepção	96,59	 91,78	 98,39	+6,61	2020	
 Setor de laboratório	96,93	 90,50	 98,01	+7,51	2020	
 Setor de imagens (Raio X, Ecocardiograma....)	97,39	 86,75	 98,38	+11,63	2020	
 Setor de entrega de medicamentos	92,32	 73,50	 95,91	+22,41	2020	
 Vigilância e a segurança do local	96,53	 91,63	 99,09	+7,46	2020	
ACESSIBILIDADE PARA PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS						
 Rampa	95,69	 83,44	 99,06	+15,62	2020	
 Corrimão	96,33	 76,29	 98,84	+22,55	2020	
 Banheiro adaptado	94,26	 73,87	 98,91	+25,04	2020	
Nota: Os percentuais foram calculados com base no total de pacientes que forneceram uma avaliação válida (Muito Satisfeito, Insatisfeito etc.) em cada item.						

Fonte: Relatório consolidado dos hospitais da pesquisa anual de satisfação do ciclo 2022.

A pesquisa contínua de Satisfação permite que os usuários respondam através de um totem ou do próprio celular, garantindo um acompanhamento constante da satisfação dos pacientes. A facilidade e rapidez para coletar esses dados tornam essa pesquisa uma ferramenta ágil e eficiente para monitorar o desempenho da unidade de saúde em tempo real. Os bancos de dados são alimentados e os gestores têm acesso à plataforma Microstrategy, que oferece resultados atualizados, por período e setor, possibilitando uma análise dinâmica da satisfação dos pacientes. Desta forma, as pesquisas de satisfação oferecem *insights* valiosos para os gestores, permitindo que eles tomem decisões estratégicas embasadas em dados concretos e *feedback* direto dos pacientes.

Gráfico 118. Adesão e Satisfação da Pesquisa Contínua



Fonte: Coordenação Técnica de Qualidade

Pelo exposto, a continuidade e fortalecimento do Programa de Excelência em Gestão - PEG/SES é essencial para impulsionar a qualidade e eficiência dos serviços de saúde no estado, trazendo benefícios aos usuários, aos profissionais de saúde e, em última análise, à gestão estadual.

VI.7. Auditoria

A Auditoria do SUS é um instrumento de gestão fundamental para o fortalecimento do SUS, que visa avaliar a gestão pública, de forma preventiva e operacional, sob os aspectos da aplicação dos recursos, dos processos, das atividades, do desempenho e dos resultados mediante a confrontação entre uma situação encontrada e um determinado critério técnico, operacional ou legal. Sua abordagem sistemática visa à avaliação e melhoria da eficácia dos processos de trabalho, controle e governança, objetivando a apuração de possíveis irregularidades e/ou impropriedades.

A auditoria é uma atividade formal e documentada sobre fatos já ocorridos (*pos factum*), sejam estes de origem contábil, financeira, assistencial, contratual, denúncia, com foco na demanda e abrangência estabelecida. As demandas podem ser de ordem interna ou externa (Ministério Público Estadual e Federal, Polícia Civil ou Federal, ALERJ, Ouvidorias, dentre outros).

O componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) teve suas funções e competências estabelecidas através da Resolução SES nº 1137, de 31 de março de 2015.

Outrossim, o entrelaçamento dos métodos e técnicas de auditoria, segundo orientações contextuais do Sistema Nacional de Auditoria, aliada ao maior envolvimento dos servidores na construção de cada trabalho, conduz a níveis mais elevados de qualidade da auditoria, sendo constituída por membros de uma equipe multidisciplinar. Em razão disso, os membros da auditoria devem possuir, coletivamente, conhecimentos, habilidades e a competência necessária para concluir com êxito, eficiência e eficácia uma auditoria.

Por conseguinte, o setor de Auditoria da SES-RJ pretende cumprir o planejamento pactuado na última Programação Anual de Saúde de 2023, finalizando o ciclo da gestão anterior.

Para a próxima vigência, pretende estabelecer um trabalho direcionado à realização de auditorias nas unidades definidas em cada programação anual, através das modalidades de Auditoria e/ou Visita Técnica no primeiro semestre de cada ano. E como meta interna do setor, retornar no segundo semestre do mesmo ano vigente, nas mesmas unidades visitadas no primeiro semestre, visando avaliar se foram sanadas as inconformidades apontadas no período anterior, por meio de um “*follow up*”, com intuito de desempenhar com eficácia e produtividade o objetivo central do trabalho, que é apoiar efetivamente as ações da Gestão.

Um desafio importante para o setor AudSUS é o de sensibilizar o diálogo junto aos gestores das unidades, desenvolvendo um trabalho em que seja possível acompanhar a evolução das constatações verificadas em unidades já auditadas, buscando nesse sentido identificar as soluções realizadas através dos apontamentos identificados pela equipe. Entendendo que ao integrar os gestores junto ao trabalho realizado pelo setor de Auditoria, é possível obter um apoio efetivo quanto às ações a serem desenvolvidas, buscando o contínuo desenvolvimento das melhorias dos serviços prestados a população.

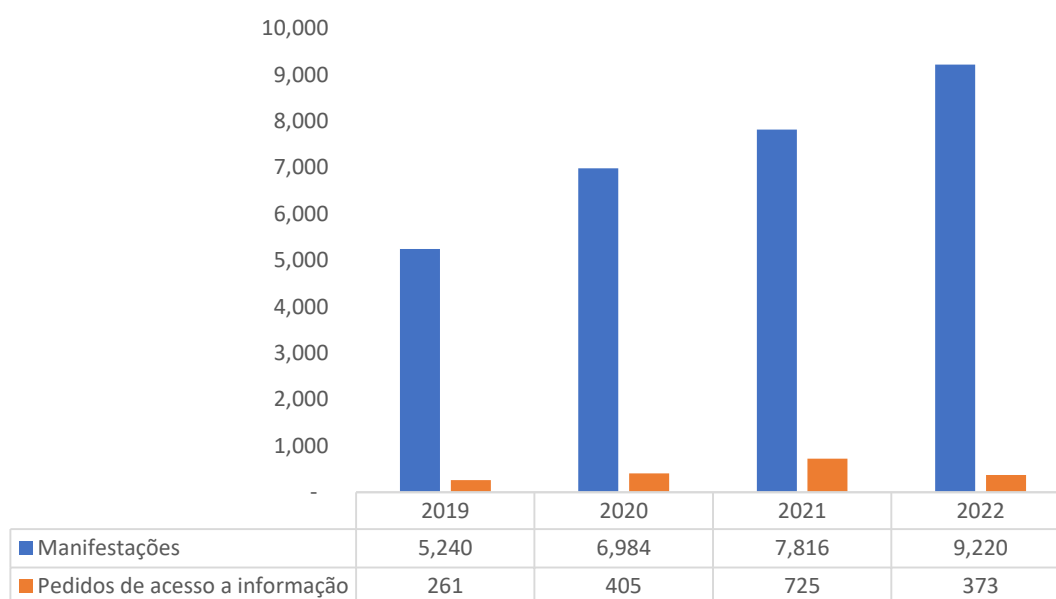
VI.8. Ouvidoria e Transparência Geral

As ouvidorias públicas no estado do Rio de Janeiro vêm se consolidando enquanto instâncias que possuem duas macros funções: o tratamento das manifestações apresentadas pelo cidadão e as solicitações de acesso à informação, tendo como base a [Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017](#), e a [Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011](#), respectivamente.

A Lei 13.460/17 trouxe a obrigatoriedade de os entes federativos implantarem ouvidorias públicas no âmbito municipal, estadual e federal. Tal fator foi um grande impulsionador para a ampliação dos serviços de Ouvidoria.

Por outro lado, a Lei 12.527/11 traz para as atribuições das ouvidorias todo o processo de trabalho voltado para o acesso às informações públicas, que são descritas como transparência ativa, quando a instituição disponibiliza suas informações de forma clara e direta, e transparência passiva, quando o cidadão provoca a instituição a prestar informação. O gráfico 119 representa a série histórica do atendimento às manifestações e do atendimento às solicitações de informação.

Gráfico 119. Total de demandas por ano

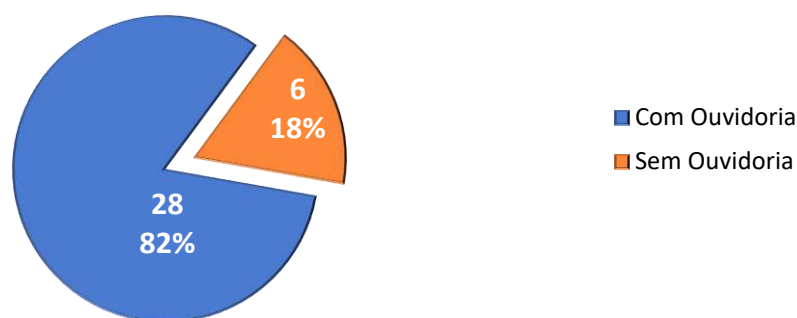


Fonte: Sistema OuvidorSUS/MS; Sistema E-sic OGE/RJ

No gráfico 119 observa-se o aumento dos registros de manifestações referentes às reclamações, solicitações, denúncias, elogios e informações. Com relação aos pedidos de acesso à informação esses tiveram um aumento nos anos de 2020 e 2021, resultado da busca de informações no período da situação de emergência sanitária do Covid-19.

No âmbito da SES-RJ do Rio de Janeiro (SES-RJ), as ouvidorias hospitalares iniciam sua trajetória no ano de 2007. Atualmente a Rede de Ouvidorias da SES RJ contempla 28 ouvidorias setoriais que possuem autonomia para realizar o tratamento das manifestações, conforme o gráfico 120.

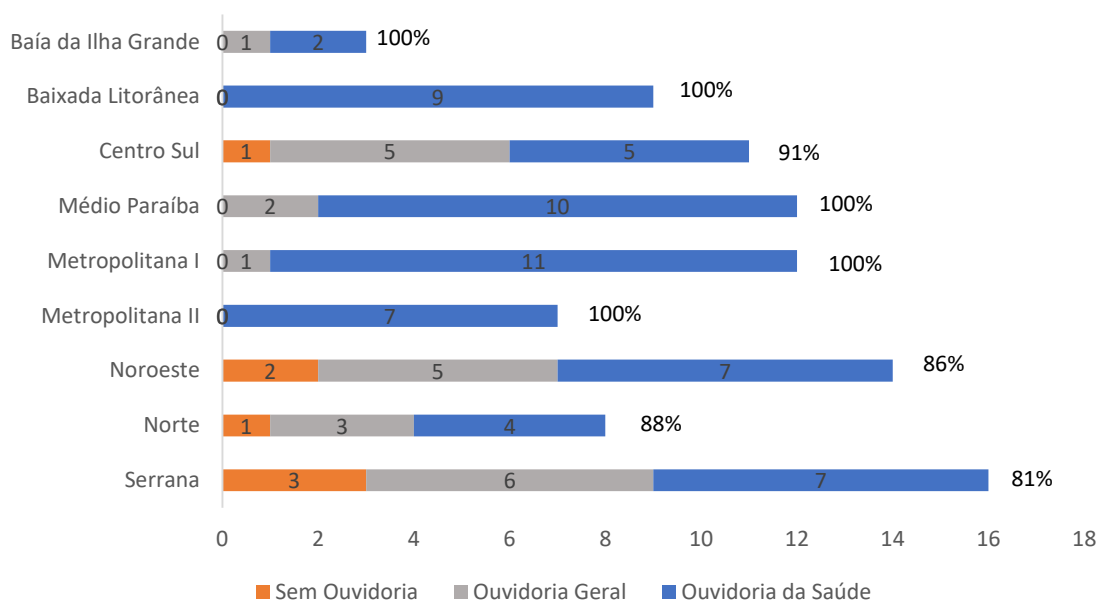
Gráfico 120. Descentralização - Ouvidorias Setoriais SES-2022



Fonte: Elaboração própria

Esses serviços de ouvidoria são monitorados pela Ouvidoria e Transparência Geral da SES (OUVITGER), e periodicamente apresentam seus resultados quantitativos, por meio do indicador de resolubilidade, e qualitativos, com a apresentação da análise crítica do período de apuração. Além do acompanhamento da rede de ouvidorias SES RJ, compete também à OUVITGER o apoio técnico às Ouvidorias estabelecidas nas Secretarias Municipais de Saúde.

Gráfico 121. Descentralização - Ouvidorias dos Municípios ERJ – Ano 2022



Fonte: Sistema OuvidorSUS/MS; Sistema E-sic OGE/RJ

O gráfico 121 apresenta o cenário das Ouvidorias do SUS presentes nos municípios, por região de saúde. São apresentadas três categorias: municípios sem ouvidoria, municípios com ouvidorias gerais e municípios com ouvidorias da saúde, ou seja, implantadas nas Secretarias Municipais de Saúde. A partir da lei 13.460/17, o Ministério da Saúde passa a considerar uma ouvidoria do SUS também as Ouvidorias Gerais, estabelecidas nas prefeituras.

Um dos grandes desafios das ouvidorias é o atendimento aos prazos de resposta e a qualificação das respostas apresentadas. Entende-se que a resposta apresentada ao cidadão, seja em função de uma reclamação, denúncia ou solicitação, seja por um pedido de acesso à informação, não é uma tarefa exclusiva dos profissionais que atuam nas ouvidorias, mas sim de todo o corpo de profissionais que compõem a instituição.

Cabe ratificar o papel de todos os trabalhadores/profissionais do SUS no tratamento das manifestações e dos pedidos de acesso à informação, no que se refere à atenção aos prazos estabelecidos nas legislações vigentes, bem como no cuidado em apresentar uma resposta que atenda aos preceitos do Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, firmar o compromisso com o acompanhamento dos prazos das respostas, além da qualidade das mesmas, significa tornar a relação da instituição pública com o cidadão uma relação mais transparente e humanizada.

VI.9. Atendimento a demandas judiciais

Na esfera jurídica, o crescente número de ações judiciais que demandam a concretização do direito constitucional à saúde, seja no contexto público ou privado, consagrou a nomenclatura judicialização da saúde. Em um levantamento realizado pelo Departamento de Pesquisas Judiciárias (DPJ/CNJ) e publicado no site oficial do CNJ por sua assessoria de imprensa, em 10/06/2020, sob o título “Soluções construídas pelo CNJ buscam reduzir judicialização da saúde”, foi apontado um crescimento entre 2008 e 2017 de 130% nas ações de saúde, enquanto o número total de processos judiciais cresceu 50%, causando grande impacto no planejamento e administração de recursos das três esferas de governo. O significativo aumento do volume de ações judiciais e dos gastos públicos gerados pelas decisões judiciais, determinando a procedência das demandas de saúde feitas em face do poder público do estado do Rio de Janeiro – que mesmo com uma extensa rede de serviços municipais, estaduais e federal continuava a ser um dos maiores quantitativos de processos judiciais relativos à assistência à saúde no Brasil, fez com que o estado buscasse uma racionalização para as ações judiciais, visando ampliar e tornar permanente o diálogo entre os Poderes Executivo e Judiciário.

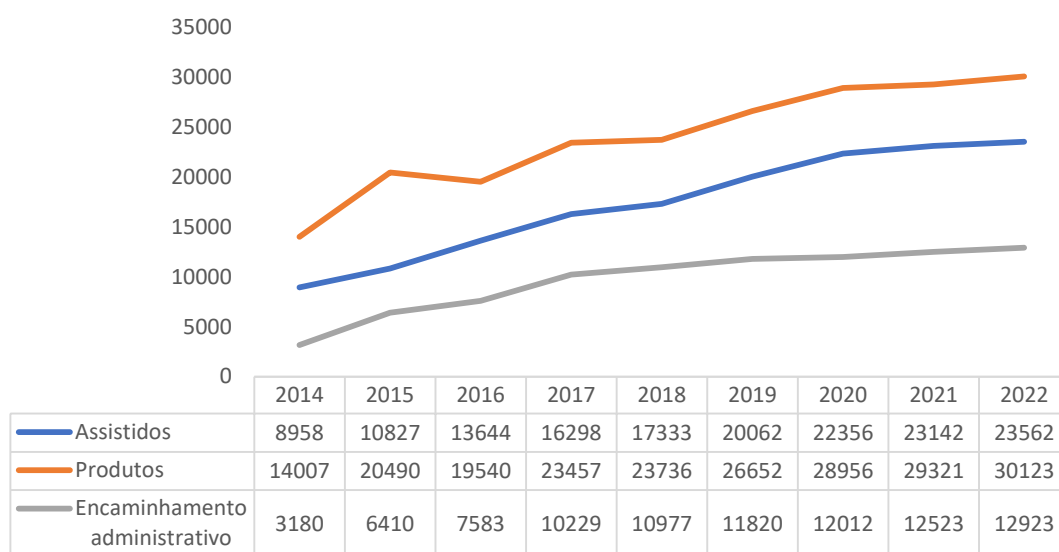
Nesse contexto, visando encontrar meios preventivos que permitissem um equilíbrio do sistema, a redução das demandas por meio da conciliação, a qualificação das solicitações, o atendimento técnico ao judiciário e o atendimento dos mandados judiciais por meio da racionalidade dos processos de aquisição, foram criadas estratégias coordenadas para a abordagem dessa complexa problemática, tais como: a Câmara de Resolução de Litígios de Saúde - CRLS, o Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde - NATJUS/RJ e a Assessoria de Atendimento às Demandas Judiciais - AADJ. Com estas estratégias adotadas pela SES-RJ, foi possível fornecer racionalidade ao fenômeno da “Judicialização da Saúde” e analisar as principais demandas judiciais de saúde, bem como a origem destas.

VI.9.1. Câmara de Resolução de Litígios de Saúde - CRLS

A CRLS é uma iniciativa que reúne no mesmo espaço representantes da Secretaria de Saúde do estado e do município do Rio de Janeiro, Defensores Públicos do estado e da União e ainda conta com o assessoramento de Procuradores do estado e do município e Tribunal de Justiça. Realiza o assessoramento às defensorias, atuando antes da propositura de ações, na tentativa de resolução administrativa das demandas oriundas dos cidadãos, de modo a evitar o ajuizamento de ações. Prestando atendimento há 10 (dez) anos às partes assistidas pelas Defensorias (DPE e DPU), no ano de 2015 houve ampliação do convênio da CRLS para o interior do estado do Rio de Janeiro, a partir da demanda de alguns municípios que solicitaram o apoio do estado na resolução do crescente número de mandados judiciais.

Atualmente a CRLS atende a capital do estado do Rio de Janeiro e mais 20 municípios do interior do estado, já tendo realizado mais de 150 mil atendimentos (gráfico 122) desde o início de seu funcionamento em 2013, com um percentual médio de encaminhamentos administrativos de 57,46%.

Gráfico 122. Atendimentos realizados na CRLS e encaminhamentos administrativos, no período de 2013 a 2022



Fonte: Base de dados do sistema *Câmara de Saúde*.

Somente no ano de 2022 foram realizados 23 mil atendimentos na CRLS, dos quais mais de 62,97% tiveram viabilidade para um encaminhamento administrativo com a rede pública de saúde. A opção do público pela conciliação tem crescido mês a mês ao longo dos dez anos de existência da Câmara, e consiste em uma meta o aumento deste, visando reduzir desta forma a judicialização da saúde. A iniciativa da CRLS tem potencialidade para interferir de forma positiva na melhor organização da gestão da saúde, quando funcionando como um dispositivo sinalizador de desinformação da população demandante e corregedor da descontinuidade administrativa no setor, isso porque a solução pacífica é sempre preferível, inclusive economicamente, deixando, por derradeiro, a busca do aparato judicial. O índice de

resolução administrativa extrajudicial dos casos passou de 35% no lançamento da CRLS, em setembro de 2013, para 68,16% em dezembro de 2019. Houve redução devido ao enfrentamento da pandemia de Covid-19, mas com recuperação gradual dos quantitativos de atendimento e percentuais de encaminhamento administrativo após a normalização dos serviços de saúde, buscando-se cada vez mais o diálogo e a multidisciplinaridade para propiciar opções viáveis e alternativas para as pessoas que buscam soluções aos conflitos na área da saúde.

Além do desafio diário na busca constante pela resolução de conflitos na área da saúde no âmbito da CRLS, visando o aumento dos encaminhamentos administrativos realizados por esta, a ampliação do acesso a demais municípios do interior do estado do Rio de Janeiro, que demonstraram interesse em convênio com a CRLS Interior, vem sendo objeto de construção desde o ano de 2015, quando se iniciaram os convênios com os municípios do interior do estado. Atualmente, além dos 21 municípios atendidos pela CRLS, há uma listagem com outros 27 municípios que já sinalizaram intenção de formalizar convênio com esta (quadro 49). Cumpre contextualizar que os municípios constantes do quadro 49 estão no cronograma de expansão da CRLS Interior, condicionados a novas contratações, devido ao déficit atual de Recursos Humanos na unidade.

Quadro 49. Relação de municípios com convênio e/ou interesse no convênio CRLS

Convênio CRLS Capital e Interior		
Convênio Assinado (21)	Processo Constituído (11)	Carta de Intenções (16)
Rio de Janeiro	Cachoeiras de Macacu	Macaé
Núcleo Belford Roxo	Quissamã	Pinheiral
Núcleo Bom Jardim	Angra dos Reis	Volta Redonda
Núcleo Campos dos Goytacazes	Itaguaí	Teresópolis
Núcleo Duque de Caxias	Miracema	Engenheiro Paulo de Frontin
Núcleo Itaperuna	Petrópolis	Trajano de Moraes
Núcleo Japeri	Itaboraí	Cantagalo
Núcleo Magé	Maricá	Bom Jesus de Itabapoana
Núcleo Mangaratiba	Santo Antônio de Pádua	Porciúncula
Núcleo Mesquita	Varre-Sai	Guapimirim
Núcleo Miguel Pereira	Conceição de Macabu	Porto Real
Núcleo Nilópolis		Comendador Levy Gasparian
Núcleo Nova Friburgo		Sumidouro
Núcleo Nova Iguaçu		Mendes
Núcleo Paty do Alferes		Itaocara
Núcleo São Fidélis		Sapucaia
Núcleo São Gonçalo		
Núcleo São Pedro D'Aldeia		
Núcleo Seropédica		
Núcleo Silva Jardim		
Núcleo Vassouras		

Fonte: Relatório CRLS Capital e Interior, 2022.

VI.9.2. Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde - NATJUS/RJ

A assessoria realizada pelo NATJUS/RJ é composta por equipe interdisciplinar de farmacêuticos, enfermeiros, nutricionistas, médicos e fisioterapeutas, com objetivo de fornecer subsídios técnicos aos magistrados estaduais e federais, nas demandas judiciais de saúde que ocorrem contra o Poder Público, por meio de pareceres técnicos-normativos. Dessa forma, quando há necessidade de o juiz analisar pedidos de liminar e tutela provisória durante o expediente regular do judiciário, nas ações que visam o fornecimento de medicamentos, insumos para saúde, fórmulas nutricionais, tratamento e procedimentos médicos não emergenciais (consultas, exames e cirurgias eletivas) ou internação hospitalar, o parecer do NATJUS se apresenta como uma ferramenta de qualificação da decisão a ser tomada. Acrescenta-se que também há a prestação da assessoria técnica para os pedidos judiciais de urgência/emergência durante o regime de plantão judiciário, nos momentos em que não há o funcionamento do expediente regular forense.

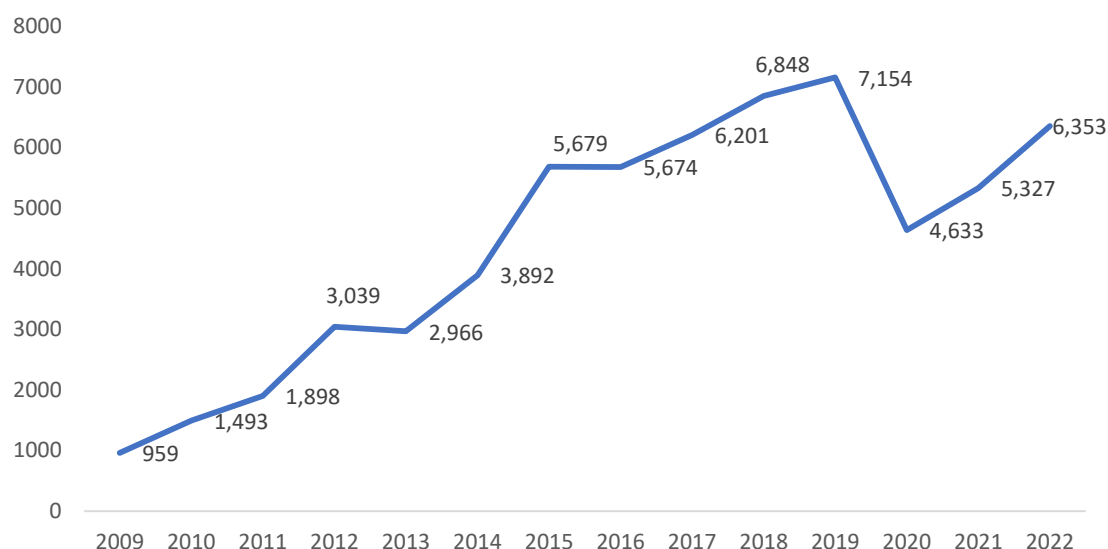
A execução já consolidada desse serviço teve início em 2009, quando a SES-RJ celebrou o primeiro Termo de Cooperação Técnica com o Poder Judiciário do estado do Rio de Janeiro - PJERJ. Em sequência, considerando a experiência exitosa junto ao PJERJ em 2011, a Justiça Federal no Rio de Janeiro - JFRJ solicitou a celebração de convênio com o mesmo objetivo. Já em 2017, foi celebrado novo convênio com o PJERJ para atuação de equipe composta de assistentes sociais e psicólogos nos Juizados de Violência Familiar e Doméstica contra a Mulher da Capital.

No decorrer dos anos posteriores, com a renovação dos convênios, novas metas foram contempladas visando ampliar a abrangência do NATJUS para além da Capital. Assim, em 2014, atendendo ao pedido da Presidência do TJRJ foi elaborado o Plano de Interiorização do NATJUS, com o objetivo de atender aos magistrados que atuam nas Comarcas do Interior do estado do Rio de Janeiro. Dessa forma, desde 2014 o NATJUS se encontra em expansão. Atualmente, 39 Comarcas recebem a assessoria técnica do NATJUS, de 81 no total.

Com relação à abrangência, o NAT-Estadual concluiu o atendimento em 100% das Serventias situadas na Capital e 46,91% nas Comarcas do Interior, sendo importante salientar que as 43 Comarcas não atendidas no Interior estão localizadas nas regiões Serrana, Médio Paraíba, Noroeste, Norte e Centro Sul; enquanto o NAT-FEDERAL já assessora 100% dos juízos da Capital e Interior.

Em 2022, o NATJUS recebeu 6.353 processos judiciais. Já em 2023, considerando a demanda contabilizada até 30 de junho de 2023, foram recebidos 2.779 processos. Em sua última análise realizada no primeiro semestre de 2022, observou-se que 80% das decisões se encontram em conformidade com o parecer técnico emitido pelo NATJUS, apontando que os magistrados estaduais e federais consideram de forma significativa o conteúdo dos pareceres, principalmente no que tange o regramento do SUS no acesso aos serviços e ações ofertadas na rede pública do estado do Rio de Janeiro, considerando as competências de fornecimento/atendimento: municipal, estadual e federal. A seguir, o gráfico 123 apresenta a demanda do NATJUS desde sua criação.

Gráfico 123. Produção técnica elaborada no período de 2009 a 2022



Fonte: Base de dados da planilha Excel “Planilha de entrada de demandas”.

Para o desenvolvimento de todas as atividades apresentadas, o NATJUS conta com equipe de técnicos da área de saúde cujo quantitativo deve ser fornecido pela SES-RJ, conforme as atribuições definidas nos convênios celebrados com o PJERJ e JFRJ.

Assim, tendo em vista a relevância da atuação do NATJUS nas dependências do PJERJ e JFRJ, cujas equipes estão divididas em: NAT-Estadual, NAT-Federal, NAT-Plantão Judiciário e NAT-Violência Doméstica e as atribuições estabelecidas nos convênios firmados, o NATJUS foi contemplado no planejamento plurianual 2020-2023, com meta e ações com intuito de proporcionar de forma programada a interiorização conveniada.

Ocorre que para o NATJUS atender a uma nova demanda, é necessário que haja o incremento de recursos humanos e com intuito de garantir a viabilidade das ações planejadas. Em fevereiro de 2021 o NATJUS passou a contar com Termo de Referência, que prevê o quantitativo de profissionais para atendimento integral aos referidos convênios, vinculado ao contrato de gestão firmado entre a SES-RJ e a Fundação Saúde do estado do Rio de Janeiro – FSERJ.

Contudo, as medidas adotadas não possibilitaram a lotação de profissionais na medida do que foi idealizado, conforme pode ser observado na tabela 105.

Tabela 105. Relação quantitativa de profissionais do NATJUS

Categoria profissional	Convênio				Quadro atual	Déficit
	PJERJ/ NATJUS	JFRJN/ ATJUS	PJERJ / Viol. Doméstica	Total		
Farmacêutico	25	04	-	29	15	14
Nutricionista	05	02	-	07	06	01
Enfermeiro	10	02	-	12	06	06
Fisioterapeuta	08	02	-	10	03	07
Médico	15	02	-	17	07	10
Assistente social/ psicólogo	-	-	15	15	05	10
Total	63	12	15	90	42	48

Fonte: Planilha de Departamento Pessoal do NATJUS.

Por fim, considerando que a infraestrutura necessária para o desenvolvimento das atividades do NATJUS já é fornecida pela Justiça Estadual e Federal, destaca-se como principal desafio o fornecimento de profissionais farmacêuticos, enfermeiros, nutricionistas, médicos, fisioterapeutas e assistentes sociais e/ou psicólogos, para que ocorra o atendimento integral dos convênios celebrados, bem como para que seja viável o prosseguimento do cronograma de interiorização do NAT-Estadual para as Comarcas do interior.

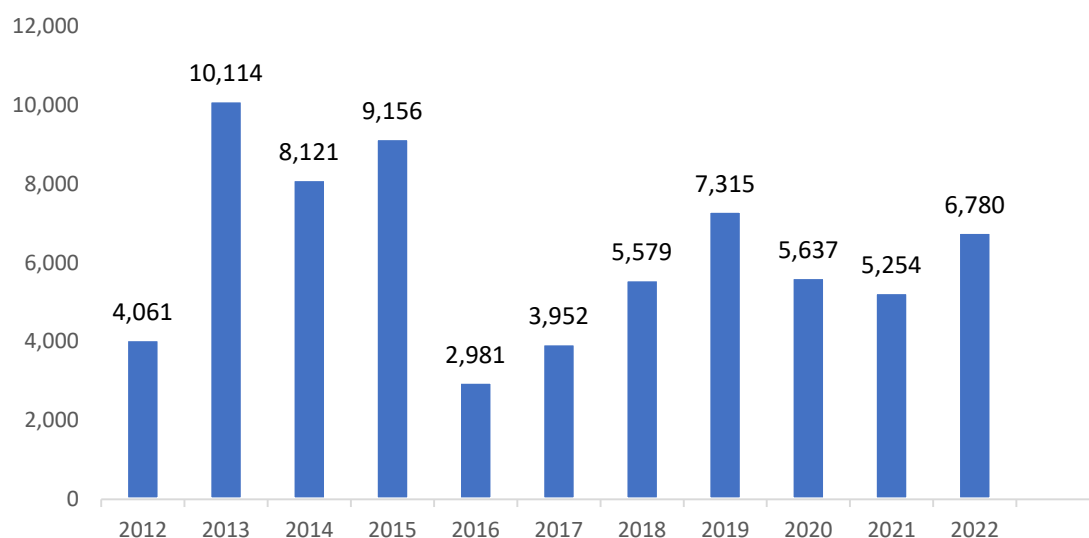
VI.9.3. Assessoria de Atendimento às Demandas Judiciais - AADJ

A Assessoria de Atendimentos às Demandas Judiciais é o setor que dá início aos processos administrativos para aquisição de medicamentos, materiais e insumos de saúde para o cumprimento das ordens judiciais, estas que na maioria das vezes são solidárias, ou seja, a obrigação de fornecer recai sobre todos os entes da Federação (União, estado e município).

A imensa maioria das ações judiciais são propostas em face do estado do Rio de Janeiro, da União Federal e dos 92 (noventa e dois) municípios do estado, e infelizmente não existe um Sistema Integrado de Informações entre os referidos entes capaz de informar se algum deles já realizou o atendimento dos pacientes, cumprindo as ordens judiciais. Assim, tanto os municípios quanto a União e o estado acabam abrindo os processos de compra, e quando os medicamentos/insumos já estão disponíveis, os autores realizam as retiradas aonde for mais conveniente. A maioria dos pacientes prefere fazer a retirada na Secretaria de Saúde de seu município de residência por uma questão de proximidade. Já a União acaba enviando os itens diretamente para as residências dos autores, enquanto o estado só tem o nosso polo de dispensação.

A SES-RJ prima pela redução no número de ações judiciais propostas em face do estado, realizando estudos das maiores demandas pleiteadas pelo cidadão, conforme gráfico a seguir:

Gráfico 124. Quantidade de demandas judiciais entre 2012 e 2022



Fonte: NATJUS

Assim, quando identificamos que em 2019 a crescente judicialização de injeções intravítreas eram à época uma das maiores demandas judiciais no âmbito desta Secretaria, sinalizamos o problema aos setores competentes da SES-RJ e através desta AADJ, em parceria com o Hospital Universitário Pedro Ernesto - HUPE, e assim foi criado o Projeto de Intravítreas, com o qual obtivemos uma considerável redução no número de pacientes que aguardavam atendimento, uma vez que de 5.000 (cinco mil) autores cadastrados passamos para 100 (cem), os quais já estão em fila de atendimento.

Segue abaixo o relatório com as 05(cinco) maiores demandas judiciais pleiteadas pelo cidadão (figura 47).

Figura 47. Resultado da consulta aos itens mais solicitados (consolidado) de medicamentos no período de 01/01/2012 a 07/08/2023



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA JURÍDICA E DE CORREGEDORIA
CENTRAL DE ATENDIMENTO A MANDADOS JUDICIAIS

Consulta aos itens mais solicitados (Consolidado)

Item: Medicamento no Período: 01/01/2012 até 07/08/2023

Medicamento	Número de Processos
RANIBIZUMABE 10 MG/ML FRASCO AMPOLA 0,23 ML	2982
CINACALCETE 30 MG COMPRIMIDO	2202
ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG COMPRIMIDO	1373
AFLIBERCEPTE 40 MG/ML SOLUCAO INJETAVEL INTRAVITREA FRASCO AMPOLA	1270
INSULINA GLARGINA 100 UI/ML FRASCO AMPOLA 10 ML	1216

Fonte: Central de Atendimento a Mandados Judiciais

Com base no levantamento do nosso banco de mandados, verificamos quais ações judiciais são mais pleiteadas pelo cidadão, sendo uma delas o fornecimento e aplicação das injeções intravítreas. Diante disso, foi criado através da Resolução SES nº 1880 de 15 de agosto de 2019 o Programa Intravítrea, que disponibiliza ao cidadão com ou sem ação judicial o fornecimento e aplicação do medicamento. Conforme observa-se na planilha abaixo, com o referido programa tivemos uma redução de gastos no valor de R\$ 15.134.523,46 (quinze milhões, cento e trinta e quatro mil quinhentos e vinte e três reais e quarenta e seis centavos).

Em relação aos gastos com empenho para aquisição dos medicamentos para cumprimento de ordem judicial, no período de 01/2022 até 12/2022, foi gasto o valor de R\$ 66.007.951,09. (sessenta e seis milhões, sete mil novecentos e cinquenta e um reais e nove centavos).

Não obstante todas as informações supracitadas, identificamos em nosso banco de mandados um aumento considerável nas demandas de pacientes que pleiteiam medicamentos e insumos para o tratamento de Diabetes. Por isso, está sendo criado pela SES-RJ o Programa Integral de Atendimento de Pacientes Portadores de Diabetes Mellitus Tipos 1 e 2, uma vez que hoje já fornece através de demanda judicial uma grande quantidade de medicamentos e insumos para o tratamento de tais pacientes, além de diversos outros medicamentos de alto custo.

Consta em nosso banco de dados que realizamos a entrega/dispensação no período de 01/2022 até 12/2022 de 71.664 fraldas e 22.731 doses de insulina para os pacientes que possuem demanda judicial.

Identificamos também que houve um aumento considerável no número de demandas para portadores de alergia à proteína do leite de vaca (APLV), que é a alergia alimentar mais comum nas crianças até vinte e quatro meses. Por conta disso, estamos providenciando a criação dos Programas Leites Especiais para atendimento dos cidadãos e consequente redução da judicialização.

É importante frisar que a fim de alcançar uma maior economia em escala, a SES-RJ hoje já abre diversas compras conjuntas, possibilitando uma maior celeridade processual, de forma a abastecer os estoques de forma eficiente, promovendo o atendimento da população do estado de forma efetiva e contínua, atingindo o interesse público em consonância com os Princípios Administrativos e Constitucionais.

Por fim, ressaltamos que a SES-RJ vem constantemente adotando todas as medidas necessárias para promover o cumprimento do maior número de ordens judiciais, bem como identificar as maiores demandas judiciais e buscar junto à Administração Pública a melhor forma de atender o cidadão de forma administrativa, através da criação de programas, evitando assim os gastos com a judicialização e com a aplicação de medidas coercitivas em face do estado.

VI.10. Programa de Integridade Pública

O Programa de Integridade Pública, segundo o [Decreto Estadual nº 46.745/2019](#), é o conjunto estruturado de medidas institucionais voltadas para a prevenção, detecção e remediação dos riscos que contribuem para surgimento de atos de corrupção e desvios éticos em todo órgão/entidade público, em apoio à boa governança.

Entendendo que a integridade se baseia na honestidade, na objetividade, em elevados padrões de correção e na probidade no uso dos recursos na execução das atribuições do órgão, objetiva-se criar e fortalecer uma cultura sustentável de integridade institucional, promovendo a prevenção, detecção, punição e remediação de fraudes e atos de corrupção; bem como o recebimento e/ou oferta de propina, desvio de verbas, abuso de poder e/ou influência, nepotismo, conflito de interesses, uso indevido e/ou vazamento de informação sigilosa e práticas antiéticas; por meio da aplicação efetiva de políticas, diretrizes, código de conduta ética e do tratamento adequado de riscos à integridade.

Nesse sentido, a SES trabalha para instituir o Programa de Integridade no seu âmbito de atuação, e de programar ações no intuito de prevenir e mitigar as vulnerabilidades que possam comprometer seus atos públicos, por meio de seu Plano de Integridade. As diretrizes do Programa de Integridade são:

- I - comprometimento e apoio da alta administração;
- II - existência de unidade responsável pela implantação no órgão;
- III - análise, avaliação e gestão dos riscos associados ao tema da integridade; e
- IV - monitoramento contínuo do Programa de Integridade.

Seus objetivos são:

I – Contribuir, internamente e nos seus relacionamentos, para o cumprimento da missão institucional da SES, para a melhoria da gestão pública e para o aperfeiçoamento das políticas públicas;

II - Divulgar o Programa de Integridade, promovendo internamente a cultura de integridade e de prevenção à corrupção;

III - Divulgar a existência do código de conduta ética, no intuito de evitar e coibir condutas indesejadas;

IV - Educar os servidores e colaboradores para o bem público e seu papel enquanto agentes públicos;

V - Incentivar ações de comunicação e informação para a promoção da integridade internamente e com seus clientes/parceiros institucionais;

VI - Primar pela cultura de integridade nos relacionamentos da SES-RJ com os órgãos e entidades da administração pública do poder executivo e com seus parceiros institucionais, de modo a preservar sua reputação e a vincular sua imagem ao senso de ética, responsabilidade e integridade;

VII - Propor práticas relacionadas à gestão de riscos, aos controles internos e à boa governança;

VIII - Desenvolver mecanismos contínuos de monitoramento de atividades desenvolvidas pela SES-RJ, possibilitando a detecção tempestiva de riscos e eventuais atos ilícitos praticados contra a administração pública, com a implementação de medidas corretivas e repressivas, buscando sempre orientação técnica dos órgãos de controle do estado do Rio de Janeiro; e

IX - Aprimorar seus mecanismos de transparência pública, controle social e participação social, visando ao aperfeiçoamento das políticas públicas e da gestão governamental, ao incentivo à prestação de contas, à responsabilização dos agentes públicos e à melhoria da aplicação dos recursos públicos.

Ademais, será buscado o monitoramento contínuo do Plano de Integridade, visando combater sistematicamente as condutas lesivas. Para tanto, será importante contar com o apoio de todos os profissionais do órgão, assim como de seus colaboradores internos e externos, a fim de que, dentro de sua área de atuação, contribuam para a prestação das políticas públicas de saúde com qualidade e alcance a todos no estado do Rio de Janeiro.

VI.11. Gestão da Informação em Saúde

VI.11.1. Informação em saúde

Em julho de 2023 a SES-RJ inaugurou o Centro de Inteligência em Saúde (CIS), que é composto pelo Complexo Estadual Regulatório (CER), pela Superintendência de Informações Estratégicas de Vigilância e Saúde, o Centro de Informação Estratégico em Vigilância e Saúde (CIEVS) e a área de Monitoramento de Dados Vitais.

Assim, com a inauguração do CIS, tem sido possível maior interação e integração entre os diferentes setores desta SES-RJ que lidam com a produção de informações em saúde, potencializando a propagação mais ágil de conhecimentos técnicos e científicos e contribuindo para a qualificação da assistência ofertada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Rio de Janeiro.

O CIS tem como objetivo integrar os dados produzidos por diferentes sistemas de gestão, monitorar as ações e serviços de saúde, produzir informações em saúde, realizar a análise de tendências, produzir painéis para visualização e acompanhamento das ações e serviços de saúde pelos gestores, bem como fornecer suporte técnico para a interpretação das informações, subsidiando os gestores na tomada de decisões estratégicas.

Em termos tecnológicos, nessa nova estrutura estão sendo disponibilizados painéis que consolidam as informações armazenadas nos bancos de dados dos sistemas de informações de diversas doenças e agravos de notificação compulsória, inclusive Covid-19 e arboviroses, sistema de gestão e regulação de leito, consultas especializadas e exames, bem como ferramentas para acompanhamento e monitoramento de rumores e *fake news* sobre temas relacionados à saúde.

Desde sua inauguração, o Centro de Informação em Saúde tem tido papel fundamental no acompanhamento, monitoramento e análise dos dados epidemiológicos e dos sistemas de gestão. Inclusive, com a utilização de ferramentas de análise de dados epidemiológicos, como

a Machine Learning, tem sido possível identificar padrões nas bases de dados, e com isso produzir evidências que servem para melhor orientar as decisões a serem tomadas pelas áreas técnicas e alta gestão da SES-RJ, favorecendo a sedimentação de conhecimento, bem como a consolidação da cultura da saúde baseada em necessidades e evidências para a tomada de decisão.

Ainda nessa linha de aperfeiçoamento da utilização de dados e informações para subsidiar a qualificação da gestão em saúde, a SES está trabalhando para estruturar a Rede Estadual de Dados em Saúde (REDS), que através de um ambiente tecnológico de interoperabilidade integrará todos os dados de saúde do estado do Rio de Janeiro em um grande *Data Lake*, permitindo uma visão geral do itinerário do usuário do SUS pelos equipamentos de saúde do estado.

Na primeira fase do projeto da REDS, pretende-se a integração dos estabelecimentos de pronto atendimento, hospitais, farmácias, laboratórios e demais equipamentos de saúde que estão sob gestão estadual.

VI.11.2. Informática

Com o objetivo de promover a implementação e expansão da informatização dos processos gerenciais e dos serviços de saúde, a SES vem investindo nos últimos anos na modernização de sua plataforma de tecnologia da informação. Nesse sentido, para ilustrar esses avanços, seguem abaixo alguns exemplos de melhorias implementadas nos últimos na área de TIC:

- ❖ Disponibilização, nas dependências da SES-RJ, de internet com velocidade muito superior à que estava sendo fornecida (ampliada de 200 megabytes para 1 gigabyte);
- ❖ Aquisição de controladora WIFI para expansão e garantia de alta disponibilidade da rede aérea segura, novos ativos de redes e licenciamentos;
- ❖ Aquisição de computadores e notebooks para substituição dos equipamentos obsoletos e atendimento de novas demandas da SES, por exemplo, criação do Centro de Inteligência em Saúde (CIS);
- ❖ Investimento na estrutura de TIC, como a estruturação de um *Datacenter* dotado de capacidade e escalabilidade, com as seguintes características: equipado com dutos de cabeamento de dados e energia elétrica, com circulação de ar resfriado para manter a sua temperatura interna, alimentado com energia de forma ininterrupto, além de contar com geradores, baterias, *nobreaks* e tecnologia capaz de garantir que não falte energia no seu interior; além disso, por se tratar de uma estrutura móvel e modular, suporta os diferentes equipamentos - *racks*, servidores, *switches*, etc., que estão sendo instalados de acordo com a ampliação da demanda decorrente das demais ações inerentes ao processo de transformação digital que vêm sendo implementadas pelo Governo do estado do Rio de Janeiro;
- ❖ Aquisição de aplicação tecnológica para integração e centralização de dados das inúmeras das unidades de saúde;

- ❖ Aquisição de novos nós de hiperconvergência, o que possibilitou a ampliação da capacidade de armazenar dados de 120 terabytes para mais de 500 terabytes, o que significa uma expansão de mais de 300% na capacidade de armazenamento de dados na SES-RJ.
- ❖ Desenvolvimento e atualização de novos sistemas informatizados e aplicações destinadas ao aperfeiçoamento e qualificação do processo de gestão da saúde;

No que se refere ao tráfego e segurança da rede de dados, entre os anos de 2022 e 2023 foi promovido um alto investimento na aquisição de novos *switches*, que estão facilitando o compartilhamento de informações entre diversos dispositivos, incluindo computadores, impressoras e servidores, permitindo o tráfego de informações de forma mais ágil e segura. Além disso, e visando adequação à Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), como forma de prevenção contra possíveis incidentes e a fim de melhorar os níveis de segurança dos serviços prestados pela SES-RJ para os cidadãos e demais Órgãos da Administração Pública, protegendo informações sigilosas que transitam na Rede Governo, finalizamos a contratação da “Plataforma de Anonimização e Gerenciamento de Chaves Criptográficas”. Também no campo da segurança cibernética, foi contratado *software* para solução de Antivírus.

Desse modo, com os investimentos que a SES-RJ vem fazendo, tem sido estruturada uma moderna plataforma tecnológica capaz de alicerçar os próximos passos para a ampliação e consolidação da agenda de governo e saúde digital, voltadas para a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços prestados à população fluminense.

VI.11.3. Sistemas SIM e SINASC

A gestão dos sistemas SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade e SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos compreende desde a distribuição dos documentos geradores das informações - as Declarações de Óbito (DO) e as Declarações de Nascidos Vivos (DNV) - às secretarias municipais de saúde de forma controlada e registrada, até a geração de informações pertinentes, relevantes e oportunas. Nesse processo são realizadas, quando possível e necessário, capacitações e orientações nas áreas de codificação de causas de mortalidade, no uso e alimentação dos sistemas e ainda, quando possível, no preenchimento das DO.

Nos últimos anos, mais precisamente a partir de 2020, em face da pandemia de Covid-19, houve a necessidade de se reinventar e adaptar a rotina e os processos de trabalho a essa nova realidade, o que forçou a implementação de novos métodos e práticas como a realização de reuniões virtuais para dirimir dúvidas e/ou solucionar problemas, porém algumas ações continuaram a ser executadas, como a distribuição e controle dos documentos. Em 2023, após o retorno e a regularização das atividades, foram realizadas oficinas de atualização na codificação de óbitos por causas externas em todas as regiões do estado. O processo era composto por dois momentos: o primeiro contendo uma apresentação prévia do sistema e da importância dos registros e o segundo com as aulas teóricas e práticas.

Referências

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Programa de Apoio ao desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS), organizador. Classificação Global da Qualidade Hospitalar. Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar [Internet]. Brasília - DF; 2020. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/projeto_indicadores_classificacao_global_da_qualidade_hospitalar.pdf. Acesso em junho de 2023.
- BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Brasília, DF, novembro de 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em maio de 2023.
- BRASIL. Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. Brasília, DF, junho de 2017. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13460.htm. Acesso em maio de 2023.
- BRASIL. Lei Nº 14.572, de 8 de maio de 2023. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. Brasília, DF, maio de 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14572.html. Acesso em julho de 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação-Geral de Ciclos da Vida, Coordenação de Saúde do Homem. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos, Divisão de Biblioteca do Ministério da Saúde. Boletim Temático da Biblioteca do Ministério da Saúde, v. 1, n. 1 (mar. 2021), Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 80.: il. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>. Acesso em setembro de 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde. Sistema de Informações de Beneficiários – SIB.

- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>, acesso em julho de 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF, jan. 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm. Acesso em julho de 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt3562_15_12_2021.html. Acesso em julho de 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.356, de 23 de junho de 2006, que implanta o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva). Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis/vigilancia-dos-acidentes-e-violencias>. Acesso em julho de 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.255, de 18 de junho de 2021, que dispõe sobre as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua e os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua, por município e Distrito Federal, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1255_21_06_2021.html. Acesso em julho de 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.320, de 22 de junho de 2021, que define os municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola e ao Crescer Saudável para o ciclo 2021/2022, os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1320_24_06_2021.html. Acesso em julho de 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.141, de 14 de agosto de 2020, que habilita Municípios e Distrito Federal ao recebimento do incentivo financeiro para implementação das ações do Programa Saúde na Escola no segundo ano do ciclo 2019/2020 e destina recursos financeiros para os municípios e Distrito Federal aderidos ao Programa Crescer Saudável que alcançaram as metas do Programa. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt2141_18_08_2020.html#:~:text=Habilita%20Munic%C3%ADpios%20e%20Distrito%20Federal,alcan%C3%A7aram%20as%20metas%20do%20Programa. Acesso em julho de 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.264, de 30 de agosto de

- 2019, que define Municípios com adesão aos Programas Saúde na Escola (PSE) e Crescer Saudável para o ciclo 2019/2020, os habilitam ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.264-de-30-de-agosto-de-2019-215326621>. Acesso em julho de 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.706, de 18 de outubro de 2017, que lista os Municípios que finalizaram a adesão ao Programa Saúde na Escola para o ciclo 2017/2018 e os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e repassa recursos financeiros para Municípios prioritários para ações de prevenção da obesidade infantil com escolares. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2706_20_10_2017.html. Acesso em julho de 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. Expede diretrizes e normas para prevenção e o controle das infecções hospitalares. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html. Acesso em junho de 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.705, de 3 de outubro de 2022, que habilita municípios e o Distrito Federal ao recebimento do incentivo financeiro para implementação das ações do Programa Saúde na Escola no segundo ano do ciclo 2021/2022 e destina recursos financeiros para os Municípios aderidos ao Programa Crescer Saudável que alcançaram as metas do Programa. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt3705_04_10_2022.html. Acesso em julho de 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.662, de 14 de novembro de 2018, que habilita Municípios ao recebimento do recurso financeiro para implementação do conjunto de ações do Programa Saúde na Escola no segundo ano do ciclo 2017/2018 e destina recursos financeiros para municípios prioritários para ações de prevenção da obesidade infantil com escolares. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt3662_21_11_2018.html#:~:text=Habilita%20Munic%C3%ADpios%20ao%20recebimento%20do,da%20obesidade%20infantil%20com%20escolares. Acesso em julho de 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em estados e Municípios. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html. Acesso em julho de 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pics>. Acesso em julho de 2023.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999, que regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Brasília, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Monitoramento e Avaliação em Promoção da Saúde/ Ministério da Saúde, Organização Pan-americana da Saúde, Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monitoramento_avaliacao_promocao_saude.pdf. Acesso em setembro de 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Primária, n. 29. Brasília – DF 2010. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf Acesso em julho de 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde do Homem. Nota Técnica Nº 11/2021-COSAH/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Disponível em:
https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20211110_N_NotaTecnicaN11CosahDape_s_710550208118540066.pdf, Acesso em julho de 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília: 2010. 95 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 29). Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf Acesso em setembro de 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf Acesso em julho de 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf Acesso em maio de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.474, de 8 de setembro de 2017, que inclui e altera procedimento na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/ Próteses e Materiais do SUS. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt1474_22_09_2017.html, Acesso em julho de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. SB Brasil 2020: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal : projeto técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 92 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação Geral de Informação da Atenção Primária à Saúde. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica -SISAB. Nota Técnica Explicativa – Relatório de Validação. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/federal/envio/RelValidacao.xhtml>. Acesso em julho de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118 p.: il. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/. Acesso em: setembro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2021 : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 128. : il. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas> Acesso em setembro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 124 p. : il. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/relatorio-vigitel-2020-original.pdf> Acesso em

setembro de 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 137 p. : il Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf Acesso em setembro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano – SISAGUA.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação do Câncer - SISCAN (colo do útero e mama)

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações – SIPNI.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Ouvidorias - OuvidorSUS

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua. Brasília, DF: 2009. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf Acesso em julho de 2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Secretaria de Avaliação, Gestão da Informação e Cadastro Único – SAGICAD – VIS DATA 3 – beta. Quantidade total de famílias em situação de rua cadastradas (10 maiores do país – Rio de Janeiro). Acesso em agosto de 2023.

BRASIL. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI-2019: Resultados preliminares – Indicadores de aleitamento materno

- no Brasil. UFRJ: Rio de Janeiro, 2020. 9 p. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/1>. Acesso em março de 2023.
- BRESSER, L. C. P.; A Reforma do estado dos anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle, caderno 1, MARE - Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, Brasília - DF / 1997.
- FALCÃO, J. S.; BARBOSA, D. C. M.; BASTOS, L. S.; NIQUINI, R. P.; BASTOS, F. I. P. M.. Prevalência de hepatite C entre indivíduos submetidos à transfusão de sangue e hemoderivados no brasil: revisão sistemática e meta-análise. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/38073>
- FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – FSERJ, Planejamento Estratégico 2022-2023. Rio de Janeiro - RJ, 2022. Disponível em: http://www.fundacaosaude.rj.gov.br/fidelidade/wp-content/uploads/2014/05/Book_PE_2022-FS-vers%C3%A3o-final.pdf. Acesso em julho de 2023.
- HERRMANN, A.; SILVA, M. L.; CHAKORA, E. S.; LIMA, D. C.. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde, Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 55 p.: il. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_parceiro_profissionais_saude.pdf, Acesso em julho de 2023.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Nota Técnica junho de 2020 No 73 Disoc Diretoria de Estudos e Políticas Sociais Marco Natalino - ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL (SETEMBRO DE 2012 A MARÇO DE 2020) - IPEA, 2020.
- MALTA, D. C.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JUNIOR, J. B.. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, set. 2006. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742006000300006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em julho de 2023.
- MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? Ciência & Saúde Coletiva, 25(4):1181-1188, 2020.
- MAURITY, Soraya. O fim das organizações sociais na gestão de saúde do estado do Rio de Janeiro e agora? REVISTA ELETRÔNICA DA PGE-RJ, v. 4, n. 1, 2021. Acesso em junho de 2023.
- NORHEIM, O. F. et al. Avoiding 40% of the premature deaths in each country, 2010–30: review of national mortality trends to help quantify the UN Sustainable Development Goal for health. The Lancet, London, v. 385, n. 9964, p. 239-252, 17 Jan. 2015. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61591-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61591-9/fulltext). Acesso em julho de 2023.

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO - ODM Brasil
<http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>. Acesso em outubro de 2023.

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL - ODS Brasil <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>
Acesso em outubro de 2023.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N.. A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva. Salvador: Casa da Qualidade, 2000. 125p . Monografia em português.

RIO DE JANEIRO (Estado). Decreto nº 46.745, de 22 de agosto de 2019. Institui o programa de integridade pública no âmbito da administração direta, autárquica e fundacional do estado do Rio de Janeiro, e dá outras providências.

RIO DE JANEIRO (Estado). Decreto nº 46.874, de 13 de dezembro 2019. Dispõe sobre a consolidação das unidades de saúde sob a gestão da Fundação Saúde do estado do Rio de Janeiro e delega ao Secretário de estado de Saúde competência para incluir e excluir unidades na estrutura da FSERJ por meio de Resoluções.

RIO DE JANEIRO (Estado). Deliberação CIB-RJ nº 4.798 de 07 de dezembro de 2017. Define as atribuições da Vigilância Epidemiológica de DANT e Promoção da Saúde no âmbito do Sistema de Vigilância em Saúde do estado do Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/571-2017/dezembro/5422-deliberacao-cib-rj-n-4-798-de-07-de-dezembro-de-2018.html> Acesso em outubro de 2023.

RIO DE JANEIRO (Estado). Lei Complementar nº 118, de 29 de novembro de 2007. Define a atividade de saúde como área de atuação estatal sujeita a desempenho por fundação pública, nos termos do inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências.

RIO DE JANEIRO (Estado). Lei nº 10.071, de 19 de julho de 2023. Dispõe sobre as diretrizes para elaboração da Lei do Orçamento Anual de 2024, e dá outras providências.

RIO DE JANEIRO (Estado). Lei nº 5164, de 17 de dezembro de 2007. Autoriza o poder executivo a instituir a “Fundação Estatal dos Hospitais Gerais”, a “Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência” e a “Fundação Estatal dos Institutos de Saúde e da Central Estadual de Transplante”, e dá outras providências.

RIO DE JANEIRO (Estado). Lei nº 6304, de 28 de agosto de 2012. Dispõe sobre a incorporação da Fundação Estatal dos Institutos de Saúde e da Fundação Estatal dos Hospitais Gerais pela Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência, e altera a denominação da Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência para Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO (Estado). Resolução Conjunta SES/IASERJ nº 963, de 29 de setembro de 2021, que autoriza o gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde do Hospital Estadual Eduardo Rabello pela Fundação Saúde do estado do Rio de Janeiro. Disponível em:

https://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra_edicao.php?sessi on=VG1wa1JrMXJUVEpTUKZsMFRYcEJNMUY1TURCUk1FMTVURIJyZVUXVIRYUIBWRkp HVFVWSk1VMXFaM2xSYWtKRA==&p=OQ==&tb=UmVzb2x1w6fDo28gQ29uanVudGEg UOVTLOIBUOVSSiBuwrogOTYzJiMwMTM7

RIO DE JANEIRO (Estado). Resolução SES nº 2040, de 12 de maio de 2020, que determina o afastamento cautelar do Instituto Diva Alves do Brasil da gestão do Hospital Estadual Anchieta; determina a assunção da administração do hospital pela Fundação Saúde do estado do Rio de Janeiro. Disponível em https://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra_edicao.php?sessio n=VW10V1JVNHDUVEZOZWtWMFVWUmpIbEpwTURCUmVrcEdURIZHUTFKclJYUk5la1 UwVW1wck1VOVVUVE5OYWxsNQ==&p=Ng==&tb=UmVzb2x1w6fDo28gU0VTIG7CuiA yMDQwLCBkZSAxMiBkZSBtYWVlIGRIIDIwMjAmlzAxMzs=

RIO DE JANEIRO (Estado). Resolução SES nº 2101, de 21 de agosto de 2020, que transfere a gestão e operacionalização do serviço de atendimento móvel - SAMU 192 para a Fundação de Saúde do estado do Rio de Janeiro. Disponível em https://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra_edicao.php?sessio n=VGxWYVJWRnFRa05STUZWMFVsVldRMDfUTURCUFZVbDVURIZKZW51RVdYUINWR UpHVZSS1FrMVVSWHBTYTA1RQ==&p=Mjc=&tb=UmVzb2x1w6fDo28gU0VTIG7CuiAy MTAXLCBkZSAyMSBkZSBhZ29zdG8gZGUgMjAyMCYjMDEzOw==

RIO DE JANEIRO (Estado). Resolução SES nº 2141, de 15 de outubro de 2020, que determina a transferência do gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde no Hospital Estadual Carlos Chagas para a Fundação de Saúde do estado do Rio de Janeiro. Disponível em https://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra_edicao.php?sessio n=VGxSVmVsSkVUWGHtUKdOMFVrUmpNMUZUTURCU1JFNUhURIJvUjA1VIVYUIJWR2 Q2VWtWUk0xSnFTWGHozWxaSA==&p=MQ==&tb=UmVzb2x1w6fDo28gU0VTIG7CuiA yMTQxLCBkZSAxNSBkZSBvdXR1YnJvIGRIIDIwMjAmlzAxMzs=

RIO DE JANEIRO (Estado). Resolução SES nº 2204, de 07 de janeiro de 2021, que estabelece a regulamentação para a utilização das unidades de saúde e nível central da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, como campo de estágio obrigatório e não obrigatório e internato pelas instituições de ensino de nível médio e superior da iniciativa pública e privada. Disponível em: https://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra_edicao.php?sessio n=VFVWVvk1VMVZSa2RSVvkZGMFRYcEtRMDIUTURCTIJFVXpURIJvUjA1RVkzUINhazAxVV hwV1JVNUVTa2ROVkd4SA==&p=MTI=&tb=UmVzb2x1Y8OjbyBTRVMgbsK6IDlyMDQsI GRIIDA3IGRIIGphbmVpcm8gZGUgMjAyMSYjMDEzOw==

RIO DE JANEIRO (Estado). Resolução SES nº 2312, de 10 de junho de 2021, que autoriza a Fundação Saúde do estado do Rio de Janeiro a prestar apoio técnico e operacional nas Farmácias Estaduais de Medicamentos Especiais - RIOFARMES. Disponível em https://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra_edicao.php?sessio n=VG5wT1FsRXdWWGRTYTBWMFRtdE5IVTIETURCUiZHTXdURIJyTTAxRVdYUk9SRUV3 VFVSak5VOUVRWGHpVvkZreA==&p=Mjl=&tb=UmVzb2x1w6fDo28gU0VTIG7CuiAyMzEy

[LCBkZSAxMCBkZSBqdW5obyBkZSAyMDIxJiMwMTM7](https://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra_edicao.php?sessao=n=VWtWSmVFOUVWFZPYW10MFRXcE9RbEZwTURCTmVsVXpURIJuTUZGcVZYUIJbVJDVWtWWmVrOVVZekpTYTBVeg==&p=MTQ=&tb=UmVzb2x1w6fDo28gU0VTIG7CuiAyMzUxLCBkZSAxNSBkZSBqdWxobyBkZSAyMDIxJiMwMTM7)

RIO DE JANEIRO (Estado). Resolução SES nº 2351, de 15 de julho de 2021, que autoriza a transferência do gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde do Hospital Estadual da Mãe para a Fundação Saúde do estado do Rio de Janeiro. Disponível em https://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra_edicao.php?sessao=n=VWtWSmVFOUVWFZPYW10MFRXcE9RbEZwTURCTmVsVXpURIJuTUZGcVZYUIJbVJDVWtWWmVrOVVZekpTYTBVeg==&p=MTQ=&tb=UmVzb2x1w6fDo28gU0VTIG7CuiAyMzUxLCBkZSAxNSBkZSBqdWxobyBkZSAyMDIxJiMwMTM7

RIO DE JANEIRO (Estado). Resolução SES nº 2352, de 15 de julho de 2021, que autoriza a transferência do gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde do Centro Estadual de Diagnóstico por Imagem (CEDi Rio Imagem) para a Fundação Saúde do estado do Rio de Janeiro. Disponível em https://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra_edicao.php?sessao=n=VWtWSmVFOUVWFZPYW10MFRXcE9RbEZwTURCTmVsVXpURIJuTUZGcVZYUIJbVJDVWtWWmVrOVVZekpTYTBVeg==&p=MTQ=&tb=UmVzb2x1w6fDo28gU0VTIG7CuiAyMzUyLCBkZSAxNSBkZSBqdWxobyBkZSAyMDIxJiMwMTM7

RIO DE JANEIRO (Estado). Resolução SES nº 2442, de 20 de setembro de 2021, autoriza a transferência do gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde das Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h que menciona para a Fundação Saúde do estado do Rio de Janeiro. (I- UPA 24H Nova Iguaçu I (Cabuçu), II - UPA 24H Nova Iguaçu II (Botafogo), III - UPA 24H Mesquita, IV - UPA 24H São Pedro da Aldeia). Disponível em https://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra_edicao.php?sessao=n=VWtWTmVGSKvRa2ROTUZWmfVsUjZlzlUTURCUmVsVjNURIZKTVZGcVVYUk9SVWw0VVdwa1JrNTZSa2RSYWtFeg==&p=MTA=&tb=UmVzb2x1w6fDo28gU0VTIG7CuiAyNDQyLCBkZSAyMCBkZSBzZXRibWJybyBkZSAyMDIxJiMwMTM7

RIO DE JANEIRO (Estado). Resolução SES nº 2506, de 10 de novembro de 2021, que autoriza a transferência do gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde do Instituto Estadual de Infectologia São Sebastião para a Fundação Saúde do estado do Rio de Janeiro. Disponível em https://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra_edicao.php?sessao=n=VWxSc1ExRjZTWGhSYTBWMFRWUlpIVTE1TURCT1JGVXdURIZKTUVUxRVJYUk5SRkV6VFRCRk1sRIZVVEJOVIVaQw==&p=MTc=&tb=UmVzb2x1w6fDo28gU0VTIG7CuiAyNTA2LCBkZSAxMCBkZSBub3ZlbWJybyBkZSAyMDIxJiMwMTM7

RIO DE JANEIRO (Estado). Resolução SES nº 2507, de 10 de novembro de 2021, que autoriza a transferência do gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde do pronto-socorro geral Dr. Hamilton Agostinho Vieira de Castro, localizado no Complexo Penitenciário de Bangu, para a Fundação Saúde do estado do Rio de Janeiro. Disponível em https://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra_edicao.php?sessao=n=VWxSc1ExRjZTWGhSYTBWMFRWUlpIVTE1TURCT1JGVXdURIZKTUVUxRVJYUk5SRkV6VFRCRk1sRIZVVEJOVIVaQw==&p=MTc=&tb=UmVzb2x1w6fDo28gU0VTIG7CuiAyNTA3LCBkZSAxMCBkZSBub3ZlbWJybyBkZSAyMDIxJiMwMTM7

[BkZSAxMCBkZSBub3ZlbWJybyBkZSAyMDIxJiMwMTM7](https://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra_edicao.php?sessao=n=VWxSc1ExRjZTWGhSYTBWMFRWUlpIVTE1TURCT1JGVXdURIZKTUVxRVJYUk5SRkV6VFRCRk1sRIZVVEJOVIVaQw==&p=MTg=&tb=UmVzb2x1w6fDo28gU0VTIG7CuiAyNTA4LCBkZSAxMCBkZSBub3ZlbWJybyBkZSAyMDIxJiMwMTM7)

RIO DE JANEIRO (Estado). Resolução SES nº 2508, de 10 de novembro de 2021, que autoriza a transferência do gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde das Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h que menciona para a Fundação Saúde do estado do Rio de Janeiro. (I - UPA 24H Campo Grande I, II - UPA 24H Campo Grande II, III - UPA 24H Santa Cruz, IV - UPA 24H Ilha do Governador, V - UPA 24H Irajá, VI - UPA 24H Marechal Hermes, VII - UPA 24H Ricardo de Albuquerque, VIII - UPA 24H Realengo, IX - UPA 24H Bangu, X - UPA 24H Engenho Novo, XI - UPA 24H Maré, XII - UPA 24H Itaboraí). Disponível em https://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra_edicao.php?sessao=n=VWxSc1ExRjZTWGhSYTBWMFRWUlpIVTE1TURCT1JGVXdURIZKTUVxRVJYUk5SRkV6VFRCRk1sRIZVVEJOVIVaQw==&p=MTg=&tb=UmVzb2x1w6fDo28gU0VTIG7CuiAyNTA4LCBkZSAxMCBkZSBub3ZlbWJybyBkZSAyMDIxJiMwMTM7

RIO DE JANEIRO (Estado). Resolução SES nº 2633, de 03 de fevereiro de 2022, que autoriza a transferência do gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde das Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h que menciona para a Fundação Saúde do estado do Rio de Janeiro. (I - UPA 24H Botafogo, II - UPA 24H Campos dos Goytacazes, III - UPA 24H Copacabana, IV - UPA 24H Jacarepaguá, V - UPA 24H Niterói (Fonseca), VI - UPA 24H Tijuca, VII - UPA 24H Queimados). Disponível em https://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra_edicao.php?sessao=n=VW1wak5VMVWVE5OUIZGMFVtcEtSMDFUTURCUK1FWkVURIZHUTA5RVFYUk9IazEzVWxSbmQxSkVTa0pPTUUVrMA==&p=MTM=&tb=UmVzb2x1w6fDo28gU0VTIG7CuiAyNjMzLCBkZSAwMyBkZSBmZXZlcmVpcm8gZGUgMjAyMiYjMDEzOw==

RIO DE JANEIRO (Estado). Resolução SES nº 2634, de 03 de fevereiro de 2022, que autoriza a transferência do gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde do Hospital Estadual da Mulher Heloneida Studart para a Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em https://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra_edicao.php?sessao=n=VGxSak5WSIVWWGROVkd0MFRVVkdRbEZUTURCTIJVcEdURIZKTIZFd1VYUk9SRVV5VFhwc1FsRnFZekZSYW1NdW==&p=MTU=&tb=UmVzb2x1w6fDo28gU0VTIG7CuiAyNjM0LCBkZSAwMyBkZSBmZXZlcmVpcm8gZGUgMjAyMiYjMDEzOw==

RIO DE JANEIRO (Estado). Resolução SES nº 2710, de 03 de maio de 2022, que autoriza a transferência do gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde do Hospital Regional Gélvio Alves Faria para a Fundação Saúde do estado do Rio de Janeiro. Disponível em https://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra_edicao.php?k=8CEAD71B-BC1P2-4D74-ABBC-44B5C239210A

RIO DE JANEIRO (Estado). Resolução SES nº 2761, de 07 de junho de 2022, que autoriza a transferência do gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde da Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h de Valença para a Fundação Saúde do estado do Rio de Janeiro. Disponível em https://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra_edicao.php?sessao=n=VWxSc1ExRjZTWGhSYTBWMFRWUlpIVTE1TURCT1JGVXdURIZKTUVxRVJYUk5SRkV6VFRCRk1sRIZVVEJOVIVaQw==&p=MTg=&tb=UmVzb2x1w6fDo28gU0VTIG7CuiAyNTA4LCBkZSAxMCBkZSBub3ZlbWJybyBkZSAyMDIxJiMwMTM7

[n=VWxSbk5FOVZSVFJQUIVsMFQxVIZIVkZwTURCT2VsRXpURIZGZUZGVVVYUk5hbWhFVWxSQ1FrNXFWa0pPVkd4Rw==&p=MzU=&tb=UmVzb2x1w6fDo28gU0VTIDI3NjEsIGRIIDA3IGRIIGp1bmhvlGRlIDlwMjlmIzAxMzs=](https://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra_edicao.php?sessao=n=VWxSbk5FOVZSVFJQUIVsMFQxVIZIVkZwTURCT2VsRXpURIZGZUZGVVVYUk5hbWhFVWxSQ1FrNXFWa0pPVkd4Rw==&p=MzU=&tb=UmVzb2x1w6fDo28gU0VTIDI3NjEsIGRIIDA3IGRIIGp1bmhvlGRlIDlwMjlmIzAxMzs=)

RIO DE JANEIRO (Estado). Resolução SES nº 2950, de 30 de janeiro de 2023, que autoriza a transferência do gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde do Hospital Estadual Azevedo Lima para a Fundação Saúde do estado do Rio de Janeiro. Disponível em

https://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra_edicao.php?sessao=n=VWxSVmVrOUVZekZQVIVWMFQwUJJNMDVwTURCT2Fsa3IURIZGZUU1cVVYUk5hbEYOVFVSRk5VNUZUWGHOUIVaRg==&p=MzY=&tb=UmVzb2x1w6fDo28gU0VTIG7CuiAyOTUwLCBkZSAzMCBkZSBqYW5laXJvIGRIIDlwMjlmIzAxMzs=

RIO DE JANEIRO (Estado). Resolução SES nº 2960, de 23 de fevereiro de 2023, que autoriza a transferência do gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde do Posto de Atendimento Médico Estadual de Cavalcanti (PAM Cavalcanti) e do Posto de Atendimento Médico Estadual de Coelho Neto (PAM Coelho Neto) para a Fundação Saúde do estado do Rio de Janeiro. Disponível em

RIO DE JANEIRO (Estado). Resolução SES nº 2965, de 01 de março de 2022, que autoriza a assunção pela Fundação Saúde do estado do Rio de Janeiro do gerenciamento e da execução das ações e serviços de saúde do Centro Estadual de Diagnóstico por Imagem da Baixada Fluminense (CEDI BAIXADA). Disponível em

RIO DE JANEIRO (Estado). Resolução SES nº 2997, de 03 de maio de 2023, que autoriza a transferência do gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde do Hospital Estadual Ricardo Cruz para a Fundação Saúde do estado do Rio de Janeiro. Disponível em

RIO DE JANEIRO (Estado). Resolução SES-RJ nº 2.205, de 07 de janeiro de 2021. Estabelece a regulamentação para a utilização das unidades de saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, como campo de prática para pós-graduandos pelas instituições de ensino de pós-graduação da iniciativa pública e privada. Disponível em:

<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NTQyNDU%2C>

- RIO DE JANEIRO (Estado). Resolução SES-RJ nº 2842, de 30 de agosto de 2022. que dispõe sobre a criação e composição da comissão de residência multiprofissional ou em área profissional da saúde no âmbito da SES-RJ. Disponível em: https://www.ioerj.com.br/portal/modules/conteudoonline/mostra_edicao.php?sessio n=VDFSQmVrNXJTa1JOTUUxMFRrUnNRbEpwTURCTIZVVTBURIJyTkZGNlozUIBWRIUxV WxSUK1WRjZRa0pSTUZGNg==&p=MzQ=&tb=cmVzb2x1w6fDo28mlzAxMzs=
- RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Sistema de Programação Pactuada e Integrada - SISPPi: Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação - SES/SGAIS/SAECA. Dados de janeiro/2013 a maio/2016 e de abril/2019 a maio/2023 com situação em 21/06/2023. Dados da programação de junho/2016 a março/2019 não puderam ser recuperados.
- SILVA, J. B.. Inquéritos nacionais de saúde - Editorial Rev Bras Epidemiol 2011; 14(1) Supl.: 3-4. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2011000500001>. Acesso em outubro de 2023.
- SILVA, M.; OYAMA, S. M. R.; SANCHEZ, F. F. S. Dispositivos de segurança para crianças em veículos motorizados: prevenção de morbi-mortalidade. Perspectivas Médicas, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 9-15, maio/ago. 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, Switzerland: WHO, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The double burden of malnutrition. Policy brief. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: <https://www.who.int/nutrition/publications/doubleburdenmalnutrition-policybrief/en/>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World health report : 2000 : health systems : improving performance [Internet]. World Health Organization; 2000 [citado 18 de setembro de 2023]. 215 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42281>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Who child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. WHO (nonserial publication). Geneva, Switzerland: WHO, 2006.

ANEXO 01

Taxas de mortalidade por principais capítulos CID-10, grupos e diagnósticos, segundo faixas de idade selecionadas, sexo e raça/cor da pele, 2022.

MORTALIDADE DE MENORES DE UM ANO, SEXO FEMININO - 2022

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	Negra	Taxa		N	%	
Total	Total		402.00	14.10	640.00	11.17	0.79	48	4.39	1,094
XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal	P00-P04 Feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto	P00 Fet rec-nasc afet afec mat n obr rel grav at	22.00	0.77	60.00	1.05	1.36	5	5.75	87
		P02 Fet rec-nasc afet compl plac cord umb membr	15.00	0.53	30.00	0.52	1.00	0	0.00	45
		P01 Fet rec-nasc afet complic maternas gravidez	19.00	0.67	24.00	0.42	0.63	3	6.52	46
		Total	61.00	2.14	119.00	2.08	0.97	9	4.76	189
	P20-P29 Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal	P22 Desconforto respirat do recém-nascido	10.00	0.35	33.00	0.58	1.64	3	6.52	46
		P24 Sindr de aspiracao neonatal	5.00	0.18	21.00	0.37	2.09	1	3.70	27
		P21 Asfixia ao nascer	12.00	0.42	16.00	0.28	0.66	2	6.67	30
		Total	60.00	2.10	107.00	1.87	0.89	10	5.62	178
	P35-P39 Infecções específicas do período perinatal	P36 Septicemia bacter do recém-nascido	31.00	1.09	58.00	1.01	0.93	4	4.30	93
		P39 Outr infecc especificas do periodo perinatal	1.00	0.04	6.00	0.10	2.99	0	0.00	7
		Total	32.00	1.12	67.00	1.17	1.04	4	3.88	103
	P05-P08 Transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal	Total	13.00	0.46	23.00	0.40	0.88	1	2.70	37
	Total		190.00	6.66	354.00	6.18	0.93	26	4.55	571
XVII - Malformações congênicas, deformidades e	Q20-Q28 Malformações congênicas do aparelho	Total	37.00	1.30	43.00	0.75	0.58	4	4.71	85

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	Negra	Taxa		N	%	
anomalias cromossômicas	circulatório									
	Q80-Q89 Outras malformações congênitas	Total	10.00	0.35	20.00	0.35	1.00	0	0.00	30
	Q00-Q07 Malformações congênitas do sistema nervoso	Total	14.00	0.49	13.00	0.23	0.46	3	10.00	30
	Q90-Q99 Anomalias cromossômicas não classificadas em outra parte	Total	20.00	0.70	13.00	0.23	0.32	4	10.81	37
	Total		106.00	3.72	117.00	2.04	0.55	15	6.28	239
XX - Causas externas	W20-W64, Todas as outras causas externas	W84 Riscos NE a respiracao	12.00	0.42	30.00	0.52	1.24	1	2.33	43
		W78 Inalacao do conteudo gastrico	2.00	0.07	12.00	0.21	2.99	0	0.00	14
		Total	18.00	0.63	45.00	0.79	1.24	1	1.56	64
	Total		29.00	1.02	52.00	0.91	0.89	1	1.22	82
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A50-A64 Infecções de transmissão predominantemente sexual	A50 Sífilis congen	1.00	0.04	13.00	0.23	6.47	0	0.00	14
		Total	1.00	0.04	13.00	0.23	6.47	0	0.00	14
	A30-A49 Outras doenças bacterianas	A41 Outr septicemias	8.00	0.28	11.00	0.19	0.68	0	0.00	20
		Total	8.00	0.28	11.00	0.19	0.68	0	0.00	20
	Total		20.00	0.70	41.00	0.72	1.02	1	1.59	63
X - Doenças do aparelho respiratório	J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	Total	6.00	0.21	21.00	0.37	1.74	1	3.45	29
	J20-J22 Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores	J21 Bronquiolite aguda	11.00	0.39	11.00	0.19	0.50	1	4.35	23
		Total	11.00	0.39	11.00	0.19	0.50	1	4.35	23
	Total		18.00	0.63	34.00	0.59	0.94	2	3.64	55
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não	R95-R99 Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade	R99 Outr causas mal definidas e NE mortalidade	7.00	0.25	10.00	0.17	0.71	0	0.00	17
		R95 Sindr da morte subita na	0.00	0.00	3.00	0.05	-	0	0.00	3

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	Negra	Taxa		N	%	
classificados em outra parte		infancia								
		Total	7.00	0.25	13.00	0.23	0.92	0	0.00	20
	Total		9.00	0.32	13.00	0.23	0.72	0	0.00	22

Fonte: MS/Datasus/SIM, 2022; MS/DATASUS/SINASC, 2022.

MORTALIDADE EM MENORES DE UM ANO – SEXO MASCULINO, 2022

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
Total	Total		445.00	15.08	763.00	12.74	0.84	64	5.02	1,275
XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal	P20-P29 Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal	P22 Desconforto respirat do recém-nascido	13.00	0.44	61.00	1.02	2.31	1	1.33	75
		P21 Asfixia ao nascer	14.00	0.47	24.00	0.40	0.84	4	9.52	42
		P29 Transt cardiovasc orig periodo perinatal	7.00	0.24	17.00	0.28	1.20	1	4.00	25
		P24 Sindr de aspiracao neonatal	5.00	0.17	13.00	0.22	1.28	0	0.00	18
		P20 Hipoxia intra-uterina	7.00	0.24	11.00	0.18	0.77	2	10.00	20
		Total	68.00	2.31	148.00	2.47	1.07	9	4.00	225
	P00-P04 Feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto	P00 Fet rec-nasc afet afec mat n obr rel grav at	27.00	0.92	59.00	0.99	1.08	9	9.47	95
		P01 Fet rec-nasc afet complic maternas gravidez	19.00	0.64	38.00	0.63	0.99	4	6.56	61
		P02 Fet rec-nasc afet compl plac cord umb membr	20.00	0.68	32.00	0.53	0.79	3	5.45	55
		Total	69.00	2.34	137.00	2.29	0.98	17	7.62	223
	P35-P39 Infecções específicas do período perinatal	P36 Septicemia bacter do recém-nascido	34.00	1.15	77.00	1.29	1.12	5	4.31	116
		Total	38.00	1.29	83.00	1.39	1.08	5	3.94	127
	P05-P08 Transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal	P07 Transt rel gest curt dur peso baix nasc NCOP	12.00	0.41	34.00	0.57	1.40	4	8.00	50
		P05 Crescimento fetal retard e desnutric fetal	0.00	0.00	5.00	0.08	-	0	0.00	5

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		Total	12.00	0.41	39.00	0.65	1.60	4	7.27	55
	P75-P78 Transtornos do aparelho digestivo do feto ou do recém-nascido	P77 Enterocolite necrotizante do feto e rec-nasc	6.00	0.20	14.00	0.23	1.15	2	9.09	22
		P78 Outr transt ap digestivo periodo perinatal	1.00	0.03	6.00	0.10	2.96	0	0.00	7
		Total	7.00	0.24	21.00	0.35	1.48	2	6.67	30
	P90-P96 Outros transtornos originados no período perinatal	P96 Outr afeccoes originadas periodo perinatal	5.00	0.17	13.00	0.22	1.28	2	10.00	20
		Total	5.00	0.17	14.00	0.23	1.38	3	13.64	22
	Total		206.00	6.98	453.00	7.56	1.08	42	5.97	703
XVII - Malformações congêntas, deformidades e anomalias cromossômicas	Q20-Q28 Malformações congêntas do aparelho circulatório	Total	50.00	1.69	56.00	0.94	0.55	3	2.75	109
	Q80-Q89 Outras malformações congêntas	Total	6.00	0.20	21.00	0.35	1.72	2	6.90	29
	Q90-Q99 Anomalias cromossômicas não classificadas em outra parte	Total	16.00	0.54	13.00	0.22	0.40	0	0.00	29
	Q00-Q07 Malformações congêntas do sistema nervoso	Q00 Anencefalia e malformacoes similares	1.00	0.03	4.00	0.07	1.97	1	16.67	6
		Total	8.00	0.27	10.00	0.17	0.62	2	10.00	20
	Q30-Q34 Malformações congêntas do aparelho respiratório	Total	8.00	0.27	10.00	0.17	0.62	0	0.00	18
	Total		116.00	3.93	128.00	2.14	0.54	10	3.94	254
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A30-A49 Outras doenças bacterianas	A41 Outr septicemias	9.00	0.31	19.00	0.32	1.04	2	6.67	30
		Total	9.00	0.31	19.00	0.32	1.04	2	6.67	30

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	A50-A64 Infecções de transmissão predominantemente sexual	A50 Sífilis congen	3.00	0.10	11.00	0.18	1.81	1	6.67	15
		Total	3.00	0.10	11.00	0.18	1.81	1	6.67	15
	A00-A09 Doenças infecciosas intestinais	A09 Diarreia e gastroenterite orig infecc presum	4.00	0.14	6.00	0.10	0.74	2	16.67	12
		Total	4.00	0.14	6.00	0.10	0.74	2	16.67	12
	Total		24.00	0.81	48.00	0.80	0.99	5	6.49	77
XX - Causas externas	W20-W64, Todas as outras causas externas	W84 Riscos NE a respiracao	9.00	0.31	25.00	0.42	1.37	2	5.41	37
		W78 Inalacao do conteudo gastrico	4.00	0.14	12.00	0.20	1.48	0	0.00	16
		Total	19.00	0.64	44.00	0.73	1.14	3	4.48	67
	Total		23.00	0.78	47.00	0.78	1.01	3	4.05	74
X - Doenças do aparelho respiratório	J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	Total	16.00	0.54	21.00	0.35	0.65	0	0.00	37
	J20-J22 Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores	J21 Bronquiolite aguda	14.00	0.47	9.00	0.15	0.32	2	8.00	25
		Total	15.00	0.51	12.00	0.20	0.39	2	6.90	29
	Total		35.00	1.19	42.00	0.70	0.59	2	2.53	79
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	Total		9.00	0.31	14.00	0.23	0.77	0	0.00	23

Fonte: MS/Datasus/SIM, 2022; MS/DATASUS/SINASC, 2022.

MORTALIDADE DE CRIANÇAS DE 01-09 ANOS DE IDADE, SEXO FEMININO – 2022

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
Total	Total		138	39.3	154	30.7	0.78	13	4.3	305
XX - Causas externas	W65-W74 Afogamento e submersões acidentais	Total	5	1.4	12	2.4	1.68	1	5.6	18
	W20-W64, Todas as outras causas externas	Total	12	3.4	11	2.2	0.64	0	0.0	23
	Y10-Y34 Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada	Total	2	0.6	4	0.8	1.40	0	0.0	6
	X85-Y09 Agressões	Y09 Agressao p/meios NE	0	0.0	2	0.4	-	0	0.0	2
		Y05 Agressao sexual p/meio de forca fisica	1	0.3	0	0.0	0.00	0	0.0	1
		X95 Agressao disparo outr arma de fogo ou NE	2	0.6	0	0.0	0.00	0	0.0	2
		Total	3	0.9	2	0.4	0.47	0	0.0	5
	W00-W19 Quedas	Total	2	0.6	1	0.2	0.35	0	0.0	3
	Total		26	7.4	30	6.0	0.81	1	1.8	57
X - Doenças do aparelho respiratório	J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	Total	15	4.3	16	3.2	0.75	2	6.1	33
	J85-J86 Afecções necróticas e supurativas das vias aéreas inferiores	Total	4	1.1	3	0.6	0.52	0	0.0	7
	J90-J94 Outras doenças da pleura	Total	0	0.0	3	0.6	-	0	0.0	3
	J20-J22 Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores	J21 Bronquiolite aguda	1	0.3	2	0.4	1.40	0	0.0	3
		Total	1	0.3	2	0.4	1.40	0	0.0	3
	Total		24	6.8	27	5.4	0.79	2	3.8	53
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A30-A49 Outras doenças bacterianas	A41 Outr septicemias	5	1.4	9	1.8	1.26	1	6.7	15
		Total	5	1.4	10	2.0	1.40	1	6.3	16

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	B25-B34 Outras doenças por vírus	B34 Doenc p/virus de localiz NE	4	1.1	5	1.0	0.87	0	0.0	9
		Total	4	1.1	5	1.0	0.87	0	0.0	9
	B20-B24 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	Total	1	0.3	3	0.6	2.10	1	20.0	5
	A15-A19 Tuberculose	Total	1	0.3	2	0.4	1.40	0	0.0	3
	Total		15	4.3	25	5.0	1.17	2	4.8	42
II - Neoplasias [tumores]	C81-C96 Neoplasias [tumores] malignas(os), declaradas ou presumidas como primárias, dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos correlatos	Total	5	1.4	6	1.2	0.84	0	0.0	11
	C69-C72 Neoplasias malignas dos olhos, do encéfalo e de outras partes do sistema nervoso central	Total	6	1.7	4	0.8	0.47	1	9.1	11
	Total		15	4.3	16	3.2	0.75	1	3.1	32
VI - Doenças do sistema nervoso	G90-G99 Outros transtornos do sistema nervoso	G91 Hidrocefalia	1	0.3	4	0.8	2.80	0	0.0	5
		G93 Outr transt do encefalo	7	2.0	3	0.6	0.30	0	0.0	10
		Total	8	2.3	7	1.4	0.61	0	0.0	15
	Total		19	5.4	13	2.6	0.48	2	5.9	34
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R95-R99 Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade	Total	4	1.1	12	2.4	2.10	0	0.0	16
	R50-R69 Sintomas e sinais gerais	R57 Choque NCOP	0	0.0	1	0.2	-	0	0.0	1
		Total	0	0.0	1	0.2	-	0	0.0	1
	Total		4	1.1	13	2.6	2.27	0	0.0	17
XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	Q20-Q28 Malformações congênitas do aparelho circulatório	Total	6	1.7	5	1.0	0.58	2	15.4	13
	Total		17	4.8	8	1.6	0.33	4	13.8	29
XI - Doenças do aparelho digestivo	Total		2	0.6	7	1.4	2.45	0	0.0	9

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	D55-D59 Anemias hemolíticas	D57 Transt falciformes	0	0.0	2	0.4	-	0	0.0	2
		D59 Anemia hemolítica adquir	1	0.3	0	0.0	0.00	0	0.0	1
		Total	1	0.3	2	0.4	1.40	0	0.0	3
	Total		2	0.6	4	0.8	1.40	0	0.0	6

Fonte: MS/Datasus/SIM, 2022; IBGE: Censo Demográfico 2022, resultados do universo.

MORTALIDADE DE CRIANÇAS DE 01-09 ANOS, SEXO MASCULINO - 2022

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
Total	Total		162	45.0	217	41.6	0.93	5	1.30	384
XX - Causas externas	W65-W74 Afogamento e submersões acidentais	Total	5	1.4	19	3.6	2.62	0	0.00	24
	W20-W64, Todas as outras causas externas	Total	10	2.8	17	3.3	1.17	0	0.00	27
	V01-V99 Acidentes de transporte	Total	2	0.6	9	1.7	3.11	0	0.00	11
	X85-Y09 Agressões	X99 Agressao objeto cortante ou penetrante	1	0.3	1	0.2	0.69	0	0.00	2
		Y06 Negligencia e abandono	0	0.0	1	0.2	-	0	0.00	1
		Y09 Agressao p/meios NE	0	0.0	1	0.2	-	0	0.00	1
		Total	1	0.3	3	0.6	2.07	0	0.00	4
	Y10-Y34 Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada	Y26 Exposicao fumaca fogo chamaz intenc n det	0	0.0	2	0.4	-	0	0.00	2
		Y24 Disparo outr arma fogo e NE intenc nao det	0	0.0	1	0.2	-	0	0.00	1
		Total	0	0.0	3	0.6	-	0	0.00	3
	Total		20	5.6	53	10.2	1.83	0	0.00	73
X - Doenças do aparelho respiratório	J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	Total	18	5.0	18	3.5	0.69	0	0.00	36
	J95-J99 Outras doenças do aparelho respiratório	Total	0	0.0	6	1.2	-	0	0.00	6
	J20-J22 Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores	J21 Bronquiolite aguda	1	0.3	4	0.8	2.76	0	0.00	5
		Total	1	0.3	5	1.0	3.45	0	0.00	6
	Total		19	5.3	33	6.3	1.20	0	0.00	52

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A30-A49 Outras doenças bacterianas	A41 Outr septicemias	4	1.1	7	1.3	1.21	1	8.33	12
		Total	4	1.1	8	1.5	1.38	1	7.69	13
	B25-B34 Outras doenças por vírus	B34 Doenc p/virus de localiz NE	7	1.9	6	1.2	0.59	0	0.00	13
		Total	7	1.9	6	1.2	0.59	0	0.00	13
	Total		11	3.1	20	3.8	1.26	2	6.06	33
VI - Doenças do sistema nervoso	G90-G99 Outros transtornos do sistema nervoso	G93 Outr transt do encefalo	7	1.9	6	1.2	0.59	0	0.00	13
		G91 Hidrocefalia	1	0.3	2	0.4	1.38	0	0.00	3
		Total	8	2.2	9	1.7	0.78	0	0.00	17
	G00-G09 Doenças inflamatórias do sistema nervoso central	Total	3	0.8	7	1.3	1.61	0	0.00	10
	G40-G47 Transtornos episódicos e paroxísticos	G40 Epilepsia	1	0.3	3	0.6	2.07	0	0.00	4
		Total	1	0.3	3	0.6	2.07	0	0.00	4
	Total		12	3.3	20	3.8	1.15	0	0.00	32
XVII - Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas	Q00-Q07 Malformações congênicas do sistema nervoso	Q02 Microcefalia	1	0.3	4	0.8	2.76	0	0.00	5
		Q03 Hidrocefalia congen	1	0.3	2	0.4	1.38	0	0.00	3
		Total	2	0.6	6	1.2	2.07	0	0.00	8
	Q20-Q28 Malformações congênicas do aparelho circulatório	Total	4	1.1	6	1.2	1.04	0	0.00	10
	Total		9	2.5	17	3.3	1.30	0	0.00	26
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R95-R99 Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade	Total	6	1.7	17	3.3	1.96	1	4.17	24
	Total		6	1.7	17	3.3	1.96	1	4.17	24
II - Neoplasias [tumores]	C81-C96 Neoplasias [tumores] malignas(os), declaradas ou presumidas como primárias, dos tecidos linfático, hematopoético e	Total	2	0.6	8	1.5	2.76	0	0.00	10

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	tecidos correlatos									
	C69-C72 Neoplasias malignas dos olhos, do encéfalo e de outras partes do sistema nervoso central	C71 Neopl malig do encefalo	7	1.9	3	0.6	0.30	0	0.00	10
		Total	7	1.9	4	0.8	0.39	0	0.00	11
	Total		11	3.1	16	3.1	1.00	0	0.00	27
XI - Doenças do aparelho digestivo	K70-K77 Doenças do fígado	Total	0	0.0	4	0.8	-	0	0.00	4
	Total		2	0.6	8	1.5	2.76	0	0.00	10
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	D55-D59 Anemias hemolíticas	D57 Transt falciformes	1	0.3	2	0.4	1.38	0	0.00	3
		Total	1	0.3	3	0.6	2.07	0	0.00	4
	Total		3	0.8	7	1.3	1.61	0	0.00	10

Fonte: MS/Datasus/SIM, 2022; IBGE: Censo Demográfico 2022, resultados do universo.

MORTALIDADE DE PESSOAS DE 10-19 ANOS, SEXO FEMININO, 2022

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
Total	Total		144	38.7	220	37.0	1.0	6	1.62	371
XX - Causas externas	V01-V99 Acidentes de transporte	Total	8	2.2	18	3.0	1.4	0	0.00	26
	W20-W64, Todas as outras causas externas	Total	12	3.2	16	2.7	0.8	0	0.00	28
	X85-Y09 Agressões	X95 Agressao disparo outr arma de fogo ou NE	3	0.8	12	2.0	2.5	0	0.00	15
		X91 Agressao enforc estrangulamento sufocacao	2	0.5	1	0.2	0.3	0	0.00	3
		X97 Agressao p/meio de fumaca fogo e chamas	1	0.3	1	0.2	0.6	0	0.00	2
		X99 Agressao objeto cortante ou penetrante	0	0.0	1	0.2	-	0	0.00	1
		Y09 Agressao p/meios NE	0	0.0	1	0.2	-	0	0.00	1
		Total	6	1.6	16	2.7	1.7	0	0.00	22
	X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	X70 Lesao autoprov intenc enforc estrang sufoc	4	1.1	5	0.8	0.8	0	0.00	9
		X61 Auto-int int a-conv sed hip a-park psic NCOP	0	0.0	3	0.5	-	0	0.00	3
		X68 Auto-intox intenc a pesticidas	0	0.0	3	0.5	-	0	0.00	3
		X64 Auto-int intenc out drog med subst biolog NE	1	0.3	1	0.2	0.6	0	0.00	2
		X69 Auto-int intenc outr prod quim subst noc NE	0	0.0	1	0.2	-	0	0.00	1
		X72 Lesao autoprov intenc disp arma fogo de mao	0	0.0	1	0.2	-	0	0.00	1
		X80 Lesao autoprov intenc precip lugar elevado	2	0.5	1	0.2	0.3	0	0.00	3

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total	
			N	Taxa	N	Taxa		N	%		
		Total	7	1.9	15	2.5	1.3	0	0.00	22	
	X40-X49 Envenen, intoxic por ou expos a subst nociv	X42 Envenen acid narcot psicodislepticos NCOP	0	0.0	2	0.3	-	0	0.00	2	
		X49 Envenen acid outr subst quim nocivas e as NE	0	0.0	2	0.3	-	0	0.00	2	
		Total	1	0.3	6	1.0	3.8	0	0.00	7	
	Y10-Y34 Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada	Y34 Fatos ou eventos NE e intenc nao determinada	1	0.3	4	0.7	2.5	0	0.00	5	
		Y20 Enforc estrang sufoc intenc nao determinada	0	0.0	1	0.2	-	0	0.00	1	
		Total	1	0.3	5	0.8	3.1	0	0.00	6	
	Total		35	9.4	79	13.3	1.4	0	0.00	114	
	II - Neoplasias [tumores]	Total		11	3.0	21	3.5	1.2	0	0.00	32
	I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	B25-B34 Outras doenças por vírus	B34 Doenc p/virus de localiz NE	3	0.8	5	0.8	1.0	0	0.00	8
Total			3	0.8	6	1.0	1.3	0	0.00	9	
A15-A19 Tuberculose		Total	3	0.8	5	0.8	1.0	0	0.00	8	
A30-A49 Outras doenças bacterianas		A41 Outr septicemias	4	1.1	3	0.5	0.5	0	0.00	7	
		Total	4	1.1	3	0.5	0.5	0	0.00	7	
Total		10	2.7	18	3.0	1.1	0	0.00	28		
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R95-R99 Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade	R99 Outr causas mal definidas e NE mortalidade	6	1.6	17	2.9	1.8	0	0.00	23	
		Total	6	1.6	17	2.9	1.8	0	0.00	23	
	Total		6	1.6	17	2.9	1.8	0	0.00	23	
IX - Doenças do aparelho circulatório	I30-I52 Outras formas de doença do coração	Total	1	0.3	7	1.2	4.4	1	11.11	9	

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	I20-I25 Doenças isquêmicas do coração	Total	1	0.3	3	0.5	1.9	0	0.00	4
	I26-I28 Doenças cardíaca pulmonar e da circulação pulmonar	Total	3	0.8	3	0.5	0.6	0	0.00	6
	I60-I69 Doenças cerebrovasculares	Total	2	0.5	2	0.3	0.6	0	0.00	4
	I80-I89 Doenças das veias, dos vasos linfáticos e dos gânglios linfáticos, não classificadas em outra parte	Total	0	0.0	1	0.2	-	0	0.00	1
	Total		7	1.9	16	2.7	1.4	1	4.17	24
XV - Gravidez, parto e puerpério	O85-O92 Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério	O85 Infecção puerperal	0	0.0	2	0.3	-	0	0.00	2
		O88 Embolia originada da obstetria	0	0.0	1	0.2	-	0	0.00	1
		O90 Complicação do puerpério NCOP	1	0.3	1	0.2	0.6	0	0.00	2
		Total	1	0.3	4	0.7	2.5	0	0.00	5
	O94-O99 Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte	O96 Morte qualquer causa obstétrica mais de 42 dias após o parto	0	0.0	2	0.3	-	0	0.00	2
		O97 Morte por sequelas de causas obstétricas diretas	0	0.0	1	0.2	-	0	0.00	1
		O98 Doença infecciosa por material contaminado durante o parto ou o puerpério	0	0.0	1	0.2	-	0	0.00	1
		Total	0	0.0	4	0.7	-	0	0.00	4
	O00-O08 Gravidez que termina em aborto	O00 Gravidez ectópica	0	0.0	1	0.2	-	0	0.00	1
		O03 Aborto espontâneo	0	0.0	1	0.2	-	0	0.00	1
		O06 Aborto não espontâneo	0	0.0	1	0.2	-	0	0.00	1
		Total	0	0.0	3	0.5	-	0	0.00	3
	O10-O16 Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério	O15 Eclâmpsia	1	0.3	1	0.2	0.6	0	0.00	2
		Total	1	0.3	1	0.2	0.6	0	0.00	2
	O20-O29 Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez	O23 Infecção do trato genitourinário na gravidez	0	0.0	1	0.2	-	0	0.00	1

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	a gravidez	Total	0	0.0	1	0.2	-	0	0.00	1
	Total		2	0.5	13	2.2	4.1	0	0.00	15
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	D55-D59 Anemias hemolíticas	D57 Transt falciformes	0	0.0	3	0.5	-	0	0.00	3
		Total	0	0.0	4	0.7	-	0	0.00	4
	Total		0	0.0	8	1.3	-	0	0.00	8

Fonte: MS/Datasus/SIM, 2022; IBGE: Censo Demográfico 2022, resultados do universo.

MORTALIDADE DE PESSOAS DE 10-19 ANOS, SEXO MASCULINO - 2022

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
Total	Total		300	80.34	758	119.72	1.49	4	0.38	1,062
XX - Causas externas	X85-Y09 Agressões	X95 Agressao disparo outr arma de fogo ou NE	52	13.93	231	36.48	2.62	3	1.05	286
		Y09 Agressao p/meios NE	12	3.21	46	7.27	2.26	0	0.00	58
		X99 Agressao objeto cortante ou penetrante	4	1.07	12	1.90	1.77	0	0.00	16
		X91 Agressao enforc estrangulamento sufocacao	2	0.54	2	0.32	0.59	0	0.00	4
		X94 Agressao disparo arma fogo de maior calibre	0	0.00	2	0.32	-	0	0.00	2
		Y04 Agressao p/meio de forca corporal	1	0.27	2	0.32	1.18	0	0.00	3
		X93 Agressao disparo de arma de fogo de mao	0	0.00	1	0.16	-	0	0.00	1
		Y08 Agressao p/outr meios espec	1	0.27	1	0.16	0.59	0	0.00	2
		Total	72	19.28	297	46.91	2.43	3	0.81	372

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	Y10-Y34 Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada	Y34 Fatos ou eventos NE e intenc não determinada	5	1.34	76	12.00	8.96	0	0.00	81
		Y24 Disparo outr arma fogo e NE intenc não det	7	1.87	24	3.79	2.02	0	0.00	31
		Y28 Contato obj cortante penetrante intenc n det	1	0.27	3	0.47	1.77	0	0.00	4
		Y19 Env out prod quim subst noc e NE int n det	0	0.00	1	0.16	-	0	0.00	1
		Total	13	3.48	104	16.43	4.72	0	0.00	117
	V01-V99 Acidentes de transporte	Total	27	7.23	49	7.74	1.07	0	0.00	76
	W20-W64, Todas as outras causas externas	Total	24	6.43	33	5.21	0.81	0	0.00	57
	Y35-Y36 Intervenções legais e operações de guerra	Y35 Intervencao legal	12	3.21	32	5.05	1.57	0	0.00	44
		Total	12	3.21	32	5.05	1.57	0	0.00	44
	X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	X70 Lesao autoprov intenc enforc estrang sufoc	3	0.80	16	2.53	3.15	0	0.00	19
		Total	3	0.80	21	3.32	4.13	0	0.00	24
	W65-W74 Afogamento e submersões acidentais	Total	3	0.80	13	2.05	2.56	0	0.00	16
	Total		156	41.78	556	87.81	2.10	4	0.56	716

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R95-R99 Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade	Total	14	3.75	41	6.48	1.73	0	0.00	55
	Total		14	3.75	44	6.95	1.85	0	0.00	58
II - Neoplasias [tumores]	C81-C96 Neoplasias [tumores] malignas(os), declaradas ou presumidas como primárias, dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos correlatos	Total	3	0.80	13	2.05	2.56	0	0.00	16
	Total		16	4.28	31	4.90	1.14	0	0.00	47
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	Total		14	3.75	23	3.63	0.97	0	0.00	37
IX - Doenças do aparelho circulatório	Total		11	2.95	22	3.47	1.18	0	0.00	33

Fonte: MS/Datasus/SIM, 2022; IBGE: Censo Demográfico 2022, resultados do universo.

MORTALIDADE DE PESSOAS DE 20-49 ANOS, SEXO FEMININO, 2022

Capítulos CID-10	Grupos		Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
		Causa (CID10 3C)	N	Taxa	N	Taxa		N	%	
Total	Total		2,351	156.85	3,891	177.72	1.13	36	0.57	6,293
II - Neoplasias [tumores]	C50-C50 Neoplasias malignas da mama	C50 Neopl malign da mama	196	13.08	246	11.24	0.86	8	1.78	450
		Total	196	13.08	246	11.24	0.86	8	1.78	450
	C51-C58 Neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos	C53 Neopl malign do colo do utero	102	6.81	125	5.71	0.84	1	0.43	230
		C55 Neopl malign do utero porcao NE	20	1.33	47	2.15	1.61	0	0.00	67
		C56 Neopl malign do ovario	25	1.67	47	2.15	1.29	0	0.00	72
		C54 Neopl malign do corpo do utero	12	0.80	6	0.27	0.34	0	0.00	18
		Total	169	11.27	233	10.64	0.94	1	0.25	405
	C15-C26 Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	C16 Neopl malign do estomago	26	1.73	41	1.87	1.08	0	0.00	67
		C18 Neopl malign do colon	38	2.54	39	1.78	0.70	0	0.00	77
		C20 Neopl malign do reto	14	0.93	20	0.91	0.98	0	0.00	34
		C22 Neopl malign figado vias biliares intra-hepat	20	1.33	16	0.73	0.55	0	0.00	36
		C25 Neopl malign do pancreas	12	0.80	14	0.64	0.80	1	3.70	27
		Total	135	9.01	156	7.13	0.79	3	1.02	294
	C30-C39 Neoplasias malignas do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	C34 Neopl malign dos bronquios e dos pulmoes	19	1.27	37	1.69	1.33	0	0.00	57
		Total	22	1.47	44	2.01	1.37	0	0.00	67

Capítulos CID-10	Grupos		Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
		Causa (CID10 3C)	N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	C76-C80 Neoplasias malignas de localizações mal definidas, secundárias e de localizações não especificadas	Total	32	2.13	43	1.96	0.92	0	0.00	75
	C81-C96 Neoplasias [tumores] malignas(os), declaradas ou presumidas como primárias, dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos correlatos	Total	41	2.74	37	1.69	0.62	0	0.00	78
	C69-C72 Neoplasias malignas dos olhos, do encéfalo e de outras partes do sistema nervoso central	Total	27	1.80	36	1.64	0.91	2	3.08	65
	D10-D36 Neoplasias [tumores] benignas(os)	Total	10	0.67	18	0.82	1.23	0	0.00	28
	Total		671	44.77	864	39.46	0.88	14	0.90	1,553
IX - Doenças do aparelho circulatório	I60-I69 Doenças cerebrovasculares	I61 Hemorragia intracerebral	38	2.54	87	3.97	1.57	1	0.79	127
		I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	24	1.60	52	2.38	1.48	0	0.00	77
		I67 Outr doenc cerebrovasculares	23	1.53	50	2.28	1.49	0	0.00	73
		I60 Hemorragia subaracnoide	21	1.40	45	2.06	1.47	0	0.00	66
		Total	111	7.41	243	11.10	1.50	1	0.28	357
	I20-I25 Doenças isquêmicas do coração	I21 Infarto agudo do miocardio	95	6.34	160	7.31	1.15	0	0.00	255
		I25 Doenc isquemica cronica do coracao	3	0.20	13	0.59	2.97	0	0.00	16
		Total	99	6.60	176	8.04	1.22	0	0.00	275
	I10-I15 Doenças hipertensivas	I10 Hipertensao essencial	42	2.80	108	4.93	1.76	0	0.00	150
		I12 Doenc renal hipertensiva	5	0.33	19	0.87	2.60	0	0.00	24

Capítulos CID-10	Grupos		Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
		Causa (CID10 3C)	N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		I11 Doenc cardiaca hipertensiva	5	0.33	13	0.59	1.78	0	0.00	18
		I13 Doenc cardiaca e renal hipertensiva	2	0.13	9	0.41	3.08	0	0.00	11
		Total	54	3.60	149	6.81	1.89	0	0.00	203
	I30-I52 Outras formas de doença do coração	I50 Insuf cardiaca	21	1.40	45	2.06	1.47	1	1.49	67
		I42 Cardiomiopatias	15	1.00	33	1.51	1.51	0	0.00	48
		I51 Complic cardiopatias doenc cardiacas mal def	10	0.67	17	0.78	1.16	0	0.00	27
		I46 Parada cardiaca	6	0.40	8	0.37	0.91	0	0.00	14
		Total	72	4.80	124	5.66	1.18	1	0.51	197
	Total		390	26.02	778	35.53	1.37	3	0.26	1,174
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	B20-B24 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	B20 Doenc p/HIV result doenc infecc e parasit	48	3.20	192	8.77	2.74	2	0.82	243
		B22 Doenc p/HIV result em outr doenc espec	2	0.13	23	1.05	7.87	0	0.00	25
		Total	62	4.14	238	10.87	2.63	3	0.99	304
	B25-B34 Outras doenças por vírus	Total	65	4.34	80	3.65	0.84	2	1.36	147
	A15-A19 Tuberculose	Total	17	1.13	62	2.83	2.50	1	1.25	80
	A30-A49 Outras doenças bacterianas	Total	44	2.94	58	2.65	0.90	0	0.00	102
	Total		199	13.28	468	21.38	1.61	6	0.89	674
XX - Causas externas	X85-Y09 Agressões	X95 Agressao disparo outr arma de fogo ou NE	23	1.53	46	2.10	1.37	0	0.00	69
		Y09 Agressao p/meios NE	7	0.47	20	0.91	1.96	0	0.00	27
		X99 Agressao objeto cortante ou penetrante	9	0.60	19	0.87	1.45	0	0.00	28
		X91 Agressao enforc estrangulamento sufocacao	3	0.20	15	0.69	3.42	0	0.00	18

Capítulos CID-10	Grupos		Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
		Causa (CID10 3C)	N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		Y00 Agressao p/meio de um objeto contundente	0	0.00	4	0.18	-	0	0.00	4
		X93 Agressao disparo de arma de fogo de mao	1	0.07	3	0.14	2.05	0	0.00	4
		Y04 Agressao p/meio de forca corporal	0	0.00	3	0.14	-	0	0.00	3
		Total	45	3.00	114	5.21	1.73	0	0.00	159
	V01-V99 Acidentes de transporte	Total	77	5.14	102	4.66	0.91	0	0.00	179
	W20-W64, Todas as outras causas externas	X37 Vitima de tempestade cataclismica	27	1.80	23	1.05	0.58	0	0.00	50
		Y83 Reac anorm compl tard interv cirurg s/acid	4	0.27	19	0.87	3.25	0	0.00	23
		X59 Exposicao a fatores NE	9	0.60	12	0.55	0.91	0	0.00	21
		Total	52	3.47	75	3.43	0.99	0	0.00	127
	X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	X70 Lesao autoprov intenc enforc estrang sufoc	25	1.67	15	0.69	0.41	1	2.44	41
		X84 Lesao autoprov intenc p/meios NE	16	1.07	9	0.41	0.39	0	0.00	25
		Total	75	5.00	59	2.69	0.54	1	0.74	135
	Y10-Y34 Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada	Total	13	0.87	29	1.32	1.53	1	2.33	43
	X40-X49 Envenen, intoxic por ou expos a subst nociv	Total	8	0.53	25	1.14	2.14	0	0.00	33
	X00-X09 Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	Total	2	0.13	13	0.59	4.45	0	0.00	15
	W00-W19 Quedas	Total	17	1.13	11	0.50	0.44	0	0.00	28
	W65-W74 Afogamento e submersões acidentais	Total	7	0.47	10	0.46	0.98	0	0.00	17
	Y35-Y36 Intervenções legais e operações de guerra	Y35 Intervencao legal	2	0.13	2	0.09	0.68	0	0.00	4
		Total	2	0.13	2	0.09	0.68	0	0.00	4

Capítulos CID-10	Grupos	Causa (CID10 3C)	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	Total		298	19.88	440	20.10	1.01	2	0.27	740
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R95-R99 Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade	Total	135	9.01	289	13.20	1.47	2	0.47	428
	R50-R69 Sintomas e sinais gerais	R57 Choque NCOP	3	0.20	20	0.91	4.56	1	4.17	24
		Total	7	0.47	25	1.14	2.45	1	3.03	33
	R00-R09 Sintomas e sinais relativos ao aparelho circulatório e respiratório	R09 Outr sint sinais relat ap circulat respirat	4	0.27	12	0.55	2.05	0	0.00	16
		Total	4	0.27	13	0.59	2.22	0	0.00	17
	Total		146	9.74	327	14.94	1.53	3	0.63	478
IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E10-E14 Diabetes mellitus	Total	76	5.07	167	7.63	1.50	1	0.41	244
	E65-E68 Obesidade e outras formas de hiperalimentação	E66 Obesidade	24	1.60	23	1.05	0.66	0	0.00	47
		Total	24	1.60	23	1.05	0.66	0	0.00	47
	Total		117	7.81	212	9.68	1.24	1	0.30	330
X - Doenças do aparelho respiratório	J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	Total	62	4.14	108	4.93	1.19	2	1.16	173
	J40-J47 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	Total	16	1.07	33	1.51	1.41	2	3.92	51
	Total		104	6.94	194	8.86	1.28	4	1.32	303
XIV - Doenças do aparelho geniturinário	N17-N19 Insuficiência renal	Total	19	1.27	49	2.24	1.77	0	0.00	69
	N30-N39 Outras doenças do aparelho urinário	Total	17	1.13	44	2.01	1.77	0	0.00	61
	N00-N08 Doenças glomerulares	Total	4	0.27	19	0.87	3.25	0	0.00	23
	Total		53	3.54	142	6.49	1.83	0	0.00	197
XI - Doenças do aparelho digestivo	K70-K77 Doenças do fígado	Total	17	1.13	33	1.51	1.33	1	1.96	51
	K80-K87 Transtornos da vesícula biliar, das vias biliares e do pâncreas	Total	21	1.40	31	1.42	1.01	0	0.00	52
	Total		81	5.40	124	5.66	1.05	1	0.49	206

Capítulos CID-10	Grupos		Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
		Causa (CID10 3C)	N	Taxa	N	Taxa		N	%	
XV - Gravidez, parto e puerpério	O94-O99 Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte	O96 Morte qq caus obst mais 42d menos 1a parto	8	0.53	24	1.10	2.05	0	0.00	32
		O99 Outr doenc mat COP compl grav parto puerp	12	0.80	21	0.96	1.20	0	0.00	33
		O98 Doen inf paras mat COP compl grav part puerp	1	0.07	8	0.37	5.48	0	0.00	9
		O95 Morte obstetrica de causa NE	1	0.07	2	0.09	1.37	0	0.00	3
		O97 Morte p/sequelas causas obstetricas diretas	0	0.00	1	0.05	-	0	0.00	1
		Total	22	1.47	56	2.56	1.74	0	0.00	78
	O10-O16 Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério	O15 Eclampsia	2	0.13	10	0.46	3.42	0	0.00	12
		O14 Hipertensao gestacional c/proteinuria signif	1	0.07	6	0.27	4.11	0	0.00	7
		O10 Hipertens pre-exist complic grav parto puerp	0	0.00	2	0.09	-	0	0.00	2
		Total	3	0.20	18	0.82	4.11	0	0.00	21
	O00-O08 Gravidez que termina em aborto	O00 Gravidez ectopica	0	0.00	6	0.27	-	0	0.00	6
		O06 Aborto NE	0	0.00	3	0.14	-	0	0.00	3
		O05 Outr tipos de aborto	0	0.00	2	0.09	-	0	0.00	2
		O02 Outr produtos anormais da concepcao	1	0.07	1	0.05	0.68	0	0.00	2
		Total	1	0.07	12	0.55	8.22	0	0.00	13
	O85-O92 Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério	O90 Complic do puerperio NCOP	1	0.07	3	0.14	2.05	0	0.00	4
		O85 Infecç puerperal	3	0.20	2	0.09	0.46	0	0.00	5
		O88 Embolia orig obstetrica	0	0.00	2	0.09	-	0	0.00	2
		O87 Complic venosas no puerperio	0	0.00	1	0.05	-	0	0.00	1

Capítulos CID-10	Grupos		Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
		Causa (CID10 3C)	N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		Total	4	0.27	8	0.37	1.37	0	0.00	12
	O30-O48 Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto	O45 Descolamento prematuro da placenta	0	0.00	2	0.09	-	0	0.00	2
		O41 Outr transt membranas e liquido amniotico	0	0.00	1	0.05	-	0	0.00	1
		O44 Placenta previa	1	0.07	1	0.05	0.68	0	0.00	2
		O46 Hemorragia anteparto NCOP	0	0.00	1	0.05	-	0	0.00	1
		Total	1	0.07	5	0.23	3.42	0	0.00	6
	O60-O75 Complicações do trabalho de parto e do parto	O72 Hemorragia pos-parto	3	0.20	3	0.14	0.68	0	0.00	6
		O62 Anormalidades da contracão uterina	0	0.00	1	0.05	-	0	0.00	1
		Total	3	0.20	4	0.18	0.91	0	0.00	7
	O20-O29 Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez	O21 Vômitos excessivos na gravidez	1	0.07	1	0.05	0.68	0	0.00	2
		Total	1	0.07	1	0.05	0.68	0	0.00	2
	Total		35	2.34	104	4.75	2.03	0	0.00	139

Fonte: MS/Datasus/SIM, 2022; IBGE: Censo Demográfico 2022, resultados do universo.

MORTALIDADE DE PESSOAS DE 20-49 ANOS, SEXO MASCULINO, 2022

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
Total	Total		3,737	287.82	8,359	401.15	1.39	58	0.48	12,169
XX - Causas externas	X85-Y09 Agressões	X95 Agressao disparo outr arma de fogo ou NE	401	30.88	1,428	68.53	2.22	4	0.22	1,835
		Y09 Agressao p/meios NE	74	5.70	308	14.78	2.59	2	0.52	385
		X99 Agressao objeto cortante ou penetrante	29	2.23	67	3.22	1.44	0	0.00	96
		Y00 Agressao p/meio de um objeto contundente	10	0.77	26	1.25	1.62	0	0.00	37
		Y04 Agressao p/meio de forca corporal	10	0.77	22	1.06	1.37	0	0.00	32
		X91 Agressao enforc estrangulamento sufocacao	6	0.46	15	0.72	1.56	0	0.00	21
		X93 Agressao disparo de arma de fogo de mao	4	0.31	13	0.62	2.03	0	0.00	17
		Total	535	41.21	1,892	90.80	2.20	6	0.25	2,437
	V01-V99 Acidentes de transporte	Total	311	23.95	656	31.48	1.31	2	0.21	969
	Y10-Y34 Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada	Y34 Fatos ou eventos NE e intenc nao determinada	70	5.39	388	18.62	3.45	2	0.43	461
		Y24 Disparo outr arma fogo e NE intenc nao det	22	1.69	97	4.66	2.75	0	0.00	120
		Total	102	7.86	510	24.47	3.12	2	0.32	616
	Y35-Y36 Intervenções legais e operações de guerra	Y35 Intervencao legal	59	4.54	212	10.17	2.24	0	0.00	271
		Total	59	4.54	212	10.17	2.24	0	0.00	271
	X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	X70 Lesao autoprov intenc enforc estrang sufoc	77	5.93	141	6.77	1.14	0	0.00	218
		X84 Lesao autoprov intenc p/meios NE	33	2.54	37	1.78	0.70	0	0.00	70
		Total	135	10.40	203	9.74	0.94	0	0.00	338
	W20-W64, Todas as outras causas externas	X59 Exposicao a fatores NE	41	3.16	85	4.08	1.29	0	0.00	126
		W87 Exposicao a corrente eletrica NE	12	0.92	37	1.78	1.92	0	0.00	49

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		W84 Riscos NE a respiracao	11	0.85	22	1.06	1.25	1	2.94	34
		Total	97	7.47	196	9.41	1.26	1	0.34	294
	W00-W19 Quedas	Total	58	4.47	99	4.75	1.06	0	0.00	157
	W65-W74 Afogamento e submersões acidentais	Total	31	2.39	70	3.36	1.41	1	0.98	102
	X40-X49 Envenen, intoxic por ou expos a subst nociv	Total	18	1.39	58	2.78	2.01	1	1.30	77
	Total		1,357	104.52	3,917	187.98	1.80	14	0.26	5,294
IX - Doenças do aparelho circulatório	I20-I25 Doenças isquêmicas do coração	Total	208	16.02	334	16.03	1.00	5	0.91	547
	I30-I52 Outras formas de doença do coração	I50 Insuf cardíaca	33	2.54	104	4.99	1.96	0	0.00	137
		I42 Cardiomiopatias	30	2.31	67	3.22	1.39	1	1.02	98
		Total	111	8.55	242	11.61	1.36	1	0.28	354
	I60-I69 Doenças cerebrovasculares	I61 Hemorragia intracerebral	55	4.24	107	5.13	1.21	1	0.61	163
		I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	23	1.77	59	2.83	1.60	1	1.20	83
		Total	131	10.09	229	10.99	1.09	2	0.55	362
	I10-I15 Doenças hipertensivas	Total	59	4.54	138	6.62	1.46	0	0.00	197
	I26-I28 Doenças cardíaca pulmonar e da circulação pulmonar	Total	12	0.92	35	1.68	1.82	0	0.00	47
	Total		548	42.21	1,018	48.85	1.16	8	0.51	1,574
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R95-R99 Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade	Total	277	21.33	763	36.62	1.72	4	0.38	1,046
	R50-R69 Sintomas e sinais gerais	Total	16	1.23	47	2.26	1.83	0	0.00	63
	Total		300	23.11	830	39.83	1.72	5	0.44	1,137

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	B20-B24 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	Total	172	13.25	395	18.96	1.43	5	0.87	573
	A15-A19 Tuberculose	Total	45	3.47	172	8.25	2.38	2	0.91	219
	A30-A49 Outras doenças bacterianas	A41 Outr septicemias	63	4.85	129	6.19	1.28	2	1.03	194
		A30 Hanseníase	0	0.00	2	0.10	#DIV/0!	0	0.00	2
		Total	72	5.55	145	6.96	1.25	2	0.91	219
	B25-B34 Outras doenças por vírus	B34 Doenc p/virus de localiz NE	69	5.31	72	3.46	0.65	0	0.00	141
		Total	69	5.31	72	3.46	0.65	0	0.00	141
	Total		378	29.11	829	39.78	1.37	10	0.82	1,218
II - Neoplasias [tumores]	C15-C26 Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	C16 Neopl malig do estomago	25	1.93	32	1.54	0.80	0	0.00	57
		C22 Neopl malig figado vias biliares intra-hepat	14	1.08	29	1.39	1.29	0	0.00	44
		C25 Neopl malig do pancreas	21	1.62	21	1.01	0.62	0	0.00	43
		C18 Neopl malig do colon	16	1.23	19	0.91	0.74	0	0.00	35
		C20 Neopl malig do reto	25	1.93	18	0.86	0.45	1	2.27	44
		C15 Neopl malig do esofago	13	1.00	13	0.62	0.62	0	0.00	26
		Total	128	9.86	151	7.25	0.74	2	0.71	283
	C81-C96 Neoplasias [tumores] malignas(os), declaradas ou presumidas como primárias, dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos correlatos	Total	60	4.62	77	3.70	0.80	1	0.72	138
	C30-C39 Neoplasias malignas do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	Total	24	1.85	41	1.97	1.06	0	0.00	65

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	C76-C80 Neoplasias malignas de localizações mal definidas, secundárias e de localizações não especificadas	Total	30	2.31	40	1.92	0.83	0	0.00	70
	C69-C72 Neoplasias malignas dos olhos, do encéfalo e de outras partes do sistema nervoso central	C71 Neopl malig do encefalo	38	2.93	34	1.63	0.56	0	0.00	72
		C72 Neop mal med esp nerv cran out sist nerv cen	7	0.54	3	0.14	0.27	0	0.00	10
		Total	45	3.47	37	1.78	0.51	0	0.00	82
	C60-C63 Neoplasias malignas dos órgãos genitais masculinos	C62 Neopl malig dos testiculos	12	0.92	16	0.77	0.83	0	0.00	28
		C61 Neopl malig da prostata	10	0.77	4	0.19	0.25	0	0.00	14
		C60 Neopl malig do penis	2	0.15	1	0.05	0.31	0	0.00	3
		Total	24	1.85	21	1.01	0.55	0	0.00	45
	Total		390	30.04	461	22.12	0.74	3	0.35	856
X - Doenças do aparelho respiratório	J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	Total	105	8.09	217	10.41	1.29	3	0.92	325
	J95-J99 Outras doenças do aparelho respiratório	Total	15	1.16	42	2.02	1.74	1	1.72	58
	J40-J47 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	Total	15	1.16	26	1.25	1.08	0	0.00	41
	Total		167	12.86	332	15.93	1.24	6	1.19	505
XI - Doenças do aparelho digestivo	K70-K77 Doenças do fígado	K74 Fibrose e cirrose hepaticas	25	1.93	49	2.35	1.22	0	0.00	74
		K70 Doenc alcoolica do figado	21	1.62	45	2.16	1.34	1	1.49	67
		Total	66	5.08	130	6.24	1.23	2	1.01	198
	K80-K87 Transtornos da vesícula biliar, das vias biliares e do pâncreas	K85 Pancreatite aguda	12	0.92	30	1.44	1.56	0	0.00	42
		K83 Outr doenc das vias biliares	1	0.08	14	0.67	8.72	0	0.00	15
		Total	17	1.31	52	2.50	1.91	0	0.00	69

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	Total		145	11.17	293	14.06	1.26	3	0.68	441
IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E10-E14 Diabetes mellitus	Total	83	6.39	132	6.33	0.99	2	0.92	217
	Total		115	8.86	182	8.73	0.99	4	1.33	301
XIV - Doenças do aparelho geniturinário	N17-N19 Insuficiência renal	Total	36	2.77	75	3.60	1.30	0	0.00	111
	N00-N08 Doenças glomerulares	Total	12	0.92	30	1.44	1.56	1	2.33	43
	Total		74	5.70	139	6.67	1.17	1	0.47	214
V - Transtornos mentais e comportamentais	F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	F10 Transt mentais comport dev uso alcool	14	1.08	68	3.26	3.03	1	1.19	84
		F19 Transt ment comp mult drog out subst psicoat	8	0.62	32	1.54	2.49	0	0.00	40
		Total	26	2.00	105	5.04	2.52	2	1.49	134
	F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	F20 Esquizofrenia	8	0.62	11	0.53	0.86	0	0.00	19
		Total	8	0.62	11	0.53	0.86	0	0.00	19
	F99-F99 Transtorno mental não especificado	F99 Transt mental NE em outr parte	2	0.15	4	0.19	1.25	0	0.00	7
		Total	2	0.15	4	0.19	1.25	0	0.00	7
	F70-F79 Retardo mental	F79 Retardo mental NE	1	0.08	2	0.10	1.25	0	0.00	3
		Total	1	0.08	2	0.10	1.25	0	0.00	3
	F30-F39 Transtornos do humor [afetivos]	F32 Episodios depressivos	1	0.08	1	0.05	0.62	0	0.00	2
		Total	1	0.08	1	0.05	0.62	0	0.00	2
	Total		38	2.93	123	5.90	2.02	2	1.21	165
VI - Doenças do sistema nervoso	Total		92	7.09	122	5.85	0.83	1	0.47	215
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos	D60-D64 Anemias aplásticas e outras anemias	Total	7	0.54	23	1.10	2.05	0	0.00	30
	D55-D59 Anemias	D57 Transt falciformes	4	0.31	20	0.96	3.12	0	0.00	24

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
e alguns transtornos imunitários	hemolíticas	Total	4	0.31	21	1.01	3.27	0	0.00	25
	Total		15	1.16	56	2.69	2.33	0	0.00	71

Fonte: MS/Datasus/SIM, 2022; IBGE: Censo Demográfico 2022, resultados do universo.

MORTALIDADE DE PESSOAS DE 50-69 ANOS, SEXO FEMININO, 2022

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
Total	Total		8,709	928.16	10,506	945.26	1.02	99	0.51	19,353
IX - Doenças do aparelho circulatório	I60-I69 Doenças cerebrovasculares	I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	151	16.09	306	27.53	1.71	4	0.87	462
		I67 Outr doenc cerebrovasculares	139	14.81	255	22.94	1.55	2	0.51	396
		I61 Hemorragia intracerebral	124	13.22	185	16.65	1.26	0	0.00	310
		I60 Hemorragia subaracnoide	59	6.29	87	7.83	1.24	1	0.68	147
		Total	519	55.31	884	79.54	1.44	9	0.64	1,414
	I20-I25 Doenças isquêmicas do coração	I21 Infarto agudo do miocardio	613	65.33	704	63.34	0.97	8	0.60	1,327
		I25 Doenc isquemica cronica do coracao	57	6.07	55	4.95	0.81	1	0.88	113
		Total	687	73.22	771	69.37	0.95	10	0.68	1,470
	I10-I15 Doenças hipertensivas	I10 Hipertensao essencial	297	31.65	464	41.75	1.32	5	0.65	769
		I11 Doenc cardiaca hipertensiva	50	5.33	119	10.71	2.01	0	0.00	169
		I12 Doenc renal hipertensiva	16	1.71	41	3.69	2.16	1	1.72	58
		Total	373	39.75	637	57.31	1.44	6	0.59	1,019
	I30-I52 Outras formas de doença do coração	I50 Insuf cardiaca	184	19.61	302	27.17	1.39	6	1.21	495
		I51 Complic cardiopatias doenc cardiacas mal def	27	2.88	47	4.23	1.47	0	0.00	74
		I42 Cardiomiopatias	34	3.62	45	4.05	1.12	0	0.00	79
		I46 Parada cardiaca	24	2.56	44	3.96	1.55	0	0.00	68
		Total	381	40.61	531	47.78	1.18	7	0.76	923
	Total		2,127	226.69	3,002	270.10	1.19	33	0.64	5,173
II - Neoplasias	C15-C26 Neoplasias malignas	C18 Neopl malig do colon	170	18.12	145	13.05	0.72	9	2.75	327

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
[tumores]	dos órgãos digestivos	C25 Neopl malign do pancreas	159	16.95	103	9.27	0.55	2	0.76	264
		C16 Neopl malign do estomago	61	6.50	94	8.46	1.30	1	0.64	156
		C22 Neopl malign figado vias biliares intra-hepat	69	7.35	81	7.29	0.99	0	0.00	150
		C20 Neopl malign do reto	84	8.95	66	5.94	0.66	3	1.95	154
		C26 Neopl malign outr mal def aparelho digestivo	65	6.93	59	5.31	0.77	0	0.00	124
		C15 Neopl malign do esofago	18	1.92	45	4.05	2.11	0	0.00	63
		Total	702	74.82	697	62.71	0.84	15	1.06	1,419
	C50-C50 Neoplasias malignas da mama	C50 Neopl malign da mama	549	58.51	510	45.89	0.78	7	0.66	1,066
		Total	549	58.51	510	45.89	0.78	7	0.66	1,066
	C51-C58 Neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos	C53 Neopl malign do colo do utero	96	10.23	116	10.44	1.02	1	0.47	213
		C56 Neopl malign do ovario	113	12.04	94	8.46	0.70	0	0.00	207
		C55 Neopl malign do utero porcao NE	54	5.76	71	6.39	1.11	1	0.79	126
		C54 Neopl malign do corpo do utero	75	7.99	60	5.40	0.68	0	0.00	135
		Total	358	38.15	367	33.02	0.87	2	0.28	727
	C30-C39 Neoplasias malignas do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	C34 Neopl malign dos bronquios e dos pulmoes	319	34.00	292	26.27	0.77	1	0.16	614
		Total	340	36.24	315	28.34	0.78	1	0.15	658
	C76-C80 Neoplasias malignas de localizações mal definidas, secundárias e de localizações não especificadas	Total	184	19.61	206	18.53	0.95	0	0.00	390
	Total		2,573	274.22	2,467	221.96	0.81	27	0.53	5,075
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de	R95-R99 Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade	Total	536	57.12	813	73.15	1.28	12	0.88	1,365
	R50-R69 Sintomas e sinais	R57 Choque NCOP	47	5.01	93	8.37	1.67	0	0.00	140

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	gerais	Total	54	5.76	104	9.36	1.63	0	0.00	158
	Total		632	67.36	987	88.80	1.32	14	0.85	1,638
X - Doenças do aparelho respiratório	J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	Total	400	42.63	526	47.33	1.11	5	0.54	932
	J40-J47 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	Total	223	23.77	242	21.77	0.92	2	0.43	469
	J95-J99 Outras doenças do aparelho respiratório	Total	68	7.25	102	9.18	1.27	1	0.58	171
	Total		778	82.92	970	87.27	1.05	8	0.45	1,759
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A30-A49 Outras doenças bacterianas	A41 Outr septicemias	257	27.39	314	28.25	1.03	1	0.17	575
		Total	280	29.84	342	30.77	1.03	1	0.16	626
	B25-B34 Outras doenças por vírus	B34 Doenc p/virus de localiz NE	306	32.61	271	24.38	0.75	4	0.69	582
		Total	308	32.83	271	24.38	0.74	4	0.68	584
	B20-B24 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	Total	46	4.90	90	8.10	1.65	2	1.45	138
	A15-A19 Tuberculose	Total	15	1.60	48	4.32	2.70	0	0.00	63
	Total		699	74.50	794	71.44	0.96	7	0.47	1,504
IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E10-E14 Diabetes mellitus	Total	391	41.67	638	57.40	1.38	2	0.19	1,031
	Total		471	50.20	734	66.04	1.32	2	0.17	1,208
XIV - Doenças do aparelho geniturinário	N30-N39 Outras doenças do aparelho urinário	Total	182	19.40	206	18.53	0.96	1	0.26	390
	N17-N19 Insuficiência renal	Total	99	10.55	158	14.22	1.35	0	0.00	258
	N00-N08 Doenças glomerulares	Total	34	3.62	68	6.12	1.69	1	0.97	103
	Total		347	36.98	474	42.65	1.15	3	0.36	826
XI - Doenças do	K70-K77 Doenças do fígado	K74 Fibrose e cirrose hepáticas	40	4.26	64	5.76	1.35	0	0.00	104

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
aparelho digestivo		Total	96	10.23	130	11.70	1.14	1	0.44	227
	K80-K87 Transtornos da vesícula biliar, das vias biliares e do pâncreas	Total	67	7.14	83	7.47	1.05	1	0.66	152
	K55-K63 Outras doenças dos intestinos	Total	76	8.10	67	6.03	0.74	1	0.69	144
	K90-K93 Outras doenças do aparelho digestivo	K92 Outr doenc do aparelho digestivo	58	6.18	62	5.58	0.90	0	0.00	120
		Total	58	6.18	62	5.58	0.90	0	0.00	120
	Total		379	40.39	416	37.43	0.93	3	0.38	800
XX - Causas externas	W20-W64, Todas as outras causas externas	Total	93	9.91	107	9.63	0.97	0	0.00	200
	V01-V99 Acidentes de transporte	Total	44	4.69	57	5.13	1.09	0	0.00	101
	Y10-Y34 Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada	Total	55	5.86	51	4.59	0.78	0	0.00	106
	Total		311	33.14	309	27.80	0.84	1	0.16	622

Fonte: MS/Datasus/SIM, 2022; IBGE: Censo Demográfico 2022, resultados do universo.

MORTALIDADE DE PESSOAS DE 50-69 ANOS, SEXO MASCULINO, 2022

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	Negra	Taxa		N	%	
Total	Total		11,237	1,529.45	14,555	1,519.84	0.99	157	0.60	26,001
IX - Doenças do aparelho circulatório	I20-I25 Doenças isquêmicas do coração	I21 Infarto agudo do miocardio	1,233	167.82	1,256	131.15	0.78	18	0.72	2,509
		I25 Doenc isquemica cronica do coracao	132	17.97	110	11.49	0.64	1	0.41	243
		Total	1,392	189.46	1,398	145.98	0.77	19	0.68	2,811
	I60-I69 Doenças cerebrovasculares	I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	261	35.52	436	45.53	1.28	3	0.43	701
		I67 Outr doenc cerebrovasculares	207	28.17	337	35.19	1.25	4	0.73	550
		I61 Hemorragia intracerebral	180	24.50	272	28.40	1.16	5	1.09	458
		I69 Sequelas de doenc cerebrovasculares	53	7.21	106	11.07	1.53	2	1.24	161
		Total	754	102.63	1,214	126.77	1.24	14	0.70	1,987
	I10-I15 Doenças hipertensivas	I10 Hipertensao essencial	371	50.50	614	64.11	1.27	5	0.50	991
		I11 Doenc cardiaca hipertensiva	91	12.39	149	15.56	1.26	1	0.41	241
		I12 Doenc renal hipertensiva	26	3.54	70	7.31	2.07	0	0.00	96
		I13 Doenc cardiaca e renal hipertensiva	5	0.68	24	2.51	3.68	0	0.00	29
		Total	493	67.10	857	89.49	1.33	6	0.44	1,357
	I30-I52 Outras formas de doença do coração	I50 Insuf cardiaca	217	29.54	383	39.99	1.35	2	0.33	605
		I42 Cardiomiopatias	68	9.26	142	14.83	1.60	1	0.47	211
		I46 Parada cardiaca	66	8.98	83	8.67	0.96	0	0.00	150
		I51 Complic cardiopatias doenc cardiacas mal def	35	4.76	66	6.89	1.45	1	0.98	102
		Total	527	71.73	789	82.39	1.15	4	0.30	1,324

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	Negra	Taxa		N	%	
	Total		3,366	458.14	4,450	464.67	1.01	45	0.57	7,873
II - Neoplasias [tumores]	C15-C26 Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	C16 Neopl malign do estomago	126	17.15	165	17.23	1.00	2	0.68	293
		C15 Neopl malign do esofago	83	11.30	163	17.02	1.51	2	0.80	251
		C25 Neopl malign do pancreas	150	20.42	138	14.41	0.71	2	0.69	291
		C18 Neopl malign do colon	174	23.68	138	14.41	0.61	0	0.00	313
		C22 Neopl malign figado vias biliares intra-hepat	107	14.56	96	10.02	0.69	3	1.46	206
		C20 Neopl malign do reto	72	9.80	86	8.98	0.92	1	0.63	159
		Total	842	114.60	907	94.71	0.83	14	0.79	1,768
	C30-C39 Neoplasias malignas do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	C34 Neopl malign dos bronquios e dos pulmoes	304	41.38	243	25.37	0.61	4	0.72	552
		C32 Neopl malign da laringe	57	7.76	78	8.14	1.05	2	1.46	137
		Total	379	51.58	341	35.61	0.69	6	0.83	727
	C76-C80 Neoplasias malignas de localizações mal definidas, secundárias e de localizações não especificadas	Total	180	24.50	221	23.08	0.94	3	0.74	405
	C60-C63 Neoplasias malignas dos órgãos genitais masculinos	C61 Neopl malign da prostata	156	21.23	185	19.32	0.91	4	1.15	347
		Total	174	23.68	191	19.94	0.84	4	1.08	371
	C00-C14 Neoplasias malignas do lábio, cavidade oral e faringe	Total	127	17.29	148	15.45	0.89	3	1.08	278
	Total		2,219	302.02	2,151	224.61	0.74	35	0.79	4,418
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório,	R95-R99 Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade	R99 Outr causas mal definidas e NE mortalidade	862	117.33	1,537	160.49	1.37	14	0.58	2,419
		R96 Outr mortes subitas de causa desconhecida	23	3.13	23	2.40	0.77	0	0.00	46
		R98 Morte s/assist	2	0.27	1	0.10	0.38	0	0.00	3

Capítulos CID-10 não classificados em outra parte	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	Negra	Taxa		N	%	
		Total	887	120.73	1,561	163.00	1.35	14	0.57	2,468
	R50-R69 Sintomas e sinais gerais	R57 Choque NCOP	59	8.03	119	12.43	1.55	1	0.56	179
		R68 Outr sint e sinais gerais	7	0.95	6	0.63	0.66	0	0.00	14
		R64 Caquexia	2	0.27	4	0.42	1.53	0	0.00	6
		R56 Convulsoes NCOP	0	0.00	4	0.42	#DIV/0!	0	0.00	4
		R55 Sincope e colapso	1	0.14	1	0.10	0.77	0	0.00	2
		R54 Senilidade	3	0.41	1	0.10	0.26	0	0.00	4
		R53 Mal estar fadiga	0	0.00	1	0.10	#DIV/0!	0	0.00	1
		Total	72	9.80	136	14.20	1.45	1	0.48	210
	R00-R09 Sintomas e sinais relativos ao aparelho circulatório e respiratório	R09 Outr sint sinais relat ap circulat respirat	38	5.17	65	6.79	1.31	1	0.96	104
		R02 Gangrena NCOP	0	0.00	4	0.42	#DIV/0!	0	0.00	4
		R07 Dor de garganta e no peito	0	0.00	1	0.10	#DIV/0!	0	0.00	1
		R06 Anormalidades da respiracao	0	0.00	1	0.10	#DIV/0!	0	0.00	1
		R04 Hemorragia das vias respirat	0	0.00	1	0.10	#DIV/0!	0	0.00	1
		Total	38	5.17	72	7.52	1.45	1	0.90	111
	R10-R19 Sintomas e sinais relativos ao aparelho digestivo e ao abdome	R10 Dor abdominal e pelvica	1	0.14	4	0.42	3.07	0	0.00	5
		Total	1	0.14	4	0.42	3.07	0	0.00	5
	R25-R29 Sintomas e sinais relativos aos sistemas nervoso e osteomuscular	R29 Outr sint sinais relat sist nerv osteomusc	0	0.00	1	0.10	#DIV/0!	0	0.00	1
		R26 Anormalidades da marcha e da mobilidade	0	0.00	1	0.10	#DIV/0!	0	0.00	1
		Total	0	0.00	2	0.21	#DIV/0!	0	0.00	2
	R20-R23 Sintomas e sinais relativos à pele e ao tecido subcutâneo	R22 Tumefac massa tumoracao loc pele tec subcut	2	0.27	1	0.10	0.38	0	0.00	3
		Total	2	0.27	1	0.10	0.38	0	0.00	3
	R70-R79 Achados anormais	R73 Aumento da glicemia	1	0.14	1	0.10	0.77	0	0.00	2

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	Negra	Taxa		N	%	
	de exames de sangue, sem diagnóstico	Total	1	0.14	1	0.10	0.77	0	0.00	2
	Total		1,001	136.24	1,777	185.55	1.36	16	0.57	2,801
X - Doenças do aparelho respiratório	J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	Total	522	71.05	710	74.14	1.04	4	0.32	1,238
	J40-J47 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	Total	229	31.17	235	24.54	0.79	7	1.48	472
	J95-J99 Outras doenças do aparelho respiratório	Total	79	10.75	120	12.53	1.17	0	0.00	199
	Total		955	129.98	1,207	126.04	0.97	12	0.55	2,178
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A30-A49 Outras doenças bacterianas	A41 Outr septicemias	309	42.06	359	37.49	0.89	1	0.15	671
		Total	339	46.14	395	41.25	0.89	1	0.14	737
	B25-B34 Outras doenças por vírus	B34 Doenc p/virus de localiz NE	361	49.14	325	33.94	0.69	3	0.43	692
		Total	363	49.41	325	33.94	0.69	3	0.43	694
	A15-A19 Tuberculose	Total	70	9.53	190	19.84	2.08	3	1.14	264
	B20-B24 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	Total	97	13.20	169	17.65	1.34	2	0.75	268
	Total		954	129.85	1,143	119.35	0.92	9	0.43	2,112
XX - Causas externas	V01-V99 Acidentes de transporte	Total	138	18.78	239	24.96	1.33	1	0.26	379
	W00-W19 Quedas	Total	111	15.11	166	17.33	1.15	0	0.00	278
	W20-W64, Todas as outras causas externas	Total	122	16.61	156	16.29	0.98	1	0.36	279
	Y10-Y34 Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada	Total	95	12.93	156	16.29	1.26	1	0.40	252
	X85-Y09 Agressões	Total	93	12.66	155	16.19	1.28	3	1.20	251
	X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	Total	89	12.11	67	7.00	0.58	1	0.64	157

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	Negra	Taxa		N	%	
	Y35-Y36 Intervenções legais e operações de guerra	Y35 Intervencao legal	2	0.27	8	0.84	3.07	0	0.00	10
		Total	2	0.27	8	0.84	3.07	0	0.00	10
	Total		689	93.78	1,005	104.94	1.12	8	0.47	1,704
IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E10-E14 Diabetes mellitus	Total	546	74.32	696	72.68	0.98	2	0.16	1,245
	E70-E90 Distúrbios metabólicos	Total	40	5.44	56	5.85	1.07	0	0.00	96
	E40-E46 Desnutrição	Total	5	0.68	30	3.13	4.60	1	2.78	36
	E65-E68 Obesidade e outras formas de hiperalimentação	E66 Obesidade	20	2.72	26	2.71	1.00	2	4.17	48
		Total	20	2.72	26	2.71	1.00	2	4.17	48
	E15-E16 Outros transtornos da regulação da glicose e da secreção pancreática interna	E16 Outr transt da secrecao pancreatica interna	5	0.68	6	0.63	0.92	0	0.00	11
		Total	5	0.68	6	0.63	0.92	0	0.00	11
	Total		620	84.39	818	85.42	1.01	5	0.35	1,444
XI - Doenças do aparelho digestivo	K70-K77 Doenças do fígado	K74 Fibrose e cirrose hepaticas	130	17.69	189	19.74	1.12	2	0.62	322
		K70 Doenc alcoolica do figado	69	9.39	119	12.43	1.32	2	1.05	190
		Total	256	34.84	401	41.87	1.20	6	0.90	665
	K90-K93 Outras doenças do aparelho digestivo	K92 Outr doenc do aparelho digestivo	94	12.79	129	13.47	1.05	4	1.76	227
		Total	94	12.79	129	13.47	1.05	4	1.76	227
	K55-K63 Outras doenças dos intestinos	Total	90	12.25	90	9.40	0.77	2	1.10	182
	K80-K87 Transtornos da vesícula biliar, das vias biliares e do pâncreas	K85 Pancreatite aguda	40	5.44	38	3.97	0.73	1	1.27	79
		Total	78	10.62	82	8.56	0.81	2	1.23	163
	Total		620	84.39	813	84.89	1.01	16	1.10	1,452
XIV - Doenças do aparelho geniturinário	N17-N19 Insuficiência renal	Total	136	18.51	262	27.36	1.48	1	0.25	400
	N30-N39 Outras doenças do aparelho urinário	Total	144	19.60	194	20.26	1.03	3	0.88	342

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	Negra	Taxa		N	%	
	N00-N08 Doenças glomerulares	Total	42	5.72	73	7.62	1.33	0	0.00	116
	Total		357	48.59	570	59.52	1.22	6	0.64	936
V - Transtornos mentais e comportamentais	F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	F10 Transt mentais comport dev uso alcool	60	8.17	182	19.00	2.33	2	0.82	245
		F17 Transt mentais e comport dev uso de fumo	17	2.31	35	3.65	1.58	0	0.00	52
		Total	83	11.30	224	23.39	2.07	2	0.65	310
	Total		125	17.01	253	26.42	1.55	2	0.52	381

Fonte: MS/Datasus/SIM, 2022; IBGE: Censo Demográfico 2022, resultados do universo.

MORTALIDADE DE PESSOAS DE 70 ANOS E MAIS – SEXO FEMININO, 2022

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
Total	Total		28,718	6,247.54	17,235	4,748.46	0.76	250	0.54	46,332
IX - Doenças do aparelho circulatório	I60-I69 Doenças cerebrovasculares	I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	668	145.32	638	175.78	1.21	3	0.23	1,312
		I67 Outr doenc cerebrovasculares	577	125.53	443	122.05	0.97	4	0.39	1,025
		I61 Hemorragia intracerebral	290	63.09	178	49.04	0.78	1	0.21	473
		I69 Sequelas de doenc cerebrovasculares	196	42.64	143	39.40	0.92	1	0.29	341
		Total	1,871	407.03	1,463	403.07	0.99	9	0.27	3,353
	I10-I15 Doenças hipertensivas	I10 Hipertensao essencial	1,268	275.85	1,060	292.04	1.06	9	0.38	2,342
		I11 Doenc cardiaca hipertensiva	305	66.35	231	63.64	0.96	3	0.55	542
		Total	1,673	363.96	1,385	381.58	1.05	14	0.45	3,080
	I20-I25 Doenças isquêmicas do coração	I21 Infarto agudo do miocardio	1,580	343.73	911	250.99	0.73	16	0.64	2,514
		I25 Doenc isquemica cronica do coracao	240	52.21	102	28.10	0.54	2	0.58	345
		Total	1,867	406.16	1,049	289.01	0.71	18	0.61	2,942
	I30-I52 Outras formas de doença do coração	I50 Insuf cardiaca	699	152.07	569	156.77	1.03	6	0.47	1,279
		I48 Flutter e fibrilacao atrial	181	39.38	91	25.07	0.64	0	0.00	273
		Total	1,484	322.84	983	270.83	0.84	9	0.36	2,483
	I70-I79 Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares	Total	251	54.60	157	43.26	0.79	1	0.24	409

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	Total		7,436	1,617.69	5,174	1,425.50	0.88	54	0.43	12,697
X - Doenças do aparelho respiratório	J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	Total	2,920	635.24	1,423	392.05	0.62	28	0.64	4,378
	J40-J47 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	Total	744	161.86	396	109.10	0.67	4	0.35	1,145
	J95-J99 Outras doenças do aparelho respiratório	Total	281	61.13	180	49.59	0.81	1	0.22	463
	Total		4,382	953.29	2,186	602.27	0.63	36	0.54	6,615
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R95-R99 Causas mal definidas e desconhecidas de mortalidade	Total	1,595	346.99	1,421	391.50	1.13	22	0.72	3,048
	R50-R69 Sintomas e sinais gerais	R57 Choque NCOP	162	35.24	160	44.08	1.25	2	0.62	324
		R54 Senilidade	371	80.71	157	43.26	0.54	4	0.75	533
		Total	593	129.01	347	95.60	0.74	7	0.74	948
	R00-R09 Sintomas e sinais relativos ao aparelho circulatório e respiratório	Total	119	25.89	83	22.87	0.88	5	2.40	208
	Total		2,321	504.93	1,856	511.35	1.01	34	0.81	4,223
II - Neoplasias [tumores]	C15-C26 Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	C18 Neopl malign do colon	317	68.96	144	39.67	0.58	0	0.00	462
		C25 Neopl malign do pancreas	249	54.17	121	33.34	0.62	3	0.80	373
		C16 Neopl malign do estomago	124	26.98	90	24.80	0.92	0	0.00	216
		C22 Neopl malign figado vias biliares intra-hepat	107	23.28	80	22.04	0.95	3	1.58	190
		C20 Neopl malign do reto	107	23.28	68	18.73	0.80	2	1.13	177
		Total	1,157	251.70	661	182.11	0.72	10	0.55	1,831
	C50-C50 Neoplasias malignas da mama	C50 Neopl malign da mama	546	118.78	295	81.28	0.68	6	0.71	848
		Total	546	118.78	295	81.28	0.68	6	0.71	848

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	C30-C39 Neoplasias malignas do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	C34 Neopl malig dos bronquios e dos pulmões	409	88.98	197	54.28	0.61	5	0.82	613
		Total	443	96.37	209	57.58	0.60	5	0.76	659
	C51-C58 Neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos	C55 Neopl malig do utero porcao NE	65	14.14	49	13.50	0.95	0	0.00	115
		C56 Neopl malig do ovario	125	27.19	48	13.22	0.49	1	0.57	175
		C54 Neopl malig do corpo do utero	84	18.27	43	11.85	0.65	3	2.29	131
		C53 Neopl malig do colo do utero	58	12.62	40	11.02	0.87	2	2.00	100
		Total	359	78.10	190	52.35	0.67	6	1.07	559
	C76-C80 Neoplasias malignas de localizações mal definidas, secundárias e de localizações não especificadas	Total	252	54.82	160	44.08	0.80	1	0.24	414
	Total		3,559	774.25	1,834	505.29	0.65	39	0.72	5,447
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A30-A49 Outras doenças bacterianas	A41 Outr septicemias	1,226	266.71	747	205.81	0.77	12	0.60	1,990
		Total	1,303	283.46	782	215.45	0.76	12	0.57	2,102
	B25-B34 Outras doenças por vírus	B34 Doenc p/virus de localiz NE	1,373	298.69	623	171.64	0.57	8	0.40	2,012
		Total	1,374	298.91	623	171.64	0.57	8	0.40	2,013
	Total		2,852	620.45	1,520	418.78	0.67	22	0.50	4,407
XIV - Doenças do aparelho geniturinário	N30-N39 Outras doenças do aparelho urinário	Total	1,518	330.24	845	232.81	0.70	16	0.67	2,385
	N17-N19 Insuficiência renal	Total	310	67.44	263	72.46	1.07	2	0.35	575
	N00-N08 Doenças glomerulares	Total	112	24.37	89	24.52	1.01	0	0.00	202
	Total		2,026	440.75	1,232	339.43	0.77	19	0.58	3,284
IV - Doenças	E10-E14 Diabetes mellitus	Total	1,306	284.12	981	270.28	0.95	12	0.52	2,310

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
endócrinas, nutricionais e metabólicas	E70-E90 Distúrbios metabólicos	Total	150	32.63	127	34.99	1.07	2	0.71	282
	E40-E46 Desnutrição	Total	56	12.18	51	14.05	1.15	1	0.93	108
	Total		1,586	345.03	1,195	329.24	0.95	15	0.53	2,810
VI - Doenças do sistema nervoso	G30-G32 Outras doenças degenerativas do sistema nervoso	G30 Doenc de Alzheimer	1,120	243.65	490	135.00	0.55	6	0.37	1,624
		Total	1,153	250.83	505	139.13	0.55	7	0.42	1,674
	G20-G26 Doenças extrapiramidais e transtornos dos movimentos	G20 Doenc de Parkinson	161	35.03	43	11.85	0.34	0	0.00	204
		Total	166	36.11	44	12.12	0.34	0	0.00	210
	Total		1,448	315.01	598	164.76	0.52	7	0.34	2,062
XI - Doenças do aparelho digestivo	K90-K93 Outras doenças do aparelho digestivo	Total	216	46.99	162	44.63	0.95	4	1.04	383
	K55-K63 Outras doenças dos intestinos	Total	357	77.66	140	38.57	0.50	1	0.20	499
	K80-K87 Transtornos da vesícula biliar, das vias biliares e do pâncreas	Total	189	41.12	94	25.90	0.63	1	0.35	287
	Total		1,095	238.21	589	162.28	0.68	10	0.59	1,699
XX - Causas externas	Y10-Y34 Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada	Total	432	93.98	170	46.84	0.50	2	0.33	605
	W20-W64, Todas as outras causas externas	Total	335	72.88	150	41.33	0.57	4	0.82	490
	W00-W19 Quedas	Total	260	56.56	132	36.37	0.64	0	0.00	395
	Total		1,093	237.78	503	138.58	0.58	6	0.37	1,607
XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	L80-L99 Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo	L89 Ulcera de decubito	125	27.19	99	27.28	1.00	0	0.00	225
		L98 Outr afeccoes da pele e tec subcutaneo NCOP	52	11.31	55	15.15	1.34	0	0.00	109
		Total	189	41.12	163	44.91	1.09	0	0.00	355

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	L00-L08 Infecções da pele e do tecido subcutâneo	Total	127	27.63	93	25.62	0.93	2	0.90	222
	Total		327	71.14	263	72.46	1.02	2	0.34	595
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	D60-D64 Anemias aplásticas e outras anemias	Total	121	26.32	82	22.59	0.86	3	1.46	206
	Total		167	36.33	110	30.31	0.83	3	1.07	280
V - Transtornos mentais e comportamentais	Total		246	53.52	94	25.90	0.48	1	0.29	342

Fonte: MS/Datasus/SIM, 2022; IBGE: Censo Demográfico 2022, resultados do universo.

MORTALIDADE DE PESSOAS DE 70 ANOS E MAIS – SEXO MASCULINO, 2022

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	Negra	Taxa		N	%	
Total	Total		21,354	7,586.76	13,987	5,857.33	0.77	195	0.55	35,627
IX - Doenças do aparelho circulatório	I60-I69 Doenças cerebrovasculares	I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	501	178.00	542	226.97	1.28	3	0.29	1,049
		I67 Outr doenc cerebrovasculares	393	139.63	350	146.57	1.05	4	0.53	748
		I61 Hemorragia intracerebral	220	78.16	173	72.45	0.93	4	1.00	399
		I69 Sequelas de doenc cerebrovasculares	160	56.85	118	49.41	0.87	1	0.36	280
		Total	1,379	489.94	1,239	518.86	1.06	15	0.57	2,640
	I20-I25 Doenças isquêmicas do coração	I21 Infarto agudo do miocardio	1,484	527.24	882	369.35	0.70	18	0.75	2,387
		I25 Doenc isquemica cronica do coracao	235	83.49	111	46.48	0.56	2	0.57	349
		Total	1,768	628.14	1,028	430.49	0.69	21	0.74	2,821
	I10-I15 Doenças hipertensivas	I10 Hipertensao essencial	692	245.86	639	267.59	1.09	6	0.45	1,340
		I11 Doenc cardiaca hipertensiva	177	62.89	148	61.98	0.99	2	0.61	328
		Total	954	338.94	876	366.84	1.08	9	0.49	1,843
	I30-I52 Outras formas de doença do coração	I50 Insuf cardiaca	519	184.39	440	184.26	1.00	6	0.62	965
		I42 Cardiomiopatias	114	40.50	79	33.08	0.82	0	0.00	193
		Total	1,119	397.56	803	336.27	0.85	12	0.62	1,935
	I70-I79 Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares	Total	244	86.69	135	56.53	0.65	2	0.52	381
	Total		5,618	1,995.99	4,155	1,739.99	0.87	59	0.60	9,848
X - Doenças do aparelho respiratório	J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	Total	2,005	712.35	1,191	498.75	0.70	14	0.44	3,217

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	Negra	Taxa		N	%	
	J40-J47 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	Total	742	263.62	374	156.62	0.59	2	0.18	1,123
	J95-J99 Outras doenças do aparelho respiratório	J96 Insuf respirat NCOP	101	35.88	118	49.41	1.38	0	0.00	219
		J98 Outr transt respirat	61	21.67	48	20.10	0.93	3	2.65	113
		Total	162	57.56	166	69.52	1.21	3	0.90	332
	Total		3,269	1,161.43	1,867	781.84	0.67	22	0.43	5,171
II - Neoplasias [tumores]	C15-C26 Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	C16 Neopl malig do estomago	177	62.89	113	47.32	0.75	2	0.68	292
		C18 Neopl malig do colon	270	95.93	109	45.65	0.48	1	0.26	382
		C25 Neopl malig do pancreas	172	61.11	85	35.60	0.58	1	0.38	262
		C15 Neopl malig do esofago	79	28.07	76	31.83	1.13	0	0.00	156
		C22 Neopl malig figado vias biliares intra-hepat	124	44.06	64	26.80	0.61	4	2.08	192
		C20 Neopl malig do reto	76	27.00	51	21.36	0.79	0	0.00	128
		Total	1,052	373.76	595	249.17	0.67	11	0.66	1,666
	C60-C63 Neoplasias malignas dos órgãos genitais masculinos	C61 Neopl malig da prostata	665	236.26	504	211.06	0.89	6	0.51	1,177
		Total	675	239.82	509	213.15	0.89	6	0.50	1,192
	C30-C39 Neoplasias malignas do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	C34 Neopl malig dos bronquios e dos pulmoes	434	154.19	213	89.20	0.58	6	0.92	654
		C32 Neopl malig da laringe	60	21.32	51	21.36	1.00	0	0.00	111
		Total	503	178.71	274	114.74	0.64	7	0.89	785
	C76-C80 Neoplasias malignas de localizações mal definidas, secundárias e de localizações não especificadas	Total	219	77.81	152	63.65	0.82	2	0.53	374
	Total		3,368	1,196.60	1,855	776.82	0.65	32	0.61	5,268
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de	R95-R99 Causas mal definidas e desconhecidas	Total	1,218	432.74	1,178	493.31	1.14	13	0.54	2,413

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	Negra	Taxa		N	%	
exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	de mortalidade									
	R50-R69 Sintomas e sinais gerais	R57 Choque NCOP	127	45.12	138	57.79	1.28	3	1.11	270
		R54 Senilidade	146	51.87	60	25.13	0.48	0	0.00	206
		Total	312	110.85	213	89.20	0.80	5	0.94	532
	Total		1,614	573.43	1,458	610.57	1.06	18	0.58	3,097
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	B25-B34 Outras doenças por vírus	B34 Doenc p/virus de localiz NE	1,243	441.62	571	239.12	0.54	14	0.76	1,835
		Total	1,243	441.62	571	239.12	0.54	14	0.76	1,835
	A30-A49 Outras doenças bacterianas	A41 Outr septicemias	802	284.94	518	216.92	0.76	5	0.38	1,328
		Total	851	302.35	548	229.49	0.76	5	0.36	1,407
	A15-A19 Tuberculose	Total	44	15.63	49	20.52	1.31	0	0.00	94
	B20-B24 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	Total	29	10.30	22	9.21	0.89	0	0.00	51
	Total		2,262	803.66	1,245	521.37	0.65	21	0.59	3,539
XIV - Doenças do aparelho geniturinário	N30-N39 Outras doenças do aparelho urinário	Total	719	255.45	539	225.72	0.88	6	0.47	1,272
	N17-N19 Insuficiência renal	Total	292	103.74	271	113.49	1.09	1	0.18	569
	Total		1,238	439.84	972	407.04	0.93	8	0.36	2,231
IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E10-E14 Diabetes mellitus	Total	893	317.27	648	271.36	0.86	10	0.64	1,555
	Total		1,058	375.89	778	325.80	0.87	13	0.70	1,853
XI - Doenças do aparelho digestivo	K70-K77 Doenças do fígado	K74 Fibrose e cirrose hepáticas	100	35.53	81	33.92	0.95	1	0.55	183
		Total	171	60.75	140	58.63	0.97	1	0.32	313
	K90-K93 Outras doenças do aparelho digestivo	Total	200	71.06	112	46.90	0.66	3	0.95	316
	K55-K63 Outras doenças dos intestinos	Total	203	72.12	96	40.20	0.56	4	1.32	304

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	Negra	Taxa		N	%	
	Total		825	293.11	513	214.83	0.73	10	0.74	1,353
XX - Causas externas	W00-W19 Quedas	Total	202	71.77	131	54.86	0.76	1	0.30	334
	W20-W64, Todas as outras causas externas	W84 Riscos NE a respiracao	118	41.92	57	23.87	0.57	1	0.57	176
		Total	233	82.78	126	52.76	0.64	2	0.55	361
	Y10-Y34 Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada	Total	217	77.10	121	50.67	0.66	1	0.29	340
	V01-V99 Acidentes de transporte	Total	69	24.51	47	19.68	0.80	0	0.00	116
	X85-Y09 Agressões	Total	25	8.88	21	8.79	0.99	0	0.00	46
	X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	Total	37	13.15	19	7.96	0.61	0	0.00	56
	Total		802	284.94	484	202.68	0.71	4	0.31	1,291
VI - Doenças do sistema nervoso	G30-G32 Outras doenças degenerativas do sistema nervoso	G30 Doenc de Alzheimer	492	174.80	192	80.40	0.46	3	0.44	689
		Total	513	182.26	205	85.85	0.47	3	0.41	723
	G20-G26 Doenças extrapiramidais e transtornos dos movimentos	G20 Doenc de Parkinson	185	65.73	49	20.52	0.31	0	0.00	234
		Total	186	66.08	49	20.52	0.31	0	0.00	235
	Total		802	284.94	293	122.70	0.43	4	0.36	1,102

Fonte: MS/Datasus/SIM, 2022; IBGE: Censo Demográfico 2022, resultados do universo.

ANEXO 02

**Taxas de internação por principais capítulos CID-10, grupos e diagnósticos, segundo faixas de idade selecionadas, sexo e
raça/cor da pele, 2023.**

INTERNAÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE UM ANO, SEXO FEMININO, 2023

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
Total	Total	Total	3,164	110.95	16,157	281.92	2.54	1,546	7.38	20,960
XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal	P20-P29 Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal	P22 Desconforto respirat do recém-nascido	158	5.54	1,087	18.97	3.42	115	8.43	1,364
		P28 Outr afeccoes respirat orig per perinatal	28	0.98	162	2.83	2.88	14	6.80	206
		P21 Asfixia ao nascer	29	1.02	158	2.76	2.71	12	6.00	200
		Total	245	8.59	1,559	27.20	3.17	153	7.79	1,964
	P50-P61 Transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto e do recém-nascido	P59 Icterícia neonatal dev outr causas e as NE	194	6.80	1,258	21.95	3.23	105	6.73	1,561
		P55 Doenc hemolitica do feto e do recém-nascido	7	0.25	120	2.09	8.53	24	15.89	151
		Total	240	8.42	1,472	25.68	3.05	140	7.54	1,857
	P05-P08 Transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal	P07 Transt rel gest curt dur peso baix nasc NCOP	199	6.98	1,193	20.82	2.98	190	11.93	1,593
		P05 Crescimento fetal retard e desnutric fetal	39	1.37	228	3.98	2.91	29	9.76	297
		Total	242	8.49	1,453	25.35	2.99	223	11.55	1,930
	P90-P96 Outros transtornos originados no período perinatal	P96 Outr afeccoes originadas periodo perinatal	206	7.22	738	12.88	1.78	92	8.87	1,037
		P92 Problemas de alimentacao do recém-nascido	26	0.91	158	2.76	3.02	25	11.90	210
		Total	235	8.24	916	15.98	1.94	118	9.28	1,272
	P35-P39 Infecções específicas do período perinatal	P39 Outr infecc especificas do periodo perinatal	70	2.45	444	7.75	3.16	46	8.20	561

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total	
			N	Taxa	N	Taxa		N	%		
				P36 Septicemia bacter do recém-nascido	32	1.12	164	2.86	2.55	35	15.15
		P37 Outr doenc infecc e parasit congen	18	0.63	108	1.88	2.99	16	11.27	142	
		Total	143	5.01	810	14.13	2.82	106	9.99	1,061	
	P00-P04 Feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto	P00 Fet rec-nasc afet afec mat n obr rel grav at	30	1.05	217	3.79	3.60	45	15.36	293	
		Total	43	1.51	287	5.01	3.32	53	13.77	385	
	P70-P74 Transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos do feto e do recém-nascido	P70 Trans transit metab carboid esp fet rec-nasc	45	1.58	220	3.84	2.43	39	12.83	304	
		Total	48	1.68	242	4.22	2.51	41	12.39	331	
	Total	Total	1,206	42.29	6,777	118.25	2.80	835	9.44	8,849	
	X - Doenças do aparelho respiratório	J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	J18 Pneumonia p/microorg NE	322	11.29	1,460	25.48	2.26	87	4.63	1,879
			J15 Pneumonia bacter NCOP	102	3.58	911	15.90	4.44	49	4.58	1,070
			J12 Pneumonia viral NCOP	16	0.56	79	1.38	2.46	5	5.00	100
Total			452	15.85	2,495	43.53	2.75	143	4.60	3,109	
J20-J22 Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores		J21 Bronquiolite aguda	342	11.99	1,579	27.55	2.30	44	2.22	1,983	
		J20 Bronquite aguda	16	0.56	126	2.20	3.92	0	0.00	142	
		Total	358	12.55	1,708	29.80	2.37	44	2.07	2,128	
J40-J47 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores		J40 Bronquite NE como aguda ou crônica	2	0.07	74	1.29	18.41	5	6.10	82	
		J45 Asma	14	0.49	70	1.22	2.49	1	1.15	87	
		Total	21	0.74	167	2.91	3.96	7	3.54	198	
J95-J99 Outras doenças do aparelho respiratório		J98 Outr transt respirat	15	0.53	74	1.29	2.45	3	3.26	92	
		Total	22	0.77	118	2.06	2.67	3	2.10	143	
Total		Total	882	30.93	4,586	80.02	2.59	206	3.61	5,714	

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A50-A64 Infecções de transmissão predominantemente sexual	A50 Sífilis congen	120	4.21	882	15.39	3.66	180	15.15	1,188
		A53 Outr form e as NE da sífilis	2	0.07	35	0.61	8.71	0	0.00	37
		A63 Outr doenc de transm predom sexual NCOP	0	0.00	11	0.19	-	2	15.38	13
		A52 Sífilis tard	0	0.00	9	0.16	-	0	0.00	9
		A51 Sífilis precoce	0	0.00	9	0.16	-	0	0.00	9
		A59 Tricomoníase	0	0.00	2	0.03	-	0	0.00	2
		A60 Infecc anogenitais p/virus do herpes	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
		Total	122	4.28	949	16.56	3.87	182	14.46	1,259
	A30-A49 Outras doenças bacterianas	A49 Infecc bacter de localiz NE	54	1.89	589	10.28	5.43	85	11.66	729
		A41 Outr septicemias	47	1.65	243	4.24	2.57	18	5.83	309
		Total	115	4.03	943	16.45	4.08	106	9.09	1,166
	A00-A09 Doenças infecciosas intestinais	A04 Outr infecc intestinais bacter	2	0.07	123	2.15	30.60	1	0.79	126
		Total	45	1.58	203	3.54	2.24	7	2.75	255
	A90-A99 Febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais	A90 Dengue	3	0.11	14	0.24	2.32	0	0.00	17
		Total	3	0.11	16	0.28	2.65	0	0.00	19
	Total	Total	304	10.66	2,205	38.47	3.61	304	10.78	2,821
XVII - Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas	Q38-Q45 Outras malformações congênicas do aparelho digestivo	Total	29	1.02	129	2.25	2.21	5	3.07	163
	Q20-Q28 Malformações congênicas do aparelho circulatório	Total	30	1.05	111	1.94	1.84	20	12.42	161
	Q00-Q07 Malformações congênicas do sistema nervoso	Total	17	0.60	85	1.48	2.49	7	6.42	109

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	Q65-Q79 Malformações e deformidades congênitas do sistema osteomuscular	Total	39	1.37	85	1.48	1.08	10	7.46	134
	Total	Total	142	4.98	507	8.85	1.78	49	7.01	699
XIV - Doenças do aparelho geniturinário	N30-N39 Outras doenças do aparelho urinário	Total	94	3.30	369	6.44	1.95	22	4.51	488
	Total	Total	103	3.61	397	6.93	1.92	27	5.09	530
XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	L00-L08 Infecções da pele e do tecido subcutâneo	Total	63	2.21	229	4.00	1.81	16	5.16	310
	Total	Total	84	2.95	288	5.03	1.71	18	4.59	392
XI - Doenças do aparelho digestivo	K55-K63 Outras doenças dos intestinos	Total	16	0.56	78	1.36	2.43	4	4.04	99
	Total	Total	60	2.10	285	4.97	2.36	19	5.19	366
XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	S00-S09 Traumatismos da cabeça	Total	37	1.30	80	1.40	1.08	7	5.60	125
	T80-T88 Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos, não classificados em outra parte	T88 Outr complic cuidados medicos chirurg NCOP	5	0.18	43	0.75	4.28	2	4.00	50
		Total	12	0.42	61	1.06	2.53	2	2.67	75
	Total	Total	72	2.52	202	3.52	1.40	18	6.14	293
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	D55-D59 Anemias hemolíticas	D57 Transt falciformes	0	0.00	18	0.31	-	0	0.00	18
		Total	2	0.07	22	0.38	5.47	0	0.00	24
	D60-D64 Anemias aplásticas e outras anemias	D64 Outr anemias	3	0.11	16	0.28	2.65	2	9.52	21
		Total	4	0.14	18	0.31	2.24	3	12.00	25
	Total	Total	19	0.67	68	1.19	1.78	4	4.40	91

Fonte: MS/Datasus/SIHSUS, 2023; MS/DATASUS/SINASC, 2023.

INTERNAÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE UM ANO, SEXO MASCULINO, 2023

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	Negra	Taxa		N	%	
Total	Total		3,518	119.25	18,633	311.12	2.61	1,719	7.17	23,984
XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal	P20-P29 Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal	P22 Desconforto respirat do recém-nascido	232	7.86	1,390	23.21	2.95	144	8.11	1,775
		P21 Asfixia ao nascer	30	1.02	190	3.17	3.12	14	5.98	234
		P28 Outr afeccoes respirat orig per perinatal	26	0.88	165	2.76	3.13	10	4.98	201
		Total	329	11.15	1,922	32.09	2.88	181	7.41	2,443
	P50-P61 Transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto e do recém-nascido	P59 Icterícia neonatal dev outr causas e as NE	264	8.95	1,321	22.06	2.46	126	7.31	1,723
		P55 Doenc hemolitica do feto e do recém-nascido	4	0.14	103	1.72	12.68	21	16.41	128
		Total	299	10.14	1,514	25.28	2.49	156	7.87	1,982
	P05-P08 Transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal	P07 Transt rel gest curt dur peso baix nasc NCOP	174	5.90	1,122	18.73	3.18	183	12.30	1,488
		P05 Crescimento fetal retard e desnutric fetal	25	0.85	223	3.72	4.39	26	9.39	277
		Total	202	6.85	1,378	23.01	3.36	214	11.85	1,806
	P90-P96 Outros transtornos originados no período perinatal	P96 Outr afeccoes originadas periodo perinatal	193	6.54	768	12.82	1.96	118	10.91	1,082
		P92 Problemas de alimentacao do recém-nascido	29	0.98	154	2.57	2.62	30	14.02	214
		Total	226	7.66	938	15.66	2.04	148	11.25	1,316
	P35-P39 Infecções específicas do período perinatal	P39 Outr infecc especificas do periodo perinatal	67	2.27	413	6.90	3.04	47	8.92	527
		P36 Septicemia bacter do recém-nascido	27	0.92	169	2.82	3.08	21	9.63	218

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	Negra	Taxa		N	%	
		P37 Outr doenc infecc e parasit congen	18	0.61	125	2.09	3.42	11	7.14	154
		Total	134	4.54	795	13.27	2.92	83	8.19	1,013
	P00-P04 Feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto	P00 Fet rec-nasc afet afec mat n obr rel grav at	19	0.64	219	3.66	5.68	44	15.44	285
		Total	38	1.29	293	4.89	3.80	59	14.97	394
	P70-P74 Transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos do feto e do recém-nascido	P70 Trans transit metab carboid esp fet rec-nasc	36	1.22	264	4.41	3.61	34	10.15	335
		Total	44	1.49	287	4.79	3.21	36	9.76	369
	Total		1,280	43.39	7,161	119.57	2.76	879	9.38	9,367
X - Doenças do aparelho respiratório	J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	J18 Pneumonia p/microorg NE	375	12.71	1,777	29.67	2.33	113	4.96	2,280
		J15 Pneumonia bacter NCOP	98	3.32	1,193	19.92	6.00	66	4.84	1,364
		J12 Pneumonia viral NCOP	26	0.88	91	1.52	1.72	0	0.00	118
		Total	516	17.49	3,122	52.13	2.98	182	4.73	3,847
	J20-J22 Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores	J21 Bronquiolite aguda	469	15.90	2,194	36.63	2.30	72	2.62	2,744
		J20 Bronquite aguda	18	0.61	160	2.67	4.38	2	1.11	180
		Total	490	16.61	2,356	39.34	2.37	74	2.53	2,929
	J40-J47 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	J45 Asma	19	0.64	96	1.60	2.49	3	2.52	119
		J40 Bronquite NE como aguda ou crônica	8	0.27	87	1.45	5.36	9	8.57	105
		Total	34	1.15	237	3.96	3.43	12	4.21	285
	J95-J99 Outras doenças do aparelho respiratório	J98 Outr transt respirat	31	1.05	92	1.54	1.46	5	3.91	128
		Total	37	1.25	148	2.47	1.97	6	3.14	191
	Total		1,105	37.46	5,976	99.78	2.66	280	3.78	7,399
I - Algumas doenças	A30-A49 Outras doenças	A49 Infecc bacter de localiz NE	70	2.37	699	11.67	4.92	104	11.89	875

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	Negra	Taxa		N	%	
infecciosas e parasitárias	bacterianas	A41 Outr septicemias	66	2.24	291	4.86	2.17	28	7.27	385
		Total	157	5.32	1,083	18.08	3.40	140	10.13	1,382
	A50-A64 Infecções de transmissão predominantemente sexual	A50 Sífilis congen	80	2.71	777	12.97	4.78	163	15.87	1,027
		A53 Outr form e as NE da sífilis	1	0.03	16	0.27	7.88	0	0.00	17
		A63 Outr doenc de transm predom sexual NCOP	2	0.07	14	0.23	3.45	1	5.88	17
		A52 Sífilis tard	0	0.00	11	0.18	-	0	0.00	11
		A51 Sífilis precoce	1	0.03	4	0.07	1.97	0	0.00	5
		A64 Doenc sexualmente transm NE	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
		A60 Infecc anogenitais p/virus do herpes	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
		A59 Tricomoníase	1	0.03	0	0.00	0.00	0	0.00	1
		Total	85	2.88	824	13.76	4.77	165	15.26	1,081
	A00-A09 Doenças infecciosas intestinais	A04 Outr infecc intestinais bacter	2	0.07	115	1.92	28.32	3	2.50	120
		A09 Diarreia e gastroenterite orig infecc presum	35	1.19	100	1.67	1.41	6	4.20	143
		Total	45	1.53	238	3.97	2.61	9	3.06	294
	Total		335	11.36	2,288	38.20	3.36	324	10.95	2,958
XVII - Malformações congenitas, deformidades e anomalias cromossômicas	Q38-Q45 Outras malformações congenitas do aparelho digestivo	Total	32	1.08	202	3.37	3.11	6	2.48	242
	Q65-Q79 Malformações e deformidades congenitas do sistema osteomuscular	Total	60	2.03	148	2.47	1.21	23	9.96	231
	Q20-Q28 Malformações congenitas do aparelho circulatório	Total	25	0.85	125	2.09	2.46	20	11.63	172
	Total		172	5.83	689	11.50	1.97	63	6.77	931

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	Negra	Taxa		N	%	
XI - Doenças do aparelho digestivo	K40-K46 Hérnias	Total	63	2.14	213	3.56	1.67	11	3.83	287
	K55-K63 Outras doenças dos intestinos	Total	24	0.81	99	1.65	2.03	5	3.88	129
	Total		113	3.83	449	7.50	1.96	29	4.87	595
XIV - Doenças do aparelho geniturinário	N30-N39 Outras doenças do aparelho urinário	Total	88	2.98	318	5.31	1.78	19	4.44	428
	Total		123	4.17	424	7.08	1.70	31	5.34	581
XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	L00-L08 Infecções da pele e do tecido subcutâneo	Total	38	1.29	265	4.42	3.43	14	4.40	318
	Total		56	1.90	338	5.64	2.97	20	4.82	415
XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	S00-S09 Traumatismos da cabeça	Total	45	1.53	92	1.54	1.01	4	2.84	141
	T80-T88 Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos, não classificados em outra parte	Total	10	0.34	51	0.85	2.51	3	4.69	64
	Total		72	2.44	239	3.99	1.64	19	5.76	330
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R50-R69 Sintomas e sinais gerais	Total	43	1.46	121	2.02	1.39	6	3.53	170
	Total		55	1.86	194	3.24	1.74	9	3.49	258
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	D60-D64 Anemias aplásticas e outras anemias	D64 Outr anemias	8	0.27	39	0.65	2.40	2	4.08	49
		Total	8	0.27	41	0.68	2.52	2	3.92	51
	D55-D59 Anemias hemolíticas	D57 Transt falciformes	0	0.00	22	0.37	-	0	0.00	22
		Total	3	0.10	24	0.40	3.94	0	0.00	27
	Total		22	0.75	91	1.52	2.04	3	2.59	116

Fonte: MS/Datasus/SIHSUS, 2023; MS/DATASUS/SINASC, 2023.

INTERNAÇÕES DE CRIANÇAS DE 01-09 ANOS, SEXO FEMININO – 2023

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
Total	Total		4,156	118.42	18,859	375.66	3.17	1,219	4.99	24,410
X - Doenças do aparelho respiratório	J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	J18 Pneumonia p/microorg NE	598	17.04	2,473	49.26	2.89	145	4.48	3,235
		J15 Pneumonia bacter NCOP	207	5.90	2,172	43.27	7.34	108	4.31	2,504
		J12 Pneumonia viral NCOP	59	1.68	162	3.23	1.92	6	2.62	229
		Total	882	25.13	4,873	97.07	3.86	262	4.32	6,064
	J40-J47 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	J45 Asma	197	5.61	724	14.42	2.57	41	4.18	980
		Total	230	6.55	834	16.61	2.53	59	5.17	1,142
	J20-J22 Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores	J21 Bronquiolite aguda	80	2.28	356	7.09	3.11	18	3.93	458
		J20 Bronquite aguda	9	0.26	239	4.76	18.56	0	0.00	249
		Total	89	2.54	595	11.85	4.67	18	2.55	707
	J30-J39 Outras doenças das vias aéreas superiores	J35 Doenc cronicas das amigdalas e das adenoides	118	3.36	356	7.09	2.11	22	4.40	500
		Total	126	3.59	370	7.37	2.05	22	4.21	523
	J00-J06 Infecções agudas das vias aéreas superiores	Total	84	2.39	188	3.74	1.56	8	2.84	282
	Total		1,474	42.00	7,070	140.83	3.35	376	4.18	9,000
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A30-A49 Outras doenças bacterianas	A49 Infecç bacter de localiz NE	118	3.36	1,567	31.21	9.28	273	13.89	1,965
		A48 Outr doenc bacter NCOP	6	0.17	97	1.93	11.30	2	1.89	106
		A41 Outr septicemias	45	1.28	93	1.85	1.44	4	2.82	142
		Total	181	5.16	1,835	36.55	7.09	286	12.38	2,311
	A00-A09 Doenças infecciosas	A04 Outr infecç intestinais bacter	6	0.17	940	18.72	109.52	2	0.21	948

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	intestinais	A09 Diarreia e gastroenterite orig infecc presum	85	2.42	290	5.78	2.39	21	5.26	399
		Total	111	3.16	1,275	25.40	8.03	26	1.84	1,415
	A90-A99 Febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais	A90 Dengue	32	0.91	95	1.89	2.08	8	5.88	136
		Total	40	1.14	112	2.23	1.96	9	5.56	162
	A50-A64 Infecções de transmissão predominantemente sexual	A50 Sífilis congen	1	0.03	2	0.04	1.40	0	0.00	3
		A53 Outr form e as NE da sífilis	0	0.00	2	0.04	#DIV/0!	0	0.00	2
		A51 Sífilis precoce	1	0.03	1	0.02	0.70	0	0.00	2
		A63 Outr doenc de transm predom sexual NCOP	1	0.03	0	0.00	0.00	0	0.00	1
		Total	3	0.09	5	0.10	1.17	0	0.00	8
	Total		383	10.91	3,458	68.88	6.31	338	8.06	4,194
XI - Doenças do aparelho digestivo	K40-K46 Hérnias	Total	129	3.68	698	13.90	3.78	95	10.22	930
	K35-K38 Doenças do apêndice	Total	55	1.57	231	4.60	2.94	7	2.39	293
	K55-K63 Outras doenças dos intestinos	Total	48	1.37	122	2.43	1.78	4	2.29	175
	K90-K93 Outras doenças do aparelho digestivo	Total	41	1.17	117	2.33	1.99	4	2.44	164
	Total		355	10.12	1,424	28.37	2.80	129	6.71	1,922
XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	S50-S59 Traumatismos do cotovelo e do antebraço	Total	55	1.57	207	4.12	2.63	9	3.30	273
	S00-S09 Traumatismos da cabeça	Total	61	1.74	184	3.67	2.11	5	1.99	251
	S40-S49 Traumatismos do ombro e do braço	Total	46	1.31	181	3.61	2.75	10	4.20	238
	T80-T88 Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos, não classificados em outra parte	Total	49	1.40	163	3.25	2.33	5	2.28	219

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	T29-T32 Queimaduras e corrosões de múltiplas regiões e de regiões não especificadas do corpo	Total	37	1.05	109	2.17	2.06	11	7.01	157
	Total		376	10.71	1,407	28.03	2.62	71	3.80	1,867
XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	L00-L08 Infecções da pele e do tecido subcutâneo	Total	181	5.16	1,097	21.85	4.24	67	4.94	1,356
	L80-L99 Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo	Total	48	1.37	168	3.35	2.45	4	1.81	221
	Total		265	7.55	1,358	27.05	3.58	78	4.55	1,713
XIV - Doenças do aparelho geniturinário	N30-N39 Outras doenças do aparelho urinário	Total	175	4.99	520	10.36	2.08	32	4.38	731
	N00-N08 Doenças glomerulares	Total	20	0.57	92	1.83	3.22	6	4.92	122
	Total		224	6.38	692	13.78	2.16	42	4.34	968
XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	Q65-Q79 Malformações e deformidades congênitas do sistema osteomuscular	Total	93	2.65	192	3.82	1.44	13	4.33	300
	Q20-Q28 Malformações congênitas do aparelho circulatório	Total	14	0.40	100	1.99	4.99	14	10.94	128
	Total		188	5.36	553	11.02	2.06	41	5.23	784
II - Neoplasias [tumores]	C81-C96 Neoplasias [tumores] malignas(os), declaradas ou presumidas como primárias, dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos correlatos	Total	114	3.25	226	4.50	1.39	5	1.45	345
	C69-C72 Neoplasias malignas dos olhos, do encéfalo e de outras partes do sistema nervoso central	C72 Neop mal med esp nerv cran out sist nerv cen	1	0.03	38	0.76	26.56	0	0.00	39
		C71 Neopl malig do encéfalo	11	0.31	28	0.56	1.78	0	0.00	39
		Total	14	0.40	70	1.39	3.50	0	0.00	85
	Total		205	5.84	501	9.98	1.71	12	1.67	720

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	D55-D59 Anemias hemolíticas	D57 Transt falciformes	43	1.23	281	5.60	4.57	3	0.92	327
		Total	45	1.28	295	5.88	4.58	4	1.16	344
	Total		97	2.76	462	9.20	3.33	8	1.39	574
VI - Doenças do sistema nervoso	G40-G47 Transtornos episódicos e paroxísticos	G40 Epilepsia	49	1.40	180	3.59	2.57	12	4.96	242
		Total	62	1.77	201	4.00	2.27	13	4.69	277
	G90-G99 Outros transtornos do sistema nervoso	G91 Hidrocefalia	10	0.28	51	1.02	3.57	7	10.14	69
		G93 Outr transt do encefalo	2	0.06	20	0.40	6.99	1	4.35	23
		Total	19	0.54	84	1.67	3.09	8	7.14	112
	Total		109	3.11	385	7.67	2.47	27	5.15	524
XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	Total		105	2.99	287	5.72	1.91	12	2.95	407
VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastóide	Total		71	2.02	248	4.94	2.44	13	3.87	336
XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	Z40-Z54 Pessoas em contato com os serviços de saúde para procedimentos e cuidados específicos	Total	57	1.62	119	2.37	1.46	9	4.81	187
	Z70-Z76 Pessoas em contato com os serviços de saúde em outras circunstâncias	Z74 Probl relat depend pess q oferece cuid saude	26	0.74	108	2.15	2.90	0	0.00	135
		Total	26	0.74	108	2.15	2.90	0	0.00	135
	Total		86	2.45	247	4.92	2.01	9	2.60	346
IV - Doenças	E10-E14 Diabetes mellitus	Total	25	0.71	88	1.75	2.46	5	4.20	119

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
endócrinas, nutricionais e metabólicas	E40-E46 Desnutrição	Total	15	0.43	48	0.96	2.24	0	0.00	63
	Total		64	1.82	225	4.48	2.46	10	3.32	301
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R50-R69 Sintomas e sinais gerais	R69 Causas desconhecidas e NE de morbidade	7	0.20	34	0.68	3.40	1	2.33	43
		R56 Convulsões NCOP	5	0.14	32	0.64	4.47	0	0.00	37
		Total	26	0.74	99	1.97	2.66	4	3.08	130
	R00-R09 Sintomas e sinais relativos ao aparelho circulatório e respiratório	R02 Gangrena NCOP	1	0.03	23	0.46	16.08	0	0.00	24
		Total	6	0.17	33	0.66	3.84	1	2.50	40
	Total		49	1.40	212	4.22	3.02	7	2.59	270
IX - Doenças do aparelho circulatório	I80-I89 Doenças das veias, dos vasos linfáticos e dos gânglios linfáticos, não classificadas em outra parte	I88 Linfadenite inespecífica	35	1.00	114	2.27	2.28	12	7.41	162
		Total	36	1.03	127	2.53	2.47	14	7.87	178
	Total		48	1.37	207	4.12	3.01	20	7.22	277

Fonte: MS/Datasus/SIHSUS, 2023; IBGE: Censo Demográfico 2022, resultados do universo.

INTERNAÇÃO DE CRIANÇAS DE 01-09 ANOS, SEXO MASCULINO - 2023

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
Total	Total		6,219	172.77	27,169	521.22	3.02	2,313	6.44	35,923
X - Doenças do aparelho respiratório	J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	J18 Pneumonia p/microorg NE	589	16.36	2,562	49.15	3.00	212	6.25	3,390
		J15 Pneumonia bacter NCOP	224	6.22	2,393	45.91	7.38	160	5.73	2,794
		J12 Pneumonia viral NCOP	52	1.44	130	2.49	1.73	3	1.61	186
		Total	894	24.84	5,172	99.22	4.00	380	5.85	6,500
	J40-J47 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	J45 Asma	198	5.50	905	17.36	3.16	52	4.44	1,172
		Total	233	6.47	1,047	20.09	3.10	67	4.90	1,366
	J20-J22 Outras infecções agudas das vias aéreas inferiores	J21 Bronquiolite aguda	112	3.11	468	8.98	2.89	16	2.67	600
		J20 Bronquite aguda	24	0.67	279	5.35	8.03	1	0.33	304
		Total	139	3.86	748	14.35	3.72	17	1.87	908
	J30-J39 Outras doenças das vias aéreas superiores	J35 Doenc cronicas das amigdalas e das adenoides	160	4.44	428	8.21	1.85	40	6.32	633
		Total	164	4.56	457	8.77	1.92	41	6.15	667
	J00-J06 Infecções agudas das vias aéreas superiores	J06 Infecç agudas vias aereas super loc mult NE	32	0.89	125	2.40	2.70	6	3.68	163
		Total	90	2.50	245	4.70	1.88	18	5.03	358
	J95-J99 Outras doenças do aparelho respiratório	Total	45	1.25	168	3.22	2.58	5	2.25	222
	Total		1,580	43.89	7,929	152.11	3.47	532	5.25	10,132
XIV - Doenças do aparelho geniturinário	N40-N51 Doenças dos órgãos genitais masculinos	N47 Hipertrofia do prepucio fimose e parafimose	805	22.36	2,835	54.39	2.43	608	14.25	4,267

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
			Total	855	23.75	3,086	59.20	2.49	622	13.57
	N30-N39 Outras doenças do aparelho urinário	Total	91	2.53	468	8.98	3.55	23	3.95	582
	N00-N08 Doenças glomerulares	Total	25	0.69	175	3.36	4.83	10	4.72	212
	N17-N19 Insuficiência renal	N18 Insuf renal cronica	7	0.19	66	1.27	6.51	6	7.59	79
Total		9	0.25	71	1.36	5.45	6	6.98	86	
	Total		1,007	27.98	3,857	73.99	2.64	665	11.97	5,554
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A30-A49 Outras doenças bacterianas	A49 Infecc bacter de localiz NE	118	3.28	1,659	31.83	9.71	332	15.72	2,112
		A41 Outr septicemias	26	0.72	126	2.42	3.35	6	3.80	158
		A48 Outr doenc bacter NCOP	8	0.22	96	1.84	8.29	4	3.67	109
		Total	181	5.03	1,960	37.60	7.48	348	13.96	2,493
	A00-A09 Doenças infecciosas intestinais	A04 Outr infecc intestinais bacter	6	0.17	1,032	19.80	118.78	4	0.38	1,042
		A09 Diarreia e gastroenterite orig infecc presum	118	3.28	315	6.04	1.84	26	5.60	464
		Total	142	3.94	1,392	26.70	6.77	31	1.97	1,570
	A90-A99 Febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais	A90 Dengue	24	0.67	114	2.19	3.28	4	2.80	143
		Total	31	0.86	138	2.65	3.07	5	2.86	175
	A15-A19 Tuberculose	Total	1	0.03	12	0.23	8.29	0	0.00	13
	A50-A64 Infecções de transmissão predominantemente sexual	A50 Sífilis congen	0	0.00	5	0.10	-	0	0.00	5
		A52 Sífilis tard	0	0.00	2	0.04	-	0	0.00	2
		A53 Outr form e as NE da sífilis	0	0.00	2	0.04	-	0	0.00	2
		A58 Granuloma inguinal	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		A63 Outr doenc de transm predom sexual NCOP	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
		A64 Doenc sexualmente transm NE	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
		Total	0	0.00	12	0.23	-	0	0.00	12
	Total		410	11.39	3,728	71.52	6.28	403	8.85	4,556
XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	T80-T88 Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos, não classificados em outra parte	Total	121	3.36	421	8.08	2.40	6	1.09	549
	S50-S59 Traumatismos do cotovelo e do antebraço	Total	104	2.89	411	7.88	2.73	24	4.41	544
	S00-S09 Traumatismos da cabeça	Total	75	2.08	347	6.66	3.20	15	3.43	437
	T29-T32 Queimaduras e corrosões de múltiplas regiões e de regiões não especificadas do corpo	Total	23	0.64	291	5.58	8.74	7	2.18	321
	S40-S49 Traumatismos do ombro e do braço	Total	72	2.00	278	5.33	2.67	21	5.65	372
	T00-T07 Traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo	Total	28	0.78	137	2.63	3.38	2	1.20	167
	T15-T19 Efeito da penetração de corpo estranho através de orifício natural	Total	20	0.56	99	1.90	3.42	3	2.44	123
	S70-S79 Traumatismos do quadril e da coxa	S72 Frat do femur	27	0.75	92	1.76	2.35	4	3.25	123
		Total	28	0.78	96	1.84	2.37	4	3.13	128
	Total		599	16.64	2,572	49.34	2.97	110	3.34	3,296
XI - Doenças do aparelho digestivo	K40-K46 Hérnias	Total	262	7.28	1,132	21.72	2.98	162	10.33	1,568
	K35-K38 Doenças do	K35 Apendicite aguda	105	2.92	333	6.39	2.19	9	2.01	447

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	apêndice	Total	111	3.08	380	7.29	2.36	12	2.39	503
	K55-K63 Outras doenças dos intestinos	Total	50	1.39	189	3.63	2.61	15	5.88	255
	Total		560	15.56	2,184	41.90	2.69	221	7.41	2,982
XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	L00-L08 Infecções da pele e do tecido subcutâneo	Total	226	6.28	1,531	29.37	4.68	65	3.55	1,832
	L80-L99 Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo	Total	55	1.53	194	3.72	2.44	8	3.09	259
	Total		315	8.75	1,857	35.63	4.07	81	3.57	2,267
XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	Q50-Q56 Malformações congênitas dos órgãos genitais	Total	235	6.53	677	12.99	1.99	44	4.58	961
	Q65-Q79 Malformações e deformidades congênitas do sistema osteomuscular	Total	106	2.94	254	4.87	1.65	16	4.23	378
	Q38-Q45 Outras malformações congênitas do aparelho digestivo	Total	39	1.08	140	2.69	2.48	1	0.56	180
	Total		492	13.67	1,339	25.69	1.88	103	5.31	1,941
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	D55-D59 Anemias hemolíticas	D57 Transt falciformes	58	1.61	337	6.47	4.01	7	1.73	404
		Total	64	1.78	350	6.71	3.78	8	1.89	424
	Total		140	3.89	537	10.30	2.65	22	3.13	704
VI - Doenças do sistema nervoso	G40-G47 Transtornos episódicos e paroxísticos	G40 Epilepsia	72	2.00	285	5.47	2.73	19	4.99	381
		Total	77	2.14	306	5.87	2.74	24	5.81	413
	G90-G99 Outros transtornos do sistema nervoso	G91 Hidrocefalia	15	0.42	73	1.40	3.36	4	4.35	92
		G93 Outr transt do encefalo	2	0.06	13	0.25	4.49	3	16.67	18
		Total	22	0.61	94	1.80	2.95	7	5.69	123

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	Total		122	3.39	504	9.67	2.85	47	6.92	679
XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	Total		147	4.08	497	9.53	2.33	17	2.56	665
XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	Z70-Z76 Pessoas em contato com os serviços de saúde em outras circunstâncias	Z74 Probl relac depend pess q oferece cuid saude	137	3.81	286	5.49	1.44	6	1.39	431
		Total	137	3.81	287	5.51	1.45	6	1.39	432
	Z40-Z54 Pessoas em contato com os serviços de saúde para procedimentos e cuidados específicos	Total	81	2.25	143	2.74	1.22	15	6.12	245
		Total	227	6.31	450	8.63	1.37	23	3.24	709
II - Neoplasias [tumores]	C81-C96 Neoplasias [tumores] malignas(os), declaradas ou presumidas como primárias, dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos correlatos	C91 Leucemia linfoide	140	3.89	181	3.47	0.89	5	1.53	326
		C92 Leucemia mieloide	14	0.39	23	0.44	1.13	0	0.00	37
		C83 Linfoma nao-Hodgkin difuso	0	0.00	16	0.31	-	2	11.11	18
		Total	159	4.42	232	4.45	1.01	11	2.74	402
	C69-C72 Neoplasias malignas dos olhos, do encéfalo e de outras partes do sistema nervoso central	C71 Neopl malig do encefalo	11	0.31	41	0.79	2.57	0	0.00	52
		Total	31	0.86	45	0.86	1.00	0	0.00	76
	Total		282	7.83	449	8.61	1.10	21	2.78	756
VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastóide	H65-H75 Doenças do ouvido médio e da mastóide	Total	65	1.81	270	5.18	2.87	9	2.60	346
	Total		82	2.28	320	6.14	2.69	10	2.42	414
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de	R50-R69 Sintomas e sinais gerais	R69 Causas desconhecidas e NE de morbidade	5	0.14	60	1.15	8.29	2	2.99	67

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte		R56 Convulsões NCOP	11	0.31	41	0.79	2.57	2	3.70	54
		Total	33	0.92	144	2.76	3.01	9	4.84	186
	R10-R19 Sintomas e sinais relativos ao aparelho digestivo e ao abdome	Total	21	0.58	61	1.17	2.01	2	2.35	85
	R30-R39 Sintomas e sinais relativos ao aparelho urinário	Total	5	0.14	46	0.88	6.35	1	1.85	54
	R00-R09 Sintomas e sinais relativos ao aparelho circulatório e respiratório	R02 Gangrena NCOP	4	0.11	32	0.61	5.52	0	0.00	37
		Total	10	0.28	36	0.69	2.49	0	0.00	47
	Total		72	2.00	299	5.74	2.87	12	3.10	387
IX - Doenças do aparelho circulatório	I80-I89 Doenças das veias, dos vasos linfáticos e dos gânglios linfáticos, não classificadas em outra parte	I88 Linfadenite inespecífica	33	0.92	172	3.30	3.60	6	2.83	212
		Total	35	0.97	181	3.47	3.57	6	2.69	223
	Total		69	1.92	274	5.26	2.74	11	3.10	355
IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E70-E90 Distúrbios metabólicos	E86 Depleção de volume	15	0.42	48	0.92	2.21	2	3.08	65
		Total	32	0.89	82	1.57	1.77	7	5.79	121
	E40-E46 Desnutrição	E46 Desnutric proteico- calórica NE	5	0.14	42	0.81	5.80	2	4.08	49
		E43 Desnutric proteico- calórica grave NE	0	0.00	8	0.15	-	0	0.00	8
		Total	6	0.17	52	1.00	5.98	2	3.33	60
	E10-E14 Diabetes mellitus	Total	17	0.47	47	0.90	1.91	4	5.71	70
	Total		56	1.56	190	3.65	2.34	14	5.34	262

Fonte: MS/Datasus/SIHSUS, 2023; IBGE: Censo Demográfico 2022, resultados do universo.

INTERNAÇÃO DE PESSOAS DE 10-19 ANOS, SEXO FEMININO - 2023

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
Total	Total		6,268	168.61	25,817	434.17	2.58	2,168	6.28	34,499
XV - Gravidez, parto e puerpério	O80-O84 Parto	O80 Parto unico espontaneo	1,438	38.68	7,943	133.58	3.45	761	7.46	10,196
		O82 Parto unico p/cesariana	406	10.92	1,107	18.62	1.70	52	3.30	1,575
		Total	1,853	49.85	9,076	152.63	3.06	814	6.89	11,807
	O60-O75 Complicações do trabalho de parto e do parto	O68 Trab parto e parto complic sofrimento fetal	99	2.66	557	9.37	3.52	37	5.30	698
		O75 Outr complic do trab parto e do parto NCOP	90	2.42	506	8.51	3.51	72	10.78	668
		O62 Anormalidades da contracao uterina	66	1.78	335	5.63	3.17	42	9.48	443
		O70 Laceracao do perineo durante o parto	47	1.26	241	4.05	3.21	5	1.70	294
		O73 Retencao placenta e membranas s/hemorragias	22	0.59	162	2.72	4.60	37	16.67	222
		O63 Trabalho de parto prolongado	11	0.30	113	1.90	6.42	15	10.71	140
		O61 Falha na inducao do trabalho de parto	11	0.30	100	1.68	5.68	6	5.13	117
		O66 Outr form de obstrucao do trabalho de parto	15	0.40	96	1.61	4.00	6	5.04	119
		O65 Obstr trab parto dev anorm pelvica da mae	18	0.48	68	1.14	2.36	0	0.00	87
		O60 Trabalho de parto pre-termo	6	0.16	32	0.54	3.33	1	2.56	39
		O64 Obstr trab parto dev ma-posic ma- apres feto	4	0.11	30	0.50	4.69	1	2.86	35
		O71 Outr traum obstetricos	2	0.05	25	0.42	7.81	1	3.57	28
		O72 Hemorragia pos-parto	4	0.11	14	0.24	2.19	0	0.00	18
		O69 Trab parto parto compl anorm cordao umbilic	1	0.03	5	0.08	3.13	1	14.29	7

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
			Total	396	10.65	2,284	38.41	3.61	224	7.68
O30-O48 Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto	O42 Ruptura prematura de membranas	131	3.52	541	9.10	2.58	42	5.83	720	
	O48 Gravidez prolongada	43	1.16	303	5.10	4.41	27	7.16	377	
	O47 Falso trabalho de parto	78	2.10	231	3.88	1.85	12	3.72	323	
	O41 Outr transt membranas e liquido amniotico	29	0.78	218	3.67	4.70	19	7.14	266	
	O36 Assist prest mae outr probl fet conhec susp	30	0.81	202	3.40	4.21	33	12.36	267	
	O32 Assist prest mae apres anorm conh susp feto	11	0.30	98	1.65	5.57	6	5.17	116	
	O34 Assist prest mae anor conh susp org pelv mat	11	0.30	94	1.58	5.34	7	6.19	113	
	O33 Assist prest mae desprop conhecida suspeita	12	0.32	62	1.04	3.23	12	13.95	86	
	O45 Descolamento prematuro da placenta	5	0.13	54	0.91	6.75	7	10.45	67	
	O30 Gestacao mult	4	0.11	50	0.84	7.81	6	10.00	60	
	Total	355	9.55	1,865	31.36	3.28	172	7.14	2,409	
O00-O08 Gravidez que termina em aborto	O03 Aborto espontaneo	95	2.56	398	6.69	2.62	57	10.31	553	
	O02 Outr produtos anormais da concepcao	85	2.29	285	4.79	2.10	31	7.60	408	
	O06 Aborto NE	15	0.40	70	1.18	2.92	4	4.44	90	
	O00 Gravidez ectopica	14	0.38	69	1.16	3.08	8	8.79	91	
	O05 Outr tipos de aborto	4	0.11	53	0.89	8.28	0	0.00	57	
	O04 Aborto p/razoes medicas e legais	5	0.13	35	0.59	4.38	0	0.00	40	
	O08 Complic conseq aborto gravidez ectop molar	2	0.05	10	0.17	3.13	1	7.69	13	
	Total	223	6.00	926	15.57	2.60	102	8.08	1,262	
O20-O29 Outros transtornos maternos	O23 Infecc do trato geniturinario na gravidez	91	2.45	390	6.56	2.68	24	4.72	509	

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	relacionados predominantemente com a gravidez	O20 Hemorragia do inicio da gravidez	69	1.86	190	3.20	1.72	6	2.25	267
		O24 Diabetes mellitus na gravidez	47	1.26	157	2.64	2.09	18	8.04	224
		O21 Vomitos excessivos na gravidez	23	0.62	98	1.65	2.66	8	6.15	130
		O26 Assist materna outr complic lig predom grav	1	0.03	9	0.15	5.63	0	0.00	10
		Total	231	6.21	849	14.28	2.30	56	4.89	1,145
	O10-O16 Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério	O14 Hipertensao gestacional c/proteinuria signif	59	1.59	335	5.63	3.55	28	6.62	423
		O13 Hipertensao gestacional s/proteinuria signif	40	1.08	206	3.46	3.22	26	9.52	273
		O10 Hipertens pre-exist complic grav parto puerp	19	0.51	107	1.80	3.52	5	3.82	131
		O16 Hipertensao materna NE	14	0.38	69	1.16	3.08	17	17.00	100
		O15 Eclampsia	6	0.16	68	1.14	7.09	4	5.06	79
		Total	139	3.74	788	13.25	3.54	80	7.92	1,010
	O94-O99 Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte	O99 Outr doenc mat COP compl grav parto puerp	127	3.42	458	7.70	2.25	38	6.07	626
		O98 Doen inf paras mat COP compl grav part puerp	16	0.43	71	1.19	2.77	4	4.40	91
		Total	143	3.85	529	8.90	2.31	42	5.86	717
	O85-O92 Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério	O90 Complic do puerperio NCOP	19	0.51	90	1.51	2.96	8	6.84	117
		O85 Infecc puerperal	12	0.32	82	1.38	4.27	7	6.93	101
		O86 Outr infecc puerperais	9	0.24	80	1.35	5.56	0	0.00	89
		O91 Infecc mamarias assoc ao parto	10	0.27	40	0.67	2.50	2	3.77	53
		O89 Complic da anestesia admin durante puerperio	1	0.03	19	0.32	11.88	3	13.04	23
		Total	51	1.37	319	5.36	3.91	21	5.36	392
	Total		3,391	91.22	16,636	279.77	3.07	1,511	6.98	21,657

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	S80-S89 Traumatismos do joelho e da perna	Total	62	1.67	185	3.11	1.87	12	4.63	259
	T00-T07 Traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo	T02 Frat envolv mult regioes do corpo	15	0.40	49	0.82	2.04	4	5.88	68
		T01 Ferim envolv mult regioes do corpo	3	0.08	20	0.34	4.17	1	4.17	24
		T06 Outr traum envolv regioes mult do corpo NCOP	0	0.00	14	0.24	-	0	0.00	15
		Total	20	0.54	94	1.58	2.94	5	4.17	120
	S70-S79 Traumatismos do quadril e da coxa	S72 Frat do femur	14	0.38	74	1.24	3.30	1	1.09	92
		Total	14	0.38	78	1.31	3.48	1	1.04	96
	S40-S49 Traumatismos do ombro e do braço	S42 Frat do ombro e do braco	13	0.35	69	1.16	3.32	7	7.69	91
		Total	13	0.35	76	1.28	3.65	7	7.14	98
	T36-T50 Intoxicação por drogas, medicamentos e substâncias biológicas	T43 Intox p/drogas psicotropicicas NCOP	3	0.08	28	0.47	5.84	1	3.13	32
		Total	19	0.51	72	1.21	2.37	1	1.09	92
	Total		322	8.66	1,079	18.15	2.09	47	3.21	1,462
XI - Doenças do aparelho digestivo	K35-K38 Doenças do apêndice	Total	147	3.95	381	6.41	1.62	39	6.83	571
	K80-K87 Transtornos da vesícula biliar, das vias biliares e do pâncreas	K80 Colelitíase	72	1.94	183	3.08	1.59	14	5.19	270
		K81 Colecistite	15	0.40	35	0.59	1.46	4	7.27	55
		K85 Pancreatite aguda	14	0.38	28	0.47	1.25	4	8.51	47
		Total	102	2.74	280	4.71	1.72	25	6.10	410
	K40-K46 Hérnias	Total	29	0.78	127	2.14	2.74	18	10.23	176
	K90-K93 Outras doenças do aparelho digestivo	Total	26	0.70	96	1.61	2.31	13	9.49	137
	Total		373	10.03	1,050	17.66	1.76	108	6.99	1,544

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A30-A49 Outras doenças bacterianas	A49 Infecc bacter de localiz NE	21	0.56	262	4.41	7.80	21	6.86	306
		A41 Outr septicemias	18	0.48	99	1.66	3.44	15	11.19	134
		A48 Outr doenc bacter NCOP	7	0.19	39	0.66	3.48	2	4.08	49
		A46 Erisipela	2	0.05	13	0.22	4.06	0	0.00	15
		Total	52	1.40	434	7.30	5.22	40	7.53	531
	A90-A99 Febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais	A90 Dengue	39	1.05	154	2.59	2.47	6	2.94	204
		A91 Febre hemorragica dev virus do dengue	3	0.08	22	0.37	4.58	2	7.14	28
		Total	44	1.18	182	3.06	2.59	8	3.32	241
	A00-A09 Doenças infecciosas intestinais	A04 Outr infecc intestinais bacter	1	0.03	138	2.32	86.27	0	0.00	139
		Total	22	0.59	174	2.93	4.94	5	2.44	205
	Total		118	3.17	790	13.29	4.19	53	5.42	977
X - Doenças do aparelho respiratório	J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	Total	77	2.07	471	7.92	3.82	24	4.17	576
	J30-J39 Outras doenças das vias aéreas superiores	J35 Doenc cronicas das amigdalas e das adenoides	42	1.13	129	2.17	1.92	8	4.37	183
		Total	72	1.94	187	3.14	1.62	12	4.35	276
	J40-J47 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	J45 Asma	26	0.70	102	1.72	2.45	5	3.70	135
		J44 Outr doenc pulmonares obstrutivas cronicas	2	0.05	6	0.10	1.88	2	18.18	11
		J40 Bronquite NE como aguda ou cronica	1	0.03	4	0.07	2.50	1	16.67	6
		Total	29	0.78	119	2.00	2.57	8	5.03	159
	Total		178	4.79	777	13.07	2.73	44	4.35	1,011
XIV - Doenças do aparelho geniturinário	N30-N39 Outras doenças do aparelho urinário	N39 Outr transt do trato urinario	117	3.15	284	4.78	1.52	32	7.36	435
		Total	128	3.44	308	5.18	1.50	32	6.81	470
	N80-N98 Transtornos não-	N83 Transt nao-infl ovario tromp Falop lig largo	30	0.81	82	1.38	1.71	10	8.13	123

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	inflamatórios do trato genital feminino	N93 Outr sangramentos anormais utero e vagina	11	0.30	58	0.98	3.30	1	1.41	71
		Total	67	1.80	189	3.18	1.76	18	6.47	278
	N70-N77 Doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos	Total	22	0.59	84	1.41	2.39	6	5.36	112
	N60-N64 Doenças da mama	N63 Nodulo mamario NE	12	0.32	48	0.81	2.50	3	4.76	63
		Total	22	0.59	78	1.31	2.22	4	3.81	105
	Total		239	6.43	659	11.08	1.72	60	6.22	965
XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	L00-L08 Infecções da pele e do tecido subcutâneo	Total	90	2.42	325	5.47	2.26	18	4.11	438
	L80-L99 Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo	L98 Outr afeccoes da pele e tec subcutaneo NCOP	22	0.59	87	1.46	2.47	10	8.33	120
		L91 Afeccoes hipertroficas da pele	9	0.24	32	0.54	2.22	4	8.89	45
		L99 Outr afeccoes pele tec subcutaneo doenc COP	4	0.11	19	0.32	2.97	0	0.00	24
		L93 Lupus eritematoso	1	0.03	15	0.25	9.38	1	5.88	17
		L97 Ulcera dos membros infer NCOP	1	0.03	8	0.13	5.00	0	0.00	9
		Total	40	1.08	166	2.79	2.59	15	6.73	223
	Total		130	3.50	491	8.26	2.36	33	4.99	661
II - Neoplasias [tumores]	C81-C96 Neoplasias [tumores] malignas(os), declaradas ou presumidas como primárias, dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos correlatos	C91 Leucemia linfoide	57	1.53	150	2.52	1.65	10	4.61	217
		C92 Leucemia mieloide	25	0.67	45	0.76	1.13	0	0.00	74
		C81 Doenc de Hodgkin	14	0.38	37	0.62	1.65	1	1.92	52
		Total	113	3.04	247	4.15	1.37	14	3.70	378

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	D10-D36 Neoplasias [tumores] benignas(os)	Total	24	0.65	82	1.38	2.14	6	5.26	114
	Total		137	3.69	329	5.53	1.50	20	4.07	492
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	D55-D59 Anemias hemolíticas	D57 Transt falciformes	50	1.34	192	3.23	2.40	3	1.21	247
		Total	54	1.45	203	3.41	2.35	4	1.52	263
	D60-D64 Anemias aplásticas e outras anemias		17	0.46	69	1.16	2.54	4	4.44	90
	Total		71	1.91	272	4.57	2.40	8	2.27	353
XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M20-M25 Outros transtornos articulares	Total	56	1.51	132	2.22	1.47	4	2.08	192
	M30-M36 Doenças sistêmicas do tecido conjuntivo	M32 Lupus eritematoso disseminado	2	0.05	36	0.61	11.25	1	2.56	39
		M33 Dermatopolimiosite	0	0.00	14	0.24	-	0	0.00	14
		M31 Outr vasculopatias necrotizantes	6	0.16	11	0.18	1.15	0	0.00	17
		Total	8	0.22	61	1.03	4.77	1	1.43	70
	Total		64	1.72	193	3.25	1.89	5	1.91	262
IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E10-E14 Diabetes mellitus	E10 Diabetes mellitus insulino-dependente	28	0.75	113	1.90	2.52	7	4.61	152
		E14 Diabetes mellitus NE	14	0.38	51	0.86	2.28	8	10.39	77
		Total	47	1.26	182	3.06	2.42	16	6.32	253
	Total		47	1.26	182	3.06	2.42	16	6.32	253
V - Transtornos mentais e comportamentais	F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	F23 Transt psicóticos agudos e transitorios	19	0.51	33	0.55	1.09	6	10.17	59
		F20 Esquizofrenia	7	0.19	32	0.54	2.86	4	9.30	43
		F29 Psicose nao-organica NE	2	0.05	24	0.40	7.50	7	21.21	33
		Total	31	0.83	100	1.68	2.02	17	11.41	149
	F30-F39 Transtornos									
	F32 Episodios depressivos		25	0.67	50	0.84	1.25	8	9.52	84

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	do humor [afetivos]	F31 Transt afetivo bipolar	2	0.05	13	0.22	4.06	3	16.67	18
		Total	31	0.83	73	1.23	1.47	12	10.26	117
	Total		62	1.67	173	2.91	1.74	29	10.90	266
VI - Doenças do sistema nervoso	G40-G47 Transtornos episódicos e paroxísticos	G40 Epilepsia	20	0.54	112	1.88	3.50	8	5.56	144
		Total	35	0.94	150	2.52	2.68	9	4.55	198
	Total		35	0.94	150	2.52	2.68	9	4.55	198

Fonte: MS/Datasus/SIHSUS, 2023; IBGE: Censo Demográfico 2022, resultados do universo.

INTERNAÇÃO DE PESSOAS DE 10-19 ANOS, SEXO MASCULINO - 2023

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
Total	Total		4,345	116.36	14,867	234.81	2.02	1,186	5.76	20,597
XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	S50-S59 Traumatismos do cotovelo e do antebraço	S52 Frat do antebraço	209	5.60	890	14.06	2.51	59	5.08	1,161
		Total	211	5.65	935	14.77	2.61	61	5.04	1,211
	S80-S89 Traumatismos do joelho e da perna	S82 Frat da perna incl tornozelo	114	3.05	582	9.19	3.01	32	4.38	731
		Total	143	3.83	653	10.31	2.69	38	4.54	837
	S00-S09 Traumatismos da cabeça	S06 Traum intracraniano	64	1.71	248	3.92	2.29	4	1.25	319
		S02 Frat do crânio e dos ossos da face	44	1.18	146	2.31	1.96	6	3.06	196
		Total	110	2.95	438	6.92	2.35	11	1.96	562
	S60-S69 Traumatismos do punho e da mão	S62 Frat ao nível do punho e da mão	76	2.04	319	5.04	2.48	25	5.91	423
		S66 Traum de músculo e tendão nível punho e mão	11	0.29	61	0.96	3.27	3	4.00	75
		Total	99	2.65	434	6.85	2.59	30	5.30	566
	T80-T88 Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos, não classificados em outra parte	Total	123	3.29	426	6.73	2.04	12	2.14	562
	T00-T07 Traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo	Total	80	2.14	335	5.29	2.47	10	2.33	430
	S40-S49 Traumatismos do ombro e do braço	Total	58	1.55	266	4.20	2.70	23	6.61	348
	S70-S79 Traumatismos do quadril e da coxa	S72 Frat do fêmur	74	1.98	245	3.87	1.95	12	3.60	333
		Total	78	2.09	266	4.20	2.01	13	3.62	359

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	S90-S99 Traumatismos do tornozelo e do pé	Total	58	1.55	242	3.82	2.46	11	3.53	312
	S30-S39 Traumatismos do abdome, do dorso, da coluna lombar e da pelve	Total	29	0.78	147	2.32	2.99	4	2.19	183
	T08-T14 Traumatismos de localização não especificada do tronco, membro ou outra região do corpo	Total	14	0.37	67	1.06	2.82	3	3.49	86
	Total		1,075	28.79	4,588	72.46	2.52	232	3.92	5,925
XIV - Doenças do aparelho geniturinário	N40-N51 Doenças dos órgãos genitais masculinos	N47 Hipertrofia do prepucio fimose e parafimose	425	11.38	1,160	18.32	1.61	270	14.49	1,863
		N44 Torcao do testiculo	63	1.69	253	4.00	2.37	6	1.86	323
		Total	541	14.49	1,497	23.64	1.63	290	12.41	2,337
	N30-N39 Outras doenças do aparelho urinário	Total	43	1.15	129	2.04	1.77	10	5.41	185
	N00-N08 Doenças glomerulares	N04 Sindr nefrotica	13	0.35	71	1.12	3.22	1	1.15	87
		N00 Sindr nefritica aguda	3	0.08	21	0.33	4.13	2	7.69	26
		Total	16	0.43	110	1.74	4.05	3	2.27	132
	N17-N19 Insuficiência renal	N18 Insuf renal cronica	10	0.27	42	0.66	2.48	3	5.26	57
		N17 Insuf renal aguda	0	0.00	16	0.25	-	0	0.00	16
		Total	10	0.27	58	0.92	3.42	3	4.11	73
	N60-N64 Doenças da mama	N62 Hipertrofia da mama	8	0.21	51	0.81	3.76	7	10.45	67
		Total	8	0.21	51	0.81	3.76	7	10.45	67
	N20-N23 Calculose renal	Total	10	0.27	26	0.41	1.53	2	5.26	38
	N10-N16 Doenças renais túbulo-intersticiais	N11 Nefrite tubulo-intersticial cronica	1	0.03	8	0.13	4.72	1	10.00	10

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		N13 Uropatia obstrutiva e p/refluxo	2	0.05	5	0.08	1.47	0	0.00	7
		N10 Nefrite tubulo-intersticial aguda	1	0.03	4	0.06	2.36	0	0.00	5
		N15 Outr doenc renais tubulo-intersticiais	2	0.05	1	0.02	0.29	0	0.00	3
		N14 Afec tubul tubulo-interst ind drog met pesad	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
		Total	6	0.16	19	0.30	1.87	1	3.85	26
	N25-N29 Outros transtornos do rim e do ureter	N28 Outr transt do rim e do ureter NCOP	2	0.05	8	0.13	2.36	0	0.00	10
		Total	2	0.05	8	0.13	2.36	0	0.00	10
	Total		636	17.03	1,898	29.98	1.76	316	11.02	2,868
XI - Doenças do aparelho digestivo	K35-K38 Doenças do apêndice	K35 Apendicite aguda	201	5.38	731	11.55	2.14	60	5.97	1,005
		K36 Outr form de apendicite	4	0.11	62	0.98	9.14	6	8.00	75
		Total	216	5.78	822	12.98	2.24	66	5.89	1,120
	K40-K46 Hérnias	Total	81	2.17	277	4.37	2.02	49	11.98	409
	K55-K63 Outras doenças dos intestinos	Total	49	1.31	149	2.35	1.79	12	5.66	212
	K80-K87 Transtornos da vesícula biliar, das vias biliares e do pâncreas	K80 Colelitíase	16	0.43	57	0.90	2.10	7	8.54	82
		Total	31	0.83	91	1.44	1.73	11	8.15	135
	Total		481	12.88	1,647	26.01	2.02	167	7.20	2,321
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A30-A49 Outras doenças bacterianas	A49 Infecção bacteriana de localizações não especificadas	49	1.31	266	4.20	3.20	30	8.67	346
		A41 Outras septicemias	20	0.54	121	1.91	3.57	17	10.69	159
		A48 Outras doenças bacterianas NCOP	8	0.21	66	1.04	4.87	3	3.75	80
		A46 Erisipela	1	0.03	19	0.30	11.21	3	13.04	23

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		Total	93	2.49	498	7.87	3.16	55	8.45	651
	A90-A99 Febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais	A90 Dengue	55	1.47	218	3.44	2.34	12	4.15	289
		A92 Outr febres virais transm p/mosquitos	5	0.13	17	0.27	2.01	0	0.00	22
		A91 Febre hemorrágica dev virus do dengue	2	0.05	16	0.25	4.72	3	13.64	22
		Total	64	1.71	254	4.01	2.34	15	4.44	338
	A00-A09 Doenças infecciosas intestinais	A04 Outr infecc intestinais bacter	1	0.03	153	2.42	90.23	1	0.65	155
		A09 Diarreia e gastroenterite orig infecc presum	19	0.51	46	0.73	1.43	4	5.80	69
		Total	23	0.62	207	3.27	5.31	6	2.54	236
	A15-A19 Tuberculose	A15 Tuberc respirat c/conf bacteriol e histolog	4	0.11	35	0.55	5.16	1	2.50	40
		Total	7	0.19	44	0.69	3.71	2	3.77	53
	B95-B97 Agentes de infecções bacterianas, virais e outros agentes infecciosos	B95 Estr/estafilococo causa doenc class outr cap	6	0.16	20	0.32	1.97	3	10.00	30
		Total	6	0.16	20	0.32	1.97	3	10.00	30
	A20-A28 Algumas doenças bacterianas zoonóticas	A27 Leptospirose	1	0.03	13	0.21	7.67	4	22.22	18
		Total	2	0.05	17	0.27	5.01	4	17.39	23
	B00-B09 Infecções virais caracterizadas por lesões de pele e mucosas	B02 Herpes zoster	1	0.03	8	0.13	4.72	0	0.00	9
		Total	4	0.11	17	0.27	2.51	1	4.17	24
	B20-B24 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	Total	2	0.05	11	0.17	3.24	3	18.75	16
	Total		216	5.78	1,126	17.78	3.07	90	6.22	1,446

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
X - Doenças do aparelho respiratório	J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	Total	90	2.41	560	8.84	3.67	30	4.38	685
	J30-J39 Outras doenças das vias aéreas superiores	J35 Doenc cronicas das amigdalas e das adenoides	42	1.12	132	2.08	1.85	10	5.43	184
		Total	87	2.33	203	3.21	1.38	17	5.43	313
	J40-J47 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	J45 Asma	23	0.62	126	1.99	3.23	7	4.49	156
		Total	29	0.78	144	2.27	2.93	9	4.95	182
	J90-J94 Outras doenças da pleura	J93 Pneumotorax	5	0.13	22	0.35	2.59	0	0.00	27
		J90 Derrame pleural NCOP	3	0.08	21	0.33	4.13	0	0.00	25
		Total	10	0.27	58	0.92	3.42	2	2.82	71
	J95-J99 Outras doenças do aparelho respiratório	Total	14	0.37	53	0.84	2.23	2	2.90	69
	J00-J06 Infecções agudas das vias aéreas superiores	Total	16	0.43	34	0.54	1.25	1	1.96	51
	Total		252	6.75	1,081	17.07	2.53	63	4.47	1,408
XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	L00-L08 Infecções da pele e do tecido subcutâneo	Total	116	3.11	555	8.77	2.82	27	3.79	712
	L80-L99 Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo	Total	57	1.53	169	2.67	1.75	11	4.60	239
	Total		186	4.98	722	12.19	2.45	39	3.85	1,014
XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M20-M25 Outros transtornos articulares	Total	100	2.68	203	3.21	1.20	7	2.26	310
	M60-M63 Transtornos musculares	M60 Miosite	14	0.37	72	1.14	3.03	6	6.32	95
		Total	15	0.40	83	1.31	3.26	7	6.48	108
	Total		251	6.72	591	9.33	1.39	18	2.08	865
XVII - Malformações congenitas, deformidades e	Q50-Q56 Malformações congênitas dos órgãos genitais	Q53 Testiculo nao- descido	54	1.45	200	3.16	2.18	13	4.83	269
		Q54 Hipospadias	13	0.35	56	0.88	2.54	4	5.41	74

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
anomalias cromossômicas		Total	71	1.90	264	4.17	2.19	19	5.32	357
	Total		200	5.36	549	8.67	1.62	48	5.96	805
II - Neoplasias [tumores]	C81-C96 Neoplasias [tumores] malignas(os), declaradas ou presumidas como primárias, dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos correlatos	Total	106	2.84	220	3.47	1.22	15	4.40	341
	D10-D36 Neoplasias [tumores] benignas(os)	Total	37	0.99	61	0.96	0.97	3	2.97	101
	C69-C72 Neoplasias malignas dos olhos, do encéfalo e de outras partes do sistema nervoso central	C71 Neopl malig do encefalo	13	0.35	36	0.57	1.63	0	0.00	50
		Total	18	0.48	45	0.71	1.47	0	0.00	64
	D37-D48 Neoplasias [tumores] de comportamento incerto ou desconhecido	Total	9	0.24	37	0.58	2.42	1	2.13	47
	C60-C63 Neoplasias malignas dos órgãos genitais masculinos	C62 Neopl malig dos testiculos	3	0.08	16	0.25	3.15	0	0.00	19
		Total	3	0.08	18	0.28	3.54	0	0.00	21
	C15-C26 Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	C18 Neopl malig do colon	0	0.00	10	0.16	-	0	0.00	10
		Total	0	0.00	16	0.25	-	0	0.00	16
	Total		229	6.13	504	7.96	1.30	25	3.29	761
XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	Z40-Z54 Pessoas em contato com os serviços de saúde para procedimentos e cuidados específicos	Z47 Outr cuidados de seguimento ortopedico	80	2.14	258	4.07	1.90	15	4.23	355
		Total	101	2.70	292	4.61	1.71	24	5.67	423
	Z70-Z76 Pessoas em contato com os serviços de saúde em outras circunstâncias	Z74 Probl relac depend pess q oferece cuid saude	88	2.36	151	2.38	1.01	5	1.94	258
		Total	88	2.36	151	2.38	1.01	5	1.94	258
	Total		199	5.33	471	7.44	1.40	30	4.17	720
III - Doenças do sangue e dos órgãos	D55-D59 Anemias hemolíticas	D57 Transt falciformes	62	1.66	162	2.56	1.54	2	0.88	228
		Total	64	1.71	166	2.62	1.53	2	0.85	234

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	D60-D64 Anemias aplásticas e outras anemias	Total	6	0.16	63	1.00	6.19	4	5.26	76
	Total		108	2.89	300	4.74	1.64	11	2.58	427
VI - Doenças do sistema nervoso	G40-G47 Transtornos episódicos e paroxísticos	G40 Epilepsia	32	0.86	116	1.83	2.14	8	5.13	156
		G43 Enxaqueca	2	0.05	17	0.27	5.01	1	5.00	20
		Total	42	1.12	161	2.54	2.26	10	4.69	213
	G90-G99 Outros transtornos do sistema nervoso	G91 Hidrocefalia	7	0.19	32	0.51	2.70	2	4.88	41
		G93 Outr transt do encefalo	6	0.16	5	0.08	0.49	0	0.00	11
		G96 Outr transt do sist nervoso central	0	0.00	4	0.06	-	2	33.33	6
		G95 Outr doenc da medula espinal	1	0.03	1	0.02	0.59	0	0.00	2
		G94 Outr transt do encefalo em doenc COP	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
		Total	14	0.37	43	0.68	1.81	4	6.56	61
	G00-G09 Doenças inflamatórias do sistema nervoso central	G00 Meningite bacter NCOP	2	0.05	15	0.24	4.42	0	0.00	18
		G06 Abscesso granuloma intracran intra-raquid	2	0.05	7	0.11	2.06	0	0.00	9
		Total	4	0.11	22	0.35	3.24	0	0.00	27
	G80-G83 Paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas	G80 Paralisia cerebral	2	0.05	16	0.25	4.72	4	18.18	22
		G81 Hemiplegia	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
		Total	2	0.05	17	0.27	5.01	4	17.39	23
	G60-G64 Polineuropatias e outros transtornos do sistema nervoso periférico	G63 Polineuropatia em doenc COP	0	0.00	7	0.11	-	0	0.00	7
		G61 Polineuropatia inflam	2	0.05	3	0.05	0.88	1	16.67	6

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	G50-G59 Transtornos dos nervos, das raízes e dos plexos nervosos	Total	2	0.05	10	0.16	2.95	1	7.69	13
		G58 Outr mononeuropatias	1	0.03	2	0.03	1.18	0	0.00	3
		G50 Transt do nervo trigemeo	0	0.00	2	0.03	-	0	0.00	2
		G57 Mononeuropatias dos membros infer	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
		G56 Mononeuropatias dos membros super	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
		G55 Compressoes raízes plexos nervosos doenc COP	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
		G51 Transt do nervo facial	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
		Total	1	0.03	8	0.13	4.72	0	0.00	9
	G30-G32 Outras doenças degenerativas do sistema nervoso	G32 Outr transt degenerativ sist nerv doenc COP	0	0.00	4	0.06	-	0	0.00	4
		G31 Outr doenc degenerativas sist nervoso NCOP	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
		Total	0	0.00	5	0.08	-	0	0.00	5
	G70-G73 Doenças da junção mioneural e dos músculos	G71 Transt prim dos musculos	13	0.35	4	0.06	0.18	2	10.53	19
		G70 Miastenia gravis outr transt neuromusculares	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
		Total	13	0.35	5	0.08	0.23	2	10.00	20
	G10-G13 Atrofias sistêmicas que afetam principalmente o sistema nervoso central	G12 Atrofia muscular espinal e sindr correlatas	5	0.13	2	0.03	0.24	0	0.00	7
		G10 Doenc de Huntington	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		Total	5	0.13	3	0.05	0.35	0	0.00	8
	G35-G37 Doenças desmielinizantes do sistema nervoso central	G35 Esclerose mult	0	0.00	2	0.03	-	0	0.00	2
		Total	0	0.00	2	0.03	-	0	0.00	2
	G20-G26 Doenças extrapiramidais e transtornos dos movimentos	G21 Parkinsonismo secund	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
		Total	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
	Total		83	2.22	277	4.37	1.97	21	5.50	382
IX - Doenças do aparelho circulatório	I80-I89 Doenças das veias, dos vasos linfáticos e dos gânglios linfáticos, não classificadas em outra parte	I88 Linfadenite inespecífica	6	0.16	39	0.62	3.83	3	6.12	49
		I86 Varizes de outr localiz	13	0.35	14	0.22	0.64	2	6.06	33
		I80 Flebite e tromboflebite	2	0.05	13	0.21	3.83	1	6.25	16
		I83 Varizes dos membros infer	1	0.03	4	0.06	2.36	0	0.00	5
		I89 Outr transt nao-infecc vasos linf gangl linf	2	0.05	3	0.05	0.88	0	0.00	5
		I85 Varizes esofagianas	0	0.00	3	0.05	-	0	0.00	3
		I84 Hemorroidas	3	0.08	2	0.03	0.39	3	37.50	8
		I82 Outr embolia e trombose venosas	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	2
		Total	27	0.72	79	1.25	1.73	9	7.44	121
	I30-I52 Outras formas de doença do coração	I50 Insuf cardíaca	0	0.00	10	0.16	-	1	9.09	11
		I46 Parada cardíaca	3	0.08	9	0.14	1.77	0	0.00	13
		I47 Taquicardia paroxística	3	0.08	8	0.13	1.57	1	7.69	13
		I42 Cardiomiopatias	3	0.08	6	0.09	1.18	0	0.00	10
		I30 Pericardite aguda	0	0.00	6	0.09	-	0	0.00	6

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		I49 Outr arritmias cardiacas	0	0.00	5	0.08	-	0	0.00	5
		I44 Bloqueio atrioventricular e do ramo esquerdo	0	0.00	5	0.08	-	0	0.00	5
		I33 Endocardite aguda e subaguda	2	0.05	4	0.06	1.18	0	0.00	6
		I31 Outr doenc do pericardio	1	0.03	4	0.06	2.36	1	16.67	6
		I45 Outr transt de conducao	1	0.03	3	0.05	1.77	0	0.00	4
		I51 Complic cardiopatas doenc cardiacas mal def	1	0.03	2	0.03	1.18	0	0.00	3
		I40 Miocardite aguda	4	0.11	2	0.03	0.29	0	0.00	6
		I35 Transt nao- reumaticos da valva aortica	0	0.00	2	0.03	-	0	0.00	2
		I41 Miocardite em doenc COP	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
		I38 Endocardite de valva NE	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
		I37 Transt da valva pulmonar	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
		I32 Pericardite em doenc COP	1	0.03	1	0.02	0.59	0	0.00	2
		Total	19	0.51	70	1.11	2.17	3	3.16	95
	I60-I69 Doenças cerebrovasculares	I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	2	0.05	15	0.24	4.42	0	0.00	17
		I61 Hemorragia intracerebral	2	0.05	14	0.22	4.13	1	5.88	17
		I67 Outr doenc cerebrovasculares	0	0.00	8	0.13	-	0	0.00	8

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		I60 Hemorragia subaracnoide	3	0.08	8	0.13	1.57	0	0.00	11
		I62 Outr hemorragias intracranianas nao-traum	0	0.00	7	0.11	-	0	0.00	7
		I65 Oclus/esten art pre-cereb q n res inf cereb	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
		I63 Infarto cerebral	1	0.03	1	0.02	0.59	0	0.00	2
		Total	8	0.21	54	0.85	3.98	1	1.59	63
	I70-I79 Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares	I79 Transt arter arteríolas capilares doenc COP	5	0.13	4	0.06	0.47	0	0.00	9
		I74 Embolia e trombose arteriais	1	0.03	4	0.06	2.36	0	0.00	5
		I72 Outr aneurismas	1	0.03	4	0.06	2.36	1	16.67	6
		I77 Outr afecções das artérias e arteríolas	3	0.08	3	0.05	0.59	0	0.00	7
		I71 Aneurisma e dissecação da aorta	0	0.00	3	0.05	-	1	25.00	4
		I73 Outr doenc vasculares perifericas	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
		Total	10	0.27	19	0.30	1.12	2	6.25	32
	I20-I25 Doenças isquêmicas do coração	I21 Infarto agudo do miocardio	5	0.13	11	0.17	1.30	1	5.88	17
		I20 Angina pectoris	1	0.03	4	0.06	2.36	1	16.67	6
		I25 Doenc isquemica cronica do coracao	1	0.03	1	0.02	0.59	0	0.00	2
		Total	7	0.19	16	0.25	1.35	2	8.00	25
	I10-I15 Doenças hipertensivas	I10 Hipertensao essencial	0	0.00	6	0.09	-	0	0.00	6

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		I15 Hipertensao secund	2	0.05	3	0.05	0.88	0	0.00	5
		I12 Doenc renal hipertensiva	0	0.00	3	0.05	-	0	0.00	3
		Total	2	0.05	12	0.19	3.54	0	0.00	14
	I05-I09 Doenças reumáticas crônicas do coração	I09 Outr doenc reumaticas do coracao	0	0.00	2	0.03	-	0	0.00	2
		I06 Doenc reumaticas da valva aortica	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	2
		Total	0	0.00	3	0.05	-	0	0.00	4
	I26-I28 Doenças cardíaca pulmonar e da circulação pulmonar	I27 Outr form de doenc cardiaca pulmonar	1	0.03	2	0.03	1.18	0	0.00	3
		I26 Embolia pulmonar	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
		Total	1	0.03	3	0.05	1.77	0	0.00	4
	I00-I02 Febre reumática aguda	I01 Febre reumatica c/compr do coracao	1	0.03	1	0.02	0.59	0	0.00	2
		I00 Febre reumatica s/mencao de compr do coracao	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
		Total	1	0.03	2	0.03	1.18	0	0.00	3
	I95-I99 Outros transtornos, e os não especificados do aparelho circulatório	I98 Outr transt aparelho circulatorio doenc COP	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
		Total	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
	Total		75	2.01	259	4.09	2.04	17	4.70	362
V - Transtornos mentais e comportamentais	F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	F23 Transt psicoticos agudos e transitorios	9	0.24	38	0.60	2.49	7	12.73	55
		F29 Psicose nao-organica NE	2	0.05	37	0.58	10.91	14	25.45	55
		F20 Esquizofrenia	4	0.11	33	0.52	4.87	7	14.89	47

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		F22 Transt delirantes persistentes	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
		Total	15	0.40	109	1.72	4.29	28	17.72	158
	F30-F39 Transtornos do humor [afetivos]	F32 Episódios depressivos	11	0.29	26	0.41	1.39	1	2.63	38
		F31 Transt afetivo bipolar	1	0.03	11	0.17	6.49	1	7.69	13
		F33 Transt depressivo recorrente	2	0.05	3	0.05	0.88	2	28.57	7
		Total	14	0.37	40	0.63	1.69	4	6.90	58
	F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	F19 Transt ment comp mult drog out subst psicoat	0	0.00	12	0.19	-	5	29.41	17
		F14 Transt mentais e comport dev uso da cocaína	2	0.05	7	0.11	2.06	0	0.00	11
		F11 Transt mentais e comport dev uso de opiáceos	1	0.03	5	0.08	2.95	0	0.00	6
		F16 Transt mentais comport dev uso alucinógenos	2	0.05	2	0.03	0.59	0	0.00	4
		F15 Transt ment comp uso outr estim incl cafeína	0	0.00	2	0.03	-	0	0.00	2
		F10 Transt mentais comport dev uso álcool	1	0.03	2	0.03	1.18	0	0.00	4
		F13 Transt mentais comport dev uso sedat hipnot	1	0.03	1	0.02	0.59	0	0.00	2
		F12 Transt mentais comport dev uso canabinóides	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		Total	7	0.19	32	0.51	2.70	5	10.64	47
	F60-F69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto	F60 Transt específicos da personalidade	11	0.29	18	0.28	0.97	0	0.00	29
		F68 Outr transt personalidade e comport adulto	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
		F62 Modif durad pers n atrib lesao doenc cerebr	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
		Total	11	0.29	20	0.32	-	0	0.00	31
	F00-F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	F02 Demencia em outr doenc COP	0	0.00	5	0.08	-	0	0.00	5
		F09 Transt mental organico ou sintomatico NE	0	0.00	2	0.03	-	0	0.00	2
		F06 Outr transt ment lesao disf cereb doenc fis	0	0.00	1	0.02	-	1	25.00	4
		F05 Delirium nao induz alcool outr subst psicoat	1	0.03	1	0.02	0.59	0	0.00	2
		Total	1	0.03	9	0.14	5.31	1	7.69	13
	F70-F79 Retardo mental	F71 Retardo mental moderado	3	0.08	4	0.06	0.79	0	0.00	7
		F70 Retardo mental leve	0	0.00	2	0.03	-	0	0.00	2
		Total	3	0.08	6	0.09	1.18	0	0.00	9
	F90-F98 Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência	F91 Disturbios de conduta	5	0.13	2	0.03	0.24	1	12.50	8
		F93 Transt emocionais c/inicio especif infancia	1	0.03	1	0.02	0.59	0	0.00	2
		F92 Transt mistos de conduta e das emocoes	1	0.03	1	0.02	0.59	0	0.00	2

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		F90 Transt hipercineticos	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
		Total	7	0.19	5	0.08	0.42	1	7.69	13
	F80-F89 Transtornos do desenvolvimento psicológico	F89 Transt do desenvolv psicologico NE	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
		F84 Transt globais do desenvolv	0	0.00	1	0.02	-	0	0.00	1
		Total	0	0.00	2	0.03	-	0	0.00	2
	F99-F99 Transtorno mental não especificado	F99 Transt mental NE em outr parte	5	0.13	1	0.02	0.12	1	14.29	7
		Total	5	0.13	1	0.02	0.12	1	14.29	7
	Total		63	1.69	224	3.54	2.10	40	11.83	338

Fonte: MS/Datasus/SIHSUS, 2023; IBGE: Censo Demográfico 2022, resultados do universo.

INTERNAÇÃO DE PESSOAS DE 20-49 ANOS, SEXO FEMININO - 2023

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
Total	Total		51,477	343.43	164,494	751.32	2.19	15,025	6.44	233,178
XV - Gravidez, parto e puerpério	O80-O84 Parto	O80 Parto unico espontaneo	7,295	48.67	34,744	158.69	3.26	3,181	6.99	45,509
		O82 Parto unico p/cesariana	3,530	23.55	9,828	44.89	1.91	746	5.26	14,187
		O84 Parto mult	27	0.18	119	0.54	3.02	0	0.00	146
		O83 Outr tipos de parto unico assistido	21	0.14	89	0.41	2.90	17	13.39	127
		O81 Parto unico p/forceps ou vacuo-extrator	16	0.11	52	0.24	2.22	0	0.00	69
		Total	10,889	72.65	44,832	204.77	2.82	3,944	6.57	60,038
	O60-O75 Complicações do trabalho de parto e do parto	O75 Outr complic do trab parto e do parto NCOP	584	3.90	3,253	14.86	3.81	311	7.49	4,150
		O68 Trab parto e parto complic sofrimento fetal	516	3.44	2,345	10.71	3.11	185	6.03	3,066
		O62 Anormalidades da contracao uterina	309	2.06	1,120	5.12	2.48	189	11.63	1,625
		O73 Retencao placenta e membranas s/hemorragias	169	1.13	855	3.91	3.46	148	12.55	1,179
		O70 Laceracao do perineo durante o parto	181	1.21	804	3.67	3.04	23	2.27	1,011
		O61 Falha na inducao do trabalho de parto	148	0.99	618	2.82	2.86	43	5.28	815
		O63 Trabalho de parto prolongado	107	0.71	545	2.49	3.49	104	13.68	760
		O66 Outr form de obstrucao do trabalho de parto	111	0.74	514	2.35	3.17	35	5.29	662

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
			O65 Obstr trab parto dev anorm pelvica da mae	94	0.63	271	1.24	1.97	12	3.17
	O64 Obstr trab parto dev ma- posic ma-apres feto	46	0.31	150	0.69	2.23	9	4.35	207	
	O71 Outr traum obstetricos	31	0.21	115	0.53	2.54	9	5.66	159	
	O60 Trabalho de parto pre- termo	38	0.25	103	0.47	1.86	4	2.76	145	
	O72 Hemorragia pos-parto	12	0.08	91	0.42	5.19	3	2.83	106	
	O69 Trab parto parto compl anorm cordao umbilic	8	0.05	32	0.15	2.74	0	0.00	40	
	O74 Complic anestesia durante trab parto e parto	2	0.01	9	0.04	3.08	1	8.33	12	
	O67 Trab parto parto compl hemorr intrapart NCOP	0	0.00	6	0.03	#DIV/0!	0	0.00	7	
	Total	2,356	15.72	10,831	49.47	3.15	1,076	7.51	14,322	
	O30-O48 Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto	O42 Ruptura prematura de membranas	999	6.66	3,191	14.57	2.19	310	6.83	4,538
O48 Gravidez prolongada		311	2.07	1,556	7.11	3.43	210	10.08	2,083	
O34 Assist prest mae anor conh susp org pelv mat		291	1.94	1,518	6.93	3.57	234	11.38	2,057	
O36 Assist prest mae outr probl fet conhec susp		249	1.66	1,063	4.86	2.92	214	13.98	1,531	
O47 Falso trabalho de parto		298	1.99	858	3.92	1.97	53	4.36	1,215	
O41 Outr transt membranas e liquido amniotico		237	1.58	842	3.85	2.43	67	5.82	1,151	
O32 Assist prest mae apres anorm conh susp feto		134	0.89	494	2.26	2.52	69	9.77	706	
O30 Gestacao mult		91	0.61	403	1.84	3.03	24	4.59	523	
O45 Descolamento prematuro da placenta		81	0.54	323	1.48	2.73	32	7.19	445	

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		O33 Assist prest mae desprop conhecida suspeita	101	0.67	315	1.44	2.14	49	10.49	467
		O44 Placenta previa	14	0.09	57	0.26	2.79	3	4.05	74
		O40 Polihidramnio	7	0.05	20	0.09	1.96	0	0.00	27
		Total	2,839	18.94	10,688	48.82	2.58	1,270	8.52	14,899
	O00-O08 Gravidez que termina em aborto	O03 Aborto espontaneo	821	5.48	3,125	14.27	2.61	383	8.80	4,354
		O02 Outr produtos anormais da concepcao	774	5.16	2,531	11.56	2.24	219	6.18	3,544
		O00 Gravidez ectopica	218	1.45	923	4.22	2.90	96	7.74	1,241
		O06 Aborto NE	146	0.97	720	3.29	3.38	44	4.82	912
		O05 Outr tipos de aborto	92	0.61	372	1.70	2.77	14	2.89	485
		O04 Aborto p/razoes medicas e legais	45	0.30	241	1.10	3.67	7	2.38	294
		O08 Complic conseq aborto gravidez ectop molar	15	0.10	41	0.19	1.87	0	0.00	56
		O01 Mola hidatiforme	22	0.15	33	0.15	1.03	2	3.51	57
		O07 Falha de tentativa de aborto	0	0.00	4	0.02	#DIV/0!	0	0.00	4
		Total	2,133	14.23	7,990	36.49	2.56	765	6.99	10,947
	O10-O16 Edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério	O14 Hipertensao gestacional c/proteinuria signif	625	4.17	2,713	12.39	2.97	214	5.99	3,570
		O10 Hipertens pre-exist complic grav parto puerp	364	2.43	1,883	8.60	3.54	149	6.13	2,431
		O13 Hipertensao gestacional s/proteinuria signif	477	3.18	1,707	7.80	2.45	236	9.64	2,449
		O16 Hipertensao materna NE	138	0.92	829	3.79	4.11	106	9.83	1,078
		O15 Eclampsia	47	0.31	270	1.23	3.93	15	4.49	334

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		O11 Dist hipertens pre-exist proteinúria superp	15	0.10	89	0.41	4.06	5	4.55	110
		O12 Edema e proteinúria gestac s/hipertensao	2	0.01	14	0.06	4.79	1	5.88	17
		Total	1,668	11.13	7,505	34.28	3.08	726	7.27	9,989
	O20-O29 Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez	O24 Diabetes mellitus na gravidez	789	5.26	3,357	15.33	2.91	338	7.46	4,533
		O23 Infecc do trato geniturinario na gravidez	457	3.05	1,460	6.67	2.19	99	4.89	2,026
		O20 Hemorragia do inicio da gravidez	430	2.87	933	4.26	1.49	45	3.16	1,425
		O21 Vomitos excessivos na gravidez	144	0.96	543	2.48	2.58	43	5.87	733
		O22 Complic venosas na gravidez	23	0.15	99	0.45	2.95	4	3.13	128
		O26 Assist materna outr complic lig predom grav	26	0.17	63	0.29	1.66	4	4.26	94
		O29 Complic anestesia admin durante gravidez	0	0.00	6	0.03	#DIV/0!	0	0.00	6
		Total	1,871	12.48	6,464	29.52	2.37	533	5.96	8,950
	O94-O99 Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte	O99 Outr doenc mat COP compl grav parto puerp	723	4.82	2,593	11.84	2.46	204	5.77	3,537
		O98 Doen inf paras mat COP compl grav part puerp	57	0.38	284	1.30	3.41	5	1.45	346
		O95 Morte obstetrica de causa NE	1	0.01	4	0.02	2.74	0	0.00	5
		Total	781	5.21	2,881	13.16	2.53	209	5.38	3,888
	O85-O92 Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério	O90 Complic do puerperio NCOP	90	0.60	452	2.06	3.44	25	4.38	571
		O86 Outr infecc puerperais	63	0.42	394	1.80	4.28	32	6.50	492
		O85 Infecc puerperal	61	0.41	368	1.68	4.13	39	8.26	472

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		O91 Infecç mamarias assoc ao parto	52	0.35	153	0.70	2.01	9	4.19	215
		O89 Complic da anestesia admin durante puerperio	19	0.13	132	0.60	4.76	10	6.21	161
		O87 Complic venosas no puerperio	12	0.08	29	0.13	1.65	2	4.65	43
		O92 Outr afecções mama e lactação assoc ao parto	4	0.03	16	0.07	2.74	1	4.76	21
		O88 Embolia orig obstétrica	1	0.01	7	0.03	4.79	3	27.27	11
		Total	302	2.01	1,551	7.08	3.52	121	6.09	1,986
	Total		22,839	152.37	92,742	423.59	2.78	8,644	6.91	125,019
XI - Doenças do aparelho digestivo	K80-K87 Transtornos da vesícula biliar, das vias biliares e do pâncreas	K80 Colelitíase	3,736	24.92	4,704	21.49	0.86	461	5.12	8,996
		K81 Colecistite	424	2.83	884	4.04	1.43	78	5.53	1,411
		K83 Outr doenc das vias biliares	91	0.61	403	1.84	3.03	40	7.46	536
		K85 Pancreatite aguda	129	0.86	309	1.41	1.64	49	9.96	492
		K82 Outr doenc da vesícula biliar	77	0.51	152	0.69	1.35	8	3.33	240
		Total	4,502	30.04	6,587	30.09	1.00	641	5.40	11,866
	K40-K46 Hérnias	Total	1,215	8.11	1,428	6.52	0.80	148	5.26	2,815
	K35-K38 Doenças do apêndice	K35 Apendicite aguda	335	2.23	851	3.89	1.74	109	8.37	1,303
		Total	373	2.49	969	4.43	1.78	122	8.28	1,474
	K55-K63 Outras doenças dos intestinos	Total	351	2.34	816	3.73	1.59	84	6.63	1,267
	K90-K93 Outras doenças do aparelho digestivo	Total	124	0.83	407	1.86	2.25	70	11.42	613
	K00-K14 Doenças da cavidade oral, das glândulas salivares e dos maxilares	Total	123	0.82	259	1.18	1.44	20	4.94	405

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	K70-K77 Doenças do fígado	K76 Outr doenc do fígado	32	0.21	76	0.35	1.63	10	8.13	123
		K75 Outr doenc inflam do fígado	10	0.07	40	0.18	2.74	3	5.66	53
		K74 Fibrose e cirrose hepáticas	11	0.07	35	0.16	2.18	1	2.13	47
		K70 Doenc alcoolica do fígado	4	0.03	27	0.12	4.62	1	3.13	32
		K72 Insuf hepatica NCOP	1	0.01	14	0.06	9.58	1	6.25	16
		K77 Transt do fígado em doenc COP	6	0.04	12	0.05	1.37	2	10.00	20
		Total	76	0.51	216	0.99	1.95	20	6.31	317
	K20-K31 Doenças do esôfago, do estômago e do duodeno	Total	88	0.59	206	0.94	1.60	15	4.81	312
	K65-K67 Doenças do peritônio	Total	36	0.24	136	0.62	2.59	9	4.97	181
	K50-K52 Enterites e colites não-infecciosas	Total	84	0.56	106	0.48	0.86	15	7.11	211
Total			6,972	46.51	11,130	50.84	1.09	1,144	5.88	19,461
XIV - Doenças do aparelho geniturinário	N80-N98 Transtornos não-inflamatórios do trato genital feminino	N83 Transt nao-infl ovario tromp Falop lig largo	233	1.55	722	3.30	2.12	90	8.53	1,055
		N84 Polipo do trato genital femin	315	2.10	650	2.97	1.41	66	6.32	1,045
		N93 Outr sangramentos anormais utero e vagina	168	1.12	519	2.37	2.11	27	3.77	716
		N87 Displasia do colo do utero	255	1.70	514	2.35	1.38	41	4.97	825
		N80 Endometriose	154	1.03	512	2.34	2.28	44	6.09	722
		Total	1,447	9.65	3,639	16.62	1.72	334	6.09	5,485
	N70-N77 Doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos	N70 Salpingite e ooforite	309	2.06	1,450	6.62	3.21	258	12.52	2,060
		N73 Outr doenc inflam pelvicas femin	73	0.49	231	1.06	2.17	15	4.69	320
		N75 Doenc da gland de Bartholin	65	0.43	145	0.66	1.53	9	4.05	222

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		Total	469	3.13	1,874	8.56	2.74	287	10.72	2,678
	N30-N39 Outras doenças do aparelho urinário	Total	550	3.67	1,307	5.97	1.63	135	6.70	2,015
	N20-N23 Calculose renal	Total	642	4.28	1,110	5.07	1.18	89	4.76	1,868
	N17-N19 Insuficiência renal	N18 Insuf renal cronica	193	1.29	892	4.07	3.16	98	8.09	1,211
		N17 Insuf renal aguda	39	0.26	187	0.85	3.28	18	7.35	245
		Total	232	1.55	1,081	4.94	3.19	116	7.96	1,458
	N60-N64 Doenças da mama	N63 Nodulo mamario NE	46	0.31	199	0.91	2.96	36	12.59	286
		N64 Outr doenc da mama	82	0.55	180	0.82	1.50	20	7.07	283
		N62 Hipertrofia da mama	61	0.41	151	0.69	1.69	19	7.98	238
		Total	223	1.49	626	2.86	1.92	89	9.34	953
	N10-N16 Doenças renais túbulo-intersticiais	Total	172	1.15	404	1.85	1.61	34	5.49	619
	Total		3,814	25.45	10,214	46.65	1.83	1,099	7.16	15,350
XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	Z30-Z39 Pessoas em contato com os serviços de saúde em circunstâncias relacionadas com a reprodução	Z30 Anticoncepcao	2,557	17.06	8,501	38.83	2.28	297	2.59	11,456
		Total	2,625	17.51	8,672	39.61	2.26	309	2.64	11,707
	Z40-Z54 Pessoas em contato com os serviços de saúde para procedimentos e cuidados específicos	Total	246	1.64	483	2.21	1.34	69	8.48	814
	Total		3,171	21.16	9,685	44.24	2.09	408	3.04	13,406
II - Neoplasias [tumores]	D10-D36 Neoplasias [tumores] benignas(os)	D25 Leiomioma do utero	1,097	7.32	4,001	18.27	2.50	362	6.56	5,522
		Total	1,333	8.89	4,560	20.83	2.34	420	6.57	6,396
	C51-C58 Neoplasias	C53 Neopl maligno do colo do	301	2.01	742	3.39	1.69	28	2.60	1,078

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	malignas dos órgãos genitais femininos	utero								
		C56 Neopl malig do ovario	92	0.61	181	0.83	1.35	19	6.19	307
		C57 Neopl malig outr org genitais femin e NE	25	0.17	91	0.42	2.49	2	1.69	118
		Total	504	3.36	1,177	5.38	1.60	54	3.06	1,764
	C50-C50 Neoplasias malignas da mama	C50 Neopl malig da mama	539	3.60	1,130	5.16	1.44	91	5.04	1,807
		Total	539	3.60	1,130	5.16	1.44	91	5.04	1,807
	D37-D48 Neoplasias [tumores] de comportamento incerto ou desconhecido	Total	223	1.49	624	2.85	1.92	39	4.30	907
	C15-C26 Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	Total	239	1.59	508	2.32	1.46	39	4.88	800
	Total		3,454	23.04	9,086	41.50	1.80	726	5.39	13,481
XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	S80-S89 Traumatismos do joelho e da perna	Total	546	3.64	1,853	8.46	2.32	142	5.54	2,562
	T80-T88 Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos, não classificados em outra parte	Total	294	1.96	929	4.24	2.16	58	4.48	1,295
	S50-S59 Traumatismos do cotovelo e do antebraço	Total	221	1.47	701	3.20	2.17	68	6.84	994
	S00-S09 Traumatismos da cabeça	Total	202	1.35	542	2.48	1.84	38	4.81	790
	T00-T07 Traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo	Total	153	1.02	506	2.31	2.26	26	3.78	687
	S60-S69 Traumatismos do punho e da mão	Total	128	0.85	389	1.78	2.08	40	7.14	560

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	S40-S49 Traumatismos do ombro e do braço	Total	160	1.07	384	1.75	1.64	24	4.17	575
	S90-S99 Traumatismos do tornozelo e do pé	Total	106	0.71	341	1.56	2.20	24	5.06	474
	S70-S79 Traumatismos do quadril e da coxa	S72 Frat do femur	96	0.64	262	1.20	1.87	19	5.00	380
		Total	106	0.71	281	1.28	1.81	19	4.65	409
	T29-T32 Queimaduras e corrosões de múltiplas regiões e de regiões não especificadas do corpo	Total	21	0.14	240	1.10	7.82	26	9.00	289
	T36-T50 Intoxicação por drogas, medicamentos e substâncias biológicas	Total	92	0.61	227	1.04	1.69	15	4.45	337
	S30-S39 Traumatismos do abdome, do dorso, da coluna lombar e da pelve	Total	75	0.50	208	0.95	1.90	11	3.62	304
	T08-T14 Traumatismos de localização não especificada do tronco, membro ou outra região do corpo	Total	49	0.33	151	0.69	2.11	18	8.22	219
	Total		2,391	15.95	7,314	33.41	2.09	538	5.21	10,329
IX - Doenças do aparelho circulatório	I80-I89 Doenças das veias, dos vasos linfáticos e dos gânglios linfáticos, não classificadas em outra parte	I80 Flebite e tromboflebite	194	1.29	591	2.70	2.09	37	4.48	826
		I84 Hemorroidas	326	2.17	369	1.69	0.77	39	5.26	741
		I83 Varizes dos membros infer	108	0.72	276	1.26	1.75	7	1.75	400
		Total	697	4.65	1,397	6.38	1.37	99	4.47	2,216
	I60-I69 Doenças cerebrovasculares	I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	150	1.00	715	3.27	3.26	65	6.86	947
		I60 Hemorragia subaracnoide	31	0.21	101	0.46	2.23	11	7.64	144

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		I61 Hemorragia intracerebral	31	0.21	88	0.40	1.94	3	2.46	122
		I63 Infarto cerebral	14	0.09	70	0.32	3.42	9	9.68	93
		Total	272	1.81	1,108	5.06	2.79	92	6.17	1,490
	I30-I52 Outras formas de doença do coração	I50 Insuf cardíaca	87	0.58	393	1.80	3.09	36	6.86	525
		I42 Cardiomiopatias	68	0.45	272	1.24	2.74	17	4.71	361
		I46 Parada cardíaca	9	0.06	46	0.21	3.50	1	1.75	57
		Total	243	1.62	913	4.17	2.57	70	5.63	1,244
	I20-I25 Doenças isquêmicas do coração	I21 Infarto agudo do miocárdio	116	0.77	459	2.10	2.71	24	3.99	602
		I20 Angina pectoris	48	0.32	152	0.69	2.17	6	2.87	209
		Total	221	1.47	702	3.21	2.17	34	3.52	965
	I10-I15 Doenças hipertensivas	I10 Hipertensao essencial	67	0.45	200	0.91	2.04	19	6.60	288
		I15 Hipertensao secund	24	0.16	164	0.75	4.68	40	17.17	233
		Total	108	0.72	399	1.82	2.53	67	11.49	583
	I70-I79 Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares	I70 Aterosclerose	26	0.17	81	0.37	2.13	2	1.82	110
		I74 Embolia e trombose arteriais	20	0.13	68	0.31	2.33	6	6.38	94
		Total	116	0.77	256	1.17	1.51	12	3.11	386
	Total		1,738	11.60	4,944	22.58	1.95	385	5.39	7,148
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A30-A49 Outras doenças bacterianas	A41 Outr septicemias	201	1.34	725	3.31	2.47	142	12.86	1,104
		A49 Infecç bacter de localiz NE	160	1.07	485	2.22	2.08	37	5.32	695
		A46 Erisipela	66	0.44	173	0.79	1.79	27	10.15	266
		A48 Outr doenc bacter NCOP	44	0.29	158	0.72	2.46	17	7.59	224
		A31 Infecç dev outr micobacterias	51	0.34	108	0.49	1.45	5	2.99	167
		Total	531	3.54	1,687	7.71	2.18	229	9.15	2,504

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	B20-B24 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	B24 Doenc p/HIV NE	78	0.52	302	1.38	2.65	53	11.96	443
		B20 Doenc p/HIV result doenc infecc e parasit	35	0.23	122	0.56	2.39	7	4.19	167
		B23 Doenc p/HIV result em outr doenc	6	0.04	16	0.07	1.83	4	15.38	26
		B22 Doenc p/HIV result em outr doenc espec	1	0.01	14	0.06	9.58	1	6.25	16
		Total	120	0.80	458	2.09	2.61	66	10.05	657
	A15-A19 Tuberculose	Total	83	0.55	448	2.05	3.70	15	2.72	551
	A90-A99 Febres por arbovírus e febres hemorrágicas virais	A90 Dengue	145	0.97	180	0.82	0.85	12	3.52	341
		A91 Febre hemorragica dev virus do dengue	17	0.11	36	0.16	1.45	1	1.82	55
		Total	177	1.18	226	1.03	0.87	14	3.31	423
	A50-A64 Infecções de transmissão predominantemente sexual	A53 Outr form e as NE da sífilis	3	0.02	30	0.14	6.85	0	0.00	33
		Total	17	0.11	59	0.27	2.38	9	10.47	86
	Total		1,079	7.20	3,270	14.94	2.07	360	7.51	4,793
V - Transtornos mentais e comportamentais	F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	F20 Esquizofrenia	184	1.23	564	2.58	2.10	162	17.69	916
		F29 Psicose nao-organica NE	108	0.72	490	2.24	3.11	136	18.30	743
		F23 Transt psicoticos agudos e transitorios	94	0.63	214	0.98	1.56	38	10.73	354
		Total	410	2.74	1,322	6.04	2.21	343	16.31	2,103
	F30-F39 Transtornos do humor [afetivos]	F31 Transt afetivo bipolar	167	1.11	416	1.90	1.71	127	17.64	720
		F32 Episodios depressivos	162	1.08	351	1.60	1.48	42	7.51	559
		Total	367	2.45	851	3.89	1.59	179	12.67	1,413
	F10-F19 Transtornos mentais e	F19 Transt ment comp mult drog out subst psicoat	51	0.34	76	0.35	1.02	21	14.09	149

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	F13 Transt mentais comport dev uso sedat hipnot	21	0.14	60	0.27	1.96	3	3.57	84
		F11 Transt mentais e comport dev uso de opiaceos	7	0.05	38	0.17	3.72	0	0.00	45
		Total	131	0.87	254	1.16	1.33	33	7.88	419
	Total		1,168	7.79	2,875	13.13	1.69	660	13.87	4,760
X - Doenças do aparelho respiratório	J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	J18 Pneumonia p/microorg NE	192	1.28	708	3.23	2.52	41	4.29	956
		J15 Pneumonia bacter NCOP	74	0.49	275	1.26	2.54	9	2.45	367
		Total	310	2.07	1,071	4.89	2.37	53	3.63	1,460
	Total		795	5.30	2,288	10.45	1.97	161	4.88	3,296
XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	L80-L99 Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo	Total	343	2.29	912	4.17	1.82	95	6.96	1,364
	L00-L08 Infecções da pele e do tecido subcutâneo	Total	217	1.45	630	2.88	1.99	64	6.95	921
	Total		612	4.08	1,722	7.87	1.93	176	6.94	2,535
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	D60-D64 Anemias aplásticas e outras anemias	D64 Outr anemias	144	0.96	668	3.05	3.18	63	7.12	885
		D62 Anemia aguda pos- hemorragica	13	0.09	68	0.31	3.58	3	3.49	86
		D61 Outr anemias aplasticas	9	0.06	55	0.25	4.18	2	3.03	66
		D63 Anemia em doenc cronicas COP	13	0.09	54	0.25	2.84	5	6.85	73
		D60 Aplasia pura da serie vermelha adquir	9	0.06	40	0.18	3.04	1	1.92	52
		Total	188	1.25	885	4.04	3.22	74	6.37	1,162
	D55-D59 Anemias hemolíticas	D57 Transt falciformes	54	0.36	345	1.58	4.37	12	2.92	411
		D59 Anemia hemolitica adquir	10	0.07	28	0.13	1.92	1	2.56	39
		Total	66	0.44	377	1.72	3.91	13	2.85	456

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	D50-D53 Anemias nutricionais	D50 Anemia p/defic de ferro	31	0.21	141	0.64	3.11	21	10.82	194
		D53 Outr anemias nutricionais	19	0.13	90	0.41	3.24	13	10.48	124
		Total	54	0.36	237	1.08	3.00	34	10.37	328
	Total		390	2.60	1,673	7.64	2.94	127	5.73	2,217
IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E10-E14 Diabetes mellitus	Total	232	1.55	763	3.48	2.25	39	3.70	1,055
	E65-E68 Obesidade e outras formas de hiperalimentação	Total	88	0.59	423	1.93	3.29	63	10.82	582
	E00-E07 Transtornos da glândula tireóide	E05 Tireotoxicose	7	0.05	52	0.24	5.09	0	0.00	72
		Total	37	0.25	110	0.50	2.04	5	2.99	167
	E40-E46 Desnutrição	Total	23	0.15	52	0.24	1.55	2	2.60	77
	Total		475	3.17	1,573	7.18	2.27	148	6.57	2,253
XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	Total		806	5.38	1,537	7.02	1.31	72	2.96	2,435
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R10-R19 Sintomas e sinais relativos ao aparelho digestivo e ao abdome	Total	148	0.99	498	2.27	2.30	61	8.51	717
	R00-R09 Sintomas e sinais relativos ao aparelho circulatório e respiratório	R02 Gangrena NCOP	43	0.29	368	1.68	5.86	26	5.87	443
		Total	60	0.40	430	1.96	4.91	32	6.06	528
	R50-R69 Sintomas e sinais gerais	R69 Causas desconhecidas e NE de morbidade	73	0.49	108	0.49	1.01	18	8.87	203
		R52 Dor NCOP	44	0.29	82	0.37	1.28	3	2.26	133
		R57 Choque NCOP	10	0.07	63	0.29	4.31	4	5.13	78
		R56 Convulsões NCOP	12	0.08	45	0.21	2.57	3	5.00	60
		Total	175	1.17	374	1.71	1.46	33	5.56	593

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	Total		441	2.94	1,471	6.72	2.28	147	7.02	2,093
VI - Doenças do sistema nervoso	G40-G47 Transtornos episódicos e paroxísticos	G40 Epilepsia	136	0.91	269	1.23	1.35	27	6.21	435
		Total	255	1.70	463	2.11	1.24	37	4.83	766
	G50-G59 Transtornos dos nervos, das raízes e dos plexos nervosos	Total	165	1.10	340	1.55	1.41	20	3.74	535
		G91 Hidrocefalia	31	0.21	128	0.58	2.83	3	1.80	167
	G90-G99 Outros transtornos do sistema nervoso	Total	78	0.52	213	0.97	1.87	5	1.64	304
		Total	751	5.01	1,378	6.29	1.26	93	4.12	2,257
XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal	P90-P96 Outros transtornos originados no período perinatal	P95 Morte fetal de causa NE	88	0.59	498	2.27	3.87	48	7.51	639
		Total	89	0.59	502	2.29	3.86	48	7.45	644
	P05-P08 Transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal	P08 Transt relac gest prolong peso elevado nasc	17	0.11	47	0.21	1.89	1	1.54	65
		P05 Crescimento fetal retard e desnutric fetal	6	0.04	25	0.11	2.85	4	11.43	35
		Total	23	0.15	75	0.34	2.23	5	4.85	103
	Total		115	0.77	616	2.81	3.67	56	7.07	792
VII - Doenças do olho e anexos	Total		222	1.48	476	2.17	1.47	25	3.40	736

Fonte: MS/Datasus/SIHSUS, 2023; IBGE: Censo Demográfico 2022, resultados do universo.

INTERNAÇÕES DE PESSOAS DE 20-49 ANOS, SEXO MASCULINO – 2023

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	Negra	Taxa		N	%	
Total	Total		24,948	192.15	69,434	333.21	1.73	6,418	6.30	101,812
XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	S80-S89 Traumatismos do joelho e da perna	Total	1,259	9.70	5,100	24.47	2.52	304	4.53	6,705
	S00-S09 Traumatismos da cabeça	Total	639	4.92	2,768	13.28	2.70	122	3.43	3,554
	S60-S69 Traumatismos do punho e da mão	Total	601	4.63	2,560	12.29	2.65	187	5.56	3,365
	S50-S59 Traumatismos do cotovelo e do antebraço	Total	566	4.36	2,447	11.74	2.69	164	5.13	3,194
	T00-T07 Traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo	Total	447	3.44	2,025	9.72	2.82	73	2.85	2,559
	T80-T88 Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos, não classificados em outra parte	Total	458	3.53	1,934	9.28	2.63	55	2.24	2,453
	S40-S49 Traumatismos do ombro e do braço	Total	432	3.33	1,542	7.40	2.22	125	5.91	2,116
	S70-S79 Traumatismos do quadril e da coxa	S72 Frat do femur	308	2.37	1,288	6.18	2.61	103	6.03	1,708
		Total	335	2.58	1,389	6.67	2.58	105	5.71	1,838
	S90-S99 Traumatismos do tornozelo e do pé	Total	330	2.54	1,280	6.14	2.42	96	5.59	1,718
	S30-S39 Traumatismos do abdome, do dorso, da coluna lombar e da pelve	Total	204	1.57	955	4.58	2.92	52	4.26	1,222
	Total		5,958	45.89	24,878	119.39	2.60	1,476	4.54	32,509
XI - Doenças do aparelho digestivo	K40-K46 Hérnias	Total	2,146	16.53	2,735	13.13	0.79	287	5.51	5,209
	K80-K87 Transtornos da vesícula	K80 Colelitíase	612	4.71	912	4.38	0.93	81	4.98	1,625

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	Negra	Taxa		N	%	
	biliar, das vias biliares e do pâncreas	K81 Colecistite	102	0.79	274	1.31	1.67	27	6.67	405
		K85 Pancreatite aguda	103	0.79	256	1.23	1.55	23	5.97	385
		K83 Outr doenc das vias biliares	18	0.14	113	0.54	3.91	21	13.55	155
		Total	895	6.89	1,677	8.05	1.17	165	5.96	2,770
	K35-K38 Doenças do apêndice	K35 Apendicite aguda	333	2.56	1,067	5.12	2.00	158	10.08	1,568
		Total	380	2.93	1,191	5.72	1.95	168	9.58	1,753
	K55-K63 Outras doenças dos intestinos	Total	363	2.80	960	4.61	1.65	107	7.38	1,449
	K90-K93 Outras doenças do aparelho digestivo	K92 Outr doenc do aparelho digestivo	125	0.96	423	2.03	2.11	36	6.01	599
		K93 Transt de outr orgaos digestivos doenc COP	35	0.27	56	0.27	1.00	5	5.21	96
		K91 Transt do aparelho digestivo pos-proced NCOP	4	0.03	32	0.15	4.98	4	9.76	41
		K90 Ma-absorcao intestinal	5	0.04	13	0.06	1.62	16	47.06	34
		Total	169	1.30	524	2.51	1.93	61	7.92	770
	K20-K31 Doenças do esôfago, do estômago e do duodeno	K25 Ulcera gastrica	14	0.11	101	0.48	4.50	9	7.26	124
		K31 Outr doenc do estomago e do duodeno	16	0.12	59	0.28	2.30	2	2.60	77
		K29 Gastrite e duodenite	22	0.17	53	0.25	1.50	0	0.00	76
		Total	78	0.60	290	1.39	2.32	18	4.63	389
	K70-K77 Doenças do fígado	K76 Outr doenc do figado	23	0.18	76	0.36	2.06	7	6.48	108
		K70 Doenc alcoolica do figado	22	0.17	70	0.34	1.98	2	2.13	94
		K74 Fibrose e cirrose hepaticas	19	0.15	51	0.24	1.67	7	8.97	78
		K75 Outr doenc inflam do figado	9	0.07	35	0.17	2.42	2	4.17	48
		K72 Insuf hepatica NCOP	4	0.03	25	0.12	3.89	5	14.29	35

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	Negra	Taxa		N	%	
		Total	87	0.67	270	1.30	1.93	23	5.96	386
	Total		4,331	33.36	8,090	38.82	1.16	869	6.47	13,427
IX - Doenças do aparelho circulatório	I20-I25 Doenças isquêmicas do coração	I21 Infarto agudo do miocardio	297	2.29	910	4.37	1.91	48	3.78	1,271
		I20 Angina pectoris	70	0.54	253	1.21	2.25	15	4.32	347
		Total	464	3.57	1,330	6.38	1.79	88	4.60	1,913
	I60-I69 Doenças cerebrovasculares	I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	155	1.19	612	2.94	2.46	48	5.82	825
		I61 Hemorragia intracerebral	37	0.28	172	0.83	2.90	8	3.67	218
		I60 Hemorragia subaracnoide	14	0.11	64	0.31	2.85	11	12.36	89
		I63 Infarto cerebral	6	0.05	63	0.30	6.54	7	9.21	76
		Total	241	1.86	1,045	5.01	2.70	86	6.21	1,384
	I30-I52 Outras formas de doença do coração	I50 Insuf cardiaca	124	0.96	631	3.03	3.17	47	5.80	811
		I46 Parada cardiaca	26	0.20	90	0.43	2.16	1	0.84	119
		Total	263	2.03	1,035	4.97	2.45	58	4.22	1,375
	I80-I89 Doenças das veias, dos vasos linfáticos e dos gânglios linfáticos, não classificadas em outra parte	Total	368	2.83	753	3.61	1.27	57	4.80	1,188
	Total		1,585	12.21	4,828	23.17	1.90	335	4.91	6,829
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A30-A49 Outras doenças bacterianas	A41 Outr septicemias	196	1.51	820	3.94	2.61	135	11.48	1,176
		A49 Infec bacter de localiz NE	127	0.98	518	2.49	2.54	46	6.57	700
		A46 Erisipela	75	0.58	275	1.32	2.28	22	5.82	378
		A48 Outr doenc bacter NCOP	68	0.52	231	1.11	2.12	19	5.67	335
		A31 Infec dev outr micobacterias	34	0.26	122	0.59	2.24	3	1.88	160
		A30 Hanseníase	3	0.02	17	0.08	3.53	0	0.00	20

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	Negra	Taxa		N	%	
		Total	514	3.96	2,013	9.66	2.44	226	8.04	2,811
	A15-A19 Tuberculose	Total	196	1.51	1,201	5.76	3.82	30	2.09	1,437
	B20-B24 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	Total	235	1.81	749	3.59	1.99	94	8.66	1,085
	Total		1,230	9.47	4,696	22.54	2.38	420	6.53	6,434
XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	Z30-Z39 Pessoas em contato com os serviços de saúde em circunstâncias relacionadas com a reprodução	Z30 Anticoncepcao	2,730	21.03	2,570	12.33	0.59	415	7.21	5,753
		Total	2,730	21.03	2,571	12.34	0.59	415	7.21	5,754
	Z40-Z54 Pessoas em contato com os serviços de saúde para procedimentos e cuidados específicos	Total	464	3.57	1,188	5.70	1.60	104	5.88	1,770
	Total		3,424	26.37	4,216	20.23	0.77	550	6.65	8,271
XIV - Doenças do aparelho geniturinário	N17-N19 Insuficiência renal	N18 Insuf renal cronica	207	1.59	914	4.39	2.75	99	8.00	1,238
		N17 Insuf renal aguda	50	0.39	234	1.12	2.92	21	6.89	305
		Total	258	1.99	1,149	5.51	2.77	120	7.77	1,545
	N20-N23 Calculose renal	Total	640	4.93	1,057	5.07	1.03	117	6.38	1,833
	N40-N51 Doenças dos órgãos genitais masculinos	N47 Hipertrofia do prepucio fimose e parafimose	419	3.23	427	2.05	0.63	74	8.02	923
		Total	654	5.04	900	4.32	0.86	107	6.38	1,676
	Total		1,884	14.51	3,955	18.98	1.31	424	6.70	6,328
V - Transtornos mentais e comportamentais	F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	F20 Esquizofrenia	361	2.78	1,107	5.31	1.91	588	28.23	2,083
		F29 Psicose nao-organica NE	226	1.74	715	3.43	1.97	185	16.10	1,149
		F23 Transt psicoticos agudos e transitorios	85	0.65	221	1.06	1.62	30	8.65	347
		Total	701	5.40	2,119	10.17	1.88	840	22.57	3,722
	F30-F39 Transtornos do humor	F31 Transt afetivo bipolar	91	0.70	319	1.53	2.18	135	24.28	556

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	Negra	Taxa		N	%	
	[afetivos]	F32 Episodios depressivos	98	0.75	212	1.02	1.35	22	6.53	337
		F30 Episodio maniaco	6	0.05	29	0.14	3.01	1	2.70	37
		Total	211	1.63	582	2.79	1.72	161	16.58	971
	F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	F19 Transt ment comp mult drog out subst psicoat	103	0.79	257	1.23	1.55	75	16.82	446
		F10 Transt mentais comport dev uso alcool	56	0.43	94	0.45	1.05	36	19.15	188
		F14 Transt mentais e comport dev uso da cocaína	32	0.25	61	0.29	1.19	15	13.16	114
		Total	221	1.70	469	2.25	1.32	148	17.23	859
	Total		1,362	10.49	3,568	17.12	1.63	1,313	20.66	6,354
X - Doenças do aparelho respiratório	J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	J18 Pneumonia p/microorg NE	246	1.89	1,005	4.82	2.55	74	5.54	1,336
		J15 Pneumonia bacter NCOP	99	0.76	424	2.03	2.67	30	5.31	565
		Total	386	2.97	1,513	7.26	2.44	113	5.54	2,038
	J90-J94 Outras doenças da pleura	J93 Pneumotorax	34	0.26	215	1.03	3.94	19	7.06	269
		J90 Derrame pleural NCOP	38	0.29	138	0.66	2.26	11	5.88	187
		Total	108	0.83	467	2.24	2.69	36	5.86	614
	Total		866	6.67	3,037	14.57	2.19	234	5.60	4,178
XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	Total		945	7.28	2,438	11.70	1.61	86	2.46	3,494
II - Neoplasias [tumores]	C81-C96 Neoplasias [tumores] malignas(os), declaradas ou presumidas como primárias, dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos correlatos	Total	265	2.04	421	2.02	0.99	19	2.67	711
	C15-C26 Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	Total	183	1.41	399	1.91	1.36	25	4.03	621

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	Negra	Taxa		N	%	
	D37-D48 Neoplasias [tumores] de comportamento incerto ou desconhecido	Total	97	0.75	265	1.27	1.70	12	3.15	381
	C60-C63 Neoplasias malignas dos órgãos genitais masculinos	C62 Neopl malign dos testiculos	43	0.33	94	0.45	1.36	11	7.38	149
		C61 Neopl malign da prostata	9	0.07	31	0.15	2.15	3	6.82	44
		C60 Neopl malign do penis	7	0.05	16	0.08	1.42	0	0.00	24
		C63 Neopl malign outr org genit masc e NE	3	0.02	5	0.02	1.04	0	0.00	8
		Total	62	0.48	146	0.70	1.47	14	6.22	225
	Total		1,041	8.02	2,134	10.24	1.28	139	4.13	3,364
XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	L00-L08 Infecções da pele e do tecido subcutâneo	Total	285	2.20	895	4.30	1.96	72	5.71	1,260
	L80-L99 Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo	Total	256	1.97	831	3.99	2.02	87	7.28	1,195
	Total		584	4.50	1,844	8.85	1.97	168	6.40	2,627
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R00-R09 Sintomas e sinais relativos ao aparelho circulatório e respiratório	R02 Gangrena NCOP	77	0.59	792	3.80	6.41	47	5.05	930
		Total	111	0.85	860	4.13	4.83	52	5.01	1,037
	R50-R69 Sintomas e sinais gerais	R57 Choque NCOP	16	0.12	106	0.51	4.13	2	1.59	126
		R69 Causas desconhecidas e NE de morbilidade	71	0.55	88	0.42	0.77	15	8.62	174
		R56 Convulsões NCOP	15	0.12	71	0.34	2.95	4	4.40	91
		Total	147	1.13	378	1.81	1.60	29	5.18	560
	Total		363	2.80	1,627	7.81	2.79	125	5.81	2,151
VI - Doenças do sistema nervoso	G40-G47 Transtornos episódicos e paroxísticos	G40 Epilepsia	133	1.02	404	1.94	1.89	16	2.88	555
		Total	202	1.56	548	2.63	1.69	21	2.71	774
	G90-G99 Outros transtornos do sistema nervoso	G91 Hidrocefalia	25	0.19	124	0.60	3.09	5	3.16	158
		G93 Outr transt do encefalo	3	0.02	26	0.12	5.40	0	0.00	29

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	Negra	Taxa		N	%	
		G96 Outr transt do sist nervoso central	2	0.02	22	0.11	6.85	0	0.00	24
		G90 Transt do sist nervoso autonomo	0	0.00	11	0.05	-	0	0.00	11
		Total	46	0.35	215	1.03	2.91	6	2.21	271
	G50-G59 Transtornos dos nervos, das raízes e dos plexos nervosos	G58 Outr mononeuropatias	20	0.15	38	0.18	1.18	1	1.69	59
		G56 Mononeuropatias dos membros super	28	0.22	36	0.17	0.80	2	2.99	67
		G54 Transt das raízes e dos plexos nervosos	11	0.08	20	0.10	1.13	0	0.00	31
		Total	63	0.49	107	0.51	1.06	4	2.29	175
	G80-G83 Paralisia cerebral e outras síndromes parálíticas	G82 Paraplegia e tetraplegia	23	0.18	72	0.35	1.95	51	34.93	146
		Total	34	0.26	101	0.48	1.85	63	31.66	199
	G00-G09 Doenças inflamatórias do sistema nervoso central	G00 Meningite bacter NCOP	8	0.06	30	0.14	2.34	3	7.14	42
		G06 Abscesso granuloma intracran intra-raquid	8	0.06	27	0.13	2.10	1	2.70	37
		Total	22	0.17	81	0.39	2.29	6	5.41	111
	G60-G64 Polineuropatias e outros transtornos do sistema nervoso periférico	G61 Polineuropatia inflam	11	0.08	37	0.18	2.10	4	7.69	52
		G63 Polineuropatia em doenc COP	3	0.02	13	0.06	2.70	3	15.79	19
		G62 Outr polineuropatias	4	0.03	12	0.06	1.87	2	9.52	21
		G60 Neuropatia hereditaria e idiopatica	8	0.06	1	0.00	0.08	0	0.00	9
		Total	26	0.20	63	0.30	1.51	9	8.91	101
	G30-G32 Outras doenças degenerativas do sistema nervoso	G31 Outr doenc degenerativas sist nervoso NCOP	92	0.71	32	0.15	0.22	5	3.55	141
		G32 Outr transt degenerativ sist nerv doenc COP	0	0.00	23	0.11	-	0	0.00	24
		Total	92	0.71	55	0.26	0.37	5	3.03	165

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	Negra	Taxa		N	%	
	G35-G37 Doenças desmielinizantes do sistema nervoso central	G35 Esclerose mult	52	0.40	33	0.16	0.40	6	6.52	92
		Total	52	0.40	39	0.19	0.47	6	6.12	98
	G10-G13 Atrofias sistêmicas que afetam principalmente o sistema nervoso central	G11 Ataxia hereditaria	1	0.01	13	0.06	8.10	0	0.00	14
		G12 Atrofia muscular espinal e sindr correlatas	0	0.00	10	0.05	-	1	9.09	11
		Total	1	0.01	25	0.12	15.58	1	3.57	28
	G70-G73 Doenças da junção mioneural e dos músculos	Total	2	0.02	17	0.08	5.30	1	5.00	20
Total			550	4.24	1,265	6.07	1.43	122	6.21	1,966
IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E10-E14 Diabetes mellitus	Total	172	1.32	667	3.20	2.42	55	6.10	902
	E70-E90 Distúrbios metabólicos	E76 Distúrbios metabolismo do glicosaminoglicano	0	0.00	86	0.41	-	0	0.00	86
		E87 Outr transt equil hidroeletr e acido-básic	17	0.13	44	0.21	1.61	3	4.62	65
		E88 Outr distúrbios metabólicos	9	0.07	37	0.18	2.56	4	7.69	52
		Total	41	0.32	223	1.07	3.39	9	3.24	278
	E65-E68 Obesidade e outras formas de hiperalimentação	E66 Obesidade	15	0.12	74	0.36	3.07	2	2.20	91
		Total	15	0.12	76	0.36	3.16	2	2.15	93
	E40-E46 Desnutrição	E46 Desnutric proteico-calórica NE	16	0.12	37	0.18	1.44	0	0.00	54
		E43 Desnutric proteico-calórica grave NE	3	0.02	10	0.05	2.08	4	23.53	17
		E44 Desnutric proteico-calórica grau moderado leve	3	0.02	7	0.03	1.45	1	9.09	11
		E41 Marasmo nutricional	0	0.00	1	0.00	-	0	0.00	1
		Total	22	0.17	55	0.26	1.56	5	6.02	83
	E00-E07 Transtornos da glândula	E05 Tireotoxicose	5	0.04	24	0.12	2.99	0	0.00	29

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	Negra	Taxa		N	%	
	tireóide	Total	11	0.08	29	0.14	1.64	1	2.44	41
	E20-E35 Transtornos de outras glândulas endócrinas	E21 Hiperparatireoid e out transt gland paratir	1	0.01	17	0.08	10.59	0	0.00	18
		Total	7	0.05	27	0.13	2.40	0	0.00	34
	Total		271	2.09	1,079	5.18	2.48	72	5.01	1,436
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	D60-D64 Anemias aplásticas e outras anemias	D64 Outr anemias	57	0.44	303	1.45	3.31	14	3.67	381
		D63 Anemia em doenc cronicas COP	4	0.03	31	0.15	4.83	0	0.00	35
		D61 Outr anemias aplasticas	12	0.09	29	0.14	1.51	2	4.65	43
		Total	75	0.58	373	1.79	3.10	17	3.60	472
	D55-D59 Anemias hemolíticas	D57 Transt falciformes	53	0.41	328	1.57	3.86	6	1.53	391
		Total	66	0.51	351	1.68	3.31	8	1.86	430
	D50-D53 Anemias nutricionais	D50 Anemia p/defic de ferro	11	0.08	44	0.21	2.49	6	9.84	61
		D53 Outr anemias nutricionais	12	0.09	41	0.20	2.13	2	3.57	56
		Total	23	0.18	90	0.43	2.44	10	8.06	124
	D70-D77 Outras doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos	D75 Outr doenc sangue e orgaos hematopoeticos	7	0.05	24	0.12	2.14	3	8.57	35
		D72 Outr transt dos globulos brancos	1	0.01	20	0.10	12.46	0	0.00	22
		Total	20	0.15	74	0.36	2.31	4	4.00	100
	Total		261	2.01	960	4.61	2.29	42	3.28	1,279
VII - Doenças do olho e anexos	H30-H36 Transtornos da coróide e da retina	H33 Descolamentos e defeitos da retina	61	0.47	135	0.65	1.38	10	4.81	208
		H35 Outr transt da retina	1	0.01	13	0.06	8.10	1	6.67	15
		Total	62	0.48	153	0.73	1.54	11	4.82	228
	H43-H45 Transtornos do humor vítreo e do globo ocular	H43 Transt do humor vitreo	8	0.06	73	0.35	5.69	5	5.81	86
		H44 Transt do globo ocular	3	0.02	70	0.34	14.54	0	0.00	73

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	Negra	Taxa		N	%	
		Total	13	0.10	143	0.69	6.85	5	3.11	161
	H15-H22 Transtornos da esclerótica, da córnea, da íris e do corpo ciliar	H18 Outr transt da cornea	37	0.28	44	0.21	0.74	0	0.00	81
		H15 Transt da esclerotica	1	0.01	19	0.09	11.84	0	0.00	20
		Total	40	0.31	69	0.33	1.07	0	0.00	109
	H25-H28 Transtornos do cristalino	Total	16	0.12	51	0.24	1.99	3	4.29	70
	H00-H06 Transtornos da pálpebra, do aparelho lacrimal e da órbita	Total	14	0.11	46	0.22	2.05	1	1.61	62
	Total		168	1.29	523	2.51	1.94	24	3.34	719
XVII - Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas	Q20-Q28 Malformações congênicas do aparelho circulatório	Total	20	0.15	62	0.30	1.93	1	1.19	84
	Q50-Q56 Malformações congênicas dos órgãos genitais	Total	8	0.06	40	0.19	3.12	1	2.00	50
	Total		91	0.70	213	1.02	1.46	14	4.36	321
VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastóide	Total		28	0.22	68	0.33	1.51	4	3.88	103

INTERNAÇÕES DE PESSOAS DE 50-69 ANOS, SEXO FEMININO - 2023

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
Total	Total		34,189	364.37	70,481	634.14	1.74	6,089	5.42	112,243
IX - Doenças do aparelho circulatório	I20-I25 Doenças isquêmicas do coração	I21 Infarto agudo do miocardio	787	8.39	2,055	18.49	2.20	121	4.04	2,995
		I20 Angina pectoris	336	3.58	854	7.68	2.15	33	2.69	1,226
		I25 Doenc isquemica cronica do coracao	222	2.37	294	2.65	1.12	20	3.70	540
		I24 Outr doenc isquemicas agudas do coracao	187	1.99	205	1.84	0.93	20	4.84	413
		I22 Infarto do miocardio recorrente	20	0.21	47	0.42	1.98	6	8.11	74
		I23 Alg complic atuais subs infarto agud miocard	7	0.07	16	0.14	1.93	0	0.00	24
		Total	1,559	16.62	3,471	31.23	1.88	200	3.79	5,272
	I60-I69 Doenças cerebrovasculares	I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	695	7.41	2,240	20.15	2.72	186	5.87	3,166
		I69 Sequelas de doenc cerebrovasculares	23	0.25	189	1.70	6.94	24	9.68	248
		I63 Infarto cerebral	32	0.34	181	1.63	4.78	19	8.12	234
		I61 Hemorragia intracerebral	47	0.50	175	1.57	3.14	4	1.72	232
		I60 Hemorragia subaracnoide	38	0.40	153	1.38	3.40	13	6.19	210
		I67 Outr doenc cerebrovasculares	63	0.67	131	1.18	1.76	6	2.94	204
		I62 Outr hemorragias intracranianas nao-traum	9	0.10	72	0.65	6.75	1	1.18	85

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		Total	935	9.96	3,173	28.55	2.86	256	5.76	4,443
	I30-I52 Outras formas de doença do coração	I50 Insuf cardiaca	528	5.63	1,622	14.59	2.59	136	5.86	2,319
		I44 Bloqueio atrioventricular e do ramo esquerdo	66	0.70	184	1.66	2.35	3	1.18	254
		I48 Flutter e fibrilacao atrial	79	0.84	115	1.03	1.23	1	0.50	199
		I46 Parada cardiaca	21	0.22	101	0.91	4.06	7	5.34	131
		I42 Cardiomiopatias	55	0.59	93	0.84	1.43	3	1.97	152
		I47 Taquicardia paroxistica	39	0.42	65	0.58	1.41	4	3.70	108
		I35 Transt nao- reumaticos da valva aortica	20	0.21	43	0.39	1.82	0	0.00	63
		I51 Complic cardiopatias doenc cardiacas mal def	16	0.17	40	0.36	2.11	4	6.67	60
		I49 Outr arritmias cardiacas	19	0.20	40	0.36	1.78	2	3.28	61
		I33 Endocardite aguda e subaguda	7	0.07	21	0.19	2.53	0	0.00	28
		Total	890	9.49	2,406	21.65	2.28	163	4.66	3,500
	I80-I89 Doenças das veias, dos vasos linfáticos e dos gânglios linfáticos, não classificadas em outra parte	I83 Varizes dos membros infer	273	2.91	547	4.92	1.69	21	2.44	861
		I80 Flebite e tromboflebite	255	2.72	484	4.35	1.60	37	4.68	791
		I84 Hemorroidas	277	2.95	322	2.90	0.98	38	5.90	644
		I82 Outr embolia e trombose venosas	17	0.18	81	0.73	4.02	6	5.45	110
		Total	888	9.46	1,528	13.75	1.45	106	4.12	2,571
	I70-I79 Doenças das	I70 Aterosclerose	175	1.87	460	4.14	2.22	32	4.77	671

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	artérias, das arteríolas e dos capilares	I74 Embolia e trombose arteriais	39	0.42	175	1.57	3.79	4	1.83	218
		Total	507	5.40	1,085	9.76	1.81	78	4.65	1,679
	I10-I15 Doenças hipertensivas	Total	281	2.99	678	6.10	2.04	110	10.13	1,086
	I00-I02 Febre reumática aguda	I01 Febre reumática c/compr do coração	5	0.05	20	0.18	3.38	0	0.00	25
		Total	5	0.05	22	0.20	3.71	0	0.00	27
	Total		5,166	55.06	12,540	112.83	2.05	922	4.89	18,865
II - Neoplasias [tumores]	C50-C50 Neoplasias malignas da mama	C50 Neopl malign da mama	1,279	13.63	2,169	19.52	1.43	208	5.56	3,742
		Total	1,279	13.63	2,169	19.52	1.43	208	5.56	3,742
	D10-D36 Neoplasias [tumores] benignas(os)	D25 Leiomioma do utero	450	4.80	1,315	11.83	2.47	121	6.34	1,910
		D24 Neopl benign da mama	1	0.01	26	0.23	21.95	0	0.00	27
		D14 Neopl benign ouvido medio e aparelho respirat	6	0.06	22	0.20	3.10	0	0.00	28
		Total	702	7.48	1,874	16.86	2.25	170	6.12	2,777
	C15-C26 Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	C18 Neopl malign do colon	306	3.26	589	5.30	1.62	78	7.81	999
		C20 Neopl malign do reto	169	1.80	305	2.74	1.52	41	7.72	531
		C16 Neopl malign do estomago	79	0.84	193	1.74	2.06	17	5.65	301
		C25 Neopl malign do pancreas	102	1.09	178	1.60	1.47	15	5.03	298
		C22 Neopl malign figado vias biliares intra-hepat	80	0.85	111	1.00	1.17	21	9.86	213
		C15 Neopl malign do esofago	15	0.16	76	0.68	4.28	7	7.00	100
		C21 Neopl malign do anus e do canal anal	34	0.36	67	0.60	1.66	11	9.65	114

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		C19 Neopl maligna da junção retossigmoide	29	0.31	52	0.47	1.51	4	4.49	89
		C26 Neopl maligna outro mal def aparelho digestivo	5	0.05	38	0.34	6.42	1	2.27	44
		Total	902	9.61	1,734	15.60	1.62	208	7.14	2,913
	C51-C58 Neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos	C53 Neopl maligna do colo do útero	276	2.94	497	4.47	1.52	19	2.35	807
		C54 Neopl maligna do corpo do útero	175	1.87	332	2.99	1.60	16	2.99	536
		C57 Neopl maligna outro org genitais femin e NE	39	0.42	84	0.76	1.82	0	0.00	124
		C55 Neopl maligna do útero porção NE	29	0.31	58	0.52	1.69	2	2.22	90
		C52 Neopl maligna da vagina	2	0.02	13	0.12	5.49	0	0.00	15
		Total	697	7.43	1,290	11.61	1.56	73	3.47	2,104
	D37-D48 Neoplasias [tumores] de comportamento incerto ou desconhecido	Total	378	4.03	868	7.81	1.94	57	4.31	1,324
	Total		5,416	57.72	10,100	90.87	1.57	870	5.21	16,703
XI - Doenças do aparelho digestivo	K80-K87 Transtornos da vesícula biliar, das vias biliares e do pâncreas	K80 Colelitíase	3,438	36.64	3,862	34.75	0.95	336	4.36	7,713
		K81 Colecistite	348	3.71	643	5.79	1.56	49	4.63	1,059
		K83 Outra doença das vias biliares	93	0.99	374	3.36	3.40	34	6.71	507
		K85 Pancreatite aguda	87	0.93	243	2.19	2.36	13	3.72	349
		K87 Transt ves biliar via biliar pancre doença COP	9	0.10	47	0.42	4.41	5	8.20	61
		Total	4,086	43.55	5,344	48.08	1.10	446	4.47	9,987
	K40-K46 Hérnias	Total	1,265	13.48	1,523	13.70	1.02	182	6.07	2,997

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	K55-K63 Outras doenças dos intestinos	Total	464	4.95	1,195	10.75	2.17	165	8.94	1,845
	K90-K93 Outras doenças do aparelho digestivo	Total	231	2.46	568	5.11	2.08	83	9.24	898
	K70-K77 Doenças do fígado	K74 Fibrose e cirrose hepáticas	62	0.66	119	1.07	1.62	7	3.66	191
		K76 Outr doenc do fígado	46	0.49	81	0.73	1.49	17	11.64	146
		K75 Outr doenc inflam do fígado	19	0.20	50	0.45	2.22	3	4.00	75
		K70 Doenc alcoolica do fígado	9	0.10	34	0.31	3.19	1	2.17	46
		K72 Insuf hepatica NCOP	11	0.12	33	0.30	2.53	2	4.35	46
		Total	166	1.77	347	3.12	1.76	31	5.58	556
	K35-K38 Doenças do apêndice	Total	116	1.24	257	2.31	1.87	45	10.71	420
	K20-K31 Doenças do esôfago, do estômago e do duodeno	K31 Outr doenc do estomago e do duodeno	43	0.46	75	0.67	1.47	7	5.56	126
		K25 Ulcera gastrica	11	0.12	58	0.52	4.45	4	5.48	73
		K29 Gastrite e duodenite	14	0.15	39	0.35	2.35	0	0.00	54
		K22 Outr doenc do esofago	11	0.12	30	0.27	2.30	1	2.38	42
		Total	108	1.15	238	2.14	1.86	15	4.12	364
	Total		6,604	70.38	9,779	87.98	1.25	999	5.68	17,578
XIV - Doenças do aparelho geniturinário	N80-N98 Transtornos não-inflamatórios do trato genital feminino	N84 Polipo do trato genital femin	533	5.68	1,085	9.76	1.72	159	8.81	1,805
		N81 Prolapso genital femin	434	4.63	921	8.29	1.79	87	5.95	1,462
		N87 Displasia do colo do utero	90	0.96	170	1.53	1.59	17	6.01	283

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		N83 Transt nao-infl ovario tromp Falop lig largo	74	0.79	160	1.44	1.83	20	7.81	256
		N80 Endometriose	79	0.84	152	1.37	1.62	22	8.49	259
		N93 Outr sangramentos anormais utero e vagina	41	0.44	118	1.06	2.43	13	7.47	174
		Total	1,347	14.36	2,807	25.26	1.76	346	7.57	4,571
	N17-N19 Insuficiência renal	N18 Insuf renal cronica	418	4.45	1,453	13.07	2.93	145	7.11	2,039
		N17 Insuf renal aguda	97	1.03	340	3.06	2.96	21	4.56	461
		Total	518	5.52	1,798	16.18	2.93	166	6.62	2,508
	N30-N39 Outras doenças do aparelho urinário	Total	532	5.67	1,140	10.26	1.81	112	6.19	1,809
	N20-N23 Calculose renal	Total	480	5.12	787	7.08	1.38	74	5.40	1,370
	Total		3,219	34.31	7,271	65.42	1.91	769	6.73	11,429
XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	S80-S89 Traumatismos do joelho e da perna	S82 Frat da perna incl tornozelo	467	4.98	1,174	10.56	2.12	85	4.90	1,733
		Total	524	5.58	1,294	11.64	2.08	94	4.89	1,921
	S50-S59 Traumatismos do cotovelo e do antebraço	S52 Frat do antebraço	431	4.59	1,016	9.14	1.99	83	5.41	1,534
		Total	449	4.79	1,065	9.58	2.00	86	5.36	1,604
	T80-T88 Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos, não classificados em outra parte	Total	366	3.90	908	8.17	2.09	45	3.39	1,328
	S70-S79 Traumatismos do quadril e da coxa	S72 Frat do femur	308	3.28	757	6.81	2.07	43	3.84	1,121
		Total	334	3.56	798	7.18	2.02	45	3.78	1,190
	T00-T07 Traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo	T02 Frat envolv mult regioes do corpo	139	1.48	408	3.67	2.48	7	1.25	559
		Total	227	2.42	558	5.02	2.08	13	1.62	804

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	S40-S49 Traumatismos do ombro e do braço	S42 Frat do ombro e do braco	188	2.00	480	4.32	2.16	38	5.35	710
		Total	222	2.37	534	4.80	2.03	47	5.82	808
	S00-S09 Traumatismos da cabeça	S06 Traum intracraniano	125	1.33	291	2.62	1.97	9	2.09	431
		Total	165	1.76	373	3.36	1.91	17	3.01	565
	S60-S69 Traumatismos do punho e da mão	S62 Frat ao nivel do punho e da mao	50	0.53	137	1.23	2.31	8	4.08	196
		Total	84	0.90	200	1.80	2.01	10	3.38	296
	Total		2,757	29.38	6,686	60.16	2.05	426	4.29	9,934
X - Doenças do aparelho respiratório	J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	Total	839	8.94	2,001	18.00	2.01	104	3.49	2,977
	J80-J84 Outras doenças respiratórias que afetam principalmente o interstício	J81 Edema pulmonar NE de outr form	104	1.11	450	4.05	3.65	29	4.94	587
		Total	121	1.29	497	4.47	3.47	35	5.30	660
	J40-J47 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	J44 Outr doenc pulmonares obstrutivas cronicas	168	1.79	320	2.88	1.61	27	5.21	518
		J45 Asma	29	0.31	58	0.52	1.69	1	1.14	88
		J43 Enfisema	12	0.13	26	0.23	1.83	4	9.09	44
		J40 Bronquite NE como aguda ou cronica	7	0.07	21	0.19	2.53	1	3.45	29
		Total	221	2.36	436	3.92	1.67	33	4.75	695
	J95-J99 Outras doenças do aparelho respiratório	J96 Insuf respirat NCOP	104	1.11	306	2.75	2.48	22	5.08	433
		Total	157	1.67	417	3.75	2.24	25	4.15	603
	Total		1,641	17.49	3,942	35.47	2.03	243	4.13	5,885
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A30-A49 Outras doenças bacterianas	A41 Outr septicemias	561	5.98	1,567	14.10	2.36	226	9.43	2,396
		A49 Infecc bacter de localiz NE	257	2.74	578	5.20	1.90	51	5.68	898

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		A46 Erisipela	137	1.46	366	3.29	2.26	32	5.85	547
		A48 Outr doenc bacter NCOP	107	1.14	272	2.45	2.15	31	7.42	418
		A31 Infecc dev outr micobacterias	60	0.64	152	1.37	2.14	6	2.73	220
		A40 Septicemia estreptococica	10	0.11	37	0.33	3.12	7	12.73	55
		Total	1,146	12.21	2,990	26.90	2.20	354	7.75	4,567
	A15-A19 Tuberculose	Total	37	0.39	164	1.48	3.74	11	5.09	216
	B20-B24 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	Total	62	0.66	122	1.10	1.66	6	3.13	192
	Total		1,460	15.56	3,686	33.16	2.13	407	7.21	5,642
XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	Total		1,728	18.42	2,971	26.73	1.45	128	2.62	4,882
VII - Doenças do olho e anexos	H25-H28 Transtornos do cristalino	H25 Catarata senil	259	2.76	593	5.34	1.93	81	8.58	944
		Total	704	7.50	1,086	9.77	1.30	97	5.08	1,911
	H30-H36 Transtornos da coróide e da retina	H33 Descolamentos e defeitos da retina	252	2.69	461	4.15	1.54	27	3.61	747
		H35 Outr transt da retina	11	0.12	85	0.76	6.52	2	1.92	104
		Total	265	2.82	552	4.97	1.76	29	3.38	859
	H53-H54 Transtornos visuais e cegueira	H53 Distúrbios visuais	1	0.01	0	0.00	0.00	0	0.00	1
		Total	1	0.01	0	0.00	0.00	0	0.00	1
	Total		1,231	13.12	2,213	19.91	1.52	172	4.69	3,665
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não	R00-R09 Sintomas e sinais relativos ao aparelho circulatório e respiratório	R02 Gangrena NCOP	102	1.09	875	7.87	7.24	77	7.24	1,064
		Total	137	1.46	943	8.48	5.81	85	7.23	1,175

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
classificados em outra parte	R50-R69 Sintomas e sinais gerais	R57 Choque NCOP	71	0.76	203	1.83	2.41	19	6.38	298
		Total	306	3.26	583	5.25	1.61	37	3.94	939
	R10-R19 Sintomas e sinais relativos ao aparelho digestivo e ao abdome	R10 Dor abdominal e pelvica	82	0.87	181	1.63	1.86	18	6.27	287
		R17 Icterícia NE	7	0.07	40	0.36	4.82	5	9.62	52
		Total	127	1.35	325	2.92	2.16	33	6.65	496
	Total		665	7.09	2,046	18.41	2.60	171	5.86	2,918
XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	L80-L99 Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo	Total	630	6.71	1,176	10.58	1.58	145	7.36	1,971
	L00-L08 Infecções da pele e do tecido subcutâneo	Total	160	1.71	483	4.35	2.55	48	6.89	697
	Total		862	9.19	1,830	16.47	1.79	209	7.14	2,928
IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E10-E14 Diabetes mellitus	Total	371	3.95	1,149	10.34	2.61	82	5.08	1,614
	E70-E90 Distúrbios metabólicos	Total	138	1.47	247	2.22	1.51	14	3.47	404
	E65-E68 Obesidade e outras formas de hiperalimentação	E66 Obesidade	28	0.30	132	1.19	3.98	17	9.44	180
		Total	39	0.42	155	1.39	3.36	20	9.13	219
	E00-E07 Transtornos da glândula tireóide	E05 Tireotoxicose	21	0.22	57	0.51	2.29	0	0.00	78
		Total	66	0.70	126	1.13	1.61	6	3.02	199
	Total		693	7.39	1,801	16.20	2.19	131	4.94	2,650
VI - Doenças do sistema nervoso	G50-G59 Transtornos dos nervos, das raízes e dos plexos nervosos	Total	424	4.52	713	6.42	1.42	36	3.01	1,196
	G40-G47 Transtornos episódicos e paroxísticos	G45 Acid vasc cerebr isquemicos trans sindr corr	129	1.37	243	2.19	1.59	15	3.87	388
		G40 Epilepsia	80	0.85	232	2.09	2.45	14	4.29	326
		G47 Distúrbios do sono	43	0.46	74	0.67	1.45	2	1.67	120

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		G41 Estado de mal epiléptico	4	0.04	22	0.20	4.64	2	6.90	29
		Total	275	2.93	595	5.35	1.83	34	3.74	909
	G90-G99 Outros transtornos do sistema nervoso	G91 Hidrocefalia	49	0.52	142	1.28	2.45	4	2.04	196
		Total	104	1.11	211	1.90	1.71	21	6.16	341
	G30-G32 Outras doenças degenerativas do sistema nervoso	G31 Outr doenc degenerativas sist nervoso NCOP	41	0.44	43	0.39	0.89	0	0.00	84
		G32 Outr transt degenerativ sist nerv doenc COP	20	0.21	29	0.26	1.22	0	0.00	49
		G30 Doenc de Alzheimer	2	0.02	19	0.17	8.02	1	4.55	22
		Total	63	0.67	91	0.82	1.22	1	0.65	155
	Total		1,010	10.76	1,776	15.98	1.48	128	4.34	2,948
V - Transtornos mentais e comportamentais	F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	F20 Esquizofrenia	210	2.24	453	4.08	1.82	77	10.28	749
		F29 Psicose nao-organica NE	83	0.88	233	2.10	2.37	54	14.21	380
		F23 Transt psicoticos agudos e transitorios	41	0.44	110	0.99	2.26	19	10.56	180
		Total	353	3.76	820	7.38	1.96	153	11.29	1,355
	F30-F39 Transtornos do humor [afetivos]	F31 Transt afetivo bipolar	114	1.21	194	1.75	1.44	66	17.51	377
		F32 Episodios depressivos	53	0.56	106	0.95	1.69	18	10.11	178
		Total	186	1.98	348	3.13	1.58	90	14.33	628
	Total		715	7.62	1,432	12.88	1.69	269	10.84	2,481
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	D60-D64 Anemias aplásticas e outras anemias	Total	218	2.32	806	7.25	3.12	68	6.10	1,114
	D50-D53 Anemias nutricionais	Total	51	0.54	187	1.68	3.10	30	11.07	271

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	D70-D77 Outras doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos	D75 Outr doenc sangue e orgaos hematopoeticos	17	0.18	28	0.25	1.39	9	16.36	55
		D72 Outr transt dos globulos brancos	13	0.14	21	0.19	1.36	0	0.00	35
		D77 Outr transt sangue e org hematop doenc COP	9	0.10	8	0.07	0.75	1	5.26	19
		D70 Agranulocitose	2	0.02	8	0.07	3.38	0	0.00	10
		D73 Doenc do baco	6	0.06	3	0.03	0.42	0	0.00	10
		D76 Alg doenc q env tec linforr e sist reticuloh	0	0.00	1	0.01	-	0	0.00	1
		Total	47	0.50	69	0.62	1.24	10	7.69	130
	D55-D59 Anemias hemolíticas	D57 Transt falciformes	3	0.03	45	0.40	12.66	0	0.00	48
		D59 Anemia hemolitica adquir	9	0.10	14	0.13	1.31	2	7.69	26
		Total	14	0.15	61	0.55	3.68	2	2.56	78
	Total		383	4.08	1,177	10.59	2.59	114	6.69	1,704
XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	Z40-Z54 Pessoas em contato com os serviços de saúde para procedimentos e cuidados específicos	Z47 Outr cuidados de seguimento ortopedico	118	1.26	294	2.65	2.10	10	2.36	423
		Z52 Doadores de orgaos e tec	151	1.61	284	2.56	1.59	58	11.44	507
		Total	300	3.20	622	5.60	1.75	72	7.13	1,010
	Total		463	4.93	940	8.46	1.71	91	5.99	1,520

Fonte: MS/Datasus/SIHSUS, 2023; IBGE: Censo Demográfico 2022, resultados do universo.

INTERNAÇÕES DE PESSOAS DE 50-69 ANOS, SEXO MASCULINO – 2023

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
Total	Total		35,493	483.09	77,560	809.88	1.68	6,961	5.73	121,394
IX - Doenças do aparelho circulatório	I20-I25 Doenças isquêmicas do coração	I21 Infarto agudo do miocardio	1,500	20.42	3,591	37.50	1.84	235	4.37	5,383
		I20 Angina pectoris	624	8.49	1,527	15.94	1.88	60	2.70	2,225
		I25 Doenc isquemica cronica do coracao	449	6.11	537	5.61	0.92	52	4.99	1,042
		I24 Outr doenc isquemicas agudas do coracao	327	4.45	361	3.77	0.85	75	9.80	765
		I22 Infarto do miocardio recorrente	28	0.38	82	0.86	2.25	7	5.88	119
		Total	2,933	39.92	6,115	63.85	1.60	432	4.52	9,559
	I60-I69 Doenças cerebrovasculares	I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	847	11.53	3,017	31.50	2.73	225	5.45	4,132
		I61 Hemorragia intracerebral	99	1.35	308	3.22	2.39	13	3.05	426
		I63 Infarto cerebral	48	0.65	279	2.91	4.46	32	8.79	364
		I69 Sequelas de doenc cerebrovasculares	160	2.18	266	2.78	1.28	12	2.67	449
		I62 Outr hemorragias intracranianas nao-traum	33	0.45	110	1.15	2.56	3	2.04	147
		I60 Hemorragia subaracnoide	32	0.44	83	0.87	1.99	5	4.10	122
		I67 Outr doenc cerebrovasculares	17	0.23	56	0.58	2.53	1	1.33	75
		Total	1,268	17.26	4,154	43.38	2.51	295	5.10	5,788
	I30-I52 Outras formas de doença do coração	I50 Insuf cardiaca	793	10.79	2,140	22.35	2.07	169	5.38	3,143
		I44 Bloqueio atrioventricular e do ramo esquerdo	100	1.36	231	2.41	1.77	4	1.18	338
		I48 Flutter e fibrilacao atrial	93	1.27	209	2.18	1.72	20	6.15	325
		I42 Cardiomiopatias	76	1.03	143	1.49	1.44	3	1.34	224

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		I46 Parada cardíaca	41	0.56	124	1.29	2.32	5	2.92	171
		I47 Taquicardia paroxística	49	0.67	113	1.18	1.77	3	1.82	165
		I51 Complic cardiopatias doenc cardiacas mal def	31	0.42	71	0.74	1.76	9	8.11	111
		I35 Transt nao-reumaticos da valva aortica	24	0.33	53	0.55	1.69	1	1.27	79
		Total	1,296	17.64	3,238	33.81	1.92	218	4.54	4,803
	I70-I79 Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares	I70 Aterosclerose	276	3.76	671	7.01	1.87	51	5.05	1,009
		I79 Transt arter arteriolas capilares doenc COP	349	4.75	347	3.62	0.76	27	3.72	725
		I73 Outr doenc vasculares perifericas	97	1.32	235	2.45	1.86	38	10.24	371
		I74 Embolia e trombose arteriais	67	0.91	213	2.22	2.44	8	2.77	289
		I71 Aneurisma e disseccao da aorta	69	0.94	148	1.55	1.65	8	3.51	228
		I77 Outr afeccoes das arterias e arteriolas	27	0.37	75	0.78	2.13	12	10.34	116
		Total	893	12.15	1,709	17.85	1.47	148	5.34	2,770
	I80-I89 Doenças das veias, dos vasos linfáticos e dos gânglios linfáticos, não classificadas em outra parte	I80 Flebite e tromboflebite	198	2.69	396	4.14	1.53	37	5.85	633
		I83 Varizes dos membros infer	141	1.92	264	2.76	1.44	19	4.45	427
		I84 Hemorroidas	204	2.78	225	2.35	0.85	27	5.86	461
		I87 Outr transt das veias	33	0.45	84	0.88	1.95	2	1.67	120
		Total	624	8.49	1,061	11.08	1.30	94	5.25	1,791
	I10-I15 Doenças hipertensivas	Total	278	3.78	641	6.69	1.77	104	9.98	1,042
	Total		7,379	100.43	17,052	178.06	1.77	1,294	4.98	25,981
XI - Doenças do aparelho digestivo	K40-K46 Hérnias	Total	4,374	59.53	4,933	51.51	0.87	617	6.18	9,985
	K80-K87 Transtornos da vesícula biliar, das	K80 Colelitíase	955	13.00	1,222	12.76	0.98	124	5.34	2,321
		K81 Colecistite	183	2.49	276	2.88	1.16	32	6.46	495

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	vias biliares e do pâncreas	K85 Pancreatite aguda	81	1.10	215	2.25	2.04	23	7.17	321
		K83 Outr doenc das vias biliares	72	0.98	202	2.11	2.15	23	7.67	300
		Total	1,373	18.69	2,067	21.58	1.15	223	6.03	3,697
	K55-K63 Outras doenças dos intestinos	Total	535	7.28	1,259	13.15	1.81	139	7.10	1,959
	K90-K93 Outras doenças do aparelho digestivo	Total	295	4.02	836	8.73	2.17	103	8.21	1,255
	K70-K77 Doenças do fígado	K74 Fibrose e cirrose hepáticas	97	1.32	217	2.27	1.72	22	6.51	338
		K70 Doenc alcoolica do figado	83	1.13	172	1.80	1.59	10	3.75	267
		K76 Outr doenc do figado	56	0.76	115	1.20	1.58	15	7.81	192
		Total	306	4.16	623	6.51	1.56	55	5.53	995
	K20-K31 Doenças do esôfago, do estômago e do duodeno	K25 Ulcera gastrica	31	0.42	138	1.44	3.42	10	5.59	179
		K31 Outr doenc do estomago e do duodeno	28	0.38	109	1.14	2.99	6	4.14	145
		K22 Outr doenc do esofago	17	0.23	59	0.62	2.66	5	6.17	81
		K29 Gastrite e duodenite	21	0.29	44	0.46	1.61	6	8.45	71
		K26 Ulcera duodenal	3	0.04	17	0.18	4.35	3	13.04	23
		Total	114	1.55	415	4.33	2.79	32	5.67	564
	K35-K38 Doenças do apêndice	Total	104	1.42	269	2.81	1.98	41	9.72	422
	Total		7,266	98.90	10,707	111.80	1.13	1,234	6.37	19,375
XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	S80-S89 Traumatismos do joelho e da perna	S82 Frat da perna incl tornozelo	402	5.47	1,217	12.71	2.32	98	5.68	1,726
		Total	478	6.51	1,426	14.89	2.29	115	5.66	2,033
	T80-T88 Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos, não classificados em outra parte	Total	499	6.79	1,336	13.95	2.05	49	2.59	1,893

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	S00-S09 Traumatismos da cabeça	S06 Traum intracraniano	310	4.22	1,028	10.73	2.54	41	2.95	1,391
		S02 Frat do cranio e dos ossos da face	52	0.71	167	1.74	2.46	11	4.72	233
		S01 Ferim da cabeça	19	0.26	61	0.64	2.46	2	2.38	84
		S09 Outr traum da cabeça e os NE	2	0.03	15	0.16	5.75	0	0.00	17
		S05 Traum do olho e da orbita ocular	3	0.04	15	0.16	3.84	0	0.00	18
		Total	395	5.38	1,292	13.49	2.51	55	3.13	1,759
	S70-S79 Traumatismos do quadril e da coxa	S72 Frat do femur	305	4.15	921	9.62	2.32	62	4.78	1,297
		Total	328	4.46	983	10.26	2.30	64	4.62	1,384
	T00-T07 Traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo	T02 Frat envolv mult regioes do corpo	123	1.67	546	5.70	3.41	12	1.74	689
		T06 Outr traum envolv regioes mult do corpo NCOP	31	0.42	103	1.08	2.55	6	4.29	140
		T01 Ferim envolv mult regioes do corpo	35	0.48	90	0.94	1.97	6	4.58	131
		Total	264	3.59	847	8.84	2.46	31	2.69	1,151
	S50-S59 Traumatismos do cotovelo e do antebraço	S52 Frat do antebraço	225	3.06	696	7.27	2.37	50	5.10	981
		S53 Luxacao entorse distensao artic lig cotovelo	13	0.18	35	0.37	2.07	1	2.04	49
		S55 Traum de vasos sanguineos ao nivel antebraço	1	0.01	13	0.14	9.97	0	0.00	14
		Total	244	3.32	759	7.93	2.39	54	5.06	1,067
	S60-S69 Traumatismos do punho e da mão	S62 Frat ao nivel do punho e da mao	141	1.92	405	4.23	2.20	32	5.50	582
		S68 Amput traum ao nivel do punho e da mao	32	0.44	141	1.47	3.38	5	2.81	178
		S66 Traum de musculo e tendao nivel punho e mao	57	0.78	136	1.42	1.83	5	2.51	199
		S63 Luxac entors distens artic lig niv punho mao	7	0.10	24	0.25	2.63	2	6.06	33
		Total	251	3.42	735	7.67	2.25	46	4.44	1,037

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	S40-S49 Traumatismos do ombro e do braço	S42 Frac do ombro e do braço	163	2.22	436	4.55	2.05	41	6.38	643
		S43 Luxacao entorse distens artic lig cint escap	38	0.52	97	1.01	1.96	5	3.52	142
		Total	212	2.89	554	5.78	2.00	48	5.85	820
	S90-S99 Traumatismos do tornozelo e do pé	S92 Frac do pé	97	1.32	261	2.73	2.06	16	4.23	378
		S98 Amput traum do tornozelo e do pé	9	0.12	33	0.34	2.81	3	6.67	45
		S93 Luxac entors distens artic lig niv tornoz pé	6	0.08	33	0.34	4.22	4	8.89	45
		Total	134	1.82	377	3.94	2.16	27	4.96	544
	S20-S29 Traumatismos do tórax	S27 Traum de outr orgaos intratoracicos e dos NE	55	0.75	213	2.22	2.97	8	2.89	277
		S22 Frac de costelas esterno e coluna toracica	30	0.41	65	0.68	1.66	3	2.97	101
		S21 Ferim do torax	4	0.05	46	0.48	8.82	4	7.41	54
		Total	96	1.31	352	3.68	2.81	18	3.83	470
	T90-T98 Sequelas de traumatismos, de intoxicações e de outras conseqüências das causas externas	Total	124	1.69	312	3.26	1.93	23	5.01	459
	S30-S39 Traumatismos do abdome, do dorso, da coluna lombar e da pelve	S32 Frac da coluna lombar e da pelve	53	0.72	120	1.25	1.74	8	4.42	181
		S36 Traum de orgaos intra-abdominais	18	0.24	66	0.69	2.81	2	2.30	87
		Total	108	1.47	264	2.76	1.88	13	3.37	386
	T08-T14 Traumatismos de localização não especificada do tronco, membro ou outra região do corpo	Total	51	0.69	223	2.33	3.35	25	8.25	303
	T29-T32 Queimaduras e corrosões de	Total	36	0.49	122	1.27	2.60	5	3.07	163

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	múltiplas regiões e de regiões não especificadas do corpo									
	Total		3,369	45.85	9,935	103.74	2.26	599	4.28	13,998
XIV - Doenças do aparelho geniturinário	N17-N19 Insuficiência renal	N18 Insuf renal cronica	468	6.37	2,002	20.90	3.28	217	7.99	2,716
		N17 Insuf renal aguda	117	1.59	537	5.61	3.52	59	8.21	719
		N19 Insuf renal NE	1	0.01	10	0.10	7.67	3	21.43	14
		Total	586	7.98	2,549	26.62	3.34	279	8.09	3,449
	N30-N39 Outras doenças do aparelho urinário	N39 Outr transt do trato urinario	452	6.15	1,063	11.10	1.80	118	7.18	1,644
		N35 Estenose da uretra	64	0.87	145	1.51	1.74	13	5.65	230
		N32 Outr transt da bexiga	42	0.57	109	1.14	1.99	10	6.21	161
		Total	602	8.19	1,404	14.66	1.79	148	6.80	2,175
	N40-N51 Doenças dos órgãos genitais masculinos	N40 Hiperplasia da prostata	288	3.92	666	6.95	1.77	83	7.82	1,061
		N43 Hidrocele e espermatocoele	220	2.99	262	2.74	0.91	44	8.18	538
		N47 Hipertrofia do prepucio fimose e parafimose	139	1.89	164	1.71	0.91	33	9.71	340
		N48 Outr transt do penis	35	0.48	82	0.86	1.80	10	7.58	132
		Total	754	10.26	1,323	13.81	1.35	184	7.97	2,309
	N20-N23 Calculose renal	Total	639	8.70	940	9.82	1.13	95	5.59	1,699
	Total		2,724	37.08	6,470	67.56	1.82	727	7.23	10,060
II - Neoplasias [tumores]	C15-C26 Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	C18 Neopl malign do colon	238	3.24	502	5.24	1.62	54	6.72	803
		C20 Neopl malign do reto	179	2.44	298	3.11	1.28	32	6.08	526
		C16 Neopl malign do estomago	126	1.71	285	2.98	1.74	35	7.64	458
		C15 Neopl malign do esofago	73	0.99	247	2.58	2.60	17	4.90	347
		C25 Neopl malign do pancreas	70	0.95	166	1.73	1.82	10	4.03	248

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		C22 Neopl malign figado vias biliares intra-hepat	64	0.87	112	1.17	1.34	12	6.32	190
		Total	892	12.14	1,844	19.26	1.59	180	6.04	2,982
	C60-C63 Neoplasias malignas dos órgãos genitais masculinos	C61 Neopl malign da prostata	506	6.89	1,054	11.01	1.60	68	4.02	1,692
		C60 Neopl malign do penis	14	0.19	37	0.39	2.03	3	5.56	54
		Total	536	7.30	1,116	11.65	1.60	73	4.07	1,793
	D37-D48 Neoplasias [tumores] de comportamento incerto ou desconhecido	Total	231	3.14	568	5.93	1.89	28	3.36	834
	C30-C39 Neoplasias malignas do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	C34 Neopl malign dos bronquios e dos pulmoes	141	1.92	279	2.91	1.52	12	2.76	434
		C32 Neopl malign da laringe	120	1.63	218	2.28	1.39	22	6.06	363
		Total	283	3.85	526	5.49	1.43	35	4.12	849
	C64-C68 Neoplasias malignas do trato urinário	C67 Neopl malign da bexiga	162	2.20	342	3.57	1.62	28	5.20	538
		C64 Neopl malign do rim exceto pelve renal	80	1.09	117	1.22	1.12	14	6.36	220
		Total	246	3.35	474	4.95	1.48	45	5.76	781
	C81-C96 Neoplasias [tumores] malignas(os), declaradas ou presumidas como primárias, dos tecidos linfático, hematopoético e tecidos correlatos	Total	249	3.39	383	4.00	1.18	35	5.19	674
	Total		3,520	47.91	6,465	67.51	1.41	562	5.23	10,754
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A30-A49 Outras doenças bacterianas	A41 Outr septicemias	629	8.56	1,982	20.70	2.42	220	7.58	2,901
		A49 Infecc bacter de localiz NE	313	4.26	792	8.27	1.94	60	5.07	1,183
		A46 Erisipela	184	2.50	482	5.03	2.01	57	7.80	731
		A48 Outr doenc bacter NCOP	158	2.15	466	4.87	2.26	50	7.28	687

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		A31 Infecção de outras micobactérias	79	1.08	190	1.98	1.85	7	2.46	285
		Total	1,392	18.95	3,964	41.39	2.18	398	6.78	5,873
	A15-A19 Tuberculose	Total	168	2.29	646	6.75	2.95	28	3.30	848
	B20-B24 Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	Total	117	1.59	222	2.32	1.46	25	6.83	366
	Total		1,927	26.23	5,326	55.61	2.12	502	6.36	7,889
X - Doenças do aparelho respiratório	J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	Total	1,019	13.87	2,612	27.27	1.97	177	4.59	3,856
	J95-J99 Outras doenças do aparelho respiratório	Total	175	2.38	530	5.53	2.32	35	4.70	745
	J80-J84 Outras doenças respiratórias que afetam principalmente o interstício	J81 Edema pulmonar NE de outra forma	121	1.65	388	4.05	2.46	34	6.18	550
		Total	138	1.88	432	4.51	2.40	41	6.61	620
	J90-J94 Outras doenças da pleura	Total	193	2.63	411	4.29	1.63	37	5.68	651
	J40-J47 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	Total	130	1.77	360	3.76	2.12	32	6.06	528
	Total		1,811	24.65	4,679	48.86	1.98	345	4.98	6,925
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R00-R09 Sintomas e sinais relativos ao aparelho circulatório e respiratório	R02 Gangrena NCOP	267	3.63	1,746	18.23	5.02	178	8.02	2,219
		Total	303	4.12	1,832	19.13	4.64	185	7.88	2,349
	R50-R69 Sintomas e sinais gerais	R57 Choque NCOP	83	1.13	291	3.04	2.69	13	3.34	389
		R69 Causas desconhecidas e NE de morbidade	103	1.40	123	1.28	0.92	9	3.83	235
		R52 Dor NCOP	51	0.69	84	0.88	1.26	1	0.72	139

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		R56 Convulsões NCOP	19	0.26	62	0.65	2.50	2	2.35	85
		R55 Síncope e colapso	20	0.27	47	0.49	1.80	4	5.56	72
		Total	298	4.06	662	6.91	1.70	31	3.10	999
	Total		835	11.37	3,020	31.53	2.77	279	6.67	4,182
XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M15-M19 Artroses	Total	459	6.25	679	7.09	1.13	17	1.46	1,163
	M50-M54 Outras dorsopatias	Total	179	2.44	331	3.46	1.42	12	2.29	524
	Total		1,399	19.04	2,458	25.67	1.35	124	3.09	4,016
IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E10-E14 Diabetes mellitus	Total	576	7.84	1,871	19.54	2.49	177	6.71	2,639
	E70-E90 Distúrbios metabólicos	Total	123	1.67	265	2.77	1.65	20	4.87	411
	Total		814	11.08	2,330	24.33	2.20	219	6.47	3,383
XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	L80-L99 Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo	Total	441	6.00	1,104	11.53	1.92	108	6.42	1,681
	L00-L08 Infecções da pele e do tecido subcutâneo	Total	213	2.90	695	7.26	2.50	85	8.50	1,000
	Total		718	9.77	1,938	20.24	2.07	199	6.89	2,890
VII - Doenças do olho e anexos	H25-H28 Transtornos do cristalino	Total	414	5.63	725	7.57	1.34	75	6.14	1,222
	H30-H36 Transtornos da coróide e da retina	Total	350	4.76	634	6.62	1.39	32	3.11	1,029
	H43-H45 Transtornos do humor vítreo e do globo ocular	Total	36	0.49	299	3.12	6.37	10	2.88	347
	Total		920	12.52	1,881	19.64	1.57	130	4.39	2,962
VI - Doenças do sistema nervoso	G40-G47 Transtornos episódicos e paroxísticos	G40 Epilepsia	127	1.73	386	4.03	2.33	16	2.99	536
		G45 Acid vasc cerebr isquemicos trans sindr corr	124	1.69	288	3.01	1.78	20	4.62	433

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		G41 Estado de mal epileptico	6	0.08	32	0.33	4.09	2	5.00	40
		Total	302	4.11	759	7.93	1.93	39	3.51	1,112
	G30-G32 Outras doenças degenerativas do sistema nervoso	Total	164	2.23	225	2.35	1.05	35	8.25	424
	G90-G99 Outros transtornos do sistema nervoso	G91 Hidrocefalia	62	0.84	121	1.26	1.50	5	2.65	189
		G93 Outr transt do encefalo	5	0.07	24	0.25	3.68	1	3.33	30
		Total	96	1.31	198	2.07	1.58	10	3.15	317
	G50-G59 Transtornos dos nervos, das raízes e dos plexos nervosos	Total	100	1.36	162	1.69	1.24	8	2.93	273
	Total		877	11.94	1,580	16.50	1.38	107	4.13	2,593
V - Transtornos mentais e comportamentais	F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	F20 Esquizofrenia	274	3.73	492	5.14	1.38	191	19.73	968
		F29 Psicose nao-organica NE	113	1.54	182	1.90	1.24	42	12.39	339
		F23 Transt psicoticos agudos e transitorios	37	0.50	61	0.64	1.26	3	2.97	101
		F25 Transt esquizoafetivos	1	0.01	10	0.10	7.67	2	14.29	14
		Total	435	5.92	756	7.89	1.33	238	16.47	1,445
	F30-F39 Transtornos do humor [afetivos]	F31 Transt afetivo bipolar	69	0.94	126	1.32	1.40	40	16.81	238
		F32 Episodios depressivos	45	0.61	66	0.69	1.13	9	7.32	123
		Total	125	1.70	211	2.20	1.30	52	13.16	395
	F00-F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	Total	142	1.93	192	2.00	1.04	13	3.69	352
	F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa	Total	96	1.31	134	1.40	1.07	15	5.93	253

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	Total		836	11.38	1,357	14.17	1.25	382	14.63	2,611
XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	Z40-Z54 Pessoas em contato com os serviços de saúde para procedimentos e cuidados específicos	Total	289	3.93	586	6.12	1.56	86	8.80	977
	Z30-Z39 Pessoas em contato com os serviços de saúde em circunstâncias relacionadas com a reprodução	Z30 Anticoncepcao	175	2.38	166	1.73	0.73	41	10.68	384
		Total	175	2.38	166	1.73	0.73	41	10.68	384
	Total		652	8.87	1,095	11.43	1.29	153	7.96	1,922
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	D60-D64 Anemias aplásticas e outras anemias	D64 Outr anemias	186	2.53	616	6.43	2.54	58	6.57	883
		D63 Anemia em doenc cronicas COP	12	0.16	60	0.63	3.84	2	2.70	74
		D61 Outr anemias aplasticas	18	0.24	42	0.44	1.79	1	1.59	63
		D62 Anemia aguda pos-hemorragica	2	0.03	21	0.22	8.06	0	0.00	23
		D60 Aplasia pura da serie vermelha adquir	7	0.10	20	0.21	2.19	0	0.00	27
		Total	225	3.06	759	7.93	2.59	61	5.70	1,070
	D50-D53 Anemias nutricionais	Total	61	0.83	175	1.83	2.20	21	8.08	260
	D55-D59 Anemias hemolíticas	D57 Transt falciformes	3	0.04	16	0.17	4.09	1	5.00	20
		Total	9	0.12	34	0.36	2.90	4	8.33	48
	Total		350	4.76	1,073	11.20	2.35	97	6.25	1,552

Fonte: MS/Datasus/SIHSUS, 2023; IBGE: Censo Demográfico 2022, resultados do universo.

INTERNAÇÃO DE PESSOAS DE 70 ANOS E MAIS – SEXO FEMININO, 2023

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
Total	Total		28,398	617.79	47,383	1,305.46	2.11	4,238	5.24	80,913
IX - Doenças do aparelho circulatório	I60-I69 Doenças cerebrovasculares	I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	1,080	23.50	2,710	74.66	3.18	192	4.79	4,011
		I63 Infarto cerebral	61	1.33	202	5.57	4.19	24	8.36	287
		I69 Sequelas de doenc cerebrovasculares	183	3.98	197	5.43	1.36	46	10.75	428
		I61 Hemorragia intracerebral	78	1.70	139	3.83	2.26	8	3.49	229
		I60 Hemorragia subaracnoide	25	0.54	79	2.18	4.00	13	11.11	117
		Total	1,508	32.81	3,456	95.22	2.90	291	5.50	5,294
	I30-I52 Outras formas de doença do coração	I50 Insuf cardiaca	898	19.54	1,686	46.45	2.38	139	5.06	2,749
		I44 Bloqueio atrioventricular e do ramo esquerdo	202	4.39	383	10.55	2.40	8	1.34	599
		I48 Flutter e fibrilacao atrial	116	2.52	177	4.88	1.93	8	2.64	303
		I46 Parada cardiaca	32	0.70	116	3.20	4.59	2	1.33	150
		I42 Cardiomiopatias	64	1.39	108	2.98	2.14	5	2.82	177
		Total	1,486	32.33	2,706	74.55	2.31	179	4.06	4,407
	I20-I25 Doenças isquêmicas do coração	I21 Infarto agudo do miocardio	617	13.42	1,200	33.06	2.46	84	4.38	1,916
		I20 Angina pectoris	228	4.96	461	12.70	2.56	19	2.66	713
		I25 Doenc isquemica cronica do coracao	166	3.61	177	4.88	1.35	19	5.18	367
		I24 Outr doenc isquemicas agudas do coracao	141	3.07	107	2.95	0.96	12	4.53	265
		I22 Infarto do miocardio recorrente	17	0.37	38	1.05	2.83	8	12.70	63
		I23 Alg complic atuais subs	0	0.00	14	0.39	-	1	6.67	15

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		infarto agud miocard								
		Total	1,169	25.43	1,997	55.02	2.16	143	4.28	3,339
	I70-I79 Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares	Total	461	10.03	900	24.80	2.47	71	4.92	1,443
	I80-I89 Doenças das veias, dos vasos linfáticos e dos gânglios linfáticos, não classificadas em outra parte	I80 Flebite e tromboflebite	177	3.85	295	8.13	2.11	42	8.08	520
		I83 Varizes dos membros infer	102	2.22	125	3.44	1.55	6	2.53	237
		I84 Hemorroidas	34	0.74	45	1.24	1.68	2	2.47	81
		I87 Outr transt das veias	22	0.48	42	1.16	2.42	4	5.88	68
		I82 Outr embolia e trombose venosas	18	0.39	34	0.94	2.39	3	5.17	58
		Total	364	7.92	554	15.26	1.93	57	5.77	988
	I10-I15 Doenças hipertensivas	Total	254	5.53	514	14.16	2.56	79	9.21	858
	Total		5,315	115.63	10,230	281.85	2.44	828	5.01	16,515
XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas	S70-S79 Traumatismos do quadril e da coxa	S72 Frat do femur	1,387	30.17	2,402	66.18	2.19	191	4.77	4,001
		Total	1,422	30.94	2,448	67.45	2.18	193	4.73	4,084
	T00-T07 Traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo	T02 Frat envolv mult regioes do corpo	272	5.92	578	15.92	2.69	10	1.15	869
		T03 Luxac entors distens envolv reg mult corpo	110	2.39	36	0.99	0.41	1	0.68	147
		Total	435	9.46	678	18.68	1.97	14	1.23	1,137
	T80-T88 Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos, não classificadas em outra parte	Total	305	6.64	602	16.59	2.50	24	2.57	934
	S50-S59 Traumatismos do cotovelo e do antebraço	S52 Frat do antebraço	243	5.29	455	12.54	2.37	34	4.63	734
		Total	255	5.55	470	12.95	2.33	38	4.97	765
	S00-S09 Traumatismos da cabeça	S06 Traum intracraniano	256	5.57	419	11.54	2.07	13	1.87	695
		Total	289	6.29	459	12.65	2.01	19	2.45	774
	S80-S89 Traumatismos do joelho e da	S82 Frat da perna incl tornozelo	177	3.85	308	8.49	2.20	25	4.87	513

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	perna	Total	224	4.87	382	10.52	2.16	32	4.98	643
	Total		3,417	74.34	5,962	164.26	2.21	401	4.08	9,834
X - Doenças do aparelho respiratório	J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	Total	2,282	49.64	3,723	102.57	2.07	271	4.27	6,346
	J95-J99 Outras doenças do aparelho respiratório	Total	237	5.16	447	12.32	2.39	46	6.24	737
	J80-J84 Outras doenças respiratórias que afetam principalmente o interstício	J81 Edema pulmonar NE de outr form	197	4.29	409	11.27	2.63	55	8.28	664
		Total	230	5.00	443	12.21	2.44	65	8.77	741
	J40-J47 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	Total	255	5.55	348	9.59	1.73	25	3.91	639
	J90-J94 Outras doenças da pleura	Total	148	3.22	236	6.50	2.02	18	4.42	407
	Total		3,221	70.07	5,302	146.08	2.08	434	4.79	9,056
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A30-A49 Outras doenças bacterianas	A41 Outr septicemias	1,297	28.22	2,589	71.33	2.53	261	6.19	4,217
		A49 Infecc bacter de localiz NE	471	10.25	758	20.88	2.04	67	5.11	1,311
		A46 Erisipela	152	3.31	255	7.03	2.12	25	5.77	433
		A48 Outr doenc bacter NCOP	161	3.50	218	6.01	1.71	35	8.31	421
		A31 Infecc dev outr micobacterias	107	2.33	201	5.54	2.38	11	3.42	322
		Total	2,242	48.77	4,094	112.79	2.31	403	5.90	6,836
	Total		2,555	55.58	4,513	124.34	2.24	450	5.90	7,625
XIV - Doenças do aparelho geniturinário	N30-N39 Outras doenças do aparelho urinário	Total	1,382	30.07	2,040	56.20	1.87	196	5.37	3,650
	N17-N19 Insuficiência renal	N18 Insuf renal cronica	337	7.33	930	25.62	3.49	117	8.35	1,401
		N17 Insuf renal aguda	129	2.81	320	8.82	3.14	35	7.11	492
		N19 Insuf renal NE	0	0.00	3	0.08	-	0	0.00	3
		Total	466	10.14	1,253	34.52	3.41	152	8.02	1,896
	N80-N98 Transtornos não-inflamatórios	N81 Prolapso genital femin	271	5.90	506	13.94	2.36	55	6.48	849

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	do trato genital feminino	N84 Polipo do trato genital femin	95	2.07	154	4.24	2.05	33	11.62	284
		Total	427	9.29	793	21.85	2.35	109	8.06	1,352
	N20-N23 Calculose renal	Total	98	2.13	146	4.02	1.89	15	5.68	264
	Total		2,492	54.21	4,416	121.67	2.24	495	6.61	7,491
XI - Doenças do aparelho digestivo	K80-K87 Transtornos da vesícula biliar, das vias biliares e do pâncreas	K80 Colelitiase	741	16.12	868	23.91	1.48	93	5.44	1,708
		K81 Colecistite	134	2.92	193	5.32	1.82	16	4.64	345
		K83 Outr doenc das vias biliares	66	1.44	161	4.44	3.09	27	10.38	260
		K85 Pancreatite aguda	49	1.07	98	2.70	2.53	13	8.02	162
		Total	1,045	22.73	1,410	38.85	1.71	158	5.99	2,639
	K55-K63 Outras doenças dos intestinos	Total	487	10.59	802	22.10	2.09	87	6.24	1,395
	K90-K93 Outras doenças do aparelho digestivo	Total	327	7.11	576	15.87	2.23	65	6.66	976
	K40-K46 Hérnias	Total	358	7.79	398	10.97	1.41	59	7.19	821
	Total		2,534	55.13	3,724	102.60	1.86	422	6.25	6,751
II - Neoplasias [tumores]	C15-C26 Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	C18 Neopl malig do colon	247	5.37	295	8.13	1.51	25	4.33	577
		C20 Neopl malig do reto	95	2.07	139	3.83	1.85	30	11.15	269
		C16 Neopl malig do estomago	69	1.50	109	3.00	2.00	8	4.28	187
		C25 Neopl malig do pancreas	45	0.98	104	2.87	2.93	8	5.00	160
		C22 Neopl malig figado vias biliares intra-hepat	46	1.00	56	1.54	1.54	9	7.56	119
		C15 Neopl malig do esofago	23	0.50	44	1.21	2.42	5	6.85	73
		C17 Neopl malig do intestino delgado	15	0.33	34	0.94	2.87	3	5.77	52
		C23 Neopl malig da vesicula biliar	13	0.28	31	0.85	3.02	0	0.00	44
		C19 Neopl malig da juncao retossigmoide	14	0.30	31	0.85	2.80	1	2.17	46

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
		C24 Neopl malig outr partes e NE vias biliares	13	0.28	29	0.80	2.83	1	2.04	49
		C21 Neopl malig do anus e do canal anal	14	0.30	29	0.80	2.62	4	8.33	48
		Total	606	13.18	913	25.15	1.91	95	5.75	1,651
	C50-C50 Neoplasias malignas da mama	C50 Neopl malig da mama	571	12.42	665	18.32	1.47	87	6.41	1,358
		Total	571	12.42	665	18.32	1.47	87	6.41	1,358
	C51-C58 Neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos	C54 Neopl malig do corpo do utero	111	2.41	149	4.11	1.70	5	1.86	269
		C53 Neopl malig do colo do utero	89	1.94	121	3.33	1.72	11	4.93	223
		C56 Neopl malig do ovario	68	1.48	67	1.85	1.25	9	6.12	147
		C51 Neopl malig da vulva	13	0.28	42	1.16	4.09	0	0.00	58
		C57 Neopl malig outr org genitais femin e NE	17	0.37	21	0.58	1.56	2	5.00	40
		C55 Neopl malig do utero porcao NE	5	0.11	13	0.36	3.29	1	5.26	19
		Total	305	6.64	416	11.46	1.73	29	3.81	762
	D37-D48 Neoplasias [tumores] de comportamento incerto ou desconhecido	Total	184	4.00	322	8.87	2.22	15	2.86	525
	D10-D36 Neoplasias [tumores] benignas(os)	D25 Leiomioma do utero	41	0.89	86	2.37	2.66	5	3.70	135
		Total	135	2.94	198	5.46	1.86	17	4.78	356
	C64-C68 Neoplasias malignas do trato urinário	C67 Neopl malig da bexiga	108	2.35	119	3.28	1.40	14	5.62	249
		C64 Neopl malig do rim exceto pelve renal	22	0.48	55	1.52	3.17	5	6.10	82
		Total	141	3.07	188	5.18	1.69	20	5.60	357
	Total		2,911	63.33	3,568	98.30	1.55	359	5.15	6,971
VII - Doenças do olho e anexos	H25-H28 Transtornos do cristalino	Total	1,012	22.02	1,477	40.69	1.85	134	5.05	2,652
	H30-H36 Transtornos da coróide e da retina	Total	178	3.87	287	7.91	2.04	21	4.27	492

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	H43-H45 Transtornos do humor vítreo e do globo ocular	Total	52	1.13	199	5.48	4.85	7	2.71	258
	H40-H42 Glaucoma	H40 Glaucoma	62	1.35	80	2.20	1.63	8	5.30	151
		H42 Glaucoma em doenc COP	0	0.00	1	0.03	-	0	0.00	1
		Total	62	1.35	81	2.23	1.65	8	5.26	152
	Total		1,408	30.63	2,160	59.51	1.94	178	4.70	3,787
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R00-R09 Sintomas e sinais relativos ao aparelho circulatório e respiratório	R02 Gangrena NCOP	92	2.00	586	16.15	8.07	38	5.28	720
		Total	129	2.81	635	17.50	6.23	41	5.06	811
	R50-R69 Sintomas e sinais gerais	R57 Choque NCOP	133	2.89	354	9.75	3.37	17	3.35	508
		Total	308	6.70	582	16.03	2.39	34	3.66	930
	R10-R19 Sintomas e sinais relativos ao aparelho digestivo e ao abdome	Total	117	2.55	238	6.56	2.58	26	6.75	385
IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E10-E14 Diabetes mellitus	Total	256	5.57	669	18.43	3.31	54	5.45	990
	E70-E90 Distúrbios metabólicos	Total	331	7.20	439	12.09	1.68	19	2.40	792
	E40-E46 Desnutrição	Total	110	2.39	111	3.06	1.28	6	2.63	228
	Total		725	15.77	1,258	34.66	2.20	81	3.89	2,080
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	D60-D64 Anemias aplásticas e outras anemias	D64 Outr anemias	225	4.89	622	17.14	3.50	65	6.99	930
		D63 Anemia em doenc cronicas COP	18	0.39	37	1.02	2.60	4	6.78	59
		D61 Outr anemias aplasticas	27	0.59	37	1.02	1.74	2	3.03	66
		D60 Aplasia pura da serie vermelha adquir	4	0.09	18	0.50	5.70	0	0.00	22
		D62 Anemia aguda pos-hemorragica	7	0.15	14	0.39	2.53	3	12.50	24
		Total	281	6.11	728	20.06	3.28	74	6.72	1,101
	D50-D53 Anemias nutricionais	Total	95	2.07	188	5.18	2.51	27	8.60	314

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	Total		431	9.38	1,004	27.66	2.95	112	7.14	1,569
XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	L80-L99 Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo	L98 Outr afecções da pele e tec subcutâneo NCOP	166	3.61	231	6.36	1.76	25	5.84	428
		L97 Úlcera dos membros infer NCOP	44	0.96	175	4.82	5.04	23	9.50	242
		L89 Úlcera de decubito	50	1.09	152	4.19	3.85	10	4.69	213
		Total	351	7.64	682	18.79	2.46	65	5.87	1,107
	L00-L08 Infecções da pele e do tecido subcutâneo	Total	114	2.48	270	7.44	3.00	30	7.19	417
	Total		511	11.12	999	27.52	2.48	99	6.11	1,621
XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M15-M19 Artroses	Total	355	7.72	454	12.51	1.62	16	1.93	829
	M20-M25 Outros transtornos articulares	Total	64	1.39	94	2.59	1.86	7	4.19	167
	Total		801	17.43	987	27.19	1.56	55	2.97	1,852
VI - Doenças do sistema nervoso	G40-G47 Transtornos episódicos e paroxísticos	G45 Acid vasc cerebr isquemicos trans sindr corr	183	3.98	241	6.64	1.67	9	2.06	437
		G40 Epilepsia	72	1.57	131	3.61	2.30	2	0.97	206
		G47 Distúrbios do sono	8	0.17	20	0.55	3.17	0	0.00	28
		G46 Sindr vasc cerebr q ocorr doenc cerebrovasc	5	0.11	14	0.39	3.55	1	4.17	24
		Total	279	6.07	420	11.57	1.91	15	2.07	723
	G30-G32 Outras doenças degenerativas do sistema nervoso	Total	333	7.24	189	5.21	0.72	30	5.23	574
	G50-G59 Transtornos dos nervos, das raízes e dos plexos nervosos	G56 Mononeuropatias dos membros super	36	0.78	86	2.37	3.03	8	6.11	131
		Total	86	1.87	127	3.50	1.87	9	4.04	223
	G90-G99 Outros transtornos do sistema nervoso	G91 Hidrocefalia	37	0.80	76	2.09	2.60	1	0.87	115
		Total	48	1.04	100	2.76	2.64	2	1.32	151
	Total		803	17.47	899	24.77	1.42	63	3.50	1,799

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
V - Transtornos mentais e comportamentais	F00-F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos	F03 Demencia NE	159	3.46	124	3.42	0.99	16	5.10	314
		F00 Demencia na doenc de Alzheimer	2	0.04	58	1.60	36.73	19	24.05	79
		Total	235	5.11	236	6.50	1.27	59	10.59	557
	F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	Total	45	0.98	58	1.60	1.63	27	20.61	131
	Total		316	6.87	337	9.28	1.35	92	11.89	774

Fonte: MS/Datasus/SIHSUS, 2023; IBGE: Censo Demográfico 2022, resultados do universo.

INTERNAÇÕES DE PESSOAS DE 70 ANOS E MAIS - SEXO MASCULINO, 2023

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
Total	Total		25,429	903.45	42,293	1,771.10	1.96	3,759	5.19	72,429
IX - Doenças do aparelho circulatório	I60-I69 Doenças cerebrovasculares	I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	922	32.76	2,326	97.41	2.97	154	4.49	3,428
		I69 Sequelas de doenc cerebrovasculares	178	6.32	202	8.46	1.34	5	1.26	398
		I63 Infarto cerebral	46	1.63	173	7.24	4.43	28	11.29	248
		I61 Hemorragia intracerebral	97	3.45	136	5.70	1.65	12	4.82	249
		Total	1,333	47.36	3,002	125.71	2.65	208	4.53	4,592
	I20-I25 Doenças isquêmicas do coração	I21 Infarto agudo do miocardio	897	31.87	1,639	68.64	2.15	94	3.51	2,677
		I20 Angina pectoris	360	12.79	575	24.08	1.88	30	3.09	972
		I25 Doenc isquemica cronica do coracao	223	7.92	273	11.43	1.44	21	4.05	518
		I24 Outr doenc isquemicas agudas do coracao	207	7.35	151	6.32	0.86	37	9.32	397
		Total	1,710	60.75	2,683	112.36	1.85	187	4.03	4,639
	I30-I52 Outras formas de doença do coração	I50 Insuf cardiaca	948	33.68	1,641	68.72	2.04	143	5.17	2,767
		I44 Bloqueio atrioventricular e do ramo esquerdo	261	9.27	419	17.55	1.89	12	1.72	698
		I48 Flutter e fibrilacao atrial	84	2.98	126	5.28	1.77	4	1.85	216
		I46 Parada cardiaca	38	1.35	94	3.94	2.92	4	2.94	136
		I42 Cardiomiopatias	80	2.84	93	3.89	1.37	5	2.69	186
		Total	1,609	57.17	2,613	109.42	1.91	180	4.04	4,454
	I70-I79 Doenças das artérias, das arteríolas e dos capilares	Total	552	19.61	1,008	42.21	2.15	109	6.48	1,683

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	I10-I15 Doenças hipertensivas	Total	277	9.84	366	15.33	1.56	66	9.24	714
	I80-I89 Doenças das veias, dos vasos linfáticos e dos gânglios linfáticos, não classificadas em outra parte	Total	239	8.49	363	15.20	1.79	29	4.52	642
	Total		5,773	205.11	10,095	422.75	2.06	781	4.64	16,839
X - Doenças do aparelho respiratório	J09-J18 Influenza [gripe] e pneumonia	Total	1,862	66.15	3,185	133.38	2.02	254	4.74	5,361
	J95-J99 Outras doenças do aparelho respiratório	Total	227	8.06	409	17.13	2.12	38	5.58	681
	J40-J47 Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	J44 Outr doenc pulmonares obstrutivas cronicas	209	7.43	311	13.02	1.75	25	4.53	552
		J43 Enfisema	23	0.82	33	1.38	1.69	2	3.23	62
		Total	252	8.95	371	15.54	1.74	32	4.79	668
	J80-J84 Outras doenças respiratórias que afetam principalmente o interstício	Total	120	4.26	342	14.32	3.36	31	6.21	499
	J90-J94 Outras doenças da pleura	Total	136	4.83	248	10.39	2.15	17	4.19	406
	Total		2,679	95.18	4,676	195.82	2.06	380	4.85	7,828
XIV - Doenças do aparelho geniturinário	N30-N39 Outras doenças do aparelho urinário	Total	1,081	38.41	1,829	76.59	1.99	183	5.84	3,132
	N17-N19 Insuficiência renal	N18 Insuf renal cronica	456	16.20	1,076	45.06	2.78	132	7.82	1,687
		N17 Insuf renal aguda	195	6.93	470	19.68	2.84	41	5.73	716
		Total	653	23.20	1,550	64.91	2.80	174	7.22	2,410
	N40-N51 Doenças dos órgãos genitais masculinos	N40 Hiperplasia da prostata	366	13.00	544	22.78	1.75	67	6.77	989
		N47 Hipertrofia do prepucio fimose e parafimose	55	1.95	79	3.31	1.69	6	4.20	143
		Total	526	18.69	764	31.99	1.71	86	6.15	1,398
	N20-N23 Calculose renal	Total	159	5.65	217	9.09	1.61	14	3.54	395

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	Total		2,506	89.03	4,504	188.61	2.12	464	6.12	7,578
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A30-A49 Outras doenças bacterianas	A41 Outr septicemias	1,006	35.74	2,218	92.88	2.60	222	6.34	3,504
		A49 Infecc bacter de localiz NE	408	14.50	685	28.69	1.98	64	5.46	1,172
		A46 Erisipela	133	4.73	276	11.56	2.45	29	6.61	439
		A48 Outr doenc bacter NCOP	151	5.36	265	11.10	2.07	30	6.48	463
		A31 Infecc dev outr micobacterias	97	3.45	166	6.95	2.02	13	4.61	282
		Total	1,837	65.27	3,672	153.77	2.36	363	6.08	5,969
	A15-A19 Tuberculose	Total	48	1.71	117	4.90	2.87	2	1.20	167
	Total		2,139	76.00	4,087	171.15	2.25	397	5.90	6,726
XI - Doenças do aparelho digestivo	K40-K46 Hérnias	Total	1,654	58.76	1,604	67.17	1.14	232	6.61	3,511
	K80-K87 Transtornos da vesícula biliar, das vias biliares e do pâncreas	K80 Colelitíase	316	11.23	406	17.00	1.51	37	4.83	766
		K81 Colecistite	86	3.06	105	4.40	1.44	7	3.43	204
		K83 Outr doenc das vias biliares	44	1.56	89	3.73	2.38	10	6.94	144
		Total	535	19.01	712	29.82	1.57	72	5.39	1,336
	K55-K63 Outras doenças dos intestinos	Total	340	12.08	657	27.51	2.28	66	6.15	1,073
	K90-K93 Outras doenças do aparelho digestivo	Total	323	11.48	498	20.85	1.82	72	7.89	912
	K70-K77 Doenças do fígado	K74 Fibrose e cirrose hepáticas	41	1.46	79	3.31	2.27	3	2.44	123
		K76 Outr doenc do figado	18	0.64	59	2.47	3.86	7	8.05	87
		K70 Doenc alcoolica do figado	18	0.64	41	1.72	2.68	0	0.00	61
		Total	113	4.01	236	9.88	2.46	17	4.55	374
	K20-K31 Doenças do esôfago, do estômago e do duodeno	Total	95	3.38	178	7.45	2.21	14	4.83	290
	Total		3,160	112.27	4,028	168.68	1.50	490	6.31	7,760

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
II - Neoplasias [tumores]	C15-C26 Neoplasias malignas dos órgãos digestivos	C18 Neopl malign do colon	235	8.35	278	11.64	1.39	12	2.21	543
		C16 Neopl malign do estomago	98	3.48	181	7.58	2.18	21	6.89	305
		C20 Neopl malign do reto	84	2.98	140	5.86	1.96	16	6.56	244
		C15 Neopl malign do esofago	47	1.67	124	5.19	3.11	15	7.89	190
		C22 Neopl malign figado vias biliares intra-hepat	57	2.03	75	3.14	1.55	13	8.84	147
		C25 Neopl malign do pancreas	43	1.53	68	2.85	1.86	6	5.04	119
		Total	657	23.34	983	41.17	1.76	94	5.30	1,774
	C60-C63 Neoplasias malignas dos órgãos genitais masculinos	C61 Neopl malign da prostata	474	16.84	742	31.07	1.85	59	4.51	1,309
		Total	497	17.66	774	32.41	1.84	61	4.46	1,368
	C64-C68 Neoplasias malignas do trato urinário	C67 Neopl malign da bexiga	249	8.85	309	12.94	1.46	31	5.12	605
		C64 Neopl malign do rim exceto pelve renal	36	1.28	66	2.76	2.16	7	6.36	110
		Total	300	10.66	394	16.50	1.55	38	5.03	756
	D37-D48 Neoplasias [tumores] de comportamento incerto ou desconhecido	Total	184	6.54	298	12.48	1.91	12	2.39	503
	C43-C44 Melanoma e outras(os) neoplasias malignas da pele	Total	400	14.21	297	12.44	0.88	49	6.50	754
	C30-C39 Neoplasias malignas do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	C34 Neopl malign dos bronquios e dos pulmoes	117	4.16	150	6.28	1.51	9	3.21	280
		C32 Neopl malign da laringe	48	1.71	91	3.81	2.23	6	4.08	147
		Total	173	6.15	257	10.76	1.75	16	3.54	452
	C76-C80 Neoplasias malignas de localizações mal definidas, secundárias e de localizações não especificadas	Total	121	4.30	137	5.74	1.33	13	4.73	275
	D10-D36 Neoplasias [tumores] benignas(os)	Total	78	2.77	130	5.44	1.96	7	3.23	217

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
	Total		2,863	101.72	3,686	154.36	1.52	314	4.48	7,011
XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	S70-S79 Traumatismos do quadril e da coxa	S72 Frat do femur	451	16.02	945	39.57	2.47	65	4.42	1,469
		Total	469	16.66	976	40.87	2.45	66	4.34	1,522
	S00-S09 Traumatismos da cabeça	S06 Traum intracraniano	327	11.62	575	24.08	2.07	25	2.67	936
		Total	350	12.43	636	26.63	2.14	27	2.64	1,023
	T80-T88 Complicações de cuidados médicos e cirúrgicos, não classificados em outra parte	Total	253	8.99	519	21.73	2.42	18	2.27	793
	T00-T07 Traumatismos envolvendo múltiplas regiões do corpo	T02 Frat envolv mult regioes do corpo	114	4.05	250	10.47	2.58	6	1.60	374
		Total	166	5.90	329	13.78	2.34	12	2.34	512
	S80-S89 Traumatismos do joelho e da perna	Total	124	4.41	210	8.79	2.00	19	5.34	356
	Total		1,730	61.46	3,517	147.28	2.40	218	3.96	5,508
XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R00-R09 Sintomas e sinais relativos ao aparelho circulatório e respiratório	R02 Gangrena NCOP	157	5.58	688	28.81	5.17	66	7.14	924
		Total	183	6.50	728	30.49	4.69	69	6.94	994
	R50-R69 Sintomas e sinais gerais	R57 Choque NCOP	126	4.48	272	11.39	2.54	22	5.19	424
		Total	272	9.66	489	20.48	2.12	40	4.95	808
	R30-R39 Sintomas e sinais relativos ao aparelho urinário	Total	104	3.69	202	8.46	2.29	17	5.14	331
	Total		690	24.51	1,624	68.01	2.77	140	5.62	2,491
VII - Doenças do olho e anexos	H25-H28 Transtornos do cristalino	Total	681	24.19	882	36.94	1.53	65	3.96	1,642
	H30-H36 Transtornos da coróide e da retina	Total	158	5.61	285	11.93	2.13	12	2.59	463
	H43-H45 Transtornos do humor vítreo e do globo ocular	Total	32	1.14	128	5.36	4.71	5	3.01	166
	Total		967	34.36	1,429	59.84	1.74	94	3.74	2,514

Capítulos CID-10	Grupos	Diagnóstico CID10	Branca		Negra		Razão negra x branca	Sem informação de cor/raça		Total
			N	Taxa	N	Taxa		N	%	
IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E10-E14 Diabetes mellitus	Total	327	11.62	734	30.74	2.65	73	6.36	1,148
	Total		626	22.24	1,088	45.56	2.05	106	5.75	1,844
III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	D60-D64 Anemias aplásticas e outras anemias	Total	255	9.06	608	25.46	2.81	48	5.19	925
	D50-D53 Anemias nutricionais	Total	76	2.70	135	5.65	2.09	13	5.63	231
	Total		376	13.36	838	35.09	2.63	67	5.14	1,304
XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	L80-L99 Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo	Total	330	11.72	520	21.78	1.86	52	5.71	910
	L00-L08 Infecções da pele e do tecido subcutâneo	Total	109	3.87	235	9.84	2.54	36	9.38	384
	L60-L75 Afecções dos anexos da pele	L72 Cistos foliculares da pele e tec subcutaneo	25	0.89	24	1.01	1.13	2	3.92	51
		Total	25	0.89	24	1.01	1.13	2	3.92	51
	Total		477	16.95	807	33.79	1.99	92	6.63	1,388
VI - Doenças do sistema nervoso	G40-G47 Transtornos episódicos e paroxísticos	Total	247	8.78	370	15.49	1.77	35	5.30	661
	G30-G32 Outras doenças degenerativas do sistema nervoso	Total	137	4.87	133	5.57	1.14	25	8.47	295
	G90-G99 Outros transtornos do sistema nervoso	G91 Hidrocefalia	38	1.35	74	3.10	2.30	2	1.74	115
		Total	63	2.24	97	4.06	1.81	3	1.83	164
	Total		567	20.14	726	30.40	1.51	67	4.85	1,382
XIII - Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M15-M19 Artroses	Total	176	6.25	225	9.42	1.51	10	2.42	413
	Total		405	14.39	560	23.45	1.63	36	3.56	1,011

Fonte: MS/Datasus/SIHSUS, 2023; IBGE: Censo Demográfico 2022, resultados do universo.

Anexo 03

Propostas da 9ª Conferência Estadual de Saúde do RJ em Diálogo com os Objetivos iniciais do Plano Estadual de Saúde 2024-2027

Dezembro de 2023

DIRETRIZ PES 1. Organização das Redes de Atenção à Saúde regionalizadas, fortalecendo a atenção em todos os níveis e a transversalidade da promoção e vigilância em saúde.

PES 2024-2027		PROPOSTAS APROVADAS NA 9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RJ
OBJETIVO PES	TEMÁTICA RELACIONADA AO OBJETIVO	
Enfrentar a mortalidade materna e a mortalidade infantil.	Mortalidade Materna e Infantil	Cofinanciamento Estadual e Federal para implantação de casas de parto. Implementar ações para a redução de mortes maternas entre mulheres negras e formular plano de ação orientada para a mitigação dos efeitos da violência e do racismo institucional na Atenção à Saúde da Mulher, com atenção especial para ginecologia e obstetrícia, incluindo marco legal para prevenção e punição da violência obstétrica e atenção às vítimas. Implementação de atualização de protocolos e condutas na assistência ao parto para médicos e enfermeiros obstetras, com base na medicina baseada em evidências científicas; protagonismo da mulher e entendimento do evento parto como um evento fisiológico e familiar; Doulas – reconhecimento da categoria - nas unidades do SUS para atendimento com suporte informacional e emocional, durante a gestação, e suporte físico, com técnicas não farmacológicas para alívio da dor, durante o parto, facilitação da amamentação durante o puerpério, por exemplo, humanização da assistência ao nascimento.
Reduzir a mortalidade precoce pelos cânceres mais prevalentes no Estado (câncer de mama, de colo de útero e de próstata)	Mortalidade por Câncer	Dar maior ênfase ao Programa de Saúde da Mulher com ações promoção e prevenção, exames periódicos e cuidados mais eficazes a para prevenir e evitar o surgimento das neoplasias. Implantar Centros de Referência à Saúde da Mulher para garantir o acesso imediato de mulheres com alteração Citopatológicos a exames e procedimentos como conização, colposcopia e outros que permitam que sejam inseridas no tratamento oncológico em tempo apropriado para que haja êxito no tratamento. Implementar a Rede de Oncologia, conforme lei e portaria, fiscalizando através dos órgãos de controle os serviços de Oncologia credenciados e habilitados pelo Ministério da Saúde, emitindo relatórios quadrimestrais sobre o funcionamento dos serviços.

		Garantir o atendimento Integral dentro da rede de oncologia, sobretudo visando o diagnóstico (etiológico, estadiamento da doença etc.) através do Cofinanciamento Observando o assustador índice de mortalidade oncológica infantil, implementar a oncologia infantil nos UNACON's em todo o território nacional. Buscar na Política Regional resolutividade na coleta de material para biópsia
Reduzir a mortalidade precoce por Doenças do Aparelho Circulatório.	Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório	SEM PROPOSTAS CORRELACIONADAS DIRETAMENTE A ESSE OBJETIVO PES 2024-2027
Ampliar o acesso oportuno de usuários com Doença Renal Crônica aos serviços especializados.	Doença Renal Crônica	Garantir a ampliação e oferta de vagas de terapia renal substitutiva e Oncologia, incluindo vagas de cuidados paliativos, na rede estadual de saúde por meio das unidades estaduais e cofinanciamento para as demais unidades, com fortalecimento do sistema estadual de regulação – SER, priorizando locais com escassez de oferta destes serviços no estado do Rio de Janeiro. Ampliar o serviço de hemodiálise para garantir vagas no município e evitar o deslocamento para cidades vizinhas.
Reduzir a morbidade e mortalidade por doenças transmissíveis.	Doenças Transmissíveis	Criação de Laboratórios de Referência em todas as nove regiões do Estado do Rio de Janeiro. Combate às FAKENEWS e ao negativismo da eficácia das vacinas e medicações. Investir nos meios de comunicação para a sensibilização e informação da rede de saúde e da população, com relação aos sintomas da tuberculose e os locais para diagnóstico e tratamento. Dar visibilidade e operacionalizar a Instrução Operacional Conjunta nº 1 (interministerial), assinada em 26/09/2019, que orienta acerca da atuação em articulação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) com o Sistema Único de Saúde (SUS), visando a qualificação do cuidado integral das pessoas com Tuberculose em situação de vulnerabilidade social. Fortalecer as ações intersetoriais no âmbito da gestão em saúde, intensificando as ações de vigilância que incentivem a vacinação, sensibilizando a população e combatendo a disseminação de notícias falsas (Fake News) sobre o Programa Nacional de Imunização (PNI),

		responsabilizando detratores, conforme a Lei nº 12.965. Criação de uma comissão mista para o fortalecimento do tratamento das doenças negligenciadas.
Estruturar resposta às Emergências em Saúde Pública.	Emergências em Saúde Pública	Criar uma política de financiamento para a reabilitação pós-covid. Aumentar os recursos financeiros destinados ao SUS para atender especialmente as sequelas pós pandemia. Investir, efetivamente, na integração da vigilância em saúde na RAS, em especial na APS, para que o amanhã seja melhor do que o que vivemos em tempos de Covid-19. Criar uma política de financiamento para a reabilitação pós-covid. Aumentar os recursos financeiros destinados ao SUS para atender especialmente as sequelas pós pandemia.
Fortalecer a Atenção Nutricional e Segurança Alimentar e Nutricional.	Alimentação e Nutrição	SEM PROPOSTAS CORRELACIONADAS DIRETAMENTE A ESSE OBJETIVO PES 2024-2027
Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nas regiões de saúde.	Rede de Atenção Psicossocial	Acesso de pacientes psiquiátricos a medicamentos de uso contínuo. Retorno do financiamento dos leitos de Saúde Mental nos hospitais gerais para adultos, crianças e adolescentes. Ampliação e maior acesso ao atendimento psicológico no combate à depressão em crianças, jovens e adultos. Ampliação do centro de especialidades com ênfase em saúde mental. Garantir o financiamento de equipes de Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária em Saúde. Garantir e fortalecer, através de financiamento, as Políticas de Saúde Mental, incentivando atuação intersetorial. Garantir o respeito, a diversidade e as diferenças culturais e regionais como preconizam as Diretrizes do SUS. Ampliar a Política Nacional de Saúde Mental, no que se refere à atenção a dependentes químicos. Retorno do financiamento dos leitos de Saúde Mental nos hospitais gerais para adultos, crianças e adolescentes. Ampliação e maior acesso ao atendimento psicológico no combate à depressão em crianças, jovens e adultos. Garantir a qualificação dos trabalhadores de Saúde Mental. Garantir o acesso aos serviços de saúde mental de base comunitária e territorial e o cuidado em liberdade através do financiamento da política antimanicomial.

		Fortalecimento e o aumento do incentivo na Saúde Mental, bem como da rede de atenção psicossocial visando a suspensão do funcionamento das comunidades terapêuticas em defesa da dignidade e da vida observando os princípios da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial. Capacitação multiprofissional em Saúde Mental baseado em direitos humanos em todo o serviço de saúde, com ênfase no financiamento, fortalecimento, fiscalização e integralização da rede de atenção psicossocial, com todos os dispositivos de saúde. Implementar e garantir as políticas públicas já existentes, voltadas para saúde mental, em especial TEA e saúde da mulher. Implantar o CAPS em municípios com população inferior a 10.000 habitantes garantindo um atendimento adequado aos pacientes que residem em municípios de pequeno porte, e garantir o repasse do custeio e manutenção pelo Governo Federal.
Fortalecer a transversalidade das políticas de equidade na Rede de Atenção à Saúde (RAS), com foco na saúde das populações vulneráveis.	Populações Vulneráveis	Garantir a universalidade, dispondo de políticas de regulação e de serviços de especialidade para a população mais vulnerável, como prioridade. Garantir o atendimento com equidade em toda a rede de saúde. Garantir o atendimento humanizado aos cidadãos, respeitando a diversidade, com políticas públicas relevantes e respeito à população de todos os gêneros, etnias, pessoas com deficiência e idosos. Garantir equidade no acesso ao direito à saúde e fazer gestão em parceria com o usuário, sendo este, o seu mais importante avaliador. É preciso levar em conta sua perspectiva no diagnóstico de problemas e desenho de soluções. Adequação das equipes NASF, incluindo os profissionais necessários às demandas específicas do povo preto, como Hematologista, e da população LGBTQIA+, como endocrinologista. Implementação das políticas de saúde da mulher, população idosa, saúde mental, população LGBTQIAP+, quilombolas e população em situação de vulnerabilidade social. Garantir o atendimento humanizado aos cidadãos, respeitando a diversidade, com políticas públicas relevantes e respeito à população de todos os gêneros, etnias, pessoas deficientes e idosos.

		Fomentar Política de atendimento, reciclagem, acolhimento e capacitação dos profissionais da saúde em relação à comunidade LGBTQIAP+. Promover articulações com a Secretaria de Estado de Segurança Pública para assegurar o direito de creche para os filhos das mulheres com restrição de liberdade, e garantir que essas mulheres durante trabalho de parto não sejam algemadas. Implementar e realizar a intersetorialização da linha de cuidado de grupos vulneráveis, aprimorando a atenção à saúde mental. Elaborar, aplicar e implementar Protocolos Assistenciais, de Acesso e de Atenção à Saúde, conforme preceito do SUS, em todos os níveis de complexidade. Garantir a implementação de novos leitos das diversas especialidades, com base nas métricas dos indicadores de saúde (indicadores de hospitalização, taxa de internação, óbitos e nascidos vivos). Dar visibilidade e operacionalizar a Instrução Operacional Conjunta nº 1 (interministerial), assinada em 26/09/2019, que orienta acerca da atuação em articulação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) com o Sistema Único 12 de Saúde (SUS), visando a qualificação do cuidado integral das pessoas com Tuberculose em situação de vulnerabilidade social. Desvinculação do gênero/sexualidade das campanhas de cuidados aos sistemas reprodutivos, como estratégias de incluir a população transsexual nas campanhas de cuidado do sistema reprodutivo. Fortalecer as políticas públicas e garantir investimentos e capacitação profissional de saúde que garantam o acesso de fato a todos, todas e todes: pessoas com deficiências, LGBTQIA+, população de rua, quilombolas, indígenas, negros, mulheres, idosos, PCD e pessoas vivendo com HIV/AIDS e adolescentes em conflitos com a lei, promovendo a capacitação de todos os profissionais do SUS para atender as especificidades de cada grupo, incluindo a criação de comissão e combate aos preconceitos. Monitorar as desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços recebidos pelos diferentes grupos sociais no Brasil. Promover ações de saúde e educação para os grupos LGBTQIA+, com

		um dia especial com várias atividades, como palestras atividades educativas, rodas de conversa, testes rápidos, atendimentos com equipe multidisciplinar, articulado com a Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos. Criação de Resolução do Ministério da Saúde, juntamente com Conselho Nacional de Saúde, para estabelecimento de ambulatório especializado LGBTQIA+, com ênfase para população trans. Criação de um centro regional para o tratamento do processo transexualizador, de transformação do fenótipo feminino para o masculino ou do masculino para o feminino, considerando a necessidade de estruturar, ampliar e aprimorar a rede de atenção à saúde e a linha de cuidado para pessoas transexuais. Implementar a política Integral de Saúde da população Negra, com ênfase às especificidades da hipertensão arterial dos afro descendentes e à linha de medicamentos ofertados pelo SUS. Estabelecer serviços de referência, para atendimento aos usuários privativos de liberdade, incluindo serviços de oncologia. Reconhecer o racismo e as desigualdades étnico-raciais do racismo institucional, religioso e ambiental, promovendo a escuta ativa e a humanização livres de estigmas e preconceitos. Garantir acesso a saúde de forma integrada, em especial aos grupos mais vulneráveis e/ou excluídos, como negros, população de rua, população agrícola, indígenas, ribeirinhos e LGBTQIA+, fornecendo recursos que assegurem estruturas físicas e humanas para que haja atendimento qualificado, humanizado e integral, criando mecanismo de fiscalização.
Reduzir o risco de dano desnecessário ao paciente associado ao cuidado em saúde.	Segurança do Paciente	Estabelecer parceria com instituições de ensino e grupos da sociedade organizada, para desenvolver ações educativas que contribuam para a redução de riscos e danos à saúde (IST/Aids, drogas, educação sexual, hábitos de vida saudáveis, saúde bucal, educação para o trânsito, uso de medicamentos e outros)
Desenvolver um conjunto de medidas capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, decorrentes da utilização de serviços e produtos.	Vigilância Sanitária	SEM PROPOSTAS CORRELACIONADAS DIRETAMENTE A ESSE OBJETIVO PES 2024-2027

Consolidar a Rede de Urgência e Emergência (RUE) nas regiões de saúde.	Rede de Urgência e Emergência	Descentralizar a Regulação do SAMU para os municípios sede das microrregiões, visando diminuir o tempo resposta às demandas. Implementação de serviços básicos de emergência. Suporte para Implantação do SAMU.
Fortalecer o Programa Estadual de Transplantes.	Transplantes	SEM PROPOSTAS CORRELACIONADAS DIRETAMENTE A ESSE OBJETIVO PES 2024-2027
Qualificar a APS como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.	Atenção Primária à Saúde	Inserir, como ação obrigatória dentro do Programa Saúde na escola (PSE), informações e sensibilização da importância na defesa do SUS, para melhoria e garantia deste como direito do cidadão e dever do Estado. Garantir que o SUS mantenha suas bases pautadas na universalidade integralidade e equidade descentralização e na participação popular, repudiando qualquer tipo de cuidado que não esteja alicerçado na liberdade. Para tanto, faz se necessário o fomento, incentivo e financiamento da Atenção Primária à Saúde, através da Estratégia de Saúde da Família, Consultório na Rua, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e incentivo a Promoção da Saúde através da Educação Popular em Saúde. Fortalecer o apoio ao programa de saúde da família com implantação de equipes multidisciplinares do NASF. Tornar os PREFAPS (Programa Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde) uma política de Saúde Permanente, mais adequada aos indicadores locais, tendo ainda, um cronograma adequado, com datas de desembolso e pagamentos também adequados. Manter e expandir a Estratégia de Saúde da Família nos municípios, conforme políticas nacionais de saúde, em especial a implementação da Rede Cegonha nos municípios de pequeno porte que não possuem hospital/maternidade. Reativação e ampliação do incentivo ao NASF. Transparência na marcação de consulta de forma que o usuário possa acompanhar em tempo real através de meio digital. Fortalecimento da Atenção Básica, através de investimento nas ações de promoção e prevenção da Saúde. Implementar o PEC em 100% dos níveis de atendimentos da rede de saúde.

		Reestruturar garantindo financiamento e reinserção do núcleo ampliado de saúde da família (NASF) como política pública de saúde. Revisão técnica com coleção de informações dos materiais institucionais de controle e acompanhamento, tais como cadernetas de saúde da gestante. Fortalecer as práticas integrativas e complementares de saúde e aproximação dos saberes tradicionais e populares das comunidades, como as ervas medicinais e as hortas comunitárias. Fortalecer, através das PICs, a utilização dos saberes fitológicos através de conhecimentos dos Povos Tradicionais, onde indicamos inclusão e reconhecimento dos espaços das Casas Tradicionais da Cidade, assim como instituir uma educação ambiental voltada para o consumo de alimento in natura e a produção de plantas medicinais para o tratamento de algumas enfermidades. Implementação de políticas de práticas integrativas, complementares e de redução de danos; implantação das complementares na saúde, ASPICS (ações integrativas e práticas integrativas e complementares na saúde) Fortalecimento das Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PICS) com ampliação, contratação, valorização e capacitação dos profissionais. Contemplar ações de promoção de saúde, no seu conceito mais abrangente, inclusive nos seus aspectos psicossociais, viabilizando mais espaços de lazer com a criação de ciclovias, centros de convivência saudáveis, e fechamento de ruas com pouco movimento para atividades de esporte nos finais de semana, assim como criação/revitalização das academias de saúde ao ar livre nos municípios e seus distritos, com contratação de profissionais qualificados para realizarem avaliações e orientações aos usuários. Garantir a qualidade de vida por meio de ações integradas em promoção da saúde e prevenção de agravos, proporcionando o acesso ao direito humano à alimentação adequada, saudável e soberania alimentar. Fomentar políticas indutoras para aumentar o acesso à saúde bucal em todos os níveis da rede de atenção à saúde.

		Programas mais direcionados para a conscientização da saúde da mulher e antidrogas e a colaboração da comunidade. Ampliar as ações de saúde do homem, com ênfase na prevenção das doenças mais prevalentes neste, como alcoolismo, doenças do coração e problemas relacionados a álcool e drogas. Estruturar o centro especializado odontológico. Implementar indicadores qualitativos de saúde bucal para reorientação do modelo de atenção, com ênfase na estratégia de Saúde da Família. Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS). Melhor definição do território, fluxo comum nas unidades de saúde, agendamento de consultas. Criação de aplicativo (como o Conecte SUS) para marcação e desmarcação de consultas 10 pelo próprio usuário; implantação do prontuário eletrônico do SUS. Fortalecimento da ouvidoria e da educação permanente em saúde para funcionários e gestores. Fortalecer a capacidade da Atenção Primária de resolver os problemas de saúde sensíveis às ações da atenção básica, com ênfase na prevenção e controle da hipertensão arterial, diabetes mellitus e deficiências nutricionais. Fortalecimento do Programa Estratégia de Saúde da Família com capacitações periódicas dos profissionais de saúde, dando enfoque à prevenção de doenças. Garantir competências e atribuições específicas de cada profissional da saúde na estratégia de Saúde da Família, para oferecer melhoria no cuidado nas ações de atenção básica. Retorno do programa de financiamento do NASF repassado em fonte específica ao FMS em apoio à atenção básica. Ampliar as equipes multiprofissionais na ESF, garantindo atuação de psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, TO. Inclusão da educação em saúde nas escolas. Criar mecanismo para uma conscientização da população visando diminuir significativamente o absentismo. Ampla divulgação dos dados referentes à saúde, democratização das informações. Atenção Básica à população.

		Aprimorar os canais de comunicação das equipes com a população usuária através das tecnologias e mídias digitais (WhatsApp), além de capacitar os funcionários para receber as demandas. Fortalecer a atenção primária em saúde, em especial a estratégia de saúde da família, melhorando sua resolutividade e seu papel de articuladora da rede de atenção em saúde, contribuindo ao acesso também a média e alta complexidade. Incentivar a participação dos beneficiários do Bolsa Família nas atividades dos Conselhos de Saúde como forma de qualificação do usuário. Incentivar a participação dos profissionais de saúde (principalmente o ACS, com a liberação de carga horaria) em todos os espaços de controle social. Fomentar e ampliar as ações intersetoriais do programa saúde na escola, através da Atenção Básica, com intuito de manter a promoção e educação em saúde mais próximo dos adolescentes e jovens que serão nossa saúde de amanhã. Garantir a execução do incentivo financeiro estadual para ampliação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, conforme previsto no programa estadual de financiamento da Atenção Primária à Saúde na deliberação da Comissão Intergestores Bipartite do Rio de Janeiro, nº 6745 de 17 de março de 2022. Garantir o eMulti com equipe de referência (médico psiquiatra, profissional de educação física, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, nutricionista e farmacêutico) estabelecendo os incentivos financeiros do governo estadual e federal para fortalecer suas ações. Retomar a manutenção e ampliação destas equipes para garantir acompanhamento multiprofissional e ações de promoção a saúde. Fortalecer os meios de subsídio as ESF'S e principalmente os Agentes Comunitários de Saúde, entendendo que os mesmos são os elos entre a comunidade e o centro de saúde. Promover o debate e a análise crítica do uso da Constelação Familiar como Prática Integrativa no SUS, conforme nota publicada em junho de 2021 pela Comissão Especial de Segurança da Mulher do CEDIM RJ.

		Estimular e participar da discussão a nível municipal, estadual e nacional, voltada à atualização da PNAB (Política Nacional da Atenção Básica), dos cadernos e programas de financiamento da APS (atenção primária à saúde), com vias ao fortalecimento do cuidado em saúde em sentido amplo, resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer e liberdade Fortalecer a Atenção Primária através de garantia de Financiamento para Ampliação do Escopo Profissional da Equipe Mínima e Garantia de Recursos Federais e Estaduais para Reforma e Adequação Física dos seus dispositivos. Inclusão da Ultrassonografia morfológica para gestante entre a 20ª e 24ª semana gestacional. Planejamento de ações voltadas para saúde sexual e reprodutiva do homem em seus locais de trabalho. Garantir o acesso ao teste do pezinho ampliado, e aos serviços de média e alta complexidade às pessoas diagnosticadas com anemia falciforme (doença) e outras patologias relacionadas as doenças da população negra Definir diretrizes, estratégias e ações destinadas a melhoria das ações de saúde para a População em Situação de Rua; combater o preconceito em relação a essa população no SUS e garantir seu acesso aos serviços de saúde com atendimento integral e humanizado. Reativar a política pública do NASE, com financiamento do governo federal e cofinanciamento estadual. Fortalecer e financiar as Políticas de Atenção Básica. Reorganizar e retomar políticas públicas de financiamento para a estruturação e fortalecimento da atenção primaria em saúde, com reforma, ampliação e construção de UBS, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde e promovendo melhoria do acesso e da qualidade. Promover capacitação contínua das equipes das Estratégias de Saúde da Família. Incluir educação em saúde na grade curricular desde a primeira infância e tornar-se obrigatória a comprovação de vacinação no ato da

		matrícula escolar. Melhorar o atendimento na saúde em todos os níveis de serviço com fortalecimento da rede regionalizada com ênfase na atenção básica. Atenção especial na 1º infância, com marcação territorial voltada para políticas públicas e sociais, englobando todos os setores. Criação do orçamento criança (voltada para a 1º infância). Fortalecer a integração da vigilância com atenção primária em todos os segmentos. Fortalecer o debate de gênero nos programas de saúde das escolas ampliando o debate dos temas pobreza menstrual, violência sexual e evitar a incidência de meninas mães. Promover a educação sexual nas escolas. Organizar e implementar na rede estadual uma Equipe Mínima adequada e capacitada em Cuidados Paliativos como componente de cuidado na Atenção Básica. A forma de Financiamento da Saúde Primária não deve seguir a lógica dos indicadores e dados do IBGE, que buscam diminuir os recursos, mas considerar os outros indicadores sociais e de saúde que contemplam a realidade do município. Cumprir a Política Nacional de Atenção a Saúde das mulheres, dos idosos, da saúde mental e outros, já implementados. Reformulação do método do financiamento da Atenção Primária de Saúde com a ampliação dos recursos humanos das equipes de saúde da família para garantir o acesso aos diferentes serviços da atenção primária. Garantir a expansão do e-SUS em todos os seguimentos da Saúde, por meio de Financiamento dos entes Federais e Estaduais. Revisar os indicadores e financiamento da saúde para garantia de acesso aos recursos especializados para municípios de pequeno porte. Tais como: Saúde da mulher, Centro Odontológico, Centro de Reabilitação, CAPSi. Garantir o investimento mínimo e ampliar os investimentos na atenção primária, na atenção especializada e no sistema de regulação, assim como ampliar o acesso a medicamentos especializados e de alto custo, descentralizando a dispensação de medicação no território, de forma

		atender a necessidade de cuidado integral à saúde do usuário, com transparência.
Reduzir a morbimortalidade por violências e promover a cultura da paz.	Violências	Fortalecer as ações de prevenção à violência contra mulheres e crianças em todas as instituições públicas e privadas. Garantir a criação de mais serviços de atendimento ao aborto legal, seguro e público no Estado do Rio de Janeiro. Criar comissão conselho de apoio a mulheres vítima de violência, garantindo assim uma melhor assistência às mesmas. Garantir a criação de mais serviços de atendimento ao aborto legal, seguro e público no Estado do Rio de Janeiro.
Ampliar o acesso e qualificar a atenção integral às pessoas com deficiência com foco na organização da Rede.	Pessoa com Deficiência	Criar consultórios odontológicos especializados para pacientes PCDs, com transtornos e síndromes, que necessitem de sedação. Implantar e ou ampliar serviços para atendimento de pacientes com autismo. Centros de Reabilitação Multidisciplinares Especializados para Portadores de Deficiência Física. Criar linha de financiamento para ambulatório especializado para atendimentos de espectro autista, bem como o financiamento dos exames específicos necessários. Garantir o tratamento multiprofissional (oficineiros e outros profissionais) para pessoas com transtorno do espectro autista e outros transtornos e síndromes, oferecendo serviço integrado com a rede de atenção básica, com planos terapêuticos singulares. Ampliar investimentos em capacitação de profissionais em todos os setores prevendo uma qualidade de vida melhor. Implantar serviço de atendimento as crianças com Transtorno espectro Autista. Criação de um Centro de Atendimento à Pessoa com Autismo e Comitê Técnico Especializado. Desenvolvimento de ações que fortaleçam a inserção de políticas voltadas à atenção a saúde de pessoas com deficiências combatendo o capacitismo. Criar Oficinas de Libras para os profissionais de saúde e capacitação permanente para a comunicação em braille, entendendo a acessibilidade como forma de prevenir doenças e evitar o agravamento dos quadros clínicos.

		Promover ações para capacitação em LIBRAS de profissionais dos serviços de saúde para melhorar o atendimento de deficientes auditivos. Fortalecer a subsecretaria de doenças raras.
Ampliar e organizar a Atenção Especializada nos territórios.	Atenção Especializada	Revisar os indicadores e financiamento da saúde para garantia de acesso aos recursos especializados para municípios de pequeno porte. Tais como: Saúde da mulher, Centro Odontológico, Centro de Reabilitação, CAPSi. Estabelecer um programa voltado a mulheres com dificuldade para engravidar. Garantir o real funcionamento do Programa de Saúde do Homem com implantação de centros de atendimento específico em urologia para a prevenção, diagnósticos e tratamentos das doenças da Próstata. Atualizar a programação pactuada integrada-PPI e melhorar o financiamento para os prestadores de serviço. Convidar os coordenadores da área técnica para as discussões da PPI. Maior investimento nas redes de atendimento da alta complexidade com o reordenamento da PPI (Programação Pactuada e Integrada) ao nível Estadual. Aumentar a acessibilidade a consultas, tratamentos, exames e procedimentos, cirurgias de alta complexidade (oferecidas pelo Estado e /ou convênios intermunicipais). Rever oferta e demanda de vagas especializadas. Implantação e custeio de cuidados paliativos para os serviços de média, alta complexidade e internação domiciliar (dar dignidade aos pacientes incuráveis com uma assistência para diminuição do sofrimento). Ampliar oferta de atendimento da PPI, e demais exames de média e alta complexidade, por meio de cofinanciamento estadual. Ampliação das Especialidades (Suporte para hemodiálise e CA). Disponibilizar mais recursos para os hospitais de referências nos estados visando melhoria e ampliação dos atendimentos de média e alta complexidade. Aumentar cofinanciamento e os investimentos na saúde municipal de média e alta complexidade.

Ampliar e fortalecer a Hemorrede pública	Hemorrede	SEM PROPOSTAS CORRELACIONADAS DIRETAMENTE A ESSE OBJETIVO PES 2024-2027
Fortalecer as ações que visem promover, proteger e recuperar a saúde dos trabalhadores.	Saúde dos Trabalhadores	Implementar, por meio de financiamento, ações de prevenção e promoção da saúde mental do trabalhador, por meio de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Valorizar a Saúde do trabalhador, com atendimento voltado para os profissionais de saúde, “Cuidar de quem cuida”. Implantar um Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) em todas as unidades hospitalares e pré hospitalares do Estado. Fortalecer os CEREST - Centros de Referência de Saúde do Trabalhador Estaduais e Regionais. Fortalecer os CEREST para que possam promover a capacitação dos profissionais e garantir que haja distribuição efetiva de EPI a todos os profissionais em suas especificidades de trabalho. Promover a Vigilância e desenvolver, em conjunto com a Rede de Atenção à Saúde, políticas de identificação das Pessoas com câncer relacionado ao trabalho. Fortalecer o programa Nacional de Saúde Mental; implantar e Implementar o programa de Saúde dos trabalhadores nos municípios. Implementar/Incentivar a implantação nos municípios de ações que visem garantir a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, bem como a recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, como também fortalecer a Educação em Saúde na Atenção Primária e realizar parcerias com as cooperativas e empregadores a fim de reduzir o número de acidentes de trabalho, aumentar a prevenção das doenças ocupacionais, cuidados no uso de agrotóxicos e exigência no uso de EPI's. Garantir a saúde do trabalhador do SUS de forma multidisciplinar. Garantir a regulamentação dos exames periódicos para todos os profissionais de Saúde. Medicina preventiva multiprofissional para os profissionais de saúde (criar espaços de acolhimento para os profissionais). Fortalecer o programa Nacional de Saúde Mental; implantar e

		Implementar o programa de Saúde dos trabalhadores nos municípios. Investimento na capacitação dos servidores da educação, humanização e acolhimento dos profissionais, além da oferta de EPIs e instalação dos locais de trabalho adequados.
Reforçar a capacidade de resposta estadual de urgência e emergência por meio de transporte aéreo.	Transporte Aéreo	SEM PROPOSTAS CORRELACIONADAS DIRETAMENTE A ESSE OBJETIVO PES 2024-2027
Fortalecer e qualificar a assistência hospitalar e ambulatorial no SUS do Estado do Rio de Janeiro.	Assistência Ambulatorial e Hospitalar	Simplificar o sistema de acesso (consulta, exame, cirurgias e internações) para o usuário, assim como seu retorno. Criar Hospitais Regionais e Centros de Diagnóstico por imagem (média e alta complexidade), incluindo cintilografias, em todas as nove regiões do estado do Rio de Janeiro. Ampliar os serviços médicos hospitalares na Programação Pactuada Integrada-PPI, para ampliar o atendimento, principalmente em pessoas com sequelas da COVID19. Aumentar a capacidade de absorção de casos cirúrgicos regulados (cirurgia pediátrica). Ampliar e disponibilizar o serviço do SISREG de consultas especializadas que se encontram reprimidas. Mutirão para a realização de cirurgias. Aumento de leitos por especialidades. Aprovação da Lei 883/2019, que fomenta a atuação do cirurgião-dentista na atenção hospitalar, tornando obrigatória sua presença na equipe multiprofissional hospitalar. Ampliar o atendimento de órtese e prótese direcionado aos usuários do SUS. Mais financiamento para hospitais municipais de pequeno porte, visando melhoria do acesso para evitar deslocamento para outros municípios. Desburocratização do Sistema melhorando a facilitação ao acesso do usuário ao serviço de saúde. Criação do Sistema Híbrido (presencial ou online) das consultas. Garantir o aumento de recursos para realizações dos programas e serviços de atendimento à Saúde. Programar ações em conjunto entre municípios, Estado, consórcios

		intermunicipais de saúde e hospitais, visando aumentar a oferta de consultas, exames e cirurgias e reduzir o tempo de espera nas filas, além de otimizar os recursos financeiros. Reavaliação dos valores do Financiamento do PAHI (Programa de Apoio aos Hospitais do Interior), a fim de proporcionar um atendimento integral garantindo os direitos do usuário, suprimindo as expectativas e necessidades com os gastos de gestão resultando na eficácia, eficiência e efetividade da distribuição dos recursos. Garantir a elaboração de propostas de financiamento para atender os municípios de pequeno porte. Pleitear aumento dos recursos financeiros direcionados para a saúde dos municípios, buscando a ampliação do acesso aos serviços para a população. Garantir recursos para programas municipais com apoio Estadual e Federal.
Garantir o monitoramento da qualidade da água para consumo humano, visando o controle de doenças de transmissão hídrica.	Qualidade da Água	SEM PROPOSTAS CORRELACIONADAS DIRETAMENTE A ESSE OBJETIVO PES 2024-2027
DIRETRIZ PES 2. Aperfeiçoamento dos sistemas de apoio das Redes de Atenção à Saúde: Assistência Farmacêutica, Sistemas de Informação e Logística, Acesso a Exames Diagnósticos.		
PES 2024-2027		PROPOSTAS APROVADAS NA 9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RJ
OBJETIVO	TEMÁTICA RELACIONADA AO OBJETIVO	
Qualificar a Assistência Farmacêutica.	Assistência Farmacêutica	Ampliar o financiamento de Assistência Farmacêutica, e que cada ente da federação tome sua responsabilidade. Aumentar a oferta dos componentes especializados inserindo novas tecnologias na assistência farmacêutica estadual. Implementar uma política de uso da “Cannabis” para fins medicinais com cultivo pela farmácia viva do município e em parceria com associações brasileiras, com distribuição gratuita dos medicamentos prescritos à base da planta inteira ou de seus componentes isolados, que contenham em sua fórmula as substâncias “Canabidiol” (CBD) e/ou “Tetrahidrocanabinol”(THC) e/ou demais componentes presentes no extrato integral da Cannabis nas unidades de saúde pública e privada, ou conveniada ao Sistema Único de Saúde – SUS.

		Sensibilizar o Ministério da Saúde (Federal) e Secretaria Estadual de Saúde do Rio De Janeiro (RIOFARMES) o fornecimento regular dos medicamentos excepcionais pelo Polo de Alto Custo, em todo elenco de medicamento proposto pelo Ministério da Saúde para no Componente Especializado e reduzir o tempo de análise do cadastro e aprovação para liberação do medicamento ao paciente. Ampliar a cesta básica de medicamentos garantida pelo município e estado de acordo com a demanda dos usuários, descentralizando a dispensação de insumos e medicamentos.
Aperfeiçoar o Centro de Inteligência em Saúde - CIS para a produção, a qualificação e a disseminação de informação estratégica em saúde	Informação Estratégica em Saúde	Garantir informações em saúde, baseadas em evidências científicas, evitando propagação das “fake News” no âmbito da saúde. Estruturar equipe técnica e sistema de informática para desenvolvimento de banco de dados inteligente para os serviços de Vigilância em Saúde. Divulgação dos serviços oferecidos pelo SUS nas três esferas do governo. Democratizar o acesso de forma ampla a toda rede às informações através da informatização da saúde via tecnologias de informação e comunicação a toda a população (prontuário eletrônico, plataformas digitais para avaliação da qualidade dos serviços, orientação, marcação de consulta, resultado de exames, educação em saúde). Garantir a qualidade de vida efetivando a qualificação da assistência por meio da criação de indicadores qualitativos de resultados a partir de dados epidemiológicos e características regionais em conjunto com o Conselho Gestor e Sociedade Civil Organizada. Realizar a promoção da saúde através das plataformas digitais, rádios, jornais e meios de comunicação. Criar um sistema de controle e registro, com assinatura do paciente, da entrada e saída de medicamentos e insumos, com detalhamento do material fornecido ao município. Buscar instrumentos para atrair os jovens à participação ativa dos processos de gestão. Ampliar a informatização de educação em saúde nos meios diversos de comunicação. Fomentar processos de Informação e Comunicação independentes e

		levar para as comunidades ferramentas como rádios comunitárias e outras estratégias, que fortaleçam a inclusão da juventude e outros novos atores na luta pelo fortalecimento das políticas de saúde. Garantir o suporte dos sistemas informatizados de gestão de saúde com recursos de tecnologias da informatização e comunicação. Criação do Sistema Híbrido (presencial ou online) das consultas.
Garantir o acesso a exames diagnósticos.	Exames Diagnósticos	Criar um centro de imagem diagnóstico e aumentar a disponibilidade de vagas de exames e cirurgias de alta complexidade, além de oftalmologia e cirurgia de catarata.
Fortalecer o complexo produtivo de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde	Complexo Produtivo em Saúde	SEM PROPOSTAS CORRELACIONADAS DIRETAMENTE A ESSE OBJETIVO PES 2024-2027
Aprimorar a Regulação das Redes de Atenção à Saúde.	Regulação	Melhorar e Modificar o sistema de regulação do SISREG/SER com vistas a diminuir o tempo de espera nas filas e melhorar a comunicação nas esferas municipal, estadual e federal garantindo ao usuário maior transparência quanto a sua posição na fila de espera. Aumento e reestruturação do número de vagas oferecidas pelo SISREG aos municípios. Melhorar a comunicação do Setor de Regulação do Estado junto ao Setor de Regulação dos municípios sobre o cancelamento de consultas/exames dos pacientes, de forma a avisar o cancelamento da mesma, ao paciente, com antecedência. Agilidade no sistema estadual de regulação, principalmente na ortopedia, cirurgia vascular e C.A de pulmão. Que seja feito um estudo e diagnóstico para fila de espera na regulação. Discutir e regulamentar, melhorar e capacitar a equipe da Central de Regulação, com transparência a nível municipal, estadual e nacional. Criar mecanismo para uma conscientização da população visando diminuir significativamente o absentismo. Ampliar a transparência do Sistema Estadual de Regulação – SER (antigo SISREG) dos atendimentos e exames necessários para garantir a saúde das mulheres.
DIRETRIZ PES 3. Fortalecer a Gestão Estadual do SUS, a Governança Pública e a Participação e Controle Social.		
PES 2024-2027		

OBJETIVO	TEMÁTICA RELACIONADA AO OBJETIVO	PROPOSTAS APROVADAS NA 9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RJ
Desenvolver ações de formação de estudantes no âmbito do SUS	Formação de Estudantes	SEM PROPOSTAS CORRELACIONADAS DIRETAMENTE A ESSE OBJETIVO PES 2024-2027
Aprimorar a qualificação e a atualização dos profissionais da saúde.	Qualificação de Profissionais da Saúde	Priorizar e incentivar financeiramente as políticas: a) Política de educação permanente. b) Política de Humanização no SUS – Humaniza SUS. c) Política de educação popular para que os usuários entendam o SUS e seus serviços. Desenvolver marcadores de eficácia e de qualidade por meio das práticas de EPS, garantindo espaços para integração de ações e trocas de experiências, com incentivo e financiamento adequados, contribuindo para o fortalecimento da EPS na gestão do SUS. Garantir a capilaridade das experiências e práticas de EPS para todos os municípios (pequeno e médio portes). Capacitação permanente da gestão e das equipes de saúde e garantia de recursos adequados, tendo em vista o aperfeiçoamento do processo de trabalho dos profissionais, em todos os níveis da atenção à saúde, incluindo o atendimento humanizado e seguro. Efetivar o trabalho de Educação permanente para todos os profissionais de saúde, fortalecendo o conceito de equidade no SUS. Investir na educação permanente dos profissionais da saúde para o atendimento e esclarecimento à população, com ênfase na humanização, promoção da saúde, integralidade, resolutividade e nas temáticas de gênero, violência, dependência química, IST/HIV/AIDS, hipertensão/diabete, saúde mental, grupos terapêuticos, autocuidado, cidadania e outras. Formação permanente para os profissionais com capacitação inicial, educação continuada e supervisão clínico - institucional dos profissionais, multiplicando a educação sobre o SUS e direitos sociais para a população no cotidiano dos serviços. Fortalecer a implementação da educação permanente em saúde pelo NEPS como ferramenta de ambientação das rotinas de trabalho em todas as unidades de saúde em todos os níveis de Atenção. Implantar educação continuada efetiva e ativa, buscando a capacitação

		e aperfeiçoamento técnico dos trabalhadores, favorecendo a humanização dos serviços e atendimento a pessoas com vulnerabilidades sociais, combatendo a discriminação e racismo. Interiorização das residências multiprofissionais em Saúde Mental e Saúde da Família. Garantir e ampliar financiamento para ações de educação permanente com apoio e cofinanciamento do Estado, incluindo ações de abordagens aos usuários nas diversidades populacionais. Garantir educação permanente, fundamentada na educação popular em saúde para todos os profissionais de saúde, em temas urgentes como: Política Nacional de Educação Popular em Saúde; Diversidade sexual e de gênero; Relações étnico raciais; Meio Ambiente e Comunidades tradicionais. Implementação da política de educação permanente em saúde de modo sistêmico e contínuo. Fortalecer as ações de matriciamento e educação permanente para melhoria do cuidado e promoção da universalização do acesso. Investir em ações de Educação Permanente para os profissionais da saúde, com capacitação, apoio matricial, apoio institucional da gestão para as equipes, implantar e implementar os protocolos e linhas de cuidado de atenção à saúde para serem padronizados e utilizados pelos profissionais, assim como formalizados perante os conselhos profissionais e CMS.
Fortalecer a disseminação do conhecimento técnico e científico, o desenvolvimento de pesquisas estratégicas e prioritárias no SUS e o uso qualificado da informação para a tomada de decisão.	Pesquisas Estratégicas em Saúde	Investimento em estudo e pesquisa para ampliação do Programa da Saúde da Mulher com ênfase na fase da menopausa. Desenvolver metodologia para aplicar a educação ambiental/ecológica de promoção da saúde como política pública.
Fortalecer a participação e controle social no campo da saúde.	Participação e Controle Social	Garantir a obrigatoriedade na criação e funcionamento de órgão fiscalizatório nacional, estadual e municipal de controle, avaliação e regulação de saúde, com fiscalização dos equipamentos de saúde e integração com o controle social. Garantir que o controle social fiscalize as ações do serviço público em relação ao prazo para a realização de cirurgias eletivas. Fomentar participação efetiva dos Conselhos de Saúde nas decisões

		relativas aos valores/financiamento do SUS/tabela SUS. Romper com os limites quanto a cultura política participativa da Sociedade Civil e suas representações no âmbito do Conselho de Saúde através de oferta de capacitação permanente atendendo a demandas específicas de cada pessoa. Criar instâncias democráticas e consultas a população, através de plebiscito ou audiências públicas, diante de momentos de construção de políticas macro que impactam em toda a população, garantindo sempre a participação social. Estimular a participação da sociedade através de políticas públicas na prevenção de doenças e agravos e promoção a saúde. Melhoria da Publicização das ações-reuniões, eleições, deliberações, e Conferências, com a criação de canais para viabilizar a transparência das ações do CMS. Fiscalização da destinação das verbas de cunho exclusivo dos programas e projetos. Retomar o orçamento participativo da Saúde para ser discutido com amplo envolvimento da população e equidade entre regiões.
Modernizar a gestão organizacional, para a valorização das pessoas e qualificação dos processos de trabalho.	Valorização dos Trabalhadores do SUS	Garantir o número mínimo de profissionais de saúde e publicação para todas as Coordenações de Setores. Formular um conjunto de ações que garantam um plano de cargos e salários para os profissionais de saúde e qualificação nas esferas municipal, estadual e federal. Valorizar todos os profissionais da Saúde (vínculos, condições de trabalho e direitos). Criação de políticas públicas para ampliação de profissionais da saúde atuantes no SUS, bem como a valorização, capacitação e as condições trabalhistas destes profissionais. Criar e implementar uma Política de gestão de pessoas que traga estabilidade para o desenvolvimento dos processos de trabalho com incentivo financeiro e adotar o modelo de Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) proposto pelas Diretrizes Nacionais para instituição do PCCS no SUS. Criar equipe multidisciplinar voltada para o bem-estar do servidor, visando que ele possa estar bem e prestar melhor serviço à população.

		Capacitar e valorizar os profissionais de saúde com progressão salarial e abrir concurso público para suprir carências nas unidades de saúde, similar ao mais médicos. Implantar metas, gratificações individuais e coletivas com base nos resultados alcançados com o intuito da valorização dos profissionais de saúde e estimulação de trabalho nos serviços de saúde. Garantir aos profissionais de saúde o suporte psicológico e reconhecimento salarial por suas atividades. Adequar/Aumentar o número de profissionais técnicos na gestão e de recursos materiais em prol da implantação e implementação dos programas e políticas públicas em saúde, com Intuito de evitar sobrecarga profissional e elevar a qualidade do processo de trabalho nos diferentes eixos da rede de saúde. Garantir a implementação de concursos públicos para os Profissionais de Saúde para cobrir os déficits de funcionários públicos e promover o fim da contratação através de Organizações Sociais. Reformular e implantar a Política de Plano de Cargos e Salários. Encaminhar para o Governo Estadual e a ALERJ o piso salarial estadual. Solicitar ao legislativo a revisão da lei de responsabilidade fiscal com a finalidade de prever a contratação de profissionais de saúde necessários ao serviço público através de concurso público. Adequar a regulamentação das carreiras da saúde, bem como, o estabelecimento de pisos salariais para todas as categorias. Instituir o piso salarial da enfermagem, conforme a lei 14.434/22, e que garanta a implantação de financiamento tripartite, para assegurar a implantação do piso imediatamente. Acompanhar o cuidado aos profissionais da saúde, buscando alinhar o perfil do profissional ao setor adequado. Garantir o Piso Nacional e/ou Estadual para todos os Profissionais e benefícios direcionados às categorias, verificando a fonte de financiamento, para cumprimento da lei. Apoio ao piso salarial dos enfermeiros. Garantir o número mínimo de profissionais de saúde e publicação para todas as Coordenações de Setores.

		Garantir o quantitativo mínimo de profissionais nos equipamentos de saúde pública, atendendo as portarias ministeriais.
Fortalecer instâncias de pactuação intergestores bipartite do SUS.	Instâncias de Pactuação do SUS	SEM PROPOSTAS CORRELACIONADAS DIRETAMENTE A ESSE OBJETIVO PES 2024-2027
Qualificar o planejamento estadual, municipal e regional integrado.	Planejamento em Saúde e Regionalização	Implementar a linha de cuidado do AVC. Programar ações em conjunto entre municípios, Estado, consórcios intermunicipais de saúde e hospitais, visando aumentar a oferta de consultas, exames e cirurgias e reduzir o tempo de espera nas filas, além de otimizar os recursos financeiros. Reavaliar a regionalização do serviço para melhorar o acesso do usuário e a qualidade, facilitando o acesso de forma igualitária. Rever indicadores para regionalização de serviços com olhar para as especificidades e necessidades de se territorializar os equipamentos necessários e adequados a atender a população mais perto do seu domicílio. Buscar na Política Regional, resolutividade na coleta de material para biópsia. Desburocratização da execução do planejamento orçamentário em harmonia com o financeiro. Melhorar o atendimento na saúde em todos os níveis de serviço com fortalecimento da rede regionalizada com ênfase na atenção básica. Desburocratização da execução do planejamento orçamentário em harmonia com o financeiro. Melhorar o atendimento na saúde em todos os níveis de serviço com fortalecimento da rede regionalizada com ênfase na atenção básica. Potencializar o Princípio da Regionalização para os municípios pequenos que encontram dificuldades nas pactuações, resultando na redução de filas nas regulações. Realizar diagnóstico socioeconômico, sanitário e epidemiológico do Estado do Rio de Janeiro, subsidiando o planejamento das ações da saúde. Desburocratização da execução do planejamento orçamentário em harmonia com o financeiro. Garantir a transversalidade das ações entre os serviços de saúde e serviços adjacentes que estejam relacionados à integralidade do

		cuidado do indivíduo.
Fortalecer a Ouvidoria do SUS como um dos instrumentos de gestão e de avaliação dos usuários.	Ouvidoria	Criar um canal digital de acesso direto ao poder público e aos órgãos fiscalizadores com as devidas estruturas, para operacionalização e regulação. Implementar infraestrutura de conexão digital devidamente acessível e funcional entre a sociedade civil, poder público e órgãos fiscalizadores.
Melhorar a captação de recursos e a qualidade do gasto público por intermédio da eliminação do desperdício e da melhoria contínua da gestão dos processos, com a finalidade de otimizar a prestação de bens e serviços de saúde aos cidadãos.	Qualidade do Gasto Público e Judicialização da Saúde	Estabelecer critérios objetivos na definição dos casos judicializados, que sejam sedimentados nos princípios da igualdade e na equidade de acesso a assistência à saúde, promovendo a capacitação de membros do judiciário, ministério público e defensoria pública, visando embasamento de suas decisões em critérios técnico-científicos com a criação de comissão multidisciplinar das regiões de saúde e apoio nas tomadas de decisões. Aumentar percentual de investimento em saúde.
Promover a melhoria nos processos relacionados à Perícia Médica e previdenciária do servidor Público Civil do estado de forma a contribuir com a sociedade	Perícia Médica	SEM PROPOSTAS CORRELACIONADAS DIRETAMENTE A ESSE OBJETIVO PES 2024-2027
Buscar a excelência nos resultados assistenciais e na valorização dos usuários e trabalhadores nos processos de produção de saúde	Humanização e Qualidade	Melhor humanização aos usuários do SUS nas Urgências e Emergências, Policlínicas, Unidade Básica de Saúde e toda a sua rede. Gestão participativa, garantindo que a política de humanização nacional seja realmente implementada de acordo com os protocolos institucionais. Melhor humanização aos usuários do SUS nas Urgências e Emergências, Policlínicas, Unidade Básica de Saúde e toda a sua rede. Atualizar as políticas públicas de saúde voltadas para o acolhimento e humanização em toda rede de saúde de forma integrada. Garantir o financiamento para a adequação de unidades para o acesso e atendimento humanizado aos pacientes com obesidade e em seus diferentes graus. Levando em conta a garantia do acesso aos aparelhos, imóveis e espaços adequados a essa população. Humanização do atendimento obstétrico. Melhor humanização aos usuários do SUS nas Urgências e Emergências, Policlínicas, Unidade Básica de Saúde e toda a sua rede. Gestão participativa, garantindo que a política de humanização

		nacional seja realmente implementada de acordo com os protocolos institucionais. Implementar as ações de Humanização e Acolhimento para atender a toda a Rede De Atenção à Saúde (RAS). Implantar Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária, Especializada e Hospitalar, visando o financiamento para investimento e custeio, com metas que visem à melhoria dos serviços prestados. Melhorar a ambiência nos equipamentos para garantir o conforto e o sigilo nos atendimentos, trazendo melhores condições de trabalho para as equipes e qualidade para a população usuária.
DIRETRIZ PES 4. Proporcionar melhorias na infraestrutura física dos serviços de saúde do SUS na administração direta e indireta para garantir a assistência à saúde da população e tecnológica		
PES 2024-2027		
OBJETIVO	TEMÁTICA RELACIONADA AO OBJETIVO	PROPOSTAS APROVADAS NA 9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RJ
Proporcionar melhorias na infraestrutura física dos serviços de saúde do SUS sob gestão estadual, de forma a garantir a assistência à saúde da população.	Reforma, Construção e Aparelhamento de Unidades Estaduais	Construir um Centro especializado regional para tratamento Oncológico. Implementação do Hospital Regional Infantil para atendimento Neonatal, CTI e Ortopedia, ampliando e fortalecendo o atendimento ao público infantil na Regional. Garantir acesso a atendimento de internações e alta complexidade com a reativação de leitos ou criação de CTI com a construção de um hospital regional de alta complexidade para região serrana. Investir em tecnologias (hardware e software), buscando a interligação das unidades e qualificando o prontuário único. Implantar 01 Hospital Regional da Mulher e da Criança em Mangaratiba, ampliando o trabalho da “Casa Rosa”. Garantir carro próprio para atendimento dos funcionários de gestão a fim de garantir a qualidade e fiscalização do serviço prestado nas unidades de saúde. Implantar hospitais veterinários regionais. Implantação de 01 CAPS tipo I. Assegurar o investimento de recursos financeiros para ações de manutenção das estruturas físicas dos equipamentos de saúde, aquisição de equipamentos e a capacitação dos profissionais de

		maneira continuada.
PROPOSTAS DA 9ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS DO SUS QUE NÃO PUDEAM SER RELACIONADAS DIRETAMENTE A NENHUM OBJETIVO		
Manutenção do SUS com atendimento integral e gratuito		
Garantir que todos os dispositivos que ofertem serviços pelo SUS sejam 100% públicos		
Garantir atendimento nas unidades de saúde públicas		
Garantir a manutenção dos projetos de Políticas Públicas		
Representatividade mais ativa do Estado com os Municípios		
Garantir a intersetorialidade trazendo para o debate público as ações que garantam a saúde em seu sentido amplo e integral ao ser humano (saúde, assistência social, educação, cultura, habitação, etc.)		
Propor a integração do SUS aos demais setores sociais, permitindo ao cidadão conhecimento e entendimento de seus direitos e sistematização do SUS		
Apoio matricial da gestão		
Reforçar as ações de conscientização comunitária sobre a importância da saúde coletiva, deixando a lógica do individualismo.		
Ampliação do repasse de 12% para 15% do Estado para o Município de maneira a proporcionar uma melhor prestação de serviço a população, estando este agregado a demanda dos usuários.		

Matriz DOMI do Plano Estadual de Saúde 2024-2027
Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2024-2027

DIRETRIZ PES 1. Organizar regionalmente as Redes de Atenção à Saúde, fortalecendo a atenção em todos os níveis e a transversalidade da promoção e vigilância em saúde.

Iniciativa PPA 1. Atenção Integral à Saúde.

Iniciativa PPA 2. Vigilância e Promoção à Saúde.

Objetivo MAPA ESTRATÉGICO. Enfrentar a mortalidade infantil e materna por causas evitáveis.

OBJETIVO PES 1.1. Enfrentar a mortalidade materna e a mortalidade infantil.

Indicador (Linha-Base)													
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.1.1	Reduzir a taxa de mortalidade infantil para 12/1.000 nascidos vivos	Taxa de mortalidade infantil	13,1	2022	Taxa	12	Taxa	12,8	12,5	12,2	12	SUBVAPS	301
Indicador (Linha-Base)													
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.1.2	Instituir as Políticas Públicas de Saúde do Plano Estadual da Primeira Infância	Políticas Públicas de Saúde do Plano Estadual da Primeira Infância instituídas	0	2023	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%	SUBVAPS	301
Indicador (Linha-Base)													
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.1.3	Ampliar para, no mínimo, 60% a coleta do teste do pezinho em tempo oportuno (entre o 3º e 5º dia de vida)	Cobertura da triagem neonatal biológica (TNB) em tempo oportuno.	52%	2022	Percentual	60%	Percentual	54%	56%	58%	60%	SUBVAPS/SUBAS	301
Indicador (Linha-Base)													
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.1.4	Garantir que 80% dos nascidos vivos em Unidades Hospitalares da SES-RJ realizem a triagem neonatal auditiva	Percentual de nascidos vivos em Unidades Hospitalares da SES-RJ com triagem neonatal auditiva realizada	0	2023	Percentual	80%	Percentual	20%	40%	60%	80%	SUBVAPS/SUBAS	302
Indicador (Linha-Base)													
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção

1.1.5	Garantir que 100% dos nascidos vivos em Unidades Hospitalares da SES-RJ realizem a triagem neonatal cardiológica	Percentual de nascidos vivos em Unidades Hospitalares da SES-RJ com triagem neonatal cardiológica realizada	0	2023	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%	SUBVAPS/SUBAS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.1.6	Reduzir para 65,2 a razão de óbitos maternos no estado do Rio de Janeiro	Razão de Mortalidade Materna	69,3	2022	Razão	65,2	Razão	68,2	67,2	66,2	65,2	SUBVAPS/SUBAS/SUBGERAL	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.1.7	Garantir o acesso regulado aos leitos de UTI pediátrico em até 18 horas, para 100% das crianças	Tempo de espera em fila do complexo estadual de regulação, para acesso a leito de UTI pediátrico	22 horas	2023 (Janeiro a Maio)	Número	18	Número	21	20	19	18	SUBAS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.1.8	Garantir o acesso regulado aos leitos de UTI neonatal em até 10 horas, para 100% dos recém-nascidos	Tempo de espera em fila do complexo estadual de regulação, para acesso a leito de UTI neonatal	13 horas	2023 (Janeiro a Maio)	Número	10	Número	12	11	10	10	SUBAS	302
Objetivo MAPA ESTRATÉGICO. Reduzir a mortalidade prematura e morbidade por doenças crônicas não transmissíveis, em especial por Câncer e Doenças Cardiovasculares													
OBJETIVO PES 1.2. Reduzir a mortalidade prematura pelos cânceres mais prevalentes no estado.													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.2.1	Reduzir em 1/3, até 2030, a mortalidade prematura padronizada (30 a 69 anos) por DCNT (Doenças do aparelho circulatório, Neoplasias malignas, Doenças respiratórias crônicas e Diabetes), alcançando a taxa de 255, em 2027	Taxa Padronizada de Mortalidade Prematura por DCNT	340,31	2015	Taxa	255	Taxa	283	274	264	255	SES	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.2.2	Reduzir para 24,8/100 mil hab. a taxa padronizada de mortalidade prematura por neoplasia maligna de mama.	Taxa Padronizada de Mortalidade Prematura por neoplasia maligna de mama	25,9	2022	Taxa	24,8	Taxa	25,4	25,2	25	24,8	SES	302
			Indicador (Linha-Base)										

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.2.3	Reduzir para 7,7/100 mil hab. a taxa padronizada de mortalidade prematura por neoplasia maligna de colo do útero.	Taxa Padronizada de Mortalidade Prematura por neoplasia maligna de colo do útero	8,5	2022	Taxa	7,7	Taxa	8,2	8	7,9	7,7	SES	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.2.4	Reduzir para 35/100 mil hab. a taxa padronizada de mortalidade prematura por neoplasias malignas do aparelho digestivo.	Taxa Padronizada de Mortalidade Prematura por neoplasias malignas do aparelho digestivo	36,9	2022	Taxa	35	Taxa	35,9	35,6	35,3	35	SES	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.2.5	Implantar o Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) de acordo com as especificações do Instituto Nacional do Câncer - INCA	Percentual do RCBP implantado	0	2023	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%	SUBVAPS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.2.6	Aumentar para 0,4 a razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos.	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos.	0,17	2022	Razão	0,4	Razão	0,4	0,4	0,4	0,4	SUBVAPS	301
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.2.7	Aumentar para 0,21 a razão de exames de mamografias de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos	Razão de exames de mamografias de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos	0,17	2022	Razão	0,21	Razão	0,18	0,19	0,2	0,21	SUBVAPS	301
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.2.8	Ampliar em 12% ao longo dos quatro anos, o número de pacientes tratados com radioterapia no SUS no estado do Rio de Janeiro.	Número de pacientes tratados com radioterapia no SUS no estado do Rio de Janeiro.	13.154	2022	Número	14.733	Número	13.548	13.955	14.373	14.733	SUBAS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção

1.2.9	Ampliar em 12% ao longo dos quatro anos, o número de pacientes tratados com cirurgias oncológicas no SUS no estado do Rio de Janeiro.	Número de pacientes tratados com cirurgias oncológicas no SUS no estado do Rio de Janeiro.	11.400	2022	Número	12.768	Número	11.742	12.094	12.457	12.768	SUBAS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.2.10	Ampliar em 20% ao longo dos quatro anos, o número de pacientes tratados com quimioterapia no SUS no estado do Rio de Janeiro.	Número de pacientes tratados com quimioterapia no SUS no estado do Rio de Janeiro.	37.500	2022	Número	45.000	Número	39.375	41.344	43.410	45.000	SUBAS	302
OBJETIVO PES 1.3. Reduzir a mortalidade prematura por Doenças do Aparelho Circulatório.													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.3.1	Reduzir para 24,3/100 mil hab. a morbidade hospitalar por doenças hipertensivas na faixa etária de 20 a 69 anos	Taxa de internação por doenças hipertensivas na faixa etária de 20 a 69 anos	26,5	2022	Taxa	24,3	Taxa	26,5	24,5	24,4	24,3	SES	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.3.2	Reduzir para 44,4/100 mil hab. a morbidade por Diabetes Mellitus na faixa etária de 20 a 69 anos.	Taxa de internação por diabetes na faixa etária de 20 a 69 anos.	48,4	2022	Taxa	44,4	Taxa	47,4	46,4	45,4	44,4	SES	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.3.3	Implantar o Programa de Controle do Tabagismo nos 92 municípios do estado	Número de municípios com o Programa de Controle do Tabagismo implantado	82	2023	Número	92	Número	85	88	90	92	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.3.4	Ampliar em 40%, ao longo dos quatro anos, a realização de revascularização miocárdica no SUS no estado do Rio de Janeiro.	Número de revascularizações miocárdicas realizadas no SUS no estado do Rio de Janeiro.	1.414	2022	Número	1.980	Número	1.556	1.711	1.882	1.980	SUBAS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção

1.3.5	Reduzir em 40% o tempo de espera para realização de cateterismo cardíaco ambulatorial no SUS no estado do Rio de Janeiro	Tempo de espera para realização de cateterismo cardíaco ambulatorial	79 dias	jun./23	Número	48	Número	71	64	57	48	SUBAS	302
OBJETIVO PES 1.4. Ampliar o acesso oportuno de usuários com Doença Renal Crônica aos serviços especializados.													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.4.1	Garantir acesso a 100% dos pacientes, para tratamento de hemodiálise ambulatorial no SUS no estado do Rio de Janeiro.	Percentual de pacientes em tratamento de hemodiálise ambulatorial no SUS no estado do Rio de Janeiro	97,5%	2022	Percentual	100%	Percentual	99%	100%	100%	100%	SUBAS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.4.2	Ampliar em 10%, ao longo dos quatro anos, o número de sessões de hemodiálises ambulatoriais realizadas no SUS	Número de sessões de hemodiálises ambulatoriais realizadas no SUS	1.144.951	2022	Número	1.259.446	Número	1.173.575	1.202.915	1.232.987	1.259.446	SUBAS	302
OBJETIVO PES 1.5. Reduzir a morbimortalidade por violências e promover a cultura da paz.													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.5.1	Construir o Plano Estadual de Enfrentamento às Violências Interpessoal e Autoprovocada no campo da saúde no estado do Rio de Janeiro	Percentual do Plano Estadual de Enfrentamento às Violências Interpessoal e Autoprovocada no campo da saúde no estado do Rio de Janeiro construído.	0	2023	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%	SUBVAPS	301
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.5.2	Ampliar para 100 o percentual de municípios com mais de 100 mil habitantes, com núcleos municipais de prevenção da violência e promoção da cultura da saúde implantados.	Percentual de municípios com mais de 100 mil habitantes com núcleos municipais de prevenção da violência e promoção da cultura da saúde implantados	53%	2023	Percentual	100%	Percentual	65%	75%	85%	100%	SUBVAPS	301
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção

1.5.3	Ampliar, no mínimo, para 27 os serviços que realizam a interrupção da gestação prevista em lei no estado do Rio de Janeiro	Número de serviços de referência para a realização de interrupção da gestação prevista em lei implantados	17	2023	Número	27	Número	19	21	24	27	SUBVAPS	301
Objetivo MAPA ESTRATÉGICO. Reduzir a incidência de arboviroses.													
Objetivo MAPA ESTRATÉGICO. Reduzir a incidência de Tuberculose.													
OBJETIVO PES 1.6. Reduzir a morbimortalidade por doenças transmissíveis.													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.6.1	Reduzir em 50% o número de casos de Leishmaniose Visceral Humana no estado do Rio de Janeiro.	Número de casos de Leishmaniose Visceral Humana	11	2022	Número	5	Número	10	9	7	5	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.6.2	Reduzir em 50% as falhas de prescrição, administração e monitoramento no atendimento aos acidentados por animais peçonhentos	Percentual de falhas de prescrição, administração e monitoramento no atendimento aos acidentados por animais peçonhentos	10,2%	2022	Percentual	5,1%	Percentual	8,9%	7,7%	6,4%	5,1%	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.6.3	Alcançar 80% de cobertura vacinal antirrábica animal no estado do Rio de Janeiro	Percentual de animais vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina e felina	64,5%	2022	Percentual	80%	Percentual	80%	80%	80%	80%	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.6.4	Realizar o mapeamento das áreas de risco para ocorrência de febre maculosa nos 92 municípios do estado do Rio de Janeiro.	Percentual de municípios mapeados	0	2023	Percentual	100%	Percentual	0%	80%	90%	100%	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.6.5	Implementar as ações de vigilância, prevenção e controle da esporotricose nos 92 municípios do estado do Rio de Janeiro	Percentual de municípios com ações de vigilância, prevenção e controle da esporotricose implementadas	0	2023	Percentual	100%	Percentual	70%	80%	90%	100%	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção

1.6.6	Ampliar para 90% o número de municípios com índice de infestação para o Aedes aegypti abaixo de 1%	Número de municípios com índice de infestação para o Aedes aegypti abaixo de 1%	44	2023	Número	83	Número	54	64	74	83	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.6.7	Elaborar o mapa de risco para a população exposta a poluentes ambientais, nos 11 municípios prioritários.	Número de municípios prioritários com mapa de risco elaborado.	0	2023	Número	11	Número	3	6	9	11	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.6.8	Implantar em 100% dos municípios, as Ações de Vacinação de Alta Qualidade - AVAQ, para melhorar as coberturas vacinais e a homogeneidade entre as vacinas.	Percentual de municípios com as Ações de Vacinação de Alta Qualidade - AVAQ implantadas	0	2023	Percentual	100%	Percentual	85%	90%	95%	100%	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.6.9	Ampliar para 100% o percentual de municípios com cobertura vacinal preconizada (95%) da Vacina Polio Inativada (VIP) D3 em crianças menores de 1 ano de idade	Percentual de municípios que atingiram a meta de 95% da VIP - D3	13,04%	2022	Percentual	100%	Percentual	70%	80%	90%	100%	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.6.10	Ampliar para 100 o percentual de municípios com cobertura vacinal preconizada (95%) da Vacina Tríplice Viral (VTV) - D1 em crianças menores de 2 anos de idade	Percentual de municípios que atingiram a meta de 95% da VTV - D1	10,87%	2022	Percentual	100%	Percentual	70%	80%	90%	100%	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.6.11	Obter a recertificação da eliminação do vírus do sarampo no estado do Rio de Janeiro.	Recertificação da eliminação do vírus do sarampo obtida	0	2023	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.6.12	Garantir o monitoramento da poliomielite, por meio da coleta de fezes em 100% dos casos de paralisia flácida aguda, em pacientes menores de 15 anos.	Percentual de casos de paralisia flácida aguda, com fezes coletadas	45%	2022	Percentual	100%	Percentual	59%	73%	86%	100%	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.6.13	Ampliar a rede sentinela de síndrome gripal, a fim de garantir que as 9 regiões do estado tenham, no mínimo, um município com unidade sentinela implantada.	Número de regiões com no mínimo 01 unidade sentinela implantada	2	2023	Número	9	Número	4	6	8	9	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.6.14	Ampliar para 85 o percentual de cura de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados laboratorialmente	Percentual de cura de casos novos de tuberculose pulmonar confirmados laboratorialmente.	67,6%	2021	Percentual	85%	Percentual	70%	75%	80%	85%	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.6.15	Ampliar para 80 o percentual de contatos examinados dos casos novos de tuberculose pulmonar confirmados laboratorialmente	Percentual de contatos dos casos novos de tuberculose pulmonar, confirmados laboratorialmente.	56,65%	2021	Percentual	80%	Percentual	65%	70%	75%	80%	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.6.16	Ampliar para 85 o percentual de cura de casos novos de tuberculose no sistema prisional.	Percentual de cura de casos novos de tuberculose no sistema prisional	40,54%	2021	Percentual	85%	Percentual	52%	63%	74%	85%	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.6.17	Ampliar para 75 o percentual de cura de casos novos de tuberculose com HIV positivo.	Percentual de cura de casos novos de tuberculose com HIV positivo.	47,97%	2021	Percentual	75%	Percentual	55%	62%	69%	75%	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.6.18	Reduzir para 12 o número dos casos de AIDS em menores de 5 anos	Número dos casos de AIDS em menores de 5 anos	17	2022	Número	12	Número	16	15	14	12	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção

1.6.19	Reduzir a Razão de Nascer com Sífilis para 7,4%.	Razão de casos novos de sífilis congênita por casos de sífilis em gestante	26,9%	2022	Percentual	7,4%	Percentual	23,2%	18%	12,7%	7,4%	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.6.20	Reduzir para 6/100 mil hab. a taxa de mortalidade por AIDS	Taxa de mortalidade por AIDS	8/100 mil hab	2022	Taxa	6/100 mil hab	Taxa	7,5/100 mil hab	7/100 mil hab	6,5/100 mil hab	6/100 mil hab	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.6.21	Reduzir para 10 o percentual de óbitos por AIDS com coinfeção por tuberculose	Percentual de óbitos por AIDS com coinfeção por tuberculose	19%	2021	Percentual	10%	Percentual	17%	15%	13%	10%	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.6.22	Ampliar para 72 o percentual de diagnóstico oportuno de infecção pelo HIV, em indivíduos com 13 anos ou mais	Percentual de indivíduos com 13 anos ou mais com primeiro CD4 maior que 350 células.	60,7%	2022	Percentual	72%	Percentual	64%	67%	70%	72%	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.6.23	Ampliar para 80 os municípios que ofertam ao menos 5 tecnologias de prevenção combinada para HIV, sífilis e hepatites virais na Rede de Atenção à Saúde	Número de municípios que ofertam ao menos 5 tecnologias de prevenção combinada para HIV, sífilis e hepatites virais na Rede de Atenção à Saúde	53	2022	Número	80	Número	59	66	73	80	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.6.24	Eliminar a transmissão vertical da hepatite B.	Número de crianças de até 14 anos notificadas com hepatite B por transmissão vertical	8	2022	Número	0	Número	6	4	2	0	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.6.25	Ampliar para 90% o tratamento dos pacientes com carga viral detectada de hepatite C .	Percentual de pacientes com carga viral detectada de hepatite C tratados	45,54%	2022	Percentual	90%	Percentual	57%	68%	79%	90%	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.6.26	Reduzir para o parâmetro de menor ou igual a 10 o percentual de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física 2, avaliados no momento do diagnóstico.	Percentual de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física 2, avaliados no momento do diagnóstico	10,7	2022	Percentual	10%	Percentual	10,53%	10,35%	10,18%	10%	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.6.27	Implementar, em 100% dos municípios do estado do Rio de Janeiro, a vigilância das micoses sistêmicas	Percentual de municípios com a vigilância das micoses sistêmicas implantada	0	2023	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.6.28	Estruturar a Vigilância do Óbito no âmbito estadual.	Percentual da Vigilância do Óbito estruturada	0	2023	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.6.29	Realizar a pactuação anual das metas dos indicadores bipartite com os 92 municípios, para monitoramento e planejamento em saúde	Número de municípios que aderiram a pactuação anual das metas dos indicadores bipartite	89	2023	Número	92	Número	92	92	92	92	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.6.30	Viabilizar a execução de, no mínimo, 80% das ações técnicas, de gestão e de infraestrutura da SUBVAPS.	Percentual das ações técnicas, de gestão e de infraestrutura da SUBVAPS executadas.	0	2023	Percentual	80%	Percentual	80%	80%	80%	80%	SUBVAPS	305
OBJETIVO PES 1.7. Estruturar resposta às Emergências em Saúde Pública.													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.7.1	Implantar e monitorar, nas 9 regiões do ERJ, estruturas de resposta às emergências em saúde pública.	Número de regiões com estruturas de reposta às emergências implantadas	0	2023	Número	9	Número	9	9	9	9	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção

1.7.2	Implantar ferramentas para a gestão e melhoria da qualidade da informação das emergências em saúde pública, nos 92 municípios do ERJ	Percentual de municípios com ferramentas de informação de emergências em saúde pública implantadas	0	2023	Percentual	100%	Percentual	60%	85%	90%	100%	SUBVAPS	305
OBJETIVO PES 1.8. Fortalecer, por meio do LACEN/RJ, a Rede de Vigilância Laboratorial de Saúde Pública.													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.8.1	Elaborar e implementar o Plano de Vigilância Laboratorial do ERJ	Plano de Vigilância Laboratorial elaborado e implementado	0	2023	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.8.2	Incorporar 04 novas análises laboratoriais ao escopo de serviços realizados pelo LACEN/RJ	Número de análises laboratoriais incorporadas	0	2023	Número	4	Número	1	1	1	1	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.8.3	Reduzir em 10% as não conformidades das amostras enviadas ao LACEN/RJ	Percentual de amostras com não conformidades	20%	2022	Percentual	10%	Percentual	18%	16%	14%	10%	SUBVAPS	305
Objetivo MAPA ESTRATÉGICO. Fortalecer a Atenção Nutricional													
OBJETIVO PES 1.9. Fortalecer a Atenção Nutricional e a Segurança Alimentar .													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.9.1	Ampliar para 85% a cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família	75,27%	2022	Percentual	85%	Percentual	78%	80%	82%	85%	SUBVAPS	306
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.9.2	Aumentar para 21% a cobertura do estado nutricional monitorado da população no estado do Rio de Janeiro	Cobertura do estado nutricional monitorado da população no estado do Rio de Janeiro	13%	2022	Percentual	21%	Percentual	15%	17%	19%	21%	SUBVAPS	306
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção

1.9.3	Aumentar para 5% o registro do consumo alimentar no estado do Rio de Janeiro	Cobertura do registro do consumo alimentar da população no estado do Rio de Janeiro	1%	2022	Percentual	5%	Percentual	2%	3%	4%	5%	SUBVAPS	306
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.9.4	Ampliar para 24, o número de hospitais certificados na Iniciativa Hospital Amigo da Criança no estado do Rio de Janeiro	Número de hospitais certificados pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança.	17	2023	Número	24	Número	18	20	22	24	SUBVAPS	301
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.9.5	Ampliar para 112, o número de unidades básicas certificadas na Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação no estado do Rio de Janeiro	Número de unidades básicas certificadas na Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação	108	2023	Número	112	Número	109	110	111	112	SUBVAPS	301
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.9.6	Ampliar para 1.740 o número de cirurgias bariátricas realizadas ao ano no SUS/RJ e nos prestadores de serviços, reguladas pela SES/RJ.	Número de cirurgias bariátricas realizadas no SUS/RJ	723	2022	Número	1.740	Número	1.740	1.740	1.740	1.740	SUBAS	302
OBJETIVO PES 1.10. Garantir o monitoramento da qualidade da água para consumo humano, visando o controle de doenças de transmissão hídrica.													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.10.1	Ampliar para 50% a coleta de água para análise nos casos de surtos de doenças diarreicas agudas (DDA)	Percentual de surtos de DDA com coleta de água para análise	5,7%	2022	Percentual	50%	Percentual	15%	30%	40%	50%	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.10.2.	Reduzir para zero o número de municípios identificados em situação de risco alto e muito alto em relação à vigilância da qualidade da água para consumo humano, por meio de ações de monitoramento e fiscalização integradas e compartilhadas entre as Vigilâncias Ambiental e Sanitária.	Número de municípios considerados de risco alto e muito alto com relação à vigilância da qualidade da água para consumo humano	61	2022	Número	0	Número	45	30	15	0	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.10.3	Monitorar a qualidade de 80% da água mineral comercializada no pós mercado no estado do Rio de Janeiro.	Percentual de água mineral comercializada monitorada	63%	2022	Percentual	80%	Percentual	80%	80%	80%	80%	SUBVAPS	304
Objetivo MAPA ESTRATÉGICO. Organizar as Redes de Atenção à Saúde regionalizadas, fortalecendo a atenção em todos os níveis e a transversalidade da promoção e vigilância em saúde													
OBJETIVO PES 1.11. Desenvolver um conjunto de medidas capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, decorrentes da utilização de serviços e produtos.													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.11.1	Ampliar para 70% a inspeção anual nos serviços de saúde de alto risco, sob competência da VISA estadual.	Percentual de serviços de saúde de alto risco inspecionados	54,45%	2022	Percentual	70%	Percentual	70%	70%	70%	70%	SUBVAPS	304
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.11.2	Alcançar 85% de licenciamentos/revalidações dos estabelecimentos designados à fabricação de produtos para saúde, medicamentos, cosméticos e saneantes, sujeitos ao controle da vigilância sanitária	Percentual de estabelecimentos designados à fabricação de produtos sujeitos ao controle de vigilância sanitária licenciados ou revalidados	41%	2022	Percentual	85%	Percentual	60%	65%	75%	85%	SUBVAPS	304
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.11.3	Implantar o Sistema de Gestão da Qualidade em órgãos de vigilância sanitária municipais, nos 8 municípios com população acima de 450.000 hab.	Número de órgãos de vigilância sanitária municipais com sistema de qualidade implantado	0	2023	Número	8	Número	2	4	6	8	SUBVAPS	304
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.11.4	Elaborar o Plano de Gestão de Risco Sanitário para o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária - SEVS	Percentual do Plano de Gestão de Risco Sanitário do SEVS elaborado.	0	2023	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%	SUBVAPS	304
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.11.5	Implantar 3 programas de monitoramento de produtos sujeitos ao controle da vigilância sanitária	Programa de monitoramento de produtos para saúde, medicamentos, cosméticos e saneantes implantado	0	2023	Número	3	Número	0	1	2	3	SUBVAPS	304
			Indicador (Linha-Base)										

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.11.6	Implantar, junto às VISA municipais do estado do Rio de Janeiro, em parceria com a ANVISA, o projeto do Conjunto Mínimo de Dados (CMD) do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.	Número de municípios com projeto CMD implantado.	0	2023	Número	92	Número	23	46	69	92	SUBVAPS	304
Objetivo MAPA ESTRATÉGICO. Criar uma cultura de segurança do paciente nos estabelecimentos de saúde do Estado do Rio de Janeiro													
OBJETIVO PES 1.12. Reduzir o risco de dano desnecessário ao paciente associado ao cuidado em saúde.													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.12.1	Implantar o Plano Estadual de Segurança do Paciente 2026-2030	Percentual do Plano Estadual de Segurança do Paciente implantado	0	2023	Percentual	50%	Percentual	5%	10%	25%	50%	SUBVAPS	304
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.12.2	Ampliar em 100% os serviços de saúde com Núcleo de Segurança do Paciente cadastrado	Número de serviços com Núcleo de Segurança do Paciente cadastrado	640	2023	Número	1280	Número	800	960	1120	1280	SUBVAPS	304
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	MMeta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.12.3	Ampliar para 80% os serviços de saúde prioritários que notificam regularmente os incidentes de segurança ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS	Percentual de serviços de saúde prioritários com regularidade na notificação de incidentes e eventos adversos ao SNVS	31%	2023	Percentual	80%	Percentual	50%	60%	70%	80%	SUBVAPS	304
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	MMeta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.12.4	Ampliar para 95% os hospitais com leitos de UTI e serviços de diálise participando da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente	Percentual de serviços de saúde prioritários participando da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente	64%	2023	Percentual	95%	Percentual	80%	85%	90%	95%	SUBVAPS	304
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.12.5	Ampliar para 90% a adesão e regularidade das notificações de Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde - IRAS, em hospitais com leitos de UTI e em serviços de diálise	Percentual de hospitais com leitos de UTI e em serviços de diálise com regularidade das notificações das IRAS	50%	2022	Percentual	90%	Percentual	60%	70%	80%	90%	SUBVAPS	304
			Indicador (Linha-Base)										

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.12.6	Reduzir em 20% as taxas de Infecção primária de corrente sanguínea laboratorial - IPCSL em UTI adulto, pediátrica e neonatal	Densidade de incidência de IPCSL por mil dispositivos dia	9,4	2022	Densidade de Incidência (Taxa)	7,5	Densidade de Incidência (Taxa)	9	8,7	8,3	7,5	SUBVAPS	304
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.12.7	Reduzir em 20% as taxas de Pneumonia associada à Ventilação Mecânica - PAV em UTI adulto, pediátrica e neonatal	Densidade de incidência de PAV por mil dispositivos dia	15	2022	Densidade de Incidência (Taxa)	12	Densidade de Incidência (Taxa)	14	13	12,5	12	SUBVAPS	304
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.12.8	Reduzir em 20% as taxas de Infecção de trato urinário - ITU em UTI adulto e pediátrica	Densidade de incidência de ITU por mil dispositivos dia	7,1	2022	Densidade de Incidência (Taxa)	5,7	Densidade de Incidência (Taxa)	6,8	6,5	6	5,7	SUBVAPS	304
OBJETIVO PES 1.13. Fortalecer as ações que visem promover, proteger e recuperar a saúde dos trabalhadores.													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.13.1	Reestruturar o componente estadual da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores - RENAST	Percentual do componente Estadual da RENAST reestruturado	0	2022	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%	SUBVAPS	305
Objetivo MAPA ESTRATÉGICO. Organizar as Redes de Atenção à Saúde regionalizadas, fortalecendo a atenção em todos os níveis e a transversalidade da promoção e vigilância em saúde													
OBJETIVO PES 1.14. Qualificar a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.14.1	Ampliar para 40% a cobertura de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde	Cobertura de saúde bucal na Atenção Primária a Saúde	26%	2023	Percentual	40%	Percentual	32%	35%	37%	40%	SUBVAPS	301
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.14.2	Ampliar para 70% os municípios que alcançam no mínimo 0,5 na razão entre tratamentos concluídos e estimativa de primeiras consultas odontológicas programáticas pelas equipes de saúde bucal na APS	Percentual de municípios que alcancem no mínimo 0,5 na razão entre tratamentos concluídos e estimativa de primeiras consultas odontológicas programáticas pelas equipes de saúde bucal na APS	47,8%	2023	Percentual	70%	Percentual	55%	60%	65%	70%	SUBVAPS	301

			Indicador (Linha-Base)												
Nº		Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta		Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.14.3	Pactuar 2 Centros de Especialidades Odontológicas - CEO na perspectiva regional	Número de CEO pactuados na perspectiva regional	0	2023	Número	2	Número	0	0	1	1		SUBVAPS	301	
			Indicador (Linha-Base)												
Nº		Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta		Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.14.4	Construir o Plano Estadual de Saúde Bucal	Plano Estadual de Saúde Bucal construído	0	2023	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%		SUBVAPS	301	
			Indicador (Linha-Base)												
Nº		Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta		Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.14.5	Ampliar para 75% a Cobertura de Atenção Primária em Saúde - APS no estado do Rio de Janeiro	Percentual da cobertura da APS no estado do Rio de Janeiro	67%	2023	Percentual	75%	Percentual	69%	71%	73%	75%		SUBVAPS	301	
			Indicador (Linha-Base)												
Nº		Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta		Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.14.6	Cofinanciar100% das equipes de saúde da família, saúde bucal em saúde da família, consultório na rua, equipes multiprofissionais e polos de academia da saúde pelo PREFAPS	Percentual de equipes cofinanciadas	100%	2023	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%		SUBVAPS	301	
			Indicador (Linha-Base)												
Nº		Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta		Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.14.7	Ampliar para 38, o número de equipes de Consultório na Rua implantadas no estado do Rio de Janeiro	Número de equipes de Consultório na Rua implantadas	34	2023	Número	38	Número	35	36	37	38		SUBVAPS	301	
			Indicador (Linha-Base)												
Nº		Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta		Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.14.8	Aumentar para 80, o número dos municípios que realizam 50% dos temas elencados no Programa Saúde na Escola - PSE	Número de municípios que realizam 50% dos temas do PSE	60	2023	Número	80	Número	65	70	75	80		SUBVAPS	301	
			Indicador (Linha-Base)												

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.14.9	Construir o Plano Estadual de Saúde da Pessoa Idosa	Plano Estadual de Saúde da Pessoa Idosa instituído	0	2023	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%	SUBVAPS	301
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.14.10	Organizar a linha de cuidado da doença falciforme, a partir da APS, nos 92 municípios do estado.	Número de municípios com linha de cuidado da doença falciforme organizada, a partir da APS	0	2023	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%	SUBVAPS	301
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.14.11	Ampliar de 35 para 78 o número de municípios que ofertam Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na APS.	Número de municípios com oferta de PICS na APS	35	2023	Número	78	Número	45	55	65	78	SUBVAPS	301
Objetivo MAPA ESTRATÉGICO. Organizar as Redes de Atenção à Saúde regionalizadas, fortalecendo a atenção em todos os níveis e a transversalidade da promoção e vigilância em saúde.													
OBJETIVO PES 1.15. Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nas regiões de saúde.													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.15.1	Reduzir em 60% o número de pacientes em internações de longa permanência no período.	Número de pessoas em internações de longa permanência.	400	2023	Número	160	Número	320	256	204	160	SUBVAPS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.15.2	Ampliar para 225 o número de CAPS habilitados no estado do Rio de Janeiro	Número de CAPS habilitados no estado do Rio de Janeiro	171	2023	Número	225	Número	184	197	210	225	SUBVAPS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.15.3	Cofinanciar 100% dos municípios com serviços estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), fortalecendo a rede no estado.	Nº de municípios com serviços estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) cofinanciados.	95%	2023	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%	SUBVAPS	302
OBJETIVO PES 1.16. Ampliar o acesso e qualificar a atenção integral às pessoas com deficiência com foco na organização da Rede.													

			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.16.1	Alcançar em 100% das regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, Planos de Ação Regionais da RCPD atualizados	Número de Planos de Ação Regionais da RCPD atualizados	3	2023	Número	9	Número	5	7	9	9	SUBAS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.16.2	Construir e operacionalizar a Linha de Cuidado para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista.	Linha de Cuidado para Pessoas com Transtorno do Espectro Autista construída e operacionalizada	0	2023	Percentual	100%	Percentual	80%	100%	100%	100%	SUBAS	302
Objetivo MAPA ESTRATÉGICO. Organizar as Redes de Atenção à Saúde regionalizadas, fortalecendo a atenção em todos os níveis e a transversalidade da promoção e vigilância em saúde													
OBJETIVO PES 1.17. Consolidar a Rede de Urgência e Emergência (RUE) nas regiões de saúde.													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.17.1	Ampliar para 100% a proporção de cobertura do Serviço Atendimento Móvel de Urgências - SAMU 192, nos municípios do estado do Rio de Janeiro	Percentual de cobertura do Serviço Atendimento Móvel de Urgências - SAMU 192, nos municípios do estado do Rio de Janeiro	51%	2022	Percentual	100%	Percentual	65%	75%	85%	100%	SUBAS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.17.2	Participar do cofinanciamento tripartite para a manutenção de 100% das Unidades de Pronto Atendimento (UPA24h) municipais	Percentual de UPA24h municipais operacionalizadas com apoio financeiro da SES/RJ	100%	2022	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%	SUBAS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.17.3	Ampliar para 100% o quantitativo de Planos de Ação Regionais da Rede de Urgência e Emergência aprovados e publicados pelo Ministério da Saúde	Percentual de Regiões de Saúde do estado do Rio de Janeiro, com Planos de Urgência e Emergência aprovados e publicados	77%	2022	Percentual	100%	Percentual	77%	89%	100%	100%	SUBAS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.17.4	Ampliar em 10% a terapia trombolítica de pacientes com IAM com Supra de ST elegíveis, nas UPAS estaduais, até 2027.	Percentual de pacientes elegíveis com trombólise realizada para o tratamento do IAM com supra de ST nas UPA estaduais	70%	2022	Percentual	78%	Percentual	72%	74%	76%	78%	SUBAS/FSERJ	302

			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.17.5	Financiar a operacionalização das Unidades de Pronto Atendimento (UPA24h) sob gestão estadual.	Percentual de UPA24h sob gestão estadual operacionalizadas	100%	2022	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%	SUBAS	302
OBJETIVO PES 1.18. Ampliar e organizar a Atenção Especializada nos territórios.													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.18.1	Ampliar em 20%, os procedimentos cirúrgicos oftalmológicos de média e alta complexidade realizados no estado do Rio de Janeiro.	Número de procedimentos cirúrgicos oftalmológicos de média e alta complexidade realizados no estado do Rio de Janeiro	149.380	2022	Número	179.256	Número	156.849	164.691	172.926	179.256	SUBAS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.18.2	Ampliar em 20%, o número de cirurgias eletivas realizadas no SUS no estado do Rio de Janeiro	Número de cirurgias eletivas realizadas no SUS no estado do Rio de Janeiro	143.080	2022	Número	171.696	Número	155.484	163.258	171.421	171.696	SUBAS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.18.3	Garantir auxílio para 100% das solicitações elegíveis de Tratamento Fora de Domicílio - TFD, nos termos da legislação estadual vigente.	Percentual de solicitações elegíveis de TFD com o auxílio garantido.	100%	2022	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%	SUBAS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.18.4	Apoiar a estruturação de serviços de tratamento fora de domicílio - TFD INTERMUNICIPAL, nos termos da legislação vigente, em 40% dos municípios prioritários do estado do Rio de Janeiro, por meio de cooperação técnica, logística, e oferta de incentivo financeiro, visando à futura descentralização do serviço às Secretarias Municipais de Saúde.	Percentual de municípios com o serviço de TFD estruturado	0%	2022	Percentual	40%	Percentual	10%	20%	30%	40%	SUBAS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.18.5	Ampliar em 10% o percentual de internações de alta complexidade nos estabelecimentos de saúde da UERJ	Percentual de internações de alta complexidade realizados pelos estabelecimentos de saúde da UERJ	30%	2022	Percentual	33%	Percentual	30,5%	31%	32%	33%	SUBAS	302

			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.18.6	Garantir apoio a 25% dos entes municipais, anualmente, para manutenção e/ou expansão das ações e serviços de saúde.	Percentual de municípios apoiados financeiramente para manutenção e/ou expansão das ações e serviços de saúde	100%	2022	Percentual	25%	Percentual	25%	25%	25%	25%	SUBAS	302
OBJETIVO PES 1.19. Fortalecer e qualificar a assistência hospitalar e ambulatorial no SUS no estado do Rio de Janeiro.													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.19.1	Ampliar em 20%, ao longo dos quatro anos, o número de procedimentos cirúrgicos eletivos realizados nas unidades hospitalares da rede estadual de saúde.	Número de procedimentos cirúrgicos eletivos realizados nas unidades hospitalares da rede estadual de saúde.	19.183	2022	Número	23.020	Número	20.142	21.149	22.207	23.020	SUBAS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.19.2	Ampliar em 20% ao longo dos quatro anos, o número de internações de alta complexidade nas unidades hospitalares da rede estadual de saúde.	Número de internações de alta complexidade nas unidades hospitalares da rede estadual de saúde.	8.306	2022	Número	9.967	Número	8.721	9.157	9.615	9.967	SUBAS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.19.3	Ampliar em 3% ao longo dos quatro anos, a proporção de leitos de internação existentes vinculados ao SUS, por 1.000 habitantes no estado do Rio de Janeiro.	Proporção de leitos de internação existentes vinculados ao SUS, por 1.000 habitantes no estado do Rio de Janeiro	2,28	2022	Proporção	2,35	Proporção	2,29	2,31	2,33	2,35	SUBAS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.19.4	Garantir, no mínimo, a relação de 2,5 leitos de UTI por 10.000 habitantes no estado do Rio de Janeiro	Proporção de leitos UTI SUS + leitos contratados na rede privada, por 10.000 habitantes no estado do Rio de Janeiro	2,91	2022	Proporção	2,5	Proporção	2,5	2,5	2,5	2,5	SUBAS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.19.5	Ampliar em 10%, ao longo dos quatro anos, o número de consultas médicas e de outros profissionais de nível superior realizadas nos estabelecimentos de saúde ambulatoriais da SES/RJ	Número de consultas médicas e de outros profissionais de nível superior realizadas nos estabelecimentos de saúde ambulatoriais da SES/RJ	244.490	2022	Número	268.939	Número	250.602	256.868	263.289	268.939	SUBAS	302
OBJETIVO PES 1.20. Ampliar e fortalecer a hemorrede pública													
			Indicador (Linha-Base)										

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.20.1	Ampliar para 2% a população doadora voluntária de sangue pela hemorrede pública	Percentual de população doadora voluntária de sangue na hemorrede pública	1,4%	2022	Percentual	2%	Percentual	1,50%	1,65%	1,80%	2%	SUBAS/FSERJ	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.20.2	Ampliar em 10% o número de leitos hematológicos no estado	Número de leitos de hematologia no estado.	158	2023	Número	174	Número	162	166	170	174	SUBAS/FSERJ	302
Objetivo MAPA ESTRATÉGICO. Organizar as Redes de Atenção à Saúde regionalizadas, fortalecendo a atenção em todos os níveis e a transversalidade da promoção e vigilância em saúde													
OBJETIVO PES 1.21. Fortalecer o Programa Estadual de Transplantes.													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.21.1	Aumentar em 20% ao longo dos quatro anos, o número de transplantes de órgãos sólidos e de córneas realizados no estado do Rio de Janeiro.	Número de procedimentos de transplantes de órgãos sólidos e de córneas realizados	1.370	2022	Número	1.645	Número	1.440	1.510	1.575	1.645	SUBAS	302
Objetivo MAPA ESTRATÉGICO. Organizar as Redes de Atenção à Saúde regionalizadas, fortalecendo a atenção em todos os níveis e a transversalidade da promoção e vigilância em saúde.													
OBJETIVO PES 1.22. Fortalecer a transversalidade das políticas de equidade na Rede de Atenção à Saúde (RAS), com foco na saúde das populações vulnerabilizadas													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.22.1	Ampliar de 09 para 39 o número de equipes de Atenção Primária Prisional (e-APP) que realizam, no mínimo, 06 protocolos de agravos transmissíveis e não transmissíveis.	Número de equipes de Atenção Primária Prisional com protocolos realizados	9	2023	Número	39	Número	13	18	27	39	SUBVAPS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.22.2	Ampliar para 39 as equipes de Atenção Primária Prisional (e-APP) com fluxos de informação em saúde implantados	Número de equipes de Atenção Primária Prisional com fluxos de informação em saúde implantados	0	2023	Número	39	Número	5	11	21	39	SUBVAPS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção

1.22.3	Cofinanciar os 09 municípios com unidades prisionais para o fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no estado	Número de municípios com unidades prisionais atendidos pelo cofinanciamento.	9	2023	Número	9	Número	9	9	9	9	SUBVAPS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.22.4	Cofinanciar os 14 municípios com unidades socioeducativas para o fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação, Internação Provisória e Semiliberdade (PNAISARI) no estado.	Número de municípios com unidades socioeducativas atendidos pelo cofinanciamento	14	2023	Número	14	Número	14	14	14	14	SUBVAPS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
1.22.5	Construir 09 Planos de Ação Regionais sobre os determinantes sociais e ambientais da saúde voltados à garantia de direito do cuidado em saúde no, âmbito do SUS, para as populações Negra, Imigrantes/Refugiados, Indígenas e Quilombolas, LGBTI+ e outras populações vulnerabilizadas, tais como povos da floresta, populações de terreiro e atingidos por barreiras.	Número de Planos de Ação Regionais construídos	0	2023	Número	9	Número	1	3	6	9	SUBVAPS	305
DIRETRIZ PES 2. Aperfeiçoar os sistemas de apoio das Redes de Atenção à Saúde: Assistência Farmacêutica, Sistemas de Informação e Logística, Acesso a Exames Diagnósticos.													
Iniciativa PPA 3. Desenvolvimento da Assistência Farmacêutica.													
OBJETIVO PES 2.1. Qualificar a Assistência Farmacêutica.													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
2.1.1	Alcançar, ao longo de 4 anos, 2.750.000 atendimentos com medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF	Número de atendimentos realizados com medicamentos do CEAF	591.142	2022	Número	2.750.000	Número	650.000	675.000	700.000	725.000	SUBAS	303
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
2.1.2	Participar do cofinanciamento tripartite para os 92 municípios adquirirem medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.	Número de municípios cofinanciados na aquisição de medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica	92	2022	Número	92	Número	92	92	92	92	SUBAS	303
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
2.1.3	Construir, aprovar e publicar, até 2027, a Política Estadual de Medicamentos e Assistência Farmacêutica	Percentual da Política Estadual de Medicamentos e Assistência Farmacêutica elaborada.	0	2023	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%	SUBAS	303
			Indicador (Linha-Base)										

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
2.1.4	Manter o nível de abastecimento dos medicamentos do CEAF, grupos de financiamento 1B e 2, igual ou superior a 90%.	Média anual do abastecimento dos medicamentos do CEAF (grupo 1B e 2)	0	2023	Percentual	90%	Percentual	90%	90%	90%	90%	SUBAS	303
OBJETIVO PES 2.2. Aperfeiçoar o Centro de Inteligência em Saúde - CIS para a produção, a qualificação e a disseminação de informação estratégica em saúde													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
2.2.1.	Ampliar para 20 os painéis de monitoramento de cenário sanitário para públicos interno e externo	Número de painéis elaborados para o público interno e para o público externo	13	2023	Número	20	Número	15	17	19	20	SUBVAPS	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
2.2.2	Estruturar a Rede Estadual de Dados em Saúde - REDS, interligando 50% dos estabelecimentos de saúde de gestão estadual	Percentual de estabelecimentos de saúde de gestão estadual que estão interligados na REDS	0	2023	Percentual	50%	Percentual	10%	20%	35%	50%	SUBVAPS/SUBEX	305
OBJETIVO PES 2.3. Garantir o acesso a exames diagnósticos.													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
2.3.1	Alcançar, ao longo de 4 anos, 89.000 exames nas unidades móveis de imagem	Número de exames realizados nas unidades móveis de imagem	10.000	2022	Número	89.000	Número	20.000	22.000	23.000	24.000	SUBAS/FSERJ	302
			Indicador (Linha-Base)										

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
2.3.2	Alcançar, ao longo de 4 anos, 1.900.000 exames nos Centros Estaduais de Diagnósticos por Imagem - CEDI Centro e CEDI Baixada	Número de exames realizados nos Centros de Diagnósticos por Imagem Centro e Baixada Fluminense	231.600	2022	Número	1.900.000	Número	472.000	474.000	476.000	478.000	SUBAS/FSERJ	302
OBJETIVO PES 2.4. Fortalecer o complexo produtivo de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
2.4.1	Entregar 600.000 ampolas de soros hiperimunes mediante necessidade do Ministério da Saúde, até 2027.	Número de ampolas de soros hiperimunes entregues.	0	2023	Número	600.000	Número	100.000	150.000	150.000	200.000	IVB	303
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
2.4.2	Entregar 100.000 comprimidos de medicamentos fitoterápicos, Maytenus ilicifolia Mart. ex Reissek e Passiflora incarnata L., devidamente registrados, com vistas à incorporação à Relação de Medicamentos Essenciais - REME, do estado do RJ, até 2027.	Número de comprimidos fitoterápicos entregues	0	2023	Número	100.000	Número	0	0	50.000	50.000	IVB	303
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
2.4.3	Desenvolver 5 projetos de pesquisa e divulgação científica no campo da tecnologia em saúde	Número de projetos de pesquisa desenvolvidos	0	2023	Número	5	Número	2	1	1	1	IVB	303
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
2.4.4	Desenvolver e/ou atualizar 4 sistemas informatizados estratégicos para a gestão em saúde	Número de sistemas informatizados estratégicos para a gestão em saúde desenvolvidos e/ou atualizados	0	2023	Número	4	Número	1	1	1	1	SUBEXEC	122
Objetivo MAPA ESTRATÉGICO. Instituir a Política Estadual de Regulação.													
OBJETIVO PES 2.5. Aprimorar a Regulação das Redes de Atenção à Saúde													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção

2.5.1	Ampliar em 4%, ao longo dos quatro anos, o número total de recursos regulados pelo Sistema Estadual de Regulação - SER	Somatório do número de internações hospitalares e agendamentos ambulatoriais (consultas, exames e procedimentos) regulados nas 9 regiões de saúde pelo SER	376.645	2022	Número	391.939	Número	380.412	384.216	388.058	391.939	SUBAS	302
OBJETIVO PES 2.6. Reforçar a capacidade de resposta estadual de urgência e emergência por meio de transporte aéreo.													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
2.6.1	Ampliar o número de transportes aéreos em 100%, otimizando a resposta estadual de urgência e emergência	Número de transportes aéreos realizados	310	2023	Número	620	Número	465	496	538	620	SOAer/SES	302
DIRETRIZ PES 3. Fortalecer a Gestão Estadual do SUS, a Governança Pública e a Participação e Controle Social.													
Iniciativa PPA 4. Fortalecer a Gestão Estadual do SUS, a Governança Pública e a Participação e Controle Social													
Objetivo MAPA ESTRATÉGICO. Desenvolver políticas de formação e educação permante em saúde, voltadas para as necessidades da população.													
OBJETIVO PES 3.1. Desenvolver ações de formação de estudantes no âmbito do SUS													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.1.1	Financiar, anualmente, bolsas-auxílio para 160 estudantes do programa de estágio extracurricular.	Número de estudantes bolsistas financiados anualmente em programa de estágio extracurricular	160	2023	Número	160	Número	160	160	160	160	SUBGER SUPES	122
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.1.2	Ampliar em 20% os campos de estágio de nível médio e superior nas unidades hospitalares da rede SES/RJ, mediante assinatura de Termo de Cooperação Técnica com instituições de ensino públicas e privadas.	Número de campos de estágio de nível médio e superior concedidos para as unidades da rede SES/RJ	84	2023	Número	101	Número	88	92	97	101	SUBGER SUPES	122
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.1.3	Ampliar em 100% os campos de prática de pós-graduação nas unidades da rede SES/RJ, mediante assinatura de Termo de Cooperação Técnica (TCT) com instituições de ensino públicas e privadas.	Número de campos de prática de pós-graduação nas unidades da rede SES/RJ.	4	2023	Número	8	Número	5	6	7	8	SUBGER SUPES	122
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção

3.1.4.	Ampliar para 31 os programas de residência com bolsas remuneradas pela SES/RJ.	Número de programas de residência com bolsas remuneradas pela SES/RJ para residentes médicos e multiprofissionais	27	2022	Número	31	Número	28	29	30	31	SUBGER SUPES	122
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.1.5.	Implementar 6 planos de ação para a qualificação dos programas de estágio, pós graduação e residência.	Percentual de planos de ação implementados.	0	2023	Número	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%	SUBGER SUPES	122
OBJETIVO PES 3.2. Aprimorar a qualificação e a atualização dos profissionais da saúde.													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.2.1	Construir e monitorar os 4 Planos Estaduais anuais de Educação Permanente em Saúde	Percentual de ações estratégicas monitoradas anualmente nos Planos Estaduais de Educação Permanente em saúde.	0	2023	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%	SUBGER SUPES	122
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.2.2	Qualificar, anualmente, no mínimo 7.000 trabalhadores da saúde em temas estratégicos da saúde pública.	Número de concluintes em ações educativas propostas.	0	2023	Número	28.000	Número	7.000	7.000	7.000	7.000	SUBGER SUPES	122
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.2.3	Implementar 2 projetos estratégicos de Educação Permanente em Saúde no estado.	Percentual de implantação dos projetos.	0	2023	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%	SUBGER SUPES	122
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.2.4	Elaborar e implementar a Política Estadual de Educação em Saúde	Política Estadual de Educação em Saúde implementada	0	2023	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%	SUBGER SUPES	122
OBJETIVO PES 3.3. Fortalecer a disseminação do conhecimento técnico e científico, o desenvolvimento de pesquisas estratégicas e prioritárias no SUS e o uso qualificado da informação para a tomada de decisão.													
			Indicador (Linha-Base)										

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.3.1	Fomentar 100% das pesquisas técnico-científicas bianuais aprovadas, em temas estratégicos e de relevância para saúde pública no estado do Rio de Janeiro.	Percentual de pesquisas aprovadas e fomentadas	100%	2023	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%	SUBGER SUPES	122
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.3.2	Publicar 1 edição anual da Revista de Educação, Pesquisa e Informação em Saúde - REPIS	Edição da REPIS publicada.	0	2023	Número	4	Número	1	1	1	1	SUBGER SUPES	122
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.3.3	Avaliar 100% dos protocolos de pesquisa que envolvem seres humanos para emissão dos respectivos pareceres técnicos do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da SES/RJ.	Percentual de protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos avaliados e com pareceres emitidos pelo CEP da SES/RJ	0	2023	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%	SUBGER SUPES	122
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.3.4	Indexar 192 documentos técnico-científicos na Biblioteca Virtual em Saúde - BVS - SES/RJ.	Número de documentos técnico-científicos indexados na BVS - SES/RJ	26	2023	Número	192	Número	48	48	48	48	SUBGER SUPES	122
Objetivo MAPA ESTRATÉGICO. Fortalecer a participação popular e o controle social.													
OBJETIVO PES 3.4. Fortalecer a participação e controle social no campo da saúde.													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.4.1	Disponibilizar qualificação para 100% dos Conselhos municipais e estadual do Rio de Janeiro, por meio de processos de educação permanente para o controle social.	Percentual de Conselhos capacitados	51%	2022	Percentual	100%	Percentual	25%	25%	25%	25%	CES-RJ	122
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2028	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.4.2	Emitir parecer para os instrumentos de planejamento em saúde estaduais (RAG, PAS, PES) entregues no exercício	Número de instrumentos avaliados	1	2021	Número	9	Número	2	2	2	3	CES-RJ	122
			Indicador (Linha-Base)										

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2028	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.4.3	Alcançar a regularização de 100% dos Conselhos de Saúde	Percentual de Conselhos de Saúde regularizados	86%	2023	Percentual	100%	Percentual	25%	25%	25%	25%	CES-RJ / GAB. SES	122
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2028	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.4.4	Aplicar 100% do orçamento anual do Conselho Estadual de Saúde em seu funcionamento regular e na realização das Conferências de Saúde	Percentual anual de orçamento do CES executado	50%	2022	Percentual	100%	Percentual	60%	70%	80%	100%	CES-RJ / GAB. SES	122
Objetivo MAPA ESTRATÉGICO. Modernizar a gestão organizacional, para a valorização das pessoas e qualificação dos processos de trabalho.													
OBJETIVO PES 3.5. Modernizar a gestão organizacional, para a valorização das pessoas e qualificação dos processos de trabalho.													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.5.1	Disseminar, por meio de 20 encontros, informações sobre RH para os municípios e estruturas vinculadas à SES/RJ.	Número de encontros realizados para o apoio técnico aos municípios e às estruturas vinculadas.	0	2023	Número	20	Número	5	5	5	5	SUBEX	122
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.5.2	Publicar e executar, anualmente, um projeto de acolhimento aos novos colaboradores e servidores transferidos para o Nível Central da SES/RJ.	Projeto de acolhimento executado.	0	2023	Número	4	Número	1	1	1	1	SUBEX	122
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção

3.5.3	Coordenar estudo sobre o dimensionamento da força de trabalho da SES, IASERJ, FSE RJ e IVB, com foco no levantamento do perfil profissional dos seus servidores e colaboradores, visando à identificação de novos cargos e/ou especialidades para composição dos Quadros Permanentes, para o cumprimento da missão institucional da SES/RJ.	Estudo sobre a força de trabalho atual da SES realizado	0	2023	Número	100%	Percentual	100%	0	0	0	SUBEX	122
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.5.4	Implementar 100% do Plano de Cargos, Carreira e Salários - PCCS, conforme estabelecido na Lei nº 7.946/2018, atualizada pela Lei Estadual nº 9.299, de 08 de junho de 2021, e Lei nº 9.350, de 25 de junho de 2021	PCCS implantado	54,4%	2023	Percentual	100%	Percentual	60,9%	100%	100%	100%	GABSEC/SUBEX	122
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.5.5	Realizar concurso público para recomposição do quadro de servidores estatutários da saúde, tanto para ingresso de forma imediata, como para formação de cadastro de reserva, tendo por base o resultado do estudo de dimensionamento da força de trabalho proposto na meta 3.5.3, mediante parecer autorizativo da "Comissão de Acompanhamento e Monitoramento Econômico-Financeiro do Regime de Recuperação Fiscal" e do "Conselho de Supervisão do Regime de Recuperação Fiscal".	Concurso Público Realizado	0	2023	Número	1	Número	0	1	0	0	SUBEX	122
OBJETIVO PES 3.6. Fortalecer instâncias de pactuação intergestores bipartite do SUS.													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.6.1	Atingir no mínimo 95% de participação das áreas técnicas da SES nas reuniões das 09 CIR, anualmente, de acordo com as demandas das pautas.	Participação das áreas técnicas da SES nas CIR	70%	2023	Percentual	95%	Percentual	85%	90%	95%	95%	SUBGER	122
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.6.2	Publicizar para gestores, controle social e sociedade, por meio de publicação em Diário Oficial, 100% das pactuações consensuadas pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB-RJ)	Percentual de deliberações pactuadas nas reuniões da CIB-RJ publicadas em DO do ERJ	100%	2023	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%	SUBGER	122
Objetivo MAPA ESTRATÉGICO. Qualificar o planejamento estadual, municipal e regional integrado.													
OBJETIVO PES 3.7. Qualificar o planejamento estadual, municipal e regional integrado.													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção

3.7.1	Organizar as 07 linhas de cuidado prioritárias, no estado do Rio de Janeiro, até 2027: atenção materno infantil, câncer de mama, IAM, câncer de próstata, tuberculose, AVC e Urgência/Emergência.	Número de Linhas de Cuidado organizadas	0	2023	Número	7	Número	2	2	1	2	SUBGER	122

Objetivo MAPA ESTRATÉGICO. Fortalecer a Ouvidoria do SUS como um dos instrumentos de gestão e de avaliação dos usuários.

OBJETIVO PES 3.8. Fortalecer a Ouvidoria do SUS como um dos instrumentos de gestão e de avaliação dos usuários.

			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.8.1	Responder, dentro do prazo definido, 100% das manifestações acolhidas na OUVITGER	Percentual de manifestações respondidas dentro do prazo definido.	98%	2022	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%	GABSEC	122
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.8.2	Responder dentro do prazo legal, de acordo com o Decreto nº 46.475/18, 100% dos pedidos de acesso à Informação (LAI) acolhidos na Ouvidoria do SUS	Percentual de pedidos respondidos dentro do prazo legal	85%	2022	Percentual	100%	Percentual	90%	93%	96%	100%	GABSEC	122
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.8.3	Aumentar o percentual de municípios com Ouvidoria implantada	Percentual de municípios com Ouvidoria implantada	63%	2022	Percentual	85%	Percentual	68%	74%	79%	85%	GABSEC	122

Objetivo MAPA ESTRATÉGICO. Melhorar a qualidade do gasto público por intermédio da eliminação do desperdício e da melhoria contínua da gestão dos processos, com a finalidade de otimizar a prestação de bens e serviços de saúde aos cidadãos.

OBJETIVO PES 3.9 Melhorar a captação de recursos e a qualidade do gasto público por intermédio da eliminação do desperdício e da melhoria contínua da gestão dos processos, com a finalidade de otimizar a prestação de bens e serviços de saúde aos cidadãos

			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.9.1	Ampliar, atendendo ao cronograma de interiorização, de 38 para 42, o número de Comarcas do Poder Judiciário do estado do Rio de Janeiro, com o apoio do NATJUS/RJ para embasar tecnicamente as decisões em matéria do direito à saúde.	Número de Comarcas atendidas	38	2022	Número	42	Número	39	40	41	42	SUBJUR	122
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.9.2	Ampliar para 80 os profissionais da área da saúde para atender de forma integral o quantitativo previsto nos convênios celebrados com o Poder Judiciário do estado do Rio de Janeiro e Seção Judiciária da Justiça Federal no Rio de Janeiro.	Número de profissionais lotados anualmente	39	2023	Número	80	Número	49	59	69	80	SUBJUR	122
			Indicador (Linha-Base)										

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.9.3	Elaborar e divulgar 4 relatórios anuais com o perfil das demandas e análise dos pareceres técnicos elaborados pelo NATJUS/RJ.	Número de relatórios do NATJUS/RJ elaborados.	1	2022	Número	4	Número	1	1	1	1	SUBJUR	122
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.9.4	Elaborar 4 protocolos para o enfrentamento das principais demandas judiciais dirigidas à SES/RJ	Protocolo para o enfrentamento das principais demandas judiciais elaborado	0	2023	Número	4	Número	1	1	1	1	ASSADJ	122
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.9.5	Atingir 70% de solução extrajudicial do total das demandas atendidas na Câmara de Resolução de Litígios de Saúde.	Percentual de demandas atendidas com solução extrajudicial	62,96%	2022	Percentual	70%	Percentual	64%	66%	68%	70%	SUBJUR	122
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.9.6	Formalizar convênio com 08 municípios para ampliação da Câmara de Resolução de Litígios de Saúde - CRLS, no interior	Número de municípios com convênio formalizado	21	2022	Número	29	Número	2	2	2	2	SUBJUR	122
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.9.7	Elaborar 4 relatórios (um por ano) detalhando os resultados da CRLS, com diagnóstico e mapeamento das demandas mais frequentes com objetivo de orientar a gestão das políticas públicas de saúde.	Número de relatórios da CRLS elaborados.	1	2022	Número	4	Número	1	1	1	1	SUBJUR	122
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.9.8	Realizar 100% das etapas de programação de ações e serviços de saúde por gestor/serviço e de alocação de recursos por região de saúde	Percentual do processo de revisão da PPI nas regiões de saúde com etapas concluídas	0%	2023	Percentual	100%	Percentual	10%	30%	70%	100%	SUBAS	302
Objetivo PES 3.10 Promover a melhoria nos processos relacionados à Perícia Médica e previdenciária do servidor Público Civil do estado de forma a contribuir com a sociedade													
			Indicador (Linha-Base)										

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.10.1	Reduzir em 10% o número de afastamentos de policiais por causas psiquiátricas.	Número de policiais licenciados por doenças psiquiátricas/ano.	300	2023	Número	270	Número	292	284	277	270	SUBGE	122
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.10.2	Ampliar o acesso e manter o atendimento médico pericial aos servidores do interior do estado por meio de termos de cooperação técnica com prefeituras	Número de termos de cooperação técnica firmados junto a prefeituras do estado	1	2023	Número	2	Número	2	2	2	2	SUBGE	122
Objetivo PES 3.11. Buscar a excelência nos resultados assistenciais e na valorização dos usuários e trabalhadores nos processos de produção de saúde													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.11.1	Implantar e concluir o processo de autoavaliação da gestão, anualmente, em pelo menos 90% das unidades de saúde.	Percentual de unidades de saúde da SES, com processo de autoavaliação da gestão implantado e concluído anualmente.	83,6%	2022	Percentual	90%	Percentual	90%	90%	90%	90%	SUBAS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.11.2	Implantar projeto Saúde e Cultura em 15 unidades estaduais	Número de unidades estaduais com projeto de Saúde e Cultura implantado	5	2022	Número	15	Número	6	8	11	15	SUBAS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção

3.11.3	Implantar dispositivos de participação social em 7 unidades hospitalares de emergência e maternidades	Número de unidades hospitalares de emergência e maternidades com dispositivos de participação social implantados	1	2022	Número	7	Número	2	3	5	7	SUBAS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.11.4	Implantar no mínimo 2 ações de boas práticas de Humanização em serviços de UTI adulto e pediátrico, em 10 unidades hospitalares sob gestão estadual	Número de unidades hospitalares sob gestão estadual com serviços de UTI adulto e pediátrico com 2 ações de boas práticas de Humanização implantadas	1	2022	Número	10	Número	2	4	8	10	SUBAS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.11.5	Implantar no mínimo 2 ações de boas práticas de Humanização em 27 unidades de urgência e emergência sob gestão estadual	Número de UPAs e hospitais com emergência sob gestão estadual com pelo menos 2 ações de boas práticas em humanização realizadas	2	2022	Número	27	Número	7	14	21	27	SUBAS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.11.6	Padronizar o atendimento às pessoas em situação de violência em 27 unidades de urgência e emergência por meio do dispositivo do Acolhimento com Classificação de Risco	Número de unidades de urgência e emergência com o atendimento às pessoas em situação de violência por meio do dispositivo do Acolhimento com Classificação de Risco padronizado	0	2022	Número	27	Número	7	14	21	27	SUBAS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.11.7	Implantar no mínimo 2 ações de Humanização nos cuidados materno infantis em 4 maternidades sob gestão estadual	Número de Maternidades sob gestão estadual com pelo menos 2 ações de Humanização nos cuidados materno infantis implantadas	1	2022	Número	4	Número	1	2	3	4	SUBAS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.11.8	Implantar no mínimo 3 ações de Hotelaria Hospitalar em 44 unidades de saúde sob gestão estadual	Número de unidades de saúde sob gestão estadual com 3 ações de Hotelaria Hospitalar implantadas	9	2022	Número	44	Número	11	22	33	44	SUBAS	302
OBJETIVO PES 3.12. Fortalecer a atuação dos componentes municipais e estadual do Sistema Nacional de Auditoria.													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção

3.12.1	Auditare 100% das unidades sob gestão estadual direta ou indiretamente, da SES, IASERJ, FSERJ e IVB, quanto aos respectivos aspectos assistenciais e de infraestrutura, utilizando o sistema SISAUD/SUS, conforme legislação vigente.	Percentual de unidades da SES, IASERJ, FSERJ e IVB auditadas, com relatórios conclusivos lançados no SISAUD/SUS e encaminhados ao CES/RJ	25%	2023	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%	SUBAC	122
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.12.2	Monitorar por follow up, no semestre subsequente, 100% das unidades que apresentarem inconformidades nas auditorias realizadas no semestre, utilizando o sistema SISAUD/SUS, permitindo a publicação dos relatórios.	Percentual de unidades com inconformidades monitoradas semestralmente.	0	2023	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%	SUBAC	122
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.12.3	Realizar 100% das auditorias demandadas pelos Órgãos de Controle Externo, de acordo com as competências do Componente Estadual do SNA, utilizando o sistema SISAUD/SUS.	Percentual das auditorias realizadas em relação às demandadas, lançadas no SISAUD/SUS e encaminhadas ao CES/RJ.	100%	2023	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%	SUBAC	122
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.12.4	Auditare 4 Relatórios Anuais de Gestão - RAG/SES, um em cada exercício, em cumprimento ao disposto no artigo 42 da Lei Complementar Federal nº 141/2012 e no Decreto nº 1651/95, utilizando o SISAUD/SUS, encaminhando o Relatório Conclusivo ao CES/RJ.	Número de Relatórios Anuais de Gestão - RAG auditados e encaminhados ao CES/RJ.	4	2023	Número	4	Número	1	1	1	1	SUBAC	122
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
3.12.5	Fomentar a execução de 100% do Plano de Ação de implantação dos componentes municipais de auditoria em parceria com a SEAUD/DENASUS para os municípios elegíveis.	Percentual do Plano de Ação fomentado	0	2023	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%	SUBAC	122
DIRETRIZ PES 4. Proporcionar melhorias na infraestrutura física dos serviços de saúde do SUS sob gestão estadual, de forma a garantir a assistência à saúde da população.													
OBJETIVO PES 4.1. Disponibilizar serviços de saúde do SUS estruturados e adequados ao atendimento à saúde da população.													
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
4.1.1	Adquirir equipamentos e/ou mobiliários para aparelhamento e modernização de 10 estabelecimentos de saúde SES/RJ	Número de estabelecimentos de saúde da SES/RJ que receberam equipamentos e/ou mobiliários	0	2022	Número	10	Número	2	2	3	3	SUBAS	302
			Indicador (Linha-Base)										

Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
4.1.2	Concluir a obra do Hospital Estadual de Oncologia de Nova Friburgo	Hospital Estadual de Oncologia de Nova Friburgo construído	75%	2023	Percentual	100%	Percentual	100%	0	0	0	GABSEC/SUBEXE/SUBAS/SEIOP	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
4.1.3	Retomar a obra do Hospital Maternidade de São Gonçalo	Hospital Maternidade de São Gonçalo construído	5%	2023	Percentual	100%	Percentual	60%	100%	0	0	GABSEC/SUBEXE/SUBAS/EMOP	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
4.1.4	Construir o Centro de Rastreio e Diagnóstico de Pessoas com Transtorno do Espectro Autista	Centro de Rastreio e Diagnóstico de Pessoas com Transtorno do Espectro Autista construído	0	2023	Percentual	100%	Percentual	100%	0	0	0	GABSEC/SUBEXE/SUBAS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
4.1.5	Construir a Radioterapia do Hospital Estadual de Oncologia da Região Serrana	Radioterapia do Hospital Estadual de Oncologia da Região Serrana construída	0	2023	Percentual	100%	Percentual	50%	100%	0	0	GABSEC/SUBEXE/SUBAS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
4.1.6	Reformar o Hospital Estadual Getúlio Vargas	Hospital Estadual Getúlio Vargas reformado	0	2023	Percentual	100%	Percentual	25%	50%	75%	100%	GABSEC/SUBEXE/SUBAS	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
4.1.7	Construir o Instituto Estadual do Câncer da Baixada Fluminense	Instituto Estadual do Câncer da Baixada Fluminense construído	0	2023	Percentual	100%	Percentual	40%	80%	100%	0	SUBAS/GABSEC	302
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção

4.1.8	Renovar o parque tecnológico por meio da aquisição de 04 equipamentos para ampliação dos serviços prestados pelo LACEN-RJ	Número de equipamentos adquiridos	0	2023	Número	4	Número	1	1	1	1	SUBVAPS/FSERJ	305
			Indicador (Linha-Base)										
Nº	Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Valor	Ano	Unidade de Medida	Meta PES 2024-2027	Unidade de Medida	Meta PAS 2024	Meta PAS 2025	Meta PAS 2026	Meta PAS 2027	Subsecretaria responsável pela meta	Subfunção
4.1.9	Implementar em 100% o Plano de Investimento das unidades sob gestão da Fundação Saúde.	Percentual do Plano de investimento implementado	0,98	2022	Percentual	100%	Percentual	100%	100%	100%	100%	SUBGERAL/SUBAS/FSERJ	302